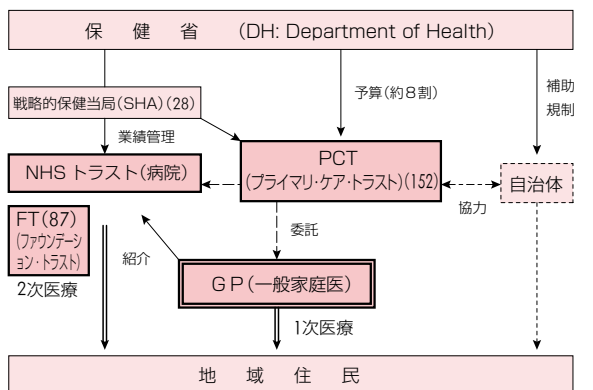


(3) 医療保健制度等

a 概要

英国では、1948年に創設された国民保健サービス(NHS)によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、税財源により原則無料で提供している(外来処方薬については一処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担が設けられている。なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い)。制度創設当初は、病院は国営、医療従事者は公務員とされていたが、サッチャー政権下での改革などを通じて、現在では実際のサービス供給は、より地域住民に近く、NHS本体から一定の独立性を持った公営企業体であるプライマリケア・トラストが運営している(図2-5)。

〈図2-5〉 NHSの制度体系(主な機関のみ)



- (注1) 保健省 (Department of Health) は医療福祉政策に責任を有し、その下に戦略的保健当局 (Strategic Health Authority) を地方支分部局として設置。
- (注2) 地域住民に対する医療サービス確保の責任はプライマリ・ケア・トラスト(PCT)が負う。
- (注3) NHSトラストは複数の病院を傘下に持ち、病院サービス(手術・入院等)を提供する。なお、「トラスト」は、保健省本体から一定の独立性を有する公営事業体的な性格。
- (注4) GPは公務員ではないが、PCTから請負契約に基づく報酬を受け取る。
- (注5) NHSサービスを受ける権利は、税の支払いや国籍とは無関係に、英国に6か月以上滞在する資格を得たすべての住民に付与。外国人も居住期間6か月以上であれば可。

国民は、救急医療の場合を除き、①あらかじめ登録した一般家庭医(GP: General Practitioner)の診察を受けた上で、②必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっている。このような公的関与の高い制度の下で、従来から英国は先進

国中でも比較的少ない医療費を維持してきた。しかし、後述するように、労働党政権下での医療費増の取組によって、その水準は大陸欧州諸国の平均に並び、又は上回る水準に近づいている。

なお、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費の1割強を占めている。

b 労働党政権下でのNHS改革

(a) 概要

1980～1990年代のサッチャー政権下では、競争原理の導入を主眼として、①病院を国から独立した公営企業とする、②サービスの質に応じてNHSが病院からサービスを購入する方式を導入、③一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行わせる(予算保持一般家庭医)こと等により、NHS内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた。これは、NHS組織の硬直性、非効率を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まってNHSの抱える待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

1997年に発足した労働党ブレア政権は、1999年末のインフルエンザ流行により、がんの手術がベッドや麻酔医不足でキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発したことを契機に、英国の国民医療費の対GDP比が欧州諸国でも低位であること(欧州平均より約2ポイント低い)が強く批判され、NHS改革に本格的に取り組む必要性が認識された。このような中、NHS職員及び一般国民の意見聴取が行われ、2000年7月、病院、病床等の拡充、医師、看護師等の医療専門職の増員等について、その後のNHS改革の中核的な役割を担うこととなるNHSの近代化計画「NHSプラン」(期間は10年)が公表され、これに基づく施策が逐次推進されている。

また、2002年には、欧州諸国よりも低い水準にあった医療費をEU諸国の平均レベルまで引き上げるため、医療費対GDPを欧州平均並みの9%台にまで引き上げることを目標として設定し、2007年度までNHS予算を実質7.4%ずつ引き上げることが決定された。

(b) NHS改革の進捗状況

NHS改革の内容は広汎であり、様々な切り口で特徴

付けることができるが、大きな柱は、①地域に密着した医療提供体制(地域への大幅な権限委譲及び住民・医療従事者の決定への参加)、②施設設備、人員の拡充、③医療の質の向上、④サービスの地域間格差の是正、⑤患者による選択であり、これらについての改革の進捗状況は次のとおりである。

ア 地域に密着した医療提供体制

税財源により医療を提供しているNHSにおいては、地域レベルでどのように予算管理をするか、医療サービスはどのような組織で提供するのかが極めて重要である。

予算管理については、NHSの地方支分部局である地方保健当局が中心となっており、保守党政権下での予算保持一般家庭医もこの権限の一部を一般家庭医が希望した場合に委譲するものであった。労働党政権下の改革により、2003年4月からは、人口およそ15万人単位に、地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業であるPCTが中心となり、一般家庭医、NHS病院等からサービスの購入(予算管理)を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った。これに伴い、地方保健当局の役割は、より戦略的な計画の策定、PCT、NHSトラストの監督等に限定されることとなった。地方保健当局の大幅な整理統合が行われ、全国28か所の戦略的保健当局(SHA: Strategic Health Authority)に置き換えられた。

2004年4月からは、独立採算性であるNHSトラストの制度を更に進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト(FT: Foundation Trust)制度がスタートし、現在では87(2008年2月現在)のFTが設立されているところである。

イ 施設設備、人員の拡充

施設設備の拡充についてはPFI(Private Finance Initiative)方式も含め病院病棟の整備の他、プライベートセクターの積極的な活用が進められている。

NHSサービスの枠内で民間セクターを活用する動きは、サービス提供を中心として、サービス管理、イン

フラ整備の各局面で展開されている。保健省としては、2005年度時点で、NHS患者処置件数における民間委託の割合はわずか5%であったが、これを民間外科手術センター(ISTCs: Independent Sector Treatment Centres)分も含め、2008年度までに15%にまで拡大することとしている。また、地域の医療サービスの購入の責任主体であるPCTの機能までも、一定の厳格な基準の下、保健省が許可した場合には民間セクターに委託することが可能となっている。さらに、労働党政権では、あらゆる分野でPFIが活用されている。ブレア政権下ではNHSの供給能力を短期間に引き上げるため、病院の新規建設も重要な課題であったが、数兆円規模の建設資金の確保という課題があったため、そのリスクを民間に負担させ、そのノウハウで効率化が図られる意味でPFIは有用と考えられた。このため、新規の病院建設の多くはPFI方式で実施され、新規の病院建設の主流となった。しかしながら、PFIについては、30年という長期間にわたる契約に基づくものであり、コストと成果との関係、見通しどおりの運営が図られない場合に債務問題を惹起するなど問題点が多く指摘され、消極的な評価が多くなっている。

マンパワーの拡充については、給与引き上げを含む離職者の復帰促進を推進しつつ、養成定員の拡充が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護師等につき欧州諸国等から期限付きでの採用が進められている。また、NHSの近代化を進める過程で、130万人のNHS職員の労働契約について、17の組合との間で賃金水準の引き上げ、成果主義の導入などを内容とする見直しが行われた。同様に、病院の専門医については、20%昇給する見返りに割増賃金なしで一定の時間外診療・休日診療を行うこと等を内容とする新契約、一般家庭医については、10~20%の報酬の増加と併せて、人頭報酬を基本としつつも、一般家庭医の診療所における高度な検査、処置等を行う場合の報酬契約上の評価等を認めることを内容とする新契約が合意された。

ウ 医療の質の向上及び地域間格差の是正

医療の質の向上及びサービスの地域間格差の是正については、全国サービスフレームワーク(National

Service Framework)、全国的達成目標(ナショナル・ターゲット)、全国標準(ナショナル・スタンダード)に基づき、目標、目標とするサービス提供の具体的なあり方が老人、精神保健、児童、糖尿病、ガン、心臓病等の分野別に定められたほか、国立優良診療研究所(NICE)により個々の医療行為、薬剤等の適用についての評価、疾患についての診療ガイドラインが作成されている。

また、これらの標準や目標の達成度合いについての評価を行い、運営の改善を促すためのモニター機能も整備され、医療委員会(Healthcare Commission)によりすべてのNHS医療機関及びプライベートセクターのパフォーマンスが評価、公表されており、それぞれの運営改善の参考とされている。こうしたパフォーマンス情報の公表システムは、病院サービスの水準向上とともに、病院のアカウントビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることを狙いとしている。

また、待機時間(waiting list)の問題については、これまでは設定された目標をおおむね順調に達成しているところである(2日以内にGPに受診できる、救急患者は4時間以内に入院、退院できる等)。次の大きな課題としては、2008年に向けて、病院が紹介を受けてから患者が治療を受けるまでの時間を18週間以内とする目標の達成を目指している。

加えて、国家的なITプロジェクト(“Connecting for Health”)を総額62億ポンドの予算を投入して進めているところであり、オンラインでの病院予約システム(エで後述)や、2020年までに3万人のGPと300の病院を結び、5,000万人の患者情報を管理・共有するシステムの構築、電子処方の実現等が予定されているが、進捗は捗々しくなく、費用対効果の面での批判も大きい。

エ 患者の選択

英国においては、一般家庭医の紹介がない限り、原則として病院で受診することができない等、患者の選択は我が国と比べて大きく制限されているが、病院の予約に当たって病院が複数の日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受療を認める等の施策が進められている。また、患者の権利についても、患者憲章の策定、各プライマリ・ケ

ア・センターに患者助言連絡サービスの設置等が行われた。

また、NHS病院のオンライン予約システム(“Choose & Book”)の導入が2005年夏以降、進められている。このシステムでは、GPが4～5か所の病院をリストアップし、患者の意向を踏まえてオンラインで予約するというものである。当初、2005年末には全面導入が予定されていたが、一部GPの反発や関連するプログラムの技術的な問題等から、普及が遅れている。

(c) 今後の課題

2008年は、NHS創設からちょうど60周年を迎える節目の年である。このため、ブラウン首相もNHS憲章(NHS Constitution)の策定に意欲を見せるなど何らかの政策的・政治的なアクションを起こす可能性がある。優先度の高い課題は、①待機時間減少と②院内感染対策となる。①については、前述のとおり、GPの紹介から病院での治療までに要する時間を18週間以内とする政府目標の達成期限が12月に訪れる。この問題の象徴的な目標として設定されたものであり、その達成如何は重要な意味を持つ。また、②については、2004年比でMRSA感染率を半減させることが急務である。また、これに続き、新型インフルエンザ対策、患者の満足度向上、健康格差問題といった問題へも引き続き注力していくこととなる。ただし、この点について、具体的な目標を設定し、その実現に向けて圧力をかけていくという手法、いわゆる“target-culture”に対し、野党である保守党はじめ、第一線で活動する医師等も批判的であり、このような手法がどこまで続けられるのか、という点も今後の焦点の一つとなる。

3 公衆衛生施策

(1) 地域保健サービス

英国では、地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医サービスと並ぶ国民保健サービス(NHS)の柱の一つである。地域保健サービスは、病院予算、一般家庭医予算を含むNHS予算を管理するPCTが雇用する保健師、地域看護師、助産師により提供される場合が多い。

保健師は、疾病予防や健康指導に当たる。また、地

域看護師は、患者の自宅を訪問して包帯を交換したり注射をしたり投薬の管理をしたりする。他方、一般家庭医サービスについても、一般家庭医が予防活動等に積極的に関わることが促進されており、両者は診療施設を共有したり(ヘルスセンター)、連絡したりしながらサービス提供に当たる場合も多い。

こうした地域保健サービス、一般家庭医サービスにより、母子保健サービス、学校保健サービス(健康診断、事後指導等)、老人保健サービス(訪問看護師による訪問、保健指導、看護サービスの提供等)、障害者保健サービス(同左)、精神保健サービス(同左)、予防接種、家族計画の指導等が実施されている。

なお、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービスについては、NHSサービスを提供するPCTと対人社会サービスを提供する地方自治体との連携を強化する取組が進められてきている。

(2) 健康増進

1998年に公表された国民健康増進計画(Our Healthier Nation)において、公衆衛生も含めた国民の健康維持増進政策の推進が謳われ、国民がより快適な環境で元気に長生きできるような環境整備、有病率や死亡率の地域間格差の是正等が掲げられている。その中では、2010年までに達成すべき数値目標として、①心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減(対1996年度比)、②事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減(同)、③がんによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減(同)、④精神衛生対策として自殺及び関連する原因不明死の削減、が公約されており、NHSプランでもその推進が再確認されている。

2004年2月に発表された首相、保健相、財務相の委託による報告書では、英国政府は、NHSに対する大幅な投資に併せて、予防対策にも重点を置くことを強調しており、たばこ、運動、果物及び野菜(食事)、食品表示、広告、性感染症、職場環境の7分野を中心に、2004年度中に政府、自治体、個人、企業等が行う総合的な取組策がまとめられた。また、同年5月には、下院の保健委員会が肥満の問題に関する報告書を発表し、関係省庁が連携しての総合的対策、業界による分かりや

すい表示の基準の制定等を求めている。既に、英国政府がファストフード業者、冷凍食品業者、缶詰業者等に対して、塩分を減ずることを企業の経営者に直接求めたり、高カロリーであることの表示を求めたりする動きがある。また、学校からジャンクフードを追放する動き等が大きくなっている。このほか、国民的な議論を喚起した禁煙問題について、公共の場所、飲食店等を完全禁煙とする法案が2006年秋に成立し、2007年夏から施行されている。

(3) 薬事

英国における医薬品の承認は、医薬品及びヘルスケア製品規制庁(MHRA)が行っている。また、欧州医薬品庁(EMA)の承認を得た場合には、医薬品及びヘルスケア製品規制庁の別個の承認は不要である。

英国では、医薬分業が徹底されており、一般家庭医が原則一般名で処方した薬を、薬局で調剤する仕組みとなっている。英国では、医薬品は要処方せん薬、薬局のみで販売できる薬、一般店で販売できる薬に3分類されている。医薬品を入手しやすくするよう、要処方せん薬を処方せんが不要な薬に変更する方針が進められており、解熱鎮痛剤等については、一般店で販売されている。また、NHS処方せん取扱い薬局についても制限を緩和して大規模販売店等が参入しやすくなった。

このほか、薬剤師による処方、相談指導する場合の報酬の評価など、薬剤師の役割の見直しについても検討が進められ、薬剤師による処方が可能な薬剤の種類が増加し、相談指導に係る報酬の評価基準も改訂され、薬剤師が様々な事項の相談にのることができるようになった。

4 公的扶助制度の概要

英国の社会保障政策における現金給付は、拠出制給付(退職年金等)、非拠出制給付(児童手当、障害手当等)及び所得関連給付(所得補助等)に分類され、このうち所得関連給付が公的扶助に相当する。具体的には、所得補助(Income Support)、所得関連求職者給付(Income-based Jobseekers Allowance)等があるが、所得補助の場合、就労時間が週当たり16時間未満で