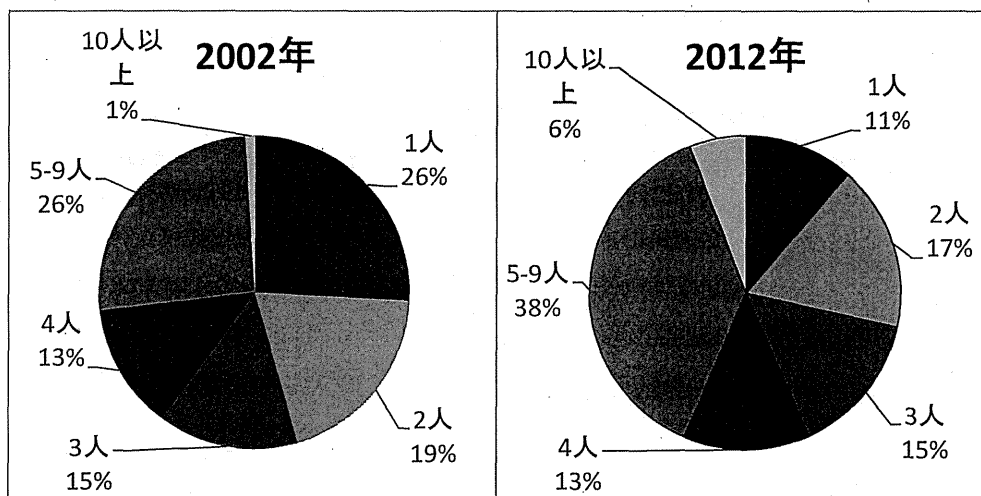


所には48時間、病院の外来には3ヶ月、入院には6ヶ月を最長として受診可能とするように目標が定められた。後に「NHS 憲章」において、病院での治療は紹介から18週間以内に開始することが目標とされた。

2008年には入院までに要する時間は平均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。救急についても、病院到着から4時間以内に診察が済んだ患者の割合は、2002年度第3四半期には78.3%だったものが、2008年第3四半期には96.4%になった¹。

診療所についても、急患の当日受診を可能にするよう医師の当番制を構成したり、後述するように看護師の診察・処置・検査を活用したりして、患者をより早く診るための取り組みがなされていた²。診療所の待機時間の改善が実現された要因の一つは、従来は患者がかかりつけのGPを選んで登録するシステムだったものが、2004年以降、診療所に登録する方式に変更したことが挙げられる³。現在、多くの診療所は複数のGP、看護師を始め多様な医療従事者が勤務するグループ診療所となっている。2000年代前半には少人数のグループ診療所が過半数を占めていたが、現在は5~9人の規模のところが多い(図1)。グループ診療を行うことによって、患者は長期間待たされることなく、登録した診療所に在籍するいずれかの医師に診察を受けることが可能となった。

図1 診療所の医師数の変化



出所：Health & Social Care Information Centre, 2013, NHS Staff - 2002-2012, General

¹ Department of Health, 2011, Archive - Total Time Spent in Accident and Emergency. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency/DH_087978 (2013年5月1日閲覧)

² 詳細については、澤, 2012「これからの日本の医療制度と家庭医療：第3章 英国の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No.2494, pp.30-31を参考。なお、イギリスの診療所はプラクティス・マネジャー (Practice Manager) をはじめ、事務スタッフの人数も充実しており、医療専門職が専門性を活かした業務に集中できる環境が整えられている。

³ 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』p31.

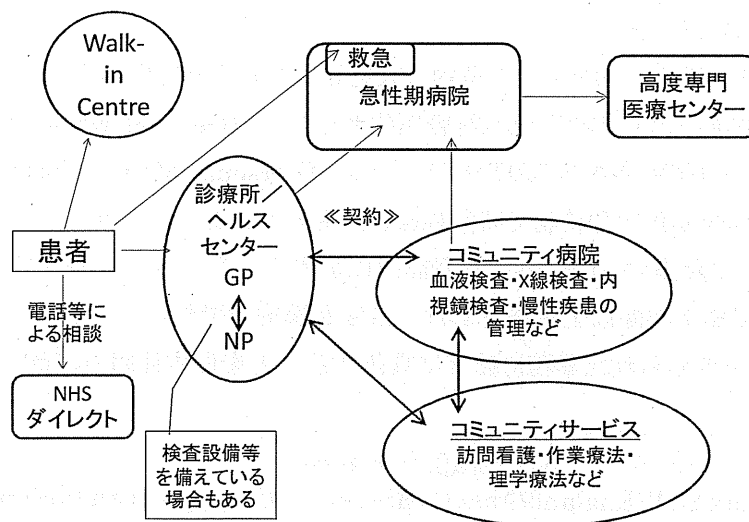
Practice: Bulletin Tables をもとに作成。

もう一つは、看護師の活用である。イギリスでは 1960 年代頃から診療所への看護師の配置が進み、1980 年代になると独立して診察を行うナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner) が登場する。現在のグループ診療所では通常、ナース・プラクティショナーのほか、診療所看護師 (Practice Nurse) やヘルスケア・アシスタント (Healthcare Assistant) が在籍しており、それぞれが自分の診察室を持ち、患者の診療に当たっている。ナース・プラクティショナーの中には、処方資格を持つ者もあり、特定の診療分野の患者を中心に診療行為を行っている。ヘルスケア・アシスタント (Healthcare Assistant) は、採血などの業務をしている⁴。

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、医者に行くべきかが分からないとき、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⁵。

図 2 医療機関へのアクセス



出所：白瀬由美香, 2011, 「地域社会における医療のゆくえ：イギリス NHS の変遷をもとに」『明石書店』 p.78 より引用。

⁴ 白瀬, 2011 「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』 No. 174, p.60

⁵ NHS Direct ホームページ, <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> (2013 年 5 月 1 日閲覧)。

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が PCT によって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⁶。同様に、軽傷部門 (Minor Injuries Units) と呼ばれる施設も設けられている⁷。

(2) 医療人材の養成・確保

ブレア、ブラウン政権は、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%水準に引き上げることを通じて、疲弊していた医療を改善しようとした。その一環として、医療従事者の養成・確保にも積極的に取り組んだ⁸。医療従事者の確保が急務であった第一の理由は、EU 労働時間指令で定められた週あたり労働時間を 48 時間以内とするという制限を NHS も遵守しなければならなかったからである。EU 指令を実現するには、従来のような医師の、とりわけ研修医の長時間労働を短縮させなければならなかった。第二の理由は、サッチャー、メージャー政権期の長年の医療費抑制施策は医療従事者の給与水準にも影響しており、より良い労働環境を求めて NHS から流出する者が増加していたからであった⁹。

医師数の確保のためになされた改革では、先述の新しい研修医プログラムの導入による研修期間の明確化と短縮、医学部の定員増加や養成課程の多様化、外国人医師の活用などが挙げられる。これらを通じて 3 年間で医師数を 1 万人増加させるという目標が設定された。最終的に 2009 年には、イングランドの NHS で働く医師数は、2000 年の 1.5 倍程度にまで増加し、約 13 万人となった。

また、2004 年に医師と NHS との契約方式を見直した。診療所と NHS の契約では、医師会と NHS の交渉により定められた総合医療サービス (General Medical Services) 契約と、地域ごとの独自契約である個別医療サービス (Personal Medical Services) 契約などがあり、後者の場合 GP は月給制で時間外診療を免除されることも可能となった¹⁰。病院の専門医は、NHS に勤務する時間外に私費診療に従事することが認められていたが、新しい契約では NHS で規定時間以上勤務をしなければ私費診療ができないことになった¹¹。このようにして、医師が定められた業務に確実に貢献することを促す仕組みに改革した。

⁶ NHS Choices ホームページ, NHS walk-in centres, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx> (2013 年 5 月 1 日閲覧)

⁷ 全国健康保険連合会, 前掲書, p.39.

⁸ DH, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform.*

⁹ 近藤, 2004 『「医療費抑制の時代」を超えて』医学書院, pp.62-63.

¹⁰ BMA, Personal Medical Services(PMS) Agreements, <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/personal-medical-services> (2013 年 5 月 1 日閲覧)

¹¹ 伊藤, 2006 『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り組み』pp.99-100.

2013年4月現在、総合医療審議会（General Medical Council ; GMC）に登録し、イギリスで医療を行うことができる医師は、連合王国4カ国あわせて約23万5000人である。ただし、この人数には国内に居住する外国人医師や国外で活動するイギリス人医師、イギリスの民間医療機関の医師も含まれているため、実際-NHSで働く医師は登録者の7割弱にすぎない。性別で見ると、女性医師は全体の約4割を占めている。専門医資格を持つ医師の約7割が男性であるが、GPは男女半々である¹²。

他方、同じ時期に看護師についても、特に上級レベルの高度実践看護師の処遇の改善がなされた。看護管理の責任者である看護師長（Modern Matron）、臨床上のエキスパートであるナース・コンサルタント（Nurse Consultant）などの役職がNHSに設けられた。

看護師を含め、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。この新たな給与システムは、「変化のための議題（Agenda for Change）」と呼ばれており、「知識と技能の枠組み（Knowledge & Skills Framework）と自己開発レビュー、職務評価（Job Evaluation）、契約条件（NHS Terms & Conditions）から構成される人事評価システムと連動している¹³。

なお、医療人材の採用に関して、GPや看護師等のプライマリ・ケア従事者は、後述のPCTが必要人員の管理を行っていた。病院職員についても、各地の病院グループの管理運営をするNHSトラスト（NHS Trust）やファンデーション・トラスト（Foundation Trust）が必要人員を確保することとなっている。したがって、NHSで働く限りにおいては、医師は完全に自由にどこでも開業できるわけではない。ただし、イギリスにはNHSに属さない私費診療だけを行う医療機関もあるため、そうした医療機関も含めれば医師は自由な開業を保証されていると見ることができる。

（3）地域医療計画

地域医療計画は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¹⁴。その後④については、2009年にPCTの直営サービス部門は分離独立することとなり、以降PCTは①～③に関する管理部門だけの組織となった。分離独立したサービス部門は、多様な形態のコミュニティ・サービス提供事業者となった。

病院等の二次医療サービスに関する急性期トラスト（Acute Trust）、精神保健トラスト

¹² GMC, List of Registered Medical Practitioners - statistics, http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp (2013年5月1日閲覧)

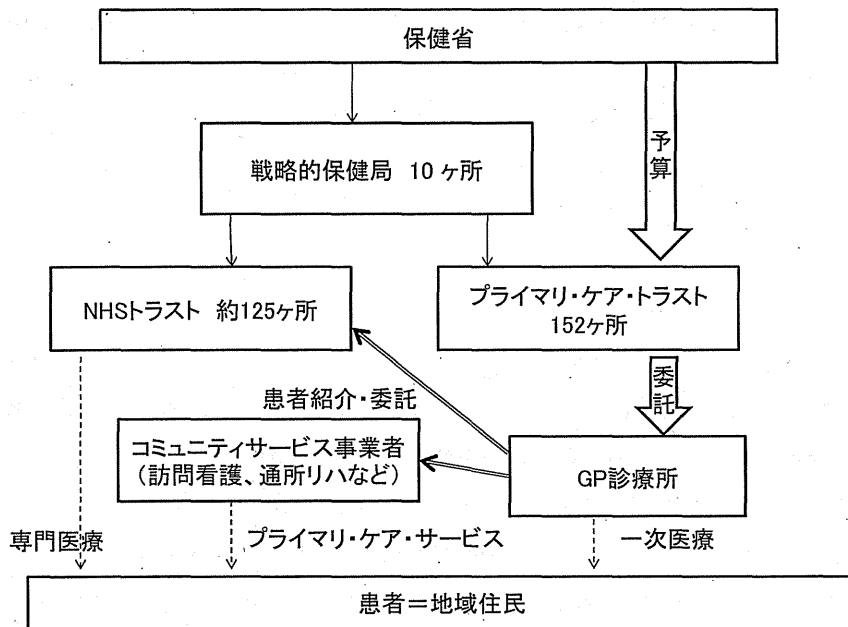
¹³ 2004年以前の給与システムについて補足しておく、それまでは役職にかかわらず勤続年数の長いほど給与額が多くなる仕組みであった。

¹⁴ 伊藤, 2006『ブレア政権の医療福祉改革』ミネルヴァ書房, p.51.

(Mental Health Trust)、救急車トラスト (Ambulance Trust) がある。急性期トラストは地域の複数の総合病院からなる組織であるのに対して、精神保健トラストは病院だけでなく在宅患者向けの訪問系サービスも包含している。PCTはGPを通じて、コミュニティ・サービス事業者の他、上記のトラストに対して、患者への医療サービス供給を委託している(図3)。

これらトラストの中には、ファンデーション・トラストという独立した法人格を持つことを認められたものもある。ファンデーション・トラストは、病院の運営業績が良いこと、高い指導力を発揮して地域住民に利益をもたらしていること、職員や地域関係者の支持を得ていることが要件とされている。一般のトラストとの違いは、①法に基づく公益法人であること、②患者・地域社会に説明責任を負うこと、③理事会による計画策定を行うこと、④保健省の関与が少なく自主的な運営ができること、⑤公的・民間セクターから資金調達できること、⑥剰余金を投資できること、⑦モニター(後述)による監督を受けること、などが挙げられる¹⁵。

図3 2009年～2013年3月までのNHSの組織と予算・サービスの流れ



出所：伊藤, 2006『ブレア政権の医療福祉改革』p.50に、その後の改革を反映させて作成。

広域的に医療資源の確保や配分のための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、地域内のトラストの業績

¹⁵ 健康保険連合会, 2012『NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書』p.27.

管理、広域的な医療連携の確保、人材育成等が挙げられる。

しかしながら、2013年4月に施行されたNHSの組織改革によってPCTもSHAも廃止された。PCTの代わりには、GPを主たるメンバーとした地域組織 Clinical Commissioning Groups (CCG) が創設された。SHAが担っていたトラストの業績管理は、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¹⁶⁾」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。その背景には、民間のケア施設事業者が不動産の上昇や施設基準遵守の強化による費用増加を理由として、市場から撤退しつつあったことが指摘できる。そのため、民間施設に変わる新たな高齢者ケアの場として、インターミディエイト・ケアの導入が提示されることとなった¹⁷⁾。そして、ブレア政権下で「NHSプラン」の中に盛り込まれ、インターミディエイト・ケア整備に関する大規模な予算化がなされた。また、後述する「全国サービス基準」のうち、「高齢者に関する全国サービス基準」は2001年3月に発表されたのであるが、そこで掲げられた8つの基準の一つにインターミディエイト・ケアへのアクセスが挙げられていた¹⁸⁾。これらによって、各地でコミュニティ病院、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ることとなった。しかし、長澤 (2006) によれば、政府によって推進されたインターミディエイト・ケアの概念は、元々地域で自発的に展開されていたものを後付けで定義したにすぎず、多様な実態との食い違いがあったとされている¹⁹⁾。

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。スウェーデンやデー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。手順としては、患者の

¹⁶⁾ 長澤, 2006「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学紀要』55, p.17.

¹⁷⁾ 井上, 2008「病院ケアから地域ケアへ: 英国の高齢者退院促進政策に学ぶ」『同志社政策科学研究』10(2), p.120.

¹⁸⁾ 同上; Department of Health, 2001, *National Service Framework for Older People*, pp.41-50.

¹⁹⁾ 長澤, 前掲書, p.21.

入院中に、要介護状態にあると思われる者の退院予定日等の情報が病院から自治体に伝えられると、自治体は退院予定日からすぐに在宅もしくは施設ケアが提供できるように準備を進める。もしそれが自治体側の都合で間に合わない場合には、自治体は病院に対して 1 日あたり 100 ポンドを支払わなければならない。

前項のインターミディエイト・ケアの整備はこの制度の導入とほぼ同時期になされた。中央政府は地方自治体に対して、社会的ケア・サービス供給体制の整備に関する特別補助金を至急し、地域におけるインターミディエイト・ケア施設を増設することによって、医療と社会的ケアとの連携促進を目指していた²⁰。

③NHS による継続的なケア提供²¹

NHS 継続医療 (NHS Continuing Healthcare) 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。自宅で NHS 継続医療を受ける場合は、訪問看護師や作業療法士等によるケア、入浴・衣服の着脱・洗濯などについても NHS が費用負担をする。施設の場合は、住居費、食費を含めたケア施設の代金すべてを NHS が支払う。

この制度の受給資格の判定は、図 4 のようになっている。NHS 継続医療の適用可能性は、退院予定日が決定し、症状が安定した患者に対して審査される。特定の疾病や症状、身体状態、ケアの提供者や提供場所は問わないものの、患者のニーズ全体を通じて、第一に必要なのが医療という点が判定では最も重視される。一度資格を得たら、医療と社会的ケアにかかるすべての費用を NHS が支払うことになる。症状が変化したら、費用負担の方式が変わる場合がある。最初のニーズ見直しは 3 ヶ月後であり、その後は少なくとも 1 年に 1 回見直しが行われる。終末期の看取りなど迅速な判断が求められるケースでは、患者の診断や治療に携わる医師または看護師が判断し、受給資格の決定プロセスで「ファストトラック」が適用となる。受給資格が認められた者は、在宅・施設・ホスピスのいずれで最期を迎える場合でも NHS による費用負担で医療と社会的ケアを受けることができる。

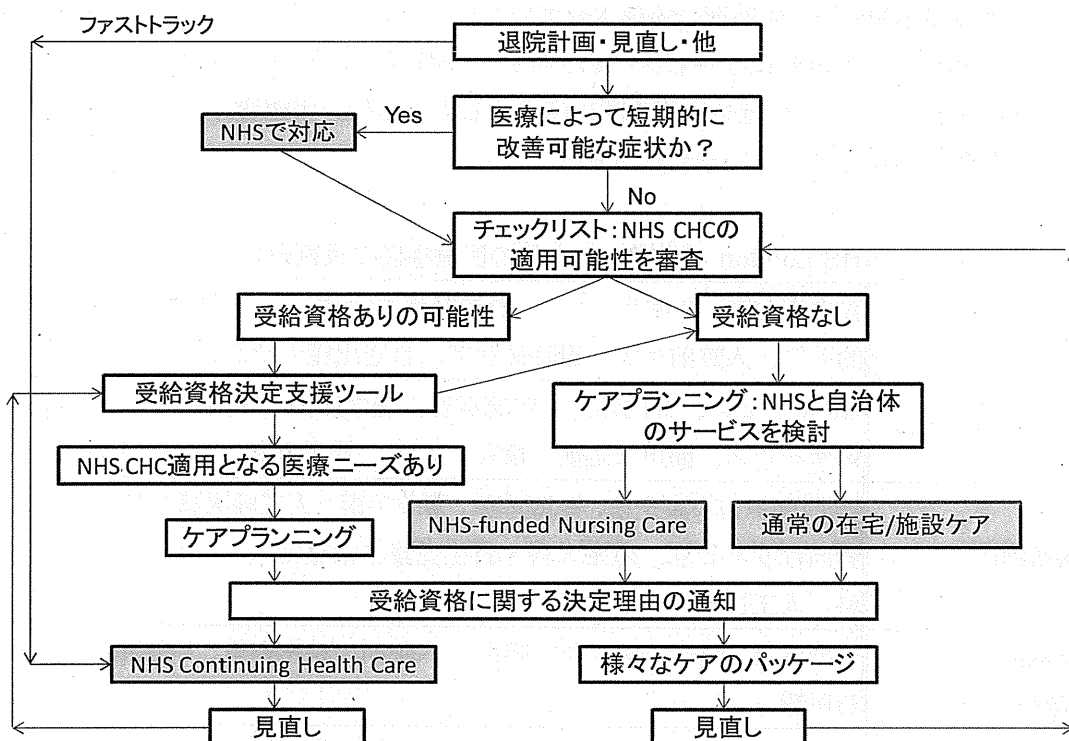
しかし、NHS 継続医療はきわめて限られた人にしか適用されない。NHS 継続医療は適用されないが、ナーシングホームに入居し、看護師によるサービスを受けることが必要だと認定された者については、NHS から施設に対して看護師の person fee が補助される。この仕組みは 2001 年に導入され、NHS 拠出ナーシングケア (NHS-funded Nursing Care) と呼ばれている。2010 年度は、看護が必要な入居者 1 人につき NHS が施設に 108.70 ポンド支

²⁰ 井上, 前掲書, p.122; 長澤, 2009 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革: 高齢者ケアに関わる連携・協働と疑似市場における消費者選択」『海外社会保障研究』169, p.57-58.

²¹ Department of Health, 2009, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*.

払うことになっていた。なお、入居者は、看護を除いた施設でのケア費用については、資力調査に基づく自己負担をする。また、施設で雇用される看護師は、直接的な看護業務に従事するほか、利用者のニーズに応じた療養計画の作成、管理、モニタリング、ケアスタッフの指導などを行うこととなっている。

図4 NHS 継続医療の受給決定プロセス



出所：Department of Health, 2009, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*, p.18 をもとに作成。

(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

NHS の医療供給体制は、GP による一次医療と病院での二次医療が明確に機能分化されている点が、日本と異なる最も特徴的な点である。けれども、医療技術の進歩や人口の高齢化、それに伴う政策の変化などを受けて、プライマリ・ケアで供給するサービスの範囲は時代によって変化している。

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²²。

²² Department of Health, 2006, *Our Health, Our Care, Our Say : a new direction for community service*.

- (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。こうした従来は NHS の二次医療で提供されていたサービスを、プライマリ・ケアで提供することは、患者にしてみればサービスへのアクセスが容易になるという利点がある。それに加えて、PCT にとってもは急性期病院に紹介するよりも低い医療費でより多くの患者にサービス提供が可能となるという利点があった。

表 1 NHS London が提案した今後の医療機関の役割分担の在り方

在宅	終末期ケア、在宅リハビリ、長期療養のサポート、化学療法などの専門的ケア、入院前ケア、退院後ケア、自宅出産のサポート
ヘルスセンター	GP サービス、専門外来、応急手当、理学療法・作業療法など、健康情報サービス、簡単な処置、歯科、眼科、慢性疾患の予防・管理、薬局
地域病院	専門外来、応急手当、救急医療、緊急手術、人工呼吸器の挿管、入院患者向けリハビリ、産婦人科・新生児集中治療室（レベル1～2）、小児科、人工透析
予約制診療センター	専門外来、緊急を要さない手術、入院前の精密検査、内視鏡などを用いる医療
急性期中核病院	専門外来、重症患者への救急医療、重複疾患のある患者への手術、高度な手術、緊急手術、高度先進医療、救命救急を含む小児医療、産婦人科・新生児集中治療室（レベル2～3）、医科学研究センター
専門病院	専門外来、高度な手術、高度先進医療、医科学研究センター、

出所： NHS London, 2007, *Framework for Action*, p.106 をもとに作成。

翌 2007 年には、保健副大臣（Health Minister）の Ara Darzi によって『我々の NHS、我々の未来』と題された今後の地域医療の展望を示す中間報告書が発表された²³。そこで注目されたのが、プライマリ・ケア整備の方向性として、診療時間の大幅な延長を含む、複合型の大規模ヘルスセンターの計画が提示されたことである。将来的には各 PCT に少なくとも 1 ヶ所ずつ「GP が主導するヘルスセンター（GP-led health centre）」を設置するとしていた。そして、同じく Darzi によって 2007 年に示された、ロンドンの地域医療改革に関

²³ DH, 2007b, *Our NHS, Our Future*.

する提言『ロンドンのヘルスケア：行動のための指針』の中で、今後の医療機関の役割分担の在り方が表1のように示された。Darziの提言に基づく計画は、2010年の政権交代によって頓挫したが、示された将来の医療機関の機能分化の方向性は、各地で部分的にはあるが、現実のものになりつつある。

②医療と社会的ケアとの共同および統合

退院患者を受け入れる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、地域によってはばらつきが大きく、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²⁴。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。

医療と社会的ケアとの共同アウトカム指標の策定に関しては、情緒的ウェルビーイングの改善、QOLの改善、積極的な貢献、選択とコントロール、差別の解消、経済的ウェルビーイング、個人の尊厳を達成するため、目標値を定める新たな業績評価の枠組みが示された。それを受けて、自治体とPCTは共同で地域住民のニーズアセスメントを行い、地域住民との協議を経て、共同アウトカム指標と目標値を決定することとなった。こうして策定される体系は、地域協定（Local Area Agreement）と呼ばれている²⁵。

また、Torbayなどいくつかの地域では、高齢者や精神保健に関してPCTと社会的ケア・サービスと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²⁶。けれども、PCTは2013年3月で廃止されたことから、現在は医療と社会的ケアとの予算の統合も解消されている。Torbay Care Trustでは、サービス供給部門は2012年4月にTorbay and Southern Devon Health and Care NHS Trustとしてケアトラストから分離独立し、CCGと地方自治体それぞれから委託を受けて、地域における医療と社会的ケア・サービスの供給をしている²⁷。

3. 質の確保

(1) 医療機関の登録システム

イギリスで医療および社会的ケア事業を行うには、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。

CQCは、2008年医療および社会的ケア法（Health & Social Care Act 2008）に基づい

²⁴ 長澤, 2009, p.65.

²⁵ 同上, p.58.

²⁶ Ham, C & Oldham, J, 2009, "Integrating health and social care in England: lessons from early adopters and implications for policy", *Journal of Integrated Care*, 17(6).

²⁷ Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust, 2013, "History of the Trust", <http://www.torbaycaretrust.nhs.uk/aboutus/Pages/Default.aspx> (2013年5月1日閲覧).

て設立された組織であり、2009年4月に設置された。保健省からは独立した公的な組織として、医療機関や社会的ケア事業者の最低基準を監督している。CQCは保健省から支給される補助金と事業者の登録料を主な財源として運営されており、登録対象に課される登録料は施設の規模に応じて定められている。

なお、それ以前には、2003年医療および社会的ケア法(Health and Social Care Act 2003)による「保健医療委員会(Healthcare Commission)」、「社会的ケア監督委員会(Commission for Social Care Inspection; CSCI)」が医療機関・事業者の規制を行っていた。精神保健については、1983年精神保健法(Mental Health Act 1983)に基づく「精神保健委員会(Mental Health Commission)」があった。これら三組織を統合し、すべての医療機関・事業者に対して一元的に規制を行う組織としてCQCは創設された。

表2 質と安全の必須基準

分野	成果番号	求められる成果の内容	GRPの16項目	2008年医療社会的ケア法(規制対象活動)2010年規則の該当箇所	2009年CQC(登録)規則の該当箇所
関与と情報	1	利用者の尊厳と関与	○	17	
	2	ケアや治療への同意	○	18	
	3	料金			19
個別ケア・治療・支援	4	利用者のケアと福祉	○	9	
	5	栄養的ニーズの充足	○	14	
	6	他の事業者との協働	○	24	
保護と安全	7	利用者を虐待から保護	○	11	
	8	清潔さと感染症のコントロール	○	12	
	9	投薬管理	○	13	
	10	建物の安全性・適切さ	○	15	
	11	器具の安全性・利用可能性・適切さ	○	16	
職員配置の適切さ	12	労働者に関連する要件	○	21	
	13	職員配置	○	22	
	14	労働者への支援	○	23	
質とマネジメント	15	目的の陳述		12	
	16	供給するサービスの質の評価とモニタリング	○	10	
	17	苦情	○	19	
	18	利用者の死亡に関する届出			16
	19	1983年精神保健法による拘留者の死亡および無許可で不在である場合の届出			17
マネジメントの適切さ	20	その他のインシデントの届出			18
	21	記録	○	20	
	22	事業者が個人またはパートナーシップである場合の要件		4	
	23	事業者がパートナーシップ以外である場合の要件		5	
	24	登録マネジャーに関する要件		6	
	25	登録者の研修		7	
	26	財務状況			13
	27	登録マネジャーの不在に関する届出			14
	28	登録マネジャーの変更に関する届出			15

出所：CQC, 2010, *Essential Standards of Quality and Safety* および長澤, 2011, p.175 を参考に作成。

2008年医療および社会的ケア法によれば、CQCの目的は第一に、医療や社会的ケア・サービスの利用者の健康・安全・福祉の保護と促進である。第二に、医療や社会的ケア・サービスの向上、利用者のニーズと経験に焦点を当てたサービス提供、資源の効率的かつ効果的な利用の推進である。そして、①医療機関や社会的ケア事業者の登録（registration）、②医療機関や社会的ケア事業者の監査（inspection）、③精神保健法の運用状況のモニタリングを行っている²⁸。

登録機関は、表2にあるように、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分野にわたる28項目を遵守することが求められる。そのうち、評価の際に必ず確認されるのが、ケアの質と安全に最も直接的に係わる「質とリスクの概要（Quality & Risk Profile; QRP）」に指定された16項目である。評価結果は、図5のようにCQCのホームページで公開される。違反があった場合は、業務改善の指導をするだけでなく、悪質な場合には法的な措置の適用も規定されている。

図5 CQCによる監査結果の公表

General Hospital (type of service: Hospital)	
See our latest checks Tell us your experience	
Summary of our latest checks on the standards you have the right to expect (Latest report published on 7 November 2012)	
Standards of treating people with respect and involving them in their care	✗ improvements required
Standards of providing care, treatment & support which meets people's needs	✓
Standards of caring for people safely & protecting them from harm	✓
Standards of staffing	✓
Standards of management	✗ improvements required
Specialisms/services Diagnostic and/or screening services Maternity and midwifery services Services for everyone Surgical procedures Caring for adults under 65 yrs Caring for adults over 65 yrs	
Local Authority Area [Redacted]	
Profile of organisation providing care here	

出所：Care Quality Commission ホームページより (<http://www.cqc.org.uk/>)

²⁸ CQCの監査システムの詳細については、白瀬、2012「イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度：「ケアの質委員会」による質の保証の意義と課題」『季刊社会保障研究』48(2)を参照。

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²⁹。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ていた。格付けのための指標は 40 項目以上あり、主要項目と業績項目に分かれている。主要項目は、患者の待機、財務管理、清潔さ、労働環境などであった。業績項目は、「NHS プラン」に示された数値目標から、職員の労働時間、医療事故件数、死亡率、再入院率などが選定されていた。この格付け評価は、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³⁰。

しかし、格付けに関しては批判も多く、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 段階評価をすることとなった³¹。

だがそれも、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) サービス提供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について、達成すべき基準や整備すべきサービスを示している。現在までに以下の 9 つの全国サービス枠組み・戦略が定められている³²。

- ①がん、②冠動脈硬化性心疾患、③子ども、④慢性閉塞性肺疾患、⑤糖尿病
- ⑥腎臓病、⑦神経疾患、⑧精神保健、⑨高齢者

²⁹ Monitor, 2013, *An Introduction to Monitor's Role*, pp.1-2.

³⁰ 伊藤, 前掲書, p.93.

³¹ Healthcare Commission 2006 年度評価ホームページ

http://ratings2006.healthcarecommission.org.uk/Indicators_2006Nat/home.asp (2013 年 5 月 1 日閲覧)

³² NHS Choices ホームページ, National service frameworks and strategies, <http://www.nhs.uk/nhsengland/NSF/pages/Nationalserviceframeworks.aspx>

(2013 年 5 月 1 日閲覧)、イギリス医療保障制度に関する研究会編, 2012『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, p.28、全国健康保険連合会, 2012『NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書』p.37.

上記の全国サービス枠組みはいずれも、効果的な治療法やサービスに関する科学的な根拠に基づいて随時改訂されている。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。

また、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、現在は名称変更し National Institute for Health & Clinical Excellence) は、疾病ごとの治療指針 (Guidance) となる診療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。

NICE が設立された理由は、医療の地域格差を是正するため、透明性が高く標準的な診療ガイドラインを整備する必要があったからだと言われている。そのため、診療ガイドラインは、過去の臨床研究の成果をもとに、患者や一般市民も参画して策定される。NICE の機能としてよく知られる医療技術評価では、医薬品・医療技術の費用対効果評価に基づいて、NHS で支払いをすべき治療法であるかを推奨する形で指針が公表される。その際に用いられているのが、質調整生存年 (Quality Adjusted Life years ; QALY) である。QALY は生存年数と健康に関連する生活の質の両方を加味した指標であり、1 QALY を得るのに追加でかかる費用が 2~3 万ポンド以下であることが基準とされている。ただし、その評価手法は、QALY と基準値の設定、便益の測定方法などに起因する限界が指摘されている³³。

(4) 医療従事者の質の確保

①医療従事者の資格登録と管理

医師・看護師をはじめとした医療専門職の業務内容を具体的に規制する法律はイギリスにはない。医師への規制は伝統的に自己規制のみに委ねられていた。そして、NMC など他の医療専門職は、GMC と同様の資格管理団体を形成し、専門職自身による自己規制を推進してきた。1990 年代以降の GMC は、行政や患者などを含めた多面的な規制のあり方へと変質したと言われている³⁴。けれども、それでも依然として専門職の業務範囲を法律で規定する方法はとっていない。各専門職団体が、専門職としての指針 (Guidance) や行動規範 (code of conduct) を示すことを通じて、患者の安全を第一に考え、自己規制を行うように促す仕組みとなっている³⁵。

こうした職種別に形成された専門職規制・資格管理団体間の調整を図るため、医療規制審議会 (Council for Healthcare Regulatory Excellence; CHRE) が 2003 年に設置された。医療規制審議会は、現在は専門職基準局 (Professional Standards Authority for Health & Social Care) に名称変更され、以下の 9 つの専門職規制・資格管理団体を取りまとめている

³³ 葛西, 2011 「英国における医療経済評価の政策利用と日本への示唆」『日本医療・病院管理学会誌』48(4).

³⁴ 石垣, 2010, 「英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」: 規制主体の変化を中心に」『医療と社会』20(3).

³⁵ DH, 2007b, a, *Trust, Assurance & Safety: the Regulation of Health Professionals in the 21st Century*.

る（アルファベット順、括弧内は資格管理団体名）。

- (a) カイロプラクター (The General Chiropractic Council)
- (b) 歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士等 (The General Dental Council)
- (c) 医師 (The General Medical Council)
- (d) 検眼士・眼鏡技師 (The General Optical Council)
- (e) 整骨医 (The General Osteopathic Council)
- (f) ブリテン島の薬剤師 (The General Pharmaceutical Council)
- (g) 各種療法士・技師等（アート療法士、生物医学技師、足治療医、臨床検査技師、栄養士、補聴器技師、作業療法士、救急救命士、理学療法士、臨床心理士、視能訓練士、義肢装具士、放射線技師、言語聴覚士など (The Health Professions Council)
- (h) 看護師・保健師・助産師 (The Nursing and Midwifery Council)
- (i) 北アイルランドの薬剤師 (The Pharmaceutical Society of Northern Ireland)

また、医師、歯科医師、薬剤師などの臨場上の技能などに疑義がある場合にアセスメントを行う機関として、全国臨床評価サービス (National Clinical Assessment Service) が 2001 年に設置された。さらに、医療事故に関する情報を全国的に集約するため、全国患者安全局 (National Patients Safety Agency) も置かれた³⁶。ただし、2012 年 6 月から患者の安全管理に関する機能は、新たに創設された NHS Commissioning Board 特別保健局に移管された。

②医師・看護師資格の更新制度

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。2009 年以降、GMC への登録は、医師としての登録 (registration) と、診療を行う免許 (license to practice) という 2 つの要素から構成されている。後者の診療を行う免許については、2012 年 12 月から、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³⁷。なお、登録と免許取得を同時に行う場合、2013 年 4 月現在 185 ポンドが課されている。また、登録継続には年会費 390 ポンドがかかる。

他方、看護師については、看護助産審議会 (Nursing & Midwifery Council; NMC) への登録が必要である³⁸。看護師資格には以前から更新制度 (renewal) があり、看護師免許

³⁶ 松田, 2009, 「ブレア政権下の NHS 改革: 構造と規制の変化」『海外社会保障研究』169, p.48.

³⁷ GMC, 2012, *The Good medical practice framework for appraisal and revalidation*.

³⁸ NMC ホームページ, "Registration", <http://www.nmc-uk.org/Registration/> (2013 年 5 月 1 日閲覧)

を維持するためには毎年 100 ポンドの登録料がかかる。多くの場合、雇い主である医療機関が登録料を負担しているようである。免許は 3 年ごとに更新があり、要件として過去 3 年間に少なくとも 35 時間の継続教育と 450 時間の臨床経験が求められる。この要件は臨床現場の看護師だけでなく、マネジメントや研究・教育に従事する看護師にも適用される。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³⁹。

③医療従事者の業務範囲の規定

医師も含めて、NHSで雇用される職員については、誰がどのような業務に従事可能であるのかを雇い主である医療機関等が規定してきた。各人の技能に見合った業務の配分、複雑な仕事の管理、技能の向上への適切なサポート等を確保することは、雇い主の義務であるとされ、特定の業務に対して、その専門職が十分な対処能力を持つかどうかを保証するのは、雇い主の重要な役割であると医療規制審議会も指摘していた。雇い主は具体的には、「職務記述書」(job description)、「個人別明細書 (person specifications)」、「求められる能力の概要 (competency profiles)」を示し、特定の業務を行う上で必要な知識、技能、特質などを個人ごとに規定する。採用された専門職はこれらの範囲内で業務に従事することとなる。それに加えて、NHSには先述の全国サービス枠組みや診療ガイドライン、業績評価を用いたクリニカル・ガバナンスの仕組みがあり、さらに個々の医療機関でなされる人事管理システムを通じて、医療の質は保たれると考えられている⁴⁰。

他方、医薬品の取り扱いについては、薬事法や関連する法令によって制限が設けられている。とりわけ規制医薬品は、薬物乱用法 (Misuse of Drugs Act) や薬物乱用規制 (Misuse of Drugs Regulations) に基づいて、国で定められた職種のみ扱うことができる。そうしたことから、看護師や薬剤師、その他の医療従事者が処方に関する業務を行う場合については、全国的な統一基準に基づく資格を取得し、資格管理団体が処方免許を発行・管理することになっている。

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

冒頭でも触れたとおり、イギリスの医療供給体制は、GP による一次医療、病院での二次・三次医療という明確な機能分化を特徴とする。また、プライマリ・ケアは GP だけで完結するものではなく、多様な医療従事者によるチームで地域の患者を診る体制が築かれていることを本研究は指摘した。こうした枠組みのもとで展開する医療供給体制のもっとも根幹にあったのは、PCT および診療所による地域医療予算の管理とサービスの委託・購入だと

³⁹ NMC ホームページ, 2012, "Revalidation",

<http://www.nmc-uk.org/Registration/Revalidation/> (2013年5月1日閲覧)

⁴⁰ CHRE, 2009, *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments*, pp.6-7.

いえる。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のが、本研究が対象としたブレア政権期以降の改革の特徴である。すなわち、イギリスの過去 10 数年の改革において、もちろん量的なサービスの拡大がなされたが、その最終的な目標は質の確保であったと考えられる。

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を改善する必要に迫られていたことが指摘できる。総論でも述べたとおり、NHS プランによる 10 年計画は 3 つの段階に分けられる。まず、2000～2004 年の「供給量の拡大と投資」である。続いて、2004～2007 年にかけて「選択・競争・より良い財政システム」が目指された。最後に、2008 年以降「質の高いケアと価格に見合う価値」が追求された。医療の質の確保は、量的なサービスが確保された上でなされる政策選択であり、量的・質的に低下したサービスを向上させるため、手順を踏んだ改革が行われたのだと見ることができる。

そして第二に、一連の NHS 改革が、ここまで見てきたような形でなされた決定的な要因として、メジャー政権期の準市場（内部市場、疑似市場）の創設を挙げない訳にはいかない。本研究が見てきた数々の改革の方策は、すべて準市場における医療サービスの委託・購入を前提として、そこに質の向上のインセンティブを与える業績評価等の仕組みを活用したものであった。また、個々の組織内部でのつまり、準市場を抜きにしては、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

以上の検討をもとに、日本にとってイギリスの医療供給体制の改革で重要だと思われる点を三つ指摘しておきたい。

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点である。そして、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は必ずしも医師ではなかった。看護師など多様な医療従事者が活用され、チームで地域住民の健康を診ているところに特徴があった。

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・ケアに移管していく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り、イギリスでの整備の進展状況と問題点をより詳細に検討することは、病床区分の見直しや地域医療計画の策定の際に有益であるだろう。

第三に、全国サービス枠組みや診療ガイドライン、監査や業績評価など、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、専門職の免許更新も有効だと思われる。

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

マネジメントの取り組み、評価手法などをもっと具体的かつ詳細に学ぶことを通じて、サービス供給の効率性を追求しつつ、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可能となるだろう。

謝辞

本研究を実施するにあたり、澤憲明氏（スチュアート・ロード診療所）、林真由美氏（ロンドン大学 King's College London）、Nicole Batsch 氏（ロンドン大学 King's College London）、丸山浩二氏（在英日本国大使館）はじめ多くの方々にご協力を賜った。ここに心より感謝申し上げたい。本稿に残された誤りはすべて筆者の責任である。

参考文献

【英語文献】

- Care Quality Commission, 2010, *Essential Standards of Quality and Safety*.
- Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE), 2009, *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments*.
- Department of Health, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- Department of Health, 2001, *National Service Framework for Older People*.
- Department of Health, 2006, *Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community service*.
- Department of Health, 2007a, *Our NHS, Our Future*.
- Department of Health, 2007b, *Trust, Assurance & Safety: the Regulation of Health Professionals in the 21st Century*, Cm7013.
- Department of Health, 2009, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*.
- General Medical Council (GMC), 2012, *The Good medical practice framework for appraisal and revalidation*.
- Ham, C, 2009, *Health Policy in Britain*, 6th edition, Palgrave.
- Ham, C & Oldham, J, 2009, "Integrating health and social care in England: lessons from early adopters and implications for policy", *Journal of Integrated Care*, 17(6): 3-9.
- Health & Social Care Information Centre, 2013, *NHS Staff - 2002-2012, General Practice: Bulletin Tables*
- Monitor, 2013, *An Introduction to Monitor's Role*.
- NHS London, 2007, *Healthcare for London: Framework for Action*.

【日本語文献】

- イギリス医療保障制度に関する研究会編, 2012『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
- 石垣千秋, 2010, 「英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」: 規制主体の変化を中心に」『医療と社会』20(3), pp.251-262.
- 井上恒男, 2008「病院ケアから地域ケアへ: 英国の高齢者退院促進政策に学ぶ」『同志社政策科学研究』10(2), pp.113-125.
- 伊藤善典, 2006『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り組み』ミネルヴァ書房.
- 葛西美恵, 2011「英国における医療経済評価の政策利用と日本への示唆」『日本医療・病院管理学会誌』48(4).
- 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』
- 近藤克則, 2004『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院.
- 長澤紀美子, 2006「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学紀要』55, pp.13-29.
- 長澤紀美子, 2009「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革: 高齢者ケアに関わる連携・協働と疑似市場における消費者選択」『海外社会保障研究』169, pp.54-70.
- 長澤紀美子, 2011「高齢者ケアのアウトカム評価: イギリスにおける政策動向と社会的ケアのアウトカム指標(ASCOT)の事例」『高知女子大学紀要』(社会福祉学部編)60, pp.169-183.
- 澤憲明, 2012「これからの日本の医療制度と家庭医療: 第3章 英国の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No.2494, pp.26-33.
- 白瀬由美香, 2011「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』174, pp.52-63.
- 白瀬由美香, 2012「イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度: 「ケアの質委員会」による質の保証の意義と課題」『季刊社会保障研究』48(2), pp.175-185.
- 松田良三, 2009「ブレア政権下のNHS改革: 構造と規制の変化」『海外社会保障研究』169, pp.39-53

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表