

11.4 この資金により、地域の臨床家および管理者らは変革に投資することが可能になる。またより効果的で公正なサービスを提供し、本計画で定める戦略および里程標を実行し、以下の目標を達成することができる。

- 喫煙対策への強いサポート
- 検診へのアクセスの向上
- がんの診断および治療に対する待機期間の目標
- NICE のサービス提供ガイダンス（結果改善（Improving Outcomes）ガイダンス）の完全な導入
- がん治療薬に関する NICE の評価の完全な導入
- 専門的緩和ケアサービスに対する増資

格差を縮小することが各項目に共通するテーマである。

変革のリーダーシップ

11.5 資金そのものがあるだけでは不十分である。NHS ががんサービスの変革を支援および実施するためには、国および地域におけるリーダーシップが必要となる。

11.6 国家がん対策長官は、本計画を実行するための行動を主導する。対策長官はがんネットワーク、州事務局長（Regional Director）および専門家団体と連携し、国家基準の作成、問題対処のための追加的作業、資金が最も効果的な方法で用いられていることの確認などを行う。

11.7 計画の実施を前進させるため、新たながん特別委員会が設置される。これは国家がん対策長官が議長を務め、患者代表者、臨床家および管理者をメンバーとして含むものである。

11.8 地域サービスは、国家的優先事項について明確に理解し基準を定めることにより、患者が望む良質のサービスを提供することができる。

11.9 地域の関係機関にとっては、ネットワークにおいて連携することにより、戦略的計画を作成・実行し、資産をがんのために最善利用する方法を認め、クリニカルガバナンスを通じてケアの質の監視のプロセスを実行することができる。州事務局長は、がんネットワークの作業を監督および調整する。

がんネットワーク

- 11.10 カルマン&ハイン・レポートは、がんケアのネットワークに対しては、プライマリケアからがんユニットまで範囲を拡大して一般的ながんをより多く扱い、まれながんの診断を行うように提言した。また、がんセンターに対しては、放射線治療や骨髄移植などの専門性の高い治療を提供することを提言し、新たな分野を切り開いた。
- 11.11 がんネットワークは、本計画を実行するがんサービスの組織モデルとなる。これにより、医療サービスの契約者（保健当局、プライマリケアグループおよび PCT）、提供者（プライマリケア、地域ケアおよび病院）、ボランティア部門および地方自治体を 1 つにまとめるものである。一般的に各ネットワークは、およそ 100 万人から 200 万人の人口を管轄とする。
- 11.12 がんネットワークには効果的な管理が必要とされる。提供者である NHS トラスト、医療機関および緩和ケアチームの最高責任者が、主任臨床医と同様に密接に関わることは重要であるといえる。住民のがんに関するニーズへの対応が最も必要な地域を目標とした資金により、がんネットワークを通じ、ケア経路を越えてがん患者に対する地元の病院では受けることができないサービスの計画を行うことができる。喫煙および食習慣に対する行動により、均一なケアが促進され、がんリスクの低減支援における提携が図られる。
- 11.13 がんネットワークは、多くの地域、特になんサービス連携における 9 つのネットワークにおいて非常に効果的であることが証明されている。がんネットワーク基盤のサポートに対しては、すでに資金が準備されている。サポートおよび組織的展開施設は、州およびネットワークが利用することができる。また、NHS 改革庁は今後 2 年間がんネットワークと連携し、全てのがんネットワークにがんサービス連携イニシアチブを展開する。

がんサービスの計画および委託契約

- 11.14 がんネットワークは、がんの予防、検診、診断、治療、支持療法および専門的緩和ケアなど全ての面で戦略的サービス提供計画を展開するために連携を行う。また多様性に取り組み、資金を最善利用するための共通プロトコルおよびサービスパターンに関する協定を結ぶ。これらの提供計画を支えるためには人員、教育研修およびがん関連施設の戦略が必要となる。
- 11.15 ネットワークの保健当局、PCT およびサービス提供者は、患者ががんネットワークを越えた別の場所で治療されることを認め、ネットワーク戦略の実行が必要ながんサービスへの投資に対して共に注意を向ける必要がある。したがって、共に戦略の発展に取り組み、各自の貢献を計画して実行していく必要がある。

- 11.16 がんサービス提供計画は、幅広い計画プロセスの中に完全に統合される。地域の保健医療関係団体は、NHS プランからの発展と一致して、健康改善プログラム（Health Improvement Programme：HImpP）とサービス・財政枠組み（Service and Financial Framework：SaFF）のプロセスを通じ、各自のネットワーク計画に対する貢献を行う。計画プロセスの時期および要件のガイダンスはまもなく発行される予定である。
- 11.17 NHS プランは、臨床主導のケアの抜本的で新たな形を試験的实施するという政府の意向を述べた。がんサービスの全体的な実行可能性をネットワークレベルで評価するため、少数のがんネットワークで実施される。

まれながんに対するサービスの委託契約

- 11.18 全てのネットワークでがんケアの様々な面が提供されるわけではない。これは特に、専門的知識もしくは施設を必要とする量の少ない高コストの作業に適用される。
- 11.19 州特殊委託契約グループ（Regional Specialised Commissioning Group：RSCG）は、がん治療のこれらの面について委託契約を行う責任を有している。非常にまれな状態もしくは治療については、国家特殊委託契約諮問グループ（National Specialised Commissioning Advisory Group：NSCAG）が委託契約を行う。委託契約は州によって若干異なる方法で行われている。
- 11.20 州特殊委託契約グループおよび国家特殊委託契約諮問グループの経験を基に、全てのがんネットワークで提供が行われないサービスを委託契約するため、より一貫性のあるアプローチの開発を行う。

改革プログラム

- 11.21 本計画では、NHS がんサービスを近代化する行動を含む意欲的なプログラムについて述べる。NHS プランと同様、これは投資および改革に依存している。必要とされる変革については、5年以上の期間において段階的に実施することにより、目標およびサービス改善における進展を迅速かつ対処可能なものとする。

行動および里程標

2000年

- ・ がんネットワークの構成に関する同意。
- ・ 健康改善プログラム（HImp）とサービス・財政枠組み（SaFF）は、新たなネットワーク計画に沿った形で、キャンサープランの展開に必要な行動を迅速に行う。

2001年

- ・ 全てのがんネットワークは、本計画および他のがんに関するガイダンスと調和したサービス提供の3年計画を作成する。
- ・ 全てのがんネットワークは、サービス提供計画を支える人員、教育研修および関連施設の戦略を作成する。

NHS キャンサープラン：次のステップ

1. 国家がん対策長官は、以下を行う。
 - ・ NHS キャンサープランの一層の実施を行う国家がん特別委員会において議長を務める（第 11.7 項）。

2. 州事務局は、以下を行う。
 - ・ 2000 年 11 月までにがんネットワークの構成に合意する（第 11.9 項）。

 - ・ 2001 年よりピア・レビューの訪問調査を監督する（第 6.15 項）。

 - ・ がんネットワークのサービス提供計画を監督する（第 11.9 項）。

 - ・ 2001 年までに州レベルのがん関連施設戦略を策定する（第 9.8 項）。

3. がんネットワークおよびそのメンバーは、以下を行う。
 - ・ 2001 年までに、がんサービスの全ての局面を網羅する戦略的サービス提供計画を作成する（第 11.14 項）。
 - 予防

 - 検診

 - 診断

 - 治療

 - 支持療法

 - 専門的緩和ケア

 - ・ 2001 年までに以下における戦略基盤を開発する（第 11.14 項）。
 - 人員

 - 教育研修

 - がん関連施設

保健当局、PCT、NHS トラストは、健康改善プログラムとサービス・財政枠組みに新たなネットワーク計画を反映する（第 11.16 項）。

- ・ 新たな国および地域目標に沿った形で、喫煙における格差を低減することを目標とした行動を計画する（第 2.8 および 2.9 項）。
- ・ がんサービス連携に対する第 2 段階への参加を行う（第 5.11 項）。
 - 地域の改善目標の設定（第 5.14 項）
 - 予約診療システムの開始（第 5.13 項）
 - 国の待機期間目標の実施（第 5 章）
- ・ ボランティア部門と共に、現在の緩和ケアサービス提供を見直し、支持療法戦略を展開する準備を行う（第 7 章）。
- ・ 2001 年より、以下に関して、新たな NICE ガイダンスを実施する。
 - がんサービスの組織化（第 6.5 項）
 - がん治療薬（第 6.6 項）
- ・ 2001 年から、がんの部位的の学際的チームを設置し、全ての患者がそのチームによるケアの評価を受けられるようにする（第 6.10 および 6.11 項）。
- ・ ピア・レビューの訪問調査に基づき、国家基準に対する地域サービスの評価を行う（第 6.14 項）。

(資料2) イギリスの保健医療福祉システム

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部
地域保健システム室長 武村真治

1. イギリスの一般概況

(1) 地理

イギリスは、ヨーロッパの東部に位置する、大ブリテン島とアイルランド島の一部を領土とする島国である。大ブリテン島の南東部のイングランド、イングランドの西部のウェールズ、大ブリテン島北部のスコットランド、アイルランド島北部の北アイルランド、の4つの国に分かれ、これらを総称して連合王国 (United Kingdom) と呼ばれる。

総面積は24万1752km²で、日本の約3分の2にあたる。地方別ではイングランドが全体の半分の面積を占め、以下スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの順である。イングランドの南東部には平野が広がり、イングランドとスコットランドの境目にチェビオット高地、ウェールズにカンブリア山脈がある。

気候は、北緯50度以北に位置しているが、メキシコ湾流の影響で比較的温暖である。年平均気温は10.5℃、年間の平均降水量は1100ミリである。

(2) 歴史

4世紀にローマ人が撤退した後、北欧などからアングロ、サクソンなどの部族が進入、先住のケルト族をウェールズ、スコットランドへ駆逐し、イングランド王国が建国された。11世紀にノルマンディー公ウィリアムがイングランドを征服し、王となった。1215年、ヘンリー2世の子ジョン王がマグナ・カルタ (大憲章) に署名し、英国憲法の起源となった。

1534年、ヘンリー8世の時代にローマ・カトリック教会から独立して、英国国教会が成立した。1588年には女王エリザベス1世の治世下でスペインの無敵艦隊を撃破し、海上の支配権を確立した。文化的にはシェークスピアなどを輩出し、文芸復興時代を現出した。

17世紀には弾圧を逃れて清教徒がアメリカ大陸に移住した。1649年、クロムウェルの革命で国王が処刑され、共和制がとられるようになった。1688年の名誉革命で、ジェームス2世を追放した議会は、ウィリアム3世を新国王に迎えるにあたって「権利宣言」を承認させ、立憲君主制が確立した。1707年、スコットランドとイングランドが合体し、大ブリテン王国 (Great Britain) が成立した。1714年にハノーバー王朝が発足し、議院内閣制が成立した。19世紀のビクトリア女王時代にアフリカ、北米、インド、アジアに領土を拡大し、大英帝国を築いた。

1945年、アトリー労働党政権がチャーチル戦時連立政権にかわって社会主義政策、特に福祉政策を推進した。以後1951年に保守党、1964年に労働党、1970年に保守党、1974年に労働党と、何度か政権政党が交代した。

1979年、保守党政権が成立し、サッチャーが初の女性首相となり、以後約11年半にわたって在任した。1992年からはメージャーが首相となったが、1995年からブレア首相率いる労働党が政権を握り、現在に至る。

(3) 人種構成

人口の8割以上を占めるイングランドではアングロ・サクソン人が中心で、スコットランド、ウェールズではケルト人が中心である。有色人種の移民は人口の4.2%を占める。

(4) 宗教

英国国教会が国教だが、信仰の自由は完全に保障されている。国王が教会の最高権威者で、大主教と主教を任命する。カンタベリーとヨークに大主教が置かれ、それぞれの管轄下に30、14の主教区がある。

英国国教会は16世紀にローマ・カトリック教会から分離して絶縁関係にあったが、1980年のエリザベス女王のバチカン訪問、1982年のローマ法王ヨハネ・パウロ2世のカンタベリー寺院訪問を契機に、両者は450年ぶりに和解した。

英国国教会の信徒は約2700万人で大多数を占めているが、その他にメソジスト、バプテスト、カトリックなどを信仰している国民も存在する。

(5) 政治体制

国王を元首とする立憲君主制をとる。最高立法機関は議会で、国王、上院、下院の3者で構成される。下院は659の小選挙区から選ばれた議員で構成される。上院は貴族院ともよばれ、王族を含む世襲貴族、英国国教会の大主教及び主教、宗教貴族、一代貴族で構成される。下院において法案が議論され、下院を通過した法案に超党派、良識の立場から修正を加えるのが上院の役割である。また両院を通過した法案は国王の裁可を経て法律となる。各1名が選定され、任期が5年である。

最高行政機関は内閣で、議院内閣制をとる。首相及び閣僚は形式的には国王による任命制であるが、実際には下院第1党の党首が殊勝となる。閣僚は上下両院議員の中から首相が任命する。内閣は議院に対して責任を負い、議会の不信任があれば総辞職となる。

政党は、労働党と保守党の2大政党体制で、その他に自由民主党、アルスター統一党、社会民主労働党、民主統一党などの少数政党が存在する。現在は労働党が政権を担当している。

(6) 地方行政制度

イギリス（連合王国）は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの国に分かれ、それぞれが独立して行政を行っている。イギリスの人口の約8割はイングランドに居住している。

イングランドは、ロンドンと8つの州（region）に分かれ、各州に中央政府の州事務局（Regional Office）が設置され、中央政府の所掌事務を州レベルで推進・調整している。地方自治体としては、日本の県に相当するCounty、市町村に相当するDistrict、政令市に相当するCity（バーミンガム、リバプールなど）がある。CityとDistrictは総称して「Local Authority」と呼ばれ、これが最小の地方自治体である。

Local Authorityは、地方自治体として、教育、福祉、環境、住宅、交通などの行政サービスを実施しているが、サービスによっては中央政府が直轄して実施する場合があり、NHS（保健医療）はまさにその典型である。したがって、イギリスの中央地方関係は、行政サービス一般としては地方分権型であるが、保健医療分野に関しては中央集権型である。

2. イギリスの医療保障制度・医療供給体制

(1) 概要

イギリスでは、1946年に制定された国民保健サービス法(National Health Service Act: 以下 NHS とする)に基づいて、1948年からすべての国民に、生まれてから死ぬまで、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスが提供されている。この特徴として、サービスの供給は国の責任で、費用の大部分が国の一般財源でまかなわれていること、原則として全国民にサービスを無料で提供すること、サービス供給は予算の範囲内で計画的に行われていることが挙げられる。

NHS は国(保健省)の直轄によって運営されているが、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの国はそれぞれ独立した NHS を有する。また教育や社会福祉などの他の行政サービスとは独立に運営されているため、通常の行政区と NHS の管轄区域とは若干異なる場合があり、保健医療と福祉との連携が十分に機能しないなどの組織上の問題点がある。

NHS の年間予算は、報酬や価格を前年より若干割り増しし、多少の効率改善と成長の余地を考慮して設定され、原則として年内の補正はしない。医療費の対国民所得比は約 6% で、日本と同様に先進国の中では明らかに低い水準になっているが、これは予算制をとっているため、医療費のコントロールが比較的容易であることが考えられる。NHS の財源は税が約 8 割(税込全体の約 2% に相当)、NHS 拠出金(社会保険料)が約 1 割、患者自己負担が約 5% である。

NHS のサービス提供体制は、GP (General Practitioner) によるプライマリケア(診察・検査、薬剤処方、健康診査、慢性疾患管理など)と、病院(NHS Trust など)によるセカンダリケア(入院治療、専門医療など)に明確に機能分化されている。国民はまず特定の GP に登録しておく必要がある。そしてサービスを必要とした場合、原則として最初に GP に受診する。また GP が入院や専門医療を必要と判断した場合、患者は GP の紹介で病院を受診する。したがって病院で受診するためには、救急の場合を除いて GP の紹介が必要となる。このように GP は、地域住民の健康問題の大部分に対処する「generalist」としての役割と、病院医療へのアクセスを管理する「gate keeper」としての役割をもっている。

(2) NHS の歴史

① NHS の創設(1948年)

NHS 以前の医療保障制度として、1911年の国民保険法による医療保険制度が施行されていたが、その給付対象は GP のサービスに限定されていた。一方病院は、一部は救貧法の枠組みで、一部はボランティアの枠組みで、地方自治体の管轄のもと、基本的には無料の医療が提供されていた。さらに、1848年の世界最初の公衆衛生法に基づいて、地方自治体による公衆衛生サービスが、はじめは感染症対策や環境衛生を中心に、やがて 20 世紀初頭からは母子保健を中心とした対人保健サービスが、提供されていた。

1948年から施行された NHS によって、これらの3つのサービス(GP のプライマリケア、病院のセカンダリケア、そして地方自治体の公衆衛生サービス)を包括的に提供する体制が整備された。11,000人の専門医、18,000人の GP が参加した。そして約 3,000 の篤志病院と地方自治体病院のうち約 2,800 の病院が保健省に移管(国有化)された。

しかし実際にはこの3者は独立して運営され、それぞれにNHSから予算配分されていた。つまり、GPは従来どおり独立した自営業者として、医療保険制度における運営組織である保険委員会を前身とする134の執行理事会が運営を行った。また病院は全て国有化され、その運営は病院運営委員会（病院単位）とその上位の地方病院局（Regionの単位）、及び教育病院理事局が行った。さらに地方自治体は従来どおり、救急医療、予防サービス、母子保健、在宅看護、公衆衛生など、地域住民に対する保健サービスを担当した。このように、NHS設立当初の運営機構は、三つの主要な部門に分割されることとなった。

②NHSの1974年改革

1950年代から、精神障害者や高齢者に対する保健医療サービスと福祉サービスの位置づけに関して議論されるようになった。保健医療福祉を全て「社会サービス」として位置づけ、地方自治体によって一元的に実施する体制が提案されたが、医療界はあくまで保健医療サービスは福祉サービスとは独立したものであるとして、保健医療と福祉の間の境界を明確にすることを求めた。

このような背景から、1974年、病院および専門医サービス、GPサービス、地方自治体による保健サービスの3分立機構を一元化することを目的にNHSの改革が実施された。この改革では、地方自治体（Local Authority）とは別に、保健当局（Health Authority）が、プライマリケア（GP、歯科医、眼鏡サービス、薬剤サービス）、セカンダリケア（病院サービス、専門医サービス）、そして対人保健サービス（搬送、疫学的仕事、家族計画、ヘルスセンター、保健訪問、家庭看護と助産、母子保健、疾病の予防、医学、看護および関連サービスによるケアとアフターケア、持続的医学的監督を必要とし、地域で生活するのに十分でない人々に対する在宅看護、予防接種、学校保健、保健師（health visitor）や地区看護師（district nurse）のサービスなど）を一元的に管理し、地域全体の保健計画の策定や管理を行うこととなった。具体的には、90のArea Health Authorityを第一線機関として設置し、その上部機構として9のRegional Health Authorityが設置された。これによってNHSは地方自治体から完全に独立し、国の直轄となり、NHSによる対人保健サービスと地方自治体による対人社会サービス（福祉サービス）の分離体制が確立した。

地方自治体（Local Authority）はこれまで、ホームヘルプサービスなどの福祉、母子保健、家庭訪問、予防活動、予防接種、救急搬送などを実施してきたが、これからは、福祉（ソーシャルワーク、施設、在宅など）と環境衛生のみを実施し、それ以外の保健サービスは全てNHSに移管された。また、Area Health AuthorityとLocal Authorityは合同委員会を設置し、保健と福祉の連携などに関して調整を行うこととなった。しかし社会サービスの責任機関はあくまで地方自治体の社会サービス部門である。

さらに1982年にArea Health Authorityは廃止され、市町村レベルのDistrict Health Authorityが設立された。これは、NHSの管轄地域をLocal Authorityの行政区域と合致させるためであり、Local Authorityとの連携がさらに強化するためのものであった。

③NHS の 1991 年改革 (Working for Patient)

NHS の問題点として、入院待機者 (waiting list) の増加、医師等の人的資源の配置の不適正 (大都市部での不足など)、消費者の医師・病院の選択の自由の欠如、医療サービスの質の低下、そして急騰する医療費などが挙げられる。waiting list は、病院の利用可能ベッド自体の不足と、GP による病院への紹介が特定の病院に偏ることにより、年度末に近づくにつれて、NHS から配分された当該年度の予算を早く消費してしまうため、病棟が閉鎖されるという現象が起こることなどに起因している。

これらの問題点を解決するために、保守党サッチャー政権のもと、1987 年にプライマリケアの改革に関する白書「Promoting Better Health」、1989 年に NHS 改革白書「Working for Patient」が発表され、NHS 改革が法案化された。この改革の大きな内容としては、病院への財源配分の方法の変更、「GP fund holder」の創設が挙げられる。病院はこれまで保健当局の管理化におかれ、そこから予算が配分されていたが、改革後、病院は保健当局から分離され、独立採算による「NHS Trust」として独立した組織となった。保健当局は、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 Trust だけでなく、他の地区の NHS Trust、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。GP fund holder は、登録住民数が 5000 人以上あり、予算管理能力のある GP のグループに対して、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 fund holder 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。

この改革は、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」である保健当局及び GP fund holder を分離し、両者の間に内部市場 (internal market) と競争原理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。購入者は病院サービスを購入する予算を NHS から配分され、住民の代理人 (agent) となって供給者を選択し、サービスの内容や費用に関する契約を結び、購入する。

改革によって導入されたシステム (internal market) によって、様々な効果が報告された。そのなかでも、病院サービスの質に関して、例えば、退院時サマリーの改善、GP の要求に対する迅速な反応、病院サービスへのアクセスの改善、waiting list の減少 (特に専門医の外来)、病院とのコミュニケーションの改善などの効果が報告されている。また病院サービスへのアクセスの改善として、従来は病院のみで行われていた専門医サービスがプライマリケアの場面で供給されることも多くなってきた。

GP fund holder のプライマリケアの質については、患者のニーズの把握や臨床のガイドラインの遵守がなされていない、病院サービス購入の際に患者の意見が取り入れられていない、診察時間が増加していない、予算の余剰が単なる設備投資にのみ投入され、ケアの質の改善に直接寄与していない、などの報告が多く、GP fund holder 自身が供給するプライマリケアの質はあまり向上していないことが示された。

このシステムの最も大きな問題点として、「2 層システム (two tier system)」が挙げられる。これは、病院サービスの購入者である GP fund holder と保健当局の間で交渉力等に差があるため、GP fund holder に登録する住民とそれ以外の GP に登録する住民の間で

受益できる病院サービスに差が生じてしまう、という問題点である。特に GP fund holder の患者がそれ以外の GP の患者と比較して病院サービスへのアクセスが良くなる（GP fund holder の患者が優先して病院サービスを受けることができる）ことなどが挙げられる。

GP fund holder と保健当局の間の差として考えられるのが、情報量である。情報には病院に関する情報と患者に関する情報の2種類がある。病院に関する情報の側面では、GP fund holder は医療の専門家として病院を探索することが可能であり、どの病院が質が高いかを判断する能力をもっているが、保健当局は医療の専門家ではないため、病院サービスの費用は判断できるが、質についての判断能力が低い。つまり、病院と GP fund holder の間ではほぼ完全に情報が対称であるのに対し、病院と保健当局の間では情報の非対称性が存在する。

患者に関する情報の側面では、GP fund holder は直接患者を診察しているため、患者のニーズに適した病院を選択できる。それに対して保健当局は、地区の GP の意見を収集して、患者のニーズにあった病院サービスを購入する役割をもっているが、十分に患者のニーズを反映することは困難である。一方、病院の立場からみると、GP fund holder は登録住民数が小さいために融通が効き、他の病院と契約している GP fund holder も比較的容易に契約を破棄し、自分の病院と新たに契約を結んでくれる、と考えられていた。逆に保健当局は住民数が多いために、病院契約に関してあまり融通が効かない、と認識されていた。

その他の問題点として、契約費用に関する問題、地域の医療計画に関する問題、購入できるサービスの違い、経済的インセンティブの違いなどが指摘されている。契約費用に関する問題としては、GP fund holder は効率的な病院と契約するための労働量や費用を必要とするが、それ以外の GP は保健当局が代表して病院と契約するため、契約に要する費用は全くかからないことが挙げられる。地域の医療計画に関する問題として、保健当局は管轄する地区の住民に対する全ての医療サービス（プライマリケアとセカンダリケアの両方）の供給の責任者であり、住民のために効率的で公平な医療供給を計画しなければならない。しかし保健当局は GP fund holder の登録住民のデータを十分に収集できないため、地区全体のニーズを把握するのが困難になる。これは地区の医療計画の策定に弊害を及ぼす可能性がある。購入できるサービスの違いとして、保健師の訪問や訪問看護などの地域保健サービスに関して、GP fund holder が購入できるサービスの範囲が限られていることが挙げられる。

経済的インセンティブの違いとして、最も重大な問題は、「いいとこどり (cream skimming)」が挙げられる。これは、GP fund holder は医療サービスの消費の少ない患者を登録させようとするをさす。「いいとこどり」は登録人头支払に起因する問題であり、改革以前からも GP のもつ経済的インセンティブとして捉えられている。そして GP fund holder は予算を他の予算費目に流用することが比較的容易なため、予算の節約に対するインセンティブが強く、いいとこどりの傾向がさらに強くなると考えられた。GP fund holder は効率的な病院と契約を結べば、予算と実際の費用の差から生じた余剰について、予算科目間の流用や次年度への繰越、設備拡張のための投資、サービスの質の改善のための投資などの、幅広い自由裁量が認められている。しかし、保健当局は効率的な契約をして余剰が生まれたとしても、予算科目間の流用はできないため、病院サービスの購入を抑制するインセンティブが作用しないとされている。GP fund holder は、NHS 外の専門医の自由診療に患者を紹介する傾向があるといわれていた。これは、病院に紹介する患者が民間医療

保険に加入している場合、それを利用して専門医の自由診療を受ければ、GP fund holder の予算を使わなくて済むためであると考えられている。GP fund holder は診療の責任と財政の責任の両方を負っているため、診療パターンが純粹に患者のニーズだけでなく利用可能な予算に影響を受ける。したがって、過度の費用節約が行われれば、医療の質を低下させる可能性がある、と考えられた。

④NHS の 1998 年改革 (The New NHS)

1995 年の総選挙により、政権が保守党から労働党に交代した。以前から内部市場に反対の立場をとっていた労働党ブレア政権は、それに代わる新しいシステムを導入することを検討した。そして、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。

- ・ 現在、100 の保健当局、3,500 の GP fund holder、400 以上の NHS Trust 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。
- ・ GP fund holder とそうでない GP 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、GP fund holder、NHS Trust の各団体の中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の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 Trust 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した。

この枠組みにおいて、保健当局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「健康改善・近代化プログラム (Health Improvement and Modernisation Programme)」を推進する責任をもち、GP と NHS Trust はそれに「協定 (agreement)」し、プライマリケア (GP) とセカンダリケア (NHS Trust) を供給する。また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。このプログラムは 1999 年から開始された。

これにともなって GP fund holder の制度が廃止され、地域の GP 全員で構成される Primary Care Group (PCG) が創設された。PCG は地域においてプライマリケアを供給する責任をもつとともに、地域住民のための病院サービス、地域保健サービスを NHS Trust から購入する役割をもつ。なおサービス購入のための予算は保健当局から配分される。

これまでの制度では、個々の GP fund holder が病院サービスなどを購入する役割をもっていたために、医療サービスに対する責任が不明確になり、また契約に要する事務費用

も膨大であった。PCGは複数のGPの集合体で、このグループ単位でサービスを購入するようになった。また病院サービス及び薬剤の購入、プライマリケアの供給に要する費用は、これまで別々に配分されていたが、今後は保健当局から一括して配分される（single unified budget）。そしてPCGは健康改善・近代化プログラムの枠組みの範囲で予算を用いることができる。

個々のPCGによって予算の管理能力にばらつきがあると考えられたが、最低限、サービスの供給及び購入のみを実施し、予算管理は保健当局が行うことも認められた。しかしこれは移行措置であり、最終的には「Primary Care Trust (PCT)」として、プライマリケアの供給、病院サービス及び地域医療サービスの購入、予算の管理を行う「独立した団体」となることを目指している。

NHS Trustは、これまで通り、病院サービスや地域医療サービスを供給する役割をもつが、健康改善・近代化プログラムのもとでPCGとの長期的な「協定」を結ぶ必要がある。また、サービスの質に関する情報を公開することが法定化された。

⑤NHSの2002年改革 (Shifting the Balance of Power)

1998年改革の移行措置の期間が終了し、PCTは、地域住民の健康改善、質の高いサービスの保証、保健医療福祉の統合に関する責任をもつNHSの第一線機関に位置づけられた。ただしPCTは「独立した団体」であり、NHSとの契約に基づいて活動しているが、実質的にはNHSの地方出先機関としての役割を担っている。

PCTの主な業務は、管轄地域の保健医療サービスの予算管理、地域保健医療計画の策定、保健医療サービスの質の管理、福祉サービスに関する地方自治体との連携などである。PCTはNHSから直接予算を配分され、プライマリケアを自ら供給する予算、病院サービスや地域医療サービスなどのセカンダリケアをNHS Trustに委託する予算として、地域住民のために効率的に使用する役割を担っている。2005年現在で、NHSの総予算の75%が地域のPCTに配分されている。

また保健当局は廃止され、PCTが地域保健医療計画としての「健康改善・近代化プログラム」を策定・管理する役割を引き継ぐこととなった。また2003年からの計画改定では「Local Delivery Plan」と名称を変更し、PCTの責任のもとで策定・推進されるようになった。

PCTとNHS Trustとの関係は、以前と同様に、PCTがNHS Trustからサービスを購入する。これまではその予算を保健当局から配分されていたが、保健当局が廃止され、PCTが保健医療サービスの管理の責任機関に位置づけられたことに伴って、PCTとNHS Trustの間の「協定 (agreement)」から、PCTからNHS Trustへの「委任・委託 (commission)」という形になった。

またNHSの県レベルの出先機関として、Strategic Health Authority (SHA) が新設され、PCTやNHS Trustなどのパフォーマンス管理、地域保健医療計画の策定の支援などの管理業務を実施することとなった。

(3) General Practitioner (GP)

①概要

GPはプライマリケアを行う医師である。地域住民は特定のGPに登録し、そのGPからプライマリケアを受けることができる。GPのサービスは24時間サービスが原則であり、そのサービス内容は、登録住民の健康増進、予防接種、健康診断、子宮がん検診、健康教育、家族計画、患者の診察及び検査、患者の病院への紹介、薬剤等の給付のための処方箋の発行、慢性疾患患者の継続的管理などが主なものである。

保健サービスとしては、新規登録住民に対する病歴、家族歴、身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断、3年以上診察していない登録住民に対する身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断、新生児健診、6週間児健診、7～8月児健診、18～24月児健診、3歳児健診（聴力・視力検査など）、5歳児健診、高齢者に対する知覚機能、移動能力、身体機能、精神機能、社会状況、薬の服用状況などのチェック、小児の予防接種、子宮がん検診、糖尿病・心臓病・禁煙・節酒・食事・ストレスなどに関する健康教室（health promotion clinic）、家族計画などが実施されている。

GPが扱う健康問題は風邪、高血圧、虚血性心疾患、糖尿病、外傷、うつなどの一般的な病気が多く、それ以上重度の疾患になると病院に紹介することになる。GPのサービスは諸外国と比較すると範囲が限定されている。標準的な検査や軽度疾患の治療（薬物で治療できる範囲）がほとんどで、X線検査や検体検査、処置はあまり実施されていない。

GPは独立した自営業者であり、NHSと契約を結ぶことによって医療を提供することができる。しかし開業する場所には制限があり、GPの数が多き地域では新規開業は空席待ちとなる。特に大都市部などでは、GPにとって住宅環境が劣悪な一方、住民の医療需要が多く、GPの労働量が大きいため、登録人口当りのGP数が少なくなっているという問題も起こっている。

PCT設立以降も、GPは独立した自営業者として、プライマリケアの供給等に関してPCTと契約を結ぶことになった。ただしPCTの運営にはGPの代表が参加しているため、診療報酬の設定などに大きな影響を及ぼしている。

②診療報酬

PCT設立以降、具体的な診療報酬の内容はそれぞれのPCTによって異なるため、明らかにされていないが、以下では、PCT設立以前の診療報酬体系について記述する。

診療報酬は、登録人头支払、診療手当、target payment、sessional payment、出来高払いなどで構成されている。

登録人头支払は、登録されている人数に登録者1人当りの単価を乗じて支払われる。登録者1人当りの単価は、登録者の年齢によって、0～64歳、65～74歳、75歳以上の3つの階層に区分され、高齢者の方が高い単価が設定されている。また特定の登録者に対して以下のサービスを実施すると、1人当りの単価に加算が認められている。

- ・新規登録住民…登録後4週間以内に、病歴、家族歴、身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断
- ・3年以上診察していない登録住民…身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断
- ・5歳以下の小児…新生児、生後6週間児、7～8月児、18～24月児、3歳児（聴力・視力検査など）、5歳児の健康診断
- ・75歳以上の高齢者…1年に1回の在宅での診察（知覚機能、移動能力や身体機能、精神機能、社会状況、薬の服用状況などのチェック）

診療手当は基本的な契約金であり、登録されている住民の数とは無関係に、サービスの提供に必要な固定費用を償還する役割をもつ。例えば指定地域における加算等がある。GPの地理的分布を均一化するために、人口当りのGPの少ない地域（指定地域）に新規に開業しようとするGPに対しては診療手当が加算されるが、指定地域は年々減少している。またNHS改革以前にあったグループ診療に対する手当が廃止されるなど、診療報酬に占める診療手当の割合は小さくなっている。

target payment に関しては、小児の予防接種、子宮がん検診について、実施率に応じて一定の額が支払われる。予防接種については対象登録者の70%に実施すれば一定額が支払われ、実施率が90%になればさらに高額の支払いがなされる。子宮がん検診については実施率50%と80%でそれぞれ一定額が支払われる。

sessional payment に関しては、「health promotion clinic」を実施しているGPに対して一定額が支払われる。クリニックの例として、一般的な健康教育、糖尿病、心臓病、禁煙、節酒、食事、ストレスなどの内容がある。内容、実施時間、対象患者数によって報酬額が異なる。

出来高払いに関しては、家族計画、簡単な処置、夜間往診、妊産婦へのサービスなどは1回当りの単価が設定されている。簡単な処置については、吸引、嚢腫・異物の除去などの処置に対して1回当りの単価が設定されているが、実施回数に上限がある。

その他に、診療所人件費、コンピューター経費、診療所借料などの諸経費が償還される。

GPによる薬剤処方に関しては、イギリスの薬剤費は日本と同様に医療費の大きな部分を占めており、薬剤費の抑制の施策として、薬剤処方予算の上限（キャッシュリミット）が設定されている。また特定の医薬品についてはNHSによる費用償還が認められないという制限リスト制度が1985年に導入されている。

（4）病院

イギリスにおける病院の定義は「患者を入院させ治療を行う施設、出産を行う施設、回復の養生を行う施設、医学的リハビリテーションを行う施設」であり、これらに付設される診療施設、調剤施設、外来部門を含む、と定められ、病院の種別は法的には行われていない。上述したように、病院で診療を受けようとする場合は、救急の場合を除いて患者が登録する家庭医の紹介が必要となる。ただし患者を医学的理由で病院に搬送することができない場合は、病院医師が自宅に往診する。また原則として外来患者を扱わないが、多くの病院では救急部門（Accident & Emergency: A & E）が併設されており、救急の患者に対応している。地区の一般病院での治療に適さないような患者は、より専門的な教育病院のような高機能病院に紹介される。

病院サービスのほとんどは NHS によって供給されているが、私費によるサービスも存在する。病院の専門医は、NHS 発足当初から自由診療を行うことが認められている。これは、専門医が契約勤務時間外に病院のベッドを利用して行うもので、「ペイベッド」と呼ばれている。ペイベッドは、専門医の労働条件がパートタイム制であることから生じており、専門医の約 8 割は何らかの形で自由診療を行っている。この自由診療の費用は患者が全額負担しなければならないため、民間医療保険も存在している。民間医療保険の加入者は、企業が社員の福利厚生として加入しているケースが多いこともあって増加傾向にある。

NHS の 1991 年改革によって、これまで公立であった病院は、独立採算による NHS Trust となった。2002 年現在で 266 の NHS Trust が設立されている。

NHS Trust は、PCT からの委託によってセカンダリケア（入院、専門医療など）を供給し、PCT から委託費が支払われる。ほとんどの病院サービスは PCT によって購入されるが、「特別サービス」と呼ばれる、心臓や肝臓等の臓器移植、特別の小児手術、放射線治療などは、NHS からの特別の財政措置がとられている。

NHS Trust は、一定の条件付きであるが、病院の運営は理事会で決められ、独立採算制が認められる。また、資産の売買やある限度額までの借入れなどが認められ、余剰が生じた場合はそれを自由に活用することも認められる。さらに職員の採用や給与の設定なども自由に決められる。また NHS Trust が複数の病院を運営する場合もある。

病院の診療報酬は、PCT との委託契約によって、サービスの価格、治療予定患者の目標人数、治療の質などが定められるが、個々の契約によって千差万別である。したがって制度としての診療報酬体系は存在しないが、基本的な契約の種類として、固定的な契約、患者数による調整を行う契約、患者 1 人当たりの契約の 3 種類に大別される。

固定的な契約 (Block contract) では、PCT は特定のサービスを委託するという条件で、患者数に関係なく 1 年間の固定された料金を、それぞれの診療科目ごとに支払う。この場合、前年度の患者数とその診療に要した予算をもとに契約を結ぶのが一般的である。

患者数による調整を行う契約 (Cost and volume contract) では、固定的な契約に加えて、患者数が目標人数の 8 割未満であったり、質に関する契約条件が満たされていなかった場合には罰則が科せられ、病院の収入は減額される。また患者数が目標人数を超えた場合には、超過した分の料金が追加的に支払われるが、その際の患者 1 人当たり費用には契約時に合意した割引率が適用される。

患者 1 人当たり契約 (Cost per case contract) では、PCT は特定のサービス (1 人の患者の 1 回の紹介ごとに) に対して固定された料金を支払う。これは PCT が特定の NHS Trust とルーティンの契約をしていない場合におこりうる。例えば、骨髄移植などの 1 件当りの費用が高く、症例数が少数であるサービスに関しては、そのサービスが供給可能な施設との間で契約が行われる。症例数が少ないために複数年契約が多く、1 年目に治療成績が見直され、予算超過に対してはその原因分析が行われる。

(5) その他のサービス供給者

①プライマリケア

GP とともにプライマリケアを提供する専門職として、歯科医師 (dentist)、薬剤師 (pharmacist)、眼鏡技師 (optician) が、また機関として、NHS Walk-in Centre、NHS Direct がある。

歯科医師は家庭医のような登録制をとっていないので、地域住民は NHS と契約を結んでいる任意の歯科医師を選択できる。歯科治療の財源は NHS であるが、義歯の費用は半額が患者負担で、その他の歯科治療は一部患者負担でまかなわれている。

薬剤師は GP や病院の処方にしたがって調剤を行う。地域で開業している薬剤師は NHS と契約を結び、調剤費用は NHS から償還される。

眼鏡技師は、視力検査、眼鏡・コンタクトレンズの処方箋を作成する。

NHS Walk-in Centre は、風邪や軽症などに対する簡単な処置、健康相談、医療機関情報の提供などを行う「町の保健室」で、現在 66 のセンターが設置されている。駅や繁華街などの便利な場所に設置され、24 時間営業で予約なしでいつでも利用できる。看護師が常駐している。

NHS Direct は 24 時間の電話相談サービスで、健康相談や医療機関情報の提供などを行う。主に看護師が電話に対応する。

②セカンダリケア

救急医療に関係する機関として、Accident and Emergency Department (A & E)、Ambulance Trust がある。A & E は病院に併設されている救急部門で、救急患者への治療やケアを行う。

Ambulance Trust は、患者搬送、救急車サービスを提供する機関で、現在 31 の機関が設置されている。患者搬送や救急車のサービスは、以前は地方自治体の業務であったが、NHS の 1974 年改革で NHS の保健当局の管轄となり、また 1991 年改革で、NHS Trust と同様に、独立採算の組織となり、PCT との委託契約によってサービスを提供する。

その他に、医療と介護を包括的に提供する Care Trust、精神疾患に対する治療・ケアを実施する Mental Health Trust などが設立されている。

3. イギリス（イングランド）の衛生行政システム

（1）衛生行政システムの歴史

①黎明期における発展

1601年、エリザベス朝において、イギリス、そして世界で最初の社会保障制度である救貧法が制定された。その後、1834年に新救貧法が制定され、地域の救貧法保護委員会（Poor Law Board of Guardians）に、管理地域の地区医官と労役場の往診医を任命する権限を与えた。この当時は、公衆衛生や医療は救貧法の枠組みで実施されていたが、その内容は必ずしも十分ではなかった。

1848年8月、チャドウィックの努力により、世界最初の公衆衛生法（Public Health Act）が成立し、衛生行政が救貧法の枠組みから独立した。そして中央に保健総局（General Board of Health）が設立された。保健総局は、地方保健局（Local Board of Health）を設置する権限を与えられた。また地方保健局は保健医官（Medical Officer of Health）を任命する権限を与えられ、保健医官が設置され始めた。また1871年にはその資格が制度化された。

1875年、大公衆衛生法（Great Public Health Act）が制定された。これによって、衛生行政の地方組織として、市部衛生地区（Urban Sanitary District）、村部衛生地区（Rural Sanitary District）が設置され、市部衛生地区は市会、地方局、あるいは改良委員会が衛生当局であり、村部衛生地区では救貧法委員会が衛生当局となった。そしてこれらの衛生地区には保健医官を設置することが義務づけられた。衛生地区は保健医官および衛生監視員（sanitary inspector）を任命して伝染病予防に当たる義務を課せられ、また伝染病院を設け、上下水道の整備、汚物の処理、屠場の監督、食品監視、建築衛生、公園の設営等を行う権限を与えられた。

1888年には、人口5万人以上の地区（district）に公衆衛生学士（Diploma in Public Health）を有する保健医官を設置することが義務づけられ、保健医官の質の確保が図られた。しかし当時は、多数の保健医官は救貧法医官を本務とする非常勤であった。

1888年及び1894年の地方行政法の改正により、イギリスの地方制度は確立した。つまり、1888年に県（county）と人口5万以上の特別市（county borough）が設置され、また1894年には市部衛生地区、村部衛生地区は、それぞれ市（Urban District）、村（Rural District）に改変され、それぞれ議会をもつことが認められ、公衆衛生、教育、交通などの行政を実施することとなった。このように、衛生地区は現在の地方自治体の原型であり、地方自治体は本来公衆衛生のために設置されたものであった。

1892年に保健師（health visitor）の養成が開始され、1898年に乳児福祉センターの設置が開始され、1903年、初めて常勤の保健師が任命された。彼らは子育てや衛生、栄養の考え方を家庭に紹介し、とくに母子保健の向上に大きな役割を果たしてきた。彼女らは地方自治体の職員であり、同じく地方自治体の職員であった保健医官とともに活動してきた。このように20世紀初頭から、これまでの環境衛生に加えて、母子保健などの対人保健サービスが実施されるようになった。

1919年に保健省が設置され、様々な部局の管轄にあった衛生行政を一元的に所管する体制が整備された。これによって衛生行政が救貧行政から独立した。しかし地域レベルでは、救貧法保護委員会が、公衆衛生、教育などを所管する地方自治体とは独立に存続し、救貧行政を実施していた。

1929年の地方自治体法（Local Government Act）の改正によって、救貧法による病院、救護院、消毒所などの監督が、地方自治体に一元化された。これによって救貧法保護委員会が廃止され、救貧行政、つまり福祉行政は地方自治体（LA）に移管された。

②NHS 発足による分断

1948年からNHSが施行され、保健医療サービスの供給体制が大きく変化した（詳細は前述）が、LAは引き続き公衆衛生を所管し、救急医療、予防サービス、母子保健、在宅看護、公衆衛生など、地域住民に対する保健サービスを担当し、その予算はNHSから配分されるようになった。またLAは保健師（health visitor）を設置することが義務づけられた。

1974年のNHS改革（詳細は前述）によって、保健医療サービスと福祉サービス（社会サービス）との明確な境界が設定され、それぞれNHSとLAが実施することになった。これによって、LAとは別に、NHSの地方組織として保健当局（Health Authority）が設置された。そしてこれまでLAが所管していた全ての対人保健サービス（患者搬送、疫学的仕事、家族計画、ヘルスセンター、保健訪問、家庭看護と助産、母子保健、疾病の予防、医学、看護および関連サービスによるケアとアフターケア、持続的医学的監督を必要とし、地域で生活するのに十分でない人たちに対する在宅看護、予防接種、学校保健、保健師（health visitor）や地区看護師（district nurse）のサービスなど）はNHSの所管となり、保健医官、保健師（health visitor）、地区看護師（district nurse）もLAからNHSに移管された。保健師と地区看護師に関しては、保健当局に籍を置いているが、GPに「出向」し、GPとのチームでプライマリケアを実施することとなった。

LAは、福祉（ソーシャルワーク、施設、在宅など）と環境衛生（感染症対策など）を実施することとなった。LAの社会サービス部門は、NHSの保健当局との合同委員会を設置して保健医療と福祉の連携を図るものの、社会サービス（福祉、介護など）の責任をもっている。

保健医官は、これまでLAに所属して公衆衛生活動を実践してきたが、これ以降NHSの保健当局に所属し（または他の組織と兼務し）、地域保健医（community physician）となった。地域保健医に関しては、1968年に発表された「医学教育に関する王立委員会報告（トッド報告）」において、個人の健康問題ではなく、コミュニティ全体の健康問題を専門とする地域保健医の必要性が訴えられたことを受けて、1972年に、王立内科医学会（Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom）の一部門として地域医療部会（Faculty of Community Medicine）が設置され、地域保健医の資格認定が開始された。

地域保健医の業務は、管轄地域の保健医療ニーズやサービスの分析、LAが実施する環境衛生、福祉、住宅、教育に対する専門的助言、関係機関との連絡調整、調査研究等、行政事務的なものが大半であり、地域に根ざした公衆衛生活動を実践する機会は少なかった。

1988年、ドナルド・アチソン卿による報告書「Public Health in England」の中で、「community medicineという専門部会はpublic health medicine、その資格を有する者はpublic health physicianと呼ばれるべきであり、またこの部門の顧問医（Consultant）はpublic health medicineの顧問医として認知されるべきである」との提言がなされた。これを受けて、地域医療部会は公衆衛生医学部会（Faculty of Public Health Medicine）に改称され、地域保健医は公衆衛生専門医（Consultant in Public Health Medicine）と呼ばれるようになった。