

—— 派遣報告 ——

英国の医療事情

—— 医療費タダは天国か ——

高 屋 潔

はじめに

英国の社会保障制度は「ゆりかごから墓場まで」と例えられるほど充実している、とされてきた。しかしながら、1970～80年代の英国経済の凋落により綻びが生じ、社会保障制度の根幹をなす医療制度も破綻の瀬戸際まで追い込まれた。1979年～96年にかけての保守党（サッチャー、メージャー）政権、そして1997年～現在に至る労働党（ブレア、ブラウン）政権による医療制度改革により医療制度も改善の兆しが見え始めている。このたび全国自治体病院協議会が主催する英国並びにドイツの医療制度研修旅行に参加した。参加の動機は、英国医療制度が破綻の淵から如何にして立ち直ったのかに関して、以前より興味があったことである。更に、破綻の坂を転がり始めている我が国の医療制度の中で、わが市立病院運営にも何か参考となるものがないか、という思いもあったからである。今回の研修では英国医療事情の一端を垣間見たに過ぎないが、この機会に英国の医療制度について学んだので、若干の考察も加えて報告する。

英国の医療制度について

英国の医療制度は、第二次大戦後の1948年に設立された国営医療制度（National Health Service: 以下 NHS）によって運営されている。したがって、全住民（国籍問わず）に対して原則無料の医療を提供している。「医療費は全部タダではないのか?」という疑問が当然出てくるが、実は薬剤の処方箋料は自己負担であり、1剤あたり約

千円の自己負担がある。医療費の財源は、租税 80.3%、国民保険 18.4%、患者支払い 1.3%（2006年度）となっている¹⁾。

一方、NHS 医療の対極に、医療費を全額自己負担する private 診療も存在する。このシステムは NHS 制度の枠外にある。大企業の従業員が福利厚生の一環として民間保険に加入して、民間病院で医療サービスを受ける。医療費は民間保険がカバーする。現在、英国では人口の9割が NHS 医療制度、1割が民間医療制度で医療を受けている。

National Health Service (NHS) のしくみ

NHS の組織概略を図 1. に示す。まず、保健省（Department of Health）より全土に配置された Primary Care Trust（以下 PCT）と呼ばれる組織に医療費予算が配分される。各地域にある PCT は、地域内の NHS Trust と呼ばれる公的病院群、及び地域の primary care を担当する General Practitioner（以下 GP）に予算を配分する。NHS Trust なる組織は、地域の複数の病院運営を統括する機関であり、半官半民の組織である。ちょっと理解しにくいかも知れないが、日本において医療法人が複数の病院運営を統括している、そのような組織と認識すれば良い。英国における設備の整った大病院は殆どが NHS 病院である。

GP は日本における開業医に相当する。GP は日本のように勝手に開業できない。家庭医としての修練を積み、資格を取得後に指定された地域の GP となる。当然ながら給料は国から支払われる。

図 2. は患者が医療機関を受診する際の流れを示したものである。まず、英国住民は地域の GP と契約を結ぶ。以後は、医療にかかわる全て（救急以外）をまず契約 GP に相談することになる。

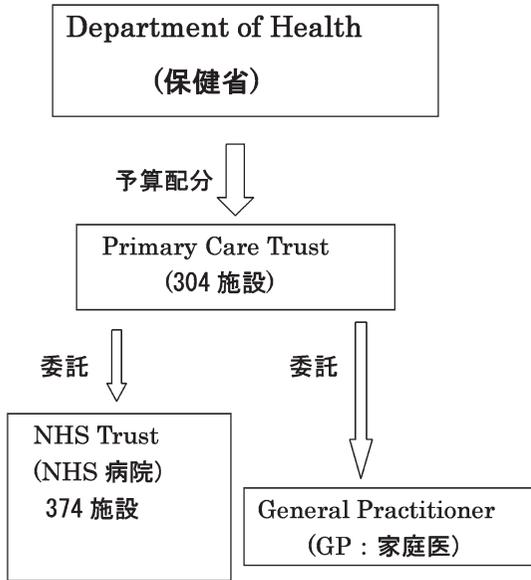


図 1. NHS の組織

日本のように、希望する医師の受診や、いきなり大病院を受診することは許されず、行っても門前払いされる。患者が GP を受診した結果、大病院での検査・治療が必要と判断された場合に、NHS 病院へ紹介される。

一方、民間医療機関 (private clinic, hospital) を受診する際は当然ながら自由度が高く、希望するクリニックあるいは病院を自由に受診できる。民間医療機関の医師の熟練度は高く、多くは大病院の講師・教授クラスとのことである。また、最近設立された機関である NHS direct 及び NHS

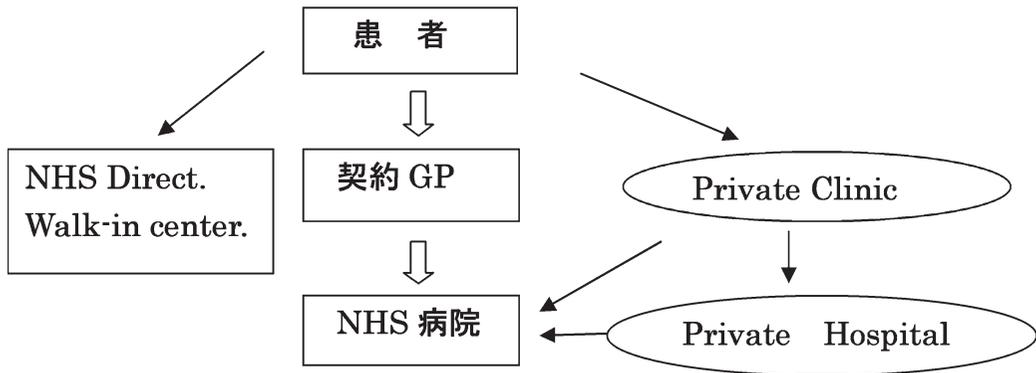


図 2. 患者診療の流れ

表 1. NHS 医療の問題点

①サービス供給能力の低下
・医師・スタッフの不足
・医療施設・設備の不足
②サービス質の低下
・GP 診療, 救急診療, 入院の待機時間延長
・老朽化した施設・設備
③患者の選択肢の問題
・都市部では GP 登録が困難
・患者による病院の自由な選択は困難
④非効率的な組織運営
・巨大 (職員 130 万人) 過ぎて中央集権的な運営は限界
・官僚主義の蔓延, 現場士気の低下

Walk-in Centre というものがある。NHS direct はいわゆる電話相談である。NHS Walk-in Centre は感冒や軽度外傷などの軽症患者を治療する施設であり、医師はおらず資格看護師が対処している。

英国医療制度の問題点

前段に述べたような医療制度のもとで、当然ながら大きな問題点がいくつか浮かびあがっている。表 1. は各方面から指摘された問題点を要約したものである。

まずサービス供給能力低下については、サッチャー政権からブレア政権前期にわたる医療費抑制政策が大きく影響した。総医療費は国家予算で決定されるため、その増減は直接的に医療へ影響を及ぼす。医療スタッフは低賃金、劣悪な労働環境に嫌気がさし、海外 (英連邦・北欧) へ流出し、

1996～2000年の5年間に医師の新規登録数が26%減少した、とされている²⁾。この不足分を穴埋めしたのが、英連邦や東欧からの医療スタッフの流入で、結果として良くも悪くも医療スタッフの国際化が進んだ。

次にサービス質の低下について、最初に挙げられるのが、GP診療を受けるまでの待機時間の問題である。まず、患者がGPの診療を受ける際には予約を取らなければならない。飛び込みでは診てもらえない。予約診療日が数日後はざらで、感冒や胃腸炎などの患者は受診する頃には病気が治っている、という笑えない事態となっている。次に、病院での入院治療を受けるまでの待機時間の問題である。最悪の時期には、手術までの待機時間が18か月を超える患者が英国国内で100例を超えた²⁾。また、がん患者が手術を4回も延期され、5週間後に手術台に乗った時には、もはや手遅れとなっていた、という報告も見られた²⁾。三番目は、救急医療における待機時間の問題である。GPは予約診療のみで準夜・深夜帯の診療を行わない。患者は地域の救急医療機関を受診することになる。施設数は限定されており、患者が殺到することは想像に難しくなく、当然ながら長い待ち時間となる。救急外来での待ち時間を4時間以内にせよ、との国家目標が掲げられた事からもその実態が想像できる。さらに、医療費抑制の結果、施設・設備の老朽化が起こった。また、入院食へのコスト削減により質の低下も起こった(病院食に限らず英国の食事は不味いが)。

次に患者の選択肢の問題が挙げられる。まず、患者はNHS医療(GP、NHS病院)を受けるための「待機」か、自分の望み通りになるprivate医療機関受診の「有料」かの選択を迫られる。患者がNHS病院で治療を受ける場合には、複数の病院を提示されるが、日本のように患者の希望どおりの医療機関を提示されるとは限らない。さらに、都市部ではGP登録が困難なことがある。こうした事情を背景に、日本人駐在員の2/3はGP登録をせずにprivate医療機関を受診している実態がある。

最後に、非効率的な組織運営が挙げられる。

NHS職員数130万人という巨大組織が有機的に機能するとは到底思えず、官僚主義の蔓延や現場士気の低下などが当然起こっている。

問題解決のための制度改革

前段に述べたような問題点に、英国はどのように対処したか。表2.は保守党政権、労働党政権の改革の概要である。

まず、保守党政権下では、組織に独立性・自立性を持たせるためにNHS Trustを創設し、市場原理を導入した。そして、組織への民間部門の導入を積極的に行い、private診療も積極的に拡大した。しかしながら、その結果として医療体制に地域間格差が生じてしまった。自由化と格差の問題は日本においても発生していることは周知の事実である。

次の労働党政権は、2000年以降NHS改革プランを発表し医療費の大幅増額を実施した。1990年代後半には主要先進国で最低だった総医療費(対GDP比7%)がその後上昇を続け、最近では8%台の日本を抜き、9%台まで上昇している。因みに、主要先進国では日本が8%台で最低、米国が15%台で最高、欧州の主要国は9～12%台である³⁾。

表3.は労働党政権のNHS改革プランの概要である。まず一番目の目標が待機時間の短縮である。05年末までに外来3か月、入院6か月以内という目標を掲げたが、この目標は達成され、09年1月時点で外来4.6週間、入院8.6週間まで劇的に改善された⁴⁾。しかしながら日本の実情と比較すると、これでも疑問符を付けざるを得ない。

表2. 英国医療制度の改革

1. 保守党の改革(サッチャー、メージャー首相) 1979～97年
・NHS Trustの創設——独立性・自立性の付与
・NHSに市場システムの導入
・民間医療保険の奨励
2. 労働党の改革(ブレア、ブラウン首相) 1997年～
・NHS改革プラン公表
・医療費の増額—対GDP比6%台から9%台へ(米国15%台)

表 3. 労働党 NHS 改革プランの概要

1) 待機時間の短縮
05 年末まで 外来 9 か月 → 3 か月 入院 18 か月 → 6 か月
2) サービスの質の改善
・病院新設等の設備の大幅拡充 ・職員数の増加・待遇の改善
3) 地域間格差の是正
・診療ガイドラインの作成 ・監視機関の設置—Care Quality Commission の設立 ・サービス改善の促進—Foundation Trust の設立 ・施設の治療成績の公表・ベンチマークの設定
4) NHS Direct (電話相談), NHS Walk-in Centre (簡易治療施設) の新設

二番目にサービスの質の改善である。医療費の大幅な増額により施設の新設・拡充、職員数の増加が可能となり、サービス供給能力の改善が図れた。また、待遇の改善により職員の士気も上がった。

三番目は地域間格差の是正である。この問題解決のため、まず診療ガイドラインを作成し、標準的治療の目安を掲げた。次に、医療監視機関である Care Quality Commission (旧 Healthcare Commission) の設立である。施設ごとの治療成績を公表し、ベンチマークを設定し、成績向上の努力を促した。こうしたデータには一般市民もアクセスできる。さらに業績が優秀な NHS Trust には、大幅な自由度を保障した Foundation Trust への昇格を認め、サービス改善へのモチベーションを高めた。

四番目は NHS Direct (電話相談), NHS Walk-in Centre (簡易医療施設) の設立である。前述のように、プライマリーケアを担う GP の登録さえ都市部では儘ならず、更に受診は完全予約制であり、受診までのタイムラグが大きな問題とされてきた。こうした問題を改善するために設立されたのが 2 つの機関である。このような組織が必要とされる背景は根深く、医療へのアクセスが容易な日本では想像できない。

英国と日本の比較

まず、医療費に関して比較すると、総医療費

(GDP 比) は 09 年で英国 9% 台、日本 8% 台と日本の方が低い。この事実は、医療費出来高払い制度を取る日本でいかに医療費が低く抑え込まれているかを如実に示している。

次に医師の配置について比較する。人口千人当たりの医師数は英国 2.5 人、日本 2.1 人とほぼ同数である³⁾。表 4. は同規模である本院 (525 床) とロンドンのキングストン NHS 病院 (520 床) を比較したものである⁵⁾。まず、医師数及びパラメディカル・スタッフ数が当院の 3 倍以上である。このスタッフ数はキングストン病院が特別多いということではない。更に、事務系スタッフの多さにも驚く。表 5. は種々の医療事情の比較である。特徴的なことは、急性期病床数が英国は日本の約 1/4 と著明に少ないことである。これらの事実から、英国では限定された医療施設に医療スタッフ・設備を集中して配置していることがわかる。そのことは CT, MRI の設置台数からも読み取れる。

英国ではプライマリー診療を担う GP 数は国が地域ごとに設定しており、GP 数には大きな変化は見られない。GP 受診は完全予約制であり、日本のように随時アクセスできるわけではない。英国では GP (General Practitioner) は別称 Gate Person (門番) と呼ばれており、良くも悪くも患者を篩にかけ、医療費の抑制に貢献している。また、医療費に給枠がはめられているため、GP レベルでは検査は最小限 (殆ど実施されず) であり、薬剤は安い方から順に使用される、といった事実も聞かれた。医療へのアクセスが容易で、医療機関の競争が激しい日本とは状況は全く異なっている。一つの例として、急性虫垂炎患者が GP 受診すると自宅安静を指示され、抗生剤治療は行われず、症状悪化した時には ER を受診するように指示される。すなわち、腹膜炎を併発しなければ入院治療の対象とはならない。したがって、英国では穿孔性虫垂炎が多いといわれている。

英国の NHS 医療制度は現在も多くの問題点を抱えており、未だに悪評は高い。しかしながら、無料で受けられるサービスであることを前提に考えれば、全ての住民に公平に最低限の医療サービスを提供している点では優れた制度である。さら

表 4. 病院スタッフ数の比較

	仙台市立病院 (525 床)	キングストン病院 (520 床)
医師数	129 名 (含研修医)	381 名
看護師数 助産師数	494 名	865 名
技師 セラピスト	32 名	360 名
医療助手 支援スタッフ	—	408 名
事務局	45 名 (除委託スタッフ)	612 名
合 計	735 名	2,626 名

表 5. 医療事情の比較³⁾

	日 本	英 国
1 人当り医療費 (US \$)	2,578 \$	2,760 \$
千人当り医師数	2.1 名	2.5 名
千人当り看護師数	9.1 名	11.9 名
千人当り急性病床数	8.2 床	2.2 床
百万人当り MRI	40.1 台	5.6 台
百万人当り CT	92.6 台	6.7 台
勤務時間 (勤務医)	?	48 時間

に、救急医療や周産期医療などの生死に関わる医療では国民の評価は非常に高い。

誤解を恐れずに両国の医療制度につき要約すると、英国は軽症患者や慢性疾患患者に薄情で、急性の重症患者に厚い医療制度である。一方、日本は軽症患者や慢性疾患患者に厚く、急性重症患者には薄い医療制度である。

今回の研修を通して、総じて日本の医療事情は英国より優れている、という実感を持った。しかも、英国より低い医療費でそれを実現しており、日本の医療は医療従事者の自己犠牲の上に成り立っている制度である、ということも再認識させられた。こうした犠牲の上に成り立つ制度はいずれ破綻するのは明らかである。ロンドンにある、日本の駐在員を対象とした private 診療所を訪問した際に、「英国の医療従事者に奉仕・自己犠牲という精神は存在しない」という話を聞いた時は

大きなショックを受けた。医療従事者には常に奉仕の精神が求められる日本とは大きくかけ離れていたからである。そこに勤務する日本人医師らは口を揃えて、「自分自身は日本で医療を受けたい」と話していたのが印象的であった。

仙台市立病院への提言

最後に、今回の研修を通して強く印象付けられた点が二つある。ひとつは診療情報の公開のあり方である。英国では NHS 病院の機能評価のみならず治療成績までが公開されており、患者が自分の治療を受ける病院がどの位置にあるのかがわかる。こうした情報公開によりベンチマークの病院が明らかとなり、各病院には努力目標の設定が可能となる。更に、ベンチマーク病院に近づけるためのコンサルティング業務を行う民間会社まで存在する。DPC が導入された日本でも、近い将来にこうした診療情報公開が行われる可能性は高く、わが病院も今から診療情報の公開に向けた準備を行っておく必要がある。こうした情報公開は医療スタッフにとっては不愉快な面があるのも事実である。しかしながら、高度情報化社会において医療分野だけが例外たり得る訳がない。

次に、英国医療制度の立ち直りのキッカケとなった最大の要因は、やはり医療費の増額効果である、と断言できる。すなわち、医療機関の収入増加が職員待遇の改善、設備の拡充、サービス向上などに充てられ、負のスパイラルから脱却できた。日本では、未だに医療費抑制の方針が継続されており、英国のような国家戦略的な変化は当面期待できず、自助努力により増収を図る以外に手立てがない。わが病院も収益増加により経営健全化を図り、できるだけ早く正のスパイラルに入ることが最も重要と思われる。当然のことながら、経営改善の果実は結果が出た後にしか味わえないことも認識すべきである。職員全員が経営改善の意識を共有し努力することが何よりも不可欠である。

文 献

- 1) Office of Health Economics, Compendium of Health

Statistics 2008. Radcliffe Publishing Ltd. p 120, 2008

- 2) 近藤克則：英国の医療制度改革に学ぶ，日本が進むべき道. ファイザー・フォーラム No. 66, 2002
- 3) OECD, Health Data 2008. ホームページより引用
- 4) Department of Health ホームページより引用
- 5) Kingston Hospital, Annual Review 2007-08, p 10