

2004年1月

「英国NHSの歴史」

森 宏一郎（日医総研 海外駐在研究員）

はじめに

制度が現在抱える問題を考えるとき、その制度がいつどのように生まれたのか、その制度がどのように変遷してきたのかといったことを知るのには有益である。制度の問題点を考えていくために、歴史的な分析を行うことも多い。したがって、制度の問題点を議論するうえで、その制度の歴史を理解しておくことは重要である。そこで、本リサーチエッセイでは、英国のNHS（National Health Service）の歴史を簡潔にまとめることを目的とする¹。英国NHSでは、医師・看護師などの人材不足、長期の入院待ちなど、深刻な問題が少なくない²。本稿を、これらの現在の制度の問題点とその動向をより良く理解するための背景となる歴史的知識と位置づけたい。本稿の構成は次の通りである。最初にNHS制度以前を記述する。次に、NHS制度開始以後について10年単位の括りで記述し、近年の動向を簡潔に紹介する。最後に、全体を振り返って、まとめを行う。

¹ 本稿はNHSのホームページ（www.nhs.uk）、英国厚生省（Department of Health）のホームページ（www.doh.gov.uk）、電子メールによる問合せを参照して作成。また、調査中に出てきた疑問点について、ヨーク大学医療経済学センターの研究員から有益なコメントを頂いた。彼らに謝意を表したい。

² 森宏一郎「医師を輸入するイギリス」日医総研リサーチエッセイ、No. 19、2002年10月を参照。ただし、最新の動向では、12ヶ月以上の入院待ち患者数については、大幅に減少したという報告がある。www.nhs.ukを参照。この点については、NHS全体の最新動向として、別のレポートで報告したい。

NHS制度以前（1948年以前）

【首相】チャーチル（保）1940-5、アトリー（労）1945-51

「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、お金の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ことが分かっていたのだが、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、お金の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、慈善家あるいは社会改革者たちだけが、人々に医療のフリーチャージを与えていた。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（London General Institution for the Gratuitous Cure of Malignant Diseasesという名称）を開設し、医療を必要とする人々に（特に貧しい人々に）医療サービスを無料で提供した。彼の無料提供医療サービスへの需要はすさまじく、1848年には1年間に3万人あまりの患者を診療する日々となっていた³。スタッフに無償で働いてもらったり、さまざまな寄付など得ることによって、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、ごく一部を除いてフリーチャージというわけにはいかなかった。低賃金労働者に対してはフリーチャージを行っている病院もあったが、その人の家族は対象に含まれていなかった。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、フリーチャージではなかったのである。

1948年 1957年

【首相】チャーチル（保）1951-5（2度目）、エデン（保）1955-57、マクミラン（保）1957-63

1948年7月5日、待望のNHSの制度ができた。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も例に漏れず、いくつかの問題点を抱えていた。

³ この時点では、Royal Free Hospitalという名に改称していた。

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、需要に応えられるだけの供給力を持っていなかった。さらに、当時、食料は配給制であり、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いた。

また、当時のNHSは、病院での医療サービス、家族医（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た。

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はフリーチャージの挫折とでも言うべき事態を迎えることになった。NHSが始まって3年にもならないうちに、高額ではない適正な金額をチャージすることになった。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。

ただし、こうした問題のために、NHSの価値は少しも下がるものではない。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ものだからである。また、このとき、ホームドクター（family doctor）やかかりつけ医（GP: 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ようになった。また、地域単位の医療センターができたことも注目されるべきことであった。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 1967年

【首相】ダグラスホーム(保) 1963-64、ウィルソン(労) 1964-70

1958年からの10年間は、NHS制度が確立していく時期にあたる。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10年間は、小児麻痺

ワクチン、慢性腎不全に対する透析、ガンへの化学療法などの医薬の発展があり、医療のレベルが飛躍的に発展した時期でもある。

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のスタッフが患者ベース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⁴。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、開業医(かかりつけ医)、地域保健機関の3つに分断されていることに対して、医師団体が3者間での連携に弊害があるとの意義を唱えていた⁵。

また、1962年のエノック・ポーウェルの病院プラン(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。

「10年計画」というものも出された。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。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。

1967年のサーモン(Salmon)・レポートでは、シニア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した。

これらの批判、議論、取組みはいずれも、NHS内で病院、開業医(かかりつけ医)、地域保健機関の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。

⁴ 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をそこ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。

⁵ 保健機関(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)。保健機関は中央政府から予算を配分され、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。つまり、ヘルス・ケアに関して、地域での資金配分の責任を持つ存在である。

1968年 1977年

【首相】ヒース（保）1970-74、ウィルソン（労）1974-76（2度目）、キャラハン（労）1976-79

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。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。医学の面では、この10年間は、内視鏡の応用、コンピュータ断層写真技術（CAT）、移植技術、腎臓透析などの登場などのような目覚ましい技術発展と同時に、ラッサ熱のような新しい感染症の出現があるなど、複雑な時代でもあった。

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。

また、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。

1978年 1987年

【首相】サッチャー（保）1979-90

1978年からの10年間は、NHSにコスト面での制約条件が課せられる時代として特徴付けられる。これは、医学的に可能なことが全てできるというわけではないということの意味する。やや陰鬱な時代といえよう。

ある意味で、NHSは自らの成功の犠牲になったとも言える。この時期も、引き続き医学あるいは医療技術のイノベーションが起き、そのためにますます多くの患者がより複雑な診療方法によって診察され、治療を受けるようになった。そうした流れに沿って、NHSはコスト面で圧迫されていくようになったのである。

1978年の石油ショックによって、NHSのコスト面での問題はさらに深刻化した。NH

Sは経営の効率化を図り、1979年に優先事項の策定を行い、1982年に組織再構築に取り組み、1983年から1985年の間には総括管理を導入した。この時期、NHSのレベルごとに業績評価指標が導入された⁶。また、救急病院のサービスレベルはロンドン・ヘルス・プランニング・コンソーシアム(London Health Planning Consortium)によって評価されるようになった。

また、医療の革新によって、看護師などの医療従事者がより多く必要とされた。このことは当然、コスト面でNHSを圧迫した。ひとつの対処として、NHSは病院単位から地域単位でのケアにシフトしていった。すなわち、地域間で人材、資金、患者の配分を融通あるいは分業することによって、対応しようとした。政府も一般診療とプライマリー・ケアのレビューを行うようになった。それにも関わらず、1987年までには、国全体で各保健機関は赤字に陥り、その影響から多くの病棟が閉鎖され、入院待ち患者数は膨れ上がっていった。さらに、コストの増加傾向が明確であったのにも関わらず、NHSのスタッフ数は着実に増加していた。ただし、この人員増の理由として、患者数が着実に増加していたという状況があった。

1988年 1997年

【首相】メージャー(保)1990-97、ブレア(労)97-現在

1988年からの10年間で、最も重要かつ大きな変革は内部市場(internal market)の創出である。サッチャー首相の指導の下、1989年の白書でアウトラインが描かれ、1990年に、NHSとコミュニティ・ケア法(NHS and Community Care Act)として法制化された。この内部市場の創出は、入院待ち患者数の急増などのNHSの問題を解決するための保守党政権の切り札であった。

内部市場化の説明をしよう。まず、保健機関やいくつかのホームドクターなどの「購買者」には予算制約が与えられる⁷。そして、「購買者」は予算制約の範囲で、救急病院、精神病院、リハビリ病院、老人病院、救急車サービスなどの「提供者」からサービスを購入する。内部市場において、「提供者」になるためには、「NHSトラスト」にならなければならない。

⁶ 責任を持つべき範囲やレベルに対応して、スタッフレベル、組織レベル、医療機関レベル等、総括的に業績評価指標が導入された。

⁷ 保健機関は国民の代わりとして医療機関から医療サービスを購入する役割を担っていると考える。なお、保健機関については、脚注5を参照。

個々のNHSトラストは独自の経営管理を持つ独立の組織である。そして、独立のNHSトラスト間では、サービスの提供において競争が起きることになる。したがって、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性化させようというものである。つまり、これは、NHSという一つの組織の内部での資源配分に市場の力を利用しようとする試みであり、いわゆる「中間組織形態」を取るものである⁸。ただし、一つの組織内部での競争圧力の利用であり、全面的な市場取引化ではないことに注意しておきたい。中間組織形態と純粋な市場取引は全く異なるものである。

実際、1991年に57のNHSトラストが誕生し、1995年までには全てのヘルス・ケアがNHSトラストによって提供されるようになった。この間、多くのホームドクターたちが予算枠を与えられ、GP基金と呼ばれる計画の中で、NHSトラストから医療サービスを購入するようになった。ただし、全ての開業医(GP)がこの計画に参加したわけではなく、参加していない開業医の予算枠は保健機関によってコントロールされていた。しかし、ここに大きな問題があった。GP基金に入っ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診療を受けることができた。これは、NHSが2重構造で機能している問題点を露呈しており、公平に万人が医療にアクセスできるというNHSの設立理念に反していた。

確かに、内部市場化は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たり、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。

⁸ 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を「中間組織」と呼んでいる。日本の系列グループは典型的な中間組織である。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。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に注意しておきたい。中間組織に関する理論的研究は、今井賢一・伊丹敬之・小池和男『内部組織の経済学』東洋経済新報社、1982年が詳しい。

近年の動向

2000年7月、今後10年の抜本的な行動計画として「NHSプラン」が出された。患者中心主義を取り、2004年までの5年間で6.3%の資金増を公約した。より具体的には、患者への医療提供能力の拡充と情報提供、より多くの病院と病床の確保、より多くの医師と看護師の確保、病院あるいは診療予約の短い待ち時間の実現、清潔な病棟の維持、良質な食事と機器の提供、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が盛り込まれた。

また、厚生省内に近代化委員会（Modernisation Board）が設置された。この委員会はアドバイザー機能を担うことによって変革を先導している。この組織は厚生大臣によって指揮され、ヘルス・ケア組織の代表やNHSの医療スタッフや経営管理者、患者の代表によって構成されている。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。これら中央の組織のほか、地方における変革の実行部隊として近代化機関（Modernisation Agency）が設置された。この機関は個々の地域のNHSスタッフやNHS組織が患者のためにサービスを改善するのを助ける役割を果たしている。

まとめ

NHSの歴史を振り返ると、NHSができてから50年間超、「必要なときに、万人が医療に公平にアクセスできる」という基本理念を追求してきたことが分かる。医療サービスが人々の生命や健康に関わるものである以上、この理念は普遍的な真理であろう。その理念の追求は困難であるが、NHSの歴史の中で、その理念自体が揺らぐことはなかったように見える。

この歴史の中で特筆すべきことの一つは、コスト面の問題に直面したときにNHSが採用した施策とその結論である。基本理念の追求過程で、必ずコスト面と医療サービス提供面のトレードオフの問題にぶつかる。医療サービスも経済社会の中に組み込まれている以上、避けられないことである。そして、経済コスト面が問題になるとき、市場の力が役に立つのかどうか議論されることが多い。NHSは部分的に市場の資源配分メカニズムを利用して解決を図ろうとしたが（内部市場化）、結局、基本理念にある公平性の確保の失敗と市場が持

つ非効率さ（競争圧力による資源利用の重複）という重大な事由から失敗した。

医療サービスは人間の生命・健康に関わるものであり、通常の財・サービスとは明らかに異なる。そのため、上述の基本理念を追求する必要性から考えても、基本的に市場は馴染みにくい⁹。NHSの歴史はそのことを示しているように見える。そして、現在もなお、組織的な協力的アプローチによって、NHSは基本理念である「万人の公平な医療へのアクセス」を追及しているわけである¹⁰。

⁹ 市場メカニズムは、条件が揃えば効率性を保証するが、公平（equity）あるいは公正（justice）についてはいつも何も考慮に入れていない。ところが、環境問題、発展途上国の開発問題、国際的な所得格差問題、南北問題など現実の多くの問題で、効率性よりも公平や公正が重要なのである。それらの問題では、「一人一票」の世界を考えるか、「一円一票」の世界を考えるかで、結果は大きく変わる。今さら指摘するまでもなく、一人一人の健康や生命が問題となる医療サービスの世界では、「一円一票」の論理ではなく、「一人一票」の論理こそが重要である。

¹⁰ 理論的に、市場と組織は対極に位置づけられる。市場は価格に情報を集約して資源を配分するメカニズムであり、組織は明確な権限関係を利用して資源配分を意思決定するメカニズムである。理論的に、次の二つの条件が成立するとき、市場は致命的な失敗を起こしやすく、組織による資源配分の意思決定が望ましい。(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（今さら、行っても無駄）。(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、意味はない。市場での価格による調整を待っている余裕は全くない。医療もこの救急車の例と類似の問題であろう。なお、この手の理論的説明は、Milgrom, P. and Roberts, J.(1992) *Economics, Organization and Management*, New Jersey: Prentice-Hall, Chapter 2-4.を参照。