

たとおり、NHS の枠の中で医療サービスを受けようとする、長く待たされることをしばしば強いられるため、これを避けようと、私費診療を選択する者もあり、このような層を対象に民間医療保険が発展してきた¹¹。

サッチャー政権は、NHS に要する国家財源の縮減を図るため、国民の民間保険への加入を促進し、そのための政策として民間保険加入者に対する優遇税制を設けた。しかし、これは、後の労働党政権により廃止された。

2011年1月現在、民間保険加入率は11.1%、およそ690万人が加入している。加入者は減少傾向にある(2009年1月の加入率は12.4%)¹²。これは民間保険加入を従業員に対する福利厚生の一つとして、使用者が保険料を払っている場合が多いところ、昨今の不景気により、使用者が加入を控えるなどの対策をとったためと推察される。

NHS へ民間保険会社から支払われた診療費についても、これと同じことがいえる。すなわち、2009年は4億7400万ポンドであった支払額は、2011年には4億4500万ポンドに減少した(これは病院収入全体の8%に相当)。

ところで、イギリス視察中、GP が患者を診察するところを、患者らの許可を得て見学させていただいた¹³。ある患者に対する一連の診察が終わり、GP が当該患者に病院を紹介しようとした際に、患者が医師に自分は民間保険に加入しているので、プライベート診療を受けたい旨、伝えた。これを受けて、GP は、プライベート診療を実施している病院をオンライン上で検索し、受診可能な病院を複数示して、患者はもっとも早くに予約日を設定できる病院を選択した。

このような光景を見ると、医療現場では、患者にとっても、GP にとっても、民間保険を活用することは特別なことでも、また、複雑で面倒な作業でもなく、日常の診療業務の一環のようにみえた。

以上、イギリスにおける民間保険について現時点では言えることは、①政策的に民間保険加入を熱心に奨励しているとは言えない、②近年は企業業績の影響を受けて、加入率が減少、③それによる打撃はブレア政権以来の NHS 充実政策により、目立って報告されていない、ただし、④病院にとっては、貴重な収入源として機能している、ということであろう。

¹¹ イギリス民間医療保険については、小林篤「英国の公的医療保障制度と民間保険事業・市場—全住民対象の公的医療保障制度下の民間健康保険の役割と革新—」損保ジャパン総研レポート vol. 62 (2013年)、68~85頁、河口洋行「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較—公私財源の役割分担とその機能—」成城・経済研究 196号 (2012年) 59~92頁、久保敏史、田中健司、川端勇樹「イギリス民間医療保険市場の動向」損保ジャパン総研クォーターリー vol. 56 (2010年) 27~44頁、等。

¹² Private Healthcare UK のサイト、www.privatehealthcare.co.uk より。

¹³ Stuart road Surgery. 住所は The Surgery, Stuart Road, Pontefract, WF8 4PQ。

2. 給付の範囲の見直し、選択制の導入

(1) 給付範囲の縮減等

本項目は、医療費負担が重く、それを解消することを目的として、給付範囲を縮減することを改革の手段として掲げている場合を想定して立てられている。たとえば、ドイツで実施されている、疾病治療に不可欠とは言えない医療給付を縮減するような例である。

しかし、イギリスは、これまで医療保障に投入する財源が、医療需要を満たすには少なかつたという認識に基づき、積極的な財政投資がブレア政権以来続いている。そのため、医療費負担を軽減するために医療サービス本体の給付範囲を縮減する政策はイギリスではとられていないといつてよい。

①自己負担

ただし、不要不急の給付や、患者のモラルハザードを回避するために、上述のとおり、NHS 創設以来、処方箋薬剤（現在は、7.65 ポンドの一律定額負担）、メガネ、等には自己負担が求められる。

②ジェネリック薬品

ジェネリック薬品の使用促進により、オリジナル薬品の使用が制限され、患者にとって給付範囲の縮減となると理解するならば、この点についてはイギリスも該当し、政府はジェネリック薬品使用を強く医療供給サイドへ求めている。ジェネリック薬品が促進される理由は、ドイツ研究報告で述べられているように、治療に影響を与えずに費用の節約が可能だからである。

2008 年現在、薬剤の 82% が国際一般名 (International non-proprietary name, INN)¹⁴ で処方され¹⁵、イギリスの薬剤市場でジェネリック薬品は 67% を占める¹⁶。この結果、NHS 予算を 95 億ポンド節約することに役立ったと評されている¹⁷。

イギリスにおけるジェネリック薬品の普及に貢献しているのは主として、以下の 2 つである。1 つには医学教育である。メディカルスクールでは医学生たちは国際一般名で処方することを教えられている。もう 1 つは、ジェネリック薬品を処方した GP に与えられる報酬上のメリットである。

(2) 選択制の導入

NHS 体制における選択は、2 つの場面に分けることができる。1 つは、住民が GP を選

¹⁴ WHO が設定する医薬品の非独占的・一般的名称である。1 つの化学物質を含む薬品は数多くの商標名で販売されているため、有効成分が不明であり混乱を生じやすい。そこで、1 つの物質に 1 つの標準的名称を与える INN の使用により、医薬品に関する情報交換等を円滑にすることが企図されている。

¹⁵ Generic and Biosimilars Initiative のホームページより <http://gabionline.net/>。

¹⁶ British Generic Manufacturers Association のホームページより <http://www.britishgenerics.co.uk/>。

¹⁷ 議会ホームページより <http://www.parliament.uk/>。

択する場面、もう1つはGPが病院を選択する場面である。住民やGPに広範な選択肢が提供されたのは、種々の改革の成果である。施行当初はこれらの選択がきわめて限定的であり、硬直化していた。

選択の保障とその拡大の根拠は、GPや病院を「選ばれる存在」とすることによって、医療サービスの向上、具体的には待機期間の短縮、質の高い医療サービス等を実現しようというところにある。換言すれば、選択の保障とその拡大は、医療サービス提供者間に競争をもたらし、これが長い待機期間と適切さを欠いた医療サービスを是正するために有効な手段と位置付けられたということである。

そして、選ばれるメリットを設定せずに改革の達成は困難であるため、選択肢の拡大改革には、選ばれた場合の経済的メリット、つまり診療報酬上の評価が表裏一体として必要である。そのため、後述する通り、診療報酬における改革も併せて行われている。

①GPの選択

まず、サッチャー政権時代にGP登録、および変更の方法が簡略化された。

次いで、ブレア政権は2009年にNHS憲章(NHS Constitution)を公布し、国民によるGPの選択は権利であると宣言した¹⁸。

連立政権は、Health and Social Care Act 2012年(以下、2012年法)を制定し、同法の中でNHS憲章を尊重すべきことを保健大臣の義務と規定した。これにより現在、国民は住所地に関わらず、自由にGP診療所を選んで登録することが可能となった。













また、選択権行使を保障するため、インターネットによる検索システム、NHS Choiceを立ち上げ、GP診療所に関する多様な情報を入手できるようなプログラムが用意されている。

表1は、GP Choiceを用いて、リーズ(Leeds)にあるGP診療所を検索したものである。検索画面の地域名記入欄にLeedsを入れると、診療所の数と、各診療所の情報が現れる。一覧表の上部にはGP診療所の選択基準となる情報項目がたてられている。さらに、診療所名をクリックすると、診療時間、診療所設備、医師、看護師をはじめとするスタッフの経歴等、詳細な情報を得ることができる。

¹⁸ NHS, The NHS Constitution: The NHS belongs to us all, for England, 2013, p8.

表 1. Leeds で登録可能な GP 診療所

- 総数 : 993 件

Details	NHS Choices 利用者による評価	登録患者数	患者調査による総合評価 価点数	電子処方箋の有無	新規患者受け入れの可否	オンラインによる診察予約の可否	オンラインでの処方箋注文の可否
Dr's Czaykowski & Minett (診療所名)							
Tel: 016 * * * 住所: The Orchard Surgery Horseshoes Lane Langley Kent ME17 3JY		2505 人	 89 点以上				
Bearsted Medical Practice							
Tel: 016 * * * 住所: The Surgery Yeoman Lane Bearsted Maidstone Kent		12694 人	 76 点以下				

②病院の選択

NHS 体制下で「病院の選択」という概念を導入し、選ばれる病院となるため、病院間に競争を最初にもたらしたのはサッチャー政権期の 1991 年改革である¹⁹。

しかしながら、待機者の増加、待機期間の長期化等の課題が十分に解決されなかった。そのため、続く労働党政権、および現連立政権は病院に対する患者の選択肢を拡大する政策を積極的に進めることで、病院間の競争をいっそう促進させ、病院サービスの向上をめざした。その拡大の過程は下記の表 2 のとおりである。

現在、国民、患者もまた GP 同様、病院検索も NHS Choice のサイトから可能であり、そこから基本的な情報や患者評価を知ることができる。各政権による改革に加えて、IT 技術の整備・発展が国民や患者に GP や病院等、医療サービスの供給者の選択を可能にし、かつ容易にすることを大きく寄与していることはいままでもない。

そして、表 2 から理解されるように、数次にわたる改革とこのような検索システムにより、今日では、患者が自ら受診したい病院を選択し、それを GP に求めることが患者の権利として確立している。

なお、GP が病院を検索する際は、上記サイトではなく、待機期間等、病院に関する詳細な情報を得ることができ、また、病院との間で患者の情報を電子カルテを通してやり取りできるようより充実したサイトを活用している。イギリス視察で訪問した診療所は System-one というシステムを利用している²⁰。

¹⁹ サッチャーによる NHS 改革については、渡辺満『イギリス 医療と社会サービス制度の研究』（溪水社、2005 年）1~74 頁、炭谷茂「第 8 章 保険医療制度」社会保障研究所編『イギリスの社会保障』（東京大学出版会、1987 年）215~248 頁、ジョン・バトラー著、中西範幸訳『イギリスの医療改革』（勁草書房、1994 年）等、参照。

²⁰ <http://www.tpp-uk.com/>。

表 2. 病院選択肢の拡大の沿革

首相	年	概要
ブレア	2000年	The NHS Plan を公表。同 Plan は、2005年までにあらゆる患者が全国すべての病院に予約ができること、受診の日時は病院ではなく患者の都合によって決まることを宣言。
	2002年	白書、Building on the Best: Choice Responsiveness and Equity in the NHS を公表。同白書は、NHS のシステムの中に患者の選択が反映される枠組みを提言する。
	2006年	すべての患者に対し、4~5つの病院が選択肢として与えられる。その選択肢には、NHS および民間病院等、多様な医療機関が含まれる。
	2006年	ウェブサイト、NHS Choice が開設される（表 1 参照）。このサイトから国民は、病院、医師の経歴、業績等の情報をオンライン上から得ることができる。
ブラウン	2008年	患者が GP の紹介状を得て、病院外来へ初めて行くときは、患者自身が病院を自由に選択することができる。
	2009年	NHS 憲章公布。
キャメロン	2010年	白書、Equity and excellence: Liberating the NHS を公表すると同時に、諮問文書、Liberating the NHS, Greater choice and control が国民、および専門家に向けて発出される。そこでは、患者の選択をいっそう確保、拡大するための提案を国民、専門家に求めている。
	2011年	Any Qualified Provider(AQP)制度が創設され、2012年4月から施行される。これは、患者が医療サービス関連の資格を持つ多様な提供者—NHS 病院、民間病院を含む民間会社、NPO 法人等—の中から自由に自分へのサービス提供者を選択することができる。
	2011年	2012年4月より、患者は専門医チームや専門医を地域的な制約なしに指名することができる。NHS 提供者はその指名が診療上の視点からみて、正当な紹介であれば受け入れなければならない。
	2012年	2012年法制定。Choice Framework 公表。このなかで NHS サービスを選択すること、および、そのための情報を与えられることが患者の法的権利であることを再確認する。

3. 診療報酬制度の改善

(1) GP の診療報酬制度

従来、GP への報酬は、登録住民数に応じて支払われる人頭払い方式が中心であった。この方式では、患者や登録住民に提供するサービスの量と質に関わりなく報酬が支払われるため、医師らのサービス向上に対するモチベーションが上がらず、これが待機問題など、NHS 体制下で生じる諸問題の大きな原因となっていた。

そこで、診療報酬に GP の努力と成果を反映させる改革が、2004 年にブレア政権によって始められた。「質と結果に基づく診療報酬 Quality and Outcomes Framework (以下、QOF)」制度の導入である。これは診療報酬の算定に成果的要素を含めるものである。同制度導入と同時に、これまで GP 個人に支払われていた診療報酬が、この改革を機に診療所単位で支払われることになった。以下は、2004 年以降の GP に対する主要な診療報酬支払体系である²¹。

①住民登録人数による「包括報酬 global sum」

包括報酬は、現在も診療所が受け取る診療報酬のほぼ半分を占める。算定基準は、登録人数に加えて、年齢、性別、罹患率、死亡率、施設入所者の数、等である。

②質の高い選択的サービスの提供に対する「特別報酬 enhanced Services」

これは2つに分類され、ひとつは、Director Enhanced Services(DESs)、もうひとつは、Local Enhanced Services(LESs)である。前者はインフルエンザの予防接種や子供にする予防接種など、後者は特定地域のニーズをみたすようなサービスである。

③質が高いと評価されたサービスに対する「成果報酬 quality and outcomes」

この報酬体系が前記 Quality and Outcomes Framework である。なお、この適用を受けるか否かは GP の任意である。2011 年度の参加 GP 診療所数は 8123、前年比マイナス 122 件である。

quality and outcomes は、表 3 のとおり、ドメインとして知られている 4 つの要素からなる。各ドメインには指標 indicator として達成目標が定められ、その達成度に応じて点数がつけられる。そして、点数に一定の単価を乗じた額が quality and outcomes として、GP に支払われる。

(2) 病院の診療報酬制度

①<~2004 年>の診療報酬制度

NHS 施行以来、病院の財源は年間定額予算方式(block contract)により調達され、サービスに対する対価としての「報酬」的意味合いがなかった。この方式のもとでは、サービスの量を増やし、質を向上しようとするインセンティブが病院に働くことは困難であり、これが待機者問題の主たる原因となった。

²¹ <http://www.nhshistory.net/>.

表 3. quality and outcomes の概要

ドメイン	指標	指標数	満点	平均点数
臨床	20 の臨床分野について評価：冠状動脈性心疾患、高血圧、など。	87	661	641.2
組織運営	6 つの分野について評価：情報管理、患者との意思疎通、教育訓練、質と生産性、等。	45	262	252.5
患者の経験	1 つの分野＝待機期間の長さについて評価	1	33	32.7
付加的サービス	4 つの分野について評価：児童健診、子宮頸幹部健診、妊産婦サービス、避妊サービス、	9	44	42.7
	合計	142	1000	969.1

出典) Health and Social Care Information Centre, Quality and Outcomes Framework, Achievement, prevalence and exception date,2011/2012.

②<2004年～>の診療報酬

上記のような事態を解決するために、ブレア政権は 2002 年 4 月、白書、Delivering the NHS Plan,を公表、それに基づき、2004 年、病院に対する支払いに成果報酬要素を導入した。「結果に基づく支払い Payment by Results(以下、PbR)」と呼ばれる新方式は提供したサービスの量に応じた対価を支払う診療報酬方式である²²。

具体的には、ナショナルタリフ(保健省が定める全国統一の公定価格)に治療件数を乗じた金額が病院へ診療報酬として支払われる。PbR の適用状況は下記のとおりである。

2004 年：ファンデーショントラスト病院に適用

2005 年：すべての急性期トラスト病院へ適用(但し、救急を除く)

2006 年：すべてのトラスト病院へ適用(救急も含む)

前記ナショナルタリフは HRGs(Health Resource Groups)と呼ばれる診断群ごとに設定される。HRGs は PbR のために考案されたものではなく、PbR 導入以前の 1990 年から開発、施行されてきた。HRGs は医療コストや医療資源消費量の測定ツールとして開発され、医療費抑制、あるいはコントロールのために用いられる DRG、DPC とは、その性質を異にする²³。

²² PbR 導入について Ron Pate, What is Payment by Results?, The NHS and HTAs,2009 参照。

²³ HRGs については、松田晋哉『基礎から読み解く DPC 第 3 判』(医学書院、2011 年) 123～127 参照。

4. 費用負担者の役割

(1) 費用負担者の機能強化

国家予算を財源とする NHS の費用負担者は政府である。そこで、NHS 改革では費用負担者の機能強化というよりはむしろ、政府の委任を受け、配分された予算の管理を担う組織の機能強化がめざされてきた。

労働党政権時代に予算管理の責任を担ったのが、2002 年に創設された PCT であった。これが連立政権の組織機構改革により、2013 年 4 月から、GP サービスについては NHS Commissioning Board、病院サービスについては、CCG がそれぞれ予算管理者となった。

①労働党政権期の改革の背景と目的

労働党政権期の PCT（この前身は PCG, Primary Care Group）は、保守党政権期に作られた GP ファンドホルダーを廃止し、それに代わる組織として創設された。GP ファンドホルダー制度では、住民がどの GP に登録するかで受けることのできるサービスに格差が顕著であり、是正する必要があったからである。PCT は NHS サービスが住民に公平に提供されることを目的として設立されたといえる。

②連立政権の改革目的

連立政権の NHS 機構改革は前記 PCT を廃止し、2013 年 4 月から NHS Commissioning Board と、CCG がそれに代わる役割、機能を果たすことになった。

従来、PCT は GP と病院の 2 つのサービス購入を一元的に担っていたが、これを図 3 のとおり、2 つに分けることで、効率を向上させ、連立政権の NHS 改革の主目的である官僚主義の排除を図ろうとしている。

とりわけ、全国に配置された 212 の CCG には、当該地域の GP はすべて構成員となることが義務付けられ、臨床サイド中心の意思決定がなされることが期待されている。

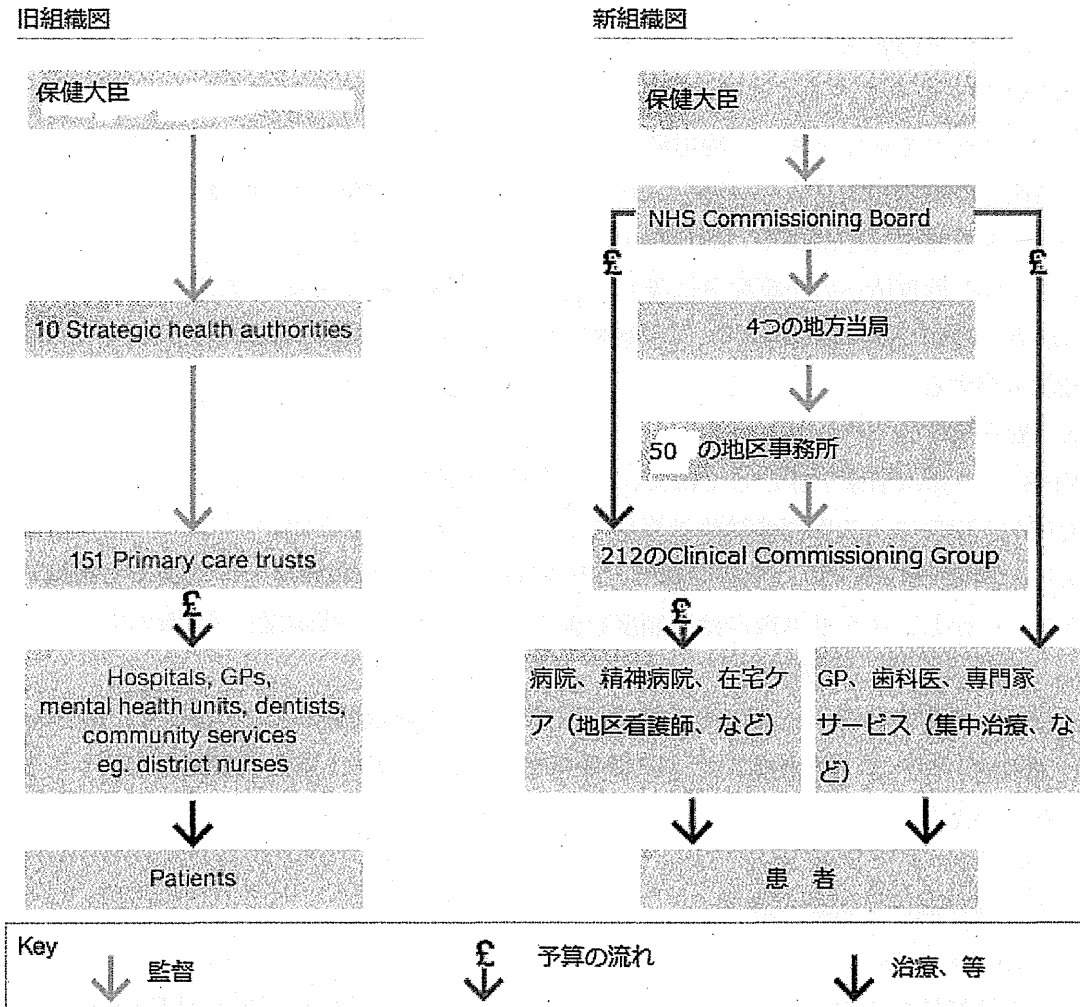
(2) 購入者と医療供給者との関係の見直し

2013 年 4 月より地域住民のために病院サービスを購入する役割が PCT から CCG へと代わった。CCG は上述のとおり、GP 主導で運営されるため、患者、住民にとっても最も適切な病院サービスの提供が可能になると考えられている。

そして、適切なサービス確保のため、CCG には NHS 病院、民間病院等、多様なサービス提供者を選択・購入の候補とすることが要求されている。そして、この民間のサービス提供者の積極的な活用によって、患者の選択肢が拡大し、かつ、提供者間には競争を喚起することも企図されている。付言すれば、この改革は前述の Any Qualified Provider(AQP) 制度と表裏一体である。

図 3. NHS 新旧組織図

The structure of the NHS



出典：イギリス BBC より（2013年3月1日 <http://www.bbc.co.uk/news/health-12177084>）。

5. 財政的な公平と安定の確保

(1) 財政システムの見直し

新旧両政権の財政システムは表4のとおりである。大きな違いは、下記のとおり予算管理者の変更・見直しである。

	旧	新
GP サービスへの予算配分権者	PCT	NHS Commissioning Board
病院サービスの購入者	PCT	CCG

GP サービス、つまり GP 診療所への予算配分権者は、2013 年 4 月からは NHS コミッショニングボードとなった。なお、GP が病院サービスの購入者となる改革については前記(4)②を参照されたい。

(2) 医療費の総額コントロール

①財政調整

これまで述べてきたとおり、税財源で運営される NHS においては、社会保険方式を採用する医療保障制度において必要とされる保険者間の財源調整などの問題はあまりない。サービスの受給者は全員が 1 つの枠の中に入っているからである。

なお、GP 診療所への予算配分に際しては、登録者の年齢、性別、罹患率、死亡率、施設入所者の数が考慮されるので、この意味では予算配分に公正さを担保するための財政調整機能が存する。

②医療費総額コントロール

NHS の予算は国家予算として生まれ、年度初めに総額が決定される。この意味で、施行当初から政府による医療費総枠予算制である。この制度は医療費コントロールには有効であると評価される一方、待機問題等、NHS 問題の大きな原因の 1 つであると指摘されてきた。しかし、イギリス政府は同制度を変えることなく、予算増額、組織改編等、上述のような改革を通して課題解決にあたってきた。

つまり、財政的な公平を図るために NHS が取り組んだ改革は、より多くの、あるいはより質の高いサービスを提供した GP 診療所や病院に、それに見合う報酬を支払うことでありるといえる。

6. 新たな治療法・薬剤の導入

(1) 1999 年改革

ブレア政権期の 1999 年 4 月、National Institute for Health and Clinical Excellence(国立最適医療研究所。以下、NICE)が設立された。NICE の設立趣旨は、主として 2 つ、①医療の地域間格差の解消と、②医学・医療技術の進歩と制度の財政的安定との両立を確保することである。

NICE は①のために診療ガイドラインを作成し、全国、どの地域においても、住民が均質に適切な NHS サービスを受けることができることを目的としている。

また、②のために新しい薬剤や医療技術について、その効用、安全性と、当該薬剤等の費用対効果を総合的に評価する。その評価結果は、「推奨する recommended」「利用可 optimised」「治験のみで利用可 only in research」「推奨しない not recommended」と、4 つのレベルに分類される²⁴。

²⁴ 白岩健、福田敬、渡辺茂、津谷喜一郎「イギリス NICE における医療技術評価の現状と医療技術ガイダンスのレビュー」『医療経済研究』vol21(2009 年)155~170 頁参照。

(2) 2009年改革

NICE の上記評価によって、費用対効果において有効でないと判断されると、「推奨しない」に分類され、当該医薬品等は原則、NHS の費用償還が得られない。そのため、高額な新薬に患者がアクセスできないという事態が発生するようになった。

この対策として、2009年、保健省とイギリス製薬協議会 (The Association of the British Pharmaceutical Industry) の合意により、「患者アクセス保障 Patient Access Scheme」と呼ばれる新しい制度が導入された。この制度のもとでは、NICE が費用対効果上、有効ではないと評価された医薬品については、製薬会社が NHS に対し、当該医薬品を値引き、払い戻しをすることで患者の当該医薬品へのアクセスが保障されることとなった。

(3) 2013年改革

連立政権後、2013年4月より、NICE に新たな役割が加わった。それは、児童、高齢者、障がい者等への福祉サービス分野にもガイダンスを提供することである²⁵。対象は、サービス提供従事者、利用者本人、およびその介護者である。

III. 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

ドイツ、フランスの改革目的が増大する医療費をどう抑制するかということであるのに対し、イギリスのそれは、医療費の抑制ではなく、医療費により多くの予算を投入し、医療サービスの供給量を増やし、と同時に、その質を改善することであった。

この違いは、NHS が予算定額制のもと、十分な予算配分がなされなかったため、患者・国民に対する医療サービスの供給が十分になされず、そのために種々の社会的問題を惹起したことに起因する。その最大の問題が、これまで何度も述べてきた治療に直ちにアクセスできない待機問題である。これを解決するには、何より供給量を増大することが急務である新旧両政権が認め、その結果、予算増額が改革の主たる手段となった。

2. 日本にとって重要と考えられる点

日本の医療保障制度は、社会保険方式、フリーアクセス、主たる医療サービス供給者が民間であること、など、NHS とは決定的に異なる点が少なくない。そのため、NHS の一連の改革のなかには、必ずしも参考とならないものもある。

しかしながら、増大する医療費支出をどのように抑制するか、その際、患者へ提供する医療サービスの質を落とさないためには、いかなる方策を取るべきか、という点については NHS の改革手法からは貴重な示唆が得られると思われる。

たとえば、診療所や病院に関する情報の積極的な公表、その情報に患者の評価を含めること、などがあげられる。あるいは、NICE のように医薬品、医療技術を費用対効果の視

²⁵ NICE のホームページより <http://nice.org.uk>。

点からも評価し、その評価結果を臨床現場での使用に反映させるような仕組みである。

なお、2013年からの新しい諸制度は、まさに始まったばかりであり、これらの改革に対する評価は、現時点ではなしえない。

研究1年目の成果として、本報告書は労働政権以来、とりわけ、現政権のNHS改革の概要について、最新の動向を含めて紹介した。残された課題は、これら改革が政府の目指した方向にNHSを向かわせることができるのか（できたのか）の検証である。

最後に、多くの文献が指摘し、また、今回の視察で話を伺った多くの関係者が述べるように、イギリスの医療改革は、非常に頻繁で、その範囲も広範である。前回の改革の評価も定まらないうちに、あるいは完結しないうちに、新しい改革が計画、着手されるという。このような改革のあり方が、果たして効果的であるかは、別途、考える必要があるだろう。

参考文献：文中に掲載した文献以外

1. 医療経済研究機構『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2011年度版』（医療経済研究機構、2012年）
2. 健康保険組合連合会『NHS改革と医療旧体制に関する調査研究報告書』（健康保険組合連合会、2012年）
3. 近藤克典『「医療クライシス」を超えて：イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』（医学書院、2012年）
4. 伊藤善典『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み－』（ミネルヴァ書房、2006年）

NHS 関連の主たるサイト

ギリス保健省 <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>

NHS UK <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>

NHS イングランド <http://www.england.nhs.uk/>

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 II

研究分担者 白瀬由美香(国立社会保障・人口問題研究所 室長)

【研究要旨】

本研究は、ブレア政権期以降のイギリスの医療供給体制に関わる改革を検討し、日本への示唆を探ることを目的とする。本研究は様々な施策に対する検討をもとに、他国との比較の観点から考えた改革の要因を探り、日本への示唆を考察した。

第一に、平等な医療アクセスの確保に関しては、待機時間の短縮とアクセスの拡大、医療人材の養成・確保、地域医療計画・戦略の策定が挙げられた。第二に、供給者間の連携確保において、新たな連携システムの導入・普及については、新たな連携システムの導入・普及として、インターミディエイト・ケアの整備、コミュニティケア(退院遅延)法の制定、NHSによる継続的な社会的ケア提供があった、さらに、供給者間の役割分担の見直しとして、一次・二次医療機関の役割分担の在り方を変更、医療と社会的ケアとを床地域ごとに予算・人員統合するケースが見られた。第三に、質の確保では、医療機関の登録システムの整備、質の評価、「全国サービス枠組み」と診療ガイドラインの策定、医療従事者の免許更新制などの取り組みがなされていた。

以上をもとに、これら改革の特徴は、診療所等を単位として行われる地域医療予算の管理、サービスの委託・購入システム、それを基盤とした質の確保にあるといえる。その要因は、長年の財政抑制によるサービスの低下、メジャー政権期から続く医療サービスの準市場の存在を挙げることができ、改革によって以前と比べて医療の質は大きく改善した。

イギリスで見受けられた、医療へのアクセスポイントでの多様な医療従事者の活用、プライマリ・ケアでの専門医療やインターミディエイト・ケアの提供、質の確保に関する重層的な仕組みの存在は、日本にとって重要と考えられる。

A. 研究目的

本研究は、1997年に発足したブレア政権期以降のイギリスの医療制度改革のうち医療供給体制に関わる改革を検討し、日本への示唆を探ることを目的とする。第一に平等な医療アクセスの確保、第二に供給者間の連携の確保として新たな連携システムの

導入・普及および供給者間の役割分担の見直し、第三に質の確保に注目する。

イギリスの医療供給体制は、GP(General Practitioner; 家庭医、一般医)と呼ばれる「かかりつけ医」による一次医療と、病院による二次・三次医療が明確に機能分化されているところに特徴がある。その大きな

枠組みは維持されつつも、質の高いサービスを効率的に提供することを目指し、多様な施策が行われてきた。本研究はこれらの改革に対する検討を通じて、日本への示唆を探っていく。

B. 研究方法

研究にあたり、イギリス政府および関連機関が発行した提言書や報告書、関連する研究論文等に関する文献調査を行った。そして、現地に赴き NHS 関係者へのヒアリングおよび医療機関等の視察を行い、事実関係の確認と情報収集を行った。これらから得られた事実をもとにして改革の概要をまとめた。そして、他国との比較の観点から改革の要因、日本への示唆を考察した。

なお、本稿でイギリスの事例として言及しているのは、グレートブリテン島および北アイルランド連合王国のうち、イングランドに関する事柄のみである。

(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. 平等な医療アクセスの確保

(1) 待機時間の短縮とアクセスの拡大

①待機時間の短縮

ブレア政権開始時に大きな問題となっていたのは、医療機関を実際に受診するまでの待機時間の問題だった。その解決のため、2000年に発表された「NHSプラン」では、診療所には48時間、病院の外来には3ヶ月、入院には6ヶ月を最長として受診可能とするように目標が定められた。後に「NHS憲

章」において、病院での治療は紹介から18週間以内に開始することが目標とされた。

2008年には入院まで平均5.8週間となり、病院の待機期間は大幅な改善が見られた。診療所では、予約当日の受診を可能にする医師のシフトを構成し、看護師の活用による診察、検査など、患者をより早く治療する取り組みがなされている。なお従来は、大半のサービスがNHSの直営だったが、現在は多様な民間事業者・医療機関と契約を結び、サービス提供がなされている。

②時間外診療等の拡大

1998年に、NHSダイレクトという電話やインターネットでの24時間相談受付が開始された。NHSダイレクトでは、医者に行くべきかどうか分からないとき、セルフヘルプでの対処法に関する情報が必要なときに看護師から助言を受けることができる。平日午後6時半から午前8時までの間に受診が必要な場合は、NHSダイレクトが時間外診療をしている医療機関について教えてくれる。

2000年には、ウォークインセンター(Walk-in-Centre)と呼ばれる、ドラッグストアや病院の救急部門に併設された軽症患者向けのサービスも開設されるようになった。主として処方資格のある看護師が常駐し、事前登録・予約不要で早朝や夜間も診察する。

(2) 医療人材の養成・確保

ブレア、ブラウン政権は、医療の質の向上を目指し、GDP比7%程度であった医療費を他の欧州諸国の平均である10%水準に引き上げ、医療従事者の養成・確保にも

積極的に取り組んだ。また、医師と NHS との契約方式を見直した。

医師については、研修医プログラムの改革による研修期間の明確化と短縮、医学部の定員増加、養成課程の多様化、外国人医師の活用などを行った。

看護師については、看護管理の責任者として看護師長 (Modern Matron)、臨床でのエキスパートとしてナース・コンサルタント (Nurse Consultant) などの役職が NHS に設けられ、上級レベルの看護師の処遇改善がなされた。

また、医師を除くすべての NHS 職員について、同一価値労働同一賃金の原則に基づく新たな給与・人事システムシステムが 2004 年に導入された。

医療人材の採用に関して、GP やプライマリ・ケア従事者は、後述の PCT が必要人員の管理を行っていた。病院職員は、各地の病院グループの管理運営をする NHS トラストや NHS ファンデーション・トラストが必要人員を確保することとなっている。

(3) 地域医療計画

ブレア政権下で形成されたプライマリ・ケア・トラスト (Primary Care Trust ; PCT) を中心に地域医療計画は策定、執行される。保健省から各 PCT に配分された予算をもとに、PCT は一次医療圏でのサービス提供および病院サービスの購入などを行う。PCT の任務は、①所管地域の計画策定、②サービスの質の向上の促進、③GP や病院サービス等の委託・契約、④直営プライマリ・ケア・サービスの提供であった。

医療資源の確保や配分のための広域的な戦略立案を行う組織としては、2002 年より

戦略的保健局 (Strategic Health Authority ; SHA) が置かれていた。SHA は当初は 28 ヶ所あったが、2006 年に 10 ヶ所に集約された。SHA の機能としては、トラストの業績管理、広域的な医療連携の確保、継続教育の提供等の人材育成が挙げられる。

なお、2013 年 4 月以降、組織改革によって PCT も SHA も廃止され、それぞれ Clinical Commissioning Groups (CCG) と NHS トラスト開発局 (NHS Trust Development Authority) に引き継がれた。

2. 供給者間の連携確保

(1) 新たな連携システムの導入・普及

① インターミディエイト・ケアの整備

1990 年代後半以降、「病院から在宅までのスムーズな移行を可能にし、慢性期またはターミナル期にある患者を病院治療に依存することなく治療し、長期の入院・入所を予防するもの」としてインターミディエイト・ケアが注目されるようになった。ブレア政権下で大規模な予算化がなされ、コミュニティ病院、急性期病院、介護施設等にインターミディエイト・ケア病床の整備が進められた。

② コミュニティケア (退院遅延) 法

2003 年にコミュニティケア (退院遅延) 法が成立した。これは、社会的ケア・サービスの不備による退院の遅れが生じた場合に、病院が地方自治体に課金をする制度である。スウェーデンやデンマーク等で既に導入されていた仕組みに倣って導入された。当初は急性期病院のみが対象であったが、2006 年以降はリハビリテーション病院や

インターミディエイト・ケア施設についても同様の措置が適用されることになった。

③NHSによる継続的なケア提供

NHS 継続医療(NHS Continuing Health Care)は、病院以外の場所にいる継続的な医療ニーズがある要介護者に対して、NHSが医療・介護双方のサービス費用を負担する。通常の社会的ケア・サービスと違い、NHS 継続医療が適用されると、身体介護や福祉用具等についても利用者は費用負担をしなくてよい。ナーシングホーム、ホスピス、自宅など、さまざまな場所でのサービスが対象である。

NHS 継続医療は適用されないが、ナーシングホームに入居し、看護師によるサービスを受けることが必要だと認定された者については、NHS から施設に対して看護師の person 費が補助されていた。この仕組みは2001年に導入され、NHS 拠出ナーシングケア(NHS-funded Nursing Care)と呼ばれている。

(2) 供給者間の役割分担の見直し

①医療供給者間の役割分担の見直し

2006年に保健省は「私たちの健康、私たちのケア、私たちの発言：新しいコミュニティ・サービスの方向性」を発表し、以下の4点を提言した。

- (a) 医療の主な提供場所を病院からコミュニティに移行すること。
- (b) 個人のニーズに即した対人サービスの提供すること。
- (c) 提供されるサービスを患者・利用者がもっとコントロールできるようにすること。
- (d) ニーズに対して最も適切な治療・ケア

を提供可能な専門職を活用すること。

この方針に沿って、検査や日帰り手術など一部のサービスは、各地で病院からプライマリ・ケアに移行されることとなった。また、リハビリテーションを行うインターミディエイト・ケア施設やコミュニティ病院をプライマリ・ケアに設置する取り組みも行われた。

②医療と社会的ケアとの共同および統合

インターミディエイト・ケアの普及は一定の成果を上げたが、地域によってばらつきが大きく、現場での実質的な連携には限界もあったと言われている。2005年以降は、医療と社会的ケアとの共同アウトカム評価や地域における運営の組織の統合も始まった。たとえば、高齢者や精神保健に関して、Torbay などいくつかの地域では、PCT と社会的ケア・サービスを予算面でも人的側面でも統合した「ケアトラスト」を形成する取り組みがなされた。

3. 質の確保

(1) 医療機関の登録システム

現在、イギリスのすべての医療機関および社会的ケア事業者は、ケアの質委員会(Care Quality Commission ; CQC)に登録することが求められる。公的な医療・社会的ケア提供に従事する事業者だけでなく、私費診療を専門に行う医療機関も含め、イングランドのすべての事業者が登録対象となっている。登録すると、ケアに関する①関与と情報、②個別ケア・治療・支援、③保護と安全、④職員配置の適切さ、⑤質とマネジメント、⑥マネジメントの適切さの6分野について監査がなされる。

さらに、NHS でサービス提供を行うには、CQC への登録に加えて、モニター (Monitor) という機関が発行する免許が必要となる。モニターは元々、NHS ファウンデーション・トラスト (NHS Foundation Trust) と呼ばれる、拡張された裁量権を持つ病院グループの財務状況を監査する機関であったが、2013 年 4 月以降、免許発行機関へと機能が拡張された。2014 年より NHS のすべての医療機関に免許を発行することになる。

(2) 医療機関の質の評価

2001 年に創設された医療改善委員会 (Commission for Health Improvement) は、病院の臨床上のターゲットの達成度に応じた業績評価に基づいて、星の数 (1~3) による格付けを行った。格付け評価は、2004 年以降は後継組織であるヘルスケア委員会 (Health Care Commission) でも 2005 年まで続けられた。ヘルスケア委員会はその後、サービスのプロセスを重視した業績評価手法に変更し、病院に対して「劣る (Weak)」「適正 (Fair)」「良い (Good)」「優秀 (Excellent)」の 4 段階評価をした。しかし 2009 年にヘルスケア委員会がケアの質委員会 (Care Quality Commission) に転換されると、質の向上を目指す評価は廃止され、最低基準の要件を満たしているかの監査のみなされるようになった。

(3) 全国サービス枠組みと診療ガイドライン

「全国サービス枠組み (National Service Framework)」の策定は 1999 年に始められた。これは、特定の医療分野や疾病グルー

プ (がん、循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病、高齢者、精神保健など) について、達成すべき基準や整備すべきサービスを示した 10 年計画である。これらサービス枠組みは、効果的な治療法に関する科学的な根拠に基づいて随時改訂される。各地で地域医療計画を策定する際には、全国サービス枠組みを考慮することとなっている。

同じく 1999 年に創設された国立医療最適研究所 (NICE ; National Institute for Clinical Excellence、現在は正式名称を変更し National Institute for Health & Clinical Excellence) は、疾病ごとの治療指針となる臨床ガイドラインの策定、医薬品・医療機器・医療行為の費用対効果評価をする技術評価を行っている。臨床ガイドラインは、過去の臨床研究の成果をもとに策定される。医療技術・医薬品の費用対効果評価では、QALY (Quality Adjusted Life Years) を基準とした評価がなされている。

(4) 医療従事者の質の確保

イギリスで医師として活動するには、総合医療審議会 (General Medical Council ; GMC) という機関に医師登録した上で、医業を行う免許を受ける必要がある。2012 年 12 月より医師免許に対して、業務の再検証に基づく更新制 (revalidation) が導入された。更新の際には、①知識・技能・パフォーマンス、②安全と質、コミュニケーション・連携・チームワーク、④信頼の維持の 4 つの分野に関する評価を 5 年ごとに受けることになる。

看護師も看護助産審議会 (Nursing & Midwifery Council) への登録が必要である。看護師資格には以前から更新制度

(renewal) があり、その要件は過去 3 年間に 35 時間以上の継続教育と 450 時間以上の臨床経験とされている。目下のところ、医師と同様に業務状況の再検証に基づく免許の更新制 (revalidation) を導入するという議論が進められている。

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

ブレア政権移行の医療供給体制の改革で最も特徴的なのは、PCT および診療所による地域医療予算の管理を通じた、医療サービスの委託・購入である。このシステムを基盤として、国の医療予算増額によるサービスの量的確保とともに質の確保・向上を図る仕組みが整備された。

この改革をもたらした要因は、第一に長年の財政抑制によって低下したサービスの質を改善する必要に迫られていたことが指摘できる。第二に、メージャー政権期になされた医療における準市場（内部市場、疑似市場）の創設は、ブレア政権期以降の改革の流れを基礎づけたと考えられる。

2. 日本にとって重要と考えられる点

第一に、医療アクセスの確保に関して、診療所だけではない、多様な窓口がイギリスには見受けられた。ウォークインセンターや電話相談をはじめ、診療所の診察でも、患者と医療との最初の接点で、看護師など多様な医療従事者が活用されていた。

第二に、医療供給者間の役割分担の見直しにおいて、従来は病院サービスであった専門医療を、プライマリ・ケアに移管する取り組みは興味深い。また、急性期病院か

ら地域に移行する際のインターミディエイト・ケア施設（病床）の整備は地域医療連携を進める上で重要である。

第三に、重層的な医療の質の確保への取り組みは注目に値する。特に個々の評価手法については、日本の実状に合わせた評価基準の策定にも参考になる部分があるだろう。また、医療従事者の水準を維持ないし向上し、潜在化を防ぐ意味でも、免許更新は有効だと思われる。

E. 結論

日本とイギリスとは、医療制度が大きく異なることから、制度の大きな枠組みの部分で日本に適用可能な要素を見いだすことは難しい。しかし、NHS 内部でなされている様々な取り組みを学ぶことは無意味なわけではない。サービスの効率性を追求しつつ、医療の質を保つために何をすることができるか、取り得る方策についての選択肢を広げることができるだろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

「イギリスの看護師の専門性と自律性：資格・教育・人事システムに基づく考察」日本保健医療社会学会看護・ケア研究部会 2012 年度 6 月例会（東京女子医科大学）、2012 年 6 月 30 日。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

II. 各論

第2節 医療供給体制

イギリスでは、1948年に発足した National Health Service (NHS ; 国民保健サービス) が租税を財源として、無料で全国民に医療を提供している。イギリスの医療供給体制は、GP (General Practitioner ; 家庭医、一般医) と呼ばれる「かかりつけ医」による一次医療と、病院による二次・三次医療が明確に機能分化されているところに特徴がある。その大きな枠組みは維持されつつも、質の高いサービスを効率的に提供することを目指し、医療供給体制には様々な改革が加えられてきた。

本研究は、1997年に発足したブレア政権期以降のイギリスの医療制度改革のうち医療供給体制に関わる改革を検討する。具体的には、第一に平等な医療アクセスの確保、第二に供給者間の連携の確保として新たな連携システムの導入・普及および供給者間の役割分担の見直し、第三に質の確保に注目する。

研究にあたり、まずイギリス政府および関連機関が発行した提言書や報告書、関連する研究論文等に関する文献調査を行った。そして、現地へ赴き NHS 関係者へのヒアリングおよび医療機関等の視察を行い、事実関係の確認と情報収集を行った。これらから得られた事実をもとにして改革の概要をまとめた。そして、他国との比較の観点から改革の要因、日本への示唆を検討した。

なお、本稿でイギリスの事例として言及しているのは、グレートブリテン島および北アイルランド連合王国のうち、イングランドに関する事柄のみである。連合王国を構成するウェールズ、スコットランド、北アイルランドでも租税を財源とした NHS による医療制度があるが、内部の組織の構成等はイングランドとは異なっている。

1. 平等な医療アクセスの確保

(1) 待機時間の短縮とアクセスの拡大

①待機時間の短縮

イギリスで病気になった場合の医療へのアクセスには、いくつかのルートがある。まず最も一般的なのは、家庭医である GP (General Practitioner) の診療所に行くことである。NHS による医療を受ける際には、患者は居住地域にある診療所にあらかじめ登録することが必要であり、緊急時を除いて病院に直接アクセスすることはできない。病院での診察が必要な場合は、GP は複数の病院からなるリストを提示し、患者はその中から紹介してほしい病院を選択する。病院での診察までに要する日数は診療科によって異なり、数日から数週間かかるものまでである。

ブレア政権開始時に大きな問題となっていたのは、医療機関を実際に受診するまでの待機時間の問題だった。その解決のため、2000年に発表された「NHS プラン」では、診療