

モジュール 3 は、医師とパラメディカルとの間の医療行為・活動の移譲に対応する報酬支払いであり、2013 年初めに試行が開始された。このベースとなる医師と看護師の間の協力プロトコルは、2011 年に ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe「自由専門職によるチーム医療活動」)⁶⁰によって Poitou-Charentes 地域圏の ARS に提案された。これに対して HAS による肯定的な見解が示された後、当該 ARS によって 2012 年 6 月 18 日のアレテによって許可された。この協力プロトコルは、二種類の検診(認知障害とタバコによる慢性閉塞性肺疾患)と二つの慢性疾患のフォローアップ(suivi)(糖尿病の検診・検査、心血管リスクの検査)を対象としている。

モジュール 3 の枠組みにおいて、報酬は、活動中の ASALEE の看護師一人当たり(常勤換算)で計算される包括的な支払いである。この報酬には、①毎月の情報交換会議への参加のための医師の手当金、②看護師の報酬あるいは賃金・税負担、③組織に要する費用(情報支援システム、専門職の雇入れ・研修、プロトコルの継続的な発展・調整、内部のコントロール等)が含まれる。

4) 2014 年の試行事業

過去 4 年間の試行事業を踏まえて、2014 年には二つの展開が予定されている。一つ目は、モジュール 1 の試行の評価を踏まえて内容が拡充された「モジュール 1-2」の実施である。新たな試行事業では、グループでの協働、医療へのアクセスおよび情報の共有を強化するための諸基準(critères)が設けられている。試行に参加するために満たさなければならない三つの基準の他、満たすことによってより高い報酬が支払われるボーナス基準が設定されている。ボーナス基準は、それを満たす場合に報酬を引き上げることによって、より緊密な連携や追加的なサービスの提供を推進しようとするものである。報酬の総額の計算においては、先のボーナス基準に基づいた医療提供の質や連携の充実度が考慮されることに加えて、専門医や歯科医の関与が評価される仕組みとなっている(表 5)。当該試行事業に対して、新たに 150 の組織が参加することが目指されている。

二つ目は 2013 年に開始されたモジュール 3 の協力事業に対して、新たに 100 人の看護師(常勤換算)の参加を実現することである。原則的には開業看護師が対象となるが、候補となる看護師が不足する場合には、被用者である看護師を含めることができるとされている。

⁶⁰ ASALEE は Deux-Sèvres 県において、医療の質の改善のために開業医と看護師のグループによって 2004 年に立ち上げられた組織であり、アソシアシオンの枠組みで活動を行っている。試行事業の枠組みで、糖尿病と高血圧の治療教育の診察および 75 歳以上の認知障害と心血管リスク要因の検診を看護師に委任する先進的な試みを行ってきた。協力プロトコルの認可によって、看護師の活動範囲がさらに拡大することが見込まれている。

表5 モジュール1-2の報酬の計算例(4,000人の患者を有する組織の場合)

	組織のマネジメントの 基礎部分	患者数に応じた変動部分
基礎レベルの支給金	10,000ユーロ	一つの基準組織に対して 20,000ユーロ
ボーナスレベルの支給金	15,000ユーロ	一つの基準組織に対して 28,000ユーロ
専門医療及び/あるいは歯科医療の提供(常勤換算で0.5人以上の専門医・歯科医)に対して2,500ユーロ		
補足的な普遍的医療給付(CUMC)と国家医療扶助(AME)の受給者の割合に応じた加算		

資料: 2014年1月20日の社会問題・保健医療大臣の指令による。

4. 質の確保

HPST 法において、医療の質と安全の確保は優先的な課題として位置づけられている。フランスにおいて医療の質を確保するための取組みが本格的に開始されたのは1990年代であり、アングロサクソン諸国や北欧諸国との比較においては遅れた状況にあった (Gardette 2010: 2)。しかしながら、その後、医療保障制度の多様な領域において、医療の質を確保することを目的とした積極的な改革方策が実施されている。現在も HPST 法に基づいて、医師等の医療従事者の教育研修と評価に関する制度が統合されるなど、医療の質をさらに改善するための制度の見直しが続けられている。

(1) 医療の評価と質の確保

医療の質を確保するためには、提供される医療の評価 (évaluation) を行うことが必要となる。医療の評価の必要性については1980年代から認識されていたが、政策的な取組みが本格化したのは1990年代初頭である。病院改革に関する1991年7月31日の法律(以下、1991年病院改革法)において、「公立・私立病院は、職業的実践、医療提供組織のあり方、および患者を包括的に引き受けるためのすべての活動の評価方策を発展させる」ことが定められた。これ以降、医療の評価の政策的な重要性が高まっていった。

今日、医療の評価と質の確保に関わる広範な政策の中心に位置するのは、2004年3月13日の法律によって創設された高等保健機構(HAS)である。HASは、法人格と財政的自律を付与された独立した公的機関であり、医療の質の改善を通して医療システムのコントロールに寄与することを任務とする。その主要な活動として、まず「評価と推奨 (recommandations)」が挙げられる。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。さらに臨床的

な望ましい実践、医療安全および公衆衛生に関する推奨を定める役割を担う。二つ目は「認証」を実施することである。HAS は病院における質の確保を推進するために認証 (certification) を実施し、特定の分野の医師に対する認証 (accréditation) も行う。また、HAS は、病院における医療提供の質に関する情報を、広く一般市民に提供する役割も担っている。

なお、医薬品との関連において医療の質や安全を確保する上では、ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) が重要な役割を担っている。ANSM は、医薬品の安全性を強化するために 2011 年 12 月 29 日の法律によって創設された公的機関である。すべての患者に革新的な医療への平等なアクセスを提供し、医薬品の安全を確保する役割を担っており、薬剤、バイオ製品、医療機器等に関する権限を有している。ANSM は HAS とともに医療の質と安全をコントロールしている。

医療の評価と質の確保をめぐる政策の対象は広範にわたるが、ここでは、患者に提供される医療の質により直接的な影響を及ぼす諸施策について考察を行う。とくに認証制度、評価と継続的な教育研修、望ましい実践の推奨を中心に検討していく。

(2) 病院における質の確保

医療の質の確保に関する施策としては、病院における医療提供の全体を対象としたものと、医師等の医療従事者による実践に焦点を当てたものとに分けて考えることができる。最初に、病院全体を対象として実施される医療の評価および質の確保のための方策について見ていく。

病院における評価の取組みは 1991 年病院改革法によって本格的に開始されたが、その後、評価は、医療供給のコントロールに関わるさまざまな施策と結び付けられ、医療の質を改善するための重要な道具となっていった。以下では、病院の評価のための中心的な手段である病院の認証制度および質と安全の指標について検討していく。

1) 病院の認証制度

認証 (accréditation) は、公立・私立のすべての病院を対象とし、その運営と活動全体に関わる義務的な外部評価の手続きである⁶¹。認証は、当該病院および監督機関から独立して、病院とはかかわりを持たない医療従事者によって実施される。認証の目的は、評価の手続きと実践の改善を推進することを通じて、患者に提供される医療の質と安全を改善することである。認証制度は 1996 年 4 月 24 日のオルドナンスによって導入されたが、あわせ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、認証の手続きが推進されることとなった。これ以降、すべての病院は 5 年ごとに認証の手続きを行うことが義務付けられた。

⁶¹ なお認証は、病院のみではなく、保健医療ネットワークと医療協力連合(GCS)に対しても義務付けられている。公衆衛生法典 L.6133-4 条参照。

2004年の法律によってHASが創設されると、病院の認証の実施はANAESからHASに引き継がれた。新たな仕組みのもとで、認証手続きが実施される期間は4年ごとに短縮され、また認証を示す用語「*accréditation*」は「*certification*」に置き換えられた。

① 評価の内容

認証の内容や方法は絶えず見直しが行われており、HASによって認証の手引きが作成されている。2010年からはバージョン3の手引きに基づいた認証手続きが実施されている。この手引きでは、認証の内容は大きく二つに分けられており、第一章「施設のマネジメント」、第二章「患者の引受け (*prise en charge*)」となっている。それぞれの章は複数の「参照 (*référence*)」と呼ばれる項目に分かれており、全体で28の参照項目が示されている。各参照項目には、多くの場合、複数の「基準 (*critère*)」が列挙されている⁶²。

実際の評価はそれぞれの基準ごとに実施されるが、各基準には複数の判定要素 (*éléments d'appréciation*) と呼ばれる確認事項が詳細に定められており、これに従って評価が行われる。最終的に、すべての参照項目の各基準についてAからDの評価が行われる⁶³。これらの具体的な評価に基づき、病院全体を対象とした認証についての決定が行われることとなる。

② 認証のプロセス

通常、認証は病院の申請に基づいて開始される⁶⁴。認証は、事前に行われる病院の自己評価を踏まえて、HASの専門調査官 (*experts-visiteurs*) のグループが病院を訪問することを通して行われる。具体的には、認証は次のようなプロセスで実施される。最初に、医療従事者とともに病院の自己評価が実施され、認証のための訪問調査の3カ月前までにHASに送付される。最初に病院内部で質の水準が確認されることとなるが、これは改善のために必要な行動を明らかにするとともに、医療従事者の質の改善プロセスへの参画を促すものである。

このような段階を経て、専門調査官による認証の訪問調査が実施される⁶⁵。この調査の目的は、病院の自己評価を確認し、達成された質の水準と改善へ向けた動きを客観的に把握することである。訪問終了後、専門調査官によって主要な所見が示される。最終的には、認証手続きのために収集された分析資料、訪問調査および自己評価に基づく報告書が6カ

⁶² 例えば、第一章の参照1は「施設の戦略」である。そのなかに6つの基準が存在するが、例えば基準1.eは「医療の質と安全の改善方策」というように定められている。

⁶³ 評価は、①すべての判定要素が遵守されているか否か、②判定要素は病院のすべての部門において遵守されているか否かという観点から、遵守されている度合いに従って行われる。評価が「A」となるのは、すべての判定要素がすべての部門において常時遵守されている場合である。

⁶⁴ 病院が申請を行わない場合には、地域圏保健庁が病院にかわって手続きの実施を要請する (Dupont et al. 2011: 188)。

⁶⁵ 原則的に2~6人の専門調査官によって訪問調査が行われる (Dupont et al. 2011: 188)。

月以内に作成される。

評価に基づき 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問題や不十分な点がある場合には、HAS は「推奨 (recommandation)」、「留保 (réserve)」および「重大な留保」を伴う決定を行うことができる。これらの推奨や留保に基づいて、「認証 (推奨も留保も伴わない)」、「推奨を伴う認証」、「留保つきの認証」の三つのレベルの認証が決定される。なお、重大な留保がある場合には、HAS は病院の認証決定を一時的に差し控えることができる。この場合、重大な留保の理由となった点について、HAS の定める一定期間内 (最長 12 カ月) に病院が明確な改善を行った場合にのみ認証が行われる。これらに該当しない場合には、「不認証」の判断が下される。

作成された報告書は、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一般に公表される。このような過程を通じて、病院の質と医療安全の水準および病院による改善の取組みに関する情報が広く人々へ提供され、同時に、病院には医療の質と安全を改善するための行動が求められることとなる。

③ 認証制度の現状

2012 年現在、1,162 病院がバージョン 3 の認証手続きによる認証を受けている (HAS 2013)。傾向的には、公立病院よりも私立病院において高い水準の認証レベルを獲得する割合が高い。一つ前のバージョン 2 の認証手続きによる結果を見てみると、最もよい認証を受けた病院の割合は、営利私立病院では 62.2%であったのに対して、非営利私立病院では 59.6%、公立病院では 29.4%という結果である (FHP 2012: 170-171)。現在、実施されているバージョン 3 の認証手続きをすでに終了した病院に関する結果も、同様の傾向を示している。

2) 質と安全の指標

病院の認証制度とあわせて、医療の質と安全の指標 (indicateur de qualité et de sécurité des soins) に基づいて情報を収集し、公表すること等を通じて質の改善を促す政策的試みが行われている。質と安全の指標は、病院における患者の健康状態や医療提供の状況、医療事故の発生等を測定する道具であり、有効で信頼できる医療の質の評価を可能にするものである。

2009 年 12 月 30 日のデクレによって、すべての病院は医療の質と安全の指標に基づく評価を行い、それを公表する義務を負うこととなった。評価の結果を公表しなければならない質と安全の指標のリストは、アレテによって定められている⁶⁶。多様な指標がこの対象となっているが、例えば、院内感染 (7 指標)、患者記録の管理、退院後の書類の送付、痛みの評価の記録、栄養に関する問題の追跡、麻酔の記録の管理、心筋梗塞後の適切な薬剤処

⁶⁶ 最新のリストは 2013 年 3 月 5 日のアレテの付属文書に定められており、22 の指標が列挙されている。

方等が含まれている。病院は、これらの指標について定められた基準に従って評価を行い、その評価は、社会問題・保健省の運営するインターネットサイト Platines (plateforme d'informations sur les établissements de santé) で公表される。データ収集時期などの問題により現時点ですべての指標が公表されているわけではないが、すでに病院ごとに多くの指標が閲覧可能な状態となっている⁶⁷。

ところで、質と安全の指標に基づく評価と病院の認証は、病院における医療の質を確保するという目的において共通している。近年では、認証制度における指標の活用が進められている。このような指標の活用は、認証制度において病院の自己評価の資料を改善し、訪問調査時に専門調査官との対話の基礎を提供すること、評価におけるいくつかの基準や判定要素を代替することができること等のメリットがある。このため、バージョン 3 の認証の手引きにおいては、指標をよりよく活用するために、いくつかの「基準」には指標と関連することを意味する印が付され、それらの関係についての説明が加えられている。

このように認証手続きと質と安全の指標は補完的な関係にあり、その整合を図ることが求められている。実際には相互関係が整理されている指標の数は、認証の手続きにおいて確認することが求められる基準や判定要素の膨大な数に比べるとほんのわずかではないこと、いくつかの指標は認証手続きにおいては考慮されていないこと、さらに認証の結果と指標の評価には不整合（承認において最もよいレベルを獲得した病院が、指標の評価において必ずしも最もよいレベルに該当するとは限らない）が見られること等が問題として指摘されている（FHP 2012: 168-169）。

(3) 医療従事者を対象とした質の確保策

1) 評価と継続的な教育研修

次に、医師等の医療従事者による実践に焦点を当てた施策について検討していく。医療従事者の実践の質を確保するための新たな制度として注目されるのが、2009年 HPST 法によって新たに導入された「継続的な職業発展(DPC)」と呼ばれる仕組みである。病院改革や医療へのアクセスに関する改革とは異なり、医療の継続教育は、それまで議会内外での議論や論争を巻き起こすテーマではなかった（Couty et al. 2009: 210）。新たな DPC 制度は、職種ごとに多様に展開されていた継続教育研修を統合・簡略化するとともに、それまで別々に展開されていた教育研修と評価の手続きを一体化するものである。

同法によれば、DPC は、職業的実践の評価、知識の改良 (perfectionnement)、医療の質と安全の改善、公衆衛生上の優先課題を考慮に入れること、医療費の医学的抑制を目的としている。DPC は、医師をはじめとする多様な医療従事者に対して義務化された⁶⁸。DPC

⁶⁷ それぞれの指標の評価は、視覚的にも分かりやすいように星 (1~3 つ) で示されている。また、指標ごとに評価の前年からの変化が示されており、各病院における質の改善の動きが分かるように工夫されている。あわせて病院の認証に関する情報 (認証のバージョン、認証日、認証のレベル、認証後の調査の実施) も掲載されている。

⁶⁸ 医師、歯科医師、助産師、薬剤師、調剤師助手、コメディカル等に対して DPC は義務と

の対象となる医療従事者は、年間、少なくとも一つの DPC プログラムに参加しなければならない。

次に、DPC の中身を確認しておきたい。DPC は、従来の「医療継続教育研修 (formation médicale continue: FMC)」と「職業的実践評価 (évaluation des pratiques professionnelles: EPP)」を統合して設けられた医療の質と安全の継続的な改善のための新たな仕組みである。多様な医療従事者が対象となるが、ここでは「医師」に焦点を当ててこれらの仕組みを見ていく。まず、前者の FMC は、従来、医師の倫理的義務として位置づけられていた。医師倫理法典には、すべての医師は知識を維持・改良し、継続教育研修活動に参加するために必要なあらゆる準備を行わなければならないことが規定されており、これに基づく継続教育研修が要請されていた。そのようななか 1996 年 4 月 26 日のオルドナンスによって、すべての医師・薬剤師に対して FMC が義務化されることとなった。さらに 2002 年には、対象別 (自由医・病院勤務医・病院以外の勤務医) の FMC の全国協議会が創設され、この全国評議会が研修実施組織を承認するという体制が整備された。なお、全国評議会は 2010 年 9 月まで存在していた。

後者の EPP に関しては、まず 1998 年に自由医を対象とした制裁を伴わない任意の形での EPP の仕組みが導入され、地域圏自由医連合 (URML) と ANAES によって共同運営されていた。そして 2004 年 8 月 13 日の法律によって、EPP はすべての医師に対して義務化された。EPP の目的は、医療の質および医療従事者によって提供される患者への医療を継続的に改善することであり、倫理規定の遵守を重視した上で、医療の質、安全、有効性と効率、さらに予防、公衆衛生を推進することが目指された。具体的には EPP は、推奨 (後述) を基準として、HAS によって定められた方法に従って職業的実践の評価を行うものである。

EPP は HAS のコントロール下で展開されたが、実際の EPP の実施機関は対象となる医師の区分によって異なっていた。自由医に対しては URML が、病院勤務医に対しては各病院の施設医療委員会 (commission médicale d'établissement) 等が EPP の実施を委託されていた。HAS はこれらの EPP 実施機関の承認を行う役割を担った。一方で、個々の医師の EPP の有効認証 (validation) は、FMC の地域圏評議会に委託されていた (Couty et al. 2009: 211)。

このように医療の質を確保するという目的において重なりながら、別々に実施されていた FMC と EPP の調和を図ることが政策的な課題として認識されるようになった。そもそも二つの手続き (FMC と EPP) は相互に補完的である。EPP は実践について振り返ることを促し、現実的な研修の必要性を明らかにする。また EPP は、個々の実践を仲間の実践あるいは望ましい実践の規範と突き合わせることを通じて、それ自体が教育的な手続きとなる (Couty et al. 2009: 212)。さらに HPST 法は、多様な医療従事者の継続教育研修の仕組みを医師の教育研修義務と調和させながら、実施体制を合理化することも企図していた。

なっている (Couty et al. 2009: 168)。

こうしたなかで、従来の二つの手続きを統合して、多様な医療従事者を対象として新たに創設されたのが DPC 制度である。

新たな DPC 制度の全体的な舵取りを担うのが、2012 年 7 月に創設された DPC 管理機関 (organisme gestionnaire du développement professionnel continu: OGDPC) である。OGDPC は、国と全国医療保険金庫連合のメンバーによって構成され、DPC 実施機関の登録、財源の供給、DPC の推進、DPC の活動の総括等を行い、さらに保健医療担当大臣に対して当該施策の質と有効性について意見を述べる役割を担う。医療従事者に DPC の取組みを義務づけることを通じて医療の質を確保しようとする試みは緒に就いたばかりである。その効果や問題点などを分析することが今後の課題となる。

2) 医師を対象とした認証制度

1996 年の認証制度の導入当初、病院の認証を意味していた「*accréditation*」は、2004 年以降、病院で医療を提供する医師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。これは、医療実践・行為に関連したリスクを予防し、削減するために実施される手続きである。病院に対して実施される認証と区別するために、以下では「医師認証」と表記する。2004 年 8 月 13 日の法律によって新たに位置づけられた医師認証は、病院で医療に従事する医師あるいは同じ専門科の医師グループを対象として、彼らの職業的な実践を認証する手続きであり、義務的ではなく自発性に基づくものである。医師認証の結果は公表される。認証の対象となる医師は、特に職業的なリスクにさらされている特定の専門分野の医師であり、その対象範囲はデクレによって定められている⁶⁹。医師認証の有効期間は 4 年間である。

医師認証は、2004 年の HAS の創設と同時に制度化された。医師認証制度において、HAS は、リスクを孕む出来事の情報収集・分析し、科学的に承認された方法に従って医療の質と職業的な実践の標準 (*référentiels*) を定め、その普及と活用の促進を図るというように、制度全体を統括する役割を担っている⁷⁰。

実際には、それぞれの専門分野ごとの連合組織が HAS から承認を受けて医師認証を実施している。医師認証を実施する組織は、方法論に関する HAS のサポートを受けながら、医師に対して施策を推進し、リスクを伴う出来事を医師らが分析することを支援し、さらに教育研修、リスク削減プログラム、推奨、安全確保策において経験をフィードバックさせる役割を担っている (HAS 2012: 10)。医師認証の手続きを行っている、あるいは認証された医師と医師グループは、望ましくない医療事故を分析するために必要な情報を HAS に伝達しなければならない。HAS は、専門分野ごとのリスク管理を通じて得られたデータを共

⁶⁹ 医師認証の対象となるのは、麻酔・蘇生、顔面・口腔外科、整形・外傷外科、形成外科、胸郭・心血管外科、小児外科等の外科、産婦人科、胎児超音波検査等に従事する医師である (HAS 2012: 10)。

⁷⁰ 医師認証制度における HAS の役割については、公衆衛生法典 L.1414-3-3 条参照。

有化するために、専門分野横断的に構成されるリスク委員会を設置している⁷¹。

2012年6月1日現在、医師認証制度をめぐる状況は次のとおりである(HAS 2012: 10)。18の専門分野の組織がHASから承認を受けており、これらの組織は、医師認証の手続きに関わるほぼすべての専門分野をカバーしている。10,721人の医師が登録されており、7,759人が認証されている。また、47,227件のリスクを伴う事故がデータベースに登録されている。

なお、医師認証はDPCプログラムの一つとして位置づけられるため、対象となる医師が、毎年、医師認証プログラムに参加する場合には、DPCの義務を履行したこととなる。

3) 望ましい実践の推奨

医療保険財政の悪化を背景として、1990年代に入ると医療費の「医学的抑制」と呼ばれる考え方が現れてきた。不適切な治療や薬剤の処方によって不必要な医療支出が引き起こされているという認識が高まるなかで、1993年に拘束力をもつ医療基準(*références médicales opposables: RMO*)が導入された。RMOは医学的に不要な治療や処方を回避することを目的とした望ましい医療実践の基準であり、医師組合と医療保険金庫が医療協約を通じて適用するRMOを定め、基準が守られない場合には罰金を科す仕組みであった。このような制裁的な仕組みに反感をもつ医師も少なくなかった。

1996年のオルドナンスによってRMOの適用の強化が図られた。RMOは、同オルドナンスに基づいて創設された全国医療認証評価機構(ANAES)によって(薬剤部門に関してはフランス医薬品安全庁(AFSSAPS)⁷²によって)作成された⁷³。また、これらの二つの機関は、RMOのテーマごとに「望ましい実践の推奨(*recommandations de bonne pratique*) (以下、「推奨」)」を作成する役割も担っていた。

しかしながら、1999年にコンセイユ・デタ(国务院)が当該制裁措置を無効としたことによって、RMOは実施できない状況となった(Dupeyroux et al. 2011: 513)。RMOの実施が難航する一方で、同じ時期に「推奨」を基準として医療実践を評価するEPPの仕組みが導入されたこともあって、「推奨」を整備し、活用することが重視されるようになった。2004年にANAESを引き継いだHASは、「推奨」を作成し、これを医療従事者と一般市民に広く伝達する役割を担っている。

「推奨」は科学的なデータを総合し、学術的な議論を踏まえて作成されるものであり、一定の臨床的な状況において、医師と患者が最適な医療を追及することを支援するための、体系的に展開された提案であると定義される。個々の推奨には四段階のグレードが設けら

⁷¹ 当該リスク委員会は、複数の専門分野に共通するリスクの管理政策の実施、提案された専門分野間の教育方法と推奨の有効性の確認、およびすべての専門分野に適用可能な実践安全の改善プログラムの提案を任務とする。

⁷² AFSSAPSは2012年に改組され、現在の組織はANSMである。

⁷³ 2002年の時点で450のRMOが設けられていた。これは、主に薬剤の処方に関するものであり、検査に関するものは少数であった(Dupont et al. 2011: 191)。

れている。推奨のグレードは、科学的な根拠のレベルに応じて、「A」（確立された科学的根拠に基づく）、「B」（科学的推定に基づく）、「C」（低いレベルの根拠に基づく）」、さらに研究が行われていない場合については「D」（専門家の合意に基づく）」と表記される。HASと医薬品安全庁によって作成された数多くの「推奨」は、HASインターネットサイトで公表されている。今日、望ましい臨床的な実践を推進していく上で、「推奨」の果たしている役割は大きい。

5. 考察

最後に、フランスの医療供給体制に関する改革のこれまでの検討をふまえて、改革の特徴と日本にとって重要と考えられる点について考察を行いたい。

(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、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、2000年代に入ると開業医を中心とした外来診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展開されている。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を核として包括的・一体的な保健医療政策が実施されている。

第二に、医療供給者間の柔軟で多様な連携が積極的に推進されている点が指摘できる。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。医療供給者間の連携を推進することは、このような要請に応えるために不可欠となっている。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、主に公立病院の柔軟な連携を可能にするCTHや、柔軟で多様な連携を可能にするCGSが該当し、これらの仕組みはHPST法によって導入あるいは拡充された。後者の新たな提供形態としては、プライマリ・ケアへのアクセスを確保するためのグループ診療の推進、多職種の診療施設が挙げられる。さらに、これらの新たな提供形態に適した報酬支払い方式の試行が行われている。このように連携や協力を積極的に推進するために、保健医療サービスの提供方式や報酬支払い方式にまで踏み込んだ改革を行っている点が注目される。

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二つの点を指摘したい。一つ目は、フランスにおいては質の確保された医療への平等な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、推進されていることである。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、あわせて病院や開業医等へのアクセスを保障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。また近年では、自由医療の伝統が堅持されてきたプライマリ・ケアの領域においても、平等なアクセスを確保するための多様な施策(医師不足の地域への医師の誘導策、グループ診療の推進、医師とコメディカルの新たな協力形式の整備等)が実施されている。

二つ目として、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とが挙げられる(医療費抑制策については加藤報告書を参照)。このため、医療政策には、医療供給の効率化を追求しつつ医療の質を確保し、さらに医療への平等なアクセスを実現するという困難な課題が突きつけられることとなる。このような政策を強力に推進するためには、医療供給に関する包括的な権限をもつ ARS の創設が必要であった。ARS によって財政的な制約のもとで医療資源の有効な活用と医療の質の向上を通じて、国民の医療の必要に応じていく試みが続けられている。

さらに日本と共通した背景としては、慢性疾患の増加によって予防・疾病教育の重要性がますます高まりつつあること、地域によっては医師不足が懸念されていることが挙げられる。このため、多職種連携の強化策、医療過疎地域への医師の誘導策が積極的に展開されているといえる。

(2) 日本にとって重要と考えられる点

HPST 法によって ARS が創設されたことはフランス医療政策上の重要な達成であり、ARS を通じて医療供給が実効的なコントロール下にあることについては、本稿においてもさまざまな側面から検討してきた。当然のことながら、行政制度や医療制度が大きく異なる日本に ARS をそのまま導入することは無意味であるが、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・権限の大改編である ARS の創設と、その効果や問題点等について、日本との比較の視点からさらなる検討を行うことは意義のあることであると考える。

また、人々が安心して暮らすための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、医療供給者の連携のための制度等)、およびプライマリ・ケアへのアクセスを確保するための諸施策は、日本における改革方策の検討に多くの示唆を与えるものである。なかでも多職種連携を推進する医療提供方法(多職種の診療施設や保健医療ネットワーク)とそれに対応した報酬支払い方式の試行、医療過疎地域における医療の確保策は、日本においても検討することが必要な改革方策であると考えられる。

さらに、近年、フランスでは医療の質の確保のための取組みが格段に強化されている点が注目される。医療の質を改善するための改革を通じて公的介入がしだいに強化されており、同様のやり方を日本に当てはめることは必ずしも適切ではないと考えられるが、医療の質の改善を図るための施策の対象や方法について比較の視点から検討することは、日本における政策の選択肢を広げることにつながると考えられる。

《参考文献》

- Afrite, Anissa et al.(2013) L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soin, Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, Questions d'économie de la santé, No189, IRDES.
- 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.
- Barlet, Muriel et al.(2012) Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, études et résultats No 817, DREES, INSEE.
- Bergoignan-Esper, Claudine (2009) Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation, RDSS No5, Dalloz.
- Bourgueil, Yann et al., (2008) La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2, Questions d'économie de la santé, No136, IRDES.
- Bourgueil, Yann et al., (2009) Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande, Questions d'économie de la santé, No141, IRDES.
- Collectif Interassociatif Sur la santé (2011) Médecin et soins de proximité.
- Couty, Édouard et al. (2009) La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, Presses de l'EHESP.
- Direction de la sécurité sociale (2011) Expérimenter une alternative au paiement à

- l'acte : les ENMR.
- Delamaire, Marie-Laure and Lafortune, Gaetan (2010) Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries, OECD.
- Desmarais, Pierre (2012) Les protocoles de coopération entre professionnels de santé : un dispositif à peaufiner, RDSS No3, Dalloz.
- DREES (2012) Le panorama des établissements de santé, édition 2012.
- Dupeyroux, Jean-Jacques et al. (2011) Droit de la sécurité sociale 17e édition, Dalloz.
- Dupont, Marc et al. (2011) Droit hospitalier 8e édition, Dalloz.
- Dupuy, Olivier (2009) La réforme de l'hôpital (loi de 21 juillet 2009), Heures de France.
- ENMR(Expérimentation Nouveaux Mode de Rémunération des professionnels de santé) (2013) La lettre No4 .
- Evain, Franck (2011) À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?, études et résultats No 754, DREES.
- FHP (2012) Cliniques et hôpitaux privés au coeur 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.
- Gardette, Virginie, 2010, Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles, http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCE/M2/module1/sous_module4/001_Principes_demarche_0'assurance_qualite.pdf#search='RMO+qualite', 2013 年 9 月 25 日アクセス.
- GIP SPSI (2013) Le système de santé en France.
- Haute Autorité de Santé (2008) Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?, Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS.
- Haute Autorité de Santé (2012) « Régulation par la qualité : la HAS présente ses principales orientations », Dossier de presse, Conférence de presse de rentrée.
- Haute Autorité de Santé (2013) Rapport d'activité 2012 Synthèse.
- Marié, Romain (2012) La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question, Droit social No4/
- 松本由美 (2012a) 「フランスにおける保健医療計画の導入と展開 —医療への平等なアクセスの実現を目指して」 国立社会保障・人口問題研究所 『海外社会保障研究』 No.178.
- 松本由美 (2012b) 『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。
- 松本由美 (2013) 「フランスにおける医療の質の確保に関する政策」 『熊本大学教育学部紀要』 第 62 号。
- 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.

篠田道子 (2008) 「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向—在宅入院制度による集中ケアマネジメントを中心に—」 国立社会保障・人口問題研究所 『海外社会保障研究』 No.162。

篠田道子 (2011) 「フランスにおける医師と看護師の役割分担—看護師の「固有の役割」を中心に—」 国立社会保障・人口問題研究所 『海外社会保障研究』 No.174。

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）

【研究要旨】

本年度の研究は、昨年度の研究成果、および、本年度にイギリスにおいて実施した訪問調査、文献研究等に基づき、イギリスで行われた・行われている医療制度改革を把握、分析し、日本への適応可能な改革案を模索することを目的とする。イギリスでの調査対象機関は、NHS の主要機関、研究機関、および、医療機関等であり、担当者や研究者らから貴重な情報、示唆を得ることができた。

平成 25 年度研究においては、まず、NHS 制度改革について、その特徴を明確にするために、ドイツ、フランス研究と同じ視点から整理し、次に、本研究の主目的である日本への適用可能性を検討するものである。

NHS は社会保険方式とは大きく異なる制度設計を持つ。これを前提に NHS における改革手法のどれが、どのように日本に適用可能であるかの分析、検証を行った。

なお、本年度もまた、昨年度同様、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。

A. 研究目的

本研究は、イギリスにおける医療保障制度である NHS の改革の調査、検討・分析を通し、同の改革の成果—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する。

より具体的には、NHS 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、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、示唆を得る点は多い。

B. 研究方法

まず、平成 25 年度の研究成果を踏まえたうえで、新たに公表、公刊された論文、資料等の文献研究を行った。

次に、NHS の主要機関、専門研究機関、

および医療機関などを訪問し、ヒアリング調査、資料収集を行った。これらの方法により、文献調査では得ることのできない、あるいは不足していた情報を得た。

以上の調査結果をもとに検討を行い、イギリス NHS が抱えている問題、取り組まれた改革の趣旨、方法、および、その成果と、残された課題を把握した。そして、これらの検討を通して、我が国へ適用可能な医療制度改革についての考察を行った。

<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

I. 総論

1. 改革の主要目的

第一に、診察・治療等、医療サービスを受けるまでの期間、すなわち待機期間の短縮である。

第二に、どの医療機関で受診をしたとしても、等しく、良質の医療サービスを受けることができるようにすること、換言すれば、医療サービスの質の標準化である。

2. 中心的な手段

上記目的を達成するための手段として、①NHS 予算の増額、②目標達成水準の設定、③組織機構改革、④診療報酬への成果制導入、および⑤質を評価する組織の創設・強化である。

II. 各論

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、財源は租税により構成されるため、社会保険制度に比べて、公平性と安定性においては、相対的に優れている。

一方、税収により予算額が左右されるため、医療サービスの提供は政府の財政規模、政策に直接的な影響を受けやすい。

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、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. & E. 考察と結論

(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。

(2) 日本にとって重要と考えられる点

限られた予算の中で、良質な医療を国民に保障することを目的として始められた

医療機関の情報公開、患者等による評価とその公表は、日本においても重要であり、かつ、制度の仕組みが異なっても適用可能であると考えら得る。

また、診療報酬制度の改革を通して診察・治療の標準化を図るなどの政策誘導は我が国にとって、きわめて重要な改革手段である。

(3) 結論

NHS 改革は、医療費への歳出予算を一貫して増額することで進められた。この点は日本を含め、ドイツ、フランスの医療制度改革とは決定的に異なる改革手法である。したがって、日本への適用可能性を考えるならば、大きな財政負担を伴わずに実施可能な、あるいは、財源を効率的に活用できる改革ないしは医療政策となる。

そのような改革として、医療機関の質の評価、医療サービスの質と量を的確に反映した診療報酬体系、医療と介護の連携を見据えたプライマリケアの重点化などがあげられる。

他方、歴代政権により NHS 改革は頻繁に行われ、その改革コストは小さくない。改革の必要性を十分に吟味し、改革自体の費用対効果もまた常に考慮する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

「医療サービスの情報提供と評価—日本とイギリスの比較を中心に—」週刊社会保障 2748 号(2013 年)50~55 頁。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

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¹、原則、無料²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、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。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) NHS の概況

イギリスは病診分離が確立され、初期治療を担当する医師をジェネラルプラクティシ

1 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。

2 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。

ヨナー (General Practitioner、以下、GP) という。2013年9月末現在、約4万人のGPがいる。GP以外の医師、および歯科医は約11万人である。

NHSの組織は大きく医療職・非医療職を含めた職員数は約136万人、このうち医師・歯科医師を除く職種(看護師を含む)には約108万人が従事する。病院で勤務する看護師は約37万人、GP診療所で勤務する看護師は約2万4000人である³。

また、予算については、2014年3月に公表された2014年度NHSイングランドの予算は、約980億ポンドである。(前年比3%増)。他の公共支出が削減される中、NHS予算と教育予算のみが前年比増を示している。ただし、NHSの人件費を含む事務経費については削減が課せられている。

なお、本稿では病院は、特に断りのない限りファンデーショントラスト病院 (FT病院) を意味する⁴。

(2) アクセス

NHSの特徴の1つが、住民の医療サービスへのアクセス方法である。

① 住民が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⁵。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 NHS Hospital and Community Health Service (HCHS), 'Workforce Statistics in England, Medical and Dental staff - 2003-2013, As at 30 September', 2014年3月。

4 キャメロン連立政権は 'Equity and Excellence: Liberating the NHS' (2010) を公表し、2014年3月末までにすべてのトラスト病院をファンデーショントラスト病院へ移行することを宣言した。

5 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。

③ 紹介された病院での受診までの待機時間の短縮を目指す数々の改革の成果があり、待機時間は概して短縮されている。それでも、待たざるを得ない場合がある。それを嫌って、NHS の適用のない民間病院で素早く診察を受けることも可能である。この場合、任意で契約・加入する民間保険が活用されている。

2. 対象とする改革⁶

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。

6 以下「2.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。