

健保連海外医療保障

No.93 2012年3月

■特集Ⅰ：諸外国における家庭医モデルと医療提供体制

- ドイツ
ドイツの家庭医と医療制度……………田中 伸至
- フランス
フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制
……………加藤 智章
- イギリス
イギリスの家庭医制度 ……………一圓 光彌 田畑 雄紀

■特集Ⅱ：イギリス NHS 改革の動向

- イギリス
イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向
……………田極 春美 家子 直幸

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／イギリス

健保連海外医療保障

No.93 2012年3月

ドイツの家庭医と医療制度

国家公務員共済組合連合会
病院部・旧令病院部次長

田中 伸至
Tanaka Shinji

ドイツには、大学医学教育・医師国家試験から卒後研修での専門医教育へと連なる一貫した医師養成システムがあり、卒後研修の修了と連動した診療科標榜規制が専門医の領域を画す。そして、家庭医も一つの専門領域とされ、公的医療保険において連携調整やゲートキーピング機能を担う。大学医学教育の時点から家庭医の科目が組み込まれ、重視されている。家庭医を含む専門医グループ別に計画的に保険医（診療所）を配置する法制度もあるが、保険医の偏在対策は大きな課題となっている。

1. はじめに—本稿の目的と対象

わが国でも近年、医療提供体制に係る政策論が活発になっている。中でも医師の診療科間・地域間での偏在、大規模病院への患者の集中などの状況を背景に、診療所と病院の機能分化、連携体制の構築に加え、家庭医・総合診療医の育成、さらにはフリーアクセスの制限や医師の開業制限といった方策を説く議論¹⁾も一般化している。その際、諸外国が引き合いに出されることがあるが、家庭医・専門医の資格制度や医師の配置計画といった個々のサブシステムの存在を簡単に言うに止まり、それらの医療制度内での位置付けや相互関係、機能の限界と補完方策も視野に入れるものは、管見の限りでは見当たらない。

そこで本稿では、家庭医を含む専門医が截然と機能分化され、保険医（診療所）配置規制を有するドイツを取り上げ、医療制度のうち診療所に係る部分を見渡す作業を試みる。作業に当たっては、家庭医の存在と役割に重点を置きつつ、医師資格と医学教育、診療科標榜規制と卒

後研修（2.）、保険診療と家庭医の機能（3.）、診療報酬（4.）、保険医の需要計画（5.）の各規律局面ごとにサブシステムを通覧し、医療制度の法的構造の把握に努める²⁾。最後にこれらの制度群の要点をとりまとめ、わが国への示唆の獲得を図る（6.）。

検討対象とする法令等は公的医療保険医療提供構造法（GKV-Versorgungsstrukturgesetz-GKV-VStG）の主要部分が施行された2012年1月当初のものとする。また、関連法令等は州レベルにも及ぶ。主にチューリンゲン州のものを参照する³⁾。

2. 医師資格と医学教育

(1) 医師資格法制

ドイツの医師資格制度は、連邦医師法（Bundesärzteordnung-BÄO）と医師免許令（Approbationsordnung für Ärzte-ÄApprO 2002）、州の医療職法（Heilberufsgesetz）ないし医療職会法（Heilberufekammergesetz）によって構成される。連邦医師法は、医師の職務

の性質を定め(1条)⁴⁾、医業の実施(Ausübung des ärztlichen Berufs)には原則として医師免許(Approbation)が必要であること(2条)⁵⁾、免許要件(3条)、免許の撤回・取消(5条)、停止(6条)等を規定する。免許を受けるには、最短8ヵ月最長12ヵ月の病院等での臨床研修を含む最短6年間の大学での医学教育の後に医師試験に合格することが必要とされる(同条1項4号)。大学医学教育と医師試験・免許の詳細については、同法の委任を受け(4条1項)、医師免許令が連邦内を統一的に規定する。一方、州の医療職法は、医師会の組織、卒後研修、診療科の標榜等を規律する⁶⁾。

(2) 大学医学教育と医師免許⁷⁾

大学医学教育は、連続48週間の臨床実習学年(praktisches Jahr)を含む6年間行われることとされ、応急処置、3ヵ月の看護業務、4ヵ月の臨床研修(Famulatur)と2回の医師国家試験が組み込まれている(医師免許令1条2項)。教育内容は、診療科を総合した疾患の考察と治療の調整、他の医療職との協働などに留意したものとすることとされる(1条1項、2条2項)。

初めの2年間の医学教育を終えると医師国家一次試験があり(1条3項1号)、物理学、生理学、化学、生化学、分子生物学、生物学、解剖学等につき筆記ないし口頭試問で審査される(22条1項)。一次試験合格後さらに2年10ヵ月間以上の教育を受けた後に臨床実習学年が開始される。臨床実習学年に進むには、同期間に履修する専門科目(一般的医療(Allgemeinmedizin. 診療科標榜上「家庭医」とも呼ぶ。(4)(5)参照)、外科、内科、小児科、婦人科・産科など22科目)や総合的診療科目(老人医学、救急医療、臨床薬理/薬物療法等12科目⁸⁾)ごとの大学での試験成績証明が必要とされる(1条3項2文、3条1項1文、2文)。実習は、16週間ごとの実習期に内科、外科、一般的医療または他の専門科目からの選択科目について(同項4文)、大学病院または大学が州所管庁の合意を得て指定した病院で実施され、一般的医療を選択した場合は診

療所でも行われる(3条2項)。この臨床実習学年を含む合計6年間の教育の後、医師国家二次試験に至る(1条3項2号)。二次試験の筆記では臨床専門科目につき症例に基づいた出題がされる(28条1項、29条1項)。口頭試問は臨床実習での3科目につき行われ(30条2項)、実際に患者を診察しながら行う試験も含まれる(同条1項)。1名または複数名の患者に関する病歴、診断、予後予測、治療計画等の作成・提出も求められる(同条3項)。

この二次試験に合格した者は当該試験が行われた州の所管庁に申請をして、医師免許を受けることになる(39条1項)。

なお、大学医学教育の改善を目的としてこうした標準的な教育課程とは異なるモデル教育課程の設定も許容されている(41条)⁹⁾。

(3) 大学医学教育の見直し

上掲の教育課程は、医師免許令第一次改正令(Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte)により今後順次改正される。

主な改正点の1つ目は、臨床実習学年における一般的医療履修枠の確保・拡大である。大学は、2015年10月開始の臨床実習学年までに学生の10%が、2019年10月開始の臨床実習学年までに20%が一般的医療を履修できるようにしなければならない(1条2号a)。10%はこれまでの一般的医療履修枠の3倍に当たるが、現在一般的医療に関心を持つ学生は12ないし15%おり、20%は現実的な目標値と考えられている¹⁰⁾。

2点目は、臨床実習を行う病院の拡大である。2014年4月からは、当該学生の学籍のある大学(Heimatusuniversität)の附属病院と当該大学と協定を結び臨床実習を受け入れる教育病院(Lehrkrankenhäuser)に加え、他の大学病院やその教育病院も選択できるようになる(2条1号b)。臨床実習学生の受入れは、その後の卒後研修、当該病院での勤務へと繋がる入口であり、ドイツでも重要な人材確保手段となっている。この改正により、新人医師のバランスのとれた

配置が期待されている¹¹⁾。

3点目は、医師国家試験の組直しである。2014年からは現在の二次試験が2分割され、3回行われることとなる。新二次試験は現二次試験の筆記部分であり、一次試験合格後3年間の医学教育の後、臨床実習学年の開始前に置かれる。新三次試験は現二次試験の口頭試問部分であり、臨床実習学年を終えてから最後に実施される(4条)。この改正は、学生が筆記試験の準備に追われることなく臨床実習に専念できるようにする趣旨による¹²⁾。

これらの見直しは、診療所後継者の確保、一般的医療(家庭医)の強化を目的としており、後述の(5.(4))保険医の地域偏在対策と連動して行われるものである¹³⁾。

(4) 診療科標榜規制と卒後研修

医師免許を有していても、診療科の標榜、すなわち診療科名(Gebietsbezeichnung)、細分診療科名(Teilgebietsbezeichnung)または重点診療域名(Schwerpunktbezeichnung)、副診療科名(Zusatzbezeichnung)¹⁴⁾の標榜を自由にできるわけではない。州の医療職法に基づく卒後研修(Weiterbildung)の修了と州医師会による修了の承認が必要である¹⁵⁾。

卒後研修は州医師会により実施される¹⁶⁾。研修は、①原則として報酬を伴う臨床業務を行い、理論的指導を受けること、②原則として1診療科につき3年以上の研修を受けること、③細分診療科の研修は診療科の研修内で行うことが可能であること、④診療科と細分診療科の研修は原則としてフルタイムの勤務で行うこと、といった枠組みの下で行われる¹⁷⁾。より詳細な内容は州医師会の卒後研修規定(Weiterbildungsordnung)が規定しており¹⁸⁾、そのためのモデル卒後研修規定を連邦医師会が作成している¹⁹⁾。規定内容は、卒後研修指導医への授権²⁰⁾、卒後研修機関(大学病院や医師会が承認した医療機関であること)²¹⁾、標榜承認試験²²⁾、診療科等の名称と研修内容などである²³⁾。診療科(Gebiet)は33科あり、専門医の領域を画している。「一般

的医療(家庭医)」(Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt))も一つの診療科、すなわち専門医として位置付けられている。

(5) 家庭医の定義と卒後研修内容

卒後研修規定によると²⁴⁾、一般的医療(家庭医)とは、患者の健康上の苦痛、問題または危険に係る生物学的、物理学的および社会的側面を考慮しながら、患者の生活を踏まえた家庭医的なケアを行い、あらゆる世代の様々な種類の健康の変調を治療するとともに、保健医療制度における他の医師や専門職による診療を求めることを医学的に決定する役割を果たすものである、と定義される。その役割には、医学的、生理的および社会的援助を患者中心に統合することも含まれる。

研修は、卒後研修機関で指導医の下60ヵ月間(5年間)行われ、36ヵ月は内科の入院診療(うち18ヵ月は外来での直接の患者診療も算入)、24ヵ月は外来の家庭医診療(うち6ヵ月は外科を含む)とされる。加えて80時間の精神身体医学における基本診療の講習も行われる。

研修内容としては、健康相談、健康変調の早期発見、予防、リハビリテーションの導入と実施、予後管理、非感染症・感染症、中毒、新生物、アレルギー、免疫学的疾患、代謝性疾患等さまざまな疾患の識別と治療、高齢者における特殊性の考慮、腫瘍診療の基礎、緩和ケアなど十数項目が掲げられている。また、心電図、血圧測定、腹腔超音波、穿刺・カテーテル、輸液・輸注・補血等の内科分野での診察・治療も含まれる。

3. 保険診療への参加と家庭医の機能

(1) 保険医の許可

診療所開業医として公的医療保険による診療に参加するには、原則として、保険医の許可を受けることが必要である(社会法典第5編(Sozialgesetzbuch Fünftes Buch-SGB V)95条1項)。許可は、州の保険医協会、疾病金庫州連合会および代替金庫の代表者によ

り構成される許可委員会により、保険医協会の管轄区域(州)²⁵⁾ またはその一部(許可区域(Zulassungsbezirk))において行われる(96条1項)。許可申請には、医籍への登録が前提とされ(95条2項)、登録要件は、医師免許と卒後研修の修了、修了した診療科の標榜資格の保持である。

許可は医師グループごとに設定される保険医の需要計画により調整される。需要計画は、(5)で取り扱う。

(2) 家庭医診療と専門医診療

公的医療保険の給付提供者としての保険医(診療所)と病院は別の規律に服することとされており(保険医につき72条ないし106a条、病院につき107条ないし114条)、保険医による診療もさらに家庭医診療(hausärztliche Versorgung)と専門医診療(fachärztliche Versorgung)に区分される(73条1項1文)。家庭医診療には主に、一般医(Allgemeinärzte)、小児科医、家庭医診療を選択した重点診療域を持たない内科医が参加し、その他の専門医は専門医診療に参加する(73条1a項)。家庭医診療と専門医診療との区分は、後述のとおり需要計画のほか、診療報酬分配の基礎にもなっている。

2010年末現在、保険医は12万153名、うち家庭医は5万6,849名、主な専門医では内科医(家庭医診療に参加する者も含む)1万9,492名、婦人科医9,753名、小児科医5,720名、整形外科医5,247名、精神療法医師5,247名などとなっている²⁶⁾。

(3) 家庭医の機能

保険診療での家庭医の任務は法定されており、患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア、診断・治療・看護の調整、治療データ、診断所見等の収集、評価および保存等が掲げられる(73条1項2文)。特に、患者のための文書管理と治療データ等の収集については、被保険者の書面による同意を条件とした家庭医の収集権限、家庭医以外の給付提供者との間の

データ等の受渡し・利用などに係る権限や義務が規定されている(73条1b項)。このような複数の医療機関に跨る診療行程の管理機能や継続的な保健予防機能を持つほか、いわゆるゲートキーピングの機能も家庭医には期待される。

ドイツのゲートキーピングは患者に対する受診の強制によるものではない。患者が紹介状を持たずに外来診療を受診する場合には四半期ごとにその初診時に10ユーロの自己負担を医療機関に支払わなければならない(28条4項)ものの、被保険者には家庭医の下で初診を受ける一般的な義務はない(Freie Arztwahl. 76条1項参照)。が、90%以上のドイツ国民が家庭医を持ち²⁷⁾、2005年第1四半期の調査では、被保険者の42%が家庭医のみを受診したほか、46%がまず家庭医を受診してから専門医に掛かっており、直接専門医を受診したのは11%のみであったという²⁸⁾。このように、患者がまず家庭医に受診しその紹介に従い所要の専門医を受診する流れが存在し、家庭医がその機能を発揮する機会が形成されている。

(4) 家庭医中心診療

また近年、保険者と医療機関等が契約により医療連携体制を構築する新たな診療形態が次々と法定されているが²⁹⁾、中でも家庭医中心診療(Hausarztzentrierte Versorgung. 73b条)は、家庭医の機能を強化する意義を持つ。この診療形態では、被保険者は初めに自らが選択した家庭医を受診し、眼科および産婦人科以外の専門医を受診する場合はその家庭医の紹介を受けることが義務づけられる³⁰⁾。被保険者の参加は任意であり、参加者は原則として1年間この義務と家庭医の選択に拘束される(同条3項)。診療提供者の組織化については、疾病金庫が単独でまたは他の疾病金庫と協力して2009年6月30日までに保険医協会の区域での家庭医診療に参加する一般医の過半数を代表する団体と契約を締結しなければならないこととされる(同条4項)。参加する家庭医には、エビデンスと臨床経験に基づく診療指針に従った診療の実施、薬物治療

の品質管理サークルへの参加、問診指導、精神身体医学の基本的な診療、緩和医療、老人医学等の生涯研修 (Fortbildung) への参加等が求められる (同条2項)。

家庭医中心診療への被保険者の勧誘は、報奨金の支払いや自己負担の軽減を伴う選択料金表 (53条3項) を提示することにより行われる。

(5) 家庭医像の実際

以上見てきたように、ドイツでは、医師の卒後研修、診療科標榜、保険医の許可、家庭医診療の区分と機能の法定などを通じて、家庭医についての明確な制度枠組みを設けている。ただし、実際の家庭医像はその診療所の場所や規模、さらに医師が主に行う診療のタイプによりかなり相違するようである。たとえば、ほとんど精神療法のみを重点に行う都市部の小規模診療所や専門医的なスポーツ医学を行う診療所もあれば、地方部で小児医療から緩和ケアまで幅広い診療を行う大規模な診療所 (Versorgerpraxen) もあるという³¹⁾。

4. 診療報酬制度と家庭医に対する診療報酬点数設定

(1) 診療報酬制度の枠組み³²⁾

保険医に対する診療報酬の支払いは二段階構成となっている。第一段階として、各々の疾病金庫が各州保険医協会に対し当該協会に所属する保険医により行われた診療全体につき全体報酬 (Gesamtvergütung) を支払う (85条1項、2項2文)。第二段階で、保険医協会が全体報酬をその所属する保険医等³³⁾ に報酬分配 (Honorarverteilung) する (87b条1項)。

(2) 全体報酬額の算定と統一評価基準・点数単価

全体報酬額は、州保険医協会と疾病金庫州連合会および代替金庫が締結する団体契約 (Gesamtverträge. 83条) において、毎年10月31日までに翌年に支払われる分につき定められ

る (85条2項、87a条3項1文)。この額の設定のため、上掲の団体契約当事者は被保険者の人数と疾病構造に応じた治療需要を統一評価基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) に基づいた点数量として合意し、それを点数単価によりユーロ表示で評価する (87a条3項2文)。

ここにいう統一評価基準とは、公的医療保険に対し支払請求が可能な給付内容を定義し、給付の価値に応じた相対的な関係を点数で定める診療報酬点数表である (87条2項1文)。連邦保険医協会が疾病金庫中央連合会とともに、それぞれの3名の代表者から構成される評価委員会 (87条3項) において、連邦枠組協定 (Bundesmantelverträge)³⁴⁾ の構成部分の形で同基準を定める (87条1項1文)。点数単価は、州保険医協会と疾病金庫州連合会および代替金庫が毎年10月31日までに翌年に適用されるものを協定する (87a条2項1文)。協定に際しては、統一評価基準において毎年8月31日までにユーロ表示の指針値として定められる連邦統一単価 (87条2e項) に基づくこととされるが (87a条2項1文)、費用構造および医療提供構造の地域的特殊性を考慮して指針値を加算減算することなどもできる (同項2文、4文)。そして、統一評価基準と点数単価に基づきユーロ表示による地域ユーロ報酬規定 (regionale Euro-Gebührenordnung) が作成される (同項6文)。

なお、2012年については特例措置として、連邦統一単価も州レベルでの点数単価も改定されない (2011年、2012年の連邦統一単価は、3.5048セントである³⁵⁾)。2010年に関して協定された加算の改定も許されず、連邦統一単価における加算も行われない (87d条1項)。2012年の治療需要は、2011年について合意された治療需要の1.25%増で算定する (同条2項)³⁶⁾。

(3) 保険医に対する報酬分配

保険医協会は、全体報酬を家庭医診療と専門医診療とに区分し、同協会が疾病金庫州連合会・代替金庫と協議して定める分配基準 (Verteilungsmaßstab) に従って保険医に対し

診療報酬として分配する(87b条1項)。個々の保険医の診療報酬は地域ユーロ報酬規定に基づき算定される(87a条3項3文)。

分配基準には過剰診療を阻止するため、診療報酬額に対する量的管理措置(mengensteuernde Maßnahmen)³⁷⁾を定める規定が置かれる(87b条2項)。量的管理措置としては、症例数制限・症例数減少制(Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder-minderung. 同条3項参照)ないし報酬通減制(Abstaffelung. 分配基準で定められた一定額を超えた部分について減額する支払方法)が想定される³⁸⁾。需要計画制において供給不足と決定された地域については、量的管理措置を適用除外とすることが許容される(同項)。この適用除外の許容は、医療提供構造法により保険医の地域偏在の解消策として導入されたものである(5. (4)参照)。

家庭医診療と専門医診療に係る報酬量の調整については、連邦保険医協会が、疾病金庫中央連合会の合意を得て基準を決定する。また、量的管理措置に係る規定についても、連邦保険医協会が疾病金庫中央連合会との協議を行い基準を決定する(同条4項1文、2文)。保険医協会はいこれらの基準を遵守しなければならない(同項3文)。

(4) 統一評価基準の構成と点数設定方式³⁹⁾

統一評価基準は、家庭医、専門医共通の給付も含め、家庭医診療の部に掲載された給付は家庭医診療に参加する医師のみが請求でき、各専門医診療の各部に掲載された給付については医師グループ(5. (1)参照)ごとに当該専門医診療に参加する医師のみが請求ができることが判るように構成される(87条2a項)。家庭医診療の給付は、原則として被保険者包括報酬(Versichertenpauschalen)の形で設定し、特に促進の必要がある給付については個別給付(Einzelleistungen)または複合給付(Leistungskomplexe)を設定することもできる。被保険者包括報酬の対象は、一定の請求期間内における患者の世話や診療の調整、診

療文書管理を含む通常の家家庭医診療で行われる給付全体である(87条2b項)。専門医診療の給付は、医師グループごとに原則として、基本包括点数および追加包括点数(Grund-und Zusatzpauschalen)の形で設定し、医学的に必要がある場合には個別給付も設定することができる。基本包括点数は症例ごとに通常の方法で行われる診療に係る給付を対象とし、追加包括点数は一定の症例において発生する理由のある特別の給付費用を対象とする(87条2c条)。

(5) 家庭医診療報酬の例

最新の統一評価基準で家庭医診療の部⁴⁰⁾を見ると、被保険者包括報酬は、医師と患者との直接対話による診察に加え、必要に応じ、他の医師等との診断・治療・介護に関する調整、予防・リハビリテーションの導入、治療データや診断所見の収集と伝達、診療記録管理等を内容とすると規定され、被保険者5歳以下1,190点、6歳以上59歳以下880点、60歳以上1,020点が設定されている。また、他の保険医に紹介した場合にはこれらに代えそれぞれにつき595点、440点、535点が算定される。個別給付・複合給付では、家庭医老人医学基本検査、認知症検査、負荷心電図、長時間血圧測定、肺活量検査、肛門・直腸検査等の13項目が設定されている。

5. 保険医の配置 — 診療所の地域偏在と解消策

(1) 需要計画

保険医の許可は、需要計画制の下で行われ、家庭医を含む医師グループの地域間での適正配置が企図されている。

需要計画(Bedarfsplan)は、州の保険医協会が疾病金庫州連合会および代替金庫の合意を得て、需要計画策定指針の基準に従い策定する(99条1項1文)。同指針は、連邦保険医協会、ドイツ病院協会および疾病金庫中央連合会が組織する連邦共同委員会(91条1項)が制定する(92条1項2文9号)。2012年からは州政府も共同審議

権を持ち指針の策定に関与する(同条7e項)。

指針には、保険医診療の一般的な需要に適合した供給水準(101条1項1号)として、人口や人口密度により画される10種類の地域区分(Planungskategorien)⁴¹⁾それぞれについての医師グループごとの医師1人当たり住民数が規定されている(一般比率。Allgemeine Verhältniszahlen)⁴²⁾。医師グループは現在、麻酔科医、眼科医、外科医、婦人科医、専門医診療に参加する内科医、小児科医⁴³⁾、家庭医など14種ある⁴⁴⁾。

需要計画では州内の市や郡等に応じた計画区域(Planungsbereiche)⁴⁵⁾が設定され、上掲の地域区分に分類される⁴⁶⁾。これにより、各計画区域について医師グループごとの一般比率が確定される⁴⁷⁾。

2010年11月からは一般比率に対し、計画区域・医師グループごとに人口構成の変動等に応じた修正が加えられることとされている⁴⁸⁾。さらに、医療提供構造法により2012年からは、より地域の実情を反映できるよう、地域の人口構成や有病率などの特殊事情がある場合には策定指針とは異なる計画区域の境界や供給水準の一般比率を定めることも可能とされた(99条1項3文)。またこのため、州の所管庁に意見表明の機会が与えられるとともに、州の社会保険所管上級行政庁にも計画に対する異議申立権が付与されている(同項4文)。

(2) 過剰供給・過少供給への対応

こうした需要計画に基づき保険医の過不足が認識され、保険医の許可が調整される。すなわち、医師グループ別に供給水準が一般比率の110%を超える計画区域は、過剰供給であると推定される(101条1項3文)。州ごとに保険医協会、疾病金庫州連合会および代替金庫から構成される医師・疾病金庫州委員会(90条1項)により過剰供給の判定がされると、許可制限が命じられ(103条1項、2項)、原則として保険医開業が許可されなくなる(95条2項9文)。過剰供給区域で保険医の死亡等により保険医のポスト

(Vertragarztsitz)に空席が出た場合、当該診療所が継続される必要があれば、後継者の公募が行われる(103条4項)。

供給水準が一般比率を下回る計画区域については、家庭医については75%未満、専門医については50%未満のとき⁴⁹⁾、医師・疾病金庫州委員会により過少供給が認定される。医師の年齢構成に基づく保険医数の減少により過少供給に至るおそれがある場合にはその切迫が認定される(100条1項)。これらの認定がされた場合には、保険医協会は、連邦保険医協会とともに保険医診療を確保する責任を負っていることから(Sicherstellungsauftrag. 75条1項)、過少供給等の解消回避措置を採ることとされている(同条1項、2項、105条1項)。たとえば、過少供給区域での保障割増手当(Sicherstellungszuschlägen)の支払い⁵⁰⁾、協会直営医療施設の経営(以上同項)、過少供給区域での医業義務を伴う奨学金や新規開業投資への経済的支援などの措置である⁵¹⁾。それでも過少供給が解消されない場合には、州委員会は、他の計画区域における保険医開業の許可制限をすよう命じなければならない(100条2項)。

(3) 偏在状況

このような整然とした需要計画制があるものの、保険医、特に家庭医の偏在は解消されてこなかった。医師グループごとの供給状況を見ると、2010年当初、連邦内全計画区域のうち許可制限のない区域の割合は、専門医グループでは眼科15%、皮膚科8%、耳鼻咽喉科7%などとなっており、外科では1区域以外で、専門内科はすべての計画区域で許可制限がされている。これに対し、家庭医では52%の区域に許可制限がない。開業可能な医師数で見ると、2位の眼科100名、3位の耳鼻咽喉科、皮膚科、神経科各40名に対し、家庭医は1,940名と突出している。家庭医の不足は、ザクセン＝アンハルト州、ブランデンブルク州、メクレンブルク＝フォアポンメルン州といった旧東独州のみならず、ドイツ北部のニーダーザクセン州でも顕著である⁵²⁾。

チューリンゲン州でも、2011年11月19日時点で他の専門医グループにつきほとんどの計画区域で許可制限があり、外科、専門内科、婦人科、小児科などでは開業余地が全くない一方、家庭医の開業可能保険医数は255名に上っている⁵⁴⁾。

家庭医がゲートキーピングやプライマリケア、連携調整など枢要な機能を持つだけに、こうした状況は保険診療の確保にとって深刻な事態といえよう。

(4) 新たな偏在対策

そこで今般、医療提供構造法により新たな対策が導入されることとなった。対策は多岐にわたる。

①過少供給対策 — 需要計画・診療報酬上の措置

まず需要計画関係では、第一に構造基金(Strukturfonds)が挙げられる。上掲の過少供給等の解消・回避のための措置等に要する費用を確保し、措置実施の裏打ちをするもので、保険医協会が全体報酬の1%を利用し造成する。基金が造成される場合、疾病金庫州連合会・代替金庫も1%を負担する(105条1a項)。

第二は、過少供給区域経験者の優遇である。過剰供給地域に生じた保険医の空席については公募が行われるが、その際の後継者選抜において、過少供給区域で5年以上保険医として医業を行ってきたことも考慮されるというものである(103条4項5文4号)。

第三に診療報酬制度との連動部分では、前述(4.(3))のとおり、過少供給区域では報酬分配基準上の症例数制限・症例数減少制ないし報酬通減制を適用しないことが可能とされた(87b条3項)。過少供給区域では一保険医が診療する患者数が多くならざるを得ないことへの対応である。

第四は、地域加算(regionale Preiszuschläge)である。過少供給区域で特に助成すべき給付や給付提供者については、連邦統一単価への上乗

せを協定することもできるようになった(87a条2項4文)⁵⁵⁾。

②過少供給対策 — 業務環境の改善

過少供給区域で診療を行いやすくするための環境整備も行われる。その第一は、診療所支所開設許可制の緩和である。従前から本診療所のほかに支所(Zweigpraxen)を持つことは本診療所での診療に支障がない限りで許容されてきたが、今後は本診療所で些細な支障があっても支所のある地域での診療状況が改善される場合にも支所開設が許容される(保険医許可令(Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)24条3項1文)。支所開設が過少供給地域の解消・回避に資するような運用が期待されている⁵⁶⁾。

第二は、保険医の適正居住地選択義務(Residenzpflicht)の廃止である。これまで過少供給区域以外の保険医はその診療所の近くに住まなければならない旨の義務を負っていた(医療提供構造法による改正前の24条2項2文、3文)。この義務の廃止により、生活に便利な都市部に居住しながら地方の診療所を営むことが可能になるという⁵⁷⁾。

第三は、職業と家庭の両立支援である。過少供給区域に限られた措置ではないが、業務環境改善に役立つ。ドイツでも女性医師は顕著に増加しており⁵⁸⁾、子育てなど家庭生活と医業との調整が課題となっている。そこで、保険医の代理医師を立てることができる期間が6ヵ月から12ヵ月に延長され(32条1項3文)、負担軽減のため助手を雇用することも子供の養育について36ヵ月間、家族介護のため6ヵ月間、可能となった(同条2項2文2号、3号)。さらに、過剰供給地域での保険医の公募における後継者選抜において考慮される医業従事期間に子どもの教育や家族介護により医業を中断した期間も参入することとされ(社会法典第5編103条4項5文4号)、子どもや要介護家族を持つ医師が不利にならないよう配慮することとされた⁵⁹⁾。

③過少供給対策 — 診療従事者の拡大と補助者の利用

ドイツでは外来診療は原則として保険医が担当するが、過少供給地域では保険医以外の担い手を導入する方策も採られている。その第一は、直営医療機関 (Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten⁶⁰⁾) である。(2) で見たように保険医協会は保険医診療の確保責任を負っており、従前から直営医療機関を運営することができたが、費用負担については明確にされてこなかった。そこで今回の法改正により全体報酬から診療報酬の支払いを受けることが規定され (105条1項3文)、協会運営費から支出しなくともよいことが明確にされた。

また、地方公共団体 (市、町村、郡) も初めて直営医療機関を設置できることとされた。ただし、設置が認められるのは、保険医協会が講じた措置が奏功しなかった場合など他の方法では対応できない場合のみである。保険医協会の同意も必要であり (同条5項)、補完的な位置付けに止まっている。

第二は、保険医診療に参加できる施設勤務医の拡大である。これまでも卒後研修を修了している病院医はその施設の同意があれば、保険医診療の許可 (Ermächtigung) を受けることができた。その専門的な診断治療能力や知見が必要な場合があるからである。今回の改正により、地域における包括的な診療を確保するため、予防・リハビリテーション施設や入所介護施設に勤務する医師も保険医診療への参加が可能とされた (116条、保険医許可令31条1項⁶¹⁾。

第三は、医師以外に委託できる給付範囲の明確化である。保険医診療では保険医の責任と指示の下で医師以外の者による補助行為が認められてきた (Delegation ärztlicher Leistungen⁶²⁾。社会法典第5編28条1項1文、2文)。しかし、如何なる者が如何なる範囲で如何なる条件の下で補助行為を行うことができるのかは不明確であった。そこで、2012年6月30日までに連邦保険医協会と疾病金庫中央連合会がそれらを規定

することとされた (同項3文)。過少供給地域で多くの被保険者を担当する保険医の負担が軽減されることが期待される。

この他、遠隔医療 (ambulante telemedizinische Leistungen) についても、評価委員会が統一評価基準に掲載された給付の中でどの範囲まで許容するかを検討し、2013年3月31日までに統一評価基準を改正することとされた (87条2a項8文)。遠隔医療は地方圏において保険医診療の重要な構成要素となると予想されている⁶³⁾。

④過剰供給対策

保険医が過剰な区域への対策も課題である。そうした地域の解消により長期的に医師の偏在が是正されると見込まれるからである。このため導入された新たな法的手法が保険医協会による空席買収である。許可制限区域の保険医空席につき公募が行われる際に許可委員会が後継者を選抜するが、その者に許可が附与される前に、保険医協会はその後継を排除する効力を持つ先買権 (Vorkaufsrecht) を行使することができる (105条4c項)。買収された診療所が閉鎖され、過剰供給区域の保険医ポストを減少させることが期待される⁶⁴⁾。ただし、後継者が被後継保険医の子や被用者・共同経営者である場合には先買権の行使は認められないから (同項4文)、その政策効果は限定的とも思われる⁶⁵⁾。

また、保険医協会は従前から62歳以上の保険医がその自由意思に基づき許可を放棄する場合に経済的支援を行うことができたが、今回の改正によりその年齢制限が外された (105条3項1文)。許可制限区域において保険医空席の公募が行われない場合には、当該診療所の買収 (Aufkauf der Arztpraxis) の形で支援することも可能となった (同項2文)。

このように許可制限区域については、保険医ポストに空席が出るよう、また空席が埋まらないようにする方策が採用される一方、供給水準が一般比率の100%以上であって許可制限がされていない計画区域については、許可に期限を附す法的手法が導入された (98条2項12号、保

険医許可令19条4項)。期限の到来により許可は終了し(社会法典第5編95条7項)、後継者の公募は行われぬ。期限到来前に許可が放棄された場合でも同様である(103条4項2文2段)。期限の存在により開業希望を抑制し、過剰供給の水準に達するのを回避しようとする趣旨のようであるが、期限の長さについては許可委員会の裁量に委ねられており、診療需要とともに診療所開設投資の回収可能性が考慮されることが

想定されている⁶⁶⁾。政策効果は期限の附し方如何によると思われる⁶⁷⁾。

6. おわりに—ドイツ医療制度の法的構造とわが国への示唆

以上通覧してきた制度群の法的構造(表参照)における要点は次のとおりである。第一は、大学医学教育・医師国家試験から卒後研修での専

表 家庭医を中心とした医療制度の法的構造

規律局面	連邦医師法・医師免許令	州医療職法・州医師会卒後研修規定	社会法典第5編公的疾病保険法
医師資格と医学教育	○免許制度 ○大学医学教育(期間、内容構成) ・一般的医療(家庭医)、総合的診療科目の位置付け ・臨床実習と教育病院指定制 ○医師国家試験の医学教育への組込み		
診療科標榜規制と卒後研修		○州医師会卒後研修制度 ○診療科、部分診療科等の設定 ・一般的医療(家庭医)科の設定 ○卒後研修修了による診療科標榜承認	
家庭医の定義と機能		○患者の生活を踏まえたケア、あらゆる世代の様々な健康の変調への対応(プライマリケア)	○患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア
		○他の医師等の診療必要性の判断(ゲートキーピング)	○医師選択自由の原則。ただし、紹介状がない場合の四半期10ユーロの受診料 ○家庭医中心診療
		○医療、社会的援助等の統合(診療行程管理・連携調整)	○診断、治療、看護の調整、治療データの収集、診療文書管理等
保険診療への参加(診療所開業)			○州(許可区域)における許可 ・医師免許、卒後研修修了、診療科標榜 ○家庭医診療と専門医診療の区分
診療報酬			○疾病金庫から保険医協会への全体報酬支払い ○家庭医を含む医師グループごとの報酬分配 ・医師グループは標榜可能診療科に基づき設定 ・診療報酬額量的管理(報酬通減、症例数制限等) ・家庭医は原則、上掲の家庭医機能を対象とする被保険者包括報酬。専門医も症例包括化
保険医(診療所)の配置規制			○需要計画 ・計画区域ごと医師グループごとの供給水準の確認 ・過剰供給地域での許可制限 ・過少供給地域での保険医協会による開業促進
新たな地域偏在解消方策	○大学医学教育における一般的医療履修枠の拡大		○構造基金(保険医協会による開業促進策—奨学金、開業補助金、割増手当等—の費用確保) ○過少供給区域での診療報酬額量的管理の除外、地域加算 ○保険医協会直営医療機関の促進、地方公共団体直営医療機関の創設 ○医師以外の医療補助行為の明確化
			○過剰供給区域等での空席先買・買取、期限付き許可

著者作成

門医教育へと連なる医師養成システムの一貫性である。第二は、卒後研修の修了と連動した診療科標榜規制が専門医の領域を画していることである。第三は、家庭医も一つの専門領域とされ、公的医療保険において家庭医診療が診療行程管理・連携調整機能やゲートキーピング機能を持つものとして位置付けられていることである。大学医学教育の時点から一般的医療、すなわち家庭医の教育が組み込まれていることも重要である。第四は、家庭医や他の専門医のグループごとに計画的な診療所配置のための法的仕組みが存在することである⁶⁸⁾。

このようにドイツでは、医学教育と医師の診療科面での機能分化を土台として医療制度の各要素が整然と組み立てられ、診療所適正配置システムまで構築されている。その中で家庭医が機能分化した医療機関を総合する役割を持っている。制度の体系的や法的規律密度の高さは注目に値するし、要点第一、第二の医師養成システム等の一貫性は素直に参考になろう。また、第三の家庭医機能についても、わが国でも医療機関の機能分化が進むとともに高齢者の慢性疾患の継続的なケアがますます重要となる中で、同様の機能を担う医師の養成が必要であり、ドイツの制度は参照に値しよう。ただし、医師の養成には時間がかかるから、短中期的には現在の医療資源の活用が課題となる。現在の開業医や中小病院の総合診療機能、専門的な診療領域や診療技術の実態を把握するとともに、200床以上の病院の非紹介初診患者に係る選定療養や地域連携に係る診療報酬、地域医療支援病院等が実施しているいわゆる登録医制や連携医制の機能如何を調査し、対応策を検討する必要がある。

要点第四の需要計画や保険医許可制限を参照する際にはより注意が必要である。まず、需要計画・許可制限それ自体は過少供給地域の解消には必ずしも有効ではなかったことである。そのため今般、医療提供構造法により多彩な対策が添付されたが、構造基金はわが国の地域医療再生基金⁶⁹⁾を、保険医協会と地方公共団

体の直営医療機関は国民健康保険直営診療施設やいわゆる自治体病院⁷⁰⁾を、医師以外の医療補助行為の明確化は看護師の実施可能な行為の拡大・明確化に係る議論⁷¹⁾を、そして過剰供給区域空席公募における過少供給区域経験者に対する優遇はわが国の伝統的な大学医局人事のあり様を、それぞれ想起させる。過剰供給区域での空席先買・買収制は需要計画制ならではの苦勞を物語る⁷²⁾。ドイツの需要計画や開業制限を引合いに出し抜本改革の名の下で大業な仕掛けを作っても、実際に必要なのは多彩な小技であり、現場で講ずべき方策の細目はあまり変わらない可能性がある。

またそもそも、日独間では問題の様相が異なる。ドイツでは家庭医などの診療所の空席が問題であり、過少供給区域では病院・病院勤務医の保険医診療への参加も進められてきているが、保険医協会の法定診療確保責任が優先するため地方公共団体直営医療機関などは補完的な手段に止まっている。一方わが国は、病院と診療所の機能が未分化なこともあって、地方の外來診療では中小病院や保険者、地方公共団体などの経営主体も活躍してきた。その上でプライマリケアを含む外來も担う病院の機能低下、内科、産科、小児科、救急部門等の閉鎖が問題となっているのである。わが国で今さら開業医の配置を問題としてもその意義は乏しい。むしろ病院の診療科の内実、すなわち対応可能な疾患領域・治療技術などの不可視性や突発的・短期的な流動性が問題なのであり、それらの可視化と安定化を主要論点に据える必要がある。

その際ドイツの制度で参考となるのは、各需要計画区域につき医師グループごとに一般比率を物差しとして供給水準を判定し、地域の医療ニーズと供給状況を明らかにする仕組みがあることである。こうした仕組みは需要計画・許可制限のような制度がなくとも、そして、病院の診療機能についても構築することが可能である。確かにわが国には截然とした診療科標榜規制がなく、診療科ごとの供給状況を把握する前提に欠けるように見える。しかし、既に、医療

機関ごとに対応可能な臓器・診療領域、治療技術等の報告制度⁷³⁾や診療報酬点数算定のための専門医等の配置に係る届出制⁷⁴⁾がある。また、非法的制度ではあるが、大学医局や病院の人事等において医師の専門性に関するピアレビューは行われており、診療科で実際に対応できる疾患領域等を確認する方途はあり得る。診療領域・技術ごとの医療ニーズ調査も行えば、地域ごとに需給状況を明らかにすることは可能であろう。そして地域の関係者が需給状況に係る知見を共有した上で、非法的制度も含めた医療機関の診療科やそれを担う医師の適正配置システムを検討していくのが適切と思われる。

注

- 1) たとえば、財政制度等審議会「平成22年度予算編成の基本的考え方について」(2009年6月3日)15頁。
- 2) 後述の医療職法や保険医制度は歯科等の他の医療職等にも関係するが、本稿では医科のみを念頭に置く。
- 3) 同州はドイツの中央部に位置し、人口約225万人、面積約16,000平方キロメートルである(同州ウェブサイト<<http://www.thuringen.de/de/allgemein/>>参照)。地勢は異なるが、人口や面積がほぼ同様で多くの過疎地を抱える新潟県、福島県、長野県等と比較し得るであろう。
- 4) 医師は個人と国民全体の健康に奉仕し(1条1項)、医師の職務は商工業(Gewerbe)ではなく、自由業(freier Beruf)である(同条2項)とされる。
- 5) 一時的または特定の医業の実施を認める許可(Erlaubnis)制もある(連邦医師法2条2項、10条、10a条)。
- 6) たとえば、チューリンゲン州においては、同州医療職法(Thüringer Heilberufegesetz(ThürHeilBG))。
- 7) ドイツにおける医学教育、医師免許制度等を短観する資料として、Bundesministerium für Gesundheit, Glossarbereich Ärzte, <<http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitsberufe/aerzte.html>>, Laufs, A. / Kern, B-R., Handbuch des Arztrecht, 4. Aufl. 2009, S. 87-105参照。
- 8) 2013年8月以降の臨床実習学年からは13科目となる(27条1項8文)。
- 9) モデル教育課程は、医学教育の質の改善を目的とする教育課程規定の公表、モデル課程評価の実施、自由参加と標準教育課程と同等の資格での入学の保障等の要件を満たす場合に、標準教育課程とは異なる構成や実習施設の選択に加え、二次試験のみによって医師国家試験合格とすることが可能となる仕組みである。
- 10) Bundesministerium für Gesundheit, Vorblatt-Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. 07.12.2011, S. 25.
- 11) Bundesministerium für Gesundheit, a. a. o., S.1, 24.
- 12) Bundesministerium für Gesundheit, a. a. o., S.1, 24.
- 13) Bundesministerium für Gesundheit, a. a. o., S.1.
- 14) チューリンゲン州医療職法24条、モデル卒後研修規定2条3項参照。細分診療科名と重点診療域名は同義であるとされる。ザクセン=アンハルト州医療職団体会法(Gesetz über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt(KGHB-LSA))22条2項2文参照。
- 15) たとえば、チューリンゲン州医療職法26条。
- 16) たとえば、チューリンゲン州医療職法5条1項2号。
- 17) たとえば、チューリンゲン州医療職法27条1項ないし7項。
- 18) たとえば、チューリンゲン州医療職法27条8項、チューリンゲン州医師会卒後研修規定(Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen von 14. Juli 2011)。
- 19) 連邦医師会モデル卒後研修規定2003((Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung von 25.06.2010)。
- 20) たとえば、チューリンゲン州医師会卒後研修規定A部5条。指導医への授権要件は、主として、当該診療科目の標榜ができることと、多年にわたる医業経験を有することである(同条2項)。指導医への授権の申請に当たっては、卒後研修プログラムを作成・添付しなければならない。このプログラムは指導医から研修医に手交される(同条6項)。また、指導医は医師会の評価・質の確保対策に参加する義務を負う(同条4項)。

- 21) たとえば、チューリンゲン州医師会卒後研修規定A部6条。診療所も承認を受けることができる(同条1項2文)。承認要件は、卒後研修に典型的な疾患の患者が間隔上かつ頻度上十分に存在すること、施設の人員設備が医学の進歩を考慮したものであること、病院にあっては診療科医局において定期的に症例検討会(Konsiliar-tätigkeit)を行っていることである(同条2項)。
- 22) たとえば、チューリンゲン州医師会卒後研修規定A部12条ないし16条。
- 23) たとえば、チューリンゲン州医師会卒後研修規定B部。
- 24) チューリンゲン州医師会卒後研修規定B部1条。
- 25) 保険医協会は州ごとに設立されているが、ノルトライン=ヴェストファーレン州には2つの協会がある。
- 26) Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen, Stand: 31. 12. 2010.
- 27) Thode, N. /Bergmann, E./ Kamtsiuris, P. /Kurth, B. M., Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 48, 2005, S. 296-306; Zok, K., Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3000GKV-Versicherten. WiDO-monitor 2005, 2 (3), S. 1-7. いずれも Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 16/13770, S. 318の引用による。
- 28) Zok, K., a. a. o.
- 29) 新たな診療形態に関する近時の邦語文献として、田中伸至「かかりつけ医機能の制度設計における検討課題—フランス及びドイツの制度とわが国への示唆—」法政理論40巻2号(2007年)189頁ないし200頁、同「ドイツにおける医療提供体制の改革」けんぼれん77号(2008年)8頁ないし12頁、田中耕太郎「ドイツにおける高齢者ケアの新たな展開」健保連海外医療保障79号(2008年)1頁ないし9頁参照。
- 30) なお、小児科医への直接受診も可能である(73b条3項2文後段)
- 31) Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 16/13770, S. 323f.
- 32) ドイツの診療報酬制度は頻繁に見直されてきているが、本稿では簡素化のため、医療提供構造法施行後の現況のみを取り扱う。なお、ドイツにおける保険医の診療報酬制度に関する近時の邦語文献として、船橋光俊「医療費の合理的負担を支える診療報酬体系～2009年実施のドイツのリスク構造調整と診療報酬制度～(下)」社会保険旬報2443号(2010年)24頁ないし34頁、50頁ないし57頁があり、医療提供構造法施行以前の制度状況が取り扱われている。
- 33) 分配対象には保険医のほか、精神療法師や医療センター(medizinische Versorgungszentren)も含まれるが、本稿では保険医のみを念頭に記述する。
- 34) 連邦枠組協定は、統一評価基準のほか、保険医診療の内容や範囲、一般原則、被保険者の給付請求権、医師による紹介や指示・処方などを規律する。Bundesmantelvertrag - Ärzte, Stand: 01.01.2011参照。
- 35) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010.
- 36) この特例措置は、2010年12月22日の公的病病保険財政運営法(Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG))によって導入されていた。同法を解説する邦語文献として、田中謙一「ドイツにおける公的病病保険の財政運営—2010年医療改革を中心として—」健保連海外医療保障90巻25頁ないし38頁参照。
- 37) BT-Drucksache 17/6906, S. 65.
- 38) BT-Drucksache 17/6906, S. 66. 医療提供構造法による改正前の社会法典第5編87b条2項では報酬通減支払方式が法定されており、個々の医師または診療所ごとに一定の支払期間内につき支払対象になる給付量として定められる基準給付量(Regelleistungsvolumen)を超えた部分については通減された価格で支払われることとされていた。当時の制度を詳しく解説する邦語文献として、船橋・前掲(注32)24頁ないし28頁参照。
- 39) 統一評価基準体系作成の仕組みにつき、船橋・前掲(注32)28頁ないし34頁参照。同57頁ないし56頁には統一評価基準の家庭医に係る部

- 分(2009年1月1日時点のものと思われる)の和訳(曾根啓一訳)が掲載されている。
- 40) Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Stand: 1. Quartal 2012, III. a.
- 41) 需要計画策定指針6条。
- 42) 同指針8条、住民/医師一般比率表。
- 43) 小児科医は、社会法典第5編73条1a項2号により家庭医診療に参加するが、需要計画上は一つの診療科として取り扱われる(同指針4条2項1号注)。
- 44) 同指針4条1項。医師グループの設定に当たっては、診療の供給調整またはモデル卒後研修規定に基づくこととされ(同指針3条)、14種のうち10種の医師グループには複数の種類の専門医(診療科)が属する(同指針4条2項)。連邦内で1,000人以上の医師グループが一般比率の設定対象となる(社会法典第5編101条2項2号)。
- 45) たとえば、チューリンゲン州には、6市(Kreisfreie Stadt. うち、1市が約20万人、2市が10万人前後、3市が人口約4万人から6万人台)、17郡(Landkreis. 平均人口約10万人)が含まれる(同州ウェブサイト・前掲(注3)参照)。比較的小規模な3市がそれぞれ近隣3郡と統合され、20の計画区域が設定されている。
- 46) 同指針2条3項、別添3.1。連邦全土で382の計画区域が掲載されている。計画区域は、市、郡および連邦建設国土庁の分類による郡地域である。
- 47) 同指針5条1項。
- 48) 同指針8a条。
- 49) 同指針29条。
- 50) たとえば、チューリンゲン州では、診療所開設投資包括助成、診療所継承投資包括助成(1四半期3,000ユーロ、最大60,000ユーロ)、65歳以上の保険医への助成(1四半期1,500ユーロ)などの措置が行われている(KV-Thüringen, Übersicht der Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung von Fördermaßnahmen nach §105 Abs. 4 Satz 1 SGB V des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen zur Abwendung von bestehender oder in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung sowie zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf (同州保険医協会ウェブサイト<<http://www.kv-thueringen.de/ges/bedarfspl.html>>)参照)。また、メクレンブルク=フォアポンメルン州には、家庭医を対象に平均症例数超過分の診療1件、1四半期につき10ユーロの加算金を支払う措置もある(同州保険医協会ウェブサイト<<http://www.kvmv.info/aerzte/27/20/index.html>>参照)。
- 51) BT-Drucksache 17/6906, S. 78.
- 52) Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, 2009/2010, S. 27f.
- 53) Bedarfsplan der ambulanten ärztlichen Versorgung (Auszug) im Freistaat Thüringen, Stand: 19.11.2011; Zulassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte bis zu einem Versorgungsgrad von 110 % für die ambulante Versorgung in Thüringen, Stand: 19.11.2011. 許可制限や許可可能保険医数については、同州保険医協会ウェブサイト<<http://www.kv-thueringen.de/ges/bedarfspl.html>>において公開・更新されている。
- 54) なお、2009年9月時点で同州の家庭医は勤務医も含め1,625名であった(同州保険医協会ウェブサイト<http://www.kv-thueringen.de/arz/service/statistiken/stat-2009/09_A17_2.pdf>参照)。
- 55) 助成すべき給付として往診が挙げられている(BT-Drucksache 17/6906, S. 62)。
- 56) BT-Drucksache 17/6906, S. 105.
- 57) Bundesministerium für Gesundheit, Übersicht der Glossarbegriffe zum Versorgungsstrukturgesetz (連邦保健省ウェブサイト<<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz/glossar.html>>)参照。
- 58) 保険医(精神療法士を含む)中の女性の割合は、2001年の32.9%から一貫して高くなってきており、2009年末時点には39.8%(13万7,128名中5万4,542名)となっている(Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arzttzahlen: 27. 07. 2011 (連邦保険医協会ウェブサイト<<http://www.kbv.de/print/24854.html>>)参照)。医学部1回生に占める女子学生の割合は、2010/2011期冬季セメスターでは61.9%に上っており、少なくともこの5年間いずれの年60%を超えている(Statistisches Bundesamt, Bildung und Kultur-Studierende an Hochschulen-Wintersemester 2010/2011, S. 34<<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>

Sites/destatis/Internet/DE/Content/
Publikationen/Fachveroeffentlichungen/
BildungForschungKultur/Hochschulen/
StudierendeHochschulenEndg2110410117004,
property=file.pdf>に基づき著者計算)。

一方、わが国の女性医師の割合は18.9%となっている(厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」< http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/kekka_1.pdf>)。

- 59) BT-Drucksache 17/6906, S. 75.
- 60) BT-Drucksache 17/6906, S. 78.
- 61) BT-Drucksache 17/6906, S. 80.
- 62) BT-Drucksache 17/6906, S. 42, 44.
- 63) BT-Drucksache 17/6906, S. 60.
- 64) BT-Drucksache 17/6906, S. 76.
- 65) Ärzte Zeitung, 04.10.2011<http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/?sid=671983>.
- 66) BT-Drucksache 17/6906, S. 104.
- 67) Ärzte Zeitung, 10.10.2011<http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/?sid=672881>参照。
- 68) これらの他、制度運営の主体やその責任の所在の観点からは、卒後研修や診療所標榜承認制では州医師会が、診療報酬制度や診療所の配置では保険医協会が保険者とともに中心的な役割を担っていることも特徴として挙げられよう。
- 69) 「地域医療再生計画作成指針」(「地域医療再生計画について」(医政発0605009号平成21年6月5日厚生労働省医政局長通知)別添)参照。基金を活用して行う事業例として、地域医療医師確保枠の設定と医学部生への奨学金、寄附講座・研修プログラムによる医師派遣、救急、産科、小児科、外科、麻酔科等の医師への手当、病院内保育事業等による女性医師等の離職防止、助産師の養成・復職支援等が挙げられている。
- 70) ドイツでは連邦保険医協会と保険医協会が保険医診療の確保責任を負っているが、日本では療養の給付を確保に関する医療側の責任は明定されていない。
- 71) たとえば、厚生労働省チーム医療の推進に関する検討会「チーム医療の推進について」(2010年3月19日)参照。
- 72) わが国の病床過剰地域において無用となった許可病床の返上がなされずに当該病床の売買が許されるならば、ドイツのような困難を抱え

ることになろう。

- 73) 病院等の管理者による都道府県知事への報告義務。その報告内容は公表されることとされている(医療法6条の3第1項、5項、同法施行規則1条2項、医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所または助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの(平成19年厚生労働省告示53号)11条)。
- 74) 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成22年3月5日保医発0305第3号)第2の3。専門医の配置を基準とする例として、心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査に関する施設基準(同別添1第22の1)参照。

フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制

北海道大学大学院法学研究科教授

加藤 智章

Kato Tomoyuki

フランスは早くから医療費抑制策に取り組んできた。1997年から医療費の総額規制として、医療保険支出全国目標（ONDAM）が設定され、2004年にはかかりつけ医制度が導入された。医療供給体制に目を転じると、まず、開業の自由、診療の自由あるいは医師選択の自由など、自由の標榜が強調される一方、研修医となる段階で一般医と専門医との選別が行われている。また、開業医と病院とに共通する報酬体系の整備が進んでいる。法定給付だけでなく、一部負担金相当部分をカバーする補足給付の存在もあり、フランスの医療消費は活発といえるが、ONDAMによる総額規制は近年は成功を収めていると思われる。

はじめに

医療保険を医療保障の柱とし、業種や職種により異なる複数の医療保険制度が存在する点で、フランスはわが国と共通する。民間企業の労働者等を対象とする一般制度が最も大きい制度であり、そのほか自営業者等を対象とする自営業者社会制度、農業従事者を対象とする農業制度、フランス国有鉄道やフランス銀行など特定の職域ごとに組織され複数の個別制度からなる特別制度に大別される。これらはいずれも職域制度であり、地域住民に着目して被保険者資格を与える国民健康保険や高齢者を対象とする医療保険制度は存在しない。また、介護保険制度ではなく介護手当制度を採用している。

医療供給の側面においても、自由開業制のもと、開業医の診療報酬は出来高払い制が採用されており、わが国と似た側面を有している。むしろ、患者における医師選択の自由や、医師の開業の自由あるいは診療の自由など、自由への希求は日本以上に強いといえよう。その一方で、

医師は、一般医と専門医、あるいは診療報酬に関する協約の適用関係に関するセクター1とセクター2とが厳然と区別されており、診療報酬の適用関係もやや複雑である。

1. 医療保障体制の概要

(1) 健康関連データ

OECDのHealth Data 2011によれば、2009年、フランスの医療費は対GDP比11.8%、国民一人当たりの医療費が3,978ドルであった。OECD加盟国の平均が、対GDP比で9.5%、国民一人当たり医療費で3,223ドル、日本のそれが8.5%、2,878ドルであるから、フランスはアメリカほどではないにせよ、医療消費の活発な国ということになる(表1参照)。事実、フランスでは“はしご受診”が問題となり、これを抑制するためにかかりつけ医が導入されたという経緯がある。

(2) ONDAM

フランスの医療保障のあり方は、わが国のそ

表1 医療保障に関する基礎統計

	フランス	日本 (2008)	OECD 平均
対GDP比	11.8%	8.5%	9.5%
一人当たり医療費	3,978 ^{ドル}	2,878 ^{ドル}	3,223 ^{ドル}
人口千人当たり医師数	3.3人	2.2人	3.1人
人口千人当たり看護師数	8.2人	9.5人	8.4人
人口千人当たり病床数	3.5	8.1	3.5
人口百万人当たりMRI数	6.4	43.1	12.0
平均寿命・男性(2009)	77.7歳	79.6歳	—
女性(2009)	84.4歳	86.4歳	—

OECD Health Data 2011に基づき筆者作成

れと共通する部分も多いが、わが国にはみられないシステムも存在する。その典型的なものが、社会保障財政法律(LFSS)である。これは、1997年以降、社会保障全般の政策指針を定めると同時に、社会保障の財政均衡を図るために、法定制度に関する予算・決算を社会保障財政法律として制定するものである。

この社会保障財政法律のなかで、医療保険支出全国目標(ONDAM: Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie)が定められている。これは、医療費の総額規制を図るもので、医療保険に関する支出目標を設定して、その目標を達成できないと判断する場合には、年度途中でも、保険料引き上げなどの措置を講ずるものである。ここ数年、目標値と実績値に大きな開きはなく、2010年度は1,624億ユーロの目標額に対して、1,618億ユーロと実績値が下回り、2011年には目標額と実績額とがほぼ同額となったことが報告されている(表2参照)。ONDAMは現在、開業医、T2A適用病院、それ以外の病院、高齢者医療、障害者医療およびその他の6部門で目標値が設定されている。表2はこれら6部門全体の推移である。

ある意味では、医療需要に着目した医療費抑

制策が、その効果を発揮してきたといえるかもしれない。医療需要に着目した医療費抑制策のひとつが、2004年の医療保険改革によって導入された“かかりつけ医”制度である。

(3) 医師養成システム

フランスの医学部は6年課程である。医学部への進学は、バカロレア(大学入学資格試験)で一定の基準以上の得点であれば入学することができる。しかし、1年次終了時に厳しい選抜試験があり、2年次に進級できるのは5分の1程度といわれる。第1サイクル2年間の教養課程の後、第2サイクルとして1年間の基礎医学に続く3年間の臨床病理学および臨床実習が行われる。臨床実習の医学生はエクスターンといわれ、5年次・6年次のエクスターンは、当直業務や診療の補助を行い、給与も支払われる。こうして医学部6年課程を修了するが、医学部を卒業して直ちに医師資格を取得することはできない。医学部6年次に全国クラス分け試験(ECN: Epreuves Classantes Nationales)により、一定の期間、研修医として研修を経なければならない。この研修を終了した後、博士論文を提出し、それに関する口頭審査に合格して、医師国家博士号(diplôme de docteur en médecine)を付与される。

2004年まで行われていたアンテルヌ試験に代わって導入されたのが、ECNである。アンテルヌ試験はいわば一般医と専門医とを選抜するための試験であったが、ECNは、医学部6年間の教育成果を試験するものであり、医学部卒業後、研修医としての研修を希望する大学病院、専門診療科および最初の6ヵ月に研修する診療科に登録するための試験でもある。つまり、試験の成績によって、研修を希望する地域や診療科に

表2 2003年以降のONDAMの推移

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
目標額	1,235	1,297	1,349	1,407	1,448	1,520	1,576	1,624	1,671
実績額	1,241	1,302	1,351	1,421	1,476	1,529	1,581	1,618	1,671

http://www.senat.fr/basile/visioPrint.do?id=d135800-71587_12に基づき筆者作成

における自分の順位を知ることができ、これらの情報をもとに、研修先病院や専門診療科を決定することができる。2012年の場合、一般医、外科医、精神科医など11のコース、28の大学病院に7,626の研修医のポストが用意されている¹⁾。

アンテルヌ試験では、この試験に合格した者だけが専門医となることができたのに対して、ECNでは一般医も専門医のひとつに位置づけられることになった。しかし、ECNの結果決定される診療科における研修期間は、診療科に応じて異なり、一般医の場合には3年、外科医などは5年である。このような研修期間の長短は、診療報酬にも反映し、一般医の報酬は専門医よりも低い。なお、INSEEの統計によれば、2010年、一般医の平均年収は7万1,300ユーロ、専門医で最も高額なのは放射線科医で21万7,900ユーロ、逆に低いのは皮膚科医の6,400ユーロであり、歯科医の平均年収は8万9,400ユーロ、看護師は4万6,100ユーロである。また、一般医および専門医における女性の占有率はそれぞれ40.4%、40.1%である(表3参照)。

表3 医師等医療従事者数

	2011年 フランス本土	人口10万人 当たり
医師	208,727	334
一般医	100,666	161
専門医	108,061	173
開業医総計	122,791	197
一般医	67,843	109
専門医	54,948	88
勤務医総計	85,936	138
一般医	32,823	53
専門医	53,113	85
歯科医師	40,941	66
助産師	18,070	125*
薬剤師	71,797	115
看護師	534,378	855

*：15歳以上49歳未満の女性の人口をもとにした数字
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103に基づき、筆者作成

2. 医療提供体制

フランスでは、保険医あるいは保険医療機関という概念は存在しない。また、わが国の医療法における診療所と病院のような区別もない。基本的に、外来診療は開業医が担当し、入院診療は病院が担当する。わが国とは異なり、フランスでは、外来診療と入院診療とで支払方式が異なる。わが国は、外来診療も入院診療も、患者が、医療機関の窓口で一部負担金だけを支払えば足りる第三者支払方式である。これに対して、フランスの外来診療は、診療に要した費用全額を一旦、診察医に支払う償還払い方式である。入院診療の場合には、診療に対する費用は、一部負担金と1日当たり18ユーロの入院費以外は、患者の所属する医療保険の保険者が支払う第三者支払方式を採用している。

(1) 開業医

開業医は、多くの場合、マンションの一室で診察を行っており、開業医自身が受け付けも診療も行い、設備の面でも、わが国の診療所と比較して貧弱である。

開業するためには、①医師国家博士号を取得していること、②フランス国籍ないしEU加盟国の国籍保持者、③開業地を管轄する医師会への登録、という3つの要件を満たさなければならない。一般医か専門医かを問わず開業することができる。むしろ、日本以上に開業の自由は尊重されており、看護師も開業することが認められている。開業看護師は、後に検討するように、在宅入院(HAD)において重要な役割を果たしている。

フランスの場合、先に検討したように、診療科別の医師数は専門医制度によってコントロールされているため、診療科による医師の偏在という問題はわが国ほど顕著ではない。しかし、医師の地理的偏在は、わが国同様、解決すべき問題となっている。2005年の報告によれば、医師密度は、対10万人当たり256人から426人の開きがあり、パリのあるIle-de-France地方や

地中海沿岸のProvance-Alpse-Cotes-d'Azur地方が医師密度が高く、Ile-de-France地方を取り囲む地域やPicardie地方などフランス北部地域では逆に非常に低くなっている。

(2) 病院

先に述べたように、フランスには保険医療機関という概念は存在しない。フランスの病院は、設置主体により、公立病院と民間病院に大別され、民間病院はさらに非営利病院と営利病院に分類される。数は少ないが規模の大きな公立病院と、比較的小規模の私立病院とに分かれる。

従来、公立病院や非営利病院の一部は、24時間すべての患者を受け入れることを条件に公的病院サービス参加病院（PSPH：Participant Service Hospitalier Public）として、予算の配分や医師の配置等で優遇されていた。しかし、2009年7月21日の病院・患者・健康および地域に関する法律（HPST法）により、公的病院サービス参加病院に代えて、保健協力グループ（GCS：Groupements de Cooperation Sanitaire）が設けられた。GCSは、公立病院や非営利病院にとどまらず、非営利病院をも対象に効率的な病院運営や情報の共有、さらには医学教育面での

の協力体制を構築しようというものである。

(3) 診療報酬体系

診療報酬体系という、やや大きなスタンスで見ると、フランスは、開業医と病院等に共通する診療報酬の体系化が進行している。直訳すれば、診療行為共通分類（CCAM：Classification commune des actes medicaux）の制定である。これは、どのような資格の医療従事者が、いかなる臓器・部位を対象に、どのような治療を行ったか、その際の報酬の支払いなども含めて記載するもので、2004年10月から、このCCAMに基づく診療報酬の支払いを開始している。

このようなCCAMに基づく診療報酬の支払いは、わが国から見ると、特に奇異に感じるものではない。しかしフランスでは、開業医と病院、病院もさらにそのなかで、PSPHに参加する病院とそれ以外の病院とで、診療報酬や予算の配分方法が異なっていた。このことからすると、CCAMの導入は大きな改革が進行していると評価することができる。

開業医の診療報酬は、医療保険の保険者である疾病保険金庫全国連合と医師の代表的な労働組合（FNMS、CSMF、MGなど）との間で

表4 2009年医療施設における病床数

	施設数	病床総数	完全看護病床	在宅入院病床
地域基幹病院(CHR/CHU)	31	85,060	77,052	8,008
病院センター	506	161,740	147,898	13,842
精神病院センター	90	42,063	27,725	14,338
地方病院	322	16,749	16,695	54
その他	17	1,843	1,687	156
公立合計	966	307,455	271,057	36,398
短期治療施設	742	94,442	81,422	13,020
がん治療センター	20	3,589	2,890	699
精神病施設	240	22,993	17,649	5,344
中長期施設	748	57,306	52,267	5,039
リハビリ施設	673	53,175	48,161	5,014
慢性疾患施設	75	4,131	4,106	25
その他	35	2,221	1,947	274
民間施設合計	1,785	180,551	156,175	24,376
総合計	2,751	488,006	427,232	60,774

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06116に基づき筆者作成

締結される全国協約に基づく協約料金によって算定される。従来は、基本的な診療行為をアルファベットで示し、具体的な診療行為の内容に応じて係数としての数字が付される診療報酬表(NGAP)をもとに、協約で定められた料金を乗じて、診療報酬額を算定していた。開業医の場合、さらに全国協約に基づく診療報酬を遵守することが義務づけられる医師(セクター1)と、協約料金以上の診療費を請求できる医師(セクター2)とに分かれる。なお、セクター2の医師となりうるのは、地域基幹病院の医長経験者などに限定される。

他方、病院についても、以前はNGAPに基づく診療報酬を用いていたと思われる。特に、PSPHに参加していない病院はNGAPに基づき診療報酬を算定していた。しかし、PSPHに参加する病院は、前年度の活動実績をもとに年度ごとに予算を配分されていたという経緯があった。このため、同じ病院であっても、PSPHへの参加の有無により、医師に対する報酬根拠が異なるとの批判があった。このため、ジュペラン以降導入されたDRGに基づく病院活動報告をベースに作成されたのがCCAMである。

最終的には、開業医ばかりでなく病院のすべてについて、CCAMに基づき診療報酬が算定されることになる。また、フランスでも、わが国同様、急性期の入院診療については、1件当たり包括払い方式(T2A: Tarification à l'activité)が採用されている。

3. かかりつけ医と在宅入院(HAD)

(1) かかりつけ医

かかりつけ医の指定は、患者をまずかかりつけ医に誘導し、そこから病状に応じた診療の道筋を設定するという意味で、受診行動の合理化を目的としている。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない。16歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるい

は親権者と医師との合意による。通知は、所定の用紙に、被保険者とかかりつけ医の住所、氏名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。

医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、かかりつけ医の指定に地理的制約はない。たとえば、週末には実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための所在地のどちらかがかかりつけ医を選択することになるが、特に制約はなく、患者の選択に委ねられている。しかし、複数の医師をかかりつけ医に指定することは認められていない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。

かかりつけ医制度の核心は、かかりつけ医がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。基本的に、かかりつけ医で受診した場合、一部負担金は協約料金の3割相当額から、1ユーロの定額負担金を引いた額となる(表5参照)。逆に、かかりつけ医ではない医師を受診した場合には、一部負担金は協約料金の7割相当額とされ、そこからさらに1ユーロの定額負担金を負担しなければならない。

このように、かかりつけ医制度は受診行動を合理化するという目的のために導入されたことから、緊急の場合や旅行先での受診、あるいはかかりつけ医の不在の場合には、かかりつけ医を受診しないことに対する制裁措置は適用されない。また、婦人科医、眼科医および精神科医については診療の性格から、あるいは5歳未満の児童が、かかりつけ医以外の一般医を受診しても、一部負担金の増額措置はとられない。このかかりつけ医制度は、2004年8月13日の法律に基づき、2005年7月1日から実施されている。

(2) 在宅入院制度(HAD: Hospitalisation à domicile)

直訳すれば在宅入院となるが、わが国でいえば、在宅医療に近い。1957年の結核在宅療養制

表5 医師の種別に応じたかかりつけ医に関する一部負担額

医師の種別	診療報酬料金	償還算定基礎額	一部負担割合	一部負担額 (定額負担金含む)
一般医(セクター1)	23ユーロ	23ユーロ	30%	23-16.1-1 = 5.90ユーロ
一般医(セクター2)	自由設定	23ユーロ	30%	23-16.1-1 = 5.90ユーロ
専門医(セクター1)	33ユーロ*	25ユーロ	30%	25-17.5-1 = 6.50ユーロ**
専門医(セクター2)	自由設定	23ユーロ	30%	23-16.1-1 = 5.90ユーロ**

* :たとえば、専門医(セクター1)の場合、最高33ユーロまで診療報酬として請求できる。

** : 専門医(セクター1)の6.50ユーロ、専門医(セクター2)の5.90ユーロは償還算定基礎額に関する一部負担額である。専門医(セクター1)の場合は25ユーロ以上33ユーロまで、専門医(セクター2)の場合は23ユーロ以上の報酬部分は、償還の対象とはされないため、その部分は患者の負担となる。

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourser/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>に基づき筆者作成

度に端を発する在宅入院制度は、病院など施設での入院を避けること、あるいは入院期間の短縮を目的とする。

化学療法、心臓病や整形外科に関連する在宅でのリハビリ、対症療法あるいは周産期ケアなどを対象に、入院していた患者について医師が病院の滞在が必要ない、あるいは在宅での治療が可能と判断し、帰宅先が在宅入院の条件を満たし、患者および家族がそれを同意している場合に、在宅入院に移行する。病院の担当医師が治療計画・ケアプランを立案し、HADのコーディネーター医師が在宅入院の条件を検討し、自宅に搬送されてからは、かかりつけ医がフォローすることとなる。かかりつけ医は、週1回は往診することとされている一方、看護師は毎日訪問し、その内容をかかりつけ医に報告することとされている。腎移植について、従前は1日当たり2,500ユーロのコストで10週間入院していたものが、病院に3週間入院した後、HADに移され、HADでは1日当たり250ユーロのコストで対応している事例などが報告されている。

利用状況に関する情報として、2005年には、123の施設で3万5,017人の患者を対象に、延べ150万5,814日の入院日数に対して、2億8,507万1,409ユーロの費用総額で実施されていた。これに対して、2010年には、9万7,624人の患者を対象に、延べ入院日数が362万9,777日で、費用総額が7億1,404万5,440ユーロであった(<http://www.fnehad.fr/lhad/chiffres-cles.html>参照)。

むすびにかえて

フランスのかかりつけ医制度は、かかりつけ医以外の受診を禁止するのではなく、患者の自己負担割合を高く設定するという点で、かかりつけ医制度のゲートキーピング機能はさほど強いものではない。しかし、開業医と病院における外来診療と入院診療の棲み分けははっきりしており、病院における外来診療は稀である。患者側の濫療を表す表現として、フランスでは“はしご受診”という言葉が用いられるが、その背景には、患者の自己負担部分を補う補足給付制度の存在があるように思われる。本文で取り上げることはできなかったが、補足給付は、実質的に医療の無料化を実現しているから、補足給付に加入している者にとって、受診を抑制するインセンティブは働かない。このことからいえば、単純な発想との誹りを免れないが、後期高齢者医療制度の被保険者に対して、1割の一部負担金を維持するならば、かかりつけ医制度のようなゲートキーパーの導入も考えられよう。

医師の偏在という点に着目すると、医学生の強い抵抗はあるものの、全国クラス分け試験(ECN)により、いわば成績に応じた地域的振り分けが行われている。しかし、それでも国土全体にあまねく医師を配置することには成功していないように思われる。さらに、パリなどでは、セクター1の開業医は存在しないともいわれる。フランスは明確に、医師を増員する政策を採用

しており、2004年を基点とすれば、2016年にはほぼ倍増の8千人強を養成する計画が進行している。このような状況のなかで、地域偏在を解消するためにいかなる政策が採用されるか注目される。特に、在宅入院制度は、都市部での単身高齢者への対応と、過疎地域における医療の確保という二つの役割を果たすと考えられる点で、その動向はわが国にとっても参考となろう。

さらに、診療行為共通分類（CCAM）に典型的であるが、開業医と病院とに共通する診療行為分類を作成・導入する手法を、時間がかかっても、着実に実現してゆくという姿勢は、ややもすれば短期的な問題解決に追われている感の強いわが国と対照的である。

注

- 1) 2004年3,988名から2016年8,123名まで、段階的に医師の増員が予定されている。2008年の場合には、総勢5,704名が研修医となり、その内訳は、一般医3,200、内科専門医885、外科医550、精神科医280、麻酔医260、小児科医200、産科医155、公衆衛生医60、臨床検査医40、労働医54、婦人科医20である。これがさらに、フランス本土26、海外県2の大学病院に振り分けられる。
<http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>

参考文献

- ・日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団 報告書Ⅱ(2011年)
- ・真野俊樹「フランス医療制度から日本への示唆」 共済総合研究63号(農協共済総合研究所、2011年)

イギリスの家庭医制度

関西大学 教授

一圓 光彌

Ichien Mitsuya

関西大学 非常勤講師

田畑 雄紀

Tabata Yuki

イギリスの医療制度は、税財源で包括的な保健医療サービスを提供する寛大な医療保障、診療所の医師を通して病院の専門医療につなげる家庭医のゲートキーパー機能、登録患者の数に応じて支払われる家庭医の人頭報酬制度などの特徴で知られるが、その中心となる家庭医制度にも大きな変化が起こっている。登録は診療所単位となり、時間外は別の診療所等を利用することも多くなり、得意分野を持つ家庭医が増え、サービスの質を評価する診療報酬も導入されるようになっている。

1. イギリスの医療保障制度

イギリスでは、包括的な保健医療サービスが税財源を用いて国民に提供されている。この医療保障制度（ナショナル・ヘルス・サービス＝NHS）とは別に全国民を対象とする国民保険制度（年金、失業給付、傷病手当金等現金給付が支給される）があり、その保険料の一部が医療保障制度にも拠出されているが、国民にとって保険料の拠出が医療を受ける要件とはなっていない。

国民保健サービス（NHS）の財源は、2009年で全体の80.9%が税金、17.9%が国民保険からの拠出金、1.2%が患者負担である。また国民保険料収入なども含む政府の総収入に上る国民保健サービス支出は、24.6%に上っている（OHE 2011 p.47）。患者負担はごくわずかであるが、主なものは一般歯科医療費（46%）、処方薬剤費（32%）、病院での患者負担（22%）である。このうち処方薬剤費は2011年度で処方1件につき7.40ポンドであるが、16歳未満の児童、60歳以上の者、出産前後の女性、低所得世帯の家族など

は免除されている。一般歯科医（病院の専門医ではなく診療所の歯科医）の診療費も一部を患者が負担するが、これについても免除制度がある。病院の医療は無料であるが、駐車料金やテレビ視聴料などは患者が負担する（一圓 2011 p.264；OHE 2011 p.48）。

イギリスでは診療所と病院の機能が明確に区別されていて、国民はあらかじめ登録した診療所で一般医（General Practitioner）より医療を受け、必要に応じて一般医の紹介を通して病院で専門医の医療を受ける。救急の場合や全額自分で医療費を負担する場合を除いて患者は直接病院で受診できない仕組みとなっている。薬剤についても、一般医が処方箋を発行し患者は薬局で薬を得る。このように診療所の一般医は他の医療資源利用の門番役（ゲートキーパー）の役割を果たしている。

一般医（GP）は家族の担当医であることから家庭医と呼ばれることもあり、また病院に勤務する臓器別の専門医に対して、各専門科にまたがって総合的に診療する医師であることから総合医にあたる。

2. NHSの制度概要と予算の流れ

(1) NHSの制度概要

NHSの仕組みは、イングランドやスコットランドなど地域によって若干異なるが、ここではイングランドを念頭に論じる。イングランドの人口は2008年で5,145万人であるが（OHE 2011 p.4）、イングランドには151のプライマリケアトラスト（PCT）があり、PCTが管轄地域の住民の保健医療サービスの確保に責任を負っており、これとは別に各地域の保健戦略を策定しサービスの質の管理に当たる戦略的保健当局（SHA）が10設けられている（図参照）。

かつては、国が国営病院を自ら運営し、開業医に登録患者に応じた報酬を支払い、訪問看護サービスなどの地域保健事業の費用を支払っていたが、今日では、NHSの経常支出の約80%が管轄地域の住民の保健医療ニーズに応じてPCTに配分され、PCTが自らまたは一般医を通して住民の保健医療サービスを病院等供給主体から購入している。一般医が患者のために、

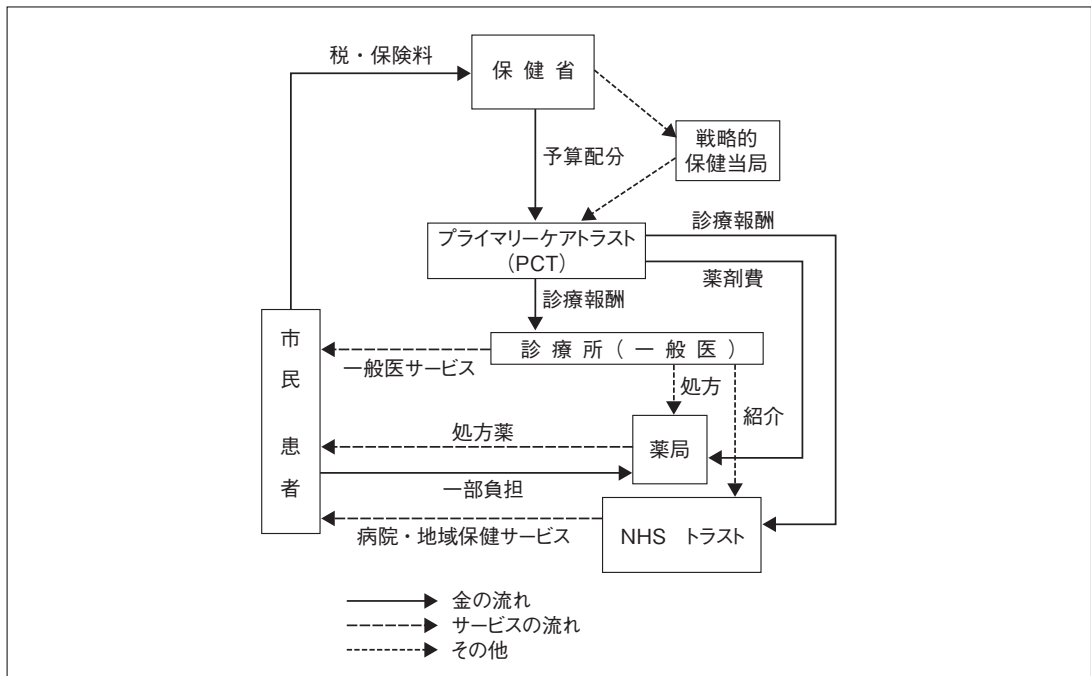
独立採算の病院から医療サービスを購入する形となり、こうした購入と供給の分離により、病院の専門医の一般医に対する姿勢にも変化が見られるようになり、専門医に対する一般医の立場は強化されることになった。さらに2005年からは、サービス購入の権限をできるだけ診療所に委譲する改正が行われ（practice-based commissioning：PBC）、保健医療サービス提供に果たす一般医の役割は一層高められるようになっている（Boyle 2011 p.23）。

(2) PCTへの予算配分

公共サービス方式をとっているイギリスでは、社会保険方式の日本のように市場で発生した医療費を後追的に支払う形をとっていないが、かといって直接国がサービスを提供する形でもなく、上で述べたように必要な医療財源を患者側あるいはそれを代理する一般医の側に付与することで、独立した供給主体からサービスを購入する形になっている。

NHSの予算の8割は151あるPCTに配分され

図 国民保健サービスの制度概要



(一圓 2011 p.263)

るが、その配分の基準はドイツなどのリスク構造調整方法と同じように、基本的には同じリスクの住民に対しては同じだけの医療サービスが提供できるようにすることであるが、その上に健康の不平等を是正する要素が加味されている(Boyle 2011 p.105)。こうした予算配分方式により、住む地域が異なることなどによる医療利用の不平等を避け、また社会階層間の健康格差についても是正が図られるよう工夫されている。予算配分の算定方法は、病院予算の地理的配分を狙いとした1970年頃のクロスマン・フォーミュラ以来、時代とともに精緻化されるようになってきているが(一圓 1999 p.249-252)、現在では次のような要素を考慮して決定されている。

基本となるのは人頭配分(weighted capitation)であるが、これには①対象人口の年齢構成と社会経済的なニードを考慮したニード要因、②健康の不平等度を反映した追加的なニード要因、③地域のサービスコストを加味した市場要因が含まれる。これらの算定基準に基づいて、①病院と地域保健活動の費用、②処方薬剤費、③プライマリケア医療費(診療所の医療費)の部門ごとに必要な予算が細かく計算され、それに基づいて各PCTの配分額が決定される。ただし現在この配分額は目標値として用いられ、目標値に達していないPCTが目標に近づけるよう追加的な財源措置を講じるために用いられている。なお2010年度では、サービス部門ごとの予算配分割合は、①病院と地域保健事業76.3%、②処方薬剤12.4%、③プライマリケア医療11.3%であった(Boyle 2011 p.106-109)。

このように、NHSの予算は、基本的には人々の潜在的な医療ニードに応じて当該PCTに、さらには登録患者のニードに応じてその診療所に配分される形になっているので、地域によって人々の医療利用にそれほど大きな差が起らないようになってきている。また1990年代の予算保持一般医制度(登録住民の医療費を一般医に預ける制度)や、形を変えた2005年以降のPractice-based Commissioningは、登録住民の保健医療予算の執行を一般医に委ねるもので、こうした

仕組みにより一般医のゲートキーパー機能のあり方にも変化が起っている。かつては、病院の医療費はPCTが(1990年までは国が)払っており一般医は必要以上に患者を病院に紹介する傾向があり、それが病院の待機期間の延長にもつながっていたが、登録住民の病院医療費をその一般医が預かるようになると、一般医は病院への不必要な紹介を控えるようになり、できる限り医療を地域で行おうとする傾向が生まれるようになってきている(聞き取り調査 Armstrong氏)。

3. 一般医の診療報酬

(1) 一般医と診療所の経営

NHSとの関係で一般医の勤務の仕方を見ると、診療所の経営者として働く方法と、経営には加わずに俸給を得て働く方法とがある。かつては前者しかなかったが、1997年から俸給制が認められ、今では一般医の2割程度を占めるようになってきている。彼らは主に診療所に雇用されて一般医療に携わる(聞き取り調査 Armstrong氏)。

イギリスの診療所は複数の共同経営者と勤務医で運営されることが少なくないが、そうした実態に合わせて、2004年の新しい契約では、住民は一般医ではなく診療所に登録する仕組みに改められると共に、一般医に対する診療報酬も、個々の一般医に対してではなく診療所に対して支払われることになった。また一般医が登録患者の時間外診療について責任を負う必要もなくなった。こうして、家族が一人の医師を家庭医として選んで登録し、常にその医師を受診するという形での家庭医制度は必ずしも維持されなくなっている。住民が予約を入れる際に、これまで通り自分が決めた一般医の診察予約をとる場合が少なくないとはいえ、チームで初期医療に携わる形に変わっているといえよう。一般医の役割変化について一般医のHill氏は、患者が受けている複数の専門科の医療を総合的に把握し、患者の社会的・精神的な背景事情も踏

まえて診療していることには変わりはない、その意味で今日の一般医は、患者個人の家庭医的な役割から、複雑な背景を持つ患者を地域で診る、地域医療の役割を果たすように変わってきていると捉えている（聞き取り調査 Hill氏）。

(2) 一般医に対する診療報酬

一般医は登録住民の初期医療を提供することによりPCTから報酬を受けるが、日本のように出来高払いで提供したサービスに応じて支払いを受けるわけではない。登録住民の数に応じて支払われる事前に決められた①包括報酬（global sum）が基本で、これに追加的なサービスに対する②付加的サービス報酬（enhanced services）、時間外の診療を引き受ける場合の③時間外診療報酬（out-of-hour care）、一定の成果を達成した場合の④成果報酬（Quality and Outcomes Framework；QOF）が支払われる（Boyle 2011 p.120-122）。

①包括報酬

包括報酬は、診療所に登録する住民のニーズに応じた報酬で、登録患者のニーズは性と年齢で全国一律に定められ、これをベースに住民の死亡率と罹病率、新規登録患者の数、ナーシングホームや老人ホームの患者数、ロンドンの高コスト事情、過疎地での交通費、高物価地域のコストなどが考慮される。

②付加的サービス報酬

付加的サービス報酬には、児童に対する予防接種の実施等に対する報酬、簡単な怪我治療等に対する報酬などがあり、慢性疾患などの得意分野を持つ一般医が付加的なサービスを実施し、一般医相互で患者を紹介し合うことなども増えるようになっている。

③時間外診療報酬

時間外サービスに対する報酬は、包括報酬に含まれているが、新しい契約では8時から18時30分までの基本診療時間外のサービスを提供しない選択も可能となり、その場合には診療所は包括報酬から一定額差し引かれることになった（一般医1人当たりにして6,000ポンド程度に

相当）。以前から一般医は時間外サービスを別の一般医協同組合などに委託するようになっていたが、新契約はこれを受けて契約のあり方を変更したもので、2005年で時間外サービスを提供している診療所は全体の1割程度となっている。

④成果報酬

成果報酬（QOF）は、サービスの質の改善に取り組む診療所に対して支払われる新しい報酬である。よりよいサービス基準を示してサービスごとに点数化し、点数を加算して報酬が計算される。この取り組みに加わるかどうかは自由であるが、この報酬の占める割合は高く、ほとんどの診療所が成果報酬に取り組むことになった。

サービスの質を図る基準は次の4つの分野で設けられている。

- ・診療に関わる分野の点数配分は全体の69.7%をしめ（2009年度）、20の疾病分野にまたがり86の基準が設けられている。
- ・事務管理に関わる分野の点数配分は全体の16.8%をしめ（2009年度）、患者の記録・情報管理、患者への情報提供、教育訓練、診療所の管理、薬剤管理などに関して36の基準が設けられている。
- ・患者の評価に関わる分野の点数配分は全体の9.2%をしめ（2009年度）、サービスがどう提供されているか、サービス提供に患者の意見がどう反映されているかなどについて3つの基準が設けられている。
- ・追加的な診療に関わる分野の点数配分は全体の4%をしめ（2009年度）、子宮ガン検診、児童保健、出産、避妊の4部門にわたり9の基準が設けられている。

すべてを満たすと1,000点で、標準的な診療所では1点の報酬単価は125ポンド（2006年度）である。QOFの基準は毎年NHS管理者と英国医師会（BMA）の一般医委員会とが交渉し定められる。

これ以外にも、診療所の施設改善費、IT化に要する費用、年金保険費、年功加算等が支払わ

れる (Boyle 2011 p.120-122)。

政府は、新しい診療所に対する契約により、一般医に対する支払いを大幅に改善し、その予算を2002年度から2005年度にかけて49億ポンドから69億ポンドに引き上げる計画であったが、実際の支出はこれを大きく上回り、2005年度で77億ポンドに上った。その理由は、QOFで成果を上げる診療所が予想を上回ったこと、時間外診療に対する支払いが予想を上回ったこと、PCTによる診療費や年功加算が予想を上回ったことなどであった (Boyle 2011 p.123)。一般医に対する報酬は、医師の報酬を検討する独立した委員会 (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration: DDRB) の意見を受けて国が決定しているが、2007年度における診療所の一般医の平均年収は、グロスにして25万1,997ポンド、診療所の諸経費等を差し引いたネットで10万6,072ポンドであった (DDRB 2010 p.39)

4. 病院勤務医の診療報酬

NHSがスタートした1948年に民間病院も自治体病院もすべて国営化され、病院事業は国の予算で実施されることになったが、1990年代に病院を独立した機関に転換する改革が推進され、NHS病院もPCTや一般医と契約を結んで診療報酬を得て事業経営をすることになった。病院の診療報酬の支払いは、独立採算制をとるようになった後も実際には従前の事業実績をもとに包括的に決める方法が続けられていたが、2003年から診療実績に応じた支払い方式 (Payment by Results; PbR) が導入されるようになった。PbRは患者グループごとに医療費を決めるイギリス版DRGを用いるサービス実績に基づく支払い方法であるが、まだ病院医療費の一部に適用されているにすぎない (Boyle 2011 p.115-6)。

イギリスの病院の収入はこのようにPCTや診療所によって支払われるようになったが、病院に勤務する医師に対する報酬は、一般医の場合と同様、医師の報酬に関する検討委員会 (DDRB)

の意見を受けて国が一律に決定している。

病院の顧問医 (consultant) にはNHSの発足時より私費患者を診ることが認められていて、顧問医の俸給は、私費患者の診療に当てる時間やその収入との兼ね合いで幾度か改定されてきた。2003年には、顧問医の生産性を上げるべく、管理を強化し私費診療を抑制することを狙いとした改革がなされている。新契約では、週40時間の常勤契約が基本となる。1診療単位は4時間 (午後7時から朝7時までの間は1診療単位3時間) で、常勤勤務では週10診療単位以上の勤務が義務づけられる。私費診療を行う場合は週11診療単位以上勤務することが求められる。ノルマをこなせば最初の5年間は毎年昇級し、それ以降は5年ごとに昇級する。

これとは別に顧問医には、NHSでの勤務実績に関係なく、専門医が独自に能力を評価して支払う特別報奨金 (clinical excellence awards) がある。報奨金は一度受けると毎年継続され年金にも反映され、顧問医の報酬の重要な部分をしめ、顧問医の68%が受けている (聞き取り調査 Taylor氏)。2010年度のコンサルタントの年俸は7万4,504ポンド～10万446ポンドで、特別報奨金は3万5,484～7万5,796ポンドであった (DDRB 2010 p.93-100)。

5. 医療サービス利用と一般医

(1) 一般医と登録患者数

2009年で4万269名の一般医が8,228の診療所で診療に当たっている。そのうち46%が女性である。また、一般医のうち71%は診療所の経営者としての一般医で、18%は診療所に雇われる勤務医としての一般医、残る11%は研修医である。単独で診療所を経営する一般医は全体の5%程度になっている。その場合も勤務医を雇ったり研修医を受け入れていることが少なくない。また診療所で働く看護師は2万1,935人に上っている。一般医の数は徐々に増加し、それにつれて一般医1人当たりの登録患者数は減少し、1951年では1人当たり2,506名であったが2009

年では1,432名となっている (Boyle 2011 p.226)。

(2) 診療状況

一般医の診察は、2008年のデータで、86%が診療所でなされ、11%は電話による診察、3%が往診であった。往診は1971年では22%あったので、大きく減少している。また平均すると住民は年5回一般医の診察を受けている (Boyle 2011 p.230)。住民は診療所を選んで登録し一般医の医療を無料で受けることができ、ほとんどの国民が登録しており、登録していないのはホームレスなどごく一部である。住民は何時でも登録診療所を変更でき、診療所も他の診療所を紹介するなどして登録の変更を求めることができる。2007年度では、患者側から登録を変更したケースは1,142件であったのに対し、一般医の求めでなされた登録変更は7.5万件ほどに上っている (Boyle 2011 p.231)。

(3) 診療記録

出生の段階で生涯変わらないNHSの番号が与えられ診療記録が管理される。登録する診療所が変更されると、以前の診療所の診療記録が新しい診療所に移管される。こうして新しい診療所の一般医は、登録患者の胎児の時から現在までの診療記録をもとに診察に当たることができる。現在病院での専門医の診療記録の主要部分は電子記録として診療所に届けられるようになっており、過去の記録についても主要部分を電子化し、これをもとに一般医も専門医も診療できるように診療記録の電子化が進められている。一般医の紹介を経ない救急医療の場合も、退院時に主要な情報は一般医に届けられる (聞き取り調査 Armstrong氏)。

(4) 病院への紹介

一般医が必要と判断すれば患者は病院に紹介される。一般医によって病院への紹介率は同じではない。一般医による診察の9割程度はプライマリケアの段階で終わっているため、1割程度が病院に紹介されていることになる。イングランドでは一般医への受診が1年で3億件ほど

であるため、病院への紹介は3,000万件ほどとなる (聞き取り調査 Armstrong氏)。一般医が患者を紹介する病院は、PCTが契約している同地域の病院からしか選べなかったが、今ではインターネットのChoose and Bookと呼ばれる予約システムを用いて、病院の評価、ベッドの空き状況 (待期状況)、専門医の評判などの情報をもとに、全国どの病院 (民間病院も含めて) でも選べるようになってきている。このように患者が自由に診療所や病院を選べるように情報の開示が進められている (Boyle 2011 p.50)。

(5) 医師不足の問題

伝統的に一般医の報酬が出来高払いでなく人頭報酬であったことから、一般医が地域的に偏在する問題は少なかった。一般医の開業を規制する委員会 (Medical Practices Committee) が設けられていて、1人当たり登録患者が少ない地域への参入が規制され、反対に1人当たり登録患者が多い地域への参入が奨励されていた。イギリスで医師不足が問題になるのは、地方ではなく都市の貧困地域で、貧困地域で開業する一般医には報酬面で加算がなされている。また診療報酬が単純な人頭報酬でなくなったことからMedical Practices Committeeによるコントロールが機能しなくなって、2002年に同委員会は廃止された。PCTは、一般医の診療所以外の多様な供給方法を工夫することで貧困地域等の医師不足の問題に対処しようとしている (Boyle 2011 p.231)。

6. 医師の養成と供給

(1) 医師数の増加

政府は2000年以降医師数を大幅に増員してきた。イングランドでは2001年から2009年にかけて医師数は10万319名から14万897に増加している。2009年の医師の内訳は、顧問医が3万6,950名、レジストラ (上級の訓練医) 3万7,018名、その他の訓練医1万4,394名、他の医師・歯科医師1万2,176名、一般医4万2,699名であった。

医師増員政策で医科大学も増設され、入学定員は1997年の3,749名から2003年には6,030名（さらに現在は7,000人程度）に増員され、これによりさしあたってレジストラーなどの若手医師の大幅な増加がもたらされている。ただしこの医師数は、ヨーロッパの主要国と比べると決して多くはない（Boyle 2011 p.194-2001）。

(2) 医師の教育・養成制度

医学部の教育年限は5年で、最初の3年の教育費は教育省が負担するが、後の2年の教育費、およびその後の研修費は保健省が負担する。医学部入学定員や研修段階での一般医とコンサルタントの配分、専門科ごとの配分は、15年ないし20年先の医療需要を予測して保健省が決めている（聞き取り調査 Firth 氏; Mathews氏）。

学部を卒業すると、NHSの病院でファウンデーション・プログラムと呼ばれる2年間の有給の基礎研修を受ける。1年目が修了した段階で医師免許を取得し、より実践的な2年目の基礎研修に進む。ファウンデーション・プログラムが終わった段階で、専門科に分かれて専門研修に入る。専門研修の期間は専門により3年（一般医は3年）ないし7年である。専門研修を修了するとCertificate of Completion of Training (CCT) が授与され、病院のコンサルタントあるいは診療所の一般医としてGeneral Medical Council (GMC) の登録を得ることができる。一般医の専門研修では1年ないし1年半、診療所で一般医の指導を受ける（BMA 2012）。またその後の再審査としては、医師免許は5年ごとに再審査され、一般医を含め専門ごとの資格認定は専門職能団体である各王立委員会（Royal College of General Practitioners=RCGP等）がおこなっている（Boyle 2011 p.144-5）。

(3) 得意分野を持つ一般医

現在では、一般医も得意分野を持ってより専門的な医療を引き受けるようになってきている。政府も、できるだけ在宅で医療が続けられるように、一般医が得意分野を持つことを奨励し、報

酬面で評価している。これまでであれば病院に通っていた慢性疾患患者などが、地域で医療を受けられるようになってきている。得意分野を持つ一般医（GPs with special interests）はPCTが指定し報酬を支払うが、その資格基準は王立一般医学会（RCGP）が保健省と協議して定めている（BMA 2012）。

7. 結び

国民の疾病構造は大きく変化して長期慢性疾患中心の時代になるとともに、人口の高齢化はその傾向を一層顕著にしている。こうした病気では、日々の生活の中で病気をコントロールしながら健康を維持し悪化を防ぐことが必要になる。しかも加齢とともに病気の数も増え、さまざまな病気を抱えて苦しむ患者を全体として把握し、患者の療養生活を支えることのできる医師が必要となっている。患者の立場から言えば、何時でも何でも相談できる一人の医師を持ち、別の専門医の医療を受けた場合に医療内容がその医師に集められなければならない。また長期慢性疾患の患者の増加は、そうした病気を抱えて死を迎える人々の増加をも意味している。病気を抱えながらどう生きるかと同じく、どう死ぬかが大きな問題となる。どう死ぬかの医療は、長く患者を診てきた医師によって一番よく担うことができるであろう。

こうした総合医の役割を果たしている医師は、現在の日本でも決して少なくないはずである。しかし病院の専門医に対する総合医の役割が制度として築き上げられているイギリスに比べると、常日頃、健康問題について相談する一人の医師を持っている患者は少ないであろうし、常日頃かかっている医師が入院治療した病院の専門医と連絡を取り合って退院後の医療に当たってくれることも少ないであろう。現在の日本でも、診療報酬の工夫や患者負担の導入などで、こうした総合医の役割を強化し、病院の専門医療を集中特化することは十分可能であると考えられる。

より難しいのは総合医の養成制度の強化であろう。各国で一般医療が一つの専門科として認められるようになるには長い年月がかかっている。イギリスでは専門集団としての王立一般医学会が創設されたのは1952年で、以来同学会が一般医の教育に大きな役割を果たしてきた。1968年に出された医学教育についてのTodd Reportにより、医学部で一般医療(general practice)が教授されるようになった。1979年には一般医の専門研修制度ができ、これにより専門医になるのをあきらめて一般医になるというキャリアの選択肢がなくなっている(聞き取り調査 Freeman氏)。日本でも2010年にそれまであった日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の三つの学会が日本プライマリ・ケア連合学会に統合され、専門医の認定制度が設けられるようになってきている(日本プライマリ・ケア連合学会 2012)。また現在、厚生労働省に有識者による検討会が設けられ、第三者機関による専門医の養成・認定制度のあり方が検討されており、新たに「総合医」を専門医に位置づけることも検討されている(専門医の在り方に関する検討会 2012)。こうした動きに期待したい。

参考文献

- ・一圓光彌 1999 「第10章 国民保健サービス」武川・塩野谷編『先進諸国の社会保障:イギリス』東京大学出版会
- ・一圓光彌 2011 「医療保険制度:イギリス」『保険と年金の動向』厚生統計協会
- ・専門医の在り方に関する検討会 2012 「第4回議事次第」厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zt0u.html> (2012.2.22)
- ・総合医体制整備に関する研究会 2010 『総合医体制整備に関する研究会報告書』国民健康保険中央会
- ・日本プライマリ・ケア連合学会(ホームページ) 2012 <http://www.primary-care.or.jp/index.html> (2012.2.21)
- ・水野 肇・田中一哉編 2011 『総合医の時代』社会保険出版社
- ・Boyle, Seán 2011 *United Kingdom (England): Health System Review 2011* European Observatory on Health Systems and Policies
- ・British Medical Association (BMA) website 2012 Doctors' training and qualifications, http://www.bma.org.uk/patients_public/doctorsqual.jsp#Specialisttraining (2012.2.14)
- ・Office of Health Economics (OHE) 2011 *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics* OHE
- ・Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration (DDRB) 2010 *Thirty-ninth Report*.

聞き取り調査

国民健康保険中央会の研究会「総合医体制整備に関する研究会」(委員長水野 肇)の調査の一環として一圓は2008年11月17日、18日両日のイギリス(ロンドン、リーズ)で聞き取り調査を行った。本稿で引用した聞き取り調査の対象者は次の通りである(肩書きは当時)。

【Department of Health】

- ・Armstrong, Richard (Head of Primary Medical Care)
- ・Taylor, Marian (Portfolio Manager)
- ・Firth, Jenny (Policy Manager, Modernising Medical Careers)
- ・Joe Mathews, Joe (Workforce Capacity Branch)

【Royal College of General Practitioners】

- ・Freeman, George (Visiting Professor of General Practice, St George's University of London)
- ・Hill, Arison (General Practitioner)

イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部 主任研究員 田極 春美
Tagoku Harumi
研究員 家子 直幸
Ieko Naoyuki

2010年5月6日の総選挙の結果、デービッド・キャメロン（David Cameron）率いる保守党が労働党を破り第一党となった。しかし、単独過半数には至らなかった保守党は、ニック・クレグ（Nick Clegg）を党首とする第3党の自由民主党と連立協議を行った。この結果、保守党と自由民主党による連立政権が誕生し、キャメロンが第75代首相、クレグが副首相となり、1997年のトニー・ブレア（Tony Blair）以降3期13年にわたる労働党政権が終わりを告げた。ブレア労働党政権は、2000年に「NHSプラン」を公表し、NHS予算を大幅に拡大するとともに、組織構造改革や医療の質向上の取組み、患者の選択など、多岐にわたる改革を行ってきた。特に、保守党政権時代の医療費抑制策から脱却しNHS予算の大幅拡大という積極的財政政策に大きく舵を切ったことは、程度の差こそあれ、イギリスと同様の問題を抱える我が国においても関係者の耳目を集めるところとなった。そこで、本稿では、こうした①労働党政権のNHS改革とはどのような改革であったのか、そして②10ヵ年計画である「NHSプラン」が終了した現在、どのような成果を上げることができたのか、さらに③現在のキャメロン政権ではどのような改革の方向性を打ち出しているのか、イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向を紹介する¹⁾。

1. 労働党政権におけるNHS改革

(1) 労働党政権以前のNHS改革

サッチャー政権（Margaret Thatcher、1979–90年）、続くメージャー政権（John Major、1990–97年）による保守党政権では、「効率性」を重視したNHS改革が行われた。なかでも、医療サービスの提供機能と購買機能を分離させるなどの「擬似市場」を導入した意味は大きい。それまでは「地域保健局（Regional Health Authority）」が地域の予算管理と同時に当該地域に存在する国立病院の管理運営を行ってきたが、この国立病院を公営企業体である「NHSトラスト（NHS Trust）」という形態に移行させることで、医療

サービスの提供機能を地域保健局から分離した。また、地域のGP（General Practitioner）が任意加盟する「GPファンドホルダー（GP fundholders）」制度をつくり、地域保健局の予算管理の機能をGPファンドホルダーに移すことで医療サービスの購買機能の役割を担わせた。このGPファンドホルダーは自らの患者のために、病院等の外部から専門的医療サービスを購入することができた。この結果、GPファンドホルダーとの契約を巡り病院間で一定の競争が発生することが期待できた。こうした擬似市場における競争を通じて、NHS全体の効率化を図ろうという狙いがあった。しかしながら、この改革は一定の成果を得ながらも、長年の医療費

抑制策のもと、患者が医療サービスを受けるまでの待機期間の長期化や医療施設・設備の老朽化、医療従事者の意欲低下など、NHSを取り巻く問題は山積し、国民の不満も高まった。

(2)ブレア労働党政権によるNHSへの積極的財政政策

ブレア (Tony Blair、1997-2007年) 率いる労働党は、1997年5月の総選挙で保守党から政権を獲得すると、NHSの改革にも着手した。サービス供給不足と待機期間の長期化による問題の相次ぐ発生²⁾や、それに伴う国民の不満の高まり等を背景に、NHS職員や一般国民に対する意見聴取等を行い、NHSの課題とその要因の把握に努めた。そして2000年7月には、1940年代のままであるNHSを21世紀にふさわしいNHSとするためのNHS近代化計画「NHSプラン」(10ヵ年計画)を公表した。ここでは、2010年までに100以上の病院を新設する、といったように施設の整備目標やスタッフの増員目標等のアウトプットに関する目標を設定すると同時に、アウ

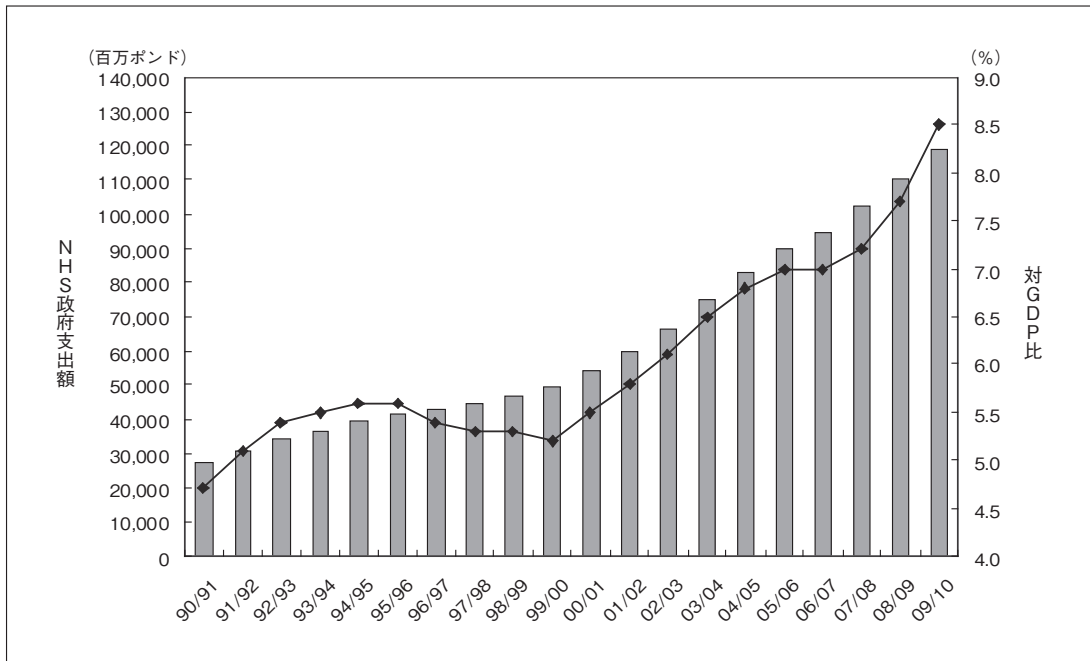
トカム (成果) 面についても、たとえば、患者の最長待機期間について入院6ヵ月、外来3ヵ月以内とするなど、具体的に目標を示した。

「NHSプラン」では、NHSにおける諸問題の原因として、長年にわたる財源不足や医師・看護師などの医療スタッフ不足等を挙げ、こうした問題を解決するためには、NHS予算を大幅に拡大することが必要であると結論づけた。2002年には、ほかの欧州諸国と比べて低い水準である医療費を欧州諸国の平均レベル、具体的には対GDP比を欧州平均並みの9%台までに引き上げることを目標に、2007年度までのNHS予算を実質年7.4%ずつ引き上げることとした。

実際、2000-01年度にはおよそ540億ポンドであったNHS政府支出額は、その後毎年増額となり、2009-10年度にはおよそ1,200億ポンドと、じつに10年間で2倍を超える規模となった。また、対GDP比も2000-01年度には5.5%であったのが、2009-10年度には8.5%と大きく上昇した。

このように、労働党政権では保守党政権時代の医療費抑制策に区切りをつけ、「NHSプラン」

図表1 NHS政府支出の推移



(資料) HM, Treasury Public Expenditure Statistical Analyses 2011, HMT, GDP deflator consistent with March 2011 budget をもとに作成

のサブタイトルに「投資のための計画」、「改革のための計画」とあるように、NHS予算を大幅に拡大し、医療に投資しようという積極的財政政策へと大きく舵を切った。この積極的財政政策は労働党政権下のNHS改革を特徴づける大きな要素といえる。

(3) 労働党政権によるNHS改革

「NHSプラン」の策定に際しては、21世紀にふさわしいNHS制度への転換といった視点からも検討が行われ、「全国レベルの基準の欠如」、「職種間の業務区分やサービス区分の旧態化」、「業績を改善するための明確なインセンティブや手段の欠如」、「過剰な中央集権化と患者の無力化」などの課題が挙げられた。したがって、こうした課題の解決といった観点からも、「NHSプラン」に基づく医療への積極的投資のほかに、①NHSの組織構造改革³⁾、②医療の質向上と地域間格差の是正⁴⁾、③診療報酬支払方式の変更⁵⁾、④業績評価の推進⁶⁾、⑤患者の選択⁷⁾など、労働党政権下のNHS改革の内容はじつに多岐にわたっている。

これらの改革の詳細を全て述べることはできないため、いくつかの改革の内容を紹介したい。まず、NHSの組織構造改革としては、GPファンドホルダー制度を廃止し、地域ごとにGPをメンバーとする「PCG(プライマリケアグループ)」を設けた。このPCGは、その後、公営企業体である「PCT(プライマリケアトラスト)」となり、地域保健局が従来担ってきた医療サービスの購買機能と計画策定機能が移管されることとなった。PCTはGPの任意集団ではなく法定組織であり、通常、マネジャーが管理運営を行う。GPはプライマリケアの提供を行うなかでゲートキーパーとして必要な患者に専門医・病院等を紹介する機能を担っているが、PCTのなかには、各GPが紹介するのではなく、この業務を専門に担う「紹介マネジメントセンター」を内部に設置するところも現れた。

一方、供給側についてはNHSトラスト制度を存続することとし、むしろ運営面や財務

面などでより独立性の高い権限を持つ「FT(Foundation Trust)」制度を新設し、NHSトラストからの転換を推奨した。

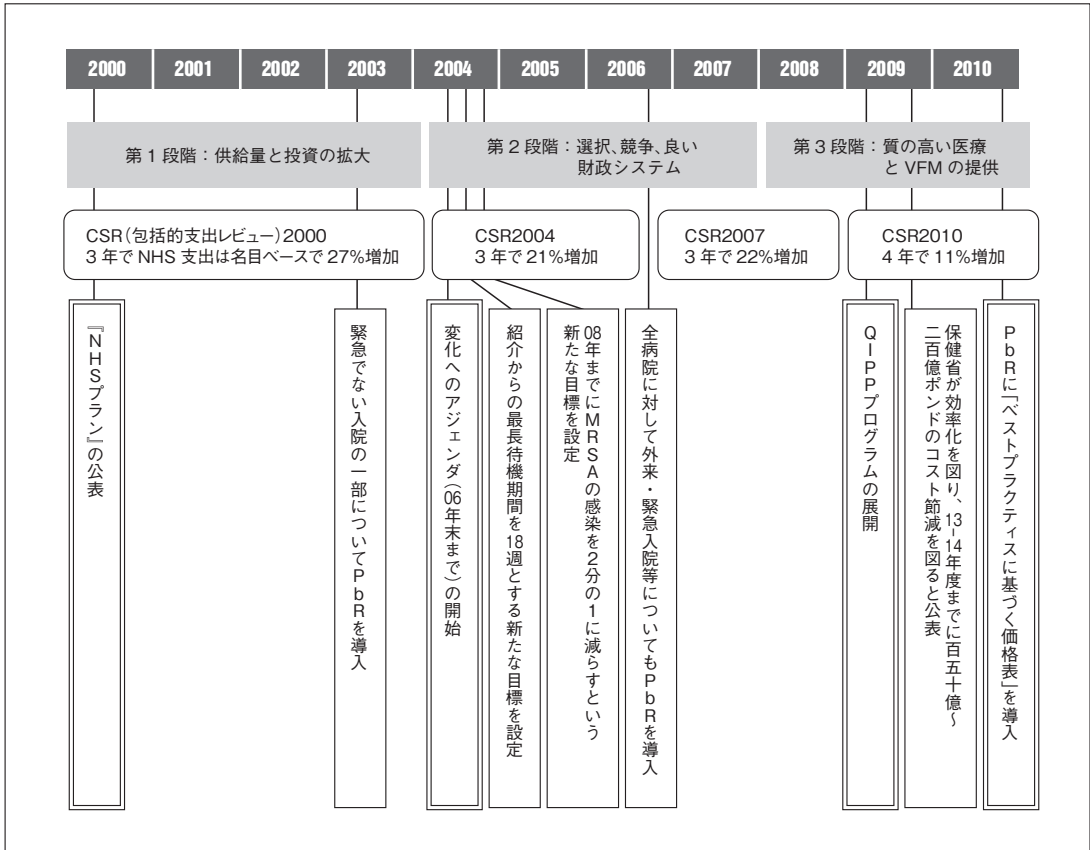
ここからもわかるように、労働党政権は、医療サービスの提供機能と購買機能とを分離させるという点においては、保守党政権時代の政策を維持し、それを発展させた。具体的にいえば、PCTがNHSトラストやFT傘下の病院、民間サービス等のなかから患者に必要なサービスを購入する(Commissioning)という方式を採用した。そして、PCTからこうした病院等への診療報酬支払は、従来の包括予算方式から「結果による支払(Payment by Results; PbR)」と呼ばれる方式へと変更された。この支払方式では、診療実績に基づき収入額が変わるためPCTとの契約獲得を目指して各病院間で一定の競争が生まれると同時に、効率化を図るインセンティブともなった。

このほか、諸外国からの注目を集めた改革の一つとしては、「NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)」の設立が挙げられる。このNICEは、EBM推進のために設けられた組織であり、臨床効果や費用対効果を踏まえた診療ガイドラインの作成や技術評価等を行っている。

(4) 労働党政権によるNHS改革の変遷

以上、述べてきたように、労働党政権下のNHS改革では、単なるサービス供給量の拡充という視点だけではなく、「質の向上」や「効率化」、「患者の選択」といった視点をも重視し、これを実現するためのインセンティブ・手段を積極的に導入すると同時に、業績評価やその結果の情報公開を積極的に推し進めた。改革の内容は多岐にわたっているが、実施時期についてはそれぞれ異なっている。イギリス会計検査院(National Audit Office; NAO)は、「NHSプラン」の対象期間である2000年から2010年までを、その時期に施行された施策の特徴に応じて、「第1段階:供給量と投資の拡大」(2000-03年頃)、「第2段階:選択、競争、良い財政システム」(04-07

図表2 「NHSプラン」2000年以降の3つの段階と導入された施策



(資料) NAO, "Management of NHS hospital productivity"をもとに一部改編

年頃)、「第3段階：質の高い医療とVFM(支払・お金に見合った価値: Value for Money)の提供」(08-10年頃)と3段階に区分している。

2000年から始まる第1段階では、NHSの施設・設備の整備や医療スタッフの増員を進めることでNHSの物理的な供給能力を高めた。そして、待機期間や死亡率の改善など国民にとって大きな関心事項である問題に取り組んだ。2004年頃からの第2段階では、患者の選択や、医療機関、特にFTに対する裁量権の拡大、良い財政システムといった改革手段を多く導入した。そして、2008年頃から始まる第3段階では、患者に対する質の高い医療の提供と納税者にとってのVFMを高めるための改革に重点を移した。積極的財政政策により供給能力が確保され一定の成果が見えてきたところで、次の段階として、

医療の質の向上や効率化、患者の選択等に焦点が移っていったのは自然といえよう。

2. 労働党政権によるNHS改革の成果

このように、多岐にわたる労働党政権のNHS改革の結果、どのような成果があったのか、触れてみたい。

第一に、施設の整備やスタッフの増員等が進んだ。2007-08年時点での評価となるが、1997-98年度には11億ポンドであった資本支出額は2007-08年度には55億ポンドとなり、実質ベースで約4倍の年間資本支出額の規模となった(10%以上の実質年増加率)。2007-08年度までに総計290億ポンドの資本支出が行われたが、これらは病院建物の建替えや新規開設等に

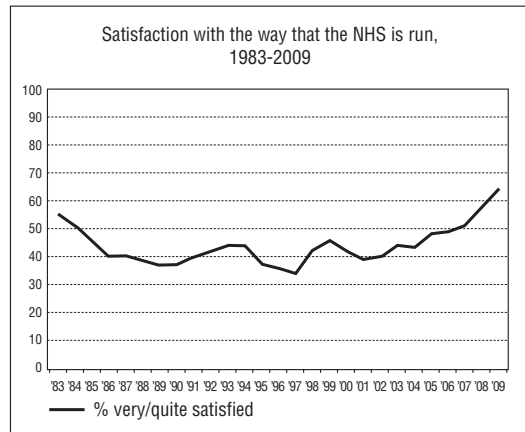
充当された。NHS制度が開始した1948年以前の建物が占める割合は1997年には50%であったが、これが2007-08年度には20%にまで低下した。新規開設については、ブレア政権の看板ともなった「PFI (Private Finance Initiative) 方式」が病院開設でも積極的に行われた。このため、1997年以降2007-08年度までに88病院が開設されたが、このうち67施設がPFI方式であり、残り21施設が公的資本によるものであった。この数字は2007-08年時点のものであるが、その時点でさらに24病院が建築中となっており(うち19施設がPFI、5施設が公的資本)、「2010年末までに100病院以上を増やす」という「NHSプラン」の目標は早い段階で達成の目処がついた。MRI・CT等の高額医療機器やプライマリケアについても投資額が増加し、整備が進んだ。さらに、医療スタッフについても増員が進んだ。たとえば、NHSの医師数は1995年にはおよそ8万人であったが、2000年にはおよそ9万人、2005年には11万人を超えるなど大幅に増加した。

第二に、待機患者数が大幅に減少し、平均待機期間も大幅に短縮した。労働党政権が発足し

た1997年の年末時点では入院待機患者数は126万人であったが、2009年には63万人と半分にまで減少した。また、待機期間の中央値をみると、1997年時点では14.5週間であったのが2009年には5.0週間と3分の1近くにまで短縮している。大きな改善といえるだろう。

第三に、NHSに対する国民の満足度が大きく改善した。Social Research Instituteの調査結

図表4 NHSに対する国民満足度の推移



(資料) National Centre for Social Research, "British Social Attitudes 27th Report"

図表3 入院における待機患者数の推移

時期	患者数	待機期間別患者数							中央値 (週間)	平均値 (週間)
		8週間 以上	3ヵ月 以上	6ヵ月 以上	9ヵ月 以上	12ヵ月 以上	15ヵ月 以上	18ヵ月 以上		
1997年	1,261,915		666,559	367,558	180,970	68,332	18,213	972	14.5	19.9
1998年	1,173,598		589,294	315,724	156,055	56,094	13,969	0	13.1	19.0
1999年	1,108,006		543,199	285,440	139,733	52,147	13,091	105	12.8	18.6
2000年	1,034,381		509,463	267,127	132,060	49,215	13,293	10	12.8	18.7
2001年	1,050,221		513,738	259,123	117,318	31,769	4,222	9	12.7	18.0
2002年	1,056,648		505,274	236,928	86,810	11,002	49	0	12.5	16.8
2003年	973,126		406,634	151,645	35,207	391	68	6	11.2	14.4
2004年	858,108		290,122	68,019	791	366			8.7	11.2
2005年	784,316		191,057	1,021	413	26			7.6	8.8
2006年	775,502	360,183	186,317	790					7.4	8.8
2007年	591,334	169,468	52,209	439					5.2	6.3
2008年	558,187	135,574	40,734	195					4.6	5.8
2009年	630,953	176,625	59,497	158					5.0	6.2

(注) 各年12月時点

(資料) DH, "Knowledge & Intelligence STATISICAL INFORMATION 2009/10"をもとに作成

果によると、2010年3月時点における国民の満足度（「満足している」と回答した人の割合）は72%となった。これは、この統計が開始された2000年4月以降において高い数値となっている。1983年から調査を行っているNational Centre for Social ResearchによるNHS満足度調査の結果では、労働党が政権を獲得した1997年には調査開始以来過去最低の34%であった満足度が、2009年には64%と過去最高の記録となった。この結果をみてもわかるとおり、労働党政権によるNHS改革については、国民からも高く評価されているといえよう。

3. キャメロン政権下のNHS改革

2010年5月に現在のキャメロン政権（David Cameron、2010年5月-、保守党と自由民主党との連立政権）が成立したが、このキャメロン政権がNHSに対してどのような改革の方向性を示しているのか、述べてみたい。

キャメロン政権は、2010年7月に「NHSの自由化～公平性と卓越性～」(以下、「NHSの自由化」)を発表し、NHS改革の方向性を示した。同報告書では「NHSを自由化」するための具体的な方針として、①患者中心とすること、②アウトカムを改善すること、③自律性・説明責任・民主的正当性を高めること、④官僚主義を廃し効率性を高めること—の4点を掲げている。①と②については労働党政権で推進されてきた改革の方向性と符合するところが大きい。③と④については質の向上を図ることと並行して効率化による医療費の節約が強調されている点に、キャメロン政権の特徴を見ることができる。キャメロン政権は、医療費の純増自体は肯定したうえで、改革による効率化によって、今後4年間（2013～2014年まで）に150億～200億ポンドの節約を行い、現場のスタッフの支援や革新的治療への投資、患者の選択の幅の向上のために再投資を行うこととしている（その後、2014～2015年までに200億ポンドの節約をする修正）。

そのための大きな柱の一つが、購入側の組織改革であり、「官僚主義」の是正によってNHSの運営コストを45%以上削減することとしている。これは、中央集権的であったNHS組織の分権化を推進して、意思決定の重心を管理・経営組織から現場・臨床側に移そうとする政権の意向が強く反映されたものであり、具体的には、労働党政権下で購入側の中核的役割を果たしてきたPCTを廃止し別組織を設けること、そのPCTに予算配分を行っていた保健省の出先機関である戦略的保健局（Strategic Health Authority）を廃止し別組織（NHS Commissioning Board、その後National Commissioning Board⁸⁾に改称）を設けることが示されている。特に、地域内にあるPCTはNHS全体の約8割にあたる予算配分を受けており、医療計画策定とGPへの報酬支払いや病院サービスの購入（コミッションング）のための費用が含まれているほか、経営に携わるメンバー（GPや看護師等の医療職、事務職）の人件費も支出している。2011年1月20日時点でPCTは151ほどあるが、「NHSの自由化」では、2013年4月以降、順次このPCTに替えて「GP consortia」(その後「Clinical Commissioning Group；CCG」に改称)を設立することとしている。CCGの役割としてはPCTとほぼ同様であるが、組織の構成メンバーがGPを中心とするグループに変わることとなる。2011年以降、CCGはPCTからの移行を見据えて「shadow form」(影のPCT)としての活動を始めることとされており、実際に地域内でCCGが仮形成され、意思決定に責任を持つまでのトレーニングが行われている。

PCTをCCGに移行することについて、キャメロン政権は、「意思決定をより患者に近いところ（つまりGP）で行うため」としており、プライマリケアの臨床専門家であるGPが医療の購入を行うのが最適であると考えている。つまり、常に臨床面からの意思決定が行われるよう、臨床的判断の責任とそれに伴う財政的責任をGPに一括して委ねることによって、患者の健康にとって明らかに利益のない活動を削減でき、

結果的に効率性が高まるとしている。しかし、CCG、つまりGPに購買機能を委ねることについては懸念も多い。第一に、CCG自体はそこに所属するGPのサービスに対して購入を行う直接的権限はないものの、GPは購入側としてだけでなく提供側としての側面を強めることが可能である。これまでNHSでは、一次医療と二次医療との間に明確な境界があったが、既に一部地域のCCGにおいては、複数のGPによる共同運営主体が救急医療や血液検査等の従来二次・三次医療が担ってきたサービスを提供する動きがみられる。この場合、GPは従来であればNHSトラスト病院等の外部サービスを購入したものの、外部への支払を少なくするため、CCG内の施設を紹介する可能性もあり、患者にとって最善の意思決定がGPにより行われるのか、患者とGPとの間で利害の対立が生じないか懸念される。第二に、たとえば予算の制約によって抗がん剤等の高額な薬剤の使用ができない状況となった場合、これまでGPは「PCTの(マネジャーの)責任である」と患者に説明することが可能だったが、今後はGP自身の意思決定だということになる。患者としては、本当に臨床上の必要性に応じた意思決定がなされているのか疑問を持つことで、CCGに属するGPと患者との関係性が変化する可能性がある。第三に、CCGはPCTと同様に医療計画を策定したり、病院等提供側と交渉を行ったり、組織を管理することが求められるが、そのような能力獲得のために現在のPCTの管理スタッフを継続雇用する可能性が高く、結局はPCTと変わりがなくなるのではないか、との指摘がある。

質の向上と効率化を同時に図るためのもう一つの大きな柱が、提供側の組織改革である。NHSにおける二次・三次医療の提供者のステータスは、NHSトラストとFT、民間が混在している。FTはNHSトラストと比較して自律性・独立性が高く、地域住民や職員によるガバナンスが作用すること、余剰金の使用用途を自己決定できること、民間からの資金調達に制限がなくなること、サービス提供量の増減のための組

織改変や投資が容易になることなどの利点がある。しかし、NHSトラストがFTとなるためには、戦略的保健局、地方自治体、医療提供者側に対する経済的監視を担う組織である「Monitor⁹⁾」の審査を合格する必要がある、特にMonitorでは約3～4ヵ月間にわたる厳格な審査が行われるなど、ハードルも高い。Monitorでは審査をリスクマネジメントの一種であると位置づけており、財政的安定性と強力なマネジメントが行われているNHSトラストのみをFTとすることで、NHSのシステムを堅固なものとし、政府による介入の必要性を最小化することが企図されている。加えて、赤字になった場合、NHSトラストであればNHSから財政補填が行われるが、FTの場合は自らで対応しなければならないことから、経営努力のインセンティブが高まり経営効率化が進むことが期待される。FTへの移行を申請中のNHSトラストのなかには、運営面がどのように変わるかを比較して示しているところもある。

「NHSの自由化」のなかでは、3年以内にすべてのNHSトラストをFTに移行することとしており、これを受けて、当初国会に提出された法案では2014年3月31日をFTへの移行期限としていた。その後修正された法案では、移行期限に関する一文は削除されたものの、依然としてすべてのNHSトラストをFTに移行させる方針は明記されたままである。イギリス国内にあるNHSトラストのうち、2011年10月時点でFTは139、NHSトラストは113である。現在もFTになるために申請中のNHSトラストがあるほか、NHSトラスト同士の合併やFTによるNHSトラストの買収も検討されている。しかしながら、Monitorによる審査の段階で提出が求められる5年間の経営計画のなかでは、サービスの質が確保されていることに加え、財政的に安定していることが強く求められる。NHSトラストは、労働党政権下の積極的財政政策とニュー・パブリック・マネジメントの流れのなかで、PFI方式の活用によって病棟の改築・増築、新設等を行ったケースも多く、債務が完済できていな

図表5 NHSトラストとFTの運営面での比較

NHSトラストによる運営	FTとなった場合の運営
NHSに属する病院は、NHSスタッフにより、NHSの方針に従って患者の治療を行う	基本的に変化はないが、改革がより自由になる、意思決定がより速くなる、財政調達の数値がより大きくなる、といった点で変化がある
国全体のNHSとしての目標を達成することが求められ、たとえば感染症低減のためXではなくYの清掃体制をとるように等の具体的な指示が出ることもある	国全体のNHSとしての目標を達成することは同様であるが、問題への対処は経験や知識に基づいて決定することができる
臨床の質や安全性について、Care Quality Commission (CQC) ¹⁰⁾ から規制を受ける	変化なし
戦略的保健局による管理を受ける	Monitorが組織運営の合法性や適切性、財務状況をチェックする点で、規制を受けることに変わりはないが、Monitorによる規制事項は戦略的保健局よりも少なくなる
利用者の参加を得ている	法的権限を持ったMembers' Councilを通じて、患者家族やスタッフを含む関係者が、より直接的に戦略や方針の決定に関与する
新規で大型のプロジェクト開始には、認可が得られるまでに時間がかかることがある	財務状況が良好な場合は、Monitorから現在よりも迅速に許可が得られる
非常勤の院外取締役が指名され、幅広く市民の代表として病院の経営陣を監督し、必要に応じ異議を唱える	Members' Councilを通じて、患者家族やスタッフを含む関係者がより直接的に院外取締役を指名する
長期的に見ると、現状のNHSトラストが存続するかは不透明である	ほとんどの病院が、近い将来にはFTになる（またはその意向を持っている）
スタッフが病院運営に参加する	雇用契約を結ぶ以外の付加的手段として、全スタッフがMembers' Councilから代表者を選ぶ過程に関わることで、病院運営に直接的に関与する

(資料) Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust ホームページより作成

いためにFTへの移行が遅れたり、財務状況が良好ではないため未だに申請できる状態にないNHSトラストもある。イギリス会計検査院によれば、2011年10月時点で、残る113のNHSトラストのうち20がFTへの移行が困難であると考えられており、そのうち17は合併を模索しているということである。

労働党政権下の積極的財政政策は国民から高い評価を得たものの、2000年から2008年までにNHSの生産性は毎年0.2%低下しているとの指摘もなされた。このうち特に病院での生産性は毎年1.4%低下したと指摘されていることから、NHS内の支出の40%以上を占める急性期病院や一般病院に対する生産性向上の圧力は強い。質の向上と効率化を同時に達成するための手段として保健省が示したのが、2009年にブラウン（James Gordon Brown、2007年6月-2010年5月）労働党政権下で発表された「QIPP（Quality, Innovation, Productivity and

Prevention）プログラム」という経営改善の指針である。キャメロン政権下の「NHSの自由化」では、こうした前労働党政権の改革の方向性を踏襲しながらも、これまでのような国からのトップダウンに基づく目標設定ではなく、臨床結果に焦点を当て、患者に実質的な権限を付与し、臨床現場に権限と説明責任を与えることで、医療の質の向上と効率化を目指すこととしている。しかしながら、21世紀におけるNHSの対処すべき課題として、国民のNHSに対する期待の高まりや高齢化によるニーズの増加、情報化社会の進展、治療技術の高度化、疾病構造の変化、医療従事者の職場環境に対する期待の変容などが指摘されているところであり、医療の質の向上と効率化を同時に達成することは容易ではなく、臨床現場に対する要請の高まりに対しては、早くも反発の声が高まっている。

4. まとめ

本稿では、まず、「1. 労働党政権におけるNHS改革」として積極的財政政策を中心にその概要を述べた。サッチャー・メージャー保守党政権では、医療費抑制策のもと、競争による「効率化」を重視して擬似市場の導入や国立病院の統廃合などを進めた。一方、保守党政権の後を継いだブレア労働党政権では、サービス不足による待機期間の長期化や医療施設・設備の老朽化、医療従事者の意欲低下などのNHSの諸問題を解決し21世紀にふさわしいNHSとするためには、医療費抑制策から脱却し医療に積極的に投資することが必要と判断した。そして、その具体的な目標水準として、「欧州平均並みの医療費対GDP比」を設定した。このことは、医療費対GDP比が、目標とする諸外国でも医療の質の向上と効率化の取組みが進んでいることを前提とすれば、医療に対する投資規模の適切性を判断する指標の一つとなりうると労働党政権が考えたことの証左といえよう。その後、サービス供給量の大幅改善により一定の成果を上げると、改革の焦点は、PbRの導入を始めとする効率化や全国レベルの業績目標による質の向上や財務面の改善へ、そして労働党政権末期には積極的財政政策からコスト節減、VFMの重視へと移った。

こうした労働党政権のNHS改革により、「2. 労働党政権によるNHS改革の成果」で触れたように、①施設の整備とスタッフの増員、②待機患者数の減少と待機期間の短縮、③国民のNHS満足度の改善など、目に見える形で数値として現れた。これらを見る限り、労働党政権におけるNHS改革は大きく成果をあげたと評価することができるし、その改革の各施策一つ一つが他国における医療改革に多大なインプリケーションを与えたことも間違いないだろう。

2010年5月の総選挙で労働党政権から政権を獲得したキャメロン連立政権では、こういったNHS改革に対するポジティブな評価を背景に、「3. キャメロン政権下のNHS改革」で述べたよ

うに、これまでの改革の方向性を劇的に変えようという姿勢は今のところみられない。しかしながら、キャメロン政権では、労働党政権と同様の積極的財政政策を採ることはなく、むしろ生産性向上による医療費適正化という点が強調されている。この背景には2008年のリーマン・ショック以降の景気低迷といった経済情勢や財政状況の悪化もあるが、これとは別に「NHS生産性の向上」に対する社会的な要請もある。すなわち、労働党政権下ではNHSに多額の投資をしてきたが、2000年代半ば以降、この投資に見合った生産（医療提供）が行われているのか、つまりVFMの観点からの検証が研究者などからも指摘・提起されるようになった。政府としても、NHS全体の生産性向上を図ることを政策課題と掲げざるを得ない状況となっている。

また、キャメロン政権においては、労働党政権がトップダウン方式で目標を定め、専門組織に業績評価を行わせたNHSの仕組みを「官僚主義」と批判し、こういった全国レベルの目標管理や組織機構をなるべく縮小し、地方や現場レベルでの目標管理や意思決定に変えていこうとしている。また、民間への積極的な市場開放の動きがみられる¹¹⁾。

こうしたキャメロン政権の改革案については、2011年1月に「医療と社会サービス改革法案（Health and Social Care Bill）」として発表されたが、関係団体等からの強い反対により、4月に立法手続きを一時中断するなど異例の事態となった。その後、法案については関係団体・有識者等からの意見を聴取しつつ修正が加えられイギリス議会に提出されている。しかし、2011年12月にイギリス医師会（British Medical Association）からは、「なぜイギリス医師会は医療と社会サービス改革法案に反対するのか（Why the BMA is opposing the whole Bill）」といった文書が公表されるなど、依然として反対意見も強い。法案は、現在、貴族院（House of Lords）で審議中であり、今後の動向が注目される。

注

- 1) 現在、平成23年度の健康保険組合連合会医療保障総合政策調査・研究基金事業「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」のとりまとめを行っており、本稿はその成果の一部である。しかし、見解などは著者によるものであり、健康保険組合連合会の見解ではないことを断っておきたい。
- 2) 1999年末にインフルエンザが流行し、病床不足や麻酔科医師の不足によりがんの手術が中止となり手遅れになる等の問題が多発した。
- 3) たとえば、PCT（プライマリケアトラスト）制度の創設、地域保健局の廃止、戦略的保健局の設置、FT（ファウンデーショントラスト）制度の創設などが挙げられる。
- 4) ナショナルサービスフレームワーク（National Service Framework: NSF）に基づき、高齢者や精神保健、小児、糖尿病、がん、心臓病等の分野別に目標やサービス提供の具体的なあり方を定めた。また、NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence）を設置し、個々の診療行為や薬剤等の適用についての評価や診療ガイドラインの作成を行うこととした。
- 5) 従来、GPに対する診療報酬支払は人頭払い方式がベースとなっていたが、GPの提供するサービスを基本サービス、追加サービス、高度サービスの3つに区分し、任意である追加サービスや高度サービスについては出来高による支払方式を導入した。また、「QOF（Quality and Outcome Framework）」と呼ばれる仕組み、すなわち、サービスの質や業績指標の結果により支払われる「Pay for Performance（P4P）」を導入した。このように新方式では人頭割でない部分を増加するなど、より多くの質の高い医療サービスを提供しようとするインセンティブを高めた。
一方、PCTがNHSトラストなどの病院に対して支払う方式も従来の包括予算方式から疾病分類ごとに公定価格が定められた「Payment by Results: PbR（結果による支払）」方式に改められた。これも診療実績を挙げ、効率化を図ろうとするインセンティブを与えた診療報酬制度の変更といえる。
- 6) NHSトラストやPCTなどに対して評価指標（たとえば、患者待機期間）に基づく業績評価を行う。また、サービスの品質を評価する機関等を設置した（2009年からは「Care Quality

Commission（CQC）」となった）。

- 7) GPから専門医・病院等を紹介される際に、受診する病院については患者自身が選択できるように選択肢を提示するなどの取組みがされた。また、24時間365日対応の医療相談を行う「NHSダイレクト」や、ナースプラクティショナーが中心となって医療処置を行う「ウォークインセンター」などが設けられた。
- 8) 「NHSの自由化」では、NHS Commissioning Boardが持つ5つの機能を①購入により質の改善を図るための国家的リーダーシップ、②患者の参画と選択の推進・拡大、③CCGの確実な展開、④CCG単体では行われぬGP・歯科・薬局・一次眼科・助産等のサービスの購入、⑤NHSの資源の配分—としている。
- 9) 医療と社会サービスに関し、提供側を経済面から監視を行う規制機関であり、主な機能としては、①提供側の競争の促進と非競争的行為の予防、②競争と生産性を高めるような診療報酬の設定、③地域へのサービスの継続的提供の支援—がある。
- 10) 医療の安全性や質の観点から提供側の認証と監査を行う規制機関であり、病院に対しては3ヵ月に1度の定期報告を求めだけでなく、1年に1度の抜き打ちでの監査も行っている。
- 11) 人工股関節置換術などの選択的手術を行う民間サービスとして、労働党政権時代に「プライベートトリートメントセンター」が導入されたが、キャメロン政権ではより多くのサービス分野において民間主体に市場開放しようとしている。たとえば、民間企業がNHSトラスト病院を買収した後に、不採算部門から撤退し資産を売却してしまうことで、「アセットstripping」が発生するのではないかといった危惧する意見もある。

参考文献

- ・BMA（2011），Why the BMA is opposing the whole Bill
- ・DH（2000），The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform
- ・DH（2005），A Short Guide to NHS Foundation Trusts
- ・DH（2007），Rebuilding THE NHS
- ・DH（2008），High Quality Care For All: NHS

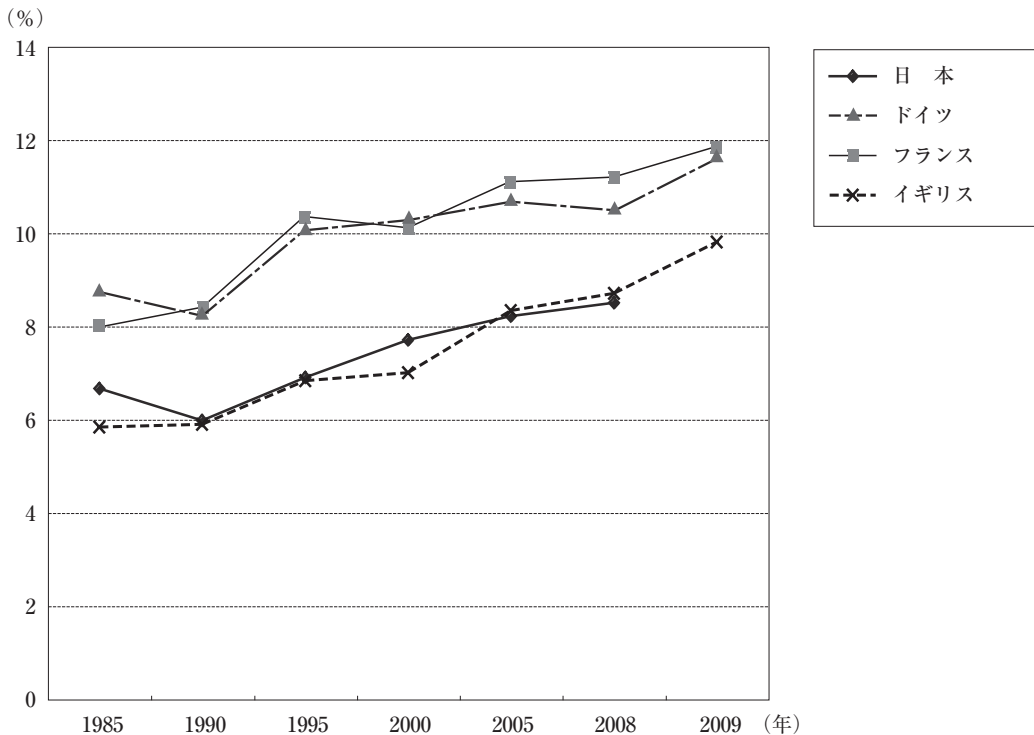
- Next Stage Review Final Report
- ・ DH (2010), Liberating the NHS: equity and excellence
 - ・ Health and Social Care Bill
 - ・ Ipsos MORI, Social Research Institute (2010), Public Perceptions of the NHS and Social Care
 - ・ Monitor (2008), Applying for NHS Foundation Trust Status: Guide for Applicants
 - ・ NAO (2010), Management of NHS hospital productivity
 - ・ National Centre for Social Research, British Social Attitudes 27th Report
 - ・ NAO (2011), Achievement of foundation trust status by NHS hospital trusts
 - ・ NAO (2011), National Health Service Landscape Review
 - ・ The King's Fund (2010), Improving NHS productivity: More with the same not more of the same
 - ・ イギリス医療保障制度に関する研究会編 (2010) 「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書(2009年版)」
 - ・ 一圓光彌 (1995) 「イギリスの社会保障研究の今日—医療」 『海外社会保障研究』 第111号、25-29頁
 - ・ 近藤克則 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて』 (医学書院)
 - ・ 武内和久・竹之下泰志 (2009) 『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』 (集英社)
 - ・ 堀真奈美 (2009) 「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」 『健保連海外医療保障』 第82号、22-33頁
 - ・ 堀真奈美 (2009) 「イギリスにおける保健医療政策に関する最近の動向」 『健保連海外医療保障』 第84号、15-24頁
 - ・ 堀真奈美 (2011) 「保健医療分野におけるVFMとアカウントビリティの確保に関する研究—イギリスのNHS・ソーシャルケア改革を事例として」 『会計検査院 平成22年度海外行政実態調査報告書』
 - ・ 松田亮三 (2009) 「ブレア政権下のNHS改革—構造と規制の変化—」 『海外社会保障研究』 第169号、39-53頁
 - ・ 森宏一郎 (2007) 「イギリスの医療制度 (NHS) 改革—サッチャー政権からブレア政権および現在—」 (日医総研)

1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	
総人口(千人)	127,510 (09年)	81,715 (10年)	62,967 (10年)	60,930 (09年)	
高齢化率(%)	22.7(09年)	21.0(10年)	16.7(09年)	15.8(09年)	
合計特殊出生率	1.37(09年)	1.36(09年)	1.99(09年)	1.94(09年)	
平均寿命(年)	男79.6/女86.4 (09年)	男77.8/女82.8 (09年)	男77.7/女84.4 (09年)	男78.3/女82.5 (09年)	
失業率(%)	5.0(09年)	7.7(09年)	9.1(09年)	7.7(09年)	
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	
医療費対GDP(%)	8.5(08年)	11.6(09年)	11.8(09年)	9.8(09年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	40.6	52.0	61.1	46.8
	租税負担率(A)	24.3	30.4	36.8	36.2
	社会保障負担率(B)	16.3	21.7	24.3	10.5

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。
 2. 国民負担率については、各国08年の数値。
 出所：OECD.(2011)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD.(2011)

3. 医療提供体制

(09年)		日本	ドイツ	フランス	イギリス	
平均在院日数(急性期)		18.5(08年)	7.5	5.2	6.9	
病床数	医療施設	急性期	1,033,499 (8.11)	463,176 (5.66)	223,453 (3.47)	163,183 (2.68)
		長期	352,749 (2.77)	— —	47,966 (0.75)	— —
		精神	348,121 (2.73)	40,165 (0.49)	56,947 (0.88)	37,458 (0.61)
		その他	8,924 (0.07)	171,489 (2.09)	99,095 (1.54)	2,737 (0.04)
	介護施設	729,928 (5.7)	845,007 (10.3)	539,823 (8.4)	533,742 (—)	
医療関係者数	医師	274,992(08年) (2.15)	297,835 (3.64)	— —	164,891 (2.71)	
	歯科医師	96,690(08年) (0.76)	64,287 (0.78)	— —	31,560 (0.52)	
	薬剤師	186,052(08年) (1.46)	49,892 (0.61)	— —	39,642 (0.65)	
	看護師	1,218,332(08年) (9.54)	899,000 (10.98)	— —	589,592 (9.68)	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。
出所：OECD. (2011)

4. 掲載国通貨円換算表(2012年2月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)
110.15	132.47

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091
E-mail: shahoken@kenporen.or.jp