

イギリスにおいては、わが国のような人口高齢化の時限爆弾はない。平均余命の延長に伴い疾病期間が延長するわけではないが、高齢者人口が増えるので、長期ケアのニードが増大した。また、精神科の薬物療法の発達もそのニードを増大させた。

世界のこのような傾向と同政権の政策は、民間のケア提供者に対する社会の見方を変えた。福祉の入所施設の需要は増大したが、公的セクターは変化しなかったこともあり、独立セクター<sup>12</sup>の収容能力が増大して、入所者数が指数関数的に急増した。それに伴い国から地方への財政の委譲が急速に伸び、財政再建のための重要な政策課題の一つとなった。

NHS の予算削減のために、NHS の範囲を厳格化した。その結果、病院病床数は削減、在院日数は短縮となり、病院退院後のケアは福祉に任されることになった。しかし、NHS は無料であるが、福祉に回されれば有料となるため、その分担と連携は社会問題となった。

Thatcher 政権は国営企業だけではなく、社会政策領域においても民営化を促進した。住宅政策、教育も市場化の手法が導入された。医療と福祉は市場が失敗することは良く知られていたもので、最も遅れた。医療においては、医療の質の低下と、待ち行列に象徴される病院医療の非効率を改善する根本的な対策が必要とされた。

### Thatcher 政権の 1990 年の改革

医療と福祉への市場の導入に当たっては、Enthoven の助言を受けたが、現実の政策は遙かにラディカルなものとなった。

1988 年の Griffiths Report<sup>13</sup>を受けて、政府はまず政府のサービス提供と購入という役割を分離し、政府はサービスの提供から撤退し、購入者に徹することとした。この案は直ちに The National Health Service and Community Care Act として立法化され、実行に移された<sup>14</sup>。医療においては、国立病院を Trust 化し、予算管理権を手上げ制で GP に委譲し、その間に市場を築いた<sup>15</sup>。

福祉改革にも同様の手法が用いられた<sup>16</sup>。入所施設も含めて独立セクターへ移行させ、ケア・マネージャにサービス購入の支援をさせた。

国民に対する説明は、政府はサービスの提供をやめ、購入者の立場に徹底する。しかし、国民は従来どおりのサービスを受けることが出来る。何故ならば、政府がサービス提供をやめても、政府は国民の意向を聞いてサービスを購入してあげるからだと説明した。

このようにして導入された市場は準市場 (quasi-market) と呼ばれ<sup>17</sup>、医療と福祉と他の領域ではそれぞれ若干形が異なる。準市場の特徴は、

- ・ 生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、必ずしも利潤最大化を目的としてはいない、
- ・ 非営利団体と営利団体とが競争的に存在する、
- ・ 消費者が必ずしも購入の決定者ではない、

<sup>12</sup> 民間セクターとボランティア・セクターをあわせて独立セクター (independent sector) と呼ぶ。

<sup>13</sup> Griffiths は成功しているスーパーマーケットの Sainsbury の総帥。A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith (1988), Community Care: Agenda for action, HMSO.

<sup>14</sup> The National Health Service and Community Care Act, 1990.

<sup>15</sup> Department of Health (1989), Working for Patients (Cm. 555), HMSO.

<sup>16</sup> Department of Health (1989), Caring for People (Cm 849), HMSO.

<sup>17</sup> Julian Le Grand, Will Bartlett(Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.

などである。

医療においては、予算権限を委譲された GP を GP Fund-holder (予算管理医、以下 GPFH) とよんだ。GPFH は二次医療のサービス購入については、住民のエージェントであり、住民と GP の関係は従来と変わりはないが、GP と病院トラストとの間に市場が築かれたので、これは内部市場 (internal market) とも呼ばれた。医療においては情報の非対称のゆえに市場は失敗するが、内部市場においては GP も医師であるので、その非対称は緩和されるため、市場は機能しやすくなるはずだという考えである。

福祉の場合にはサービス利用者のエージェントはケア・マネージャである。ケア・マネージャがクライアントと相談して、どのようなサービスを購入するかを決定する。

新自由主義政権は、専門医は患者のため、公共のためというよりも、頑固に自己中心的であるという不信感を持っていた。従って、同政権はこの権力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<sup>18</sup>。

1990 年の制度改革は、病院とプライマリーケアとの間の力関係を変えただけでなく、同時に多くの力のバランスを変更した。すなわち、権限は

- ・ ケアの提供者から購入者へ
- ・ 政府から民間へ<sup>19</sup>
- ・ 中央から地方へ
- ・ 医療から福祉へ
- ・ 施設ケアから地域ケアへ、移行した。

表 1. Thatcher 改革の提供者と分担

What	公衆衛生		一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	LA	GP	GP	Hospital	NHS? LA	NHS? LA
人口集団	地域	個人	個人	個人	個人	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS	NHS	LA

## Thatcher 改革の評価

Thatcher 政権の医療制度改革の評価は必ずしも十分されたとはいえないが、Le Grand らの評価によれば、改革が大きかったわりには成果が乏しかった<sup>20</sup>というものであった。福祉改革についても、医療と同様に評価は必ずしも十分行われていなかった<sup>21,22</sup>。

なぜ、このようなラディカルな変革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのかにつ

<sup>18</sup> Julian Le Grand, 「国家と市場と福祉」、郡司篤晃編著 (2004) 『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、pp.54-55.

<sup>19</sup> GP は公務員ではなく民間人であり、Local Health Authority という政府の地方組織との契約者である。従って、GPFH という制度は政府の予算使用権限を民間に委譲したことになる。即ち、極めてラディカルな分権化と行政改革にもなっている。

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*. Joseph Rowntree Foundation.

<sup>22</sup> Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.

いての考察として、Le Grand ら<sup>23</sup>は、医療費の高騰を恐れて、政府の制約が強すぎて、インセンティブが弱められたとしている点は注目に値する。

また、病院の Specialist の意識は、医の倫理に支えられた専門医であり、長年国家公務員として公的サービスの提供に従事して来たというエートスがあり、市場化による競争や契約に抵抗を覚えた可能性がある。Le Grand はこの医療従事者の行動を、‘knaves’ではなく‘knights’として行動した可能性があるとして表現した<sup>24</sup>。

福祉サービスを提供してきた地方自治体の職員にとっても、「直接サービスを提供する公僕としての誇りを感じずという伝統的な自治体の文化から、利用者とケア提供者のために結果として良かったということに喜びを感じるという文化への変化を要求される」ことになかなか適応できなかつたのかもしれない<sup>25</sup>。

しかし、筆者としては以下の諸点が重要な点であったと思われる。

第 1 は医療の原価計算が技術的に困難であったことに関する。疾病別の原価計算は、人件費の配賦が困難なため、未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。一方、GP はできるだけ小さな契約単位を好んだため、価格を決めて契約をするための労力と費用を要した。

この点は野党であった労働党からの、内部市場は取引費用(transaction cost)が高価になりすぎ、本来患者のケアにあてるべき予算が無駄な事務に使われているという、厳しい批判にさらされた。

第 2 はいわゆる不平等が生じたとされる点である。病院が GPFH からの紹介患者を、そうではない GP からの患者よりも優先的に早く診るという現象が現れた。この点は労働党によって NHS に‘two-tier issue’、即ち不平等をもちこんだとして批判された。しかし、GPFH からの紹介患者を早く診るということは、専門医であり長年官僚でもあった人々が反応し行動を変容させたということである。また、その他病院側の態度の変化<sup>26</sup>や GPFH からの評価が高かったことなどを考えると、批判は一面的過ぎるだろう<sup>27</sup>。

また、GP と病院の専門医とは本来、協働的な関係であるべきなのに、売り手と買い手という対峙的な関係にしたという。競争は一般的には不平等と分断をもたらす。だから、市場化は本来協力すべき人々の間に分断をもたらしたと批判された。連携は政権についた労働党に新たな対応を迫ることになった。

第 3 は権力のバランスを変更したという問題である。特に、注目しなければならないのは、GP と病院の専門医間で力のバランスが逆転した点である。さらに大きく見て、権力の

<sup>23</sup> Julian Le Grand (1998) op, cit. Trust も利潤や借り入れによる投資を制限された。予算は、GP の所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留してケアの改善に利用できなかった。

<sup>24</sup> Julian Le Grand (1997), *Knights, Knaves or Pawns?*; Human behaviour and social policy. *J Social Policy* 26:146-169. Le Grand, *J From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*. in T. Taylor-Dooby (ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. 2000. Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford. (聖学院大学出版会から翻訳予定)

<sup>25</sup> M. Knapp, 「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著 (2004) 前掲書, pp. 80-81.

<sup>26</sup> 病院が積極的に GP からの検体検査の依頼に応じて検体収集にまわるとか、病院の医師から GP にクリスマスカードが来るようになったとかといったエピソードがある。

<sup>27</sup> 郡司篤晃編著 (2004) 前掲書, J. Le Grand 氏の発表に対する郡司篤晃の討論。

下方委譲を民主化だとすれば、明らかに民主化であり、大規模な行政改革である。

第4は医療と福祉の連携という観点からは、必ずしもその連携を具体的に促進したわけではないが、その重要な準備をしたと考えることができよう。

- ・ 従来、GPは自ら一般医療を提供することであり、病院には患者を紹介するだけであった。しかし、GPFHは自分の患者のエージェントとして、二次医療を購入しなければならなくなった。
- ・ GPは、福祉との連携については、LAとの連携はその計画を立てることにとどまっていたが、GPFHはケアの質と効率を考慮すると、在宅や福祉サービスを購入することの必要性が具体的な課題となった。医療と福祉の連携を、GPにとって計画という抽象的な連携から、具体的なサービスの購入という身近な必要性と変えた。
- ・ しかし、GPFHには福祉サービスを購入する権限は与えられていなかった。
- ・ また、医療の権力が病院に集中していた状況が解消され、その状況は流動化したことがBlair政権の改革を可能にした。

地方税制をめぐる対立をきっかけとして、ThatcherからMajorに首相の座を譲ることになり、1997年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第3の道(The Third Way)」<sup>28,29</sup>を主張する労働党政権を選択し、社会保障改革も中断した。

## Blair 政権の政策

1997年、Blair氏が率いる労働党は、マニフェスト<sup>30</sup>を公表し選挙戦を戦った。労働党はマニフェストで、内部市場とGPFHを廃止することを公約に掲げて選挙戦を戦い、政権に就くや、直ちに医療、福祉制度の改革の基本方針を明らかにし、次々と実行に移した。

労働党政府は、中道政権として前保守政権が行った改革の良い面は評価し、その上に彼等の政策を築くことを明言していた。

NHSについては、1997年The New NHS; modern, dependableを公表し、下記のような基本方針を明確にした<sup>31</sup>。

Thatcher改革の内部市場が、サービスの売り手と買い手の契約という明確な分担関係ではあるが、互いに対峙的な構造であるのに対して、Blair政権は、サービス提供組織間の協働の意識を基盤として制度を築こうとしている。即ち、市場における競争(competition)ではなく協働(cooperation)、対峙的な契約(contract)ではなく合意(agreement)、単純な購入(purchasing)を介入(commissioning)に変えた。しかし、これは政治的なレトリックで、実質的には前政権の改革の上に、修正を加えた面が多い。

内部市場は、取引費用が高価であり<sup>32</sup>、医療の断片化をもたらすので廃止する。しかし、purchaser-provider split (P-P split)は残す。GPFHは廃止するが、PCG (Primary Care Group)を組織してGPは強制加入とする。行く行くはより責任と説明責任が明確なTrust化して、

<sup>28</sup> Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.

<sup>29</sup> Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.

<sup>30</sup> Labour Manifesto 1997.

<sup>31</sup> Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.

<sup>32</sup> 医療費の8%が契約のための事務費に使われてしまった、という。

資産を保有し、予防から長期ケア、福祉まで責任を持つ組織とする。

1998年包括的な支出見直しを行い、白書“Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountability”を公表して、支出にリンクする公共サービスの数値目標を定めた。これを Public Service Agreements と呼んだ<sup>33</sup>。

医療の質に関して、特別の質評価機構（NICE: National Centre of Clinical Excellence）を創設し、費用対効果分析などを積極的に進め、エビデンスに基づくガイドラインを作成する。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。

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。

福祉（Social Service）については、1998年に白書<sup>34</sup>が公表されたが、P-P split は廃止されず、ケア・マネージャによるケアの購入はそのまま継続した。特に注目を集めたのは、長期ケアに関する Royal Commission の報告書<sup>35</sup>をどう扱うかであったが、最終的にはそれを拒否して、PCG/T（Primary Care Group/Trust）に期待することとした。

この方針が実現すれば、厚生省関係予算の75%がPCT（Primary Care Trust）、あるいはCT（Care Trust）に行くことになるという。

表 2. Blair 政権の政策の将来像

What	公衆衛生	一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	CT	CT	Trust	CT	CT
人口集団	地域	地域/個人 <sup>*1</sup>	地域/個人 <sup>*1</sup>	地域 <sup>*2</sup>	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS+LA <sup>*3</sup>	

\*1 GP を PCG/T に強制加入とし、人口 10 万人規模として、医療圏域と福祉圏域を一致させようとしているが、必ずしも急速には進んでいない。

\*2 continuing care（継続ケア）、長期ケアの責任を LA に移行させた。

\*3 資金を医療と福祉の両方から使えるようにした。現在、先進的な地域、特に医療圏域と LA の行政圏域がたまたま一致していた地域などにおいて、疾病ごとに資金の共有化が進められている。

## 介入（Commissioning）の概念

Commissioning（介入）の概念は混合経済、あるいは準市場のマクロ及びミクロの管理を意味する<sup>36</sup>。

マクロの管理は準市場が機能するように環境を整える仕事である。具体的には、PCG/T に

<sup>33</sup> 労働党は政府の透明性を主張し実践している。選挙公約は Manifesto としてきわめて具体的な政策を示し、これは我々の国民との ‘covenant’ であるとした。ここで数値目標を示し agreement であるというのもその方針の実践の一つである。

<sup>34</sup> Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.

<sup>35</sup> Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.

<sup>36</sup> Terry Bamford (2001), *Commissioning and Purchasing*, Routledge.

予算の執行権を与えて、二次医療の提供者からサービスを購入して、最終的には無料で良質のケアを提供しなければならない。従って、PCG/T は政府の代理人でもあり (double agent)、そのため極めて複雑なシステム全体を管理することが必要であるばかりでなく、その立場も微妙なものとなる。

ミクロの介入 (Commissioning) の定義は「ニードと資源と現在のサービスを評価し、ニーズに対処するために利用できる資源をいかにして最も効率良く利用するかという戦略的な活動である。」<sup>37</sup> 言い換えると、良質のケアを効率的に提供するための計画サイクルの管理といえよう。

内部市場におけるケアの契約 (contract) と購入 (purchase) はその中の活動の一部であった。この設定では、ケアの売り手と買い手は対時的であったので、双方とも自己の立場を中心に行動することになったので、その関係も比較的単純であった。

新たな制度における介入は、価格は交渉せず、政府によって示された目標を達成するために、地域のケアニードを把握し、病院 Trust と話しあって提供を受けるサービスの量だけを合意する (Service Level Agreement)。従って、ケアの購入は介入の一つのプロセスとして含まれることになる。

Knapp らによると<sup>38</sup>、医療の場合は、介入とは、二次医療の購入者でもあり PC の提供者でもある PCG/T と、二次医療の提供者と利用者を結ぶ多様な活動を含んでいる。その仕事 (task) は

- ・ 使命の開発と合意
- ・ 対象集団のニードのアセスメント
- ・ 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要だとするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- ・ サービス内容の仕様書化
- ・ 提供者との契約
- ・ 契約の中に明記した公式な方法での監視活動及び非公式な活動による達成度評価
- ・ 契約の更新と中止
- ・ 対応できたニードとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバック

などが含まれているという。

新制度における介入は3年を単位として合意に達するという新たな事務は、技術的にも組織的にも負担の大きい仕事である。現在、政府はこのような事務の専門家を養成し、PCT に配置しようとしている<sup>39</sup>。

しかし、最も重要なことはこれらの複雑な過程を動かす力をどこに期待できるのか、ということである。制度の基本は双方の協働の意識に期待している。介入の仕事もきわめて複雑で大変な仕事量であろうが、契約の本当の力は契約の詳細であることにあるのではな

<sup>37</sup> Department of Health (1995) *An Introduction to Joint Commissioning*.

<sup>38</sup> M. Knapp (2004) *Commissioning for Best Value and Quality: Social Care Market in England*. (「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著 (2004) 前掲書、pp.73-104.

<sup>39</sup> Julian Le Grand (2004年10月より Blair 首相の fulltime advisor, personal communication)

く、‘exit power’ であるとする見解<sup>40</sup>もある。そうだとすると、3年の契約となるとその力は大きく弱まることになろう。

2004年9月に、病院 Trust に対する commissioning 機能評価のレビューが、King’s Fund の The Health Foundation から出版された<sup>41</sup>。それによれば、この介入の機能は、病院の効率の向上には全く役立っていない、というものである。

### GPFH と内部市場の復活？

2004年には Practice Based Commissioning<sup>42</sup>を発足させ、個々の GP が患者のケアについて Trust と交渉することを認めた。また、2005年からは PCT と患者が二次医療施設を選択することを可能にした。従って、これらの政策は、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。

患者は医療施設を選択する自由をはっきりと認められた。2002年10月からロンドンの眼科、2003年4月から耳鼻科で選択制のパイロット、その後5地域に拡大。2004年4月から全イングランドに拡大するとされていた。

NHS Plan によれば 2005年から全面的に選択制にする。この病院などの選択には民間病院も含まれる。場合によっては海外の医療施設でも良い。病院などの予約が自分でできなければ PCT が援助する。

これは価格こそ交渉しないとしても、いわゆる準市場での競争原理の導入であり、PCT と 2次医療提供者との関係に影響を与えざるを得ないであろう。

PCT と病院 Trust との関係は、従来は「購入」であり価格は購入量とともに「契約」であったが、この関係は変化した。単純に言えば単年度ではなく 3年間に提供を受ける質と量についての「合意」であるが、政府によって定められた目標を達成するなどの要件を満たしていなければならない。

内部市場においても、病院 Trust と GPFH の契約は、多くの場合は病院側に効率化のインセンティブが働かないブロック契約であった。また、価格は原価計算が困難なために、取引費用が高くつくという問題以外にも、実際の価格は交渉しだいという面があって、地域や施設間にも大きなばらつきがあった。

政府は PCT と病院 Trust との間の対峙的な関係ではなく、協働の意識の上に関係を構築しようとした。そこで、技術的にも困難な価格の決定を国が行うこととして、参照価格制度からはじめて次第に国定価格にする方針を立てた。これを成績の良い病院から導入し、最終的にはすべての医療費の支払いに適用する方針である。この支払い方式を「結果払い (payment by results)」と呼んでいる。

<sup>40</sup> Rob Flynn and Gareth Williams (Ed)(1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.

<sup>41</sup> Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.

<sup>42</sup> <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/fs/en>

## 質と組織の Performance 評価<sup>43,44,45</sup>

Blair 政権は NHS の改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である。

政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療の質及び費用対効果を分析するための NICE を組織して、診療の標準を明確にする。

各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。

NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。

前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の 6 側面をバランスよく評価しようとしている。6 要因とは以下のとおりである。

- 1) 健康水準の改善、(例: Premature death)
- 2) 公正なアクセス、
- 3) 有効な医療の提供、
- 4) 効率(例: 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- 5) 患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章、
- 6) 健康アウトカム、例: 感染症の発生率のトレンド。

医療と福祉、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、それらの多くは、計画のフレームワークと、国の目標とその達成率をモニタリングするものである。これは地方ごとに推進速度の自由度を認めている。また、国の目標以外はモニターの頻度等は低くても良い。

この評価の計画は 2001 年からはじめ、2003 年 6 月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は 2003 年から 3 年間の予定だが、さらに次の計画周期は 2004 年の秋から始まり、2005 年～2008 年までをカバーする。

## 評価組織の統一と評価結果の公表

NHS の評価は、2002 年の白書 *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*<sup>46</sup>によって設立された独立の評価機関である the Commission for Health Improvement が実施してきた。この組織は、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の 4 つの監視機構を統一し、2003 年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act<sup>47</sup>で the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI)に改組され、2004 年の 4 月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection (CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、公

<sup>43</sup> Department of Health (1998), green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.

<sup>44</sup> Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.

<sup>45</sup> Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*

<sup>46</sup> The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.

<sup>47</sup> *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.



私にかかわらず、標準に照らして評価し、情報を取り公開する<sup>48</sup>。同じく、2004年から以下のような活動している。その仕事は、

- ・ 福祉サービス提供者の達成度と質を評価
- ・ 地方自治体の達成度評価
- ・ 政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- ・ 福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・ 政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック
- ・ 公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。
- ・ CHAI, Modernisation Agency, the Social Care Institute for Excellence などと密接に協働する。
- ・ 評価は4段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている<sup>49</sup>。

最近、これら2つの第三者評価組織は統合されたが、現実にはまだ別々に活動が行われている<sup>50</sup>。

## その他の重要な政策のその後の展開

### 投資の拡大

労働党政府は2000年4月に公表された白書の前書きで、Blair首相はNHSに対して歴史的な投資とコミットメントを行うことを、関係者との合意であることを国民の前に示した<sup>51</sup>。そして同年、本格的な改革計画白書 'The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform' を公表した<sup>52</sup>。これは2000年から以降の5年間に医療費を名目で50%、実質1/3を増額するという、過去に例を見ない大きな投資計画を含んでいた。

この目標は金額だけではなく、病院数(100)、病床数(7000)、One-stop Primary Care Centre(500)、診療所(3000)、コンサルタント(7500)、GP(2000人以上)、看護婦(20,000)、その他のスタッフ(6500)などの数値目標が示されていた。

2002年4月には、過去2年間の実績を踏まえて、かなりの上方修正を行った<sup>53</sup>。さらに具体的なプログラム *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006*<sup>54</sup> を発表し、2003年~2006年に達成すべき医療だけではなく、福祉もあわせて目

<sup>48</sup> Department of Health, *National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08*

<sup>49</sup> <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>

<sup>50</sup> CSCIにおける Personal communication, 2005年3月

<sup>51</sup> 白書のメンバーは以下の各組織の長である Royal college of Physicians of London, Royal College of Surgeons of England, Royal College of General Practitioners, British Medical Association, NHS Confederation, NHS Alliance など25の医療関係団体の長が参加し署名している。

<http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>

<sup>52</sup> 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).

<sup>53</sup> The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.

<sup>54</sup> Department of Health (October, 2002). *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006*.

標を定めた。

待ち行列は確かに短縮しているようであるが、これらの数値目標等の達成状況は年報<sup>55, 56</sup>に詳しいが、本稿では省略する。しかし、これらの改善は量的拡大が寄与していることは当然として、効率が向上しているのかどうかは不明である。

設備投資の配分は3年計画で直接、PCT、NHS Trust と Strategic Health Authority(SHAs)に対して行われるが、今後は NHS によって運営される銀行を設立し、設備投資についても従来の中央政府によるコントロールをやめて、長期の資本投資や増改築等に対処する。そのため、28のSHAの互助機構として2003-04年にNHS Bankが設立されることになった。地域間、年度にまたがって互助基金£152mを、移行のための投資を補助するのが目的である。

### PCTの組織化

1997年の計画ではPCGからPCTへの移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべてのPCGはtrustに移行を済ませ、5年間でNHSの動きを根本的に変えてしまった。現政権は、PCTを組織してNHS改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいと企図されている。PCTは、NHS予算の75%以上に対して権限を持つようになるだろうといわれている。(PCTについての詳細と懸念については平成13年度に報告した。)

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

<sup>55</sup> The NHS Modernisation Board (2003), Annual Report 2003: The NHS Plan – A Progress Report.

<sup>56</sup> Department of Health (2004), *Departmental Report*.

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、それら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。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。しかし、本稿では 2 次医療に対する commissioning (介入) 機能とその効果について注目したい。

### 病院 Trust から NHS Foundation Hospital へ

2002 年の Delivering the NHS Plan により、NHS 下にあった病院 Trust でパフォーマンスの良い Trust は NHS Foundation Hospital (以下、NHSFH) という、より広い裁量権を委譲される公益法人となることを選択できるようにした<sup>57</sup>。例えば、職員に対する給与、不動産の取得や設備投資、そのための資金の借り入れなどである。2004 年の 4 月から設立申請が始まる。

Social ownership を地域社会に帰属させることによって、地域の他の病院トラストや地域社会と密接な関係を持たせようとしている。その管理組織には、住民、患者、ケア提供者、スタッフも参加できる。メンバーは、地域のニーズと期待をより反映させるため、管理者の投票権を持つ。

NHS Foundation Hospital では 2004 年から PCT と契約するが、重要な契約を変更するときには、上部機関の承認が必要である。

サービスの改善や量的拡大のために投資をすることは自由である。投資の資金を一定の基準の下で借りることができる。また、PFI や公的資金を利用することもできる。しかし、土地、建物、その他の不動産は担保にできないなどの制約を受ける。

### 医療サービス価格の国家統制： ‘Payment by Results’

2002 年の 10 月に、2 次医療に対する支払制度の概要を示す緑書 Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results が公表された<sup>58</sup>。‘payment by results’ とは、ケースミックスの価格を国が定めるということである。PCT はこの価格表を用いて、国から示された達成目標を達成するように、病院トラストを「協働」して購入するサービス量 (Service Level Agreement、以下 SLA) を決め、3 年間の「合意」をする。この活動を commissioning (介入) とよんでいる。

主要な一部の疾患群からはじめて、複雑な経過措置を経て、2005/6 年度から全ての疾患群について実施の予定であるが、PCT のための調整期間を 2005-08 年としている<sup>59</sup>。

この方式は病院 Trust と PCT の間で、経済的なリスクシェアリングをさせることによって、費用の効率化を図ろうとするものである。また、最終的には国の標準価格に誘導して、

<sup>57</sup> Department of Health (December 2002) *A Guide to NHS foundation Trusts*.

<sup>58</sup> Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*.

<sup>59</sup> 郡司篤晃 (2003) 「イギリスの医療制度改革における PCG の意義と課題 II」医療保険事務研究協会 平成 14 年度 調査研究報告書『現行医療保険の今後のあり方』

Trust と PCT の間では、価格の交渉をせず、量と質の交渉だけを行わせようとしている。つまり、DRG の英国版であり、HRGs (Healthcare Resource Groups) と呼んでいる。

最初の適用は NHS Foundation Trust において、一年は早めて 2004 年 4 月から開始している。2008 年までには NHS の大多数が、公定価格に移行するだろう。

HRG casemix は頑健なものに改定されつつあり、現在 version 4.0 の作業に専門家委員会が取り組んでいる。これは 2008 年 4 月から適用される予定。今後とも、3 年に一度改定の予定だという。

現在のところ、政府による統一価格の決定の事務は進行している。また、その結果、Trust 間の HRG ごとの疾病単価の変動係数は縮小しつつある<sup>60</sup>。

### 医療と福祉の連携

医療と福祉の連携には伝統的な種々の困難があったが、ここでその問題を整理し、上述したような医療・福祉制度改革の文脈の中で、それぞれの点がどのように解決されようとしているのかを議論したい。まず、医療と福祉はお互いに異なる点があり、それらが連携を推進しようとする時の問題点である。それらを以下のように整理する。

- 1) 行政機構の問題：医療は国営で、福祉は LA の所管であり、この連携は政府間関係の修正となる。
- 2) 財源の問題：NHS は無料で財源は国家予算であるが、福祉は混合経済であり、有料であり、地域差もある。
- 3) 基礎となる人口集団の問題：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。GP の診療圏は個人が単位であり、行政圏とは一致しない。
- 4) 専門性の壁：専門医や GP は大きな力を持っており、福祉やその他の関係者の力は弱い。

### 行政機構の問題

1998 年には医療と福祉の統合を促進するための課 (The Joint Unit)<sup>61</sup> を新設し (これは現在すでに廃止されている)、1999 年に Health Care Act: Partnership Arrangements を制定して、医療と福祉の統合を準備した。これにより、以下の 3 つの仕組みを整備した。

- ① 管理組織を統合する。
- ② 対象に対する責任の計画化を義務付ける。
- ③ 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする。

中央組織では、医療の Chief Executive を廃止して、Permanent Secretary に統一するほか、医療の地方組織 (Regional Health Authority) を縮小し (Strategic Health Authority)、主として情報の収集や提供、各医療サービス組織に対する監督を行う組織とすることにした。

福祉 (Social Service) については、1998 年に白書<sup>62</sup>が公表されたが、特に注目を集めた

<sup>60</sup> Department of Health (2004) Appendix B. Reference Costs 2003, *Payment by Results: core tools*.

<sup>61</sup> <http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>

<sup>62</sup> Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.

のは、労働党政権が長期ケアに対する Royal Commission の報告書<sup>63</sup>をどう扱うかであった。結局、同政権はそれを拒否して、民間組織である PCG/T に期待することとした。即ち、連携の推進母体を、地方政府から、さらに進めて民間組織のレベルとした。

医療と福祉の両方の、特に高齢者と障害者について National Service Priorities を設定した<sup>64</sup>。Consultation document, Partnership in Action<sup>65</sup>は 1999 年 Health Care Act となった。

1997 年の計画では PCG から PCT への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての PCG は trust に移行を済ませ、早くも NHS の動きを根本的に変えてしまった。現政権は、PCT を組織して NHS 改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいと企図して、次第に命令的になりつつある<sup>66</sup>。

2001 年には、The Health and Social Care Act を制定して、PCT をさらに発展させ、CT 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。PCT/CT は住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。

## 財源

医療と福祉の財政について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。しかしながら、医療は無料で福祉は混合経済、つまり有料という構造は変わっていないので、利用者に対する経済的なインセンティブは明らかである。そのため、入院の長期化がおり、二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。

Modernising Social Service の中で、高齢者、障害者、精神障害者については Earmarked にし<sup>67</sup>、New Joint Investment plans<sup>68</sup>を義務付けた。

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は福祉として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・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。

<sup>63</sup> Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.

<sup>64</sup> Department of Health (1998a) *Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance*.

<sup>65</sup> Department of Health (1998b) *Partnership in Action*.

<sup>66</sup> Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. The Stationery Office.

<sup>67</sup> Department of Health (1999) *Modernising Social Services; Promoting Independence, Improving Protection, Raising standards*. The Stationery Office

<sup>68</sup> Department of Health (2000) *Guidance on Joint Investment Plans*([WWW.doh.gov.uk/jointunit](http://WWW.doh.gov.uk/jointunit), 12 January 2000)

## 人口集団

PCG/T の人口基盤は GP の登録リストである。したがって、基礎となる人口集団の圏域は行政の圏域とは基本的には異なるが、人口規模を 10 万人程度、GP 数が 50 人程度ということになると、PCG/T と LA の行政圏域の人口集団はかなりの部分が一致する可能性がある。

PCG/Ts は、福祉と医療の圏域を一致させることを努力目標とし、Health improvement plan をつくることに LA も協力することを義務づけた。2004 年の末現在で、8 つの CT が組織された。また、それらの地方組織の協議会（Integrated Care Network<sup>69</sup>）を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。

## 専門家の壁

PCG/T では GP が組織の長であったが、福祉も含む CT の長は GP ではない。管理組織には GP の他に、社会福祉の代表、看護、地域住民の代表を入れなければならない。

従来のプライマリーケア従事者はケアの提供者（providers）であったが、PCT/CT ではその主な役割が介入（commissioning）となったため戸惑いもある<sup>70</sup>。しかし、GP は一般医療の提供者でもある。福祉サービスの購入についても、新組織においても中心的な役割を担いつつ、職種間の連携を推進する形がうまくいきそうだという<sup>71</sup>。

また、あまりにも政策と制度の変更が急速で、現場では積極的な参加よりむしろ自分たちの責任に回帰しようという傾向も見えるという<sup>72</sup>。

一民間組織の PCT/CT が、病院、福祉ケア提供者、地方政府をまとめて政府によって設定された目標を達成するためには、例え予算権限を与えられたとしても、その仕事は巨大な「計画<sup>73</sup>」であり、それだけの能力を果たして期待できるのかどうかはまだ明らかではない。特にマネージメント職はモラルが低いという<sup>74</sup>。

福祉サービスについては、エージェントが介入するよりも利用者自身にサービスを購入させることが、連携へのむしろ近道ではないかということで、Direct Payment と呼ばれる政策が試行されている<sup>75</sup>。

<sup>69</sup> <http://www.integratedcarenetwork.gov.uk/>

<sup>70</sup> Gerri Kaufman (2002), Investigating the nursing contribution to commissioning in primary health-care, *J Nursing Management*, 10; 83-94.

<sup>71</sup> Kirstein Rummery (1999), The way forward for joint working? Involving primary care in the commissioning of social care services, *J Interprofessional Care*, 13(3); 207-218.

<sup>72</sup> Julie Charlesworth (2001), Negotiating and managing partnership in primary care, *Health and Social Care in the Community* 9(5); 279-285.

<sup>73</sup> 郡司篤晃 (1992) 「地域福祉と医療計画：医療計画の基本的諸問題」 社会保障研究所編『リ－ディングス日本の社会保障 2 医療』有斐閣、pp.273-296.

<sup>74</sup> Sue Elston and Immy Holloway (2001), The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres, *J Interprofessional Care*, 15(1); 19-27.

<sup>75</sup> <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/FinanceAndPlanning/DirectPayments/fs/en>

### III. 考察

#### 1. ケアの質の評価と向上

##### 1) ケアの質とその管理

医療の質は様々に定義されている<sup>76</sup>。しかし、ここでは医療の技術の質ではなく、それを保証するシステムを議論する。

その視点からは、Donabedian の次のような概念的な整理は重要である。即ち、医療の質には多くの要素が考えられるが、もっとも単純化した場合には、(1)技術的要素<sup>77</sup>、(2)人間関係的要素に分けられ、さらに(3)アメニティの要素があるだろうという。

介護ケアの場合には、目的が生活支援であるから、人間関係的要素やアメニティの要素がより重要となるであろう。

それらのケアを、普遍主義の社会保障制度の下では、ケアの提供者と利用者が相互に主体性を認めつつ納得に基づくやり取りをする。即ち、社会的交換ではなく経済的交換として、市場における取引によって分配されるのだが、ケアの場合には最も重要な取引は相対取引として行われる。ケアの提供者である代理人 (agent) と依頼者 (principal) の間に情報の非対称がある場合には、代理人側にモラルハザードが起こる可能性がある。また、それを防止する方法は、1) 第三者が評価するか、2) インセンティブによる制御しかない、と言われている<sup>78</sup>。

そこで、以下ではまず第三者による評価システムについて論じ、その後インセンティブによる制御について論じたい。ただし、インセンティブによる制御は質向上と効率向上を分離して設計することは出来ないので、不可避免的に効率の問題をも含めて議論せざるを得ない。

---

<sup>76</sup> 医療の質は様々に定義されている。アメリカ医師会(1986)は良い医療とは「生命の延長と質に確実に寄与するケア(care which consistently contributes to the improvement or maintenance of quality and/or duration of life)」と簡明に述べている(AMA 1986)。Institute of Medicine(1990)はもう少し丁寧に、「期待する健康状態をもたらす可能性を増大し、最新の専門知識に合致したサービス (quality consists of the “degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.”)」述べている(Medicine 1990)。即ち最新の医学知識に合致したものであることを加えている。Donabedian は質の良い医療とは「医療に伴う利益と損失の差を最大化すると期待される医療である (“the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts.”)」と述べた(A. Donabedian 1980)。即ち、医療によってもたらされる便益 (benefit)、あるいは効用 (utility)とリスクとのバランスで見ようとした。

<sup>77</sup> 医療の技術的要素は診断と治療に大別すると、診断では情報处理的要素が大きく、治療は行為的要素が大きい。診断の質の要素には精度、時間的要素(timeliness)ばかりでなく、同じ診断に到達するなら冗長度の低いプロセスがよい(the law of parsimony)。治療においては、技術は特に大きな要素である。技術的要素には技術そのもの (technology)と、その適用(art)の要素が含まれる。

<sup>78</sup> 医療の場合、agent は医療提供者であり、principal より圧倒的に多くの情報を持っている。医療におけるさらに詳細な代理人理論については、郡司篤晃 (2003) 「医療システム研究ノート」丸善プラネット、pp.73-77。

## 2) 医療の質の第三者評価

医療の質を第三者が評価しようとするとき、技術的な問題として重要な指摘は、Donabedian が言うように、「どれが質の良い医療かを定めることは医療のあるべき姿 (norm) を論議することになる」と言う指摘である。norm とはその形容詞の normal, normative が示すように、通常はここまではやるべきだという意味で「あるべき姿」と訳している。この重要な系 (corollary) は、医療の質の上限は議論できるが下限は議論にならないということである。近年、多くつくられるようになったガイドラインはこのノルムを示すものである。

評価は客観的でなければならないが、質的なものを評価することは本質的に難しい。確かに、医療の質は量的な面と無関係ではない。量的に不十分な医療は質的にもよいとは言えない。また、量的に過剰な医療の質も問題だからである。

質的なものはそのまま人の判断に頼らなければならない場合が多い。質的なものの良し悪しを判断する基準を明確に定義できる場合もある。たとえば、量的なものに置き換え一定のクライテリアに照らして判断することが出来るような場合、これを「外的(explicit)な基準」という。それが不可能であるため人の判断に頼らなければならない場合、その基準が判断者の中に内在しているが必ずしも明らかになっていないという意味で「内的(implicit)な基準」と言う。内的基準による評価の客観化は、評価者の選別と判断結果の統計的な処理によらざるを得ない。

医療における質の具体的な評価法 (approach)には、3つの方法があるとされている。すなわち、「構造 (structure)」、「過程(process)」、あるいは「結果 (outcome)」に注目する方法である。医療の質の評価は、歴史的には結果から始まり、次第に構造よりになって行き、近年また過程と結果に回帰しつつある。医療の質の評価のためのこれらの接近法にはそれぞれ長所と短所がある。たとえば、結果は医療の目的であり、その点では理想的だが、結果が明らかになるのに時間がかかりすぎることもある。たとえば、癌の治療法を厳密に評価するために5年生存率で見ようとすれば5年後にしか結果はでない。その間に患者や病棟における活動の完全には役立たない。構造は客観的に把握しやすい点で優れているが、医療の質の評価方法としては最も間接的な方法である。

従って、近年は診療の過程による評価が主流となりつつある。パス法も診療のプロセスの管理法である。ガイドラインによる質向上の動きもこの線上に位置づけられよう。

### 医療の質の第三者評価小史

医療の質の第三者評価のシステムを構築してきたのはアメリカである<sup>79</sup>。1912年のFlexnerの報告書に刺激を受けて、外科医 E. Codman は、外科医療の質を予後、つまり最終的な結果によって評価されなければならないと主張した。そのため彼の主張したシステムは後年 'End Result System' と呼ばれるようになった。しかし、この方式は医師たちに受け入れられず、その評価は次第に構造という間接的な評価へと移っていった。1919年にはいわゆる "Minimum Standard" が取り決められ 89 病院が認定を受け、1950年には全米の半分以上の 3290 病院が認定を受けた。1951年にはアメリカ外科学会を始めとした諸学会、医師会、病

<sup>79</sup> Roberts, JS, Coal, JG and Redman RR (1987). A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA* 258(7): 936-940.



院協会、さらにカナダ医師会も参加した組織によって JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals)が設立され、1970 年には最初の認定の基準(AMH: Accreditation Manual for Hospitals)が作られるが、これは究めて構造的である。

JCAH の活動はアメリカにおける医療の質の向上と標準化に多大の貢献をしてきたことは間違いない。その基準も年々改定が加えられてきた。Medicare, Medicaid の支出の高騰に悩んだ連邦政府は、このいわば民間の活動を利用して、JCAH の認定を受けられなかった病院には医療費を 2 分の 1 しかし払わないこととした。

この政府の方針によって、従来は医療提供者側の自主的な質向上のための目標となってきた基準が当落の基準となったため、その当落を巡って厳しい議論が起り、その判定の基準に文書主義が持ち込まれた。そのため、JCAH の認定を受けるためには多くの記録を整えることが必要となり事務が膨大なものとなっていった。

また、一方 JCAH のこの評価の方式についても批判が高まってきた<sup>80</sup>。その批判の重要な点は、病院側の負担が大きいかかわらず、? 構造的な評価が本当に医療の質の結果を改善していることの証拠が不十分であること、? 基本的な考えが悪いものを切り捨てて全体の質の向上をはかるという切り捨ての論理であること<sup>81</sup>、などであった。

これに対し、JCAH は 1987 年より名称を JCAHO と改めると同時に、"Agenda for Change" という改革に取り組んだ。この改革の要点は二つある。一つは、基本的な考え方を "KAIZEN(改善)"<sup>82</sup>にあるとした点である。これは日本の QC 運動を見習おうというものである。もう一つは「結果」による評価への回帰である。具体的には、"Clinical Indicator (CI) " の導入である。この導入によって、構造的な基準を大幅に簡略化しようという考えである。いわば、構造による第三者評価から、再び結果による評価への回帰である。

### 3) わが国における歩み

我が国においては、1987 年に、厚生省・日本医師会により「病院機能評価表」が作成された。これは我が国の医療の質を評価しようとした初めての試みであったが、その評価が自己評価であり、その客観性は保証されない。同年、東京都私立病院会の青年部会は病院の第三者評価を目的として JCAHO 研究会を発足させた。この研究会は「病院機能評価表」を出発点として、第三者評価用の基準を作成し、会員の病院の相互の評価を行なった。

この活動は、1990 年から全国の前より多くの病院の参加を得て「病院医療の質に関する研究会」に発展した。この研究会は、第三者評価を実施しながら評価基準の開発、評価者の訓練、評価システムの開発を行ってきた。同研究会によって開発された基準、評価者、評価のシステムをもとに、1995 年、わが国においても「日本医療機能評価機構」が発足し、病院の第三者評価が発足した。

<sup>80</sup> Berwick, D.M. (1985). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *NEJM* 320: 53-5.

<sup>81</sup> このやり方を "bad apple" だという。即ち、収穫されるりんごには質のばらつきがあるが、ある基準で悪いりんごを捨てれば残りは良いりんごであるということ。

<sup>82</sup> 「かいぜん」は平均値を上げれば切り捨てられるものがなくなり、質も全体として向上する。Imai (1986).*KAIZEN*, Random House.(今井正明、「カイゼン」講談社 1988.)

## 介護サービスの第三者評価

介護サービスの第三者評価は、2003年3月に「規制改革推進3か年計画」において政府として取り組むことが閣議決定された。規制改革との関連で決められた理由は、利用者が介護サービス業者を選択するための情報として、評価結果を公表することを主たる目的としているからである。しかし、本事業はまだ緒についたばかりであり、事業そのものの成否、さらにその効果については今後の検証を待たなければならない。

### 4) 「パス法」<sup>83</sup>

第三者評価を目的としたCIは必ずしも成功してはいないようである。その理由は、ほとんどのCIの内容は医療の期待に反する悪い結果に関する統計なので、医療施設や従事者から歓迎されないからであろう。

医療の質向上の仕組みは医療従事者からも歓迎されるインセンティブを持っていなければならないだろう。その意味では、医療の第三者による構造的な評価や結果による評価は、必ずしも前向きでないと言う批判がある。

そのような中で新たな管理手法として発展してきたのが「パス法」である。パス法は、管理科学の観点から見て極めて正統的な医療の質と効率を確保する管理技法<sup>84</sup>であり、これにより始めて医療の内容に管理学が入った。これまで病院管理学にとどまっていたが、パス法によって医療管理学になったともいえる。

また、疾病の経過の理解を、患者も含めて医療チームが共有するという原点にたっている点で、患者をも含んだ医療チームの「協働」を具体的に可能にする<sup>85</sup>。また、医療職の現任教育の学習目標を明確にすることができる。そのような意味でパス法は、医療における生産性<sup>86</sup>を向上させるための新しい医療管理の概念であり方法である。

パス法は、アメリカにおいて Medicare に DRG が導入されたことから、当初は在院期間を短縮する目的で、古い合理主義的計画技法の一つであった 'critical path method' が持ち出された。しかし、その後次第にその目的は医療の生産性の向上の手法との認識に変化してきた。

パス法の本質は、診療のプロセスの標準化である。標準化は一般的に質と効率の向上をもたらす。

パス法は、それぞれの病院で最良と思われる診療プロセスをチームで相談して作成するものであり、必ずしも客観的に最良であることを要求はしていない。しかし、同一の疾患に複数のパスが存在すれば、当然どちらが良いかが問われることになる。多くの医療施設においてパス法が普及した結果、必然的に多くの疾患のガイドラインが作られるようになった。

このようにパス法は、「疾病の理解」を患者と医療チームが共有し診療を進めていくという、医療のエートスを具体的に実現する手段となった。そのため、医療関係者から熱烈に支

<sup>83</sup> 本方法は 'critical path' とか 'clinical pathway'、'CareMap<sup>TM</sup>' などと多様な名称で呼ばれているが、われわれは邦語訳として「パス法」と呼んでいる。郡司篤晃(2000)「パス法：その原理と導入・評価」へるす出版。

<sup>84</sup> 目標による管理(MBO: management by objective)であろう。

<sup>85</sup> 従来の informed consent (説明と同意) は重大な侵襲のある検査や治療についてのみ行なわれてきたが、パス法は診療の全プロセスに関する説明と同意であるので、患者の診療への参加が促進される。

<sup>86</sup> 生産性向上の目的は、①患者満足、②職務満足、③質と効率の向上である。

持され、わが国では大きな学会にまで成長し、近年は研究的な交流が活発に行なわれるまでになった。

パス法にも限界がある。それは全ての症例が対象になるわけではないという点である。しかし、例えば選択的な外科手術の適用例の場合にはかなりの割合の患者に提供することが出来る。診療の論理は本質的に複雑な枝分かれの論理であるので、それを二次元に収めようとすれば、いろいろな工夫を凝らしても逸脱する例が多発する。しかし、基本的にやるべきことを標準化することをはじめとして、医療チームの形成、患者を含めた診療の目標の設定など、ケアの質向上には大きく寄与するはずである。また、施設間、あるいは在宅との連携パスの発展もあり、将来は医療と福祉の連携促進にも寄与することが期待される。

このようにパス法は医療の質と効率を向上させるための医療現場からの主体的な運動となり、ケアの質の管理のあり方を根本から変革したといえる。

また、パス法はガイドライン作成への刺激となったが、これはいわゆる医療の“norm”そのものである。現在では多くの学術団体・政府がガイドライン作成と、それによって質を管理することは世界的な趨勢である。

## 5) 人間関係的要素

市場経済は市民に民主主義と消費者主権を根付かせた。しかし、ケアを受けるとなると、市民は主権者として振舞えない。特に、日本の医療においては「知らしむべからず、よろしむべし」という医療提供者の態度が未だに残っている。この両者の価値観の齟齬が、医療に対して不満を引き起こし、さらに医療訴訟など、両者の間で多くの摩擦を引き起こしてきた。

医療における患者中心主義は、医療がこのような市民の価値観の変化に対応しようとした医療提供者側の努力の1つと見ることが出来る。

医療において患者の主体性を重視する考えはL. L. Weedによって主張された。彼は「患者はパラメディカルになる最も優れた素質を持っている」として、診療録に“Education”という項目を記載することを主張した<sup>87</sup>。

ほぼ同じころ、Kübler-Rossによって医療の倫理の書き換えが行われ<sup>88</sup>、出来るだけ患者の目線で患者に聞く態度の重要性が主張された。

1980年代の半ば頃から“Patient Centred Medicine”の概念化が進んだ。Moira Stewartらは、医師は患者を生物モデルで見ただけではなく、①病む人間として、②全人間的に理解し、③共通の問題認識と目標と役割を共有し、④良い医師患者関係を樹立することの重要性などを強調した<sup>89</sup>。その基本的な態度は、医師が患者の目線でのコミュニケーションを重視する。彼等の活動は医師教育に大きな影響をあたえたが、患者のempowermentについては必ずしも十分な努力が払われてはいない。

<sup>87</sup> 郡司篤晃(2005)「診療情報は医療を変えるか」日本診療録管理学会誌 16(3): 9-13。

紀伊国献三、郡司篤晃、ほか「診療記録、医学教育、医療の革新」医学書院、1973

<sup>88</sup> それまでの「出来るだけのことをする」という倫理から compassion への変化である。

Kübler-Ross, E (1969) *On Death and Dying*, Macmillan (川口正吉訳「死ぬ瞬間」読売新聞社、1971)

<sup>89</sup> Moira Stewart, Judith Bell Brown, W Wayne Weston, Ian R McWhinney, Carol L McWilliam and Thomas R Freeman (2003), *Patinet-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (2<sup>nd</sup> Edition), Radcliffe Meical Press.

Susan B. Frampton らの Plane-tree Hospital Group のアプローチ<sup>90</sup>は研究的というより実際的であり、患者中心主義に基づいて具体的な病院の建設・運営のに努力が向けられている。彼らは、概念や言葉だけではなく、患者とケア提供者間の交流の具体的な行動として“Informing and Empowering”の重要性を強調する。そのため、患者に対する情報提供、病院の患者図書室及び地域医学図書館などの重要性を強調する。

Debra Roter らは患者と医師の力関係から、Patient-Centeredness と Mutuality を比較して、前者には父権主義が残ることを指摘し、Mutuality は患者の主権をより重んじた考えであるとしている<sup>91</sup>。これを我々は協働の医療と呼んでいる<sup>92</sup>。わが国でも、患者の声や感受性を医療に生かそうという啓蒙的な試みも行なわれるようになった<sup>93</sup>。

表 2 医師と患者の関係

患者の Power	医師の Power	
	医師の Power が強い	弱い
強い Goals and agenda Patient values Physician's role	<b>Mutuality</b> Negotiated Jointly examined advisor	<b>Consumerism</b> Patient set Unexamined Technical consultant
弱い Goals and agenda Patient values Physician's role	<b>Paternalism</b> Physician set Assumed Guardian	Default Unclear Unclear Unclear

Debra Roter (2000)より引用

## 6) 重症度、自立度と Health Literacy との関連

急性疾患から慢性疾患へ、重症から軽症、さらに疾病予防になると、ケア提供者のかかわりは相対的に低くなり、患者及びクライアント(以下、ケアサービス利用者、または単に利用者)の主体的、積極的な行動が相対的に重要性を増すことになる。従って、ケア提供者と患者あるいはクライアントとの協働の重要性が増大する。

疾病予防や慢性疾患の管理においては、本人が持つ情報量、積極的に取り組む態度、コミュニケーション能力、具体的な行動が重要である。つまり、ケアが良い outcome を得るために重要なことは利用者が知識と情報を持っており、それを利用できることである。近年、それを Health Literacy と呼ぶ。現実にはほとんどの人々は健康に関しては illiterate であり、自分の健康に異常をきたして、はじめて自分の illiteracy に気がつく。アメリカの IOM は Health Literacy は「医療の質向上への最後の道程 (path)」だという<sup>94</sup>。

<sup>90</sup> Susan B. Frampton, Laura Gopin, and Patrick A. Charnel (2003), *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*, Jossey-Bass (John Wiley & Sons, Inc.)

<sup>91</sup> Debra Roter (2000), The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship, *Patient Education and Counselling* 39(5): 5-15.

<sup>92</sup> NPO 医療の質に関する研究会: <http://www.npo-shitsuken.org/>

<sup>93</sup> 大熊由紀子、開原成允、服部洋一編著 (2006) 「患者の声を医療に生かす」医学書院。

<sup>94</sup> IOM, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, The National Academies Press, 2004