

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。

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	ブラウン
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)。

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。

まず、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、「どこにいても」「平等で良質」な医療サービスを受けることが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行政組織体系と、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、医療機関側からみた NHS の問題点について述べたい。通常取引社会では、売り手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、それにみあった収益を期待できる。ところが、NHS 体制ではそのような仕組みが欠けていたために、医療サービス提供者側に質を高め、量を増やすという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。これが結果として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、である。

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、このことは歴代政権の改革が「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⁷。

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⁸。

（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

⁷ Jo Mayblin and Ruth Thorlby(ed.), A high-performing NHS? –A review of progress 1977-2010-, The Kings Fund, 2010,9 頁。

⁸ 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）

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

③

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⁹。

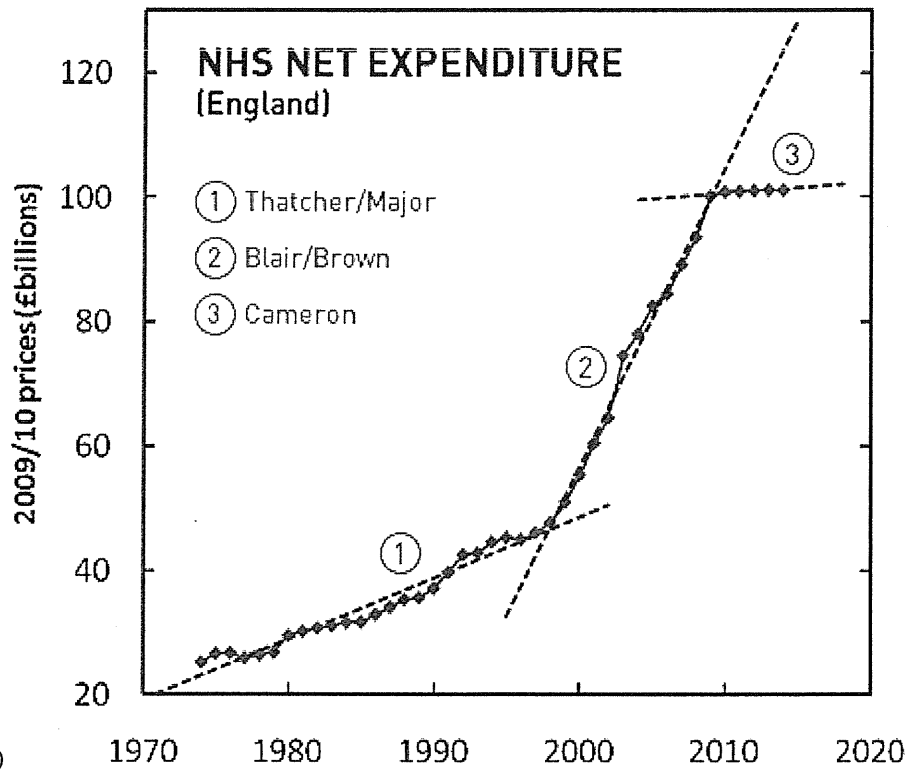
図1) NHS支出

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

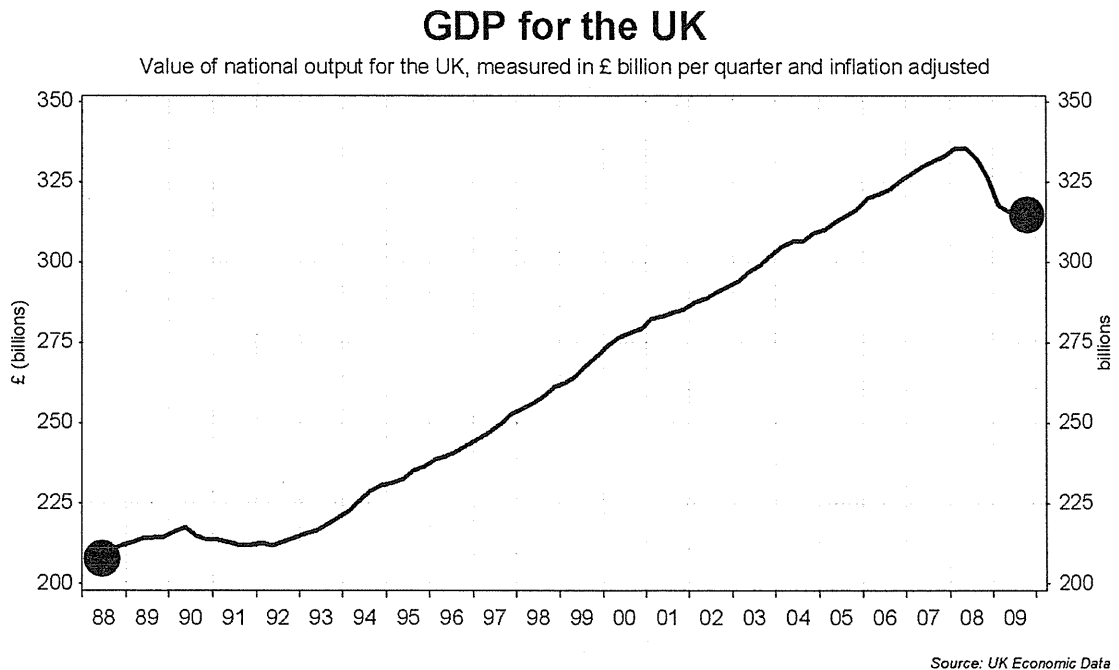
⁹ Sarah Gregory, Anna Dixon and Chris Ham(eds.), Health policy under the coalition government- a mid-term assessment-, The kings Fund,2012,p1.



0251658240

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。

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

イギリス NHS の場合、すべての住民に普遍的な医療サービスを提供することが制度の前提であるために、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、社会保険方式を採用する国において問題となっている保険関係への「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。

上記若干の要件とは、自発的かつ定住意思を持って、イギリス内で適法に生活をしていることである（この要件を満たした者を Ordinary resident、居住者）¹⁰。居住年数について客観的な基準は示されていないが、保健省は6か月未満の場合には居住者に該当しないという指針を示している。ただし、最終的には患者を受け入れる GP や病院（および、その予算配分権限者である CCG）の判断に委ねられる。

(2) 民間医療保険の役割

NHS 体制下においては、施行当初より、NHS が適用されない民間病院が存在する。また、NHS 病院の中に、NHS の適用されない診療行為を提供できる空間(診察室・病室。NHS private unit と呼ばれる)を置くことも認められてきた。ここで診療を受ける場合には全額自己負担となる一方、GP の紹介は不要で、直接、受診に訪れることが可能である（以下、プライベート診療）。このようなプライベート診療は待機時間を避けるため積極的に利用され、このような患者ニーズを背景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、住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。

10 Department of Health, ORDINARY RESIDENCE: Guidance on the identification of the ordinary residence of people in need of community care services, England(2011).

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リー—vol. 56 (2010年) 27~44頁、等。

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）。

（3）民間医療保険の種類

イギリスの民間医療保険の種類は、日本より多様である¹³。まず、代表的な保険として、プライベート診療保険（Private Medical insurance, PMI）とキャッシュプラン（Health Cash plan）、このほかに、例えば美容整形保険、歯科保険、所得保障保険などがある。

PMI の一般的な保険内容は、病院における入院費用（通常は急性疾患に限る）である。GP に要する費用は通常、適用対象外である。また、キャッシュプランはNHS 診療であっても自己負担が必要とされる処方箋、メガネ、補聴器などをカバーする。

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¹⁴。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。

（4）NHS との役割分担議論

NHS 病院の入院患者の3人に1人は民間保険に加入しているが、次年度、契約更新時に保険料の引き上げを危惧して、大半は保険請求をしないという報道がなされた¹⁵。保険会社はこの状況がNHS 財政にとっても損失であると論ずる。たとえば、その根拠として2012年現在、民間保険で医療費を支払える患者にNHS は9億6800万ポンドを支出したことを

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

¹³ 同上（注10）

¹⁴ Stuart road Surgery。住所は The Surgery, Stuart Road, Pontefract, WF8 4PQ。

¹⁵ The INDEPENDENT, Tuesday 06 November 2012.

指摘する。

民間医療保険の積極的な活用、つまり、NHS 病院で治療を受けずに、民間病院、あるいは、NHS 病院内の NHS private unit で入院治療を受けることは、NHS 財政の節減に役立つ、また、病院への直接的な収益となるという見解である。これは一面、理にかなった説明である。

しかし、医師や看護師などのマンパワーは限られており、プライベート診療に彼らの労力が向けられるほど、NHS 体制による医療サービス供給は減少する。これは、医療改革の目的であった診療待機期間の短縮やより良い医療サービスの提供の阻害要因となりうるといえよう。

以上のことから、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。

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、医療費の財政負担が重く、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っ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ってよい。

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、処方箋料(2014年現在、薬剤1品目につき8.05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、先発医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する。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）¹⁶で処方され¹⁷、イギリスの薬剤市場でジェネリック薬品は75%を占める¹⁸。このように、イギリスにおけるジェネリック薬品の普及には、主として以下の3点が貢献している。まず、第一に医学教育である。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とのことである。したがって、彼らが臨床の場で処方する際には、商品名ではなく、国際一般名で処方することが多い。第二に、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。最後に薬局がジェネリック薬品を積極的に調剤する誘導政策の存在である。処方箋に一般名が記載されている場合、薬局がジェネリック・先発医薬品のどちらを調剤するかを自由であるが、このときCCGからはジェネリック薬品の費用しか償還されない。つまり、このときにジェネリック医薬品より高価な先発医薬品を調剤すると、赤字になることからジェネリック医薬品を調剤するインセンティブが働く。

（2）選択制の導入

医療機関の選択制の保障と拡充は、NHS改革の目的の一つである。2009年、NHS憲章がGP、病院の選択を住民や患者の権利として規定したことを契機に積極的に取り組まれることとなった。そして、選択権の強化をする改革は、待機期間を短縮させ、医療サービスの質を向上させる道具として期された。

医療機関の選択とは、主として住民がGPを選択する場面と、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や病院が「選ばれる存在」となるためにとる行動が待機期間の短縮、質の高い医療サービス等の実現に帰結するという仮説にある。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、選ばれるための努力に報いるために、後述する通り、診療報酬の改革が同時進行で進められたのである。

¹⁶ 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。

¹⁷ Generic and Biosimilars Initiativeのホームページより <http://gabionline.net/>。

¹⁸ OECD, Health at a Glance 2013.

住民の選択権行使に実効性を与え、かつ、選択自体を容易にしたのが、インターネットによる検索システム、NHS Choice サイトの構築である。このサイトを活用して、住民は自らが登録する GP を全国規模で選ぶことができる。医療機関種別（GP、病院、救急病院、歯科医、薬局、高齢者・障害者施設、等）と機能別医療機関（アルコール対応、妊娠・出産対応、禁煙外来、等）に多様な情報を入手できる。

①GP の選択

制度施行当時、住民は住所登録地に所在する GP の中からしか GP を選択することができなかった。そのため、選択の余地がきわめて小さく、加えて GP の資質に差があり、良い GP に登録できない不平不満から、このようにして GP を選択する方法は「郵便番号による宝くじ」に等しいと揶揄された。

そこで、ブレア政権は、NHS 憲章の中で、GP の選択は住民の権利であると宣言した¹⁹。

次いで、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、住民は登録住所地に関わらず、自由に GP 診療所を選んで登録することが可能となった。

表 1 は、GP Choice を用いて、ロンドン近郊の地域にある 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地域名を入れると、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。

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²⁰。

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 3 のとおりである。

病院治療待機期間改革に重要な役割を果たすのが NHS 憲章である。同憲章は、病院が紹介を受けた日、あるいは患者が予約をした日から 18 週間以内に治療を受けることは患

¹⁹ NHS, The NHS Constitution- The NHS belongs to us all-, for England, 2013, p8.

²⁰ 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。

者の権利であると規定する。

現在、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（表 2）。病院選択の場合には GP とは異なる視点が必要であるため、情報項目がまた異なる。このような IT 技術の整備・発展が住民や患者に 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に大きく寄与していることはいうまでもない。

そして、表 3 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イングランド内のすべての病院の中から選択し、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²¹。

21 <http://www.tpp-uk.com/>。

表 1. GP 選択の検索画面 (2014 年 5 月現在)

診療所	NHSチョイス利用者による評価	登録患者数	患者調査による総合評価 (注1)	電子処方箋	新規患者受け入れの可否	オンラインによる予約	オンラインによる処方箋発給
A	☆☆	7938	 70.1% - Among the worst				
B	☆☆☆☆☆	3128	 98.7% - Among the best	n/a Data not available			
E	☆☆☆☆	5198	 76.1% - In the middle range				
F	☆☆☆☆☆	6410	 95.2% - Among the best				

注 1) この診療所をこの地域に引っ越してきた人に推薦しますかという問いに「はい、とても強く推薦します」「はい、おそらく推薦します」と回答した者の割合。

表 2. 病院選択の検索画面 (2014 年 5 月現在)

Details	NHSチョイス利用者による評価	Care Quality Commission の基準適合度	職員による評価	患者の安全性遵守	死亡率
A病院	☆☆☆☆☆		職員の 47% が 推薦	 未達成	
B病院	☆☆☆☆☆		職員の 51% が 推薦	 達成	n/a

表 3. 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. 診療報酬制度改革

(1) GP の診療報酬制度改革

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、「包括報酬 global sum」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、これが待機問題や、医療サービスの質の地域間格差などの諸問題の大きな原因となっていた。

そこで、GP の努力と成果を反映させる診療報酬制度改革が、2004 年にブレア政権によって始められた。付加的なサービスの実施に対する報酬（高度サービス報酬、Enhanced Services）と成果報酬（Quality and Outcomes Framework）の導入である。そして、これら新診療報酬体系の導入と同時に、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。以降、診療報酬算定は従来からの人頭払い方式に実績型報酬方式が加わることとなった。

(1) - 1 GP の診療報酬契約

現在、GP の診療報酬は NHS イングランド(実際には NHS employer)と、イギリス医師会(実際には下部組織の GP 委員会)との契約により決まる。この GP 契約には 2 種類あり、1 つは General Medical Contract、もう 1 つは Personal Medical Contract である。

General Medical Contract は NHS イングランドと診療所との間で、全国統一的な条件で交渉、締結された契約である。イングランド全体で約 60% の GP 診療所がこのタイプの契約である。残りの 40% を占める Personal Medical Contract は、NHS イングランドと GP 診療所との間で、全国統一内容ではなく、地域別に異なる条件で締結する契約である。ただし、この契約の内容と範囲に General Medical Contract が強い影響力を有する。

(1) - 2 診療報酬の構成

2004 年に導入された高度サービス報酬をもたらす付加的なサービスを提供するか否か、すなわち、上記 GP 契約のなかに同サービスを取り込むか否かは GP の任意である。しかし、GP が同方式を取り入れているかが上記検索サイトを通して住民に一目瞭然であることから積極的に契約に盛り込む GP が多い。

なお、2014 年度契約では前記 2 種類の実績型報酬部分への予算配分を減らし、その分を包括報酬へ移すという重要な改正が行われた。これについては後述する。

2014年現在のGP診療報酬の構成は概要、下記のとおりである²²。

住民登録人数による「包括報酬 global sum」	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
診療所最低収入保障	GPの収入保障制度であり、2004年から導入された制度である。
「成果報酬 Quality and Outcomes Framework」	GPの診療行為・活動を一定の指標 indicator に従って評価し、指標が求める基準に該当した場合に支払われる報酬。この報酬の適用を受けるかは任意であるが、大多数のGPは参加。詳細については、下記参照。
「高度サービス報酬 Enhanced Services」	高度サービス報酬の対象となるサービスは、①アルコールリスクを下げる取り組み、②学習障害と③認知症への対応、④患者の診療所運営への参加、⑤診療時間の延長。 この報酬体系は2014年度に改正され、以前に比べてサービスの種類が減少した。すなわち、従前、2つに分類されていたものが（Director Enhanced Services(DESs)、と Local Enhanced Services(LESs)）、1つに集約された。
年功報酬	NHSへの功労報償として支払われる報酬。GMC（総合医療審議会。General Medical Council）に医師として初めて登録した日からの年数に基づいて支払われる。
診療所建物についての支払	診療所として活用する建物の賃貸料、GPらがそれを所有している場合には、賃貸料相当額。
調剤報酬	診療所が調剤サービスを行っている場合にのみ支払われる報酬。
プライベートサービス	旅行予防接種、生命保険加入時に必要な健康診断書作成、等に対する報酬。

[成果報酬 Quality and Outcomes Framework]について

成果報酬の対象となる項目は当初、4つのドメインで構成されていたが、数次の改革により現在は2つのドメインである（表4）。1つは従来からある臨床に関するドメイン、もう1つは2013年に導入された公衆衛生に関するドメインである。各ドメインには指標とポイントが設定され、診療報酬は[ポイント数×1ポイント当たり単価]で計算される。

²² GPC,NHS England and NHS Employer, 'General Medical Services Contract 2014/2015 Guidance and Audit Requirements NHS England reference:01347'.

なお指標作成には後述する NICE が強く関与している。その関与の方法は以下のとおりである。NICE は自身の WEB 上で quality and outcomes framework の指標に対するコメントを関係者から受け付けている。NICE 内部の諮問委員会はこれらのコメントを検討し、そして、あらたな推奨指標を公表する。NHS 当局（NHS Employer）と GP は、この推奨指標を GP 契約に取り込むか否かの交渉をすることになる。こうして NICE 内で審議検討を経て、その結果、改正されたり、あるいは採用された指標は、その旨、明記される（表 4 「リュウマチ性関節炎」の指標を参照）。

表 4. quality and outcomes framework の例

	疾病	指標	ポイント	達成水準
臨床	慢性肝疾患	登録患者のうち、18 歳以上の慢性肝疾患をもつ患者の診療録を維持補完	6	
		同患者の直近の血圧が 140/85 以下	11	41～81%
		高血圧、また蛋白尿を持つ同患者の割合	9	45～80%
	リュウマチ性関節炎	登録患者のうち、16 歳以上のリュウマチ性関節炎をもつ患者の診療録を維持補完	1	
		過去 12 カ月の間に直接、会って診察した同患者の割合 NICE 2012 menu ID: NM58	5	40～90%
	以下、略			
ポイント総計			435	
公衆衛生	高血圧	登録患者のうち、過去 5 年間分の血圧の記録を持つ 45 歳以上の患者の割合	15	50～90%
	肥満	BMI が 30 以上である 16 歳以上の登録患者の記録を過去 12 カ月にわたり保管	8	
	以下、略			
	ポイント総計			124

2014 年度の改正の特徴は、上述のとおり指標項目が減らされたことである。臨床ドメインからは 24 の指標、185 ポイントが減少した。また、公衆衛生ドメインからは 6 つの指標が削除され、33 ポイント減少した。これら減少したポイント分は包括報酬、および高度サービス報酬へ振り替えられた。この改正の趣旨は、GP らが報酬請求のために費やす時間と労力を軽減し、その分、診療に注力させる、つまり、管理的業務を減らし、本来の GP サービスを期待しての診療報酬改革である。そして、これによって GP の報酬に影響を与えないよう包括報酬部分を増額したのである。

(2) 病院の診療報酬制度改革

2014年現在、病院の診療報酬は病院とCCGの契約により決定され、これは前年度実績から医療サービスの量を推定し算定される。これに加えて、サービスの質が一定の水準に達したことを根拠に支払われる成果報酬がある。

①量を反映する診療報酬制度改革

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。

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、病院に対し、提供した医療サービス量に応じた診療報酬制度を導入した。「結果に基づく支払い Payment by Results(以下、PbR)」である²³。

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）

PbRに基づく診療報酬算定方法はイギリス版DRGであるHRGs(Health Resource Groups)に基づく。このHRGsはもともと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、活用されてきた。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を目的として発展してきたDRG、DPCとは、その歴史的経緯を異にする²⁴。

HRGs(Health Resource Groups)ごとに公定価格(ナショナルタリフ)を設定し、それに件数をかけて診療報酬が算定される。ナショナルタリフは2014年度からモニターMonitorとNHSイングランドが作成する。それ以前は、保健省であった。作成の方法は全国の病院から当該疾病に要した費用(参照価格)を集約し、それを参考にして当該疾病のナショナルタリフを算出する。

モニターとNHSイングランドの二つの機関がナショナルタリフ作成に関与する理由は、

²³ PbR導入について Ron Pate, What is Payment by Results?, The NHS and HTAs,2009 参照。

²⁴ 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。

合理的な価格設定のためである。すなわち、NHS イングランドはサービス購入主体であり、ここにもみ価格決定権を与えると、価格が抑制される傾向・懸念がある。そこでモニターが関与することになり、ナショナルタリフの価格決定にこの二つの機関を関わらせることでチェック&バランスが働くことと期されている。

各病院は PbR に基づいた診療報酬診療報酬を得るために、毎年 1 月、前年度実績〔個別 HRG ナショナルタリフ×診療件数×調整係数〕の積算を根拠に、当該年度の必要予算額を算出し、CCG と契約を締結する。予算は毎月、その 12 分の 1 が支払われる。そして、予算を超える医療サービスを提供した場合、その診療報酬は 3 か月後に、CCG から病院へ支払われる。ただし、予算を大きく超える場合には CCG による支払いは保障されていない。

②質を反映する診療報酬制度改革

これが 2009 年に導入された質と技術革新のための報酬制度、Commissioning for Quality and Innovation(以下、CQUIN)である。ここでの診療報酬支払方法も GP における成果報酬と同様である。すなわち、評価の指標を定め、その達成基準に該当する場合に付加的な報酬を支払うというものである。

CQUIN は全国レベルと地域レベルに分けられる。前者はさらに 4 つの評価領域に分かれる。それは①「友人と家族テスト」、②安全 (NHS Safety Thermometer)、③認知症の診断、支援、④精神疾患の診断治療の向上である。これらに加えて、地域や当該病院の状況に適合した評価指標が設定される。CQUIN の基準達成により得られる報酬は、病院の収入の 2.5% である²⁵。

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、予算配分・管理の権限を有する機関の機能強化がめざされてきた。

①労働党政権期の改革の背景と目的

労働党政権期の PCT 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

²⁵ NHS England, 'Commissioning for quality and innovation(CQUIN):2014/2015 guidance(2014), 同'NHS Standard Contract',(2014).

に代わる組織として、2002年に創設された。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。なぜなら、GPファンドホルダーは病院に対する交渉力が強く、他のGPよりも優先して手術を受けられるという状態が散見されるなど、医療サービスへのアクセスに格差が顕在化したからである。

②連立政権の改革目的

連立政権はNHS機構改革に際し、前記PCTを廃止し、2013年4月、NHSイングランドとCCGをPCTに代えて設立した。この目的は、財源配分の効率向上と、連立政権のNHS改革の主目的である官僚主義の排除である。なお、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月の組織機構改革により、GPはNHSイングランドから、病院はCCGからそれぞれ予算・診療報酬を配分されることとなった(図3)。

そして、CCGには待機時間の短縮、患者の選択肢拡大のために、NHS病院以外の民間病院等、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。これは、NHS病院と民間病院との間に競争が生じさせ、患者や住民にとっては良い結果をもたらすと言われる。多くの財源配分を求めて、より多くの患者を受け入れ、より質の高い医療サービスを提供しようというインセンティブが病院側に働くからである。なお、この民間病院の積極的な活用は前述のAny Qualified Provider(AQP)制度導入と表裏一体である。

図3. NHS予算の流れ 2013年4月以降(筆者作成)

