

イギリスの医療・保健サービスと新型コロナ感染爆発への緊急対応の概要

2021年10月25日

関屋 宏彦*

新型コロナの緊急事態対応において、日本の医療・保健制度の脆弱性が露呈し、改革を早急に検討する必要に迫られており、海外諸国の制度との比較にも関心が高まっている。

イギリスでは、2021年1月、2回目の感染爆発がおきた折には、前年3~4月の1回目の経験を活かし、ワクチン普及前であったが、何とか医療崩壊を食い止めることが出来た。イギリスの税方式による医療・保健制度は、日本の社会保険方式による民間主体の制度とは異なるため、直接的な対比は難しいが、非常事態に対応する今後の日本の医療・保健制度改革へのレッスンは多々あるものと思われる。

イギリスの公営医療・保健サービスは、National Health Service(以下 NHS: 国民医療保健サービス)と総称され、行政、地域ごとに医療・保健サービスを管理する機関および病院・診療所を包含する。1948年に労働党政権下で、英国流福祉社会の柱として設立され、幾多の政権交代を経ても、公営サービスとして維持されている。

1. NHS の特色

1.1 イギリスを構成する4つの Nation (イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド)毎に NHS の権限を移譲し運営。以下では NHS England の事例を対象とする。

1.2 NHS の制度運用の基本理念を憲章(NHS Constitution for England)として制定、7つの原則を提示。中でも、後述する評価には次の4項目が密接に関連している。

- A. 全ての人に包括的なサービスを、原則として無料で提供
- B. NHS サービスへのアクセスは、利用者の支払い能力ではなく、保健医療のニーズに対応
- C. 利用者の体験に焦点をあて、高い安全性と効果をもたらす高品質のケアを提供
- D. 納税者にとって最適なヴァリューフォーマネーを追求すべく、有限のリソースを最も効果的・公正で持続可能な形で活用。

1.3 「税方式」により運営される公営の医療・保健サービス

NHS 利用者は、税収を主な財源とするため、保険料負担は不要であり、医療費も原則、無料(但し、医薬品は医師による処方箋がない場合には有料)。筆者のような居住権を有する外国人居住者も同様の扱いとなっている。

なお、イギリスの総医療費のうち9割を NHS が占め、自己負担による民間医療サービス(歯科などに多い)は残り1割に止まっており、以下では議論の対象外とする。

1.4 NHS England の組織構造¹

NHS England は The NHS Confederation と呼ばれる複合組織体で、下記のような複層的な構成になっている。

- ▶ イングランドのナショナルレベルの行政組織は NHS England and NHS Improvement および Care Quality Commission からなり、中央政府から国民医療・保健サービス全般に係る権限委譲を受け、その業務を下記の地方レベルの行政組織に更に権限移譲するとともに、保健省からの国民医療・保健サービスの指令を同組織に伝える。

*在ロンドン、公益財団法人都市化研究公室 監事

¹ 2021年9月現在。出所 NHS England および The King's Fund など

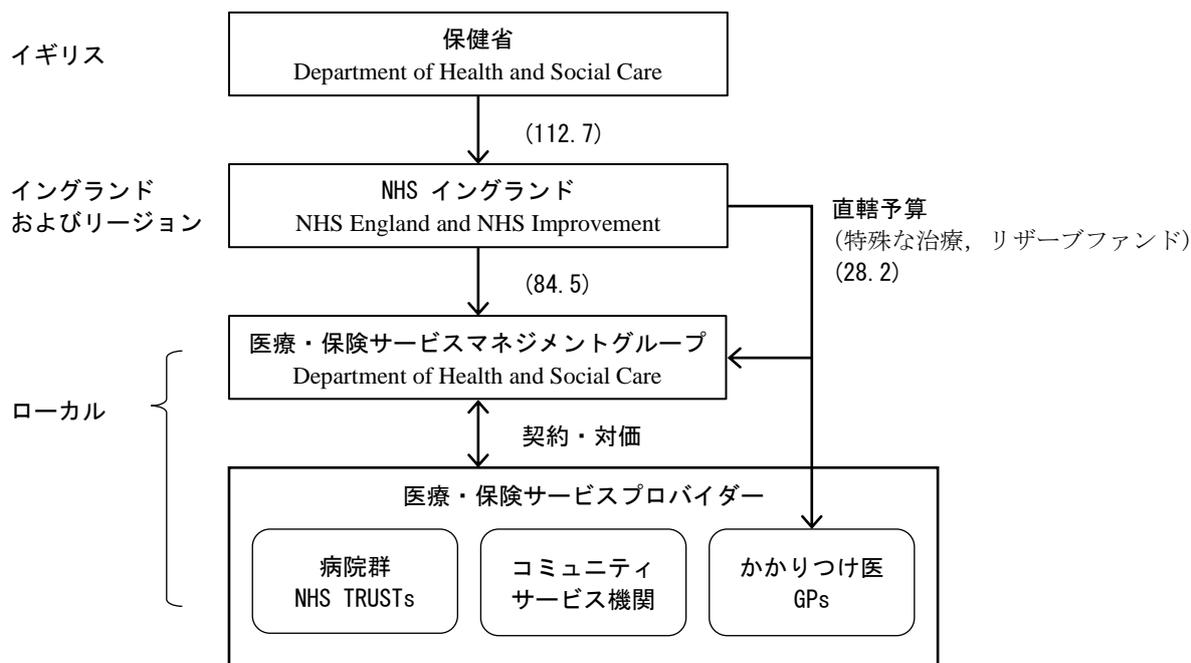
- ▶ 地方レベルの行政組織、NHS England and NHS Improvement regional teams は、管轄区域において、NHS の保健・医療サービスの全ての実施機関によるサービスの品質とパフォーマンスを監督するとともに、下記に述べる区域毎の実施管理組織と連携して業務を実施する。
- ▶ 区域毎の実施管理組織、Sustainability and transformation partnership (STPs)は、担当区域（1か所1-3百万人）におけるNHSサービスの予算配分等を担当する下記のマネジメント組織、地方自治体、医療サービスプロバイダー等を統率し、当該区域における長期的なニーズに沿って計画を立案する。なお、STPs は、現在、政府の計画に従い、更に区域のニーズ密着型の統合ケアシステム、Integrated Care Systems (ICSs)に権限移譲を進めており、2021年中にイングランド全体に普及予定である。

- ▶ 区域毎の医療・保健サービスのマネジメント組織、Clinical Commissioning Groups (CCGs)は、NHS England から委任を受け、上記の STPs と調整し、担当区域の医療・保健サービスニーズに対応してサービスプロバイダーと契約し、予算の範囲内で、それぞれの機関とサービスの購入契約を実施する（2019/4 現在、191 か所）。なお、上記の ICSs の普及完了後、CCGs はその業務の一部に吸収される予定。
- ▶ 医療・保健のサービスプロバイダーは、NHS Trusts と呼ばれる病院群、かかりつけ医 General Practitioners, メンタルヘルスその他のコミュニティサービス等実施機関からなる。

以上の NHS England の医療・保健サービス複合体におけるサービスと資金の流れを略記すると下図の通り。

NHS イングランドの医療・保健サービス複合体 略図
～ サービスと資金の流れ ～

(金額：十億ポンド，2018/19 政府予算)



(注) The King's Fund 資料(2018.4)を要約

1.5 一次医療と二次医療の明確な分担

日本とは異なり、日常的な医療・保健問題は居住コミュニティの“かかりつけ医”の診療所が担当し、救急医療と診療科別に特化した外来や入院治療は病院群が対応する明確な分業体制を取っている。

1.6 一次医療を担う“かかりつけ医“(以下 GP: General Practitioner)の大きな役割

医療・保健サービスを受けるには、近隣の GP 診療所に NHS 番号を登録したうえ、原則として GP の診療を先ず受ける必要がある。GP は、患者を診察し、処置し、必要であれば、医薬品の処方を行う。GP は内科医が多く、高度・専門的な医療が必要と判断した場合には、専門病院等での診療を紹介する仕組みとなっている。

GP 診療所は、外来、電話相談、在宅医療、医薬品の処方箋発行など、幅広い医療サービスを提供するとともに、日本の保健所の機能に相当する保健サービスも実施。GP のサービス時間外には、地域の時間外専門サービスがバックアップし、24 時間年中無休の体制を取るほか、NHS のコールセンターを通じ、専門的トレーニングを受けたオペレーターによる電話(111番)助言サービスと、緊急対応サービス(999番)が無休で実施されている。

なお、歯科医療も一次医療に位置付けられ、GP を通さずに直接診療できる。しかし、NHS と直接契約を結び公費によって診療を行う歯科診療所もあるが、ごく少数で、大半はプライベート診療となっている。

1.7 二次医療を担う専門病院等での診療

▶ GP の紹介によってアクセスするケース

GP 診療所では、血液検査、心電図等、頻度が高く、軽装備の検査は受けられるが、レントゲン等検査機器を配置しておらず、各種の検査を始め、ガン、心臓病、関節治療などの専門医療は、公営の専門病院が担っており、GP の紹介により受診が可能となる。

▶ 利用者が直接、2 次医療にアクセスするケース
緊急対応および例外となる産科の受診などに限られている。

▶ 専門病院群の組織形態

病院群は、政府から一定の独立性を付与された NHS Trust トラストと呼ばれる別々の公的な組織体として運営され、傘下に複数の病院を持つ。評価がよければ、人事・資金調達 of 自由裁量権を持つ”Foundation Trust”と呼ばれる公的な組織体に移行可能となる。利用者は、GP より、原則として、居住するカウンシルの専門病院を紹介されることが多い。

1.8 医療・保健に係る情報システム

上記のように、NHS の利用者は、GP、専門病院の診療および予防接種等の保健サービスを含め、NHS 番号を取得する必要があり、それによって個人の診療記録が NHS において共有されている。そのため、GP、専門病院、利用者間での迅速なコミュニケーションが可能となる。そのため、日本では同一の病気を複数の病院にアクセスして診療や医薬品を受けることが可能だが、イギリスでは、この統一的情報管理システムによって、重複してサービスを受けることを防ぐ仕組みとなっている。なお、日本ではマイナンバーカードの医療用への応用が開始されているが、NHS 番号と医療・保健情報は本人と医療・保健関係者に限定して運用され、社会保険番号等と共有化する動きにはなっていない。

2. NHS のアクセス、質および費用の観点からの評価

2.1 医療・保健サービスへのアクセス

▶ イギリスの市民・居住者は、その医療・保健ニーズに対応して、原則として無料でサービスを受給でき、支払い能力がなくてもサービスへのアクセスは可能。

▶ 二次医療では、緊急時の迅速な対応には定評があるが、通常は地元の GP の診療を受け、専門病院・医師にアクセス可能となる仕組み

で、診療を受けるまでの待機日数が長いことが多い。また、利用者の都合による医療機関・医師への選択的アクセス（含む重複診療）は不可。そのため、利用者は、日本のように、最先端の高度医療を自分の判断で選択する自由は狭められることになる。

2.2 医療・保健サービスの質

- ▶ 包括的なサービスを提供。医療のみならず、感染予防など日本の保健所機能を含む所謂、“ワンストップサービス”を実施する制度となっている。そのため、イギリスでは、新型コロナの緊急対応において、日本の保健所のキャパシティー不足がボトルネックになるような事態にはならなかった。
- ▶ 税収等を財源とするため、限られたリソースをフェアで効果的に活用する観点から、最先端の医療サービスの供給には限界あり。
- ▶ 一次医療を担う GP 診療所においては、予算制約等から、省力化のため電話相談を多用する傾向があり、また、検査機器も軽装備で、レントゲン・CT などを含め専門病院での検査の依存度が高いため、利用者にとって不便なことが多い。そのため、2021年10月、NHS イングランドは、保健省とともに、GP のサービス改善プラン (Plan set out to improve access for NHS patient and support GPs) を発表し、予算を投じて改善に取り組むこととしている。
- ▶ 医療・保健サービスの人材面のボトルネックは、待遇のよくない保健師を中心に従来から深刻なうえ、2021年1月、イギリスが EU を離脱した前後から、医師を含む不足する人材を EU 諸国からの流入に期待しにくくなっており、医療・保健の質を保つうえで、人材の確保は最も重要な課題となろう。

2.3 医療・保健サービスの費用

- ▶ 税収を主な財源とするため、利用者は原則自己負担なし。そのため、野放図な医療サービ

スの利用による財源不足を抑えるため、一次医療を担う GP によるスクリーニングがゲートキーパー役となっている。

- ▶ 専門病院においても、最先端の高度・高額医療や延命治療を受けるには、日本以上に制約が強く、コスト節約となっている。

3. COVID-19 による感染爆発時のイギリスの医療・保健サービスの緊急対応能力

3.1 病床数および医師・看護師のキャパシティー不足

人口千人あたりの病床数および医師・看護師数で見ると、下表のように、日本、ドイツ、フランスと比べ、イギリスは低いレベルに止まっており、コロナパンデミックが最も深刻化した 2020 年 3 月～4 月および 2021 年 1 月において、厳しい対応を迫られた。特に、コロナ禍で最も必要とされる集中治療病床数でもドイツ、フランスに比べ見劣りし、第 1 回の全国的ロックダウンを開始して以降、“Save NHS” が政府の至上命題となった所以である。

～ 医療資源の国際比較 ～ 人口千人あたり

項目	イギリス	ドイツ	フランス	日本	アメリカ
病床数	2.6	8.1	6.1	13.1	2.8
集中治療室病床数*	10.5	33.9	16.3	5.2	25.8
臨床医数	2.8	4.2	3.1	2.4	2.6
看護師数	7.9	12.9	10.2	11.3	11.6

OECD データ、2016 年または 2015 年数値 (2019.3 ニッセイ基礎研究所資料から引用)

*のみ、2017～2020 年数値 (2021.9 坂本晴香慶応大学医学部特任助教)

3.2 感染爆発下の医療資源の集中的マネジメント

第 1 回の感染爆発後の緊急事態において、2020 年 3 月 17 日に、政府は全国の医療機関に対して通達を出し、その折に NHS が取ったその具体策は、後日のレッスンとするため、2020 年 4 月 12 日に、「感染爆発時の医療マネジメントガイド」(“Clinical guide for the management of surge during the coronavirus pandemic: rapid learning”)としてまとめられている。その骨子は次の通りで、上記の現有の医療資源の不足を緊急

かつ集中的な医療サービスマネジメントによって克服しようとした経験が記録されている。

- ▶ 司令塔となる地域緊急対応チームが当該地域の医療資源を総合的に管理し、事前の備えを含め、医療現場と協議して対応策を指示。
- ▶ 新型コロナ感染者病棟、特に集中治療キャパシティの拡大を図るため、公的病院のコロナ対応以外の部門は閉鎖・縮小し、その空き病棟等を転用。必要に応じて、病院間の患者の移動の他、経済的補償を前提に民間病棟・病床も転用。また、ナイチンゲール病院と称される仮設病院も軍の支援を得て新設した。
- ▶ 医師・看護師の緊急動員：専門の内科医・看護師を中心に、空き病棟から転用された専門外の医師・看護師にトレーニングを実施の後、チーム編成。非常時のため、医療従事者を自由に移動させる権利が病院長に与えられた。加えて、既存の要員の他、引退した医師・看護師への復帰要請、医学生・看護学生を動員して補助要員として活用。特に、集中治療の要員が不足する場合には、近隣の病院からの支援システムを有効に活用。

なお、このようなコロナ感染爆発期の集中管理体制によって、閉鎖または縮小されたがん治療などの部門では、手術の遅れが深刻化し、待機リストの早期解消が今日に至るまで課題となっていることに留意する必要がある。

3.3 予防、テスト体制

日本では、クラスターをベースに感染源を追求するアプローチと保健所のキャパシティ不足から大規模なPCRテスト体制を構築していないが、イギリスでは第1次の感染急拡大の折に対応が遅れた反省から、2020年4月以降、大規模なテスト体制の構築に着手し、2020年秋には一日当たり百万件のテストを無料で実施できる能力体制を整えるに至った。更に、30分で自己判定できる迅速抗原検査キットを、GPや薬局を通じて無料で利用可能とし、学校、会社、イベントなどにおいて、手軽

に利用可能とした。簡易検査結果はオンラインでNHSに登録し、陽性の場合、PCR検査を行うことが義務付けられ、確定すれば、NHSが感染源特定と自己隔離を指示する仕組みを構築した。ワクチンが普及しても感染者が高止まりし、感染源を特定できないケースが増えている状況を見ると、テスト体制の充実は不可欠であろう。

新型コロナの緊急時の対応が一段落するにつれ、今日に至るコロナ対応をレビューする動きが出つつあり、イギリスでは、下院の超党派グループが、政府のイングランドにおけるコロナウイルス対応について報告書(“Coronavirus: lesson learned to date”)をとりまとめ、10月12日、発表した。ワクチン関連の対策については、研究開発から接種事業に至るまで成功を収めたと賞賛する一方、パンデミック初期に十分な感染対策を取らなかったことが、過去最大級の公衆衛生の失策につながった、との厳しい指摘を行った。コロナによる非常時の対応の成否は、インフラとなる医療・保健制度の能力とともに、首相のリーダーシップと科学・医療専門家との連携、医療・保健行政と医療・保健従事者の対応、ワクチンなどライフサイエンスへの取り組みと普及体制、および市民・患者のパンデミックへの向き合い方など、多面的要因によっていること痛感する。イギリス政府が来年に予定する本格的な検証報告に期待したい。

(以上)