



Title	イギリス医療保障制度の概要 : 日本の制度との違いについて
Author(s)	田畑, 雄紀
Citation	セミナー年報, 2012: 37-48
Issue Date	2013-03-31
URL	http://hdl.handle.net/10112/8089
Rights	
Type	Article
Textversion	publisher

イギリス医療保障制度の概要

—日本の制度との違いについて—

田 畑 雄 紀

関西大学経済政治研究所非常勤研究員
財政・社会保障制度研究班

はじめに

イギリスの医療保障制度である NHS（国民保健サービス）は、1990 年代以降、随時改革が行われている。とりわけ 2000 年以降の労働党政権では、NHS 予算が大幅に拡大され、組織改革、一般医への診療報酬改革、医療の質の改善などが行われてきた。近年の医療費の高騰などに対応すべく、問題を正面から捉え継続的に改革を行っていく姿勢は、評価すべきであろう。そうした改革などに伴い、NHS 予算が拡充されても、イギリスの GDP に占める総医療費の割合は日本と同等の低い水準であり、効率的に医療サービスを提供しているといえる。

イギリスと日本の医療保障制度には、保健医療サービスと社会保険制度というように、財源調達制度に大きな違いがある。また、診療報酬制度においてもその仕組みは大きく異なっており、それらの違いが、医療サービスの提供方法や患者の受診行動にも影響を与えていると考えられる。

現在の日本は高齢化や医療技術の高度化などによる医療費の急騰が進んでおり、医療保障制度に対する抜本的な改革が必要とされている。そうした日本の今後の方向性を定めていく際に、イギリスで行われている医療保障制度の仕組みやその改革、そこから生じる影響などについても、大いに参考すべきであろう。

本報告では、まず日本とイギリスの医療保障制度を概観し、その特徴と違いを明らかにする。そのうえで、近年イギリスで行われている NHS 改革を紹介する。そして日本とイギリスの医療データを比較し、その差が生じる理由を診療報酬制度の違いから分析し、今後の日本の医療保障制度の方向性を示していく¹⁾。

1) 本稿は 2012 年 6 月 20 日に開催された関西大学経済・政治研究所第 196 回産業セミナーにおける報告に加筆修正を加えたものである。

1 日本とイギリスの医療保障制度の概要

(1) 日本の医療保障制度の概要

日本の医療保障制度は、強制加入の社会保険を中心とした制度である。医療扶助を受けている人と75歳以上の高齢者をのぞき、全ての国民が職場を通して被用者保険に本人や被扶養者家族の資格で加入するか、市町村を通して国民健康保険に加入することになる。75歳以上（一定の障害がある人は65歳以上）は、後期高齢者医療制度に加入することとなっている。

財源は、2009年度で保険料が48.6%、公費が37.5%、患者負担が13.9%となっており、制度の適用を受けるには原則として保険料の納付が必要である。受診に際しては、フリーアクセスという特徴がある。これは保険証があれば全国どこの医療機関でも、医療保険制度の適用を受けつつ自由に受診できるというものである。診察を受けるには、年齢によって1割～3割の患者負担が必要となるが、乳幼児の医療費や医療費が高額になった場合は特別な負担軽減が定められている。

医師への診療報酬は、外来医療では出来高払い制度が用いられている。これは診療行為ごとに全国一律の点数（1点＝10円）が定められており、それに基づいて医療費を請求する制度である。この制度は、積極的な医療サービス提供を促すというメリットが存在するものの、過剰な医療サービスの提供を促す可能性があるというデメリットも存在する。また、病院も診療所も同じ点数表を用いるため、医療機能が分化せず、風邪の患者が高度な医療設備を備えた病院を受診するといったことが起こり、医療資源の効率的な利用の妨げにつながることも考えられる。

入院医療については、外来医療と同じ出来高払いと、入院医療にのみ用いられるDPC（Diagnosis Procedure Combination）と呼ばれる、診断群分類別包括払いが用いられている。このDPCとは、病気の種類によってあらかじめ1日あたりの支払額が定められている診療報酬制度である。アメリカのDRGという制度が元となり、世界各国で導入されているが、名称や内容はそれぞれの国で異なっている²⁾。アメリカのDRGでは1日あたりの支払額ではなく、病気ごとに退院までの費用が定められており、何日入院することになっても、その定められた費用が支払われることになる。このような診療報酬制度では、たくさんの治療を施しても、医療機関側の収入は変わらないため、過剰な診療が行われにくくなる。しかしその反面、使用する医療費を少なくすれば、手元に残る報酬が多くなるため、過少診療を行う可能性がある。

以上のような医療保障制度を元に、日本では国民に医療サービスの提供を行っている。OECD（2012）によると、日本の総医療費の対GDP比は2009年で9.5%となっている。

2) アメリカ、日本以外での診断群分類別包括払いの呼称としては、後述するイギリスのHRGの他、オランダのDBCなどがある。

(2) イギリスの医療保障制度（NHS）の概要

イギリスは1948年から、国民保健サービス法で国民に医療サービスを提供している。この制度はNHSと呼ばれ、すべての国民に予防医療、リハビリも含めた包括的保健医療を原則無料で提供するものである。

NHSの運営に関しては、保健担当大臣が責任を持ち、保健省がNHSの政策を策定し事業運営を管理、監査している。イングランドでは戦略的保健当局（SHA）が10地域に設けられ、各地域の保健戦略を策定し、サービスの質を管理している。また、地域住民の保健医療に責任を負うNHSの運営主体として、151のプライマリケアトラスト（PCT）が設けられている³⁾。

財源は80%以上が租税となっており、他に国民保険からの拠出金が18%強、患者負担が1%強となっている。

受診方法は日本のようなフリーアクセスではなく、すべての国民は自分のかかりつけの診療所を登録し、救急の場合以外、その診療所の一般医（GP）の診察を受けなければならない。そして簡単な治療が必要であればそこで受け、検査や入院など高度な医療サービスが必要な場合は病院が紹介される。かかりつけの診療所の一般医が、病院などの高度な医療サービス利用への門番役（ゲートキーパー）の機能を果たすため、軽い症状の患者が病院で治療を受けることはなく、診療所と病院の機能分化がなされている。このかかりつけ診療所の登録はいつでも変更が可能となっている。

患者負担については、先述したように原則無料である。かかりつけ医の診断を経た上で、病院を紹介されたのであれば、その病院での診療は、たとえ検査や手術などを受けたとしても無料となる。ただし、薬剤費として処方1件につき7.65ポンド（2013年2月で約1,120円）の一部負担がある。しかし、60歳以上、16歳未満、低所得者世帯などはその負担が免除されており、免除件数は全体の85%にのぼっている。

外来医療を担当する診療所に対する診療報酬は、プライマリケアトラストが支払う。診療報酬制度には、人頭報酬と出来高払いが用いられている。まず、人頭報酬については、診療所に登録している住民の数が多くほど、より多くの報酬が支払われる包括報酬となっている。そのため一般医は、できるだけ多くの住民に登録してもらえよう努めるかたちで診療することとなる。さらに、かかりつけ医が自身の得意分野を生かし、簡単なケガの治療や慢性病などの治療をすると支払われる追加報酬や、診療所の環境改善、定められた疾病に対するサービスの質の改善を行うと、その成果によって報酬が得られる出来高払いの側面をもつ成果報酬が導入されている。

入院医療に対する診療報酬は、プライマリケアトラストや診療所が病院と契約し、患者のた

3) ただし、これら戦略的保健当局やプライマリケアトラストは2013年度以降廃止され、それぞれ、NHS委託委員会（NHS Commissioning Board）と診療委託グループ（Clinical Commissioning Group）がその代わりに創設されることとなっている。

めの医療を購入する形をとる。支払い方式としてはイギリス版DRGである、HRGを導入している。これにより病院には診療実績を上げ、効率化を図ろうとするインセンティブが導入された。

イギリスにおける総医療費の対GDP比は、OECD（2012）のデータによると、2009年で9.8%となっている⁴⁾。

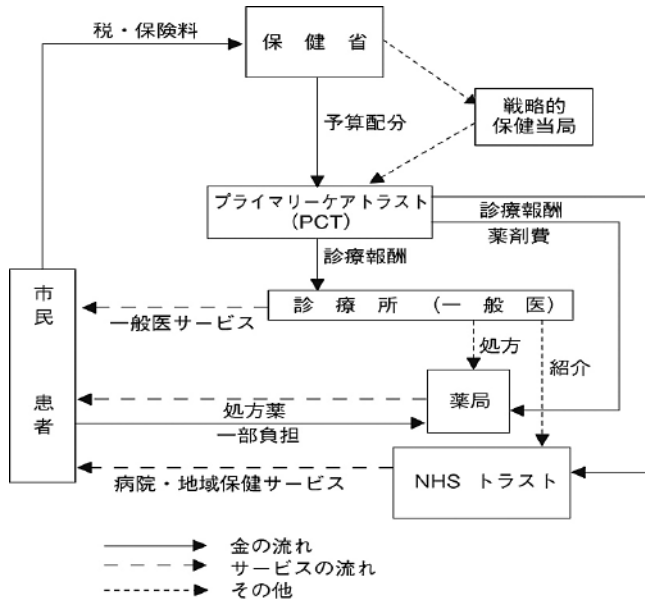


図1 国民保健サービスの制度概要
出所) 一圓（2011）p. 263より引用

表1 日本とイギリスの医療制度のまとめ

	日 本	イギリス
財 源	主に社会保険料	主に税金
受診方法	フリーアクセス	かかりつけの診療所での受診を経て、病院を受診
患者負担	定率負担。高額療養費制度等、低所得者への減免措置あり。	原則無料。薬剤費などの一部負担には広く免除措置あり。
診療報酬 (外来)	出来高払い	人頭報酬・追加報酬・成果報酬
診療報酬 (入院)	出来高払いとDPC	PCTや診療所との契約とHRG

出所) 著者作成

4) OECD（2012）では2010年度のイギリスの総医療費の対GDP比も掲載されており、その値は9.6%とやや減少している。ここでは日本との比較の為2009年の値をあげてある。

2 近年のNHS改革

イギリスでは1990年以降、改革が行われ続けている。ここでは、その改革の内容について、1990年代、2000年代、2010年以降と整理してまとめていく。

(1) 1990年代

イギリスにおいて病院は、検査や手術、入院などの高度な医療サービスの供給に特化している。1990年以前は地域保健局が国の予算で病院を管理運営していたが、1990年の改革において国立病院はNHSトラストという独立採算性の運営主体に移行された。それによりNHSトラストは、一般医が加盟するGPファンドホルダー（現在は廃止）と契約を結んで患者に医療サービスを提供することとなった。GPファンドホルダーは、自らの患者のために、契約を結んだNHSトラストから医療サービスを購入して、それを病院が提供するかたちをとった。つまり、予算で運営されていた病院が、患者に医療サービスを提供するため、契約を通じて収入を得る形となったため、患者を確保すべく病院間で競争が促され、効率的な運営が必要になったのである。

この改革は一定の成果を得たが、それまでの医療費抑制政策もあってか、待機期間の長期化などが起り、国民の不満は高まる結果となった。

(2) 2000年代

1997年に政権が保守党から労働党に交代すると、2000年には「NHSプラン」という10か年計画が発表された。この中では、国民の不満を解消すべく、医療スタッフ不足や財源不足の解決のため、NHS予算を大幅に拡大することや、最長待機期間の短縮などの目標が設定されていた。その具体的数値としては、当時対GDP比7%程度であった医療費を欧州平均の9%台まで引き上げること、そしてその予算をもとに2010年までに100以上の病院を新設すること、最長待機期間を入院で6か月、外来で3か月とすることなどがあげられる。

さらにこうした積極投資以外に、NHSの組織改革も行われた。その際に創設されたものが、プライマリケアトラストである。さらに既存のNHSトラストの中で、特に健全に運営できているものに対してNHSファウンデーショントラストという資格を与え、より独立性の高い主体として運営させていくようになった。

診療報酬制度についても外来医療に追加報酬や成果報酬といった、出来高払いの要素を加え、入院医療の診療報酬にHRGを導入するなどの改革も併せて行われた。

また、患者の選択権も拡大された。一般医から病院を紹介される際、以前は受診する病院を選ぶことはできなかったが、それを患者自身で選択できるように、病院の選択肢を提示することとなった。

以上の改革により、次のような成果が得られた。まず、病院数の増加は達成の目処がたち、入院待機患者は1997年には126万人いたものが2009年には63万人に減少した。待機期間の中央値は、1997年の14.5週間から2009年では5.0週間となった。また、国民へのアンケートでNHSに対する満足度は、1997年の34%から2009年では64%へと上昇した⁵⁾。

(3) 2010年以降

2010年には労働党政権が終わり、保守党と民主党の連立政権が誕生した。そこでは、NHSの白書として「公平性と卓越性：NHSを開放する」が発表された。ここでは、医療費の純増は認めつつ効率化を図ることが示されている。効率化により節約した費用を医療現場のスタッフや治療への投資、患者の選択の幅を向上することなどにまわすことが示されている。

それに加え、プライマリケアトラストにNHS予算の8割が配分され、NHSトラストから必要な医療サービスを購入する現在の形を改め、NHSの組織の分権化も行われる。

2013年4月からは、プライマリケアトラストを廃止し、一般医の組合である、診療委託グループ（Clinical Commissioning Group）が創設され、より患者に近い一般医が医療の購入を行う意思決定をすることとなっている。2014年以降は、全てのNHSトラストをNHSファウンデーショントラストへと移行し、より独立性の高い運営主体で二次医療を行うことを目指している。このように独立性の高い主体にすることは、政府による介入を最小化することにつながる。こうした分権化や独立化によって、NHSの管理費は45%程度節約できると推計されている。

以上のようにNHSでは、様々な問題解決のために、組織改革や診療報酬制度改革、患者の権利の拡充などで効率化やサービスの質の向上を図り、問題解決に向けて積極的に動いている。その結果、国民の満足度の向上も達成している。そのためには予算の拡大なども必要であったが、欧州レベルの対GDP比までは積極的に拡大する姿勢で臨んだ点は評価できる。

日本の場合、毎年、総医療費や医療費の対GDP比が上昇しているにもかかわらず、患者負担の引き上げなどの改革を行うにとどまっている。高齢者医療制度への改革としては、老人保健制度を廃止し、後期高齢者医療制度を創設したが、こうした改革が国民の満足度へとつながっているのか、については明らかになっていない。少なくとも現段階では、医療費抑制という目的は達成されていない。制度を改革したにもかかわらず、医療費は上昇し、国民の満足度も向上したかどうかをただかでないという現状を鑑みると、国民の満足する医療制度を目指すべく、予算の拡大を示した上での制度改革を行い、それを実現させたイギリスの政策については、参考にすべきところが多くあるといえる。

5) 田極・家子（2012）p. 35

3 日本とイギリスの医療データ比較

ここまで、イギリスではどのような改革が行われ、どう医療制度が変わってきたかを示したが、この章ではそれぞれの医療保障制度の違いをふまえ、イギリスと日本とのデータ比較を行う。表2は、OECD（2011）の主なデータを元にまとめたものである。

表2 日本とイギリスの医療データ比較

	日本	イギリス
人口1,000人あたり総病床数	13.7	3.3
人口1,000人あたり病床数（急性期）	8.1	2.7
人口1,000人あたり臨床医師数	2.2	2.7
1人あたり年間外来診療回数	13.2	5.0
入院平均在院日数	33.2	7.8
入院平均在院日数（急性期）	18.5	6.8

出所) OECD（2011）より著者作成。

これを見ると、1000人あたり臨床医師数は大差がないものの、それ以外のデータでは、少なくとも倍以上、大きなものでは4倍近く日本のほうが上回っていることがわかる。1人あたり年間外来診療回数については、イギリスのデータは病院の外来診療回数が省かれているため、その病院の外来診療も入れると、実際は7回弱となるが⁶⁾、それでも2倍ほどの差があることとなる。OECD（2011）のデータにおいて、1人あたり年間外来診療回数が2桁にのぼっているのは日本だけであった⁷⁾。

イギリスは一般医による外来診療は無料であり、そこから病院を紹介された場合の診療も無料である。それにもかかわらず、1～3割の患者負担がかかる日本の方が診療回数が多いという状況は、患者負担の存在が必ずしも医療需要の抑制にはつながらない可能性があるということの意味するのではないであろうか。

さらに入院日数に注目すると、外来診療よりもさらに顕著な差がみられる。日本の医療技術は世界でもトップの水準であることは知られているが、その日本において、入院医療に要する日数が急性期においてもイギリスより2.7倍多いということは、医療技術以外の何らかの原因があることが推測できる。

6) 病院の総外来診療回数は、OHE（Office of Health Economics）のデータによると、約1億回であり、これをイギリスの総人口約6230万人で割ると、一人当たり年間の病院での外来診療回数は2回に満たない計算になる。

7) OECD（2011）のデータにおいて、1人あたり年間外来診療回数が2番目に多いのはアメリカの8.9回であり、1位の日本との差はかなり大きいといえる。

こうしたデータの差が生じる要因はいくつか考えられる⁸⁾が、本稿では、外来医療と入院医療の双方に共通して考えられる、診療報酬制度の違いに着目し、このデータの違いについて分析していく。

4. 診療報酬制度の違いによる影響

診療報酬制度の違いは、医師の側の診療行動に影響を及ぼすものである。ここでは、日本とイギリスの外来医療と入院医療に導入されている診療報酬制度が、それぞれどういった影響を医師に及ぼすと考えられるかを論じる。

(1) 外来医療の診療報酬制度の違い

日本で用いられている出来高払いは、診察後に支払われる額が決まり、行った分の診療行為に対する報酬が必ず支払われるため、患者に必要となる医療を十分に提供することができる。しかし、その反面患者に必要以上の医療サービスを提供して報酬をより多く得ることも可能となるため、過剰診療を誘発する可能性もある。

さらに、患者負担がない、もしくは定額（定率）かつ低額（低率）であった場合、患者だけでなく、医師の側にもコスト意識が薄れる可能性がある。つまり、医師が提供したサービスに見合う費用を患者が負担しなくてよいという状況になると、患者の経済的負担を医師が意識しなくなり、さらに過剰な診療を行いやすくなってしまう。

これに対し、イギリスで用いられている診療報酬制度の一つである人頭報酬は、登録されている人数分の報酬が前払いで支払われるため、患者から高い評価を得て、より多くの人に登録してもらえるような医療サービスを提供するインセンティブにつながる。また、支払われる報酬は定額なので、効率的に診療を行うようになる。しかし定額の報酬であるため、できるだけ健康な人を多く登録していこうとする可能性もある。これは健康な人は診察に来る回数が少ないため、提供する医療サービスも少なくてすむからである。そのため、極力少ない診療行為で診察を済ませようとする可能性もあり、過少診療が起こる恐れがあるというデメリットがある。

(2) 入院医療における診断群別包括払いの違い

イギリスで導入されている診断群別包括払いのHRGは、病気ごとに定められた額の診療報酬を1件ごとに支払うことになっている。そのため、報酬額を超えないように効率的に治療を行うようになる。しかし報酬額を超えないようにするため、過少診療が起こりうることも考えら

8) 診療報酬の違いだけでなく、病床数も入院日数に影響を与える要因となりうる。一般に病床数が少ないと、できるだけ回転率をあげて患者を受け入れていく必要があることから、入院日数は短くなると考えられている。

れる。ただし、イギリスでは過少診療をし、評判が落ちると、NHSトラストが契約を取れなくなることもあるため、こうした事態が起きにくいシステムとなっている。

日本の診断群別包括払いであるDPCは、病気ごとに入院1日あたりで定められた診療報酬が支払われることになっている。このシステムでも基本的には1件ごとに対する包括支払いと同様の特徴を持つことになるが、1日あたりの支払いとなると、入院日数に応じた支払いになり、入院が長期に渡ることで報酬が増えるため、入院を長引かせることにつながる可能性がある。日本ではこうしたことを防ぐべく、入院が長期間になった場合、報酬を段階的に減らすシステムが取られている。しかし、それでも入院が長期化することで報酬が得られることには変わりはない。

このDPCが用いられる以前は、入院医療においても出来高払い制度が用いられていた。その1990年代の日本の入院日数は急性期の入院で約30日、入院全体の平均在院日数で45～50日であった⁹⁾。その頃と比較すると、DPCは入院日数に一定の影響を与えている可能性がある。

(3) 出来高払い制度が与える影響—実際の事例を元に—

ここでは、実際の診察の例を元に出来高払いの診療報酬がどういった医師の行動をもたらす可能性があるかを示していく¹⁰⁾。

外来医療には再診料という報酬がある。これは同じ疾病で2回目以降にかかる診察料である。2012年においてこの点数は69点(=690円)であり、6歳未満に対する再診に対してはこれに38点(=380円)が加算される。医師は患者との間に存在する情報の非対称性を利用し、再診の必要性を伝え、より多く利益を得ることも可能となる。

これは中耳炎を発症した乳幼児の事例である。中耳炎を発症後、初めに通院した耳鼻咽喉科において、「中耳炎は治療に長期間要することが多く、継続した通院と治療が必要になる」との指導を受けた。そして、「毎日通院してもらう必要がある」と言う医師の指示に従い、7日分の投薬を受けつつ、病状を診てもらおうべく毎日の通院を開始した。薬を飲みきった後も新たな投薬とともに毎日の通院が続き、10回ほどの通院の後、医師に病状に関する質問をしたが「乳幼児の中耳炎は長期の治療が必要であり、まだしばらく毎日の通院が必要」との回答をもらうのみであり、具体的な治療計画などの話はなかった。そのため、地域の住民にその診療所の評判をきいたところ、「その診療所は、子どもの患者には皆、毎日通院するように指示している」との話があった。そこで、再診の指示に医学的根拠を見いだせなくなったため、地域で評判のよい耳鼻咽喉科に通院し直すことにした。そこでは7日分の投薬は同じであったが、「週に1

9) OECD (2012)によると、1990年代において諸外国の急性期入院日数で15日を超える国はなく、入院全体の平均在院日数でも20日を超える国はない。ここからも、日本がいかに長期入院をさせる傾向にあったかがうかがえる。

10) ここであげる事例は、筆者の体験に基づくものである。

度、薬がなくなった頃にもう一度来院してほしい」との指示を受けた。この新たに通院した診療所では、病状や治療法についての説明も詳しくなされ、症状が改善するにつれ、通院の頻度も2週間に1度になるなど、納得のいく診療を行っていた。最終的に通算5回の通院、1か月程で完治した。

これら2つの診療所を比較すると、少ない通院頻度で効率よく完治させた、後者の診療所の方が患者の満足度は高いものと考えられる。しかしながら、この2つの診療所でどちらがより診療報酬を得たかという点、前者の診療所となる。治療行為の内容自体には2つの診療所とも差がないとすると、毎日通院するよう指示した前者の診療所の方が再診料の分だけでも、 $(69+38) \times 5 \times 10$ の5350円分の報酬が増える。またその再診の中でも治療を行っているため、さらなる報酬を受け取れる。後者の診療所のように、少ない診療で効率的に疾病を完治させた医師の方が診療報酬が少ないという現行の制度には問題があるのではなかろうか。

通常、3割の患者負担などがある場合、過度な再診の指示や治療を行うと、患者も経済的負担が増えるため医師の通院の指示に従いにくくなったり、医師もそうした患者への経済的負担を考慮したりするため、過度な再診の指示などはしづらくなると考えられる。しかし、この2つの診療所がある大阪府下では、6歳未満の乳幼児に対しては乳幼児医療証の提示により、患者負担が1回の診療に付き上限500円となり、同月の3回目以降の診察については無料となる。そのため、月に3回以上の通院になれば、患者負担はなくなるので、医師は患者の経済的負担を考慮しなくてすみ、再診の指示を出しやすくなり、さらにその中で治療を行うことで、より多くの報酬を受け取ることができる。前者の診療所においては、後者の診療所では用いなかった医療機器を使つての治療も行われており、患者負担がなくなることで過剰な診療をしていた可能性もある。より多くの治療を行った上、より多くの再診を指示したことについて、医学的根拠の説明がなされなかった点において、前者の診療所の診療行為のありかたは疑問視せざるを得ない。しかし、これはその診療所の診療行為自体を問題視するよりも、そうした行動が利益につながるという現行制度を問題視すべきであり、そのような制度を改めていく必要があるといえる。

以上のように、出来高払いの診療報酬制度では、必ずしも満足度の高い診療をする診療所が多く報酬を得られるとは限らない。むしろ再診の指示を多く出すなどし、診察の回数を増やす方がより報酬を得ることにつながる。こうしたインセンティブが、日本の外来診療回数多さに影響を与えていることも考えられる。したがって現行の出来高払いの診療報酬制度のあり方を改め、適切な水準の診察回数などで治療を行う医師が最も報酬を得られるようにすることで、必要以上の医療費の増大を防ぎ、無駄な診察を省くことにもつながっていくであろう。そうした改革の方向性を考える際に、イギリスの人頭報酬などを一部導入していくなどすることも検討すべきである。

まとめ

これまで、イギリスと日本の医療保障制度やデータを比較してきた。両国の医療費は、対GDP比でも1人あたり医療費でも他の先進国と比べ小さいが、医療保障制度やデータにはかなりの違いがあることを確認した。

イギリスでは、近年の改革において医療費の対GDP比を上げることを政策に組み込んだ上で、改革を実行し国民の満足度を上げることに成功している。またその後も継続して改革を行っている。今後これらの政策がどういった成果につながるのかを注視していく必要がある。

日本はイギリスよりも多くの外来診療回数や入院日数を記録しているが、イギリス並の医療費の対GDP比にとどまっているということは、効率的に医療を提供しているといえるかもしれない。しかし、この中には必要以上の医療サービスが提供されている恐れもある。近年の医療費の急増に加え、高齢化や医療技術の高度化などにより、さらに医療費が上昇していくことが予想される今、外来診療回数や入院日数の中に存在すると考えられる、必要以上の医療サービスを抑制することが必要となる。

それらを進めていくためには、従来行われてきた患者負担の増加に関する改革ではなく、医師側に影響を与える診療報酬制度の改革を行う必要がある。外来医療では、出来高払いの要素を薄めるなどし、適切な水準の診察回数や治療が行われる仕組みを構築し、効率よい治療に加え患者が満足する診察で疾病を完治させた診療所に、より多くの報酬が支払われるようにすべきである。それにより、不要と思われる診療を行うような医療機関に改善を促すことができる。入院医療では、入院日数を必要以上に長期化させないインセンティブを与える診療報酬制度を導入すべきである。

今後は患者にとって適切な水準の医療サービスを提供することが、医師の側にとっても最大の利益となるような診療報酬制度を構築し、医師側の診療行動を変化させていき、過剰な医療供給を防ぎ、今後の医療費の増大を抑制していく必要がある。

そうした制度を構築していくためにも、イギリスで採用されている診療報酬制度や近年の改革などを大いに参考にすることができると考えられる。

参考文献

- 一圓光彌・田畑雄紀（2012）「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No. 93
- 田極春美・家子直幸（2012）「イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向」同上
- 一圓光彌（2011）「医療保険制度：イギリス」『保険と年金の動向 2011/2012』厚生労働統計協会
- 厚生労働統計協会（2011）『国民衛生の動向 2011/2012』厚生労働統計協会
- Boyle, Seán (2011) *United Kingdom (England): Health System Review 2011* European Observatory on Health Systems and Policies
- Storey John (2011) *Governing the New NHS* Routledge

OECD(2011) *OECD Health Data 2011*

同上 (2012) *OECD Health Data 2012*

OHEホームページ Hospital and Work Force Data

<http://www.ohe.org/page/health-statistics/access-the-data/hospital-and-workforce/data.cfm>