

イギリスの医療制度－費用対効果向上への取り組み

2007年12月8日

竹之下 泰志

はじめに

労働党政権が97年に発足したとき、イングランドの医療システムは、世界の他の先進国同様、財政的に厳しい状況にあった。大局的にみると、高齢人口の増加による医療需要の拡大、医療技術の進歩による高コスト化などのコスト増要因に対して、システム全体の効率化と資金繰りが後手にまわったというのが、財政難に至った構図だ。労働党のブレア政権は、効率化と資金繰りの両面で、大胆な政策を実行した。本稿では、イギリス（イングランド）の医療制度の中で、特に効率化の取り組みについて、1）医薬品のコスト削減、2）治療のコスト効率の改善、3）医療機関の効率化、4）医療提供体制の効率化、について議論を進めていく。

詳しい説明を始める前に、イギリスの医療のイメージを持って頂く為に、仮想的な患者さんの例を使って医療を疑似体験して頂きたい。

Aさんは、70歳で一人暮らし。中度の高血圧と糖尿病を患っている。地元のGPに定期的に通い、薬をもらっている。高血圧には、ベータブロッカーの後発品。注射が嫌いなので、雑誌で読んだ吸入型のインシュリンが使いたいとGPに相談したが、NHSの治療の枠内では保険がおりないと言われ、従来型のインシュリン注射を毎日行なっている。腰痛もあるが、GPに相談したところ病院に行ったり、薬を飲むほどではないと言われ、NHS内の理学療法師の手当てを月に1回受けている。痛みのあるときは、薬局で買った痛み止めを飲むこともある。3ヶ月ほど前、明け方にひどい腹痛に襲われ、不安になり、病院の救急外来へ行った。しかし、最初に対面した当直のGPに簡単な診察のあと心配するほどではないと言われ、数時間ほど観察ベッドで過ごした後に家に戻ってきた。帰り際に、看護婦さんからNHS電話サービスの番号渡され、今後同じような症状があったり、不安になったときは、病院に来る前に、その番号に電話を書けるようにと言われた。その後は概ね普通に生活している。

Bさんは、80歳。1月前に、すい臓がんと診断され余命は後2-3ヶ月と告知された。保険適応内の選択肢として一般的になっている化学療法をうけるか、もしくは、緩和医療に特化するかを与えられ、家族と相談して、積極的な治療は受けないこととした。自宅で奥さんと一緒にひっそりと暮らしている。終末医療専門医の管理のもと、毎日、地元の保険組合の訪問看護師が鎮痛薬を投与するために訪問してくる。身の回りの世話のために、自治体からソーシャルワーカーが手伝いに訪れる。

これらの事例から読み取れるのは、医薬品の無駄使いを減らし、また可能な限り後発品で済ませる、必要がない限り病院へ行くことは避ける、終末医療の選択肢が早期に与えられ、患者と家族が議論し判断するなど、医療費の節約という発想が医療現場の医師、看護師、そして患者まで浸透しているということだ。この節約の発想は、Value for Money（値打ち）という言葉で表現されている。Value for Money の考えがどのように醸成され、どのような仕組みで支えられているのかを説明して行きたい。

1) 医薬品のコスト削減

医薬品のコストは、大きく分けてガイドラインの設定と遵守、と医薬品利益調整の2つの方法で抑制されている。まず、ガイドラインについて話を進めたい。

NICE の役割

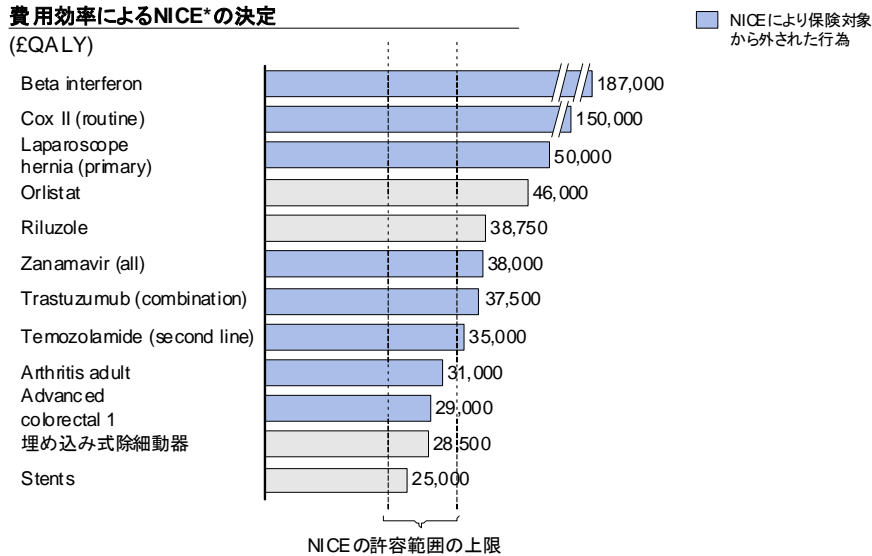
イギリスの公的医療（NHS）でカバーされる治療方法と薬剤、医療機器に関しては、National Institute of Clinical Excellence（NICE）という機関によって、その基準が決められている。NICEは、治療や薬剤に関して、その有効性は勿論のこと、経済性の観点からも評価し、国民が受けられる治療を決めていく。NICEは、政府とNHS（国立医療サービス）からは、独立した法人で両者の干渉を受けることなく方針を決めることができる。

新薬が上市された後、最初の1年程度は製薬メーカーが独自に価格を決め、医師に対してその対象患者、症状について説明をすることが出来る。しかし、1年程度経ち、その薬に対する現場の医師の評価が定まってくると、NICEは臨床現場の意見、海外における当該医薬品の承認、使用状況、コスト対効果等を考慮しながら、具体的にどのような患者に、どのような状況で当該薬品を使用すべきかを決定する。ここで特筆すべきは、コスト対効果のウェイトの高さだ。国民医療の限られた資源をより有効に活用するValue for Money（値打ち）というキーワードのもと、一人の患者の健康を一年間得るためにはいくらのコストがかかるのという指標（QALY: Quality adjusted life years）を用いて、医薬品の価値を厳しく評価する。慣例的にQALY3万ポンドが保険適用の限界とされ、一部の抗癌剤などが保険対象外となっている。添付1はNICEガイドラインの一例。NICEのガイドラインは、拘束力を持つ。

添付1

高額な治療法は保険の対象から外されている

費用効率によるNICE*の決定 (£QALY)



* National Institute for Clinical Excellence (国立臨床研究所)

6

また、同種品に関しては、よほど優れた差異を証明できない限り、既に市場にある製品と全く同じ括りに入れられ、「当該カテゴリーの中で最も廉価なものを活用するように」という決定が下される。抗高脂血症薬など既に後発品がある医薬品カテゴリーでは、当然後発品が使用されることとなる。また、同種品の定義は広く、例えば高血圧の治療においては、ARBとベータブロッカーは同種とみなされ、ベータブロッカー（後発品）がファーストライン（優先）の治療となっている。

各地域保険者による医薬品コストの削減

イギリス各地域には152の地域保険団体に該当するPCTがある。各PCTは、国から受けた国民皆保険の保険料を、地域住民の健康を促進するために有効活用するというミッションを持っている。医薬品に関しても、地域の住民にとってよりValueForMoneyの確かな使用方法を常に検討している。具体的には、地域のGPと機関病院の専門医、PCTの薬剤師、PCTと病院の幹部からなる薬剤審査委員会で、医薬品の投薬ガイドラインを作成する。NICEのガイドラインが未だ決定されていない医薬品、ガイドラインがカバーしていない医薬品について、効果とコストの観点から、国内外の保険者の動向、臨床医による医薬品の評価などをもとにガイドラインを決めている。

決定された地域のガイドライン（NICEのガイドライン+NICEがカバーしていない疾患への医薬品に関してのガイドライン）は、「フォーミュラリー（推奨医薬品）」という言葉で表現され、GPと病院にその遵守を求める。現在、フォーミュラリーの実施率は70-80%程度と推定され、地域差がある。フォーミュラリーの定着に向けて、各PCTは、

様々な打ち手を実施しつつある。例えば、GPにフォーミュラリーをベースとした医薬品の予算を与え、その予算達成（予算内でのやりくり）とそのGPの報酬をリンクさせている。また、PCT独自に薬剤師を雇い、処方箋を調べ、フォーミュラリー遵守率の低いGPを訪問し、指導している。病院に対しては、フォーミュラリー外の投薬に関して、事前承認を義務付け、承認のない場合は保険金の支払いを行わない旨の契約を交わすことが一般的となっている。これらの施策の毛か、フォーミュラリーの実施率は、今後2-3年の間に80%を超えると言われている。

医薬品の利益調整

製薬メーカーは保健省との自主的な合意（PPRSと呼ばれている）で、各企業ごとに薬品の販売から得られる利益の総枠を決め、それを超えることが無いように管理している。具体的な仕組みを以下に説明する。まず、製薬メーカーは自社の製品に対して価格を自由に設定することが出来る。しかし、製薬メーカーの業界団体と保健省の自主協定により、製薬メーカーの対売り上げ利益率が8.4%を超えた場合、その超過分を現金もしくは値下げを通じて保健省に対して償還することとなっている。製薬メーカーはPPRSの仕組みに参加しないこともできるが、その場合、保健省によって薬価が決められることとなる。保健省の薬価は一般的に低いため、ほとんどの製薬メーカーは前述の仕組みに参加し、自ら価格を設定する権利を得ることを望む。

2) 治療のコスト効率の改善

医薬品同様、医療行為についてもValue for Moneyの観点からの厳しい管理が行なわれている。また、治療内容だけではなく、治療がコストの観点からどのような医療機関で行なわれるべきかということに関しても、適正化がはかられつつある。ここでは、医療行為の標準化と、医療機関間の役割の最適化について説明していきたい。

医療行為に対するガイドラインの設定と定着

NICEは、医療行為に関しても効果とコスト対効果の観点から、国家ガイドラインを作成している。医薬品と同様にQALY3万ポンドがひとつの目安とされ、これ以上のコストのかかる治療に関しては、原則として認めないという方針を貫いている。混合診療は禁止されていないが、NHSで認められていない治療はNHSの病院では受けることが出来ない場合が多いためには、患者は民間病院に行くこととなる。

保健省は、全国のPCTに対してNICEガイドラインに基づいて作成したMap of Medicineという標準治療プロトコルを、配布している。Map of Medicineには、各疾患に関して、どのような症状の患者に対してどのような治療を行なうべきかという標準的なアプローチが示されている。Map of Medicineの対象範囲はNICEよりも広い。

また、Royal Colleges という医師の団体があり、臨床成績の観点から最適な治療プロトコルを提言し、NICE の有力な情報源となっているとともに、現場の医師の協力を得るための大きな支えとなっている。

PCT は、前述の通り、地域住民の利益という観点から、これらの情報をもとに最適な治療ガイドラインを作成する。具体的には、PCT 内の PublicHealth（保健担当）部門と GP の代表者がリードをとり、地域の中核病院の医師などと相談をしながら、その地域に相応しい治療ガイドラインを作成する。例えば、肥満による生活習慣病が問題となっている地域においては、より幅広い健康指導や早期の投薬などが行なわれる。

これらのガイドラインは、医薬品のフォーミュラリーの実施と同様に、GP への指導と病院との保険契約の管理という形で実行される。現場の医師は、ガイドライン化された医療を概ね受け入れている。背景には、NICE、Royal Colleges など科学的な情報に基づき、中立的にガイドラインを設定する機関があること、また、全員が NHS の構成員であり究極的には利害が調整されているということがあるのではないか。

3) 医療機関の効率化

病院の経営に関しては、Payment by results（出来高払い）という施策を通じて、その効率化を図っている。まず、保健省が全国の病院のコストを Relative Cost Index（RCI）という指標を使って、診療行為別に分析する。NHS の保険者が医療機関に対して支払う診療価格（Tariff と呼ばれる）は、この RCI 値の全国平均を基準に決定される。結果として、平均よりコストの高い病院は、赤字になるリスクが非常に高くなるため、全国の病院は必死でコスト削減、業務の効率化に取り組んでいる。

今後、保険者の機能が高まるにつれて、保険者が複数の医療機関を競争させ、公定の診療価格より更に安い価格で契約を結ぶことが予測されるため、病院間のコスト競争は益々高まる方向に進んでいる。

より、ミクロの取組みとしては、全国の医療機関で診療科別のコスト分析を行い病院間のコスト構造を比較する取り組みが行なわれている。添付 2 は、診療科別のコスト分析の例。

添付 2

診療科別報告書の例 (1/3)

具体例

コストベンチマーク分析 3 - ...
 コストベンチマーク分析 2 - 1例当たりのコスト (£)
 コストベンチマーク分析 1 - 利益比較

2005 実際のサービスレベルの評価 (%)

	整形外科	循環器内科	婦人科	腫瘍科	眼科	その他
給与費/収入	60	60	65	50	60	60
• 医師給与/収入	7	7	10	5	7	7
• 看護師給与/収入	53	53	55	45	53	53
非給与費/収入	20	20	15	17	20	20
• 薬剤費/収入	12	12	11	10	12	12
• 診療・手術経費/収入	2	2	3	2	2	2
• 診療外費用/収入	6	6	1	5	6	6
間接費用/収入	17	18	19	23	18	16
• 診療補助経費/収入	14	15	12	17	15	12
- 手術室経費/収入	10	11	5	10	11	9
- 病理経費/収入	3	3	1	5	3	3
- 画像経費/収入	1	1	2	2	1	1
• 会社経費/収入	3	3	7	5	3	4
総費用/収入	97	96	99	90	98	96
金利・税・償却前利益	3	2	1	10	2	4
設備投資/収入	4	2	1	2	4	3

■ トップレベルと同じまたは上
■ トップレベルよりわずかに下
■ トップレベルより大きく下

資料: チーム分析

29

GPに対しては、その経営の効率化を図ることより、投薬や病院への紹介の削減など医療需要の抑制に対して大きな役割が与えられている。

4) 医療機関間の適切な役割分担とコミュニティーにおける医療の重視

医療提供システム全体の観点から見た場合、医療をより低コストの環境を行なうことが医療費の効率的な活用の鍵となっている。以下、イングランドで医療機関間の役割分担の見直しがどのように行なわれているかを説明して行きたい。

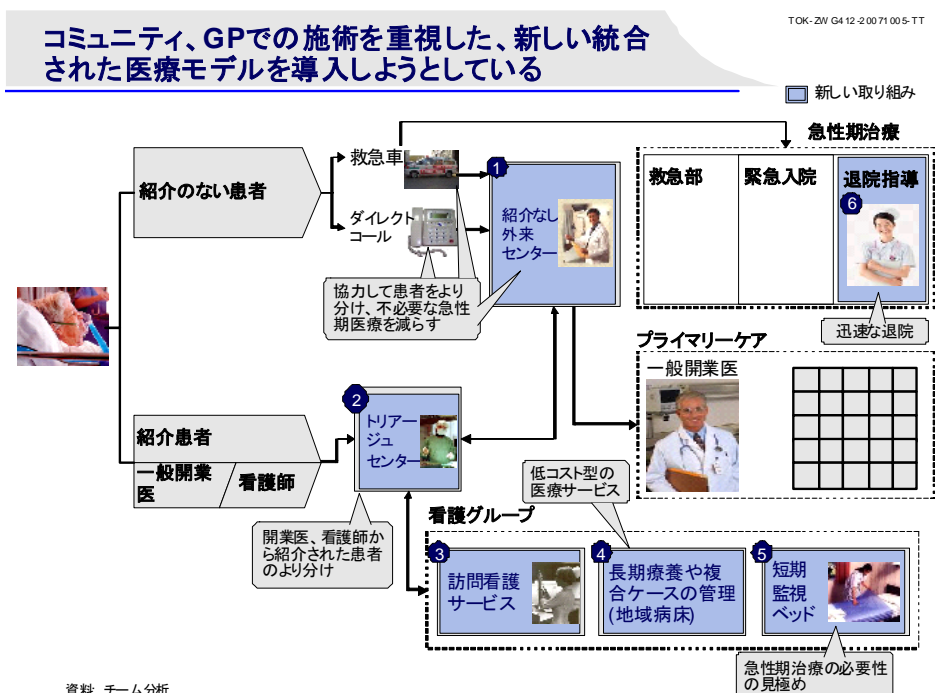
Healthcare for London

イングランドが今度構築していこうとしている医療提供体制は、外科医で医療担当の副大臣である Lord Darzi がリードをとってロンドン地区の医療提供体制の未来像を描いた「Healthcare for London」に集約されている。地域医療と予防をキーワードにコミュニティー看護師と GP の役割をさらに高め、出来る限り多くの医療行為を病院の外で実施するという方針。具体的には、従来病院で行なわれていた診断、検査の機能の多くを GP に移すとともに、専門的な医療行為に関しても、病院ではなく、専門技術を持った GP がクリニックで行なう。病院は、より高度な医療サービスに特化すると同時に、効率と医療の質の観点から集約を進める。

PCT の役割

全国の PCT は、このような国家的な流れの中で、各地域に相応しい医療提供体制の設計にあたっている。資料 3 は、ある地域の PCT が描いている医療提供体制の未来像だ。基本的な考え方として、病院で行なわれる医療行為を GP、そして地域の看護部隊へと移していくことがあげられる。例えば、病院の救急外来の前には、GP の当直医が配属され、病院でみる必要のない患者を担当する。また、退院を早めるため、地域内に訪問看護部隊と療養施設群を充実させ、それらと病棟との連携を強める。眼科、皮膚科、整形外科などの施術を病院外で行なうため、GP が共同で施設を建設することを支援する、など。

資料 3



GP の役割

医療機関間の役割の見直しという面では、GP は治療ガイドラインの設計ということを通じて既に大きな影響力を持っている。前述の通り、GP は PCT と協力して、地域住民にとって最も望ましい治療ガイドラインの設計にあたっている。この際、治療をどの医療機関（つまり GP か、病院か）で行なうべきか、ということが重要なポイントとなっている。GP はコストの観点から可能な限り多くの医療行為を病院の外で行なうことを目標としている。これまで病院で手術し、入院していた患者を、GP の施設での日帰り手術に切り替えるなど。

費用対効果向上の手法と功罪

イングランドにおける医療の費用対効果向上の手法としては以下の3点があげられる。

1) 情報の見える化

まず、第一に情報が充実しているということが挙げられる。医療成果、コスト効果、病院の経営、など様々な面で、若干粗いながらも骨太の指標を設定し、その指標に関して情報を集め、開示している。

2) 基準、ガイドラインの活用

中立的で権威を持った機関が、科学的な情報と方法論に基づいて基準を設定し、それを現場が遵守する。ただし、基準に適度の「遊び」が許されており、これが基準の定着率の向上につながっている。具体的には、**QALY**の上限に関しても目安は3万ポンドだが必ずしもその通りの裁定が下されるということではなく、また、ガイドラインに対しても、事前に承認を受ければ例外は許される。**PCT**が地域のレベルでガイドラインを修正する余地もある。

3) 理念と方針の共有

現場の保険者、**GP**、医師、看護師とも全て、**NHS**の構成員であり、限られた資源を国民の健康の最大化に使うという理念が共有されている。また、医療行為の**GP**、コミュニティーへの移行、予防の重視など、主要な方針が具体的な施策の検討にあたってうまく生かされている。

これらの手法は、合理的に構築されたもので、効果と経済性という観点からは成果をあげている。しかし、トップダウンな性格が強いため、医師の技術革新への意欲の低下、政府や**NHS**から示される短期的な達成目標に依存するターゲット文化を醸成している、などの批判もある。