

の事実がわが国におけるプライマリーケアのシステムの必要性を明らかにしているのではなかろうか。

プライマリーケアの機能はきわめて多岐にわたる。わが国でプライマリーケアの提供者としてこれらの重要な要件を満たすのは在宅ケアと福祉の機能を持ち合わせた中小の病院であろう。ウィークデーの昼間だけのいわゆるビル診は適格性を欠くし、在宅や病床機能を十分コーディネートできないソロプラクティスも同様であろう。しかし、このようなケア提供者が病院を中心とした医療福祉コングロメリット化すれば、地域独占となる可能性があり、その功罪も考慮する必要があるだろう。あるいは、その功を励まし、罪を防止するような仕組みを設定しなければならないかもしれない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

郡司篤晃(2004)「ケアの質向上への取り組みとその課題」『海外社会保障研究』No.149 pp.3-16.

2. 学会発表

社会政策学会保健医療部会(平成17年6月)にて発表予定。演題未定。

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第3章 イギリスにおける

医療・福祉の統合と Primary Care 組織の役割

郡司篤晃（聖学院大学）

研究要旨

UKにおける Primary care 主導の医療制度改革の最近の動きを調査し、アメリカなどとの比較を通し、わが国における包括的医療制度へ向かって改革の方向性について考察した。

UKにおいては NHS 及び福祉サービスの質と効率を改善するために、Thatcher 政権によって準市場導入による大改革が行われた。しかし、当時野党であった労働党によって、不平等を導入した、また取引費用が増大したとして批判された。政権交代後、労働党政権は内部市場廃止などを実施したが、前政権の改革の上にさらにそれを改善し進めたと見ることが出来る。即ち、purchaser-provider split を残し、公定価格の導入により、病院ごとの原価計算の事務を廃し、手上げ制度であった予算管理医制度を強制加入の Primary Care Group とし、さらにトラスト化 (PCT) を進めた。

GP は NHS と契約によって医療を提供してきたが、その契約を当局から PCT との契約に改め、地域における包括的ケアの推進と質向上へのインセンティブが付与された。

病院への介入については、近年になりその効果はほとんどないことが明らかになりつつあり、GP に対して交渉権を与えることになり、かつ個々のケースについて病院の選択を可能にした。従って、価格は公定価格となったが、内部市場復活の方向への回帰である。

一方、これまで必要が叫ばれていたが実現不可能であった医療と福祉を統合による包括的ケアへの道を開いた。福祉サービスとの統合を進めるために、法的整備、組織の改変などが進められ、興味深い試みが行われているが、その進捗は必ずしもはかばかしくはない。

ケアの質向上のためのガイドラインと監視・評価システムの構築に力を注いでいる。GP によるケアの質向上のための諸施策が進められている。NICE、診療ガイドライン、Clinical governance の推進、GP の能力別の契約などである。

医療と福祉ケアの質の評価組織が統合が期待されたが、現段階では実質は別々に機能している。

UK における医療福祉制度改革の成否は PCT さらに CT がうまく機能するかどうか

かにかかっている。しかし、そのようなエージェンシー化と Incentive による管理が期待通りに機能するかどうかについては、いくつかの原理的及び現実的な問題点が存在するように思われる。

例えば、組織にインセンティブがかかっても個々の働き手がそのように行動する保証はない。さらに、PCT は人口ほぼ 10 万人規模に 1 箇所を想定していたが、現在さらに大規模化している。大きい民間組織が公衆衛生から医療、福祉までを管理するのであり、政府の直接制御を受けない新たな官僚機構となる懸念を払拭できない。

USA の改革は UK のまさに対極をなすものである。Managed competition の原理による極めて競争的な改革は、医療費の節減効果はあったものの、本質的に trade-off の関係にある平等の問題を解決できていない。HMO の cream skimming 対策としての Social HMO の試みは成功していない。一方、医療組織を中心としケア組織の統合が進んでいる。

医療の質に関しては極めて多様な質の評価・管理システムが発展しつつある。その中で新たな動向は Institute of Medicine、アメリカ医師会の医師・患者関係における医療文盲対策 (health literacy) の重視である。

PCT は患者及びクライアントのエージェントであると同時に、予算管理等においては政府のエージェントでもあり、いわゆる double agent である。近年 HMO の社会的評価が低下しつつある。これは、HMO に所属する医師が、患者から見ると患者の完全なエージェントでなく、HMO のそれであり、信頼できないということが本質的問題である。項目別出来高払いから包括支払い方式への移行も、ケア提供者が全く経済的リスクを負わない方式から、医師にリスクを負わせる方向への移行である。

医療の効率向上には医師に対するインセンティブ制御が必要であるという認識は共通であるが、それによって医師を支払い者側のエージェント化することになるが、その程度は「まるめ」の大きさによる。しかし、患者のエージェントから提供組織や保険者のエージェントにすることの危険にも注目するべきである。

今後、包括的なケア提供システムを構築するためには、どのようにエージェンシーを組織し、どのようなインセンティブを設定していくべきかが課題となる。

研究目的

UK における Primary Care 主導の医療制度改革の最近の動きを調査し、アメリカなどとの比較を通し、わが国における包括的医療制度へ向かって改革の方向性について考察する。

UK における医療福祉政策はこれまでの市場化や規制緩和政策と異なり、エージェンシーとインセンティブによる管理である点で、極めて興味深いものである。しかし、それが期待した結果をもたらすかどうかについては、原理的、ならびに現実的

な困難が予想される。しかし、それらを確認するためには現実の経過を観察し、実証的な結果によるしかない。

現政権の政策は実行に移されてから必ずしも十分な時間が経過してはならず、かつ現在改革は進行中であるので、その評価も困難であるが、今後の経過を観察していくためにも視点・論点等を十分整理しておく必要がある。

UK の改革の対極にあるのは USA であり、それらを参照しながらわが国における包括的ケアシステム構築への示唆を得ることを目的とする。

研究方法

近年、UK 政府は積極的な広報活動の一環として、ウェブサイトの充実につとめている。それらを通して政府活動をモニターする。

また、文献調査及び関心を同じくする研究機関、研究者とのコミュニケーションを通して情報の収集に努めた。さらに、現場に赴いて現場の人々との接触を通して理解を深めた。

(倫理面への配慮)

特に、人体やプライバシーに触れることはないので、その配慮はこの研究では不要である。

研究結果

Thatcher による医療制度改革

第二次大戦後のイギリスにおいて、医療は国営であり、National Health Service(以下 NHS)と呼ばれた。プライマリーケアは GP(General practitioner) によって提供されるが、医療は無料の行政サービスであった。しかし、この医療制度の問題点は、待ち行列に象徴される非効率であった。また、医療の質が必ずしも良くないと言われてきた。

新自由主義である Thatcher 政権は、社会全体に対して市場化を基本としたきわめてラディカルな改革を断行した。また、医療・福祉改革もきわめてラディカルであり、戦後最大の改革となった。その中心は、やはり市場機構の導入であった。

病院の医師達は、国家公務員であり専門家であることから、巨大な権限を持ち、諸改革にも抵抗してきた。したがって、同政権はこの構造を改革するために市場の力を利用しようとしたのである。

政府はまず、「購入者と提供者の分離(purchaser-provider split)」を実施した。政府によって医療サービスを提供することを止め、国立病院を trust 化し、医療予算

の管理権を手上げ制で GP(予算管理医 ; GP fund-holder)に委譲し、その間に市場を築いた。それにより、情報の非対称をある程度解消し、市場が機能することを期待したのである。住民と GP の関係は従来どおりの関係であり、予算管理医と病院 trust との間、つまり医療システムの内部に市場を築いたので、これを内部市場(internal market)と呼んだ。それと同時に、GP を政府の代理人にもしたのである。いわゆる Primary Care 主導の医療制度改革である。

これによって、GP と病院の医師達との間の力関係を変えただけではなく、同時に多くの力のバランスを変更した。即ち、サービスの提供者から購入者、政府から民間、中央から地方政府、医療から福祉、施設ケアから地域ケアへと力のバランスが変えられた。

福祉改革も同様であり、福祉サービスを提供してきた地方自治体は、サービスの提供を止め、care manager を設置し、予算権限を委譲した。また、地方自治体内に、独立性の高い、監視部門(inspection units)を設けて、公、私、慈善団体の監視をする。

Thatcher 改革は、必ずしも十分評価されたとは言えないが、Le Grand らによる評価によれば、改革の大きかったわりには成果が乏しかった、というものであった。その理由として、彼らは、政府の制約が強すぎて、インセンティブが弱められたからだとした。予算は、GP の所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留してサービスの改善に利用できなかった。trust も利潤や借り入れによる投資を制限されたのである。公務員でもある専門医達は改革に対して抵抗した。しかし、予算管理医からの紹介患者を優先的に診るという現象が起こった。

これらの改革は、野党であった労働党によって、NHS に不平等をもちこんだとして批判されたが、この現象は、病院側が反応して行動を変容させたと見るべきであろう。予算管理医は、GP からの評価が高かったことなどを考えると、必ずしも全面的に失敗だったとは言えない面がある。

もう 1 つの批判は、内部市場は取引費用(transaction cost)が高価になり、ケアに必要な費用が無駄遣いされているというものであった。そもそも医療は、原価を計算することは困難である。管理目的の部門別の原価計算は広く行われるようになりつつあるが、疾病別の原価計算はいまだにきわめて困難である。独立採算を強いられたとはいえ、NHS の病院には原価を計算する習慣もなければスタッフも存在しなかった。従って、GPFH と病院間の契約は技術的に困難をきわめたのである。

しかし、1997 年、改革半ばで、イギリス国民は「第 3 の道(The Third Way)」を主張する労働党政権を選択した。

労働党による改革—Primary Care Group から Care Trust へ

Blair 氏が率いる労働党は、医療、福祉制度の改革の基本方針を公約し、政権に就くや、直ちに実行に移した。

労働党政権は、医療への飛躍的な投資を約束し実行しつつある。Thatcher 改革の

内部市場と予算管理医は公約どおり廃止したが、これまでの改革を継承した要素もあり、むしろある面ではその改革をさらに推し進めたと見ることも出来る。対時的な市場化による改革から、関係者の協働を前提とした制度改革への変更であるが、その基本的な考えは、エージェントとインセンティブの設定による管理である。

- ① NHS 始まって以来の大きな投資を行い、施設とスタッフの増加と労働条件の改善を目指す。
- ② 内部市場は、高価であり、医療の断片化をもたらすので廃止したが、「購入者と提供者の分離」は残した。それまでの手上げ制であった予算管理医を止め、強制加入の Primary Care Group(PCG)という組織をつくった。この組織はさらに Trust として、医療と福祉の財源を統合し、予防から長期療養、福祉まで広く責任を持つ組織とするという構想が示された。現在、PCG は全て Trust 化された。医療と福祉の統合は、進展は遅々たるものであるが、大きな努力が払われつつある。
- ③ 医療の質に関して、特別の質評価機構 National Centre of Clinical Excellence (NICE)を創設し、医薬品等の再評価を進めると同時に、診療のガイドライン (National Services Framework) の作成し、医療技術の刷新と標準化をすすめている。病院 Trust や PCG には、臨床的質管理(Clinical Governance)の責任者を置き、監視組織を組織して監視を強化する。
- ④ また、各組織には達成目標を設定し、成果(performance)を評価する、より包括的な指標を作って、すべての関係組織をモニターし、褒章と処罰を強化する。

Thatcher 改革が、専門家と官僚に対する不信感から始まり、Trust と GP が対時的な内部市場を設置したのに対して、Blair 政権は、中央政府による数多くの目標設定と監視による管理であるので、その点では中央集権的である。(現在野党の保守党は政権を取ったら目標は全廃すると公言している。)しかし、現政権も目標の数を減らし、いっそうの権限の下方委譲を進めるとしており、PCT/CT の役割はますます重要になっていくであろう。

PCT は、病院 Trust と交渉するが、価格は国が統一して定め、従って価格の交渉はせず、待ち行列の解消など、国によって定められた目標を達成のための量的交渉のみとし、3年間の合意をとり決める。そして、計画とインセンティブの設定と監視によって、今後もその質と効率の向上を目指している。

近年になり PCT による病院への介入効果はほとんど期待できないことが明らかになりつつあることから、GP に対して交渉権を与えることになった (practice based commissioning)。また、GP から Trust への紹介については、個々のケースについて病院の選択を可能にした。従って、価格は公定価格となったが、内部市場の復活の方向への転換である。そして、病院 Trust との交渉 (commission) については、各 PCT にそのための専門家を配置しようとしている。

GMS から PMS へ

GP は NHS の職員ではなく Health Authority との契約のもとに一般医療 (General Medical Services) を提供することを職務としてきた。Personal Medical Services (PMS) とは、基本的には GP をはじめ他の医療職 (歯科医、薬剤師、保健師、Optician、Community Matrons など) が PCT との契約の下で職務を果たすという仕組みである。1998 年からパイロットが始まり、2004 年 4 月から本格施行となった。GP の契約には NSF に示された医療内容のどこまでを実施するか、時間外の診療や、その他の労働条件などを含んでいる。

このねらいは GP によるケアの質向上と PCT/CT という地域レベルへの権限委譲によって包括的ケアを推進するねらいがある。

2004 年 3 月で GP の 40% 以上が PMS 契約を結んでいる。Cash limit がある。

その他、プライマリーケアの提供組織は種々の形態が出現して、サービスのあり方は多様化が進んでいる。

また、2008 年までには、慢性疾患患者のケアのために、PCT に ‘community matron’ を配置し、‘The Expert Patients Programme’ を定着させようとしているなど、新たな計画が実行に移されつつある。

医療と福祉の統合

NHS と福祉 (personal social service) の統合は、長年の懸案であった。例えば NHS の病院に入院していれば無料であるが、自宅に帰って福祉サービスを受けると自己負担が生じた。したがって、入院の長期化がおり、2 次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。また、例えば在宅で入浴サービスを受ける場合に、福祉のサービスと NHS のサービスで、その負担と財源が異なるなど、さまざまな不合理が生じていた。

Bed blocking を解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金を福祉財源に請求するという制度改正によって効果を出しつつある。

医療と福祉の関係は根本的に見直された。1999 年 Health Care Act の制定により、医療と福祉の予算の統合が可能となった。2001 年の The Health and Social Care Act の制定により、PCT をさらに発展させ、福祉をも含む CT (Care Trust) を発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進しようとしている。

国においても 2 大臣を統合し、医療・福祉の統合を推進するための組織をつくり (Joint Unit: これは現在廃止されている)、医療の地方組織 (Regional Health Authority) を縮小した (Strategic Health Authority)。

しかし、種々の困難が残されている。即ち、福祉は LA の仕事であり、有料であり、地域差もある。一方、医療は国営であり無料であるから、この統合は政府間関

係の修正となる。また、医療は大きな力を持っており、福祉の力は弱い。地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。そのような多くの基本的な問題を抱えているため、急速な進展は困難であるが、少しずつ進展をみている。

医療・福祉の財源の統一も、各項目別に PCT ごと、さらには CT ごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

2004 年の末現在で、8 つの CT が組織された。また、PCT/CT の地方組織の協議会 (Integrated Care Network) を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。

ケアの質の評価

ケアの質向上のための主要な疾患に対するガイドライン (National Services Framework) と監視・評価システムの構築に力を注いでいる。ケアの質の第三者評価、NICE、診療ガイドライン、Clinical governance の推進、GP によるケアの質向上のための諸施策が進められている。

医療の第三者評価のために Health Care Commission (HC) が組織され、福祉ケアの質の第三者評価組織は

- ・ The Social Services Inspectorate (SSI)
- ・ SSI/Audit Commission Joint Review Team
- ・ The National Care Standards Commission (NCSC)

が統合されて、2004 年 4 月に Commission for Social Care Inspection (CSCI) が発足した。

医療と福祉の第三者評価機構も統合が期待されたが、現段階では実質は別々に機能しているようである。(去る 3 月 16 日、Health Secretary John Reid 氏は 2008 年までに HC と CSCI を統合すると発表した)

CSCI の主な業務は National Minimum Standards 適合施設の管理、自治体の業務評価、擁護学校その他の福祉施設の訪問評価、結果の公表と報告、苦情処理などである。

自治体の取組み評価については、三ツ星による 4 段階評価を行い、自治体ごとの評価結果を公表している。福祉ケアの第三者による訪問評価は地域の種々の職種からなる 1000 数百人の評価者が行っている。

医療の NICE に相当する福祉ケアに関する組織が Social Care Institute for Excellence (SCIE) である。

考察

Thatcher の新自由主義のラディカルな改革が失敗したとすると、その主な原因は次の 2 つになるのではないだろうか。

一つは、技術的な問題である。即ち、各病院が疾病別の原価計算をして、価格を

決定することが極めて困難だった。従来 NHS の病院は国営であったので、原価計算の能力を備えていなかった。そのような事情で、Trust 側はブロック契約を望んだのに対して、GPFH はスポット契約を好んだので、正確な原価計算への圧力は大きかった。そのため取引費用が高くなり、当時野党の労働党によって、本来ケアに行くべき費用が無駄使いされているとして批判された。

2つ目の原因は、市場が前提とする功利的人間性という仮定が、医療従事者であり且つ公務員である医療従事者のエートスと矛盾したことである。また、予算の権限が病院から剥奪され、GPFH へ委譲されたことにも大きな不満があった。

Blair 政権は、保守政権による、プライマリーケア主導による改革という点を踏襲したが、上記の基本的な部分を改めた。

即ち、内部市場は廃止するという公約どおり実行したが、purchaser-provider split は残した。しかし、昨年には Practice Based Commissioning の導入、2005 年からは PCT と患者が 2 次医療施設を選択することを可能にした。従って、価格は公定価格として国が定めるが、内部市場への回帰と見ることも出来る。

GPFH は廃止すると公約し、それも実行したが、新たな地域の民間組織である PCG/CT を新設して全ての GP を強制加入とした。そして、長年の懸案であった医療と福祉の組織と予算の統合を可能にした。さらに公衆衛生をも任せるために、より包括的な組織である Care Trust 化を推進ようとしている。現在、CT の数はまだ少数にとどまるが、PCT/CT の協議会 (Integrated Care Network) を組織して経験の交流を促すなど、下からの盛り上がりが見込まれている。

PCT/CT に対する包括的な権限の委譲は、きわめてラディカルな権限の下方委譲であり、従って民主化であり、かつ極めて大きな行政改革となっている。「第三の道」はコミュニタリアニズムだと言われているが、医療・福祉の領域でコミュニティ重視の姿勢が典型的に表れていると見ることもできよう。

一連の改革の成果は、少なくとも病院の待ち行列の短縮などで見る限り、きわめて劇的に改善している。また、GP の診療待ち、救急の待ち時間も短縮した。新たな達成度 (performance) の評価結果を見ても、年間で多少の上下はあるものの、全体としては改善に向かっている。しかし、これは単なる量的拡大の結果であり、効率の向上をとまなわないのであれば、将来の医療費の高騰にもつながりかねない。

職員の満足度は第一回の調査が済んだばかりなので、その変化はまだわからない。

患者調査 (Patient Survey) の結果によると、GP 医療については 1998 年と 2002 年で比較すると、調査の結論はほぼ変化はないとしているが、GP に診てもらったまでの待ち時間は、2 日以上が 63% から 72% へと 9% も増加している。希望した日に診てもらえなかったと答えた人は、34% から 39% へ増加している。最初の電話が繋がらないと答えた人は 39% から 42% へと増加した。GP 数の増加にもかかわらず、GP の待ち時間が延長している。

この患者調査の結果は、PCT に対する政府の高い評価と自信とは異なる結果であるが、その原因はまだ明らかではない。しかし、もしこれが、PCT の組織の特性か

ら来ているとすると、深刻な問題の兆しのように思える。PCT は 10 万人程度の人口に対して一つと想定されているが、この規模だと GP の数は数 10 人の組織となる。さらに、現在その規模は大きくなりつつある。その他の医療職や福祉、事務職員まで入れるとかなり大きな専門職の組織である。その組織が近年さらに大きくなりつつあるという。

2 次医療に対して支払う疾病の診療単価は 2008 年までに完全に公定価格に移行することになっている。しかし、その設定にはなお多くの問題があり、それらについては現在諮問中である。従って、2 次医療の医療費の抑制と医療の質の向上は、果たしてこの「協働」の関係がその目的に沿って機能するか、にかかっている。当面は PCT の、NHS Trust あるいは Foundation Hospital に対する介入の効果はほとんど見られない。3 年間の合意は経営の安定には寄与するであろうが、安定が安心に、そして効率の向上にはつながらないようである。また、協働の関係は容易に癒着にもなりうるだろう。Practice Based Commissioning はその対策でもあろう。

NHS 全体に対する投資の増大の影響もあり、現在のところ Blair 政権の改革は好評のようである。投資の増大が歓迎されるのは当然であろう。サービス量の増加は効果の重要な要素であるが、システムの効率をも評価しようとするれば、この量的拡大の影響を除外して考えなければならない。

量的拡大は医療費のインフレーションに跳ね返らないという保証はない。現在、価格は公定価格として制御するとして、サービス量は PCT と Trust の間で決め、その支出を制御する仕組みが cash limit 以外には明確ではない。もし、マクロな予算を絞るとすれば直接的なサービス消費量の抑制となり、一種の配給制度となる。しかし、医療と福祉の配分についても PCT が柔軟に対処できるとすれば、PCT/CT の判断で配分効率を向上させる可能性は開ける。慢性疾患を対象としたプログラムもうまく機能すれば、当面はある程度影響があるだろう。

PCT/CT と Trust が合議して協働の目標を定め、必要な資源を動員する計画がどれだけ効率を向上させるのかは、量的拡大の影響が入ってくるので、まだ必ずしも明らかになったとはいえないだろう。‘blame and shame’ といわれる負のインセンティブによる管理と監視がどれだけ有効なのかはまだ明らかにはなっていない。

今後の関心は、果たしてこの制度改革が、ケアシステム全体の効果と効率をどの程度改善するかということである。また、PCT/CT なる民間組織が、医療・福祉・公衆衛生の管理からサービスの提供まで行うことが果たして本当にうまく機能するか。巨大な権限を委譲された民間の組織である PCT/CT が、どのように機能するかについての評価はまだである。大きな民間組織が官僚化すれば、むしろ政府の代理人としての性質が強くなることも心配である。

しかし、このようなラディカルな制度改革は、民主主義の成熟がなければ考えられない決断であり、その評価も多面的でなければならず、二分法的な結論を下すにはなお時期尚早であり、今後の展開を見守るべきであろう。

USA の動き

USA の改革は、Managed competition の原理による極めて競争的な改革であり、UK のまさに対極をなすものである。民間医療保険企業は、HMO に対抗するために、PPO などの独自の組織化を行った。しかし、結局は医師の行動に直接介入しなければ経済的な競争では太刀打ちできないことが明らかとなり、managed care と呼ばれる医師の診療行為に直接介入する対策を実施した。

1994 年、クリントン政権の国民皆保険案が廃案になってから、医療提供組織間の競争はむしろ激化し、その結果医療費の上昇率は減少した。そして、1995 年には医療費のインフレ率は一般の物価のそれを下回った。

従って、アメリカにおける Managed Competition は、医療費の節減効果はあったものの、本質的に trade-off の関係にある平等の問題を解決できていない。HMO の cream skimming 対策としての Social HMO の試みは成功しておらず、HMO の多くが営利法人化しつつある。一方、医療組織を中心とし福祉などのケア組織の統合が進んでいる。

Managed Competition の基礎である HMO が、近年しばしば訴訟の対象となり、その評価を下げている。その理由は、HMO と患者との信頼関係の破綻にあるといわれている。即ち、HMO に属する医師は患者にとって最良の医療を選択していないのではないかと、言葉を変えれば、HMO の医師は患者の完全なエージェントではなく、HMO のエージェントとして患者に対応しているのではないかと、という疑念を払拭できないからである。

医療の質に関しては極めて多様な質の評価・管理システムが発展しつつある。医療の質に関する第三者評価も 100 年に及び伝統を築いてきた。しかし、連邦政府が医療費節減対策として、JCAH の評価を条件としたことから、評価の当落をめぐって病院との間の摩擦が高まった。

そこで、JCAH は構造よりであった評価方法を改めて、結果 (Clinical Indicator: CI) による評価へ、また基本的な考え方も「改善」へと変更し、組織改革を行った。

しかし、CI による評価は医療のいわば失敗に関する統計であることが多くならざるを得ないことから、必ずしも広く受け入れられていない。

一方、Clinical Pathway など前向きな質改善の取組みや、種々のガイドラインとそれに基づく評価、部門別や州別の評価システムの発展もあり、医療の質を廻る評価活動は多様化している。

その中で新たな動向は Institute of Medicine、アメリカ医師会の医師・患者関係における医療文盲対策 (Health literacy) の重視である。Informed Consent の重要性は以前から強調されてきた。説明の目的は患者・家族の理解であるが、説明された内容は必ずしも理解されていないということがしばしばである。この断絶が医事紛争のきっかけとなる。慢性疾患が多くなると、長期にわたる疾病の管理は患者との協働の作業であり、患者の理解が必須である。アメリカ医師会はこの問題をどのように克服すべきかが重要な課題という認識のもとに、その対策の検討を開始した。

結論（日本への示唆）

世界的に受け入れられている医療制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場原理を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するためにいかにして代理人とインセンティブを設定するかである。

イギリスの制度改革は、自己負担を増やさなくても、無料の医療と福祉のシームレスなサービスを提供できること、且つ民主化と行政改革を同時に行う可能性があることを示している。そのような原理が明確で、かくもラディカルな改革が可能であることは、すべての改革が incremental なわが国は大いに参考とすべきである。

イギリスの場合には、GP を患者の代理人として、その組織である PCT と 2 次医療提供者との間に準市場を形成し、2 次医療のサービスの効果と効率の向上をはかろうとしている。政府はマクロな予算配分の権限は留保するが、ミクロな配分と分配に関しては PCT を政府の代理人としてその権限を委譲しているかたちである。サービスの質に関しては国が基準を定め、それぞれの組織（エージェンシー）にインセンティブを設定するとともに、第三者評価機関がそれらの組織のパフォーマンスを評価監視する。

しかし、このエージェンシーとインセンティブによる政策は、市場機構に比べると種々の仮定の上に行われることであるから、今後どのような経過をたどるかは注意して見守る必要がある。

わが国の高齢者の介護においては不完全ながら居宅介護支援事業者(通称ケアマネージャ)がいるが、医療には患者の真の代理人が不在である。従って、失敗する市場が機能するものとして制度が構築されている。

介護においては、利用者とサービス提供者間の情報の非対称は医療ほどではないが、ケアマネージャというクライアントの代理人が設けられている。しかし、わが国のケアマネージャはサービス提供者の被雇用者も認められているので、その場合は企業の代理人でもある。

わが国にプライマリーケアのシステムがないことは、わが国とイギリスとの直接的な比較を困難にする点である。しかし、まさにその事実がわが国におけるプライマリーケアのシステムの必要性を明らかにしているのではなかろうか。

プライマリーケアの機能はきわめて多岐にわたる。しかし、プライマリーケア提供者の備えるべき重要な要件は、1) 24 時間責任を持てること、2) 医療のみではなく福祉をも含む包括的なケアが提供できる、そのためには 3) 後方病床機能もなくてはならない。

在宅の患者が最も困ることは、何かあったときにはどうしたらよいかという不安であるといわれている。不安に対応する方策は、誰かが「責任を持つ」ということである。その点で、イギリスの GP への登録制度は優れており、NHS が従来から一貫して人気が高い理由の一つであろう。

そのように考えると、わが国でプライマリーケアの提供者としてこれらの重要な要件を満たすのは在宅ケアと福祉の機能を持ち合わせた中小の病院であろう。ウィークデーの昼間だけのいわゆるビル診は適格性を欠くし、在宅や病床機能を十分コーディネートできないソロプラクティスも同様であろう。しかし、このようなケア提供者が病院を中心として医療福祉施設の統合化がすすめば、地域独占となる可能性があり、その功罪も考慮する必要があるだろう。あるいは、その功を励まし、罪を防止するような仕組みを設定しなければならないかもしれない。

わが国においてはこれまで、診療報酬制度が医療制度を運営するインセンティブとして偏重されてきた。しかし、甲乙2表が統一されたことによってプライマリーケアの報酬制度が消滅してしまった。今後、わが国においても項目別出来高払い制度からDPCなど、何らかの包括払いに移行せざるを得ないであろう。しかし、プライマリーケアの支払い制度は、どのような組織化を行うのか、どのような機能を期待するのかと密接に関係してくるので、慎重に検討する必要がある。少なくとも、病院の支払い制度とは異なるプライマリーケアのための報酬制度を必要とすることになるであろう。もしそうならば、できるだけ早くその準備をしなければならない。従って、そのときには当然わが国のプライマリーケアのビジョンが必要となるであろう。

おそらく今となつては、わが国においてはイギリスのように、プライマリーケアと2次医療のシステムを分離して組織することは困難であろうし、質と効率の観点からも慎重に検討されなければならないであろう。また、イギリスのようにタイトに管理されたシステムよりも、もっとリベラルな制度の方がわが国には適しているかもしれない。

しかし、イギリスにおける第三の道の社会保障制度改革は、単純な規制緩和論や市場化だけがあるべき政策ではない可能性を示している点で、極めて重要な代替案となっている。

プライマリーケアの提供者はできるだけ患者の完全な代理人であってほしいし、福祉、特に介護保険制度との間のシームレスなサービス提供にポジティブなインセンティブが与えられなければならない。インセンティブが与えられても人々がそのように動くかどうかは必ずしも確かではない。合理的に設計したとしても間違いやモラルハザードを完全に克服することは難しいであろう。

わが国においては、高齢化を迎えるにあたって、医療と福祉のシームレスなケアシステムを構築するためには、住民の完全な代理人となるプライマリーケアの提供者が必要であり、その制度構築と支払い制度の構築は決して容易ではないが、早急に検討しなければならないこともまた明らかである。特に、慢性的な状態に対するケアはプライマリーケアの重要な機能であるが、それは住まいから遠く離れた医療施設の外来のみで行われるものではない。人々の住まいの近くで、包括的なケアを受けられるシステムの構築が必要である。

わが国における医療制度の構造改革においては、項目別出来高払い制度を改める

必要がある。特に、プライマリーケアのビジョンを明らかにし、そのための診療報酬体系を創設すべきである。

長期的には、医療と介護保険制度の財源を含む統合を視野に入れなければならないが、そのためには医療をも含めて地方分権化を進める中でしか可能性はないであろう。この方向性がわが国における地方自治と民主化の推進に寄与するであろう。

参考文献

保守党の改革

1. Secretary of State, A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffiths (1988), *Community Care: Agenda for action*, HMSO.
2. Department of Health (1989), *Caring for People* (Cmd 849), HMSO.
3. Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO.
4. The National Health Service and Community Care Act 1990
5. Working for Patients and Community Care Act 1990
6. The Health of the Nation (Green Paper) 1991
7. The Patient's Charter 1991
8. The Health of the Nation (White Paper) 1992
9. Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
10. Robinson R and Le Grand J (Ed)(1993), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund.
11. Geoffrey Rivett (1997), *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing.
12. Webster C (1998), *The National Health Service: A political history*, Oxford University Press.
13. Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed) (1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
14. Gordon Macpherson (Ed) (1998), *Our NHS: A celebration of 50 years*, BMJ Books.
15. Hausman D and Le Grand J (1999), *Incentives and Health Policy: Primary and Secondary Care in the British National Health Service*, *Social Science and Medicine* 49: 1299-1307.

労働党の改革

1. Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
2. Labour Manifesto 1997.
3. Kein R (Ed)(1998), *Implementing the White Paper: Pitfalls and opportunities*,

- King's Fund.
4. Department of Health (1998), *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
 5. Rudolf Kein (Ed)(1998), *Implementing the White Paper: Pitfalls and opportunities*, King's Fund.
 6. Department of Health (1998), *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
 7. Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
 8. Department of Health (1998), *Working Together: Securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
 9. Department of Health: *A New Approach to Social Service Performance: Consultation Document*, The Stationery Office, London.
 10. Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
 11. The Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment; A plan for reform*, Cm 4818-I (forwarded by Prime Minister).
 12. The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
 13. Chief Executive Nigel Crisp, Improvement, *Expansion and Reform: the next 3 years: Priorities and Planning Framework 2003 - 2006*
 14. The NHS Modernisation Board's Annual Report 2003, *The NHS Plan – A Progress Report*.
 15. The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2000
 16. The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty 2004

PCT

1. Smith JA, Regen EL, Goodwin N, McLeod H and Shapiro (2000) *Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups*. Health Services Management Centre, Birmingham.
2. Wilkin D, Gillam S and Leese, B (eds.) (2000) *National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts: Progress and Challenges 1999/2000*. National Primary Care and Research Development Centre, Manchester (<http://www.npcrdc.man.ac.uk/Pages/NPCRDC/Home.htm>)

3. Smith, J., Regen, E., Goodwin, N., McLeod, H and Shapiro, J. (2001), *Passing on the Baton: Final Report of a National Evaluation of Primary Care Groups and Trusts*. Manchester University, Manchester.
4. Wilkin, D., Gillam, S. and Crawford, A. (2001), *The National Tracker Survey of PCG/Ts 2000/2001: Modernising the NHS?* University of Birmingham, Birmingham.
5. Dowling, B. and Glendinning, C. (eds) (2003) *The New Primary Care: Modern, Dependable, Successful?* Maidenhead: Open University Press.
6. Sustaining Innovation through New PMS Arrangements (Revised 18th March 2004)
7. Standard General Medical Services Contract (27.10.2004)
8. Making Practice Based Commissioning a Reality: Technical Guidance, Dept of Health February 2005

医療・福祉の統合

1. Majeed A and Malcolm L (1999) 'Unified budgets for primary care groups' *British Medical Journal* 318: 772-776
2. *Integrated working and governance: a discussion paper*, Integrated Care Network, January 2004
3. *Integrated Care for Older People: Report of a one-day conference organised by the Health Strategy Unit and Integrated Care Network*, March 2004

ケアの質の評価

1. Audit Commission (1999) *PCGs: An early view of Primary Care Groups in England*. London HMSO
2. Audit Commission (2000) *The PCG agenda: early progress of Primary Care Groups in the New NHS*. London, HMSO.
3. *National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08*, Department of Health
4. *Inspecting for Better Lives: Modernising the regulation of social care (a consultation document)* CSCI November 2004

USA 関係

1. Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
2. Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.

3. Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
4. American Medical Association, *Complete Medical Encyclopaedia*, Random House Reference, 2003.
5. AMA, *Health Literacy*, Institute of Medicine of the National Academies Press, 2004.

考察

1. Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
2. Julian Le Grand (1997), Knights, Knaves or Pawns? Human behaviour and social policy. *Journal of Social Policy* 26:146-169.
3. Rob Flynn and Gareth Williams (Ed)(1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
4. Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
5. Barlow, A. and S. Duncan, *The Rationality Mistake: New Labour's Communitarianism and 'Supporting Families'*, in T. Taylor-Dooby (eds), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. 2000.
6. J. Le Grand, *From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*, in P. Taylor-Goodby (Ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press, 2000.
7. 地域差研究会 (2001)、「医療費の地域差」、東洋経済新報
8. Julian Le Grand, (2001), *The State, the Market and Welfare*, in A. Gunji (Ed), *The Role and Limitations of the Market in the Health and Welfare System*, Seigakuin University Press.
9. *National NHS Staff Survey 2003*
10. 郡司篤晃 (2001)「医療システム研究ノート」丸善プラネット
11. Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford University Press.
12. 郡司篤晃編著 (2004)、「シンポジウム「医療と福祉における市場の役割と限界」」、聖学院大学出版会

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

④ プライマリーケアの概念とその提供に関する若干の考察

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所室長

既存研究の文献検討により、プライマリーケアの概念について再検討し、これを再定義したプライマリー・ヘルス・サービスを提案することにより医療の質を高める医療体制のグランドデザインを構築するための一助とすることを目的とした。

プライマリー・ヘルス・サービスは、①個人は健康を至上命題とするのではなく、健康を用いて人生からの効用を最大化することを目的としていることを前提とし、②患者の保有する健康サービスに関する知識と必要な医療に関する知識の格差を縮小し、③個人のライフサイクルを念頭において、「医療」のみならず、「健康増進」、「予防」、「リハビリ」等、必要な健康サービスを適切に組み合わせ、当該個人に提示し、その供給を確保する機能をもつ。ものとして定義された。

既存文献はプライマリー・ヘルス・サービスが必要なサービスであることを示唆するも、何らかの形でそれを利用することが強制される必要があるかも知れないことも示唆している。また、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者が満たすべき条件として、①これまでの医療従事者が持てば良かった知識を遙かに超える知識を必要とされること、②その供給者は適正な受診勧奨を行うために一定程度の医学知識を要求されること、③実際の診断・治療に関与すべきではないと考えられること、④実際の健康サービス供給者と利害を同じくすべきではないこと、と考えられた。

プライマリー・ヘルス・サービスの提案については、①既存の制度改革との親和性が高いこと、②プライマリーケア推進の施策とは矛盾が発生するかも知れないこと、③プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は極めて広い範囲について知識を求められるため、適切な養成体制が求められること、④これまで述べてきた点は全て実証的な裏付けが必要な議論であること、が指摘できる。

A. 研究目的

医療の質を高める医療体制のグランドデザインを構築するための一助としてプライマリーケアの概念を再定義したプライマリー・ヘルス・サービスを提案する。

B. 研究方法

既存研究の文献検討による。

(倫理面への配慮)

該当事項がないため、特段の配慮の必要はない。

C. 研究結果

プライマリーケアに代えて次のように定義されるプライマリー・ヘルス・サービスの提供体制を整備すべきである。定義：プライマリー・ヘルス・サービスは、①個人は健康を至上命題とするのではなく、健康を用いて人生からの効用を最大化することを目的としていることを前提とし、②患者の保有する健康サービスに関する知識と必要な医療に関する知識の格差を縮小し、③個人のライフサイクルを念頭において、「医療」のみならず、「健康増進」、「予防」、「リハビリ」等、必要な健康サービスを適切に組み合わせ、当該個人に提示し、その供給を確保する機能をもつ。

D. 考察

患者受診行動に関する文献検討からプライマリー・ヘルス・サービスは必要なサービスであると考えられる。ただし、何らかの形でそれを利用することが強制される必要があるかも知れない。また、プライマリー・ヘルス・サービスの供給者が満たすべき条件として、①これまでの医療従事者が持てば良かった知識を遙かに超える知識を必要とされること、②その供給者は適正な受診勧奨を行うために一定程度の医学知識を要求されること、③実際の診断・治療に関与すべきではないと

考えられること、④実際の健康サービス供給者と利害を同じくすべきではないこと、があげられる。

E. 結論

プライマリー・ヘルス・サービスの提案については、①既存の制度改革との親和性が高いこと、②プライマリーケア推進の施策とは矛盾が発生するかも知れないこと、③プライマリー・ヘルス・サービスの供給者は極めて広い範囲について知識を求められるため、適切な養成体制が求められること、④これまで述べてきた点は全て実証的な裏付けが必要な議論であること、が指摘できる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第4章 プライマリーケアの概念と

その提供に関する若干の考察

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

プライマリーケアという概念は、極めてよく知られている割には正確な定義は広範であり、概念を及び現実社会において具体化する方法論（の提案）が多岐にわたっている。例えば、日本プライマリーケア学会はプライマリーケアを「国民の健康や福祉に関わるあらゆる問題を、総合的に解決して行おうとする、地域での実践活動」と定義している¹。この一方、米国の Institute of Medicine は、次のように定義している。

Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients and practicing in the context of family and community.

また、米国メディケア (<http://www.medicare.gov/>) における定義は次のとおりである。

A basic level of care usually given by doctors who work with general and family medicine, internal medicine (internists), pregnant women (obstetricians), and children (pediatricians). A nurse practitioner (NP), a State licensed registered nurse with special training, can also provide this basic level of health care.

この他にも、郡司(1998)も指摘しているように、イギリスではプライマリーケアを「GP の提供する医療である」と定義する場合もある。定義が広範であることはそれを実行に移すときや政策的な議論を行う際に摩擦を発生させる可能性がある。で

¹ <http://www.primary-care.or.jp/>