

り、このことが在院日数を長期化させている可能性がある

E. 結論

今後の医療・介護保険制度の在り方を考える上で、次の3点が重要と考える。第1に、依然として介護ニーズに対して医療資源（入院サービス）が投入されている現状を踏まえると、介護施設に対する超過需要が解消されていないと考えられる。保険財政、あるいは、高齢者の生活の質といった観点からも、医療・介護施設の提供バランスについて引き続き検討が求められる。この意味で、療養病床再編は引き続き推進すべき重要な課題と考える。第2に、介護施設整備の推進と同時に、医療機関と介護施設との連携を強化し、退院後の円滑な移行を可能とする体制の整備が求められる。第3に、介護施設における看取り機能の強化など、医療と介護の担うべき機能についても再検討が求められる。限りある資源の中で、高齢期の生活の質をいかに確保していくべきか、早急に国民的コンセンサスを固めていく必要がある

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

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)）

「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」

分担研究報告書

医療機関経営の持続性確保を通じた地域医療供給の確保に資する

地域データ基盤のあり方の検討

分担研究者 西田在賢 静岡県立大学経営学部

研究協力者 浅見龍太郎 静岡県立大学経営学部

研究協力者 川村顕 (財)医療科学研究所

研究要旨

背景：地域住民の健康やそれに裏付けられた安心を確保するためには、医療・介護サービス提供者の確保と適切な配置が必要である。他方、住民の受信行動の情報を踏まえた医療・介護サービス提供者の持続可能な運営の在り方はほとんど検討されていない。特に、公立病院をはじめとする公的なサービス提供者の配置は地域医療確保に直結するために極めて重要である。

目的：医療・介護レセプトデータの地理情報利用等による公的病院の運営に資する基礎資料作成の可能性を検討すること

方法：医療・介護レセプトデータの通常の再集計のみならず、個人情報に配慮しつつ地理情報を踏まえた再集計を行った。地域住民の受診医療機関を、当該市町村立病院を含めて GIS 上に展開することにより、小地域における患者受診行動を分析した。

結果：医療・介護レセプトデータの再集計医療レセプトデータから郵便番号で表示された住民の住所と受診医療機関の情報が得られる。この情報を GIS 上に展開することにより、同一市町村内における住民（国民健康保険加入者）の居住地と受診先医療機関の距離などの地理的關係が明確化された。また、通常の方法によるレセプトの再集計から、医療機関の状態変化に応じた患者の受診選択について明らかにされた。

考察と結論：通常行われる医療・介護レセプトデータの再集計に加えて、地理的分析から得られた結果と当該市町村の医療提供体制に関する経験的事実（当該市町村立病院の運営情報）と合わせることにより、病院の運営状況と患者の受診行動の關係を多面的に明らかにすることができた。今後、さらに追加的な検討を進めることにより、当該病院が予定している移転・立替後における当該市町村内の医療提供体制確保の課題を明らかにできると考えられた。

A. 研究目的

静岡県袋井市の高齢化率は県下で2番目に低い、今後10年以内には「団塊世代」が65歳以上の高齢者となり、高齢者数は大幅に増加することが見込まれている。高齢者においては医療と介護は切り離せず、今後一人暮らし高齢者や高齢者夫婦が増加していくことを踏まえると、患者や家族を含めた総合的なケアの必要性はますます高まるはずである。

このように、今後高齢社会の本格化を迎える中で生涯にわたって市民の健康を守っていくためには、予防医療としての「保健」、地域や家庭に寄り添った「医療」、安心して穏やかに暮らせる「介護」の充実と連携が不可欠となる。

近年、保健、医療、介護を取り巻く環境も大きく変化しており、2006年度の医療制度改革の一環として医療療養病床の削減と介護型療養病床の廃止が進められ、保健においても2008年度から特定健康診査・特定保健指導が開始された。こうした保健、医療、介護の環境変化に的確に対応しながら市民の健康を生涯にわたって守り続けるため、袋井市では「保健・医療・介護構想」の策定を進めている。

そのような背景のもと、住み慣れた自宅や地域の中でいつまでも健康で安心して暮らせることを目指した保健・医療・介護サービスの将来指針作りにあたり、データに基づいた討議・立案を円滑に進める手法として、医療・介護のレセプトデータを整理・分析し、市内の

医療・介護提供施設のロケーションと利用者の分布状況を、地理情報システムGISを用いて市の地図上に浮かび上がらせることを試みた。

B. 研究方法

袋井市国民健康保険レセプトデータおよび袋井市介護保険データがデータとして利用可能である。提供を受けたデータの範囲と期間は次のとおりである。

- ・被保険者ファイル(直近12ヶ月分、それ以前については3ヶ月ごと16ヶ月分)
- ・資格審査ファイル(直近60ヶ月分)
- ・疾病データファイル(2005年から2008年の各5ヶ月分)
- ・介護被保険者マスター(直近分)
- ・介護保険給付管理票情報(2004年4月分から直近分)
- ・介護保険給付実績情報(2004年4月分から直近分)
- ・要介護認定情報(2003年4月分から直近分)

なお、地域の医療施設の利用状況の分析にあたって使える(available)のは、国民健康保険レセプトに限られ、社保の加入する市民の動向については伺えないことに留意が必要である。とりあえず、本論の中では、袋井市の国民健康保険レセプトを「医療レセプト」を呼び、分析に利用する。また、レセプトの通常の再集計の結果は本研究班の川村論文に詳

細が記載されている。

(1) 医療・介護のレセプトデータの処理

2009年4月現在で約8万7000人の人口を擁する袋井市の国保と介護のレセプトデータであるため、データ規模は小さくはない。そのため、統計処理ソフトウェア STATA を用いて医療・介護のレセプトデータの処理を行い、次の地理情報システム GIS のデータへと加工を進めた。

(2) 地理情報システム GIS を用いた分析

1. 地理情報システムについて

地理情報システム GIS (Geographic Information Systems) とは、文字や数字、画像等を地図と結びつけてディスプレイするコンピュータ処理技術のことで、緯度経度に基づいた位置情報にさまざまな情報を統合することで可視的に地図表示を行うことができる。

具体的には、地理的位置を手がかりに、位置に関する情報を持ったデータ(空間データ)を総合的に管理・加工し、視覚的に表示し、高度な分析や迅速な判断を可能にする技術であり、そのためのソフトウェアはさまざまな空間データとそれを加工・分析・表示するエンジンである GIS ソフト及びアプリケーションソフトから構成される。

空間データは、地物位置を表す地図データと特性を表す文字や写真などの属性データから構成され、地図から地物の特性や写真を参照したり、条件を入力して該当する地物の位

置を表示したりすることができる。

このソフトウェアを、袋井市域の医療・介護関連施設の地理的分布やその周辺の関連データを可視的に把握することで、地域住民の健康特性や保健・医療・福祉の政策課題を認識する上で役立つかについて検証する。

なお、本研究では、ESRI ジャパン株式会社の地理情報システム「Arc View 9.2」を使用する。

(3) 医療・介護機関の表示

対象地域にある病院、診療所や介護施設を表示させるためには、Google が提供する Geocoding を利用し、各施設の住所を入力することで世界測地系による経度と緯度を表示させ、それを Excel でまとめ ArcGIS で描く地図上に表示させる作業を行う。

まず、Excel の項目には横軸に name (名称)、address (住所)、X・Y (経度・緯度) と順に入力する。名称には病院、診療所や介護施設の名称を入力する。病院・診療所のデータは静岡県厚生部医療室の静岡県診療所名簿から入手した。介護施設については、独立行政法人福祉医療機構が提供する WAM 情報から入手した。なお、この Excel データを互換性を持たせるために CSV 形式で保存する。

以上の病院、診療所、介護施設の位置情報を ArcGIS で表示させるためには、[ツール]→[XY データの追加]で XY データ追加ダイアログボックスを表示させ、作成したデータを

指定する。

(4) 医療レセプトデータを利用した市立病院のニーズ可視化の試み

袋井市における唯一の急性期病院である袋井市民病院の役割を検証するために、医療レセプトデータをもとに、利用者のプロフィール別に地理的分布状況について地理情報システム GIS を用いて可視化する。

具体的には、医療レセプトデータを調べると、袋井市内のどの地域からどれくらいのレセプト件数があるかが分かることから、これを用いて、袋井市内のどの地域の市民が袋井市民病院を多く利用しているかについて GIS を使って可視化する。

地域については、GIS ではかなり細分化されるため、現実的な検討に使えるように下記のような手順で郵便番号の括りで集計し、地図上に展開した。

レセプトデータは約 200 万件にのぼり、それらの住所データを元に袋井市内に割り当てられている郵便番号に振り分ける (図 1: 参照)。

図 1: 郵便番号によるデータの分類

郵便番号	頻度	Percent
4370001	144,992	5.22
4370023	124,182	5.32
4370065	102,052	4.38
4370061	87,182	3.74
4370064	84,789	3.64
4371121	84,654	3.63
4370125	78,423	3.36
4370123	72,845	3.12
4370032	66,914	2.87
4370012	59,165	2.54
4370002	57,852	2.48

次に、各郵便番号ごとにレセプト件数の多い順に医療機関を並べた(図 2 参照)。

図 2: 郵便番号別・医療機関別のデータ分類

郵便番号	医療機関	頻度
4370023	江崎製薬株式会社	12,526
	日本製薬株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	武田薬品工業株式会社	12,526
	大塚製薬株式会社	12,526
	アサヒ製薬株式会社	12,526
	三井物産株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
4370065	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526
	住友化学株式会社	12,526

(倫理面への配慮)

該当しない。

C. 研究結果

こうして準備したデータから、GIS を使って袋井市域別袋井市民病院利用頻度を袋井市の地図上に色の濃淡で表したのが、図 3 である (図 3 は本稿の末尾)。

一見してわかるように、東側(図中の右側)からの利用者は多かったものの、西側(図中の左側)は少なかった。

なお、東隣は掛川市であり、共に医師不足

に悩んでいたことから、現在、両市の市民病院を合併した統合病院の建設計画が進められており、GIS の表示結果からは、その統合病院が医療資源の合理的活用結びつくことが示唆された。

一方、西隣は磐田市であり、ここの市民病院は医師確保が進んでいたことから、診療科が揃っており、結果、袋井西側市民は磐田市の市民病院の利用へと流れていることが予想された。

また、通常のレセプトの再集計を通じて患者の受診行動について観察した。その結果、小児科の受診層である7歳未満の患者の受診動向が明らかにされた。袋井市民病院の運営状況に応じて、他医療機関への受診変更が行われている状況が明らかにできた。

D. 考察及びE. 結論

参考までに、袋井市が東隣の掛川市と計画する統合病院のロケーションは、下図に示すような地理位置になる。

このほかにも、「袋井市内のどの地域が袋井市民病院で多くの医療費を費やしているか」、つまり、「どの地域から多くのレセプト請求(金額)が出ているか」を調べることで、下記のような仮説の検証が可能となるので、袋井市の「保健・医療・介護構想」の策定にあたり、市の担当部署や専門家だけでなく、市民も交えた検討に供せられるものと考えている。

じつのところ、袋井市民病院では2003年頃から勤務医が減り始め、これに次の04年度から始まった新臨床研修制度が医師不足に拍車をかけることになった。そのため一部の診療科は閉鎖を余儀なくされ、医業収益も年を追って減り続けた。結果、かつては全国の公立病院の中でも経営優秀病院として総務省から表彰された同院も、続く赤字経営のため内部留保も尽きるという事態に陥った。その一方で他、病院施設も古くなって更新時期を迎えて苦悶しているところへ、やはり医師不足で困っていた隣接する掛川市の市民病院とのあいだで病院統合する案が浮上し、現在、実現に向けて着実に計画が進んでいる。

分析で示したように、医療レセプトデータの統計分析の結果を地理情報システムGIS上に展開することで、近年の経営危機に直面する袋井市民病院の在り方を再検討する基礎資料を作成できる。このたびの基礎的分析に加えて、時系列分析を試みることで、より一層鮮明に袋井市民病院の在り方を検討する資料が作れるものと思われた。

袋井市の事例研究を通して医療・介護の両制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証に寄与できるものと考えられた。

このたびは時間の制約から、初段の分析までとなり、また、同市の医療・福祉政策関係者を交えた議論はかなわなかったが、分担研究者の西田は、袋井市長の要請により同市の保

健・医療・介護構想検討懇話会のアドバイザーに就いていることから、引き続き、同市の医療・介護サービスの適切な提供体制の在り方の検討にとどまらず、適正な費用管理にも資する包括的な地域ケアのマネジメント体制の実証研究を進めたいと考えている。

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

参考文献

村松讓(2009)『袋井市立袋井市民病院における事業の再設計に関する研究』静岡県立大学経営学研究科修士論文.

馬島佑介(2009)『袋井市・掛川市の統合病院

建設地の分析』静岡県立大学経営学部卒業論文.

田中伸宗(2009)『菊川市立病院実質医療圏の研究』静岡県立大学経営学部卒業論文.

小山絵美理(2009)『二次医療圏管理におけるGISの有用性研究』静岡県立大学経営学部卒業論文.

木村希(2010)『病院の実医療圏調査』静岡県立大学経営学部卒業論文.

渡辺勇夫(2010)『静岡県の医療圏管理の研究』静岡県立大学経営学部卒業論文.

図3：袋井市民病院の市内利用者の分布

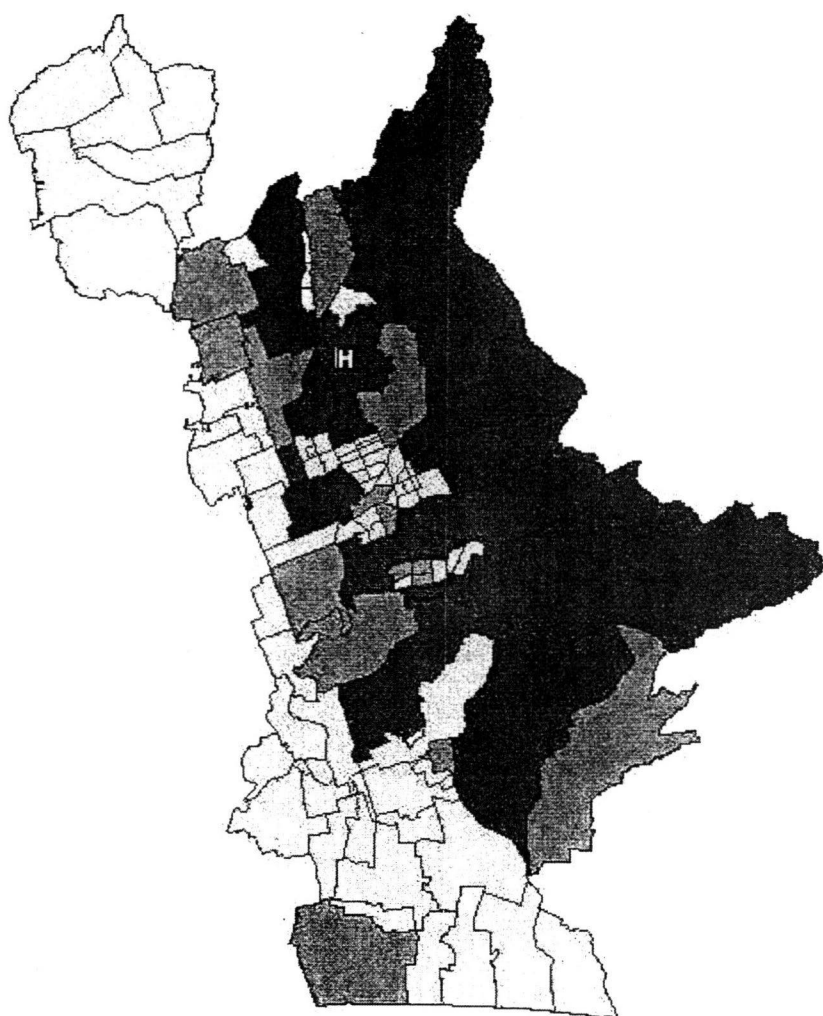
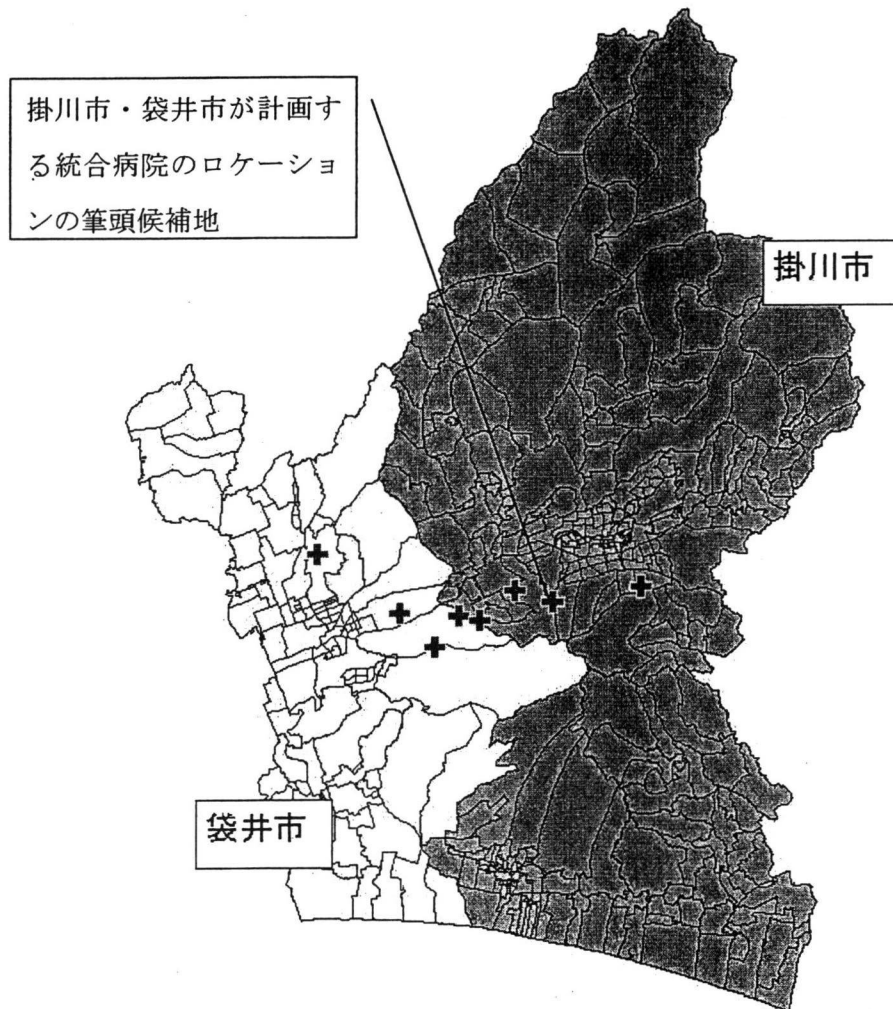


図4：掛川市・袋井市が計画する統合病院のロケーションの候補地



厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
平成 21 年度 分担研究報告書

『自宅死亡割合に関する分析』

研究代表者 国立社会保障・人口問題研究所 泉田信行

研究目的:二次医療圏別の自宅死亡割合の年次推移の動向とそれに影響を与える要因を明らかにすること

研究方法: 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態調査」の個票データを使用し、2005年時点の二次医療圏区分を過去に遡って1995年まで適用し、二次医療圏別比較を可能な形で死亡場所について再集計する。その際に65歳以上などの年齢階級別の再集計や特定の死因についての再集計を行う。

研究結果: 1) 2005年時点の二次医療圏の地域区分を過去に遡って適用し、1995年、2000年、2005年と比較したところ、死亡者のうち自宅死亡の割合が高かった地域ほど自宅死亡割合が大きく低下していることがわかった。

2) 65歳以上に年齢を限定して年齢階級別に分析したところ、年齢階級が高いほど自宅死亡割合が高いことがわかった。悪性新生物、脳血管疾患、心疾患に死因を限定して分析しても自宅死亡割合の経年的低下が、程度の差はあるが、観察された。

3) 自宅死亡割合に影響を与える要因についての分析を行ったところ、高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯・高齢夫婦のみ世帯の比率が高い地域ほど自宅死亡割合が上昇すること、介護保険施設の利用可能性は有意ではないこと、ショートステイは自宅死亡割合を引き上げるが、デイサービスの利用可能性の増加は自宅死亡割合を引き下げる可能性があること等が明らかとなった。

A. 研究目的

二次医療圏別の自宅死亡割合の年次推移の動向とそれに影響を与える要因を明らかにすること

B. 研究方法

厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態調査」を再集計して分析を実施した。2005年時点の二次医療圏の地域区分を過去に遡って適用し、1995年から2005年の11年間について二次医療圏別に死亡場所別の死亡者数のクロス表を作成した。二次医療圏別に総死亡者数に占める死亡場所が自宅である者の割合を算出した。自宅死亡割合の要因分析に当たっては、二次医療圏別の自宅死亡割合を被説明変数として、国勢調査等から取得した情報から変数を作成し、マッチングして分析を行った。分析に当たっては、地域的特性などを明らかにするために ArcGIS9.3 を用いて地図も作成した。

なお、「人口動態調査」の再集計にあたっては平成21年6月16日付け統発0616001号によって厚生労働省大臣官房統計情報部長の使用の承認を得た。

C. 研究結果

以下、得られた結果を箇条書きすると次のとおりである。

1) 同一都道府県内でも自宅死亡割合に差異があることが明らかになった。

2) 1995年、2000年、2005年比較したとこ

ろ、死亡者のうち自宅死亡の割合が高かった地域ほど自宅死亡割合が大きく低下していることがわかった。

3) 65歳以上に年齢を限定して年齢階級別に分析したところ、年齢階級が高いほど自宅死亡割合が高いことがわかった。

4) 悪性新生物、脳血管疾患、心疾患に死因を限定して分析しても自宅死亡割合の経年的低下が、程度の差はあるが、観察された。

5) 自宅死亡割合に影響を与える要因についての分析を行ったところ、高齢者のいる世帯に占める高齢単身世帯・高齢夫婦のみ世帯の比率が高い地域ほど自宅死亡割合が上昇すること、介護保険施設の利用可能性は有意ではないこと、ショートステイは自宅死亡割合を引き上げるが、デイサービスの利用可能性の増加は自宅死亡割合を引き下げる可能性があること、等が明らかとなった。

D. 考察および E. 結論

これまで自宅死亡割合に関する統計的分析は都道府県単位のデータ分析が行われてきたが、より詳細な二次医療圏単位での分析が必要であると思われた。

自宅死亡割合の低下は時系列的に観察されるものであり、本人や家族による死亡場所の選択や医療供給体制の整備、介護保険制度の整備などが影響していると考えられた。

死亡時年齢階級別で見ると、85歳以上、75歳以上、65歳以上、の順で自宅死亡割合が高

かった。これが年齢による効果なのか、子ホ
ートの影響なのかについての分析は今後必要
であると考えられた。

自宅死亡割合に影響を与える要因について
の分析を行った。先行研究の結果から、介護
保険サービスの充実などが影響を与えると先
験的に予測できたため、内生性が存在すると
考えられる高齢単身・夫婦世帯比率について、
操作変数（地域の65歳以上高齢者割合）を適
用した上で自宅死亡割合を説明した。

その結果、高齢者のいる世帯に占める高齢
単身世帯・高齢夫婦のみ世帯の比率が高い地
域ほど自宅死亡割合が上昇すること、介護保
険施設の利用可能性は有意ではないこと、シ
ョートステイは自宅死亡割合を引き上げるが、
デイサービスの利用可能性の増加は自宅死亡
割合を引き下げる可能性があること、等が明
らかとなった。

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

Ⅲ 関連論文

プライマリー・ケアの果たすべき役割とその制度化の可能性の検討 イギリス、スウェーデン、デンマークのプライマリー・ケア制度の準市場改革から学ぶ

分担研究者 聖学院大学 郡司 篤晃

I. イングランドのプライマリー・ケア改革

1. はじめに

今回の報告はイギリス¹における PCT のその後の展開と介入機能について報告する。制度改革はまだ途上であり、評価も必ずしも定まっているとはいえない。

また、England の医療改革の影響を受けていると思われるスウェーデンと独自の道を歩むデンマークを比較考慮しながら、日本の医療制度改革への示唆を読み取ることを試みた。

2. 新自由主義政権の医療・福祉制度改革

Thatcher 政権（1979-1990 年）とそれに続く Major 政権の基本的な思想は新自由主義といわれているが、これはイギリスだけのものではなく、社会主義の失敗が明らかになりつつある中で世界的な傾向であった²。イギリスにおいては 1970 年代の国家経済の危機を経験し、国家経済を活性化するために、Thatcher 首相は断固として国営企業の民営化、市場化に取り組んだ。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、住宅政策、教育にも市場化の手法が導入された。

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。

1988 年の Griffiths Report³を受けて、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⁴。その政策の骨子は次の様であった。

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（Purchaser-Provider split）、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。国立病院を独立採算の Trust 化し、1 次と 2 次の医療費予算を手上げ制で GP に委託した。これを引き受けた GP を予算管理 GP (GP Fund-holder、以下 GPFH と略す) と呼んだ。病院は患者が紹介されると医療費が支払われることになった⁵。GP と病院間に市場を築き、これを内部市場と呼んだ⁶。

¹ 本報告は England についてであり、Scotland、Wales、Northern Ireland はそれぞれ異なる道歩んでいる。

² Julian Le Grand (2003); *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford, (郡司篤晃監訳「公共政策と人間」：社会保障制度の準市場改革、聖学院大学出版会、2006。序論)

³ 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.

⁴ *The National Health Service and Community Care Act*, 1990.

⁵ 従来は GP と病院はそれぞれ別々に政府から予算が配分された。それぞれ予算にはシーリング (cash limit) があったので、GP は患者を病院に紹介してしまえば自分の予算ではなく、病院の予算の支出となるので、

福祉改革にも同様の手法が用いられた⁷。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。

このようにして導入された市場は、医療と福祉と他の領域ではそれぞれ若干形が異なるが、準市場 (quasi-market) と呼ばれた⁸。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、などである。

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
- ・ 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。

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⁹。

3. 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¹⁰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^{11,12}。

しかし、病院側の行動には明らかに変化が見え始めた。病院は GPFH からの紹介患者を、そうではない GP からの紹介患者より優先して診るようになった。この点は野党であった労働党によって、平等がエートスである NHS に不平等を持ち込んだとして非難された。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政策の誘導に反応し行動を変容させたということである。

第 2 の問題は、医療の原価計算が技術的に困難であったことに関係する。医療における原価計算は、人件費の配賦が困難なため、未だにきわめて困難である。NHS の病院には、

紹介する方向へインセンティブが働く。この方式だと GP は配分効率を考えるようになる。

⁶ Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO. 基本的な考え方は Managed competition を主張した Enthoven の助言を受けた。

⁷ Department of Health (1989), *Caring for People* (Cm 849), HMSO.

⁸ Julian Le Grand, Will Bartlett(Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*. Joseph Rowntree Foundation.

¹² Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.

独立採算を強いられても、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、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。

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)」^{13,14}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。

4.Blair 政権の政策

1) 政策の基本

1997年、Blair氏が率いる労働党は、マニフェストを公表し選挙戦を戦った。労働党はマニフェスト¹⁵で、P-P splitは残すが、GPFHと内部市場を廃止することを公約し、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¹⁶、次々と実行に移した。ただし、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。

即ち、内部市場は、取引費用が高価であり、医療の断片化をもたらすので廃止するが、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、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。

1997年公表した白書The New NHS; modern, dependableでは、下記のような基本方針を明確にした。

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た。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。

1998年には、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¹⁷。

¹³ Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.

¹⁴ Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.

¹⁵ Labour Manifesto 1997.

¹⁶ Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.

¹⁷ 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。

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）を評価するための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（Modernising Social Service）¹⁸が公表されたが、医療と同様に P-P split は廃止せず、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¹⁹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。

労働党の医療・福祉政策は巨大な政策体系であるが、大きく分けると次の 3 つのカテゴリーになる。

3 大目的：

- ① プライマリー・ケア組織化の推進
- ② 2次医療への Commissioning
- ③ 医療と福祉と公衆衛生との連携

以下、これらの諸政策の進展と現在までの評価を概観したい。

2) Primary care の組織づくり²⁰

保守党の政策であった GPFH は、多様な組織的な発展が進んでいった。即ち、個々の GP が病院からケアを購入するという形態だけではなく、組織化の程度、購入するサービスの範囲も多様であった。

¹⁸ Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.

¹⁹ Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.

²⁰ Judith Smith, Nick Goodwin (2006); *Towards Managed Primary Care: The role and experience of primary care organizations*, Ch.4 – 8, Ashgate.

PCG/T のタイプ

レベル 1 : primary care group

GP と Community nurse の組織で、health authority に対して助言する

レベル 2 : primary care group

さらに広くほぼ 90% のサービスの実施と HA の委員会である

レベル 3 : primary care trust

GP と Community nurse の法的に独立した組織で、介入サービスをし、local health authority に対して説明責任あり

レベル 4 : primary care trust

さらに、実際のサービスも提供する

PCG は LHA の下部の委員会的なものであった。組織の長は GP であり、GP の発言権が大きな組織であり、他の非専門家や福祉スタッフのそれは比較的限られていた。

3) PCG から PCT へ

1997 年の New NHS で、GP を PCG に強制加入とした。1997 年から 2 年計画で、40 箇所
で PC の組織化のパイロット・プロジェクトを開始した。中でも Total Purchasing Pilot は GPFH
を前提に、医療だけではなく公衆衛生サービスをも購入するという試みであり、PCT のモ
デルとなった²¹。

PCT の内部組織は法的に明確に規定されている。管理組織としては PCT Boar があり、
その長 (Chair) は医師ではない。その下に、Executive Management Team (Chief Executive, etc),
Professional Executive Committee (PEC) があり、PEC の長は GP である。Board が全体の説明
責任を持つ。CE が財政と臨床の Governance に説明責任 (NHS Appointment Commission, 2002)
があり、Commissioner である。

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められた²²。

2002 年、Health Authority が廃止され、PCT の Chief Executive が SHA²³ に直接 Accountability
を持つことに。また、Commission for Health Improvement (CHI) のレビューを受ける (Star
ratings)。

2004 年頃までにすべての PCG は trust に移行を済ませた。これにより、ボランティアで
Informal 組織であった PCG は、法的に正式な NHS の組織となった。同政権は、PCT を組織

²¹ その評価研究は、Health Services Management Centre at the University of Birmingham, National Primary Care Research and Development Centre at the University of Manchester などが中心となった。例えば、Nicholas Mays, Nick Goodwin, Amanda Killoran and Gill Malbon (1998): *Total Purchasing: A step towards Primary Care Groups*, King's Fund. 同年、他の多数の地域に関する報告も出ている。

²² DH (2001), *Shifting the Balance of Power within the NHS: Securing Delivery*, The Stationery Office.

²³ Regional Health Authority が廃止され、統計など戦略的な事務を所管する Strategic Health Authority となった。

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」として自信を深めた。今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担うことになり、PCT は NHS 予算の 75% 以上に対して権限を持つようになる大規模な組織の改変である。

その後、PC 提供には多様なサービスの提供組織が誕生しつつある。例えば；

- ・ One stop centre²⁴
- ・ 大学病院の出先施設²⁵
- ・ Epsom など民間の組織²⁶、などである。

PCT についての懸念は数多くある。

- ・ 組織の規模は 10 万人程度を基本としており、かなり大きな人口を対象とした民間のケア組織であることから、諸々の心配が浮かび上がってきている。
- ・ GPFH では個人又は Practice に直接予算が渡された。しかし、新たな制度では、予算は PCT が一括管理しており、GP には手渡されない (indicative budget)。PCT は、第一線の関係者、特に臨床医の指導性に期待したが、GP は権限を失ったと感じた。また quality guideline, cash limit などの対応に忙しく、多くの時間をとる PCT への参加には極めて消極的となった。
- ・ PCG と比較して、管理組織が強くなっただけ、相対的に臨床家の権限は弱まって、官僚化が進行しているといえるだろう。
- ・ 看護師の参加は比較的活発であるが、市民参加は極めて低調のようである。

2001 年からは、地域における医療の監視機構であった community health councils を次第に廃止して、Patient Advice and Liaison Service (PALS) を、国のレベルでは a Commission for Patient and Public Involvement in Health (CPPIH)、Trust と PCT の中には patient forums を設けることとされた。しかし、現実にはこれらの機構は活発には機能してはいないという²⁷。

4) GP の組織への取り込みと質の向上

1996 年の White Paper²⁸で Personal Medical Services は；

- ・ Salaried option
- ・ PMS within a Cash-limited budget
- ・ PMS plus (PMS+) : PMS と Primary, hospital, community services の予算含む契約を締結すること

1998 年 A First Class Service²⁹で医療の質向上の政策が明確になった。

2002 年、PCT が PMS の契約業務を引き継ぎ、PCT がサービス提供者であり、かつ 2 次・

²⁴ DH (2007), Better Surgeries One-Stop-Centres and Enhanced Services

²⁵ Matthew Bond, Ann Bowling, Aloson Abernethy Marie McClay, Edward Dickinson (2000), Evaluation of outreach clinics held by specialists in general practice in England, *J Epidemiol Community Health*:54:149-156.

²⁶ 日本の臨床検査センターに類似するが、診療行為も行う企業。DH (2007), *Keeping it Personal: Clinical case for change*, Report by National Director for Primary Care (David Colin-Thomé)

²⁷ J Smith ら (2006) 前掲書、pp.136-7.

²⁸ DH (1996); *Choice and Opportunity*

²⁹ DH (1998); *A First Class Services: Quality in the New NHS*.

3次医療の Commissioner となった。さらに、2004年4月には National Service Frameworks の示す3段階 (essential, additional and enhanced) を GP 個人ではなく Practice 単位で選択し、また待ち時間の短縮、健康指標 (精神、冠疾患、糖尿など) の改善などを含む契約 (new General Medical Services: nGMS) をしなければならなくなった³⁰。

歯科医、看護、薬剤師、眼科医とも契約を結ぶことによって、従来は GP が行うことになっていた開業看護、薬剤師理学療法、栄養指導サービスなども推進することになった。

慢性疾患の増加に対して、その管理について新たな教育的手法が研究され³¹、2005年からは、慢性疾患の管理に力を注ぐことになった³²。

5) Clinical Governance

医療の質の向上のための施策の一つに clinical governance がある。例えば、GP は薬の処方をする際に、それまでは名の通った古い薬剤が処方し続ける傾向があることが知られていた。

clinical governance の組織は、PCT 内の PEC の sub-committee として組織されることが多く、熟練の臨床家を招いて処方内容の改善や adverse event 対策などを指導した。

2004年に設立された CHI (The Commission for Health Improvement、別名 Healthcare Commission) が England and Wales で Clinical governance のための査察を行うことになっているが、実際に有効なのは peer review であるという³³。

6) 福祉との連携³⁴

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。また、文化の差も大きい。そのような多くの基本的な問題

³⁰ DH (2004); Investing in General Practice: The New GMS Contract.

³¹ DH (2001); *The Expert Patient: A new approach to chronic disease management for the 21st Century*: 評価結果については、National Primary Care Research and Development Centre (2006); *The National Evaluation of the Pilot Phase of the Expert Patients Programme* (Final Report).

³² DH (2005); *Supporting People with Long Term Conditions: An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration*

³³ J Smith (2006), 前掲書, pp.153-161.

³⁴ 医療と福祉の連携については他の所にまとめたので、本報告書ではその要点だけにとどめる。郡司篤晃 (2006); 「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」、海外社会保障研究、156: 19-31.