

生じた場合はそれを自由に活用することも認められる。職員の採用や給与の設定なども自由に決められる。HA は住民に対する病院サービスの購入者として、自分の地区の NHS 病院だけでなく、他の地区の NHS 病院や民間病院などとも、サービスの内容や費用に関する個別交渉の上、契約を結ぶことができるようになった。[武村,2000]

GP ファンドホルダーは登録住民数が 5000 人以上あり、予算管理能力のある家庭医 (GP) グループに対して、病院サービスの購入費や薬剤の処方費等につき一定の財源を管理させる制度である。GP ファンドホルダーは配分された予算を自ら管理し、登録住民の病院サービスの購入者として、病院と個別交渉の上、直接契約を結び、患者をその病院に紹介することができる。

1991 年の GP ファンド・ホルダー制導入はプライマリー・ケアの組織・財政における一大改革であった。これによって GP は初めて自分の登録患者に対して幅広い医療サービスを直接購入することができるようになった。さらに重要なことは、この制度によってプライマリー・ケアの力が大幅に強化されたことである。包括購入 (Total Purchasing) は GP ファンド・ホルダー制の拡張で、1995 年に 53 の pilot sites で 3 年間の試行が開始された。この枠組のもとでは GP の集団は患者の 2 次・3 次医療サービスの全てについての予算を委任されている。この自由はアメリカの HMO に類似しており、患者の受ける全ての医療サービスの管理においても HMO と同様の機能を果たす。[Robinson, 2000]

これらの改革は、医療への自由なアクセス (無料を含めて)、財源を税金に求めること、予算制をとること、は変更せず、病院サービスの供給者である病院と、病院サービスの購入者である HA 及び GP ファンドホルダーを分離し、両者の間に内部市場 (internal market) を導入することによって、医療の質の改善、患者の満足度の増大、病院サービスの供給の効率化を目指したものである。購入者は登録住民の数などに応じた予算を NHS より受け、住民の代理人 (agent) となって供給者を選択する。

(2) ブレア政権の New NHS

1997 年に発足した労働党政権は内部市場や GP ファンドホールディングを廃止し、医療と社会サービスの壁を取り除くことを目指した。1997 年 12 月に発表された白書「The New NHS」では、前回の改革で導入された「競争」の原理を否定し、「協力、協調」によって医療サービスを提供していく姿勢を明らかにした。白書では、内部市場の欠点を以下のように指摘している (武村, 2000)。

- ・ 現在、100 の保健当局、3,500 の予算管理家庭医、400 以上の NHS トラストが設立され、これらの中で契約が実施されているため、医療サービスの計画、財源、供給に関する責任があまりに細分化されすぎている。
- ・ 予算管理家庭医とそうでない家庭医の間で、その登録住民が受けられる病院サービス

が異なること（2層システム）などの、不公平が生じる。

- ・ 保健当局、予算管理家庭医、NHS トラストの各団体間で経済競争が優先され、サービスの質のばらつきが大きい。
- ・ 細分化された各団体間の契約などに必要な事務費用が膨大である。
- ・ 契約は通常単年度と非常に短いため、地域での医療サービス供給が長期的には安定しない。
- ・ NHS トラストが完全に独立した営利団体で、その活動状況は地域に公開されないため、地域全体の医療サービスの供給を計画する上で支障となる。

これらの問題点を解決するために、内部市場に対する統合されたケア（integrated care）という新しい枠組みを提案された。この枠組みにおいて、HA は地域住民のニーズに適合した医療サービスを提供していくための計画である「健康増進プログラム（Health Improvement Programme : HimP）」を推進する責任をもち、GP と NHS トラストはそれに「協定（agreement）」し、プライマリー・ケアとセカンダリ・ケアを供給する。これまでの短期的な「契約（contract）」ではなく、少なくとも3年間の長期的な「協定」に基づいて計画を実施する。医療サービスの購入者と供給者の分離は維持し、「競争」の代わりに協力と共同（パートナーシップ）がキーワードとなった。また、クリニカル・ガバナンスによって質の向上を図ることを目指している。GP のファンド・ホルダー制は1999年までに廃止され、契約は中・長期のサービス協定に代替された。また、GP や看護婦で組織される Primary Care Group (PCG) がサービスを委託し、中期的には地域の保健サービス運営の責任を持つようになった。電話相談の NHS-Direct も新しい対策のひとつである。

2000年7月に発表された The NHS Plan は NHS の進むべき方向を次のように述べている。また、この Plan の原則及び主要目標は表 3-1 のとおりである。

「NHS は 1948 年の創設以降、支払能力に関係なく、ニーズに基づいた医療サービスを全ての人に提供することを原則としてきた。NHS はイギリス国民に最も評価されている公共サービスである。多くの成果をあげてきた反面、NHS は待ち期間が長過ぎることや地域によって医療サービスの内容に許容できないほどのバラツキがあることが問題である。これらの問題を解決するために政府は今後 4 年間に NHS 予算を増やし、国民の期待に答えられるように NHS を改革することを決めた。改革の主眼は患者の観点から NHS をなおしていくことである。この Plan は NHS への投資であるが、投資には改革が伴わなければならない。NHS が国民の期待に十分応えられなかったのは財源不足（従って医師・看護婦等の不足）が原因であったが、これ以外にも医療水準に関する基準の欠如、スタッフ間の差別やサービス間の障壁、パフォーマンスを向上させるためのインセンティブの欠如、過度の中央集権と患者の軽視、等が要因として挙げられる。これらの問題は 1948 年に NHS が創設された時から存在しているが、この Plan はこれらの問題にも取り組んでいる。NHS は今後 5 年間、毎年実質 1/3% の割合で拡大していく（GDP の 5.9% から 7.6% へ；民間保険及び患者負担を加

えると GDP の 6.9%から 8.6%へ)。この結果、病床は 7,000 床増え、2010 年までに 100 の新しい病院と 500 の新しいプライマリーケア・センターが設立され、多くの施設が近代化される。また、コンサルタントは 7,500 人、GP は 2,000 人増員され、看護婦は 20,000 人増加する。患者の満足度の高い地域の NHS の組織はより自由が与えられる。Care Trust (CT) の設立によって社会サービスと NHS サービスは共通の財源から支出されるようになる。GP や病院の医師との契約も近代化される。看護婦や他のスタッフも役割が拡大し、2004 年までに彼らの半数以上は薬剤を処方できるようになり、nurse consultant の数も 1,000 人に増える。患者に対しても様々な対策がとられ、患者は NHS に対してより大きな発言権をもつようになる。内部市場はなくなり、近代的で頼れる NHS の構築が始まった。」

NHS 改革に関する保守党と労働党の最大の相違点は民営化と内部市場である。しかし、保守党が始めた NHS 改革を 1997 年 6 月に政権の座についた労働党が根底から変えることは可能でもなければ望ましくもない。労働党は選挙公約で内部市場を廃止するとしていたが、購入者と供給者の分離や提供されるサービスの量と質に関する明確な合意の必要性については労働党も同意しており、GP ファンドホルダーの廃止や民間医療保険に対する税制優遇措置の縮小などが実施されている。医療費増加の抑制、サービスの有効性の向上、自発性や自助努力の推進、財源の選択肢の拡大、管理技術の改善、消費者の選択の拡大、などは政党にかかわらず重要な論点となり、この中で労働党は特に有効性の向上、サービスの質、消費者に対する感応度、などに力を入れている。[Robinson, 2000]

医療サービスの臨床的有効性及びサービスの質を高めるために National Institute of Clinical Excellence と Commission for Health Improvement の 2 機関が設立された。前者は臨床ガイドライン及びサービスの費用効果に関するガイドラインを作成することを目的とし、後者は医療サービスの質の向上を促進することを目的としている。地域での計画性の向上及び関係機関の間の協力を高める手段として医療行動圏 (Health Action Zones) の導入が検討される。NICE については活動を始めてからまだ間もないので、評価するには早すぎるが、インタビューした LSE の Robinson 教授から次のような感想を聞いた。「エビデンスに基づいた診療、cost effective な診療を全国に普及させるという考え方は正しく、良い方向への動きだと思う。しかし、2 種類の問題がある。1 つは、科学的に一定の結論を出すのは必ずしも容易ではなく、NICE を cost down のための手段と見る向きも多い。このため、NICE の結論に対して強力な反対意見が提示され、延々と論争が起きる事も予想される。もう 1 つの問題は NICE の診療ガイドラインは Appraisal Panel で決定されるが、ガイドラインを実施に移すステップが十分考慮されておらず、診療現場でのとまどいや抵抗が数多く見受けられることである。」

4. 医療制度のマクロ・パフォーマンスについて

イギリスの医療制度のパフォーマンスを日英比較の観点から検討する。はじめに、医療制度のパフォーマンスに影響を与える要因である高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の比率）について比較する（図4-1）。1960年初頭にイギリスの高齢化率は12%近く、日本は6%弱であった。この格差が年々縮まりつつも両国の高齢化率は上昇し、1995年には15%台でほぼ同一の水準となっている。イギリスが1980年代の初頭に高齢化率上昇が一応打ちを迎えたのに対し、日本は継続的に上昇している点が特徴的である。

高齢化率の上昇は医療費に対して影響を与えると考えられる。しかし日本とイギリスでは医療費の財源が異なることもあり、医療費（負担）は異なる時系列変化をとる。医療費対GDP比率を時系列的に観察すると、1960年代初頭のイギリス4%弱、日本3%から両国ともに上昇している（図4-2）。1998年には日本が7.5%、イギリスが6.5%程度となっている。しかし、この間の両国の医療費対GDP比率は異なる変化を見せる。日本の場合には1964年、1974年から1983年まで、1990年から1995年まで、と医療費対GDP比率が高くなる時期がある。イギリスの場合には、1974年、1979年、1990年のそれぞれの年から引き続いて2年ほどは医療費対GDP比率が高くなるが、その後は安定する。これはイギリスの医療制度が税方式をとっており、医療予算が厳しくコントロールされていることにもよると考えられる。

この点を検討するために医療費支出額を比較する。データが利用可能である1987年から1997年の10年間について、一人あたり実質医療費を購買力平価によってドル換算して比較する。一人あたり実質医療費とは、国民一人あたり名目医療費（千円及び千ポンド単位）を1995年基準のGDPデフレーターによって実質化し、それをさらに購買力平価基準でアメリカドル単位に直したものである。従って、この数値は医療費自体のみならず、GDPデフレーターや購買力平価の水準とその変動にも依存する可能性がある。このような前提があるにもかかわらず、得られた結果は示唆的であるように思われる。国民一人あたり実質医療費が日本は単調に増加していく一方で、イギリスは相対的に安定している（図4-3）。先にも述べたように、これは税方式によって医療費財源を調達しているために、医療費の伸びのコントロールが保険方式よりもしやすいためと考えられる。

このような医療費で見たパフォーマンスに大きな影響を与えるのが、医療供給体制の整備状況である。医療供給体制が充実しているほど医療費が高くなることは経験的に観測されている。人口千人あたりの総医療従事者数（全ての医療関係職種についての従事者総数）を時系列的に比較すると、1960年初めにイギリスは11人、日本は7人ほどであった（図4-4）。日本では着実に医療従事者の数が増えつづける一方、イギリスでは1970年代に急激な増加を経験する。それ以後も着実な増加を続けるが、1980年代前半にそのピークを迎え、その後は減少に転じている。日本とイギリスの医療供給体制に対するコントロールの違い

を如実に表しているのが、医療機関の病床数である。イギリスは1960年初頭以来継続的に減少してきているにも関わらず、日本は増大の一途をたどっている（図4-5）。特に1960年代の全期間、1970年代後半そして1986年以降1990年までは増加率がその他の期間と比較して高くなっている。1986年以降1990年までの病床数の増加は地域医療計画による病床規制が試行される直前のいわゆる「駆け込み増床」の状態を反映している。逆にイギリスは特に1980年代以降に低下傾向が加速している。これはサッチャー政権の医療制度改革の影響であろう。

一方、病床利用の実態は両国ともにそれほど効率的ではない。イギリスの場合は病床数の低下と整合的に病床利用率も長期的に低下傾向にある。日本の病床利用率は1960年代から70年代前半まで低下してきたが、それ以後反転し1980年代の中ごろまでに86%程度まで高まった。それ以後は駆け込み増床によって増えた病床の利用率が全体として低下している状況を示している。つまり病床に関して超過供給が存在していると考えてよい。

両国の供給体制に対するコントロール方針の違いは明らかであり、イギリスではNHSシステムの下に需要サイドと供給サイドを同時に政府がコントロールすることができる体制となっている。他方、日本においては、医療需要はフリーアクセスによって患者の受診行動をほとんどコントロールできず、かつ医療供給体制についても1980年代前半までは病床規制もなかったために病床数のコントロールもできなかった。これは非常に大きな違いである。

医療の成果については種々の指標が考えられるが、基本的な指標として平均寿命が考えられる。男女ともに1960年には日本よりもイギリスの方が日本よりも平均寿命が長かった（表4-6）。しかし男性については1960年代中、女性については1970年代中に日本がイギリスを追い越した。その後は日本が常にイギリスよりも平均寿命が高い状態となっている。ただし、平均寿命は医療制度のパフォーマンスを示すひとつの指標であるが、それだけで医療制度のパフォーマンスを判断することはできない。

5. North Yorkshire HA

(1) HAの機能

NHS ExecutiveはEnglandで8地域に分割されている。そのうちの1つNHS Executive Northern and Yorkshireには12のHAがあり、今回訪問したNorth Yorkshire HAはその1つである。HAの数はイングランド100、ウェールズ4、スコットランド15、北アイルランド4で、合計123である。

North Yorkshire HA管内には6PCGs、4NHS Trustsがある。HAの予算の90%はPCGに配分され、10%が直接病院に行く（図5-1）。HAの第1の優先課題はHimPの策定・モニターやhealth inequalityの是正であり、cost effectivenessは現在のところ優先順位が下がっている。（以下で説明するPCTが地域での広範な医療供給責任をとる予定であり、）HAは今

後 strategic planning がより重要な機能となる。

HA と NHS Trust との関係は協調が基本である。病院ごとの実際の予算には実績値による Baseline と理論値である Target の間に乖離があるが、予算の増加分で Baseline と Target の差を減少させる方向に調整している。医療サービスに関しては HimP の実行が重要である。病院が提供する医療サービスの取り決めも Contract から Service Agreement に変わった。HA と NHS Trust や PCG はパートナーである。しかしながら、Agreement の各項目について達成度をモニターするシステムの採用が進みつつある。Performance Indicators に関しては、次の 6 分野について具体的な指標でモニターされている（カッコ内は指標数）。

| | |
|-------------|--------------------------------------------------|
| 健康水準の向上 | Health Improvement (7) |
| 公正なアクセス | Fair Access to Services (8) |
| 適切な医療の効果的提供 | Effective Delivery of Appropriate Healthcare (8) |
| 効率性 | Efficiency (5) |
| 患者の体験 | Patient and Care Experience of the NHS (7) |
| 成果 | Health Outcome of NHS Healthcare (14) |

2000年7月現在でNorth Yorkshire HAのパフォーマンスは6分野全てで概ね良好であるが、49の指標のうち10指標はイングランド平均より悪く、そのうち4指標では悪化している。入院待ちリストの短縮については、政府の選挙公約であり、強いプレッシャーを受けている。私的医療は存在しているが、ロンドンや南部で比重が相対的に大きいものの、北部では比重が小さいため、当該HAでは重要性の低い問題である。

(2) PCG (Primary Care Group)

GP ファンドホルダーによってもたらされた不公平をなくすために PCG が作られた。PCG Board には社会サービスの代表が入り、重視される価値も競争や短期的利益から協調に変わった。PCG にとってもパートナーシップが重要となっているが、病院サービスを効率的に購入する機能の重要性は将来高まると考えられる。PCG は予算をプライマリー・ケア、2次医療、3次医療に配分しているが、疾病ごとにこの配分を変えようとしている。

イギリス政府はプライマリ・ケア重視の政策を打ち出しているが、政策の根拠は 1997 年の "The new NHS; Modern and Dependable" という報告書である。プライマリ・ケアの中心となる PCG とは GP と地域看護婦、社会サービスの代表と lay member 及び HA の非常任理事から構成される HA の委員会である。

PCG は平均的に人口 10 万人に 1 つであるが、実際の人口規模は 5 万人から 25 万人までバラツキがある (GP は人口 2 千人に 1 人が目安)。PCG は発展段階によって次の 4 つのレベル

に区分され、レベル4はPrimary Care Trust (PCT)と名付けられている。

レベル1 : HA の病院サービス購入を助言する。

レベル2 : HA の一部として活動するが、予算管理機能をもつ。

レベル3 : HA から独立して、病院サービス購入の予算を管理する。HA への報告義務はある。

レベル4 : レベル3の機能に加えて、コミュニティ・ヘルス・サービスの提供にも責任をもつ。

2000年4月にPCTの設立が始まり、2004年までには全てのPCGをPCTにすることが政策目標となっている。PCGレベル1やレベル2はHAの中の組織と位置付けられているが、PCTはHAから独立した組織となり、これまで病院にあるcommunity nursing services部門も吸収する。

筆者らが訪問したYork Primary Care Groupはその担当領域がYork市とHambleton地域の市街地と周辺の村である。これらの地域において29のGP診療所(120人のGP)が20万9000人の住民をカバーしている。ただしこの他にも旅行者が年に350万人も訪れている。健康状態に関する地域属性は次のようにまとめられる。一般的に言うと、死亡率は低いものの、皮膚がんや自殺の死亡率が高い。また15歳から24歳の年齢階層において事故による死亡率が高い。

このような地域特性を背景として、地域住民の健康水準を高めるために、York Primary Care Groupは以下のようなLocal Health Planを策定し、共同し得る部分はSelby and District Primary Care Groupと共同して活動している。

- 1) 2つのPCGが共同して活動している活動分野
 - ① 病院サービスのコーディネーション
 - ② Clinical Governance
 - ③ 薬剤処方管理
 - ④ 情報管理・情報技術
- 2) York Primary Care Groupが単独で行っている活動分野
 - ① PCGが担当する住民の医療ニーズの評価と地域医療サービスの拡充とアクセスの向上に関する検討
 - ② 慢性obstructive pulmonary病のケアに関するパス法の開発
 - ③ 行政機関と連携した中間ケアの展開についての検討など。

筆者らがYork Primary Care Groupを訪問した時期は折りしもPCGからPCTへの移行期であった。PCTへの移行のために、住民の意見を吸上げる公聴会などの日程が多く設定されていた。これはPCT設立・運営が住民の意見を尊重した形で行われるためであり、日本の医療制度には無い興味深いシステムである。2001年4月1日までにPCTを設立する間、様々

な公聴会が開催される。設立と同時ないしはその後に North York Health Services NHS Trust の地域サービス供給の責任を Selby and York Primary Care Trust に移転する。2001 年 4 月に移転されるサービスは以下のものである。

- 地域看護・訪問(診療)看護
- St. Monica 病院
- Selby War Memorial 病院
- ホームレス及び旅行者に対する民間医療サービス
- Walk in センター
- ケア提供者に関するプロジェクト
- 包括的ケア体系
- 地域歯科医療
- Palliative Care
- 車いすセンター
- Joint equipment center
- Occupational Therapy
- Podiatry
- 言語セラピー
- 精神療法
- 学習障害者に対するサービス
- Continence nurses

St. Monica 病院、Selby War Memorial 病院、5 箇所の保健センター、3 箇所の診療所、等は 2001 年 4 月に所有権の移転も予定されている。

設立後の PCT は PCT Board によって監督され、PCT Executive Committee によって運営される。PCT Board は 1 人の lay Chair、5 人の lay members、Chief Executive、Director of Finance、PCT Executive Committee から選抜された 3 人の専門家、によって構成される。PCT Executive Committee は Chief Executive、Director of Finance、Social Services の代表者、公衆衛生の専門家、地域看護婦、他の医療専門家、GP によって構成される。PCT はその運営について、中央政府に対して国家的な政策体系の下で、国家的な政策優先度にもとづいて活動する責任がある。HA に対しては地域 Himp を実行し、説明する責任がある。住民に対しては開かれた理事会を開催すること及び PCT の計画書と報告書を公表する責任を負っている。

(3) Trust 病院

York Health Services NHS Trust は 800 床の一般病院 (pay beds は最大 2 床), 200 床の Mental Hospital 及びいくつかの小さな支部から成っている。収入の 90% は NHS からで、その内訳は PCG90%, HA10% である。年間患者数は入院 6 万人, 外来 5 万人である。病床利用率は 90~95% であるが、退院待ち入院患者が平均 40 人いる。この水準は病床全体の 5% にあたり、状況は以前より悪化しているとのことであった。

ヨークは PCT の項でも述べたように平均的な健康水準の地域である。平均的な健康水準の地域で活動する NHS Trust の活動状況を検討することは平均的な NHS Trust の活動状況を把握するために有効であると考えられる。患者数とスタッフ数の概要は表 5-2 のとおりである。入院及び日帰り手術患者数そして外来患者数が伸びている一方、院内で治療された患者数が減少している。その他の医療サービスについても供給量は増大している。表中最下段の常勤換算スタッフ数は 1992 年度から 1998 年度まで横ばいであるにも関わらず、スタッフ数の平均値は拡大傾向にある。これはスタッフの雇用形態が常勤から非常勤へとシフトしているためと考えられる。スタッフの職種別雇用数をみると、コンサルタント医、その他医師、各種療法士・技術者についてはその常勤換算数が率としては小さいものの増加傾向にある (表 5-3)。看護婦は 1998 年までは看護婦と看護助手の双方ともにその数が減少しているが、1999 年度はそれぞれ増加している。

1991 年の改革以前は医療の財源調達も供給も Health Authority (HA) が担当していた。しかしながら、改革以後は財源調達を HA が、実際の医療供給を NHS Trust が担当している。また、GP Fundholder の制度も 1990 年度に導入された。このため、病院の収入源は多様化している。North Yorkshire Health Authority からの収入は 1995 年度と 1997 年度にはおおむね 6000 万ポンド台後半であったが、1999 年度は PCG と合算で計上されているのでその額が飛びぬけて大きくなっている (表 5-4)。ただし、これは PCG と合算計上のためだけでなく、PCG を経由した分を含めて North Yorkshire Health Authority からの収入実額が増加していることによる。他の HA からの収入は North Yorkshire Health Authority からの収入と比較すると圧倒的に少ない。これはすなわち、HA の管轄区を「越境」して York Health Services NHS Trust の病院を受診する患者のウェイトが高くないことを示している。GP Fundholder からの収入は 1995 年度から 1997 年度にかけて額が増加したが、1999 年度の PCG の発足により HA と同じ勘定に掲載されている。1999 年度以前は HA からの収入が増大せず、GP Fundholder からの収入が収入総額に占める比率は高くなってきて、医療の内部市場化は着実に進展した。1999 年度以降は PCG が HA の予算管理機能を徐々に引き受けるという事実もあり、イギリスの医療制度の中で GP が担当するプライマリ・ケアの比重が高いことがわかる。項目別の支出割合はほとんど固定的であるといつてよい (表 5-5)。ただし、看護婦に対する支出割合が若干減少していることと、医薬品・医療用具及び関連サービスに対す

る支出割合がやや高まっている。

表 5-6 は外来患者が初診にかかるまでの待ち時間を示している。一般外科についてみると、96%から 100%の患者が 26 週以内に外来初診を受診することができている。13 週までに受診できる患者数の比率は 1994 年度の 84%から 1999 年の 76%に低下している。小児科、リウマチ科及び全診療科については 13 週以内に診療された患者数の割合、26 週以内に診察された患者数の割合ともに変動が少なく、安定的であるといえよう。整形外科は 13 週内受診割合も 26 週以内受診割合も低下しており、平均的な待ち時間が増大しているといえよう。逆に、産婦人科は 13 週、26 週内受診割合が全体的に向上しており、待ち時間が低下していると言える。

表 5-7 は入院患者の待機期間を示したものである。1996 年度には 1 年以内に全ての入院患者が入院できていたが、1998 年度は一般内科を除いてデータの存在する全ての診療科で 1 年経ても入院できない患者が増加していることがわかる。

このような待ち時間を経て治療を受ける患者の満足度は非常に興味深い問題である。満足度が高いと評価することはデータの制約上難しいが、満足度が低い状態は相対的に把握することが簡単である。ここでは苦情件数をその指標とした。表 5-2 において順調に患者数が伸びていることを見たが、苦情件数は増加していなかった (表 5-8)。

次に、運営面を概観する。運営において最も重要な問題は資金調達である。NHS Trust は HA 及び PCG と病院医療サービス供給に関する合意文書 (agreement)⁴⁾ を取り交わし、それに沿ってサービス供給を行う。2000 年度における York Health Service NHS Trust と North York Health Authority 及び York/Selby PCG との間の供給契約金額は 1 億 59 万 5900 ポンドである。ヨーク地区での病院医療サービスの提供に対して一括して上記の金額を支払う契約である。ただし、この金額の中には①ケースごと及び利用ベースでの請求分 (表 5-9)、②別途契約分 (表 5-10) は含まれていない。別途契約分は通常の病院サービス供給契約にはなじまない項目に対する費用負担契約である。この合意では病院医療サービス供給について 2001 年 3 月末までの数値目標を次のように与えている：①入院待機患者の数を 6067 人以下とし、年間を通じて 18 ヶ月以上入院を待機している患者が発生しないものとする；②13 週以上の外来受診待機患者が 2001 年 3 月末までに、1117 人以下になるものとし、12 ヶ月以上外来受診待機している患者が発生しないものとする。労働党政権は NHS システムにおける待機患者の削減を至上命題に掲げており、政権の政策目標が「合意」文書に反映されているものと考えられる。待機患者の削減以外にも「合意」の中の数値目標がある。それは新規発生患者について

| | |
|----------|--------------|
| 選択的入院 | 11219 エピソード分 |
| 選択的日帰り手術 | 18066 エピソード分 |
| 非選択的入院 | 26138 エピソード分 |
| 外来患者 | 62254 初診患者分 |

を診療するというものである。サービス供給水準の未達成に際して契約額の削減・返還などのプレッシャーは存在しない。逆に計画水準の達成に対して performance fund が付加される。これはサービス供給計画が未達成な場合には資金が十分でないことが考えられ、計画未達成に付随して資金供給を減少させれば必要なサービス提供水準を下回る可能性があるためである。

病院医療サービス供給計画達成のためには病院内部での診療管理が重要となる。York Health Service NHS Trust においては週ごとに診療科ごとの診療パフォーマンスのモニタリングが行われていた(表 5-11)。表 5-11 によれば、選択的入院に関しては 8 月中の全ての週において計画が未達成であった。他方、非選択的入院に関しては、計画水準は全ての週において達成されていた。これは非選択的入院の患者を優先的に入院させた結果と考えられる。この結果としてウェイティングリストの長さは 8 月中に大幅に減少した。ただし、入院のキャンセルという負の指標の数値は第 1 週の 4 件から第 4 週には 50 件に増加した。

「合意」に基づく診療費用負担額の決定、それに応じた病院医療サービスの供給が行われ、その結果トラストの経営収支が決まる(表 5-12)。NHS Trust の経営状況に関して特徴的であるのは公的資本に対する支払があることである。これは公的資金を受け入れる一方、その公的資金に対する配当を義務付けられているためである。また、日本の医療機関の医療利益にあたる事業余剰は 1996 年を除いて正值であり、NHS Trust と同様に公的な補助金が導入されている日本の公的病院の決算と対照的である。

6. 保険者機能の一環としての NICE⁵⁾

(1) NICE の設立の趣旨

NICE(National Institute of Clinical Excellence)はイングランドとウェールズの Special Health Authority として 1999 年 4 月 1 日に設立された。(法案自体は 1999 年 1 月 2 日に議会に提出された。) 設立目的は権威があり、頑健でかつ信頼できる現時点で最良の治療指針を与えることである。指針は個々の医療技術(薬剤・医療用具・診断技術・手技を含む)のみならず、特定の状況における臨床管理も含んでいる。

NICE は NHS が現在抱えている問題を解決するひとつのシステムとして設置されたわけであるが、保健大臣の設立時の挨拶は NICE の設立趣旨をよくあらわしている。『この根拠に基づく(evidence-based)指針はイギリス全体で使用されることにより NICE は近年拡大してきた治療の地域差をなくすことに貢献するであろう。

どの新規技術が最も患者のケアを改善するかを認識することによって良い価値の新治療

法をより早く NHS 全体に行き渡らせることになる。これは結局、臨床家・製薬企業・医療用具産業が適切な技術革新を行うことを促進し・活発化させることになる。

これはまた、患者を旧式の非効率な治療から守ることにより、患者のために NHS が良い働きをすることを可能にする。』

医療専門家は患者に可能なうちで最適の治療を提供したいと考えているが、下記の 2 つの特殊な困難に直面している。

- 1) 科学的な診療上の発見のペースが非常に大きくなっており、個々の医師が取り扱わなければならないかもしれない広範な条件下で最先端の知識を得つづけることは段々難しくなっている。
- 2) 医療サービスへの需要(部分的には過去の成功によるものであり、部分的には効果的な新規技術により、部分的にはより効果的でない技術を使用しつづけているためであるが)は利用可能な財政的・人的資源を越えつつある。

世界中の全ての医療制度はこれらの問題に対する回答を見つけようと努力している。イギリスにおいても他と同様に他の問題も発生してきている。医療専門家はしばしば次のようなことを行ってきた。

- ・ 診療効果性もしくは費用効果性に関する十分な証拠も無く新規の医療技術ないしは診療管理計画を採用してきた。
- ・ 新規の開発物によって代替されてきた旧態依然たる技術や診療管理計画に固執してきた。
- ・ 診療効果性があり貨幣価値のあるものでさえ、新規の手法を導入するのが遅すぎた。

結果として異なる地域の異なる患者が利用できる治療の質について許容不可能な地域差が存在している。政府は全ての場所で高い治療水準を持つ、信頼性のある本当の NHS サービスを提供するためにこの地域差が除去されるべきであることを決定した。

(2) NICE の組織構造

NICE は保健大臣とウェールズ議会に対して、その資源、業務内容の提供、NHS に対して作成するガイダンスについて責任を負っている。日常の運営上の最高責任は 4 人の常任理事と議長を始めとする 7 人の理事とからなる。理事会は常任理事と理事の小さなチームであり、彼らは NICE が NHS のためにその任務を最も効果的な方法で実行することを確保している。理事長が合意された計画の進捗状況と資源の利用に関して理事会に責任を負っている。

理事会メンバーは保健大臣とウェールズ議会によって任命される。非常任理事は特定の利益団体の代表というよりは個人をその職位につけるメリットによって任命され、臨床専門家・患者と利用者団体・NHS 管理者・産業と研究者団体の専門的意見を反映する。現状の理事構成は次のとおりである。

常任理事

Chief Executive: Mr. Andrew Dillon
Communication Director: Anne-Toni Rodgers
Acting Finance Director: Richard Jefferies
Clinical Director: Professor Peter Littlejohns

理事

Chair: Professor Sir Michael Rawlins
Professor Tony Culyer
Ms. Mary McClarey
Mr. Roy Luff
Professor Parveen Kumar
Dr. Susanna Lawrence
Ms. Nigella Lawson
Mr. Frederick George

NICE の組織は相対的に小さく、約 20-30 人である。NICE 委員会は診療専門家、患者と利用者団体、NHS マネージャーの専門的知識を反映している。委員会は NHS のために最も効果的な方法で NICE がその任務を遂行することを確保する。ほとんどの業務は大きな学術・専門家・利用者団体のコミュニティを結ぶネットワークにおいて構築されている。NICE は独立した専門家の知識と専門的意見、他の組織に関連する研究を促す。

- ・ 患者中心の組織
- ・ Royal Medical College
- ・ NHS Research & Development for England and Wales (とその医療技術評価プログラム)
- ・ 専門職学会・組織
- ・ The Centre for Reviews and Dissemination
- ・ 地域的開発評価委員会を支えているチーム
- ・ 産業とそれらを代表する集団

NICE のユニークな特徴のひとつは Partners Council である。そのメンバーは事業において特殊な利益をもっている重要団体から選抜されている。それらは患者団体・医療専門家・NHS 管理部門・質の評価団体・産業・労働組合を含んでいる。メンバーは保健大臣とウェールズ議会によって任命される。

NICE の運営の基礎となる財政基盤は次のとおりである。NICE は、同種の組織：その活動

と役割が新組織の一部分を構成している、に対して以前投入されていた資金によって運営されている。初年度は、NICE は約 10.5mポンドの予算を得ている。

(3)NICE の業務内容

NICE では専門家集団が NHS と患者ために薬剤・医療器具・診療手順のガイドラインを作成する。NICE は医療者が現代医療において必要とされる、個々の患者に対する複雑な意思決定を行うことを支援する。NICE は 3 種類のガイドラインを提供する。

- ・ 新規・既存医療技術の技術評価
- ・ 特定条件の管理に関する診療ガイドライン
- ・ 技術評価と診療ガイドラインを支援する診療監査手法

NICE は年間 30 から 50 程度の医療介入(新規であれ既存のものであれ)を評価し、NHS に対して臨床効果及び費用対効果についてアドバイスする。詳細については *A First Class Service* に、どのようにシステムが機能するかが記載されている。これにより、

- ・ 効果的な新規治療法のより早い採用を促進する。
- ・ 費用対効果の明確な根拠があるかという視点で治療に注目することにより、NHS が利用可能な資源からより多くの健康改善を保障できるようにする。

が達成されることを目標とする。

ここで、*A First Class Service* とは、保健省が最も重要な新規(ないしは既存の)医療技術と認知しているものがスポンサーとなる企業が費用対効果の根拠を提示し、その根拠を NICE に評価させ、NHS のガイドラインの基礎となるように利用するシステムの提案である。

具体的な NICE が提供しようとしている情報の例は、

- ・ 胃潰瘍治療時の H-pylori の根絶。
- ・ 卵巣がんに対する Taxol 治療
- ・ 冠状動脈疾患の管理
- ・ Benzodiazepines の不安症・不眠症への使用

である。実際にどのような医療技術を評価するかについては、DoH とウェールズ議会が選定している。下記のひとつないしはそれ以上の基準を用いている。

- ・ 技術が以下の内容に帰着するか否か？
 - 全ての患者に行き渡った時、NHS 全体として大きな健康改善を得られるか
 - 健康の不平等の削減に関して他の健康関連の政府政策に対して大きなインパクトがあるか
 - 全ての患者に行き渡った時、NHS の資源に対する大きなインパクトがあるか

また、NICE がナショナルガイダンスを発行することの価値があるかどうかについても基準

となる。

診療ガイドラインは体系的に開発された、医療従事者と患者が特定の状況において最も適切な医療サービスについて最善の意思決定ををなすことを援助するためのものである。適切に開発されたガイドラインは診療におけるより良い患者のケアにつながることで研究によって明らかにされている。それらは経験をつんだ医師とともにあるものであり、代替するものではない。NICE は明確な診療ガイドラインを、医療従事者がその患者に NHS が財政的に提供し得る最善のケアを与えることを援助するために、開発している。NICE はそのガイドラインが頑健な研究成果にもとづくものであり、診療上効果があるだけでなく費用効果的でありかつ日々の診療に役立つ形式で診療者と患者に提供されるものであることを確保している。

技術評価は患者、医療専門家そして医療サービスマネージャーに単一の権威ある新規(既存)技術に関するアドバイスを与えるものである。NICE は全ての医療技術を評価しようとすることは現実的ではないと考えており、年に 30 程度の技術評価を行うことを目標としている。

(4) NICE と外部機関等との関係

NHS の医療専門家は個々の状況にガイダンスを適用し、個々の患者のニーズを満たすことに関して依然として責任を負っている。NICE のガイダンスは医療専門家が最も効果的な治療を提供することを支援し、患者を効果的でない治療から守る。NICE は診療行為と潜在的な治療法の効果性について権威ある、時宜を得た情報を提供し、この情報が NHS と患者に伝わることを確保する。

NICE はそのガイドラインが医療従事者と患者に必要な時に必要な場所へ十分に伝わるための情報戦略を採用しているとされる。各ガイダンス集には対象となる顧客が存在する。情報伝達計画はその顧客に伝わるように設計される。これらの計画は患者グループと専門職組織が直接的に含まれる諮問によって展開される。患者と公衆はウェブサイト、新聞、テレビ、ラジオを通じて健康と最適治療に関する NICE 情報にアクセスできる。政府・公衆パートナー委員会・製造業者・スポンサーそして産業関係者などの他のステークホルダーとの意思伝達も重視している。

地域レベルでの外部機関との関係は次のようにまとめられる。NICE は NHSTrust や他の供給者そして患者代表とそのガイダンスが効果的に伝達されるように活動する。また HA や PCG そして他のサービス提供者とも活動する。

地方レベルでの外部機関との関係は次のようにまとめられる。NICE はガイダンスにおけるギャップを処理し、Local レベルでの実行をサポートするためにパフォーマンスモニタリ

ングを通じたフィードバックを模索している。

国家レベルでは NICE はその詳細な作業計画を DoH とウェールズ議会とともに開発している。そして国立王立大学、専門家団体、学術団体そして専門家の意見を必要としている医療産業とともに作業している。

NICE はまた、健康改善委員会による体系的なサービスレビューからの情報が更なる診療ガイドンスもしくは監査手法に生かされることも確保している。NICE はまた、下記の機能も引き継いだ。

- the National Prescribing Centre appraisal and bulletins
- the clinical guidance contained in PRODIGY
- the National Centre for Clinical Audit
- the Prescribers Journal
- the National Guidelines Programme and Professional Audit Programme
- Effectiveness Bulletins

7. まとめ：日英対比

医療サービス全体をマクロで見ればイギリス、日本ともに少ない医療サービス（対 GDP 比）で高い健康水準を維持しているように見える。イギリスでは病床利用率が高く（85～95%）、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している。（府川, 2000）日本では診療報酬点数表による価格コントロールを中心にして医療費増加を抑制してきたが、これまでの方法では不十分な点も多く、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払う NHS によっているため支出をコントロールしやすいからである。医療サービスに対する考え方は日本とイギリスで大差がないように思われる。

ミクロ・レベルの効率性については両国ともなお研究の余地がある。日本では高齢化の圧力が強いため、高齢者医療費の膨脹を抑えることが期待され、介護保険が比較的速やかに導入されたが、イギリスでは高齢化の問題はほとんど意識されていない（高齢化はきわめてゆるやかで、大した問題になっていない）。1999年3月に介護に関する Royal Commission が介護サービスの将来の財政に関してレポートを発表した。Royal Commission の Majority Report では介護サービスを NHS と同じような方式で提供することが最も効率的であるとい

う結論に達し、介護のための公費を GDP の 0.3%増額することを提案している。ただし、食費と宿泊費相当分は介護コストとはみなさず、全額利用者負担にすべきだとした。2000年7月の The NHS Plan でイギリス政府は介護に関する Royal Commission の主要な提言を受け入れ、ナーシングホームの費用を NHS から支払う方針を明確にした。また、ナーシングホームやケアホームにおける personal care を無料にはしないが、高齢者が施設介護を受けるために自宅を売らなくて済むような措置を講じることとした。

ヨーク地方における NHS の現状はイギリスにおける医療の一般的な状況といえる。HA の管轄している地域は人口規模において大きなバラツキがあるが、病院は人口 25 万人に 1 つの割合で設置されており、病院間で競争するというような状況ではない。PCG は平均的には人口 10 万人をカバーし、住民からみれば地域の PCG はただ 1 つしかない。従って、HA は PCG や NHS Trust のパフォーマンスはモニターしても、その結果、基本的には彼らと協調してやっていく以外に選択肢はない。イギリス政府は 2000 年 7 月の The NHS Plan で NHS が underfunded であることを初めて認め、今後 NHS の予算を増加させる一方で、医療サービスの質と効率性を高め、患者を中心に据えた医療制度の構築を宣言した。

NHS の仕組みがこれまでも、また、これからもイギリス国民にとって最適のシステムであるとした上で、国営医療の弊害を克服する試みとして、NHS 改革は大変興味深い事例である。

- 1) 医師の養成過程（コンサルタントや GP というキャリアドクターへのプロセス）
- 2) 医療サービスの質と効率を高めるための NICE の活動
- 3) 患者を中心にいた医療を実現するための諸施策
- 4) 病院情報の開示
- 5) 保険者（具体的には HA）による医療サービス提供のモニタリング

病院の決算データから日英両病院の比較を行うことは非常に有意義である。しかしながら、最も重要な点はイギリスでは全ての NHS Trust 病院の経営データが公開されているということである。これは医療システムの財源が税によって調達されていることと密接に関連している。日本においては社会保険制度によって医療費が調達されているが、公費負担割合が高い。それゆえ、税金の使途を明らかにするためにも、イギリス同様に医療機関の経営状態について透明性を高めることが重要である。

日英の医療システムは大きく相違しているが、両国はともに医療費の対 GDP 比が主要国の中で最も低いグループに属している。しかし、国民の医療サービスに対する要求が強いため、イギリス政府は NHS 予算を持続的に増加して、医療費の対 GDP 比をヨーロッパ大陸諸国並に引き上げることを決めた。その増加分の中に介護的要素もかなり含まれていることを勘案すると、医療・介護のトータル・コストにおいて日英は将来においても類似した水準に位置する可能性がある⁶⁾。

表 3-1. The NHS Plan(2000年7月)の原則及び主要目標

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Plan の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) NHS は支払能力ではなく、臨床上のニーズに基づいた普遍的なサービスを全ての人に提供する。 2) NHS は臨床的に有効で効率的なサービスをプライマリーケアから病院サービスまで包括的に提供する。 3) NHS はいかなる患者の尊厳も大切に、患者やその家族のニーズや選好を中心に据えてサービスを提供する。 4) NHS は国の運営する制度であるが、異なる地域・人口集団の様々なニーズに対応する責任をもつ。 5) NHS は絶えずサービスの質の向上を図り、医療ミスを最小にする。 6) NHS の強さはそのスタッフ、彼らの技術・経験・献身、に依存しているので、スタッフへのサポートを積極的に行う。 7) NHS の資金は NHS の患者にのみ使われる（民間保険の患者への補助は行わない）。 8) 患者のニーズを中心に据えてヘルスサービスや社会サービスを形づくるために、NHS は他の職種・機関とのあらゆるレベルでの協力を行う。 9) 健康は社会的要因、環境因子、経済的条件などにも依存するため、NHS は他の公共サービスと協力して病気の予防にも努力する。健康における不平等の是正にも努める。 10) NHS は患者のプライバシーを尊重する。また、NHS は情報技術や医学の進歩をサービスの質の向上に役立てる。 <p>2. 主要目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2005 年末までに最大の待ち期間を外来で 3 か月、入院で 6 か月に減らす。 2) 患者はその臨床上のニーズにふさわしい診療を受け、2003/04 年までに 3 分の 2 を、2005 年までに 100%を予約制とする。 3) 2004 年までにプライマリーケアにおいて 24 時間以内に医療関係者、48 時間以内に医師とのコンタクトを保証する。 4) 外部評価による清潔さや食事内容を含む患者の満足度を年々改善していく。 5) 2010 年までに主な死因による死亡率を大幅に改善する。 6) -75 歳未満の心疾患死亡率を少なくとも 40%下げる。 7) -75 歳未満の癌死亡率を少なくとも 20%下げる。 8) -自殺率及び不慮の事故死を少なくとも 20%下げる。 9) 子ども及びライフコースの全ての時期において社会経済階層間及び最も遅れた地域とその他の地域間の健康ギャップを縮める。2001 年の初めに国の目標値を定める。 10) 公正なアクセス、サービスの質、及び患者ニーズへの対応度において優れた病院のコストを NHS の標準として、5 年後に全ての病院がこの水準に達するよう努力する。 11) 8) 回避できる入院を減らし、75 歳以上の退院の遅れを年々減らすことによって、高齢者ができるだけ自立した生活ができるように質の高い入院前サービス及びリハビリテーションを提供する。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

图4-1 65岁以上人口比率：日英比较

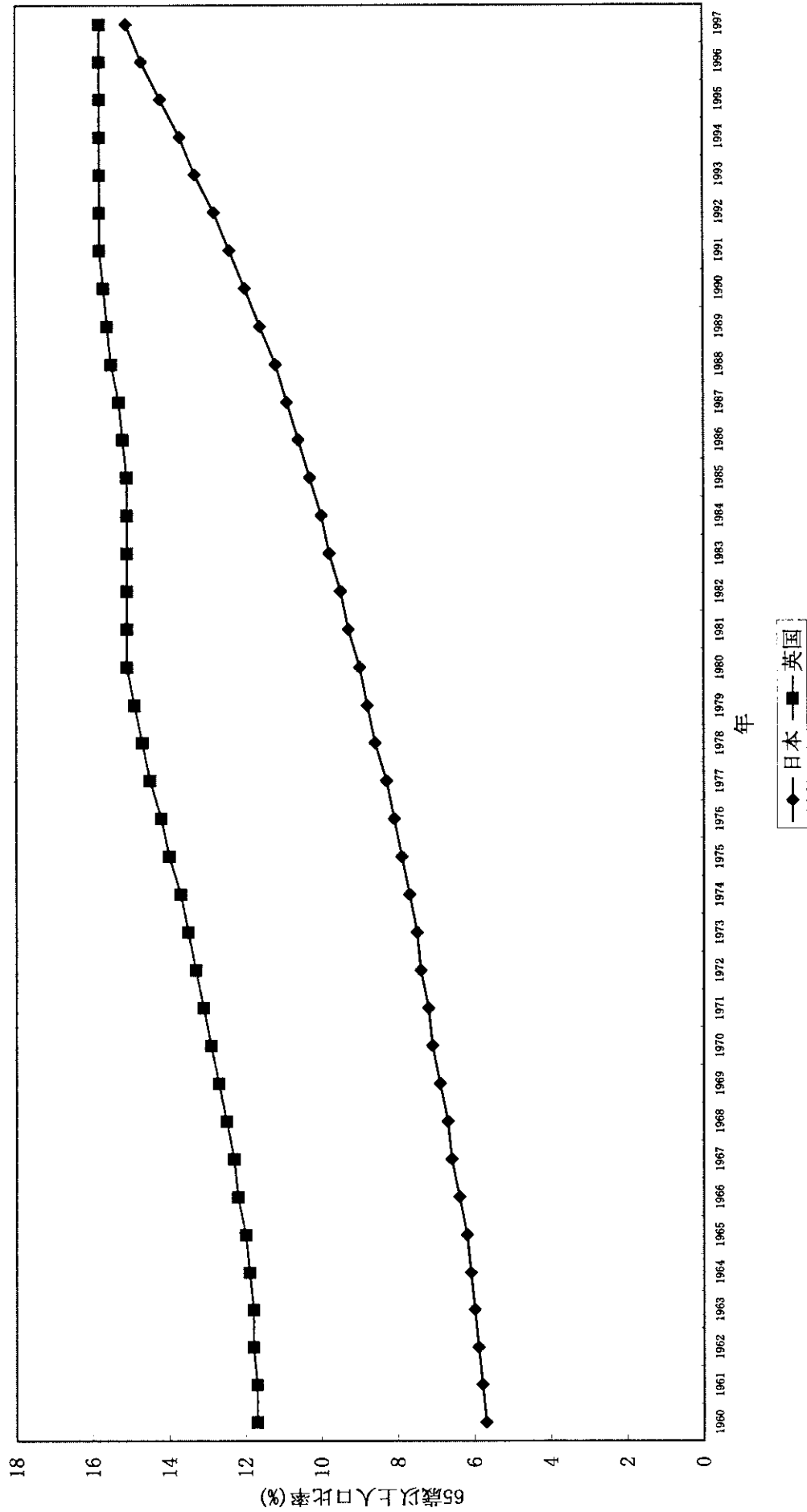


図4-2 医療費対国内総生産比率：日英比較

