

日医総研ワーキングペーパー

イギリスの医療制度(NHS)改革

— サッチャー政権からブレア政権および現在 —

No. 140

2007年1月31日

日本医師会総合政策研究機構 森 宏一郎

イギリスの医療制度(NHS)改革

－ サッチャー政権からブレア政権および現在 －

森 宏一郎 (日医総研 主任研究員)

キーワード

- ◆ NHS (National Health Service)
- ◆ 一般税型の医療制度
- ◆ 内部市場システム
- ◆ ブレア政権の第三の道
- ◆ 入院・外来待ち患者に関するデータ

ポイント

- ◇ 1948 年以前、医療サービスは贅沢財であった。1948 年、医療ニーズに対応した公平なアクセスを基本理念としたNHSが設立された。NHSは国の公共医療サービス事業であり、健康状態や支払能力に関係なく、国民は医療サービスにアクセスできる。
- ◇ NHSは一般税型の財源システムが基本である。財源の約 80%が一般税から来ている。国家財政の中で、医療は最重要項目の一つとなっており、国家歳出の 16%を占める。
- ◇ サッチャー・メージャー保守党政権は、当時の経済状況から財政難に対応するため、市場型の競争メカニズムを利用した効率化を推進した。その代表が、NHSの内部市場システムであった。しかし、価格競争のみに焦点が当てられ(効率化も不十分だったが)、公平性は失われ、医療の質は悪化した。
- ◇ ブレア労働党政権は、過去の労働党政権の中央集権型とも保守党政権の市場競争型とも決別し、公正と効率を両立させるべく、協力的・組織的アプローチによるNHS運営を推進した(第三の道)。その成果は医療の質の面で見られるが、まだはっきりしていない。

目次

1. はじめに	3
2. イギリスの医療制度	6
2.1 イギリスの医療制度としてのNHS	6
2.2 NHSの組織	8
2.3 NHSの財政	9
2.4 NHSの人材	22
3. NHSの略史(サッチャー保守党政権より前)	33
4. サッチャー&メージャー保守党政権下のNHS改革	37
4.1 組織改革	38
4.2 一般管理(General Management)	40
4.3 内部市場システムとその評価	40
4.4 改革の帰結	60
5. ブレア労働党政権下のNHS改革	62
5.1 新しいNHS	63
5.2 医療サービスの質向上のための投資	66
5.3 ブレア労働党政権下の内部市場システム	68
5.4 財政と人材	69
5.5 患者の待ち時間	71
5.6 改革の帰結	77
6. NHSの今後の課題	79
6.1 今後の課題	79
6.2 最近のブレア首相のNHS改革に関する見方	85
7. まとめ	86
参考文献	89

1. はじめに

1970年代後半は、第二次石油ショックの影響から、世界的な経済不況が起きた。イギリスも深刻な経済不況下にあった。そんな中、1979年にサッチャー政権が誕生する。サッチャー政権が直面したのは、政府が行う公共サービス事業の財政問題であった。言うまでもなく、それまでの政府の公共サービス事業の拡大路線は全く無理であり、事業の縮小を含めて、いかに財政的に効率化・合理化を図るのが大きな課題となっていた。そこで、サッチャー政権は市場が持つインセンティブ・メカニズム（価格による不特定多数の経済主体間での競争原理）を大いに利用する政策を大胆に打ち出していった。その象徴とも言える政策は、それまで国営であった産業の民営化である。例えば、鉄道や電信電話がそうである。そういう状況下において、NHS（National Health Service）¹も同様の議論が行なわれた。しかし、NHSの存立基盤とでも言うべき、フリーアクセスは維持するという路線は守られ、民営化という急激な改革は選択されなかった。それでも、NHSという国営の医療サービスにおいても、サッチャー政権は市場原理に基づいた改革（内部市場システムの導入）や経済的インセンティブに基づいた諸政策（管理会計システムの導入と言える管理体制）を打ち出すことになる。サッチャー政権によるNHS改革は、一貫して、当時の経済状況と相まってNHSが抱えていた財政の逼迫と言う問題への対応策であった。したがって、それらの対応策は、医療サービスの提供体制に影響がないわけではないが、最初から医療サービスの量や質の面が議論の中心にはなかったと言える。そして、サッチャー政権による改革は、NHSの歴史の中で、一つの転換点となっているように見える。

サッチャー政権の改革は、NHSが一貫して抱えている財政問題への挑戦でもあり、また、ブレア政権下でのNHS医療改革へ大きな影響を与えている。一言で言うならば、サッチャー政権は財政問題へ焦点を当て過ぎ、カネの側面

¹ NHSとは、イギリスの国営の医療サービス事業全体のことを指す。

に執着し過ぎたために、そのことで医療サービスの質と量に深刻な問題を生み出した。ブレア政権は医療サービスの質と量の向上のために、いかにNHSに資金を確保するかという問題に取り組んできた。その取組みは「第三の道」と呼ばれる。

さらに、NHSが現在抱える問題・課題ともつながっている。改善の兆しは見られるものの、依然として、NHSの資金繰りには大きな問題がある。そのことと関連して、入院患者の待ち時間は依然として長く、医師をはじめとする医療スタッフの不足は深刻である。こうしたことを背景に、イギリスでは、海外から医師を招聘したり、海外へ手術のために患者を送り出すといった苦肉の策も講じているのが実情である。

また、日本の状況に目を向けると、昨今、さまざまな規制産業において、規制緩和による市場原理の導入が推進されている。本来、市場での競争原理がなければならぬ産業では、そういった政策は大いに歓迎すべきものである。実際、そうした産業での規制緩和による市場競争の拡大は、広く消費者の利益拡大を通じて、社会の経済的厚生を増進することが多い。同様の流れから、医療サービスにおいても、市場原理の導入が議論されている。しかし、医療サービスへのアクセシビリティは高度に公共的な性格を持ち、国民の共有財と見るべきであり、医療サービスが価格シグナルによる競争を通じての需給調節を行なう市場原理に適合するかどうかは慎重に議論しなければならないだろう。サッチャー政権の改革の中には、市場原理の導入と見られる制度（内部市場システム）の導入や一般企業で行なわれるような利潤追求型の経営管理手法の導入などがあった。その程度や内容については、本編で議論するところであるが、日本でよく見受けられる医療サービスへの市場原理の導入という議論を考える上でも、イギリスでのサッチャー政権のNHS改革は非常に興味深いであろう。ブレア政権の取組みと今日の課題と合わせて、その考察のための視座が与えられればと考えている。

本レポートでは、NHSの歴史的な文脈の中で、サッチャー政権（メジャー政権を含む保守党政権）によるNHS改革、その後のバトンを受けたブレア政権の改革がどのようなものであったのかを論じたい。この点について一つ注意すべきことがある。そして、この注意点は本レポートの視点・構成とも密接に関係がある。それは、サッチャー政権がNHS改革を「実行」していったというわけではないということである。サッチャー政権は多くの方針あるいは政策プランを策定することに注力した。もちろん、サッチャー政権時代から実行されていったものもあるが、多くは、サッチャー政権（保守党政権、1979-1990年）を引き継いだメジャー政権（保守党政権、1990-1997年）がそれらの政策を具体的に実行していったのである。そして、その結果や成果はサッチャー政権後の時代に検討されていくことになる。したがって、サッチャー政権は遠い過去のように見えるが、実際はサッチャー政権の改革は現在のNHSと密接な関係があると言ふべきである。そういった視点で、サッチャー政権からその政権後、ブレア政権による改革を経て現在に至るまで、どのように経過してきたのか、どのように修正されていったのか、現在、どのような状況にあるのか、抱える問題や将来への課題は何かを議論したい。

その視点に立って、本レポートは以下の構成となっている。第2節では、それらの改革を論じる前の準備として、NHSの仕組みを簡潔に説明しておきたい。第2.1節では、NHSとは何か、その理念とは何か。第2.2節では、NHSの組織はどのようなものなのか。第2.3節では、NHSの資金繰りはどのように行なわれてきたのか。第2.4節では、NHSの人材はどうなっているのか。NHSの人材管理（報酬体系と人材の供給）はどのように行なわれているかを報告する。第3節では、サッチャー政権以前のNHSの歴史を簡潔に振り返り、NHSとは何かを歴史的な文脈の中で明らかにしておきたい。サッチャー政権の改革がどのような歴史的背景の中で出てきたのかも理解できるだろう。第4節では、サッチャー政権によるNHS改革とは何かを説明する。サッチャー政権のNHS改革の根幹を成す内部市場システムについて、理論的問題を含めて、やや詳細に分析・議論する。第5節では、サッチャー政権の改革後の状況（ブレ

ア政権)として、現在の状況を議論したい。また、特に、患者の待ち時間のデータを検討し、ブレア政権下のNHS改革を評価しておきたい。第6節では、現在、依然として抱えている問題と将来への課題を述べる。第7節で、まとめを与える。

2. イギリスの医療制度

はじめに、NHSの仕組みについて概観しておきたい。ここでは、NHSとは何か、NHSの組織、NHSの財政の仕組みと流れ、人材、人材管理についてまとめておく。

2.1 イギリスの医療制度としてのNHS

イギリスの医療制度は、NHS (National Health Service) と呼ばれている。NHSは、イギリス政府の医療サービス事業である。NHSは、医療ニーズに対応した公平なアクセス（健康状態や支払い能力とは関係なく、医療サービスへアクセスできること）を理念として、1948年に設立され、現在まで運営されている。基本原則は、国民の医療サービスへのフリーアクセスである。しかしながら、後述するように、全ての医療サービスがフリーアクセスになっているわけではない。

図表 2-1-1. 医療システムの比較

オプション	一般税型	税・保険折衷型	社会保険型	民間保険型
代表的な国	イギリス	日本	ドイツ	アメリカ
公平性	皆保険 一般税に対する 支払能力とリンク	皆保険 一般税・社会保険に 対する支払い能力 とリンク	皆保険に近い。 社会保険に対する 支払能力とリンク	国民の間に大きな ギャップ 保険金支払能力だ けではなく、リス ク評価にも依存
選択性	支払に選択なし	支払に選択なし	支払にほとんど選 択なしだが、保険 者によって若干 の差	保険者間で、保険 プレミアムおよび 関連ベネフィット について選択肢 多数
透明性	税金の支払と医療 の歳出のリンクは 弱い	税金・保険の支払と 医療歳出のリンク は弱い	目的税が支払と医 療の支出の間のリ ンクを与える	個々人の支払と 個々人の医療ベネ フィットの間のリ ンクは明確

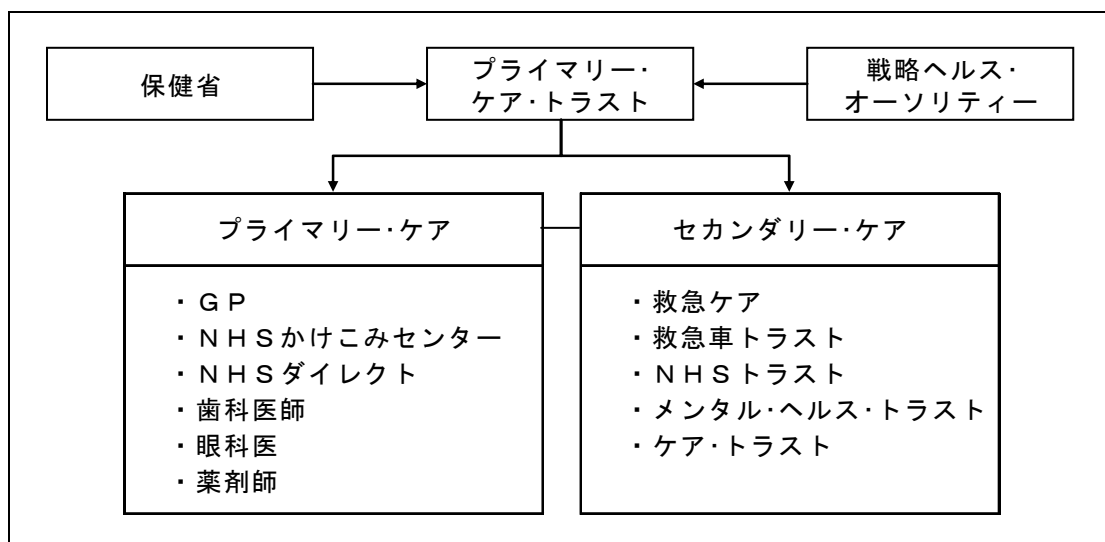
資料: Harrison and Dixon (2000), Table 4.6 から抜粋し、一部追加・加工。

しかしながら、原則として、NHSはフリーアクセスのための仕組みを持っている。NHSの主財源は一般税から来ている。これは、社会保険を主財源とするドイツや民間保険を主財源とするアメリカとは根本的に異なる仕組みである。図表 2-1-1 はそれらの医療システムを簡潔に比較したものである。一般税型のイギリスのNHSは完全に皆保険であり、高い公平性がある。医療へのアクセスは健康状態（リスク）や直接的な支払能力とはリンクしない。他方、民間保険型のアメリカは、必ずしも保険に入れるわけではなく、医療へのアクセスは支払能力だけではなく、リスク評価にも依存する。社会保険型のドイツは、どちらかと言えば、イギリス寄りの仕組みと言える。社会保険の下で、ほぼ皆保険となっており、医療へのアクセスと支払能力のリンクは間接的である。選択性については、一般税型と社会保険型にほとんど選択の余地はないが、他方、民間保険型は保険者間での選択が無限に存在する。透明性については、間接的な資金貢献となる一般税型と社会保険型（目的税部分は除く）では、支払と医療への支出のリンクが弱くなるが、民間保険型ではそのリンクは明確となる。

2.2 NHSの組織

現在、NHSはヨーロッパで医療における最大の組織となっている。NHSの基本的な組織は、プライマリー・ケア（初期治療）とセカンダリー・ケア（二次治療）に分けられる（図表 2-2-1 を参照）。プライマリー・ケアは、GP (General Practitioner: 国民は特定の医師に登録し、必要なときにこの登録医師にコンタクトを取る。この登録医師がGPである。GPはNHSの最前線に位置している。通常、GPは小さい開業医院や診療所で働いている。)、NHS ウォーク・イン・センター、NHSダイレクト、歯科医師、眼科医、薬剤師からなる。セカンダリー・ケアは、救急ケア、救急車トラスト、NHSトラスト（病院を統括）、メンタル・ヘルス・トラスト、ケア・トラストからなる。そして、プライマリー・ケア・トラストが、地域ごとのニーズを評価し、治療を委託する。このNHSに対して、保健省(Department of Health)は、資金提供を通じて支援する役割を担い、戦略的ヘルス・オーソリティーが地域ごとのNHSのサービス全体を管理、モニターし、改善を促していく役割を担っている。

図表 2-2-1. NHSの組織



なお、イギリスのNHSは、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド、その他の諸島に分けられて、運営されている。全体像として

は、ほぼ同じだが、部分的には違いがある。特に、諸島におけるNHSは、独立の構造を持っている。しかし、ここでは、それぞれの細かい差異は問題ではないので、イングランドのNHSを代表として、NHSの仕組みを明確にしておきたい。また、国家の歳出ベースで言えば、NHSへの歳出額のうち約97%がイングランド分となっているので、イングランドをベースとしたデータで分析しても、全体像を大きく見誤る可能性は極めて低い（図表2-2-2を参照）。

図表 2-2-2. NHSへの国家歳出に占めるイングランド割当部分

年度	NHSへの歳出額 (百万UK£)	うちイングランド部分 (百万UK£)	%
2001/02	52,907	52,070	98.4
2002/03	57,212	55,501	97.0
2003/04	63,706	61,965	97.3
2004/05	69,206	66,943	96.7
2005/06	76,530	74,310	97.1
2006/07(推計)	82,000	80,000	97.6
2007/08(予算)	89,100	87,100	97.8

資料: December 2006 National Statistics release, budgetary tables (HM Treasury, UK)

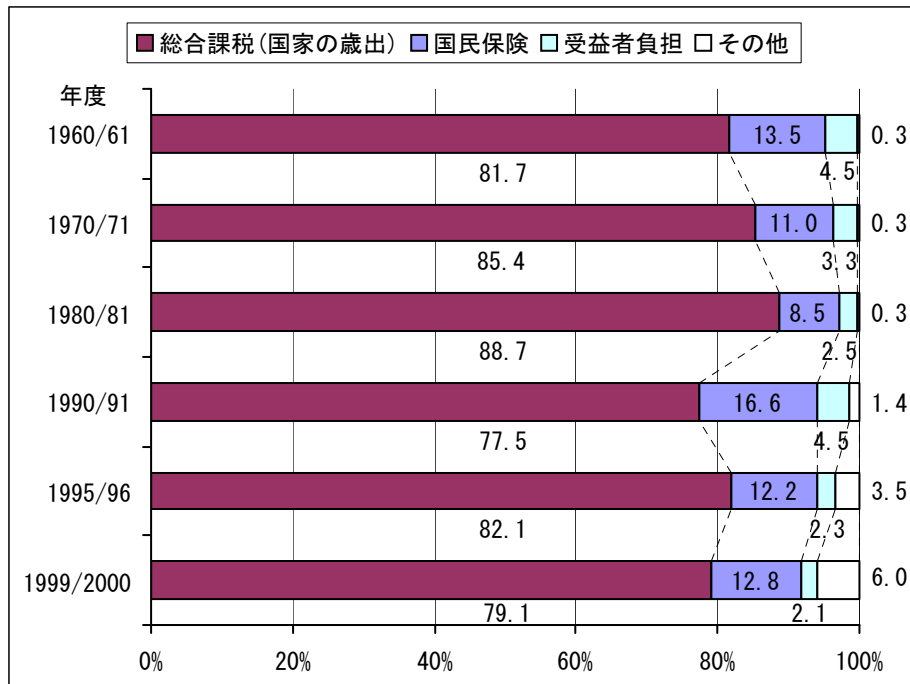
注: 部門ごとの歳出限度額(DEL)データに基づく。補正部分が抜けていることに注意。

2.3 NHSの財政

NHSの財源

NHSの財源は大きく分けて4つある。税金から国家予算を通じて支出される部分(税金)、国民保険から支出される部分(国民保険)、受益者から受け取る部分(患者負担)、その他の4つである。図表2-3-1はNHSの財源の比率の推移を示している。年によって、変動しているが、概ね総合課税から来る部分が約80%、国民保険から来る部分が約12%、受益者が直接支払う部分が2~3%であり、税金と国民保険の二つで90%以上のNHSのコストをまかなっていることが分かる。

図表 2-3-1. NHSの財源（イングランド）



資料: Department of Health. The Government's Expenditure Plans 1999-2000. London: Stationery Office, 1999.

このNHSの財源システムに対しては、根強い批判がある。批判の中心は、それらが基本的に国家財源であり、資金に大きな制約があるため、NHSを充実させるだけの資金の充当ができないというものである。例えば、1953年のGuillebaud委員会の報告や1979年のNHSに関する王立委員会の報告によると、NHSの適正な支出額を決めることは不可能で、ヘルスケアへの支出がどんな水準にあっても、需要は年々増大し、その支出額を超えているのが実態であるという結論が出されている。

この指摘は当然とも言える。税金から支出される部分は、国家の歳出予算の中で、他の歳出とのバランスやその時の経済情勢を考慮して決められる。そのため、NHSの資金需要を正確かつ詳細に検討して、NHSへの歳出予算額が決められるわけではない。1980年代、NHSへの予算は、新しい技術の導入や人口増加を反映して自動的に増加させることが事実上の了解事項となっていた。しかし、これには客観的な基準が設けられていたわけではなく、1980年代の終

わりには、歳出額を増加させることではなく、割り当てられた資金の中で、どれだけ効率化してやりくりしていくかということが強調されるようになっていた。だが、実際に効率化で対応できた部分はほとんどなかった。依然として、根本的にNHSの資金需要は増大し続けてきたというのが事実である。

この1980年代からの時期はサッチャー首相とメージャー首相の保守党政権下の時代と一致する²。引き継いだブレア首相の労働党政権は、増大かつ長期化する入院待ちやガン治療の待ち時間を改善するため、NHSの資金繰りについての方向性をComprehensive Spending Review (1998年7月)の中で明確に打ち出した。向こう3年間、NHSの近代化のために50億UKポンドを充当した。そのため、資金の実質成長率は、過去20年間で3.1%だったのが、その3年間だけで3.7%であった。このように、ブレア政権下で大胆な資金の充当が行なわれたが、NHSの財源確保という問題は今日でも根本的には変わっていない。

国家財政とNHS

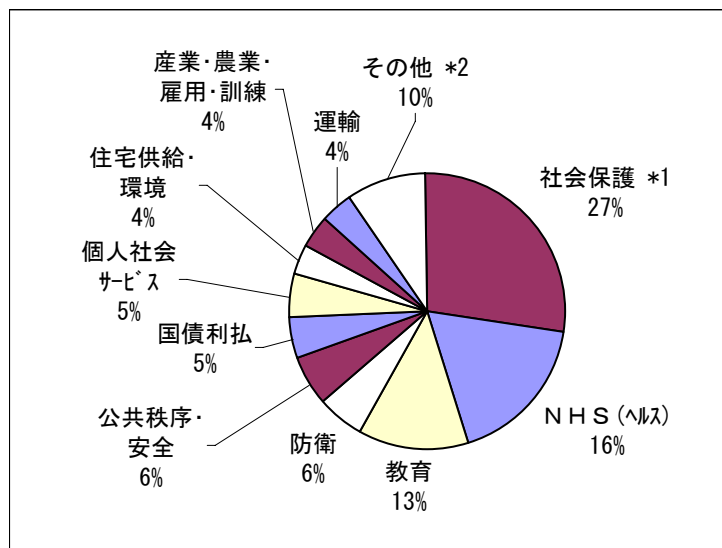
前述したように、NHSの資金の約80%は税収でまかなわれている(図表2-3-1を参照)。すなわち、国家予算の中でその歳出額が決められる。NHSは国家の重要な公共サービス事業の一つであるから、その資金を税金でまかなうというやり方は当然とも言える。しかしながら、国家財政は国の公共事業全体をカバーしており、その用途は経済から福祉まで多岐に渡っている。したがって、国家財政を観察することによって、公共サービスとしてのNHSの位置づけを確認することができる。

まず、2007年度のイギリスの国家予算のデータを見よう(図表2-3-2を参照)。毎年12月に国家予算が決められる。予算額と合わせて、その方針が明確に示さ

² サッチャー政権は1979年から1990年まで、メージャー政権は1990年から1997年までである。

れる。イギリス政府の基本的方針は、「強い経済を形成すること」と「公平な社会を実現すること」となっている。予算案のキー・アナウンスメントの中には、医療(ヘルス)に関する項目は入っていないが、依然として、教育と並んで、医療(ヘルス)は「公平な社会の実現」のための一つの大きな柱となっている。その方針を反映して、医療は予算額全体の16%(国家予算総額は5,550億UK£)を占め、社会保護に次ぐ2番目の大きさとなっている。さらに、医療は教育と並んで、中長期的な重点項目となっており、予算案の中で具体的にその伸びが示されている(図表2-3-3を参照)。

図表 2-3-2. 2007 年度のイギリスの国家予算 (UK)

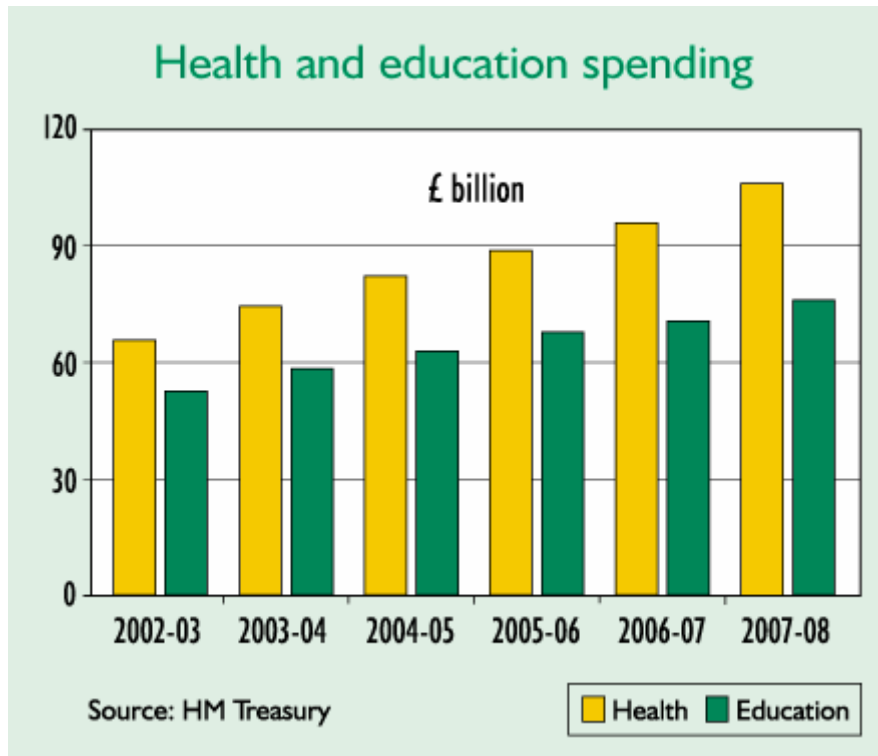


資料: Pre-Budget Report 2006 Summary (UK).

*1: 社会保護 (social protection) は、各種年金、身体障害者等への給付、未亡人への給付、家族への所得支援給付、失業者への給付、住宅手当などの福祉といった社会保障と個人単位の税金に関する還付を含んでいる。

*2: 一般公共サービス、レクリエーション・文化・メディア・スポーツ、国際協力・開発、年金、会計上の調整等を含む。

図表 2-3-3. 医療（ヘルス）と教育への国家歳出の動向



資料：Pre-Budget Report 2006 Summary (UK).

次に、イギリスの国家歳出の時系列データによって、医療（NHS）への歳出額の動向とその位置づけを確認しておこう（図表 2-3-4 を参照）。社会保護が一番大きな位置づけとなっているのは、以前から変わっていない。また、医療と教育がそれに続く位置を占めているのも変わらないが、一つ注目する点がある。元々は教育への歳出額が医療への歳出額を上回っていたが、1992 年度に医療が教育を上回り、以後、医療は国家歳出の中で 2 番目の地位を占めている。その伸びが十分なのかどうかはこのデータだけでは分からないが、保守党のメージャー政権下で医療の重要度が相対的に高まったということが分かる³。なお、社会保障費全体の議論が多いことを考慮して、参考として、歳出全体に占める社会保障費の比率の推移を示した（図表 2-3-5 を参照）。

³ メイジャー政権はサッチャー政権と同じ保守党政権であるが、メージャー政権が発足して 2 年後に、国家歳出ベースで医療が相対的に教育よりも重視されるようになったという点は注目に値する。

図表 2-3-4. イギリスの国家歳出の時系列データ (UK) (単位: 百万UK£)

	1987/88	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94
社会保護	55,057	56,767	61,116	68,070	80,028	90,883	98,067
ヘルス(医療)	20,355	22,531	24,312	27,192	31,058	34,351	36,767
教育・訓練	21,213	23,126	25,855	28,021	31,279	33,099	34,617
防衛	19,102	19,420	21,011	21,953	23,173	23,843	23,478
公共秩序・安全	8,028	8,896	10,133	11,550	13,050	14,289	14,844
公共セクターの支払利子	19,742	20,156	20,924	20,460	18,297	19,045	20,764
運輸	6,485	6,392	7,415	8,505	9,376	10,963	10,212
一般公共サービス	3,711	4,106	5,182	5,575	6,243	6,376	6,367
レクリエーション・文化・宗教	3,508	3,827	4,272	4,805	4,978	5,132	5,082
住宅・地域社会	4,512	3,426	5,146	5,952	6,750	7,003	5,972
環境保護	2,314	2,556	2,792	3,244	3,488	3,651	3,485
企業・経済の発展	6,404	6,622	6,904	6,690	5,137	5,125	5,361
国際サービス	1,879	2,105	2,344	2,531	2,924	3,137	3,229
農業・漁業・林業	2,183	1,965	1,897	2,573	2,611	2,704	3,579
雇用政策	2,951	2,696	2,329	2,388	2,738	2,883	3,063
科学・技術	1,010	1,053	1,133	1,224	1,264	1,423	1,502
EUとの取引	-1,572	-2,510	-1,549	-2,274	-4,082	-3,357	-4,653
その他	-	-	-	-	-	-	-
会計上の調整額	4,648	5,844	7,154	6,797	13,368	11,026	11,789
歳出合計	181,530	188,977	208,368	225,254	251,678	271,575	283,524

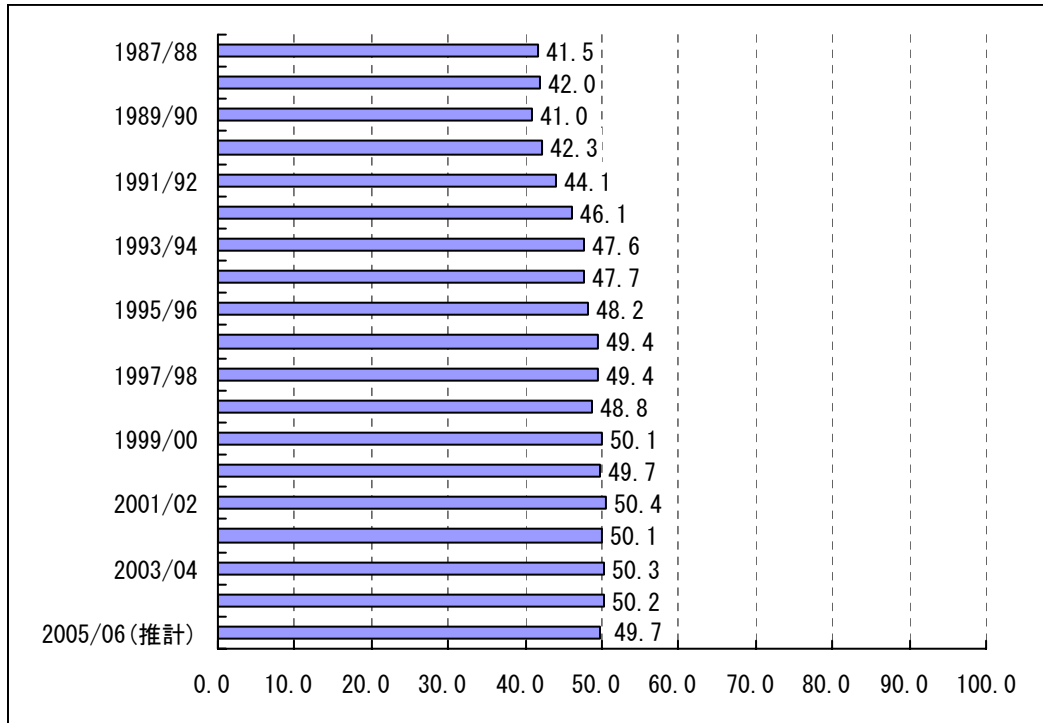
	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00
社会保護	101,756	107,348	112,143	113,779	114,698	122,442
ヘルス(医療)	39,565	41,575	42,917	44,712	47,078	49,547
教育・訓練	36,198	36,971	37,752	38,626	40,060	42,157
防衛	23,303	22,455	22,080	21,649	24,436	25,030
公共秩序・安全	15,434	15,831	16,328	16,959	17,899	18,281
公共セクターの支払利子	23,488	26,765	28,118	29,717	29,367	25,380
運輸	11,672	11,060	9,638	8,812	8,027	8,364
一般公共サービス	6,549	6,768	6,770	6,686	7,652	8,415
レクリエーション・文化・宗教	5,250	5,551	5,882	6,688	7,560	8,213
住宅・地域社会	5,964	5,788	5,329	4,496	4,822	4,231
環境保護	3,865	4,194	3,758	4,224	4,277	4,804
企業・経済の発展	4,600	4,392	4,386	4,398	3,431	4,605
国際サービス	3,325	3,443	3,105	3,062	3,205	3,728
農業・漁業・林業	3,202	3,675	5,301	4,504	4,398	4,268
雇用政策	3,190	3,053	2,953	2,698	2,947	3,525
科学・技術	1,119	1,172	1,376	1,377	1,367	1,376
EUとの取引	-4,267	-4,091	-5,186	-3,710	-2,622	-2,723
その他	-	-	-	-	-	-
会計上の調整額	12,286	12,952	11,221	12,213	13,242	11,677
歳出合計	296,499	308,901	313,870	320,891	331,843	343,320

(次ページへ)

	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06(推計)
社会保護	127,860	136,557	144,673	155,254	163,714	170,320
ヘルス(医療)	54,343	59,801	66,220	74,730	82,534	89,435
教育・訓練	45,898	50,981	54,748	60,861	65,423	69,740
防衛	25,638	25,392	27,039	28,816	29,840	31,112
公共秩序・安全	20,189	22,878	24,740	26,992	29,013	30,141
公共セクターの支払利子	26,615	22,732	21,821	23,122	24,871	26,591
運輸	9,225	10,891	12,936	15,931	16,105	18,376
一般公共サービス	8,393	9,663	10,109	10,812	12,107	12,992
レクリエーション・文化・宗教	8,356	8,696	9,689	9,599	9,924	11,430
住宅・地域社会	5,266	6,215	5,335	6,409	7,907	9,298
環境保護	4,976	5,395	5,916	6,119	6,877	8,548
企業・経済の発展	4,874	4,898	5,623	6,376	6,876	6,622
国際サービス	4,219	4,496	4,806	5,328	5,642	6,429
農業・漁業・林業	4,685	6,442	4,786	5,316	5,432	5,878
雇用政策	3,869	3,840	3,535	3,872	3,743	3,873
科学・技術	1,416	1,651	2,032	2,255	2,432	2,890
EUとの取引	-2,579	-4,845	-1,885	-2,230	-892	-9
その他	0	0	0	0	0	-1,231
会計上の調整額	13,086	13,875	19,142	17,991	19,445	20,717
歳出合計	366,328	389,557	421,265	457,553	490,992	523,152

資料: Public Expenditure Statistical Analyses (PESA) 2006, published 15 May 2006.

図表 2-3-5. 国家歳出に占める社会保障費の比率(%)

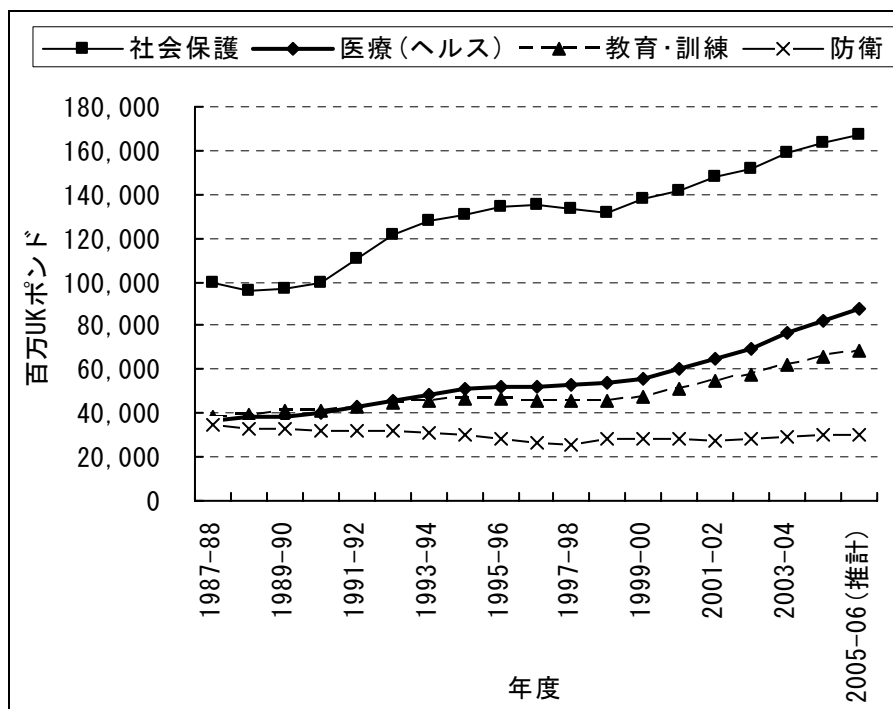


資料: Public Expenditure Statistical Analyses (PESA) 2006, published 15 May 2006.

注: ここでは、社会保護とヘルス(医療)の合計額を社会保障費と定義した。

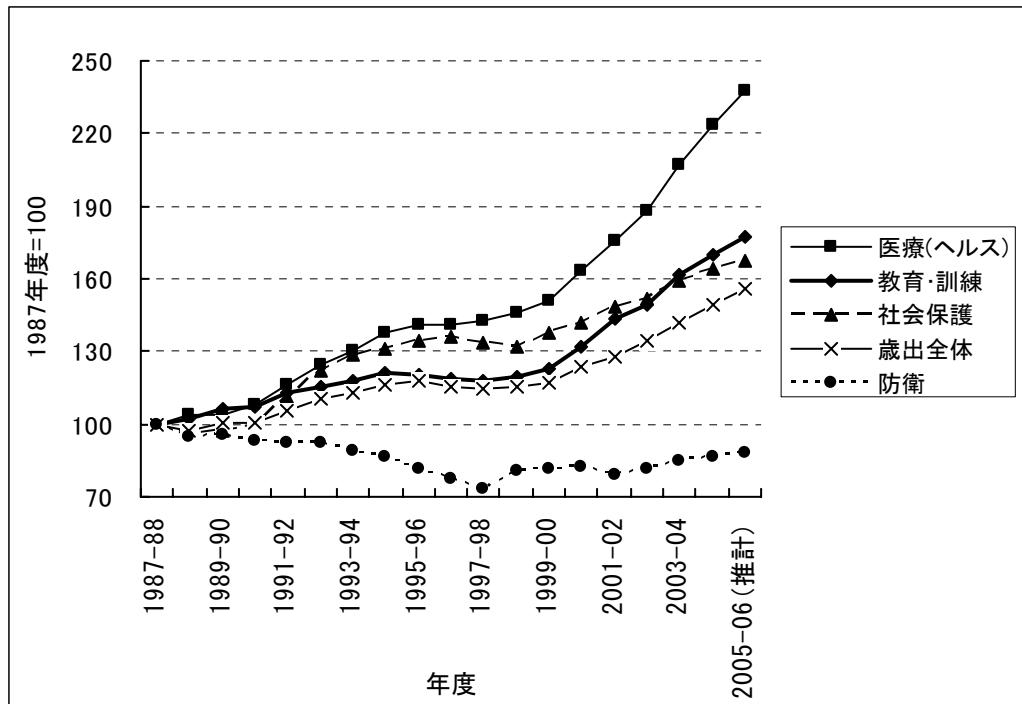
さらに、医療への国家歳出額の伸びをチェックしておきたい。名目の歳出額は物価上昇の影響を受ける。例えば、物価上昇率が年率5%のときに、歳出額が5%伸びていても、実質的に歳出額が伸びたとは言えない。そこで、物価上昇率を除いた実質ベースのデータで、医療への国家歳出額の伸びを見る。図表2-3-6のグラフは、物価上昇率を除外した実質ベースでの医療への歳出額の推移を示している。他の項目と比べても、1999年度以降の医療の伸びは顕著である。図表2-3-7のグラフは1987年度を100として、その伸びを比較したものである。実質ベースで、医療への国家歳出は1987年度水準から2.4倍程度に伸びている。歳出全体が1.6倍程度の伸びであることを考慮すれば、この伸びはかなりの程度である。

図表 2-3-6. 実質ベースで見た医療への国家歳出の推移



資料: Public Expenditure Statistical Analyses (PESA) 2006, published 15 May 2006.
注: GDP デフレーターを用いて、2004年度の物価水準で評価。

図表 2-3-7. 実質ベースで見た医療への国家歳出の伸び



資料: Public Expenditure Statistical Analyses (PESA) 2006, published 15 May 2006.

注: GDP デフレーターを用いて、2004 年度の物価水準で評価。1987 年度を 100 とした伸び率の推移を示す。

国民保険 (社会保険)

社会保険制度では、国民がヘルスケアのコストをカバーするのに一定額の支払をしなければならない。典型的には、この支払は雇用とリンクしている。つまり、雇用関係にある場合は、給与税として、雇用主と被雇用者の両方が払い込む仕組みになっている。自営業者の場合、その本人が全額を支払うことになる。したがって、失業者や退職者に支払い義務はない。失業者に関しては、名目上、国あるいは地方自治体が代わりに支払っているものと見なされている。この社会保険の仕組みは、英国では国民保険（年金を含めた社会保障給付のためのもの）の中に組み込まれている。NHSの財源として、この国民保険から出されている部分が全体の約12%を占めている（図表 2-3-1 を参照）。税金と同様、給与税という性格を持つため、その比率の引き上げは政治的、政策的に非常に難しく、財源としては硬直的である。したがって、国民保険に関しても、

既に述べたような資金需給の不一致の問題がやはり存在する。

受益者負担（患者負担）

受益者負担（患者負担）は、元々のNHSの理念であるフリーアクセス（ニーズに対応した公平なアクセス）に反するが、受益者負担が導入されたのは意外にも早い時期である。1951年に、特定のNHSのサービスへの需要を抑えるために、受益者負担が導入された。このときの対象は調剤薬、眼鏡、入れ歯の3つである。ただし、当時、これはNHSの財政難に対応するための暫定的な処置であるはずだった。つまり、財政難を脱した後には、再び受益者負担はなくなるはずであった。しかし、同1951年に保守党政権（チャーチル）が誕生すると、その新政権はその受益者負担対象を維持しただけではなく、受益者負担の適用範囲を歯科治療と外科的固定装置まで拡大した。その後、適用範囲が縮小されることはなく、適用は拡大を続けている。この背景には、NHSの資金需要に資金供給が追いつかないという状態が悪化の一途をたどっているということがある。今日では、視力テスト、いくつかの歯科治療項目、長期治療の一部については、100%受益者負担となっている。

しかしながら、すでにデータで示したとおり、NHSの財源の中で、受益者負担が占める部分は全体の2～4%と小さい（図表2-3-1を参照）。その内訳を見よう（図表2-3-8を参照）。1999年度のデータでは、歯科と薬剤で全体の90%を占めており、その二つが受益者負担のメイン・ターゲットとなっていることが分かる。さらに、顕著な傾向としては、これまで、歯科の受益者負担の割合が年々増加してきたことが分かる。現在、歯科については患者の8割負担が原則である。

図表 2-3-8. 受益者負担（患者負担）の内訳

年度	病院	薬剤	歯科	眼科	合計
1960	18.8	37.5	28.1	15.6	100
1970	22.6	28.3	30.2	18.9	100
1980	22.0	28.9	37.4	11.8	100
1990	44.5	19.6	36.0	-	100
1994	13.1	37.2	49.7	-	100
1999	7.7	41.9	47.6	2.8	100

資料：Health and Personal Social Services Yearbook (various years) and Department of Health departmental reports.

受益者負担はNHSの財源確保の手段として拡大されてきたが、その問題は小さくない。ひとつは、税金と比較して、個別に管理する必要があることから、その管理コストが大きいということがある。もうひとつは、受益者負担による財源確保がかえって、NHSの財政を圧迫する可能性が高いということである。

1960年代から継続的に実施されているRAND保険による調査によると、患者は受益者負担の増大にともなって、必要な医療サービスを購入しなくなり、その結果、深刻な病状に進行し、かえって高い医療コストがかかるようになっていくということが報告されている。Rand Health Insurance Experimentが医療サービスに関する患者負担の効果のテストを行ったのだが、Keeler(1992)がその結果を報告している。

その実験方法は次のとおりである。アメリカの6つの地域から年齢の分からない5,809人をサンプルとしてランダムに選択し、彼らにランダムに次の5つの患者負担のプラン（実験の中では、さらに細かく13に分けることができる）を3～5年の期間で与える。①患者負担なし（無料）、②多くの医療サービス分野について患者の25%負担、③多くの医療サービス分野について患者の50%負担、④多くの医療サービス分野について患者の95%負担、⑤外来診療については合計で150ドルの控除を受けることができるだけだが、入院診療については無料、の5つである。患者負担のプランでは、通常家庭では年間1,000ドル（1975年～1981年の価格水準）の負担額の上限がある。貧困家庭についての上限額は

所得額に連動させて決めている。また、被験者の健康状態は質問調査票によって予めチェックしている。

患者負担増の受診抑制への影響としては、次のような結果が出た。①外来が患者負担で入院が無料のグループでの入院利用は、意外にも、外来も入院も無料のグループよりも少なかった。このことから、外来と入院は代替的な関係にあるのではなく、補完的な関係にあることが分かる。②患者負担のグループ患者負担は医療サービスの利用量を減少させた。③所得水準に関わらず、患者負担が増えると、医療サービスを受けなくなる。特に、貧困家庭にその傾向が顕著であるが、所得が低いほど外来は控えるが入院は控えないという傾向がある。そのため、所得を横軸に、医療費を縦軸にとると、ちょうど浅いU字型になる。子供の入院については、患者負担の大きさの影響を受けないが、外来については大人の場合と同じように、患者負担が大きくなれば控えるようになる。④最も患者負担増の影響を受けたのは、外来のメンタル・ヘルスケアであった。患者負担なしの場合と比べると、全額患者負担の場合では、医療サービス利用量が四分の一程度になった。

患者負担増の患者の健康への影響としては、次のようなことが観察された。実験を開始する段階では、各グループの間で健康状態に顕著な差はなかった。しかし、実験終了の段階になると、患者負担なしのグループの健康状態（血圧コントロール、矯正視力、口腔内の健康（歯茎・虫歯））が患者負担ありのグループよりも優れていた。特に、貧困家族や最初の段階で病気であった層では、その差が顕著だった。血圧で差が出たのは、実際に、受診抑制の影響であると考えられる。というのは、無料診療で追加的に医療機関にかかったときに高血圧が見つかる場合が多く、他方、患者負担ありのグループでは受診を控えた結果、高血圧が発見されなかったという場合が多かったからである。

このような結果があるわけだが、ブレア政権（労働党）は、受益者負担拡大に対しては極めて慎重な姿勢を取っている。1998年の Comprehensive Spending

Review では、老人に対する視力テストの受益者負担については廃止することが謳われ、1999 年 4 月から実施されている。労働党政権下では、ニーズに対応した公平なアクセスという基本原則への回帰を基本線としており、短期的、中期的には、受益者負担が拡大されることはないように見える。

その他

その他の項目は非常に小さいが、どんなものがあるのかを簡単に示しておきたい。その他の内訳の中には、慈善的寄付や宝くじの収益から来ている部分がある。また、1988 年の The Health and Medicines Act という法案により、NHS 病院がプライベート医療（患者負担 100%の医療ということ。患者負担のベッドなど、特に分野や内容に規定はない）を提供して支払を受けてもよいことになっている。受益者負担とは別に、プライベートに支払を受ける医療サービスを NHS 病院が提供している場合があるのである（図表 2-3-9 を参照）。この手の医療サービスの提供は、コスト要因として捉えられているのではなく、利潤目的に行なわれている。ただし、この比率は非常に小さく、ほとんどの NHS 病院で、この受取額は全体の 5%未満である。さらに、NHS 病院は資産の運用も可能で、駐車料金の徴収や土地のリースなどで資金を増やしたりしている。

図表 2-3-9. プライベート医療の提供による収入（単位：百万UKポンド）

年度	プライベート医療による収入
1975/76	22
1980/81	48
1985/86	67
1990/91	113
1995/96	229
1996/97	249

資料：Laing & Buisson. Laing's Review of Private Health Care 1998/99. London: Laing&Buisson, 1999.

2.4 NHSの人材

NHSの人員

前述した財政の問題とも連動しているが、イギリスのNHSは医師をはじめとする医療スタッフ不足に悩まされてきている。医師不足から海外の医師を招聘したり、手術のために海外へ患者を送るといった苦肉の策も展開している。ここでは、NHSの医療スタッフの規模とその推移を見ておきたい。

GPはプライマリー・ケアの中核であり、患者が最初にアクセスする重要な存在である。まず、GPのデータからチェックしよう（図表 2-4-1 を参照）。注目すべき点が二つある。一つ目は、わずかながらGP数は確実に増加してきている。GP数は増加しているものの、医療サービスに対する需要の増大に比較すれば、不足しているということであろう。二つ目は、契約あるいは給料制のGPが全体の8割超を占めるということである。このことは、GPを確保するためには、国家がGPをどのように評価し報酬を与えるのかということと密接に関係してくることを意味している。

図表 2-4-1. GP数の推移（イングランド）

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
全数	*	*	*	*	30,959	31,369
契約あるいは給料制のGP	26,829	26,970	27,200	27,489	27,681	27,791
GP Registrar	1,404	1,305	1,343	1,446	1,520	1,659
GP Retainer	*	*	*	*	972	1,117
その他	636	841	846	762	786	802

（次のページへ続く）

	2001	2002	2003	2004	2005
全数	31,835	32,292	33,564	34,855	35,944
契約あるいは 給料制のGP	27,938	28,117	28,646	28,781	29,340
GP Registrar	1,883	1,980	2,235	2,562	2,564
GP Retainer	1,150	1,110	971	770	642
その他	864	1,085	1,712	2,742	3,398

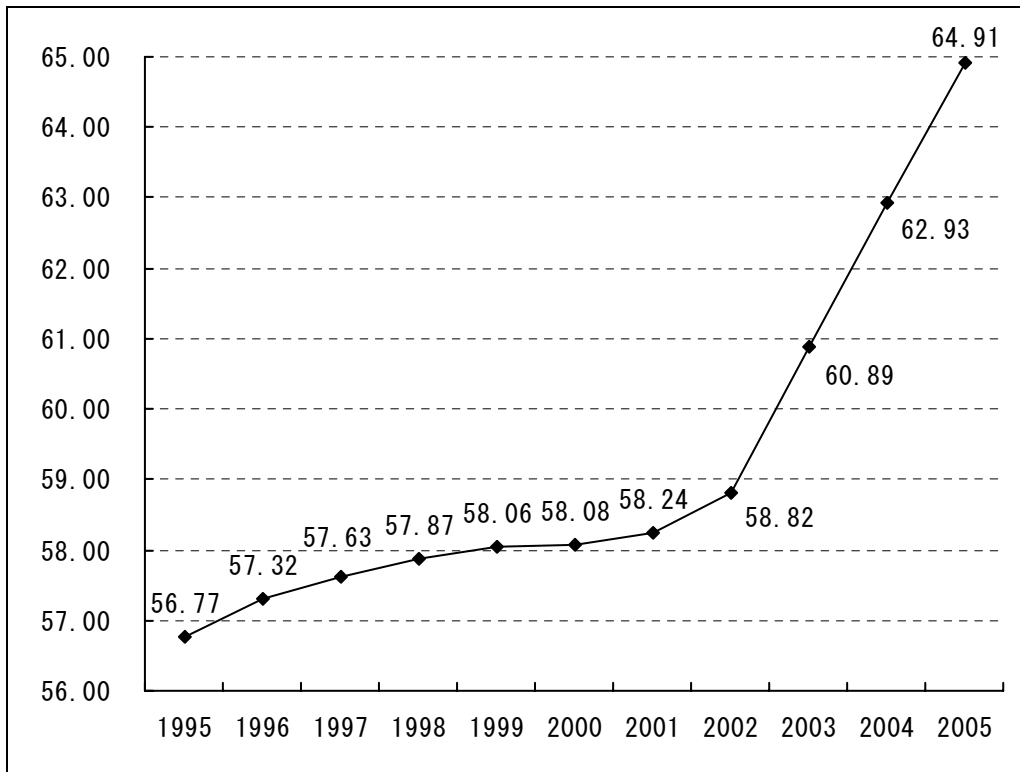
注1: GP Retainer とは、毎週、最大およそ半日の4セッション分の医療サービスの提供を行うようにパートナーシップによって、雇用されているGPのこと。

注2: GP Registrar とは、Secretary of State の指導の下で、GPとしての訓練を受けているGPのこと。なお、GP Registrar は、GPとして完全に登録されている。

資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services in England: 1995-2005

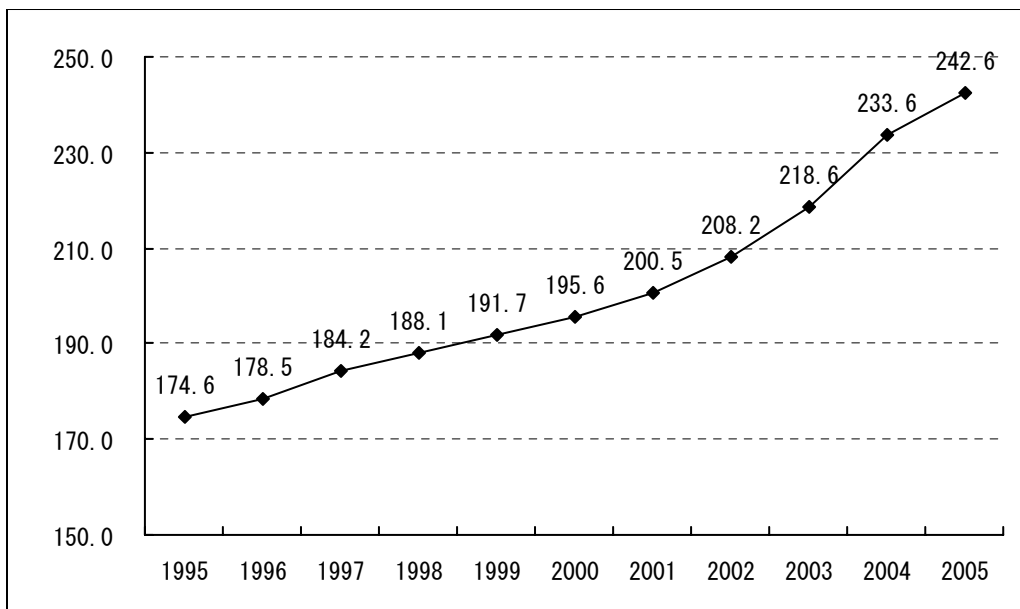
さらに、人口10万人当たりのGP数（GP Retainer とGP Registrar は除く）、人口10万人当たりの医師数(頭数)、人口10万人当たりの医師を除いたスタッフ数の推移を見ておこう（図表2-4-2～2-4-4を参照）。2005年の人口10万人当たりのGP数は、65人程度である。人口10万人当たりのGP数で見ても、GP数は伸びている。しかし、より詳細に見ると、1995年から2002年の間は、ほぼ横ばいに近い伸び方である。2002年から2005年の3年間は、大きく増加していることが分かる。ブレア政権のNHSへの歳出拡大と連動しているように見える。2005年の人口10万人当たり医師数は、243人程度である。データの期間について、人口10万人当たりの医師数は明確な増加傾向にある。2005年の人口10万人当たりスタッフ数(医師を除く)は、2,465人程度である。基本的には増加傾向であるが、より詳細に見ると、人口10万人当たりのGP数とよく似た伸び方をしている。つまり、1995年から2000年までは横ばいから微増傾向であったが、2000年から2005年の間は顕著に増加している。

図表 2-4-2. 人口 10 万人当たりの GP 数の推移 (イングランド)



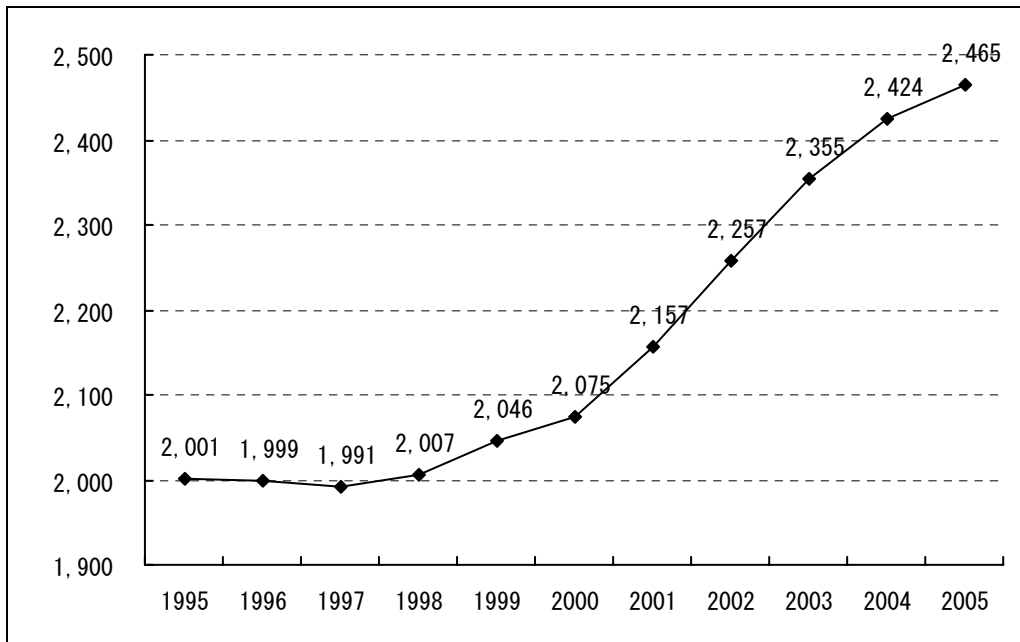
資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services in England: 1995-2005

図表 2-4-3. 人口 10 万人当たりの医師数 (頭数) の推移 (イングランド)



資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services; Medical and Dental Workforce Census; Non-medical Workforce Census, 2006. UK National Statistics (www.statistics.gov.uk)

図表 2-4-4. 人口 10 万人当たりのスタッフ数(除、医師)の推移 (頭数、イングランド)



資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services; Medical and Dental Workforce Census; Non-medical Workforce Census, 2006. UK National Statistics (www.statistics.gov.uk)

次に、NHSのスタッフ全体の数の推移、その内訳として医療スタッフと非医療スタッフの数の推移を見ておく。図表 2-4-5 はNHSスタッフ数を単純な人員数で見たものであり、図表 2-4-6 は常勤換算した場合の人数を見たものである。単純な人員数で見ると、NHSへの従事者は100万人規模となっており、2005年には、136万人となっている。NHSのスタッフ数は年々増加してきているが、GP数の推移と同様、1995年から2002年まではほぼ横ばい(微増)であり、2002年から増加幅が大きくなっている。

図表 2-4-5. NHSのスタッフ数の推移（人員数、イングランド）

	1995	1996	1997	1998
全被雇用スタッフ数	1,052,428	1,056,501	1,058,686	1,071,562
全医師数	84,459	86,584	89,619	91,837
非医療スタッフ数	967,969	969,917	969,067	979,725
有資格の看護師数	316,893	319,151	318,856	323,457
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	91,498	94,320	96,298	99,656
有資格の救急車 スタッフ数	14,508	14,720	14,941	14,781
臨床スタッフの 支援スタッフ数	279,172	281,897	283,871	289,363
NHSのインフラ 支援スタッフ数	180,664	174,165	170,623	168,448
その他	85,234	85,664	84,478	84,020

	1999	2000	2001	2002
全被雇用スタッフ数	1,097,376	1,117,841	1,166,016	1,223,824
全医師数	93,981	96,319	99,169	103,350
非医療スタッフ数	1,003,395	1,021,522	1,066,847	1,120,474
有資格の看護師数	329,637	335,952	350,381	367,520
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	102,391	105,910	110,241	116,598
有資格の救急車 スタッフ数	14,783	14,755	14,855	15,609
臨床スタッフの 支援スタッフ数	296,619	307,225	325,890	344,524
NHSのインフラ 支援スタッフ数	171,205	173,733	179,783	189,274
その他	88,760	83,947	85,697	86,949

	2003	2004	2005
全被雇用スタッフ数	1,282,930	1,331,087	1,365,388
全医師数	108,993	117,036	122,345
非医療スタッフ数	1,173,937	1,214,051	1,243,043
有資格の看護師数	386,359	397,515	404,161
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	122,066	128,883	134,534
有資格の救急車 スタッフ数	15,957	17,272	18,117
臨床スタッフの 支援スタッフ数	360,666	368,285	376,219
NHSのインフラ 支援スタッフ数	199,808	211,489	220,387
その他	89,081	90,607	89,625

資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services; Medical and Dental Workforce Census; Non-medical Workforce Census, 2006.

図表 2-4-6. NHSのスタッフ数の推移（常勤換算数、イングランド）

	1995	1996	1997	1998
全被雇用スタッフ数	842,310	848,104	846,298	855,129
全医師数	80,064	81,783	84,758	86,594
非医療スタッフ数	762,246	766,321	761,540	768,535
有資格の看護師数	256,567	257,891	256,093	257,597
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	76,394	80,273	81,601	84,560
有資格の救急車 スタッフ数	13,728	13,942	14,193	14,116
臨床スタッフの 支援スタッフ数	211,395	215,122	215,129	220,331
NHSのインフラ 支援スタッフ数	150,207	144,450	141,637	139,469
その他	53,955	54,644	52,887	52,462

	1999	2000	2001	2002
全被雇用スタッフ数	873,226	892,230	930,633	977,961
全医師数	88,371	90,248	92,495	96,999
非医療スタッフ数	784,855	801,982	838,138	880,962
有資格の看護師数	261,340	266,987	277,334	291,285
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	86,837	89,632	93,085	98,397
有資格の救急車 スタッフ数	14,129	14,104	14,255	14,978
臨床スタッフの 支援スタッフ数	226,585	234,683	249,198	262,671
NHSのインフラ 支援スタッフ数	142,071	144,048	149,598	158,026
その他	53,892	52,527	54,669	55,605

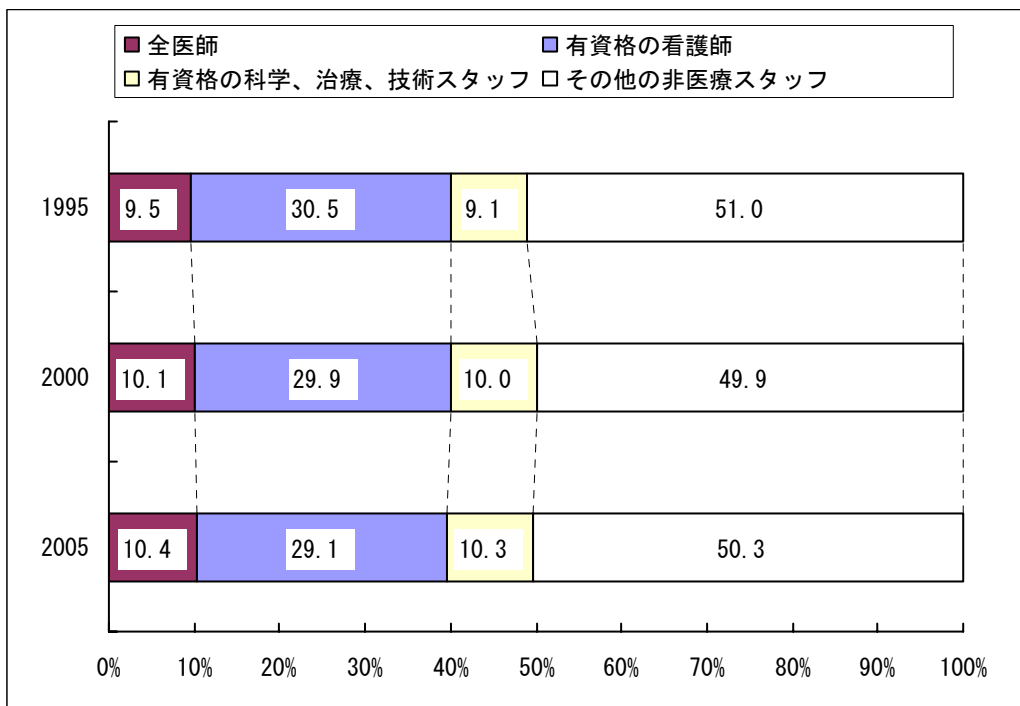
	2003	2004	2005
全被雇用スタッフ数	1,026,976	1,071,203	1,103,789
全医師数	102,037	109,224	114,251
非医療スタッフ数	924,939	961,979	989,538
有資格の看護師数	304,892	315,440	321,537
有資格の科学、治療、 技術スタッフ数	102,912	108,585	113,214
有資格の救急車 スタッフ数	15,355	16,587	17,417
臨床スタッフの 支援スタッフ数	277,178	284,394	291,663
NHSのインフラ 支援スタッフ数	167,916	178,098	186,137
その他	56,686	58,875	59,569

資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services; Medical and Dental Workforce Census; Non-medical Workforce Census, 2006.

最後に、スタッフ数の割合（5年おきの推移）を見ておこう（図表 2-4-7 を参照）。医師数はNHSの全スタッフ数の1割程度であり、それ以外の非医療ス

スタッフ数が全体の9割を占めるという構図となっている。推移を見ると、医師数の割合がわずかながら増加し、逆に看護師数がわずかながら減少しているが、それぞれの割合は安定的に推移している。財政面の効率化について言及すれば、何か手を打てるとして、全体の5割を占めるその他の非医療スタッフの部分のインパクトが大きいように見える。

図表 2-4-7. スタッフ数の割合の推移（常勤換算、イングランド）



資料: The Information Centre: General and Personal Medical Services; Medical and Dental Workforce Census; Non-medical Workforce Census, 2006.

報酬体系

ここでは、NHSの人材管理について、まとめておきたい。特に、医師に焦点を当てて、報酬体系と水準をチェックしておこう。

医師の報酬体系とその水準について概観しておく。数値は全て2006年度のものである。はじめに、GPに関する報酬体系とその水準を見る。まず、研修医

師（ジュニア医師）について見よう。医学校(medical school)卒業後、医師（ジュニア医師と呼ばれる）はいくつかの科をローテーションする基本研修期間(foundation year)に入る。基本研修期間1年目の基本給与は 20,741 UKポンド（約 444 万円）、2年目の基本給与は 25,882 UKポンド（約 555 万円）である⁴。専門訓練中の医師の基本給与は 29,000-44,000 UKポンド（約 622-943 万円）である。専門訓練中の医師では、基本給与以外の手当がある。それは、いくつかの要因によって追加比率が決められる。週 40 時間を超える労働時間、課せられる任務の激しさ、規定時間外の労働時間の3つである。追加の手当は、それらの要因に基づいて、基本給与の 20-80%が支払われる。最も一般的な水準は 50% である。この 50%の比率で計算すると、医学校卒業後5年の典型的な医師の場合の報酬総額は、約 48,000 UKポンド（約 1,029 万円）程度となる。次に、研修・訓練期間にないG Pについて見る。給与制で雇われているG Pの報酬は、およそ 50,000-76,000 UKポンド（約 1,072-1,629 万円）である。この水準は、経験や地域ごとのG Pの労働市場状況に依存する。独立のG P（開業医であり、地域のプライマリー・ケア・トラストとパートナーシップ関係にある）の収入については、非常にばらつきが大きく、一般的に議論することが非常に難しいが、平均的に言えば、80,000-120,000 UKポンド（1,715-2,572 万円）程度である。

図表 2-4-8. G Pに関する報酬体系(2006 年度, 万円)

	基本給	手当	合計
研修医			
1年目	444	-	-
2年目	555	-	-
専門訓練中の医師	622~943	基本給与の 20~80%	5年目で 1,029万円程度
給与制でのひ被雇用G P	-	-	1,072~1,629
独立のG P	-	-	1,715~2,572

次に、病院または公共医療サービス機関に属する医師の報酬体系について見ておきたい。研修・訓練医師（ジュニア医師）の場合の報酬体系・水準は、G P

⁴ 為替レートは、1 UKポンド=214.3255 円（2006年の年平均値）で計算。Bank of England発表の年平均スポット為替レートのデータを使用。以下、このレートを使用して換算。

の場合と同様である。研修・訓練期間にない通常の医師の場合、医師は等級付けがされる。この等級に応じて、基本給与額が決定される⁵。基本給与額の範囲は31,547-44,924 UKポンド（約676-963万円）である。この基本給与額とは別に、追加的な報酬がある。これは、医師の業績に基づいて、雇用主の裁量で決められる業績給（広義の能力給）である。この部分の報酬の範囲は、47,049-59,968 UKポンド（約1,008-1,285万円）である。準専門医（associate specialist: コンサルタントでもなく、上記のキャリア等級医師ではない医師）の報酬体系も同様で、基本給与部分は34,977-63,442 UKポンド（約750-1,360万円）、業績給部分は65,232-77,039 UKポンド（約1,398-1,651万円）である。また、2003年契約分の常勤コンサルタントの基本給与は70,000-94,000 UKポンド（約1,500-2,015万円）であり、コンサルタントとしての経験年数に基づいて決まる。コンサルタントについても、この基本給とは別に、追加的な報酬部分がある。地域または国の診療優秀賞（Clinical Excellence Award）があり、その額は地域のもので2,800-33,000 UKポンド（約60-707万円）、国のもので33,000-72,000 UKポンド（約707-1,543万円）となっている。また、呼び出し期間の手当として基本給与の1-8%、時限つき雇用や残留の場合のプレミアムとして基本給与の30%程度、追加的なプログラム活動の手当として基本給与の10%程度が支払われる。

図表 2-4-8. 病院・公共医療機関の医師に関する報酬体系(2006年度, 万円)

	基本給	手当	合計
研修医			
1年目	444	-	-
2年目	555	-	-
専門訓練中の医師	622~943	基本給与の 20~80%	5年目で 1,029万円程度
医師(等級に依存)	676~963	1,008~1,285	-
準専門医	750~1,360	1,398~1,651	-
コンサルタント(常勤)	1,500~2,015	60~1,543 他に基本給与の 1~30%	-

⁵ なお、この等級付けに関する条項については、現在議論がなされており、近い将来に変更・調整等がありえる。

最後に、2004年度（2004年8月に調査）のNHSスタッフの報酬実績を見ておきたい（図表2-4-10を参照）。上記で、2006年度の報酬体系を見てきたが、追加部分がいちいちあり、全額では割と十分な報酬となっているような印象を与える。しかしながら、2004年度の実績値（平均値）を見ると、コンサルタント（医師）で1,876万円、研修・訓練中の医師で949万円である。その他のスタッフの報酬水準から見ても、これが突出しているわけではない。報酬から見て、医師という職業が社会的に魅力的なものになっていると断言することはできないだろう。

図表2-4-10. NHSスタッフの報酬実績（イングランド、2004年）

職種	万円		UKポンド	
	年収全額	年収 (基本給)	年収全額	年収 (基本給)
コンサルタント(医師)	1,876	1,478	94,700	74,600
研修・訓練中の医師	949	571	47,900	28,800
看護師のコンサルタント	798	769	40,300	38,800
シニア・マネージャー	757	739	38,200	37,300
チーフ/ヘッド/地域グレード	656	602	33,100	30,400
科学スタッフ	640	614	32,300	31,000
内、有資格者	705	676	35,600	34,100
内、無資格者	261	238	13,200	12,000
有資格の看護師・助産婦	523	450	26,400	22,700
全スタッフの平均値	521	442	26,300	22,300
メンテナンス等のスタッフ	468	386	23,600	19,500
技術スタッフ	442	386	22,300	19,500
内、有資格者	547	473	27,600	23,900
内、無資格者	309	301	15,600	15,200
救急車スタッフ	426	386	21,500	19,500
事務管理スタッフ	329	309	16,600	15,600
無資格の看護師・助産婦	311	254	15,700	12,800
ヘルパー&アシスタント	287	273	14,500	13,800
補助スタッフ	287	216	14,500	10,900
ヘルプケアアシスタント	275	248	13,900	12,500

資料: NHS Staff Earnings Survey. NHS Health and Social Care Information Centre, 2004.

注1: データは51% NHSトラストのサーベイに基づく。2004年8月時点の月給をベースに12倍したものを利用して、平均値を計算している（常勤換算）。尚、ここにはGPのデータは入っていない。グレードは、NHSの一般スタッフのものである。

注2: 日本円への換算には、Bank of Englandの年平均スポット為替レートを用いた。198.1円 = 1UKポンド。

医師の育成・供給体制の強化

特に近年、イギリスでは、医師不足から医師の育成や獲得（海外からを含む）に力を入れている。ここでは、それらを簡潔に述べる。一般的に、イギリスでは、GPになるためには、最短9年の訓練期間が必要であり、病院コンサルタントへの応募資格を得るためには、最短12年の訓練期間が必要である。高等教育機関（大学の医学部、大学所属の医学校）での医学教育は、最低6年（5,500時間）である。医師を養成し供給するための重要な機関が大学の医学部あるいは大学所属の医学校である。したがって、医師不足解消のため、イギリス政府はこの拡充に力を入れてきた。1997年から、約55%増の2,150人の医学生を新たに受け入れるプランを発表した⁶。実際に、1999年から2001年の3年間に、医学生が2,145人分、拡大した（図表2-4-9を参照）。このとき、新たに4校の新設医学校（医学部）も設置されている。言うまでもなく、医学生数は順調に増加した。2005年には5,894人の新たな医学生を受け入れるが、これは1997年の57%増となっている。実は、この目標は2003年度時点で達成され、2003年度で6,030人の医学生が入学している。4年制の大学院生についても、2003年度に622人となり、2005年度の目標値である593人をすでに上回っている状況である。

図表 2-4-9. 医学生の増加数の推移

	医学生の増加数
1999年1月	141
1999年6月	684
2000年6月	287
2001年3月	1,033

資料: Department of Health. (2004). Medical Schools: Delivering the Doctors of the Future.

⁶ 1997年はブレア政権がスタートした年である。

3. NHSの略史（サッチャー保守党政権より前）

ここでは、サッチャー政権によるNHS改革を歴史的な視点で眺めるという意味でも、サッチャー政権以前のNHSの状況を簡略史という形で紹介しておこう。

まず、NHS制度が成立する以前（1948年以前）の状況について見よう。「必要なときに、万人が医療へアクセスできる」という状態が望ましいということは普遍的な真理であるように思われる。日本では国民皆保険制度の下に、その状態を追求してきたと言えよう。ところが、世界を見渡すと、お金に余裕のある人々だけが医療あるいは健康そのものを享受できるという状況も見受けられる。英国においても、必要なときに、万人が医療へアクセスできるという状況が望ましいと考えられていたが、政府組織のサポートなしには実現しえなかった。NHSの制度ができる以前は、医療あるいは健康そのものが贅沢財であり、お金に余裕のある人たちだけが享受できていたのである。19世紀から20世紀初頭にかけては、政府が医療サービスの無料提供を行なうことはなく、慈善家あるいは社会改革者たちが、人々に医療を無料で提供していた。その代表的な例が、マースデン（William Marsden）である。彼は1828年に、ロンドンの最も貧しい地域にある4階建ての家に診療所を開設し、医療を必要とする人々、特に貧しい人々に対して、医療サービスを無料で提供していた。彼の無料提供医療サービスへの需要は大きく、1848年には1年間に3万人あまりの患者を診療した⁷。スタッフに無償で働いてもらい、さまざまな寄付などを得て、1920年の破産の危機に陥るまで、その無料提供医療は継続された。この間、地方政府が設立した病院も存在していたが、ごく一部を除いて無料提供というわけにはいかなかった。低賃金労働者に対しては、医療サービスの無料提供を行っている病院もあったが、その労働者の家族は対象外となっていた。そして、いわゆる低賃金労働者よりも少しでも生活水準が良ければ、無料というわけにはいかな

⁷ この時点では、Royal Free Hospitalという名で、運営されていた。

かったのである。

そうした状況を経て、1948年7月5日、フリー・アクセス（あるいはフリー・チャージ）を理念としたNHS制度が作られた。言うまでもなく、制度というものができたからといって、全てが理想的にいくわけではない。むしろ、初期は、試行錯誤と改善の連続であるのが普通である。NHS制度も例外ではなく、いくつかの問題点を抱えた出発となった。まず、制度ができたからといって、新たに病院が建設されたわけでもなく、医師の数を増やす努力がなされたわけでもなく、需要に対応できるだけの医療サービスを提供できる能力を持っていなかった。さらに、当時、食料は配給制下であり、ドル経済危機によるショックや燃料不足のあおりも受けており、まともな医療サービスが提供できる状態ではなかったのである。また、当時のNHSは、病院での医療サービス、family doctor あるいは GPによる医療サービス（医師、薬剤師、眼鏡技師、歯科医師を含む）、地域単位の医療サービスの全てを一つの組織として含んでいた。このため、管理体制は非常に複雑で、組織がうまく機能しなかったり、管理コストが大きくなっていたりしていた。この点は、注目しておきたい。経済状況とは関係なく、組織としての経営管理という点での問題を抱えての出発だったのである。次節で議論するが、サッチャー政権による改革の中で、NHS組織の経営管理面での改革が大きく取り上げられることになる。

最も大きな問題はコストの問題であった。制度は始まったばかりで、前例はなく、日々のコストの予測は不可能に等しかった。また、医療に対する需要も日々増加していった。そのため、当初のコスト予測計算を簡単にオーバーしてしまい、資金繰りに大きな問題を抱えるケースが頻発したのである。その結果、NHSは医療サービスの無料提供ができない事態を迎えることになった。NHSが始まって3年も経過しないうちに、高額ではない適正な金額を患者に請求することになった。例えば、1シリング（5ペンス）の処方箋料を課すことを1949年に制定し、1952年から施行された。また、同年、通常の歯科診療について、1

ポンドの定額料金が課されることになった⁸。しかしながら、こうした問題はあ
るものの、やはりNHSは大きな一歩を踏み出したと言うべきである。という
のは、これまで、お金に余裕のある者だけが医療サービスを受けられた時代と
は明らかに異なるからである。

また、このとき、ホームドクター（family doctor）やG P（general
practitioner）の仕組みができ、彼らが医療サービスへの最初のアクセス・ポイ
ントとなって診察を行い、適切に専門医や病院を紹介する仕組みができた。ま
た、地域単位の医療センターができたことも注目すべきことであった。地域単
位での公共基金を用いて、一箇所でホームドクターから専門医、眼鏡技師、歯
科医をかかえ、その場で総合的な医療サービスを提供できる体制となったので
ある。

1958年からの10年間は、NHSが制度として確立していった時期であった。
現行体制の改革・改善プランについての議論がいくつかなされ、実行されていっ
た。この時期のNHSの最優先課題は、経営管理面での拡充であった。経営管
理面の効率化のために、病院行動分析（Hospital Activity Analysis）が行わ
れ、NHSのスタッフが患者ごとの情報を利用できるような仕組みが構築され、
経営管理面においても診療面においても専門グループの括りで機能的に部門が
設置されるようになった⁹。それでも、NHSの組織構造についての批判や議論
は多かった。1962年のポリット（Porritt）・レポートによると、NHSが内部
で、病院、G P、地域ヘルス・オーソリティーの3つに分断されていることに對
して、医師団体が3者間での連携が不十分であると批判していた¹⁰。

⁸ なお、現在、歯科診療については、他の医療サービスと異なり、患者の8割負担となっている。
これには、歯に関しては自己管理責任を問うという意味もあるようである。

⁹ 一般に、行動分析とは、スタッフが日常業務の中でどのように行動しているのかを記録し、効
率と効果を引き上げるためにどのような改善が必要なのかその記録から引き出す方法である。あ
る業務を行うのに必要な時間、工数、歩数までもが記録される。ただし、このとき、どのぐら
いの精度で行動分析が行なわれたのかは不明。

¹⁰ ヘルス・オーソリティー（Health Authorities）は政府組織で、地域単位で設置されている（人
口50万人が典型的な括りとなっている）。ヘルス・オーソリティーは中央政府から予算を配分し
てもらい、その資金を地域の医療機関へ配分する役割を担っている。ヘルス・オーソリティーは、

また、1962年のエノック・ポーウエルの病院プラン (Enoch Powell's Hospital Plan) では、人口12万5千人規模の都市を中心に、地方の一般病院に資金を重点配分し、機能を拡充させることが盛り込まれていた。さらに、「10年計画」というものが出された。この計画内容によって、それまでのコスト計算がかなり過小に行われていたことが明らかにされた。換言すれば、NHSの医療サービス提供体制を充実させるために必要な資金を十分に投入していなかったということになる。そして、根本的な改善策として、この計画案に基づいて、医師・看護師の専門大学院の設置とともに、将来に向けての人材面の拡充などが行われていった。また、1967年のサーモン (Salmon) ・レポートでは、シニアの看護師の組織構造の拡充と病院での彼らの立場の確立の重要性が指摘された。そして、同年のコグウィール (Cogwheel) ・レポートは、診療面においても経営管理面においてもより論理的に機能するように、病院での医師のグループを厳格に専門性によって分けるべきであると提唱された。これらの批判、議論、取組みはいずれも、NHS内で病院、GP、地域ヘルス・オーソリティーの3つが分断されているというNHSの弱点を補おうとしたものであった。

1958年から10年が経ち、NHS制度の確立を受けて、1968年の当初は、診療面においても組織構造面においても、NHSは安泰であるという楽観論があった。政府の病院計画の結果、新しい病院が建設され、多くの患者により良い医療サービスを今まで以上に地域ごとに行うことができるようになった。サーモン・レポートによって、病院での看護サービスが改善し、ブリッグス (Brigs) ・レポートによって、看護師の教育が充実した。一方、コンピュータの登場によって、非常に初期的なレベルではあるが、医療サービスのコンピュータ化が始まった。しかし、依然として、どのようにNHSを最適に組織化するのかという重要な問題が議論の中心にあった。

ヘルス・ケアに関して、地域での資金配分の責任を持っているのである。

実際、1974年、資源を公平に配分し、NHSの経営管理を改善するための戦略的計画システムが実施に移された。しかし、この計画システムは複雑すぎる上に、経営管理面を偏重しているという理由で、厳しく批判を受けることになった。2年も経過しないうちに、NHSに関する王立委員会（Royal Commission）がこの新システムの問題の調査に乗り出すという顛末であった。しかしながら、長期的視点からの予測と資源の再配分という考え方が導入された点は評価されるべきだろう。

NHSは政府による公共サービス事業であるため、そのカバーする範囲の大きさをゆえに、サービスの質と量の拡充と財政面の効率化の両方の強い圧力を常に受けているのである。特に、政府の公共事業で頻繁に生じる経営組織としての効率化は一つの大きな問題であった。次節で議論するように、サッチャー政権は、悪化したマクロ経済環境の中で、まさに、この問題に立ち向かったのである。

4. サッチャー&メージャー保守党政権下のNHS改革

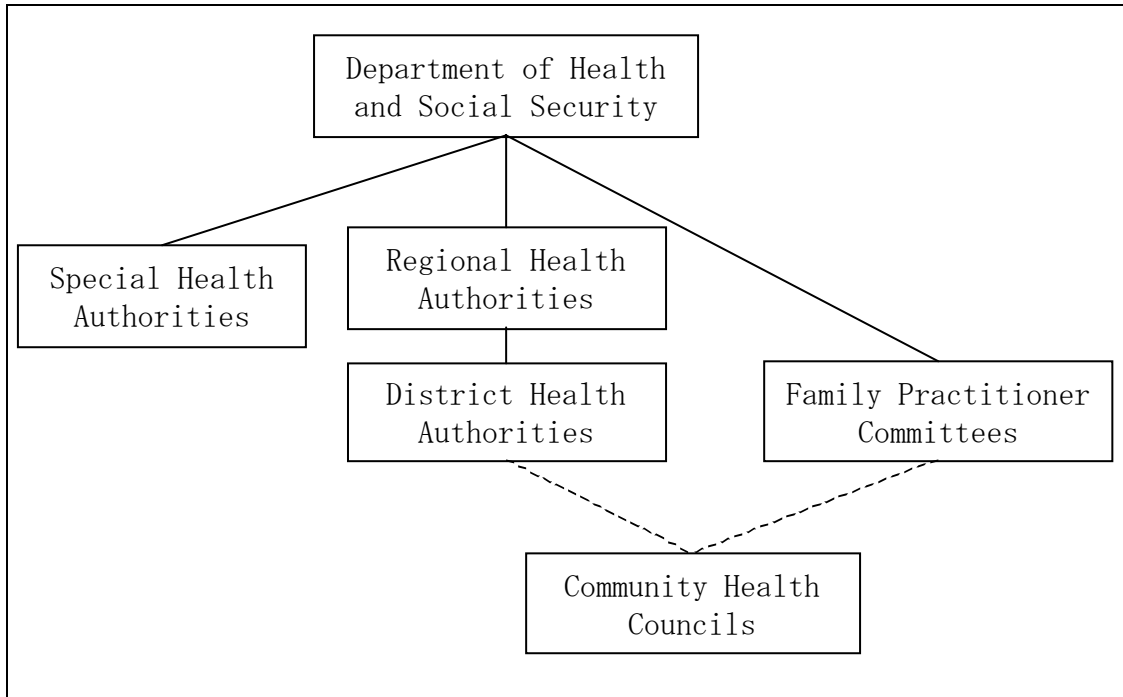
1978年の石油ショックは、公共事業の拡張や公共費の拡大を停滞させ、当時の労働党政府は財政改善の経済政策を導入する必要に迫られていた。その後1979年に政権を握った保守党（党首：マーガレット・サッチャー）により、英国は政府所有企業の民営化、減税、公共費の制御などの変革を急速に進めていくことになった。その一環として、医療費予算も抑制せざるを得なくなっていた。こうしてサッチャー政権のもと、NHSの大改革が行われることとなったのである。基本的な方針は、財政面の効率化のための経済的インセンティブを導入することであった。

4.1 組織改革

では、サッチャー政権下では具体的にどのようなNHS改革が行われたのか。最初に、組織の再構築という側面から見てみよう。1982年に、エリア・ヘルス・オーソリティー(Area Health Authority(AHA))の廃止と、190のディストリクト・ヘルス・オーソリティー(District Health Authority(DHA))によるネットワークが設立された。また、その翌年、大手スーパーマーケットチェーン店のSainsbury'sの副理事長であったロイ・グリフィス(Roy Griffiths)によるグリフィス・レポートが発行された。このレポートで提言されたことに従い、以下のことが実行されている。一つ目は、NHS組織の最上部に、2つの主要機関を設置したことである。NHSスーパーバイザリー委員会(その後、NHS政策委員会に変更される)と、NHSマネジメント委員会(その後、NHSマネジメント・エグゼクティブとなり、1994年にはNHSエグゼクティブに変更された)である。もう一つは、リージョナル・ヘルス・オーソリティー(Regional Health Authority(RHA))、DHAとNHSの病院はそれぞれ、1985年末までに統括マネージャー(General Manager)をおくことが命じられた。これが意味するところは、NHSの病院がこれまでの医療サービスの事業集合体にすぎなかったのを権限・命令・モニターを軸とした経営組織へ脱皮させるということであった。

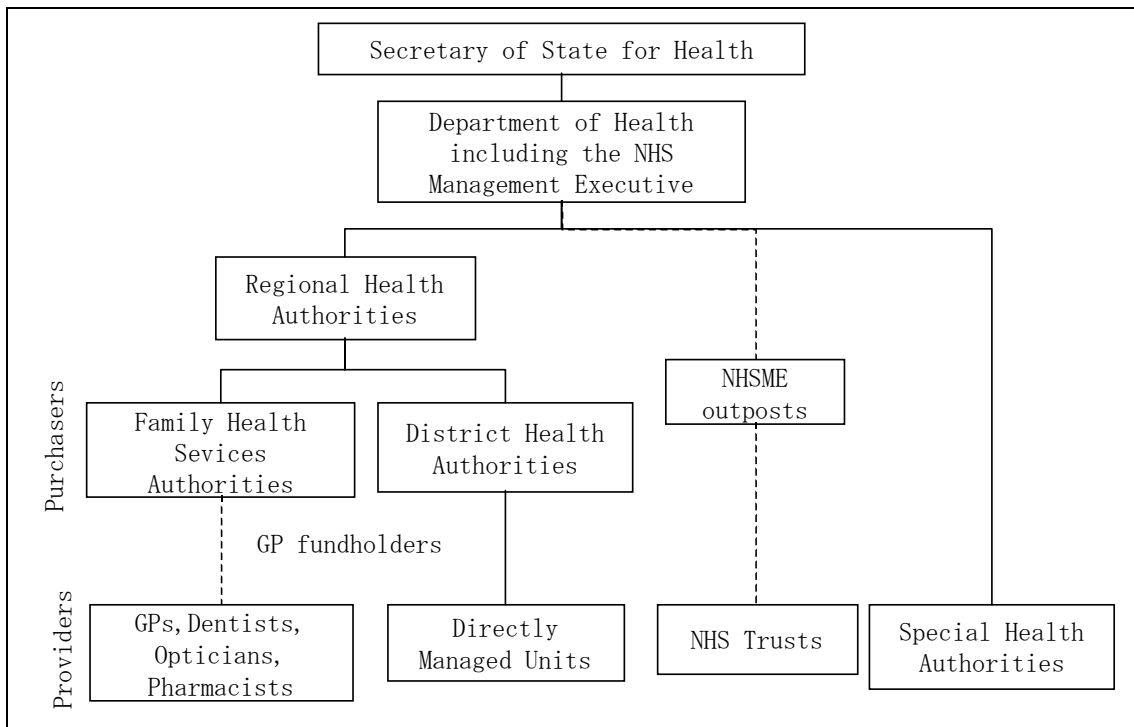
さらに、保健省(Department of Health)と社会保障省は、それまで1つの省であったが、1988年7月に、保健省と社会保障省のそれぞれに分割された。そのとき、ケネス・クラーク(Kenneth Clarke)が新しい保健省の大臣として就任した。これは、ヘルス・サービスに関わる問題が大きくなり、それまでの一つの省では処理しきれなくなったという切実な事情からということだけではなく、その問題が政府にとっていかに深刻であり重要であるかを国民に示すためにも必要な措置であった。図表4-1-1は1982年から1991年のNHS組織構造図を、図表4-1-2は1991年から1996年のNHS組織構造図を示している。

図表 4-1-1. NHS 組織構造 (England, 1982-1991 年)



資料: Ham (2004).

図表 4-1-2. NHS 組織構造 (England, 1991-1996 年)



資料: Ham (1997).

4.2 一般管理 (General Management)

一般管理(general management)の導入(実態は、簡単な管理会計システムに基づいた経営管理体制の導入で、財政面の効率化を狙ったもの)は、一つの大きな改革であった。もともとNHSは、医師や医療関係者、事務処理に携わるスタッフなどの単なる集合体であり、権限や命令系統が整ったいわゆる会社組織とは全く異なる組織体であった。つまり、各々が自分の職務だけを果たしていればそれでよいというだけの単なる医療サービス事業の集団であった。しかしながら、医療サービス事業の集団と言って済ませるには、その規模はあまりに巨大であり、その非効率さは甚大であった。そこで、サッチャーは、NHSという巨大な医療集団を経営組織化し、それまでは患者の治療にだけ専念していればよかった医師や医療関係者に経済的インセンティブを与えることで、コスト意識を芽生えさせ、経営改善(コスト意識による財政面での効率化)の努力を促し、NHS全体としての経営を効率化させようと言論だわけである。

4.3 内部市場システムとその評価

サッチャー政権によるNHS改革は、財政問題の克服という大きな目的でまとめることができるが、細かく見れば、その中身は多岐に渡る。その中で、サッチャー政権のNHS改革の目玉とでも言うべき大きな政策は、組織内における経営管理システム(general management)の確立と内部市場システム(internal market)の導入の二つであろう。組織内における経営管理システムは、当時のNHSの状況を考慮すれば、画期的なものであったと言える。しかし、経営管理システムについては、組織の運営において、ある意味で当たり前のことができていなかった状況を反映して導入されたものであり、現代的な意味で特別に取り上げるほどのことではないだろう。また、日本へのインプリケーションという点では、各医療機関の経営管理に示唆があり得るかもしれないが、もともと

個々の医療機関が独立採算で運営している日本の状況を考えれば、そのことはそれほど大きな意味を持ち得ない。

ここでは、もう一つの大きな改革である内部市場システムを取り上げる。内部市場システムとは、NHSの中の組織を医療サービス購買者と医療サービス提供者に分離し、NHSの内部の市場で医療サービスを売買させる仕組みである。NHSを民営化するということはなかったものの、内部で市場原理を作るという試みと考えるとよいだろう。1980年代におけるサッチャーのNHS改革では、「NHSを事務的・効率的に運営し、いかに医療費（コスト）を抑制するか」ということが最重要視された。資源（医療予算）を増やして、必要なところで活用するという考え方から、業務を効率化させることによって既存の資源をより効果的に配置し、医療費を抑制すべきであるという考え方に注目が移ったのである。そして、NHSに市場原理を導入して内部で競争させれば業務は効率化され、医療コストは削減、結果的に医療費の抑制につながると考えられるようになった。つまり、財政面の効率化のための経済的インセンティブを与えることが、内部市場システムの主要な狙いである。この考え方が、NHSへの内部市場システムの導入である。また、サッチャーは、NHSの経営効率化を行うことが、結果的に医療サービスの質の向上にもつながるはずだと考えていた。だが、言うまでもなく、財政の問題と医療の質の問題はそれぞれ独立の問題であり、その考えに根拠はない。ましてや、財源を節約する方向にあるときに、そのことが自動的に医療の質を向上させると考えるのは無理であろう。

詳細な議論に移る前に、注意しなければならないことがある。それは、内部市場システムが実際に実行に移されたのは、1990年代のメージャー政権（保守党政権）になってからであるということである。そこに至るまでの約10年間は、その準備期間として、サッチャー政権が多くの方針あるいは政策プランを策定していった時期であった。

内部市場システムとは

内部市場システムの主な構成要素としては、次の4点が挙げられる。

- (1) 医療サービスの購買者 (Purchaser) と提供者 (Provider) の分離。
- (2) 独自の経営管理を認められたNHSトラストの設立。
- (3) GPのGPファンド・ホルダーへの加入促進。
- (4) 購買者と提供者間の契約による医療サービスの授受。

このNHS改革は1991年から実行に移され、当初、57のNHSトラストと306のGPファンド・ホルダー(GP fundholders)が誕生した。NHSトラストは、救急病院、精神病院、救急車サービスや、これらを総合した各種医療サービスをカバーした組織である。そして、内部市場において「提供者」になるためには、このNHSトラストに加入しなくてはならなかった。個々のNHSトラストは独立採算の組織であり、その財務管理や人事管理における権限を与えられていた。重要な点は、NHSトラストが独立の組織として経営管理を自由に行えるということである。特に、NHSトラストは、リージョナル・ヘルス・オーソリティーとディストリクト・ヘルス・オーソリティーに対する報告義務を持たずに、業務を遂行できる。

一方、GPファンドに加入したGPの診療所(GP fundholders)は、初年度に306あった。このGPファンド・ホルダーは「購買者」にあたり、彼らは限定された範囲内で、自らが受け持つ患者たちのための医療サービスを提供者から購入することができた。その医療サービスには、例えば、多くの外来治療をはじめ、一部外科的処置、診断のための検査や研究調査、薬品や医療設備、診療所で雇うためのスタッフや看護師などがあった。

それらの購買者と提供者の間で市場的取引（実際には1年単位の契約の締結が主）が発生する。市場的取引において、独立のNHSトラスト間で、サービスの提供をめぐる競争が起きることになったわけである。内部市場化の取組

みは、その競争圧力を利用して、内部での資源配分を適正化させようという仕組みである。競争することによって、提供者たちの業務は効率化され、医療サービスの質は向上すると考えられた。1991年に初めて誕生したNHSトラストとGPファンド・ホルダーは、その後1996年に至るまで、年々その数を増やしていった。この点は、良い傾向と見ることができる。第4節で、理論的なバックグラウンドを議論するが、市場競争が機能するための最低限の条件の一つに、不特定多数の競争者の存在があるからである。なお、図表4-3-1は、NHSトラストとGPファンド・ホルダーの毎年の新規加入数の推移を示している。

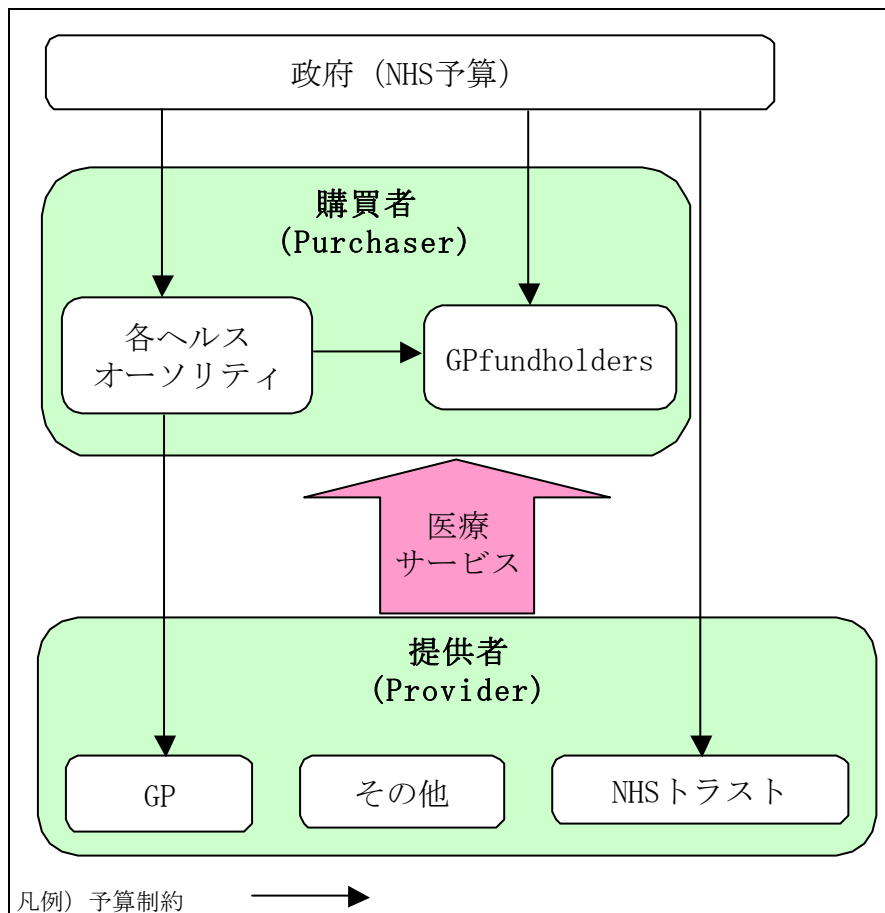
図表 4-3-1. NHSトラストおよびGPファンド・ホルダーの新規加入数

年	NHSトラスト	GP fundholders
1991	57	306
1992	99	288
1993	136	600
1994	140	800
1995	21	560
1996	-	1200

資料: Ham (2004).

しかしながら、次の点には注意が必要である。必ずしも全てのGPがこの内部市場システムに参加したわけではない。GPファンド・ホルダーでないGPの予算枠はヘルス・オーソリティーによってコントロールされていた。したがって、内部市場システムの機能を可能な限り高めていたということとはできない。さらに、この二重構造は、これらの二種類のGPの間に格差を生んだ。すなわち、GPファンド・ホルダーに加入している医師のところの患者はしばしば、そうでないところの患者よりも迅速に医療サービスを受けることができたのである。これは、GPファンド・ホルダーに加入していないGPは、ディストリクト・ヘルス・オーソリティーを通じて、患者のための医療サービスを購入しなくてはならず、どうしてもGPファンド・ホルダーに比べて、迅速さに欠けてしまうという事情によった。このことは、公平に万人が医療にアクセスできるというNHSの理念に反する。

図表 4-3-2. 内部市場での予算と医療サービスの流れ



資料: Peacock (1997).

これまで議論してきたように、内部市場システムは、市場競争という言葉とは裏腹に、複雑な構造を取っている。最後に、再度、簡潔にまとめておきたい。図表 4-3-2 は、これらの購買者と提供者の医療サービスの提供関係と予算制約の関係をまとめて示している。GP ファンド・ホルダーは政府またはヘルス・オーソリティーから予算を与えられ、患者の必要に応じて、定められた範囲内の医療サービスを提供者から購入している。また、同じく購買者の立場であるヘルス・オーソリティーは、GP ファンド・ホルダーではないGP に対しての予算もコントロールしている。提供者の中には、NHS トラスト、GP、プライベート医師などその他の医療サービス機関が含まれているが、これら提供者間では医療サービスの提供にあたり、競争が行われている。

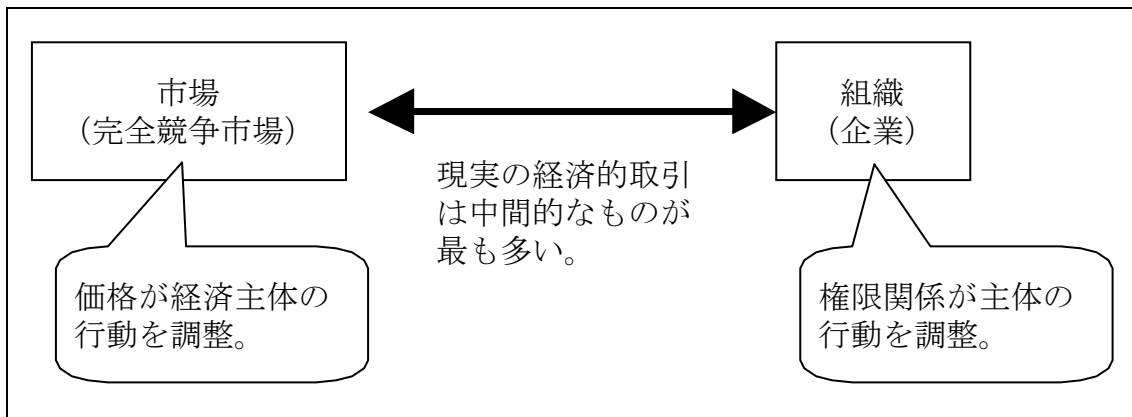
*市場と組織¹⁾

まず、内部市場システムの背景となる理論的な問題を議論しておきたい。内部市場システムは、短絡的に医療サービスへの市場原理の導入と捉える向きもあるが、実際はそれほど安直なものではない。また、「市場原理の導入」というとき、その概念は経済学で出てくる完全競争市場という極端なものを指し、その論理的帰結があたかも現実世界で容易に実現するかのような議論を展開して、市場原理の導入を推奨するようなケースを見かける。しかし、それはあくまでも論理の世界のことであり、現実的文脈では、論理的帰結をそのまま受け入れることはできない。現実世界では、そうした極端なケースが成立していることはほとんどないのである。内部市場システムを議論する際も、具体的な議論を始める前に、この点に注意を払っておきたい。

我々の社会の経済活動の単位や大小さまざまなシステムを議論するとき、市場と組織という二つの概念が基本となる。この二つを簡潔に説明すると、市場とは、不特定多数の経済主体（典型的には、企業）間における価格（全ての情報は価格に集約される）競争を通じて、資源を配分する仕組みである。市場では、価格という集約された情報を通じて、それぞれの経済主体が調整を行なう分散型のシステムとなっている。他方、組織とは、権限関係（命令系統を含む）を拠り所とした契約に基づく資源配分の仕組みである。典型的な例は、企業内の労使関係（雇用契約）である。雇用主が労働者に賃金を支払う代わりに、労働者は雇用主が定めた権限関係に従って労働（労働も一つの資源）を提供しなければならない。組織は、権限を持つ経済主体が集約的に資源配分的意思決定をする集権型のシステムとなっている。したがって、市場と組織は対極に位置するシステムである（図表 4-3-3 を参照）。

¹⁾ セクションの先頭に"*"マークがある部分は経済学的見地に立った議論をしており、ややテクニカルであるので、特にこの辺りの議論に興味のない人は飛ばしても差し支えない。

図表 4-3-3. 市場 vs. 組織



しかし、企業内での雇用契約はともかく、現実の組織間での経済的取引については、市場でも組織でもない、その中間的な形態が最も多い。というのも、この後、簡単に議論するが、市場(完全競争市場)や組織というのは、図表 4-3-3 が示すとおり、極端な形態であるがゆえに、現実にもそのまま適用することは難しいのである。それらは、特に完全競争市場の概念は、論理の世界の抽象概念なのである。

*完全競争市場の論理的帰結¹²

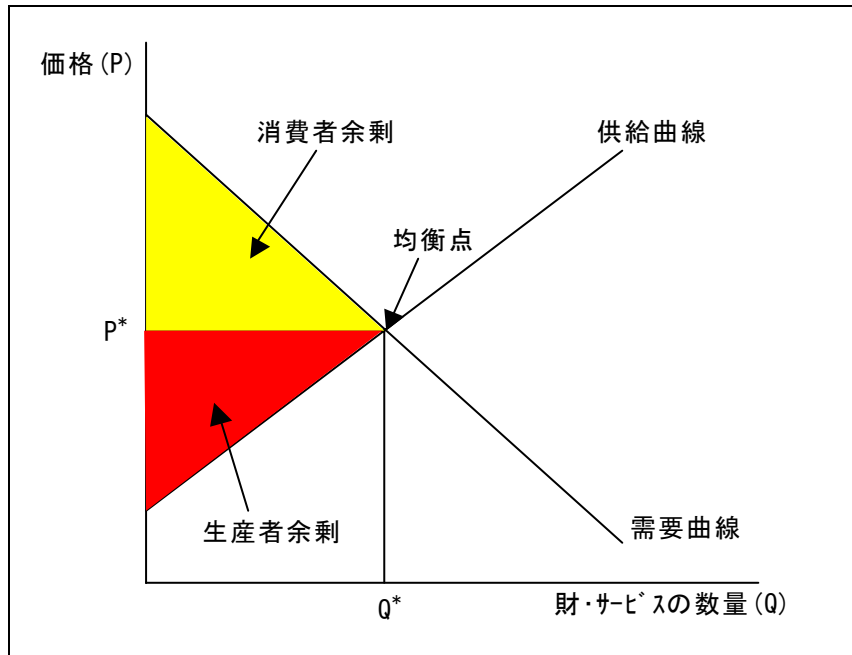
完全競争市場モデルの論点を簡単に見ておこう。いくつかの仮定を置くと、価格の調整メカニズムが働き、供給曲線と需要曲線の交点で取引が行われる。バッテンの形をしたおなじみの図である(図表 4-3-4 を参照)。このとき、消費者余剰(消費者の経済的便益)と生産者余剰(財・サービスの供給者の経済的便益)の合計が最大化されており、トータルの経済的便益が最大化されているため、市場は効率的になっていると解釈される^{13 14}。そのとき、需給バランスが完

¹² 飛ばしても良いセクション。

¹³ 消費者余剰とは、消費者が支払ってもよい価格(消費者の財・サービスへの価値づけ)と実際の取引価格との差の合計を言う。消費者が考えている価値よりも低い価格で購入できれば、その差額分が消費者の利得となるのである。生産者余剰とは、生産者が財・サービスを追加的に1単位生産するのにかかる費用と実際の価格の差の合計を言う。生産者は、かかったコストよりも高い価格で供給できれば、その差額が生産者の利得となる。

全に取れており、均衡状態になっている。市場原理が働くと（競争と需給ギャップによる価格調整メカニズムによる）、この効率的な市場均衡が出現するというわけである。このことをもって、市場原理の導入が万能薬のように扱われることがある。

図表 4-3-4. 完全競争均衡



ただし、市場原理によって導かれる効率的な市場均衡は、「完全競争市場の理論モデル」で考えられている論理的帰結にすぎない。理論モデルから得られる結論と現実とは異なる。現実と異なるからといって、ただちに理論モデルが無意味であるということはないが、完全競争市場モデルは1つの規範的な理論であることを指摘しておきたい。現実を見てモデルを考えたことは間違いないのだが、現実をそのまま説明するためのモデルではなく、条件（仮定）を設定して市場の純粋な性質を引きだそうとする実験空間的モデルを創り出しているので

¹⁴ 経済学では、（分配ではなく）市場での財・サービスの配分の効率性を「パレート効率」と呼んでいる。他の経済主体の利得を引下げずに、ある経済主体の利得を上げることができない状態になっていると、パレート効率が達成されている。簡単に言えば、全体の利得が最大化されている状態なので、ある経済主体の利得を増やそうとすると、必ず他の経済主体の利得が小さくなる状態のことを言っている。このとき、「分配（の公平さ）」の問題は一切議論されていないことに注意。

ある。つまり、現実を眺めながら、複雑な事象を大胆にカットし、論理的に考えられる状況を想定したときに、どのような結論が得られるかを検討しているのである。純粹に市場原理が機能すると、どのようなことが起きるのかを精緻に分析し、インプリケーションを得るためには、極端な仮定を置き、多少の非現実的な設定を置くことに意味がある。実験ができない社会科学では、このような頭の中の実験室とでも言うようなモデル分析を行うことが多い¹⁵。

しかし、それはやはり頭の中の実験室であり、現実世界とは異なるのである。いずれにしても、現実を考えるときには、理論モデルで考えられている条件と現実の状況の整合性をきちんと把握しなければならないということである。理論モデルと現実をきちんと区別して議論することが重要なのである。現実をどれぐらい正確に反映するかという観点から仮定が必ずしも設定されているわけではない。現実がそうした理論モデルの仮定を満たさなければ、経済モデルから導かれる理想的な結果は現実には現れない。そのようなときに、経済モデルが正しくて、現実が間違っていると言うことはできない。仮定を満たすように現実を変えるという試みも論理的にはあり得るが、市場原理による解決を主張するときそのような対応が議論されることはほとんどない。そうした議論が行われないのは当然で、仮定を満たすように現実を変えることは極めて困難であることを示している。その困難さは現実が複雑であるということよりもむしろ、理論モデルで設定されている状況は現実と最初から異なるのであり、最初から不整合な面があるということである。

完全競争市場モデルには、いくつかの仮定が置かれている¹⁶。完全競争市場モデルは、どの入門経済学やマイクロ経済学の教科書にも載っている基本的な理論

¹⁵ 近年、実験経済学分野が発展してきているが、社会科学分野での実験は困難であるという状況は変わらない。

¹⁶ これらの仮定を満たさないケースを経済学が分析できないとか、研究されていないというわけではなく、むしろ、産業組織論や産業組織の経済学として、大いに研究が進んでいるということを指摘しておきたい。しかしながら、市場原理の導入という議論をするときに、ベーシックな理論モデルの仮定を満たさないケース（不完全競争市場モデル）を用いて、明快に議論されることは非常に少ない。

モデルである。それらから、ほぼ共通して仮定として取り上げられている主要な基本的仮定を取り上げると、以下の 6 点となる。(1)「同一の財・サービスの仮定」、(2)「消費者の匿名性」、(3)「独占力なし」、(4)「完全情報」、(5)「参入退出の自由」、(6)「外部性なし」。(1)の仮定は、供給者はただ 1 つの同一の財・サービスを供給しているということを意味している。現実には、財・サービスは差別化されていることがほとんどである。(2)の仮定は、どの消費者に売るかで供給者の損得に変化はないということである。現実には、企業はマーケティング活動をさかんにやっており、誰に売るかということが問題になっている。(3)の仮定は、供給者も消費者もたくさん存在し、取引全体・市場全体から見て、個々の取引は非常に小さいため、個々の供給者や消費者あるいは個々の取引が市場全体に影響を与えることはないということを意味している。現実には、これが成立しない場合は多々あるし、そもそもこの条件をクリアできそうにも関わらず、市場原理による競争の導入を考えるケースがある。(4)の仮定は、供給者も消費者も全ての情報を完全に持っているということを意味している。現実には、どこの医療機関がどのような質の医療サービスを提供しているかを患者側が完全に知っているということがあるだろうか。(5)の仮定は、長期的に、供給者も消費者も市場への参入退出が自由で、かつコストはかからないということを意味している。たいていの産業で、参入にはそれ相応の投資が必要であり、参入にはコストがかかるし、退出の際には、埋没コスト（回収や転売できない部分のコスト）が発生する。(6)の仮定は、個々の経済活動は他の経済活動や経済主体に、市場での取引を通じずに影響を与えることはないということである。外部性の例は、医療サービスにもあるが、ここではそれほど留意しなくてもよいだろう。簡単ではあるが、「市場原理の導入」と称する議論が出てくる場合、これらのことを背景として理解しておく必要がある。

***NHSにおける内部市場システムの解釈¹⁷**

市場と組織の対比を述べたが、医療サービスの世界ではどのように考えることができるのだろうか。カネの出し手と医療サービスの供給者という2点で考えてみよう。カネの出し手という点では、民間の医療保険あるいは自費による私的な場合と税金や社会保険による公共的な場合の両極に分けることができる。言うまでもなく、前者が市場に該当し、後者が組織に該当する。医療サービスの供給者という点では、民間の医療機関が医療サービスを供給する場合と政府が組織している公的な医療機関が医療サービスを供給する場合に分けることができる。前者が市場に、後者が組織に該当する。

したがって、市場タイプでは、民間の医療機関が医療サービスを提供し、患者は個々に契約している民間の医療保険あるいは自己負担でサービスを購入する。完全にとは言わないが、アメリカの医療の仕組みは、この市場タイプに近いであろう。組織タイプでは、政府による公的な医療機関が医療サービスを提供し、患者は税金や社会保険を財源とする公的資金を利用してサービスを購入する。こちらも完全にはないが、英国の医療の仕組みは組織タイプに分類できるだろう。どちらが優れているのかという点では、どちらも一長一短がある。市場タイプの仕組みでは、患者のニーズへの対応スピードは迅速で、患者の待ち時間は短く、政府の政策介入のリスクは小さいが、患者が負担する医療費は高くなる傾向があり、医療サービスへの公平なアクセスという点では深刻な問題を抱える傾向がある。他方、組織タイプの仕組みでは、患者が負担する医療費は低く抑えることができ、患者の医療サービスへの公平なアクセスは実現されやすいが、患者のニーズへの対応スピードは鈍く、患者の待ち時間は長くなる傾向にあり、コスト意識の欠落による効率性の欠如の問題や特定の政治家・政党の優先順位の影響を受けるというリスクをかかえる¹⁸。

¹⁷ 飛ばしても良いセクション。

¹⁸ ここでは、どちらが望ましいのかという議論には深入りしない。コスト、患者ニーズ、医療の質、平等性などを幅広く考慮した慎重な議論をしなくてはならない。また、その選択は普遍的とも言えず、個々の社会がその社会の選好に応じて選択すべき問題にも見える。

そこで、既に述べたように、NHSは財政面での非効率性という深刻な問題に対応するため、組織タイプの仕組みの中に、市場タイプの仕組みを部分的に取り入れようとしたのである。それが、内部市場システムである。市場原理の導入という意味合いで、議論されていたであろうが、その実態は中間組織形態の創造である。実際、「市場競争」の導入という言葉ではなく、「管理された競争(managed competition)」という言葉で、内部市場システムが議論されることが多い。内部市場システムの仕組みについては、ここでは繰り返さない。管理された競争の導入によって、組織タイプの持つ非効率さを幾分か解消しようという狙いである。

内部市場システムは、二つの大きな意味がある。一つは、患者サイドに選択権ができたこと。もう一つは、医療サービスの購入者が医療サービスの供給者を選択できるようになったことである。これらの選択権の付与によって、医療サービスの供給者間の競争と患者をめぐる購入者間の競争が発生する。この競争は、二つの効率性を増進する。一つは、医療サービスの提供が最小コストで行なわれるようになる¹⁹。もう一つは、医療サービスが患者の需要に対応して供給されるようになる。この点は、完全競争市場モデルでの配分メカニズムが主張していることと同じである。

内部市場システムの評価

まず、医療サービスの質についてであるが、患者の待ち時間や患者の満足度などの指標を見て、確定的な結論は出ていないようである。改革によって、悪化したという報告(Jones et al., 1994)もあれば、改善されたという報告(Glennerster et al., 1994)もある。これは当然でもある。というのも、医療

¹⁹ 同質・同量の医療サービスが最小コストで提供されるという意味であるが、現実的には、情報が不完全であれば、コストの低下とともに質も低下するというリスクがあり得る。

サービスの質については、内部市場システムは医療サービスの質に影響を与えるために設定されたものではないからである。あくまでも、財政面の効率性の改善のためのものである。

次に、患者のニーズへの対応面については、肯定的な議論があり得る。管理された競争においては、既述のように、患者サイドの選択と購入者の選択を通じて、より患者サイドに立った医療サービスが提供されるようになるはずだからである。しかし、これらは間接的な要因であって、現実的には、患者が医療サービスの提供に関する意思決定に参加しているということはいらない。というのは、患者サイドは決定的に医療サービスに関する情報を持っていないからである。患者サイドでは、せいぜい口コミによる情報共有が行なわれているに過ぎないのである。この情報の非対称性は、患者サイドに明確なニーズを形成させることを阻害する。また、制度上は、改革によって、個人がGPを変更することが容易になったのであるが、そのことが十分に情報として浸透しなかったため、患者サイドの意識としては、依然としてGPを変えることを容易なことだとは考えず、結果として、患者サイドに選択という行動は生まれなかったのである。さらに、購買者である地域ヘルス・オーソリティーが供給者から医療サービスを買うのであるが、患者サイドでその意思決定に不満を持って、患者が居住地を変更するというのは現実的ではなく、購買者の選択が患者のニーズを反映するのは稀有であった。唯一患者のニーズが反映された行動を取るインセンティブを持ち得るのは、GPファンド・ホルダーである。というのも、彼らの購入の意思決定がニーズと離れたものであれば、患者は彼らのところへGPとして相談には来なくなるだろうからである。しかしながら、GPの変更についての意識と情報に問題があったことを考慮すると、それほど機能したとは考えにくい。

平等性については、GPファンドについての2層構造が問題となった。GPファンド・ホルダーに加入しているGPのところにかかっている患者は、そうでないGPのところにかかっている患者よりも、病院での医療サービスを早く受

けることができたのである。ただし、このことが分かってくるのにしたがって、G Pファンド・ホルダーに加入しているG Pのところに登録する人が増加し、その増加につれて、G Pファンド・ホルダーに加入するG Pの数も増加していった。しかし、それでも、患者側にはG Pに関する情報が不足し、事前にG Pファンド・ホルダーに加入しているかどうかは不明であり、そのことがネックとなっていた。

最後に、これが主目的であるが、効率性に関する評価について議論しておこう。大きな問題は、本当に、組織タイプのシステムの中に競争を導入することができたかどうかということである。医療サービスは、モノとは異なり、アクセスの問題から地域密着とならざるを得ない面がある。そのため、購買者であるヘルス・オーソリティーやG Pファンド・ホルダーが、コスト面だけを見て、近くに位置する供給者ではなく、遠くに位置する供給者から医療サービスを購入するというのは極めて難しい。そのため、同一地域に複数の供給者が存在しない限り、地域独占の傾向が生まれ、競争が働く程度は小さくなる。結果、効率化のインセンティブは小さくなり、非効率性の解消という目的は達成されにくい。NHSは政府が集権的に医療サービスのための資源を配分するシステムであり、歴史的に、人口を考慮して地域に均等に医療サービス供給者を配分してきているため、実際、多くの地域では、少数の供給者しか存在しない寡占状態となっていた。そのため、コスト面での競争の程度は低かったと言わざるを得ない状況だった²⁰。唯一、供給者が多数存在する都市部や地域ヘルス・オーソリティーの境界線付近でのみ、競争が期待できた。

また、内部市場システム導入の初期は、まだ事情が不明だったことも手伝って、購買者と供給者との間の交渉過程で競争的なプロセスが起きていた。しかし、内部市場システムが成熟すると、制度疲労を起こし、地域ごとに購買者と供給者の間で双方独占が発生し、競争的なプロセスはなくなり、コスト面で効率化

²⁰ 条件さえ揃えば、少数の競争者の間でも市場原理型の競争は起こり得る (Theory of Contestable Market)。しかし、実際には、この競争者の数というのは、市場原理型の競争にとっての重要なファクターであり、少数間での競争原理は働きにくい。

するインセンティブはほとんどなくなった。特に、供給者あるいは購買者がそれぞれ一つしかない地域では、すぐにこの手の双方独占の問題が発生した。いずれにしても、ある程度の競争が起きるためには、購買者・供給者ともに、ある程度の数が必要ということになる。

さらに、内部市場システム自体を運営するのに大きなコストがかかるのではないかという議論もあった。市場を利用するためにもコストがかかるのだが、経済学では、このコストを取引コストと呼び、このコストが甚大であれば、市場システムは利用できないということになる。内部市場システムでは、例えば、購買者と供給者の間で契約を結ぶための交渉に時間がかかり、これが甚大なコストになっていると見る向きもあった。その他、契約どおりに履行されているかどうかをモニタリングするコストや契約を履行させるコストなどもあり得る。ただし、これらの取引コストについては、内部市場システムがどれだけ効率化に貢献したかということとトータルで考えなければ、明確な結論は得られない。この点に関する評価はなされていない。

***組織タイプのシステムと顔の見える競争²¹**

先に、市場原理が立脚する論理的帰結を述べた。最後に、組織タイプのシステムが立脚する論理を述べて、組織タイプのシステムでうまく競争を働かせる仕組みとして、「顔の見える競争」について紹介しておく²²。競争を働かせるためには、すぐに市場原理という議論が出てくることが多い。しかし、組織タイプのシステムでの「顔の見える競争」という競争もある。そして、このタイプの競争は不特定多数の競争者を必要とせず、NHSの内部市場での一番の問題であった競争者数の不足の問題を解消させる大きなヒントとなるかもしれない。いずれにしても、「顔の見える競争」は、市場原理に基づく競争だけが競争では

²¹ 飛ばしても良いセクション。

²² 伊丹・加護野(2003)を参照。

ないという点で、考慮しておくべき概念である。

既に述べたように、市場原理型の競争システムが理論どおりに良い結果をもたらすためには、いくつかの仮定を満たす必要がある。それらが現実的に満たされていないならば、市場原理型の競争システムを理論どおりに導入することは危険である。だが、それらの仮定がおおよそ満たされるとしても、もう一つ考えておかなければならない問題がある。それは、「時間」である。理論としての説明の中で、市場原理型の競争システムは、仮定さえ満たされていれば、瞬時に最適な資源配分が実現するかのような印象を与える。しかし、実際には、仮定が満たされていても、その資源配分の調整には時間がかかるのが普通である。そして、実際には、市場の条件は時間とともに刻一刻と変化していき、常に市場はその調整に追われる。現実には、常に調整過程にいると言うべきかもしれない。実際の市場条件によるだろうが、調整プロセスに時間がかかり過ぎるとい場合、市場以外の調整プロセスを考える方が良いという場合も出てくるのである。

この点について、Milgrom and Roberts (1992)が非常におもしろい説明をしている。ボートの団体競技がある。ボートには、一人のコックスと漕ぎ手が乗り込む。ボートにおける最適な状況は、漕ぎ手の呼吸が合っていて、かつ、それぞれの漕ぎ手が最大限の力を発揮している状態である。コックスは、その状況を作るための調整を行う。理論的には、市場原理型の競争システムとして、価格を使って、コックスと漕ぎ手の間で、漕ぎ手の「漕ぐ」という労働サービスを取引して調整していくことが可能である。さて、この時点で、そんなことを考えること自体が馬鹿げたことであると考えた人は、賢明である。その通りだからである。ただし、理論的には可能で、しかも、最適な「漕ぐ」という労働サービス（資源）の配分が実現するという事に留意しなければならない。だとすれば、現実には、そのようなシステムを考えることが、なぜ馬鹿げたことであるのだろうか。つまり、調整プロセスに時間がかかるならば、意味をなさないからである。調整プロセスが終了したときには、もうすでにレースが終了

しているだろう。この場合、組織型の調整プロセスが望ましいのは明らかである。漕ぎ手はコックスの命令・指示に合わせて、漕ぐ力とタイミングを調整すればよいのである。

さらに、市場よりも組織型の調整プロセスが望ましい場合に関して、Milgrom and Roberts (1992)は、論理的に明快な答えを与えている。次の二つの条件が成立するとき、市場は致命的な失敗を引き起こし、組織型の調整プロセスが望ましい。

- (1) 調整しなければならない変数間の最適な関係がこれまでの経験の蓄積として存在する。
- (2) 変数間の最適な関係を実現することに失敗したときのコストが甚大である。あるいは、試行錯誤の過程（調整過程）のコストが甚大である。

救急車の配分は、このおもしろい例である。(1)の条件は簡単で、ある重大さを超えていれば、それぞれの必要なところに一台ずつの救急車を配分するのが最適であることが分かっている。ところが、市場メカニズムによると、最も高い支払価格をつける需要者に供給が集中し、最低価格で供給された救急車だけが使われ、他の救急車は用なしとなる。そして、他に必要としていたところには救急車は一台も行かなかったということが起きる。調整プロセスとして、順次、救急車は必要としているところに向かうことになるだろうが、今さら、行っても無駄である。その頃には、人命が失われているかもしれない。(2)の条件も簡単に分かる。必要なところに救急車が一台ずつ行かなかったときのコストは大きい。人命が失われることになる。また、すぐに行かなければ、意味は全くない。死亡が確認されてしまったあとで、病院に急いで運ぶことに意味はない。したがって、市場での価格による調整を待っている余裕など全くないのである。医療サービスも、この救急車の例ときわめてよく似た問題であろう。

さて、組織型の調整プロセスがより望ましい場合、どのようなシステムを考えたらよいのだろうか。その場合、競争という余地は全くないのだろうか。組

織型の調整プロセスを用いる場合でも、競争、それも市場型並の、あるいは、それ以上の競争というのがあり得る。その一つの例が「顔の見える競争」である²³。この競争形態は、権限関係で機能する内部組織と、価格を媒介とした取引である市場を組み合わせた組織形態である「中間組織（組織的市場）」の中で、機能する。日本の系列グループは典型的な中間組織であり、イメージとして浮かべると良い。企業グループ自体は権限関係で機能する内部組織であり、グループ内とグループ外は厳格に区別されるが、グループ内の下請企業と親企業の間では、価格を媒介とする擬似的な市場取引が行われ、グループ内の下請企業間では競争メカニズムが働くようになっている。そして、親企業がグループ外の企業と取引することは決してないという点で、いわゆる市場とは決定的に異なる。市場原理では、価格競争で敗れると、他のより良い競争者に取って代われることで、効率化される。しかし、この顔の見える競争では、取引相手が短期的に変更になることはない。では、どのように効率化が起きるのか。競争は、価格と質の両面で「比較」と「情報のフィードバック」を通じて、起きる²⁴。つまり、少数の取引相手の間で、購入者側が比較・評価を行い、その結果をそれらの競争相手全員にフィードバックするのである。そのことで、劣勢の競争者はその情報によって、学習・改善行動を取り、競争力を高めていく。もちろん、長期的に、競争力がないと判断されれば、退場となるケースが出てくる。この手の競争では、情報が明確である上、取引相手と長期にコミットしなければならないという前提があるため、かえって競争は激烈であると言える。というのは、この取引相手を失うことのコストは甚大であるため、競争者の努力のインセンティブは高い。また、どこが、どのように、どの程度、劣っているのかに関する情報がフィードバックされているため、劣勢の競争者の目的は明確であり、そのキャッチアップは早い。そのため、勝勢の競争者も常に革新するために努力するインセンティブを持つ。次の点も重要である。この手の競争では、埋没コストとして資源が無駄になるリスクが小さい。すなわち、敗者は勝者から学

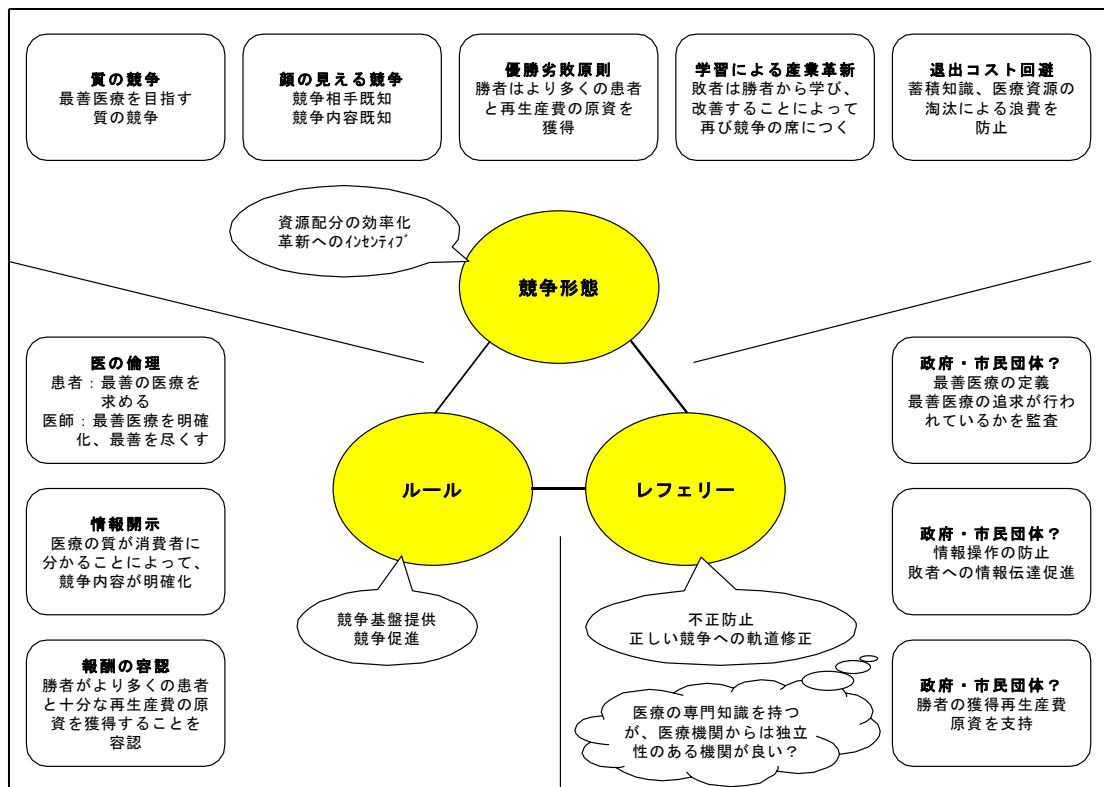
²³ 伊丹(1987). 伊丹・加護野(2003).

²⁴ 市場原理では、全ての情報は価格に集約されると考えているため、理論上では価格競争という形態を取る。

び、改善することによって再び競争の席につくため、敗者の退出コストが発生しにくいのである。他方、市場原理では、淘汰・新規参入による再競争という形態を取るため、敗者の退出の際に、退出コストが発生する。

最後に、この節の理論的分析を踏まえて、医療サービスにおける健全な競争システムを提言しておきたい。図表 4-3-5 は、それをまとめたものである。World Bank (1997)によれば、公共セクターにおいて、効率性、公正、質を同時に成り立たせるような制度設計をするためには、競争形態、ルール、レフェリーの三者がきちんと機能するようなシステムを考えることが重要である²⁵。この考え方を使得、この三者の軸で整理した。

図表 4-3-5. 提言：医療サービスにおける健全な競争システム



第一に、競争形態であるが、既に述べたように、医療サービスは純粋な市場

²⁵ より正確には、三つのファクターは、” Greater competitive pressure” (十分に大きな競争圧力)、” Effective rules and restraints” (効果的なルールと規制)、” Increased citizen voice and partnership” (市民の発言と参加の増加) である。

原理による競争を導入することは難しい。したがって、顔の見える競争概念を軸とした形態を考慮した。すなわち、競争は価格というよりは、むしろ、質の面での競争を行い、競争相手・競争内容既知の顔の見える競争を行う。したがって、短期的な退出を強いるタイプではなく、勝者は相対的に多くの患者を獲得し、その結果、十分な再生産費の原資を確保する一方、敗者は退出ではなく、学習による改善・革新の機会を持つ。その結果、蓄積された知識や技術、医療資源の退出による浪費を防ぐことが可能となる。

第二に、ルールであるが、質の競争をする前提として、患者サイドは最善医療を求め、医師サイドは最善医療を明確化し、最善を尽くすことが求められる。言うまでもなく、医師と患者の間には情報の非対称性があるため、この非対称性を出来る限り取り除くことが望まれる。医師サイドは医療の質に関する情報の開示を積極的に進めることが求められる。一方、明確なルールによる公正な競争の結果の報酬は社会的に容認することが必要である。つまり、勝者が相対的に多くの患者を獲得し、その結果、十分な再生産費の原資を獲得することを認めなければならない。これを社会的に容認できなければ、まともな競争は実現できないであろう。なぜなら、医師サイドにも最善医療を目指す努力のための経済的なインセンティブが必要だからである。

第三に、競争が公正かつ効果的に行われているか、ルールが遵守されているかをチェックするレフェリーが必要となる。すなわち、最善医療を定義し、最善医療の追求がきちんと行われているかを評価・監査する主体、情報操作の防止や敗者への情報伝達を促進する主体、勝者が十分な報酬を取ることを社会的に容認する姿勢を明確に示す主体が必要である。これらは、国民の声として、政府あるいは非営利の市民団体が候補となるだろう。ただし、これらの機能を果たすためには、医療の専門知識を持つが、医療機関からは独立性のある組織が求められる。

4.4 改革の帰結

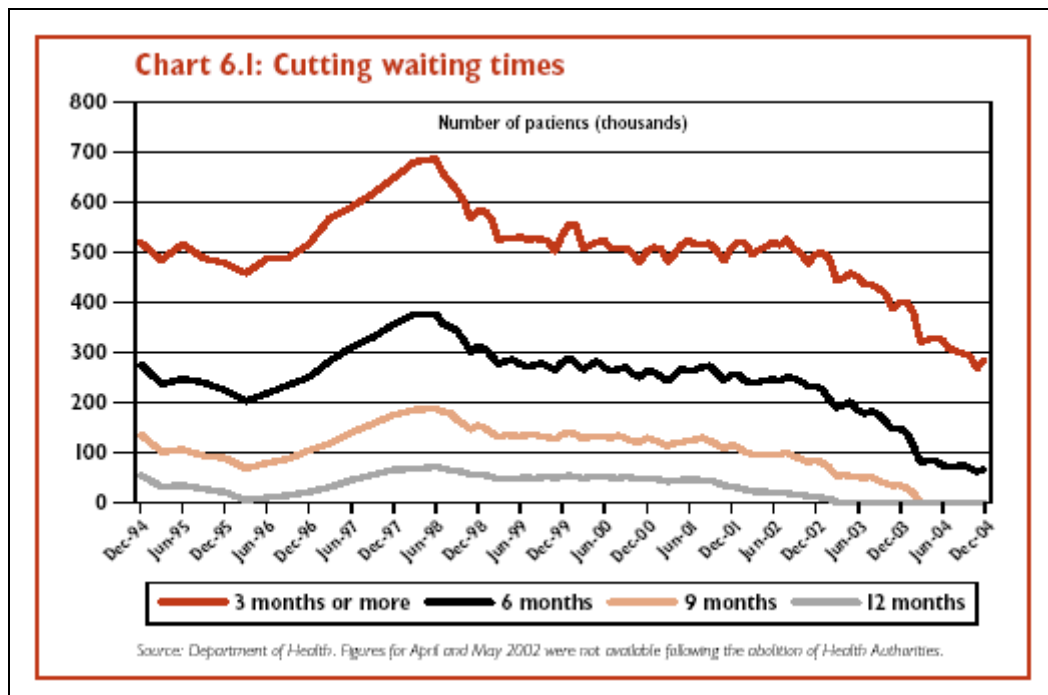
以上、ここまでは、サッチャーのNHS改革と、更にサッチャーの意思を引き継ぎNHSの内部市場システム化を実行に移したメージャーのNHS改革について述べてきたが、結局この約15年間におけるNHS改革は十分な成果はあげられなかったと言える。第一に、NHSの経営管理をいかに効率化させ、医療コストを抑制するかということを目指していたサッチャーであったが、頻繁に起こる改革に伴う組織改変がNHSスタッフの事務処理を煩雑化させ、かえってコスト高になるという状況を生み出した。これはサッチャーの改革目標とは相反する結果である。一方で、医師や看護師等の医療従事者は短期間にそう簡単に増やせるものではなく、また財政難による病棟の閉鎖や入院のキャンセルなどの影響も受けて、入院待ち患者数は増加の一途を辿った。経営の効率化に付随して、医療の質の向上も謳ったサッチャーであったが、そのどちらも失敗と言わざるを得ないであろう。

さて、サッチャーの改革の主な狙いは財政面での効率化であり、質の面での医療サービスの向上ではなかった。それでも、既に述べたように、サッチャーは、内部市場を中心とした財政面での効率化の取組みは、同時に医療の質の面での向上も生み出すと考えていたようである。しかし、言うまでもなく、財政面の効率性と医療の質は、関係はあるにせよ、自動的に両立するようなものではない。やはり、それぞれを独立に政策として考慮しなければならないものである。そこで、医療の質の面について、代表的な指標の一つである「入院待ち患者数の推移」を見ておきたい²⁶。結論を先に言えば、この指標を見る限り、医療の質の向上という面でのNHS改革（サッチャーは改革に含めているようだ）もうまくすすんでいたとは言えない。図表 4-4-1 は入院待ち時間ごとの患者数の推移を示している。1997年にブレア政権が誕生したのだが、1998年までの推移を見ると、グラフは上昇カーブを描いている。したがって、長きに渡り問題

²⁶ 入院待ち患者のデータは政策的に注目され、しばしば言及される象徴的なデータである。

とされてきた入院待ち患者の問題（現在も引き続き、問題となっている）は、サッチャーおよびメージャー政権時代にはほとんど解消できず、むしろ悪化したのである。

図表 4-4-1. 入院待ち時間ごとの患者数の推移



資料: HM Treasury (2005).

もう一つの重要な問題点は、市場における競争が結果として医療に不平等を引き起こしたという点である。既に指摘したように、内部市場において多くのGPたちはGPファンド・ホルダーとして予算枠を与えられ、NHSトラストから医療サービスを購入するようになっていたが、必ずしも全てのGPがこの計画に参加していたわけではない。参加しているGPと参加していないGPとでは、医療サービスの内容に差があった。市場で競争させることによって、医療サービスの質の向上も可能だという信念の下に始まった医療改革であったが、「公平に万人が医療にアクセスできる」というNHSの理念に反するような状況に陥ってしまったのである。

確かに、内部市場化は医療関係者のコスト意識を改善させるのに役立ったが、

反面、競争の促進が、公平な医療へのアクセスに障害を引き起こし、不必要なサービスの重複を生み出してしまったことになった。結局、この内部市場システム化のアプローチはNHSの基本理念に照らしたとき、うまくいかないということが判明した。その結果、1997年5月の労働党新政権（党首：トニー・ブレア）発足のとき、NHSの新しい取組みが示され、内部市場の廃止が公約として盛り込まれた。つまり、競争とは決別し、より協力的な組織的アプローチによって問題の解決を図ろうとしたのである。

5. ブレア労働党政権下のNHS改革

サッチャー、メージャーと続いた18年間の保守党政権は終焉を迎え、1997年5月、労働党新政権（党首：トニー・ブレア）が発足した。保守党政権の市場型のNHS改革が効率化に過度に集中し、さまざまな歪みを生み出したのは、既述の通りである。その改革が成功とは程遠い内容であったことを考えれば、ブレア政権はNHS改革の抜本的な針路変更を余儀なくされたはずである。ブレア政権は、最初にNHSの新しい取組みを示し、内部市場の廃止が公約として盛り込まれた²⁷。この新しい取組みは「第三の道」と呼ばれている。過去の労働党が行ってきた公正をより重視した中央集権的なNHSの運営（第一の道）とも、サッチャーが効率を追求することのみに走った内部市場による競争的な運営（第二の道）とも決別し、公正も効率も共に重視し、より協力的で組織的なアプローチによって問題の解決を図ろうとしたのである。そこでは、協力やパートナーシップがキーワードとなっている。また、効率化の過度な追求によって、医療サービスの質が悪くなっていたという背景を受けて、ブレア労働党政権は公衆衛生、プライマリー・ケア（初期治療）、根拠に基づいた医療（EBM）へのシフトを目指した。

²⁷ 結果的に、構造としては、内部市場システムは残った。この点については後述。

5.1 新しいNHS

新政府は、「新しいNHS (The New NHS)」と銘打ち、NHSに関する新しい方針を打ち出した。ここではまず、プライマリー・ケアを重視することが大きく謳われている。これは、前保守党政権でも視野に入れられていた部分ではあるが、このプライマリー・ケアの充実には新労働党政権において最も重要視し発展させられた。プライマリー・ケアのサービスの質を向上させるという旗印の下で、大幅な組織改革が行われている。

まず、内部市場政策において費用と不公平性などの点で問題になっていたG Pファンド・ホルダーは廃止された。代わりにプライマリー・ケア・グループ(PCGs)を設立することで、その役割をファミリードクターやコミュニティ・ナースに移した。プライマリー・ケア・グループの医師や看護師たちに、意思決定に関する大幅な権限委譲を行なった。それぞれのPCGsは4~7人のGPと1~2名のコミュニティ・ナースのほか、ソーシャル・サービス担当者やヘルス・オーソリティーの非管理職者など様々なメンバーで構成され、1999年4月にはイングランド内に481のグループが作られた。このことは当時、最も重要で革新的な出来事であった。

その一環で、95あったヘルス・オーソリティーは大幅に廃止され、28の戦略的ヘルス・オーソリティー(Strategic Health Authorities)になった。その2002年4月に設立された28の戦略的ヘルス・オーソリティー(Strategic Health Authorities)は、NHSトラストとプライマリー・ケア・トラストの業績を管理する機能を持っている。一方、同じく内部市場政策の実施時に設立されたNHSトラストについては、NHSのメイン組織として残され、これもブレア政権下において更に発展している²⁸。NHSトラストの主な機能は、彼らの責任範囲内にある医療サービスを管理することである。例えば、いくつかのトラストで

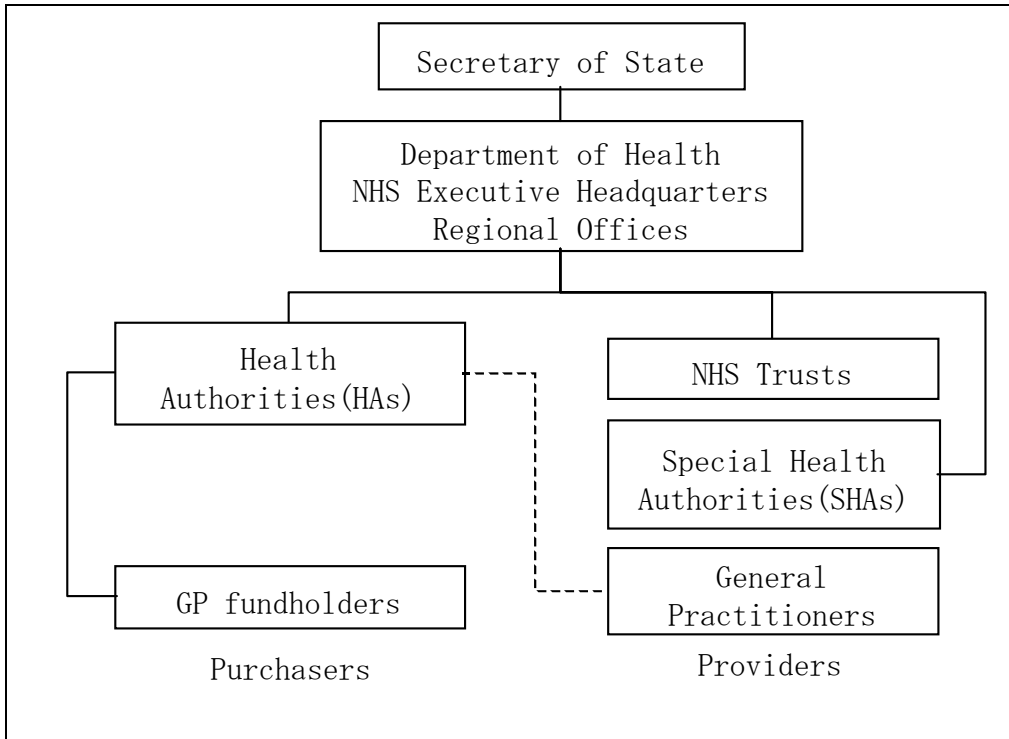
²⁸ ブレア政権下の内部市場システムについては後述。

は緊急病院を運営している。また、メンタル・ヘルスサービスや学習障害に関するサービスについて管理するトラストもあれば、いくつかの医療サービスを組み合わせて運営している場合もある。また、NHSトラストには救急車サービスに対する責務もある。2004年時点で、イングランド内に約280のNHSトラストが存在している。それぞれのトラストは、質を重視した医療サービスを行うことを目標に、シニア臨床医による下位委員会を設立することが義務付けられた。

さらに、プライマリー・ケア・トラスト (Primary Care Trust (PCTs)) も設置されている。これは1999年にブレアが設立したプライマリー・ケア・グループ (PCGs) から発展した組織であり、地域住民の健康向上、プライマリー・ヘルスサービスとコミュニティー・ヘルスサービスの発展、およびセカンダリー・ケア・サービスへの依頼が主要な職務である。PCTsには、予算のコントロールと政策決定権が与えられている自律的組織であることが特徴である。

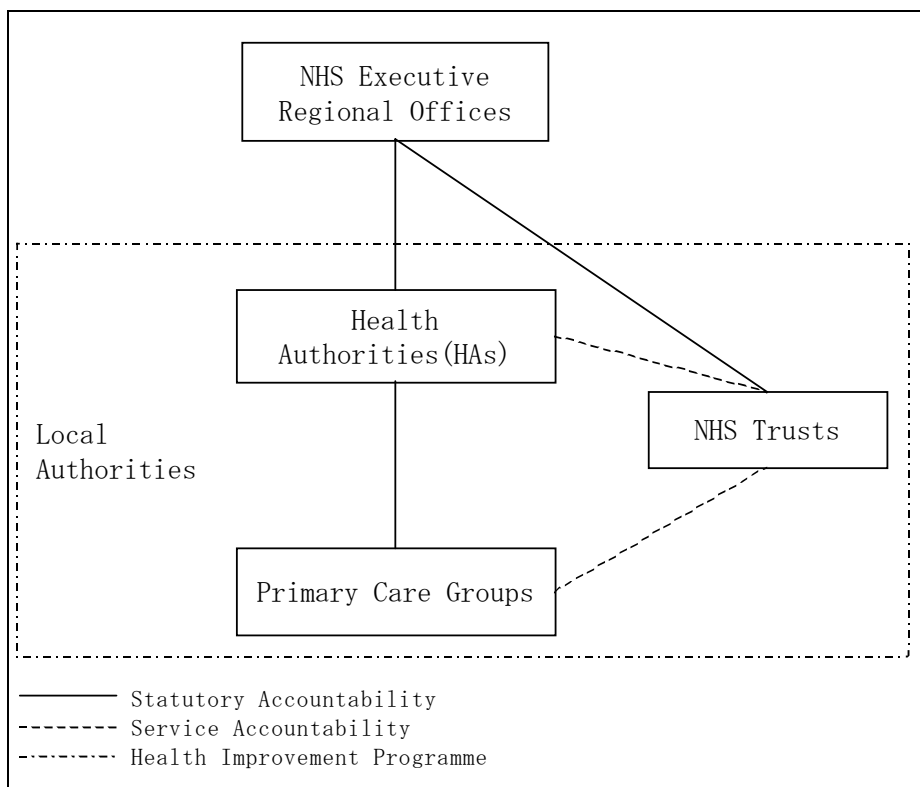
なお、1996年から1999年にかけてのNHS組織構造を図表5-1-1に、1999年から2002年にかけてのNHS組織構造を図表5-1-2に、そして、2002年以降のNHS組織構造を図表5-1-3に示した。段階的に組織構造を変革していったことが分かる。これらの組織構造改革の目的は、最終的に、医療サービスに関する責任と権限を可能な限り下位のローカル・レベルの組織に移すことであった。現場に一番近いところで、責任と権限を持たせることによって、患者との最初のアクセス・ポイントであるプライマリー・ケアを充実させることが狙いであった。

図表 5-1-1. NHS 組織構造 (England, 1996-1999 年)



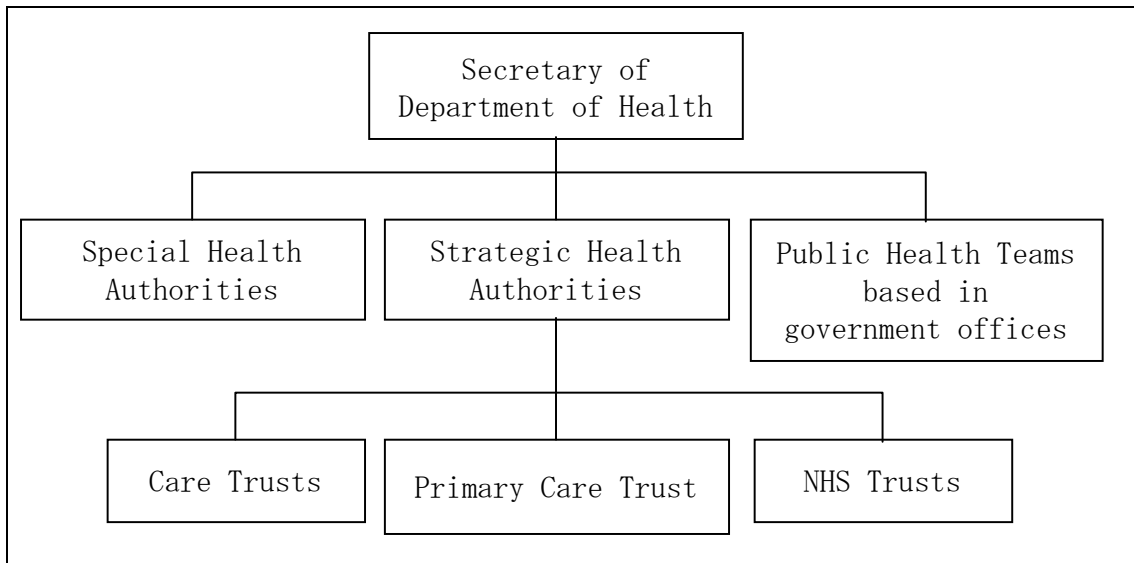
資料: Ham (2004).

図表 5-1-2. NHS 組織構造 (England, 1999-2002 年)



資料: Ham (2004).

図表 5-1-3. NHS 組織構造 (England, 2002 年以降)



資料: Ham (2004).

また、NHSのための、リサーチと開発（発展）プログラムの設立も行われた。実証に基づいたヘルス・ケア（EBM）を行うことが目的である。マーケットの発展ではなく、医療に関する情報やニーズの共有と、そのために必要な情報技術の発展、さらには医療の専門性の充実や、医療の質を評価しマネジメントしていくことの重要性を高めていこうとしたのである。

5.2 医療サービスの質向上のための投資

その後、近代化実行チーム（Modernisation Action Teams）が設置された。この組織はNHSの医療スタッフや患者の代表、ヘルス・ケア組織や調査団体から選ばれた人物たちによって構成されていた。彼らの働きによって、2000年7月には、NHSの今後10年の抜本的な行動計画を示した「NHSプラン：投資と改革のための計画（The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform）」が発行された。ここには、21世紀という新時代にフィットした患者中心主義のNHSを実現するために、数多くの計画が盛り込まれた。資金面にお

いては、2004年までの5年間で6.3%の資金増を公約している。そして、ここで新たに投資する医療費の使途計画について、明確な数値目標が示された。例えば、設備や施設に関しては以下のような計画が示されている。

- より多くの病床（7,000床の追加）を確保する。
- 2010年までに100以上の新病院を設立する。
- 2010年までに500の新プライマリー・ケア・センターを設立する。
- 3,000以上のG P診療所設備を近代化させ、250の新スキャナーを導入する。
- 清潔な病棟の維持と良質な食事の提供。
- 全ての病院やG P診療所に最新のITシステムを導入する。

また、より多くの医師や看護師、医療スタッフを確保し、その質を維持していくための投資計画は、以下のような具体的な数値とともに示された。

- 7,500人以上のコンサルタント(医師)と、2,000人以上のG Pの確保。
- 20,000人の看護師と、6,500人のセラピストの増員。
- 1,000以上の医療専門学校または場所の提供。
- 医師などが不足している地域では特別報酬を与える。
- 職場環境を改善し、スタッフの健康に配慮する。

さらに、医療サービスの質の向上という面では以下の様な目標が立てられた。

- 2004年までに、患者が48時間以内にG Pの予約を取ることを可能にする。
- 事故および救急時の長い診療待ち時間を削減する。
- 2005年までに、外来患者の待ち時間を最大3ヶ月までに削減する。
- 2005年までに、入院患者の手術待ち時間を最大6ヶ月までにし、その後3ヶ月までに削減する。

このように、様々な側面における行動計画と数値目標が発表された。そのほか、高齢者へのケアの改善、NHS組織に対する厳格な基準の設定、ベスト・プ

ラクティスへの報酬の付与などが盛り込まれた。さらに、ガン治療、老人医療、入院待ち患者の問題などの個々の具体的な問題解決のためには、近代化委員会の下部組織として10のタスク・フォースが設置されている。

5.3 ブレア労働党政権下の内部市場システム

はじめに述べたように、ブレア政権は公約として内部市場システムを廃止することを掲げていた。しかし、労働党内部でも内部市場システムに関する議論は対立していた。内部市場システムにおける医療サービスの価格競争の推進には、共通して異論が唱えられていたが、購買者(purchaser)と提供者(provider)を分けるという構造には意味があるという考え方が支配的であった。そのため、内部市場システム自体は、構造として残ることになったのである。ただし、そこでは(価格)競争(圧力)が強調されることはなく、提供者(provider)の間で業績を比較し評価するためのものとして使われるようになった。依然として、擬似的な取引形態を取ると、結果として各提供者の業績を見ることができる。つまり、患者がその提供者の医療サービスを評価していれば、結果として業績指標に現れるというわけである。この指標の存在が各提供者に医療サービスを向上させるインセンティブを与える。したがって、ここでは、コストや利潤というものではなく、売上の指標が注目されている。

結局、競争を重視した内部市場の仕組みは廃止され、医療サービスの計画部門と提供部門を分離した形をとり、提供者と購買者間で、ある程度の長い時間をかけて協力的な関係を築き上げることを目指すことになったのである。さらに、この手法は、協力体制を推進することによって、それまで問題となっていた部門間での煩雑な手続きやペーパーワークを減少させ、業務を効率化させるという目的を達成するためのアプローチでもあった。

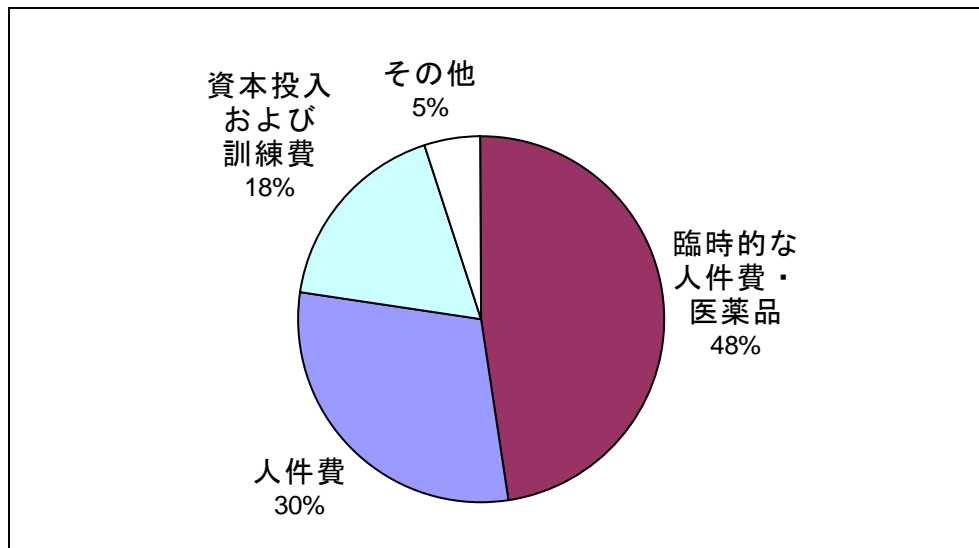
5.4 財政と人材

既述のようなNHS改革の「第三の道」を実現するために、ブレア労働党政権は医療費の大幅な拡大を必要とした。サッチャーの、競争による経営効率ばかりを重視し医療費(コスト)削減に奔走した改革は、患者に十分な医療サービスを提供できない環境を作ってしまったことが背景にある。外来で医師の診療を受けるまでに何ヶ月も待つ必要があるなど、想像を絶する状況であった。結局、これらの問題を解決するために、削減した医療費を補う以上の資金増を必要とする結果となったのである。実際にブレアは、NHSプランを発行した年の初めに国営放送のインタビューに対し、英国の医療費を今後5年間で他のEU諸国の平均水準にまで引き上げることを発表している。当時のNHSの医療費は対GDP比で6%台に過ぎず、EU諸国の平均値が対GDP比でおよそ9~10%程度であったことを考えると、過小であった可能性が高い。

では、ブレアが2000年にNHSプランを発表して5年が経過した段階で、NHSはどうなったのだろうか。NHSの医療費は、2004年から2005年にかけての1年間で、67億ポンド(約1兆3,400億円(1ポンド=200.1円で概算²⁹)拡大した。うち58億ポンド(約1兆1,600億円)が収益的支出(維持管理費、減価償却費など)に、9億ポンド(約1,800億円)が資本的支出(設備投資など)であった。

²⁹ Bank of Englandの2005年の年平均スポット為替レートによる。このセクションでは以下同様。

図表 5-4-1. NHS 追加医療費(67 億ポンド)の内訳 (2004/05)



資料: Department of Health (2005b).

注: 四捨五入により合計が 100% になっていない。

図表 5-4-1 は、より具体的に、この 67 億ポンドの追加資金が何に充当されたのかを示している。まず、追加医療費の半分近くにあたる 48% (約 32 億ポンド (約 6,400 億円)) は、医療サービスへのアクセスや質を向上させるために利用された。具体的には、スタッフの追加雇用におよそ 14 億ポンド (約 2,800 億円)、医薬品や医療の処方に 8 億ポンド (約 1,600 億円) が追加投資され、残りは医薬品やその他の医療サービスの購入に使われた。次に、30%にあたる約 20 億ポンド (約 4,000 億円) が、十分なスタッフ数を獲得し、維持するための給与支払分として投資された。実に 8,050 名の医師、11,160 名の看護師、助産師やヘルスビジターが追加雇用されている。さらに、18%にあたる約 12 億ポンド (約 2,400 億円) は、人材の育成や、設備などのインフラ整備に追加投資された。これにより新たに 6 つの病院が開設されている。なお、その他の 5%は、医薬品や医療サービスの物価上昇などによるコストとしての支出である。

では、こうした NHS への資金投入の拡大に伴って、医師や看護師などスタッフ数についてはどう変化してきたのだろうか。図表 5-4-2 は、1999 年 9 月から 2004 年 9 月への医療スタッフ数の定点比較を示している。医師、看護師、助産師などの専門職では、20%以上の増員を果たしている。NHS プラン発行以来、

全従業員数は毎年平均 3.9%増加しており、公約どおり、医療サービスの充実に向けて動いていると言える。

図表 5-4-2. 医療スタッフ数の変化

	1999年9月	2004年9月	増加数	増加率(%)
医療スタッフ総数	926,200	1,119,600	193,400	20.88
医師数	94,000	117,000	23,000	24.47
有資格看護師・助産婦・ヘルスビジター数	329,600	397,500	67,900	20.60
有資格保健専門家	47,900	59,000	11,100	23.17
その他	454,700	546,100	91,400	20.10

資料: Department of Health (2005b).

次に、医学校・医学部や訓練所など、将来医療分野で働く人材育成のための施設での学生受入数はどう変化しているのだろうか。図表 5-4-3 は、1999/2000 年と 2004/2005 年を定点比較することによって、医学生と看護学生数の変化を示している。

図表 5-4-3. 医学生と看護学生数の変化

	1999/2000	2004/2005	増加数	増加率(%)
医学校・医学部	3,972	6,326	2,354	59.26
看護師・助産婦訓練所	18,707	24,284*	5,577	29.81

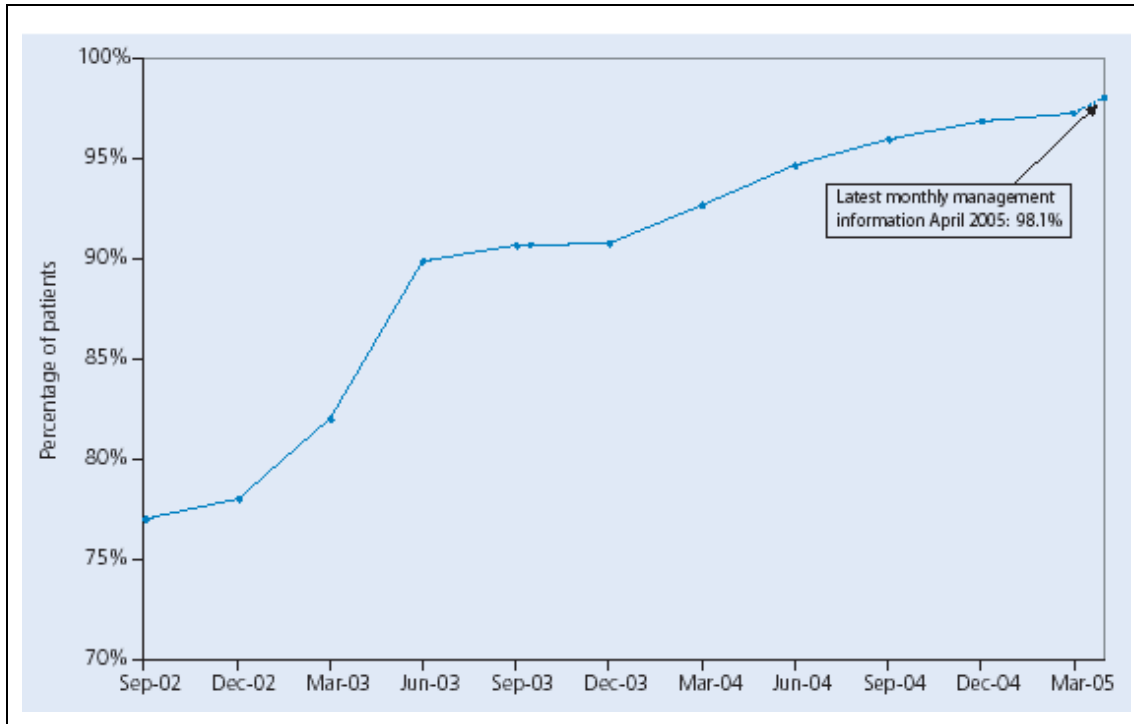
*: このデータは最新の有効データとして 2003/2004 年分が表記。

資料: Department of Health (2005b).

5.5 患者の待ち時間

患者の待ち時間は常に問題視され、社会問題化している。ブレア労働党政権下でも例外ではなく、既述の目標設定の中でも大きく取り上げられている。ここで、患者の待ち時間の変化を捉えておきたい。

図表 5-5-1. 事故・救急時の患者の 4 時間以下の待ち時間達成度の推移 (イングランド)

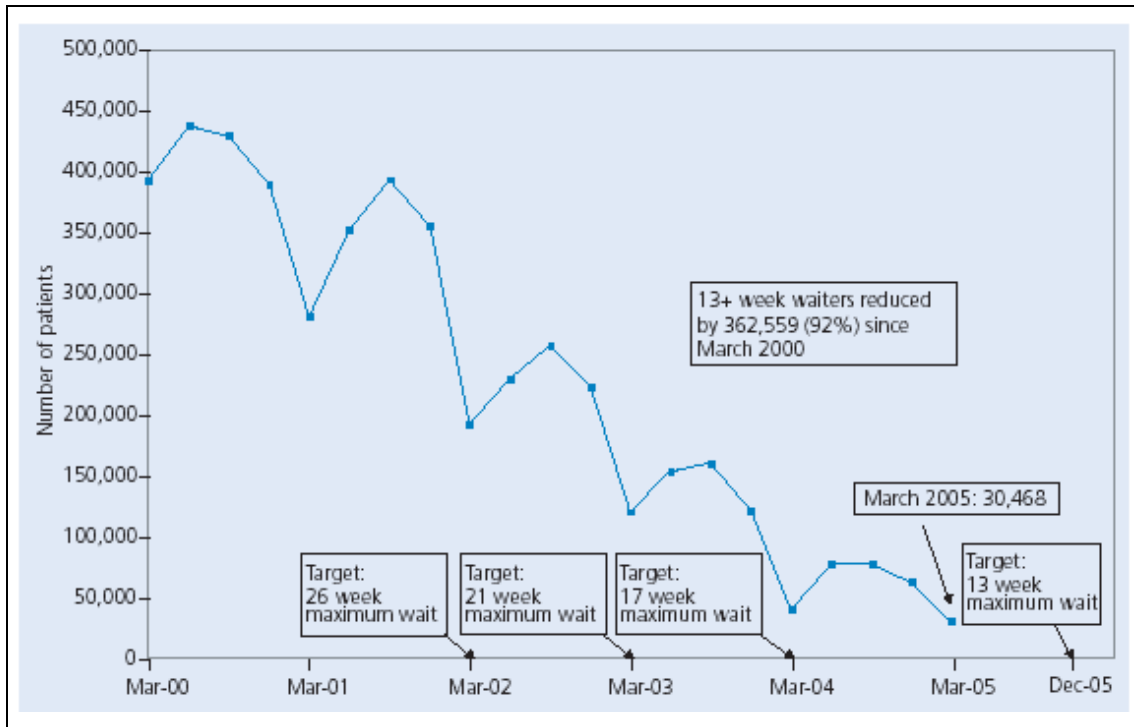


資料: Department of Health (2005b).

まず、図表 5-5-1 は、事故・救急時における患者の待ち時間を 4 時間以下にすることの達成度の推移を示している。2004 年から 2005 年にかけての直近の四半期においては、事故・救急時における患者の 97%が、さらに 2005 年 4 月の時点においては 98.1%の救急患者が、4 時間以内に治療を受けることが可能になっている。ブレア政府はこの達成度の劇的な改善について、NHS プランの目標事項の中でも最も印象的で素晴らしい改善であると自賛している。出発点がどこだったかということと 4 時間以内という設定が十分に高い水準なのかという問題は残るが、顕著な改善傾向を示していることは間違いない。

次に、図表 5-5-2 は、13 週間以上の待ち時間を余儀無くされた外来患者数の推移を示している。2000 年以降の 5 年間で約 92%の削減を実現し、2005 年 3 月時点では 13 週間以上の待ち時間の患者数は 30,468 人にまでに激減している。

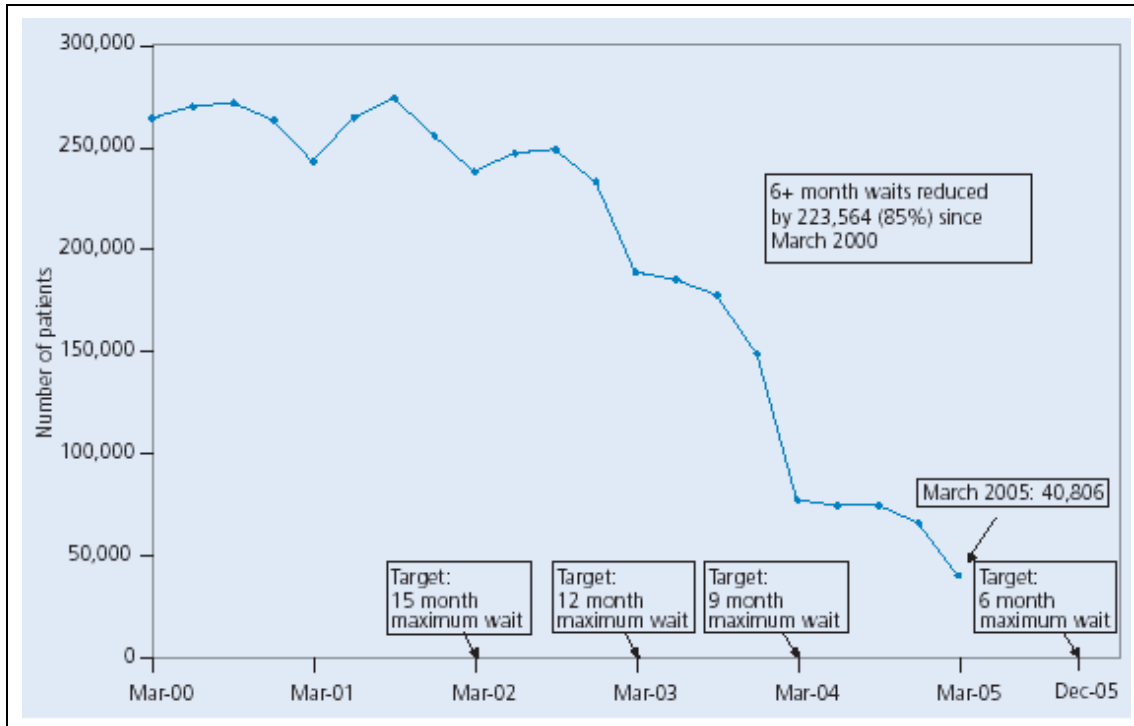
図表 5-5-2. 13 週間以上の待ち時間の外来患者数の推移(イングランド)



資料: Department of Health (2005b).

また、図表 5-5-3 は、6 ヶ月以上の入院待ちを余儀なくされている患者数の推移を示している。これについても、2000 年 3 月時点での 25 万人超の水準から 2005 年 3 月時点での 40,806 人まで、大幅に減少させることに成功している。ただし、「6 ヶ月以上」の入院待ち時間ということ自体が回避すべき異常な水準であり、政府も 2005 年末までに 6 ヶ月以上の入院待ち患者をゼロにすることを目標にしている。しかしながら、3 月時点でまだ 4 万人以上の患者が半年以上も入院を待っている状態であるため、実際に目標を達成できるのかどうかは微妙なところである。なお、心臓の血管再開通手術および白内障手術の 2 大医療領域については、最大待ち時間は 3 ヶ月となっている。

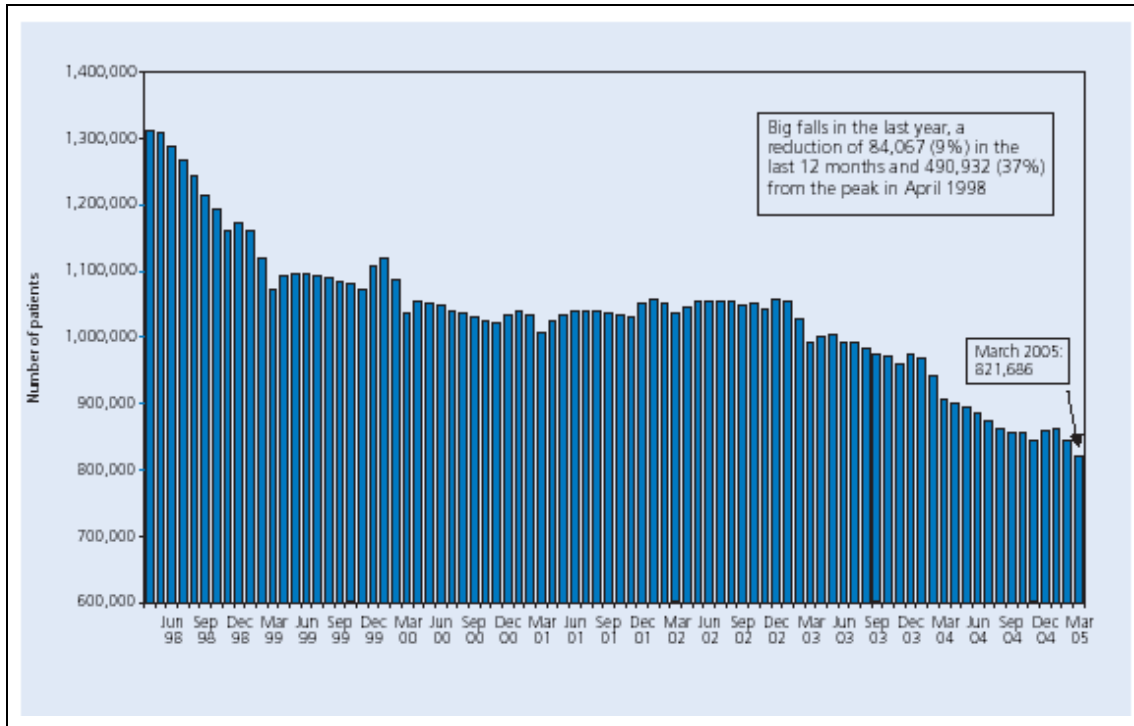
図表 5-5-3. 6ヶ月以上の入院待ちの患者数の推移(イングランド)



資料: Department of Health (2005b).

最後に、図表 5-5-4 は、入院待ちの全患者数の推移を示している。これについても、明確な減少傾向が認められる。1998年時点で約130万人の入院待ちの患者がいたが、2005年3月時点で821,686人となっている。直近の1年間においては、84,067人(約9%)減少し、1998年4月のピーク時と比較すると490,932人(約37%)の減少となっている。ブレア政権の医療サービス拡充政策の結果が現れていると言えるが、それでも、人口5,900万人の国で82万人の入院待ち患者が存在するという状況は深刻に見える。

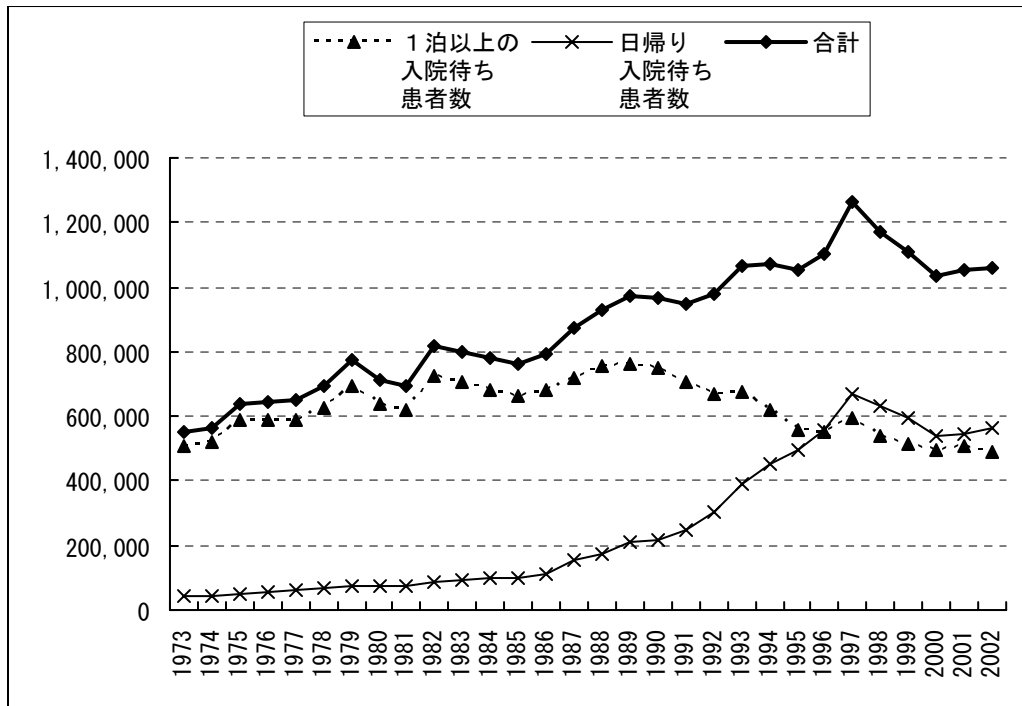
図表 5-5-4. 入院待ち患者数の推移(イングランド)



資料: Department of Health (2005b).

以上見てきたデータでは、確かに資料に示されている範囲では改善傾向が見られるが、上記のデータは短期データである。そこで、最後に、入院待ちの患者数の長期データによって、その推移と政権交代とその改革との関係を概観しておきたい。図表 5-5-5 は、特に待ち時間を考慮していない入院待ち患者数（一泊以上と日帰り入院を区別）の推移を示している。このデータは 1948 年から取得できるが、サッチャー保守党政権誕生の 1978 年の 5 年前の 1973 年からの推移を見ることにした。1997 年以降の部分だけを見ると、確かに入院待ちの患者数は減少に転じている。しかし、ブレア政権の NHS 改革の成果が入院待ち患者数の減少に出ているとは言いにくい。第一に、確かに日帰り入院を待つ患者数は 1997 年を境に減少傾向が確認できるが、一泊以上の入院を待つ患者数は 1990 年ぐらいから減少傾向にあり、内部市場システムによる競争圧力の成果の可能性も否定はできない。第二に、2000 年以降の部分では、いずれも横ばいか微増傾向を示している。この傾向については、イギリス国営放送のニュースでも指摘されている。

図表 5-5-5. 入院待ち患者数の長期的推移(イングランド)



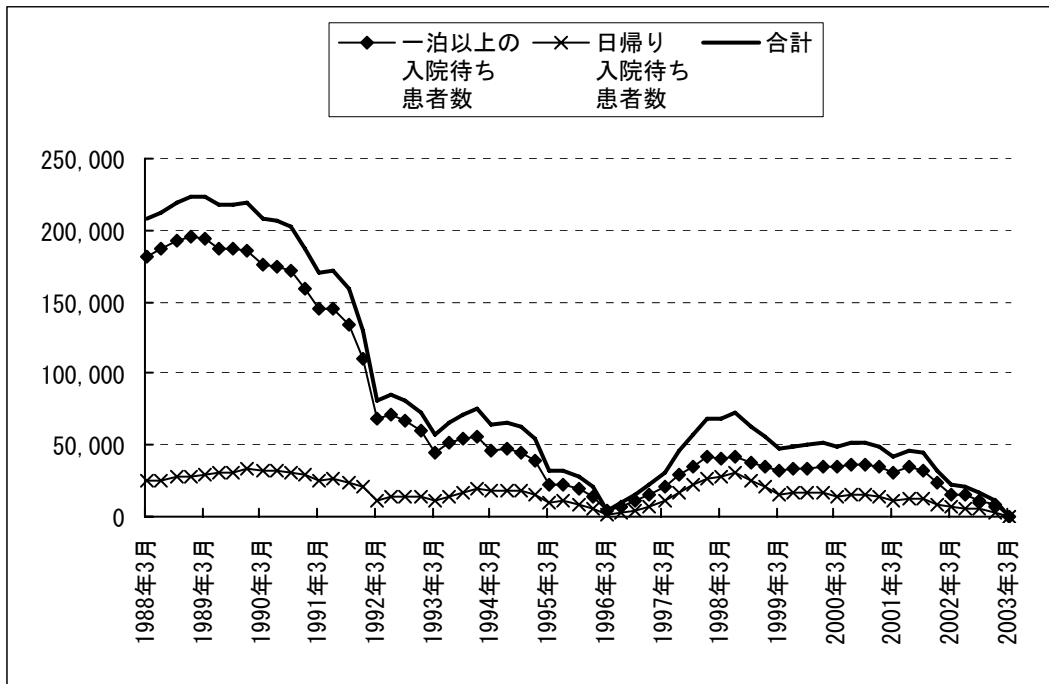
資料: Martin, S. *et al.* (2003). p. 24, Table 4.

注1: 1987年以前では、日帰り入院待ち患者数のデータは収集されていない。それらのデータは一泊以上の入院待ち患者数のデータから推計されている。

注2: 1976年から1986年の間は、12月取得のデータではなく、9月取得のデータとなっている。

次に、12ヶ月以上、入院を待っている患者数の推移を見てみよう。図表 5-5-6 はその長期的推移を示している。このデータは1988年以降、四半期ごとに取られている。このデータに関しても、一泊以上と日帰り入院が区別されている。確かに、2003年第一四半期には、良好な状態が実現している。しかし、1988年から1996年第一四半期まで、明確な減少傾向にあり、このデータからブレア政権のNHS改革が奏功したとは言えないだろう。

図表 5-5-6. 12ヶ月以上の入院待ち患者数の長期的推移(イングランド)



資料: Martin, S. *et al.* (2003). p. 29, Table 7.

患者の待ち時間に関するデータは政策的にも、社会的にもよく取り上げられる重要なシンボリックなデータであるが、それらは政策的に使われている可能性も否定できない。いずれにしても、この指標に関して、ブレア政権のNHS改革がうまくいくのかどうかは、もうしばらく観察する必要があるであろう。このまま入院待ち患者数が低位安定的であるならば、うまくいっていると言えるかもしれない。

5.3 改革の帰結

以上がブレア労働党政権のNHS改革の途中経過である。顕著な成果が何か数値として出ているということが明確に確認されているわけではない。しかしながら、現在のブレア政権は、今のところ、サッチャー、メージャーによる効率化偏重のNHS改革の傷跡、特に、低下した医療サービスの質（提供体制の充実度の悪化）を改善する方向へ動いているように見える。

実際に、いくつかのブレア労働党政権のNHS改革に関する評価レポートでは、良く評価されている。例えば、King's Fund によるレポートでは、税金による資金調達の維持（公平なフリーアクセスの維持）、追加原資のNHSへの投入、ヘルスケアとソーシャル・ケアの統合などを挙げて、一定の評価を与えている。ただし、失敗についても指摘はしている。例えば、患者の待ち時間の短縮ではなく、入院（外来も）待ち患者数の削減に早期に焦点を当てすぎていること（この点は既述のデータにも表れている）、組織変革を偏重していること（既述の頻繁な組織構造の変革図に表れている）、政策の実行性が弱いことなどが挙げられている。こういう失敗部分の指摘はあるが、全体としての方向性は評価されている。また、二つの政府の監査機関（Audit Commission と Commission for Health Improvement）による評価もおおよそ好意的である。ただし、入院・外来患者の待ち時間の短縮を評価している点など、中身には若干の食い違いが見られる。さらに、最も包括的で独立の立場からの評価として、Nuffield Trust によるものがある。その評価はおおよそ King's Fund と同じである。医療サービスの質の向上を中心に据えた政策を打っていることを特に評価している一方、データの質の問題と異なるイニシアティブ間での調整不足という問題点を指摘している。

今のところ、ブレア労働党政権のNHS改革の評価は良好であるが、NHSプラン（10ヵ年計画）のまだ半分を過ぎたばかりである。根本的に全ての問題が解決したわけではない。また、必ずしも量的データだけの問題ではないが、明確な成果の指標数値が出ているわけでもない。本当に患者のための充実した医療サービスを実現するためには、まだ問題・課題があるはずである。今後の展望や将来の課題として、どのようなことがあげられているのだろうか。次の節で、NHSの課題を議論しておきたい。

6. NHSの今後の課題

第5節で述べたように、ブレア政権は、医療の質を重視した改革として順調に進んでいるように見える。しかし、NHSは常に改革途上にあり、依然として、さまざまな問題や課題を抱えているのが現状である。最後に、この第6節では、現在の解決しなければならない問題、あるいは、現在抱えている将来への課題として、どんなことが挙げられているのかをまとめておきたい。さらに、それらの問題・課題をクリアするために、具体的にどのようなことが計画されているのかも紹介しておく。

6.1 今後の課題

ブレアのNHS改革（NHSプラン）にあたり、政府は年々医療への追加投資を行ってきている。医療費予算額は、1996～97年の330億ポンド（約6兆6,000億円（1ポンド=200円で概算。以下同様。））から、2004～05年の674億ポンド（約13兆4,800億円）にまで増加した。これは、人口一人当たり平均680ポンドから1,345ポンドにまで増加したことになる。はたして、この莫大な医療費の投入が、本当にそれだけの価値に相当する結果を出しているのだろうか。

確かに、NHSは、無駄なコストの削減や、医療の質を向上させるための設備投資、スタッフの再教育、新規雇用などにつとめ、過去の政策によるダメージを回復すべく努力している。政府の認識では、これらの改革は実行後すぐに結果が出るというものではないが、限りなく目標に近い水準を維持し、着実に成果をあげてきていると考えているようである。

そして、2004年6月に、政府は、NHSプラン(2000年発表)の進捗状況と今後2008年までの改革目標を再確認するために、「NHS改善プラン：国民を公

共サービスの中心に (The NHS Improvement Plan : Putting People at the Heart of Public Services)」を発行した。すでに述べたように、ブレア労働党政権はプライマリ・ケア（初期治療）の充実に力を入れている。そのNHS改善プランの中から、主に 2008 年から 2010 年までに向けて掲げられた目標を、いくつか挙げておきたい。

まず、各個人に適した、質の高いケアの提供を目指して、次の点が挙げられている。

- 患者が、(1) GP または開業看護師に予約を取るか、(2) NHS ウォーク・イン・センター(NHS Walk-in Centre)³⁰またはPharmacy Service Centreを直接訪問するか、(3) NHSダイレクト(NHS Direct)³¹に連絡して、ケア・アドバイスを求めるかを、自ら選択することができるようにする。³²
- 患者が、必要であれば 24 時間以内にプライマリ・ケア開業医に診てもらるか、48 時間以内にGPに診てもらえるようにする。
- 患者が、NHSが資金提供をしている医療サービス提供者とヘルス・ケア委員会が認定した様々な医療サービス提供者の中から、いつ、どこで、どのように治療してもらうかを選択することができるようにする。
- GPが患者に専門病院を紹介するのに、18 週間以上かからないようにする（患者の待ち時間の制限）。また、選択した医療サービス提供者にその能力がない場合、患者が別の提供者に変更できるようにする。

³⁰ Walk-in Centreでは、比較的軽い症状や怪我の時、ケア・アドバイスや簡単な治療を受けることができる。予約を必要とせず、患者は直接ここを訪問すれば、すぐに診察を受けることができる。ただし、医師ではなく、通常、看護師が対応する。

³¹ NHS Directは、24 時間稼働のダイレクト・テレフォン・サービスである。看護師のケア・アドバイスや地域のヘルス・ケア情報（医師、歯科医師、薬局の紹介など）を、電話で直接受けることができる。

³² この点については、実感として、既に実現できていると思われる。

- 患者が、NHSダイレクトに連絡をするか、軽傷専門ユニット(Minor Injuries Unit)³³を訪問し、必要であれば、最大 4 時間以内にA&E (Accident and Emergency: 事故および救急部門)に行くことができるようにする。
- 患者が、患者の治療記録にリンクされたインターネット上の個人画面(Health Space)に、自分の個人情報(例えば、血液型、体重、アレルギーの有無、投薬情報など)を登録することができるようにする。

次に、国民がより健康的で元気になることを目指して、次の点が挙げられている。

- 冠状動脈性心臓病および脳梗塞による 75 歳未満の死亡率を、1997 年比で少なくとも 40%減少させる。
- ガンによる 75 歳未満の死亡率を、少なくとも 20%減少させる。
- 自殺および原因不明の傷害による死亡率を、少なくとも 20%減少させる。

また、医療サービス提供能力の拡大および多様化のために、次の点が挙げられている。

- 2008 年までに、54 の新病院を開設する。³⁴
- 少なくとも 54 のLIFTプロジェクト(Local Infrastructure Finance Trust)³⁵により、約半数の国民をカバーする新しいプライマリー・ケア施設を提供する。

³³ 軽傷専門ユニットでは、比較的軽度な怪我(骨折、切り傷、刺傷、細菌感染した傷、軽い頭部外傷など)の患者を診察する。予約を必要とせず、A&E(Accident and Emergency: 事故および救急部門)と比べると、待ち時間は通常かなり短くてすむ。

³⁴ これを実現できた場合、2010 年までに 100 以上の新病院を開設するという NHS プランの最終目標を上回るペースになる。

³⁵ LIFTプロジェクトは、プライマリー・ケアとコミュニティ・サービスにおいて、公共と民間の協力関係を構築するための計画である。プライマリー・ケアに関する投資は、このLIFTプロジェクトを介して行われている。現在 42 の NHS LIFTプロジェクトが存在し、今後さらに 12 の新しいLIFTが稼動することになっている。

- 全てのNHSトラストは、NHS基金トラスト(NHS Foundation Trusts)³⁶になるよう、申請できる状態にする。

さて、一方、医療費(コスト)面における今後の課題は何だろうか。NHSは、一般管理費の今後更なる削減を必要としており、削減のための計画を3点挙げている。

(1) 政策や規制に関わる部門のコスト削減

既に、2004～05年の1年間で、保健省の本部スタッフを38%削減した。さらに、2007～08年までに、医療独立機関(Health's Arm's Length Bodies(ALBs))³⁷の数を38から20にまで減少させ、ALBsにおける経費を5億ポンド(約1,000億円)削減する計画となっている。それと付随して、ALBsのポストを25%削減することが盛り込まれている。さらに、2008年までに、ヘルス・ケア委員会とソーシャル・ケア査察委員会を、単一組織に変更することも予定されている。

(2) 調達効率の向上によるコスト削減

NHSは、商標登録された処方薬について、7%の価格引下げに合意し、2005年1月1日より実施した。これにより、少なくとも年間3億ポンド(約600億円)の節約が可能であると予測されている。また、2005年4月には、ジェネリック医薬品の償還に関する長期協定が新たに導入された。この新協定によって、ジェネリック医薬品マーケットにおける競争力が促進され、その結果、毎年およそ3億ポンド(約600億円)が節約できると見込まれている。さらに全国的

³⁶ NHS Foundation Trustsは、地域住民のニーズに応えるために設立された、新しいタイプのNHS病院である。地域の管理職者やスタッフ、一般の人々によって、その地域で独自に運営している。NHSの患者に対して、NHSの原則や標準に従って治療を行うが、NHSや政府に管理・干渉されることはなく、あくまでも地域の患者のための医療サービス提供や発展に努める。2004年4月より認可され、現在31のNHS Foundation Trustsが存在する。

³⁷ ALBsは、保健省から後援を受けた全国的組織。地域のNHSなどと協力し、ソーシャル・ケア・システムや国家規格を規定または改善する役目を持つ。公共福祉を守り、地域の医療サービスをサポートするための組織である。

な調達協定の再折衝により、年間約 1.6 億ポンド（約 320 億円）の節約を達成した。その他、情報システムの整備として、マイクロソフトやオラクルを含む 11 の企業と、ソフトウェアに関する幅広い内容の契約を結び、情報コストの節約にも取り組んでいる。

(3) コーポレート・サービスのコスト削減

2005 年 4 月 1 日、NHS は NHS シェア・ビジネス・サービス (NHS Shared Business Services) を設立した。これは、保健省と Xanse (民間企業)³⁸との共同事業であり、今回初めての試みである。これによって NHS は、コスト削減、設備投資面での効率化、質の高いサービスの提供を実現し、今後 10 年にわたって 2.2 億ポンド（約 440 億円）以上の節約が可能になると予測されている。

さらに、2006 年度版の保健省年鑑では、政府は主要な 4 つのゴールを明示している。いずれも医療サービスの効率性ではなく、医療サービスの質の向上を目指している点に留意したい。ブレア政権の NHS 改革の主眼は、質の向上であり、そのためには必要な資金を捻出して充当するというものである。その方針の延長線上にあるゴールと言える。

第一に、早期介入によって、より良い予防サービスを提供することである。プライマリー・ケア・トラストと GP が、地方自治体と密接に協働して、予防の支援に力を入れる。例えば、国民が自分のライフスタイルのリスクを評価し、正しい修正ができるように、新しい NHS ライフ・チェックを導入する。このチェックには二段階ある。一つは、オンラインあるいは地域で入手可能な自己チェックシートであり、もう一つは、必要としている人のために、特定のヘルス・ケアあるいはソーシャル・ケア・アドバイスやその支援を与えることである。NHS ライフチェックは、一部のプライマリー・ケア・トラストで、2007 年度か

³⁸ Xanse は、ビジネス・コンサルティング・情報技術 (IT) コンサルティングやアウトソーシングを行う民間企業である。

ら試験的に導入される。また、メンタル・ヘルスや情緒面の健康のサポートも導入していく。

第二に、国民により多くの選択肢を与え、国民の声を医療サービスにより大きく反映させることである。まず、国民に、その居住地でのG P登録を保証する。そして、登録システムを簡素化するとともに、選択に必要な十分な情報を与える。同時に、G Pには、患者のニーズに対応した開業時間や便利な予約方法を提供するインセンティブを与える。

第三に、地域間などでの不公平な医療サービス提供をなくすこととコミュニティー・サービスへのアクセスを改善することである。医療の地域格差を認識し、医療サービスが提供されていない、あるいは供給不足となっている地域でのプライマリー・ケアの量と質を引き上げることに取り組む。また、特定ニーズ（例えば、幼児、母親、少数民族、障害者など）のある患者が必要とする医療サービスを受けられるように支援する。

第四に、長期療養が必要な人々に十分なヘルス・ケアやソーシャル・ケアサービスを与えることである。そのために、Expert Patient Programme への投資を3倍に引き上げる。その中で、例えば、必要な情報へのアクセスを向上させたり、彼らが自分の家で過ごすのを支援する技術を開発したりする。また、長期療養が必要な人々はソーシャル・ケアとヘルス・ニーズの両方を必要としている。そのため、それらを統合したアプローチを支援するために、2008年までに、個人ヘルス・ケア&ソーシャル・ケア・プランを導入し、同時に、ソーシャル・ケアとヘルス・ニーズの両方を統合した記録を導入する。

この第6節では、NHSの今後の展望や将来の課題として、どのようなことが挙げられているかを述べてきた。医療の質という側面で見ると、受け入れ窓口(Walk-in CentreやNHS Directなど)を複数準備することによって、患者の待ち時間の問題を改善しようとしている姿が見える。実際、待ち時間は決し

て短いとは言えないものの、目標を順調にクリアしていていることは事実である。また、Walk-in Centreのような施設は、ホームレスの人々や難民、若者などが比較的気軽にかけ込むことが可能で、このような人々の医療へのアクセス改善に役立っている³⁹。ブレアのNHS改革の根底に、地域の人々のためのプライマリ・ケアを重視していくという目的があることを考慮すれば、この点については今のところうまく進んでいると言えるのではないだろうか。一方、財政面においては、民間企業との共同事業など新しい取り組みも始まり、地道なコスト削減努力が継続されている。

医療の質の向上にしろ、財政状態の改善にしろ、政府が発表する数字だけを見ると、目標は達成しつつあるように見える。さらに、途中経過として発表されるコメントも楽観的なものが多い。しかし、十数年間に渡り疲弊してきた医療現場が、たった数年で改善するとは考えにくい。また、そもそもその目標自体が最適なのかどうかを検証する必要もある。政治として、達成できる目標が掲げられている可能性もある。いずれにしろ、大幅な医療費拡大によって推進されるNHS改革が、本当に国民のために成果をあげるかどうかは、5年後（NHSプラン発行10年後にあたる2010年）の結果を見て、さらに検証しなければならないだろう。

6.2 最近のブレア首相のNHS改革に関する見方

2006年12月5日、現政権のブレア首相は、NHSの会合でNHS改革についての講演を行った。そこで、ブレア首相はこれまでのNHS改革について一定の評価を与えているようである。

既述したように、NHSの改革の状況は、患者の待ちリストを引き合いに議

³⁹ 実際、診察の際に、NHS登録証の確認も行なわれていない。行けば、診察してもらえるのである。

論されることが多い。このブレア首相の講演も例外ではない。ブレア首相は、患者の待ちリストとその待ち時間の問題は大幅に改善したという認識を示している。そのコメントによると、10年前のNHSの状況を思い起こすと、100万人を超える入院患者の待ちリストが存在していた。しかも、6ヶ月以上、待たされている患者が25万人いた。また、外来患者の待ちリストについても、16万人が6ヶ月以上待つており、さらに、30万人の外来患者が3ヶ月以上待つていう状況であった。しかしながら、現在、患者の待ちリストは記録を取り始めて以来、過去最小となっている。全体的に言うと、入院患者待ちリストは、18ヶ月待ちの状況から6ヶ月程度の待ちの状況へ大幅に短縮され、ガンや心臓疾患による死亡も減少したという成果を指摘した。

NHS改革について、ブレア首相は、政権に就いた当初から変わらず、資金をきちんと充当して医療サービス（特に、患者のアクセス・ポイントとなるプライマリー・ケア及びそこと二次的治療とのスムーズな連携）を充実させていくという方針を貫く点を指摘している。コメントによれば、これまでのNHS改革の成果を出すためには、多大な追加的資金を必要とし、その投資が大きく貢献した。特に、この2・3年間の投資はおおきかった。しかしながら、NHSを抜本的に変革するためには、まだ十分な投資とは考えておらず、今後も資金繰りの問題は多々あるだろうが、投資を継続していきたいと述べた。

7. まとめ

本レポートは、サッチャー・メージャー保守党政権からブレア政権までのNHS改革の全体像を考えるのが主な目的であった。第2節は、NHS改革を理解するための準備として、NHSの仕組みを概観し、NHSがどんなものなのか分かるものとなっている。第3節では、サッチャー保守党政権前までのNH

Sの歴史を概観し、サッチャー保守党政権のNHSが登場する背景を示した。経済の失速から、サッチャー保守党政権が市場の競争圧力を利用したコスト削減策に出るのは仕方ない情勢であったと言える。第4節では、サッチャー・メージャー保守党政権のNHS改革を論じた。それは、管理会計的な経営管理システムの導入や市場原理型の競争を理論的拠り所とした内部市場システムを中心とした、財政面での効率化偏重のNHS改革であった。結果的には、うまくいったとは言えない。その改革は組織面での混乱を招き、その混乱に対応するために、かえって支出を強いられるという皮肉な結果にもなった。さらに、サッチャー政権自体は、医療サービスの質の面でも改善するだろうという楽観的観測を持っていたが、財政面での効率化偏重であったがゆえに、医療サービスの質の面での劣化が見られた。第5節では、ブレア労働党政権のNHS改革を概観した。それは、患者との最初のアクセスポイントであるプライマリー・ケアの充実を柱とした、医療の質の向上を目指したものであった。しかしながら、シンボリックな指標である入院待ち患者数のデータでは、明確な成果は確認できなかった。第6節では、今後のNHSの課題をまとめている。ブレア労働党政権のNHS改革はまだ途上にあり、今後の課題を明確にしておくとともに、今後のさらなるチェックが必要となるであろう。

サッチャー保守党政権からブレア労働党政権までを大きく見渡すと、次のことが言えそうである。まず、税金を財源にした、医療ニーズに対応した公平なアクセス（フリーアクセス）という考え方は、一つの有力な考え方であろう。問題はそれをどのように具体的に実現するのかということである。医療サービスは病気という万人に共通する問題に対応することであり、公平なアクセスというのは一つの理想像である。しかしながら、この理想を追うためには常に財源確保の問題が付きまとう。具体的にどのように資金を確保し、どのように医療サービス提供の仕組みを充実させるのかということが常に問題となる。サッチャー保守党政権は、マクロの経済情勢から、基本理念を捨ててはいないものの、効率化の追求という形で理想とは離れていってしまった可能性が高い。また、サッチャー政権の政策の中心である内部市場システムを検討すると、きわ

めて公共性の高い医療サービスには市場原理型の（価格）競争システムは合わないように見える。結局、その後を受けたブレア労働党政権は、NHSの基本理念に立ち返り、「第三の道」として、医療サービス提供の質の面（特に、患者との接点であるプライマリー・ケア）を重視した改革を推進することになった。そこでは、必要なことには資金を注入するというやり方であり、基本理念である理想像を追うには極めて自然なやり方に見えるが、財源の問題は避けられない。このやり方を見ると、重要なのは国家財源を何に、どれだけ、どのように使えば、国家のためになるのかという全体的な視点である。その意味で、医療だけを見るのではなく、国家財源とその使途全体を見る目が求められるだろう。そして、医療という重要分野に資金を抛出するためには、どう全体の資金配分を行えばいいのかという包括的な視点が必要となる。

最後に、他方で、医療サービスという公共サービスをどういう形で市場経済の中で提供していくかという問題もある。サッチャー政権の改革（内部市場システム）は部分的な試みではあったが、その結果をみる限り、他の産業と同様に、単純に市場原理型の競争システムの中に放り込んでうまくいくようには見えない。しかしながら、一方で、財政的な効率化の問題も重要である。なんらかの効率化のための競争システムは必要となるだろう。本レポートでは、仮説ではあるが、提言として、「顔の見える競争」を軸とした競争システムを「競争形態」「ルール」「レフェリー」の3つの軸で描くという試みをした。このシステムは、患者サイドと医師サイドの情報共有促進を機軸として、市場原理型競争の「淘汰」ではなく、顔の見える競争の「学習」を契機とした競争促進によって、医療の質の向上と財政面での効率化の一举両得を狙うというものである。抽象的ではあるが、新しいシステムを構築する上での背景的論理として、役立てばと思う。

参考文献

- Carlton, D.W. and Perloff, J.M.(1999). *Modern Industrial Organization*. 3rd Edition. Addison-Wesley Longman.
- Bloor, K. ed. (1998). *Radicalism and Reality in the National Health Service: Fifty Years and More*. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Department of Health (2000). *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*. (downloadable from www.dh.gov.uk)
- Department of Health (2004). *The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services*. (downloadable from www.dh.gov.uk)
- Department of Health. (2004). *Medical Schools: Delivering the Doctors of the Future*. (downloadable from www.dh.gov.uk)
- Department of Health. (2005a). *Departmental Report 2005*.
- Department of Health (2005b). *Chief Executive's Report to the NHS*. (downloadable from www.dh.gov.uk)
- Department of Health. (2006). *Our Health, Our Care, Our say: A New Direction for Community Services*. (downloadable from www.dh.gov.uk)
- Fry, J., Brooks, D. and McColl, I. (1984). *NHS Data Book*. Lancaster: MTP Press.
- Glennerster, H., Matsaganis, M., Owens, P. and Hancock, S. (1994). "G P Fundholding: Wild Card or Winning Hand?," Robinson, R. and Grand, J.L. eds. *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund Institute.
- Grand, J.L., Mays, N. and Mulligan, J-A. eds. (1998). *Learning from the NHS Internal Market*. Grantham: King's Fund.
- Ham, C. (1997). *Management and Competition in the NHS*. London: Radcliffe Medical Press.
- Ham, C. (2000). *The Politics of NHS Reform 1988-97*. Grantham: King's Fund.
- Ham, C. (2004). *Health Policy in Britain*. 5th edition. New York: Palgrave Macmillan.
- Harrison, A. and Dixon, J. (2000). *The NHS: Facing the Future*. King's Fund.
- Henderson, J.M. and Quandt, R.E. (1980). *Microeconomic Theory: A Mathematical Approach*. 3rd edition. Singapore: McGraw-Hill.

- HM Treasury (2005). "Budget 2005, Investment for Our Future: Fairness and Opportunity for Britain's Hard-working Families," Economic and Fiscal Strategy Report and Financial Statement and Budget Report. (downloadable from www.hm-treasury.gov.uk)
- Holiday, I. (1995). *The NHS Transformed*. Manchester: Baseline.
- Jones, D., Lester, C. and West, R. (1994). "Monitoring Changes in Health Services for Older People," in Robinson, R. and Grand, J.L. eds. *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund Institute.
- Keeler, E. B. (1992). *Effects of Cost Sharing on Use of Medical Services and Health*. Williams & Wilkins.
- Klein, R. (2001). *The New Politics of the National Health Service*. 2nd edition. Harlow: Pearson.
- Levitt, R., Wall, A. and Appleby, J. (1999). *The Reorganized National Health Service*. 6th edition. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Martin, S., Jacobs, R., Rice, N. and Smith, P.C. (2003). "The UK Evidence on Waiting for Health Care: A Summary," Working Paper, the University of York (UK).
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1992). *Economics, Organization and Management*. New Jersey: Prentice-Hall
- Peacock, S. (1997). "Experiences with the UK National Health Service Reforms: A case of the infernal market?," Working Paper 71, Centre for Health Program Evaluation.
- Ranade, W. (1994). *A Future for the NHS?: Health Care in the 1990s*. London: Longman.
- Ranade, W. (1997). *A Future for the NHS?: Health Care for the Millennium*. 2nd edition. London: Longman.
- Secretary of State for Health. (2006). *Government Response to the Health Committee's Report on NHS Charges*. Norwich: Crown.
- Varian, H. R.(1990). *Intermediate Microeconomics: A Modern Approach*. 2nd edition. New York: Norton.
- Varian, H. R.(1992). *Microeconomic Analysis*. 3rd edition. New York: Norton.
- Webster, C. (1998). *National Health Service Reorganisation: Learning from History*. London: Office of Health Economics.

World Bank. (1997). *World Development Report 1997 Summary*. (downloadable from www.worldbank.org)

伊丹敬之(1987)『人本主義企業－変わる経営、変わらぬ原理』筑摩書房.

伊丹敬之・加護野忠男(2003)『ゼミナール経営学入門』日本経済新聞社.

ウイリアム C.L.シャオ(2002)「ヘルスケアと市場－アメリカからの教訓」『日本医師会雑誌』第 127 巻, 第 6 号, 平成 14 年 3 月 15 日号, pp.855-863.

金子勝(2002)「市場原理主義の問題点」『日本医師会雑誌』第 127 巻, 第 6 号, 平成 14 年 3 月 15 日号, pp.864-871.

塩沢由典(1997)『複雑系経済学入門』生産性出版.

塩沢由典(1998)『市場の秩序学』ちくま学芸文庫.

田中滋(2002)「市場経済とわが国の医療」『日本医師会雑誌』第 127 巻, 第 6 号, 平成 14 年 3 月 15 日号, pp.845-854.

村上泰亮(1992)『反古典の政治経済学 (上・下)』中央公論社.

村上泰亮(1994)『反古典の政治経済学要綱－来世紀のための覚書－』中央公論社.

今井賢一・伊丹敬之・小池和男(1982).『内部組織の経済学』東洋経済新報社.

森宏一郎・鶴田由美子(2003)「NHS 病院会計の財務分析」日医総研ワーキングペーパー, No. 87.

森宏一郎(2004)「英国NHSの歴史」日医総研リサーチエッセイ, No. 45.

森宏一郎(2004)「英国の 2004 年度国家予算案におけるNHSの位置づけ」日医総研リサーチエッセイ, No. 46.