

200824026B

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

がん対策の実施基盤及び推進体制に関する
国際比較研究

(H18-がん臨床-若手-003)

平成18年度～20年度 総合研究報告書

研究代表者 武村 真治

平成21(2009)年 3月

目 次

I. 総合研究報告	1
がん対策の実施基盤及び推進体制に関する国際比較研究 武村 真治	
(資料1) イギリスのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態	10
(資料2) イギリスの NHS Cancer Plan	159
(資料3) アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態	259
(資料4) アメリカの Comprehensive Cancer Control Plan の 策定ガイダンス	320
(資料5) オーストラリアのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態	461
(資料6) オーストラリアの National Service Improvement Framework for Cancer	518
(資料7) 諸外国のがん専門医の養成システムの実態	600
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	603

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総合研究報告書

がん対策の実施基盤及び推進体制に関する国際比較研究

研究代表者 武村 真治（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）

研究要旨

がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的に、国際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理、重点領域別の国際比較研究を実施した。その結果、わが国において国・都道府県のがん対策推進計画を効果的に推進するためには、イギリスのように、他の計画との整合性だけでなく、関係や位置づけを明確にすること、アメリカのように、国の機関が都道府県の実情に応じたきめ細かい技術的支援（ガイドラインの策定、研修の実施、情報提供など）を実施すること、オーストラリアのように、都道府県の先進的な取り組みによる知見を国の基本指針に活用すること、などが有用であることが示唆された。

研究分担者

山田 雅子（聖路加看護大学看護実践開発研究センター センター長・教授）（平成 19～20 年度）

梅田 恵（オフィス梅田（聖路加看護大学看護実践開発研究センター 客員研究員））（平成 18～19 年度）

坪野 吉孝（東北大学大学院法学研究科 教授）（平成 18～19 年度）

西村 秋生（国立保健医療科学院研修企画部国際協力室 室長）（平成 18～19 年度）

寶珠山 務（産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学研究室 准教授）（平成 18～20 年度）

成川 衛（北里大学薬学部臨床医学（医薬開発学） 准教授）（平成 19～20 年度）

内田 康雄（立命館アジア太平洋大学アジア太平洋マネジメント学部 教授）（平成 19 年度）

廣岡 佳代（聖路加看護大学成人看護学 助教）（平成 20 年度）

望月 友美子（国立がんセンター研究所たばこ政策研究プロジェクト プロジェクトリーダー（室長））（平成 20 年度）

研究協力者

多田 由紀（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 協力研究員（がん臨床研究推進事業リサーチレジデント））（平成 20 年度）

A. 研究目的

わが国では、2006 年 6 月の「がん対策基本法」の成立によって、法的な枠組みのもとでのがん対策のより一層の推進が求められている。がん対策基本法及びがん対策推進基本計画は、わが国ではじめてのがんに関する包括的・総合的な法令・計画であるが、同様の法令や計画に基づいてがん対策を実施している

そこで本研究では、がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的とする。

本研究の結果、予防、早期発見、治療、ケア、人材育成、研究開発等、諸外国のがん対策の実態と先進事例を体系的かつ網羅的に把握することが可能となり、わが国のがん対策の効果的かつ効率的な推進に直接貢献することができ、わが国の保健医療行政の発展に寄与することができる。

B. 研究方法

1. 国際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理

調査対象国をアメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、フィンランド、オーストラリア、韓国等として、インターネット等を通じた情報収集、現地訪問調査等を実施した。調査項目は、がん対策の関連法規や関連する計画、予防（特にたばこ政策）、早期発見（がん検診等）、治療、緩和ケア、人材育成、研究開発等の各施策・事業の具体的な内容、国と地方自治体の連携と役割分担などとした。

2. 重点領域別の国際比較研究

①保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較

諸外国の保健医療制度・システムのものでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向等を分析した。

②がんに関する専門的スタッフの養成・確保に関する国際比較

諸外国のがん看護に関する継続教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国におけるがん看護の専門教育のあり方や活動体制などを検討した。今年度はシンガポールの状況を中心に調査を実施した。

③緩和ケアに関する体制に関する国際比較

諸外国の緩和ケアに関する看護師の卒業教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国における緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討した。今年度はシンガポールの状況を中心に調査を実施した。

④職域・労働衛生の観点からみたがん対策の国際比較

諸外国の職域・労働衛生におけるがん対策の実態を分析し、「がん対策基本法」のもとで、従来の労働衛生管理体制（化学物質規制、曝露管理、健診など）との整合性のとれた新たな職域がん対策のあり方を検討した。

⑤医薬品等の開発・承認・使用における体制等に関する国際比較

わが国における抗がん剤等の開発・承認・使用に必要な体制や基盤を検討するため、近年、国際的な臨床試験が積極的に行われているオーストラリアの状況について調査し、比較考察を行った。

⑥たばこ政策に関する国際比較

諸外国及び国際機関におけるたばこ政策の歴史的経緯、現状、今後の動向などを分析し、わが国におけるたばこ政策のあり方を検討した。今年度はイギリスのたばこ政策の現状と課題を中心に調査を実施した。

（倫理面への配慮）

諸外国の公的機関・組織を対象とした調査であり、公開されている法令、資料、文献を用いた分析を行っているため、特に倫理的な問題は発生しないと考えられた。

C. 研究結果

①保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較

わが国において国・都道府県のがん対策推進計画を効果的に推進するためには、イギリスのように、他の計画との整合性だけでなく、関係や位置づけを明確にすること、アメリカのように、国の機関が都道府県の実情に応じたきめ細かい技術的支援（ガイドラインの策定、研修の実施、情報提供など）を実施すること、オーストラリアのように、都道府県の先進的な取り組みによる知見を国の基本指針に活用すること、などが有用であることが示唆された。

②がんに関する専門的スタッフの養成・確保に関する国際比較

シンガポールの看護師は、諸外国の看護師のような薬剤処方権などの裁量権を持たないが、多民族国家という状況から、人々のニーズに沿った看護を提供していることがうかがえた。日本では、人口構造、疾病構造の変化などにより医療供給体制が変化している。そのため、がんに関わる看護師の在り方を早急に検討することが必要となり、看護師が積極的に状況を判断し、患者に関わっていけるよう教育制度の整備していくことが求められる。

③緩和ケアに関する体制に関する国際比較

シンガポールでは看護協会、大学、ホスピス施設、諸外国との提携などを通じて、緩和ケアに関する専門教育が提供されていることが明らかとなった。日本においてもホスピス・緩和ケアに関する教育が提供されているが、基準化されたカリキュラムの整備は十分ではなく、今後の教育に関する整備を行うことが課題になると考えられる。

④職域・労働衛生の観点からみたがん対策の国際比較

わが国の職域がん対策は、フランスと並び、法令に基づいて一定の労働者に一律な健診が実施される「法規準拠型」であり、アメリカやイギリスをはじめとする国々での実務的かつ柔軟的な「自主対応型」のものとは大きく異なる。前者では後者に比べ、国の基礎水準の底上げには効果的だが高度産業社会の複雑化した健康障害への臨機応変な対応が取りにくい。諸外国の職域がん対策の比較研究の知見を、わが国の制度の改善のために活用することが望まれる。

⑤医薬品等の開発・承認・使用における体制等に関する国際比較

オーストラリアでは、臨床研究の倫理性・科学性の確保の監視役として臨床研究倫理委員会が大きな機能を果たしている。また、新薬の研究開発を活性化させていくためには、研究者が主体となる試験を含めた臨床研究全般の底上げが必要であり、今後、わが国においても、倫理委員会等の機能強化、他施設との調整を含めた臨床研究の運営管理を行うARO (Academic Research Organization) の育成・機能の充実等に向けた継続的な取り組みを行っていくべきである。

⑥たばこ政策に関する国際比較

イギリスでは、非政府組織としては、権威ある医学団体やチャリティ団体がアドボカシーの中核を担い、ロビーイング組織の支援も行う一方で、政府においては政策形成過程が透明化され、民意を十分に反映する仕組みが確立していることが分かった。さらに、白書は過去の政策のレビューではなく、将来に向けての公約に近い性格を持つことから、白書で表明された事項を忠実に実行する義務を政府が負っていること、また、子ども、成人、妊婦の喫煙率の減少に関する明確な目標値が設定され、国家目標としても取り入れられている。さらに、WHO たばこ規制枠組条約やヨーロッパ連合 (EU) など、国際的な政策枠組

る研修の実施、がんに関する情報提供のガイドランスの策定、患者のケア体験の測定ツールの開発、患者向けのがんに関するウェブサイトや図書館の開設など

- ⑧ スタッフへの投資…がん専門医の増員（約1,000人）、専門医の研修施設の増加、組織病理学の研修医の増員、がん専門看護師の増員、放射線技師の研修施設の増加と離職率の減少など
- ⑨ 施設・設備への投資…CT、MRI、linear acceleratorの増設、病理学施設への投資額の増加など
- ⑩ 将来への投資（研究と遺伝学）…全国がん研究ネットワーク及び国立がん研究所の設立、がん遺伝子の研究の推進、遺伝子カウンセリングサービスの開発など
- ⑪ 計画の実施…2003～2004年におけるがんサービスへの追加投資（5.7億ポンド）、がんネットワークの設立とサービス提供計画（人材開発、施設・設備の整備を含む）の策定など
- ⑫ NHS Cancer Plan：次のステップ

2005年、National Audit OfficeによるNHS Cancer Planの中間評価が実施された。ほとんどの目標について肯定的な評価が得られているが、「子宮頸がん検診の受診率の目標（80%）は非現実的である」、「がんネットワーク間の抗がん剤の使用量のばらつきが大きい」などの問題点も指摘されている。

中間評価を受けて2007年12月に発表された「Cancer Reform Strategy」では、2012年までの行動戦略として、がんのアウトカムを改善させるための6分野の行動、サービス提供を保障するための4分野の行動、計10分野の行動が設定されている。NHS Cancer Planでは、サービス、マンパワー、施設・設備の量の拡充と質の保証が強調されていたが、Cancer Reform Strategyではそれらに加えて、「入院期間の短縮」、「不必要な入院の回避」、

「費用対効果」、「コストに見合う価値(value for money)」といった記述が多くみられ、効率的なサービス提供が強調されるようになった。

Cancer Reform Strategyで示された行動戦略は以下のとおりである。

- ① がんのアウトカムを改善させるための行動
 - ・ がんの予防…省庁横断的な取り組み、各種たばこ対策、適正飲酒のキャンペーン、Sunsmart キャンペーン（皮膚がん予防の意識向上）、ヒトパピローマウイルスの予防接種の導入（当面12～13歳、18歳まで拡大）など
 - ・ がんの早期診断…子宮頸がん検診（受診率の地域格差の縮小、2週間以内の検診結果の通知）、乳がん検診（対象年齢の拡大（73歳まで）と受診勧奨回数の増加（47歳から73歳までに9回）、デジタル・マンモグラフィの導入）、大腸がん検診の対象年齢の拡大（50～75歳）、National Awareness and Early Diagnosis Initiative（早期がんの兆候や症状に対する意識向上）など
 - ・ よりよい治療の保証…待機期間の基準の適用範囲の拡大、放射線治療の強化（利用者数の増加、linear acceleratorの稼働率の向上）、抗がん剤の使用量とその地域格差のモニタリング、新しい治療法（抗がん剤を含む）の認可の迅速化など
 - ・ がんとの共存・がんの克服…がんの部位別の情報経路の確立、個別ニーズに応じた情報処方箋（information prescription）の提供、専門看護師の増員、社会保障給付や職場復帰に関する情報提供、National Cancer Survivorship Initiative（cancer survivorへの支援）など
 - ・ がんに関する不平等の縮小…National Cancer Equality Initiative（不平等に対する理解の促進と対策）など

- ・最適な環境でのケアの提供…入院から外来・在宅への移行（入院期間の短縮、不必要な緊急入院の回避）と医療費の節約など

②サービス提供を保証するための行動

- ・質と選択を改善するための情報の利用…患者の意思決定・選択を促進するための情報の提供・活用、全国がん情報ネットワークの設立（一般市民の意識や態度、臨床アウトカム、患者の治療・ケア体験などに関する統一されたデータセットの収集・保管・活用）など
- ・委任の強化…サービスの質の向上とコストに見合う価値の実現、委任のガイドライン・ツールキットの策定など
- ・世界レベルのがんケアへの資金供給…新しい技術やプログラムへの資金供給の増加、患者にとって重要でないサービスへの支出の削減、PCT間の支出の格差のモニタリングなど
- ・将来に向けた構築…人材開発・教育研修の推進（全国内視鏡イニシアティブ、高度コミュニケーション技術研修、腹腔鏡下大腸手術の研修、仮想の放射線治療機器を用いた放射線技師の研修など）、調査研究への支援、進捗状況に関する年報の発行など

2. アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制

国レベルではがん対策の総合計画は策定されていないが、国の保健計画である「Healthy People 2010」の重点分野としてがんが位置づけられている。目標値として、死亡率（がん全体、肺がん、乳がん、子宮頸がん、大腸がん、口腔咽頭がん、前立腺がん、メラノーマ）、皮膚がん予防対策（日光からの保護対策）を実施している人の割合、禁煙・運動・がん検診を勧める医師・歯科医師の割合、がん検診（子宮、乳、大腸）の受診率、がん登録を実

施する州の数、がん診断後の5年生存率が設定されている。

2006年の中間評価では、目標値への達成状況は良好であるが、健康格差（人種・民族、性、学歴、収入等）はほとんど改善されていないと評価されている。

またHealthy People 2010の州計画も策定されており、ほとんどの州で「がん」が重点分野として位置づけられている。目標値に関しては、国の目標値のうちのいくつかに限定している州がほとんどであるが、がん検診に関する知識やがんの発生率など、独自の目標を設定している州もある。

がん対策の実施・推進の中心は州政府であり、連邦政府のagencyのCDC、National Cancer Institute (NCI)等は州政府に対する経済的・技術的支援を行っている。またAmerican Cancer Society (ACS)等のボランティア組織も重要な役割を担っており、様々な機関や組織が密接に連携・協力してがん対策を実施・推進する体制が整備されている。

州レベルのがん対策の総合計画として「CCC計画 (Comprehensive Cancer Control Plan)」が策定されている。1998年から、CDCは、NCI、ACS等と連携して、州のCCC計画に対する経済的・技術的支援を行う全国プログラムを展開している。2005年現在、全ての州がプログラムの支援を受けている。この全国プログラムの予算は2006年度で約1,500万ドルである。

CCCは「予防、早期発見、治療、リハビリテーション、緩和ケアを通じてがんの発生率、罹患率、死亡率を低減するための統合的かつ協調的アプローチ」と定義され、リスクの減少（禁煙、運動、食生活等）、早期発見（がん検診等）、よりよい治療（ガイドラインに基づく治療へのアクセス、臨床試験への参加等）、生存の促進（がん生存者のQOLの向上等）、健康格差の是正（治療・ケアへの平等なアクセス等）を目指した取り組みである。

CCC 計画策定のガイドラインとして、CDC 等によって「Guidance for Comprehensive Cancer Control Planning」が開発され、計画に着手する段階から計画書完成までのプロセスモデル(Building Blocks)、基本理念、具体的な活動内容、実践例、ツール等が詳細に記載されている。このガイドラインは、計画に記載すべき事項といったマニュアルの要素はほとんどなく、あくまで州の主体的な取り組みを支援するための参考やガイドとして利用してもらうことをねらいとしている。なおこのガイドラインは、CCC 計画策定の着手から計画書完成までにおおむね 2 年間必要であると勧告している。

CCC 計画を支援する Web サイトとして

「Cancer Control PLANET (Plan, Link, Act, Network with Evidence-based Tools)」

(<http://cancercontrolplanet.cancer.gov>)、及び「CancerPlan.org」

(<http://www.cancerplan.org>) が開設され、計画に必要なデータベース(State Cancer Profiles 等)、ツール、ガイドライン、州の実践例等が掲載されている。両者は密接に連携しているが、Cancer Control PLANET は計画策定の「準備段階」に、CancerPlan.org は計画の「実践段階」に重点が置かれている。

CCC 計画のための研修プログラムとして

「Comprehensive Cancer Control Leadership Institute」が 2000 年から開始され、州のがん対策担当者等を対象とした、CCC 計画の理念、策定・実施・評価の方法論、個別の戦略の実践等の研修が実施されている。

2007 年 12 月現在、全 50 州のうち 49 州が CCC 計画または州がん計画を策定していた。計画書の構成に関しては、予防、早期発見、治療といった「ケアの段階」を主な章立てとする州が 41 州 (83.7%)、乳がん、子宮頸がん、大腸がんといった「がんの部位」を主な章立てとする州が 8 州 (16.3%) であった。また CCC の達成目標 (予防、早期発見、治療、

生存 (survivorship)、健康格差) のうち、予防 (リスクの減少)、早期発見 (検診) の章または節を計画書に含む州は 8 割以上、治療の章または節を含む州は約 7 割、生存、健康格差の章または節を含む州は約 6 割と、州によって章・節の構成が異なっていた。

Healthy People 2010 の州計画と CCC 計画との関係に関しては、両者はあくまで独立したものであり、CCC 計画が Healthy People 2010 の下位計画として位置づけられているわけではない。ただし、CCC 計画の達成目標を設定する際に Healthy People 2010 の州計画を参考にしている州も多く、その場合は両者の整合性がとられている。

3. オーストラリアのがん対策の実施基盤及び推進体制

1996 年に策定された連邦政府の保健計画 (National Health Priority Areas) では、がんが重点領域に位置づけられている。健康指標として各種がん (気管・気管支・肺、皮膚、子宮、乳、大腸、前立腺) の発生率・死亡率の減少、子宮頸がん・乳がん検診の受診率の向上と質の保証が設定されているが、具体的な数値目標は設定されていない。

2005 年に、慢性疾患全体の予防とケアの戦略の方向性を定めた「National Chronic Disease Strategy」と、疾患別の「National Service Improvement Framework」が策定された。これらは、慢性疾患対策あるいは個別の疾患対策の「計画」それ自体ではなく、計画や戦略を策定する際の基本的な方向性を示すものであり、具体的な対策やサービスを規定するものではない。国、州・準州、地方自治体はこの方向性にしたがって、地域の実状に応じた実施計画や実施戦略を策定することが求められる。

がんの National Service Improvement Framework は、先進的な 2 つの州のがん計画・戦略などを参考に策定された。この枠組みの

原則は「終末期ケアに至るまで、予防の戦略を含めること」、「がんに関連する病気と苦痛の負担を軽減するために、がんを有する者、介護者、家族、地域の各ニーズに基づくこと」、「オーストラリア国民全員に対する最良のがんケアの提供を検討すること」、「地域や個人によっては適切ながんケアへのアクセスを保証するための特殊なプログラムやサービスが必要になることを認識すること」、「国内外の既存の計画を活用すること」、「入院医療や専門医療はがん医療の重要な要素ではあるが、がんを有する者の道程の大部分は地域社会において経過するものであり、そこでは家庭医、地域看護師といったプライマリケアの提供者が継続的なケアの要になるとの認識を示すこと」、「がん管理の改善の機会を提供する critical intervention point を同定すること」である。

この枠組みでは、がんによる死亡や苦痛を減少させるためにオーストラリアが最も効果的に投資を行おうとするケアの側面を示した

「critical intervention point」、及び各側面に共通する基盤的な「priority action」が設定されている。

critical intervention point は「そのケアの側面が、死亡、苦痛あるいは医療費の観点から重要かどうか」、「そのケアの側面が、理想のサービスと現行のケアに関する既知の事項に鑑みて、現時点で最適なものを下回っているかどうか」、「そのケアの側面が、改善される余地があるかどうか」という観点から、ケアの一連の流れ、つまり「リスクの低減」、「早期発見」、「治療期」、「治療期以降及び次の治療期までの期間」、「終末期」の側面ごとに、19の基準が設定されている。基準の内容としては、例えば「全てのオーストラリア国民、とりわけ地方、農村部および遠隔地域に居住する者、及びアボリジニとトレス諸島民のために、治療サービスへのアク

セスを改善する」というような、おおまかな方向性を設定するものである。

州レベルでは、7州・準州のうち、ニューサウスウェールズ州とサウスオーストラリア州でがん計画が策定されている。

がん対策の実施体制として、非政府組織である「Cancer Council」が連邦・州レベルに設立され、研究助成、情報提供、患者支援、予防活動など、積極的な活動を実施している。また2006年に、連邦政府のagencyとして「Cancer Australia」が設立され、がんのNational Service Improvement Frameworkに基づいてがんに関連するサービスやプログラムを実施している。

4. がん専門医の養成システムに関する国際比較

アメリカ、イギリス、オーストラリア・ニュージーランド、EUでは、がん専門医の養成は、放射線医、内科医、外科医等の分野によって若干異なるが、専門家団体（学会など）を中心として実施されていた。また、研修期間が長期にわたること（最低でも3年間）、認定試験（筆記、実技など）が実施されていること、臨床経験（症例数、期間など）が求められること、資格更新のために継続教育（continuing medical education）が必要となることなど、がん専門医の資質の確保と向上のためのシステムが整備されていた。

D. 考察

イギリスから学ぶべき点として、他の計画との整合性だけでなく、関係や位置づけを明確にすることが挙げられる。整合性をとることは互いの計画の「邪魔をしないこと」に過ぎず、計画間の有機的な連携や相乗効果はほとんど期待できない。

一方、イギリスのような推進体制はNHSだからこそ可能な部分が多い。つまり、税を財源とするがゆえに、計画を推進するための予

算を明確に設定することができ、また中央集権的であるがゆえに、国の計画を迅速かつ一律に地域に展開できる。実際、がんネットワークも計画策定の1年後には完全に構築・運用されている。

アメリカから学ぶべき点として、国レベルの機関が地方自治体の実情に応じたきめ細かい技術的支援（ガイドラインの策定、研修の実施、情報提供など）を積極的に実施することが挙げられる。わが国の行政システムも地方分権的であることを考慮すると、アメリカのような推進体制を適用することは比較的容易であると考えられる。

ただし、アメリカでは、CCC計画の推進に多くの予算（年間約15億円）とスタッフを投入しても全州に普及するまでに10年間かかっている。それに対してわが国では、アメリカと比較して予算や財政措置、スタッフ等が十分でない中、がん対策基本法（2006年）、がん対策推進基本計画（2007年）、都道府県がん対策推進計画（2008年）と急速に地域に展開されている。今後、計画を効果的に推進するためには、都道府県への支援体制の整備が急務であると考えられる。

オーストラリアから学ぶべき点として、地方自治体の先進的な取り組みによる知見を国の基本指針に活用することが挙げられる。国は都道府県の計画の進捗状況を詳細にモニタリングし、高い成果を上げた先進的な都道府県の実態を分析し、その知見を基本計画の改定や進捗が十分でない都道府県への支援に活用することによって、わが国全体のがん対策のレベルが向上すると考えられる。

E. 結論

本研究は、がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的に、国

際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理、重点領域別の国際比較研究を実施した。その結果、わが国において国・都道府県のがん対策推進計画を効果的に推進するためには、イギリスのように、他の計画との整合性だけでなく、関係や位置づけを明確にすること、アメリカのように、国の機関が都道府県の実情に応じたきめ細かい技術的支援

（ガイドラインの策定、研修の実施、情報提供など）を実施すること、オーストラリアのように、都道府県の先進的な取り組みによる知見を国の基本指針に活用すること、などが有用であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

武村真治. イギリスにおける公衆衛生体制の再構築—わが国が学ぶべきこと. 公衆衛生. 2006; 70(6): 428-431.

武村真治. イギリスにおけるがん対策の実態—NHS Cancer Planを中心に—. 保健医療科学. 2008; 57(4): 335-339.

2. 学会発表

武村真治, 曾根智史, 加藤則子, 水嶋春朝. 諸外国の公衆衛生専門医・専門家の養成システムの実態. 第66回日本公衆衛生学会総会, 愛媛. 2007年10月.

廣岡佳代, 山田雅子, 梅田恵. がん看護における看護師の裁量権 国際比較からの検討. 第22回日本がん看護学会, 名古屋. 2008年2月.

Hirooka K, Yamada M, Umeda M. Clinical nurse specialist practice and education: Implications for expanding their scope of practice in Japan. The 15th International Conference on Cancer Nursing, Singapore. August 2008, 142.

武村真治, 多田由紀, 曾根智史. がん対策推進計画に関する国際比較研究. 第2回保健医療科学研究会, 埼玉. 2008年9月.

武村真治, 多田由紀, 曾根智史. 諸外国のがん対策の実施基盤及び推進体制の実態. 第67回日本公衆衛生学会総会, 福岡. 2008年11月.

廣岡佳代, 山田雅子, 梅田恵, 内田千佳子. 緩和ケアにおける卒後教育 ～国際比較調査の報告から～. 第23回日本がん看護学会, 沖縄. 2009年2月 (日本がん看護学会誌. 2009; 22(Suppl): 246.)

Hoshuyama T, Takahashi K, Todoroki M, Ohtaki M. Worldwide mortality of asbestos-related diseases: An estimation using the regression model with historical asbestos consumption. The 29th ICOH International Congress on Occupational Health, Cape Town, South Africa. March 2009.

G. 知的所有権の取得状況 なし

(資料1) イギリスのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態

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

第1章 イギリスの保健医療システム

1. 一般行政制度

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ます。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. 医療保障制度

(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（税収全体の約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 の紹介で病院に受診する。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

①NHS 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、へ

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。

③ NHS 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、年度末に近づくとつれて、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。2008 年現在で、NHS の総予算の 80% 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の数が多い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の労働量が大きいと、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な支払いがなされる。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。