

NHS改革と医療供給体制に関する調査研究  
報告書

平成24年3月  
健康保険組合連合会

# — 目次 —

第 I 部 調査研究編 .....	1
I. 調査研究の概要 .....	1
1. 背景と目的 .....	1
2. 調査研究の実施体制 .....	2
3. 調査研究の方法 .....	3
II. NHS の概要 .....	4
1. 国家の概観 .....	4
2. NHS の概要 .....	6
III. 保守党及び労働党政権における NHS 改革 .....	10
1. サッチャー - メージャー保守党政権下の NHS 改革 .....	10
2. ブレア - ブラウン労働党政権下の NHS 改革 .....	18
3. 労働党政権下の NHS 改革の特徴と成果 .....	40
IV. キャメロン連立政権下における NHS 改革 .....	48
1. 改革の方向性 .....	48
2. 購入側に関する改革 .....	57
3. 提供側に関する改革 .....	60
V. NHS 改革とわが国への示唆 .....	62
1. 各政権による改革の特徴 .....	62
2. わが国への示唆 .....	65
第 II 部 研究者特別論文	
NHS における市場指向の改革の展望 堀 真奈美 .....	73
参考資料	
インタビュー記録 .....	109
略語表 .....	149

# 第I部 調査研究編

## I. 調査研究の概要

### 1. 背景と目的

イギリスの医療保障制度は「National Health Service（国民保健サービス、以下「NHS」とする）」と呼ばれ、同制度の下、国民は疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービスを原則無料で受けることができる。NHSは、わが国のように被保険者から徴収した保険料を主たる財源として保険者が運営する、いわゆる「社会保険方式」ではなく、一般財源（税）を主たる財源として必要なサービスを供給する、いわゆる「税方式」で運営されている。このNHSが創設されたのは第二次世界大戦後間もない1948年である。以来60年余りにわたって、NHSは、国家の責任の下、イギリス国民に公平に無料の保健医療サービスを供給する制度として広く国民に支持されてきた。しかし、この間、NHSが順風満帆で手を加えられることなく無傷で来たというわけではない。

イギリスでは、特に1980年代のサッチャー保守党政権以降、現在のキャメロン連立政権に至るまでの間、各政権下で大掛かりなNHS改革が次々に行われてきた。1980年代・90年代のサッチャー - メージャー保守党政権では、オイルショック以降の悪化した国家財政を再建すべく公的医療支出の抑制という観点から、NHSについても市場原理を導入し競争による効率化を狙いとした改革を行った。しかし、状況は悪化の一途を辿り、医療サービスの供給不足は待機患者数の深刻な増加を招き、NHSに対する国民の不満を高めることとなった。こうした背景の下、「第三の道」を掲げ1997年5月の総選挙で政権を獲得したブレア労働党政権は、保守党時代の医療費抑制政策から医療への投資を増やすという積極的財政政策に大きく舵を切り、医療供給体制の立て直しを図った。また、ブレアと後継のブラウンによる労働党政権は、プライマリケアトラスト（PCT）と呼ばれる公営企業体を創設し、サービス供給の確保や予算管理等に責任を持たせる一方で、サービス供給側であるGPや病院に対してもサービス供給の拡大や質の向上に対するインセンティブを付与した診療報酬制度を導入した。さらには、根拠に基づく医療（EBM）の実践や標準的医療サービスの枠組み（NSF）の設定、国立最適医療研究所（NICE）の創設など、医療の質向上と公平性確保のための仕組みを導入した。こうした労働党政権によるNHS改革は、医療供給体制の整備や待機患者数の減少などイギリスNHSを大きく改善させた。また、医療の質向上と効率化に悩む諸外国からもその取組は注目を集めた。

転じてわが国の状況をみると、厳しい国家財政と少子高齢化の進展の下、ど

のように医療供給体制を確保・維持していくべきか、そしてその財源をどのように確保していくことができるのかといった難問を抱えており、限られた医療資源を有効かつ効率的に活用することが求められている。こうしたわが国の状況を踏まえると、イギリス NHS 改革における取組はわが国の今後の医療政策のあり方を検討する上で参考となる点が多いと思われる。

そこで、本調査研究では、わが国の医療政策との比較を視点に、保険制度とは異なる NHS の性格を考慮しつつ、内部市場構築による競争原理と積極的財政政策という異なるアプローチによる改革を経た NHS の経験を具体的に検証・評価し、我が国の医療政策を考える上での基礎資料とする。

## 2. 調査研究の実施体制

本調査研究は、以下のメンバーにより実施した。

※敬称略

(総括)

堀 真奈美 東海大学教養学部人間環境学科社会環境課程 准教授

(事務局)

戸島 夕貴 健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ

(委託先) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

田極 春美 経済・社会政策部 主任研究員

家子 直幸 経済・社会政策部 研究員

### 3. 調査研究の方法

本調査研究は、以下の方法により実施した。

#### (1) 文献調査

イギリスの医療保障制度の基礎情報や過去から現在に至るまでの NHS 改革の内容、評価等を把握するために広く文献等を収集し、分析を行った。

#### (2) インタビュー調査

以下の調査内容を把握するために、イギリス現地調査を実施した。

##### 【調査内容】

- ・ 労働党政権における積極的財政政策の効果と残された課題
- ・ キャメロン政権下における NHS 改革の基本的方向性とその背景・目的
- ・ 現在検討されている改革の具体的内容
- ・ 改革に対する関係者の評価等（Foundation Trust (FT) 化の進捗状況と実現可能性・課題、Primary Care Trust (PCT) 廃止後の体制とその目的・懸念される影響等、医療の質向上や患者中心の医療実現のための諸方策に関する意見など）
- ・ NHS に対する国民の満足度等、国民からの評価 等

上記の内容について、以下の機関に対して現地インタビュー調査を実施した。

- ・ 調査実施時期：2011年11月8日（火）～11月11日（金）
- ・ 調査対象機関（訪問日時順）

調査対象機関名	機関の概要
Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust	2つの病院（呼吸器・心臓分野の専門病院、リハビリ中心の病院）を運営する FT
Ashford and St Peter's Hospitals NHS Foundation Trust	ロンドン郊外にある2つの地域総合病院を運営する FT
Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust	ロンドン中心部にあるヨーロッパ最大の小児医療専門病院を運営する NHS トラスト
NHS North Central London	ロンドン北部にある5地区を担当する PCT
National Audit Office	イギリス会計検査院。財務監査の他、VFMの観点からの業績評価調査を担当
Foundation Trust Network	FT及びNHSトラストの全国団体
Nuffield Trust	シンクタンク。医療政策に関する提言などを行っている。

## II. NHS の概要

### 1. 国家の概観

イギリス (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) の国土は 24.3 万平方キロメートルで、人口は 6,135 万人である。わが国のおよそ 3 分の 2 の国土におよそ半分の人口が住んでいるという計算になる。全人口に占める 65 歳以上の割合 (高齢化率) は 16.0% でわが国と比較すると低く、65 歳以上の高齢者数は 982 万人であり、わが国の 3 分の 1 程度の人口となっている (図表 1)。しかし、イギリスにおいても今後高齢化が進み、高齢化率は 2030 年に 21.1%、2040 年に 23.0%、2050 年には 23.6% となることが見込まれている (図表 2)。

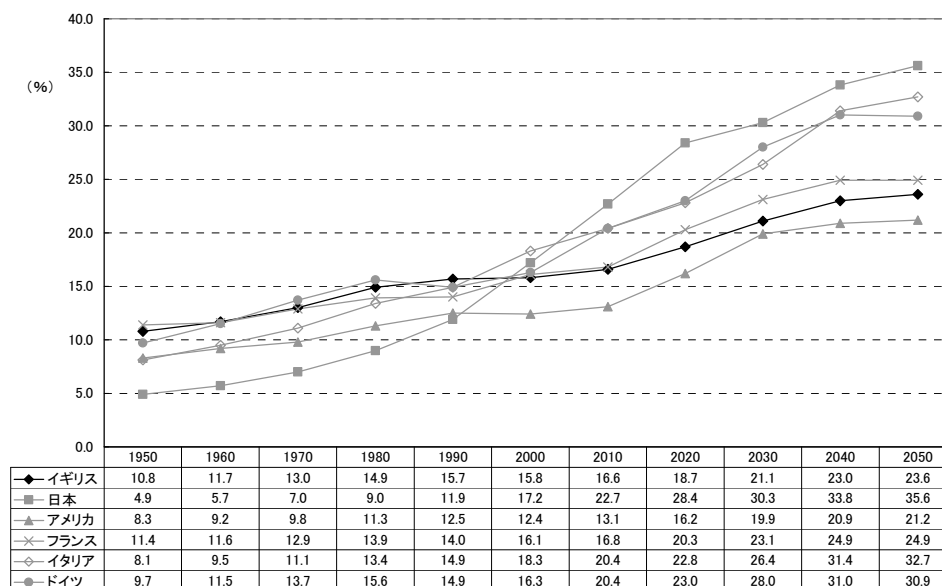
図表 1 人口・高齢化率 (2010 年)

	総数	15 歳未満	15 歳以上 ~65 歳未満	65 歳以上
イギリス	61,349 100.0	10,815 17.6	40,713 66.4	9,821 16.0
日本	127,176 100.0	16,480 13.0	81,285 63.9	29,412 23.1

(注) 上段：千人、下段：%

(資料) OECD STAT より作成

図表 2 高齢化率の推移と将来予測



(資料) UN, *World Population Prospects: The 2010 revision* より作成

政治体制については立憲君主制をとり、1952年に即位したエリザベス二世女王が元首である。議会は下院（庶民院）及び上院（貴族院）の二院制である。このうち下院は定数 650 議席で任期は 5 年となっており、解散がある。また、上院は定数がなく、2011 年 10 月現在の議席数は 787 議席である。上院は、一代貴族や一部の世襲貴族、司教等で構成されており、任期は終身で公選制は導入されていない。

2010 年 5 月に行われた総選挙の結果、1997 年のブレア以来 3 期 13 年続いた労働党政権が終わりを告げ、保守党と自由民主党による連立政権が成立した（図表 3）。連立政権では、保守党のデービッド・キャメロン党首が首相に、自由民主党のニック・クレグ党首が副首相にそれぞれ就任している。また、保健大臣は保守党のアンドルー・ランズリーである。

経済情勢については、1992 年第 3 四半期から 2008 年第 1 四半期までの 16 年にわたる長期成長を記録した。しかし、世界同時金融危機の影響によって、イギリスの経済状況も悪化し、2008 年第 2 四半期以降マイナス成長となった。失業率も 2000 年以降 5% 前後で推移してきたが、2009 年には 7.5%、2010 年には 7.9% と上昇した（図表 4）。経済挺入れのため、2009 年 3 月には政策金利を史上最低の 0.5% まで引き下げるなど大幅な金融緩和を行った。2009 年第 3 四半期にはプラス成長に転じたものの足踏み状態が続いている。こうした経済情勢を受けて、財政政策については、2015 年度までに構造的経常財政収支を黒字化するとともに純債務残高を減少させることを目標に、同年度までに総額 1,260 億ポンドの歳出削減と増税を実施することとしている。なお、2011 年には付加価値税の引上げが行われた。

図表 3 イギリス議会における党派別議席内訳（2011 年 10 月現在）

	庶民院 (下院)	貴族院 (上院)
保守党	305	218
労働党	256	240
自由民主党	57	91
クロスベンチ（中立）	—	183
その他	32	55
合計	650	787

（資料）外務省「英国基礎データ」より作成

図表 4 失業率

	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年
イギリス	5.1	5.2	5.0	4.8	4.8	5.4	5.4	5.6	7.5	7.9
日 本	5.0	5.4	5.3	4.7	4.4	4.1	3.8	4.0	5.1	5.1

（注）イギリスの 2010 年は推計値。

（資料）IMF, *World Economic Outlook Database, September 2011* より作成

## 2. NHS の概要

### (1) イギリスの医療保障制度の特徴

イギリスの医療保障制度は「National Health Service（国民保健サービス、以下「NHS」）」と呼ばれており、疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービスが公共サービスとして原則無料で全国民<sup>1</sup>に提供されている。

第二次世界大戦後のアトリー労働党政権時代<sup>2</sup>の 1946 年に「国民保健サービス法（National Health Service Act）」が成立し、同法に基づき 1948 年に NHS 制度が施行された。この NHS の基本的な特徴としては、①保健医療サービスの供給が国の責任で行われ、その費用の大部分が国の一般財源により賄われること、②保健医療サービスが全国民に対して原則無料で提供されること、③疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービスであること、④保健医療サービスの供給は予算の範囲内で計画的に行われること、が挙げられる<sup>3</sup>。こうした NHS の特徴は、まさに 1942 年に発表された「ベバレッジ報告」の理念に影響を受けたものといえる<sup>4</sup>。

このような NHS は、わが国のように基金を設立して医療給付を行う、いわゆる「社会保険方式」ではなく、必要な財源の大半を一般財源によって賄うことで運営されている。イギリスでは公的医療保障制度である NHS 以外に民間（private）の医療保険等も利用されているが、割合としてはごく一部にとどまっており、NHS が医療保障の中心的な役割を果たしている。

2009 年の総保健医療支出<sup>5</sup>の財源の内訳をみると、イギリスでは「社会保障基金を除く一般政府」（つまり租税）が 84.1%を占めており、社会保険方式を採用している日本（同 9.9%）やドイツ（同 8.7%）、フランス（同 5.5%）と比較すると極めて高い割合となっている。

---

<sup>1</sup> 国籍によらず、イギリスに合法的に居住している者。

<sup>2</sup> クレメント・アトリー（在任期間：1945.7～1951.10）。

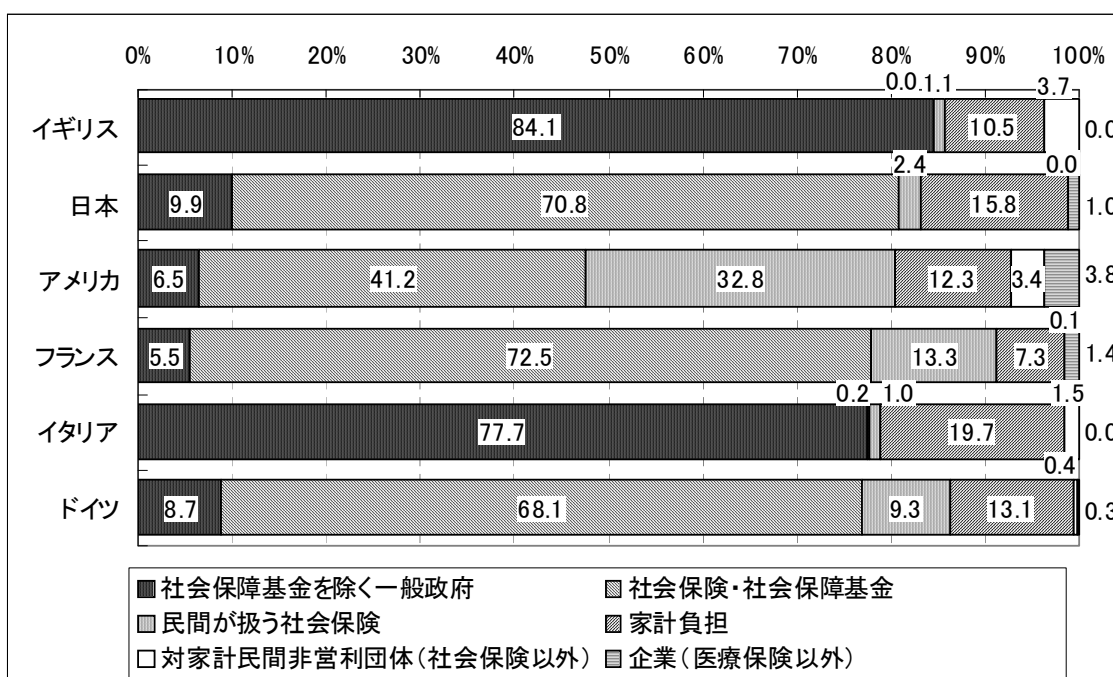
<sup>3</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009 年版」参照。

<sup>4</sup> 詳細は一圓光彌著（1982）『イギリス社会保障論』（光生館）参照。

<sup>5</sup> OECD の SHA 手法に基づき推計されるもので、日本で用いられている「国民医療費」とは異なり、医療周辺サービス（救急業務費等）や介護関連サービス、民間保険からの給付（手術給付費等）も含む、より広い概念である。



図表 5 総保健医療支出の財源の内訳（2009 年）



(注) 日本は 2008 年の値  
 (資料) OECD STAT より作成

## (2) NHS における医療供給体制

NHS における医療供給体制の特徴としては、①プライマリケアと二次・三次医療の機能分化が進んでいること、②フリーアクセスとなっていないこと、③公的主体による医療供給が中心であることなどが挙げられる。

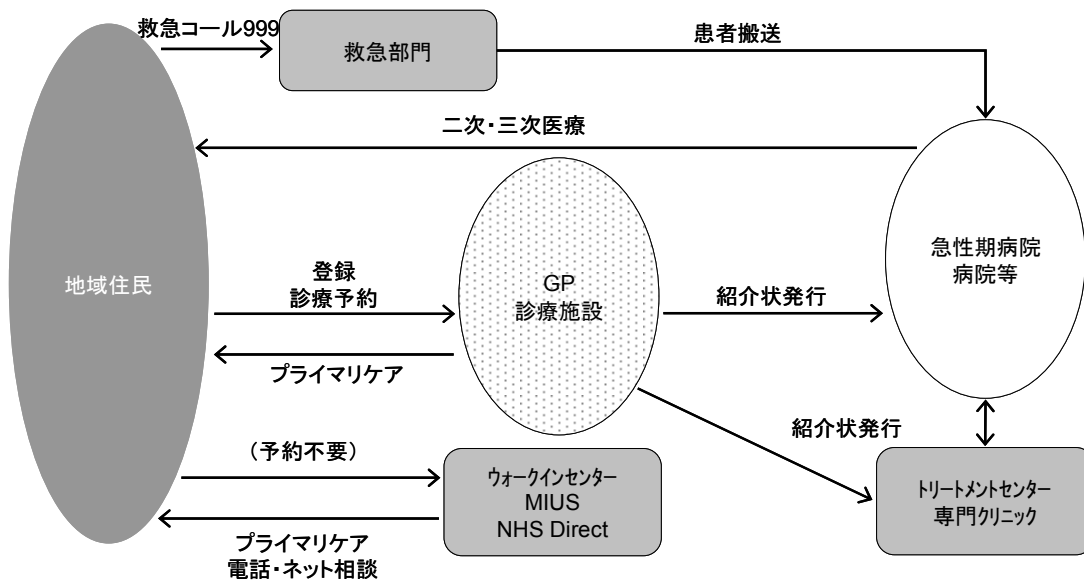
イギリスにおけるプライマリケアの担い手は「GP (General Practitioner)」と呼ばれる一般医であり、二次・三次医療の担い手は地域にある総合病院や専門病院、大学病院等である<sup>6</sup>。国民はあらかじめ GP の登録をすることが求められている。そして、医療サービスを受ける場合、国民は登録してある GP に診療予約を行い、その GP の診察を受ける。GP が入院医療や専門医療等が必要と判断した場合には患者に紹介状が発行される。NHS の患者として二次・三次医療を受ける場合にはこの GP の紹介状が必要であり、わが国のようなフリーアクセスとはなっていない。GP は地域内の一次医療、予防・保健活動の提供役割を担う他、二次・三次医療へのゲートキーパー（門番）としての役割も果たしている。なお、GP には、診療所を運営する GP（開業医）もいれば、GP Practice

<sup>6</sup> イギリス国内の病院数についての公式統計はないが、NHS の医療サービスの質を監視する国の外郭団体である Care Quality Commission (CQC) のホームページ (<http://www.cqc.org.uk/>) で検索した結果では、2012 年 3 月 12 日現在、3,615 病院となっている。

と呼ばれる診療所等に勤務する GP もいる<sup>7</sup>。このように、NHS においては、患者は自らの登録する GP に受診し GP が専門医療を必要と判断した場合によりやく専門医療を受けることができるといった制約を受ける。

最近、患者の選択や利便性の向上を重視した取組がなされている。以前は居住地で GP が決められていたが、現在は国民が地域内で GP を選択することができるようになった。また、登録先の GP を変更することができるようになっている。また、GP に紹介状を発行してもらう際に、地域の複数の病院の中から患者が選択できるように配慮がされている。さらに、予約なしでもプライマリケアを受けられる方法として、「ウォークインセンター」や「MIUS (minor injuries units)」と呼ばれる日帰り施設が設置されている他、電話またはインターネットで 24 時間 365 日医療相談ができる窓口として「NHS ダイレクト<sup>8</sup>」が設けられている。

図表 6 NHS におけるサービス供給の流れ (イメージ)



(資料) 堀 真奈美「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」『健保連海外医療保障』No.82 を一部改編

<sup>7</sup> 堀 真奈美「保健医療分野における VFM とアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として」によると、以前は単独で診療を行う GP が多かったが、現在は全体の約 9 割が複数で GP Practice や GP/Doctor Surgery と呼ばれる日帰りの外来専用の診療所を共同運営している。

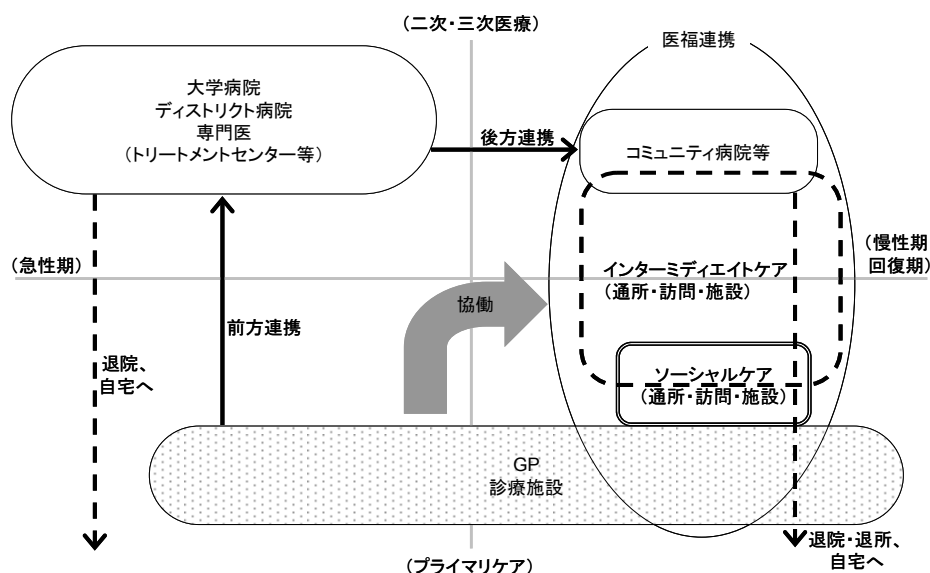
<sup>8</sup> <http://www.nhsdirect.nhs.uk/>

### (3) ソーシャルケアとの連携<sup>9</sup>

二次・三次医療機関退院後の医療提供は、患者の病態やニーズ、地域の資源の状況によって様々なパターンがある。

継続的に医療サービスが必要な場合は、リハビリ病床や慢性期病床のあるコミュニティ病院等へ転院することがある。あるいは在宅療養として、GP による往診、コミュニティナースやディストリクトナースによる訪問看護、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーション、心理療法士等による訪問サービスが提供される。また、医療サービスだけでなく福祉サービスが必要な場合は、地方自治体による資産調査やケアニーズ判定を受け、サービスを利用する。福祉サービスは原則無料の NHS とは異なり、応能負担のサービスであるという特徴を有している。さらに、「インターミディエイトケア」と呼ばれる、医療と福祉の境界領域に含まれるすべてのサービスを包括したケアの提供も行われている。インターミディエイトケアの焦点は、患者の早期回復、退院遅延の防止、不適切な施設収容の予防、在宅療養における高齢者の自立生活支援にあり、短期集中的なリハビリケア、コミュニティ病院等でのステップダウンベッド、デイケア、デイサービス、レスパイトケア（ショートケア）等が含まれているため、制度や財源の横断的利用と専門職間の連携が求められる。

図表 7 医療と福祉の連携（イメージ）



(資料) 堀 真奈美「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」『健保連海外医療保障』No.82 を一部改編

<sup>9</sup> ここでの記述は、堀 真奈美「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」『健保連海外医療保障』No.82 に多くを依拠している。

### III. 保守党及び労働党政権における NHS 改革

イギリスでは、第二次世界大戦後の 1948 年に、租税を主たる財源とし、国の公共サービスとして実施する NHS 制度が創設された。以降、今日に至るまで、NHS 制度により、国民は原則無料で医療サービスを受けることができている。しかし、この間、NHS は順風満帆だったというわけではなく、特に 1980 年代以降、財源不足や待機患者数の増加、医療サービス水準の低下、地域間格差の発生等、様々な問題を露呈してきた。これらの諸問題を解決するため、各政権は、時に大胆な NHS 改革を行ってきた。

ここでは、サッチャー - メージャー保守党政権下の NHS 改革の概要と、ブレア - ブラウン労働党政権における NHS 改革の内容や改革の成果等についてまとめた。

#### 1. サッチャー - メージャー保守党政権下の NHS 改革

##### (1) 1991 年改革の背景

1970 年代半ばのオイルショックにより、イギリス政府は、第二次大戦後の時代を特徴づける公共サービスと公的支出の急速な拡大は停止せざるを得なくなった。このため、当時の労働党政権は、支持基盤である労働組合の方針とは矛盾するものの、緊縮財政政策に転換せざるを得なくなり、それまでの協調主義的な政策スタイルに終わりを告げた。

こうした背景の下、1979 年の総選挙で、イギリス経済の復活や「小さな政府」への転換等を公約に掲げたサッチャー (Margaret Thatcher、在任期間：1979-90 年) は、保守党を大勝に導き、女性初のイギリス首相となった。サッチャーは首相に就任すると、オイルショック以降のイギリス経済の建て直しを図るべく、電話やガス、空港、水道等の国有企業の民営化や規制緩和、所得税や法人税の引下げ、公的支出の管理等、大胆な改革に取り組んだ。政府の介入をできるだけ抑え (小さな政府)、市場原理を重視するという方針は「新自由主義」とも呼ばれた。

医療についても例外ではなく、サッチャー保守党政権は NHS 支出に対する厳しい抑制策を進める<sup>10</sup>とともに、国立病院の統合や病床削減、NHS 医療の範囲の厳格化等を行った<sup>11</sup>。1980 年代前半における政策の焦点は、NHS にマネジメ

<sup>10</sup> 1981-82 会計年度 (4/1~3/31) 以降、1987-88 会計年度までの 6 年間での累積予算不足は 18 億ポンドに上り、1987-88 会計年度単年度でも 4 億ポンド程度の予算不足が指摘された (King's Fund Institute (1988))。

<sup>11</sup> 堀 真奈美「保健医療分野における VFM とアカウンタビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として」

ント手法を導入し効率化することであった。サッチャー政権は、後に「ニュー・パブリック・マネジメント」と呼ばれる考え方を医療政策に持ち込み、公的財源において「value for money（支払に見合った価値）」を得ることを優先した。つまり、政府は、高齢化や医療技術の進歩、患者の志向により、医療需要がますます増えていく中で医療費の伸びを抑えるため、従来と同じ予算でより多くのサービスを提供させようとした。このような NHS における効率性の追求は新しい試みではないものの、この期間においては優先度の高い政策課題となり、政策論議の焦点ともなった。1983 年に公表された「グリフィスレポート<sup>12</sup>（Griffiths Report）」では、マネジメント機能の欠落が NHS の弱点であり、NHS の組織・機構の中央政府から医療現場までのあらゆるレベルで統括管理者（general manager）を配置し、改革やコスト改善の絶え間ざる追求やスタッフの動機付け、ダイナミックな管理手法の開発を強化すべきであると提言した。これに基づき、NHS 組織・機構の最上部に「医療監査役会（Health Services Supervisory Board）<sup>13</sup>」と「NHS マネジメント委員会（NHS Management Board）<sup>14</sup>」の 2 つの機関を設置した。また、地域保健局（Regional Health Authority : RHA）と地区保健局（District Health Authority : DHA）、NHS 病院はそれぞれ 1985 年末までに統括管理者を配置することが求められた。この改革の主眼は、医師や看護師などの医療従事者にもマネジメント意識を醸成させ、医師に予算管理の責任を持たせることで、病院を単なる医療従事者の集合体から事業体に変えていこうとするものであった。

こうした統括管理者の配置義務の結果、地域保健局、地区保健局、NHS 病院における統括管理者の人数とその職業的背景は以下ようになった。

図表 8 統括管理者の人数と職業的背景（1986 年）

	行政官	医師	看護師	他職種	外部	合計
地域統括管理者(人)	9	1	1	1	2	14
地区統括管理者(人)	113	15	5	17	38	188
ユニット統括管理者(人)	322	97	63	16	44	542

原典: Hansard (1986) *NHS(General Managers)*, written answers, 26 June,col.298

(資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.より作成

<sup>12</sup> イギリス有数のスーパーマーケット Sainsbury's の会長であるグリフィス氏が議長となりまとめた報告書。正式名は、“NHS MANAGEMENT INQUIRY”（NHS のマネジメントに関する調査報告書）。

<sup>13</sup> 後に「NHS 政策委員会」に改められた。

<sup>14</sup> 1994 年に「NHS Executive」に改められた。

サッチャー保守党政権は、1989年1月に「Working for Patients」と題する NHS 改革白書を公表し、同年11月には「NHS サービス及びコミュニティ・ケア法案 (NHS and Community Care Act)」を議会に提出した。同法案は1990年6月に成立し、1991年4月より実施された。この改革に影響を与えたのが、先の「グリフィスレポート」であった。サッチャーの後を引き継いだメジャー (John Major、在任期間：1990-97年) 保守党政権では、制度始まって以来の大規模な NHS 改革を行った (以下、「1991年改革」)。「1991年改革」の目的は、医療サービスの提供機能と購入機能を分離することで市場原理を導入し、結果的に効率化と (医療費を増加させることなく) 質の向上を図ろうとするものであった。

## (2) 内部市場の導入と NHS トラストの創設

保守党政権は、まず、医療提供者間での競争を促進するために、NHS 関連組織を、医療サービスの提供者と購入者といった2つの機能に分離した。それまでは、保健省の出先機関である「地域保健局 (Regional Health Authority : RHA)」が「地区保健局 (District Health Authority : DHA) <sup>15</sup>」を通じて地域の予算管理だけではなく国立病院の管理運営も行ってきた (直営方式)。しかし、この国立病院を公営企業体である「NHS トラスト (NHS Trust)」という形態に移行させることで、医療サービスの提供機能を地区保健局から分離した。この NHS トラストは職員の採用や給与、借入金、不動産の処分等について一定の裁量が認められるが、独立採算も求められる。このため、地区保健局や後述する GP fundholder にサービスを購入してもらえようとする経営努力を行うことが必要となる。

一方、地区保健局は保健省から配分された予算の中で、地域内の患者のために病院を選択して有利な契約を結ぶ (契約方式)「サービス購入者」という位置づけとなった。地区保健局は、地域住民の医療ニーズを評価し、臨床的に有効かつ費用対効果の高い方法で医療ニーズを満たすよう医療サービスを購入することが求められる。サービス購入者である地区保健局は、NHS 病院だけではなく民間病院などからもサービスを購入することが可能であるため、各病院は契約の獲得を目指して競争することとなる。これにより効率化や質の向上を図ろうとするものであった。

このように、保守党政権下では、NHS という枠組みを残しつつ、サービス提供機能とサービス購入機能を分離させるなどの「内部市場 (internal market) <sup>16</sup>」を導入し、その内部市場の中の限られた資源を巡って病院間で競争させること

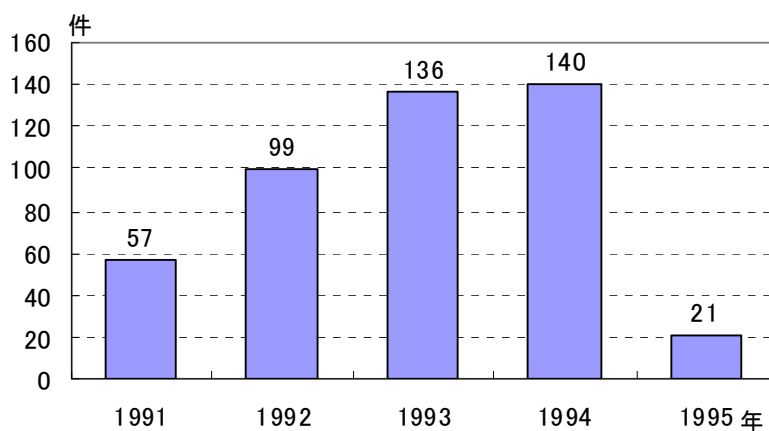
<sup>15</sup> 後に「保健当局 (Health Authority : HA)」となる。

<sup>16</sup> 「擬似市場」という場合もある。詳細は森 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及び現在—」参照。

で病院自身と制度全体の効率化を図ろうとした。この「内部市場」の導入という考えは、1985年に米国の経済学者であるエントーベン（Alain Enthoven）が提唱し、右派系シンクタンクによって発展した概念といわれている<sup>17</sup>。

NHS トラストとして地区保健局から組織的に独立するためには、一定の要件を満たし、保健大臣の承認を得ることが必要である。イングランドにおいては、最初の年である1991年には57件のNHS トラストが設立され、翌年には99件のNHS トラストが設立された。特にNHS トラストが増えたのは1993年、1994年の2年間である。

図表 9 NHS トラストの新規件数



(注) 数字はイングランドにおいてその年の新規件数（累積数ではない）  
 (資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

### (3) GP fundholder の創設

1991年改革では、「GP fundholder（GP ファンドホルダー、予算管理一般医）」を創設した。5,000人の登録住民を有するなどの一定の要件を満たすGP（General Practitioner）は、保健省の許可を得てGP fundholder となることができる<sup>18</sup>。GP fundholder として認められると、病院や専門医サービス、処方薬剤の費用も含めた予算を自ら管理し、病院と個別交渉し契約を結ぶことができる。つまり、地区保健局と同様に予算管理とサービス購入者という役割を担うことになる。

そして、サービス購入者としての役割を強化するため、このGP fundholder にも効率化のためのインセンティブが与えられた。具体的には、予算と実績との差額については、次年度への繰越や設備拡張のための投資に当てることが認められた。この結果、GP fundholder は、登録住民の疾病予防や薬剤の適正処方

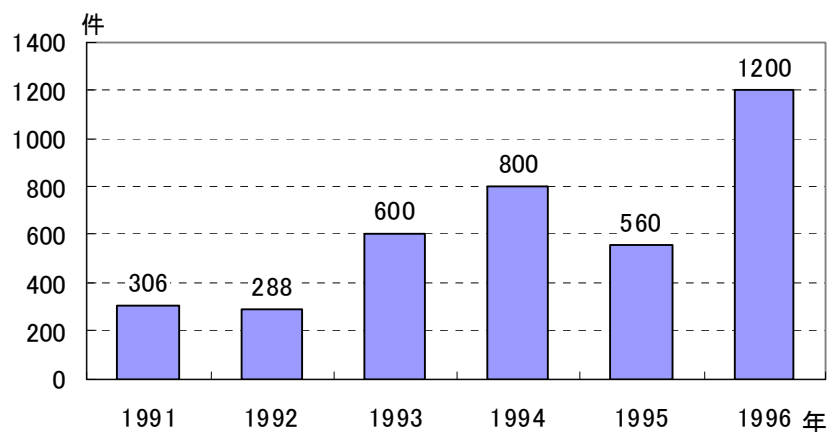
<sup>17</sup> Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn. p.36.

<sup>18</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009年版」参照。

の他、NHS トラストとの有利な契約（例えば、価格の値引き）の締結等に対するインセンティブが働くことが期待された。この GP fundholder も内部市場において病院間の競争を促す仕組みとなった。

この他、GP に関する改革としては、①住民の GP 選択の弾力化や②GP 登録・変更手続きの簡略化、③薬剤処方に関する標準的予算制度の導入等が行われた。このうち、薬剤処方に関する標準的予算制度とは、GP が患者に処方する薬剤の費用について標準的な予算額を示したものであるが、この予算額はあくまでも指標として用いられた。

図表 10 GP fundholder の新規件数



(注) 数字はイングランドにおいてその年の新規件数  
(資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

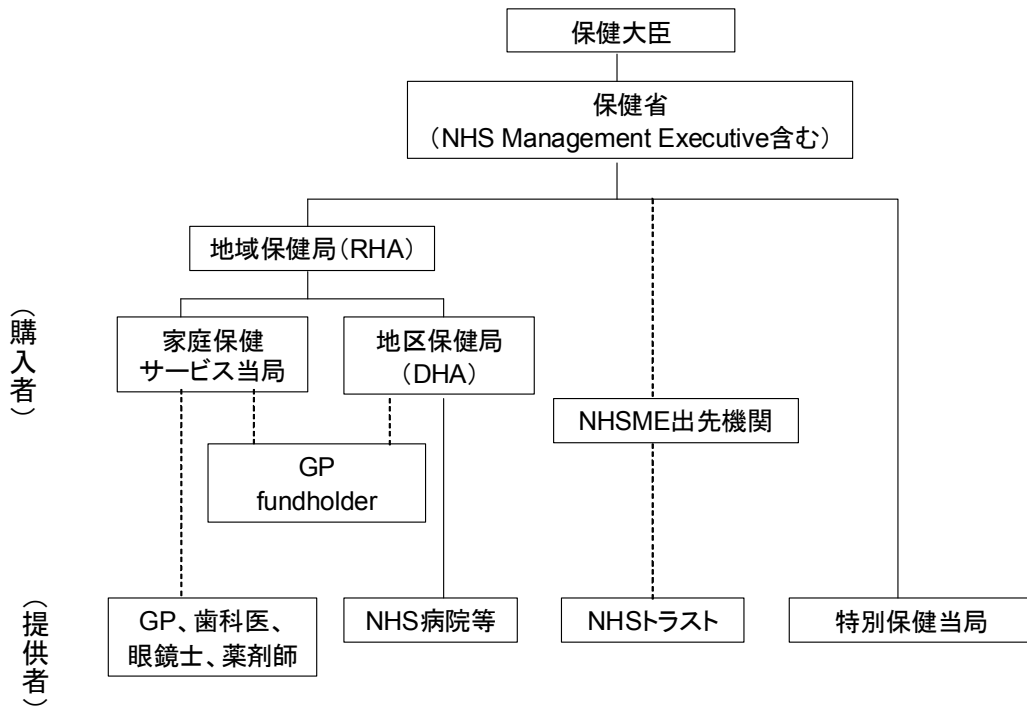
#### (4) 管理機構の統合

1995年6月に「保健当局法 (Health Authorities Act)」が制定された。これは、管理機構の簡素化・効率化を目的とするもので、イングランドでは1996年4月より地域保健局 (RHA) が廃止され、「NHS Executive」の地方事務所 (Regional Office : RO) が創設された。また、地区保健局 (DHA) と「家庭保健サービス当局 (Family Health Services Authorities)」が統合され、両分野を所管する「保健当局 (Health Authority : HA)」が創設された。

これらの管理機構の統合の結果、地方レベルの NHS の供給者・購入者の監督は、保健省が NHS Executive の地方事務所 (RO) を通じて行うこととなった。

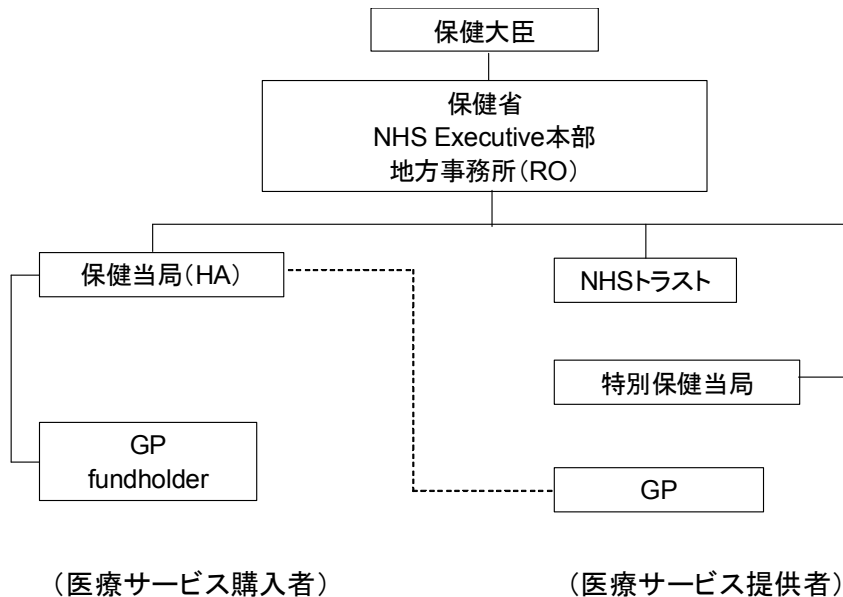


図表 11 NHS の管理機構（1991～96、イングランド）



(資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

図表 12 NHS の管理機構（1996～99、イングランド）



(資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

## (5) サッチャー - メージャー保守党政権における NHS 改革の評価

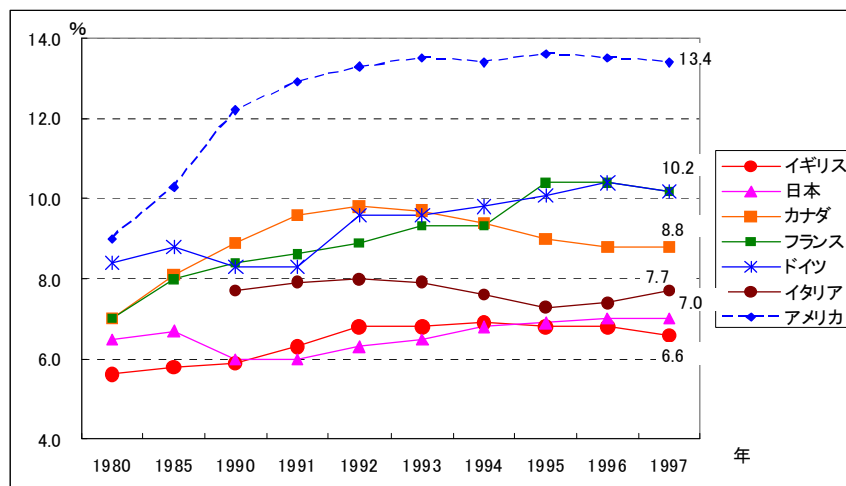
今まで述べてきたように、サッチャーとメージャー保守党政権では、サービス提供機能とサービス購入機能とを分離し市場原理を導入することで効率化を目指した。

保守党政権が終了した 1997 年のイギリスの総医療費対 GDP 比は G7 先進国のうち最下位の 6.6% でアメリカのおよそ半分となった (図表 13)。同様に、1997 年時点における国民 1 人当たり総医療費でも、イギリスは 1,488 ドルと低い水準であり、ドイツと比較すると 1,000 ドル近くも差があった (図表 14)。

このように医療費という財政面についてみれば、保守党政権は NHS の効率化と医療費抑制に成功したと評価することも可能である。しかし、この間、イギリス医療は荒廃し、保守党政権の NHS 改革については厳しい評価がなされている<sup>19</sup>。例えば、入院待機患者数は 1990 年から 1992 年にかけてやや減少し、平均待機期間も短縮するなど改善はみられたものの、継続的な改善には結びつかなかった。むしろ、1993 年以降、入院待機患者数は再び増加に転じ、1994 年にはついに 100 万人を突破するなど深刻な状況となった (図表 15)。

他にも、医療従事者の不足<sup>20</sup>や士気の低下、医療事故やスキャンダルの相次ぐ発生などがみられ、NHS は 1997 年の総選挙の焦点ともなった。

図表 13 総医療費対 GDP 比の推移

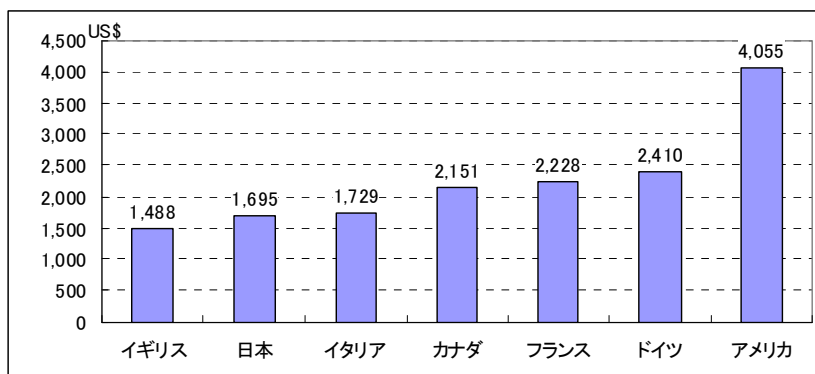


(資料) OECD, *OECD HEALTH DATA 2010* より作成

<sup>19</sup> 近藤克則著 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』(医学書院) に詳しい。

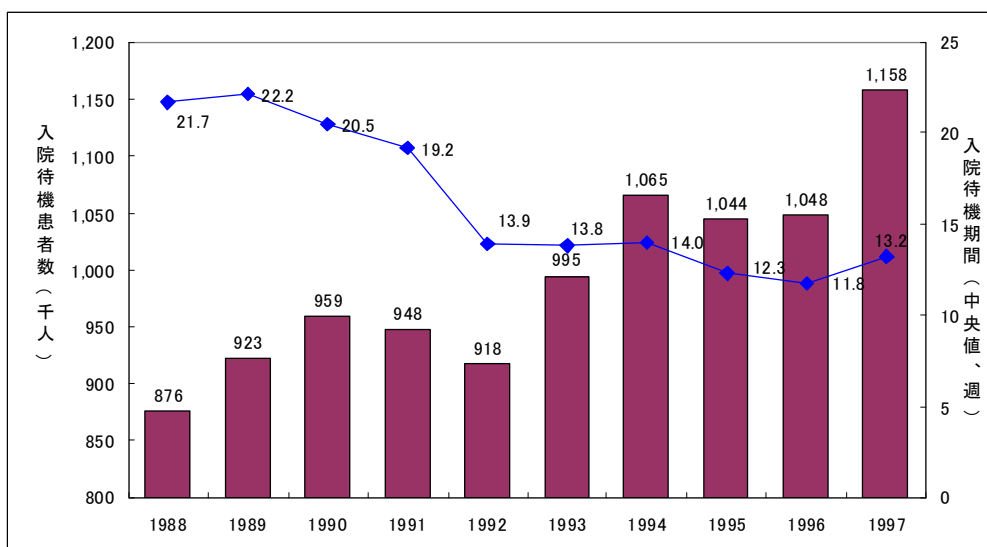
<sup>20</sup> 近藤 (2004) によれば、医師が 1 万人、看護師が 2 万人不足している。イギリスで医学教育を受けた医師が海外に流出してしまうため、海外から医師を受け入れている状況という。この結果、病院で勤務する医師数は年々増加している。これに対し、看護師・助産師については海外からの受入れでも不足は解消できず、勤務者数は大きく減少している (図表 16)。

図表 14 1人当たり年間総医療費（購買力平価換算、1997年）



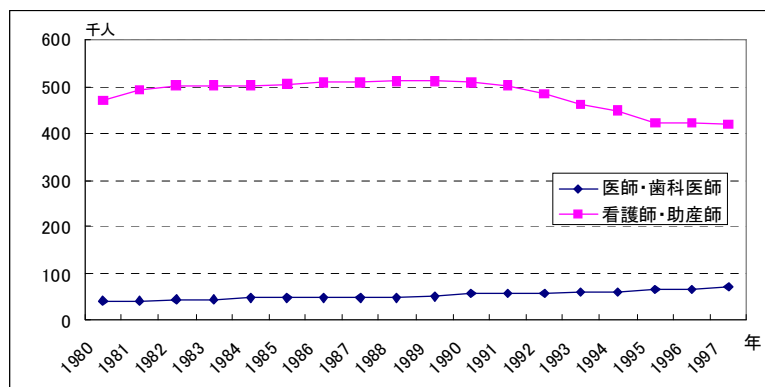
(資料) OECD, *OECD HEALTH DATA 2010* より作成

図表 15 入院待機患者数と平均入院待機期間（3月）



(資料) DH, (March 2009/10) *Knowledge & Intelligence STATISTICAL INFORMATION, Inpatient and Outpatient Waiting Times* より作成

図表 16 医療従事者数（病院・コミュニティサービス勤務者、常勤換算）



(資料) OHE, *Compendium of Health Statistics 20th Edition 2009* より作成

## 2. ブレア - ブラウン労働党政権下の NHS 改革

1997年5月の総選挙では、ブレア（Tony Blair）率いる労働党が圧勝し<sup>21</sup>、労働党が18年ぶりに与党に返り咲いた。首相となったブレア（在任期間：1997-2007年）は、新自由主義（保守党）でもなく社民主義（旧来の労働党）でもない「第三の道」を提唱し、効率性を重視しつつも、国家の介入による公正性の確保も重視する政策方針を打ち出した。保守党政権による新自由主義政策でイギリスの経済は大きく改革・改善されたものの、失業率は依然として高く、経済格差が広がった。とりわけ、NHS や福祉などに対する財政抑制策の結果、サービスを受けられない人たちが増加し、国民の不満が高まった。こうした社会的背景により、新自由主義からの脱却を宣言したブレアの主張は、多くの国民から支持を得た。

後継のブラウン（James Gordon Brown、在任期間：2007-2010年）政権では、ブレア政権の NHS 改革路線を引き継ぎ、質の高い医療の提供と Value for Money を高めることに焦点を置いた改革が行われた。

### (1) 『新 NHS 白書』における改革

#### ① 新 NHS 白書における改革の基本方針

ブレア労働党政権は、1997年12月に NHS 改革に関する基本方針として『The New NHS—Modern, Dependable（以下『新 NHS 白書』）』をとりまとめた。労働党政権は、この中で、NHS について、1970年代の「中央集権的な命令と管理によるシステム（centralised command and control system）」ではなく、1990年代の「敵対的な内部市場システム（divisive internal market system）」でもない、「第三の道」を切り開くことを表明した。「第三の道」のキーワードは、「パートナーシップ（partnership）」「協調（collaborative）」であり、以下のような6つの基本原則を打ち出している。

- ・ 第1の原則：本来の意味での「国の（national）」サービスとして NHS を再構築する。  
患者が、国内どこでも、質が高く、迅速かつ利用可能なサービスに公平にアクセスできるようにする。
- ・ 第2の原則：医療供給体制の整備を地方の責任とする。地域の患者ニーズを最もよく知っている、地元の医師・看護師がサービスを決定する。
- ・ 第3の原則：パートナーシップに基づく NHS 体制とする。Local Authority

---

<sup>21</sup> 659議席中419議席を獲得した。

の組織上の障壁を取り除き、関係をより強化することによって、患者ニーズを医療プロセスの中心に据える。

- ・ 第4の原則：業績に対するより厳格なアプローチと官僚主義の排除に基づく効率化によって、患者に対する医療サービスのために予算が最大限使われるようにする。
- ・ 第5の原則：医療の質に焦点を移す。全ての患者に医療の質が保証され、「質」が全てのサービス段階での意思決定の原動力となるようにする。
- ・ 第6の原則：患者への説明責任や情報公開、患者の視点での設計を通じて、公共サービス（public service）として NHS に対する国民の信頼を高める。

こうした基本原則を打ち出しながらも、この段階でのブレア労働党政権の改革は、①サービスの購入機能と提供機能との分離、②プライマリケアの重視、③中央政府から医療現場により近い部署への権限委譲などについては、保守党政権時代の戦略・方針と大きく変わるものではなかった。大きな違いとして注目できるのは GP fundholder の廃止と「プライマリケアグループ（以下「PCG」）」の創設である。

## ② GP fundholder の廃止と PCG の創設

保守党政権時代に創設された GP fundholder は予算枠を与えられ、この予算枠の中で専門医療サービスについて NHS トラスト等と交渉し少しでも有利な契約を締結するよう活動した。この結果、GP fundholder に参加する GP と参加していない GP とでは医療サービスに差があり、結果的に、患者がどの GP に登録するかで受けられるサービスの内容に格差が生じた。こうした格差は、公平性（全ての国民が公平に医療サービスを受けることができる）を重視する NHS の精神に反するものとみなされた<sup>22</sup>。つまり、労働党政権は GP fundholder は競争による弊害が大きいと判断し、これを 1999 年 4 月までに廃止し代わりに PCG を創設することにした。

PCG は、複数名の GP とコミュニティナース、社会福祉サービス担当者、保健当局（HA）の職員等で構成される集団であり、この PCG にサービス購入者としての機能や権限を委譲していくこととした。そして、保健当局が PCG の設置や運営をサポートするとともに監督や業績審査についても責任を負うこととなった。PCG の数や配置については、地域ごとに、保健当局が GP やプライマリケア関係者と協議をして決め、NHS Executive の地域事務所（RO）によって承認を受けると設立が認められる。1999 年 4 月時点では、イングランドで 481

<sup>22</sup> 森 宏一郎「イギリスの医療制度（NHS）改革ーサッチャー政権からブレア政権及び現在ー」参照。

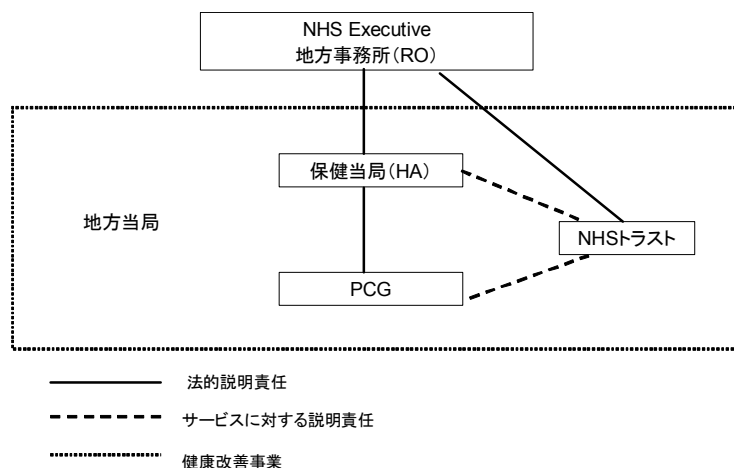
の PCG が設置された。PCG には 4 万 6,000 人の住民を対象にした小規模の PCG もあれば、25 万 7,000 人の住民をカバーする大規模な PCG まであり、その規模は多様であったが、ほとんど例外なく PCG の責任者は GP が務め、小規模なマネジメントチームがこれをサポートした。

1999 年 4 月からは、質の高い公的サービスと強いコミュニティを構築することを目的として「健康改善事業 (Health Improvement Programmes : HImPs)」が開始された。保健当局は「健康改善事業」の計画を策定し、地域内の PCG や NHS トラスト、自治体等の関係者と共同で医療の質とアクセスの向上に努め、当該事業が有効に機能するよう監督し、必要に応じて改善計画に取り組むことが要請された (図表 17)。

PCG では、GP としての報酬とは別に、グループとして独立予算が配分されることとなり、医療機器の共同購入や地域の薬剤師や理学療法士、作業療法士などと契約を結ぶことができるようになった。PCG は当初は保健当局内の助言機関 (advisory body) として設置されたが、その機能は徐々に拡大し、最終的には地域住民のために医療サービスを購入しコミュニティサービスを供給する機能を果たす「プライマリケアトラスト (以下、「PCT」)」として発展していくことが期待された<sup>23</sup>。

以上からもわかるように、ブレア労働党政権では、医療現場に近いところに権限を委譲しサービス購入者としての機能を強化するという点では保守党政権との違いはないが、「競争」よりも「パートナーシップ」をより強調し、GP 個人ではなく、様々な職種による集団にその権限を委譲した点に特徴がある。

図表 17 NHS の管理機構 (1999~2002、イングランド)



(資料) Secretary of State for Health (1997) *The New NHS: Modern, Dependable* (The Stationery Office)より作成

<sup>23</sup> 23 頁で後述する。

## (2) 『NHS プラン』に基づく積極的財政政策

### ① NHS プランの目標

ブレア政権では、サービス供給不足と待機期間の長期化による問題の相次ぐ発生<sup>24</sup>やそれに伴う国民の不満の高まり等を背景に、NHS 職員や一般国民に対する意見聴取等を行い、NHS の課題とその要因の把握に努めた。そして 2000 年 7 月には、「1940 年代のままである NHS を 21 世紀にふさわしい NHS に改革する」ための NHS 近代化計画として『NHS プラン』（10 か年計画）を公表した。

ここでは、「2010 年までに 100 以上の病院を新設する」「2004 年までに看護師 2 万人、専門医 7,500 人、GP2,000 人、各種療法士など 6,500 人以上の増員を図る」といったように施設の整備目標やスタッフの増員目標などアウトプットに関する目標を設定した。

図表 18 NHS プランにおける施設・人員等の主な目標

#### ○施設・設備における目標

- ・ 2004 年までに 7,000 床増床する。
- ・ 2010 年までに 100 以上の病院を新設する。
- ・ 2010 年までに 500 のプライマリケア・センター（※）を新設する。  
※ GP、歯科医師、眼鏡士、訪問看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーを 1 か所に集めたもの（ワン・ストップ・サービス）。
- ・ 2004 年までに 3,000 の家庭医の診療所を近代化する。
- ・ 50 台の MRI と 200 台の CT を購入する。
- ・ すべての病院や診療所に最新の IT を導入する。
- ・ 清潔な病棟を維持し、良質な食事を提供する。／等

#### ○人員における目標

- ・ 2004 年までに 7,500 人以上の専門医と 2,000 人以上の GP、2 万人以上の看護師、6,500 人以上の各種療法士の増員を図る。
- ・ 研修定員枠を拡大する。
- ・ 医療資源が不足している地域では特別報酬を支払う。
- ・ 100 施設の施設内保育所で育児支援を行う。
- ・ 職場環境を改善し、スタッフの健康に配慮する。／等

（資料）Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform* より作成

<sup>24</sup> 1999 年末のインフルエンザの大流行により、医療資源の不足が深刻化した。マスコミは、患者がストレッチャーの上でベッドが空くのを待っている状況などを報道し、国民の関心が高まった。特にがん患者である Mavis Skeet が、手術がキャンセルされた結果、手術できない手遅れの状態にまで悪化してしまった窮状は、NHS の欠陥を象徴する出来事として報道された。

NHS プランでは、この他、保健省と地方の NHS 組織との関係や NHS と社会福祉サービスとの連携、GP と専門医との新たな契約形態の導入、患者への情報提供や患者の選択の重視など、多岐にわたる改革内容を盛り込んだ。そして、特に重要なのが、例えば、患者の最長待機期間について入院 6 か月、外来 3 か月以内とするなど、アウトカム（成果）面についても具体的な目標を示したことである。

NHS プランではこのような大規模な投資計画と改革目標を掲げたが、これは大規模な予算を要求する内容であった。これに対して、労働党政権は長期間にわたる財源確保を約束した。

図表 19 NHS プランにおけるアウトカムの主な目標

- ・ 2004 年までに、患者が 48 時間以内に GP の予約を取ることを可能にする。
- ・ 事故及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機期間を最長 3 か月以内に短縮化する。
- ・ 2005 年までに入院患者の待機期間を最長 6 か月以内に（その後 3 か月以内に）短縮化する。

(資料) Secretary of State for Health(2000) *The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform* より作成

## ② NHS プラン以降の積極的財政政策

『NHS プラン』では、現在の NHS における諸問題の原因として、長年にわたる財源不足や医師・看護師などの医療スタッフ不足等を挙げ、こうした問題を解決するためには、NHS 予算を大幅に拡大することが必要であると結論づけた。

NHS プラン発表前の 2000 年 1 月に、テレビインタビューの中で、ブレア首相は、EU 平均水準を目指し、医療費総額を 5 年間で 1.5 倍に引き上げることを発表した<sup>25</sup>。2000 年 3 月には、財務大臣がこれを財務的に裏付ける形で、NHS の予算を今後 4 年間で実質年平均 6.1%増額し、2004 年には 690 億ポンドに達する計画を表明した。2000 年 7 月に発表された『NHS プラン』は増額した NHS 予算に基づく投資計画ともいえる。

2002 年 4 月には 2002 年予算が公表されたが、ここでは、2003 年度から 2007 年度までの 5 年間について NHS 予算を実質年平均 7.4%増額する計画が示された。これにより、同国の医療費を欧州諸国の平均レベル、具体的には総医療費対 GDP 比を欧州平均並みの 9%台までに引き上げることを目指した。また、安定的な財源を確保するため、2003 年から国民保険料率を 1%引き上げることが示された。

<sup>25</sup> Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.



### (3) 組織機構改革と権限委譲

#### ① PCG から PCT への移行と権限委譲

保健省は、NHS プランの改革案をより具体化するための計画として、2001年7月に『NHS 内の権限バランスのシフト (Shifting the Balance of Power within the NHS)』を、翌年2002年1月には『NHS 内の権限バランスのシフト：次のステップへ (Shifting the Balance of Power: The Next Steps)』を公表した。これは、より臨床現場や患者の近くに権限と予算を移していこうとするものであったが、その中心となったのが PCG から PCT への移行であった。

前述のように、PCG は1999年4月に創設された。PCG は、機能別にレベル1からレベル4までの4段階に分かれており、レベル1とレベル2は保健当局内の委員会という位置付けになるが、レベル3とレベル4は保健当局から独立した法定組織である「プライマリケアトラスト (以下、「PCT」)」となる<sup>26</sup>。

図表 20 PCG の段階別機能

段階	機能
レベル1	保健当局の予算管理に対する助言機関（予算管理は保健当局が行う）
レベル2	予算の多くを自主管理
レベル3	独立した法定組織（トラスト）。プライマリケアからコミュニティサービスの提供までの全責任を負う。
レベル4	レベル3に加え、固有の権限においてスタッフの雇用と設備関係の保有が可能。

（資料）財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書2009年版」より一部改編

PCG から PCT への移行は、1997年の新 NHS 白書の中で計画されていたことではあるが、計画以上に速いペースで進み、2001年4月時点で PCT の数は164となった。そして2002年までに約300の PCT が設立され、法的な期限である2002年10月までに全ての PCG が PCT に完全移行した。

PCT は、NHS の最前線組織として、地方政府や地域の他の関係者との協働により、地域住民のニーズの把握・評価や計画策定、全保健医療サービスの確保、地域住民の健康状態の改善に関して NHS 組織を主導していくことが期待された。そしてそのための権限と予算が PCT に委譲されることとなった。政府は、

<sup>26</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書2009年版」参照。

2004年までに NHS 予算の約 75%を PCT の管理下に移すことを明言する<sup>27</sup>など、今まで以上にプライマリケアを重視する姿勢を示した。実際、2008 年度には、PCT の予算額は全 NHS 関連予算額の 8 割近くに達している（図表 21）。

こうした PCT への権限と予算の委譲は、患者に最も身近な臨床現場のスタッフが患者に必要なサービスの購入の意思決定を確実にできるようにすることが狙いであった。

PCT の主な機能は、1) 地域住民の健康を改善すること、2) 質の高いサービスの供給を確保すること、3) 地域レベルで保健医療と社会的ケアを統合すること、の 3 つである。このうち、2) については、患者のために専門医療・高度医療サービス等を「購入する (commissioning)」機能が含まれており、この購入機能が次第に強化されることとなった。2004 年 6 月に公表された『NHS 改善計画 (NHS Improvement Plan)<sup>28</sup>』では、NHS プランのこれまでの進捗状況を確認し 2008 年までに優先的に取り組むべき課題を整理しているが、ここでは、患者が質の高い医療サービスを迅速に受けられるようにするための方策の一つとして、民間病院を含め多様なサービス提供者からサービスを購入するための PCT の機能をより一層強化していく重要性を指摘している。この『NHS 改善計画』を受けて、翌年の 2005 年 7 月には『患者主導の NHS の購入 (Commissioning a Patient-Led NHS)』がとりまとめられ、1) PCT による「診療に基づくサービス購入 (Practice Based Commissioning)」を強化していくこと、2) そのため、2006 年 10 月までに全ての PCT を見直し再編することなどが発表された。PCT は患者に医療サービスを直接提供する「サービス提供者」でもあるが、この「サービス提供者」としての側面を極力小さくし、地域住民の健康増進と診療に基づくサービス購入に責任を負う「サービス購入者」という側面を明確にしていこうという狙いがあった。2006 年 10 月に PCT は再編統合され、その数は 303 から 152 へと半減した。この再編統合により、PCT のサービス購入機能を強化するだけでなく、管理運営コストを削減する効果も期待された。

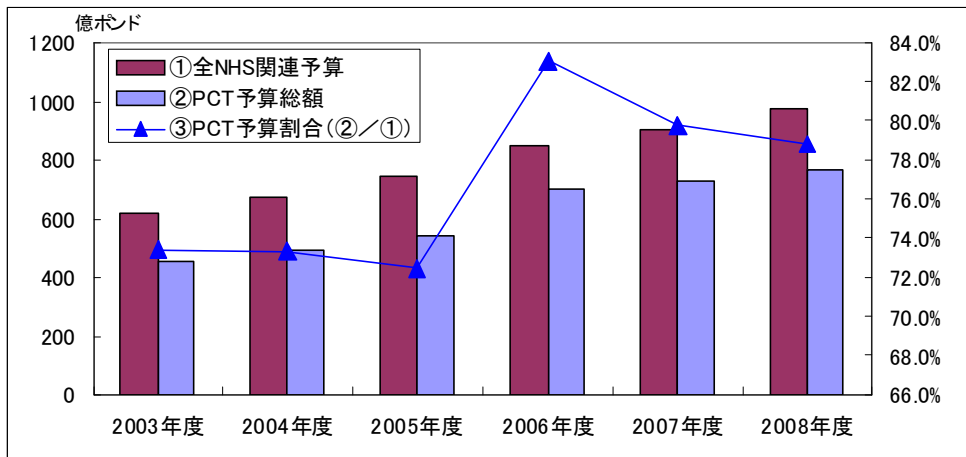
PCT の他に、「ケアトラスト (Care Trust)」が存在する。これは、PCT と地方当局がそれぞれ責任を負うサービスの統合化を図るために設立した組織であり、現在、10 のケアトラストが存在する。多くの場合、精神保健サービスや高齢者向けのサービスがその対象となっている。

---

<sup>27</sup> DH (2002) *Shifting the Balance of Power: The Next Step*.

<sup>28</sup> 正式名称は、“The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services”。

図表 21 PCT 予算額の推移



(資料) DH, *Department Report* 各年版より作成

## ② PCT の運営

PCT は、1) 理事長、2) 最高責任者 (chief executive) や財務担当理事 (finance director)、公衆衛生担当理事 (director of public health) を含む少数の常任理事、3) 理事で構成される「PCT 理事会 (board)」によって運営される。NHS 任命委員会 (Appointments Commission) が理事長及び理事を任命し、任命された理事長及び理事が常任理事を任命する仕組みとなっている。また、PCT では、GP や看護師などの専門職の大多数で構成される専門職執行委員会と連携をとりながら運営を行っている<sup>29</sup>。PCT への移行当初は、こうした PCT の主要ポストの人選が決まっていなかったり、あるいは不適切な人選のため運営に支障を来たした事例があったり、4 割の PCT で GP 不足が起こるなど、様々な問題が発生した<sup>30</sup>。

PCT への予算については、戦略的保健局を介さずに政府から直接各 PCT に配分される。このような PCT への権限と予算の委譲については、1) 対象人口が少なくなり、患者により近い医療専門職が担当することによって、より地域の実情に合った運営や戦略が立てられやすくなること、2) 事務当局の規模縮小による経費節減の可能性があることなどのメリットが指摘された<sup>31</sup>。また、予算の用途について制限されないため、各 PCT は地域の実情に応じたサービス供給を行うことが可能となる他、単年度ではなく 3 年単位の予算が決められるため、中期的な計画を立てやすいといったメリットもある。

<sup>29</sup> Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

<sup>30</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009 年版」

<sup>31</sup> 近藤克則著 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』(医学書院)

### ③ 組織・機構改革

まず、中央省庁レベルの組織改革としては、保健省の戦略的な方向付けのもとで管理運営を行っていた「NHS Executive」が廃止され、保健省内にその機能が吸収された。つまり、保健省による直接的な NHS の政策実行が可能な体制となった。

地方レベルでは、保健省の地方事務所が廃止となり、代わりに、新しく 4 つの保健社会地域統括官が NHS の進展を監督し、NHS の地方組織と中央省庁とをつなぐ役割を果たすこととなった。

また、保健当局（Health Authority）の改革が行われた。PCT が創設され保健当局が従来担ってきた機能や権限、予算が PCT に委譲されるのに伴い、保健当局の役割も変化した。具体的には保健当局の役割はより広域レベルでの戦略的な計画の策定や管轄地域内の NHS トラストや PCT の監督等に限定されることとなった。この結果、95 あった保健当局は 28 に整理統合され、名称も「戦略的保健局（Strategic Health Authority : SHA）」となった。2006 年 7 月にはさらに再編され、10 の戦略的保健局となった。

### ④ Foundation Trust の創設

労働党政権は供給側についても改革を行った。保守党政権時代の白書『Working for Patients』によって、1991 年に導入された「NHS トラスト」は労働党政権下においても維持された。

すべての NHS トラストは、理事長と通常 5 人の非常勤理事（NHS 任命委員会から任命される）で構成される理事会の他、執行責任者、財務担当理事、医療担当理事、その他の常任理事によって運営されている。NHS トラストは、PCT 等のサービス購入者と交渉して、サービスを提供することで収入を得ており、自らが提供する医療サービスの質を監視し改善する責務を負っている。この責務が NHS における医療標準の改善とクリニカルガバナンスを推進する原動力の核心部分となっている。NHS トラストの業績については、医療の適切な水準を満たしているかといった観点から現在は「医療の質委員会（Care Quality Commission : CQC）」が評価・監督している。

もともと NHS トラストは自立した組織であり、NHS の枠組みの中で裁量が認められた組織として位置づけられていた。NHS 白書『Working for Patients』では銀行からの借入や人材の採用・解雇などについても NHS トラストは保健省の許可なく実行できるだけの裁量が認められていたが、実際には国庫に関する規制や保健省などの抵抗によって強い制約を受けていた。また、ブレア労働党政権での改革によって組織の自立性よりもむしろ政府機関との連携強化が重視されたため、NHS トラストはより強い制約を受けることとなった。具体的には、

戦略的保健局が NHS トラストの業績管理に責任を負うこととなり、政府目標を達成する上で介入が必要と判断した場合、戦略的保健局が NHS トラストの運営に介入することとなった。

政府は、このように既存の NHS トラストに対する規制を強化する一方で、自立的な「NHS Foundation Trust (ファウンデーション・トラスト、以下「FT」)」制度を創設する計画を発表した。具体的には、2002年4月、2002年予算と同時に『NHS プランの遂行 (Delivering the NHS Plan)<sup>32</sup>』を保健省は公表し、FTの構想を明らかにした。この FT は、高い業績成果を挙げている NHS トラストに対して、保健省からの干渉をできるだけなくし、地域社会やスタッフ、その他の関係者が参画する形で自らのサービスを管理する機会を与えようとするものであった。政府は最終的にすべての NHS トラストが FT になることを期待した。また、政府は、FT を保健省の直接管理下に置くのではなく、新たな規制庁の監督を受ける公益法人 (public benefit corporation) としたいと考えた。

FT への移行要件としては、当初、2001-02 年度の NHS 業績格付け<sup>33</sup>で「3 つ星」を獲得していること、強い指導力を持ち患者や地域社会の利益となるサービスを提供することを第一としている点を証明できること、新組織の目標がスタッフや地域の関係者に支持を得ていることなどが条件とされた<sup>34</sup>。この FT 構想については、病院間格差の拡大や内部市場への逆戻りを懸念するなど、反対意見もあったが<sup>35</sup>、2003年の『医療・社会的ケア法案 (Health and Social Care Bill)』の中で成立し、2004年4月から FT 制度が開始した。

新しく導入された FT と既存の NHS トラストとの違いは、FT は、1) 法に基づく独立した公益法人であること、2) 保健省ではなく患者や地域社会に説明責任を負うこと、3) 組織の戦略計画策定に際しては、「理事会 (Board of Governors)」(患者やスタッフ、地域住民、パートナーとなる機関の代表者で構成される) の関与が義務づけられていること、4) 人事・運営に関する保健省の関与がなくなり自主的な運営ができること、5) 公的セクター・民間セクターの両方から資金調達することができること、6) 新しい NHS サービスの提供に投資するため剰余金を確保することができること、7) 「モニター (Monitor)」が監督すること、などである<sup>36</sup>。FT は大きな裁量を与えられ、例えば、民間会社やジョイントベンチャーを設立したり、全国レベルで決められた基準ではなく

<sup>32</sup> 正式には、“Delivering the NHS Plan next steps on investment, next steps on reform”。

<sup>33</sup> 業績を数値化した指標で評価したベンチマーキング。「3 つ星」から「星なし」までの 4 段階がある。

<sup>34</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009 年版」。FT の根拠・基本的な基準は「NHS Act 2006」による。

<sup>35</sup> 近藤克則著 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』(医学書院)

<sup>36</sup> DH (2005) *A Short Guide to NHS Foundation Trusts*

独自に雇用条件や処遇を決めて人材を確保することが可能となっている<sup>37</sup>。

一方で、FT についてはあくまでも NHS の患者に NHS のサービスを提供するという基本的な目的から逸脱することなく、また、民営化を防ぐための様々な法的規制もある。例えば、FT の収入は、NHS トラストと同様、PCT との協定の下、NHS 患者向けに提供したサービスに対する報酬（NHS 全国価格表に基づく）が大部分を占めることが要求される。つまり、プライベート（民間）の収入については厳格な上限が設けられている。

理事会については、1) 理事の大多数は地域の有権者によって選ばれた人であること、2) 地域の PCT の代表者、地域の地方当局の代表者がそれぞれ少なくとも 1 人は含まれること、3) 従業員の代表者が少なくとも 3 人は含まれること、4) 議長（chair）を置くこと、5) 地元大学から任命された理事が少なくとも 1 人はいること、などが決められている。

#### ⑤ 民間セクターの積極的活用

2002 年 4 月に公表された『NHS プランの遂行（Delivering the NHS Plan）』については、前述のように、1) 独立性の高い FT の創設に加え、2) 患者の選択権の重視<sup>38</sup>や、3) 医療機関に患者を重視するインセンティブを与えるための「結果による支払（Payment by Results : PbR<sup>39</sup>）」方式の導入、4) 民間セクターの積極的活用など多くの点で、サッチャー - メージャー保守党政権時代の「内部市場」政策に類似しているといった指摘もある<sup>40</sup>。しかし一方で、「市場」を重視した競争原理の導入というよりもむしろ、統一価格制度や全国的な医療の基準、業績評価の導入など多様な制度を合わせて導入することで、「国家」的な管理を強化した改革となっているという点では、保守党政権の改革とは大きく異なっているといえよう。

労働党政権では医療供給能力の不足を補う一環として民間セクターを積極的に活用し、供給主体の多様化を図ろうとした。また、PCT や NHS トラストに民間企業や任意団体セクターとのジョイントベンチャーを設立する法的な権限を与えるなど、民間セクターと公的部門の共同連携を推進した。例えば、NHS の待機期間の縮減や外来・診断サービスの改善を図るため、診断治療センター（Diagnostic and Treatment Centres : DTC）を官民協働で設置することを奨励した。

<sup>37</sup> Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

<sup>38</sup> 詳細は後述する。

<sup>39</sup> PbR については後述する。

<sup>40</sup> Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

図表 22 『NHS プランの遂行』における NHS の新ビジョン

	1948 年モデル	新モデル
理 念	受診時無料	受診時無料
予 算	年ごとに決定 (annual lottery)	3 年または 5 年計画
全国基準	なし	NICE、NSF、監督機関
供 給 者	国家独占	複数：国、民間、任意団体
職 員	柔軟性のない専門職区分	患者に便益をもたらす、近代化された柔軟な専門職集団
患 者	治療を言い渡される立場	いつ、どこで治療を受けるか選択する立場
制 度	トップダウン型	臨床現場主導型 プライマリケアに権限委譲
予 約	長い待機期間	短い待機期間、診療予約

(注) NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence (国立最適医療研究所)

NSF : National Service Framework (全国サービス枠組み)

(資料) Secretary of State for Health (2002) *Delivering the NHS Plan* より作成

この他、労働党政権では、『NHS プラン』で病院の増設目標を設定していたが、PFI (Private Finance Initiative) 方式によりこれを達成しようと考えた。この PFI 方式とは、NHS トラスト等が民間企業と契約を結び、その民間資金を活用して、病院を建設し設備を維持していこうとする形態であるが、多くの場合は、契約を結んだ民間企業が清掃や給食、運搬などの病院の補助的なサービス (ホテルサービス) も提供している。この PFI 方式は、1992 年のメジャー保守党政権時代に、政府支出を抑制しながら社会資本を整備し、民間経営手法により業務の効率化を図るものとして導入された。ブレア労働党政権では、官民協働の 1 つの形態として PFI 方式による病院整備を積極的に進めた。財務省によると、PFI 方式のメリットとして、1) サービス供給に失敗した際のリスク (時間と資金) を民間セクターに転嫁することができる、2) 契約期間にわたって資産を維持することができる、3) サービス供給コストの透明性を図ることができる、4) 病院建物やサービス供給について革新的なアプローチが期待できる、といった点が挙げられている<sup>41</sup>。

1997 年の労働党政権以降開設した病院は、2007 年 6 月時点で 88 病院あるが、このうち 67 病院が PFI 方式、残り 21 病院が公的資金による開設となっている<sup>42</sup>。さらに、PFI 方式の病院数は増加し、2009 年 4 月には PFI 方式の病院数は 76 病院となった<sup>43</sup>。

<sup>41</sup> HM Treasury, *PFI: meeting the investment challenge*

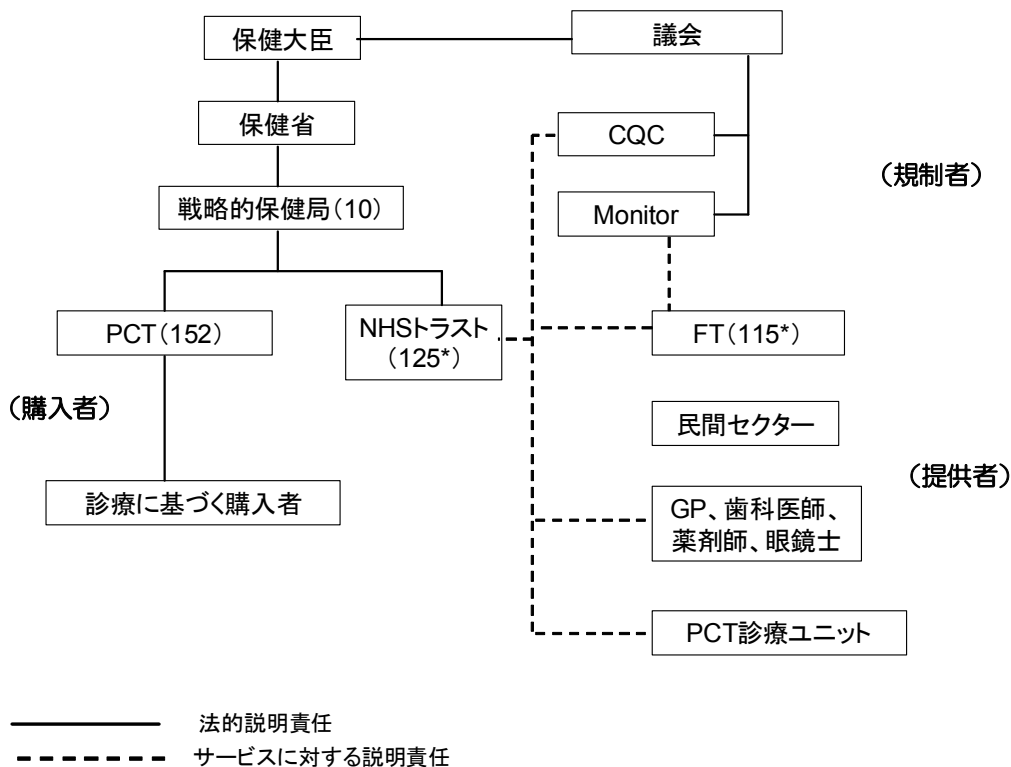
<sup>42</sup> DH, *Rebuilding the NHS, A new generation of healthcare facilities*

<sup>43</sup> House of Commons, Committee of Public Accounts (18 January 2011) *PFI in Housing and Hospitals*

⑥ 労働党政権における NHS 組織機構改革

これまで述べてきたように、労働党政権では NHS 組織機構について大幅な改革を行った。その特徴としては、1) 臨床現場に権限と予算を大幅に委譲したこと、2) 保守党政権時代の、サービス購入とサービス提供の機能の分離政策を維持した上でそれぞれの機能強化を進めたこと、3) サービス提供者と購入者の業績を監督する組織を設けたこと<sup>44</sup>等が挙げられる。

図表 23 NHS の組織機構（2009 年）



(注) ( ) 内は 2009 年時点の数、\*は暫定数値  
 (資料) Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain*, 6th edn.

<sup>44</sup> 監督機関とは、具体的には CQC や Monitor を指しているが、詳細は後述する。



## (4) 診療報酬支払方式の変更

### ① プライマリケアにおける診療報酬支払方式の変更

NHS においては、従来、GP に対する報酬は登録住民の人数に応じて支払われる人頭割報酬が基本であり、業績や質にリンクした報酬はほとんどなかったが、2004 年 4 月より、「診療の質と成果の枠組み (the Quality and Outcomes Framework : QOF、以下「QOF」)」が導入され、GP に対する報酬制度は大きく変わった。この QOF とは、提供したサービスの質や業績指標の結果により支払われるという「Pay for Performance (P4P)」の要素を取り入れた報酬制度であり、GP に質の高い医療を提供しようというインセンティブを与える報酬制度となっている。QOF では、GP の仕事の仕方に選択の幅を広げること、より多くの医療サービスを患者の身近なところで提供できるようにすることを目的としており、「診療所 (GP practice)」単位での評価を行う制度となっている点が特徴の一つである。住民登録も GP 個人への登録ではなく診療所への登録に変わったため、GP が自分の患者のために 24 時間対応する必要がなくなり、GP の負担軽減にもつながる。

QOF では、PCT はサービス区分ごとに、(GP 個人にではなく) 診療所に報酬を支払う。このサービス区分は、1) 全ての診療所が提供しなければならない「基礎的サービス (Basic Services)」、2) 診療所がサービス提供について選択できる「付加的サービス (Additional Services)」、3) 従来は診療所では提供されてこなかった、特定の専門特化したサービスである「高度サービス (Enhanced Services)」の 3 区分となっている。「基礎的サービス」には、患者の療養管理や健康改善のためのアドバイス、他の機関などへの紹介、終末期の患者の療養管理、慢性疾患患者の療養管理などが含まれる。「付加的サービス」には、子宮がん検査や避妊、予防接種、児童健診、妊産婦に対するサービス (分娩は含まない)、簡単な外科的処置などが含まれる。「高度サービス」には、分娩サービスやより専門化した薬物・アルコール依存患者の治療、終末期患者への高度なサービスなどが該当する。

PCT が診療所に支払う報酬は、1) 住民登録人数をベースにした「包括報酬 (Global Sum)」と、2) 質の高い選択的サービスに対して支払われる「特別報酬」、3) 健康管理や施設運営で質の高いサービスを提供した場合に支払われる「成果報酬」の 3 つがある<sup>45</sup>。包括報酬は、登録住民の年齢や性別、死亡率、り患率、施設入所者の有無、人口移動の程度、物価水準や人口密度などの地域特性などが考慮された報酬であり、これをもとに診療所では基礎的サービスや

<sup>45</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009 年版」

付加的サービスを提供している。なお、診療所は付加的サービスを実施しないという選択をすることもできるが、その場合、包括報酬からその部分が控除される<sup>46</sup>。

3つ目の「成果報酬」は、QOFに参加する診療所が得られる収入である。具体的には、1)「臨床上のドメイン (clinical domain)」、2)「組織上のドメイン (organizational domain)」、3)「患者の治療経験上のドメイン (patient care experience domain)」、4)「付加的サービスのドメイン (additional service domain)」といった4つのドメインごとに複数の指標 (indicator) と指標毎の点数が設定されており、その点数に共通単価を乗じて算出された報酬が支払われる仕組みとなっている<sup>47</sup>。4つのドメインのうち、臨床上のドメインの点数割合が最も高くなっているが、ここでの評価指標は臨床上のエビデンスに基づいて作成されたものである。QOFは任意参加制度であるが、QOFに参加すれば成果報酬が追加されるため、多くの診療所が参加している。QOFの成果報酬は1,000点満点となっているが、2010-11年度の全国平均は946.6点と得点率が非常に高い。成果報酬の仕組みが導入されたことで、導入からの3年間でGPの収入は3割近く増加したという指摘もある<sup>48</sup>。

図表 24 QOFの4つのドメインと指標数、点数 (2010-11年度)

ドメイン	指標の内容	指標数	点数	実績
臨床	冠動脈性心疾患など20の臨床分野について成果が評価される	86	697.0	674.4
組織	患者情報の管理、患者に対する情報提供、教育訓練、診療所の経営管理、薬の管理について評価される	36	167.5	163.1
患者の治療経験	診察時間、GPへのアクセスの患者経験について評価される	3	91.5	66.4
付加的サービス	子宮頸部検診、児童健診などについて評価される	9	44.0	42.7
合計		134	1,000.0	946.6

(注) 実績は2010-11年度の全国平均

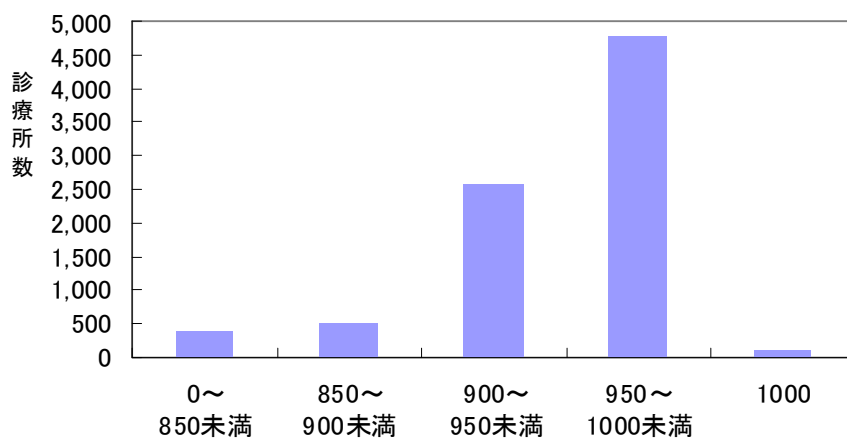
(資料) NHS Information centre より作成

<sup>46</sup> 同上

<sup>47</sup> NAO (2008) *NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England*

<sup>48</sup> 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009年版」p.74

図表 25 QOF 合計点別診療所分布数（2010-11 年度）



(注) 診療所数は計 8,245 施設

(資料) NHS Information centre, *Quality and Outcomes Framework Achievement Data 2010/11*

## ② 病院に対する診療報酬支払方式の変更

病院に対する診療報酬支払方式についても新しい制度が導入された。従来、サービス購入者である PCT から医療サービス提供者である NHS トラスト病院への報酬は包括予算契約 (block contracts) に基づき支払いが行われていた。この包括予算方式では、追加的なサービスに対する報酬支払いがなかったため、病院にとってはサービス提供を増やすインセンティブがなかった。

保健省は、2002 年 4 月に公表した『NHS プランの遂行 (Delivering the NHS Plan)』の中でも、業績に対するインセンティブを与える診療報酬制度に変更する必要性があり、その方策として「Payment by Results (結果に基づく支払方式、以下「PbR」)」を導入する計画について触れている。この白書では、保守党政権時代に導入した「内部市場」の仕組みでは価格競争が機能しなかったこと (特に、最も近くの病院に入院するような救急症例の場合)、むしろ過度な取引コストをもたらしたことなどを問題として指摘するとともに、医療サービス提供者の種類にかかわらず適用する基準価格表の必要性を示した。

この結果、導入された診療報酬支払制度が「HRG (Healthcare Resource Groups)」と呼ばれる診断群ごとに設定された価格に基づき支払が行われる PbR 制度であり、その価格を掲載した一覧が「全国価格表 (National Tariff)」である。つまり、PbR は国が決めた、全国で適用される統一価格表であり、例えば産科外来受診の場合は 1 件あたり 118 ポンド、股関節手術の場合は 1 件あたり 5,080 ポンドなどといったように、この全国価格表に基づく報酬が PCT から各病院に支払われることになる。なお、PbR の単位となる HRG とは、臨床的に同質性が認められ、同じ量の資源を消費するとみなされた診断治療群であり、

入院における HRG の場合は入院から退院までの一連の医療行為をカバーするものとなっている。もともと HRG は、医療供給の効率化・透明化を促進するためのツールとして 1991 年に開発されたもので、各病院における原価計算やサービス供給量測定の際のベースとなる単位であり、現在までに何度か見直しが行われている<sup>49</sup>。

図表 26 全国価格表のイメージ（2011 年度）

入院診療			
HRG コード	内容	救急以外	救急
AA31Z	頭痛または片頭痛	£ 812	£ 730
BZ01Z	高度白内障手術	£ 961	£ 2,843
EA14Z	冠動脈バイパス術	£ 7,318	£ 9,198
外来診療			
TFC コード	内容	初診(医師 1 人)	再診(医師 1 人)
100	外科	£ 200	£ 103
430	高齢者医療	£ 281	£ 133

(資料) DH (2011) *A simple guide to Payment by Results* をもとに作成

現在、急性期病院では患者退院時に ICD-10（疾病コード）と OPCS-4（診療行為コード）の 2 つのコードを用いて、診療所では外来受診時に TFC（治療機能コード）を用いて記録することになっているが、この情報は患者の年齢や入院期間などの患者情報と一緒に病院のコンピュータシステムから「セカンダリー利用サービス（Secondary Uses Service : SUS）」と呼ばれる国のデータウェアハウスに送信される仕組みとなっている。また、各病院では「NHS 原価計算マニュアル（NHS Costing Manual）」に基づき原価計算を行い、その結果を保健省に報告する義務を負っている。保健省では病院から報告されたコストデータ等をもとに平均コストを算出し、全国価格表を作成している。なお、この平均コストは全国価格表を決定する際の参考データに過ぎず、全国価格表を作成する際には様々な調整が行われるため、全国価格表に掲載された価格は集計値である平均コストと一致するとは限らない<sup>50</sup>。

PbR の導入は対象となる HRG と適用病院を徐々に拡大していく形で進められた。まず、2003 年度には緊急でない入院サービスのうち 15 の HRG について、翌年 2004 年度には 48 の HRG について PbR が試行的に導入された。2004 年 4 月から FT 病院で適用され<sup>51</sup>、2005 年度からは緊急でないケア（elective care）

<sup>49</sup> 最新バージョン「HRG4」では、1,100 以上の価格が設定されている。

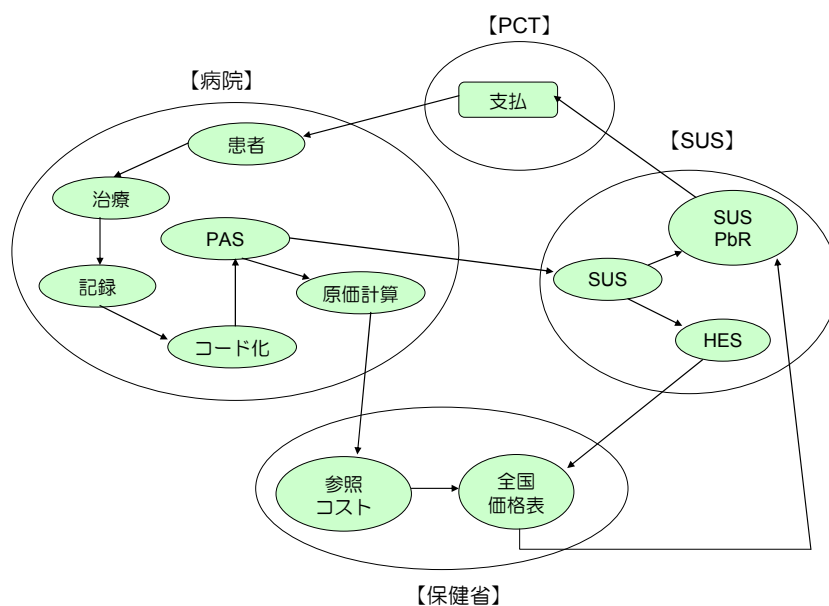
<sup>50</sup> 2010 年度からは「ベストプラクティス価格表」が導入され、平均コストよりもむしろ臨床上のベストプラクティスに基づいたコストが基準となっている。

<sup>51</sup> 2004 年度に FT で適用されたのは緊急・緊急以外の入院及び外来だが 48 の HRG に限定されていた。2005 年度には HRG の数が 550 に増えた。

に限定して全ての急性期の NHS トラストで適用された。2006 年度からは全ての NHS トラストを対象に救急や外来診療にまで拡大された<sup>52</sup>。その後も PbR の対象範囲は拡大し続けており、2011 年現在、PbR は急性期病院の収入の 6 割以上、PCT 予算の 3 分の 1 程度を占めるまでに至っている<sup>53</sup>。

PbR の導入により、1) PCT は NHS トラストや民間病院などの医療サービス提供者が行ったサービスに対して公平かつ明確な支払ができる、2) その結果、多様なサービス提供者が参入することで患者の選択権拡大につながる、3) 全国価格よりも低いコストで、満たすべき水準のサービス提供ができればその差が利益となるため、サービス供給の効率性と質の向上のインセンティブが働く、4) サービス提供量に応じて報酬が支払われるためサービス提供量拡大のインセンティブが働き、結果的に患者の待機期間を減らすことができる、5) 購入者である PCT とサービス提供者は価格ではなく医療の質やイノベーションに集中して交渉すればよくなる、といったメリットがある。

図表 27 PbR に関連した情報システムイメージ



(注) 図中の略称

PAS (Patient Administration System) : カルテ。病院によって様式が異なる

HES (Hospital Episode Statistics) : 入院 1 症例毎の詳細データが集積されたデータウェアハウス

(資料) DH (2011) *A simple guide to Payment by Results* をもとに作成

<sup>52</sup> 外来診療では HRG コードではなく、TFC (Treatment Function Code) コードが用いられる。

<sup>53</sup> DH (2011) *A simple guide to Payment by Results*

## (5) 医療の質の向上と公平性の確保

労働党政権では、医療の質の向上と公平性の確保（地域間格差の是正）に積極的に取り組んだ。NICE の創設や NSF の設定、評価・監査機関の創設など、中央集権的な仕組みを設けた点は象徴的な取組といえる。

### ① NICE の創設

「NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence、国立最適医療研究所）」は、いわゆる「郵便番号による宝くじ（postcode lottery）」と呼ばれるような、NHS の枠組みの中で提供される医療範囲や質に関する地域間格差を是正する目的で 1999 年に創設された機関である。

NICE では、どのような医薬品や治療、診療行為、医療材料が最も質の高い医療を提供しうるのか、NHS にとって最も高い価値（value for money）をもたらすのかといった観点から、エビデンスをもとにしたガイドラインなどを策定している。NICE は、EBM の実践・促進の役割を果たしている機関であるが、具体的には、以下のような業務を行っている。

図表 28 NICE の主な業務

- 診療ガイドライン等の作成
  - ：疾病・健康障害の診断・治療・予防に関する、臨床上の効果や費用対効果を踏まえた診療ガイドラインの作成。
- 質の高い医療に関する基準の設定
  - ：NHS において目標とする質の高い医療の基準の開発。現在 150 の基準を開発。これらの基準は、特定の疾病や状態、臨床分野別に設けられており、有効性や費用対効果、安全性、患者の満足度が高いことを示す指標となる。将来的には、社会サービスにおける質の基準も作成する予定。
- 診断・医療技術、医薬品に関する技術評価
  - ：新しい技術や医療機器、医薬品に関する技術評価。
- QOF に関する指標の開発
  - ：医薬品に関する技術評価。
- 公衆衛生に関するガイダンス
  - ：喫煙・肥満・アルコール依存症などの健康障害を予防し、国民の健康的な生活を支援するための提言など。

（資料）NICE ホームページ等より作成

## ② NSF の設定

労働党政権では、「全国サービス枠組み（National Service Framework、以下「NSF」）」を創設し、高齢者医療や脳血管疾患といったような分野別に、全国的に達成すべき目標水準や目標とするサービス提供の具体的なあり方等を定めた。1999年に最初のNSFとして、精神保健・医療分野でのNSFが作成・公開された。その後、2000年に冠動脈性心疾患、がん、2001年に高齢者、2003年に糖尿病、2004年に子ども、腎臓病、2005年に長期的神経疾患・障害、2011年にCOPD（慢性閉塞性肺疾患）について計9つのNSFが次々と公開されている。例えば、がん分野でのNSFでは、現在明らかとなっている事実、アウトカム改善に向けたがん戦略計画、がん検診、がん予防、NICEによって承認された最善の治療法、治療法の選択、サービスを受けるまでの待機期間などが記載されている。NSFに示されている診断・治療法などもエビデンスに基づいたものであり、NICEが関与している。

## ③ 評価・監査機関の創設

こうした目標を達成し医療の質の向上や地域間格差の是正を実現すべく、NHSトラストやPCT、民間セクターなどすべてのNHS関係者に対する業績評価の仕組みも導入された。これらの業績評価では、例えば、患者の待機期間やコスト、平均在院日数、MRSA院内感染率などの政府が設定した評価指標についてそれぞれ基準を満たしているかどうか評価される。業績評価の結果はそれぞれの機関の運営改善のための資料となるほか、一般にも公表される。業績評価結果を公表することで、患者に選ばれるよう医療やサービスの質向上を図ろうとするインセンティブを発揮させ、合わせて当事者の説明責任を高めようとするものである。

当初、医療については「医療委員会（Healthcare Commission）」が評価・監督を行っていたが、2009年4月に「Care Quality Commission（以下「CQC」）」が創設され、CQCにその役割が移った。CQCでは、独立した規制機関として、すべてのNHS医療機関や民間セクターの提供する医療サービスの他、自治体などが提供する社会サービスについても評価を行っている。CQCの運営費については、評価対象機関からの登録料と政府からの助成金によって賄われている。

2004年1月に、FTの法令順守・財務等の管理・運営面を評価する組織として「モニター（Monitor）」が設置された。モニターは、議会に対して直接説明責任を負う、独立した規制機関である。モニターの主な役割は、1) NHSトラストがFTになる要件を満たしているかどうかを評価し、要件を満たしているNHSトラストにFTとなることを許可すること、2) 例えば運営面・財務面の健全性など、FTとなる際の要件をFTが満たし続けるよう監督すること、3) マ

ネジメント手法の研修事業など、FT の発展を支援すること、の 3 つである。モニターについては、後述するキャメロン政権下の NHS 改革において、新たな役割を担う機関として変わる予定である<sup>54</sup>。

---

<sup>54</sup> 具体的には、FT だけではなく NHS 制度全体（FT、NHS トラスト、民間など）の経済面での規制団体になり、例えば「反競争的行為」についての取締りも行う機関となる予定。



## (6) 患者による選択

労働党政権では、患者の選択権や利便性向上を重視した改革を行った。例えば、病院の予約に際して病院が複数の日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受診を認めるといった取組が進められた。この他、以下のような仕組みを導入した。

### ① ウォークインセンター・MIUS の設置

軽傷・軽症の傷病について医療上の助言や治療を行う施設として「ウォークインセンター」が 2000 年から設置された。これは、軽症患者に対する医療アクセスへの改善を図り、利便性を高めることを狙いとしたものである。通常、看護師が対応しており、患者は基本的には誰でも予約なしでサービスを受けることができるが、施設によっては小児について対応していないところもある。

ウォークインセンターの運営者は PCT であり、現在、その数は 92 か所となっている<sup>55</sup>。多くのウォークインセンターは 24 時間 365 日対応であり、1 年間に約 300 万人の患者が利用している。

同様に「MIUS (Minor Injuries Units)」も設置された。これは救命救急センターが重症患者や生命の危険がある患者への対応に集中できるようにし、潜在的な患者の待機期間を短くしようという目的で創設されたものである。MIUS もウォークインセンターと同様の運営となっている。MIUS は全国に 225 か所設置されている<sup>56</sup>。

### ② NHS ダイレクトの設置

患者が 24 時間いつでも医療相談を受けられるよう「NHS ダイレクト」が設置された。この NHS ダイレクトでは、患者からの相談に対して、看護師がアドバイスを行うものである。1998 年 3 月から試験的に導入され、徐々にサービスメニューも拡大している。当初は電話相談のみであったが、現在はインターネットやモバイル対応もしている。

---

<sup>55</sup> <http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhsservices/emergencyandurgentcareservices/pages/walk-incentressummary.aspx>

<sup>56</sup> <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Minorinjuriesunit.aspx>

### 3. 労働党政権下の NHS 改革の特徴と成果

#### (1) 労働党政権下の NHS 改革の特徴

##### ① 「第三の道」に基づく NHS 改革

労働党政権は、医療サービスの提供機能と購入機能とを分離させるという点においては、保守党政権時代の政策を維持し、それを発展させた。具体的にいえば、まず PCT を創設し、PCT が NHS トラスト病院や民間病院等多様な提供主体の中から患者に必要なサービスを「購入する (Commissioning)」という方式を採用した。一方、サービス提供主体についても、NHS への民間参入を推進するとともに、一定の要件を満たす NHS トラスト病院に自律性の高い FT の資格を与えることで人事・財務などの面でより柔軟な運営ができるようにした。そして、PCT から病院等への診療報酬支払は、従来の包括予算方式から「結果による支払 (Payment by Results : PbR)」と呼ばれる方式へと変更された。この支払方式では、診療実績に基づき病院の収入額が変わる (“患者にお金がついてくる”) ため、PCT から少しでも多くのサービスを購入してもらえよう、各病院間で一定の競争が生じることになる。

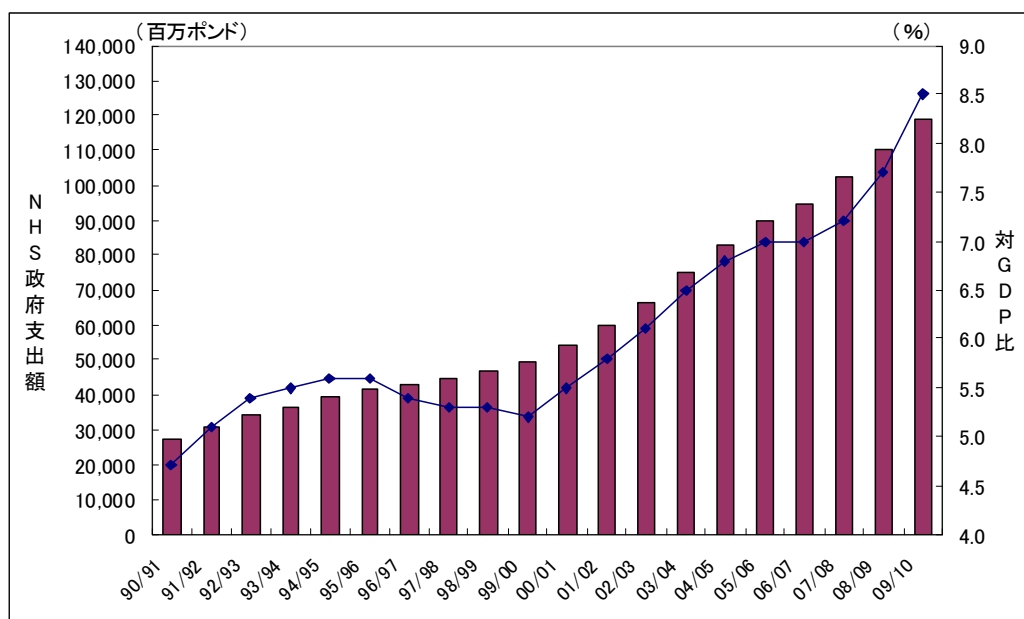
労働党政権が『NHS プランの遂行』でこの構想を明らかにした当初は、保守党政権時代の「内部市場」との多くの類似点が強調され、市場原理導入を警戒する意見が多く出された。しかしながら、実際には、労働党政権における提供機能と購入機能との分離政策と保守党政権における内部市場政策とではいくつかの大きな相違点もあった。その大きな相違点とは、1) 労働党政権ではこの政策を推進する際に NHS 予算を大幅に増額しながら進めたこと、2) 労働党政権では、この政策と同時に、NSF の設定や NICE によるガイドラインの作成、サービス提供者に対する監督機関の設置など、国家的な枠組みも整理・導入したこと、が挙げられる。つまり、労働党政権下の NHS では、大きさの変わらない小さなパイを奪い合う病院間の競争ではなく、パイ自体を急激に大きくしていくことで、結果的に医療の質が犠牲とならない病院間の競争につなげようとした。保守党政権における内部市場政策は、国家の介入をできるだけ小さくし市場競争原理導入による効率化を狙いとした、ある意味シンプルな改革であったが、労働党政権の改革では市場原理を一部取り入れながらもその競争の方向性を国家的な、ある意味で大掛かりな業績評価枠組みの中でコントロールしようとした。こうした点で、労働党政権による NHS 改革は、「市場原理」の長所を活かしつつ、「国家」が果たすべき役割を積極的に前面に出しており、まさにブレアが掲げた「第三の道」に基づく NHS 改革であったといえる。

## ② NHSにおける積極的財政政策

労働党政権では、待機患者数の増加を始めとするNHSの諸問題の原因を医療に対する投資不足と結論づけ、合わせて保守党政権時代の医療費抑制策に区切りをつけた。そして、労働党政権は、『NHSプラン』のサブタイトルに「投資のための計画」「改革のための計画」としたように、NHS予算を大幅に拡大し、医療に投資しようという積極的財政政策へと大きく舵を切った。この積極的財政政策は労働党政権下のNHS改革を特徴づける大きな要素といえる。

実際、2000-01年度にはおよそ540億ポンドであったNHS政府支出額は、その後毎年大幅に増額となり、2009-10年度にはおよそ1,200億ポンドと、実に10年間で2倍を超える規模にまで拡大した。また、対GDP比も2000-01年度には5.5%であったのが2009-10年度には8.5%と大きく上昇している。

図表 29 NHS政府支出の推移



(資料) HM, *Treasury Public Expenditure Statistical Analyses 2011*, HMT, *GDP deflator consistent with March 2011 budget* をもとに作成

## ③ 現場への権限委譲と中央集権的な業績管理システムの導入

労働党政権では、積極的財政政策によりサービス提供量の拡充を図る一方で、「医療の質の向上」や「患者の選択」といった視点も重視し、これを実現するための様々なインセンティブ・手段を積極的に開発・導入したが、この点も労働党政権によるNHS改革の大きな特徴となっている。

労働党政権では、患者の選択を重視する観点から、患者に最も身近な臨床現場、具体的にはPCTに、サービス購入者としての機能を担わせるとともに、PCT

がサービス購入に関する意思決定を適切に行えるよう権限と予算を大幅に委譲した。また、NHS トラスト病院や FT 病院だけではなく、民間病院を含め多様なサービス提供主体の参入を推進することで、患者の選択権を拡大し待機期間の縮減を図ろうとした。

労働党政権は、医療サービスへのアクセスの改善を図り、地域による健康格差を解消し、国民の健康状態を全体的に引き上げることを最終目標とした。このため、全国レベルの目標を設定するとともに、NICE によるガイドラインの策定や NSF の設定など、サービスの標準化と EBM (Evidenced Based Medicine、根拠に基づく医療) の実践に努めた。そして、PCT や FT の裁量を拡大する一方で、これらの NHS 関係機関が全国目標に向けて適切に取り組んでいるかどうかを監督する機関を別途設けた。また、これらの NHS 関係機関が目標達成に向けた適切な活動を行うよう、診療報酬支払方式を始めとするインセンティブ制度を導入した。

#### ④ 改革の焦点の変遷

以上、述べてきたように、労働党政権下の NHS 改革では、単なるサービス供給量の拡充という視点だけではなく、改革の内容は多岐にわたっているが、それぞれの改革が開始・強化された時期は異なる。イギリス会計検査院 (National Audit Office : NAO) は、『NHS プラン』の対象期間である 2000 年から 2010 年までを、その時期に施行された施策の特徴に応じて、「第 1 段階：供給量の拡大と投資」(2000-03 年頃)、「第 2 段階：選択、競争、良い財政システム」(04-07 年頃)、「第 3 段階：質の高い医療と VFM (Value for Money、支払に見合った価値) の提供」(08-10 年頃) と 3 段階に区分している。

2000 年から始まる第 1 段階では、NHS の予算額を大幅に増加し NHS の施設・設備の整備・拡充や医療スタッフの増員を進めることで NHS の物理的な供給能力を高めることに重点が置かれた。そして、患者の待機期間や死亡率の改善など国民にとって大きな関心事項である問題に積極的に取り組んだ。2004 年頃からの第 2 段階では、患者の選択権の拡大や、医療機関、特に FT の裁量権の拡大、PbR 制度等の「良い財政システム」の導入といった改革に取り組んだ。そして、2008 年頃から始まる第 3 段階では、患者に対する質の高い医療の提供と納税者にとっての VFM を高めるための改革に重点を移した。2000 年代半ば頃から「NHS の生産性」に関する議論が始まった<sup>57</sup>が、ブレアの後継であるブラウン政権下では、2008 年 9 月のリーマン・ショック以降の経済状況の悪化を受けて、財源の使い方において VFM の視点がより重視されることとなった。2009

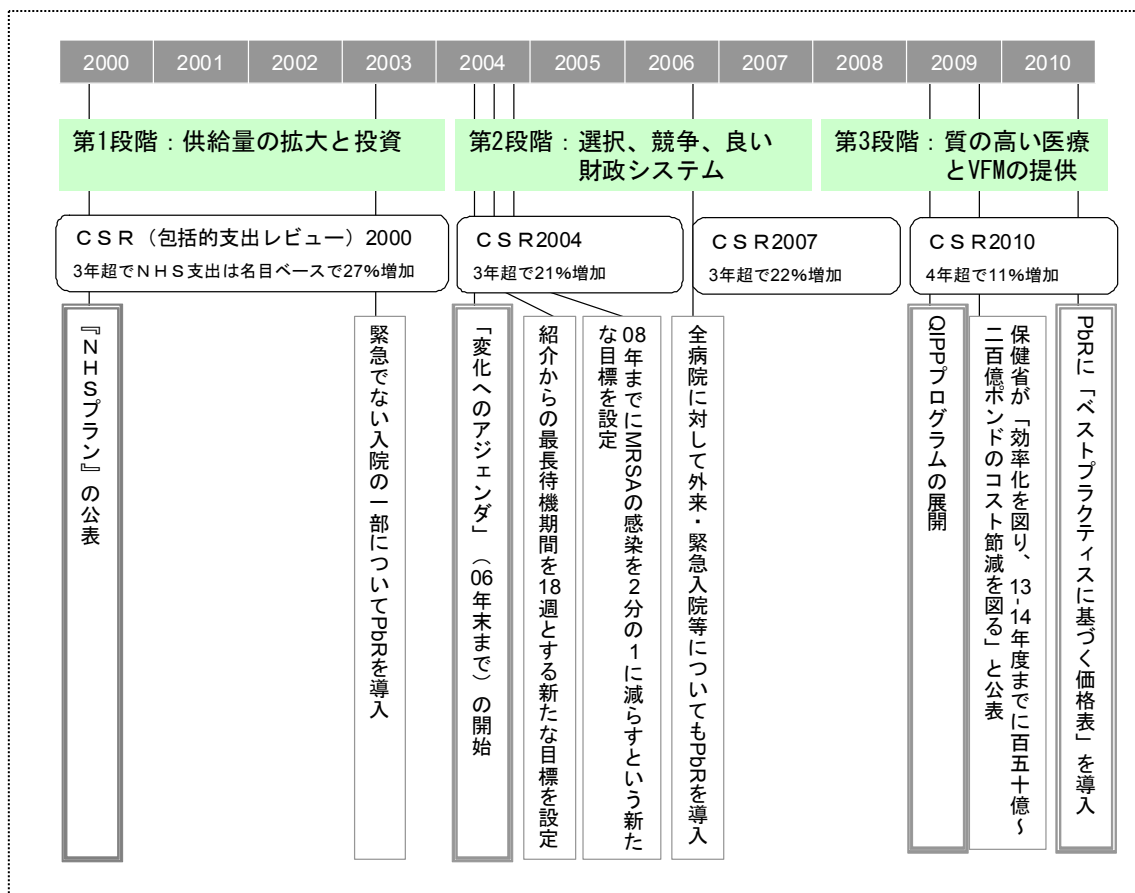
---

<sup>57</sup> 後述する。

年に「QIPP（Quality, Innovation, Productivity and Prevention、質・革新性・生産性と予防）事業」が開始されたが、これはベストプラクティスの研究を進め、それを展開していくことで医療の質と生産性の向上を同時に図ろうとしたものである。積極的財政政策の推進により供給能力が確保され一定の成果が見えてきたところで、次の段階として、患者の選択権の拡大や医療の質の向上に改革の焦点が移っていったのはある意味で自然といえる。また、ブラウン政権下では、ブレアの『NHS プラン』を継続する方針を示しながらも、国の財政状況の悪化を受け、生産性の向上や VFM を強調せざるを得なかったというのも事実である。

このように労働党政権による NHS 改革は時期によってその焦点が異なっている点に留意する必要がある。

図表 30 『NHS プラン』2000 年以降の 3 つの段階と導入された施策  
（病院に関する施策）



（資料）NAO, *Management of NHS hospital productivity* をもとに一部改編

図表 31 NHS プラン以降 3つの段階と導入された施策

年	首相	段階	CSR	出来事
2000 以前	ブレア首相	第1段階 (供給量の拡大と投資)	CSR2000	1997年12月『新NHS白書』公表 1998年3月NHSダイレクトの試験的導入 1999年NSFの策定・公開開始 1999年4月「健康改善事業(HImps)」開始、PCG創設、NICEの創設
2000				7月『NHSプラン』公表 ウォークインセンターの導入
2001				7月『NHS内の権限バランスのシフト』公表
2002				4月『NHSプランの遂行』公表 7月『NHS内の権限バランスのシフト:次のステップへ』公表 10月PCGからPCTへの完全移行、保健当局の廃止
2003				PbRの試行的導入 国民保険料1%引上げ
2004		第2段階 (選択、競争、良い財政システム)	CSR2004	1月Monitorの設置 4月FTの創設、FTへのPbRの適用、QOFの導入 6月『NHS改善計画』公表
2005				3月『NHS改善計画と患者主導のNHSとするために』を公表 7月『患者主導のNHSの購入』公表 12月4-5病院の中から選択できる仕組みの導入
2006				10月PCTの再編(303→152) 全病院に対して外来・緊急入院等についてもPbRを導入
2007		ブラウン首相	CSR2007	6月『NHSネクスト・ステージ・レビュー』公表
2008				4月CQCの創設 QIPP事業の展開 ※保健省が「効率化を図り、13-14年度までに150~200億ポンドのコスト節減を図る」と公表
2009	PbRにベストプラクティスに基づく価格表を導入			
2010		CSR2010		

(注) CSR : Comprehensive Spending Review

## (2) 労働党政権による NHS 改革の成果

このように多岐にわたる労働党政権の NHS 改革の結果、どのような成果があったのか、ここでは整理したい。

第一に、施設の整備やスタッフの増員等が進んだ。2007-08 年時点での評価となるが、1997-98 年度には 11 億ポンドであった資本支出額は 2007-08 年度には 55 億ポンドとなり、実質ベースで約 4 倍の年間資本支出額の規模となった（10%以上の実質年増加率）。2007-08 年度までに総計 290 億ポンドの資本支出が行われたが、これらは病院建物の建替えや新規開設等に充当された。NHS 制度が開始した 1948 年以前の建物が占める割合は 1997 年時点で 50%であったが、これが 2007-08 年度には 20%にまで低下した。新規開設については、ブレア政権の看板ともなった「PFI (Private Finance Initiative) 方式」が病院開設でも積極的に行われた。このため、1997 年以降 2007-08 年度までに 88 病院が開設されたが、このうち 67 病院が PFI 方式であり、残り 21 病院が公的資本によるものといった状況にあった。この数字は 2007-08 年時点のものであるが、その時点でさらに 24 病院が建築中となっており（うち 19 病院が PFI、5 病院が公的資本）、「2010 年末までに 100 施設以上の病院を増やす」という『NHS プラン』の目標は早い段階で達成の目処がついた。MRI・CT 等の高額医療機器やプライマリケアについても投資額が増加し、整備が進んだ。さらに、医療スタッフについても増員が進んだ。例えば、NHS の医師数は 1995 年にはおよそ 8 万人であったが、2000 年にはおよそ 9 万人、2005 年には 11 万人を超えるなど大幅に増加した。

第二に、待機患者数が大幅に減少し、平均待機期間も大幅に短縮した。労働党政権が発足した 1997 年の年末時点では入院待機患者数は 126 万人であったが、2007 年には 59 万人と半分にまで減少した。また、待機期間の中央値でも、1997 年時点では 14.5 週間であったのが 2007 年には 5.2 週間と 3 分の 1 近くにまで短縮している。大きな改善といえるだろう。

図表 32 入院における待機患者数の推移（各年 12 月時点）

時期	患者数	待機期間別患者数						中央値 (週間)	平均値 (週間)	
		8週間 以上	3か月 以上	6か月 以上	9か月 以上	12か月 以上	15か月 以上			18か月 以上
1997年	1,261,915		666,559	367,558	180,970	68,332	18,213	972	14.5	19.9
1998年	1,173,598		589,294	315,724	156,055	56,094	13,969	0	13.1	19.0
1999年	1,108,006		543,199	285,440	139,733	52,147	13,091	105	12.8	18.6
2000年	1,034,381		509,463	267,127	132,060	49,215	13,293	10	12.8	18.7
2001年	1,050,221		513,738	259,123	117,318	31,769	4,222	9	12.7	18.0
2002年	1,056,648		505,274	236,928	86,810	11,002	49	0	12.5	16.8
2003年	973,126		406,634	151,645	35,207	391	68	6	11.2	14.4
2004年	858,108		290,122	68,019	791	366			8.7	11.2
2005年	784,316		191,057	1,021	413	26			7.6	8.8
2006年	775,502	360,183	186,317	790					7.4	8.8
2007年	591,334	169,468	52,209	439					5.2	6.3
2008年	558,187	135,574	40,734	195					4.6	5.8
2009年	630,953	176,625	59,497	158					5.0	6.2

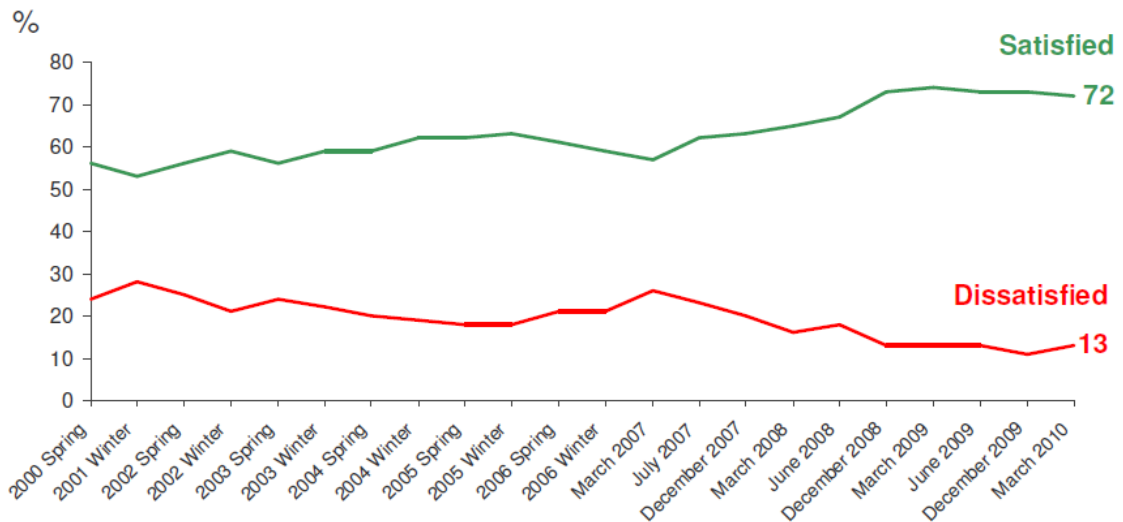
(資料) DH, Knowledge & Intelligence STATISICAL INFORMATION 2009/10 をもとに作成

第三に、NHS に対する国民の満足度が大きく改善した。Social Research Institute の調査結果によると、2010 年 3 月時点における国民の満足度（「満足している」と回答した人の割合）は 72% となった。これは、この統計が開始された 2000 年 4 月以降において最も高い数値となっている（図表 33）。

1983 年から調査を行っている National Centre for Social Research による NHS 満足度調査の結果では、労働党が政権を獲得した 1997 年には調査開始以来過去最低の 34% であった満足度が、2009 年には 64% と過去最高の記録となっていることを示している（図表 34）。


この結果をみてもわかるとおり、労働党政権による NHS 改革については、国民から高く評価されているといえる。

図表 33 NHS に対する国民満足度の推移①



Base: English adults aged 16+ (c.1,000 per wave)

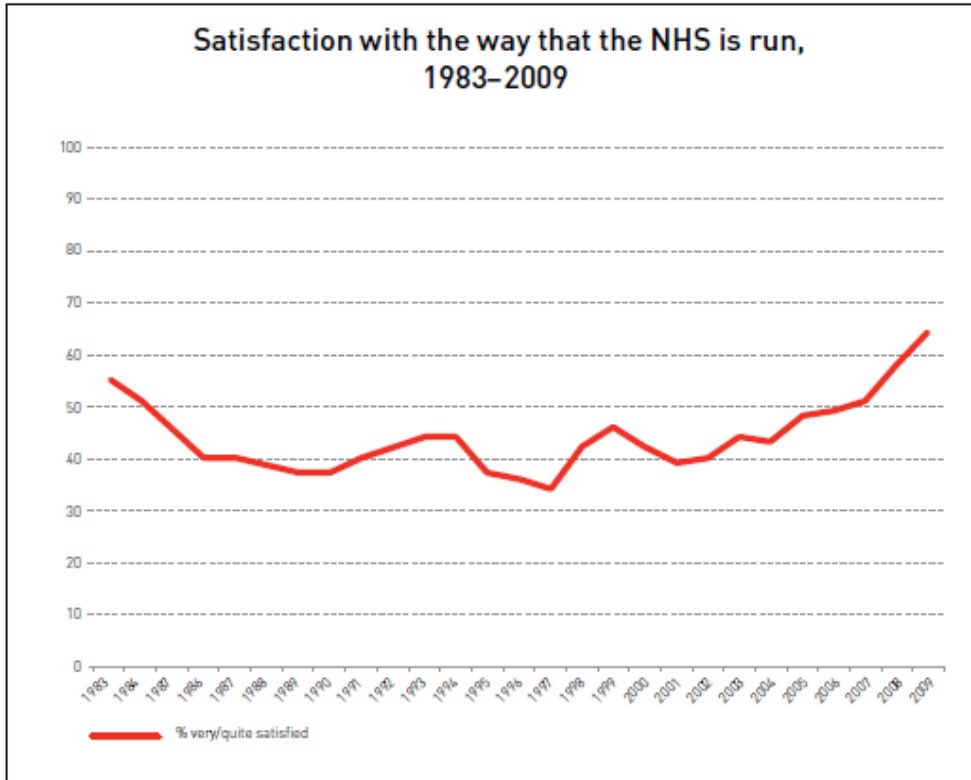
Ipsos MORI

Source: Ipsos MORI/DH Perceptions of the NHS Tracker 

(資料) DH (June,2010) *Public Perceptions of the NHS and Social Care*



図表 34 NHS に対する国民満足度の推移②



(資料) National Centre for Social Research, *British Social Attitudes 27th Report*

## IV. キャメロン連立政権下における NHS 改革

2010年5月6日の総選挙の結果、デービッド・キャメロン (David Cameron) 率いる保守党が労働党を破り第1党となった。しかし、単独過半数に至らなかったため、保守党はニック・クレグ (Nick Clegg) を党首とする第3党の自由民主党と連立協議を行った。この結果、保守党と自由民主党による連立政権が誕生し、キャメロンが第75代首相 (在任期間: 2010年5月~)、クレグが副首相となり、1997年のブレア以降3期13年にわたる労働党政権が終わりを告げた。

### 1. 改革の方向性

キャメロン連立政権が進めようとしている NHS 改革の基本方針は、2010年7月に発表された白書『NHS の自由化~公平性と卓越性~ (Equity and excellence: Liberating the NHS)』 (以下『NHS の自由化』) の中に示されている。ここでは、キャメロン政権がどのような意図を持って改革を進めようとしているのか、具体的にどのような改革を進めているのか、改革に伴ってどのような課題が指摘されており、関係団体からどのような懸念が示されているのか、を整理した。

なお、現在、改革を実現するための法案が議会で審議されている段階であり、本節で示した改革に関する内容が必ずしもすべて実現されるとは限らないことを予め付言しておきたい<sup>58</sup>。

#### (1) キャメロン連立政権の基本方針 : Liberating the NHS

キャメロン連立政権は、2010年7月に『NHS の自由化』を発表し、NHS 改革の方向性を示した。5年間は別の NHS に関する長期的計画を立てる予定はないとしていることから、この報告書が連立政権の NHS 改革に関する基本方針を集約したものであることが読み取れる。同白書では、「NHS を自由化」するための具体的な方針として、1) 患者中心とすること、2) アウトカムを改善すること、3) 自律性・説明責任 (アカウンタビリティ) ・民主的正当性を高めること、4) 官僚主義を廃し効率性を高めること、の4点を掲げている。

1) と2) については、労働党政権で推進されてきた改革の方向性と符合するところが大きい。3) と4) については、労働党政権では強く打ち出されてこなかった概念である。医療の質の向上を図ることと並行して、サービス購入側・提供側ともに政府の規制を緩和することで自律性を高め、経営改善のインセンティブを機能させることにより効率化を達成し、結果として医療費の節約を達

---

<sup>58</sup> 2012年3月27日、Health and Social Care Act 2012 が成立した。

成することが強調されている点に、リーマン・ショック以降の経済成長に悩む  
キャメロン連立政権の特徴を見ることができる。

また、『NHS の自由化』で示されている内容としては、より現場に近いところ  
で意思決定がなされることを目的として、NHS 組織の大幅な組織改革も盛り  
込まれている点が注目される。政府組織の統廃合だけでなく、サービス購入側・  
提供側それぞれについても 3~4 年の間に組織改革を実現する予定であること  
が示されており、広範な影響が予想されている。

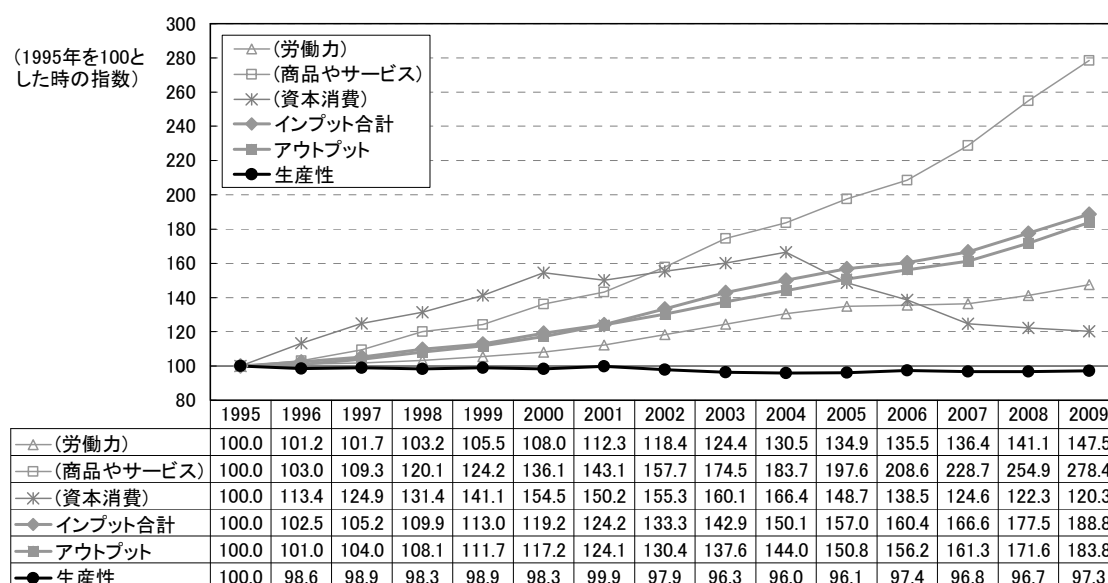
## (2) 効率性重視へのシフト

### ① 効率性に関する評価と目標

キャメロン政権は『NHSの自由化』の中で、医療費は毎年純増させると宣言した上で、改革による効率化によって2013-14年までに150億～200億ポンドの節約を行うが、現場スタッフの支援や革新的治療への投資、患者の選択権拡大のための再投資は行うこととしている<sup>59</sup>。このため、少なくとも毎年4%の効率化による節約を行う必要があるとされている。

労働党政権下の積極的財政政策は国民から高い評価を得たものの、2000年から2008年までにNHSの生産性は毎年0.2%低下したとの指摘もなされた。ブレア労働党政権下で推進された積極的財政政策ではサービス供給量を拡充することで医療へのアクセス改善につなげることに焦点が置かれ、続くブラウン政権下では医療の質と生産性の向上が強調されたものの、資源投入量に見合ったサービス供給量となっていなかったことになる。

図表 35 2000年以降のNHSの生産性の推移

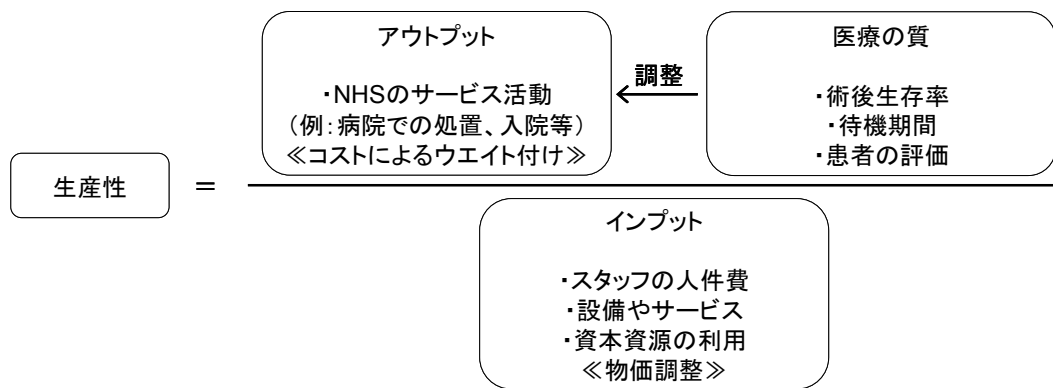


(資料) Office of National Statistics, *Public Service Output, Inputs and Productivity: Healthcare Full article* (March, 2011)

<sup>59</sup> その後、2014-15年度までに200億ポンドの節約をすると修正。

イギリス会計検査院では、病院の生産性を以下のような方法で算出しているが、NHS の生産性のうち特に病院での生産性は毎年 1.4%の割合で低下したと指摘されていることから、キャメロン政権では、NHS 内の支出の 40%以上を占める急性期病院や一般病院に対する効率性向上に向けた圧力が強くなることが予想されている。キャメロン政権では、改革の基本方針の一つとして「官僚主義を廃止し効率性を高めること」を挙げていることから、インプット自体の見直しも視野に入れているといった見方も十分にできる。これに対し、有識者の中には、インプット、つまり投資が効果を発揮するまでには時間がかかるため、特にインプットを増加させている過程で生産性を測定した場合には、生産性が過小評価されるという指摘もある。

図表 36 会計検査院による病院の生産性の算出方法（概要）



(資料) NAO, *Management of NHS hospital productivity* をもとに一部改編

## ② 効率性向上に向けた取組

イギリスのシンクタンク Nuffield Trust では、病院の効率性を決定するものとして「外部環境」、「病院の経営」、「病院の運営プロセス」といった 3つの領域ごとに要素を考えることを提案している。

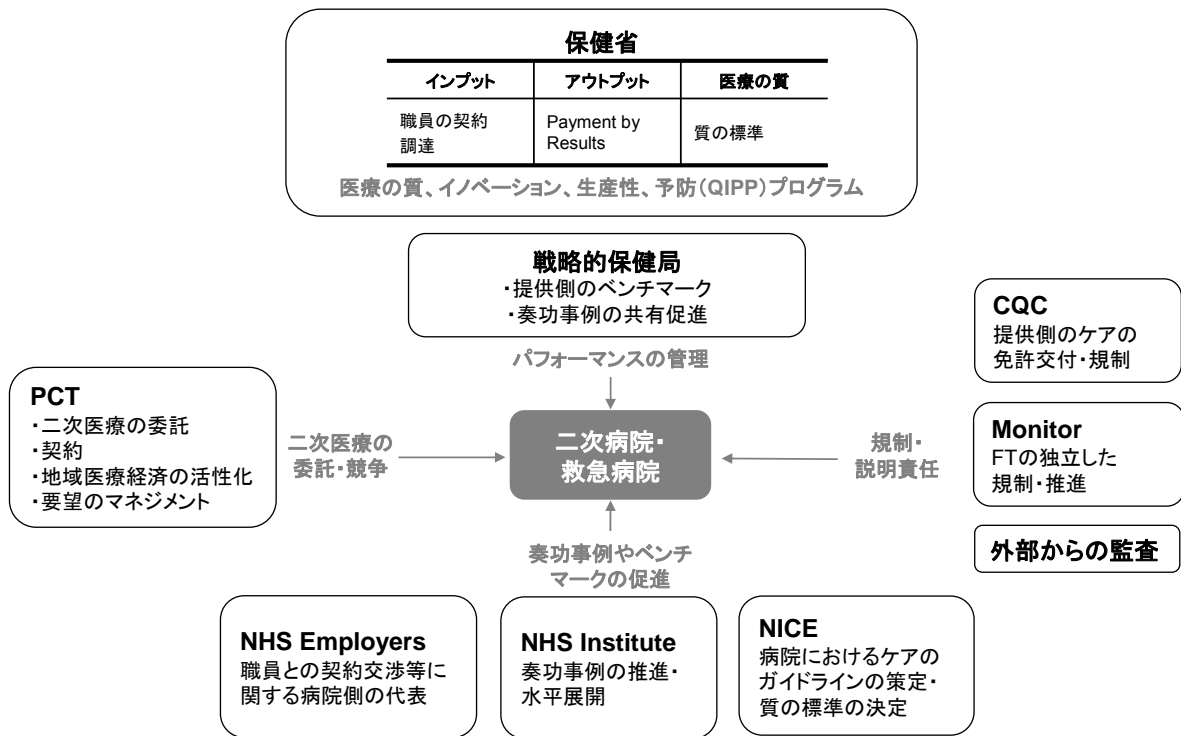
図表 37 病院の効率性の決定要素

決定要素の領域	具体的な要素
外部環境	財政的圧力、競争・収入・パフォーマンスの管理、技術革新
病院の経営	リーダーシップ及び臨床的後押し、業務プロセス及び方法論の再設計
病院の運営プロセス	入院期間とベッド数の削減、合併、医療の質によるイニシアティブ、スタッフの生産性向上

(資料) Nuffield Trust, *Can NHS hospitals do more with less?*

ブラウン労働党政権下の 2009 年に「QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention) 事業」が開始されたが、これは医療の質の向上と生産性の向上を同時に達成するための手段であり、経営改善の指針にもなっている。この QIPP は、臨床上のベストプラクティス事例を収集し、その詳細情報を蓄積・公開・普及させていくことで、医療の質の向上と生産性向上を同時に図ろうとするものであった。現在、がん、診断、心臓、肺、脳卒中の 5 分野において情報が整理・公開されている。また、NHS Employers や NHS Institute、NICE といった政府機関により、ベストプラクティス事例（奏功事例）の共有化やベンチマークによる経営改善を促進し、病院の経営をより高次のレベルに引き上げようとする試みが行われてきた。

図表 38 病院の生産性に影響を与える外部機関



(資料) NAO, *Management of NHS hospital productivity* より作成

キャメロン政権下の『NHSの自由化』では、こうした前労働党政権の改革の方向性を踏襲しながらも、これまでのような国からのトップダウンに基づく目標設定ではなく、臨床結果に焦点を当て、患者に実質的な権限を付与し、臨床現場に権限と説明責任を与えることで、医療の質の向上と効率性向上を目指すこととしている。そのため、規制当局の組織改編や役割の整理も含めた、広範な改革の内容が示されている。

一方で、現在、イギリスでは、21世紀におけるNHSの対処すべき課題として、国民のNHSに対する期待の高まりや高齢化によるニーズの増加、情報化社会の進展、医療技術の高度化、疾病構造の変化、医療従事者の職場環境に対する期待の変容などが指摘されている<sup>60</sup>ところであり、費用節減を進めながらの医療の質の向上と効率性向上を同時に達成することは容易ではなく、臨床現場に対する要請の高まりに対しては、早くも反発の声が高まっている。例えば、イギリス医師会（BMA）では法案に対し明確に反対の立場をとっており、キャメロン政権が達成しようとしている臨床主導の意思決定や患者中心の医療は、システム全体の構造的変化を行わなくても達成できるものであり、過度に市場競争に重点が置かれていることや改革によるサービスの不安定化に対しては今後も改善を要求していくと表明している<sup>61</sup>。

---

<sup>60</sup> DH (2008) *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final Report*

<sup>61</sup> B BMA (2012) *Health and Social Care Bill: Message to members from BMA Chairman*

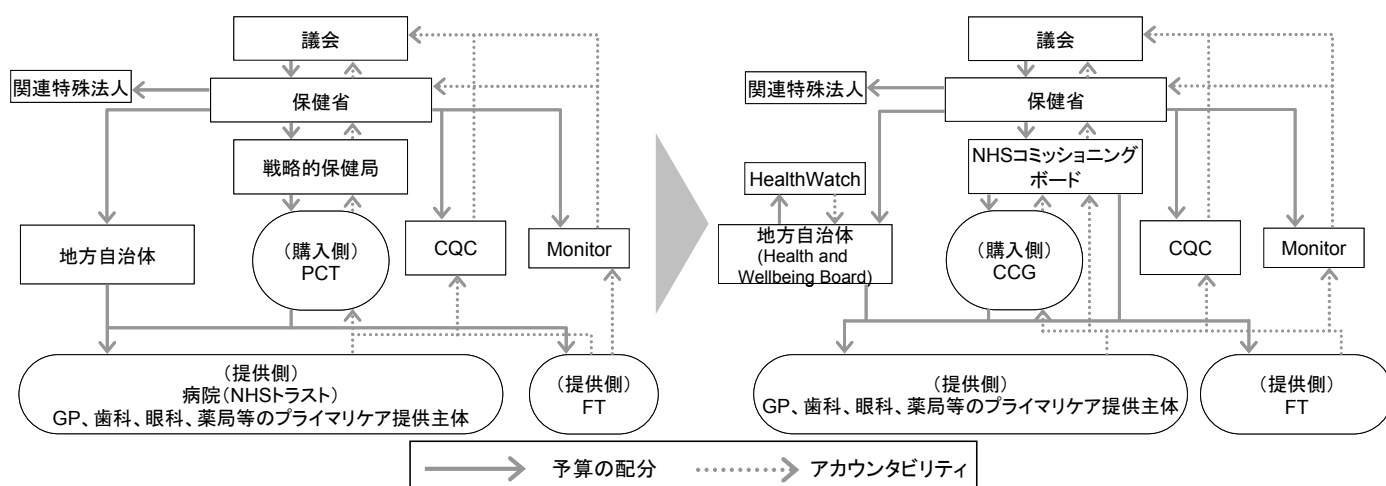
### (3) 組織改革による自律性の向上

#### ① 組織改革の概要

『NHS の自由化』の中には、NHS 組織の大幅な改革が盛り込まれており、キャメロン政権の NHS 改革の方向性を最も顕著に示す内容となっている。サービス購入側及び提供側の組織改革については次節以降で詳述するが、キャメロン政権の具体的な方針のうち、特に、1) 自律性・説明責任 (アカウンタビリティ)・民主的正当性を高めること、2) 官僚主義を廃し効率性を高めること、の 2 点を具現化することが意図された組織改革となっている。

組織改革の主な内容として、第一に、戦略的保健局を廃止し「National Health Service Commissioning Board (以下「NCB」)」を設置することとしている。これまで戦略的保健局では、購入側の PCT に対する予算配分とともに、提供側の病院に対する数値目標等の設定の役割を担うことで、購入側・提供側双方に関わってきたが、NCB は購入側への機能のみを引き継ぐこととされ、提供側の行動管理については規制当局に委ねることとなった。この NCB は、1) 購入における医療の質の継続的改善のためにリーダーシップをとること、2) 地域・患者の参画と選択を推進・展開すること、3) CCG (Clinical Commissioning Group)<sup>62</sup>を確実に発展させること、4) GP によるプライマリケアや薬局、眼科等の特定のサービスの購入を行うこと、5) NHS の予算配分を行うこと、6) 医療へのアクセスの公平性を確保していくこと、といった役割を担うことが期待されている。

図表 39 キャメロン政権における改革前後の組織図 (イメージ)



(資料) NAO, *National Health Service Landscape Review* をもとに一部改編

<sup>62</sup> 後述する。



第二に、規制当局である **Monitor** や **CQC** の役割を強化し、提供側である病院の行動を管理することが定められている。まず、**CQC** は基本的な医療の安全性や質を監視するための機関として免許交付や監査を行い、改善が必要と判断した場合には病院に対し具体的な行動を求めることができるようになった。病院に対しては3か月に1度の定期報告を求めるだけでなく、1年に1度の抜き打ち監査も行っており、その結果は、1) 患者の権利の尊重と治療への参画の水準、2) ニーズを満たす治療・支援の水準、3) 治療の安全性と事故防止の水準、4) 職員の水準、5) 経営の水準、の5分野に要約され、個別の病院ごとに **CQC** のウェブサイトで公開されている。また、**Monitor** はこれまで **FT** の規制を行う機関とされていたが、**NHS** 全体の経済的監視を行う機関として職務が拡大されることとなり、1) 競争の促進と反競争的行為の防止、2) **PbR** を含む価格の設定による資源の効率的利用の推進、3) 地域内での継続的サービス提供の支援、といった役割・責任が追加されることとなった。

第三に、地方自治体の関与がより明確な形で定められた。地方自治体は地域のニーズを計画に盛り込む役割を担っているが、改革で「**Health and Wellbeing Board**」と呼ばれる委員会を設置することが決められた。この構成メンバーなどの要件については地方自治体の意向が反映しやすい柔軟なものとなっている。また、地方自治体は「**Health Watch**」を設置することが必要となり、患者や職員の意見や評価のフィードバックを行うとともに、医療へのアクセスや選択の支援を行うものとされている。一方、国レベルでは、**Health Watch** の上位機関として、**CQC** 内に「**Health Watch England**」を設けることとなった。この **Health Watch England** は、各地域の **Health Watch** から報告を受けて必要な支援をしたり、**NCB** や保健大臣、**Monitor** に対して助言を行ったり、サービスが十分でない場合は **CQC** に介入を提言するなど、多様な機能を持つことが提言されている。

これらに加えて、後述するように、購入側に関しては **PCT** を廃止して、主に **GP** で構成される新たな購入組織である「**Clinical Commissioning Group** (以下「**CCG**」)」を設置することとしている他、二次医療を担う病院や急性期病院等の提供側は、**NHS** トラストからすべて **FT** に移行することとしており、それぞれに属する主体がより自律的な経営の意思決定を行うように誘導することが企図されている。

## ② 組織改革に対する懸念

『**NHS** の自由化』においては、まさに **NHS** を「自由化」して各々の組織を自律的に行動させることで、**NHS** の質の向上と効率性向上を同時に達成しようとしているが、イギリスのシンクタンクからは、キャメロン政権の提示しているアカウンタビリティの仕組みは脆弱かつ不確実な関係性に基づいたものであ

り、政府がこれを過度に信頼しているといった懸念が示されている。

キャメロン政権が現在示している組織改革では、購入側に対する政府の強力かつ広範な権限が維持されることとなり、CCG と NCB、及びそれらと保健大臣の間に、これまでと同様に指揮命令系統の関係性が再形成される可能性が高いことが指摘されている<sup>63</sup>。これは、CCG 内のガバナンス機能も Health and Wellbeing Board の位置づけも弱いために、結局は NCB や保健大臣が介入することになる、と考えられていることによるものである。NHS は政府支出の中でも最も大きな領域の一つであり、また政府予算の制約に対する圧力が高まる中で、どのようなことに費用を使い、どんなサービスを提供するのか、特に病院の閉鎖があり得るのであればそれについてアカウントビリティが重要であることは今後も変わらない。このような観点からすれば、契約上の説明責任と地方自治体による監督システムだけでは、選挙で選ばれた国会議員が納得するだけの情報を得ることはできないものと考えられ、中央政府による管理と政治的アカウントビリティを求める圧力が高まるといった予測が示されている。

現在、イギリス議会において改革法案の審議が行われているが、上記の懸念どおり、病院の閉鎖等については保健大臣が説明責任を負うものと修正されるなど、政治的アカウントビリティに関する議論が続いており、今後の動向が注目される<sup>64</sup>。

---

<sup>63</sup> King's Fund (2011) *Accountability in the NHS: Implications of the government's reform programme*

<sup>64</sup> Nuffield Trust (2012) *Parliamentary briefing*

## 2. 購入側に関する改革

### (1) PCT の廃止と CCG の創設

キャメロン政権は『NHS の自由化』の中で、官僚主義の是正によって NHS の運営コストを 45%以上削減することとしている。これは、中央集権的であった NHS 組織の分権化を推進して、意思決定の重心を管理・経営組織から現場・臨床側に移そうとする政権の意向が強く反映されたものである。

具体的には、労働党政権下で購入側の中核的役割を果たしてきた PCT を廃止し別組織を設けること、その PCT に予算配分を行っていた保健省の出先機関である戦略的保健局を廃止し、NCB を設けることが示されている。特に、地域内にある PCT は NHS 全体の約 8 割にあたる予算配分を受けており、医療計画策定と GP への報酬支払いや病院サービスの購入のための費用が含まれている他、経営に携わるメンバー（GP や看護師等の医療職、事務職）の人件費も支出している。

図表 40 North Central London (PCT) のサービス購入の支出内訳

項目	支出額(百万ポンド)	構成比
急性期病院・病院	1,151	45.5%
メンタルヘルス	369	14.6%
プライマリケア	300	11.8%
専門病院	143	5.6%
コミュニティサービス	187	7.5%
プライマリケアの処方	174	6.9%
その他	208	8.2%
合計	2,532	100.0%

(資料) NAO, *Management of NHS hospital productivity*

2011 年 1 月 20 日時点で PCT は 151 あるが、『NHS の自由化』では、2013 年 4 月以降、順次この PCT に替えて「Clinical Commissioning Group (以下「CCG」) を設立することとしている。CCG の役割としては PCT とほぼ同様であるが、組織の構成メンバーが GP を中心とするグループに変わることとなる。2011 年以降、CCG は PCT からの移行を見据えて「shadow form」(影の PCT) としての活動を始めることとされており、実際に地域内で CCG が仮形成され、意思決定に責任を持つまでのトレーニングが行われている。

PCT を CCG に移行することについて、キャメロン政権は「意思決定をより患者に近いところ(つまり GP)で行うため」としており、プライマリケアの臨床専門家である GP が医療の購入を行うのが最適であると考えている。つまり、常に臨床面からの意思決定が行われるよう、臨床的判断の責任とそれに伴

う財政的責任を GP に一括して委ねることによって、患者の健康にとって明らかに利益のない活動（管理業務など）を削減し、結果的に効率性を高めることができるとしている。

## (2) 課題と懸念

### ① GP が購入側でありながら提供側ともなる可能性について

イギリスのシンクタンクの調査によれば、患者が病院を選択する際に参考とする情報としては、政府が提供している「NHS Choice」やリーフレットのような病院の成果を比較できるものはあまり重要と考えられておらず（それぞれ 4%、6%）、患者自身のそれまでの経験（同 41%）や知人・家族の口コミ（同 10%）、GP のアドバイス（36%）となっており<sup>65</sup>、病院の選択に際して GP の影響が非常に強いことが明らかとなっている。

CCG はそこに所属する GP のサービスを購入する直接的権限はなく、NCB が行うことになるものの、GP は購入側としてだけでなく提供側としての側面を強めることが可能である。これまで NHS では、プライマリケアと病院サービスなどの二次医療との間に明確な境界があったが、既に一部地域の CCG においては、複数の GP による共同運営主体が救急医療や血液検査等の従来二次医療が担ってきたサービスを提供する動きがみられる。この場合、GP は従来であれば NHS トラスト病院等の外部サービスを購入したものの、今後は外部への支払を極力減らすため CCG 内のサービス提供者を紹介する可能性もあり、患者にとって最善の意思決定が GP により行われるのか、患者と GP との間で利害の対立が生じるのではないかといった懸念の声もある。

### ② GP が予算の意思決定者となることについて

例えば予算の制約によって抗がん剤等の高額な薬剤の使用ができない状況となった場合、これまで GP は「PCT の（マネジャーの）責任である」と患者に説明することが可能であったが、今後は GP 自身の意思決定ということになる。患者としては、本当に臨床上の必要性に応じた意思決定がなされているのか疑問を持つことになり、今後、GP と患者との関係が変化する可能性も指摘されている。

---

<sup>65</sup> King's Fund (2010) *Patient Choice*

### ③ GP の管理・運営スキルについて

CCG は PCT と同様に医療計画を策定したり、病院などのサービス提供側と交渉を行ったり、組織を管理することが求められるが、そのような管理能力を確保するために現在の PCT の管理スタッフを継続雇用する可能性が高く、結局は PCT と変わらない組織になるのではないかといった指摘がされている。また、PCT は設立された当初は約 450 あったが現在は約 150 にまで集約化されているが、これと同様に、現在既に 300 程ある CCG は規模のメリットを得るために時間とともに集約化していき、結果的に現在の PCT と同じような数に落ち着くのではないかといった見方もある。さらに、CCG に対して政府がシステムの詳細な運用方法について非常に多岐にわたるガイドラインを設けているため、イギリス医師会では、大規模な営利組織のサポートを必要とせざるを得なくなるのではないかといった懸念を表明している<sup>66</sup>。

---

<sup>66</sup> BMA (2011) *Why the BMA is opposing the whole Bill*

### 3. 提供側に関する改革

#### (1) FT への移行の義務化

キャメロン政権において、医療の質の向上と効率化を同時に図ることを目的とした改革のもう一つの大きな柱が、提供側、つまり病院の組織改革である。NHS における二次医療の提供者としては、NHS トラストと FT、民間病院等が混在している。その中でも、FT は NHS トラストと比較して自律性・独立性が高く、地域住民や職員によるガバナンスが作用すること、剰余金の使用用途を自己決定できること、民間からの資金調達に制限がなくなること、サービス提供量の増減のための組織改変や投資が容易になることなどの利点を有する。

しかし、NHS トラストが FT となるためには、戦略的保健局、地方自治体、提供側に対する経済的監視組織である Monitor の審査に合格する必要がある、特に Monitor では約 3～4 か月間にわたる厳格な審査が行われる<sup>67</sup>など、ハードルも高くなっている。

Monitor では自らの行う審査を NHS におけるリスクマネジメントの一種と位置づけており、財政的安定性とマネジメント力を兼ね備えた NHS トラストのみを FT とすることで、NHS 制度全般を堅固なものとし、政府による介入の必要性を最小化することができると考えている。病院が赤字運営となった場合、NHS トラストであれば NHS から財政補填が行われるが、FT の場合は自らで対応しなければならぬことから、経営努力のインセンティブが高まり経営効率化が進むことが期待されている。

FT への移行を申請中の NHS トラストの中には、運営面がどのように変わるかを比較して示しているところもある。

図表 41 NHS トラストと FT の運営面での比較

NHS トラストによる運営	→ FT となった場合の運営
NHS に属する病院は、NHS スタッフにより、NHS の方針に従って患者の治療を行う	基本的に変化はないが、改革がより自由になる、意思決定がより速くなる、財政調達の裁量がより大きくなる、といった点で変化がある
国全体の NHS としての目標を達成することが求められ、例えば感染症低減のため X ではなく Y の清掃体制をとるような等の具体的な指示が出ることもある	国全体の NHS としての目標を達成することは同様であるが、問題への対処は経験や知識に基づいて自ら決定することができる
臨床の質や安全性について、CQC から規制を受ける	変化なし

<sup>67</sup> Monitor (2008) *Applying for NHS Foundation Trust Status: Guide for Applicants*

戦略的保健局による管理を受ける	Monitor が組織運営の合法性や適切性、財務状況をチェックする点で、規制を受けることに変わりはないが、Monitor による規制事項は戦略的保健局よりも少なくなる
利用者の参加を得ている	法的権限を持った Members' Council を通じて、患者家族やスタッフを含む関係者が、より直接的に戦略や指針の決定に関与する
新規で大型のプロジェクト開始には、認可が得られるまでに時間がかかることがある	財務状況が良好な場合は、Monitor から現在よりも迅速に許可が得られる
非常勤の院外取締役が指名され、幅広く市民の代表として病院の経営陣を監督し、必要に応じ異議を唱える	Members' Council を通じて、患者家族やスタッフを含む関係者がより直接的に院外取締役を指名する
長期的に見ると、現状の NHS トラストが存続し続けるかは不透明である	ほとんどの病院が、近い将来には FT になる（またはその意向を持っている）
スタッフが病院運営に参加する	雇用契約を結ぶ以外の付加的手段として、全スタッフが Members' Council から代表者を選ぶ過程に関わることで、病院運営に直接的に関与する

(資料) Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust ホームページより作成

## (2) 課題と懸念

『NHS の自由化』の中では、3年以内にすべての NHS トラストを FT に移行することとしており、これを受けて、当初国会に提出された法案では 2014 年 3 月 31 日を FT への移行期限としていた。その後修正された法案では、移行期限に関する一文は削除されたものの、依然としてすべての NHS トラストを FT に移行させる方針は明記されたままである。イギリス国内にある NHS トラストのうち、2011 年 10 月時点で FT は 139、NHS トラストは 113 である。現在も FT となるために申請中の NHS トラストがある他、NHS トラスト同士の合併や FT による NHS トラストの買収も検討されている。

Monitor による審査の段階で提出が求められる 5 年間の経営計画の中では、サービスの質が確保されていることに加え、財政的に安定していることが強く求められる。NHS トラストは、労働党政権下の積極的財政政策とニュー・パブリック・マネジメントの流れの中で、PFI 方式の活用によって病棟の改築・増築、新設等を行ったケースも多く、債務が完済できていないために FT への移行が遅れたり、財務状況が良好ではないため未だに申請できる状態にない NHS トラストもある。イギリス会計検査院によれば、2011 年 10 月時点で、残る 113 の NHS トラストのうち 20 が FT への移行が困難であると考えられており、そのうち 17 は合併を模索しているということである<sup>68</sup>。

<sup>68</sup> NAO (2011) *Achievement of foundation trust status by NHS hospital trusts*

## V. NHS 改革とわが国への示唆

ここまでサッチャー保守党政権以降、現在のキャメロン連立政権に至るまでのおよそ 30 年にわたる NHS 改革の歴史を駆け足で追ってきた。ここでは、各政権による NHS 改革の特徴を総括した上で、これらイギリス NHS 改革の経験を踏まえ、わが国の医療政策への示唆について検討したい。

### 1. 各政権による改革の特徴

サッチャー - メージャー保守党政権は、オイルショック以降悪化した財政を再建すべく、電話やガス、空港、水道等の国有企業の民営化や規制緩和、所得税や法人税の引下げ、公的支出の管理等、大胆な改革に取り組んだ。政府の介入をできるだけ抑え（小さな政府）、市場原理を重視するという方針は「新自由主義」とも呼ばれた。保守党政権は、医療分野においても国立病院の再編や医療費抑制策を進めた。そして医療供給体制の効率化を図るため、医療サービスの供給機能と購入機能を分離させ（内部市場の導入）、医療供給者間に競争原理と企業経営管理手法を導入した。保守党政権の改革の主眼は競争原理と企業経営管理手法を導入することで効率化を図り、医療費を抑制することであった。しかし、待機患者数は増加し続け、患者が住む地域によって受けられる医療サービスが異なるなど、NHS を巡る諸問題は深刻化し、国民の NHS に対する不満も高まった。

1997 年の総選挙で「第三の道」を掲げ政権を獲得したブレアとその後継のブラウン労働党政権では、サービス供給不足による待機期間の長期化や医療施設・設備の老朽化、医療従事者の意欲低下などの NHS の諸問題を解決し 21 世紀にふさわしい NHS とするためには、医療に積極的に投資することが必要と判断した。そして、その具体的な目標水準として、総医療費対 GDP 比を欧州平均並みとすることとした。このことは、総医療費対 GDP 比が、医療に対する投資規模の適切性を判断する指標の一つとなりうると労働党政権が考えたことの証左といえる。労働党政権は、保守党政権時代の医療費抑制策から脱却し 10 年間で 2 倍の医療費規模に拡大する「積極的財政政策」へと大きく方針転換を図る一方で、医療サービスの供給主体と購入主体とを分離し民間参入を促進する政策は維持し、それぞれの現場に権限を委譲していくことでその機能をより発展させた。しかし、ここでのキーワードは保守党政権時代の「競争」ではなく「パートナーシップ」であった。労働党政権では、達成すべき全国目標を設定し、NHS 関係機関（PCT や FT、NHS トラスト等）がその目標達成に向けて適切な取組を行うよう監督・評価機関（Monitor や CQC）を設けるとともに、医療提供者（診療所、病院）に対してはサービス供給量の増加や質の向上、効率化等のイ



ンセンティブが機能する診療報酬支払方式（PbR、QOF）を導入した。また、地域による格差を是正し、医療の質の向上を図るため、NICE を創設し診療ガイドラインの作成・普及を図るなど国家的な仕組みを導入した。さらに、患者の選択や利便性を重視し、NHS ダイレクトやウォークインセンターを設置した他、患者の身近なプライマリケア（PCT）に病院サービス等を購入する権限と予算を大幅に委譲した。

このように労働党政権での NHS 改革は非常に多岐にわたっており、その大きな特徴としては、1) NHS に対する積極的財政政策の推進、2) 医療サービス提供機能と購入機能の分離とその強化、3) 国家的な業績管理型システムの導入、4) 患者の選択権や利便性向上の重視等が挙げられる<sup>69</sup>。このうち、2) と 3) については内部市場の長所を活かしつつ、国家的な業績管理型システムを導入することでサービス供給量の確保と質の向上を図る、まさに「市場」と「国家」の機能の折り合いをつけた「第三の道」に基づく改革であった。

2007 年にブレアの後を継いだブラウン労働党政権では 2008 年秋のリーマン・ショック以降の財政悪化を受けて、投資に見合った効果（VFM）の観点が重視されるようになり、NHS の「生産性（productivity）」がキーワードの一つとなった。そして医療の質向上と生産性向上を同時に達成するためにベストプラクティスの研究とその普及に取り組んだ。

2010 年 5 月の総選挙で労働党政権から政権を獲得したキャメロン連立政権（保守党と自由民主党による連立政権）では、これまでの改革の方向性を劇的に変えようという姿勢は今のところみられない。しかしながら、キャメロン政権では、労働党政権と同様の積極的財政政策を採ることはなく、むしろ「効率性（efficiency）」が強調されている。この背景には 2008 年のリーマン・ショック以降の景気低迷といった経済情勢や財政状況の悪化もあるが、これとは別に VFM に対する社会的な要請もある。すなわち、労働党政権下では NHS に多額の投資をしてきたが、2000 年代半ば以降、この投資に見合った生産（医療供給）が行われているのか、つまり VFM の観点からの検証が研究者などからも指摘・提起されるようになった。政府としても、NHS 全体の VFM を高めていくことを政策課題として掲げざるを得ない状況となっている。また、キャメロン政権においては、労働党政権がトップダウン方式で目標を定め、専門組織に業績評価を行わせた NHS の仕組みを「官僚主義」と批判し、こういった全国レベルの目標管理や組織機構をなるべく縮小し、地方や臨床現場レベルでの目標管理や意思決定に変えていこうとしている。さらに、今まで以上に積極的な民間への市場開放の動きもみられる。

---

<sup>69</sup> ブレア労働党政権による NHS 改革の特徴は、松田亮三（2009）「ブレア政権下の NHS 改革—構造と規制の変化—」『海外社会保障研究』No.169 号、pp.39-53 に詳述されている。

以上が各政権による NHS 改革の特徴である。この間、サッチャー - メージャー保守党政権はサービス供給機能と購入機能を分離し「内部市場」を導入することで、「競争」による効率化を進めようとした。一方、ブレア - ブラウン労働党政権では、「協調」を前面に出し「競争」を後方に置くという形で内部市場機能を存続・発展させた。具体的には、プライマリケアを重視し PCT の購入機能を強化する一方でトラスト病院の FT 化や民間参入などを進めながら供給側にサービス供給量の拡大と質の向上のインセンティブを与えた。そして、キャメロン連立政権においても大きな方針転換の兆しは今のところみられない。

このように見ていくと、政権によって「国家」をより重視するか、「市場」をより重視するかというイデオロギーの違いはあるものの、いずれの政権も、少なくとも表面上はイギリス NHS において重んじられてきた「全国どこでも、誰もが公平にサービスを受けられる」という基本理念までは改革のターゲットとしていないこと、そして、供給機能と購入機能との分離による緊張関係、患者視点・選択権の強化を改革の要素としていること、といった共通項がみられる。

しかし一方で、「市場」と「国家」のどちらをより重視するかという違いは、国家財政に対するスタンスの違いにも現れる。サッチャー - メージャー保守党政権及びキャメロン連立政権では NHS 改革の中で「効率性 (efficiency)」という用語が多く用いられているのに対して、労働党政権では「生産性 (productivity)」という用語が多く用いられている。「効率性」と「生産性」は、いずれも資源投入量 (コスト) を分母に、サービス供給量を分子に置くという点では共通しているが、例えば、「効率性」はサービス供給量が一定の場合に分母 (コスト) をどう少なくしていくのかといったように分母に着目して用いられやすいのに対して、「生産性」は一定の資源投入量 (コスト) とした場合にどのようにサービス供給量を増やすことができるのかといったように分子に着目してしばしば用いられる。こうした文脈で捉えれば、労働党政権 (特にブラウン政権) では国家財政が厳しくなる中、支持基盤である労働組合などにも配慮し「NHS の生産性を高める」ことで (資源投入量をそれほど減らさずに) 財政規模の拡大を抑制しようと考えたのに対し、キャメロン連立政権では効率性を重視し、労働党政権時代の「官僚主義」を廃止すると宣言しており、サービス供給量をあからさまに減らすことは国民からの反感を招くため、まずは管理部門を縮小することでコスト削減を図っていきたいと考えていることがうかがえる。大きな改革の方向性としていくつか共通項が見出せた各政権の NHS 改革ではあるが、イデオロギーの違いがもたらす改革の焦点やプライオリティ、プロセスに大きな違いが見られる。

## 2. わが国への示唆

本調査研究では、およそ 30 年にわたるイギリス NHS 改革の歴史を概観してきた。税方式と社会保険方式といった医療保障制度体系の違いはあるものの、わが国の医療政策のあり方を検討する上で参考となると思われる点について、①制度面、②財政面から、いくつか触れてみたい。

### (1) 制度面における示唆

NHS 改革は広範にわたり、NICE の創設と診療ガイドラインの策定・普及、P4P を取り入れた診療報酬制度の導入、NSF の設定、業績管理の仕組み等、わが国の医療政策を検討する上で参考となる取組は枚挙に暇がない。しかし、ここでは、そのような個別の取組に関する意義づけではなく、制度体系そのものにおける政策的示唆について言及したい。

第一に、サッチャー保守党政権から現キャメロン政権に至るまでどの政権においても「医療サービス購入者の機能」を必要と判断し、それを重視したということである。イギリスでは、税方式による医療保障制度を特徴づける一つの要素として長らく包括予算方式による国営サービスの提供が続いた。しかし、この方法では、医療提供者側にサービス供給量の拡大や医療の質向上に対するインセンティブを与えなかった。こうした反省を踏まえ、サッチャー - メージャー保守党政権時代に、サービス提供機能と購入機能を明確に分離することで一種の緊張関係を生み出し、サービス提供者間の競争による効率化を図ろうとした。そしてブレア - ブラウン労働党政権ではさらにサービス供給者側と購入者側の裁量を強化するとともに、サービス供給量の拡大と医療の質の向上、効率化のインセンティブが働く報酬支払方式や業績評価の仕組みを導入することでより完成度を高めたといえる。この組織機構改革で注目すべき点は数多く挙げられるが、特に注目したいのが、各政権がサービス購入者の機能を必要と判断し、その役割をプライマリケアに担わせたという点である。具体的にいえば、労働党政権では PCT を創設しその PCT に、患者のために専門医療・高度医療サービスを「購入する (commissioning)」機能を担わせた。そして、その PCT には地域の医療ニーズを見積もり、それに必要な医療サービスを確保し結果的に地域住民の健康改善を図るというミッション(使命)を与えた。イギリス NHS 改革は大掛かりな改革であったが、こうした購入者である PCT の役割(医療計画の策定や医療サービスの確保、医療機関の選択、サービス購入など)はわが国で議論される「保険者機能」とも通じるものがある。このことは、税方式であろうとも、医療供給者側の効率化や質の向上の努力を促す対峙者が必要であることの証左といえよう。

キャメロン連立政権ではこのサービス購入者の機能を GP の集団である CCG に担わせようとしている。PCT との相違点は、PCT は GP だけではなく多職種による運営を重視し、専門医療・高度医療サービスの購入については管理部門が主に対応したが、CCG は GP の集団であり、キャメロン政権ではこの GP に予算を配分し専門医療・高度医療サービス購入の役割を担わせようとしている。1990 年代の GP fundholder や労働党政権時代の診療所（GP Practise）化により、ごく少数ではあるものの企業経営者的な GP も存在し、病院サービスとの競合関係も見出せる状況が生まれつつある中、実際、患者の立場に立った最善の選択がなされるのか懸念する声もイギリス国内で聞かれた。つまり、サービス購入者の役割をサービス供給者でもある GP や GP の集団に担わせるという仕組み自体に利益相反的な要素が含まれており、例えば、GP に対する報酬のあり方次第では、患者の立場に立った購入者としてよりも、むしろ供給者としての側面が強化されてしまう懸念がある。労働党政権時代には、医療従事者だけではなく事務職も加わった PCT の中で、臨床的役割と購入者としての役割がある程度分担され、しかも PCT や GP に対する業績評価の仕組みがそれを担保していた。しかし、PCT が廃止され、GP の集団である CCG にその役割を担わせることになった現政権下で、この CCG が購入者としての機能を発揮できるのか疑問の声が出ている。政府もこうした懸念に対して、NCB による CCG のサポートや、Health Watch の設置など地方自治体の関与、Monitor による経済的監視機能の強化などを導入することとしている。このようなイギリスの経験は、保険者の存在意義や保険者機能のあり方を検討していく上で重要な示唆を与えるものとする。

第二に、税方式の医療保障制度における患者の選択権強化とは何を意味するのかという点である。わが国は社会保険方式を採用し、患者は自ら診療所・病院等を選択し、受診することができる。昨今、地域によっては、特定の診療科がないため遠くの医療機関に受診しなくてはならないなど、医療供給体制における地域間の偏在、診療科の偏在などが問題となっているが、それでも、わが国における患者の選択権は、イギリスとの比較においては、十分とはいえない場合があることも認めつつ、それなりに確保されてきたといえる。一方、イギリスにおいてはサッチャー保守党政権から現在に至るまで、税方式の医療保障制度の中でどのように患者の選択権を強めていくかということが政策課題となってきた。イギリスは、税方式を採用し受診時負担が原則無料という制度を採用していることもあり、専門医療・高度医療サービスの必要性を判断するゲートキーパーの機能に対する要請は強いといえる。そしてゲートキーパーは臨床的な見地から専門医療・高度医療サービスの必要性を判断することが適切と考えられ、GP がその役割を担ってきた。こうした中での患者の選択権は、登録す

る GP を選択できるようにすること、そして GP が病院を紹介する際に複数の病院を提示すること、病院受診日時を患者が予約できるようにすることといった形で行われた。わが国からみれば、依然として患者の選択権は限られたものといえる。

しかし、税方式・受診時無料負担の制度において、患者の利便性や選択権を高めていく場合、過剰受診やそれに伴う費用増加が予測される。そうした意味では、臨床的見地から受診の必要性を判断するゲートキーパー機能は依然として必要である。このゲートキーパーを患者が選択できるようにした場合、患者としては、比較的容易に良い病院を紹介してくれる、あるいは待機期間が短い病院を紹介してくれる GP を選びたいと考えるのが自然と思われる。良い病院との関係が良好な GP への登録希望者が集まり、GP でも登録者を増やすための「経営努力」が行われ、この行き着く先としては、GP の商業化に繋がるのではないかといった懸念が生じる。

第三に、イギリスにおける医療供給主体の性格の変化である。イギリスでは長らく国営サービスとして医療供給体制が確保されてきた。ここでは、良くも悪くも官僚主義的であったが、一連の NHS 改革によってこの官僚主義的性格はプライマリケア・二次医療いずれにおいても薄められつつあり、代わって商業的性格が強まりつつある。政府としても医療の質の向上や効率化を図るため、競争的な仕組みを導入してきたことから、これも当然の成り行きといえる。ブレア労働党政権では医療供給不足を補うため、PFI 方式を始めとして民間の積極的な活用を推進してきた。そして、現在、キャメロン政権でも医療分野における民間参入を積極的に進めており、NHS の枠組みの中で民間もサービス供給主体の一翼を担うことが引き続き期待されている。こうしたこともあり、最近では、民間資本による NHS トラスト病院の買収<sup>70</sup>などが話題となっているが、買収後に不採算部門から撤退し、国営時代からの病院資産がなくなってしまうことが懸念されている。イギリスの民間参入は、非営利主体の参入もあれば株式会社等の営利主体による参入も含まれており、わが国からみれば急進的な動きとみることもできる。また、国営病院も NHS トラスト、FT と変化していくに従い、例えば、FT では株式会社やジョイントベンチャーを設立することも認められるなど、その裁量も高まっている。NHS 枠外の私費サービスに対する民間収入については今のところ上限が設けられているが、それも廃止を望む要望が FT 側から提出されている。プライマリケアにおいても GP が検査会社を設立・運営したり、FT とジョイントベンチャーでプライマリケアと二次医療を統合したサービスを提供しようとするなど、従来とは異なり、より競争的な動き

---

<sup>70</sup> 2011年11月10日、Hinchingsbrooke NHS hospital がロンドン株式市場上場会社である Circle に買収されるというニュースが BBC で報道された。

も見られる。

このように 30 年にわたる改革を通して、わが国でイメージされてきた「国営サービス」によるイギリス医療供給体制については揺らぎが生じている。第二の点とも関係するが、イギリス医療保障制度がどのような方向に向かっていくのか今後も注意深く観察していくことが必要と思われる。

第四に、地方分権化と医療サービスの格差の問題である。現在のキャメロン政権では、臨床現場に権限を移し、医療と社会サービスの連携強化という観点からも地方分権化を進めている。このことは、医療サービスの公平性の確保を重視し全国的なサービス標準を作成して、国家的な管理を行ってきた労働党政権の方針とは異なる。地方分権化による多様性、結果的な地域差と NHS の基本理念である「公平性」との兼ね合いを今後どのように現政権が調整していくのか注目される。

## (2) 財政面における示唆

財政面における示唆としては、まず第一に、イギリス NHS 改革の経験は、医療費抑制政策がどのような弊害をもたらすのかを具体的に示し、「適切な医療財政規模」「適切な医療費水準」を改めて考えさせるきっかけになったということである。現在の医療財政規模が適切であるかどうかを判断するのは決して容易ではないが、ブレアが OECD 平均並みの医療費対 GDP 比を一つの目安としたことは画期的であり、国民に改革をアピールする上で大きく成功したものと評価することもできる。医療においては、厳しい財政状況になればなるほど、政策として、需要サイド・供給サイドにおける無駄をなくし財政支出を抑えようと、その発見と解消を強く求めるようになる。特に供給サイドにおいては、診療報酬制度や予算配分等の政策手段を通じて効率化を図ることが強く求められる。これは、保険料・税といった公的財源を主財源としている以上、当然の要請ともいえるが、過度な医療費抑制策はサービス供給量の著しい不足と質の低下をもたらすということをイギリス NHS の歴史は語っており、多くの国々に過度な医療費抑制策に対する警鐘を鳴らしたともいえる。

第二に、第一の点とも大きく関係するが、医療の供給不足と質の低下は国民に大きな危機感をもたらし、医療供給体制とその財政負担を見直そうという機運を高めるきっかけとなったということである。端的に言えば、適切な医療が受けられるかどうかはまさに生命に直結する問題であり、医療供給体制を確保するためであれば財政負担を増やしても良いという国民の合意形成が進んだ。このように、医療費の適正水準は国民が負担との兼ね合いでどう考えるかによっても決まるということもできよう。

第三に、急激な積極的財政政策の功罪である。サービス供給量が拡大し利便

性・選択性が拡大される局面においては、国民の医療保障に対する満足度は高まるが、医療費抑制策に伴い様々な制約が発生する局面においては、当然ながら国民の満足度は下がるものと推測できる。ブレア労働党政権では 10 年で 2 倍の規模にするという急激な財政拡大政策を採り、サービス供給量や患者の選択・利便性の向上などの面においては劇的な改善がもたらされたものの、一方で 2000 年代後半になると NHS の生産性の低下などが指摘されるようになり、**Value for Money**、つまり財政支出に見合った価値がもたらされているのかといった厳しい見方がされるようになった。こうしたことを踏まえると、ブラウン政権から現在までの期間は、財政規模とサービス内容との調整期間、効率化のための調整期間と評価することもでき、必ずしも国民の満足度が政策の適切さを反映しているものではないといった評価もありうるのではないかと思われる。

このように、税方式・社会保険方式といった枠組みを超えて、イギリス NHS の財政政策の変遷は、わが国の医療財政のあり方を検討する上での様々な示唆を与えるものといえよう。

## 参考文献

- BMA (2011) *Why the BMA is opposing the whole Bill*
- BMA (2012) *Health and Social Care Bill: Message to members from BMA Chairman*
- DH (2001) *The NHS Plan Investment and reform for NHS hospitals, Taking forward the NHS Plan*
- DH (2001) *Shifting the Balance of Power within the NHS-Securing Delivery*
- DH (2002) *Shifting the Balance of Power: The Next Steps*
- DH (2002) *Delivering the NHS Plan next steps on investment, next steps on reform*
- DH (2004) *The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services*
- DH (2005) *Commissioning a Patient-Led NHS*
- DH (2005) *A Short Guide to NHS Foundation Trusts*
- DH (2007) *Payment by Results Guidance 2008/09*
- DH (2007) *Rebuilding the NHS, A new generation of healthcare facilities*
- DH (2008) *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final Report*
- DH (2010) *Equity and excellence: Liberating the NHS*
- DH (2011) *A simple guide to Payment by Results*
- DH, *Department Report* 各年版
- Ham, C. and Hunt, P (2008) *Membership Governance in NHS Foundation Trusts: A Review for the Department of Health*
- Ham, C. (2009) *Health Policy in Britain, 6th edition*
- HM Treasury (2003) *PFI: meeting the investment challenge*
- HM Treasury (2011) *Public Expenditure Statistical Analyses 2011, HMT, GDP deflator consistent with March 2011 budget*
- House of Commons Committee of Public Accounts (2011), *PFI in Housing and Hospitals*
- IMF, *World Economic Outlook Database*, September 2011
- King's Fund (2010) *Patient Choice*
- King's Fund (2011) *Accountability in the NHS: Implications of the government's reform programme*
- Monitor (2008) *Applying for NHS Foundation Trust Status: Guide for Applicants*
- NAO (2008) *NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England*
- NAO (2010) *The performance and management of hospital PFI contracts*
- NAO (2011) *Achievement of foundation trust status by NHS hospital trusts*
- NAO (2011) *Management of NHS hospital productivity*



- NAO (2011) *National Health Service Landscape Review*
- National Centre for Social Research, *British Social Attitudes 27th Report*
- NHS Information Centre (2011), *Quality and Outcomes Framework Achievement Data 2010/11*
- Nuffield Trust (2012) *Parliamentary briefing*
- Nuffield Trust, *Can NHS hospitals do more with less?*
- OECD, *OECD HEALTH DATA 2010*
- Office of National Statistics (2011) *Public Service Output, Inputs and Productivity: Healthcare Full article*
- OHE, *Compendium of Health Statistics 20th Edition 2009*
- Secretary of State for Health (1997) *The New NHS: Modern, Dependable (The Stationery Office)*
- Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform*
- Secretary of State for Health (2002) *Delivering the NHS Plan*
- Secretary of State for Health (2004) *The NHS Improvement Plan, Cm6268 (The Stationery Office)*
- Secretary of State for Health (2008) *High Quality Care for All, Cm7432 (The Stationery Office)*
- Secretary of State for Health and others (1989) *Working for Patients (HMSO)*
- UN (2010), *World Population Prospects: The 2010 revision*
- 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2009年版」
- 一圓光彌 (1982) 『イギリス社会保障論』(光生館)
- 近藤克則著 (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えてーイギリスの医療・福祉改革』(医学書院)
- 堀 真奈美 (2009) 「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」『健保連海外医療保障』No.82号
- 堀 真奈美 (2011) 「保健医療分野における VFM とアカウントビリティの確保に関する研究 イギリスの NHS・ソーシャルケア改革を事例として」
- 松田 亮三 (2009) 「ブレア政権下の NHS 改革ー構造と規制の変化ー」『海外社会保障研究』No.169号: 39-53頁
- 森 宏一郎 (2007) 「イギリスの医療制度 (NHS) 改革ーサッチャー政権からブレア政権及び現在ー」



## 第II部 研究者特別論文

### NHS における市場指向の改革の展望

堀 真奈美

#### はじめに

イギリス<sup>71</sup>の NHS (National Health Service) は、第二次世界大戦後、国営の公共サービス事業として、支払能力に関係なく、全ての国民が、必要に応じて原則無料<sup>72</sup>で予防からリハビリまで包括的に医療サービスにアクセスできるシステムとして確立され、定着してきた。その対極的な制度枠組みをとる国として、民間供給、民間保険が主流である米国があげられるが、度重なる制度改革を経て、現在では、セミマクロレベルでは共通項が少なからず見受けられるようになっている。

そもそも、医療サービスは、その特殊性から一般市場で期待されるように競争原理が適切に機能しないと考えられている。スタンダードな経済理論では、①買い手は十分な情報をもっている（全ての売り手によって提供される商品の価格と品質について良く知っている）、②売買される商品は同質である、③売り手が複数いて各自が利潤の最大化をめざす、④買い手は消費者であり、消費するものの全ての費用を支払うということが前提条件として設けられている。

しかし、医療サービスにおいてこれらの条件が完全に満たされることはない。買い手と見なされる患者と売り手と見なされる医療サービス提供者の間には「情報の非対称性」があるし、医療サービスには不確実な要素が多く、全く同じ種類のサービスを同じように提供したとしてもその時点の患者の症状や体質などによってそのサービスの質が同じであるかどうかを判断することは難しい。また、医療サービス提供者の多くは非営利であり利潤最大化を目指した行動を行うわけではない。過疎地などエリアによっては自然独占にならざるを得ない場合もあるだろう。さらに、多くの先進諸国において、患者以外の第三者が費用の大半を支払う「第三者支払」（社会保険など）の制度が導入されている。つまり、消費者ともいべき患者がその費用を全て払うということではなく、厳密な意味で「買い手」であるとは言い切れないのである。このような医療サービスの特殊性をふまえず、やみくもに競争原理を導入しても機能せず、「市場の失

<sup>71</sup> 厳密には、本稿では、イギリスではなく、イングランドについて述べている。スコットランド、ウェールズ、北アイルランドは、地方分権下でそれぞれ独自の NHS 施策を展開している。

<sup>72</sup> 薬剤や歯科の自己負担など一部例外がある。成人は処方薬のために 7.2£ 程度（2009 年）を支払う。ただし、60 歳以上高齢者や 16 歳以下の児童、妊婦などに対しては支払が免除され

敗」がおきると考えられている（堀、2002）<sup>73</sup>。

しかしながら、1990年代以降、医療の効率化と質の向上という政策課題を実現する一つの解決方法として、「マネジド・コンペティション（managed competition）」という概念モデルに対する関心が高まった。「マネジド・コンペティション」とは、競争原理が適切に働かない要因であると考えられる幾つかの状況を改善することができれば政府等によって管理された市場においても競争原理が少なからず機能するという考え方である。なお、競争原理を機能させるために必要な前提条件として、①IT革命を背景に、医療情報を積極的に提供することによって患者とサービス提供者の間の「情報の非対称性」を改善する、②第三者（保険者等）を患者の代理人（エージェント）とすることで、「情報の非対称性」と「第三者支払」などにより派生する医療システムの非効率性を改善するというものが挙げられる。

「マネジド・コンペティション」は、提唱者であるエンソーベン（A. Enthoven）の母国米国よりも、医療費抑制と質の維持に悩む他の先進諸国の制度改革に大きな影響を与えた<sup>74</sup>。たとえば、社会保険の制度枠組みであるドイツ、オランダにおいては、保険者間競争<sup>75</sup>という形で部分的に導入され、本稿で焦点を当てる国営医療の制度枠組みであるイギリスでは、NHS内部において「疑似市場（quasi-market）」（又は、内部市場（internal-market）とも呼ばれる）の導入という形で部分的に導入された。

この疑似市場は、サッチャー - メージャー保守党政権時代に創設されたが、続くブレア - ブラウン労働党政権は、前政権を否定する組織改革を行いつつも、基本的な疑似市場の枠組みはそのまま継承した。また、労働党政権は、「競争」を前面に押し出してはいないものの、患者の選択を重視するという方針のもと、独立セクターを含むサービス提供主体の多様化や患者への医療機関に関する多様な情報提供の推進など市場指向の改革を少なからず行った。さらに、2010年に誕生したキャメロン連立政権は、さらなる大幅な組織改革及び患者の選択幅の拡大を通じて、再び正面から「競争」促進を図ろうとしている。改めて強調される「競争」であるが、本当にNHSの疑似市場において適切に競争原理が機能しているかどうかについては疑問の余地がある。

以上を問題意識とし、本稿では、まず、「マネジド・コンペティション」につ

---

ている。

<sup>73</sup> 堀真奈美（2002）「医療における競争原理」『福祉ミックスの設計』加藤寛・丸尾直美編、133-149

<sup>74</sup> 米国は、伝統的に、政府等によって管理されることを市場が嫌うことが背景にあると思われる。

<sup>75</sup> 保険者間競争（被保険者による疾病金庫の選択）を促進したドイツでは、保険者間格差の是正と逆選択などを防ぐために、保険者ごとに加入者の平均年齢、男女比率、平均扶養者数、平均所得、罹患率等に基づいて保険者間の財政リスク調整を導入している。

いて理論的考察を加えたのち、その適用という視点から 1990 年代以降の NHS 改革の沿革に焦点を当てる。その上で、イギリス NHS において競争原理が機能しているといえるのかどうか、市場指向の改革の意義、限界は何かについて検討を行う。そして、最後に、イギリス経験から日本が学べる示唆・教訓について若干の考察を加える。

## 1. マネジド・コンペティションとその適用可能性

そもそも「マネジド・コンペティション」という概念は、1980 年代半ば以降、米国において、急速に普及した民間保険商品であるマネジドケア・プランの影響を少なからず受けている。マネジドケア・プランの台頭の中で生じた競争には二つの要素があり、第一に、医療機関間の競争（保険者による医療機関の選択）という要素と、第二に、保険者間の競争（被保険者による保険者の選択）という二つの要素がある。

まず、第一の医療機関間の競争とは、患者獲得のための直接的な競争というよりは、潜在的な患者プールを保持している保険者との有利な契約獲得のための医療機関間の競争を意味する。この際、保険者は患者の「代理人」として患者のニーズに見合う良質でコストの安い医療機関等を選択することが期待される。それを実現するために、①保険者が医療機関の業績や提供する医療サービスの質に関する情報を収集・評価すること、②保険者による医療機関の選択・契約・価格交渉を可能にすることが前提として求められる。

第一の競争において保険者に求められる役割、機能は大きい。保険者は患者個人と異なり、被保険者全員の医療サービスをまとめて購入するので、患者個人に比べて、医療機関に対する価格交渉力は大きく、医療機関等の情報収集コストも少ない。医療機関側も潜在的な患者プールの獲得のために、保険者に情報を提供するインセンティブが働く。また、保険者内部に多様な専門分野の医師などを雇用することで、「情報の非対称性」を少なくすることも可能である。さらに、患者が利用した過去の医療記録データなどを収集・蓄積・分析することによって、統計的にパフォーマンスの高い医療機関を選別することも可能である。また、これらのデータから受診行動パターンを把握することで、ニーズにあった疾病管理、予防・保健活動も可能になる。

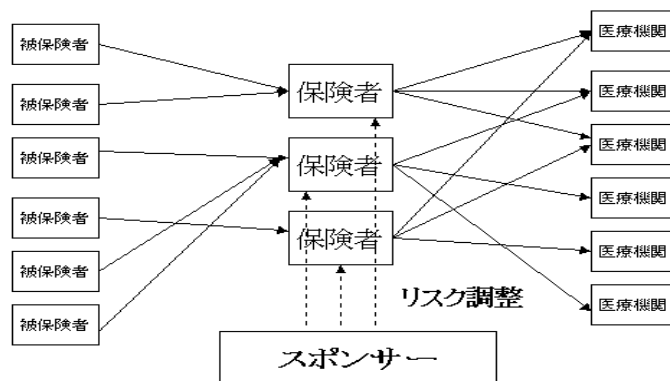
第二の保険者間の競争というのは、被保険者（一般消費者）獲得のための保険者間の競争を意味する。この競争がなされるには、①被保険者が自由に保険者を選択（移動）できる、②各保険者が保険料徴収や給付内容、医療機関への診療報酬支払方式の契約内容を決定できることが前提となる。被保険者は、各保険者の契約（提携、優遇契約）する医療機関のリスト、給付サービスの内容、

保険料、自己負担などを比較し、自分に適した保険者を選択することが求められる。

しかし、この保険者間の競争は、市場の性質によっては、1) 医療ニーズの少ない人の脱退によってリスクの高い集団が残される「逆選択」の問題、2) 「クリーム・スキミング」と呼ばれる保険者による恣意的な被保険者のリスク選択<sup>76</sup>の問題、3) 被保険者の便宜主義（opportunism）的な行動（病気になりそうな時に、保険料が多少高くとも給付条件が良い保険者に移動し、健康な時には、保険料が安く給付制限のある保険者に移動するなど）の問題、4) 保険事務の複雑化と事務コストの増大などの問題などが生じうる<sup>77</sup>。

これらの問題に対して理論的に修正を加えたのが、エンソーベンである。Enthoven（1988）<sup>78</sup>は、リスク調整、財政調整者としての「スポンサー」という概念を加えた上で、このマネジドケアによる競争を理論的に精緻化し、一定の規制を前提とした管理市場における競争を、「マネジド・コンペティション」と定義している。図1に、「マネジド・コンペティション」における二つの競争を単純化した概念図を示した。

図1 マネジド・コンペティションにおける二つの競争（単純概念図）



著者作成

なお、「マネジド・コンペティション」における被保険者、保険者、医療機関間の関係性を個々の医療費の流れにそって示したものが図2である。まず、①被保険者（患者）は、保険者に保険料を支払う、②患者は、医師（医療機関）

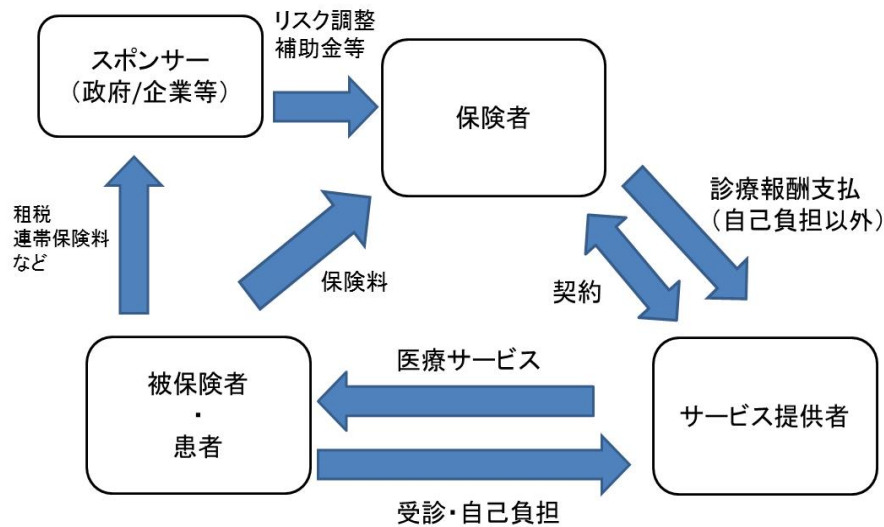
<sup>76</sup> 表向きにはリスク選択をしなくとも、健康な人ばかり優遇するオプションを用意する、高額医療費を要する医療サービスへのアクセスを制限することによって、若く健康な人を加入者とするのが可能である。

<sup>77</sup> 全ての国民を対象とする国営医療や社会保険（国民皆保険）では、各種規制によって、最初から「逆選択」や「クリーム・スキミング」や「便宜主義的な行動」の問題はそもそも生じにくいと考えられる。その意味で、最初から管理市場であるともいえる。

<sup>78</sup> Enthoven A.(1988) Managed Competition: An Agenda for Action, Health Affairs, Vol. 7, No. 3, pp. 25-47

を受診する（必要に応じて自己負担）、③保険者は、医師（医療機関）に契約等に従い診療報酬を支払う。ここまでの流れは一般的な保険の仕組みで見られる図式と大きく異ならない。新たに追加されるのは、④被保険者（患者）は、スポンサーに連帯保険料を支払う、⑤スポンサーは、保険者にリスク調整のための補助金等を支払うという流れである。

図 2 想定される医療費の流れ（単純化）



著者作成

エンソーベンは、このスポンサーの役割を担うものとして、従業員のために医療保険を購入する企業や医療費補助金等を出す政府を想定している。仮に、スポンサーを政府ととらえ、連帯保険料を税金と拡大解釈すれば、「マネジド・コンペティション」は保険者間のリスク構造を財政調整することを意味するため、社会保険の枠組みだけでなく、国営医療においても理論的には適用可能となる。実際、この理論モデルとしての「マネジド・コンペティション」の考え方は、制度枠組みの如何を問わず、多くの欧米諸国の医療制度改革構想に少なからず影響を与え、イギリス NHS では、疑似市場の創設につながったと考えられる。

しかし、理論的には適用可能であったとしても、現実社会において、あるいは、実態として、競争原理が適切に機能するかどうかは別問題である。特に、「マネジド・コンペティション」では、保険者が患者の代理人として行動すべく保険者の役割、機能が重要であるが、そもそも、NHS は、租税を主たる財源とする制度であり、厳密な意味での「保険者」は存在しない。では、NHS において保険者機能の発揮を期待される主体、つまり、「疑似保険者」とでもいうべ

き主体は一体何であろうか。以下では、NHS 改革の背景ともいえるべき構造的な問題および疑似市場創設以降の改革に焦点を当てながら、「疑似保険者」の主体およびその機能について検討したい。

## 2. NHS の構造的な問題

NHS の主たる財源は、租税（国税）であり、他の公共サービスと同様に予算枠が決まっている。当然のことながら、予算枠が増えない限り、原則として、予算を超過する支出増加は認められない仕組みとなっている。極端な場合、年度収支の均衡を維持するために、赤字に陥りそうになると、年度末に病棟閉鎖や雇用調整で帳尻を合わせることもさえない。逆に、政治的に NHS に配分する総予算の伸びを抑制すれば総支出もほぼ強制的に抑制することが可能なシステムである。

また、イギリスでは原則として、二次医療を受診するには、患者は事前に住所地で登録したプライマリケア担当医である GP（General Practitioner）を受診することが求められることから、必要以上に二次医療サービスを過剰受診するという可能性は極めて低い。GP が実質的な「ゲートキーパー」としての機能を果たしており、患者は全ての医療サービスを無料で受けられるが、無駄にサービスを受けるといったモラルハザードの問題は生じにくい仕組みとなっている。

以上のように、医療費のコントロールという視点のみで見ると、イギリスの NHS は極めて有効なシステムであったといえる。実際、後述するブレア政権の改革にいたるまでの長年にわたり、公的保健医療支出費（対 GDP 比）は、OECD 諸国でも低い水準にあった<sup>79</sup>。

一方で、予算の範囲内に需要が半ば強制的に抑制されることから、待機者問題が生じやすい仕組みにもなっていた。特に 1970 年代以降は、疾病構造の変化や医療技術の進歩などにより新たな需要が増加するのに対し、オイルショック以降の厳しい財政難もあり、資金不足、投資不足から供給体制が需要に追いつかないことから、1970 年に約 54 万人であった待機者が、1979 年には 70 万人台をはじめて突破するなど、待機者問題が深刻な社会問題となった。

さらに、質の向上や患者への応答性という視点で見ると、それらを促進するインセンティブがほとんどないというのが一般的なイギリス保健医療に対する見方であった。実際、1980 年代までの医療機関は、国立病院によりほぼ独占された状態にあり、総枠ブロック予算で報酬が支払われることから、サービスをしてもしなくても、そのサービスの質が高くても低くても総報酬額に影響はな

---

<sup>79</sup> 保健医療支出費（対 GDP 比）を OECD 諸国で比較すると、イギリスは 7% 台と最低水準にあり、先進諸国 10 か国で比較すると、2003 年まで日本よりも低い水準であった。



かった。これは登録住民の数に応じた人頭払いが報酬契約の基本となる GP に対しても同様のことが言えた<sup>80</sup>。他方、患者は必要に応じてサービスを無料で受けられるが、消費者としての権利意識は希薄であり、患者に対する専門職の対応も、パターナリスティックで、応答性に欠けるものであった。

歴代の政権にとって、効率性の確保と NHS の質向上は長年の重要な政治課題であった。そうした中、NHS の失敗は、「政府の失敗」として問題視されるようになった。

### 3. 保守党政権における疑似市場の創設

サッチャー政権（1979 - 1990）は、官僚機構である NHS の硬直性、非効率性を問題視し、公共支出の“Value for Money (VFM)”の向上に向けて様々な改革を実施した。まず、NPM（新公共経営）の発想から業績評価指標を導入し、複数の医療機関間でベンチマーク比較を行ったり、“コスト改善プログラム”を実施させ、毎年、効率性による節約額を創出することを義務付けることで NHS にマネジメント感覚の導入を図った。この他にも、スーパーマーケットの全国チェーン経営者であるグリフィス氏（Roy Griffiths）に NHS のマネジメントについて諮問するなど主にマネジメントに関する改革を実施した。グリフィス氏らによって、1983 年に出された「グリフィスレポート（NHS）」<sup>81</sup>では、現場の臨床医がマネジメントに参加し、予算権限を保有することが提唱された。さらに、1980 年代後半には、国立病院の統廃合や老年科、精神科を中心とした慢性病床数の大幅削減を行うとともに（図 3）、NHS 医療の範囲を厳格化した。これにより平均在院日数は大幅に短縮した。

このような改革の結果、効率性の向上が図られた一方で、財政制約プレッシャーによる緊急以外の手術のキャンセルや、一時的な病棟の休止、従事者の採用難など問題も露呈した（NAHA、1987<sup>82</sup>）。さらに、入院までの平均待機期間は大幅減少したものの、待機者リスト数は 80 万台をキープしており依然として深刻な問題であった（後述の図 6、7）。

サッチャー政権は、従来のインセンティブの欠如する組織的な枠組みでこうした問題を改善するのは限界があるとし、1989 年には、「Working for Patients」という白書を出し、患者主体の NHS を実現するためにサービスの購入機能と供給機能を分離（purchaser/provider split）させ、疑似市場を創設し、そこで「競争」を実現させることを提唱した。図 4 に示すように、疑似市場を創設する以

<sup>80</sup> 貧困者の多いエリアなど病気になる確率の高い住民の多いエリアで登録住民を受け付ける GP が少ないという問題が生じた。

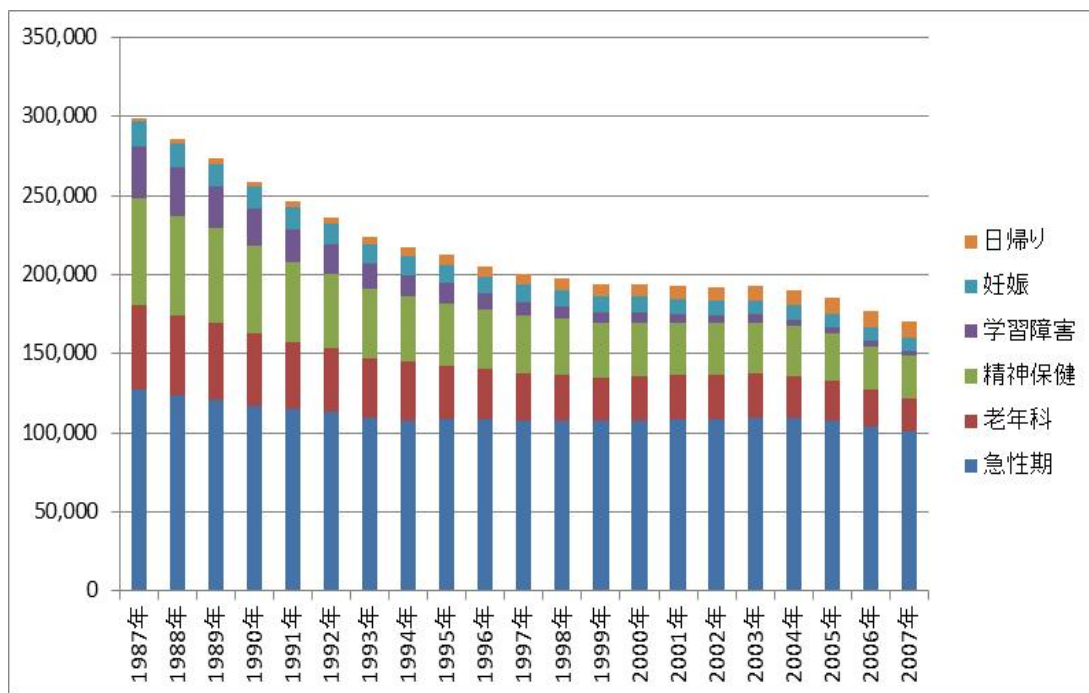
<sup>81</sup> 1988 年に、コミュニティーケアの分野でも別の「グリフィスレポート」は出されている。

<sup>82</sup> NAHA (National Association of Health Authorities) (1987), Autumn Survey 1987

前の NHS は、保健省（国）の地方出先機関としての“地域保健局”（Regional Health Authority）が、当該地域の医療サービスの予算・財源を保有すると同時に、同地域の地区保健局（District Health Authority）が国立病院の管理運営を行っており、市場的な要素が皆無の状態であった。

一方、従来よりも早く退院した慢性疾患で長期ケアを必要とする高齢者や障害者の退院後ケアにおける責任分担と後方連携のあり方が重要な問題となった。そこで、退院後の生活を維持するために必要とされるコミュニティケアについても改革が必要とされ、1988 年に出された「グリフィスレポート（コミュニティケア）」に基づき「Caring for People」という白書を 1989 年に出し、地方自治体にコミュニティケアの確保の責任及び権限、予算を移譲していくことを提唱した。

図 3 病床数の推移



出所：Department of Health form KH03 をもとに著者作成

後継のメジャー政権（1990 - 1997）は、サッチャー政権の提案を具現化すべく、NHS については、サービス供給機能と購入機能を分離させるなど疑似市場を創設すべく組織改革を実行した。まず、NHS トラストという公的な独立法人を創設し、国立病院の運営主体は、全て NHS トラストに移管した。これにより、NHS トラストは、地域の傘下の病院経営に特化した活動を、地区保健局は、サービス購入機能に特化した活動を行うことが可能となった。

さらに、地区保健局の保有する財源・権限の一部をプライマリケア医である

GPの一部（登録患者数の多いGPを中心）にも移管した。財源・権限を移管されたGPは、GPファンドホルダー<sup>83</sup>と呼ばれ、登録患者数に応じた一定の独立予算と特定領域におけるサービスの購入機能を保有することになった（図5）。この結果、地区保健局やGPファンドホルダーがNHSトラストや民間病院と価格・サービス面（待機の短さなど含む）でより有利な契約をすることが可能となり、NHSに疑似市場が創設されることになった。

図4 疑似市場の創設前のNHS（単純化）

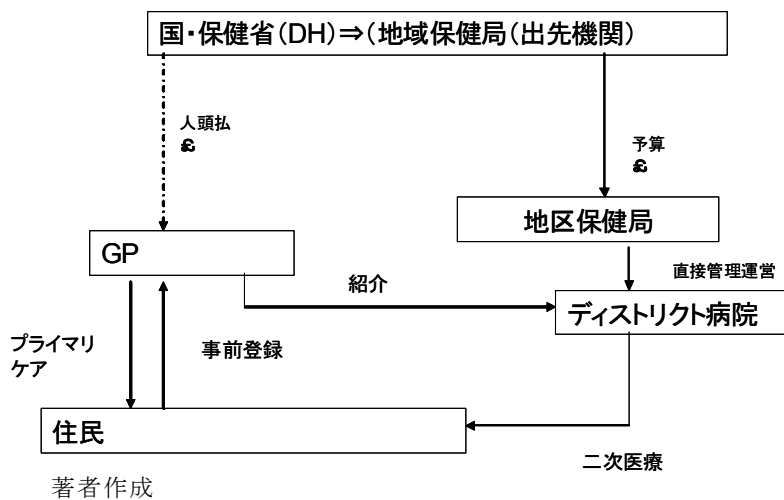
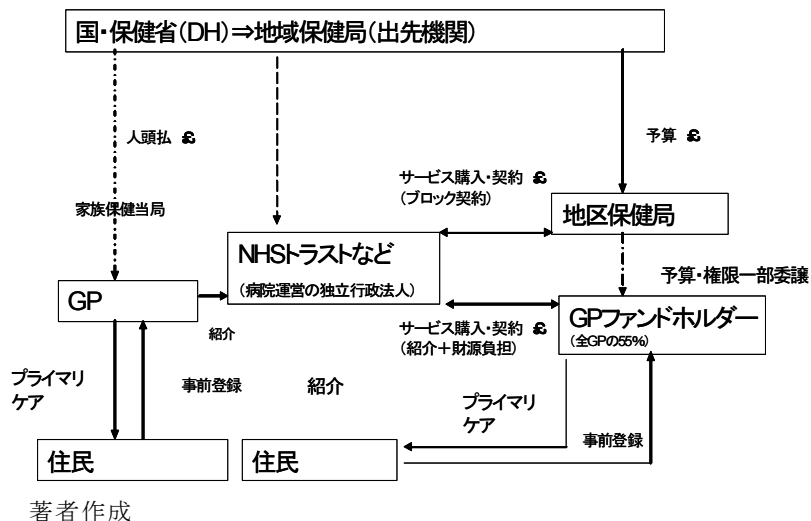


図5 疑似市場の創設後のNHS（1991年）（単純化）



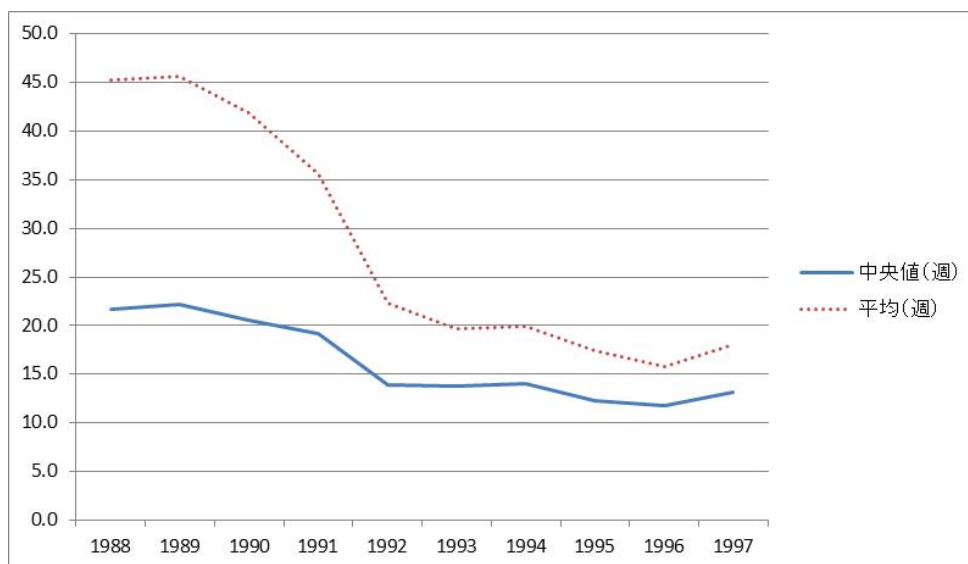
<sup>83</sup> 一定規模のGPプラクティス（診療室）に所属するGPを中心に組織化された。1991年当初306であったのが、1996年には3700を超えるまでになった。

さらに、コミュニティケアについても、前述の「Caring for People」の提唱に基づき、NHS 及びコミュニティケア法（NHS and Community Care Act）（1990年に成立、93年より施行）に基づき大規模な改革が実施された。改革により、中央政府の予算の一部が地方自治体に財源移譲されるとともに、コミュニティケア（独立セクターの提供するサービスを含む）の計画整備の権限・責任も地方自治体に移譲された。

なお、「マネジド・コンペティション」との関連でいうと、病院サービスの購入を行う地区保健局と、GP ファンドホルダーが「疑似保険者」の役割を担うことになる。ただし、GP は政府から独立した事業者<sup>84</sup>であり、自らもプライマリケアを提供する主体であることから一般消費者（住民）から直接選択されるのに対し、地区保健局は、そもそも行政の出先機関であり、一般消費者による選択がなされる主体ではない。

こうした組織改革は、効率化を促す契機になったとはいえ、90年代前半の待機期間の改善は芳しくなく、待機リスト数は100万人台を突破するなど待機問題の大幅な改善にはつながらなかった（図6、7）。さらに、GP がファンドホルダーと非ファンドホルダーの場合で、待機時間に差が生じるといった不公平が生じるといった問題や事務手続きが異なるなど複雑化したため、管理事務費が1988年の8.8%から1994年には11.9%に上昇するなど問題もあった。

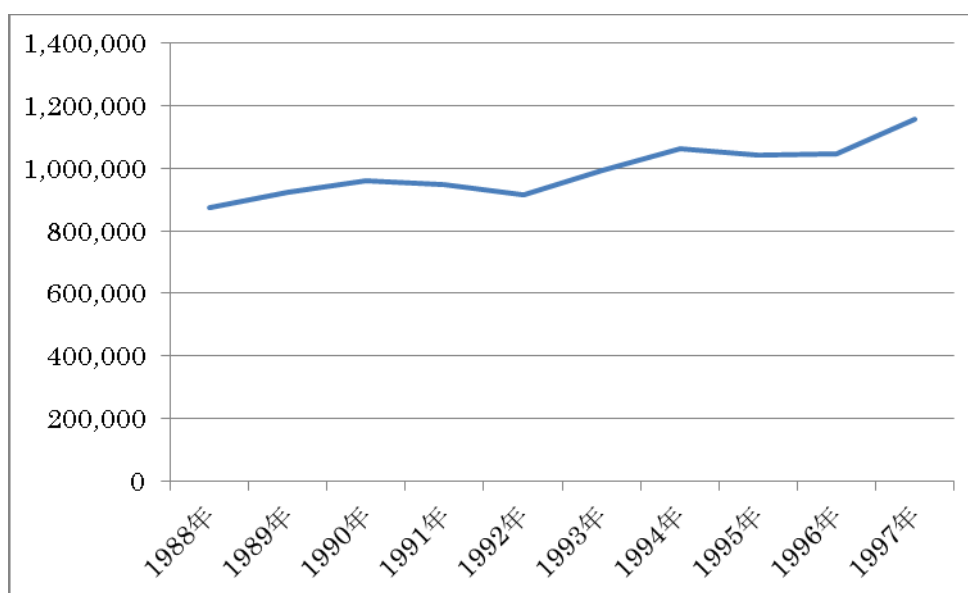
図6 保守党政権時代の入院までの待機期間（中央値、平均値）



<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm> より著者作成

<sup>84</sup> 但し、GP は、単独で開業するものは稀であり、多くは複数名で GP プラクティス（診療室）を開業しているのが一般的である。

図 7 保守党政権時代の待機者リスト総数の推移



<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm> より著者作成

## 4. ブレア政権時代の改革

### 4.1. 組織改革と予算拡大

1997年に誕生したブレア労働党政権（1997 - 2007）は、市場機能を完全否定することはなく、右でもなく左でもない「第三の道」路線を示した。公共サービスの民営化、規制緩和を実施するとともに、社会的公正を重視する制度改革を実施したことで世界的に注目された。

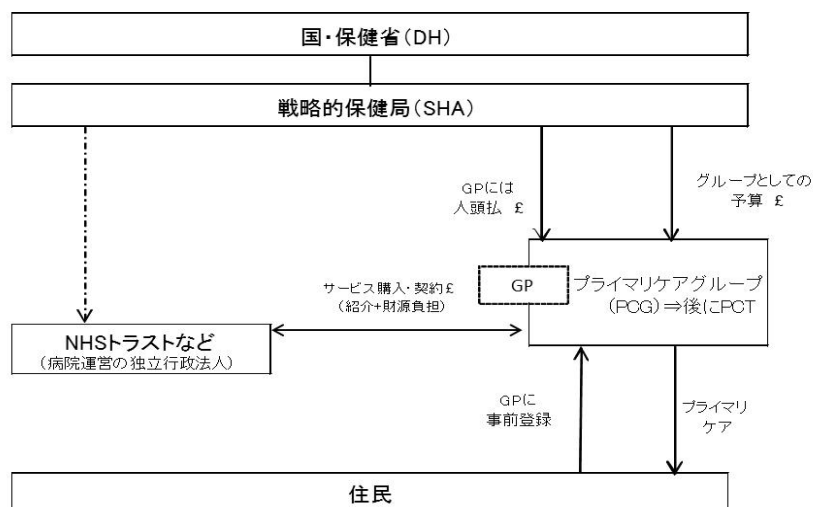
まず、ブレア政権は、1997年に「The New NHS」という白書を出し、NPMの視点から業績評価マネジメント手法を採用することで業績向上を図ることを宣言する一方で、保守党時代に設置された GP ファンドホルダーを廃止し、新たにプライマリケアグループ（以下、PCG）の創設を唱えた。GP ファンドホルダー制では、登録住民数が一定規模以上の GP にのみ予算を配分したことにより、住民が分断されるなど不平等が生じていたことから、新たに設置する PCG<sup>85</sup>は、①ファンドホルダーでない GP も含め全ての GP を対象とすること、②GP だけでなくコミュニティナースなどを含むグループ単位として独立予算の配分がなされることになった。PCG は、グループとして独立予算を確保したことで、医

<sup>85</sup> PCG は、1999年には481設置され、平均的にGP4～7人、1～2人のコミュニティナース（又は診療資格を持つ看護師）、地方自治体の社会サービス関係者、保健局の非常勤重役職員などで構成され、それぞれのPCGの登録住民は約5万から約26万人まで様々であった。

療機器の共同購入や地域の薬剤師、理学療法士や作業療法士などと契約の締結が容易になった。但し、独立開業者としての GP の報酬契約の地位は保持された<sup>86</sup>。

このように、ブレア政権は、組織の名称変更や解体再編を行ったものの、保守党政権時代に導入した、サービス購入機能とサービス供給機能とを分離するという疑似市場の大きな枠組みはそのまま継承した（図 8）<sup>87</sup>。また、PCG への予算権限の移譲など予算の使途の決定権限はより現場に近いところに分権するという方向性や NPM による業績評価の導入は保守党政権の延長路線ともいえるが、一方で、地域格差の是正という視点から、トップダウン型の中央集権的アプローチも採用した。たとえば、複数の疾病・症状に対する全国的に達成すべき医療サービスの水準、目標を示したナショナルサービスフレームワーク（NSF）を設定したり、全国的に推奨すべき臨床ガイドラインの策定や費用対効果や有効性の視点から医療技術や医薬品の評価を行う NICE（National Institute for Clinical Excellence）という組織を 1999 年に設置した。

図 8 ブレアによる組織機構改革



著者作成

だが、就任直後は待機期間及び待機者リストが増えるなど成果をあげるこ

<sup>86</sup> 伝統的に、GP は、保健省と英国医師会（the British Medical Association）が定めた規定に従い個人単位で契約を締結した（GMS 方式）。基本は人頭払い（GP 当たり登録の患者数による支払い、ただし、患者年齢、患者の居住エリアによる簡単なリスク調整あり）であるが、追加的に出来高払い（検査や避妊など一部の付加サービス）が組み合わせられた。2004 年より、個人ではなく、GP プラクティス（診療室）単位の契約が基本となった（新 GMS 方式、PMS 方式など）。

<sup>87</sup> 表面的には、市場機能を重視するという立場は示しておらず、競争ではなく、協働（partnership, collaboration）が重要であるとしている。また、購入（purchase）という用語ではなく、コミッションング（commissioning）という用語を用いている。

はできず、ブレア政権は、予算抑制下での改革に疑問を抱くとともに、NHSにおける過去の失敗を認めた。具体的には、①財源不足、過少投資、②全国的な基準の未整備、③改善の基礎情報不足、④目標達成のためのインセンティブ不足、⑤組織の業績評価手段の欠如、⑥時代遅れの柔軟性にかける組織構造と管理区分、⑦予防視点の不足、という7つを失敗として掲げた。その上で、NHSを21世紀にふさわしい、「現代化」を図る大改革が必要であると、2000年に大幅な予算拡大案を含む10か年改革構想である「NHS plan: a plan for investment, a plan for reform（以下、NHSプラン）」白書を発表した。

2001年の総選挙で再選を果たしたブレア政権は、「NHSプラン」の実現に向け、公約通り、2007年度までの5年間、イギリスのNHS支出を年平均6~7%増加させ、NHS予算は900億ポンドを超える規模に拡大した（図9）。なお、予算増額のための財源は、高額所得者等の国民保険料率<sup>88</sup>を労使それぞれ1%ずつ引き上げること<sup>89</sup>によって確保した。こうした大幅な拡大予算を原資として、スタッフの増員（看護師2万人、専門医7500人、GP2000人、セラピスト6500人追加）、病床増床（インターミディケア含む7000病床）、病院、施設等の新設・改修（病院新設100以上、3000以上のGPプラクティス（診療室）の改修）、MRI/CT機器導入など新しい機材、施設設備への投資が図られた。

その後、PCGはさらに権限強化され、プライマリケア・トラスト（以下、PCT）という公営企業体（人口約15万人単位、303設置）に2002年4月までに完全移行した。PCTは、プライマリケア、NHSトラスト病院等から様々なサービスを購入・契約するとともに、自ら訪問看護師、保健師、薬剤師等を雇用、公衆衛生を含む地域保健サービスを提供するなど、地域住民に対して医療の確保の責任を担うことになった。政府は、NHS予算の約8割をPCTに移すことを明言し、これまで以上にプライマリケアを重視する姿勢を打ち出した。従来、地区保健局が担当していたサービス購入・委託契約（労働党政権ではコミッションングと呼ぶ）機能や、該当エリアの長期戦略立案機能もより現場に近いPCTに権限委譲されることになった。これに伴い、地区保健局は廃止され、それを管轄する地域保健局の役割はより広域レベルでの戦略的な計画の策定、地域のNHSトラスト、PCTの監督等に限定されることになり、95から28に整理統合され、名称も「戦略的保健局」（SHA; Strategic Health Authority）に変更された。

その後、財政赤字への対応を背景に、コミッションング機能の強化が求めら

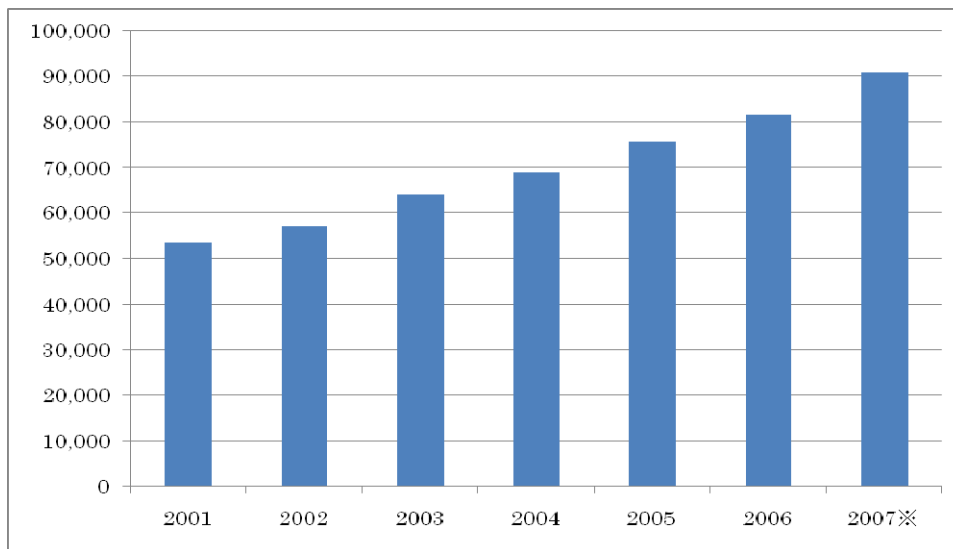
<sup>88</sup> 国民保険は年金や失業保険、業務災害保険等を含む包括的な社会保険であり、被用者本人負担と事業主負担がある。社会保険料からNHSへの一定の拠出は法律で定められており、一種の目的税のように見なされている。

<sup>89</sup> 2003年4月6日より最低所得限度（週1人89ポンド）を超えたすべての所得に対して追加的に1%を徴収した。この結果として高額所得者やその雇用者の負担は増加した。これは、実質的に所得に対する最高負担率を41%に引き上げることを意味する。1%の追加徴収については、National Insurance Contributions Act 2002で規定されている。

れると、PCTは、2006年10月までに人口約50万人単位で統廃合されることが決まり、303から約半分の152になった。これにより、サービス提供機関との交渉力を強化させると同時に、地方自治体とカバーエリアを近付けることが可能となり、連携がしやすくなった。また、戦略的保健局も、2006年6月までに28から10に再編された。

図9 NHSの予算推移

(百万ポンド)



(注) ※は予算案

資料：Department of Health 「Departmental Report 2007」

#### 4.2. 「疑似保険者」としてのPCT

「マネジド・コンペティション」との関連でブレア組織改革を振り返ると、保健省、戦略的保健局をスポンサー、PCTを「疑似保険者」としてとらえることができる。ただし、直接、登録医として患者から選択されるGPと異なり、PCTは、より広域なエリア単位になっていることから、実質的に患者が選択することは困難である。よって、保険者間競争のような競争は生じえず、行政機関に近い役割を果たしているとも考えられる。選択にさらされないという意味では、日本の国民健康保険や健康保険の保険者にも近いと考えられる。

PCTを疑似保険者としてとらえると、医療費の流れは図10のようにとらえることができる。対比のため社会保険制度を採用している日本における医療費の流れも図11で示した。日本と大きな違いは、日本での保険者は、直接被保険者から保険料を徴収するとともに、政府から補助金等を受ける（及び拠出を行う）という流れがあるのに対し、イギリスでは、保険料徴収を行うことはなく、一方的に政府から予算が配分される仕組みとなっている。厳密な意味では保険



者ではないため、保険料設定も行うことはない。参考までに、「マネジド・コンペティション」の医療費の流れの図 12 も掲載したが、それぞれに少なからず共通項があることが分かる。

日本と違うのは、PCT は、地域の医療供給体制の計画整備、医療サービスの購入・委託契約（コミッショニング）、保険適用範囲の設定（予算の範囲で医療サービスの給付内容を一定程度変更可能）、地域の GP 等と協力でケアパスウェイの開発、当該エリアで使用可能な処方薬の収載ガイドライン（フォーミュラリー）<sup>90</sup>の作成、ガイドライン順守の徹底、サービスの質のモニタリングなど、「保険者機能強化」で求められる機能及び権限を包括的に備えた組織であるということである。近年では、地方自治体との連携が促進されており、入院の必要性がないまま退院が遅れている「退院遅延」（いわゆるベッドブロッキング）問題の解消、自治体や地域のボランティア団体、企業等との連携のための共同事業（特に高齢者のインターミディエイトケア分野）やジョイントニーズアセスメント（地域戦略のためのアセスメント）を行うなど、地域の公衆衛生、医療と福祉の橋渡しの役割が期待されている<sup>91</sup>。なお、予算の用途についての自由裁量は大きいですが、経営責任も明確になっており、赤字は帳簿上年を超えて蓄積され、原則赤字補てんはない。

このほか、PCT によっては、プライマリケアレベルでより専門的な技術をもった GP と契約することで二次医療の病院への紹介率の減少をはかったり、連続的なケアを実現するために GP による病院往診の推進、高齢者等の緊急再入院を予防するためのリエイブルメント・ベッド（インターミディエイトケアの一種）の創設などを行うところもある。また、初期治療などが可能な看護師（プラクティショナー・ナース等）が入退院の判断を行うコミュニティ病院の開設を行っている PCT もある。但し、こうした活動は、PCT 単位で行われるため、具体的な内容にはばらつきもある。

こうした PCT の保有する機能は、米国のマネジドケア・プランを販売する組織の保有する保険者機能にも近い。たとえば、HMO という組織は、①クリティカルパス、診療ガイドライン、疾病管理や薬剤フォーミュラリーなど多様な管理手法を活用することによって、診療内容の管理ないしは医療サービスの利用の適正化、②サービス提供者と診療報酬契約の締結、③プライマリケア医をゲートキーパーとする制度の採用、④予防医療の充実、⑤入院前審査などアクセ

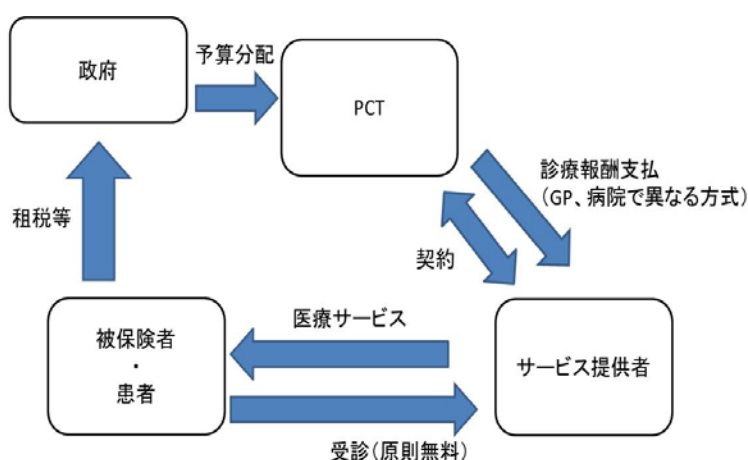
<sup>90</sup> NICE のガイドラインがない医薬品、NICE でカバーされていない医薬品について、効果とコストの観点から、独自ガイドライン（フォーミュラリー）を決めることが可能である。医薬品予算を GP に与え、予算達成と GP 報酬をリンクさせると同時に、ガイドライン順守率が低い GP には指導を行う。病院に関しては、フォーミュラリー外の投薬に関して、事前承認を義務付けることもある。

<sup>91</sup> 2006 年に出された「Our health, our care, our say: a new direction for community services」において医療とソーシャルケア、コミュニティケアの連携強化がこれまで以上に強調された。

スの介入などの機能を保有しているが、PCTの機能と少なからず重複している。よって、両者においてマネジメント手法やツールを部分的に共有することも不可能ではないと思われる<sup>92</sup>。

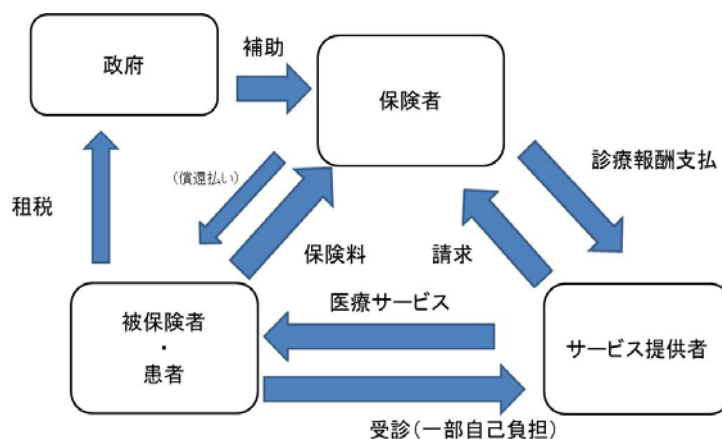
但し、民間保険が中心の米国と異なり、イギリスでは、病院等への診療報酬の支払については2004年以降導入されたPbR（詳細は後述）という新しい統一的な仕組みで行われており、コミッションングの際に、個別で割引交渉を行うケースは少ない。病院への診療報酬が全国で統一である点はむしろ日本に類似しているといえる。

図 10 NHSにおける医療費の流れ（単純化）



著者作成

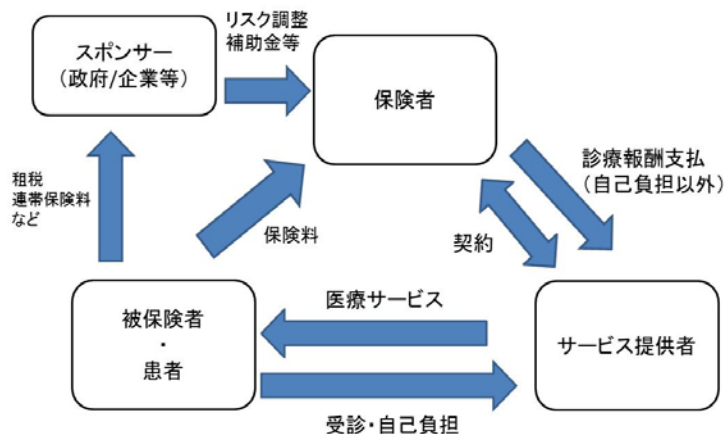
図 11 日本における医療費の流れ（単純化）



著者作成

<sup>92</sup> PCT事業の運営を保険者が行うことも不可能ではないだろう。

図 12 マネジド・コンペティションにおける医療費の流れ 図 2 の再掲（参考）



著者作成

後述するように市場指向の改革が推進され、コミッション機能に焦点が当たるようになると、より現場に近い GP プラクティス（診療室）にコミッション機能を付与する PBC（Practice-based Commissioning）が推進されるようになった。PBC を行う GP プラクティスを、保守党政権時代の GP ファンドホルダーと同様に、「疑似保険者」ととらえることも可能である。

### 4.3. 市場指向の改革

ブレア政権は、組織改革や予算拡大にとどまらず、市場指向ともいえる様々な改革を行った。2002 年の「Delivering the NHS Plan」白書では、PbR（Payment by Results）という新しい診療報酬制度の導入を前提とした上で、患者の選択（choice）の推進とサービス提供主体の多様化が提唱されている<sup>93</sup>。2004 年の「The NHS Improvement Plan」においてさらに患者主体の医療の実現、選択権の重視という姿勢が強調されている<sup>94</sup>。

#### 4.3.1. 診療報酬支払によるインセンティブ

まず、PbR とは、2004 年から段階的に導入された新しい診療報酬支払の仕組

<sup>93</sup> この背景には、デンマークやスウェーデンのように租税を主たる財源とする制度枠組みでも患者の選択が有効に機能していることがあった。

<sup>94</sup> 「The NHS Improvement Plan」では、2008 年までに全ての国民が、GP による紹介状が発行されてから 18 週間以内に病院にアクセスすることが可能な体制とすることを目標としてあげ、それを実現するために、ヘルスケアコミッション（現在は、ケアオリティコミッション）の監査基準に合致している、いかなるサービス提供機関（any provider）も利用可能とすることを提唱している。

みである（2008年には完全施行）。RCI（Reference Cost Index）という指標を用いて、HRG（Healthcare Resource Groups<sup>95</sup>）と呼ばれる疾病診断コードごとに設定された全国平均値を計算し、それを基準に全国統一の料金表（National Tariff）が定められている。これにより、全国平均よりコストが高い病院は、赤字のリスクが高くなるため、効率化のインセンティブが病院に与えられることになった。さらに、1件当たりの支払報酬になっていることから、件数を多く扱うインセンティブが与えられることになった。従来は、患者の受診とは関係なく診療報酬が決まっていたが、患者の受診の流れに沿って診療報酬の支払いがされることになったことから、患者に選択されるインセンティブも医療機関側に付与されることになった。

一方、2004年よりGPへの診療報酬の契約は、原則GPプラクティス（診療室）単位で行われることになった（新GMS方式）。まず、PCTは、地域の患者ニーズにより積算される必要な施設運営費を含む包括的報酬（グローバルサム）<sup>96</sup>を支払う。この他、新方式では、GPの提供するサービスを、基礎サービス、追加サービス、高度サービスの3つに区分し、追加サービス及び高度なサービスは、GPの選択で提供の有無を選択できるようになった。さらに、P4P（品質に応じた支払）の一種ともいえるQOF（Quality and outcomes framework）という仕組みが追加され、特定のターゲットの業績の成績が良ければ報酬が追加されることになった。これによりGPの働き方がより柔軟になり、患者に対するサービスの提供のあり方によって報酬が大きく変わる仕組みとなった。

#### 4.3.2. 患者の選択の促進

前述のように、患者の選択が重要視される中、2004年以降、専門医の治療が必要であるとGPが認め、本人が納得した場合は、患者自身がどの病院を受診するか決定することが可能になった。また、選択肢がなければ選択が難しいということから、2006年からは緊急以外の治療（待機的な治療）については、GPを通じて、患者は、複数の医療機関（4～5、内1つは民間）を与えられることになった。さらに、段階的に“Choose and Book”というオンライン・ネットシステムを通じて自宅からの予約も可能となった<sup>97</sup>。

<sup>95</sup> HRGとは、臨床面で同質で同量の資源を消費すると思われる疾病診断群をグループ化したコード。医療供給の透明化、標準化を進めるツールとして1991年に第1版（バージョン）が開発された。開発当初は必ずしも診療報酬とは結び付けられていなかった。ケースミックスの調整も可能であり、異なる経営主体の病院であってもHRGごとにコスト比較することができる。現在は、HRG4版になっている。

<sup>96</sup> 包括報酬部分は、性、年齢、罹患率、死亡率、住民の回転率（平均的受診頻度）、人口分布、生計費水準で調整されたGPプラクティス（診療室）への登録住民数に応じて決まる。

<sup>97</sup> 2005年末には全面導入の予定であったが、技術的なトラブル等から普及が遅れた。

#### 4.3.3. サービス提供主体の多様化

患者の選択を重視するという視点から、サービス提供主体の多様化も図られた。病院経営が健全で業績評価の良い NHS トラストは、2004 年以降、政府から独立した公益法人（Public benefit corporations）という非営利組織に移行することが可能になった。ファンデーショントラストは、NHS の一般的原則にそった運営がなされるが、収益の留保、借入金の利用、不動産処分による資産活用及び再投資ができるなど財務、資金調達面での自由度が高い。なお、政府からの介入は少ないが、規制がないわけではない。規制監督は、政府から独立したモニターと呼ばれる非営利組織が担当しており、利益が出ないサービスからの撤退、私費患者優遇禁止、プライベート診療収入の上限など規制がある。

また、ファンデーショントラストは、ガバナンス強化の視点から、地域住民が登録して会員となり、会員が選出した理事会により病院運営の基本方針が決定される仕組みとなっている。具体的な運営は、理事会が選出した役員会により行われる。これにより、ファンデーショントラストは登録会員である地域住民に対してアカウントビリティが求められる。

このほか、待機期間の長い特別な診療領域や日帰り専門手術の分野で民間病院（営利病院含む）の活用が図られ、独立セクターのトリートメントセンター（ISTC）の設置が推進された。前述の患者の選択推進の政策においても、患者に提示される病院の中に、民間病院が含まれるなど、民間病院が選択の幅を拡大する手段として重要視された。また、NHS トラスト病院の建設資金調達では、PFI 方式が活用された。

この他、アクセスできるサービスそのものも多様化した。事前予約の必要がなくどこでも利用できるウォークイン・センター（プライマリケアレベルの緊急的な処置等が可能）や電話、インターネット等での 24 時間対応の医療情報・相談窓口 NHS Direct が設置された。

#### 4.3.4. 情報提供の推進

全ての NHS トラスト病院、PCT は、サービスの質についてはヘルスケアコミッション（現在は CQC）の業績評価、財務状況についてはオーディットコミッション<sup>98</sup>の監査を受けることになっている。こうした情報は、組織のマネジメント運営で活用できるよう比較可能な状態で原則として一般公開される。

患者に医療機関の情報をわかりやすく提供するためのツールとして、“NHS

---

<sup>98</sup> ファンデーショントラストの財務は、オーディットコミッションの監査は不要である。管轄はモニターという独立の規制監督機関になる。オーディットコミッションは、連立政権の組織再編により廃止される。

Choices”<sup>99</sup>というウェブサイトも開設された。内容は年々充実傾向にあり、現在では、医療全体に関する情報のほか、サービス提供機関に関する様々な情報（GP プラクティス（診療室）に対しては、医師、看護師等のスタッフ一覧、診察時間、設備、アクセス方法といった基本情報から、QOF 指標に対する組織単位の臨床パフォーマンス、患者の直接的な声（ネット上の書き込み）、当該組織に対する全国患者満足度調査の結果が閲覧可能、病院に関しては、診療科、設備、運営主体、アクセスといった基本概要のほか、病院に対する患者のフィードバック情報（ネット上の書き込み）、MRSA の発症率、質と安全性、清潔度、退院後 30 日以内の調整済死亡率などが閲覧可能）が他の施設との比較可能な状態で入手可能となっている（後述の図 16）。

この他、患者自身の治療履歴を閲覧できる電子カルテシステムの導入がはかられているが、技術的なトラブルや地域によって普及が遅れている。

## 5. ブラウン政権時代の改革—量から質へ

2007 年 6 月にブレア政権の後継として誕生したブラウン政権（2007 - 2010）は、ブレア政権の延長路線上で改革を進めたが、かつて目標であったサービスの量的な確保及び待機者リスト、平均待機期間の大幅短縮を実現したことから（図 13、14）、量から質に優先度をシフトさせた改革を行った<sup>100</sup>。

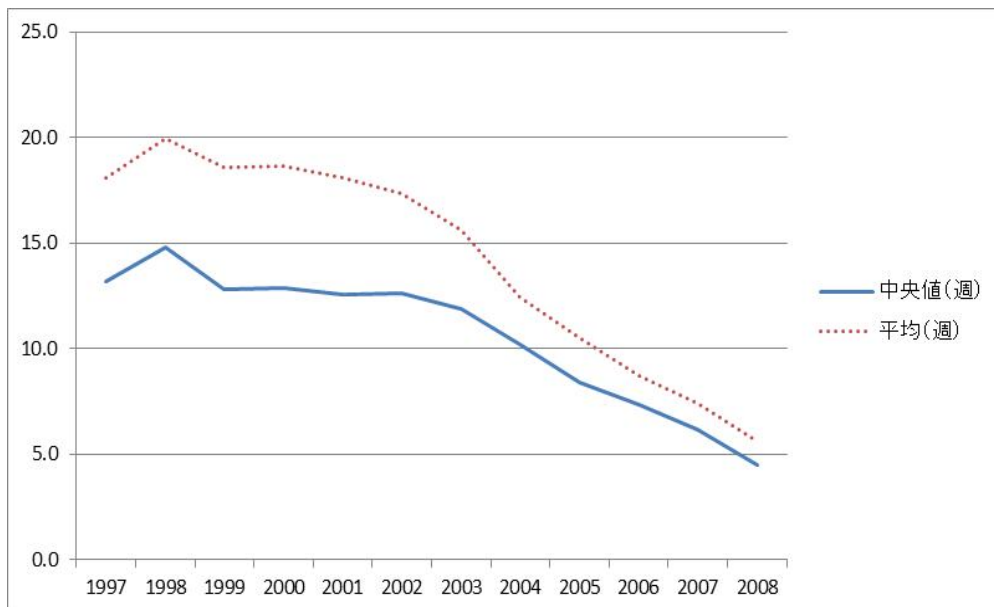
ブラウン政権は、トップダウン型から対話路線への転換をはかる意味から、現役外科医である Lord Ara Darzi（以下、ダルジ卿）を保健政務次官に任命し、次の NHS 改革のあり方を検討させた。ダルジ卿は、約 2000 人の臨床医等をはじめ、医療従事者、患者、納税者など多様なステークホルダーを含む約 6 万人の大規模コンサルテーション（意見公募・議論等）を経て、最終報告書である「High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report（以下、NSR 報告）」を完成させた。ダルジ卿は、NSR 報告において、過去 10 年の NHS 改革の成果（投入資源増加によって実現した待機期間の大幅縮小やマンパワー増加等）を認めつつも、国民の期待増、高齢化による需要増、情報社会の進展、医療技術の進歩、疾病構造の変化、医療従事者の職場に対する期待の変容といった環境変化に対応し、NHS が 21 世紀においても持続可能であり続けるためには、1) 一次予防・健康増進の重視（慢性疾患の予防、プライマリケアでのヘルスセンターの増設）、2) 患者のエンパワーメント、3) 臨床現場の質の改善に向けた情報提供（“クリニカルダッシュボード”（図 15））、4) 質の向上とイノベーション

<sup>99</sup> <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> 参照。

<sup>100</sup> 本稿では省略したが、ブラウン政権は、NHS 憲章の策定およびナショナルケアサービスという介護制度の創設の提案も行った。ナショナルケアサービスについては 2010 年総選挙でブラウン政権が退陣に追い込まれたことで事実上棚上げにされた。

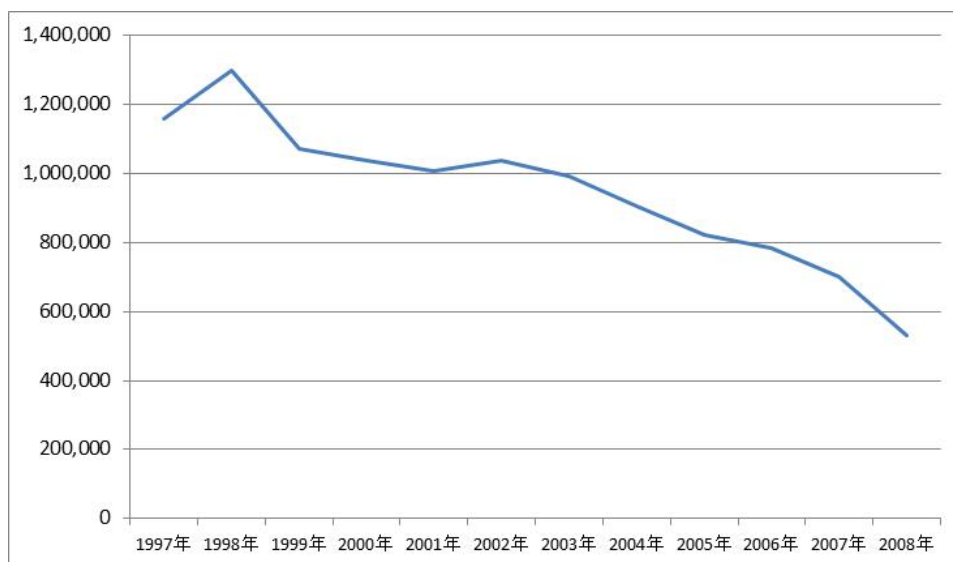
ンの促進（CQUIN（Commissioning for Quality and Innovation） payment framework など質を加味した病院との診療報酬の導入、ヘルスケアイノベーション展示会の開催<sup>101)</sup>が必要であるとした。

図 13 労働党政権時代の入院までの平均待機期間（中央値、平均値）



<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm> より著者作成

図 14 労働党政権時代の待機者リスト総数の推移

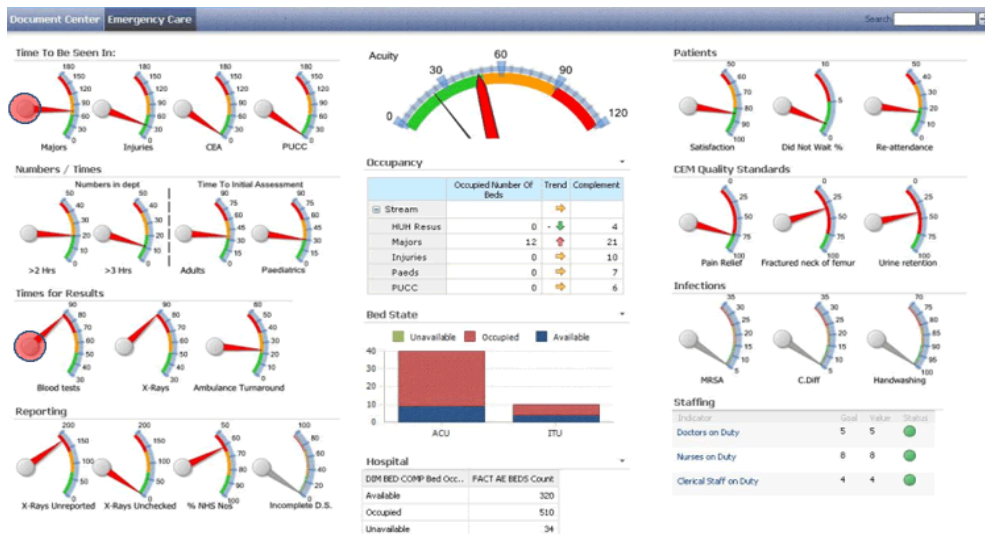


<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm> より著者作成

<sup>101)</sup> <http://www.healthcareinnovationexpo.com/newsmedia.asp?id=41> 参照。

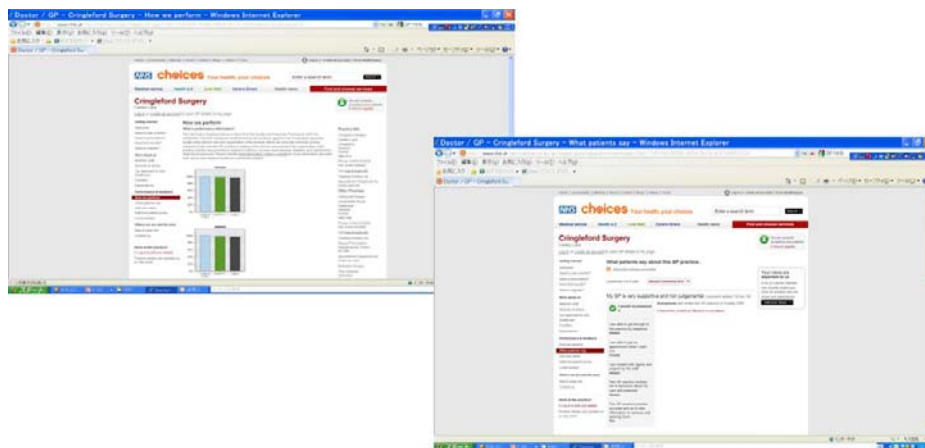
なお、ブラウン政権時代には疑似市場に直接関係する組織改革はなされていないが、ブレア政権以降の患者の選択を重視した政策をさらに推し進めるなど市場指向の改革は続行した。たとえば、①エリアによる選択制限の是正（選択の自由の確保）<sup>102</sup>、②患者が選択するのに必要な多様な情報の提供推進（財務情報、質に関する報告書（“Financial Accounts”、“Quality Accounts”）の発行、“NHS Choices”の拡充（図 16））、③個人健康予算制度<sup>103</sup>（“Personal Health Budget”）のパイロット導入などがあげられる。

図 15 クリニカルダッシュボードのイメージ（臨床上的意思決定支援）



<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/clindash> 参照

図 16 NHS Choices（検索・閲覧可能な業績評価の結果と患者の声）



<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> 参照

<sup>102</sup> 2008 年からは選択の幅が拡大し、全ての病院から選択できると同時に、セカンドオピニオンを受けることも認められている。

<sup>103</sup> 患者（主に慢性疾患）に対し、どのようなサービスをどのサービス提供機関から受けるかを決める上での選択権とともに必要な予算を付与することを意味する。



## 6. NHSにおいて競争原理は機能しているのか

ここまで「マネジド・コンペティション」の適用という視点から、サッチャー政権からブラウン政権までの NHS 改革の沿革を述べてきたが、「疑似市場」において競争原理が機能するためには、最初に述べたように必要な前提条件があった。つまり、①医療情報を積極的に推進することで、患者と医者間の情報の非対称性を改善、②保険者を患者の代理人とすることで、第三者支払に派生する医療システムの非効率性の改善である。これまで述べてきたように少なからず、保守党のみならず、労働党政権においてこの2つを実現しようとしてきたのは明らかである。

だが、実際に競争は生じたのであろうか、そして、競争原理は適切に機能していたといえるのであろうか。実証研究ではどのように結論づけられているのであろうか。残念ながら、データの入手可能性が制限されることもあり実証研究は多くはない<sup>104</sup>。したがって、限定的な結論しか導くことはできないという断りを先に述べた上で、ここでは、疑似市場及び競争に関して取り扱った実証研究の結果を時代別に幾つか紹介したい。

### 6.1. 1990年代における検証

Glennester 他 (1994)<sup>105</sup>、Propper (1996)<sup>106</sup>によると、サービス購入者としての機能を保有することになった GP ファンドホルダーと地区保健局の間で、購入パターンや契約締結の価格にばらつきがあり、GP ファンドホルダーはより競争的な行動をとったことが示唆されている。

Propper, Söderlund (1998)<sup>107</sup>では、地区保健局よりも GP ファンドホルダーのほうがより低価格での契約締結に成功していることが明らかにされている。このことから、行政機関である地区保健局よりも、独立事業者として獲得した利益を直接確保できる GP ファンドホルダーにとって有利な契約を締結するインセンティブが大きいことが示唆される。さらに、Propper, Söderlund (1998)

---

<sup>104</sup> 実証研究の包括的な文献レビューとして、The health foundation inspiring improvement-research scan (2011), *Competition in Healthcare*, Laura Brereton and Vilashiny Vasoodaven (2010) *The impact of the NHS Market: An overview of the literature*, CIVITAS があげられる。

<sup>105</sup> Glennester, Howard (1994) GP fundholding: wild card or winning hand? In: Robinson, Ray and Le Grand, Julian, (eds.) *King's Fund Institute, (corp. ed.) Evaluating the NHS Reforms*. Policy Journals, Hermitage.

<sup>106</sup> Propper, C. (1996) Market Structure and Prices: The Responses of Hospitals in the UK National Health Service to Competition, *Journal of Public Economics*, 61, 307-335

<sup>107</sup> Carol Propper, Neil Söderlund, *Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs*, *Health Economics*, Volume 7, Issue 3, pages 187-197, May 1998  
Propper, C., Wilson, D., & Söderlund, N. (1998) *The Effects of Regulation and Competition in the NHS Internal Market: The Case of GP Fund holder Prices*, *Journal of Health Economics*, 17 (6), 645-674

は、どのような契約を行っても病院側の総予算に変更はないため、病院は GP ファンドホルダーと低価格で契約を行うと、地区保健局とはその分、高価格で契約締結しているという。病院は GP ファンドホルダーに対して実際のコストよりも低価格でサービスを提供しており、診療行為ごとの平均価格(+6%以内)に応じた価格設定にするという規制は実質守られておらず、提示される価格と実際のコストには負の相関関係があるという。競争との関係では、もともと低料金の診療行為では、価格と競争の程度に負の相関があり、競争のあるエリアでは、価格が下がる傾向にある。ただし、高料金の診療行為については競争の影響は大きくないという。つまり、競争は低料金の診療行為において行われているが、高料金の診療行為については顕著ではないことが示唆される。

また、Söderlund 他 (1997)<sup>108</sup>は、1991-92 年度から 1992-93 年度の NHS 急性期病院のパネルデータを用いて分析した結果、この期間における生産性は平均的に増加傾向がみられるが、病院間の競争がこうした生産性向上に影響を与えたわけではないと結論づけている。

一方で、Hamilton and Bramley-Harker (1999) は、疑似市場導入前後で、患者の待機時間と大腿骨置換手術の平均在院日数がどのように変化したかを分析した結果、疑似市場導入が、待機時間及び平均在院日数の短縮に影響を与えたという。しかし、疑似市場導入の前後でサービスの質に変化があるかどうかをコミュニティ及び病院にいる高齢者について 2 種類の大規模調査を行った Jones 他 (1994)<sup>109</sup>によると、患者の選択が増えているとは言えず、待機期間も減っていないことが報告されている。また、1990 年代の競争が質にどのような影響を与えたかを分析した Propper 他 (2004)、Propper 他 (2008)<sup>110</sup>によると、競争のあるエリアでは、待機期間の減少は見られたものの、心臓疾患での退院後 30 日以内の死亡率が高い傾向にあるという。以上より、競争原理で期待されるような、より低価格でより質の高いサービスが提供できるようになったという積極的な証拠は見られない。Le Grand 他 (1998, 1999)<sup>111</sup>や Klein (1999)<sup>112</sup>も、疑似市場におけるインセンティブが弱すぎて、顕著な競争は生じず、結果として質についても価格についても特に何の変化も見られないと結論づけている。

<sup>108</sup> Söderlund, N., Csaba, I., Gray, A., Milne, R., & Raftery, J. (1997) Impact of the NHS reforms on English hospital productivity: an analysis of the first three years, *British Medical Journal*, 315, 1126-1129.

<sup>109</sup> 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

<sup>110</sup> Carol Propper, Simon Burgess, Katherine Green (2004) Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market, *Journal of Public Economics*, Volume 88, Issues 7-8, Pages 1247-1272

<sup>111</sup> Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J. (1998) Learning from the NHS internal Market: A Review of the Evidence. Kings Fund, Le Grand, J. (1999) Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs*, 18, 27-39.

<sup>112</sup> KLEIN, R. (1999) Markets, Politicians and the NHS. *British Medical Journal*, 319, 1383-1384.

## 6.2. 2000年代における検証

Cooper 他 (2010)<sup>113</sup>は、2006年1月に導入された患者の二次医療（待機的な（elective）治療）における医療機関の選択を可能とした政策に着目し、1990年代に実施した分析と同様の手法で、選択により促進された競争が臨床的な質にどのような影響を与えたかを検証した。その結果、1990年代と異なり、より競争的な市場にある病院ほど、心臓発作の後の死亡率が低下する傾向にあるという。これにより、固定化された診療報酬支払を前提とした市場における競争には、質を改善する効果があると主張する。しかし、選択推進政策の恩恵を受けられるのは、選択推進による競争が起こりうるエリアであるかどうかの影響も少なくないという。自然独占になるエリアでは、恩恵を受けることができないことが示唆される。

Gaynor 他 (2010)<sup>114</sup>も、2006年1月からの選択推進政策に注目し、競争が臨床アウトカム及び生産性や価格にどのような影響を与えたかを分析し、その結果、Cooper 他 (2010)と同様に、競争的な市場の病院の退院患者の死亡率が低いことを報告している。一方で、競争的な市場において在院日数が上昇するなど生産性向上にはつながっていないという。さらに、病院運営費用および入院当たり費用には何の影響も与えていないという。

ちなみに、政策により選択肢が与えられることになったのは、待機的な治療であって心臓発作など救急医療ではない。したがって、心臓発作の死亡率低下が事実であったとしても、競争により質が向上したというのはやや言い過ぎではないかとも思えるが、Bloom 他 (2010)<sup>115</sup>は、競争がマネジメントの質や量にどのような影響を与えているかを分析し、競争的であるほどマネジメントの質が高く、その結果、死亡率の低下をもたらしていると主張する。

さらに、Brereton 他 (2010)<sup>116</sup>は既存研究レビューより、市場のプレッシャーは、患者のアクセス向上、待機時間の減少、効率性の向上、財政マネジメントの向上をもたらしたという。しかし、その恩恵は、全国的な市場までは普及していないという。

---

<sup>113</sup> Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones and Alistair McGuire (2010) Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms, Working paper No: 16/2010, LSE Health

Cooper, Zack, Stephen Gibbons, Simon Jones, and Alistair McGuire (2010), "Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS", CEP Discussion Paper, No.988.

<sup>114</sup> Martin Gaynor, Rodrigo Moreno-Serra and Carol Propper (2010) Death by Market Power Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service Working Paper No. 10/242, THE CENTRE FOR MARKET AND PUBLIC ORGANISATION

<sup>115</sup> Nicholas Bloom, Carol Popper, Stephan Seiler, and John Van Reenen (2010) The impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals, NBER Working Paper 16032

<sup>116</sup> Laura Brereton and Vilashiny Vasoodaven (2010) The impact of the NHS Market: An overview of the literature, CIVITAS

### 6.3. 保守党と労働党時代で何が違うのか？

以上述べてきたように、競争原理が機能したかどうかは、ポジティブな結果もネガティブな結果もあり統一的ではないことから、不確かであるというのが結論である。何をもって競争と定義するのか、その指標によっても結果は変わりうる。ある政策を導入した前後で比較する場合と、より競争的な市場とそうでない市場で比較する場合の結果が同一である保障はない。しかも、同時期にそれぞれ競争促進以外の様々な制度改革を実施しているので、他の改革の影響を完全に分離することは難しい。さらに、実証研究数も限られていることから、これらから得られる結論は暫定的であると言わざるを得ない。

競争原理が適切に機能したかどうかはさておき、大まかな傾向として、1990年代は、価格における競争が、2000年代は質による競争が行われた可能性を示唆することはできる。1990年代の資金不足の中での競争は、ゼロサムゲームとなることから、コスト抑制もしくは質を切り捨てるインセンティブが働く可能性があるが、大規模な予算拡大が図られた2000年代においては、品質による競争が行われたとしても価格競争を行うインセンティブは少ない。そもそも同じ競争といっても、1990年代と2000年代では市場をとりまく環境が全く違うのである。さらに、2000年代は、PbRの普及により、個別で診療報酬の割引契約を行うPCTはなく、PCTとの有利な契約獲得に向けた競争が生じたとは考えにくい。そもそもコミッションを行う主体は、PCTであり、独立事業者としてよりインセンティブの影響を受けるGPに比べると価格交渉を行うインセンティブが少ない。GPファンダホルダーを廃止した労働党政権において、PCTのみならず、GPプラクティス（診療室）のPBCを可能とするように政策を転換したのは、競争促進のための布石と解釈することもできるだろう。

なお、労働党政権における競争の位置づけの変化の兆しは、ブレア政権下の2006年11月に発表された「The future regulation of health and adult social care in England」でも見られる<sup>117</sup>。この中では、「競争ルール」という用語や、「全てのプロバイダー間でのフェアな競技場」という用語が公式上でも使用されており、労働党政権でも明らかに競争促進が打ち出されている。また、「多くのサービスが全国統一の診療報酬で支払われることから、サービス提供者は、主に価格ではなく、質で競争している」ことを認めながらも、「他のセクターの規制や他国のヘルスケアシステムにおけるチェックアンドバランスの経験から学ぶことがある」とし、健全な競争ができるよう規制（競争抑制ではなく、汎競争政策としての規制）が必要であるという認識が示されている。実は、この方針は、次に誕生する連立政権の政策にそのまま踏襲されている。

<sup>117</sup> 2006年は、前述の実証研究で焦点があてられている選択推進政策が実行に移された年でもある。

## 7. 連立政権による組織改革と「競争」の促進

2010年5月の総選挙の結果を受け、労働党政権からキャメロン率いる保守党、クレグ率いる自民党による連立政権が誕生した。キャメロン連立政権は、就任直後から大幅な緊縮財政を掲げ、増税と歳出削減を行うことを明言した。NHSについては、医療費そのものの予算は実質ベースで増加<sup>118</sup>することを公約としたが、その一方で、NHSの組織運営にかかる費用を再編により45%削減するとした。

まず、2010年7月に出された「NHSの自由化：公平と卓越」白書において、官僚主義の弊害を是正し、医学的根拠のない全国ターゲット目標の廃止、より分権的な仕組みを目指すという全体的な方向性を示した。より具体的には、①患者中心のNHSを実現すべく、患者の選択幅をさらに増やす（住所に左右されずにGPを選択可能にする、ほとんど全てのサービスに対し複数の医療サービス提供機関（民間も含め any willing provider）から選択可能にする、治療の選択肢及び臨床アウトカムに関する情報提供を推進する、専門医のコンサルタントチームの選択を可能とする、個人健康予算制度の利用をさらに拡大する、診療記録の閲覧を容易にするなど）、②PCTは全て廃止し、GPを中心としたより地域に近いGPコンソーシアムに予算の80%を移譲する、③保健省が直接NHSを運営するという枠組みを廃止し、NHSコミッションングボード（2013年4月より法定化）を設置する（それに伴い、保健省の出先機関である地域の戦略的保健局を全て廃止）、④NHSトラストは全てファンデーショントラストに移行し<sup>119</sup>、ファンデーショントラストの自由度をさらに高めるとともに（民間企業からも参入可能）、独立の規制監督機関であるモニターの権限を一層強化し、ファンデーショントラストに対する経済規制の監督全般（価格規制含む<sup>120</sup>）、競

<sup>118</sup> NHS予算のうち、医療に使われる費用については、2011-12年度から2014-15年度予算におけるSpending Reviewにおいても予算削減の対象とはなっていない。予算上、1,145億ポンドの増加がはかられており、年間0.1%の成長を見込まれている。しかし、保健省は今後の高齢化と医療技術の進歩等により、年2.7%の増加を見込んでおり、規定の予算増だけでは賄いきれないことから、QIPP（Quality, Innovation, Productivity and Prevention）プログラムの実施により、効率化と生産性向上により2014-15年度までの4年で200億ポンドの節約をはかるとしている。

<sup>119</sup> NHSトラスト392のうち、2/3程度がファンデーショントラストに既に移行済である。2011年10月時点でNHSトラストは113残っているが、これらの多くは財務構造的に業績不良であり2014年までに業績改善できるかどうか問題視されている。NAO（2011）の報告によると最低20のNHSトラストは財務ばかりか臨床的にも不良であるなど多くの問題を抱えている。その背景には、規模や地理的条件があり、病院と地域の需要のミスマッチも生じているという。また、113の内、48がファンデーショントラストの規制監督機関であるモニターの検査に合格しないと指摘する。PFI契約がネックとなっているNHSトラストもあるという。NAO（2011）Achievement of Foundation Trust status by NHS hospital trusts.

<sup>120</sup> 価格の標準的な構造はNHSコミッションングボードが中心に行い、実際の単価設定はモニターが行う。薬剤については、PPRS（Pharmaceutical Price Regulation Scheme）という自主規制の中で基本的には自由価格であったが、NICEとNHSコミッションングボードが協力して2014年から、Value-based Pricingの導入を図る予定である。

争促進を行う機関とする。また、病院などサービス提供組織のライセンス登録認可には、ケアクオリティコミッション（CQC）<sup>121</sup>による監査や業績評価（質を含む）、モニタリングを受けることが明記されている。

こうした改革により、コミショニングとサービス提供それぞれの監督・規制機関も完全に分離したことで、保健省が責任をもつのは、医療機関の経営やPCTの財政ではなく、保健医療サービスのアウトカムだけになるという<sup>122</sup>。また、重複行政の非効率を排除すべく、保健省からの予算等で成立している関連の特殊法人（arm's length bodies）を大幅削減、統廃合をすることも明記された<sup>123</sup>。さらに、患者目線のチェック機構としてHealth Watchを設置するという。なお、参考までに、組織の統廃合予定及びこうした組織改革による新しいマネジメント体制の確立までのタイムテーブルを参考資料として添付した。

その後の法制化の手続きの過程で、GPコンソーシアムがCCG<sup>124</sup>（Clinical Commissioning Group）に変更されるなど若干の変更もあるが（図17、図18）、再編の大まかな方針に変更は見られない。なお、これまで公衆衛生を含む地域の医療全体および、福祉、介護等とも連携を果たしていたPCTが廃止されることから、保健省内にThe new Public Health Englandを設置するとともに、地方自治体（upper-tier local authority）に公衆衛生の権限を移譲し、地域の医療、福祉、公衆衛生の主導的な立場を果たす主体として、Health and Wellbeing Boardsを設置することも明記された。

連立政権は、行政組織の統廃合・再編を進める一方で、法的権限やアカウントビリティにおいて不明な民間組織を多数設立したという批判もある。そして、そうした民間組織にNHS予算が流れることについて否定的な見解も少なくない。しかし、前述のように、連立政権の示す方向性の多くは、すでに労働党政権で示されていた改革の方向性と合致するという側面も少なくない。患者の選択の拡大は労働党政権のまさに延長線上にあるし、GPコンソーシアムの設置はPBCを行うGPプラクティス（診療室）の発展拡大ともとらえられる。

誤算だったのは、PCTの全面廃止の影響を軽視したことであろう。コミショナー機能という意味では、PCTがなくともGPコンソーシアムで代替可能であったと思われるが、前述のような多様な疑似保険者機能という視点で見ると、PCTを代替できる組織が見当たらない。また、自治体との医療福祉連携（コミ

<sup>121</sup> ケアクオリティコミッションは、ヘルスコミッションやソーシャルケアの監査を行うCSCI（Commission for social care inspection）と統合再編して設置された。

<sup>122</sup> 2010年12月に「The New NHS Outcomes Framework」を策定した。その内容は未熟児乳幼児死亡率や傷害回復率などアウトカム指標中心であった。

<sup>123</sup> これにより保健省は1.4億ポンド以上の節約になると試算している。

<sup>124</sup> 約5万人以上の登録患者を受け持つことが想定され、グループの中には、GPのほか、看護師最低1名、専門医1名いることが求められる。2013年4月に法定組織として認可される予定である。

ユニティケア、ソーシャルケア含む) という視点で見ても、橋渡しの存在を代替できる組織は不在である<sup>125</sup>。特に、近年は、高齢化のプレッシャーにより、医療のみならず、ソーシャルケアとの連携や予防・公衆衛生との連携強化が重要視されているだけに、この橋渡しの存在を失うデメリットは大きいと思われる。法制化の準備プロセスにおいて、GP コンソーシアムは、より地域に根差した CCG とすることになったが、CCG の機能が PCT とどれだけ重複するのか現段階では詳細は不明なところが多い。逆に重複しすぎるならば、全面廃止の意味がないともいえる。

以上のように、CCG がどのような機能を保有するのか現時点では不明<sup>126</sup>であるが、暫定的に、「マネジド・コンペティション」におけるアクターとしてとらえるならば、かつての GP ファンドホルダーや PBC を行う GP プラクティス(診療室)を疑似保険者としてとらえられるように、CCG を疑似保険者としてとらえることも可能である。GP は、患者の代理人として行動することが期待できると同時に、登録患者の獲得のための保険者間競争を行う主体であると考えることができる。住所地に左右されず GP を選択することが可能になることで、より競争は促進されるかもしれない。しかし、前政権までの経済基調と異なり、ヨーロッパ経済危機が進展するなど、イギリス経済をとりまく環境は極めてきびしい。これまで以上に費用抑制プレッシャーが高まる中、競争がどのように機能するか注目が集まるだろう<sup>127</sup>。

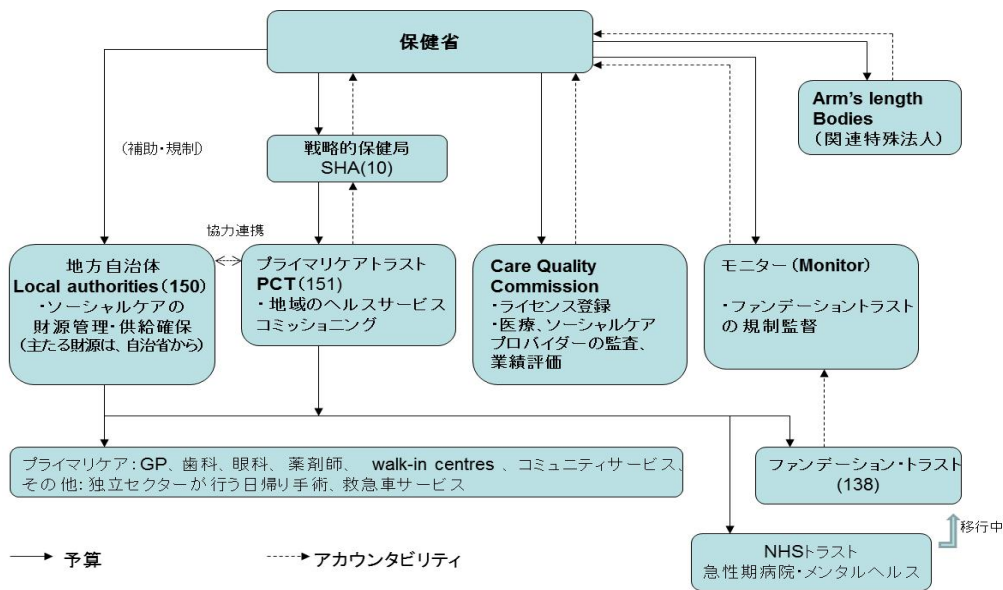
---

<sup>125</sup> PCT と自治体数はほぼ同数であり、管轄エリアも少なからず共通で連携がとりやすい体制であった。

<sup>126</sup> CCG は、GP プラクティス(診療室)をベースとして、医療、ソーシャルケア、コミュニティケアなど全てのケアを受ける人々をつなぐインターメディアリー(仲介)的な役割が期待されると記載されている。また、患者のアウトカム改善のため、イノベーションと促進、研究支援の役割も担うとされる。

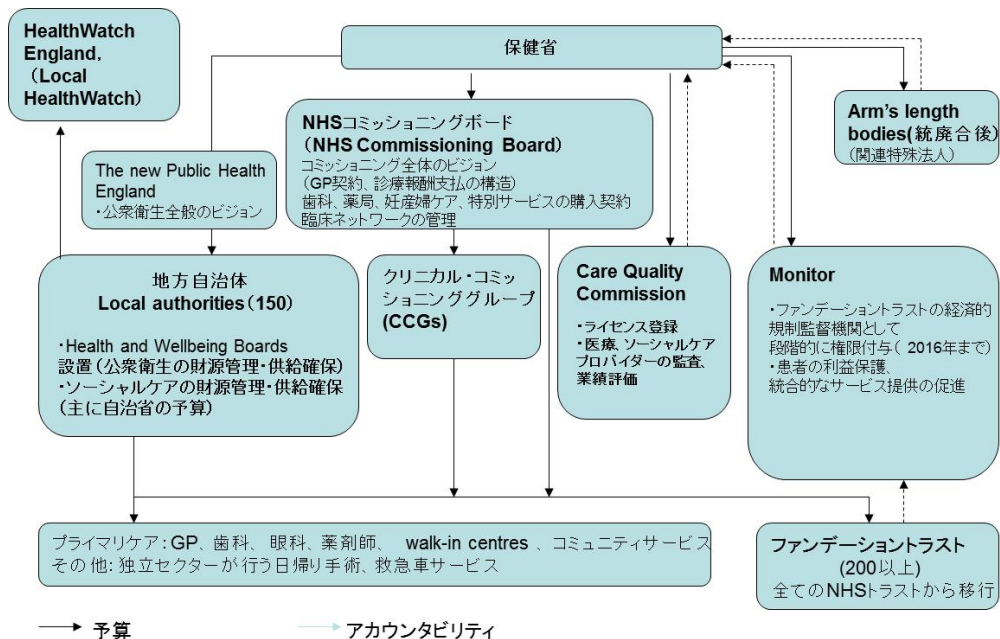
<sup>127</sup> 本稿の提出は 2012 年 2 月であるため、キャメロン改革およびその評価についての記述は、「Health and Social care Act 2012」成立前の情報をもとにしていることをお断りしておく。

図 17 制度改革により移行中の NHS の組織関係 (2011 年 9 月)



NAO (2011)<sup>128</sup> 6 頁を著者翻訳・一部加筆修正

図 18 改革により予想される組織関係図



NAO (2011) 8 頁 (同上) を著者翻訳・一部加筆修正

<sup>128</sup> NAO (2011), A summary of the NAO's work on the Department of Health



なお、紙面の関係で省略をしたが、連立政権は、経済情勢が厳しく財務上の制約があるからこそ、これまで以上にイノベーションが重要であるとし、QIPP (Quality, innovation, productivity, and prevention) プログラムを策定し、その実践により、ケアの質の向上と同時に、200 億ポンドの効率性節約 (efficiency saving) を創出することを見込んでいる。さらに、従来は、PPRS (Pharmaceutical Price Regulation Scheme)<sup>129</sup>という自主規制協定しかなかった医薬品購入価格について、イノベーションを促進するという視点から、Value-based Pricing (VBP) を 2014 年に導入すると発表している。

## 8. 日本への示唆—何を学べるのか

ここまで、「マネジド・コンペティション」という視点から、サッチャー - メージャー政権からブレア - ブラウン政権、そして、直近のキャメロン連立政権における NHS 改革の動向を時系列的に把握してきた。その中で、疑似市場創設のみならず、市場指向の改革が少なからず行われてきたことを示した。保守党政権は、疑似市場の枠組みを作り、労働党政権は、競争のインセンティブを付与し、患者の選択を推進し、サービス提供主体の多様化を図った。そして、連立政権は、組織改革を通じて汎競争政策を推進する一方で、モニターの権限強化など民間主導による規制強化を同時に実施しようとしていることを述べた。

また、厳密な意味では保険者とは言えないものの、「疑似保険者」としての機能を保有する主体として、保守党時代は、地区保健局と GP ファンドホルダー、労働党時代は、PCT、PBC を行う GP プラクティス (診療室)、連立政権では、CCG (提案時点では GP コンソーシアム) をあげることができるということを示した。

だが、「マネジド・コンペティション」における保険者間競争という視点で考えると、保守党時代の地区保健局及び労働党時代の PCT は、直接、住民 (患者) に選択される組織ではなく、「マネジド・コンペティション」における「保険者」とは厳密には言えない。地区保健局はそもそも行政機関であるし、PCT は、行政機関ではないものの、地域医療供給体制の整備計画など公益的な役割を期待され、地方自治体との連携が重視されるという意味で、競争的行動を期待するのには限界があるだろう。

一方、GP プラクティス (診療室) は、自らが住民 (患者) から選択される組織であるだけでなく、コミッションング (サービスの購入・委託契約) の良

---

<sup>129</sup> 企業ごとに製薬販売から得られる利益総枠を決め、それを超えないように自主規制するという保健省と製薬メーカーとの自主的な協定合意のこと。8.4%を超えると、超過分を現金もしくは値下げにより保健省に償還することになっている。協定に参加しない場合は、薬価は保健省が決めることになるので、自主的に製薬メーカーは協定に参加している。

し悪しで独立事業体として利益が左右されることから、より競争的な行動をとるインセンティブが強いと考えられる。このように、保険者機能の中でも、コミッショニング機能を中心に考えると、よりインセンティブが強く、かつ患者からの選択にさらされる GP プラクティスに権限を移行させようという動きが政権を問わず、政策的に生じるのは自然であると言える。だが、GP は患者からの選択にさらされるといっても、登録住所地の制限がある中で、実質的にどれだけの競争が生じているかは不明である。連立政権で提唱される CCG では、登録 GP の住所地制限を外す可能性が示唆されているため、選択は促進されるかもしれない。但し、勤務先での登録が可能になり、利便性が向上する一方で、患者の治療履歴を長期にわたって把握し、二次医療とプライマリケアをつなぐという GP の伝統的な家庭医としての役割は少なくなるかもしれない。電子カルテが普及し、どこの GP プラクティスにおいても過去の治療履歴が閲覧できるようになればさらに状況は変わると思われるが、現時点(2012年2月)では、完全施行の状態にはなっていない<sup>130</sup>。

さらに、「マネジド・コンペティション」のもう一つの要素である医療機関間競争という視点で考えると、1990年代初頭から現在までの改革動向及び既存研究レビューを見ても、コミッショニングを通じた大規模な医療機関間競争が生じているとは考えにくい。1990年代と2000年代でNHSを取り巻く環境は大きく変化し、2000年代以降、待機期間の大幅減少や複数疾患の死亡率の低下など質の改善が見られたのも事実である。既存研究でも、2000年代では競争が質の向上にプラスの影響を与えたという証拠はある。しかし、予算増加に伴うマンパワー増強や、EBMの推進、PbRやQOFなど新しい診療報酬の影響を完全に除去することはできず、こうした成果を市場指向の改革や競争によるものと結論づけることは困難である。さらに、病院の生産性の低下など、“Value for Money”という視点でみると、大幅な予算増大に見合うだけの成果が得られていないという批判もある。

しかし、だからといって、市場指向の改革の全てが無意味であるかということもそうとも言い切れないであろう。業績改善のために導入されたセミマクロレベルでのマネジメント手法の普及は、市場指向の改革によってもたらされたものであるし、患者の選択推進や医療情報の提供は、競争促進という視点での実効性はともかく、患者のエンパワーメントやアカウントビリティの確保という意味では少なからず貢献していると思われる。また、独立セクターのトリートメ

---

<sup>130</sup> 本来は、2010年までに患者の診療記録は電子化されることになっていた。NHSのITプログラムは総予算114億ポンドをかける巨大国家プロジェクトであるが、契約不備や進捗状況の遅れが少なからず生じており、VFMという視点から、NAO(英国会計検査院)は問題があることを指摘している。NAO(2011), National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records system

ントセンターは、待機期間の減少に貢献したと思われるし、ファンデーション  
トラストの設置は、医療機関の業績向上へのインセンティブを与えるものにな  
ったことを否定することはできない。

イギリスの経験から日本が学べることは何であろうか。20年前では、制度枠  
組みの異なるイギリスと日本の中に共通項を探すことは困難であった。しかし、  
イギリスの市場指向の改革によって、近年は、少なからず共通項が見受けられ  
ようになってきた<sup>131</sup>。その意味で、過去よりも現在のほうが参照しやすい状  
態になったのではないかと考える。たとえば、“NHS Choices”のような患者への  
情報提供の仕方は日本でも簡単に導入できるのではないだろうか。

さらに、前述の PCT の疑似保険者機能などの多くは日本の保険者機能のあり  
方を考える上で参考になるものもあるだろう。PCT は、コミッション機能  
は十分に果たせていなかったかもしれないが、医療、介護、公衆衛生など異なる  
組織間・多専門職間の連携を図るうえでの橋渡しの役割を担う組織として少  
なからず機能してきた。その中で、退院遅延や緊急入院予防、インターミディ  
エイトケアの共同事業の実施やツール開発、地域独自のケアパスウェイの開発  
など地域のニーズにあったサービスが生まれてきたと考えられる。こうした医  
療、介護の連携や様々なツール開発から学ぶべきことは少なくないだろう。

だが、OCED 諸国との国際比較をすると明らかなように、日本の医療の業績  
指標はイギリスよりも優れているところが多く、もはやイギリスの制度を一方  
的に模倣するという意味での学ぶ段階ではないと思われる。イギリスの経験を  
日本の教訓として活かすという意味で学ぶ価値のほうが大きいと考える。

たとえば、市場指向の改革では改善ができないイギリス NHS の課題として、  
「郵便コードによるクジ」と揶揄される、受けられるサービスやケアの水準に  
おける地域差の問題があげられる。NHS が、租税を主たる原資とした公共サー  
ビスであることを考えると、公平性の視点からは是正すべき問題であるが、分権  
と患者の選択を推進するとセットで生じる問題でもある。ブレア政権では、こ  
の問題に対応すべく、部分的に中央集権的なアプローチを残し、全国レベルで  
目指すべき業績標準やガイドラインの策定を行ったが、それが地域の柔軟な対  
応を妨げているとされ、ブラウン政権は、臨床現場の裁量を増やす方向で改革

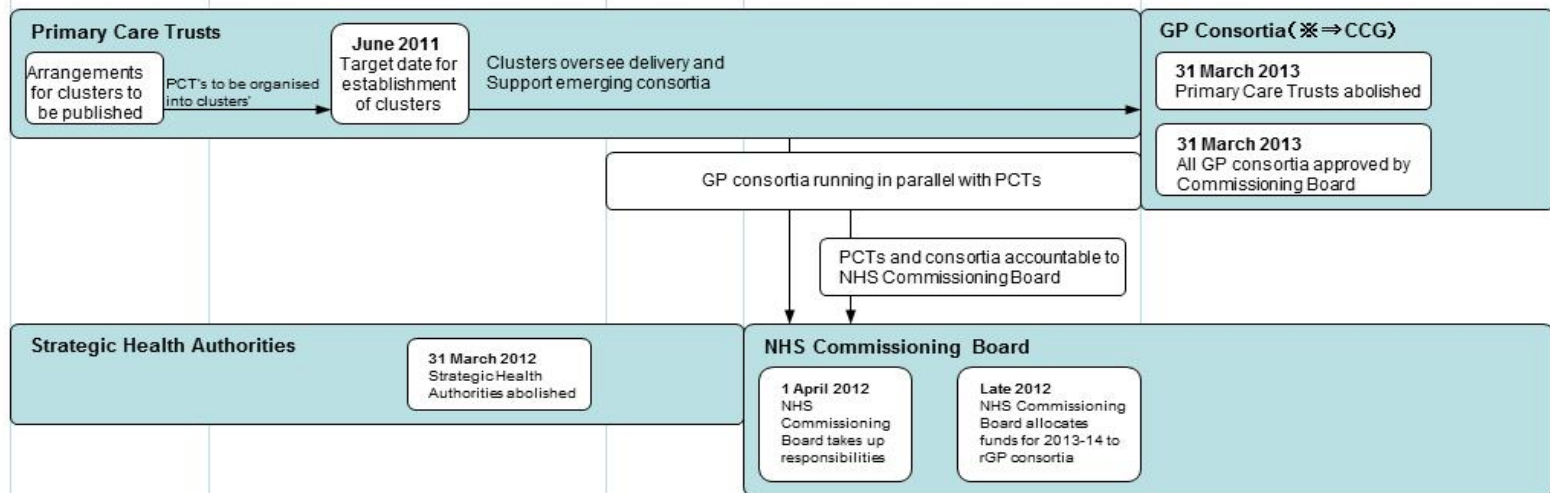
---

<sup>131</sup> 連立政権の競争促進政策を「米国化」ととらえる論者もいるかもしれないが、支払い能力に  
よって受けられるサービスに差を設けない、原則無料という NHS の理念を放棄していないこ  
とを考えると、米国化とはいえない。同じ市場といっても、意味が違うからである。NHS の  
疑似市場はあくまでも管理市場であり、完全に開かれた市場ではない。二次医療を受けるに  
は GP の受診を前提とするというアクセス方法に違いがあるものの、患者自身の個人健康予算  
制が普及し、医療機関の選択も本当の意味で完全に自由化、全ての NHS トラストがファンデ  
ーショントラスト化したら、イギリスの NHS は、公的財源、非営利病院を中心した民間供給  
という制度枠組みである日本により近い医療システムとなるとも考えられる。また、日本でも  
導入が検討されている総合医を GP としてとらえ、医療機能の分化が日本でもイギリス並みに  
進んでいけば、日本とイギリスの相違は一層小さくなるだろう。

を進めた。連立政権では、行政の介入をより少なく、より分権する方向で改革が進められているが、こうした改革は、結果として地域差を拡大させる可能性もあると考えられる。どこまでの地域差を格差ではなく、積極的な意味での地域性として許容できるかが今後の NHS 改革の進む方向を決めるカギとなるであろう。

ヨーロッパ経済をとりまく厳しい昨今の環境や財政再建という課題があると言う意味でも、イギリスと日本の共通事項は少なくない。厳しい経済環境の中、2000年代のような大幅な予算増加はのぞめない。財政制約がある中で、今後推進される市場指向の改革によってどれだけイノベーションと質の向上がもたらされるのか、そして、拡大すると予測される地域差の問題にどのように対応していくかを注視していきたい。

Commissioning



Providers



Source : Department of Health



参考資料：インタビュー記録





## I. Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust

■面談日時：2011年11月8日（火）16:00-17:45

■面談場所：マネジメントオフィス内会議室

（Sydney Street, London SW3 6NP）

■面談相手：Richard Paterson 氏（Interim Director of Finance）

Richard Connett 氏（Assistant Director -Head of Performance）

### 1. FT の概要

- ・ 2009年6月にFTに移行した。
- ・ 呼吸器分野と心臓分野の専門病院である Royal Brompton 病院と、リハビリテーションを中心とした Harefield 病院を経営しており、急性期病院等から患者の紹介を受ける立場にある。

### 2. FT 化の影響

#### (1) 国全体の FT 化の進捗状況

- ・ 現在、FTは約150（FTまたはTrustの総数としては約300）であり、財政的に安定しており、かつサービスの質の高い病院がFTになりやすい。
- ・ トラストの状態に留まっている病院というのは財政的な安定性を確保する必要があるため、合併等を行うインセンティブが生じている。最近のニュースとしては、King's College 病院が Guy's & Thomas 病院と合併するという報道があったばかりである。
- ・ Bristol など、小規模であっても郊外などの地域性のために合併の余地がないような地域の総合病院では、バレンシア（スペイン）をモデルとして、GP等のコミュニティサービス（医療）とソーシャルサービス（福祉）を一体とすることで一定規模を達成しようとするモデルも検討され始めている。
- ・ 政府としてはすべてのトラストをFTにしなければならぬため、政府からの合併の圧力は強い。

#### (2) FT 化のメリット

- ・ トラストからFTになると Monitor が定める基準が緩和されることになる。FTになることは、いわば「責任ある市民」として証明されたようなものである。このため、

財務面での自治権も緩和され、資金の借入れや不動産投資といった意思決定についても、FT内の役員会で承認されれば可能となる。

### (3) FT化による制約

- ・ FTになると、プライベート医療以外のNHSサービスでは報酬は政府が定めるTariffに従う必要が出てくる。
- ・ 臨床面でどのような処置を行うべきかについては、トラストであってもFTであっても現在は政府から直接的に監督されている。
- ・ プライベート医療の価格は市場によって決定されているが、FTでは収入に占めるプライベート医療の比率が上限として定められることになる。プライベート医療の比率の上限はFTごとに定められるものであり、当FTでは上限を14~15%と定められている。現在、この比率は11%程度となっている。

### (4) FTにおけるガバナンス

- ・ FTの役員会による戦略上の意思決定では、特に財務面での内容が重要である。役員会の役員が十分に機能していないと評価されると、選挙によって新たな議長や役員が選出されることとなる。
- ・ FTの独立性としては、財務面での戦略を決定・実行する際にNHSにお伺いを立てる必要がなくなるということが重要である。

## 3. 規制機関の役割

### (1) Monitorによる監査

- ・ Monitorはトラストに対する監督は厳格に行っているが、FTになった後は3か月に1度の自己申告をベースとして定期的なチェックを行うといった形で、いわば「ライトタッチ」な規制となっている。
- ・ FTになると、臨床的・財政的な基準を定めたCompliance FrameworkによってMonitorから管理される。Monitorは臨床テストや財政テストによって、予め定められた基準を満たしているかを定期的にチェックしており、大幅に逸脱している場合にはFTとしての資格を喪失することもある。実際、資格喪失により別のFTが合併を行った例も既にみられる。

### (2) CQCによる監査

- ・ CQCは臨床面でのチェック機能を担っており、Monitorよりも具体的な監査を行っている。CQCに対しては3か月に1度の自己チェック結果を報告する必要がある他、年に1回の抜き打ち検査があり、2日間にわたって4人の検査官による訪問を

受け、患者、家族、職員へのインタビューの他、設備の清潔状況等がチェックされる。

- ・ この CQC による監査を受けるために手数料を支払う必要がある。この手数料の金額は FT の規模にもよるが、当 FT は CQC に対し 7 万 5,000 ポンドを支払っている。

### (3) その他の規制機関

- ・ FT 間の競争が適正に機能しているかどうかについては「Corporation and Competition Panel (CCP)」が監視を行っており、合併等の際はサービスの独占的提供を防ぐため申請が必要となっている。

### (4) 監査結果の反映方法

- ・ Monitor による格付け結果、及び CQC の監査結果はホームページで公表されており、誰でも閲覧することが可能となっている。
- ・ CQC による検査結果が極めて悪い場合（例：院内感染で多数の死者が出るなど重大な義務の放棄が認められるケース）、2008 年の NHS Health & Social Care 法により、役員は罰金あるいは収監の可能性もある。またそうでなくとも、FT の役員は検査結果が悪いと辞任しなければならないため、役員に質を高めようとするインセンティブが働くことになる。

### (5) 病院の評判と内部市場の作用

- ・ Monitor は MRSA などの感染症の発生率を指標として監視しており、これが悪化すれば病院の評判が落ち、競争力が低下する。この点では、内部市場のメカニズムが機能しているといえる。
- ・ ただし、これまでの改革によって内部市場を形成することはできたが、政府の介入によって歪められたものであるため、市場メカニズムがきちんと機能しているとは言い難い状況である。

## 4. 政権交代に伴う改革方針変更の影響

### (1) 労働党政権による積極的財政政策

- ・ 労働党政権ではブレア政権が財政拡大の意思決定を行って以来、質と効率の両面の向上を達成するという目的から、患者の選択肢、供給者内での競争、民間セクターの関与を強めてきた。
- ・ 「Agenda for Change」によって、GP においても病院においても医師や看護師等の職員の給与が改善した。
- ・ また、病院への設備投資も行われた。多くの場合は PFI 方式で設備投資が行われて

きたが、大掛かりな PFI 方式を採用した場合、収益の多くをその支払に費やさなければならなくなり、財務が悪化する。例えば Barts & The London 病院などは、こうした理由で FT になれない。

- ・ブレア政権下の積極的財政政策により、職員不足や待機リストの問題が目に見えて改善したが、NHS はスポンジのようなものであり、資金は投入しただけ吸い込んでしまうものである。

## (2) キャメロン政権における財政抑制政策

- ・キャメロン政権では財政の効率化を掲げているため、最も必要な部分に財政を配分することを考える段階に来ている。
- ・政府は多額の負債を返済するため財政規模の縮小を図っている。他の政策分野と比較すれば医療分野はまだよいものの、医療サービスに投入する資金も増加抑制、あるいは削減圧力がかかる段階に来ている。
- ・現在まさに改革が進められているところであり、この先 4 年間で 200 億ポンドの節約を図ろうとしている。政府の予算配分の適切性については 2 年後ぐらいにならないと答えは出せない。

## (3) 患者の権利の強化

- ・PCT を解消し CCG を形成することについては、患者が GP をより自由に選べるようになることで患者の選択の幅が広がることを意図している。
- ・NHS 憲章によって、患者は 18 週以内に必要な医療を受けられない場合は NHS の費用でプライベート医療を利用できることになるなど、積極的財政政策を背景として待機リストの解消についても対策が採られてきた。
- ・市場をマクロレベルで俯瞰した場合、医療の供給面での不足がある場合はより民間セクターの役割が大きくなっていく方策が採られるようになっており、患者にとっては選択肢が増えることになる。

## (4) 効率性向上のための取組み

- ・地域の医療ニーズの把握については PCT が調査を行っており、医療供給の必要性は地域側が把握する仕組みとなっている。
- ・一方、効率性を高めるためには、例えば手術数の集約化などある程度の規模が必要なことから、FT 化を促すことによる経営規模の拡大は重要な観点である。
- ・政府は、コストを削減しつつ質を高める方法を検討しているところである。例えば、移植手術は国内の 6 病院に集約化することで、症例数が集約でき効率性が高く質の高いサービスを提供する、といった方法が挙げられる。
- ・このような流れの中で病院の閉鎖も出てくると思われるが、これは非常に国民の不評を買う政策であり、実現には政治的困難が見込まれる。当病院では経営委員会の

決定により小児科の心臓部門のサービスを閉鎖しようとしたところ、訴訟となった（結果的には勝訴）。

#### (5) 人件費の引き下げ

- ・ FT になって3年間、当 FT では効率性の向上のため年間4%のコスト削減を行ってきた。医療サービスの価格は FT 共通の Tariff により定められていることから、内部での節約が必要ということになる。
- ・ 効率性の向上のためには、人件費の引下げ、材料購入費の削減、手術室の稼働時間の延長等の方法があるが、特に効果的なのは支出の約3分の23を占める人件費の引下げである。
- ・ 医療従事者の労働組合には Action Day が定められているが、人件費のうち年金の削減に関しては特に組合からの反対が強い。
- ・ 職員の給与の引下げは新聞等のメディアには取り上げられないため、経営側としては病院の評判にダメージを受けることはないと判断している。むしろ、待機リストによる評判へのダメージのほうが深刻である。

## II. Ashford and St Peter's Hospitals NHS Foundation Trust

■面談日時：2011年11月9日（水）11:30-12:45

■面談場所：マネジメントオフィス内役員室

（St. Peter's Hospital, Chertsey, Surrey KT16 0PZ）

■面談相手：John Headley 氏（Director of Finance and Information）

### 1. FT の概要

- ・ 2010年12月にFTになり、現在1年目。
- ・ London 郊外にある2箇所の地域の総合病院を運営している。

### 2. FT 化の推進政策

#### (1) 政府にとっての効果

- ・ トラストからFTになっても、運営に関する多くのことは変化しない。100%公的組織であるため職員もNHSが雇用しており、運営上の圧力も同様である。
- ・ 変化があるのは、自治や自律性が高まること、FT単位で経営改善に真剣に取り組む必要があること、規模の拡大により経営が安定することであり、これらはすべて政府の達成目標と合致している。
- ・ トラストである場合は、病院が赤字になった場合は保健省が資金を工面する必要があったが、FTでは自ら行う必要があるため経営改善を行うインセンティブが高まることになる。

#### (2) FT 化の進捗状況

- ・ 2004年からFT制度が始まった。これまでの8年間で6~7割のトラストがFTとなった。
- ・ 今までにFTとなったのは強力なトラストであり、現在もトラストの状態に残っているのは何かしら問題を抱えているところであり、こうしたトラストでは合併を模索している。

#### (3) FT 化の条件

- ・ FTになるには、Monitorによる監査に合格する必要がある。この監査の多くの部分は財政的チェックであり、5年間の経営計画の提出や将来の収入設計の現実性につ

いての検討が行われる。FT がビジネスとして運営できるかどうか問われるということになり、予算の範囲内で運営し利益を上げる必要がある。

- 当 FT はカバー人口が 40 万人、年間収入 2 億 2,000 万ポンドであり、クリティカル・マスを十分達成できている。
- FT になるためには財政面での安定性だけでなく、臨床面やガバナンス面での評価も得る必要がある。2 年間の審査期間に書類の作成だけでなく SHA を納得させるだけの経営状況を示すことが求められる。

#### (4) FT 化のメリットと制約

- FT とはある種のブランドあるいはステータスになっており、一般的には経営が良好とみなされる。他方、現段階で FT になっていないトラストは「なぜ FT になっていないのか、何か問題があるのではないかと見られる他、合併の圧力にもさらされている。
- FT になると、投資や借入れなどの実施は役員会の意思決定があれば行うことができるようになり、これまでのように SHA に承認を求めるといったことは不要になる。ただし、借入れが自由にできるからといって、実際にはそれほど多くの資金を必要とすることはない。
- Monitor の基準を満たしていれば財政上の自由は与えられ、不動産開発や患者サービス等に投資できるが、患者、地域、GP といったステイクホルダーからの意見には応える必要がある。

#### (5) 政策に対する評価

- FT になることを通じて、医療サービス供給者がより良い組織になる効果が得られていることから、FT 化の推進は良い政策であると考えている。特に、公共セクターが医療サービスを提供している国家にとっては効果的な施策である。
- ただし、一例として、Mid Staffordshire FT では病院の救急の死亡率が著しく高かったことを役員会が知らずにスキャンダルとなった事例もあるなど、FT になった後でも継続的な監視や改善は必要不可欠である。
- FT 化の推進が政治主導で行われた点で一定の問題があるが、それ以上に景気後退や国債格付の引下げなど国の財政面からの要求により行われたことが重大な問題の原因となっている。

### 3. 当 FT の経営状況

#### (1) 役員の構成

- これまでのトラストには必要がなかったが、FT になる段階では経営スキルに長け

たプロフェッショナルな人材を獲得することが重要である。多くの FT では役員の一部の交替が必要であり、場合によっては新たなリーダーシップが必要になる。

- 当 FT では FT 化にあたって最高経営責任者が交代しているが、人材の入れ替えはそれほど難しい作業ではなかった。現在、役員の中で長期にわたって当 FT に勤務しているのは臨床担当役員のみである。
- 臨床面で強力なリーダーシップがあることが、良い FT になる秘訣の 1 つである。

## (2) ガバナンスの手法

- FT の経営には、患者も間接的に関与することが可能である。FT の役員会のうち非常勤職員は会員による選挙により選出され、非常勤職員が常勤職員を選出する仕組みになっている。
- 患者には FT の会員になって経営に参加することを呼びかけているが、現在会員登録をしているのはカバー人口 40 万人のうち約 6,000 人とどまっている。FT になったことに関して、多くの患者は理解していないと思われる。
- FT では GP を対象としたセミナーはよく実施しているが、一般的には患者に参加してもらうことは難しい。

## (3) 経営上の目標

- 医療サービスに対するニーズが年間 3~4% 拡大する一方、現行以上の投資を行うことが難しくなっている中、医療の質を維持していくことが重要な課題となっている。FT では、役員会の責任によって財政の安定と品質の維持を図ることが求められている。
- 現在直面している課題は、財政を安定させながら患者の要求にどう応えていくかということである。5 年前までの労働党政権では資金が潤沢だったが、本年度は Tariff が 1.5% 引き下げられた他、新たなルールとして 30 日以内に患者が再入院した場合には追加的な費用は支払われないこととされ、40 万ポンドの減収となった。
- 当 FT では年間 4~5% (昨年度は 4.0%、本年度は 5.5%) の効率性向上を目標としている。しかしながら、これ以上の効率化は難しいため、日帰り手術の推進も含め、患者の入院期間の短縮化を目指している。なお、場合によっては今後、病棟を閉鎖する必要も出てくるかもしれない。

## (4) 効率化の達成方法

- 職員は NHS との契約によって NHS に雇用されていることから、給与は FT であっても変更することができず、経験年数に応じて年功的に上昇することになる。しかし、人件費の圧縮は経営課題であり、事務部門の削減、雇用職種の変更 (医師を看護師に置き換える等)、若い職員への置き換え、診療部門間のバランス調整などの手段を採ることが求められる。



- ・ 人件費以外の部分でのコスト削減策としては、医薬品や医療機器の供給者との価格交渉、品種の統一といった方法が考えられる。
- ・ 当 FT では、敷地の一部を民間病院に貸与し、そこから借地料を得る方法を採用しており、FT としてのプライベート医療の比率は 2%程度にとどまっている。

#### (5) 当 FT の戦略

- ・ FT 化するということは商業的経営を求めることでもあり、マーケットシェアの拡大の努力も必要となる。特に、当病院は地域の総合病院という性格であるため、専門的サービスとの機能分化を進める必要がある。
- ・ また一般的に、マネジャーになるような人物は、なるべく組織を大きくしようとするインセンティブを持っているものである。
- ・ 売りに出ている病院は財政的に問題があるところだが、将来的な持続性を高める目的で合併を検討することは考えられる。当 FT では、近隣地域にある Epsom & St. Helier University Trust に合併を提案しているところである。

#### 4. 今後の見通し

- ・ これまでの NHS の歴史の中で閉鎖になった病院は 1 つもないが、London では債務を抱えた病院が大きな問題となっている。FT 化を進めることで、政府としては財務面で問題を抱えた病院の数を少なくすることができる。
- ・ 現在、3分の1がトラストのままであるが、もともとの FT 化の期限である 2014 年を過ぎてもその 2分の1以上（全体の 6分の1以上）はトラストのままなのではないか。そしてその際には国が何らかの救済策を講じるのではないかと見ている。
- ・ また、今後は FT 同士の合併もあり得るのではないか。強い FT がより強くなろうとする、あるいは弱い FT を統合しようという動きが活発になると考えている。

### III. Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust

■面談日時：2011年11月9日（水）15:00-17:00

■面談場所：マネジメントオフィス内会議室

(40 Bernard Street, London WC1N 1LE)

■面談相手：Sven Bunn 氏（Programme Manager -Foundation Trust）

#### 1. Trust の概要

- ・ 2年前に FT 化を申請済みで、現在審査期間中。
- ・ London 中心部にあるヨーロッパ最大の小児医療専門病院であり、海外での教育や技術連携、患者受入れ等の活動も活発に行っている。

#### 2. FT 化推進政策の影響

##### (1) FT 化の進捗状況

- ・ 当トラストは FT 化の最終評価の段階に入っており、来年春には FT になる見込みとなっている。
- ・ FT になることについて 2003 年に検討を開始したが、当時の経営陣が FT 化の申請を行わないと判断したため、これまでトラストのままであった。当時申請を行わなかった理由はいくつかあるが、主な理由としては、1999 年にスタートした改築計画（20 年間）の期間中であり、そのフェイズ I が終了した段階で申請すればよいと考えたためである。なお、フェイズ II の計画に変更は加えてはいない。
- ・ FT では、トラストの時より強力かつ詳細な計画を立てることが求められる。FT になるためには 5 年間の経営計画の提出が必須だが、当時は改築計画期間中であったことに加え、国の予算配分方式に変更があり、向こう 1~2 年の収入見込みしか立てることができない状況であった。このため、FT の申請を断念した。

##### (2) 財政計画への影響

- ・ 予算配分方式の変更により、研究部門を有する当トラストは大きな影響を受けた。当トラストの予算の 15%を占めていた研究費は、これまでは包括予算で配分されていたが、改正により個別のプロジェクトに対して払われるようになったため、収入の保証がなくなった。
- ・ 加えて、FT 化の重要な基準の 1 つとして 7~8%の余剰を創出することが求められ

ることとなったため、経営陣のうち財務部門を強化する目的で非常勤役員を新たに加えることとした。

- FT になっていないトラストの多くは、中期的な財政計画に問題があるところである。FT となるための基準も次第に厳しくなっており、例えば効率性の向上は年間 3%から 4.5%に引き上げられている。

### (3) FT 化のメリット

- FT になったとしても経営が急激に変化するものではないが、これまでどおり継続的に変化していくと思われる。
- 当トラストのように専門性の高い病院の場合、これまでは 8 地域の PCT レベルのコミッション、8 地域の専門的サービスに関するコミッション、及び国レベルのコミッションと合計で 17 もの相手先があったものが、今後は National Commissioning Board に一本化される予定である。
- FT では財務面での権限が大きくなり、民間セクターからの資金調達や組織の再構築が行いやすくなったことから、経営判断の実行のスピードアップを図ることが可能になる。また、海外からの患者受入れや教育などの国際的な活動も、これまでのように都度、保健省の了承を得なくても良いようになる。

### (4) プライベート医療に対する制限

- FT になる条件の 1 つとして、各トラストには収入に占めるプライベート医療の割合が上限を超えない、という条件が Monitor から課せられる。
- ブレア政権下で NHS の中に市場的要素が導入されたが、労働党政権内の左寄りの議員からは NHS が海外から来る富裕層の患者を優先したサービスになってしまうのではないかとの懸念が出たため、上限を設けたという経緯がある。
- 現在の上限は 2002~2003 年の総収入に対する割合で定められたものであり、上限の設定の仕方に問題がある。当トラストではこの上限が 10%以下と定められているが、財務状況を強化して教育や研究に投資するため、可能であれば 14~15%程度に高めたいと考えている。
- 現在、議会で討論されている法案では上限の撤廃が盛り込まれており、法案が無事通過することを期待しているが、一定の妥協案として可決される可能性もある。
- 上限の問題自体は、NHS 改革の中では大きな問題として取り上げられているものではないが、NHS の役割とは何かを問う政治的な問題の 1 つである。

## 3. NHS が直面している課題

### (1) 病院の統廃合

- 政府は弱い病院が業績を高めることを望んでおり、債務のため FT になれないトラ

ストに対しては、歴史的には PFI あるいは債務帳消し等の救済策を採ってきた歴史がある。

- ・ 病院の閉鎖に対しては政治的な反対が強いが、農村地域も含め財務的に自立の難しい地域であっても、債務補填のために税金を投入するというメッセージを発するのは、現在の財政状況では好ましくない。そのため、どの病院を閉鎖するのか、という問題が出てくることは避けられない。
- ・ 現在の病院の配置は 1960 年代に定められたものであり、総合病院は人口 25~30 万人に 1 か所という基準で作られたが、専門病院はやや数が多いため、100~150 万人に 1 か所配置するのが妥当である。
- ・ 財務面での持続性を高めるためには規模の拡大が必要だが、これは FT が目指しているものと同様に、合併や計画的な拡大戦略でしか達成することができない。

## (2) 医療財政政策と効率性

- ・ NHS に投入する資金の拡大により、待機リストの問題やサービスの安全性は劇的に改善した。特に、待機リストの問題の改善は目を見張るものであり、1 年程度あった手術待機期間が 4~5 か月になった。ただし、合わせて医療機器の更新や職員の処遇改善も行われたため、結果的に生産性は低下した。
- ・ 患者の自己選択権を強化しながら、十分な資金を投入し、かつ市場メカニズムをさらに強化すれば、米国での **Defensive Medicine**（訴訟を恐れて過剰な治療を行うこと）のように、意図とは反対に効率性が下がってしまうような問題が起こることが懸念される。
- ・ 今後、高齢化に伴う医療ニーズの増大や、医薬品・医療機器の高度化に伴うコストの増大など、効率性を悪化させる要素が強くなっていくことが見込まれている。NICE が治療のガイドラインを出すという現在の枠組みを通じて、政府は効率性の高い治療方針を示すべきである。

## (3) 患者の「選択の自由」の範囲

- ・ 患者側が GP に強く主張すれば、ある程度は病院を指定することも可能だが、基本的には GP がどの病院にかかるかを決定するものであり、NHS が患者の選択の自由を掲げているからといっても、完全に自由な選択が保証されているわけではない。
- ・ そのような中で、GP を通じて患者を獲得している当トラストの立場としては、GP との関係性を強める戦略を採るということになる。
- ・ 疑似市場は患者の選択の余地や競争を促すことを目的とした施策であったが、一部は達成したものの大部分は目標に達しなかった。これは、提供者と購入者の間に情報と能力の格差が存在するためである。
- ・ 例えばサービスの提供については、患者は改善を要求する権利はあるものの、臨床知識がないため、治療を中断してよいのか、コストはどの程度かかるのか、といっ

たことは提供者側にしか分からない。そのため、購入者側に立つコミッショナーが必要となる。

#### 4. コミッショニングをめぐる議論

##### (1) NICE の機能と弊害の懸念

- ・ 患者への知識提供の代替として、NICE が標準的な治療方針を示すことでサービスの質を担保する方法が採られている。ただし、例えば NICE が非常に高価な新薬の抗がん剤の使用可否についてガイドラインを示した場合、コミッショナー側としては予算配分権限が与えられているにもかかわらずガイドラインに従わざるを得ず、コミッショナーとしての機能が十分に発揮できなくなってしまう。
- ・ 製薬企業は患者団体を通じて政治家に働きかけるルートがあるが、コミッショナー側には政治的パワーがないことも問題である。

##### (2) コミッショニングを行うレベル

- ・ 1991 年に保守党政権によってサービスの購入者と提供者が分離されて以来、税方式である NHS が社会保険方式を採用している諸外国の医療制度に近づいてきた経緯がある。このときから、患者の治療を行う「提供者」たる GP が、同時に予算を所有する「購入者」にもなること（コミッショニングの問題）が大きな政治的問題となっている。
- ・ コミッショニングの問題とは、臨床上治療の必要性があるにもかかわらず、GP の持つ予算の都合で治療方針が決定されるために、患者に対して必要な治療が行われないのではないか、との懸念である。
- ・ このため、労働党政権では PCT を設立し、GP は臨床上のアドバイスを行う役割にとどめ、予算のコントロール権を GP より一段高いレベルに戻す改革を行った。
- ・ 現在のキャメロン政権では、GP が治療の必要性を最も理解している（PCT は臨床上の必要性を十分に理解していない）という前提のもと、予算のコントロール権をもう一度 GP のレベルに戻し、より臨床的な視点で判断が行われることを期待している。
- ・ GP が PCT のような高い実務のスキルを有しているかについては疑問である。そのため、民間セクターによる事務部門への介入が広く行われる可能性もあるが、それによって NHS が利益ベースでの意思決定に従うことになり、医療へのアクセスが損なわれるのではないかと懸念を生んでいる。

##### (3) PCT から CCG への移行

- ・ 現在の PCT は人口 25~60 万人を対象として設置されており、この区分は地方自治

体の境界と重なっている。1つのPCTには概ね12~15名の医療職の専門職員が勤務している。

- 現在検討中のCCGはGPや地域の病院の医療従事者によって構成される予定であり、PCTと較べるとより臨床的な知識を有するメンバーが多い構成となる。CCGでは臨床的にみてどのような治療が必要かを理解している職員が多くなることから、日常的なケアを患者に近いところで行えるようになるメリットがある。
- ただし、主に医療従事者によって構成されることから、こうした職員が多忙であることに加えて、予算配分のバランスをうまく採ることができるかという経営面での能力不足も懸念されている。
- また、購入者側のコミッショナーでありながら、例えばGPが独自に（安価に）外科手術を行うようになるなど、同時に提供者にもなるようなケースが出てくる。その際、コミッショニングの問題による患者との利害の対立が起こる可能性もある。
- 新たな仕組みの中では、Monitorが経済的な監視を、CQCが臨床的な監視を行うことから、利害の対立に対する規制当局の役割がより重要となる。

## IV. NHS North Central London

■面談日時：2011年11月10日（木）9:00-11:00

■面談場所：シスル・ユーストンホテル内ミーティングスペース

(43 Cardington Street, London NW1 2LP)

■面談相手：Martin Machray 氏（Deputy Director -Governance and Communications）

### 1. PCT の概要

- ・ London 内の北側にある 5 地区の PCT を統括している。
- ・ カバー人口は約 127 万人。

### 2. CCG への移行準備

#### (1) 管轄地域の設定

- ・ NHS North Central London（以下、「NCL」）では管轄地域を 5 つの地区に分けているが、5 地区それぞれに CCG が形成される予定である。
- ・ 5 地区では都市化の状況が異なる他、住民の経済力にも格差があるなど地域差がある。例えば、Camden 地区は経済的な格差が大きいのに対し、Barnet 地区では高齢で富裕層が多いといった特徴がある。
- ・ 当 PCT がカバーしている 5 地区ではそれぞれに 1 つずつ CCG が設置されることになるが、他の PCT では必ずしも区の境界線とは一致していない。

#### (2) 予算の見込み

- ・ 当 PCT の管轄地域に対しては、約 1 億 5,000 万ポンドの削減が求められている。今後の予測として、NCL の予算約 25 億ポンドのうち、およそ 80%は GP のコミッションングに対して支払う予定であり、それ以外は GP 自身への支払いや公衆衛生活動に充てることになる。

#### (3) 移行後の運営方法

- ・ CCG について、政府はコミッションングを主導することと定めたのみであり、具体的にどのように運用すべきかについて現時点では示されていない。このため、現在は GP のグループがリーダーを決めて、「シャドーコミッションング」を行うことで改革以降に備えている。

### 3. NHS 改革に対する評価

#### (1) 前政権との政策方針の違い

- NHS で 25 年間看護師、あるいは管理者として勤務した経験から言うと、これまでの政権は個々の政策について指示を出す方法論であったのに対し、キャメロン政権では方針のみを定める方法論であり、具体的運用までは決めていない。
- 以前はシステムを作り上げることでコントロールが行われていたが、現政権は規制を減らすことを基本哲学としており、個々の患者と GP との意思決定によりサービスが提供されるようになる。
- 現政権の改革では、GP が大きな予算・人口に対して責任を負うことになるが、GP はこれまでそういった経験をほとんど持ったことがないため、この意味で非常に大きな挑戦であると言える。
- 医療サービスの購入者側に、臨床的側面と経営的側面のどちらをより求めるのかについては、政治的理由によって決定されている。このところ、医療サービスを経営的側面から支えてきた「役人」という言葉が軽蔑的に使われるようになっており、官僚主義による弊害の排除という名目を前面に出すことで、臨床的側面を重視した改革を行おうとしている。今回の改革については、臨床的側面に対してあまりに重きを置き過ぎているように思われる。

#### (2) 国民の認識

- 多くの国民は、GP や病院で受けるサービスを「医療サービス」だと考えており、NHS 改革について一般的にはそれほど関心はないものである。
- このため、NHS に財政面からの強い圧力がかかっていることはそれほど意識されていないのではないかと。

### 4. 予算の効率的活用とコミッショニング

#### (1) 効率性向上のためのシステム

- GP に対しては、登録者の人头割による予算配分や、登録者個人における予算としての「Revenue Resource Limit (以下、「RRL」) についても前政権から継続されている。この RRL に関しては、GP と管理者のどちらかが配分の意思決定を行うのがよいとされているが、現政権は GP が行うほうがより予算の枠内にとどめられると判断している。
- PbR は主に病院が支出面における効率性を高めることを目的に導入された。Tariff は 7 年前に導入され、現在では入院治療の約 80% に適用されるようになっている。
- 例えば人工股関節置換術では、PbR 導入前の制度では価格が一定ではなかったが、



現在の制度では全 FT で共通の Tariff を用いるため、患者がどの病院に行ったとしても同じ価格となる。そのため、病院側は価格で収入を調整することができなくなり、支出の部分を抑えようとするインセンティブが働くことになる。

## (2) GP がコミッションングを行うメリット

- これまでは PCT が地域全体を対象とした予算管理を行っていたが、今後は GP が患者の予算割当の管理を担うようになるため、GP は予算を使いすぎないように地域の他の GP などとこれまで以上に密なコミュニケーションを図り、予算削減方法を検討する必要がある。
- 例えば血液検査を行う場合、これまで GP は病院でどの程度コストが発生するかを知らなかったが、現在では CCG になることでコストを把握できるようになり、無駄の削減に動き始めている。例えば、グループの中で検査技師を雇用してそこで血液検査を行うようになったため、病院を利用して検査をする分のコストで数十人分の検査ができるようになったなど、GP がコミッショナーとしての成果を挙げている例も既にみられる。

## (3) GP における利益相反の可能性

- GP の大多数は開業医であるが、政府との契約関係にあるため、患者の RRL を節約したとしても直接の経済的なメリットはなく、システムの円滑な運用や需要の低減が基本的なインセンティブとなっている。
- ただし、今後は GP にも節約による経済的なメリットが与えられるようになる可能性がある。その場合、購入者側としての GP と、供給者側としての GP との両面における利益相反が生まれる懸念がある。
- 既に、Barnet 区では GP によって設立された会社が時間外サービス提供の入札に参加しようとしており、規制の簡素化を目指す政府の方針の下では、GP が購入者とサービス提供者という両面を持つケースはさらに増えるであろう。
- NHS の創始者の 1 人である Aneurin Bevan が「GP のポケットを金で満たしてしまった」という後悔の言を残しているように、GP が多くの利益を得るシステムが今後も続くのではないかと懸念される。
- 現在検討されているような改革だけではなく、様々な段階でのブレーキが追加されることで、臨床面と経営面の判断のミックスによってどちらも高められるようなシステムにすることが重要である。

## 5. キャメロン政権の NHS 改革における新たな関連機関・団体

- National Commissioning Board は、CCG の承認及び行動の監視をする政府の機関である。

- Commissioning Support Organization は、契約や財務、人事等のコミッションにおける専門的技術をサポートする団体である。
- Health and Wellbeing Board（以下、「HWB」）は、地方自治体を参加させる仕組みであり、ほとんどのメンバーは地方議員や GP となっている。
- HWB は GP の利益や不作為に対するインセンティブに対処するための機関であり、①病院の閉鎖等に対する政治的圧力をかけることができる、②公衆衛生委員による Joint Strategic Needs Assessment によって地域の課題抽出を行い改善を要求する、といった役割があり、GP の活動を評価している。

## 6. PCT と CCG の比較

### (1) PCT に対する批判

- CCG と比較した場合の PCT に対する批判としては、①財務やコミッションングに関する意思決定が現場から離れたオフィスで行われている、②間接部門を抱えるため非効率である、③意思決定が患者や医療従事者ではなく官僚によって行われている、といったものである。
- それぞれ、すべて誤解であるとは言い切れないが、NCL は②については 5 地区を束ねる組織になったことで管理費を 54%削減できており、③は現状認識が至らないことによる誤解である。しかし、新聞では①～③が渾然一体となって批判をされている。

### (2) PCT の成果

- これまでに PCT が達成したこととしては、ジェネリック医薬品の導入や品目の絞込みによって薬剤費を引き下げたこと、50 歳以上の女性に対する乳がんのスクリーニングによって発生率を減少させたこと、脳卒中等の治療パスを作成して発生率・死亡率ともに減少させたことなどが挙げられる。
- ただし、PCT も制度化されてまだ 9 年しか経っておらず、ある程度機能するところまで成長したものの、まだまだ始まったばかりの組織であり、短期間のうちに評価をするのは適切ではない。

### (3) CCG への懸念

- GP が中心となって構成することになる CCG は、担当する患者以外の地域住民全体における公衆衛生に対する理解が欠けてしまうのではないか。例えば、移民や貧困、薬物中毒等の背景により人口の約 20%が GP に登録していない地域では、このようなサービスの必要性が高い人たちに対するサービス提供のノウハウを GP は有していない。

- ・ また、経営スキルに長けた人材のいる PCT と同じように、GP が高い交渉能力を有しているかどうかは疑問である。

## 7. 今後の NHS 改革に対する見解

### (1) 政治・経済による影響

- ・ 医療政策の失敗が政府の失敗であると見られることは、政治家にとっては大きな打撃となる可能性があるため、政治家には医療政策の責任から逃れたいというインセンティブが働くことになる。GP の持つ臨床的側面に対する権限委譲が進んだことは、政治的な必然性がある。特に、NHS は国民に愛されている制度であり、政権与党としては政治問題化することは避けたいという思惑がある。
- ・ このため、保健大臣は NHS を守るという立場であったが、権限委譲を行いながら、審議中の法案の中において大臣の NHS に対する説明責任を除外している。
- ・ 経済状況の悪化の中で、病院の閉鎖等によって NHS の普遍性が失われる可能性があるが、これが政府ではなく GP の意思決定によるものだということになれば、現在のような GP と患者との関係が変化する可能性がある。

### (2) 病院の過剰供給の是正

- ・ 特に急性期病院を中心として、病院数は現在でも過剰な状態にあり、閉鎖の問題は避けられないと思われる。加えて、入院期間が大幅に減少する中で、外来医療の総額にかかる支出割合を入院医療の割合よりも高めなければいけないなど、医療費の中でのバランスの変化が求められている。
- ・ このため、地域の総合病院等ではコミュニティサービスを積極的に推進するようになったが、他方、病院からコミュニティに対しては資金の再配分はなされていない。

### (3) GP の非効率性

- ・ 効率性の観点では、病院では 20 年前と比較すると大幅に改善されたが、GP はそれほど変わっていない。GP の非効率性についてはあまり改善が見られず、共同で開業して効率よく運営する GP がある一方で、一人開業の GP も依然として多い。
- ・ それにもかかわらず GP の非効率性に対して圧力がかからないのは、患者は病院に対しては信頼していないが、GP に対しては感情的な結びつきが根本にあるために、サービスが悪くても評価が高い GP もいるなど、サービスの質と評価には関連が薄いことが大きな理由である。

## V. National Audit Office

■面談日時：2011年11月10日（木）16:00-17:15

■面談場所：オフィス内会議室

(157-197 Buckingham Palace Road, London SW1W 9SP)

■面談相手：Will Palmer 氏 (worked on NHS Productivity study)

### 1. NAO の業務について

- ・ 政府が決定した政策に関する業績評価を行うことが我々の業務である。
- ・ 議会に対する我々の役割を説明する。NAO は財政面での監査を行うだけでなく、VFM(Value for Money)の調査を行っている。1年で60冊の報告書を公表している。そのうち7冊が保健医療福祉分野のものであるが、保健医療福祉分野のNAOのスタッフは15名である。
- ・ NAO の作成する報告書については、ほとんどの場合、議会でヒアリングが行われる。議会の中でも上級の委員会である公会計委員会 (Public Accounting Board) におけるヒアリングである。ここでは、NHS について問題が明らかになると、保健大臣や NHS の最高責任者の責任が問われる。しばしば、どちらの責任かが不明確であることが問題になる。
- ・ 議会の中でヒアリングが行われた後で、公会計委員会が報告書を公表する。その中にいくつもの勧告が含まれる。これに対して、政府は回答を提出しなければならない。保健省の回答は「Treasury Minutes」に掲載される。
- ・ NAO が公表するレポートは、国家予算の歳出目的によるものであり、医療や教育、防衛などの分野のものが多い。どのような調査をするかは、一般国民からの意見の中から採り上げる場合もあるが、国会議員からの要望や NAO 職員の提案によるものもある。

### 2. 病院の生産性に関するレポート“Management of NHS hospital productivity (2010.12.17)”を提出した背景

- ・ 2000年に「NHS Plan」が発表された。このPlanの中で医療に対する投資（スタッフの十分な雇用や雇用条件の改善、病床の確保など）が発表された。これは2003、04年頃まで続いた。これについて、政府は、お金を使ったことに対する効果を明らかにする目的で目標を設定した。これにより、目標に関する厳格な業績管理が求められることとなった。

- ・ 現在、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの NHS を比較している中で、興味深いものがある。もともと 1 つの NHS だったのが、地方分権により、NHS のマネジメントの仕方がそれぞれの国で異なってきた。イングランドにおいては、従来、投資とその業績というものをあまり結びつけてこなかったが、現在は、投資とその結果の業績を結び付けるようになってきている。この過程において、「効率性」や「生産性」という議論が生まれてきたが、指標の開発はまだ十分ではなかった。
- ・ 当時、保健省の政策に関する意思決定（方針）も明確ではなかった。そこで、NAO としては「生産性」を切り口に調査をするのであれば、誰も文句を言わないだろうということで、「投資に見合った生産性の改善が見られるか」という点に着目して、調査を開始することになった。
- ・ NAO がこの調査報告書を出版した頃、保健省は「QIPP アジェンダ」を発表した。これはイノベーションと質の向上を図るというものである。現在、NHS では毎年 150 億～200 億ポンド（約 5%）の節約が求められている。この節約分というのは、本来であれば、人口の高齢化で医療費は増えるはずだが、その分を抑えているということである。保健省としては、「生産性」という観点についてはまったく関与してこなかった。NAO が生産性ということに踏み込んだため、保健省は当初はやや神経質になっていたが、次第に「NHS の生産性」という観点はよいことだと考えるようになった。
- ・ 「生産性」というものは投資をしてからその影響・効果が出てくるまでにタイムラグが発生する。例えば、スタッフを雇用してからそのスタッフが学習して力を発揮するまでに時間がかかる。その逆もある。投資を減らしてからその影響が出てくるまでもタイムラグが発生する。
- ・ 投資を減らす場合、必要性の観点から優先順位をつけることになる。この時に、しばしば、一般の人が必要だと思っているものが優先順位から外されてしまうことが起こる。しかし、「生産性」を高めれば外されてしまうことがなくなる。こうしたことから「生産性」という考え方が重要となってくる。

### 3. 病院経営について

- ・ 2011 年 10 月 13 日に FT に関するレポートを我々は公表した（“Achievement of foundation trust status by NHS hospital trusts”）。このレポートでは、経済的に存続が不可能だと考える病院を 20 か所挙げた。
- ・ 保健省としては効率化を図りたいと考えている。保健省は、病院には無駄や余剰資源などがあると考えているが、病院を閉鎖するのは政治的に非常に困難である。例えば、保健大臣下の効率化委員会では、病院を減らした方が質の向上につながると考えている。ロンドンの SHA では、地域ごとに病院をいくつと決め、機能集約化

を図ろうとしている。つまり、1つの病院に同じ疾病の患者を集めた方が効率的であると考えている。

- 保健省では生産性向上や効率化が非常に重要であると考えており、そのためには、病院を閉鎖する、あるいは病院の一部を閉鎖して合理化しなければならない。しかし、一般国民は「地元の病院」を欲しがっているというのも保健省は知っている。
- 今回の改革では、病院を存続させること責任は保健省ではなくなり、**Monitor**の責任ということになる。病院を閉鎖するというのも保健省の政策決定ではなくなるということである。
- 都市部と農村部との格差については、**NHS** 内部での予算がどのように配分されるかという問題である。現在、地方分権化の中で予算配分方法に関する計算式がある。例えば、予算配分がコーンウォール州のある地域とロンドンの中心部との間でどうなるかというのが鍵になる。予算配分の方程式については、一部の人からは、農村部では本来受けるべき額よりも少ない額しか受け取っていないという批判も出ている。予算配分方程式には、農村部であるかどうか、距離の問題、人口密度の問題、高齢化率なども含まれているが、それでは十分ではないという指摘だ。
- 何が余剰かと判断するのは難しい。急性期医療については、「病院でのケアから地域社会におけるケアへ」ということで **GP** が提供するケアに移ってきている。例えば、ロンドンでは脳卒中ケアを「地域化」している。具体的には、24時間 365日営業の高度専門脳卒中センターをつくり、患者がやや軽症になった時に行く、もう少し小さなセンターを整備した。それ以外の病院の脳卒中部門については閉鎖（サービス廃止）した。つまり脳卒中のケアについて高度専門センターを作ったことで、国民がより高度な専門サービスを受けられるようになり（例えば、スキャンも受けられる）、専門化したことで医療の質が向上した。
- 「余剰」というのは、近くに2つの病院があり、同じサービスを提供している場合、「なぜ、同じサービスを2つの病院が行うのか」という考えによるものである。ただし、2つの病院間で競争がある場合、「どちらを閉鎖しようか」ということになる。以前、財政的余裕がかなりあった時には、病院がサービスを廃止することについて一般国民はそれほど心配していなかった。
- 一方で、競争のためには選択の余地がなければならない。例えば、2007年に、**NAO**では「選択」ということで報告書を公表した。余談だが、この時点で、実際に選択をしているのは患者ではなく **GP** が選択しているということも明らかとなった。学問的な研究の結果、競争があるところには質の向上が見られるということが明らかになっている。
- さらに、質の向上のためには、競争が必要だが一方で集約化による専門化が必要である。つまり、病院について無駄が生まれるほど距離的に近くにはないが、競争が発生する環境を作ることは可能である。現在の病院は、例えば12世紀からたまたまそこにあったから今でもそこにあるといったものもある。

#### 4. 現在の NHS 改革について

- ・ 病院の存続・廃止などを決定する権限・責任は PCT から Monitor に移る。PCT が廃止となり GP コンソーシアム（※その後、名称は「CCG」）になるからである。現在のところ、PCT はその地域に病院を 1 か所しか持っていない。つまり、現時点で既に PCT に病院を存続するか廃止するか選択する余地はない状態である。今回の改革ではローカルレベルでは GP が権限を持って行うが、もう少し上のレベルでは、より上位の組織に権限が移る。しかし、責任という点で見れば、保健省から離れてきている。
- ・ National Commissioning Board は NHS の組織である。それに対して Monitor は医療提供者に対する財政面での規制当局である。したがって、Monitor は NHS 以外の独立した機関、例えば民間病院などもその対象とする。Monitor は NHS とは独立した機関である。
- ・ Monitor は病院の財政安定性に関する規制を行う。National Commissioning Board は、全国レベルの臨床ニーズを把握し、優先順位を決め、目標を設定する、あるいは地域レベルの Commissioning Board に対するアドバイスを行う。この機関の役割は、現在もまだ全体として確定していない。改革案が発表されてから、この 2 つの機関の役割がまだ完全には明確にはなっていない。
- ・ 今回の改革案が発表されて以降、NAO では「責任性」を明確にしたいと考えている。例えば、何か間違いが起こった時に、「その間違いは誰の責任か」ということを明確にしたいと考えている。NAO の報告相手である議会の公会計委員会（Public Accounting Board）の委員である議員も誰が責任者かを明確にしたいと考えている。
- ・ 最近、保健省は「生産性」に関する指標の開発に再び着手した。NAO が開発した国家的な指標に加え、地方レベルの指標を保健省の方で開発した。それから、全国共通の病院レベル、地域の Commissioning レベルでの指標を開発しているところである。特に指標について目標を設定しているわけではなく、改善の度合いなどをみるためのものである。CQC はサービスの質に関する問題を取り扱っており、指標を用いて計測している。保健省は CQC の評価を用いてマイクロマネジメントを行っているといえる。
- ・ GP コンソーシアム（CCG）に移行すると、購買者と医療提供者が一致するため、契約をきちんと結び、決められた一定の予算内で一定の品質を達成するというような専門知識が失われてしまうというリスクがある。
- ・ 今回の改革の主眼である「患者中心の医療」であるが、具体的にどのようなものかというビジョンがはっきりしていない。また、どのように行っていくのかということも明確にされていない。このため、「あなたは我々にこういう約束をして、これだけお金を使いましたね」という VFM の観点から評価していくのは現段階では難しい。しかし、将来的に、患者中心の医療システムかどうかというテーマについては調査したいと考えている。

- NHS 制度全体の生産性について調査しようとしたことがある。我々の当初計画では病院の生産性とプライマリケアの生産性についての調査を行う予定であった。病院におけるサービスを地域社会でのサービスに移行していこうとしている中で、病院の生産性だけを採り上げるのはおかしいと考えたためである。
- 各政権で NHS について様々な改革を行ってきたが、改革に関する共通部分もある。例えば、GP にお金を管理させるというのは GP fundholders の頃から出てきた。
- サービスの普遍性・平等性と地方分権との間で葛藤が生じている。例えば、医薬品の使用許可も国ではなく、それぞれの地方でその薬を使う財政的余裕があるかどうかで決まってくるようになった。抗がん剤も「郵便番号によるくじ」みたいなものになっている。ある地域に住む人は使えるが別の地域に住む人は使えないということになっている。そういった地域差が出てきている。
- 今までの改革は、政治から臨床専門家に責任を移していこうというものであった。しかし、ある地域で薬が使えないということが起これば、それはやはり政治的な問題になる。
- 組織改革の中で、SHA が行ってきたベストプラクティスを広めていくような役割は NICE や NHS 研究所（名前を変える予定）、地域レベルでの commissioning board などが担うことになるのだろう。まだこの点もよくわからない。SHA については本来の役割がないということで廃止になるのだと思う。地域によっては、効率性の高い地域とそうでない地域があるので、もしかしたら SHA が効率性の観点から機能してきたのかもしれないが。
- 病院からのサービス購入は GP コンソーシアムが行うが、GP のサービスに対しては地域レベルの commissioning board が行うことになる。



## VI. Foundation Trust Network

■面談日時：2011年11月11日（金）10:00-11:30

■面談場所：オフィス内会議室

(29 Bressenden Place, London SW1E 5DD)

■面談相手：Mark Redhead 氏（Head of Policy）

Saffron Cordery 氏（Head of Communications and Strategy）

### 1. 病院改革について

- ・ FT になる基本的な基準が書かれている根拠法は「NHS Act 2006」である。NHS Act は 2003 年に成立し、2006 年に改正され、そこに FT の根拠・基本的な基準が記載された。具体的な数字は Monitor の規則としてホームページに出ている。
- ・ NHS の組織は変わりつつある。組織の中に新しいガバナンスの仕組みが入ってきた。FT は NHS の一部ではあるが、業績管理や保健省の管理からは独立している。
- ・ FT はいわば会員制度がある。地域の中の人、サービスを利用する人は誰でも会員になれる。会員は理事（governor）を選出する。したがって、理事は「地域の声」ということになる。
- ・ この理事には、いくつかの主要な職務がある。その職務の一つとして、FT の会長、非常勤役員を選出するという職務がある。会長、非常勤役員というのは、FT の法人の一部、コーポレートボードとなる。
- ・ FT には、NHS トラストとは異なり、運営上、財政上、人事上の自由がある。ただし、実際にそのような自由を行使するとは限らない。
- ・ 例えば、FT のコーポレートボードには、営業部長（コマーシャルダイレクター）がいる。この点は NHS トラストと違う点だ。もう一つ FT が NHS トラストと異なるのは、FT では剰余金を利用者のために再投資することができるという点である。これが主要な相違点である。NHS トラストの場合、剰余金があれば政府に戻さなければならない。しかし、もし損失が出た場合、政府の方から救済される。逆を言えば、FT には政府からの救済がない。組織として失敗する可能性があるということである。
- ・ 雇用条件などの点で、FT には変更する権限があるが、実際にはそれを行っていない。なぜなら、全国レベルの労働組合があるからである。もし、個々の FT が労働条件・雇用条件などを変更しようとする、全国的な労働組合からたたかれるので、変更しようというインセンティブは働かない。
- ・ 現在、NHS 全体として節約が必要となっており、各 FT でも節約が求められている。

こうした中、もちろんスタッフの人員整理はありえる。これはローカルレベルの交渉によって行われる。人員整理については、自然なスタッフの入れ替わりによって、つまり誰かが退職しそれを補充しないという形式で行っている。

- 現在のところ、医師、医療職、事務職と雇用契約を結んでいる。契約内容、給与体系などは全国的に設定されている。そのような国の給与体系を変更する余地はあるが、全国的な労働組合との関係があるため、実際にはそういったことは行っていない。ただし、給与テーブルがあるので、例えば、給与テーブルの低い人をたくさん雇う、あるいはスキルミックスを今までとは変えていく（例えば、専門医を減らして看護師を増やす）といったことはできる。
- 他にも給与体系を変更しない理由はある。全てのトラストが FT になっているわけではない。NHS トラストが依然として存在する。NHS トラストでは国の給与体系に従わなければならないため、FT もそれを使うほうが便利となっている。
- ただし、FT では、剰余金を医師や専門職などすべての職員にボーナスという形で還元することはできる。現在のような経済状態になる前は、少額のボーナスが全職員に支払われたということがあった。これはもはや過去の話である。剰余金は、職員のボーナス以外に投資にも使われた。
- 労働党政権下で NHS の予算を増やしたが、医師不足はまだ解消していない。医療サービスの労働力の必要量については、全国的に「loyal colleague」という専門団体（例えば、麻酔科医団体、外科医団体など）が保健省と共同で医師数を設定している。この専門団体の方から勧告を行い、保健省が何人分の医師を養成するかといった予算に関する意思決定を行う。ところが、新しい改革システムでは、そのような決定権限を地方に委譲することになっている。今度は地方レベルで、それぞれの医療職種、例えば、助産師を何人にするかといったことが決められるようになる。結果的に地方の FT が地方レベルで決定することになる。そのため、需要と供給が一致するように現在の医療システムを柔軟性のあるものにしていかなければならない。例えば、15 年間医療訓練キャリアパスにお金を使ってきて、突然必要なくなったということがないようにしなければならない。これは普遍的な問題だと思う。
- 最初の法律では、すべてのトラストが FT に移行する期限は 2013 年 3 月 31 日となっていた。その後、法律の修正があり、その期限は廃止となっている。FT に移行しないのは特殊ケースとなる。現在トラストのままであるところの中にも FT にはなれるがもっと時間が必要だということもある。そのため、期限については柔軟性が必要だ。どうしても FT になれないということもある。
- PFI 方式は FT になる上での 1 つの大きな障害となっている。ただし、PFI 方式だから FT になれないということではない。現在、NHS トラストの中で、PFI の問題だけで FT になれないところについては解決策についての検討が行われているところである。

## 2. NHS 改革の概要について

- ・ 現在、システム全体の変化が提案されている。規制当局である **Monitor** は、今までのように **FT** だけを規制するのではなくシステム全体を規制するようになる。そしてそのような規制の一環としてサービスの保護、農村地域におけるサービスの保護を行う役割を担うことになる。
- ・ 病院については今まで以上に競争の要素が強くなるだろう。競争の要素が出てくれば「市場」が発生する。「市場」があって競争がある場合、全国的に統一された料金表が適用される。しかし、市場がない場合については全国レベルの料金表とは異なった料金表が設定される予定である。例えば、農村地域で病院が 1 つしかない場合で病院の存続が難しい場合、規制当局の方でサービスに関する別の料金表（高めの報酬、エンハンスタリフ）を設定する。それに対して、コミッショナーがそれを使うかどうか意思決定を行う。まだ、完全にはデザインされていない提案である。
- ・ コミッショナーについてであるが、まずイングランド全体として「**National Commissioning Board (NHS Commissioning Board)**」ができる。その下部組織として、地方ベースで 4 つの支部（クラスター）ができる。その下に **GP Commissioner** が存在する。**GP Commissioner** についても現在設計が行われているところであるが、最近の案では「**Clinical Commissioning Group (CCG)**」という名称となっている。
- ・ 地方レベルの **CCG** は全国レベルの **National Commissioning Board** から承認を受ける。したがって、**GP** のグループである **CCG** は全国レベルの **National Commissioning Board** に対してコミッショニングという機能を果たしていただくだけの能力があるということを証明しなければならない。承認されれば、**CCG** は自由にコミッショニングという役割を果たすことができる。
- ・ システム全体は臨床主導型のシステムに変わるということである。政府の方からはあまり指令的なことは言わないということである。**CCG** はその地域の住民のニーズを把握しなければならない。**CCG** の中には、標準的な組織の管理のメンバーも入っている。**National Commissioning Board** から承認を受ける過程で、そのような点も要請されている。このため、現在の **PCT** の管理メンバーは **CCG** におそらく残ると思われる。**CCG** が自分の仕事を適切に遂行することができるということを証明しなければならないため、**PCT** の管理部門のメンバーを再雇用するほうがやりやすいのではないかと。

## 3. CCG について

- ・ **CCG** が病院サービスを購入するが、その料金表は決まっている。急性期病院でのサービスに関する料金表（**PbR**）が最も進んでいる。政府が精神分野や地域医療に関する料金表の開発に取り組んでいるところである。
- ・ どのようなサービスを購入するかという点については、地元の優先順位が守られる

わけだが、このサービスを提供することといった全国レベルの保障システムが設定されている。それは「National Outcome Framework」と呼ばれるもので、NHSのすべてのユーザー、患者のために必要なサービスの優先順位を政府が決めている。National Outcome Frameworkについては、政府の方針に従い、毎年、優先順位の更新が行われる。

- CCGは全国レベルで設定されているサービスを最低限確保することが求められているが、それ以外の部分については、例えば、地域の住民のニーズに応じて高齢者のための投資を増やすといったように、自らの裁量でサービスメニューを変えることができる。
- CCGはFTやNHSトラストからサービスを購入しなければならないわけではない。これ以外の資格のある提供者、民間や任意団体、コミュニティなどから購入することもできる。
- 地元のCCGが「お宅のサービスは要らない」と言った場合、FTとしては、それを受けて、異なったマーケットに進出することができる。例えば、赤字が出た場合、その地域ではあまり提供されていない特殊なサービス分野に進出するというのもできる。FTは商業的な自由を持っており、サービス拡大を図ったり、フランチャイズを行うこともできる。
- 現在の新しい法律案の検討において、民間からの収入に係る上限は廃止されることを我々は望んでいる。
- 我々が持っている一つの懸念と言うのは、今まではPCTとプロバイダーがほぼ1対1という関係だったが、新しい制度では、例えば10のCCGが1つのプロバイダーに対して異なった要求をしていくという可能性があるのではないかとということである。我々としては、いくつかのCCGが1つのリーダーの下にまとまって、そのリーダーと交渉するようにしてほしいと望んでいる。
- CCGがある一定の規模で仕事をしなければならないということになると、結局そのCCGの数が今までのPCTの数と同じくらいになるのではないだろうか。現在はPCTの中に臨床専門家を増やすことによってCCGと同じになるのではないかと聞いた議論も出ている。
- 面白いことにPCTが最初作られた時は450あったが、それが150になった。今のところ、CCGが300できるだろうと言われているが、これがいくつかのクラスターの中にまとまり、最終的に150くらいになるのではないかと思われる。つまり、PCTの数と同じになる。
- CCGがまとまるという点について補足すると、CCGは一緒にならなければならないわけではないが、あまりない特殊な専門的なサービスについては、ある程度まとまって交渉した方がやりやすいということである。例えば、CCGがいくつか集まってそのうちの1つが主導的なCCG（リードCCG）となって、広い地域のがん医療を確保するといったことである。

- 一方、皮膚科サービスなどは個々のローカルレベルでの交渉にとどめていた方がいいのではないか。皮膚科のサービスについては、複数のプロバイダーがいて、例えば、FT から購入する、慈善団体から購入する、あるいは GP が独自に自ら皮膚科サービスを提供するといったところもあるかもしれない。

#### 4. 改革の影響等について

- 今後、医療財政が足りないということで、待機リストが再び長くなっていくかもしれない。実際、PCT の中で今年度分の予算がないため、これは来年に回すといっているところも出ている。
- 病院について絶対数が余っているということではなく、どこに医師が配置されているかといった偏在の問題である。ロンドンでは同じサービスを提供している機関が多すぎる。今、政府が推進していることはケアを病院から地域の中に移していこうということである。
- これは政治的束縛があるということである。過去には需要に応えるために病院が増設された。一度病院ができてしまうと、政治家・国会議員や地元の人々は地元にあるものを守っていきたいと考える。患者の安全性を高めるためには整理統合が必要な場合もあるが、なかなかそれが実行できない。
- 英国では、OECD 諸国と比較して人口あたりの医師数が少なかった。ただし、個人的には医師がもっと必要だという議論には納得していない。むしろ、サービスの置換えが必要だと考えている。保健医療サービスについて、医師以外の仕事をより専門化していくことが必要だと考えている。全ての業務を医師が行う必要はない。
- これが今回の改革の理論の根本である。つまり、今まで出てきた問題を全て出し、それを解決していく、例えば、病院の一部を閉鎖する、医療職のスキルミックスをコミッション側が変えていく、コミュニティの中のセッティングを行うことによって、より患者に近いところ、例えば自宅や地域社会の中でのケアを行っていく、場合によっては患者自身で自分のケアをするようにしていくといったことである。
- 理屈の上では、CCG が「このようなサービスは必要ない」ということで組織全体ではなく一部のサービスについて契約をしないということによって閉鎖に持っていくことは可能である。ここで問題なのは、歴史的に考えて、それぞれの病院内部での相互補完（一部のサービスはとても利益が出る、その利益を利益が出ない部門のために補完するということがあったのに、一部のサービスを廃止してしまうと全体的にその影響が出てくることになる。したがって、コミッショナー側はそのことを十分理解する必要がある。規制当局はプロバイダーがサービスを維持していくことができるように、確実にしなければならない。
- 新しい制度では組織の相互関係が複雑になっている。そのためには、もっと情報の共有化が必要になってくる。病院の財政面における健全性がどのようになっている

のかということコミッショナー側も十分理解していくことが必要である。システム上の自由は増えてきたが、全体的な総合性をもっと考えていかなければならない。Monitor や CQC が把握する情報よりもっと多くの情報が必要となる。

- **Monitor** はその病院がより効率的にサービスの提供を行っていかどうかということ監視しなければならない。例えば、農村地域であれば、コストは高くなるけれども、それによって効率的にサービスが提供されるということもあるので。
- **Monitor** は病院サービスの持続可能性、サービスの競争性、競争に反する行いの有無を監督する。例えば、コミッショナー側が自身に属する **GP** サービスに対してコミッションをするということになると、それは「反競争的な行為」ということになるので、**Monitor** が監督する必要がある。
- **GP** はその地域内のサービスについて非常に多くの知識を持っている。このように新しくコミッショナーになるということは、コミッショナーとしてよりもむしろプロバイダーとして拡大する大きなチャンスになるとみている **GP** もいる。こうした点で、新しい制度内に利害の対立する部分がたくさんある。もし **GP** が開業医として自身でサービスを提供するというということになると、コミッショナーは地域や国家レベルのコミッショナーに持っていかなければならなくなる。
- 我々は **GP** がプロバイダーとして拡大していこうというインセンティブを持つこと自体は特に問題視していない。契約が公平性・透明性を持っている限り、それは問題ではないと考えている。
- **GP** が自らプロバイダーとして事業拡大を図り自分たちに有利な契約をした場合には、我々は、規制当局である **Monitor** に、反競争的な契約を行っている苦情を申し立てることができる。歴史的にみると、一次医療と二次医療とは区別されてきたが、現在、一部の **FT** では、**GP** とジョイントベンチャーで、一次医療・二次医療を統合したサービスを提供しようとしているところもある。その場合には、**GP** が事業を拡大しようとしても、結局、**FT** は **GP** のパートナーということになるので、問題にはならない。
- 今後 **FT** どうしの合併は進んでいくと思われる。現在、地域によっては、あまりうまく機能していない **NHS** トラストを **FT** が買収するという動きがある。アカデミックヘルスセンターが 5、6 か所（キングスヘルス、ケンブリッジ、マンチェスター、ユニバーサル・カレッジ・ホスピタル、**UCL** パートナー）が全国にある。その会員は **FT** とは限らない。教育病院などが大学と非常に強い連携関係を持っている。**Guy's & Thomas** **FT** と **King's College** が合併するという提案が検討されているところであるが、その合併が成立すると、**FT** としての存在とアカデミックヘルスセンターとしての存在が併行していくことになるとと思われる。
- 1 つの **FT** が複数の病院を持っているといったところもあるため、病院の数は把握していない。病院の数は **CQC** の **HP** を見てみるのがよいだろう。そこでは、全病院が登録されている。

- (GPの紹介の上限 (referral limit) についてはどのように考えるか、という質問に対して) 患者の選択権の問題が存在する。CCGが一定のサービスに対して投資をするといった意思決定を行うかもしれない。そのようなコミッショナー側の選択と、患者が自由に選択する権利との間には常に矛盾が発生している。こうしたことから、GPの紹介の限度 (referral limit) という言葉が出てきたのだらうと思う。CCGは、例えば、法人としてA病院・B病院と契約をしたいと望むかもしれない。ところが、患者としては自分の選択の権利として、ロンドンに住んでいるがマンチェスターの病院に行きたいといったような選択をする人がいるかもしれない。そのようなことから、この上限が出てきたのだと思う。このような問題についてはナショナルヘルスコミッショナーが全国的な政策決定をすることになると思うが、これについてはまだ全体的なデザインがしっかりしていないため、はっきり述べられる段階ではない。
- GPがこの制度についていろいろな影響を与えようとしている。そのため、我々としてもいろいろな質問に答えるのが非常に難しい状況である。

## VII. Nuffield Trust

■面談日時：2011年11月11日（金）15:00-16:30

■面談場所：オフィス内会議室

(59 New Cavendish Street, London W1G 7LP)

■面談相手：Natasha Curry 氏（Senior Fellow in Health Policy）

### 1. NHS 改革の理論について

- ・患者を中心とした医療改革ということであるが、「患者を中心とした」ということは過去10年くらい、政策上のキーワードとなっている。前政権が2004年頃、「patient choice」ということを言い始めた。それは患者が手術をする時にどこの病院で手術を受けられるか選べるということだった。それが1つの要素であった。もう1つは「パーソナルヘルスケアバジェット」というものである。パーソナルヘルスケアバジェットは患者毎の予算である。まだ実験段階である。例えば、糖尿病患者の場合、「私は健康維持のためにこの予算を使ってスイミングに行きます」といったことができるようになる。まだこれは始まったばかりであり、詳細はよくわからない。
- ・このような二つの政策に対して、現政権はその二つの上に積み上げていこうとしている。現在の政府が行おうとしていることは、少なくとも修辭的にいえば、「患者が自分で自分の健康に関する意思決定を行うことができる。そして自分の治療をどこで誰にやってもらうか選択できる」ということである。
- ・その一部として GP に予算を与え、GP がコミショニングできるようにする。これが CCG である。その理論というのは、患者のことを一番よく知っているのは GP である。その GP が患者のケアについて個人的な意思決定を行うことができる。これは PCT のマネジャーよりも GP のほうが個人的な意思決定をできるというのが理論である。
- ・現在の政府は、「パーソナルヘルスケアバジェット」をより一層拡大し、個人一人ひとりのヘルスケアについてより多くのコントロールができるようにしている。
- ・以上が理論である。しかし、私はこれがうまく機能するかどうか懐疑的である。患者がどこでどのような治療をしてもらうかということ自分で決定するためには、本当の意味での情報が必要だからである。現在のところ、患者が入手可能な情報というのは非常に限られている。そしていろいろな研究結果によれば、患者はどこの医療機関に行くかということ自分で決めていない。GP に依存し GP が決定しているという結果が出ている。
- ・今回の改革では「患者中心の医療」という理念はあるものの、それをどう実行して



いくかというのは非常に曖昧である。

## 2. GP の役割の変化について

- 英国には非常に強力な GP 制度がある。GP は門番であり、GP の紹介なくして専門医にかかることはできない。GP 主導型にするというのが今回の改革の狙いである。つまり、臨床専門家に予算と意思決定権を与えるということである。
- 現在でも患者を専門医に紹介するか否かは GP の意思決定にかかっている。ただし、一部の PCT では、GP が直接病院に紹介するのではなく、PCT 内の referral management center を経由して病院を紹介している。その場合には、この referral management center が意思決定を行っているが、それ以外の場合には GP が意思決定を行っている。この referral management center というのはすべての PCT にあるわけではなく、一部の PCT がそのようなものを作っているということである。PCT の referral management center は PCT のマネジャーが扱っており、ある程度、臨床医の関与はあるが、基本的にはマネジャーが選択している。この referral management center ができたのはだいたい 2006 年頃からである。
- PCT が referral management center を持っている場合、その予算は PCT から出ている。ただ、予算をどのように使うかは GP が意思決定をすることになっていた。ところが、今度は GP のところに予算も行くことになる。病院への紹介は財政面・臨床面でよいかどうかという意思決定が GP のところに移ることになる（臨床面のみでなく財政面での判断も GP がするという事）。
- GP に権限を与えるということについてはかなりの懸念がある。GP の予算は 600 億ポンド、NHS 予算全体の約 60% に当たる額になる。
- 新しいシステムでは、GP は National Commissioning Board に対して責任を負うことになる。この National Commissioning Board がどの程度細かく監視することができるのか、あるいはその監視が 1 年ごとのものであればその間はどうなるのか、もし GP 側が失敗したらどうなるのかということについて懸念がある。
- 政府が初めてこの改革案を発表したときに、かなりの懸念が示された。政府は、CCG の中には病院内の専門家を含めなければならない、一般の人を 2 人含めなければならない、それ以外の臨床専門家を含めなければならないというルールを定めた。

## 3. 規制当局等について

- 地方自治体では「Health and Wellbeing Board」というものを作っている。これは医療と社会サービスを 1 つにするもので、この委員会が CCG のコミッションングを監督するという事になっている。ただし、この委員会は実質的な権限を持っていない。

- ・ ナショナルヘルス内の全ての組織について、患者あるいは一般市民の代表が関与することになっている。したがって、CCG の中に一般市民の代表が入るのは、精査を行うというよりも一般市民のニーズを伝えるという役割である。
- ・ **Monitor** の役割は変わりつつある。以前は、FT の財政面での品質についてモニタリングをしていた。今後は NHS 制度全体の監視、その中には FT、NHS トラスト、それ以外の NHS の機関の経済面での監視を行うという役割に変わる予定である。NHS 制度全体の経済面での規制団体になる。
- ・ **CQC** の役割は変わらない。CQC はサービスの品質の検査機関である。
- ・ **National Commissioning Board** は、コミッショナーに対して優先順位の決定や GP のための予算の決定を行う。
- ・ この3つの機関の役割については重複する部分があり、それぞれがどのような役割をするのかということが全面的に明確化されていない。この3つの機関は全国レベルで横に並ぶ。上下関係ではない。
- ・ **Monitor** の機能では、焦点はプロバイダーにある。**Monitor** はプロバイダーの財政面の健全性をモニターする。また、プロバイダーの承認を行う。新しく参入してくる民間のプロバイダーの承認も **Monitor** が行う。**Monitor** は arms-length-body の団体(政府から予算は下りるが、政府ではなく、一定の距離を置いた団体)であり、半官半民である。**CQC** もそうである。**National Commissioning Board** は政治的には政府から切り離されている。
- ・ 「**Health Watch**」についてであるが、現在、PCT はすべて「**LINKS**」を持っている。この **LINKS** とは Local Involvement Network のことであるが、患者、一般市民が NHS についての意見を述べる場である。**Health Watch** はこの **LINKS** が発展した形で、患者、一般市民が参加すべき団体としてつくられる団体である。ただし、疑問となるのは、この **Health Watch** というのがどの程度強力な団体となるかということである。非常に強力なものということになれば、実際に医療サービスに対して責任性を追及することもできるようになる。ただ問題となるのは、この **Health Watch** は地方自治体が設立するものであるということである。現在、地方自治体には、これを設立するための独自の予算がない。もう一つ **Health Watch** に対する問題というのは、コミッショナーに対して責任を追及する権限が全くないということである。
- ・ イングランド全体で **Health Watch England** というのができる。そして、それぞれの地方自治体ごとに **Health Watch** ができる。一般市民が NHS に対して不満がある時は、**Health Watch** に苦情をいうことになるが、では、実質的な権限がない場合に **Health Watch** に一体何ができるのか、ということが疑問である。
- ・ **Health Watch** が苦情処理と患者の選択に対する助言という両方の役割を担うということになると、その間での利害の対立というのが出てくる。現在、PCT には苦情マネジャーがいる。苦情については、この苦情マネジャーが処理する。現在の PCT 内の **LINKS** というのは、一般市民参加による討論の場である。例えば、「この地域

にもっとがん医療サービスがほしい」といったような地元の声を吸い上げる場である。

#### 4. NHS 改革に対する評価等

- ・ 今回の改革については、非常に広範囲にわたる反対が出てきている。例えば、労働党や臨床専門家、一般市民の中から改革に対する反対の意見が出てきている。改革に関する新しい法律が 2011 年 1 月に発表されたが、あまりにも強い反対があったため 4 月に立法手続きを一時中断した。これは前代未聞のことである。したがって、この法案はまだ議会を通過していないので、実行には至っていない。
- ・ しかし、法案が議会を通過するのは間違いない。いろいろな懸念の声に応じて、いろいろな修正が既になされている。また、現場では既に変化が起りつつあるので、これ以上立法を遅らせるというのも多くの混乱を招くことになる。
- ・ 少数の GP ではあるが、例えば、企業家精神が強い GP もいる。1990 年代にいわゆる fundholding の GP、あるいはもう既にプラクティススペースのコミッショナー (GP が集まってコミッションを行っている GP) は、この改革を歓迎している。
- ・ 個人的な意見であるが、CCG は外部から経営や財政面の支援を現在の PCT のマネージャーから購入することになるのではないかと考えている。結果としては、もう一度 PCT が組織されるのではないかと考えている。GP の中にも非常に商業的な意識の強い人がいる。そういう人の場合、現在の法案で懸念が出てくるのは、CCG に属するような GP が自分自身でサービスプロバイダーの組織を作るようになれば、そこに利害の対立が生じるということである。
- ・ 説明責任の点でこの改革に反対している。結局問題になるのは、一般市民に対して、どのように説明責任を果たすかという点である。それについて現在、本当の権限というものがどこにもない。CCG が一般市民に対して説明責任を持つのか、わからない。つまり、一般市民を CCG の中に含めるということ以外には、実際的な説明責任体制は存在していない。Health Watch や自治体の Health and Wellbeing Board は監督はできるが、ただし、何かうまくいっていないからといって何ができるのか、どういう権限があるのか、という問題が残る。
- ・ もう一つの懸念は、現在も議論されていることであるが、保健大臣の役割である。この改革の目的は、ヘルスケアを政治から切り離すということである。現在、議会で議論されていることは、この制度に誤りがあった場合に誰が最終責任者となるのか、もしそれが保健大臣でなかったなら National Commissioning Board の責任になるのか、ということである。
- ・ このほかの課題としては、競争、民間セクターの役割についてである。つまり、この改革により、NHS の「市場」ができてきた。ここに民間企業が入札して参加することができるようになった。これがイングランドでは非常に議論になっている。

NHS というのは公共のサービスであり、一般市民が非常に愛着を持っている制度であるからである。つまり、一般企業が公共サービスから利益を得るというのは、一般市民にとって文化的に間違っているということになる。

- 最初にこの改革が始まった時には、まず競争によって質の向上を図ると言っていたが、この点は非常に議論になったので、言葉が変わってきた。現在は、「統合」という言葉を使うようになってきた。つまり、いろいろなサービスを統合するといっているが、その裏には「競争」ということが存在する。「統合」と「競争」がどのように並存していくのかというのが私には分からない。
- 「統合」という言葉はいろいろな意味で使われる。例えば、二つの病院が合併して一つの組織となるというのも統合であるし、病院が **district nurse** などの地域サービスを行うというのも統合である。あるいは **GP** がコミュニティサービスを行うというのも統合ということになる。そういう統合があった場合、**Monitor** が非競争的なものでないかどうかを監視する。合併の場合、**Monitor** が合併を評価する。
- 統合されたケアが患者にとって十分統合されて調整されたケアが提供されているかどうか、例えば地域ケアに移行したときに病院での診療情報などが十分引き継がれているかどうかというのを規制当局が監督する。今までは、例えば糖尿病専門医にかかった場合の病歴などの情報は皮膚科専門医には伝わらなかったが、今後は規制当局が監督する。統合ケアについては、**IT** という技術的な問題もあるが、共同作業やビジョンの共有化などにより、情報共有を進めながら行っていくことになる。現在、統合ケアのパイロット事業計画が行われている。これは実際、病院が合併するのではなく、契約によって提供していく形である。
- 現在、トラスト間で異なったデータシステムとなっている。10 年ほど前から政府が統一のシステムにしようということで莫大な予算 300 億ポンドくらいを投じたが、技術的な挑戦課題があまりにも多いということで断念した。ローカルのレベルでは、病院と **GP** が同じシステムで情報共有化を図っているところもあるが非常に稀である。

## 5. 過去からの改革に対する評価等

- 労働党政権時代に既に「プライベートトリートメントセンター」が導入された。そして、現政権がより多くの市場を民間に開放しようとしている。つまり労働党政権の下でのプライベートトリートメントセンターというのは非常に多くの選択的手術（人工股関節・膝関節置換術など）を扱ってきたが、今度はより多くのサービス市場を契約という形で民間に開放することになった。
- サッチャー政権以降、NHS の根本である「普遍性」をやめるといったような挑戦は行われていない。この普遍性とサービスを受けたときの費用負担がないこと（無料）、この2点を今後も維持していくことは議論の余地がない。この2点は NHS の

本質なので、どんな政治家もそれを変えていこうといった挑戦は行わない。そのようなことをすれば政治生命が絶たれるからである。

- 患者としては、民間企業が経営している病院に行ったとしても、そこで費用負担が発生するわけでもなく、同じようにサービスを受けられるのなら、問題はない。問題になるのは資産である。例えば、病院の建物は誰のものになるのか、ということである。「アセットstripping（資産を削っていってしまう）」ということが問題になっている。
- 民間セクターの方がより良いサービスを提供できるかどうかというのはイデオロギー的な問題である。現在の政府は、競争や市場メカニズムによりそれが可能であると考えている。それが本当かどうかははっきりした証拠はない。まだ実際にテストされたことがないからである。
- 昨年度、改革前になるが「NHS 満足度調査」は今までにないほど満足度が高かった。満足度が高かったのは、待機期間が減ったことにある。1990 年代終わりには手術までの待機期間は平均 18 か月、あるいは 2 年というものであったが、現在は最長で 18 週間となっている。
- 労働党政権ではトップダウン方式に目標設定がなされた。「Command and control」といったように中央集権的なやり方がなされていた。それに対して、現在の政権では、NHS の自由化、地方化を進めている。現場に権限を委譲すると言っている。ただ、目標は廃止されたものもあるが、一部の目標は存続している。待機期間 18 週間までというのは持続している目標である。
- 現在、労働党が懸念を示しているのは、説明責任の欠如と中央組織の欠如である。つまり、地元の人が地元で意思決定を行う場合、どのように責任性を持たせるのかということである。
- 現在の法案によれば、保健大臣の責任についてははっきりしていない。この点は変わってくると思う。やはり、保健大臣に責任がある形に変わってくると思う。政府が本当に NHS を自由化するかどうか疑問を持っているが、CCG が意思決定を行うようになると、どのようにそれをコントロールするのか、何か間違いが起こった場合、どのようにしてそれをみつけるのか、あるいはどのくらい早期に間違いを発見できるのか、どのように保健大臣のところまでその間違いを上げていくのかということがまだはっきりしていない。
- NICE は今後も存続する。NICE の責任性が現在議論されている。現在の政府は NICE を廃止したいと考えているが、それに対しては非常に強い反対がある。NHS 研究所は消えていくものと考えられる。NHS 研究所の機能が他の組織に吸収されるのかどうかはわからない。
- 今の政府はすべてをローカル化したいと考えている。NICE のような全国レベルの組織を廃止し、その権限を GP に移したいと考えている。現在 NICE が行っているのは国のレベルとしてこの薬は処方してもいいが、この薬は処方しないようにとい

った「手引き」である。今の政府も NICE の権力の重要性は理解している。NICE はコストの管理を非常に厳格に行っているからである。

- 地域によって質の相違が出てきた場合、メディアは「郵便番号によるくじ」と呼んでいる。これは、地域によって受けられるサービスの違いということである。現在の政権では、この地域間格差はますます大きくなるだろう。一面は良いことだと思う。それぞれの地域によって、人口のニーズに応じたサービスが行われるということにもなるからである。ただ、「友人はこんなサービスを受けられるのに、私はここに住んでいるからこのサービスは受けられない」となった時に、それが政治的に受け入れられることかどうかは別の問題である。
- CCG は非常に難しい意思決定をせざるを得なくなるだろう。ある GP が「あなたの抗がん剤は予算がないから出せない」と言わなければならない時に、現在は PCT にその責任を押し付ければいいが、今後は GP 自身の意思決定になる。患者と医師との信頼関係は変わってくる。医師が本当に私（患者）のためを思って意思決定を行っているのか、予算を考えて行っているのか、というように信頼関係を保つのが難しくなるのではないか。

以上

## 略 語

BMA	British Medical Association
CCG	Clinical Commissioning Group
CQC	Care Quality Commission
DHA	District Health Authority
DTC	Diagnostic and Treatment Centres
EBM	Evidenced Based Medicine
FP	Foundation Trust
GP	General Practitioner
HA	Health Authority
HES	Hospital Episode Statistics
MIUS	Minor Injuries Units
NAO	National Audit Office
NCB	National Health Service (NHS) Commissioning Board
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NSF	National Service Framework
P4P	Pay for Performance
PAS	Patient Administration Systems
PbR	Payment by Result
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
PFI	Private Finance Initiative
QIPP	Quality, Innovation, Productivity and Prevention
QOF	Quality and Outcomes Framework
RHA	Regional Health Authority
RO	Regional Office
SHA	Strategic Health Authority
SUS	Secondary Uses Service
TFC	Treatment Function Code
VFM	Value for Money





医療保障総合政策調査・研究基金事業  
NHS改革と医療供給体制に関する調査研究  
報告書

平成 24 年 3 月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号

TEL : 03-3403-0928

禁無断転載