

## 特集：社会保障における個人情報

英国NHS制度におけるIT化及びデータの活用方策について  
——供給サイドに対する政策との関連から——

泉田 信行\*

## 要 旨

本稿では英国NHS制度におけるIT化とそれによる情報の利活用の方向性について、供給サイド政策の一環としてとらえ、施策の方向性に影響する要因やフィードバックされる内容や方法を検討することを通じて日本の施策への含意を得ることを目的とする。

英国では医療は国営、対人福祉（社会）サービスは地方自治体が運営する形であるが、1960年代から効率的な運営を目指して連携が模索され続けてきた。NHSデータの電子化、社会サービス部門を含めた共有化はNHSサービス及び福祉（社会）サービスの供給サイドにおける効率化・サービスの質追求施策の一環である。病院の保有するデータの複雑さ、施策の実施経過の課題によりGP一病院を含めた全国的なITネットワークの構築政策（NPfIT）に失敗したが引き続きIT化が進められており、供給サイドの政策課題として希求されてきたStrategic Transformation Partnershipやintegrated careの文脈と整合する形でLocal Health and Care Record Exemplarの方向性が模索されている。

制度の違いにより活用できるデータの種類が異なることが、日英両国で研究開発という目標は共有しつつも英国において臨床現場への活用も含めた施策に反映していることが示される。

キーワード：NHS、社会サービス、情報共有、供給サイド政策、NPfIT

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.365-377.

## I はじめに

公的な医療（保険）制度などにおいて蓄積されていく給付データは蓄積・利活用によりサービス提供の実態が明らかにできる。研究や政策への活用の観点からはより詳細な、より包括的な情報の収集・蓄積が望まれる。他方でそのような情報の充実、個人のプライバシーの詳細な提供に依拠するものであり、個人を識別する情報を提供しな

くてもデータ利用者が実質的に特定できてしまう可能性や情報の流出があった場合に情報が蓄積される個人に不利益が増大する可能性がある。このような公的サービス利用にかかる情報の蓄積・利用はそれによる便益が費用を上回ることによって社会的に認容されると一般には考えられるであろう。

日本では、2017年5月30日に改正個人情報保護法が施行された。同法では匿名加工情報を、特定の個人を識別することができないように個人情報

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

を加工し、当該個人情報をも復元できないようにした情報として定義した。その上で、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成29年法律第28号）が関連政省令と合わせて2018年5月11日より施行とされた。また、同年4月27日に医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する基本方針も閣議決定された。4省の担当部局から連名で発出された通知〔府医第36号平成30年5月31日〕は、制度の趣旨を「健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資することを目的とするもの」としている。そして、医療情報の利用状況について「全国規模で利活用が可能なデータは、診療報酬明細書、調剤報酬明細書（レセプト）等のインプットに関するデータが基本であり、診療行為の実施結果（アウトカム）に関するデータ（検査データ、各種画像データ等）の利活用は十分に進んでいません」とし、さらに「海外でも大規模な医療情報データベースの整備・活用が進展しつつある中で、わが国としても、アウトカムを含む質の高い大規模な医療情報の収集・利活用を進めていく必要がある」としている。

このような情報の活用が便益をもたらす経路は複数考えられる。データを活用した研究開発による医療技術の発展、AI活用、創薬研究が考えられる。他方で、臨床的な情報が蓄積され、活用（共有）されるならば、不必要な重複検査の排除や必要なケアの提供など臨床的な場面での便益も見込まれるであろう。

後者の観点からの便益を政策の実施に当たって念頭に置いている国として英国があげられる。英国の医療制度（NHS）は税からの支出を主体とする国営の医療制度として運営されており、社会保険制度である日本とは異なる制度である。他方で、成否はともかくとして、電子化に対して積極的な施策を行っていると考えられることや高齢化に直面して医療制度と介護（社会サービス）制度との連携を図っていることなど施策上の共通点も見られる。

本稿では英国NHS制度におけるIT化とそれによる情報の利活用の方向性について、サービス供

給政策の一環としてとらえ、施策の方向性に影響する要因について検討することを通じて日本の施策への含意を得ることを目的とする。以下においては、まず英国NHS制度における医療サービスと自治体が供給する福祉（社会）サービスの歴史的経緯について両者の連携の側面から改めて整理し、その上でNHSデータの電子化、社会サービス部門を含めた共有化の現状を整理する。英国の制度や利活用するデータの性質を踏まえつつ考察を行う。

## II 英国における国営医療と地方自治体福祉サービスの役割分担・連携の試みの変遷

英国の医療制度（National Health Service）の骨格は1942年のベヴァリッジ報告にある。同報告の中で「疾病を予防し、医療によって疾病と傷害を治療する国民保健サービスを提供すること」及び「医療と医療後の処置により雇用に向けたリハビリテーションと職業訓練のサービスを提供すること」をあげている〔Beveridge（1942）〕。政治的な議論の中で修正が行われつつも基本的な性質はベヴァリッジ報告で提起されたものと変わらずにNational Health Service Act（1946；以後、1946年NHS法と表記）は成立した〔片桐（1993）〕。

戦後の福祉サービスは1948年国家扶助法（National Assistance Act 1948）によって形成された。老人福祉、障害者福祉についてはベヴァリッジ委員会の報告に依拠し、児童・家族に対する福祉サービスはカーティス委員会報告に依拠していた〔コベントリ市社会福祉部（1986）、p.6〕。

医療と福祉の役割分担や連携を考えるためにホームヘルプを例にとろう。第二次世界大戦前から地方自治体は母子福祉事業を実施しており、1944年に保健省がホームヘルプの提供条件を整理し、それに基づいて自治体のホームヘルプサービス事業は運営されてきた〔白瀬（2010）〕。1948年国家扶助法の第29条においてホームヘルプ（Domestic Help）は病者、妊産婦、精神疾患患者、高齢者、未就学児の必要により世帯に対してLocal Health Authorityが供給することとされた<sup>1)</sup>。

身体障害者は、1948年国家扶助法の第29条では、視覚障害、聴覚障害、言語障害もしくは傷病や先天性の障害によりそのほかの実質的かつ永続的な不利な状況にある者、大臣により指定されるそのほかの障害をもつ者とされた。身体障害者についても1946年NHS法による医療サービスを利用できたが、ホームヘルプの提供の自治体への義務付けは1968年保健医療サービス・公衆衛生法(National Health and Public Health Act 1968)による〔石田・中村(1981), p.207〕。

精神障害者については、1959年精神保健法(Mental Health Act 1959)が制定され、第8条において、自治体が各種サービスを提供することとした〔緒方(2004), p.154〕。

高齢者については、1960年代後半まで、上述の1946年NHS法による在宅援助・在宅看護、及び国家扶助法による収容保護施設の設置、給食・レクリエーション施策の実施を除いて地方自治体はサービス提供の義務を負っていなかった〔市瀬(1973), p.207〕。身体障害者と同様に、1968年保健医療サービス・公衆衛生法によって、老人福祉を促進する諸施策の実施等の権限が地方自治体に付与された〔市瀬(1973), p.207〕。

1965年に設置されたシーボーム委員会は、自治体が供給する社会福祉サービスの諸欠陥<sup>1)</sup>に対して、統合化された地方自治体社会福祉部の設置するように勧告を行い、それを受けた地方自治体社会福祉法(Local Authority Social Services Act 1970)が1970年に成立した。

1973年NHS再組織法(National Health Service Reorganisation Act 1973)により、在宅看護、保健師の在宅訪問、救急車サービスが自治体からNHSに移管され(同法第2条第3項)、保健当局と地方自治体がそれぞれの機能を果たす際に、住民の健康と福祉を確保・増進するために相互に協同するものとされ、両者にアドバイスを行う共同諮問委員

会(Joint Consultative Committees)が設置された(同法第10条)。

さらに1976年に、“Priorities for health and personal social services in England”が発表され医療と福祉の共同財政制度が導入された〔山本(2008)〕。共同財政制度はNHSから地方自治体に財源を移管し、障害者・高齢者の長期入院患者の退院を促進し、NHSの支出の削減につながるような自治体の対人社会サービスについて支出する制度である〔平岡(2003), pp.64-65〕。共同財政制度は対人社会サービス予算の5%程度と規模が小さいこと、経常コストを負担しないため自治体側の財政的不安を拭えないことがありながら、最終的には1998年まで継続した〔山本(2008)〕。

1979年にサッチャー保守党政権が成立し、コミュニティケアを推進しつつも、自治体歳出の抑制・削減が進められたことを背景に、1980年代には民営の施設ケアが増大した。ミーンズテストは必要であったが、ニーズアセスメント無しで低所得者に対して全額国庫負担による食事・宿所手当が支弁される制度となっており、利用者、施設運営者、自治体ともに在宅ケアを促進する要因がなくなったためである〔平岡(2003)〕。

1983年のグリフィス報告(Griffith 1983)にてNHSのマネジメントについての答申を受け、1988年に別のグリフィス報告(Griffith 1988)にてコミュニティケアについての答申を受け、National Health Service and Community Care Act 1990が成立した〔松本他(2015), p.198; 平岡(2003), p.72〕。同法により地方自治体が所管するコミュニティケアについては、コミュニティケア計画の策定、コミュニティケアの利用に際してのニーズアセスメント・ケアマネジメントの導入が行われ、国が運営するNHSにおいてはGP Fundholdingの導入によるNHS組織を医療サービスの提供者と購入者に分ける内部市場が導入された。

<sup>1)</sup> National Health Service Act, 1946のSection19. においては、local health authorityはthe council of the countyとされている。それゆえ、NHS法の規定により自治体が管轄していることになる。

<sup>2)</sup> 次の6項目①サービスの量的不十分さ、②サービスの範囲の不十分さ、③サービスの質的不十分さ、④諸サービス間の調整の欠如、⑤サービスへの接近の困難さ、⑥諸サービスの柔軟性の欠如、とされている〔コベントリー市社会福祉部(1986)〕。

保守党から労働党のブレア政権に代わり、1997年に公表された白書（The new NHS）において、GP FundholdingからGPのみならず地域看護師（community nurse）の集合体であるPrimary Care Group（PCG）の制度、そしてPrimary Care Trust（PCT）を創設する方向性が打ち出された<sup>3)</sup>。

その後、Health Act 1999によって、GP Fundholdingの廃止とPCTの創設が行われたが、この法律はNHSと自治体間の協力義務を課し、さらにpartnership arrangementsを導入するものであった。これは、①NHSと自治体の両者の協定に基づいて資金拠出し、合意したサービスに使用する共同基金（pooled fund）、②コミショニングの権限をどちらか一方が一括して行使するlead commissioning、③スタッフ、資源、行政組織を一体化したサービス提供（integrated provision）の3項目からなる〔井上（2016）〕。さらにPCTが自治体の福祉部局と組織統合し、保健医療・福祉・精神保健医療福祉について一体的に実施するCare Trustも設立された〔井上（2016）〕。

病院から在宅へのスムーズな移行を図る「中間ケア」は、医療と福祉の役割分担や連携において重要な役割を果たすと考えられる。2000年に報告された白書（The NHS Plan）では中間ケアの普及のために大規模な予算化が提案され、「高齢者全国サービス枠組み」にも組み込まれたほか、供給の拡大政策を奨励するなど中間ケアは主流の施策として展開された〔長澤（2009）〕。

この節の最後に、キャメロン政権以降の近年の連立政権による医療と福祉における役割分担・連携をまとめておく。2010年に成立したキャメロン政権は、ブラウン政権による景気対策と減税による金融危機対応がもたらした財政悪化に対して緊縮財政を以て当たることとなった。NHSへの支出は例外的に維持されることとなったが、福祉予算は削減されることとなった〔HM Treasury（2010）〕。特に、自治体への権限委譲は謳われているものの、自治体への財政移転自体は減少されることとされていたので、自治体の負担は増大す

ることとなった〔兼村（2014）〕。

予算削減の対象にはならなかったものの、2010年には白書“Equity and Excellence: liberating the NHS”が公表され、NHSについても組織の変革が行われることとなった〔DoH（2010）〕。白書の内容を受けた2012年の保健医療・社会ケア法（The Health and Social Care Act 2012）は、Strategic Health Authority及びPrimary Care Trustsの廃止、NHS Commissioning BoardとともにGPを主体とした臨床委託グループ（Clinical Commissioning Group; CCG）を設置した。同法はさらに、自治体にHealth and Wellbeing Boardを設置し、医療サービス・社会サービス・公衆衛生を統合的にサービス提供していくこととした〔BMA（2013）〕。

2014年に『5年間の展望』（Five Year Forward View）が公表された。15年間のNHSの改善をふまえた上で、NHSの方向性を示すものであった。①予防と公衆衛生を重視し、②医療サービスと社会サービスの共同予算（shared budget）を通じて自身のケアを患者がよりコントロールできること、③種類別（Primary, Hospital, social）のケア提供の間にある壁をなくして連携を実現すること、④多様性を踏まえた形でのケア提供体制を地域が選択できるようにすること、⑤効率的に財源を使用する必要性があること、などが指摘されている〔NHS（2014）〕。

2015年末に公表されたDelivering the Forward View: NHS planning guidanceでは、『5年間の展望』を実施するためにSTPs（Sustainability and Transformation Plans）の策定を要請した〔NHS（2015）〕。この計画では、地域で合意された健康福祉戦略（health and wellbeing strategy）を反映して、予防や社会サービス（に限定せず）を含んだ地方自治体サービスとのより良い統合を考慮しなければならないとされている。また、同文書のAnnex2において、6.病院外ケアの改善、6.1新しいケアモデルと一般診療、の項における2020年までの目標に、新しいケアモデルの実施地域での医療サービスと社会サービス、外来医療、救急医療

<sup>3)</sup> 1990年に内部市場の導入の方策としてGP Fundholdingが制度化されたが、予算を管理するGP Fundholderと予算を持たないGPの間で提供される医療の質に差が生じる可能性があった〔松本編（2015）, p.199〕。

(ワンストップ受診含む)の統合、ならびに電子的なhealth recordの共有についての測定可能な実質的進捗が政策目標として含まれている。さらには、6.2医療サービスと社会サービスの統合、の項において、全国各地における医療サービスと社会サービスのよりよい統合が、新しいCCG評価体系における統合指標の実質的な改善とともに、達成されることが政策目標として含まれている。その後公表されたRefreshing NHS Plans for 2018/19ではSTPからIntegrated Care System (ICs)への転換が期待されている。ICsは委託者とNHSサービス供給者がGPのネットワーク、地方自治体、ほかの関係者と密接に協働しつつ、地域住民の便益のために資源の総量を利用するかについての責任分担について合意するシステムであると定義されている〔NHS England and NHS Improvement (2018)〕。

### III 英国における統合ケアとデータ共有の試み

#### 1 患者健康情報へのアクセス

イギリスにおいては、患者は自らの保健医療記録にアクセスする慣例法上の権利は無いとされている〔西田 (1998)〕。それゆえ、患者の自身の健康情報に対するアクセスの法的根拠は、①1990年保健医療記録へのアクセス法、②1998年医療報告書へのアクセス法、③2018年データ保護法とされている〔House of Commons Library (2018)〕。

1984年データ保護法により患者は初めて権利として医療記録へのアクセスが認められ、1988年医療報告書へのアクセス法によりGPの記録、使用者・保険会社によって保持される記録に関して拡大され、1987年個人情報ファイルへのアクセス法によって地方自治体を持つ住宅・社会サービスに関する情報にも拡大された〔西田 (1998)〕。1984年データ保護法は電算化された記録へのアクセスを保障したが、当時75%の保健医療記録は手書き

であったため、同法ではアクセス不能であることなどから1990年保健医療記録へのアクセス法が制定された〔西田 (1998)〕。1995年に採択されたEUデータ保護指令 (Directive 95/46/EC) を踏まえた形で、1984年データ保護法と1987年個人情報ファイルへのアクセス法の内容は1998年データ保護法に引き継がれた。今般、EUによるGDPRをふまえて、2018年データ保護法が施行された<sup>4)</sup>。

ケア提供者がNHSにおける個人の秘匿情報を使用する法的枠組みは2006年NHS法、2012年医療と社会サービス法、データ保護と人権法などから構成されるとされている<sup>5)</sup>。個人にかかわる情報はケアを直接的に提供する者の間では共有することが許されているが、二次利用の場合は個人の秘密が守られた形での利用となるとされている。

NHSデータの二次的な利用については、顕名か匿名かによって提供の可否判断が分かれる。この点については英国医師会がわかりやすい解説を与えているので、以下これに沿って説明する〔BMA (2014)〕。まず、データ利用が二次利用か直接的な臨床利用かを判断するべきとされている。二次的利用の例として、委託や監査、研究等が挙げられている。患者が特定化され得るデータの二次的な利用については、例外的な場合を除き、データ開示に関する患者の表明された同意が必要である。患者が特定化され得るデータについては、実効的に匿名化されたデータないしは集計データによる開示となる。これらの場合、患者のデータ開示の同意は不要となる。患者が特定化され得るデータの利用請求であり、匿名化されたデータの利用で十分と考えられる場合は、法が定める場合以外の例外として、なぜ特定化されるデータが必要なのか明らかにされる必要がある。患者が特定化され得るデータについて患者の表明された同意なしで開示されるのは特定される情報の開示がNHS法 (2006年) 第251条に基づいて、National

<sup>4)</sup> EU一般データ保護規則 (General Data Protection Regulation; GDPR) は2016年4月に制定されたEUにおける個人情報保護の枠組みであり、それまでのEUデータ保護指令 (Data Protection Directives 95) に変わるものである。企業は個人データの管理者として規制事項を順守すること、EEA域内から域外への個人データの移転は原則として禁止されること、本人の基本的権利を保護すること、などが定められている。

<sup>5)</sup> NHS Englandのwebサイト (<https://www.england.nhs.uk/ig/about/>) による。

Information Governance Board's Ethics and Confidentiality Committeeが承認した場合等となる。

GPと病院などがそれぞれ保有する複数のデータを連結し、共有する場合に重要となるのはデータを連結する「鍵」であるが、NHSではNHS Numberが用いられている。NHS Numberの起源は第二次世界大戦まで遡るが、近年用いられているのは、1995年に再導入された体系である〔Boyd et. al, (2018)〕。NHS Number自体は秘密情報ではないが、通常秘密かつセンシティブな情報とともに用いられるために秘密かつセンシティブな情報とされる。データ保護法の施行下ではデータの厳格な取扱いが求められるため、データ共有は一般には促進されない。しかしながら英国では保健大臣の諮問を受けた2013年のカルディコット報告においてカルディコットの原則の第7として「データ共有の義務は秘密を守るのと同等に重要であること」(The duty to share information can be as important as the duty to protect confidentiality.)が掲げられている〔Caldicott (2013)〕。NHS NumberのNHSサービスと社会サービスの共通番号としての使用はThe Health and Social Care (Safety and Quality) Act 2015により法制化された<sup>6)</sup>。

## 2 NHSにおけるデータ管理・共有

NHSでIT化が本格的に取り組みられたのはブレア政権期である。白書(The NHS Plan)ではすべての病院と診療所に現代的なITシステムを導入することが掲げられていた〔DoH (2000)〕。2002年には財務大臣の諮問に対するWanlessレポートが報告された。そこでは、NHSにおける雇用者一人あたりIT投資額がほかのセクターよりも低いこと、他国と比較しても医療費からITへの支出額が低いこと、また個々の病院やGPに良い事例はあ

るもののNHS全体として組織や単体の病院でも統合されているわけではないことが指摘されている。ICT投資のみに使える予算を倍増させ、インフラ的な部分、そして電子患者情報(Electronic Patient Record)、プライマリ・ケアと二次医療、さらには社会サービスにわたって統合的なICTソフトウェア、へ実質的な投資の必要性を指摘している〔Wanless (2002)〕。これらを受けて、白書(Delivering 21st Century IT Support for the NHS: National Strategic Programme)が刊行され、National Programme for IT in the NHS (NPfIT)がスタートした。

なお、NHSにおけるIT化の進捗は、GPと病院において明確な差異があった。GP診療所のIT化は1975年頃のExeterにおけるコンピュータの記録管理への活用事例から始まり、1989年には品質保証されたGP診療システムのハード・ソフト導入の費用償還を保健省が導入し、2004年に納入業者への保健省からの直接支払いへの移行によりほぼ完全に電子健康記録(Electronic Health Record)がGPに導入されることとなった〔Wachter (2016)〕。

NPfITの主たる構成要素は表1にまとめられるが、その目的は現代的な情報技術を用いてサービス提供手段を強化し、患者へのケアのプロセス面での品質を改善することであった〔Wachter (2016)〕。

しかしながら同プロジェクトは、the Spine, N3 Network, NHSmail, Choose and Book, Secondary Uses Service and Picture Archiving and Communications Serviceなどの成果もあるものの、NHSが必要とする現代的なITサービスを供給することに適していないとして政権交代後の2011年に保守・自由党政権が放棄を宣言した<sup>7)</sup>。頓挫した背景要因としてプロジェクトの進行中から臨床専門家が参画していないことや〔Hassey

<sup>6)</sup> NHS Numberを管理するNHS DigitalはHealth and Social Care Information CentreとしてNHS法(1977)の第11条を根拠にThe Health and Social Care Information Centre (Establishment and Constitution) Order 2005により2005年4月1日に設置された。サービスの効果的な供給を確保・促進するために、情報の収集・分析・使用・広報、管理用の特定番号の発行の機能を担っている。

<sup>7)</sup> プレスリリースの内容は<https://www.gov.uk/government/news/dismantling-the-nhs-national-programme-for-it>から得られる。

表1 NPfITの概要

	内容
<b>全国基盤</b>	
NHS全国ネットワーク	ケアを提供するNHS部局を接続するブロードバンドネットワーク
NHSmail	患者データ、予約、警報、その他秘匿情報を伝達するセキュアな電子mail、テキスト、ファックスのシステム
NHS Spine	NHSケア記録サービスの基盤となる8つのアプリケーション群である。次の項目が意図されていた。 ・NHSの全国システムと地域システムをまたがる情報交換の支援 ・6千万市民の基本属性情報基盤 ・イングランドの臨床家・患者と社会サービス供給者を電子処方箋サービス、ケア記録（概要）システム、e-referrals、基本属性情報基盤を含む全国サービスに接続すること
<b>指定アプリケーション</b>	
選択と予約	(現在e-referralsとして知られる) 紹介・予約システムであり、患者に初回の外来診療の場所と時間の選択を可能とする。
電子処方箋サービス	GPと診療看護師（practice nurse）等の処方者が処方箋を患者の選択する薬局などの調剤者に電子的に伝送する。
ケア記録（概要）システム	NHSケア記録サービスの一部であり、患者の診療録のうち緊急・予定外の治療に必要な医学的な情報を含む
GP診療記録伝送	GP診療所間で患者診療記録を電子的に伝送し、既存の手動の伝達手段を代替する。
<b>地域サービス</b>	
ケア記録（詳細）システム	NHSケア記録サービスの一部であり、患者の医学的記録・治療の詳細が含まれており、患者が登録するGPや自治体、病院担当者がアクセスできる。
画像アーカイブ・伝達システム (PACS)	X線やほかの医学的スキャンの画像を磁氣的に保存し、モニタ画面で閲覧することを可能にする。

(2005)], 中央集権的なトップダウンの意思決定の不適切さに対する抵抗感があったことが指摘されている [Justina (2017)]。100億ポンドの支出に対して107億ポンドの便益があると保健省は主張するものの、その2/3は実現していないとされた [House of Commons Committee of Public Accounts (2013)]。

### 3 統合ケアとデータ共有—Buckinghamshireの事例とあわせて—

2013年にその時点の保健大臣であったJeremy HuntがNHSのペーパーレス化の方針を打ち出した [Hunt (2013)]。そこでは、「これ（情報共有の壁）を壊そうとするこれまでの試みは、航空機の組み立てとは異なるトップダウンプロジェクトであった。我々はこれらの教訓を学ぶべきであり、特に非常に複雑で集権的なアプローチの失敗は避けるべきである。」と述べており、NPfITとは異なる方法論で進められていくことが示唆されていた。

2014年に刊行された『5年間の展望』では、“exploits informational revolution”としてその考え

方を引き継いだ。そのひとつの論点として、“interoperable”な電子健康記録により診療録のペーパーレス化を図り、患者がアクセスでき、書き込みさえでき、電子的に共有される際にはオプトアウトの権利を留保できることを打ち出している。安全と効率化のために社会サービスを含めてNHS番号が用いられることも触れられている。

このような流れの中で、NHS England and the Local Government Associationは2018年3月21日にLocal Health and Care Record Exemplar (LHCRE) にかかる提案を募集した。提案が承認されると、NHS-地方政府共同組織の管轄地域において統合ケアを供給するために必要な2年間で最大7.5百万ポンドの資本支出が受けられる [NHS England and the Local Government Association (2018)]。他方で、LHCREの承認のためには申請したSTPは次の条件を満たすことを求められている。①情報ガバナンス枠組み、②オプトアウト原則、③専門職（による活用性）基準、④技術・データの相互適合性基準、⑤サイバーセキュリティ基準、⑥全国システムとの適合性、である。現時点ではLHCREとして、Greater Manchester, Wessex, One London,

表2 Local Health and Care Record Exemplarsとして承認された地域

Exemplarの地域	Exemplarを構成するSTP等
Greater Manchester	Greater Manchester
Wessex	Dorset
	Hampshire and the Isle of Wight
One London	East London
	North London
	North West London
	South East London
	South West London
Yorkshire and the Humber	West Yorkshire and Harrogate Health and Care Partnership
	South Yorkshire and Bassetlaw Integrated Care System
	The Humber, Coast and Vale Sustainability and Transformation Partnership
Thames Valley and Surrey	Surrey Heartlands Health and Care Partnership-STP and ICS (devolution deal area)
	Frimley Health & Care -STP and ICS
	Buckinghamshire, Oxfordshire and Berkshire West STP
	Bedfordshire, Luton & Milton Keynes STP & ICS

出所：NHS England (2018) 及び各LHCREのwebサイトから著者作成。

Yorkshire and the Humber及びThames Valley and Surreyの5カ所が選ばれている〔NHS England (2018)〕。それぞれのLHCREを構成するSTPやICTは表2のとおりに整理される。

上記の5つのLHCREのうち、Thames Valley and Surreyについては、そのLHCREの発足にあたって地域のIT化の現状について議論する会合が開かれ、そこで報告された構成主体ごとの情報の収拾・共有・活用の現状を示す資料がwebサイトに掲載されている<sup>8)</sup>。ひとつのLHCREを構成する地域であっても違うNHS組織、違うITベンダーがかかわる複数の情報共有ネットワークが現状利用され、構想されている。

上記のwebサイトに掲示されている“Buckinghamshire My Care Record”の資料では、共有される情報として、GPの記録、病院における記録、精神保健ケアの記録、社会サービスのサマリーが示されている。しかしながら、この資料やそのほかの資料でも社会サービスについての記述は少なく、医療にかかるデータを社会サービス担当者にも共有される、という水準と考えられる。

#### IV 考察

本稿では、英国においては1960年代からサービスの連携、組織の連携、予算の連携とフェーズを変えながら連綿と模索されてきたNHSによる医療サービスと自治体による福祉（社会）サービスの連携、NHSにおけるIT化、福祉（社会）サービスセクターとの情報共有の歴史的展開について整理した。

長澤（2009）は、ブレア政権期の政策の効果について、自治体が提供する社会サービスが原則自己負担、NHSのサービスが無料である構造が変化しなければ連携の対象となる社会サービスとNHSのサービスの境界領域にいる患者をどちらで見るべきかという問題は解決されないとしている。これは重要な指摘であり、両サービス間のデータ共有という政策についても境界領域の患者をどちらで見るかについて解決し得る本質的手段とは考えにくい。この問題による負荷をIT化・情報共有化を通じたサービスの質の改善によって軽減することを目的としているととらえるべきであろう。

<sup>8)</sup> NHS South, Central and West Commissioning Support Unitのホームページ (<https://www.scwcsu.nhs.uk/blog/launching-the-new-lhcre-in-thames-valley-and-surrey/>) を参照のこと。



NHSデータの活用は、失敗に終わったがNPfITは2000年の白書（The NHS Plan）に、その後のデータ活用施策は2014年に刊行された『5年間の展望』にもほかの供給施策とともに記載されており、NHSのサービス供給施策の一環としてとらえられる。NHSデータの活用は、当該患者の治療・ケアに用いられるだけでなく、CCGによるコミッションングやNHS Englandによる意思決定などにも用いられており、研究への活用も含めて日本におけるレセプトデータ（ナショナルデータベース；NDB）と同様にさまざまな活用がなされ得る。また、田畑（2018）が指摘するように、「日本で現在行われている地域包括ケアシステムとイギリスのSTPs、ACSs、ICSsの動向については、地域に応じた医療や介護サービスを提供するという点で共通した部分」があり、「医療と介護、さまざまな地域の支援との連携に加え、情報の共有をどう行っていくのか」について参考になる部分があると言えよう。

イギリスでは患者情報は判例法によって秘密とされている。患者自身のアクセスについてもケア・サービスの提供者がほかの直接的なケア提供者等に提供する場合においても制定法によって権利・権限が定められている。Brexitが取りざたされているが、EU指令やEU法とも調和して個人情報保護を図ってきている。個人の秘密にかかわる情報の取扱いについては、個人が特定可能な場合にはオプトアウトを認めるなど日本における次世代医療基盤法と同様である。

日本とやや異なる点として、実質的な進捗はともかくとしても、地方自治体が提供するsocial serviceとのデータ共有が目指されている点である。日本の次世代医療基盤法では現状ではレセプトデータを始めとする医療機関が保有するデータであって、介護レセプトは含まれていない<sup>9)</sup>。

NHSでの患者の受診情報は直接的なケアのデータであり検査結果等も含まれることとなる。

上で述べたカルディコットの原則の第7は、患者の利益になる場合、情報は共有しなければならない。専門職以外（ボランティアセクターのスタッフ、家族、ケア者や友人）に対しては本人同意の取得が第一義となるが、情報共有は本人の利益に還元されることが収集した情報の適切なフィードバックと考えられていることになる。

本稿で見てきたとおり、英国において1960年代からNHSによる医療サービスと地方自治体による福祉（社会）サービスの連携が希求されてきた事実も見落とすべきでない。例えば、2014年10月以降、NHSにおいて長期的なケアを利用している患者は、personal health budgetと呼ばれる特定の医療・福祉（wellbeing）ニーズ充足を支援するために患者等とCCGが計画し、合意した資金を用いることが可能となっている<sup>10)</sup>。このpersonal health budgetの提案が含まれる報告書“High Quality Care For All”にはChange-locally-led, patient-centred and clinically drivenというコピーも付与されている〔DoH（2008）〕。この点をふまえると、「患者中心」を背景として、医療サービスと福祉（社会）サービスの連携が必要とされ、長く試み続けられ、その一環として医療サービスと福祉（社会）サービスでの情報共有が求められることになったと言えよう。

患者情報の持ち主である患者の臨床的な利益の観点からフィードバックを考える場合、英国におけるNPfITの失敗は日本に対しても重要な含意を持つ。日本における現状の次世代医療基盤法を骨格とする枠組みでは、データ活用による研究開発を通じた社会への還元が主に想定されている。仮に日本において、データを共有して臨床の現場において患者の臨床的な利益の観点からフィードバックを行うためには、レセプトデータに含まれているよりも膨大かつ複雑な情報量を持つ患者診療録が必要となろう。膨大かつ複雑な情報を全国統一的に共有しようとすればシステム構築のコス

<sup>9)</sup> 医療レセプトと介護レセプトの連結についての日本での議論は、厚生労働省に「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」が設置され、議論が進められているところである。

厚生労働省ホームページ（[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken\\_553056.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056.html)）参照。

<sup>10)</sup> NHSホームページ（<https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/>）参照。

トに跳ね返ることとなり、NPfITが直面した状況と本質的に同じ状況となる。もし臨床現場における患者の臨床的な利益の観点からフィードバックをも想定するのであれば、LHCREを始めとする英国で現在進められているNPfIT以後の試みは貴重な情報をもたらすであろう。

公的給付データの活用ではサービス評価も念頭に入ると考えられるが、今後検討しなければならない本質的な課題があるように思われる。例えば、高橋（2016）は高齢者介護の文脈で、ケアとニーズ論を再検討する中で「意欲が生活機能改善・悪化の決定的要因であること、関係資源を含む環境的要因が生活機能と大きく関わっていること。ケアの質の重要性は言うまでもないが、他の要因との関連で生活機能を考える必要があること」に注目すべきと述べている。まず以て、この指摘は（高齢者の文脈で）ケアを評価する場合には、医療制度にかかるデータのみならず、介護制度などの生活にかかわる側面のデータが必要であることを示唆している。仮に、公的給付記録に記載されている以外にケアの質に実質的な影響・関連を持つ「ほかの要因」が存在する場合、公的給付記録による質評価は何をもたらすであろうか。もちろん、「ほかの要因」の影響は無視し得る場合は当然あり得るが、それを前提とすることが可能であるのか。ケアの評価について「ほかの要因」を考慮する必要があるとすれば、給付にかかわらない「ほかの要因」についての情報を給付主体が収集して記録するのか、それは社会的に許容されるのか。International Classification of Functionality (ICF) など健康を多義的にとらえる流れの中で、日本・イギリスをこえて、特定のニーズに対する給付を行う公的サービスの評価が本質的に直面する課題である。

## V 結語

英国NHSと自治体のSocial Serviceは政権与党の違いにかかわらず長期にわたりサービス提供における連携を図ってきた。NHSの給付にかかるデータ基盤整備から発展し、両サービス間のデー

タ共有も、NHSの制度に対する国民の高い信頼に依拠しながらサービス提供における両者の連携をさらに有効化することによって患者の便益を高めるという観点から進められてきた。一貫した体制整備が行われる前から医療機関に導入されていたIT機器の違いにより、データ共有の更なる改善が今後も行われる必要がある。

医療制度や介護（福祉）制度の違いが活用できるデータの違いを生み、健康関連の研究開発へのデータ活用という目的を日英両国でシェアしつつも、英国では医療サービスと社会サービスの連携した臨床現場での情報活用も、始まったばかりであるが、企図されている臨床的なデータの複雑性や全国統一的なIT化が病院部門で行われなかったことが英国でのデータ活用の制約条件となっている。

健康やQOLは多義的であり、かつ、それらに影響を与え得る、公的給付以外に私的に利用・負担されるサービス利用があり得る。この場合に、公的給付のデータ（のみ）を用いて、効率的・効果的なサービス供給のためのエビデンスを構築できるかは両国共通の今後の課題であろう。

## 謝辞

本稿の執筆にあたり科学研究費補助金（JSPS: 15H03365）の補助を受けた。

## 参考文献

- 市瀬幸平（1973）『イギリスの社会福祉—その体系と機能—』たいまつ社。
- 井上恒男（2016）『英国における高齢者ケア政策 質の高いケア・サービス確保と費用負担の課題』明石書店。
- 右田紀久恵・中村永司（1981）「英国の身体障害者福祉—地方自治体サービスを中心として—」『社会福祉学』第22巻第2号，pp.133-161。
- 緒方あゆみ（2004）「イギリスにおける精神医療法制的動向」『同志社政策科学研究』Vol.5, No.1, pp.151-161。
- 片桐由喜（1993）「イギリス国民保健制度の形成過程—国民保健サービス法（1946年）を中心として—」北海道大学大学院環境科学研究科法文紀要No.6, pp.75-128。
- 兼村高文（2014）「英国キャメロン政権の緊縮財政政策

- と地方財政—国の政策で財政危機に追い込まれた地方自治体とその対応—」『自治総研』No.434号, pp.26-45。
- コベントリ市社会福祉部 (1986) 津崎哲雄訳『現代地方自治体社会福祉の展開 英国コベントリ市社会福祉部10年間 (1971-1981年) の施策と実務』海声社。
- 白瀬由美香 (2010) 「英国におけるホームヘルプ事業の展開: 1948~74年の医療・介護の関係をめぐる検討」日本社会福祉学会第58回秋季大会報告資料。
- (2016) 「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111, pp.20-26。
- 高橋紘士 (2016) 「ケアの社会政策のために」『社会保障研究』Vol.1, No.1, pp.4-21。
- 田畑雄紀 (2018) 「イギリスにおける医療費適正化政策と医療サービス提供体制」『健保連海外医療保障』No.118, pp.15-21。
- 内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室「府医第36号平成30年5月31日 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律等の施行について」。
- 長澤紀美子 (2009) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革—高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—」『海外社会保障研究』No.169, pp.54-70。
- 西田和弘 (1998) 「医療保障における医療情報へのアクセス権保障—イギリス1990年保健医療記録へのアクセス法とその成立過程を参考に—」『社会保障法』第13号, pp.183-197。
- 平岡公一 (2003) 『英国の社会福祉と政策研究 イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- 松本勝明編 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- 山本恵子 (2008) 「イングランドにおける医療と福祉の財政的連携・統合に関する考察: 共同財政とプール予算の比較を通して」『日本医療経済学会会報』第27巻第2号, pp.30-59。
- British Medical Association (2013) “Understanding the reforms of ... The Health and Social Care Act 2012”。
- (2014) “Requests for disclosure of data for secondary purposes”。
- Beveridge W. (1942) “Social insurance and allied services”. (一圓光彌監訳『ベヴァリッジ報告 社会保険及び関連サービス』法律文化社, 2014年。)
- Boyd A, Thomas R, Cornish R, Macleod J. (2018). NHS Number and the systems used to manage them: an overview for research users. Bristol, UK: University of Bristol.
- Caldicott, F. (2013) “Information: To share or not to share? The Information Governance Review”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/192572/2900774\\_InfoGovernance\\_accv2.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192572/2900774_InfoGovernance_accv2.pdf)
- The Department of Health (1997) “The new NHS modern, dependable” The Stationery Office. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266003/newnhs.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf)
- (2000) “The NHS Plan: A plan for investment: A plan for reform”。
- (2008) “High Quality Care For All”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/228836/7432.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf)
- (2010) “Equity and excellence: Liberating the NHS”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213823/dh\\_117794.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf)
- Griffith, R. (1983a) “NHS management inquiry,” British Medical Journal, Volume.287, pp.1391-1394.
- (1983b) “Community Care: Agenda for Action: A report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith, HMSO. (小田兼三訳『コミュニティ・ケア—行動のための指針』海声社, 1989年。)
- Hassey, A. (2005) “The National Programme for IT in the NHS,” British Journal of General Practice, vol.55 (510), p.58.
- House of Commons Committee of Public Accounts (2013) “The Dismantled National Programme for IT in the NHS Nineteenth Report of Session 2013-14”。
- House of Commons Library (2018) “Patient health records and confidentiality,” Briefing paper Number07103, 25 May.
- Hunt J., “Jeremy Hunt challenges NHS to go paperless by 2018”. <https://www.gov.uk/government/news/jeremy-hunt-challenges-nhs-to-go-paperless-by-2018>
- Justinia T. (2017) “The UK’s National Programme for IT: Why was it dismantled?” Health Services Management Research, vol.30, no.1, pp.2-9.
- National Audit Office (2006) “DEPARTMENT OF HEALTH The National Programme for IT in the NHS” REPORT BY THE COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL | HC 1173 Session 2005-2006. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2006/06/05061173.pdf>
- NHS (2014) “NHS Five Year Forward View”. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
- (2015) “Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/ 1-2020/ 21”. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/planning-guid-16-17-20-21.pdf>
- NHS England (2018) News Local health and care partnerships covering 23.5 million could save lives, 27 June 2018. <https://www.england.nhs.uk/2018/06/local-health-and-care-partnerships-covering-23-5-million->

- could-save-lives/ (2018年10月8日最終アクセス)。  
NHS England and the Local Government Association (2018) Local Health and Care Record Exemplars A summary. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/local-health-and-care-record-exemplars-summary.pdf> (2018年10月8日最終アクセス)。  
NHS England and NHS Improvement (2018) “Refreshing NHS Plans for 2018/19”.  
HM Treasury (2010), SPENDING REVIEW 2010. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/203826/Spending\\_review\\_2010.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203826/Spending_review_2010.pdf)  
Wachter R. M. (2016) “Making IT work: harnessing the power of health information technology to improve care in England,” Report by National Advisory Group on Health Information Technology in England.  
Wanless, D. (2002) “Securing our Future Health: Taking a Long-Term View Final Report” HM Treasury.

(いずみだ・のぶゆき)

**This Paper Focuses on the IT-Policy in the National Health Service (NHS) System with Regarding It as One of the Supply-Side Policies, Considers Related Political/ Institutional Factors and How the Fruits of Policy Fed Back and Aims to Have Implications on the IT-Policies Using the Healthcare Data in Japan**

Nobuyuki IZUMIDA\*

Abstract

This paper focuses on the IT-policy in the National Health Service (NHS) system with regarding it as one of the supply-side policies, considers related political/ institutional factors and how the fruits of policy feed backed and aims to have the implications on the IT-policies using the health care data in Japan.

In England, health services are provided through the national system, and personal social services provided through the local authority. Coordination of services in both sectors have been tried since 1960'. Development of Electronic Health Record and utilizing/ sharing it across NHS sector and social services sector is one of the policies seeking more efficient service allocation and/ or higher quality service provision. NPfIT, IT-policy in the NHS sector failed in establishing the national network of service utilization information, due to the complexity of the information in the hospital. However IT-policies in the NHS sector have been still pursued. Local Health and Care Record Exemplar is one of the policies, it is implemented, harmonizing with other supply-side policies such as Strategic Transformation Partnership, integrated care.

The utilization of the health care benefit data for the research and development is shared as the policy goal in common by England and Japan, however, England also challenges to feedback the fruits of information sharing directly to patients.

Keywords : National Health Service, Social Service, Information Sharing, Supply Side Policy, NPfIT

---

\* Director, Department of Empirical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research