

イギリスの医療制度における診療所の役割

一 圓 光 彌

はじめに

2008年4月からこれまでの老人保健制度は後期高齢者医療制度に改められることになったが、このことに関連して後期高齢者医療の報酬体系のあり方が2006年ごろから議論されるようになった。社会保障審議会にはこれを検討する特別部会が設けられ、特別部会は1年にわたる議論を経て2007年10月に『後期高齢者医療の報酬体系の骨子』を発表している。

この骨子は、後期高齢者の心身の特徴として、①老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患が見られること、②多くの高齢者に、認知症の問題がみられること、③後期高齢者はいずれ避けることができない死を迎えることの三点をあげ、後期高齢者の医療には、①生活を重視した医療、②尊厳に配慮した医療、③本人と家族が安心・納得できる医療の視点が必要であると指摘する。そして、診療報酬のあり方に関して考慮すべき点として、(1) 外来医療については、後期高齢者の病歴、受診歴、服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握することが主治医の役割として重要であること、(2) 入院医療については、後期高齢者の生活を重視するという点から、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、地域の主治医との連携の下、退院後の生活を念頭に置いた医療を行う必要があること、などを指摘している¹⁾。

この骨子で示された診療報酬の在り方は、若い人々の医療にも求められるものであるが、とりわけ高齢者にとって必要性が高いものであることはいうまでもない。高齢者にとっては、自分や家族の事情を理解し、これまでの病歴を把握し、療養生活を継続して包括的に指導してくれる医師が必要で、それがここでいう主治医にあたる。またイギリスでいえば、それは General Practitioner (一般医、家庭医、総合医などと呼ばれるが、ここでは一般医と訳しておく) にあたる。こうした高齢者やその家族の相談に応じることが十分に報われるような報酬は、これまでのような出来高払い中心の報酬体系では実現しない。患者に継続してかわることに対して支払われる報酬部分を強化し、これに出来高払いの要素を加味して追加的な負担に十分対応できるような新しい報酬体系が望まれる。ただ、診療所にしろ病院にしろ、現在の経

営は出来高払いの報酬体系をベースに成り立っていて、それに基づいて現在の日本の医療供給体制が作り上げられている。したがって、どのような診療報酬の改革も、当然のこととして漸進的な改革にならざるを得ない。しかし、そうであればなおさら、改革が目指している方向性を明確にして、よりよい医療が提供しやすい報酬体系に導いていくことが重要であるといえる。

国民健康保険中央会は、目指すべき医療報酬体系を検討するために水野 肇氏を委員長とする「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」を設置し、その成果を2006年12月に報告書として発表した。そこでは、後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化のため、後期高齢者は、原則として診療所の中からかかりつけ医を選び、病気になった場合は最初にかかりつけ医を受診することを原則とすること、かかりつけ医は、登録された後期高齢者の健康状態を把握し、相談に応じ、診察、治療、リハビリテーション指導、ターミナルケアの対応と看取りを行い、登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬とこれに追加する出来高払い報酬を受けること、などが提案されている。またこれによる効果として、病院と診療所の機能が明確になって効率的な医療が実現すること、後期高齢者のQOLが向上されること、診察から入退院、リハビリテーション、さらに介護サービスとの連携まで含めて、継続的な医療が推進できること、をあげている²⁾。

この国民健康保険中央会の委員会の提言は、かかりつけ医にゲートキーパー的機能を持たせて患者のフリーアクセスを制限することや、医師報酬に人頭報酬的要素を導入することなどを含んでいたが、この点に関して医師会等から批判を浴びることになった。こうした事情を反映して、先に述べた社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』も、「現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している」とし、登録制度や患者のフリーアクセスの制限にまで踏み込まない立場を明確にしている³⁾。

このように、登録制度やゲートキーパー制度の実施は見送られたが、患者を総合的に診る一人の医師が、病院への入退院や施設への入退所の時期も含めて、継続して患者にかかわることのできる体制を確立していくことが必要であることは誰もが認めるところであって、それが少しでも可能となるような報酬体系を実現することは依然として重要な課題である。そして、登録制度や人頭報酬制度あるいはプライマリケア医によるゲートキーパー機能の発揮などは、そのような課題に対する有力な対策であることは間違いない。とはいえ、どのような報酬制度も完全なものではなく、したがってその欠陥を乗り越えるためにさまざまな修正が加えられている。その点、国民健康保険中央会の提案は、人頭報酬的要素と出来高払いとを組み合わせた報酬を提案しており、組み合わせの内容次第で多様な仕組みが可能であったはずであるが、一般には硬直的・固定的に理解され必要以上の反発を買ってしまったかのように思われる。

ところで、こうした現状と異なる制度に対する拒否反応は、実際に他の国で実施されている登録制度や人頭報酬制度に対する無理解から起こっている面も少なくない。例えば人頭報酬の

代表例としてあげられるイギリスでも、人頭報酬部分はプライマリアケア医の報酬全体からすれば3割程度であるし、患者は何時でも自分のプライマリアケア医を変更できるという意味ではかなり柔軟な制度である⁴⁾。またゲートキーパー機能にしても、患者はプライマリアケア医と相談の上ではあるが希望する病院に紹介されており、フリーアクセスの制限という点では、むしろ入院までの待機期間が長いことが問題であろうが、しかしこれは、ゲートキーパー制度から起こる問題というより、病院医療のあり方の問題であるといえる。逆に日本でフリーアクセスが保障されているといっても、救急車がいくつもの病院で受け入れを拒否される現状を考えると、実態が伴っているとはいえない。むしろプライマリアケア医のゲートキーパー的な役割を強めることの方が、こうした問題を解決する上で効果的かもしれない。

ここでは、以上のような問題意識から、イギリスの医療制度を概観した後、プライマリアケア医の報酬体系を中心に、イギリスにおける医療の支払制度の仕組みと変化しつつある診療所の役割について検討する⁵⁾。

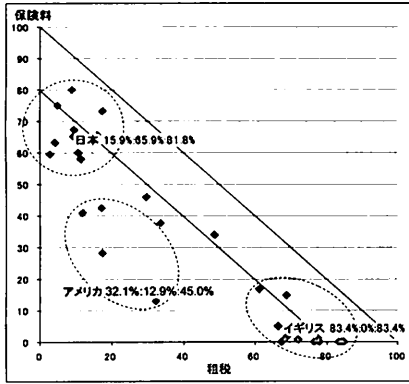
I イギリス医療保障制度と財源政策

イギリスでは国民保健サービス（National Health Service、以下NHSと略す）と呼ばれる医療保障の仕組みがあるが、これは日本などのような社会保険制度ではなく、税財源により国民に必要な医療を保障する制度である⁶⁾。図1はOECDの国々の医療保障制度の財源構成を比較したものである。縦軸に総医療費に占める保険料（実際には社会保険に払い込まれた公費財源もこの中に含まれている）の比率を、横軸に総医療費に占める租税負担の比率をとり、各国がどの位置にあるかを示している。なお、両者合わせると公的な医療保障の支出が総医療費に占める割合を表すので、対角線に近いほど公的な制度が充実していることを意味する。この図から、OECD諸国は、社会保険で医療を保障している国と、税で医療を保障している国、それに十分な医療保障制度がない国に大きく区分できることがわかる。それぞれの代表として、日本とイギリスとアメリカの、保険料財源比率、税財源比率、および公的保障率を左から順に書き込んでいる。日本が主に社会保険で医療を保障しているのに対して、イギリスはもっぱら税財源で国民の医療を保障していることがわかる。

図2は主要国の総医療費の対GDP比の推移を示したものである。大ざっぱな傾向としては、大多数の国民を対象とする公的な医療保障制度のないアメリカの総医療費がもっとも高いこと、ドイツやフランスなど社会保険で医療を保障している国の医療費は比較的高いこと、スウェーデンやイギリスなど税金で国民の医療を保障している国の医療費は比較的低いことなどが指摘できる。日本は、社会保険の国であるが、医療費は比較的低いこと、イギリスは、日本とともに医療費の低い国であったが、他のヨーロッパ諸国並みの医療供給水準を目標に積極的な医療政策が展開され、ここ5年ほどの間に日本を追い越すようになったことなどもこの図から

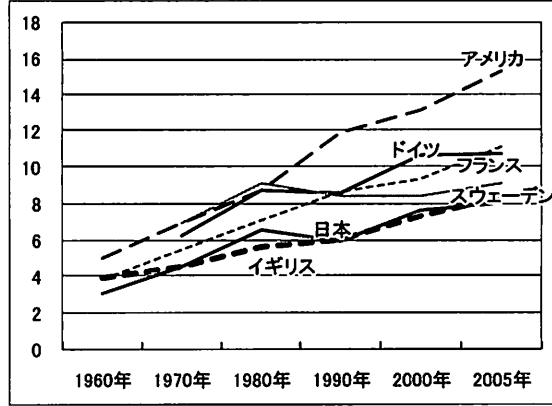
読み取ることができる。

図1 OECD諸国の国民医療費に占める税保険料の割合
(2005年または2004年)



(資料) OECD (2007)

図2 主要国の総医療費の対GDP比の推移



(資料) OECD (2007)

イギリスが、受診時にほとんど無料の医療を比較的低い費用で賄って来られたのは、総医療費を国の予算で管理していて、医師や病院なども、あらかじめ大枠が定められた予算の枠内でサービスを提供する仕組みになっているからであると言える。図3に、イギリスのNHSの仕組みを示しているが、中央政府が国民の医療保障の予算を決めて、イングランドでおよそ150あるプライマリケアトラスト (Primary Care Trust、以下PCTと略す) に予算を配分する。一方PCTは、管轄する地域の人口 (単純に平均するとPCT当たり40万人程度) に応じた医療のための予算を預かり、地域住民の医療を確保する責任を負う。この場合、各PCTに配分される予算は、その地域の住民の医療ニーズを反映したものでなくてはならないが、そのために開発された手法が地域の年齢構成などを加味した人頭配分の方式である⁷⁾。

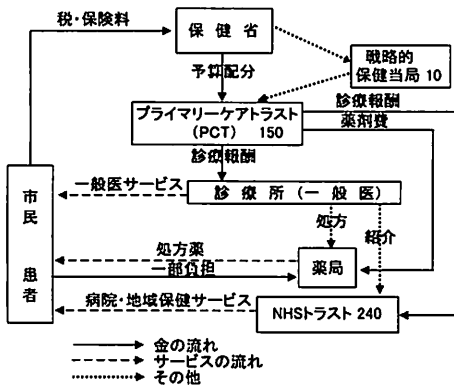
現在イギリスで採用されている方式は、①PCTの年齢別人口をそれだけでは対応できない付加的なニーズおよび地域の不可避的なコスト差で調整した加重人頭配分目標 (weighted capitation target) を設定し、②これと現在の配分実績 (recurrent baseline) を比べ、③その差を目標との距離として確定し、④毎年の予算の増分で目標を下回っているPCTを目標値まで引き上げる、というものである⁸⁾。この予算の中には、病院医療費と地域保健事業 (訪問看護サービスなども含む) 費、処方薬剤費、一般医の診療所のインフラ整備費、エイズ対策費など、ほとんどの医療費が含まれるが、キャッシュリミットの制約を受けない (言い換えれば実際にかかった費用に応じて支払われる) 家庭保健サービス費 (一般医や一般歯科医や検眼師などの費用) の一部はこれとは別に支払われている。

図4で、2007年度の全体の予算の流れを見ると、907億ポンド (1ポンド230円として20兆円強; イングランドの人口は5000万人強) の予算は、施設整備などのための資本支出と主にラン

ニングコストを賄う経常支出に大きく分かれ、後者のほとんどは予算額に上限がつけられた（キャッシュリミットのある）PCTの包括予算として支払われる（全体の79.7%）。予算の7.6%が割り当てられている戦略的保健当局とは、イングランドで10設置されており、それぞれ管轄地域の保健医療戦略を策定し当該地域の保健医療サービスの質を管理している。全体の8%を受け持つ政府直轄の予算には、政府の管理運営費や研究開発費などのほか、一般医などのサービス費のうちキャッシュリミットのかからない費用部分（1.3%）も含まれる。

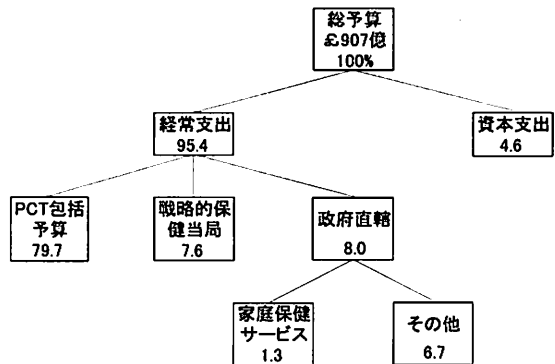
これらから、イギリスの医療保障の費用の大半が上限付きの予算の執行という形で支払われていること、またその大部分がPCTに対して支払われ、PCTが管轄地域住民に必要な医療サービスを医療提供者側から購入するという形で、住民の医療が確保されていることがわかる⁹⁾。

図3 NHSの仕組み



(注) 数字はイングランドにおける概数である。

図4 NHS予算の流れ (イングランド 2007年度)



(注) 数字は総予算に占める構成比%である。

(資料) Department of Health (2007 p.131)

II 医療報酬の支払い方式

イギリスでは、1948年にNHSが発足する以前から、自治体立の病院に勤務する医師には俸給制で報酬が支払われていたし、開業医に対しては人頭報酬といって受け持ち患者の数に応じた報酬が支払われていた。病院の中でも歴史のある主要病院は篤志団体が設立した病院であったが、両世界大戦間の時期に国からの補助金に大きく依存するようになっていた。また篤志病院で医療を担う専門医は、私費患者から報酬を得ており、病院からは報酬を得ていなかった。NHSが発足し、全ての病院は国営化され、病院の医師には国から報酬が支払われるようになったが、それはある意味では、戦前から戦中にかけて起こりつつあった病院の供給体制に対する公的管理の強化の流れにそった動きであったといえる。

開業医の方も、NHSの発足で大きな変化はなかった。戦前より、イギリスでは医師は専門

医と一般医に階層化されていて、一般医の医療に対してのみ医療保険が適用されていたが、保険が支払う報酬は当時より人頭報酬で、これがNHSの下でも引き継がれた。また一般医の紹介を通して専門医の医療を受けるというリファール制度（一般医のゲートキーパー機能）も引き続きNHSの下で制度化された。

診療報酬面での大きな変化は、1960年代の半ばに起こっている。それまで、一般医は戦前からの人頭報酬にこだわり、俸給的な要素が加味されることに強く警戒していたが、地位改善を求めて診療報酬の大幅な改善を求めた一般医の運動の結果、1966年より一般医の報酬は、年功等が加味される基本給部分、登録患者の数に応じた人頭報酬部分、時間外診療などの追加的な負担に応える出来高部分、診療所の運営費などの経費支弁部分からなる体系に変更されることになった¹⁰⁾。

病院や開業医（一般医）に対する医療報酬の支払い方法に関係して、次に大きな変化が起こるのはサッチャー政権下の1990年の「国民保健サービスおよびコミュニティケア法」の改革以降である。この改革で、病院は独立した経営主体にかわり、国の予算で病院事業を直接行う代わりに、患者を送る側の保健当局や開業医から医療報酬を受ける形に変わった。医療費はこれまで通り税金で賄われるものの、その予算は患者住民の側あるいはその代理機関である保健当局や開業医の側に支払われ、そこが病院等の供給側からサービスを購入する形に改められた。またこの改革で、予算保持一般医の制度ができたが、これは開業医が、自分の診療報酬だけでなく、受け持ち患者（住民）の入院等の医療費をもまとめて預かる仕組みで、患者を病院等に紹介する場合は、請け負った総医療費の中から一般医が病院に費用を払う形をとるものであった。この予算保持一般医の制度には、一般医の側から反対もあり結局半数程度の一般医しかこの制度を採用せず、1979年に労働党政権が発足した段階で廃止されることになった。

しかしブレア政権は、病院の独立採算制をそのまま引き継ぐとともに、一般医が患者の医療予算を受け持つ考え方は残し、予算保持一般医にかえプライマリケアグループと呼ばれる新しい組織を設けた。これが現在のPCTにと発展している。その結果、今では、医療費の予算の大半がPCTに管轄地域の医療ニーズに応じて配分され、PCTが医療提供者から医療サービスを買う形で、国民の医療が確保されるようになっている¹¹⁾。

医療の費用を支払う仕組みに関する1990年代以降の変化は、NHSの医療のあり方に大きな変化を与えた。第一に、さまざまな医療に関係する主体は、事業の経営や効率的なサービスの提供を重視せざるを得なくなった。たとえば病院は、かつては国が予算を組んで直接費用を賄っていたので、事業を効率的に運営するような主体的な取組は起こりにくかったが、1990年の改革以降は、サービスを買ってくれる主体からの収入で経営を成り立たせなくてはならなくなったので、医療資源の効率的な利用や利用者に向き合ったサービス提供を心がけなければならなくなった。PCTや予算保持一般医などサービスの購買側も、対象住民の医療予算をあらかじめ預かってその範囲で最大の効果を上げなくてはならなくなったので、どのような金の使い

方が効果的かを考える必要に迫られるようになった。

また、以上の変化と関係して、1990年代以降の改革を経て、プライマリケア医の地位が一層高まるようになった。イギリスでは、病院と診療所あるいは専門医と一般医とは機能上明確に区別され、後者の地位は決して高くなかった。1952年には王立一般医学会（Royal College of General Practitioners）も設立され、一般医の専門職としての地位も徐々に向上していった。すでに述べたように1960年代中頃には、報酬の面で一般医の経済的地位の改善が図られた。医学教育の面でも一般医としての教育課程は次第に整備されるようになっていく¹²⁾。そして1990年代のNHSの改革は、NHSの予算の使い方に関しても、一般医の立場を強化する結果をもたらした。病院の専門医は、患者を紹介してくれる一般医と、これまで以上にいい関係を築くことが重要となったからである。

王立一般医学会会長（2006年6月当時）のRoger Neighbour先生は、自らの一般医としての仕事を振り返りつつ、予算保持一般医制度以降、NHSのあり方が大きく変わった点を指摘された。

医療に対する需要、要求は無限で、資源には限りがある。政府はこのギャップに取り組まなければならない。

予算保持一般医制度が生まれる前は、レントゲンなどの検査にしろ専門医の治療にしろ、一般医は惜しみなく病院等に紹介していた。経済的な考慮をする必要がなかったからである。しかし予算保持一般医になると、治療も薬も含めて自らが預かる予算で賄わなければならないようになった。これによりはじめて、効率的な資源利用の責任を意識するようになった。

予算保持一般医の考えは労働党政権になっても引き継がれた。ただし、個々の一般医に予算がゆだねられるのではなく、診療所やPCTに責任がゆだねられるようになった。このように、地域の医師に予算を与えてその使い方を委ねるという考え方は、基本的にこの23年ほど変わっていない¹³⁾。

Ⅲ 一般医の新しい契約と医療報酬

1. 新しい契約

2003年までの一般医に対する報酬は、人頭報酬、基礎的手当、健康改善手当、出来高払い、などから構成されていた。人頭報酬は、登録患者（住民）の数に応じて支払われる報酬で、1人あたりの請負年額が決められていたが、それは65歳未満、65-75歳、75歳以上で異なっていた¹⁴⁾。一般医の総報酬にしめる人頭報酬の割合は、時期により変化したが、2000年頃は5割強であった。基礎的な手当は、開業に伴う基本的な費用を賄う手当など、条件に応じて支払われる固定給であり、人頭報酬に次いで大きな要素となっていた。その他、健康改善手当とは、健

康改善事業や慢性疾患管理事業に取り組んだり、児童の予防接種率などの目標達成に取り組んだ一般医に支払われ、出来高報酬は、例えば避妊サービスのように特定のサービスの提供に応じて支払われていた。一般医は国と契約を結び、以上の報酬を受けて、登録患者のプライマリケアに責任を負っていたことになる¹⁵⁾。

こうした契約の仕組みは2004年4月から大幅に変更された。政府は、それまでもパイロット事業で一般医の働き方に関して工夫を取り入れていたが、2003年12月に新しい契約の提案 (Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract) を発表している。その提案には次のような改革の狙いが記されている。

- 1 診療所が、時間外診療を引き受けないなど、提供するサービスを選べるように柔軟な契約とする。
- 2 医療の質と成果、運営サービスの質と成果を評価する報酬とする。
- 3 診療所のインフラ整備とIT化を進め、一般医のワークライフバランスの改善を助ける報酬とする。
- 4 一般医療への予算を大幅に増やし、公平に配分し、現場でそれが自由に使えるようにする。
- 5 以上の仕組みを通して、一般医がより広範で質の高いサービスを患者に提供できるようにする。
- 6 契約内容を単純化する。
- 7 すべての一般医の診療所にできるだけ速やかに適用する¹⁶⁾。

裏を返せば、政府の判断では、これまでの一般医の契約は、硬直的で、24時間対応などをすべての一般医に強いることは容易でなく、また一般医が質の高いサービスを提供することに対して十分に報いるものではなかったことを意味している。これに対して新しい契約は、これまでのイギリスの一般医のあり方を大幅に変更する内容を伴っていた。

2 人頭報酬に代わる包括報酬

これまでは国が一般医個人に報酬を支払っていたが、これを地域のプライマリケアトラスト (PCT) が診療所に報酬を支払う仕組みに変更している。また住民の登録も、一般医個人に対してではなく診療所に対する登録に変更された¹⁷⁾。診療所には登録人口の医療ニーズに基づいて計算された包括報酬 (global sum) が支払われ、これで職員の雇用費用などもすべて賄われることになった。包括報酬はかつての人頭報酬にあたるが、年齢で3グループに分けた単純な1人あたり単価による人頭報酬から、より細かい年齢区分に基づく精緻化された人頭報酬が適用されるようになっている。すなわち、登録住民の数をベースに、①性別年齢別構成や施設入所か否かで、②死亡率と罹病率で推計した地域のニーズで、③登録人口の移動率で、④職員賃金の違いや過疎地での移動費など地域の不可避的なコスト要因で、調整されるようになっ

ている¹⁸⁾。こうした手法は、地域の医療ニーズを反映した予算配分の方法としてこれまでも開発・適用されてきたが、今回の特徴は、これが個々の診療所の予算にまで適用されるようになったことである。実際の一般医の負担に合った公平な報酬とすることで、次に述べるようなこれをベースに支払われる出来高的な報酬の公平性をも高める効果があると考えられる。

NHSとの契約で診療所が提供するサービスは、①全診療所が提供しなければならない基礎的サービス(basic services)、②診療所がサービス提供を選択できる付加的サービス(additional services)、③診療所が選択できるより質の高い選択的サービス(enhanced services)、の3種に分類される¹⁹⁾。上に述べた包括報酬は、基礎的サービスと付加的サービスをカバーするが、新報酬体系では、診療所は、時間外の診療や付加的サービスを提供しない選択もできるようになった(その分包括報酬が差し引かれる)。女性の医師も増え、一般医誰もが24時間365日の体制を維持できなくなったことのあらわれである²⁰⁾。

これまでも、一般医は自分で代理の医師を探して対応することはできたが、新契約ではまず診療所単位の登録に変え、診療所を共同で経営する複数の医師が対応できるように改めるとともに、一般医に俸給制(実際には非常勤が多い)の契約(開業者である一般医との契約General Medical Serviceに対し、俸給制の契約はPersonal Medical Serviceと呼ばれる)を導入し、診療所やPCTが俸給制の一般医を雇用し、多様な雇用形態を組み合わせ住民のニーズに対応できるように改めている。時間外診療を引き受けない診療所にかわって、住民の時間外の診療を確保する責任はPCTが果たさなければならず、PCTは自ら俸給制の一般医を雇ったり、別の診療所に委託するなど、多様な仕組みを通して対応することになった。こうして一般医も人並みのワークライフバランスが維持できるように改められてきたのであるが、それは言い換えれば、一人の医師が継続して患者やその家族の医療を担当するというイギリス「家庭医」のあり方が変わろうとしていることかもしれない。現実には、患者の多くは自分の家庭医を決めていて、その先生の診療時間に予約を入れるようにしているので、大きな違いはないということであるが、現実一般医の40%以上が勤務医(その多くは非常勤)として診療所やPCT等で雇われて働くようになっていることからしても、また都市部などでは人口移動が多いことや交通事情が悪くて往診が減っていることなどを考え合わせると、家庭医と患者との固定的な関係はかなり崩れつつあると考えられる²¹⁾。

一般医の報酬のうち、すでに述べた包括報酬は全体の3割程度で、質の高い選択的サービス(enhanced services)に対して支払われる特別報酬が2割程度、残る約5割は健康管理や施設運営で質の高いサービスを提供した場合に成果に応じて支払われる成果報酬(quality and outcomes)となっている²²⁾。

3 選択的サービスに対する報酬

質の高い選択的サービスに対する報酬の狙いは、一般医が安易に病院に患者を紹介するので

はなく、できる限りプライマリケアレベルでできることを増やそうとすることにある。人頭報酬で報酬が事前に決められていると、一般医としては簡単に患者を病院に送って診療をすまそうとするかもしれない。このことが病院の待機リストを引き延ばす原因の一つともなっていた。一般医にも得意分野 (GP with special interest) を広げてもらい、地域でできることを増やし、全体としてのサービスの質を高めようという考え方である。病院指向が強い日本では、診療所が患者を抱え込むことには抵抗があるかもしれないが、一般医と患者との間で信頼関係が築かれてきたイギリスでは、患者は病院に紹介されることを必ずしも望んでいない²³⁾。一般医が得意分野をのばして、一般医同士で紹介し合う場合も増えるようになった²⁴⁾。実際一般医の段階で診療を終えるケースは9割を超え²⁵⁾、一般医の診察についても処方箋も発行せず相談と助言だけで診察を終えるケースは4割程度に上っている²⁶⁾。病院の負担を減らし、医療費を節約しようとする動きでもあるが、一般医が得意分野を持って病院の専門医とも連携して地域で医療にかかわる取り組みは、一般医の仕事を魅力あるものにするための動きでもあり、王立一般医学会も得意分野の教育と資格認定のプログラムに熱心に取り組んでいる²⁷⁾。

4 成果に対する報酬

一般医の報酬の中で一番大きな部分は、成果報酬である。この報酬は、予防医療や、サービスの質の改善に対する取組とその成果に対して支払われるもので、①医療、②管理組織、③患者の関わりに、④追加的サービス、の4つの部門でそれぞれ基準が設けられ成果が評価されている。このうち、①医療部門では10疾病 (冠動脈心疾患、脳卒中または一過性脳虚血発作、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺炎、てんかん、ガン、精神保健、甲状腺機能低下症、喘息) について基準が設定され成果が評価される。これらの基準には、独立した専門家が証拠に基づいて開発したものが採用されている。②管理組織の部門では、患者の情報管理、患者に対する情報提供、研修医等に対する教育、診療所の管理、薬の管理等が評価される。③提供されるサービスに対する患者の関わりについては、どのようにサービスが患者に提供され、サービスの改善計画に患者はどうか関わっているか等が評価される。④追加的なサービスでは、子宮ガン検診、児童健診、出産サービス、避妊サービス等が評価される。定められた基準にそって、診療所は、年の始めに達成しようとするサービス基準の目標を申し出てその成果報酬の一部を受け、年末に基準が達成されると成果報酬の残りの部分を受け取る。これとは別に成果報酬達成に要する準備のための支払いも受けることができる。避けることのできない事態で成果を達成できない場合にはその事情が考慮されるようになっている²⁸⁾。

この成果に対する報酬については、一般に一般医は評価しているようであった。それは、単にこの報酬部分が導入されることで一般医の年収が3割程度増加したというだけではない。たとえば医療部門の基準についていえば、定められた基準は予防の効果が実証されているものなので自信をもって取り組めるようになったという²⁹⁾。医療部門の取り組みは、日本が平成20年

度から始めようとしている糖尿病等の予防に着目した特定健診・保健指導と重なる部分があるが、重要な違いはイギリスでは一般医が指導的な役割を果たす仕組みになっている点である。もちろん一般医は、決して一人で成果を達成するわけではない。実際には、看護師、地区看護師、保健師、助産師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー、キロボディスト、精神保健師、言語療法士、地域のボランティア、自治体の福祉部など様々な人々と連携するなかで、成果を達成する。ただ、地域の多くの人材と協力して得られる成果が、一般医の報酬に反映される仕組みになっていることは、重要な点ではないであろうか。もっとも、地域によって、住民の力も福祉の力量も大きく異なる。したがって、同じ健診受診率、同じ罹病率といっても地域によってそれを達成する一般医のエネルギーには大きな差が生まれる。成果に対する報酬の公平性をどう達成するかは、取り組むべき課題として残されている。

むすびにかえて

イギリス一般医の新しい契約については、一般医の間で比較的评价は高く、そうしたことも反映して一般医を目指す医師は増えるようになってきている。しかし、新しい契約は、これまでの一般医の役割を大きく変える要素を含むものであるだけに、今後のイギリスの医療がどのように変わっていくのか不明な点も多い。Pollockが指摘するように、これが登録住民の健康に一人の家庭医が継続してかわるイギリス家庭医制度の終焉を意味するものなのか³⁰⁾、あるいは医療環境が大きく変化する中で、継続的な医療を維持しつつプライマリケアの役割を一層強化しようとする方向への第一歩なのか、今後の推移を見守る必要がある。いずれにせよ、今イギリスの一般医をとりまく環境は大きく変化しており、日本で主治医、総合医の在り方やその報酬体系について議論する際にも、イギリスの家庭医や人頭報酬やゲートキーパー機能について、偏見に基づいてその是非を決めつける愚は避けなければならない。

【注】

- 1) 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2007年）p.1-4。
- 2) 高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会（2006年）p.1-2。なお筆者もこの委員会に委員の一人として参加し、イギリスの報酬体系についての現地調査にも加わらせていただいた。以下その時の聞き取りから得られた情報については（～による）と引用している。
- 3) 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2007年）p.6。
- 4) イギリスでは現在は患者は何時でも自分の登録診療所を変更できる（M. Freemanによる）。また診療所が受けることのできる登録患者の上限も無くなっている（A. Hillによる）。
- 5) イギリスの医療制度は地方によって若干異なる。ここではイングランドを念頭に論じている。
- 6) イギリスの医療保障制度（National Health Service）の財源には、厳密には保険料も含まれ、年金など現金給付を支給している国民保険基金から保険料収入の一部がNHSに払い込まれている。しかし、国民保険の保険料の抛出が医療サービスを受ける場合の要件になっている訳ではない。2006年度のイングランドの予算

ベースで見ると、NHSの医療費のうち国庫が76.2%、保険料が18.4%、患者負担等が2.6%、その他が2.8%となっている (Department of Health 2006 p.40)。イギリスの医療保障制度の概要については一圓光彌 (1999年) を、最近の問題については近藤克則 (2004年) を、関連データと最新の情報については、イギリス医療保障制度に関する研究会 (2007年) 等を参照いただきたい。また本稿で取りあげている一般医の報酬制度に関し、戦前からの変化をまとめたものとしては一圓光彌 (1982年) がある。

- 7) 対象人口の医療ニーズに応じて医療保障の財源を公平に配分することは、税方式の制度であれ社会保険の制度であれ、医療保障の制度が全国の大多数の国民を対象とするようになると、必要不可欠となる。保険者ごとに保険料を徴収する社会保険の制度では、医療ニーズに応じて保険者 (保険の経営主体) 間で財源を調整することになるので、この方法はリスク構造調整とも呼ばれる。ヨーロッパの国々での人頭配分やリスク構造調整の動きは、モシアロス他編/一圓光彌監訳 (2004年 第8章 戦略的財源配分と財源政策の決定 p.251-280) を参照いただきたい。
- 8) Department of Health 2003a p.7.
- 9) Department of Health 2007 p.131.
- 10) 一圓光彌 1982年 p.189-200.
- 11) サッチャー政権からブレア政権にかけて、重要な医療政策がどのように決定されてきたかは、一圓光彌 (2001年) を参照いただきたい。
- 12) 現在の一般医の医学教育制度についてのDr. Roger Neighbourの説明は次の通りであった。医学部の教育課程が5年あり、これに続いて2年間のFoundation Programmeが設けられ、1年目で医師免許を得、2年間で6診療科をまわるのが一般である。Foundation Programmeを終えた段階で専門医になるか一般医になるかの選択をする。一般医になることを選ぶとさらに3年間現場で訓練Vocational Trainingを受けることになる。Vocational Trainingのうち2年は病院で、1年は診療所で仕事をする。一般医にとって若い研修医を教育することは喜びであり、研修医にとっても診療所での訓練は意義があるので、診療所での訓練を1年半に延長できないか交渉している (R. Neighbourによる)。実際に研修医を指導しておられる一般医も若い医師の指導はやりがいのある仕事で、そのあと一緒に仕事をするようになることも少なくないと述べておられた (A. Hillによる)。
- 13) R. Neighbourによる。
 なおかつての予算保持一般医の制度はなくなったが、現在、診療所に登録住民の総医療費を預けるPractice-based Commissioningと呼ばれる新しい制度が設けられるようになっている。診療所は希望すれば住民の総医療予算を預かる経営主体となる。できるだけ自分たちで診療したいと考える一般医を支援する仕組みである。単独で開業することの少ないイギリスでは、診療所の規模は、登録住民でいえば5千人から2万人程度であるので、これで医療費のすべてのリスクを負うことは難しい。したがって、発件数の少ない医療などは別途PCTが負担することになっている。また病院側との契約や事務はPCTがサポートすることになっている (J. Holden, G. Freeman, A. Hillによる)。こうした条件があれば、人口1万人程度でも保険者機能は発揮できることになる。日本は、都道府県レベルでの保険者の再編を目指しているが、それにより市町村国民健康保険が培ってきた保険者機能が損なわれないよう、工夫が必要であろう。
- 14) 2002年度におけるそれぞれの年齢区分の1人あたり単価は19.50、25.65、49.75ポンドであった (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration 2001 p.117)。
- 15) European Observatory on Health Care Systems 1999 p.91.
- 16) Department of Health 2003b p.2.
- 17) Department of Health 2003b p.5-6.

- 18) Department of Health 2003b p.99.
- 19) 基礎的サービスには、①回復が見込まれる患者の療養管理、健康改善のための助言、患者が望む他の機関等への紹介、②終末期患者の療養管理、③慢性疾患患者の療養管理、等が含まれる。付加的サービスには、①子宮がん検査、②避妊サービス、③予防接種、④児童健診、⑤妊産婦に対するサービス（分娩時のサービスは特別サービスに含まれる）、⑥簡単な外科的処置（例としては、搔爬、焼灼、こぶ・いぼ等皮膚組織の冷凍搔爬など）等が含まれる。選択的な特別サービスには、上記の基礎的・付加的サービスのうちでも特別なサービスと、基礎的・付加的サービスには含まれていないサービスとがある。前者には、暴力的な患者に対するサービス、児童の予防接種、簡単な外科的処置の一部、情報の提供などがあり、後者には、分娩サービス、子宮内避妊器具装着、より専門化した薬物・アルコール患者の治療、より専門化した性疾患治療、より専門化したうつ治療、末期患者、ホームレス、学習障害を持つ者などへの高度のサービス、迅速なサービス、外科的処置の一部等がある（Department of Health 2003b p.8-9）。
- 20) 日本でも医師数の不足が問題となっているが、生涯をフルタイムで働く男性医師を前提として必要な医師の数を計算する方法が現実離れとなっていることはイギリスでも同じである。特に一般医の場合、女性の比率は高く全体の40%は女性であり、研修医の場合は60%が女性となっている。こうしたことを反映して、一般医1人あたり平均登録患者数も、かつては2000人以上であったが現在では1800人程度に下がっている。なおイングランドの医学生の数も、1997年の5050人から2004年の7662人に引き上げられて、病院のコンサルタント（専門医）も一般医も増員されている（Merry 2006 p.49-50）。
- 21) G. Freeman, A. Hillによる。
- 22) R. Neighbour, J. Holdenによる。
- 23) G. Freeman, A. Hillによる。
- 24) General Practice with special interestsとは、必要な訓練を受けて王立一般医学会などで認定された一般医のことで、高齢者、ホームレスや貧困者などの医療、心臓病、糖尿病、皮膚病、耳鼻咽喉科、精神科などの医療に専門性を発揮し、かつては専門医に紹介されていたような医療に地域で取り組む医師で、こうした医師が増えている。日本では、総合医の養成が急務となっているが、逆にイギリスでは一般医の得意分野での能力の発揮が求められるようになってきている。かつての家庭医のイメージは、この点でも若干変わりつつあるようである（Merry 2006 p.51）。得意分野で一番多いのは糖尿病、次は皮膚病となっている（J. Holdenによる）。
- 25) Merry 2006 p.49. 一般医による病院への紹介率については、2～5%との話も聞いた（J. Holdenによる）。
- 26) R. Neighbourによる。
- 27) R. Neighbourによる。
- 28) Department of Health 2003b p.3-4.
- 29) R. Neighbour, J. Holdenによる。
- 30) Pollock 2004 p.149-151.

【参考文献】

- ・一圓光彌 1982年 『イギリス社会保障論』 光生館
- ・一圓光彌 1999年 「国民保健サービス」 武川・塩野谷編『先進諸国の社会保障：1 イギリス』 東京大学出版会
- ・一圓光彌 2001年 「イギリスにおける医療政策決定過程」 医療経済研究機構『欧米先進諸国の医療政策決定過程に関する調査研究報告書』 p.23-40

- ・高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会 2006年 「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書」(2006年12月) 国民健康保険中央会 (<http://www.kokuho.or.jp/>)
- ・近藤克則 2004年 「「医療費抑制の時代を」を超えて」医学書院
- ・社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 2007年 「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(2007年10月10日) (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>)
- ・モシアロス他編／一圓光彌監訳 2004年 「医療財源論—ヨーロッパの選択」光生館
- ・Department of Health 2003a *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula*
- ・Department of Health 2003b *Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract* (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/58/04078658.pdf>)
- ・Department of Health 2006 *Departmental Report: The Health and Personal Social Services Programmes*
- ・Department of Health 2007 *Departmental Report: The Health and Personal Social Services Programmes*
- ・European Observatory on Health Care Systems 1999 *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*
- ・Merry, Peter 2006 *Wellard's NHS Handbook 2006/07*, JMH Publishing Ltd
- ・OECD 2007 *OECD Health Data 2007*, July 2007 OECD
- ・Pollock, Allyson M. 2004 *NHS plc, the privatisation of our health care*, VERSO
- ・Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration 2001 *Thirty-First Report 2002*

【謝辞】

筆者は、国民健康保険中央会の平成18年度の「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」の委員としてイギリスでの医療報酬に関する調査(2006年6月12日から15日にかけてのロンドンでの調査)に加わらせていただき、次のような方々から詳しく話を聞くことができた。この機会を与えて下さった国民健康保険中央会多田 宏理事長、研究会の水野 肇委員長、ならびにイギリスでの調査を共にすることができた国保中央会の田中一哉審議役、それにロンドンでお忙しい中、私たちの調査に応じてくださった次の方々に、この場を借りてお礼申し上げたい(肩書は当時)。

- ・武内和久、在英国日本国大使館一等書記官(6月12日午前:日本国大使館)
- ・Mr. Moils Freeman, Head of Primary Care Department, Hammersmith and Fulham PCT(6月13日午前: Hammersmith and Fulham PCTの本部)
- ・Mr. John Holden, Branch Head, Payment by Result (PbR) Strategy, Department of Health(6月14日午前: 保健省)
- ・Dr. Roger Neighbour, President, Royal College of General Practitioners(6月15日午前:王立一般医学会本部)
- ・Dr. George Freeman, Professor of General Practice, Imperial CollegeおよびDr. Alison Hill, Senior Medical Adviser, NHS Genetics, Department of Health(6月15日午後: Dr.Hillの診療所)