



イギリスの医療は問いかける

森 臨太郎

I. はじめに

違う国の医療をそのままの形で輸入しても仕方がない。しかし自分の国を見るには、他の国と比較しなければ見えない。これは人間関係も同じで、他の人がいるから自分というものがわかる。イギリスに限らず、他の国から勉強できることはあるのではないかと考えている。

II. NICE 設立の背景

サッチャー政権時代は新自由主義と言われていた。アメリカで言えばレーガン大統領時代で、いずれもできるだけ小さい政府をつくって、民間でどどんががんばっていきましょうねという考え方である。この時代には多くの国営事業が民営化された。例えばイギリスの郵便制度であるロイヤルメールは、「ロイヤル」とついているものの、実は民営化されている。日本でも国鉄がJRになったように、鉄道も英国航空も国営であったものが民営化された。

医療も民営化されるという話があったが、国民の反対にあい、完全に国有化かという微妙だが、今でも公的な医療のあり方のままである。

民営化を行い市場主義化していくと、格差が問題になる。極端な話をすれば、インドのボンベイのように、向こうにはすばらしくきれいなビルディングが見えているその手前にはスラムがあるという、格差である。地域もしくは病院が、市場主義化してどどんどどん自由にな

るから競争が激しくなって、いいところはどどん勝ち組になるが、だめなところはどどん負け組になってしまう。格差が広がり、大きな問題となる。

第二次世界大戦前のイギリスでは、慈善病院などで医療は提供されていた。しかし制度としてはカオスの状態であった。その後、保守党政権から労働党政権に代わったことで、国の考え方も変わり、以前から唱えていた医療の国営化を検討しはじめ、戦後、労働党政権に代わってから NHS (National Health Service) が発足した。NHS の設立は 1947 年である。ゆりかごから墓場までという標語をもとに、生まれたときから亡くなるときまで、社会保障は国できっちりと全部見ますよというのが、NHS の理念である。日本では社会保険制度といって、社会保険という公的な保険によって、医療の大半がまかなわれているが、イギリスの場合、財源は完全に税金であり、医療を受ける方は原則無料である。NHS 設立と同じ 1947 年にイギリス政府は病院や診療所を買い上げ、すべて国有化した。これは当時すごい実験である。資本主義社会における医療制度のあり方としてすばらしいと言われた時代もあった。ところが社会主義化すると必ずしもうまく行かなくなる。制度疲弊を起こし、効率が悪くなり、質も落ちていった。

1979 年に保守党のサッチャー政権では、いわゆる民活を行う。医療もその例外ではなかったのだが、完全民営化はできず、部分的に民営化し、市場主義の原理を取り入れた。内部市場主義といい、医療のあり方を一部市場化したのである。その結果、自由化による競争が行われ、

地域格差が生まれた。また中途半端な自由化だったため、官僚主義・公務員主義は変わらず存在し続け、待機リストはどんどん長くなり、医療従事者のモチベーションが下がってしまうという状況になった。改革の方向は悪くなかったかもしれない、実際に一部よくなったのだが、全体には悪くなってしまった。格差が広がると、健康指標は必ず悪くなる。一番上がどんなによくても、格差が広がれば広がるほど、全体の健康指標は悪くなるのである。

その後、しばらく保守党政権が続き、久しぶりに労働党が政権をとったのはブレア前首相のときである。ブレア氏は鉄道と医療を改革すると言い、それはぜひやっていただきたいという国民の支持を受けて当選したと言われている。ブレア氏はイラク戦争で有名だが、もともと医療制度改革と鉄道改革が柱であった。公平性や平等、社会主義が大事な一方で、やはり効率も大事であるという、この両立がひとつのテーマであった。当時 OECD11 カ国で GDP 比の医療費が一番低かったのがイギリスだった。そのため医療費の基となる社会保障費にもう少しお金かけましょうという形で、5年で5割増しにした。今も増え続けているので、実は現在最下位は日本である。

その柱になったのは、第三の道という考え方である。第一の道とは社会主義、第二の道は自由主義もしくは市場主義、そして第三の道は効率を上げると同時に、すべてをお金で走らせることなく、医療の質・安全を目標とする方法である。これは、1998年にBMJに掲載された新しい考え方で、診療ガバナンス、英語で Clinical Governance と言う¹⁾。(図1)ブレア政権が初めて提唱したものではないが、その当時この言葉がすでにはやりになっていた。質や安全を高めるあり方として、最適最良の医療という目標を作り、それを導入し、しっかりとモニターするというサイクルで行われる。この中でその目標をつくるのが、実はNICEの仕事である。

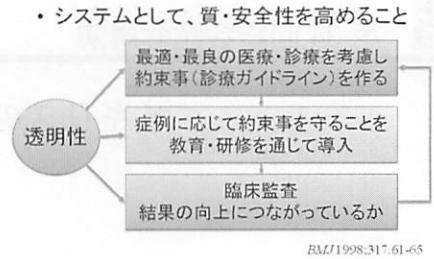


図1 診療ガバナンス

Ⅲ. NICE 診療ガイドラインの特徴

NICE の診療ガイドラインの特徴を示す。1)ブレア政権保健医療改革の目玉のひとつであった。2) 科学的根拠に基づくこと。科学的根拠に基づくことが重要というより、客観的に誰もが納得できる事実から出発するという意味である。3) 経済分析、すなわち、あることをすることは費用対効果があるのか、限られた資源である税金をいかに賢く使うかを含める。4) 医療従事者の中でも医師だけではなく、看護師、患者、一般の代表者、心理の専門家など、トピックによってさまざまな専門家が参加する。5) 一般人や患者の代表が平等な立場で参画する。6) 利益の相反への配慮。7) 何回も公開されて意見を公募する。8) 無料公開²⁾。

科学的根拠に基づくガイドラインをつくるときには、当然質の高い研究を集めなければならないので、その出発点は文献の検索である。作成メンバーはその分野における専門家が集まり、技術的な部分のサポートは、共同研究所 National Collaborating Centre が担当する。臨床上の疑問に基づいて医療情報の専門家が検索し、系統的レビューの専門家が集めたエビデンスをまとめて、なおかつ医療経済的な分析をする。これらのエビデンスに基づきディスカッションした上でつくっていく。医療情報の専門家はだいたい司書からさらに医療情報の専門の修士を取得した人がほとんどである。ある臨床上の疑問に関して研究論文を網羅的に集められる能力については、臨床疫学を勉強した医師と比較してみ

ても、こういう医療情報の専門家にはかなわない。検索式をつくるなど、データベースの専門家というのは非常に必要とされている。

一方で系統的レビュー専門家は、集めた論文の中で、質のいい論文だけを取り出し、場合によっては統計的にメタ解析とって、集めて結果を表記するといった研究も行う。同時にその結果に基づき、費用対効果の客観的評価を行う。

ただし、このような量的な評価だけでは問題である。その具体例として、小児の糖尿病のガイドラインがある。小児糖尿病の場合、先天的にインスリンの問題点があることが多いので、どうしても小さい頃からインスリンの注射を続ける必要がある場合がある。問題は、どうやったら子どもたちに続けてもらえるかということであり、これは数字とかデータとかエビデンスだけではいえない問題である。皮下注をずっとしてきた子どもたちに集まってもらい、年齢別にフォーカスグループディスカッションを行った。

また、「フォーマルコンセンサス法」という方法もある。これは客観的にあるメンバーのコンセンサスをつくるという方法で、さまざまな人もそれぞれにしっかり意見を代表していただかないといけないので、それを客観的にする方法である。このように、できるだけ客観的に、しかし単に数字だけでなく、構成員もしくは社会のみなさんの価値観をどうやって組み入れていくかを、工夫し続けていくのがこのNICEの診療ガイドラインの特徴である。

作成構成員のコンセンサスがあるとしたら、構成員がどういうメンバーであるかは、非常に重要である。バランスの取れた政策をしていくには、地理的なバランスや職種によるバランスなどが重要である。実際に診療に携わっている人たちが話し合っつくるといった考え方がある。

利益の相反として、透明性を確保している一方、ガイドライン作成会議の内容は発行されるまでは秘密厳守である。なぜなら、途中で内容が漏れると、さまざまな関係者が内容に影響しようとして、構成員に圧力をかけることがある

からである。

会議には適正な人数というのが存在するという研究がある。会議の効果は、人数が多いほうがより多くの意見を反映される一方、多くなるとコミュニケーションが難しくなる。適正な人数は、12人前後とされている。こういう研究結果があるので、メンバーは10人から12人ぐらい、というのがNICEガイドライン構成員の構成の形になっている。患者や一般の人の参加は、このガイドラインに限らず、ブレア政権になってからHealth and Social Care Act 2001という法律の第十一に定められている。

作成後は、導入のためのキットを作成する。ひとつはガイドラインを使うことで、コストとしてその病院がどう変わるかを計算するキットである。また、診療行為を常にモニターし、それにより医療の質を改善していくための項目や支援ツールも作成している。またガイドラインの内容を紹介するためのスライドセットも重要なツールのひとつである。

IV. 新しい政策過程

NICEのガイドラインやイギリスにおける医療や保健制度の経緯を述べたが、その裏にある考え方は何なのだろうか。科学的根拠に基づくやり方は非常に重要である。量的根拠、たとえばデータや数値で表されるような研究結果から出発し、それよりも少し質が落ちる観察研究も検討し、そして医療経済的な話、すなわち価値観の問題を検討する決断分析を行い、それから質的研究により実際に社会として受け入れられるのかということも加味した上で、政策や診療ガイドラインをつくっていく。ここに、受け手側・社会の価値観が反映される。これは、ひとつの新しい政策過程のつくり方と考えられる。(図2)

科学的根拠には常に限界がある。その限界を了解した上で、客観性・透明性を確保したままプロセスで行う必要があり、そこにはいわゆる民主主義の手法も鍵になる。

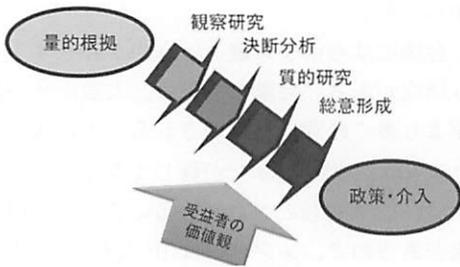


図2 科学的根拠からその実行まで

V. 日本の医療へ

こうした政策過程の中から日本の医療が学べることがあるだろうか。客観的に日本を見た場合、改善すべき点として三点あげられる。(図3)

「虫の目と鳥の目」という言葉がある。日本においては、虫の目であるいわゆる現場はかなり努力しているが、一方で全体を見る戦略や全体を鳥の目で見るというところは少し弱いと感じる。たとえば、イギリスと日本の小児科医の数の比較を示してみると、イギリスの総人口は、日本(1億2,700万人)の約半分で5,900万人である。人口10万人当たりの病院勤務の小児科医数は、イギリス29.2人、日本36.6人である。小児科標榜病院の数は、イギリスでは200余りだが、日本では4,000近くある。ひとつの病院あたりの小児科医数は、イギリスの場合は20人ぐらいだが、日本は1.8人である。このことは当然勤務時間や当直の多さに反映されていく。医療計画を地域ごとにしっかりと持つことで、このように効率よく医療を提供する体制は組めるものである³⁾。

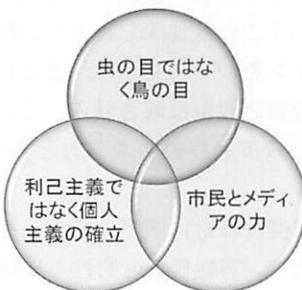


図3 日本に足りないところ

フランス、ドイツ、日本、スウェーデン、アメリカ、イギリスの医療提供体制を比較して、イギリスは最も社会主義的といえる。家庭医へのアクセスも限定されており、家庭医の給料は登録した患者の数によって決められている。病院の財政は、完全に予算制である。日本のみ、市場主義的に病院の医療も診療所の医療も提供されている。

また、メディアや市民の力が、日本ではもう少し強くなってもよいのではないかと考える。個人主義が日本では誤解されていることが多いとも感じる。個人主義が確立すると、個人は社会が活かされているものと考え、自己主張のあり方が変わる。

世界にはいろいろな国がある。豊かな国、貧しい国、さまざまな文化と歴史がある。それぞれの中で、その国のあり方が生まれてくる。医療も同じである。医療制度もいろいろあり、数値などで示しても、その裏にある歴史とか国民性などは見えない。こういう歴史や国民性、地理的条件、財政的な豊かさなどを見て、はじめて比較が本当はできる。こういう文脈もしっかりと考えた上で、日本という国もそれなりに理解できるわけで、イギリスの医療にしてもアメリカの医療にしても同じである。こういう比較を検討して、日本の医療制度を考えてみると、案外日本の医療もこれからどうしたらよいか、実は客観的に見えてくる⁴⁾。

参考文献

- 1) Scally G and Donaldson LJ: Looking forward: Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 317: 61-5.
- 2) 森 臨太郎: 周産期分野と根拠に基づく診療ガイドライン. *小児科*. 2006; 47(4): 503-9.
- 3) 森 臨太郎: 英国の産科・小児科医療から学ぶこと. *日本医師会雑誌*. 2007; 136(7): 1332-6.
- 4) 森 臨太郎. *イギリスの医療は問いかける: 「良きバランス」へ向けた戦略*. 東京: 医学書院; 2008.