

保健医療ネットワークは、患者に対してポジティブな効果(例えば、糖尿病の場合、疾病の悪化や合併症、さらには入院を予防し、生活の質を向上させる等)を与えるのみならず、関わる専門職にもメリット(例えば、かかりつけ医の過重な負担を減らし、専門職間で情報を共有することによってよりよい患者への対応・支援が可能になる等)をもたらす。政策的には、保健医療ネットワークを発展させることに重点があった段階を経て、現在、転換期にある。今日、保健医療ネットワークが、多様な医療・福祉的な必要をもつ患者の困難な状況に対応するために、一般医や一次医療を担うチームを支援し、患者をよりよく導く役割をうまく担えるようにすることが政策課題となっている。このようななか2012年10月には政府によって「医療の連携を改善する：保健医療ネットワークをいかに変化させるか?」と題された指針が公表され、保健医療ネットワークの目指すべき方向性が明らかにされた。

## ② 多職種の診療施設

「多職種診療施設」<sup>31)</sup>は、2008年社会保障財政法律によって創設された新たな医療提供の形である。その後、2011年8月10日の法律によってその任務が拡大された。先の医療過疎の問題への対応策としても期待されている。

公衆衛生法典によれば、多職種診療施設は、「医療職、医療補助職あるいは薬剤師によって構成される法人である。診療施設は、宿泊を伴わない一次医療の活動を、場合によっては二次医療を提供する。公衆衛生、予防、健康教育の活動と社会活動に参加することができる」と定められている。複数の職種から構成される点が特徴であり、専門職間での協議や意見交換が容易に行えるようになり、連携して治療に当たることによって患者の医療の必要によりよく対応することが可能となる。少なくとも二人の一般医の他に、二人の異なる専門職(看護師、運動療法士、歯科医師等)によって構成されるが、多くの場合、一般医、看護師、運動療法士によって構成される。多職種診療施設において各専門職は自由業として働く。グループでの医療提供は若い医師らによっても好まれ、勤務時間がより柔軟に調整できることや、事務を共同化することによって負担を軽減できるなどのメリットがある。

多職種診療施設は、民事手段会社(SCM)、医療協力連合(GCS)、アソシエーション等の法的地位に基づき創設されていたが、当該診療施設の業務を行うには適していなかった。また、新たな報酬支払い方式(共同で医療保険へ請求する形)が検討されるなかで、2012年3月には、多職種診療施設を設置するのに適した新たな法人格として、外来医療職共同法人(société interprofessionnelle de soins ambulatoires : SISA)が創設された。当該法人格は業務、情報、収入・請求等の共同化を可能とするものである。これまでに200以上の多職種診療施設が創設されており、今後、急速に増大すると見込まれる。

<sup>31)</sup> maison de santé は「医療の家(施設あるいはホーム)」であるが、他の医療供給主体との違いを明確にするために、本稿では、「多職種診療施設」と表記することにする。

## 4. 質の確保

### (1) 高等保健機構

医療の質に関わる広範な政策の中心に位置するのは、高等保健機構(HAS)である。HASは、法人格と財政的自律を付与された学術的な性質の独立した公的機関である。2004年3月13日の法律によって創設されたが、創設以降、その役割は拡大し続けている。その任務は、大きく三つに分けることができる。一つ目は、医療的、経済的な評価である。HASは、医療・経済的な観点から医療技術、医薬品、医療行為等を評価し、費用の償還や価格の決定を支援する役割を担う。二つ目は、医療の質と安全の改善である。とりわけ、臨床的な望ましい実践、医療安全および公衆衛生に関する勧告(recommandations)を定める役割を担う。また、HASは病院において質を確保するために認証(certification)を実施し、特定の分野の医師に対する認証(accréditation)を行う。三つ目は、情報を広く提供することである。HASは、医療の望ましい利用と望ましい臨床実践のための情報を提供する役割を担っている。

ここでは、とくに病院医療供給における質の確保のための中心的な施策である病院の認証制度について取り上げる。

### (2) 病院の認証

病院の認証の仕組みは、1996年4月24日のオルドナンスによって導入された。これによって全国医療認証評価機構(Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : ANAES)が創設され、認証の手続きが実施されることとなった。認証の目的は医療施設における医療の質と安全を改善することである。これ以降、すべての医療施設には5年ごとに認証の手続きを行うことが義務付けられた。

2004年の法律によってHASが創設されると、病院の認証はANAESからHASに引き継がれた。新たな仕組みのものでは、認証手続きの間の期間は4年間に短縮され、また認証を示す用語は「accrédiation」から「certification」に置き換えられた。現在、前者の認証(accréditation)は、リスク下にある医師と医療チームに対して実施されるリスク管理の手続きを示す言葉として用いられている。

各医療施設において認証手続きは4年ごとに行われるが、認証手続きの方法は絶えず見直しが行われており、2010年からは第3バージョンの認証手続きが実施されている。

認証は次のような手順で実施される。まず「認証手続きの準備と進め方」に関する手引きに従って準備や資料の作成を行う。次に、医療施設の自己評価を行う。各施設の医療従事者は、評価マニュアルに従い、医療提供組織と実施された医療の質の評価を行う。この最初に行われる質の水準の具体的な決定は、改善行動を明らかにし、それによる効果を測定し、医療従事者の参画を強く促すことを可能にするものである。

このような段階を経て、専門検査官(experts-visiteurs)による認証の訪問調査が実施され

る。この調査の目的は、達成された質の水準と改善への取り組みを客観的に把握することである。訪問の後に専門検査官によって報告書が作成され、この報告書に基づき HAS によって認証についての決定が行われる。訪問時に確認された違反や不十分な点に従って、HAS は「勧告」、「留保」、「重大な留保」を伴う決定を行うことができる。これに基づき、認証の水準（「認証」、「勧告を伴う認証」、「留保付きの認証」）が示される。重大な留保に対しては、病院が指摘された点について一定期間内に明確な改善を行った場合にのみ認証が行われる。

認証の報告書は、病院の質と医療安全の水準と病院による改善の方向性に関して、監督当局と一般の人々へ情報を提供するという意味を有し、病院には質と医療安全野の改善のための行動を実施することが求められることとなる。当該報告書は、病院と管轄の ARS に届けられると同時に、HAS のインターネットサイトで公表される。

## 5. 考察

### (1) 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

#### ① 改革の特徴

フランスにおける医療供給に関する諸改革の特徴として、第一に、ARS の創設と地域圏保健計画を通じて、包括的な医療供給のコントロールの実現が目指されている点が指摘できる。フランスの医療供給の状況には歴史的経緯により大きな地域的な差異がみられたが、地域住民の医療の必要に適切に対応し、平等なアクセスを実現する医療供給体制を構築することが早くから重要な政策目標の一つとして掲げられた。1990 年代から病院医療供給のコントロールが格段に強化されたが、2000 年代に入り開業医を中心とした自由医療の領域においても地域の医療を確保するためのさまざまな施策が実施されている。さらに、社会医療部門との連携や協力体制の構築も模索されている。このような医療供給をめぐる諸施策を推進するために、ARS を核として、保健・医療政策を包括的・一体的に推進すること求められている。

第二に、医療提供者間の柔軟で多様な連携が推進されている点があげられる。医療の質を確保し、地域の医療の必要に応えるためには、限られた地域の医療資源をいかに有効に活用するかということが重要である。医療提供者間の連携はこのような要請に応えるために不可欠のものとなっている。医療提供者間の連携は、既存の医療提供形態を基盤にしたものと、連携のための新たな提供形態を作り出すものがある。前者には、公立病院の柔軟な連携を可能にする CTH や、病院を中心により柔軟で多様な連携を可能にする CGS が該当し、いずれもの仕組みも HPST 法によって見直しや整備が行われた。後者の新たな提供形態としては、保健医療ネットワークや多職種の診療施設が挙げられる。これらの新たな提供形態を通じた医療等のサービスの提供については、既存の枠を超えた財源供給のあ

り方や診療報酬制度上の対応が求められている。以上のような医療提供者間の連携が地域における医療の確保においていかなる効果をもたらすかという点については、今後の動向を踏まえてさらに検討する必要がある。

## ② 背景・要因

以上で述べたようなフランスの改革の特徴(ARS による包括的な医療供給のコントロール、医療提供者間の多様で柔軟な連携)をもたらした共通の背景として、フランスにおいては質の確保された医療へのアクセスを実現することということが医療政策上の最重要の課題の一つとして明確に掲げられ、推進されている点が指摘できる。医療保障の実現においては、すべての人が医療保険によってカバーされる体制を構築することが必要であるが、あわせて医療へのアクセスを確保する医療供給体制を整備することが求められる。歴史的に医療供給の地域的な不均衡や制度的な不調和の程度が大きく、克服しなければならない困難な課題を数多く抱えていたフランスにおいては、後者の医療供給体制の整備・構築に対して多くの政策的な努力が行われてきた。一方で、フランスの医療費の規模は国際的にも大きく、その抑制が強く求められている。このような背景のもとで、医療供給を効率的なものとし、かつ医療へのアクセスを確実なものとするため、地域圏の保健医療を掌る ARS が創設され、そのもとで医療供給状況を改善するための連携等の諸施策が実施されている。

ARS の創設は、フランスにとっての保健・医療政策の重要性を改めて示すものであるが、このように公的な関与を強化するような方向が選択された背景には、医療供給政策をめぐる固有の歴史的な経緯が存在する。フランスでは、歴史的に病院医療への保険者の関与が限定的であり、そのコントロールはもっぱら公的な関与により行われていた。このようななか、病院医療を統一的にコントロールする機関として 1990 年代に ARH が創設された。これを受けて、ARH の役割や権限の範囲を拡大し、それを発展的に継承する形で ARS が創設された。このような経緯によって、フランスの医療供給を掌る ARS が創設され、より公的な関与に重点をおいた改革方策が実施されている。

## (2) 日本にとって重要と考えられる点

フランスにおいて創設された ARS を検討することは、日本において、医療政策を効果的・効率的に推進するために、どのような機関がいかなる権限を持ち、どのような役割を担うにかといった問題を考える上での一つの視座を提供するものである。そのような意味において、保健・医療に関わる諸組織の大改編である ARS の創設とその効果や問題点等について検討することは、日本の医療政策の検討に多くの示唆を与えるものであると考えられる。

また、人々が安心して暮らすことのできる地域医療の確立において、フランスにおける病院を中心とした医療供給体制の整備・構築に関する諸施策(保健医療計画、医療提供者の連携のための制度等)は、日本における改革方策の検討において様々な示唆を提供するものである。フランスの改革方策を検討することは、日本における医療政策の選択肢を広げる

ことにもつながると考えられる。

さらにフランスでは、医療の質の確保についても積極的な取り組みが行われており、その政策的重要性は高まる一方である。医療の質の確保をめぐる政策について、より踏み込んだ検討を行い、日本との比較の視点から検討を行うことが必要であると考えられる。

\*本研究は個人的な見解を示すものであり、所属機関である全日本病院協会の見解とは関係がありません。

《参考文献》

ANAP(2010) La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.

ANAP(2012) La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe, Un éclairage pour le déploiement national.

Bergoignan-Esper, Claudine(2009) Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation, RDSS No5, Dalloz.

Couty, Édouard et al.(2009) La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, Presses de l'EHESP.

Dupuy, Olivier(2009) La réforme de l'hôpital (loi de 21 juillet 2009), Heures de France.

FHP(2012) Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé, Rapport sectoriel- édition 2012, Edition Groupe Montaigne.

Gallet, Bruno(2011) La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social à jour de la loi « Fourcade » du 10 août 2011, Heures de France.

DREES(2012) Le panorama des établissements de santé, édition 2012.

Ministère des Affaires sociales et de la santé(2012) Le « Pacte territoire-santé » Pour lutter contre les déserts médicaux, Dossier de presse.

Ministère chargé de la santé (2012) Guide méthodologique, Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?

ONDPS(2005) Le Rapport 2005, Synthèse générale.

ONDPS(2010) Le Rapport 2010-2011, Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014.

松本由美(2012) 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版部。

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))

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 24 年度分担研究報告書

## イギリスの医療制度改革 I

研究分担者 片桐由喜(小樽商科大学商学部 教授)

### 【研究要旨】

イギリスは戦後、全国民に無料で、予防からリハビリテーションまでの包括的な保健医療サービスを提供する制度、NHS を創設した。この創設は生命、健康に関わるサービスを受けるのに、個々人の経済的格差は決して反映されてはならないという医療サービスにおける平等、構成の理念に基づき、この理念は今も NHS の根底にある。

国営事業として発足した NHS は、制度運営のために多くの組織と人員を必要とした。そして、早晩、財政難、組織の硬直化、非効率的な運営体制に直面し、これらが原因となって、患者や国民に大きな不便、不都合を強いることとなった。最も有名な不便、不都合が、直ちに治療を受けることができないという待機問題である。これらの諸問題を解決するために、NHS は、以後、多くの改革を計画、実施してきた。

平成 24 年度の本分担研究報告書(以下、本報告書)はイギリスの上記医療制度改革のうち、ブレア労働党政権発足の 1997 年以降を研究対象とし、改革の目的、手段、および成果について、文献、および、現地調査を通して得られた知見を、中間報告としてまとめたものである。

本研究は研究対象国(ドイツ、フランス、およびイギリス)の比較を図るため、同じ研究視座から検討することとし、報告書作成においては比較項目をそろえた。また、イギリス医療保障制度改革については片桐、白瀬の 2 人で分担し、このうち、I. 総論、および、II. 各論「第 1 節 医療保障」を、本報告書において片桐が担当する。

NHS は、ファイナンスとして税方式であり、社会保険方式を採用する日本、および独仏とは、単純な比較ができない。しかしながら、改革の目的・方向は、財源の効率的使用の向上、地域間格差のない適正な医療サービスなど、共通しており、そのため、NHS の改革手段から我が国が示唆を得る諸点が少なくない。

たとえば、NHS において医療機関への診療報酬は定額予算制であり、患者を求めるインセンティブが生じにくい。そのため、どのようにして競争を惹起し、各医療機関の質を向上させるかという改革目的は、民間病院が 8 割を超える我が国には、あまり合致しない。しかし、そのための NHS の手法、例えば医療機関の情報と評価に関する情報公開、患者に医療機関を選択させるための仕組みは、日本の医療制度改革に有用な示唆を与えると思われる。

さらに、いずれの国においても高額な新薬、医療技術が医療費高騰の大きな原因となっている。NHS では患者のこれら医薬品へのアクセスを保障しながら、財政負担が過重にならないための仕組みを整備し、現在、機能させている。これもまた、我が国の参考となりうる仕組みである。

平成 24 年度は、NHS 改革について 3 カ国比較を念頭において検討し、次年度の研究課題、すなわち、NHS 改革のどのような政策、制度、手段等が日本に適用可能であるかの分析、検証の基礎とした。

#### A. 研究目的

本研究は、ドイツ、フランス、およびイギリスにおける医療保障制度改革の調査、検討・分析を通し、各国の改革の成果—成功と失敗—から、日本の医療保障制度改革への示唆を得ることを目的としている。

より具体的には、各国の改革のうち、我が国へ適用可能なものを抽出し、政策提言をしようというものである。

ところで、イギリスの医療保障制度、NHS は税方式を採用し、また、病診の機能分離が徹底しているなど、日本の医療保障制度と大きく異なる点が少なくない。そのため、NHS 改革のなかには、直接的に日本へ適用できない手段、方法がある。

しかし、適正・公平な医療サービスの提供、効率的な財源の活用、という改革の目的は共通であるから、制度構造が異なっても、NHS から学び、示唆を得る点が多い。

#### B. 研究方法

NHS 改革のうち、研究対象とするのは労働党が政権についた 1997 年以降の改革とする。ただし、NHS の組織、財政に関しては、2010 年、連立政権が誕生後、大きな変化がもたらされたことから、これらの変化については、直近の改革を中心に論ずることと

する。

本研究の方法は文献研究と現地調査である。主として参考にした文献・資料、および、NHS 関連公式ホームページは、報告書本文および文末に掲げた。

現地調査として、2013 年 2 月に訪英し、下記機関を訪問し、専門的知識・情報、助言等を得ることができた。

王立 GP 協会(Royal college of General Practitioner)、王立看護師協会 Royal College of Nurse)、ナuffield トラスト (Nuffield Trust。医療政策に関する研究機関)、グッドマイズ病院 ( Goodmayes Hospital)、スチュアートロード診療所 (Stuart Road Surgery。リーズにある GP 診療所)、ヘルスエイジングカフェ (Health Aging Café。イギリスアルツハイマー協会運営による認知症デイサービス)、マギーズロンドン(Maggie's London。慈善団体による終末期患者ケア施設。)である。

また、イギリス滞在中、2013 年 NHS 改革に関するシンポジウムに参加する機会し、そこでの報告、議論からも貴重な情報、示唆を得た (「ヘルスコミッショニングに関する研究セミナー Research Seminar On Healthcare Commissioning」2013 年 2 月 19 日ロンドン。主催は「コミッショニングと医療ケアに関する政策研究ユニ

ット Policy Research Unit in Commissioning and The Healthcare System」)。

#### <倫理面への配慮>

文献研究および訪問先の了解を得て実施した訪問調査であるため、該当しない。

### C. 研究結果

#### 1. 公私関係の見直し

NHS が全国民に無料で包括的な医療サービスを提供しているため、民間保険の加入率は1割程度である。また、民間保険加入者のプライベート診療への連携はGP診療所でスムーズに行われ、患者の便宜はよく図られている。

#### 2. 給付の範囲の見直し・選択制の導入

NHS においてもジェネリック薬品は強く推奨されており、実際に、その経済効果は大きいと報告されている。

患者のGP、病院に対する選択は、改革の結果、現在では権利として保障されている。その効果として、医療機関等に競争が生まれ、医療サービスの改善、向上に役立っている。

#### 3. 診療報酬制度の改善

GP、および、病院、双方の医療機関に患者に提供した医療サービスの量と質に応じた診療報酬制度が作られ、実質的な公平が実現した。

#### 4. 予算管理者の役割

政府からの予算を受けて NHS は運営される。そのため、その予算をどのように、

どこに配分するかが NHS 予算管理者の重要な役割である。NHS 運営の要(かなめ)であるため、歴代政権の改革の中心である。

直近の改革では、GP と病院の予算管理者を分離し、後者については患者に最も近い GP 主体の組織とした。

#### 5. 財政的な公平性と安定の確保

社会保険方式では、財政の公平性と安定性確保のために、財政調整、公費投入が検討される。しかし、NHS の場合、これは制度に織り込まれ済みである。したがって、社会保険方式を採用する国と、同じロジックでは問題とならない。

#### 6. 新たな治療方法・薬剤の導入

高額な新薬、治療技術の導入と、財政的安定の両立、ないしはバランスを確保するため、NHS には NICE (国立最適医療研究所 National Institute for Health and Clinical Excellence) が 1999 年、創設された。

NICE は薬品等の費用対効果も測定し、その結果を考慮して、当該医薬品等の使用の指針を医療機関等に示す。ただし、指針とはいえ、実際には強い影響力を持つ。

### D. 考察

(1) 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

NHS 改革の他国との最も大きな相違は、他国が医療費抑制を改革の主目的に掲げるのに対し、NHS は、改革の目的が患者・国民に対する医療サービスの改善であり、そのために医療費増額を改革の手段として選んだことである。



その要因は、財源不足によって患者・国民が必要な時に医療サービスを受けることができないという深刻な社会問題に直面したからである。

なし

G. 研究発表

なし

(2) 日本にとって重要と考えられる点

社会保険方式の日本にとって、税方式のイギリスの医療保障制度改革の手法は、常に参考になるわけではない。しかし、広く患者、国民に向けた医療機関の評価や情報の公開、薬剤等の費用対効果と患者の医療アクセスのバランスをはかる仕組みなどは、我が国にとって、きわめて重要な改革項目である。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

#### E. 結論

平成 24 年度の本研究は、主として医療保障制度改革の精査であった。NHS 改革分析、評価、および日本への適用可能性に関する検討は平成 25 年度の研究課題である。

加えて、NHS は政権交代後に実施された直近の重要な改革は 2013 年に実施されたばかりであり、その実態、施行状況の把握、および評価は、現時点では困難である。そのため、これら最新改革の状況は 2013 年夏以降に改めて、調査、分析する必要がある。

ところで NHS 改革は、頻繁であり、その内容も広範囲に及ぶ。前回の改革の評価も定まらないうちに、新しい改革が始まる状況に、現場が振り回されているのも事実である。改革本体の問題ではないとはいえ、改革には様々なコストがかかることから、これに関しても、考慮事項とすることが必要であろう。

#### F. 健康危険情報

## I. 総論

### 1. 医療制度の現状

NHS はイギリスに居住するあらゆる者に<sup>1</sup>、原則、無料<sup>2</sup>で包括的な保健医療サービスを提供する制度である。これは良い保健医療サービスは、富の多寡に関わらず、すべての者が享受すべきであるという理念に基づき創設され<sup>3</sup>、この考えは、現在も NHS における政策決定の核となっている。それゆえ、1948 年に施行されて以来、保守党、労働党いずれの政党が政権を取ったとしても、冒頭の基本形が維持されている。

しかしながら、制度発足間もなく、NHS は、その体質に起因する困難に直面する。その体質とは、国営医療、換言すれば租税財源による制度運営である。このような運営は、組織内に、いわゆる縦割り行政、官僚主義、非効率的運営を生じさせ、また、医療現場には、患者数や努力、業績にかかわらず予算が配分されることにより、NHS 従事者の医療サービス向上の動機付けが起きにくい状況をもたらした。

加えて、イギリスは 1960 年以降、英国病と呼ばれる経済停滞期に入り、また、1970 年代の 2 度のオイルショックにより厳しい財政難に陥る。

このような制度に内在する課題と外的な要因により、国民は診療を受けるまで長い期間待つなど、大きな不便を強いられることとなった。いわゆる待機問題である。これを解消するために、NHS 改革の長い歴史が始まるのである。そして、その改革の目的は当初から今日に至るまで、後述のとおりほぼ同様であり、これは、その時々々の改革が十分な成果を遂げなかったことの証左でもある。

改革の検討に先立ち、現行 NHS の現状を NHS のホームページ等を参考に紹介する。なお、NHS の現状、改革はイングランドを調査・検討の対象とする。また、本報告書は文献調査に加えて、イギリスの関係機関を視察（以下、イギリス視察）して得られた知見、情報に基づいて作成した。

#### (1) サービス提供者

2012 年 9 月末現在、NHS は 115 万人以上の医療職、非医療職により構成され、このうち、資格を有する医療の専門家は、約 60 万 7000 人、このうち約 3 万 6000 人が GP (General

<sup>1</sup> NHS の人的適用範囲については、国京則幸「イギリス国民保健サービス利用の法的構造」静岡大学法制研究 14 巻 3・4 合併号（2010 年）233-286 頁を参照。

<sup>2</sup> ただし、処方箋、メガネ、歯科医療、等のように費用負担が求められるものもある。なお、これらの費用負担は 16 歳未満（歯科医療は 18 歳未満）、16 歳以上 18 歳以下のフルタイム学生、60 歳以上の者、所得補助受給者等は免除される。

<sup>3</sup> The NHS in England-About the National Health Service-, NHS Choices(<http://www.nhs.uk/>)。

Practitioner は、プライマリケアを担当する医師。以下、GP)、GP 以外の医師・歯科医は約 10 万人、32 万人の看護師、等である<sup>4</sup>。

## (2) 予算

2013 年 3 月に公表された 2013 年度 NHS 予算は、前年度比微増の 1370 億ポンドである (2013 年現在、日本円に換算して約 20 兆 7000 億円)。NHS と教育費以外は予算が削減され、さらに、向こう 2 年間はこれら以外のすべての公共部門で支出を年間 1%削減すると決められた。

なお、参考までに日本の 2011 年国民医療費は 37 兆 8000 万円<sup>5</sup>、イギリス、日本それぞれ 1 人当たりの医療は、イギリスが 34,5 万円、日本が 30 万円弱であり、ほぼ同じである。

## (3) アクセス

NHS の特徴の 1 つが、国民の医療サービスへのアクセス方法である。

① 国民が NHS サービスを受けるためには GP 診療所で NHS 登録をしなければならない。現在は、インターネット上で GP 診療所を検索し、選択することが可能である。これについては、II 2. (2) ①を参考にされたい。

② GP 診療所で受診する際には、事前に診療予約が必要である。同診療所では、簡単な処置しかできないため、精密検査、高度な治療、いわゆる二次医療を必要とする場合には、担当 GP が患者を病院へ紹介する。

このことは患者が救急等、特別の場合以外、GP の紹介なしに病院で受診することはできないことを意味する。GP がゲートキーパーと呼ばれるゆえんである。一方、GP をゲートキーパーではなく、むしろゲートオープナーであるとする見解もある<sup>6</sup>。この見解は、一般の患者は自分の症状を医学的に評価することは困難であり、また、どの医療機関へ行けば最も適切な診療を受けることができるかの情報をもたないから、GP の支援が必要であり、GP の病院紹介によって、最適の医療サービスへアクセスできるという考えに基づく。

③ 病院へ紹介されても、ただちには受診できないことが多い。これが待機問題の大きな部分を占める。

2013 年 4 月より施行されている新しい NHS の体系図は別紙 1 のとおりである。保健省のホームページでは各項目にマウスを置くと、当該項目についての説明へリンクする。また、右下の色分けされた機能別リストにマウスを置くと、同心円の図には関連する組織だけが浮かび上がり、どこへ行けば必要なサービス、情報を受けることができるかがわかる

<sup>4</sup> NHS Hospital & Community Health Service(HCHS) and General Practice workforce as at 30 September 2012, Health and Social Care Information Centre のホームページより <http://www.hscic.gov.uk/>。

<sup>5</sup> 厚生労働省「平成 23 年度 医療費の動向」(平成 24 年 8 月 24 日)。

<sup>6</sup> イギリス視察の一環として訪問した GP 診療所で勤務する日本人医師、澤憲明先生にご教示いただいた。

ようになっている。

なお、別紙1は理解を図るため、日本語に訳して作成したものである。対応する英文原語については別紙2を参照されたい。



(別紙2)

原文	邦訳
Parliament	議会
Department of Health	保健省
Other Government Departments	他の省庁
Secretary of State	保健大臣
Regulation & Safeguarding	規制・安全管理
Professional Regulators	専門職能団体
Health Research Authority	治験当局
Human Fertilisation and Embryology Authority	受精・発生学管理局
Care Quality Commission	ケアの質委員会
Human Tissue Authority	人体組織当局
Monitor	モニター
Medicines & Healthcare Products Regulatory Agency	医薬品・医療機器規制当局
National Organisations	国家機関
National Institute for Health & Care Excellence	NICE
Health Education England	ヘルスエジュケーションイングランド
Health & Social Care Information Centre	保健および介護に関する情報センター
National Institute for Health Research	国立保健研究所
NHS Blood & Transplant	NHS 血液・臓器移植
NHS Litigation Authority	NHS 紛争解決機関
Healthwatch England	ヘルスウオッチ イングランド
NHS Commissioning Board	NHS コミッショニングボード
NHS Trust Development Authority	NHS トラスト開発局
NHS Business Services Authority	NHS 業務サービス当局
Public Health England	公衆衛生 イングランド
Local Organisations	地方自治体機関
Local Education & Training Boards	ヘルスエジュケーションイングランドの地方委員会
NHR Clinical Research Network	国立保健研究所 クリニカルリサーチネットワーク
Local Healthwatch	地方ヘルスウオッチ
Clinical Commissioning Groups	CCG
Local Government	地方自治体
Health & Wellbeing Boards	ヘルス&ウェルビーイングボード
Local Health & Care Services	地方 医療&介護サービス
Dentists	歯科医
Pharmacies	薬局
Health Centres	ヘルスセンター
Hospitals	病院
Ambulances	救急車
GP Surgeries	GP診療所
Online/phone Services	オンライン/電話 サービス
Community Groups	地域共同体
Care homes	ケアホーム
Personal Helpers	パーソナルヘルパー
Home	自宅
Opticians	眼鏡技師
Providing Care	提供されるケア
Commissioning care	ケアの購入
Improving public health	公衆衛生の向上・改善
Empowering people and local communities	住民と地域社会の参画
Supporting the health care system	NHS体制の支援
Education and training	教育・研修
Safeguarding patients' interests	患者の安全保護

## 2. 対象とする改革<sup>7</sup>

本研究では、主としてブレア、ブラウン、キャメロン政権下のイングランドで行われた改革を対象として検討を行う。年代で言えば、1997年から現在に至る期間が中心となる。

ブレアおよびブラウン首相が率いた労働党政権下の NHS 改革は、2000年に発表された「NHS プラン」という医療サービス改善に向けた10年計画を軸に展開される。ただし、これら労働党政権期になされた改革が共通して前提としているのは、メージャー保守党政権期に導入された内部市場 (internal market) あるいは準市場・疑似市場 (quasi-market) と呼ばれる競争メカニズムを取り入れた医療サービスの契約・購入システムである。そのため本研究では、背景事情を説明する上で必要に応じて、サッチャー、メージャー政権期の改革についても言及する。

メージャーの前任者であるサッチャー首相時代、NHS にマネジメント機能を取り入れ、効率性を向上することを提言した「グリフィス報告 (Griffiths Report)」が1983年に公表された。この報告を受けた一連の改革によって成立したのが「1990年 NHS およびコミュニティケア法」である。同法は1991年4月に施行され、NHS 関連組織を医療サービスの提供者と購入者の2つの機能に分離した。提供者とは病院のことであり、それまで地区保健局 (District Health Authority) の直営だった国立病院を「NHS トラスト」と呼ばれる公営企業体に移行させた。そして、地区保健局は国から配分される予算の中で、地域の患者のために病院を選択して契約を結び、サービスを購入する購入者となった。また、一定の要件を満たす GP (General Practitioners ; 家庭医、一般医) は、GP ファンドホルダー (GP fundholder) として、地区保健局と同様に予算管理とサービス供給を行う購入者となることのできるようになった。

こうしたシステムは確かに効率性を高めた部分もあったが、一方でどの GP に登録するかによるサービス格差を拡大することとなった。そこで、ブレア政権下では GP ファンドホルダーは廃止され、代わりに地域ごとに組織化されたプライマリ・ケア当局 (Primary Care Group のちに Primary Care Trust) がサービス購入者としての機能を果たすこととなった。先述の「NHS プラン」による10年計画は、病院サービスの提供者である NHS トラスト、地域医療の予算管理者であり購入者であるプライマリ・ケア当局との関係を前提として、サービスの量的・質的な改善に取り組んだものと位置づけられる。

ただし、2010年に保守党・自由民主党連立政権が成立すると、キャメロン首相は「NHS の自由化」白書の公表、公衆衛生部門の NHS からの分離をはじめとして、NHS に関する機構の大規模な改革を推し進めた。「2012年医療および社会的ケア法」は、2013年4月に施行されたばかりであるが、本研究は現在の医療制度の枠組みを紹介することを目的として、キャメロン政権下でなされている改革にも言及することとする。

---

<sup>7</sup> 以下「対象とする改革」の記述は、『イギリスの医療制度改革 II』を執筆する白瀬由美香氏によるものである。

対象とする時期になされた主な改革

年	主な改革	首相	
1990	NHS およびコミュニティケア法成立 →内部市場の導入	メージャー	
1997	「新 NHS 白書」公表 →PCG の創設	ブレア	
1998	NHS ダイレクト (電話相談) の導入		
1999	国立医療最適研究所 (NICE) の創設 全国サービス枠組み (NSF) の策定開始		
2000	「NHS プラン」公表 →サービス改善の 10 年計画 NHS ウォークインセンター (時間外診療所) の導入		NHSプラン の段階
2001	医療改善委員会 (CHI) の創設 →星の数による病院の格付け開始 (2005 年まで)		① 供給量の拡大と投資
2002	「NHS プランの遂行」発表 →成果に基づく診療報酬支払 PCG から PCT への移行、SHA 創設		
2003	国民保険料の 1%引き上げ		
2004	ヘルスケア委員会 (HC)、モニター (Monitor) の創設 NHS ファンデーショントラスト (FT) の創設 「NHS 改善計画」公表、医師・医療従事者の処遇改革		
2005	「患者主導の NHS : NHS 改善計画の遂行」公表 患者による選択の強化 (例: 病院の選択肢の拡大)		システム ② 選択・競争・より良い財政
2006	「我々の健康、我々のケア、我々の発言」白書公表 PCT (303→152)・SHA (28→10) の再編		
2007	「ロンドンのヘルスケア: 行動のための枠組み」の公表 公共の場での喫煙禁止		
2008	「NHS ネクストステージレビュー」公表	③ 質の高いケアと 価格に見合う価値	ブラカン
2009	「NHS 憲章」制定 ケアの質委員会 (CQC) の創設		
2010	「NHS の自由化」白書公表 「健康的な生活、健康的な人々」公衆衛生戦略公表	キャメロン	
2011	医療および社会的ケア法案の議会提出		
2012	医療および社会的ケア法成立 →PCT、SHA の廃止		

略語: CHI (Commission for Health Improvement) CQC (Care Quality Commission)、FT (Foundation Trust)、GP (General Practitioners)、HC (Healthcare Commission)、NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence)、NSF (National Service Framework)、PCG (Primary Care Group)、PCT (Primary Care Trust)、SHA (Strategic Health Authority)

参考: 健康保険組合連合会、2012「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」p.44.



### 3. 改革の主要目的

前述のとおり、本研究では NHS の一連の改革のうち、主としてブレア政権以降の改革を研究対象とする。

ところで、改革とは本来あるべき、望ましい姿に現実が合致しない場合に実施されるものである。そして、医療保障制度のあるべき姿は、その受け手である患者、ないしは国民と、その提供責任主体である政府、あるいは実施主体である医療機関それぞれで異なる。

患者や国民にとっての望ましい医療保障制度とは、NHS の理念のとおり、だれもが、いつでも、どこでも、平等に良質の医療を経済的負担なく受けることができるものであり、政府にとってのそれは、国民が望む医療サービスを限られた財源のなかで運営できること、そして、医療機関にとっては患者に必要な医療サービスを提供し、それに対し、正当な対価を得ることであろう。

しかし、NHS は、上記のような各当事者が望む姿を長きにわたり実現できず、NHS 創設以来、数次にわたる改革を実施してきた。

つまり、周知のとおり、患者は診察・治療まで長い待機期間を耐えなければならず、「いつでも」医療サービスを受けることができない状態に置かれてきた。さらに財源不足や、医療従事者のモラルの欠如等とそれを是正する仕組みの不備により適切な医療サービスを受けることができない事例が報告され、「どこでも」「平等に良質」な医療サービス提供もまた、困難であることが指摘されてきた。

次に、政府が実現できないでいたことは効率的な組織体系と、医療機関等、提供側の質の管理や運営に対する管理監督体制の構築であった。これらが適正に機能していないことが上述のような患者への不便となって現れたといえる。

最後に、医療機関側の立場からあるべき姿と距離を置いた NHS について述べたい。通常の取引社会では、より良い商品やサービスを買手に提供したり、あるいは、創意工夫や自己努力を通して経営に努めた場合、それが収益に反映し、当事者はしかるべき利益を享受できることが期待できる。ところが、NHS 体制ではそのような仕組みが脆弱であり、医療サービス提供者側の積極的な取り組みを促進するインセンティブが少なかった。これが時に、患者に対するサービスの劣化の1つの原因となった。

以上のような本来あるべき姿から乖離した NHS 改革の主要目的は、したがって、以下のようなものとなる。

第一に、医療サービスを受けるまでの期間、即ち、待機期間の短縮。  
第二に、どの医療機関で受診したとしても、平等に良質の医療サービス、換言すれば標準化された医療サービスを受けることができる体制の確立

### 4. 中心的な手段

労働党政権と、現連立政権の NHS 改革の目的、方向性は前述のとおり、基本的には同

じであり、このことは前政権の改革が「本来あるべき姿」の実現に至らなかったことを示す。したがって、目的達成のための手段も、新旧両政権ともほぼ同じであり、概要、下記のとおりである。

- ①NHS 予算の増額
- ②具体的達成水準の設定（ただし、これは主として労働党の改革手段）
- ③組織機構改革
- ④診療報酬への成果報酬制度導入
- ⑤医療サービスの質の向上、医療機関の運営管理のための組織創設

#### （1）異なる手段行使のアプローチ

ただし、具体的にどのように上記手段を行使するかは新旧政権において異なる。

まず、労働党政権期は政府による公的介入に重点をおいて改革の主たる手段とし、政策決定権限を背景に、手段遂行のためにトップダウン方式をとった。たとえば、保健省が具体的な数値目標を掲げ、全国の医療機関をはじめとする関係機関に履行達成を強力に課すといった手法である。そして、上記数値目標、あるいは全国標準に至らない場合には保健大臣らが直接、介入する権限を有することとした<sup>8</sup>。

これに対し、連立政権が重点を置いたことは、現場主義（医師をコミッショニングの中心に置くこと）、地域主義（地方自治体と住民の参画促進）、官僚主義の排除、および、選択と競争の強調である<sup>9</sup>。

#### （2）共通の予算増額

このように手段行使のアプローチは異なるけれども、上記①予算増額は新旧両政権に共通する。

##### ① 労働党政権

図1のとおり労働党政権となった1997年以来、NHSへの支出額、および、NHS支出の対GPD比は、いずれも倍増している。これは2000年、当時のブレア首相がEU諸国並みに保健医療予算を増やすために掲げた政治的決定の結果である。

このような財源増額が可能となった背景にはブレア政権における経済政策の成功がある。図2から、イギリスのGDPは労働政権期に一貫して上昇し、1990年後半から2000年半ばごろまで順調な成長を遂げていることがわかる。

##### ② 連立政権

他方、2008年にアメリカで起こったサブプライムローン問題、それに起因するリーマン

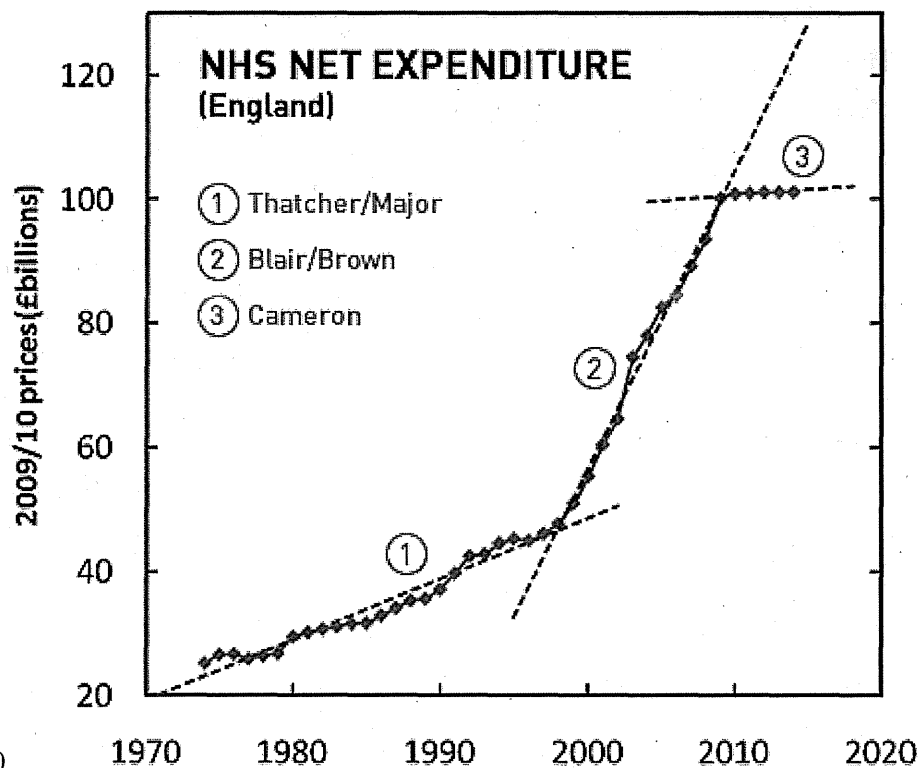
<sup>8</sup> Jo Mayblin and Ruth Thorlby(ed.), A high-performing NHS? –A review of progress 1977-2010-, The Kings Fund, 2010,9頁。

<sup>9</sup> Natasha Curry, NHS reforms: the last 14years,Nuffield Trust,2012（本資料は、本研究助成によりイギリス視察の際に、Natashaが私たちのために作成してくださったものである）

ショックの影響を受け、イギリスもまた経済は停滞に陥り、財政運営が厳しい局面に入った。その結果、2010年からの連立政権は、前述のとおり、医療サービス本体の予算は維持あるいは増額するとしながらも、管理運営部門の経費節減を強く現場に求め、NHS改革も緊縮財政を前提として着手されることとなった。具体的には、2015年までに毎年4%、金額では200億ポンドの運営経費節減が医療サービス提供機関に課されている<sup>10</sup>。

図1) NHS 支出

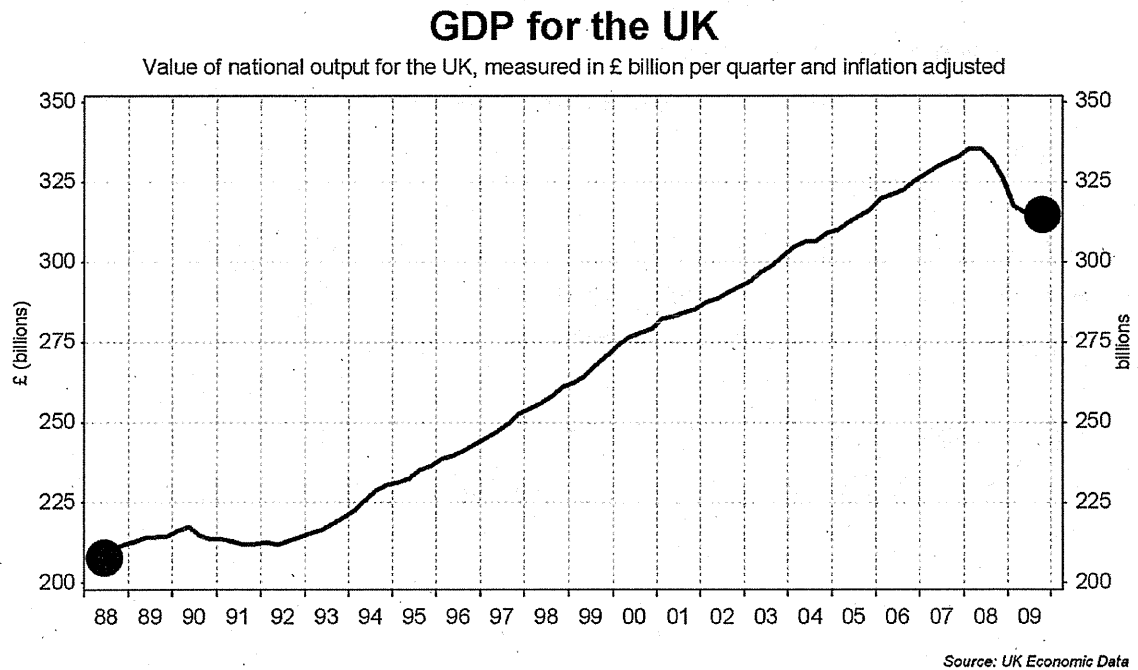
- ① サッチャー／メージャー政権
- ② ブレア／ブラウン政権
- ③ キャメロン連立政権



出典) NHS funding and expenditure (Standard Note:SN/Sg/724, 2012年3月) (下院ホームページ <http://www.parliament.uk>) をもとに、NHS Futureが作成。

<sup>10</sup> Sarah Gregory, Anna Dixon and Chris Ham(eds.), Health policy under the coalition government: a mid-term assessment, The kings Fund,2012,p1.

図2) イギリスの GDP



出典) <http://www.tutor2u.net/blog/files/UKGDPChart-Answer.jpg>

## II. 各論

### 第1節 医療保障

#### 1. 公私関係の見直し

##### (1) 加入義務の範囲の見直し

本研究は独仏英3か国の医療保障制度改革の比較をとおして、我が国の医療制度改革へ示唆を得ることを目的としている。そのため、比較項目を立て、各国制度及び制度改革を同じ視点から検討し、3か国の相違点、共通点を抽出しようとするものである。

しかしながら、イギリスとドイツ・フランスを常に同じ座標軸で検討、検証することはできない。なぜなら、ドイツ、フランスがファイナンスとして社会保険方式を採用しているのに対して、イギリスは税方式であるからである。

イギリスの場合、医療サービスを受けるために、居住に関わる若干の条件以外に、必要な要件はない。したがって、社会保険方式における保険関係への「加入」、ないしは「加入義務の範囲の見直し」を論ずることはできない。

##### (2) 民間保険の役割の変化

NHS体制下においては、施行当初より、NHSが適用されない診療行為を医療機関や医師らが提供すること、および、国民がそれを受けることは許容されてきた（以下、プライベート診療）。この場合、患者は医療費を全額自己負担することになる。これまで述べてき