

国際情勢報告 イギリスの 保健福祉 レポート



2

準市場論と医療制度改革 —イギリスの経験からの展望—

ジュリアン・ルグラン氏

(ロンドンスクール・オブ・エコノミクス教授)

イギリスの医療制度は、国際比較する場合には「NHS」と一つの用語で呼ばれているが、実は四つの制度がある。「イングランドの制度」、「スコットランドの制度」、「ウェールズの制度」、そして「北アイルランドの制度」で、それぞれ独立している。したがって、イギリスの医療制度といっても、それは四つの制度から成り立っているというのが正しい理解である。「スコットランド」と「ウェールズ」と「北アイルランド」については、実は目標設定と恐怖によって目標を達成させるという制度を導入しなかった。信頼型を続けていたのである。実際に投入された資金も、イングランドよりも多かった。その結果は、信頼型を続けたスコットランドでは、現実には待ち時間が増えてしまった。ウェールズも、同じ期間、やはり待ち時間が増えてしまった。しかも、これら2つの場合、イングランドと比べて資金はより多く投入されていたのである。北アイルランドでも、実は待ち時間がほとんどの場合で増えた。患者のうち2割が1年以上待たされていた。そして、患者のうち待たされている者の割合は25%にも上ったことがある。これは極めて高い比率だといわざるを得ない。

しかし私は、そして政府の人間も、これはやはり方向としては必ずしも正しくないし、目標設定については問題が多すぎると考えた。目標のほかにも重要ないろいろな要素があるわけで、もし時間を短縮したという目標を達成したとしても、十分な治療が与えられないなど、さまざまな問題があることを無視することはできないからである。また、意欲の低下、士気の低下といったことが従事する専門職の間で見られた。常に上から命令され、目標管理されるために、士気の低下につながってしまった。また主体性、革新性が抑えられてしまったのである。

こうした状況のなかで、私はあるとき会議に参加して首相と議論をする機会があった。ブレア首相と会議に臨んでいた時に、目標を設定することについて、特に救急部門における目標設定の話をする、ブレア首相は、「非常に成功した」、「目標が達成された」と喜んでいて。しかし、私は首相と話を続けて彼の考え方をを変えたいと考えていた。患者自身によるボトムアップの方法はないのか？ それによってサービスの品質を高めることができるのか？ ということをし話し合い、よりよい方向に進みたかったからである。こうして、

私は、ブレア首相に、インセンティブをシステムの織り込む方法が2つあると伝えることができた。1つは、「発言権」に基づくこと、もう1つが選択肢を患者と提供者が選び、それを政府が援助する「準市場」である。

まず発言権について述べたい。例えば、当然日本の制度でも起こっていることであるが、サービスに満足していない人たちが必ず存在している。発言権に基づく制度とは、そのような不満な人たちが、苦情を申し立てることができる制度である。このような制度が機能すれば、患者や市民の考えを医師や経営者に訴えることができる。あるいは、選挙区の国会議員に訴えることができるかもしれない。イングランドでは、患者が病院の経営理事になることができる方法がある。あるいは公的な会議に参加し、意見を述べることができ、請願や署名など公式な苦情申し立ての手段もある。

この発言権には、それによって品質を高める多くのメリットがある。何かサービスに対して苦情を申し立てられた場合には、提供している側はなぜ苦情があるのかが分かり、苦情をなくすために品質を高めることが求められる。発言権によって、問題に関する情報が提供され、パーソナルなやりとりが自然に発生し、利用者の不満をはっきりと聞くことができる。

しかし、併せてデメリットもある。ひとつは時には実践に移すことが難しい場合もあることである。とりわけ自信がない患者にとっては、医師と話をすることは難しいものである。医師においても、場合によっては患者が苦情を申し立てても聞くインセンティブが働かないかもしれない。ほかの何かインセンティブがなければ、あるいは、ほかの人からの命令・管理がなければ聞く気が持てないかもしれない。あるいは、患者と医師の関係は、平等・公平ではないかもしれない。こういうメカニズムを使うことができる比較的富裕で元気な人たちだけが有利になってしまうのである。システムを自ら操作することができるという自信がある人が、より多く声を発信することになるので発言権に基づくモデルは、公平という観点から見ると問題点も多いのである。

私はこの点を調査によって検証した。イギリスのNHSのサービスの下で、「信頼」、あるいは「不信」、そして「発言権」の組み合わせ、「中流階級かどうか」を聞くとともに、「どのような医療サー

ビスを求めているのか」について調査をおこなった。その結果、次のような様々な問題点が明らかになった。まず第1に、失業していて所得が低く、かつ学歴も高くない人は、職業を持っていて裕福な人に比べて、ニーズに対して医療サービスの利用が少ないことが分かった。日本とは違い、イギリスでは制度上自己負担がない。薬代そのものは出すが、それ以外NHSでは無料である。しかし、それにもかかわらず、裕福な人の方が効率的にシステムを利用することができていたのである。

以上の議論と調査結果などから、信頼、不信、発言権、これら三つのモデルのいずれかによって医療制度を運営するのは、それぞれメリットもあるがデメリットもあることが理解できたと思う。

では、選択に基づくモデル、すなわち、準市場についてはどうか？

このモデルでは、さまざまな選択肢が想定できる。例えば誰に支払ってもらうか、どこで治療を受けるか、どんな治療方法にするか、いつ行くか、どんな方法で病院に連絡するか、などを選ぶことができる。

ここで注目したいのは、サービス提供者、すなわち病院の選択である。私の理解では、日本の医療現場には、さまざまな選択の機会があると思う。さまざまな医療サービス提供者が存在しており、選ぶ余地があるということは大きなメリットである。多くの国でもそうであるが、独立採算制の病院が多い。日本では、アメリカを含めほかの国よりも、民間の医療施設の割合が多いと理解しているが、公立公営の病院もあれば、非営利法人の運営している病院もある。それぞれ何らかの余剰資金が発生した場合には、自らそれをキープして医療施設の拡充や従業員のボーナスなど、インセンティブを提供することができ、医療提供体制としてよりよく機能する。これは、選択に基づく準市場のメリットである。

また、患者がサービス提供者を選ぶことも重要な役割を果たす。つまり、より多くの患者を引き付けることができる医療施設は、その結果、より多くの資金を得ることができる。この場合、病院は「患者のニーズに対応しよう、効率を高めよう」と考える強いインセンティブが作用するというメリットがある。

ただし、選択が機能するかどうかは慎重に考えなければならない。証拠が重要である。

アメリカでは、選択肢があるとコストを下げ、

提供されるサービスの品質を高める効果があるといわれ、かつ社会正義と平等が進むといわれている。サービスが気に入らないのであれば、そのドクターに行く必要がなく、ほかのところを選択すれば良くなるためである。また、利他的な人、利己的な人双方に有効であると言える。例えば病院を経営していて、利己的な人は、儲けたいから、そして、自分の仕事を失いたくないから病院をうまく経営しようと考えているかもしれない。しかし、患者さんのことを一番に考える利他的な経営者も、良いサービスを提供したいのできちんと病院を運営しようという気持ちが働くのである。

しかし、選択に基づくモデルには、このようなメリットと同時に、デメリットもある。政策や制度を正しく設計し、これらのデメリットを乗り越えることができるようにすることが重要である。つまり、デメリットを考えてそれを少なくするような選択肢がなくてはならず、代替案も存在しなければならぬ。各国にいろいろな地方、地域があって、なかなか選択肢の提供できないような地域もあるだろう。多くの国ではこの問題が誇張されているかもしれない。例えば日本、イギリスの2か国ではかなり都市化された地域が多く、さまざまな選択肢がある。地方のロビー活動家は、あまり声も上げていないかもしれない。しかし、代替選択肢というものには存在しなければならない。

さらに、もうひとつ情報の問題がある。利用者には正確に情報が提供されなければならない。サービスの質についての情報がユーザーに提供されなければならない。現在、イギリスでは、政府が関連する情報を提供している。例えば各病院の外科手術による死亡率を実際に名前をあげてリストアップしている。但し、容易に推察できるように、このような情報開示については論争がある。しかし、少なくとも既に情報提供していることも事実であり、患者が選択する際の1つの判断材料になっている。裕福でない人たちがなかなかその情報をうまく使うことができないと言われる場合もあるが、国民のための医療制度とするためには、うまく使えるような工夫をすればよいのである。

準市場には取引コストが発生する。例えば提供されているサービスの価格を測り、できるだけこれを低くしなければシステムは機能しない。また、価格を低くすれば、その価格が賄う費用で収益が上がるようにするため、必ずいいところ取りが起きるといえるリスクがある。つまり一番治療が容易な患者、一番治療しやすく、病院にとってお金がかからない患者が選ばれてしまい、あまり困っていないお金持ちの方が得をしてしまうという問題が生じる可能性がある。もう一つ別のリスクも、準市場にはある。私の理解では、ある程度、日本にもこのリスクがあると思うのだが、過剰診療になってしまう、やたらと高いレベルの病院に行くなどの問題である。過剰診療に関するコントロールがかかっていない場合、選択に基づくならば医者側の過剰な診療が起ころう。このモデルの問題だといわざるを得ない。

英国に関する基礎情報 Part 2

医療サービスの枠組み

(1) 概要

- ①イギリスでは1948年に創設された国民保健サービス (NHS: National Health Service) 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約1800円を自己負担で支払う)。また、歯科治療については3種類の定額自己負担が設けられている。高齢者、低所得者、妊婦などについては免除があり、薬剤については免除者が多い。
- ②NHS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、より地域住民にちかくNHS本体から一定の独立性を持った公益企業体であるプライマリケア・トラストが運営している。
- ③国民は、救急医療の場合を除き、
 - 1) 予め登録した一般家庭医 (GP: General Practitioner*) の診察を受ける。
 - 2) 必要に応じ、一般家庭医 (GP) の紹介により、病院の専門医を受診する。
- ④国民医療費は対GDP比8.4%(OECD Health Data 2008)。2000年に公表されたNHSの近代化計画「NHSプラン」(期間は10年)に基づき、欧州諸国よりも低い水準にあった国民医療費の対GDP (1999年末欧州平均より約2ポイント低かった) をEU諸国の平均レベル (9%台) まで引き上げることを目標としている。
- ⑤NHSの財源は、約80%が国の一般財源からまかなわれている。内訳として、税金による一般財源 (80%)、国民保険 (約12%)、受益者負担 (2-3%) その他となっている。
- ⑥国民1000人当たりの病院ベッド数は3.6 (日本14.0、フランス7.2、ドイツ8.3)。同じく医師数は2.5 (日本2.1、フランス3.4、ドイツ3.5)。(OECD Health Data 2008より) 医療設備及びマンパワーは、先進国でも低い水準。このことが入院・手術待機者の問題の背景と指摘されている。
- ⑦民間保険・自費による民間医療も行われており、国民医療費全体の1割強を占めている。

*1 一般家庭 (General Practitioner: GP) は、日本でいえばかかりつけ医、或いは主治医にあたる。日本では、そうした役割を町の小児科医や内科医などが本来の職務と兼ねる形で担っているが、英国では、GPはGPとして最初から養成される。GPはNHSが管轄するあらゆる治療への窓口。英国でNHSによる医療を受ける場合は、登録が必要。リストに上がっているGPの中から選んで自分で登録する。外国人も登録可能。私立学校の場合は学校単位で学校指定のGPに登録することもあり。ただし、緊急の場合は登録なしでもNHSの治療は受信可能。

(2) NHS関連の最近の動き

保守党政権時 (サッチャー [79 ~ 90年]、メージャー [90 ~ 97年] は、国立病院の独立採算化 (公営企業化) やGP間の競争促進 (定額の予算管理) など競争原理の導入を中心としたNHS改革を実施。それに対し、労働党政権 (ブレア [97年~]) は、入院や手術の待機期間、薬の処方等で患者間の不公平が拡大し、さらには事務部門の肥大化と医療スタッフの減少を招いたと批判。労働党政権では、地域 (人口15万人程度) ごとにGP等が共同で運営・予算管理を行うシステム (プライマリケア・トラスト*) 制度への移行や、地域格差是正と新たな技術の費用対効果を検証する診療ガイドライン策定期間 (NICE: 国立有料医療研究所) を創設し、医療と福祉の連携向上などを内容とする改革を99年以降実施。又、恒常化している入院・手術の待機患者数 (ウェイティング・リスト) 問題を改善するため、病院スタッフやベッドの大幅増、民間 (プライベート) 病院への治療委託の活用などを柱とする向こう10年間のNHS改革案 (NHSプラン2000) を策定し、推進中。

*トラストとは、政府から一定の独立性を有する公営事業体的な法人。

NHSプランの大きな柱は、

- 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・医療提供者の自己決定)
- 2) 施設設備、人員の拡充
- 3) 医療の質向上
- 4) サービスの地域格差の是正
- 5) 患者の選択機会の拡大

NHSプラン2000などの改革実施を確実にするために、2002年7月、公共サービス合意 (Public Service Agreement: PSA) が締結。その主な内容 (締結後の修正を含む) 以下、

- 1) 病院診療の最大待機期間を2008年に向けて18週間 (4ヵ月半) 以内とする。
- 2) 救急患者の最大待機時間を、4時間とする。
- 3) 一般家庭医 (GP) へのアクセス待機時間を最大48時間以内とする。
- 4) 専門外来や入院を2005年までに全て予約制とする。
(NHS病院のオンライン予約システムの導入が2005年夏以降進められており、2020年までに3万人のGPと300の病院を結び5000万人の患者情報を管理・共有するシステムの構築、電子処方の実現などが予定されている。



準市場論と医療制度改革

—イギリスの経験からの展望—

イギリスにはプライマリーケアのシステムがある。患者は直接、専門病院にかかることができない。まず一般医、(イギリスではGP《General Practitioner》とっているが)のところにかなければならない。GPが患者をさらに高等の病院に紹介しなければいけないかを定める「ゲートキーパーシステム」を設けている。日本でもこのシステムを検討していることを承知している。何らかのシステムを導入して、このように準市場をコントロールができないかと日本が考えていることは重要だと思う。但し、このようなゲートキーパーを設けても、現実には簡単ではない。それでもイギリスは、医療費が適正な伸びの範囲にとどまっているので、幸運だといわざるを得ない。こういうゲートキーピングの伝統が前からあることは評価できる。これに対して、ゲートキーピングのシステムを途中から導入することは難しいのではないと思う。既に患者が直接専門病院にかかることに慣れていている場合、導入は難しいと思える。これは私が日本の医療制度について研究し、伝え聞いたことによる感想である。

しかし、困難だといえどもシステムを導入する方法は幾つかあると思う。例えばゲートキーパーの利用を促進させることは可能であろう。一部の国では今実験をしている。フランスでは患者がコストを減らすために、例えば自己負担の制度があるのであれば、まず一般医にかかってから専門病院にかかることと自己負担が減り、場合によっては自己負担がゼロになるという実験をしている。一方で、勝手に初めから専門医にかかってしまった場合には、自己負担がかかるという制度を導入しようとしている。日本の制度でも、フランスの例を導入する機会があるかもしれないが、重要なのは何らかのゲートキーピングでコントロールをかけることである。

紙幅もあり詳述はできないが、良いところ取り(クリームスキミング)についても、取り組む方法はある。例えば①超過損害保険。つまり一定以上お金がかかる患者については、国が資金を提供する。②医師、看護師、病院経営者に対して、入院の裁量判断を与えない。求めてきた患者さんすべて受け入れをしなければいけないこととするとか、あるいは③一番扱いが難しい、コストがかかる患者さんを受け入れることに対する病院へのインセンティブを提供する。そのような特殊な場合には、診療報酬(価格)を高く設定するわけである。ハイリスクの患者さんについては高い診療報酬を与えるというシステムづくりは複雑になるが不可能ではない。



それでは、医療制度それぞれの類型で、メリット、デメリットがどのようなものであるか。その一般的な問い掛けを考えてみたい。ありとあらゆる医療制度、どれを取ったとしても、先ほど紹介した4つのモデルのどれかを組み合わせて使っている。つまり、この中の一つだけに基づいているものはない。「信頼」か、あるいは「不信」、「発言権」、「選択肢」、どれかの組み合わせが使われている。これが医療改革の在り方だとすれば、困難を伴う現実の医療制度改革ではどうすればよいのか? そのためには、ただ単に一つのシステムから別のシステムに変えるということではなく、これらの項目のバランスを変えることである。例えば、もっと発言権や選択肢を拡大して命令を減らすのか、不信のバランスを減らすのか、あるいは信頼の部分の減らすかということである。

現実を見てみると、各国がそれぞればらばらな方法に進んでいる。イギリスでは準市場モデルに進みつつある。一部の国では、逆に離れていっているところもある。ドイツと米国は、選択と競争の側面を心配している。つまり、これらの国ではきちんと制度が設計されていないから、患者と医療サービス提供者双方に選択肢を設けるといふどちらかという複雑なシステムとしての準市場モデルが適用しにくいのだと思う。きちんと機能するためのシステムがドイツと米国ではできていないからだと思うのだが、両国の医療制度、医療のパフォーマンスの評価は議論の分かれるところである。

イギリスでは、上に述べたように全国一律というわけではないが、選択肢と競争を医療システムの中に導入しようとした。政権内部には抵抗もあったが、お金持ちではない人たちも、それほど裕福ではない人たちもみんな選択肢を望んでいるということが分かった。貧しい人たちこそ選択肢を求めているのである。

そこでは、きちんとしたインセンティブを提供することによって、いいサービスが得られるようにすることが前提になる。準市場モデルで人々に選択を許した結果、貧しい人たちは、お金持ちと比べて、同じぐらいの頻度で同じぐらいの選択をしていたことが明らかになった。

それでは、最後の論点はどうか。「選択と競争、特に民間機関が公共サービスを提供することによって、公共サービスの精神が損なわれる」という議論がある。そしてまた、「公共サービスを民間企業から提供された場合にどう思うか? 政府がお金を出すけれども、民間企業が提供するとした場合にどう考えるか?」(日本の介護保険では、このようなサービス提供があるが)と聞いてみると、多くの人たちが、「全く構わない」「喜んでそれを受け入れる」と答えている。

このような議論を活用して、最終的には、医療制度改革において準市場モデルを応用して実施することが可能になったのである。準市場の応用にかかわる政治的な対立というのは、われわれの政府の内部からも反対意見があったということだが、それにもかかわらず、このような改革を達成することができたのである。

最後に、以上これまでの議論を総括してみたい。「全般的に言って、もし自分の医療サービスにおいて、良いサービスが提供されていないと感じた場合に、果たしてどんなことができるのか?」この課題に対して、4つモデルがあるという問題設定から、議論を展開した。信頼、不信、発言権、そして選択。全般的に考えると、医療サービスを提供する制度改革においては、準市場モデルを応用することが良い成果をもたらす、もしくは、少なくとも他のモデルに比べて最悪ではない成果をもたらしてくれるということが言える。しかしながら、制度改革のためには、各国のこれまでの経緯をふまえて、うまく機能するための制度設計をきちんとしなければならない。

日本の医療制度には、既にある程度準市場のようなものがあると思う。望ましい特徴もあるし、それほど望ましくないような特徴もあるが、研究者として今後も日本に関心を持っていたいと思う。日本でどんなところを改善できるか。日本の医療制度は課題も多いが、歴史的に形成されてきた非常にいいところも多々あることを認識したうえで、より効率化を進めるために、よりニーズに応えるために、そしてより公平なサービスを提供するために、改善の余地はあると思う。改善するための政策的対応方法として、準市場モデルの応用は重要な選択肢の一つになると確信している。