

英国の医療福祉サービスの動向と 官民関係（上）

伊藤 善典

はじめに

- I NHS改革の動向
 - 1 NHSの現状
 - 2 NHS改革の理念と経緯
 - 3 NHS改革の柱
 - 4 NHSの将来（以上、本号）
- II 高齢者福祉サービスの動向（以下、次号）
 - 1 高齢者ケアの現状
 - 2 ブレア政権の政策
 - 3 ケアホーム閉鎖の要因
 - 4 ケアホーム産業の将来
- III 医療福祉サービスにおける官民関係
 - 1 サービス提供における官民のシェア
 - 2 官民の役割分担の考え方
 - 3 官民関係の課題

はじめに

英国の医療福祉政策における中心的課題は、分野により異なるものの、①サービス供給の拡大、②サービスの質の向上と格差是正、③利用者選択の拡大の三つと考えることができる。そして、その解決方策を検討する上で常に議論されてきたのは、市場機能の活用と利用者間の平等の確保との関係についてであった。福祉サービスの場合、既に大半が民間企業によって提供されており、これに対する異論は聞かれませんが、国民保健サービス（National Health Service, NHS）における市場機能の拡大については、選挙の都度、与野党間で激しい議論が行われてきた。本年5月の総選挙においても、やはりNHS改革のあり方が大きな争点となった。本稿では、ブレア政権下の医療福祉サービスについて、市場機能の活用に関する政策との関連を中心に、特にNHSと高齢者福祉サービスの動向を紹介するとともに、官民関係の現状と課題を整理することとしたい。

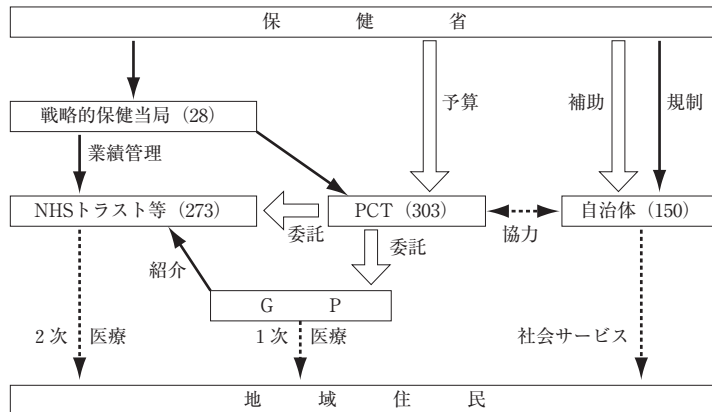
I NHS改革の動向

1 NHSの現状

(1) NHSの概要

NHSは、1948年、労働党政権により創設されたが、その基となったのはベバリッジ報告である。この報告は、全国民に社会保険を通じて最低限度の所得保障を行うこととするが、その前提として受診時に経済的負担のない包括的なサービスを提供する医療制度を構築することを提案した。以前の医療供給体制は、公立病院と慈善病院が中心であったが、医療資源の不足や施設間の役割分担の不明確さが指摘されていた。また、医療保障については、国民健康保険があったものの、被用者本人のみ対象で、病院給付は対象外であった。NHSが創設されたことにより、主要病院は国有化され、専門医は勤務医として公務員化されるとともに、税財源により、患者の支払能力ではなく医療上の必要性に応じ、無料で、全国民に平等に、包括的なサービスを提供するという基本的枠組みが作られた。このような理念は、今でも国民の幅広い支持を得ている。

(図1) NHS・社会サービスに関する組織（イングランド）



(注) 箇所数は2003年度。

次にNHSの組織について見ておこう（図1）。医療福祉政策に責任を有する保健省（Department of Health, DH）は、NHSの管理部門と社会サービス部門に大きく分けられる。NHS管理部門の下に、各トラストの業績管理を行う戦略的保健当局（Strategic Health Authorities）が地方支分部局として置かれるとともに、地域住民に対する医療サービス確保の責任を有するプライマリケア・トラスト（Primary Care Trusts, PCT）、複数の病院を傘下に持ち、病院サービス（手術、入院等）を提供するNHSトラスト（NHS Trusts）等が存在する。なお、トラストというのは、保健省本体から一定の独立性を持つ公営事業体的な組織である。

保健省は、まずPCTに対しNHS予算の大半を配分し、PCTはそれを財源として、地域住民に対する1次、2次医療及び地域保健サービスを確保する。1次医療については、自営業者であり、家庭医機能を有する一般医（General Practitioners, GP）と契約し、患者の診療を委託する。診察の結

果、病院での処置が必要と認められれば、GPは患者をNHSトラスト病院等に紹介する。NHSトラスト病院等は、その患者に対し、PCTから委託費の支払いを受けて手術等を行う。福祉サービスの場合、自治体の社会サービス部がサービス確保の責任を負い、保健省は補助や規制を行っているが、地域レベルにおいては、自治体とPCTとの間で協力関係の構築が進められている⁽¹⁾。

NHSの財源については、2004年度予算では、税74.0%、国民保険からの繰入れ21.5%、患者自己負担（薬剤負担等）等4.5%である⁽²⁾。また、支出（2002年度）については、職員給与に57%、医薬品に15%が配分されている⁽³⁾。

（2） NHS改革の必要性

NHSについては、これまで多くの問題が指摘されてきたが、概ね次のように分類することができる。

第一に、サービス供給能力の不足。施設設備（病院、ベッド、医療機器等）、マンパワー（医師、看護師等）の大幅な不足のため、患者の待機が大きな問題となっている。独仏と比較すると、人口当たり医師数や病床数は半分程度にすぎない。入院待機患者数は表1のとおりであり、数か月の待機は普通である。急患であっても、運が悪ければ、廊下で丸一日待たされることがあり、GPとの面会についても数日待たされることがある⁽⁴⁾。GPの診療を受ける場合、事前登録が必要であるが、都市部では、GP不足によりGP1人当たりの住民数が多くなりすぎたため、登録を断られるケースがある。

第二に、サービスの質と地域格差の問題。心臓病やがんによる死亡率は、主要先進国の水準をかなり上回る。社会資本全般に言えることであるが、長年の投資不足の結果、施設設備は狭く老朽化しており、最新技術を用いた医療を行うのには適していない。未だ男女混合病棟が残され、院内感染も後を絶たない。また、医療内容の地域較差や貧富による受診格差が見られる。

第三に、患者の選択機会の少なさ。患者は、GPに紹介された1つのNHS病院について順番待ちをする必要があり、これが嫌ならば、民間病院において全額自己負担で受診する必要がある。GPの場合も住居近くで登録する必要があり、選択は認められない。

第四に、非効率な組織運営。NHSスタッフ数は130万人以上にのぼるが、組織が巨大すぎて、中央集権体制のまま効率的な運営を行うことは最早困難である。官僚的な規制や手続きが多く、地域独自の課題があっても柔軟に取り組むことができない。労働条件についても、業績が賃金に反映されず、ファミリー・フレンドリーな働き方ができない。

(1) The Health Act 1999により、PCTと自治体の間で、医療福祉サービスの予算や権限を相互に委譲する共同事業が行われているほか、両者の組織を統合したケアトラストが設立されている（2003年度8か所）。

(2) DH, *Departmental Report 2004*.

(3) DH, *Delivering the NHS Plan - expenditure report*, 2003.

(4) 救急患者の場合、政府目標では、NHS病院に担ぎ込まれてから4時間以内に治療を開始することとされている。GPとの面会予約の場合、政府目標では、48時間以内に受診できることとされている。

表1 入院待機の状況（イングランド）

	待機患者数（万人）				待機期間のメディアン（週）
	計	6～8月	9～11月	12月以上	
1996年度末	115.8	16.5	8.9	3.0	13.2
1999年度末	103.7	13.8	7.8	4.8	12.9
2002年度末	99.2	13.6	5.3	0.0	11.9
2003年度末	90.6	7.8	0.0	0.0	10.2

（資料）DH, *Chief Executive Report to the NHS - Statistical Supplement*, May 2004.

（注）待機患者数計は病院側，待機期間別及び待機期間のメディアンは委託側の統計。

2 NHS改革の理念と経緯

（1）労働党と保守党の改革理念

上記の課題の多くは、長年に渡り指摘されてきたものであり、労働党、保守党ともそれぞれの理念に基づき改革を行ってきた。ブレア首相が党首になる以前の労働党（オールド・レーバー）は、市場経済を敵視するとともに、患者間の平等を特に重視してきた。このため、NHSの国有と中央集権的運営の堅持、非営利病院を含む民間病院や私的診療⁽⁵⁾の抑制が必要であると考えていた。これに対し、1979年に登場したサッチャー保守党政権は、市場原理を重視し、国有産業の民営化を強力に推し進めた。NHSについては反対が強く、民営化は困難であったが⁽⁶⁾、消費者主権の拡大を図るため、組織運営に市場的要素を導入するとともに、民間部門の活用と私的診療を奨励した。

具体的には、独立採算制のNHSトラスト及び登録住民のための病院サービス購入予算枠を持つ予算保持一般医（GP fundholders）を創設し、サービス供給主体（provider）に一定の自律性を持たせるとともに、これらとサービス購入主体（purchaser）とを分離した（内部市場の導入）⁽⁷⁾。改革前には、NHS本体（保健当局）が病院を直営し、入院サービスに要する費用を予算として配分していたため、サービス購入という概念がなく、民間病院にNHS患者の治療を委託することもなかった。しかし、改革後、病院直営は廃止され、NHS本体又は予算保持一般医が、低価格であるなど条件の有利なNHS又は民間の病院からサービスを購入できることとなり、NHS病院も競争に晒されることとなった。また、民間病院設立や私的診療に対する規制緩和、民間医療保険への加入促進、補助的サービス（施設の維持管理、給食等）の外部委託等が行われた。

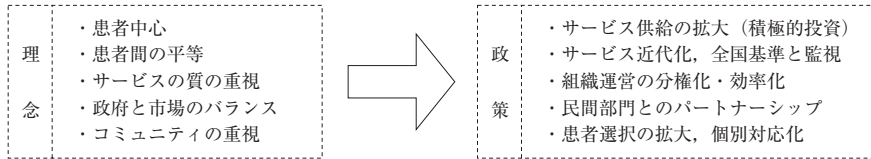
1997年、中道左派を標榜するブレア政権（ニュー・レーバー）が誕生したが、この政権は、オールド・レーバーや保守党政権とは異なる理念、すなわち、市場の敵視でも過度の重視でもない新たな理念（第三の道）を主張した。医療サービスにおける理念や政策については、政権発足当初から体系化されていたわけではなく、徐々に明確化され、進化してきたと言った方がいいであろうが、

(5) 私的診療は、NHS病院の顧問医（consultants）が副業として民間病院に出向き、又はNHS病院の有料ベッド（pay beds）を使用して診療を行うもので、費用は民間医療保険か患者の自費によって賄われる。

(6) 武川正吾「第16章 私的年金と私的医療」、武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障』東京大学出版会、1999年、375～378ページ。

(7) 1990年成立のNational Health Service and Community Care Actによる。

現時点では、次のように整理することができよう。



こうして見ると、ブレア政権は、サッチャー政権の政策をかなり引き継いでいることがわかる。立案の源となる理念は異なっているが、NHS組織運営の分権化、民間部門の活用、選択の拡大といった政策の方向性は同じである。ブレア政権も、政府の仕事は国営により直接サービスを提供することではなく、市場の条件を整備することであるとし、公共サービスの改善のためには、選択と多様化、民間による技術革新、効率性についての競争が必要であるとする。

他方、保守党政権は、サービスの利用機会や質の問題に対してはさほど関心を示さなかった。1990年にサッチャー政権を引き継いだメージャー政権も、公共サービス提供における消費者優先を明確にはしたが⁽⁸⁾、市場に介入しようという姿勢は見られなかった。これに対し、ブレア政権は、市場機能の活用を前提とする一方、サービス利用の機会を平等に確保するとともに、サービスの質を向上させるためには、単に市場に任せるのではなく、市場機能を補い、健全に発揮させるための基盤整備を政府が積極的に行うべきであるとする。このため、供給不足を解消し、サービス近代化を図るための投資を拡大するとともに、全国基準の策定、監視機関の整備等に力を入れている。

（２）ブレア政権における改革

ブレア政権発足時、予算保持一般医はGP全体の半分程度であったが、これへの登録患者が病院での処置を優先して受けられるといった状況が見られ、不平等な制度であるとの批判が強かった。このため、最初の保健大臣となった左派のフランク・ドブソンは、選挙公約どおりこれを廃止するとともに、民間医療保険に対する税制優遇措置も廃止した。他方、NHSトラストを存続させるとともに、プライマリケア・グループ（PCG）とその発展形であるPCTを創設し、病院サービス購入など地域医療確保に対する責任を負わせることとした⁽⁹⁾。「内部市場」は死語となったが、保守党政権が達成した成果も評価し、実質的には同様の機能を持つ仕組みを存続させたのである。

1999年10月、ブレア首相の側近であるアラン・ミルバーンが保健大臣に就任したが、その直後、インフルエンザが流行し、待機期間の長さが政治問題化したため、NHS改革に本格的に取り組む必要性が改めて認識された。政府は、NHS予算の大幅増額を公約するとともに、2000年7月、向う10年間の改革方針を示したNHSプラン（NHS Plan）を策定した。そして、2001年総選挙で勝利した後、医療費対GDP比を欧州平均並の9%台にまで引き上げることを目標として設定し、2007年度ま

(8) NHSについては、1991年、患者の基本的権利、達成すべき水準と目標等を定めた患者憲章が作成された。

(9) The Health Act 1999による。

でNHS予算を年実質7.4%ずつ増額する方針を明らかにした⁽¹⁰⁾。問題は財源の調達方法であったが、2003年度から国民保険料率を労使1%ずつ引き上げ、NHSに繰り入れることとした。その際、国民の間から大きな批判は生じなかった。

ミルバーン保健相は、NHSプランに沿って積極的に改革を推進した。病院建設や民間病院活用を進めるとともに、NHS組織に対する基準・目標の設定と監査指導を強化した。目標を達成できない場合には経営者更迭などの介入を行う一方、好業績をあげ、三つ星の格付けを取得した組織に対しては、報償を与え、後述するファウンデーション・トラスト（Foundation Trusts, FT）への転換申請を認めるなど、飴と鞭の政策を採用した。ミルバーン保健相が最も力を入れたのがFTの創設である。FT創設は、NHSトラストの独立性を強化し、組織分権化を進めるための試金石となる試みであったが、民営化への第一歩と警戒する労働党左派の激しい抵抗を受け、難産を極めた⁽¹¹⁾。

2003年5月、ミルバーン保健相が辞任すると⁽¹²⁾、やはりブレア首相の側近であるジョン・リードが保健相に就任した。FT創設法案は成立が危ぶまれたものの、2003年11月、度重なる修正動議や譲歩を経て何とか成立した⁽¹³⁾。さらに、リード保健相は、労働組合との交渉をまとめ、スタッフ確保と労働生産性向上を目指した労働契約の全面的見直しを行い、2004年6月には、総選挙に向けた労働党の公約ともなるNHS改善計画（NHS Improvement Plan）を公表した。NHSプランが供給能力拡大に重点を置いているのに対し、この計画はサービスの質的変革を促すものとなっている。具体的には、待機期間の一層の短縮、患者選択の拡大と個別対応型サービスへの転換、疾病予防へのシフト等であった。

以上の流れを整理すると、図2のようになる。待機患者数の削減が一番の目標であったため、組織運営については、多額の予算投入に合わせ、中央による目標設定と指導を強化してきたが、一定の成果が見られる一方⁽¹⁴⁾、職員の士気低下など歪みが指摘されるようになり、また、財政状況が厳しさを増す中で予算の有効活用が求められるようになった。このため、コミュニティのニーズに合ったサービスを現場の判断で効率的に提供できるよう、地域組織に権限と財源を委譲し、地域主導の運営に転換していく方向にある。また、民間委託拡大と分権化を進める一方で、全国的なサービス水準を確保するため、引き続き基準策定と監視を重視する。そして、今後は、患者選択の拡大

(10) 英国の医療費は、伝統的に低い水準にある。保守党政権時代にもNHSの実質支出額は削減されたわけではないが、ニーズに見合って増加しなかった。現在、英国は、他の主要先進国が高齢化による医療費増加に苦しむ中、唯一政策的に医療費を増加させようとしている国である。2004年度歳出見直しでは、2004年度の810億ポンドから2007年度には1,070億ポンドに引き上げる方針が示されており、2002年度7.8%であった医療費対GDP比は、2007年度には9.2%となる見通しである。

(11) ドブゾン元保健相が反対派の中心であった。

(12) ミルバーン前保健相は、「家族とともに過ごす時間が欲しい」として辞任したが、その後、政策企画調整担当閣僚として復帰した。

(13) The Health and Social Care Act 2003.

(14) 長期入院待機患者数の減少（表1）のほか、GPへの面会予約2日以内（2002年3月75%→2004年11月99%）、救急部門待機4時間以内（2002年第4四半期77%→2004年第3四半期95%）、病院外来待機（1997年度末30万人→2003年度末4万人）、がんと環状動脈性心臓病の死亡率低下など。

と治療から予防への転換を図り、NHS改革の総仕上げの段階に入るとというのがブレア政権の現時点における構想である。

（図2）ブレア政権におけるNHS改革の流れ

	1999	2000	2001 (総選挙)	2002	2003	2004	2005～ (総選挙)
基本方針		NHSプラン		予算大幅増		NHS改善計画	
サービス供給能力		病院新設・民間活用		退院遅延解消		労働契約見直し	民間委託拡大
組織運営	PCG PCT	中央による目標設定			PCT強化	FT	新支払方式 地域主導
サービスの質	NSF/ NICE		格付け			HC	電子NHS 基準重視
患者選択							病院選択 予防重視

（資料）各種資料により作成。

（注）NSFは全国サービス枠組み、NICEは国立臨床評価機構、HCは医療委員会の略。電子NHSは、電子病院予約システム、電子患者記録システム、電子処方箋等。

3 NHS改革の柱

ブレア政権が実施してきた主な改革は、a. 予算増額、b. 組織運営の見直し、c. 民間部門の活用、d. サービスの質の向上、e. スタッフの確保⁽¹⁵⁾などであるが、ここでは、市場機能の活用とそのための条件整備の性格を有するb～dについて述べることにする。

（1）組織運営の見直し

組織運営の見直しとは、予算の効率的使用に配慮するとともに、コミュニティのニーズに合った多様なサービスを提供できるよう、中央集権的な目標設定と指導を縮小し、地域組織に権限と財源を委譲することである。具体的には、次のとおりである。

① PCTの機能強化等

PCTは、非常勤の議長、経営幹部、GPや看護師の代表、自治体代表等によって構成される理事会を持ち、NHS本体から一定の独立性を有する組織である。管内の医療計画策定、医療サービス確保のための調整と契約締結、自治体社会サービス部との協力等を行う。従来、保健省からの予算は、戦略的保健当局、PCT、GPに分割して配分されていたが、2003年度からNHS予算全体の75%が保健省から直接PCTに配分されるようになり、地域医療確保のための予算、権限、責任がPCTに一元

(15) NHS改革の第一の課題は供給能力の拡大であるが、スタッフの確保はその前提となる。スタッフの維持増加策としては、教育訓練数の増加、大幅賃金引上げ、ファミリー・フレンドリーな働き方や成果主義の導入といった労働契約の見直し、外国人看護師や派遣看護師の活用等が行われている。

化されることとなった。また、従来、プライマリケアの提供主体（GP、薬局等）とのサービス委託契約については、保健省と業界団体との中央交渉により全国統一の内容が定められていたが、PCTと地域の提供主体との合意により、地域のニーズに合ったサービスを追加することができるようになった。

さらに、2005年4月から、希望するGPにはPCTから予算枠が与えられ、自ら検査を実施するなどにより、患者を病院に紹介することなく予算の節約ができた場合には、GPはその半分の留保し、診療所の設備整備等に充当することが可能となった⁽¹⁶⁾。治療方針決定権を現場の第一線に移すとともに、予算の効率的な使用へのインセンティブを与えるものであり、予算保持一般医の復活と見る向きもあるが、その登録患者の治療が優先されるわけではなく、平等原則に反しないとされる。

② FTの創設

FTは、NHS本体から独立した公益法人⁽¹⁷⁾であり、保健省とは別組織の監督官（Monitor）が設立を認可する。協同組織的な性格を持ち、住民、患者、職員等がFTのメンバーとして登録、FTが経営破綻した場合、各々1ポンドの有限責任を負う⁽¹⁸⁾。FTの業務執行の監督は理事会が行うが、住民や患者は選挙で代表を選び、その代表が理事会の過半数を占める。保健省は、NHSトラストに対して有するような業務運営指示権や役員任免権を放棄する。資金調達、職員採用等の面でも自由度が高まる。利益は内部留保し、サービス改善のために投資することができる。ただし、多額の負債を抱えるなど経営に失敗した場合、監督官が介入し、経営陣の更迭等を行うことになる。

FT創設の目的は、NHSトラストの自律性を強化するとともに、医療サービスにおける社会的所与と地域民主主義の推進を図ることである。従来のような国有、中央集権の運営ではなく、コミュニティによる公有へと転換し、コミュニティによるコミュニティの利益のための運営を目指す。理事会の説明責任は、保健省に対してではなく、メンバー（コミュニティ）に対するものとなる。

前述のとおり、FT創設法案については、100人以上の与党議員が造反するという英国国会史上例を見ない事態を招いた。政府の方針では、FTの地位は3つ星の格付けを得たNHSトラストに付与されるが、労働党左派は、NHS病院がエリート病院と一般病院に二層化し、FTがその自由を利用して職員や財源を集めることになる結果、病院間（それらを利用する患者間）で不平等が生じるとして反対した。また、NHSの各組織が独立すれば、医療内容や労働条件に格差が生まれ、一つの組織体としてのNHSが形骸化し、ひいては民営化されてしまうと主張した。これに対し、ブレア首相は、2008年までに全てのNHSトラストがFTに転換できるよう支援を行うため、二層化は過渡的な現象にすぎないと説明した。

(16) DH, *Practice Based Commissioning Engaging Practices in Commissioning*, 2004.

(17) ガーディアン（2003年3月8日）によれば、法案検討段階では、ミルバーン保健相は「Company」という言葉を用いていたが、従来の「Trust」という中立的な言葉と異なり、民営化を想起させる名称であったため、ブレア首相が反対し、結局「Public Benefit Corporation」に落ち着いたという。

(18) FTの組織構造は英国会社法における有限責任保証会社に似ている。有限責任保証会社が負債を抱え、破綻した場合、そのメンバーは事前に同意した一定額を限度として補償する義務があるが、通常は1ポンドなどと形式的なものとなっている。

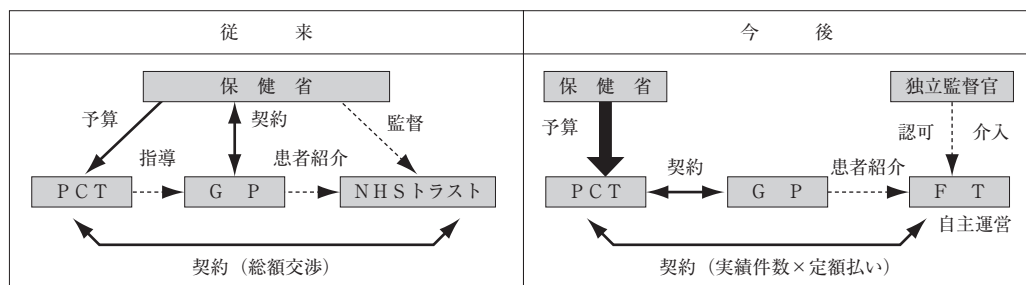
結局、FTには民営化への様々な歯止め策が講じられ⁽¹⁹⁾、経営の自由度はかなり狭められることになったが、2004年4月には10のNHSトラストがFTに転換した⁽²⁰⁾。その際、NHSトラストが所在する各地域において住民、患者等によるメンバーシップの登録と選挙が行われたが、周知期間が短かったこともあり、参加者は住民の1%にすぎなかった⁽²¹⁾。コミュニティによる公有という理想が国民に浸透するには、まだ時間がかかるものと思われる。

③ 新たな委託費支払方式の導入

現在、PCTがNHS病院に患者の処置を委託する際に支払う委託費については、PCTと各NHSトラストが前年度実績等を基に事前交渉により総額を決めているが、この交渉過程は不透明で担当者の交渉テクニックに左右されるとさえ言われる。しかし、今後は、保健省が治療症例ごとに定める全国標準価格表により、「治療件数×定額払い」という実績主義に基づく支払方式が導入されることになる。価格表については、NHS職員の賃金動向や国立臨床評価機構（National Institute for Clinical Excellence, NICE）のガイダンス等を考慮し、コストの地域格差にも配慮しつつ、効率的な病院ではコストの回収、債務の償還、長期資本投資を行うことが可能な水準に設定される⁽²²⁾。

新方式は、既にFTから運用が開始されており、2008年までにはNHS患者の全ての症例に適用される予定である。保健省は、これにより透明で効率的な契約交渉が行われ、かつ、これによる競争は「内部市場」における競争と異なり、価格の高低ではなく、サービスの質、スピード、種類で行われる競争になると期待している。

（図3）組織運営見直し後のNHSの姿



(19) 例えば、資産売却益や剰余金の外部流出は認められず、FTの目的達成のために再投資しなければならない、臨床用財産を担保に供してはならず、監督官の許可なく臨床用財産を処分することはできない、私的診療による収入の全医療収入に対する割合が一定割合を上回ってはならないなど。

(20) 2005年4月時点では、25である。

(21) ガーディアン（2004年4月7日）による。

(22) 全国標準価格表の作成に際しては、Healthcare Resource Groups（HRGs）が参考とされる。HRGsは臨床的同質性を有し、同等の資源を消費する治療症例のグループで、1992年に開発され、1997年以降、活用が進んだ。全国参照コスト一覧や全国参照コスト指数としてNHS病院の業績評価に利用されている。

(2) 民間部門の活用

民間部門の活用に対するブレア政権の考え方は、サービス供給増と技術革新により患者選択の拡大に資することができるというものである。民間部門はNHSの供給能力不足を補うことができ、効率的経営等に関する知識をもたらす。また、消費者選択の観点からは、公的部門による画一的サービスを見直さなければならない。重要なのは、誰がNHS患者にサービスを提供するかではなく、サービスがバリュー・フォー・マネー (Value For Money) ⁽²³⁾ を達成でき、かつ、無料であることである。これさえ担保できれば、経営者はNHSでも株式会社でもよい。イデオロギー優先のオールド・レーバーや保守党政権と異なり、実にプラグマティックな態度である。具体的には、次のような形で行われている。

① PFIの活用

ブレア政権は、様々な公共サービス分野において、保守党政権下で開発されたPFI (Private Finance Initiative) を積極的に活用している。PFIは、従来型公共事業と異なり銀行への利払いが必要となるが、民間事業者へのリスク移転、その創意工夫による効率化等の長所があり、バリュー・フォー・マネーが確保できるとされる ⁽²⁴⁾。また、現実には建設資金確保の問題がある。NHSプランは病院を100か所新設するとしているが、これを従来型公共事業で行うと兆円単位の資金が必要となるため、PFIの活用は不可欠であり、現在ほとんどの病院はPFIによって建設されている ⁽²⁵⁾。ただし、他の公共サービスと異なり、全てを民間事業者に任せるのではなく、医療サービスそのものはNHSが提供する。補助的サービスに従事する職員のみが民間事業者に移籍し、その指揮命令下に置かれることになる。労働組合は、PFI病院とその他の病院で労働条件に差が生じ、NHSスタッフが二層化されるとして、PFIに強く反対しているが、ブレア政権はあくまでPFIを推進する方針である。

② 民間病院への患者の処置の委託

2000年、保健省と民間病院協会は協定を締結し、NHSサービスが不足する地域においてNHS患者の処置の民間委託が拡大されることとなった。これはNHS創設の際の民間病院国有化以来、半世紀に渡る労働党と民間病院業界との敵対的な歴史に終止符を打った象徴的な出来事とみなされている。現在、NHS患者処置件数における民間委託比率は全体の5%以下であるが、NHS改善計画によれば、この比率は2008年度までに15%に引き上げられる予定である。なお、民間病院に対する委託費支払いについては、全国標準価格表を上限として行われる。保健省は、適切かつ効率的な医療であれば一定の利益が得られる水準であるとし、PCTと民間病院の交渉では、価格の高低ではなく、医療の質と治療件数が議論されることになるとしている。

⁽²³⁾ 「支出に見合う価値」、「お買い得」といった意味であり、税金を有効に使用することをいう。

⁽²⁴⁾ NHSにおけるPFIは「サービス購入型」である。NHSトラストは病院の基本的仕様を決定し、民間事業者が出資して設立した特別目的会社 (SPV) に資金調達、建設、維持管理等を一括して発注する。維持管理等の契約期間は30年ほどであり、NHSトラストは、毎年SPVに契約料を支払い、SPVは銀行への元利払いや出資者への配当を行う。契約期間終了後、施設の所有権はNHSトラストに移管される。

⁽²⁵⁾ 1997年以降に開始された病院建設のうち、PFIは78件であるが、従来型公共事業は5件にすぎない。

③ NHS病院の民間企業への経営委託

治療センター（Treatment Centers）は、待機患者の多い分野（心臓病、白内障、股関節交換等）で、日帰りや短期入院での定型的手術を専門に行う施設であり、緊急かつ複雑な治療に責任を負うべき一般病院の負担を減らし、待機リストを削減することを目的とする。保健省の計画では、2005年末までに80施設が整備される予定であり、そのうち34施設の経営が民間企業に委託されることになる。現在、順次入札が行われているが、ほとんどは米、加、南ア等の外国企業が受託している状況にある。外国企業の場合、外国から医師を連れてくるのが条件とされており、他のNHS病院からスタッフを引き抜くことなく、国内医師数の増加を実現することができる。また、英国の民間病院では、NHS医師が出向いて副業として治療を行っているが、外国人医師の賃金はこれより安く、外国企業の方がコストが低いためである。外国企業との契約期間は5年程度であり、保健省は立上費用（医師採用費等）として委託料に若干の上乗せを行っている。

（3） サービスの質の向上

ブレア政権発足以来、政府は、多数の基準やガイドラインを作成してきた。その目的は、医療内容の地域格差を是正するとともに、サービスの質の向上を図ることである。これらは、根拠に基づいて作成され、民間病院を含め、NHS患者を扱う全ての医療サービスに適用される。全国基準には、全国サービス枠組み（National Service Framework）⁽²⁶⁾、NICEガイダンス⁽²⁷⁾等がある。また、2002年には、民間病院へのNHS患者の委託増を踏まえ、国の基準等の遵守、患者に対する情報提供等を定めた、民間事業者が遵守すべき全国最低基準⁽²⁸⁾が策定された。最低基準は、患者の保護とサービスの質の確保が適切に行われているかどうかを判断するための指針となり、違反した場合、監視機関から登録取消処分等を受けることになる。

基準作成と併せ、監視体制の整備にも力を入れており、2004年、類似機関の再編成により、医療委員会（Healthcare Commission）が設立され⁽²⁹⁾、NHSと民間を通じた医療サービスの提供・委託について全国一つの機関が監視を行う体制が構築された。これにより、全国的なサービス水準の確保、監督体制の効率化、説明責任の強化につながる事が期待されている。

4 NHSの将来

（1） 当面の課題

NHS改革の当面の主な課題としては、次の3点をあげることができよう。

第一に、いつまで大幅な財源投入を続けられるかということである。ブレア政権二期目の課題は

⁽²⁶⁾ 一定の医療分野や疾病グループについて遵守すべき基準を詳述した10年計画。高齢者、児童、がん、心臓病、糖尿病、精神保健などの分野で策定されている。

⁽²⁷⁾ 特定の病状についての治療指針である臨床ガイドラインと医薬品、医療機器及び医療行為の臨床効果と費用対効果を評価する技術評価がある。

⁽²⁸⁾ DH, *Independent Health Care: National Minimum Standards and Regulations*, 2002.

⁽²⁹⁾ The Healthcare and Social Care (Community Health and Standards) Act 2004 による。

長年の投資不足で疲弊した公共サービスの改革であり、医療、教育等の予算を増加させてきたが、財政赤字はユーロ参加基準である対GDP比3%に近づいている。このため、公約どおりNHS予算を増加させていくためには、いずれ増税又は国民保険料引上げが必要となる可能性がある。NHS改革については、これまでの多額の予算投入と中央からの強力な指導により、徐々に成果が現れ始めている。しかし、予算増額分の多くが賃金引上げ等に充てられ、治療件数等の実績が予算増に比例しておらず、生産性が低下したとの指摘もある。中央集権的色彩が弱められていく中で、如何に国民に成果を示すことができるかが、予算投入継続を正当化できるかどうかの鍵となる。

第二に、急激な改革へのNHS組織の対応能力である。新委託費支払方式に対応できず、赤字を計上するNHS病院が増加している。分権化に伴い、各組織は独自の判断により、地域ニーズを勘案しつつ、民間病院と競争しながら、財政規律を守り効率的に事業運営を行うことが求められており、民間企業的発想を持つ有能な経営管理者層の育成が急務となっている。

第三に、官民の競争条件の整備である。NHSに競争原理を導入するのであれば、NHS病院と民間病院との間で患者獲得についての公正な競争条件を整備する必要がある。

従来私的診療が大半を占めてきた民間医療市場では⁽³⁰⁾、NHS患者の民間委託が増加するにつれ、NHSが購買力を発揮し始めた。特に2004年には、治療センターの経営という形で外国企業が急激に参入してきたため、NHS患者を巡る競争は激しくなった。それまで英国の病院チェーンは⁽³¹⁾、患者受託価格がNHSでの治療コストよりも大幅に高いと批判されてきたが、これをNHS並に引き下げた。このような状況を見て、私的診療保険を販売する民間医療保険会社は、英国病院チェーンに圧力をかけており、私的診療価格も下落し始めている。また、当初、英国病院チェーンは伝統分野である私的診療に固執していたが、保健省の民間委託拡大方針を受け、外国企業に対抗し、治療センターの経営受託などNHS市場に積極的に参入していく方針へと転換した。NHS改革が進み、待機期間が短くなれば、富裕層向けサービスを除き、私的診療市場の縮小は避けられないためである。

他方、患者獲得を巡る競争が激しくなるにつれ、一部地域では、NHS病院の経営に影響が始まっている。治療センターに関する民間企業との契約交渉については保健省が直接行っているが、治療件数ではなく病床枠を購入する形で行われており、その枠を余らせると無駄が生じるため、保健省はPCTに対し治療センターの活用を働きかけている。その結果、新委託費支払方式が適用され、医療内容が治療センターと競合するNHS病院の病棟閉鎖が見られるようになった。これは、最重要公約である待機患者数削減目標達成を優先し、ルールの整備を行わないまま、民間企業を参入させた結果である。患者が自ら病院を選ぶか、PCTが自らの判断で委託先を選択できるのであれば、NHS病院としても対等な競争が可能になるが、保健省の意向に沿って患者の配分が決められている状況の下では、それも難しい。NHSと民間との間で競争が成立するためには、患者の病院選択の自由化か、分権の徹底、すなわちPCT運営に対する保健省の干渉の廃止が必要になる。

患者による病院選択は、近々開始される予定である。NHS改善計画では、2005年末から、全ての

(30) 英国の民間医療保険加入者は約660万人（2003年）であり、国民全体の11%である（Laing & Buisson, Health & Care Cover UK Market Sector Report 2004）。

(31) General Healthcare Group, Nuffield hospitals, BUPA Hospitals Ltd, Capio Healthcare Ltd等。

患者は民間病院を少なくとも1つは含む4～5の病院の選択肢を提示され、2008年までには、NHSの基準に合致し、NHS価格で治療を行う全病院の中から選択することができるようになる。この結果、NHSと民間による患者獲得を巡る競争は一層激しくなり、対応できない病院の経営破綻が生じる可能性がある。保健省では、このような状況も想定し、対応の仕組みの検討を開始している。

（2） 総選挙における争点

5月総選挙に向けた労働党と保守党のマニフェストを比較すると、NHS支出増の継続、組織運営の分権化、患者選択の拡大という点で方向性は同じであるが、その程度とスピードは異なる。

分権化については、労働党は、中央による一定程度の関与は、改革を進め、全国的な水準を確保するために必要であるとしているが、保守党は、戦略的保健当局や中央による目標設定を廃止し、地域組織の独立性を完全に認める方向である。また、患者選択については、労働党は、NHSの無料・平等の原則を重視し、一定の範囲内で秩序ある自由化を目指しているが、保守党は、無条件の即時自由化を主張した。まず、NHS基準に合致する民間病院にNHS患者を治療する権利を付与し、2005年末までに、NHS患者が民間病院を含む全ての病院を自由に選択することができるようにする。NHS病院やNHS価格で治療を行う民間病院を選択した場合には無料であるが、NHS価格よりも高い価格の民間病院を選択した場合、NHSがNHS価格の5割を負担することとされ、残りの医療費は患者の自己負担となる。現在、NHS患者が民間病院で治療を受けると全額自己負担であるが、NHS財源により補助を行えば、患者に待機リストから外れる誘引を与え、待機期間縮小につながるとともに、NHS予算を半分節約できるとする。労働党は、この案について、民間病院で治療を受けることができる裕福な患者に補助を行うもので、平等の理念に反するとし、あくまで無料の下で民間病院を含めた選択肢の拡大を行うべきであると批判している。

結果として、ブレア政権が継続することとなったが、仮に保守党が勝利していたとしても、いずれNHSトラストは全て公益法人であるFTとなる。また、民間病院もFTと対等の存在になり、患者選択は大幅に拡大する。さらに、PCTは独立性が強化され、一定の予算内で、住民の健康増進を図り、患者のために医療サービスを購入する独立した「保険者」となる可能性がある⁽³²⁾。将来的には、NHSは、単一の組織体というより、NHSの理念や基準に従うNHSブランドの地域法人の集合体（NHSグループ）に性格を変えていくのではないかと予想される。ただし、労働党の党首交替が行われた場合、急進的な改革路線に歯止めがかかる可能性はある。いずれにせよ、最後まで残る論点は、医療における平等をどのように考えるかということであろう。

なお、今回のFT創設の対象地域はイングランドのみであり、スコットランドやウェールズは参加していない。これらの地域は、中央主導型のサービス提供を維持する方針である。今後、一口にNHSと言っても、その姿は地域毎に全く異なるものとなるかもしれない。

（つづく）

（いとう・よしのり 日本貿易振興機構ロンドンセンター）

⁽³²⁾ ミルバーン前保健相は、FT法案の国会審議において、将来PCTもFT化する可能性があると説明した。