

5. 財政的な公平と安定の確保

(1) 財政システムの見直し

NHS は租税を主たる財源とし、この財政システムを見直すという動きはない。たとえば、社会保険基金からの拠出を増やすなどの議論は見当たらない。ただし、NHS 予算の配分組織の大きな改革が 2013 年に実施されたことは上述のとおりである。また租税による財源調達であるため、住民間に財政負担における不公平という問題は生じにくい。

(2) 医療費の総額コントロール

① 財政調整

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政調整などの問題はない。多様なリスクを持つ住民全員が 1 つの枠の中に入っており、かつ、そのニーズをカバーする財源が 1 つ、国庫だからである。

ただし、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、また病院については所在地の住民数、年齢構成等が、それぞれ考慮される。そのため、ここでは機械的な予算配分を廃し、配分を実質的な公正さを担保するための財政調整機能が働いている。

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、制度発足当時から政府による医療費総額予算制である。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、質向上のインセンティブ阻害、等、NHS に見られる様々な問題の原因の 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。

すなわち、ブレア政権以降の NHS 財政改革は、予算を定額で配分するのではなく、定額部分と実績に応じて増減する変額部分を組み合わせ合わせた医療費配分方式を導入することで進められてきた。

6. 新たな治療法・薬剤の導入

新たな治療法・薬剤はそれが有用であっても、直ちに全国に知れ渡るわけではなく、そ

の恩恵を受けることのできない住民・患者も存在する。いわゆる医療の地域間格差である。あるいは、新たな治療法・薬剤は一般に、とりわけ現代においては、非常に高価である。しかも必ずしも、その価格に見合うだけの効果がないことから、有限、かつ、抑制が強く求められる医療財源の適正で効率的な配分のために、それらの臨床適用は厳密に検証されなければならない。このような状況を踏まえ、新しい治療法や薬剤の適正な普及を目的としてNICEが創設された。

(1) NICEの創設と改革

(1) - 1 1999年創設

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、主として上記の目的、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²⁶。

(1) - 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、当該医薬品等は事実上、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。

²⁶ 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。

(1) - 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²⁷。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。

(2) NICEの概要

NICEは2013年、「医療と社会的ケア法 the Health and Social Care Act 2012」により非政府機関となり、確固たる法的根拠に基づく存在となった。そして、非政府団機関として政府から独立して活動する一方、保健省にその業務責任を負う。なお、2013年には上述のとおり、社会福祉分野に対するガイダンスも提供することとなった。

NICEの役割は、医療、福祉サービス関係者のために証拠に基づいたガイダンスと助言を作成すること、サービスの提供者、供給者がよりどころとする質の標準を設定すること、および、彼らに広範な情報を提供すること、である。

ガイダンスは、①臨床ガイダンス (Clinical guidelines)、②公衆衛生ガイダンス (Public health guidance)、③侵襲的治療ガイダンス (Interventional procedure guidance)、④医学的技術ガイダンス (Medical technologies evaluation program)、⑤技術評価 (Technology Appraisals)、および⑥診断ガイダンスである。このうち、本稿では新しい治療法や薬剤の導入に最も影響を及ぼす⑤を検討することとする。

(3) ガイダンスの効力

すべての治療法や薬剤にガイダンスが出されるわけではない。どの治療法・薬剤をNICEの評価に付し、ガイダンスを出すかは、保健省が決定する。保健省は疾病の重さ、財源へ影響、治療法・薬剤の地域間格差の有無などを考慮して決める²⁸。

ガイダンスには原則、法的拘束力はないが、法定ガイダンスとして扱われる。そこで、ガイダンスにおいて「使用するべきではない」とされた治療法や薬剤を使用したときには、極めて例外的なケースを除いて、サービス購入者 (NHS イングランド、CCG) はそれに要した費用の償還を「認めるべきではない」と定められている²⁹。ただし、NHSのサービス購入者 (NHS イングランドや CCG) は、正当な理由がある場合にはNICEのガイダンスに従わない権利を留保している。

²⁷ NICEのホームページより <http://nice.org.uk>。

²⁸ ガイダンスの数は2014年5月現在、①187、②52、③422、④311、⑤17、⑥12、である。

²⁹ NHS Commissioning Board, 'Commissioning Policy: Implementation and funding of NICE Guidance', 2013年。

(4) 技術評価(Technology Appraisals.以下、TA)

TA は NHS 内で用いられる新しい、あるいは既存の薬剤等について、推奨・非推奨という表現で評価する。TA が評価の対象とする項目は、①薬剤、②医療具（例：補聴器、吸入器）、③診断技術(疾病判断のための検査など)、④外科的処置（ヘルニア手術など）、⑤健康増進活動(糖尿病患者の自己管理法など)である。

評価基準は 2 つあり、1 つは臨床上的エビデンス（当該薬剤や治療法がどの程度、効果的であるかという基準）、もう 1 つは費用対効果である。また、評価結果は、先に述べたとおり、「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」の 4 種類で示される。

先述べたとおり、ガイダンスは法的拘束力がない。しかし、TA において推奨と評価された薬剤、治療法についてはそのガイダンスが発行された日から 3 カ月以内に、NHS サービス購入者は（NHS イングランド、CCG）、当該薬剤等が治療上必要な患者に使用された場合には、必ず費用償還するべきことを義務付けられている（NHS Direction、2003）。

(4) - 1 評価方法

TA において用いられる評価指標は QALY (Quality-Adjusted life years. 質調整生存年) である。これは当該薬剤、治療法が患者の生存期間と生存の質にどのような影響を及ぼすかで算定される。通常は、当該薬剤・治療法が 20,000~30,000 ポンド/QALY 以上である場合、費用対効果の点から「推奨しない」に分類される。

「推奨しない」と評価されると上述のように費用償還は事実上、されない。そのため、その薬剤・治療法の使用を希望する側（患者、医師、製薬会社、医療機器会社等）には評価結果に対して不服申し立てをする権限が与えられている。また、上述のとおり、推奨されない薬剤等について、患者アクセス保障制度に基づいて、患者等に適用されることがある。

NICE の「推奨する」「推奨しない」は費用償還と強く結びついている。そのため、前者に分類された薬剤等は積極的に使用され、むしろ医療費が増加したとの指摘もある。この点をみると、NICE による TA は薬剤等の費用対効果を測定し、高価が低いものを臨床の場から排除することに資する一方、必ずしも医療費の縮減には直結しないことがわかる。

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

(1) 医療費の増額

ドイツ、フランスの改革目的が増大する医療費の抑制に重点が置かれたのに対し、イギリスの場合、診療を受けるまでの時間の短縮と、医療の質の地域間格差解消が一連の改革の主たる目的であった。

イギリスの医療保障制度、NHS が予算定額制のもと、十分な予算配分が医療機関になされなかったため、患者・住民に対する医療サービスの供給量が不足し、これによって生じた待機問題がきわめて深刻な状況に陥ったからである。また、予算制の下、改善と向上の意欲が医療機関に乏しいため、医療の質の機関間格差・地域間格差が顕著であり、待機期間短縮と同じく、解決すべき課題として改革の目的に掲げられた。これを解決するには、何より予算増を図り、医療サービスの供給量を増大することが急務であると、新旧両政権が認め、その結果、初期の頃の改革の主たる手段は予算増額であった。

予算増額は1990年代のイギリスの好景気によって支えられていた。しかし、リーマンショック以後、イギリスは再び、厳しい財政状況に直面している。そのため、NHS 予算自体は純増を続けているが、医療サービス以外の経費については予算縮小が課せられている。その結果、事務の効率化、人員削減などが進められ、これが医療サービスの供給量と質に良くない影響を与えるとの報道もなされている。

(2) 質の評価と診療報酬

NHS 当局が定める一定の水準を満たした場合に基本的な診療報酬に加算をする改革手法も、ドイツ、フランスが改革の主たる柱として採用していない手法である。これはドイツ、フランスでは、加算のようなモチベーションがなくとも、医療機関が、一般の取引市場ほどではないにせよ、競争環境におかれサービスの量と質を自ら向上せざるをえないからであろう。

達成すべき水準をみると、診療録の保管、1年間に1度は患者と直接、会うなど、実践することが容易で、その達成のハードルは決して高くない。このことから、評価制度は優秀な医療機関に特別な褒賞を与えるものではなく、医療機関であれば最低限、遵守すべき基準、ミニマムスタンダードとして機能している。したがって、医療の質の地域間格差、機関格差の解消には貢献している。しかし、達成が容易であるゆえに医療機関の収入は増え、換言すれば、この改革はNHS 財政の負担増を招いたと言える。

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側面を持つ。そのため、NHS の一連の改革

手法は、ストレートに我が国参考にできないものが少なくない。

しかしながら、増大する医療費支出を抑制し、その際、患者へ提供する医療サービスの質を落とさない方策として、NHS の改革のなかには有益な手法が多い。そのうち、わが国にとって重要であると考えられる点を 5 点、指摘したい。

(1) 選択と情報公開

待機期間の短縮を至上命題として始められた改革は、医療サービスの供給量を増やすために、より多く医療サービスを提供した病院や GP にそれに見合う報酬を与えることを改革の中心手段としてきた。病院等はより多くの報酬を得るためには CCG や患者に選ばなければならない。そのためには、広く住民に向けて、自らの存在をアピールし、かつ、サービスのカタログや第三者からの評価などを掲載した情報公開が必須である。この情報公開のツールとして、NHS 当局(NHS イングランド)が、先述の検索サイト、NHS Choice を作成し、運営している。

上述のとおり、そのサイト上では医療機関・所属する医師、看護師等のスタッフに関するあらゆる情報、評価が掲載され、今日では住民、患者が医療機関選択に際し、必ず利用する存在となった。2014 年 1 月に NHS Choice の閲覧件数は約 4300 件である³⁰。つまり、このサイトに掲載されないと、住民らから選ばれる可能性は極めて低く、また、掲載情報が乏しい、評価が低い場合もまた、選ばれない。

このように公的機関が実践する医療機関の情報提供は、日本が今後、検討すべき行政サービスであり、NHS の検索サイトは有用な示唆を与えると考えられる。わが国においても患者、住民が医療機関の情報を強く求めていることは、民間機関による医療情報雑誌やサイトが多数、存在することからも明らかである³¹。統一した項目で、客観的な指標を用いて、全国すべての医療機関を網羅し、検索できるシステムは患者の選択に資するだけでなく、医療機関により良い医療サービスを提供させる強い動機付けになると思われる。

なお、直近のデータによると³²、改革が功を奏し、2011 年以来、待機期間短縮目標、すなわち、「入院患者の 90%は 18 週以内に病院で診察・治療を受けるべきである」という目標を達成し続けてきたが、2014 年 2 月、NHS イングランドはこの目標を達成できなかった。2014 年 2 月の時点での上記目標達成率は 89・8%である。上記データによると、同時点での待機者は約 300 万人、このうち 550 人は 1 年以上待機している。

³⁰ NHS Choices performance and statistics(NHS Choice のホームページより)。

³¹ これについて、片桐由喜「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。

³² NHS England, 'Consultant-led Referral To Treatment (RTT) waiting times'。これを情報源にした新聞記事より (The financial Times.2014 年 4 月 17 日付)。

(2) 医療の標準化と成果報酬

GP と病院に設けられた成果報酬的な診療報酬制度が日本に示唆を与える点は、1つは医療行為のナショナルスタンダードの確立、もう1つはその時々ニーズの高い医療サービスの提供促進である。

ナショナルスタンダードの定立として機能しているイギリスの成果報酬制度は、医療の質の地域間格差、医療機関（あるいは医師や看護師などの医療専門職）間格差解消のために設けられた。前述のとおり、ナショナルスタンダードであると同時に、ミニマムスタンダードでもあるため、その達成は困難ではない。それでも、成果報酬を期して、これに準ずるサービスを全国の医療機関が提供するならば、改革の目的は達成されたと言ってよい。

日本においても医療サービス、より正確には医療技術、医療に関する知見における地域間、医療専門職間格差は小さくない。このような状況が患者の重複受診、居住地外での受診、あるいは医療不信を引き起こしていると思われる。そして、このような状況が大病院への一極集中、地方からの医療資源の撤退などの要因ともなっている。

一般的な医療機関であれば、当然に実践可能な医療サービスであり、それに報酬を伴わせることは長期的には医療費の負担を大きくすることにつながる。しかし、まずは現時点での問題解決を優先させることが重要であり—医療の標準化—、NHS の改革事例は日本にとって有用な示唆を与える。

ところで、医療ニーズは時代にもとない大きく変化する。それに素早く対応し、より有効な対策を講じることは、長期的に見れば医療費負担、あるいは社会的なコストを軽減することに役立つ。医療機関に対し時代のニーズへの対応を促進するイギリスの成果報酬体系は我が国にとって参考となる。たとえば、GP および病院双方に共通する認知症や精神疾患に対する対応は我が国においても急務である。

ただし、日本の場合、成果報酬、日本流に言い換えれば診療報酬への加算は、それ自体が目的化し、必要以上の診療報酬支払へと帰結しかねない。そうならないために、イギリスが採用している方針、たとえば成果報酬の全体に占める割合に上限を設けることなども参考になる。

(3) NICE の機能

費用対効果の小さい医薬品や治療法を公的医療の給付範囲から排除し、医療費負担を抑制する役割をになう NICE から、増大する医療費に直面する日本は多くのことを学ぶことができる。とりわけ、医薬品や治療法が高額化する一方で、各保険者の財政状況が悪化している今日、NICE が実践している、ある意味、ドラスティックな手法から示唆を得て、問題解決の糸口になし得ないかは検討する意義がある。

高額であるにもかかわらず、医学的効果が小さい医薬品等を公的医療保障給付の対象か

ら除外することには賛同を得られると思われる。しかし、それを臨床の場で医師らに判断させることは酷であり、また、それでは全国統一的な対応ができない。したがって、給付対象から除外するか否かの判断を公正さが担保された公的な機関に委ねることが最善であり、イギリスは NICE の設立でそれを実践している。

ただし、NICE の機能、判断には様々な批判がなされていることも事実である。第一に、NICE によって推奨された薬剤等は、その使用が増加し、かえって医療費が増えることから、薬剤等の費用対効果測定方法の導入が、直ちに医療費縮減に有効ではないということである。第二の批判は推奨しないと判断した後の、NICE の対応に対する批判である。すなわち、推奨されないと評価された薬剤等が特定の疾病を有する患者には有効な場合、患者、あるいは製薬会社等、製造側からクレームがでる。現時点では NICE や NHS 当局は、このようなクレームに対し、少なからず例外を設け救済措置を講じている。これでは費用対効果の存在意義が消失するという批判である。

日本においても、医薬品、治療法、あるいは医療機器等について費用対効果に基づいて公的医療保障の範囲に含めるか否かを決定するべきであるという議論は既に始まっている。その際には NICE は良い前例であり、NICE に対する批判もまた制度設計に際しては貴重な情報である。

(4) ジェネリック薬品の促進

イギリスでジェネリック薬品の調剤率が高い背景には先述のとおり、多くの処方箋が一般名で書かれていること、その場合にはジェネリック薬品の価格しか薬局に償還されないこと、そして、医師らが大学で薬剤に関しては一般名で講義を受けることなどがある。

これに対し、日本のジェネリック薬品調剤率は数量ベースで約 30%、イギリスの半分にも満たない³³。併せて、この 10 年間、日本の医療費における薬剤費の伸び率は他の項目に比べて高い水準を示している³⁴。このことから、日本においても薬剤費の圧縮は喫緊の課題であり、これを解決する手法として、イギリスの例は参考となる。

(5) 診療所建物のコスト

これは一連の改革に含まれるものではないが、日本において重要であると思われる。

日本では診療所の開設者の 95% が民間、そのうち個人が 45% を占める。この場合、土地

33 厚生労働省「平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成24年度調査）後発医薬品の使用状況調査 結果概要（速報）」。

34 2000 年から 2012 年までの伸び率をみると、病院入院に要した医療費のそれは 30%、病院外来が 0.4%、診療所外来 15.1%であるのに対し、薬剤費は 138%である（全国保険医団体連合会、2013 年）。

建物の購入、賃貸は彼ら自身が負担し、その原資の大半は診療報酬である。さらに病診分離がなされていない日本の場合、無床診療所であっても一定程度の設備、機器等を備えなければ患者ニーズに応えることができないため、初期投資の負担が重い。これが、不適切な診療行為、あるいは不正不当な診療報酬請求を誘発するとも言われてきた。

このような事態を防止するために、GPの診療報酬に診療所賃料(あるいは、賃料相当額)を最初から組み込む仕組みは参考になると考える。日本において少ない初期投資での開業が可能になれば、適正な診療・処方の一助となると推察される。ただし、これが過剰開業を誘発する懸念があるところ、これは地域医療計画や医療資源配分の問題として、別途対策が必要となろう。

参考文献(再掲含む)：

1. BMA, NHS England, NHS Employer, *2014/15 General Medical Services(GMS) Contract Quality and Outcomes Framework(QOF) :Guidance for GMS Contract 2014/15, NHS England gateway reference:01264.*
2. BMA, NHS England, NHS Employer, *Technical Requirements for 2014/15 GMS Contract Changes, NHS England gateway reference:01587.*
3. NHS England, *Commissioning for quality and innovation (CQUIN): 2014/15 guidance.*
4. NHS England, *Implementing the 2014/15 GP contract NHS England changes to Personal Medical Services and Alternative Provider Medical Services contracts.*
5. NHS England, *2014/15 NHS Standard Contract, comprises three parts: The Particulars, Service condition and General condition.*
6. Department of Health, *General Medical Services Statement of Financial Entitlements Direction 2013/*
7. NHS England and Monitor, 2013, *Outcome of the review of incentives, rewards and sanctions by NHS England.*
8. NHS England and Monitor, 2013, *How can the NHS payment system do more for patients?-A discussion paper-*
9. Department of Health, 2013, *Payment by Results guidance for 2013/14.*
10. Department of Health, 2013, *Payment by Results Step-by-Step Guide: Calculating the 2013-14 National Tariffs.*
11. NHS England and Monitor, 2013, *National Tariff 2014/15: A Consultation Notice.*
12. NHS England and Monitor, 2013, *National Tariff 2014/15: An Engagement Document.*
13. Lagarde, Mylene, Michael Wright, Julie Nossiter and Nicholas Mays, 2013, *Challenge of payment-for-performance in health care and other public services-design, implementation and*

evaluation, Policy Innovation research unit Publication

14. Gregory, Sarah, Anna Dixon and Chirs Ham,2012, Health Policy under the coalition government-A mid-term assessment, *The King's Fund*.
15. Appenby, John, Tony Harrison, Loraine Hawkins and Anna Dixon, 2012, Payment by Results- How can payment systems help to deliver better care?, *The King's Fund*.
16. Harker, Rachael,2012, NHS funding and expenditure, *House of Commons Library*.
17. Royal College of Nursing, 2012, *Paying for Quality-Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) in England*.
18. Maybin, Jo and Ruth Thoriby,2010, A high-performing NHS?-A review of progress 1997-2010, *The King's Fund*.
19. 伊藤暁子「イギリス及びスウェーデンの医療制度と医療技術評価」『レファレンス』2013年10月号111~118頁。
20. 府川哲夫「イギリスの医療費適正化対策」『健保連海外医療保障』99巻(2013年)16~29頁
21. 田極春美・家子直幸「イギリス NHS 改革のこれまでと最新の動向」『健保連海外医療保障』99巻(2013年)30~41頁
22. 健康保険連合会『後発医薬品による医療費適正化に関する調査研究報告書』2013年
23. 堀真奈美「イギリスにおける民間医療保険の役割」『健保連海外医療保障』98巻(2013年)19269頁
24. 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)
25. 田近栄治・菊池潤「医療保険における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国の事例」財務省財務総合政策研究所『ファイナンシャルレビュー』111号(2012年)8~28頁。
26. 健康保険組合連合会『NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書』（健康保険組合連合会、2012年）
27. 堀真奈美「NHS における市場志向の改革の展望」健康保険組合連合会『NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書』（健康保険組合連合会、2012年）73~106頁
28. 柏木恵「ブレア労働党政権における NHS 民間医療の利用拡大の取り組み」『会計検査研究』46号(2012年)113~133頁
29. 荒井耕「NHS 原価計算の新たな展開ー患者別原価計算の登場と普及ー」『会計検査研究 45号』（2012年）149~159頁
30. 一圓光彌・田畑雄紀「イギリスの家庭医」『健保連海外医療保障』93巻(2012年)23~30頁。
31. 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)

32. 松田晋哉『基礎から読み解くDPC 第3版』医学書院(2011年)
33. 中村健ほか『諸外国の薬剤給付制度と動向』(薬事日報社、2010年)
34. 松田亮三「ブレア政権化のNHS改革—構造と規制の変化—」『海外社会保障研究』169巻(2009年)39~53頁。
35. 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 関連サイト

イギリス保健省 <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/>

イギリス医師会 <http://bma.org.uk/>

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

NICE <http://www.nice.org.uk/>

The Health and Social Care Information Centre <http://www.hscic.gov.uk/home>

Private HealthCare UK <http://www.privatehealth.co.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 25 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。

これら改革の特徴は、診療所等を単位とした地域医療の予算の管理、医療サービスの委託・購入システム、それを基盤とした質の確保に関する重層的な仕組みの存在にあるといえた。

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た。

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、本稿ではイギリスと表記しているが、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例のみを扱っている。

(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。

③ NHS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人件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。

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、医療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

白瀬由美香「イギリスの地域看護師の歩みと医師職との関係」『公衆衛生』第78巻第1号、pp.20-23、2014年1月。

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、日本への示唆を検討した。

なお、本稿でイギリスとして言及するのは、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例のみである。連合王国を構成するウェールズ、スコットランド、北アイルランドも租税を財源とした NHS によって公的医療制度が運営されているが、制度内部の組織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

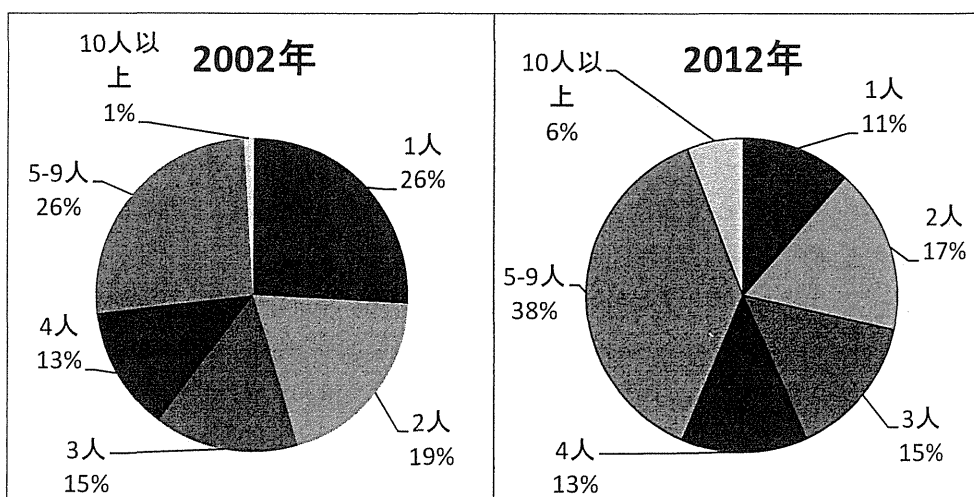
イギリスで病気になった場合の医療へのアクセスには、いくつかのルートがある。まず最も一般的なのは、家庭医である GP (General Practitioner) の診療所に行くことである。NHS による医療を受ける際には、患者は居住地域にある診療所にあらかじめ登録することが必要であり、緊急時を除いて病院に直接アクセスすることはできない。病院での診察が必要な場合は、GP は複数の病院からなるリストを提示し、患者はその中から紹介してほしい病院を選択する。病院での診察までに要する日数は診療科によって異なり、数日から数週間かかるものまでである。

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

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。

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 Practice: Bulletin Tables をもとに作成。

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)。

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 (2014 年 3 月 25 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.