

イギリスにおける NHS 改革の意義と成果

一 圓 光 彌

I はじめに

現代の医療保障の課題は、誰もが必要な医療を必要な時に適度の負担で受けられるようにすることと、医療資源の有効利用を図りつつ総医療費を適当な規模にコントロールすることにある。各国はまず第一の課題に取り組んで、国民が医療費の心配なく医療が受けられる需要側の社会化を進めてきたが、その結果、医療供給体制も整備され、医科学の発展もあって医療は高度化し高額化し、国民所得にしめる医療費もますます増加するようになった。

こうして、1970年代には増大する医療費をどうコントロールするかが先進各国の主要課題になったが、その頃には、医療保障の保障水準を引き下げることによる医療費抑制効果はそれほど期待できなくなっていた。医療の供給体制や医科学の水準、あるいは国民の所得水準や医療への期待などを過去の状態にもどすことはできないし、そもそも医療の需要は、患者が自由に控えたり増やしたりできるものではなく、また医療需要は供給サイドによって作り出される側面も大きいからであった。各国は、患者負担を通して適切な医療供給を誘導する工夫をこらすとともに、供給サイドに作用する医療費適正化政策に取り組むことになった。

医療費適正化政策は、大きく分けるとマクロ

のアプローチとミクロのそれとに分けられるであろう。前者には、予算の枠を設けてその範囲で医療提供を請け負わせる方法や、病床数や医師数を制限する方法などが含まれ、また後者に関しては、特定の診療行為や薬価等に関して医療機関等に支払う単価を操作して効率的な医療を誘導する方法や、特定の診断に対する診療報酬を定額にして医療機関の側に節約効果を期待する DRG のような方法が含まれる。

こうした先進諸国の医療費適正化政策の一般的な動向の中で、イギリスの NHS (国民保健サービス) の適正化対策は特異な地位をしめていた。それは、1948年に公共サービスとして NHS が実施されて以来、国の予算を通して医療費は効果的に抑制されており、最近では国民所得等にしめる医療費の規模は他の先進諸国と比べて低位を維持し¹⁾、むしろ予算の小ささの方が問題にされる事情にあったからである。そうした中で、100万人もの従事者を抱える医療事業の管理運営上の非効率や患者の持つ多様な要求に柔軟に対応できない制度の硬直性など、「国営事業」の抱える課題に 대응することが必要となっていた。

Jeremy Hurst は、OECD などの一般的な医療政策の目標を、①医療機会の適切性と公平性、②医療費の保障、③総医療費の適正化、④個別医療費の適正化、⑤消費者の選択の自由の確保、⑥提供者の自由裁量の確保、にあると整理した

上で、1990年の NHS 改革の課題があとの3点にあったことを指摘している。そして、アメリカのように十分な医療保障制度がないところは新たに導入を検討し、医療保険を活用してきた国々は予算制度等を取りいれて総医療費の抑制を試みるようになり、イギリスのような公共サービス方式の国々はその医療制度の中に市場メカニズムを取り入れつつ医療サービスの効率化を達成しようとし、総じて世界の医療保障制度は互いに接近しつつあると説明している²⁾。

イギリスの1990年代の医療保障改革は、このように、肥大化した公共サービス部門の活性化のための改革であり、それは1948年以来さまざまな努力を積み重ねて改善を図ってきた公共サービス方式による医療の提供を、大幅に修正して、公費による医療の保障を維持しながら、より効率的で、患者の要望に応えられるような医療提供を達成するために実施されたものであった。

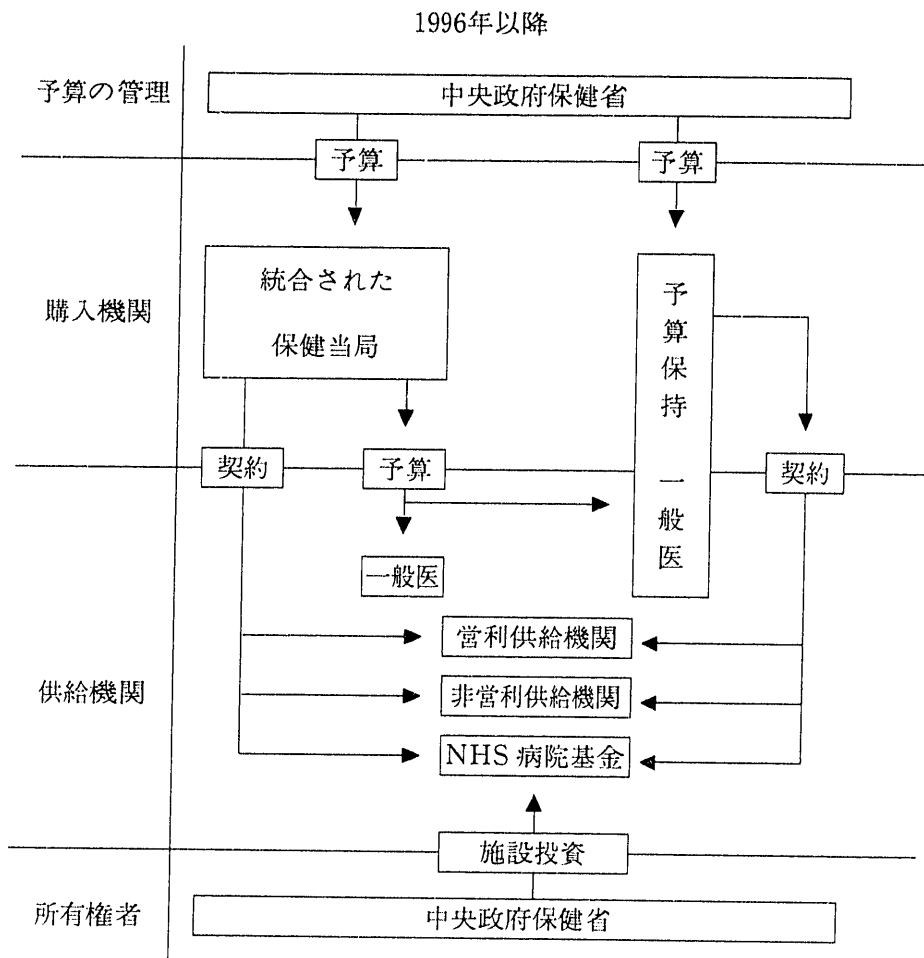
II 1990年の NHS 改革の意義

NHS は、1948年に実施されて以来、幾多の改革を経てきたが、とりわけ1974年の機構改革とこれに続く計画化の動きは重要であろう。それまで、歴史的な経緯もあって、病院サービスと開業医（一般医）サービスと地域保健サービスは、バラバラに管理されていたが、1974年の改革で、開業医サービス部門を除いて全体は統合され、それが契機となって、優先順位を明記した予算編成指針に基づいて地域の保健医療ニーズに基づく地域ごとの保健医療計画が実施されることになった。この新しい計画システムは、100万人もの従事者を抱える NHS を効果的に

運営制御し、望ましいサービスの在り方を導いていこうとする、精緻な行政システムであった。

しかしこの計画手法は、行政コストがかかる割にはうまく機能しなかった。中央が、プライマリケア重視や老人医療重視といった計画策定のための指針を提示しても、末端にまでその趣旨を貫徹することは容易ではなかった。1982年以降実施された計画化に代わる新しい方法は、行政機構の簡素化と分権化と管理部門の強化であった。政府は全体の予算を地域の保健医療需要に応じて配分し、その予算の執行はできるだけ地域に委ねるとともに、効率的な予算運営と節約を要求するようになった。そうした過程で病院がさまざまなサービスを外注するなど、民間活力の導入も進められ、NHS 病院と民間病院とのサービスの売買契約も実施されるようになっていた。こうした動きを一挙に加速したのが、内部市場を活用する1990年の国民保健サービス・コミュニティー・ケア法であった³⁾。換言すれば、1974年改革後の計画手法の失敗が、これに代わる新しい手法としての内部市場の活用を導いたということが出来る。

ここで、改革前と改革後の NHS の違いを整理しておこう。1990年以前は、中央の保健省の下に地方保健当局、地区保健当局という行政機関が配置され、後者が該当地区の病院サービスと地域保健活動全体を計画しかつ直接実施する責任を負っていた。またこれとは別に家庭保健サービス当局が設置され、一般医等のサービス管理に責任を負っていた。これに対して改革後は、図に示したように、全体として医療サービスの購入機能と供給機能が分離されることになり、住民の医療ニーズに応じた予算を受ける購入機関（保健当局と予算保持一般医）と、医療サービスを提供する供給機関（一般医や病院基



資料：A. Mason and K. Morgan, "Purchaser-provider: the international dimension," *British Medical Journal*, Vol. 310, 28 Jan. 1995.

図 国民保健サービスの機構図（イングランド）

金、営利、非営利の病院等）とが、相互に独立しつつ競争し合って契約を取り交わし、医療サービスの購入と供給を行う体制になった。

国民の医療に要する費用を国がその予算を通して配分することはこれまでとまったく変わらないが、保健当局が国から予算を得て管轄地区の医療を直接提供するのではなく、保健当局には管轄地区住民の数や年齢や健康状態に応じた予算が与えられ、その予算をもって住民の保健ニーズを査定し、必要な保健医療サービスを別の機関から購入し、そうすることで住民の健康を維持する責任を負うことになった。1996年からは、イングランドで100を数える新しい保健当

局が、かつての地区保健当局と家庭保健サービス当局の機能を統合するようになっている。

保健医療サービスの管理についても、かつては病院等の活動を管理する行政機構が幾重にも設けられていたが、改革後は、病院等に自ら医療サービスを管理する権限が付与され、サービスの提供者たちが決定権を持つようになった。また病院の大多数は独立した NHS 基金を設立し、NHS の中にありながら、地区保健当局から独立することになった。

一般医の役割にも大きな変化があった。改革前は、一般医が病院をベースとする専門医の仕事に影響を及ぼす可能性はほとんどなく、地域

住民のニーズや要望が病院のサービスに反映することは少なかった。これに対して改革後は、地区保健当局は、病院のサービス提供に関して病院と契約を取り交わす際に、一般医の意見を取りいれたり、住民の意見を調査するようになった。また多くの一般医は予算保持一般医となり（1997年4月の段階で、一般医の56%、対象人口にして58%の普及率）、自分の受け持ち患者の入院医療費等の予算を与えられ、一般医が患者のために病院を選ぶことができるようになった。病院の立場からすると、収入を確保するためには、サービスの向上に努めて買い手である保健当局や一般医の評価を得なければならなくなった⁴⁾。

以上のような NHS 改革がどのような効果をもたらしたかを評価することは必ずしも容易ではない。この間の NHS の変化の広がりを見ると、個別の制度的な変化の効果を抽出することが難しい上に、購入機関と供給機関の分割などのように改革が全域に及んだケースについては、改革の効果を改革のない場合と比較することができない。また、基金を設立した病院とそうでない病院との比較にしても、改革の前からある程度有利な条件を備えた病院から順次病院基金が普及したこともあって、基金制度の効果を明らかにすることは容易でない。

改革がどのような効果をもたらしたかを、改革の主要テーマごとに調査した King's Fund Institute の報告書の終章で、Le Grand は、以上のような評価の困難性を認めた上で、なおかつ調査を通して次のような改革後の変化を明らかにすることができた⁵⁾とまとめている⁵⁾。

すなわち、多くの病院は、互いに競争し合わなければならなくなった。病院基金の管理者たちは、効率性を高める努力をするようになった。

予算保持一般医たちは、それが予算保持という制度に起因するかどうかは見極め難いが、受け持ち患者のために質の高いサービスを求めようとしている。医療審査は、臨床医たちの診療に変化をもたらそうとしている。平等性が損なわれていないか心配されているが、具体的に問題がおこっているという証拠はみあたらない、などである。

ここでは、NHS 改革の中でも特に注目されている以下の3つの点について、King's Fund Institute の報告書などをもとに、その成果を検証してみたい。

III 保健医療サービスの購入と供給との分離

1 保健当局の総括管理者たちのみだ成果

1989年から1992年にかけての、Appleby たちによる保健当局の管理者等を対象とする調査では、改革の当事者である保健当局の管理者たちが、改革をどのように理解し、これにどう対処していったかが明らかにされている⁶⁾。

改革前の1989年の調査結果では、総括管理者たちが、改革に高い支持を与えていたことが明らかで、彼らの88%が、NHS は改革によって企業経営の要素を強めるようになると考え、かつそれは良いことであると考えていた。具体的な改革事項の中では、NHS における購入と供給の分離について支持が高く、総括管理者の87%が支持を表明していた。

同時に、改革によって、財源不足や入院待機リストの問題が解決すると考えるものは少なく、86%の総括管理者は NHS の主な問題は財源不足にあると考え、彼らの多くが改革のスピードの早さに問題を感じていた。病院の総括管

理者も、ほぼ同じ意見であったが、とりわけ改革の早いペースにより強い懸念を示していた。

保健当局の総括管理者も病院の総括管理者も、総じて、患者に金が回ること、購入と供給の分離、医療審査、契約によるサービスの提供・確保などの改革の内容については支持し、病院基金については意見が分かれ、もっとも支持が少なかったのは一般医の予算保持制度であった。

改革を実施に移すには多くの問題がともなっていたが、改革を利用して成果を引き出そうとする積極的な保健当局も少なくなかった。住民のニーズや消費者の意向を調べ、住民の立場にたつて必要な地域医療を確保するという立場から、消費者調査を工夫したり、恒常的な相談機構を作ったりする当局が生まれるようになった。また改革後、購入者としての立場を利用して、供給者、とりわけ当該保健当局所属の病院に、サービスの改善を強く求める保健当局も少なくなかった。さらにより一般的に、保健当局は住民のためのサービスを購入する際の契約を通して、サービスの質を改善するよう働きかけるようになり、81%の保健当局総括責任者たちが、改革後、サービスの改善がみられたと回答している。こうした管理責任者たちの回答は、実証されているわけではないが、改革に対するプラスの評価を導く材料にはなるであろう。

2 契約の内容と成果

保健当局や病院は、これまでも契約による関連事業の外注や医療サービスの外部委託を行ってきたが、それは全体としてのNHSの活動の中ではごく一部にすぎず、サービスの売買を一般化するには、NHS内に専門家も少なく情報も少なく、与えられた期間内に改革を実行に

移すには問題も少なくなかった。したがって当初は、個別のサービスごとに支払をする契約は少なく、一括してサービスを請け負わせる契約が一般的であった。1992年度のある地域の調査によると、費用の上限と下限を付した一括請け負い契約が60.8%、上限下限なしの一括請け負い契約が28.1%をしめ、サービスの費用と量に基づく支払は10%、件数払いが1.1%の順であった。また契約を結ぶにあたって何が考慮されたかの調査でも、現状維持という回答が圧倒的で、改革が実施されたからといって、直ちにサービスの購入先を変更しにくい事情がうかがえる。

そうした中で、Applebyたちが注目するのは、地区保健当局が購入者としての機能を高めるための努力を開始している点である。すなわちほとんどすべての地区保健当局は、地域の保健医療ニーズを検討するために一般医たちと会合を持つようになっており、また3分の1の地区保健当局は地域住民の声を聞くために郵便等による調査を実施している。さらに約3分の2の地区保健当局は、何らかの調査結果に基づいて、その後の購入計画を変更させる意向を示している。

改革後の初期の調査ではあるが、当事者たちが契約内容を改善していこうとする姿勢は明らかで、それが実際にどのように実を結ぶかは、今後の調査結果に待たなければならないが、とりあえずは市場メカニズムの導入が、良い方向に機能する兆しととらえることができる。

IV 独立した基金の設立

改革の大きな論点になっていた基金設立の成果について、BartlettとLe Grandは、初期の調査結果を次のようにまとめている。

基金の設立は、改革の重要な柱と位置づけられ、1993年の4月には NHS 病院の半分にあたる330の病院で基金が設立され、1994年4月には基金の普及は NHS 病院の95%に達している。基金は、形式的には独立した非政府機関であるが、保健大臣の管轄下に置かれ、職員の給与を決定できるなどある程度の自由裁量権は認められるものの、特に資本支出などに関しては厳しく規制を受けている。

保健省は、基金に対して3つの財政上の義務を課しているが、その第1は、資産の約半分に相当する国からの借入れに関して、6%の利子を支払うことである。そのため基金は、購入機関と契約を結ぶ場合に、この利子分を上乗せして請求しなくてはならない。第2は、単年度ごとに収支を均衡させることで、これを達成するために、契約を締結するにあたっては平均的な費用計算に基づかななくてはならない。つまりある部分の余剰で他の部分の不足を補うといったことは認められない。第3は、政府が課す資本支出に関する条件を守ることで、長期的な資本支出に関する戦略をたてたりすることは認められていない。

1 直接的な調査

このような基金設立がもたらした成果について、Bartlett と Le Grand は、基金に関する調査を直接的な調査と、間接的な調査に分け、それぞれについて成果を検証している。直接的な調査とは、財政実績などいくつかの指標に基づいて、基金の成果を調べる調査である。1年目の57の基金の成果を調べた Newchurch の調査では、6%のミニマムの収益率を達成できなかった基金は調査対象57基金中8基金にすぎず、収支均衡させられなかった基金は2基金にとど

まっていたことが明らかにされ、その限りでは政府が定めた財政基準はクリアされていた。Newchurch の調査報告は、以上から、基金設立を脅威的な成果であると評価しているが、Bartlett たちは、厳しい規制と管理下に置かれた基金の収益率が平均して9%を達成したからといって、それほど評価できるかどうか疑問を呈している。

NHS Management Executive による1991年の調査は、改革後に、入院件数ならびに外来件数の伸びは、年平均に置き換えて3.7%に達し、心臓バイパス手術、白内障の手術、股関節手術の件数は、半年でそれぞれ5.9%、5.5%、7.6%の伸びを示し、長期の待機患者の減少が多くの地域でおこっていることを明らかにしている。この点についても Bartlett たちは、この調査が基金とそうでない病院とを区別していないこと、長期的な傾向としてパフォーマンスが改善してきた面があるので、具体的に基金設立による効果を明らかにしたことはないとして述べている。

NHS Management Executive による1992年の調査は、基金とそうでない病院との間で、入院件数や外来件数の伸びにどの程度の違いがあったかを示している。入院件数では、基金の伸びが5.4%なのに対し、基金でない病院のそれは3.8%であった。しかしこの点についても Bartlett たちは、そもそもサービスの改善に自信のある病院が自ら名乗り出て基金を設立したのであって、これをそのまま基金の成果とすることは難しいと指摘している。

Bartlett たち自身による病院の個別費用の調査によると、1991年の最初の基金に関する調査では、調査された35の項目のうち25に関して、基金の方が基金でない病院よりも低い単価を達

成していた。また1992年の第2次の基金設立に関しても、基金の方がそうでない病院よりも個別費用の平均単価は低かったが、最初の基金ほどの開きはみられなくなっていた。こうした調査結果から、Bartlett たちは、第1次の57の基金の低コストは、もともと低コストを達成していた病院が基金を設立したためにおこったもので、基金という経営形態が効率を高めたと判断するのは難しいし、第2次の基金についてはそうでない病院との単価の差も小さく、これを経営効率の改善に結びつけることは難しいと結論づけている。

2 間接的な調査

Bartlett たちは、基金のマクロ的な成果を評価する指標として、生産性の向上、利用者の選択の拡大、利用者の需要やニードへの対応能力、ニードに応じた公平性の4点をあげ、前の3つの指標を満たすためには、①市場は購入サイド供給サイドとも競争条件が確保されていること、②購入サイド供給サイドともサービスの費用と質について十分な情報を持っていること、③取引費用が低いこと、④購入サイド供給サイドとも市場の動向に対応するインセンティブを備えていること、の4条件が重要であると指摘する。また公平性を確保するための条件としては、購入サイド供給サイドともクリーム・スキミングの余地がないことがあげられている。

著者たちは、以上のような基準で市場の条件を分析し、改革の成果を次のように評価している。基金の方は、多くが競争条件下に置かれているが、購入サイドの保健当局は、地区保健当局の統合や家庭保健サービス当局との統合が進められ、競争条件は一層損なわれつつある。情報に関しても、基金の方はますます改善が図ら

れているが、購入サイドでは、予算保持一般医を除いて、サービスに関する情報は改善されていない。基金の取引費用に関しては、予算保持一般医との取引に関して高くなる傾向がある。それは数も多いし、個別契約になることが多いからである。これに対して、一括契約が多い保健当局との取引は、それほど費用がかからない。総じて Bartlett たちは、基金には quasi-market (疑似市場) の機能を導くような、経済的な誘因が働いているとまとめている。そして、公平性に関しては、保健当局との間で一括契約が利用されることが、基金に対してクリーム・スキミングのインセンティブと可能性を与えていると指摘している。

Bartlett たちは、以上のように、直接的な調査結果には疑問を呈したものの、この段階でむしろ重視すべきは間接的な調査結果であるとし、基金に関しては、公平の基準に照らして問題が残るものの、疑似市場の導入によって、効率性は高まり、選択の幅は広がり、消費者の要望にも応えられるようになりつつあると結論づけている。

V 予算保持一般医制度

予算保持制度の案は、NHSの改革案が形成される過程では後の方で出てきた考えであったが⁸⁾、その後の展開の中では、供給側の基金の設立にならぶ、購入側の柱となる改革として注目されるようになり、改革に関する調査の中でも、この部分についてのものは少なくない。

Dixon と Glennerster によると、予算保持制度は、病院基金制度に比べると普及は遅れているが、それでも1995年で人口の4割をカバーする程度にまで発展し、病院と地域保健サービス

の予算全体の 8%程度を購入するほどになっている⁹⁾。始めは単独の一般医による予算保持制度からはじまったが、複数の一般医による予算保持制度も増えつつある。すなわち、もっとも一般的な標準型は、5,000人以上の登録患者を持つ一般医やそのグループに、特定の病院医療、薬剤、診療所の職員、地域保健サービスのための予算を与えるものである。これに対して、地域保健サービス型とは、3,000人以上の登録患者を持つ一般医に、地域保健サービスと病院の外來診療の予算を与えるものである。またこのほかに、NHSのあらゆるサービスのための予算を受ける包括型もあり、この場合には、複数の予算保持制度を統合して管理費を共有することもできる。最後のタイプは1995年でもまだ16を数えるのみであるが、1996年には50を超えるようになっている¹⁰⁾。

Dixon と Glennerster は、予算保持制度に関するそれまでの研究を概観し、おおよそ次のようなまとめを行っている。

1) 薬剤費の抑制

オックスフォードでは、予算保持制度採用者の薬剤処方費は低下したのに対し、予算保持者でない者の薬剤処方費は増加している。スコットランドでは、予算保持者もそうでない者も、総処方量は同じように減少したが、一件当たりの処方薬剤費用は予算保持者の方が低く、また処方内容の質も維持されていた。その他の地域でも、予算保持者の方が、ジェネリックの薬の利用が多く、薬剤費はそうでない場合より低くなっていた。

2) 病院への紹介率

オックスフォードの10の予算保持者と6の非保持者についての調査では、予算保持かどうかは病院への患者の紹介率に違いがなかった。し

かし、スコットランドの調査では、予算保持者になることで、病院への紹介率が大幅に低下していた。ただし、紹介率の低下が医療の質や適切さとの関係でどのような影響を持つかは明らかでない。

3) 第2次医療から第1次医療（プライマリケア）への転換

予算保持者の方が、自分の診療所で、専門医による出張診療、理学療法、カウンセリング、栄養相談、足のケアなど、より多くの診療を行うようになっていることが、多くの調査で明らかになっている。専門医による診療所への出張診療は、予算保持者かどうにかかわらず増加する傾向にあり、患者にとっては便利になっているが、それが適切かつ効果のあることかどうかは明らかでない。

4) 患者の満足と選択権

ある調査では、予算保持者の方が、患者をより遠方の病院にまで紹介したり、紹介にあたっていくつかの病院を考慮する傾向があることが明らかとなっているが、患者は必ずしも早く診療を受けるために遠くの病院にいきたいとは思っていなかった。スコットランドの調査では、患者の満足は、予算保持者の方がはっきりと高くなっていた。

5) 医療の質

予算保持制度の導入で、一般医の医療の質がどう変化したか、あるいは病院の医療の質にどう影響したかは明らかになっていない。

以上を踏まえて著者たちは、予算保持制度の導入により、増加傾向にあった薬剤費は抑制されることになったが、病院に対する紹介率という点では、費用節約効果は明らかでないとまとめている。また、予算保持者は、病院のコンサルタントと、これまでとは異なる関係を築くよ

うになったと指摘し、病院サービスを改善する効果に期待を寄せている。これに対して、主な問題として、予算保持の方が経費がかかっている点をあげている。

予算保持制度に関しては、会計検査委員会も調査を行い、その結果が報告書として発表されている。Stewart-Brown は、その報告書を紹介しつつ、予算保持制度の成果として、患者が病院で診療を受けるまでの待機期間を短縮したこと、退院患者について一般医が的確な情報を得るようになったこと、病理学検査やレントゲン検査がプライマリケアを配慮してなされるようになったこと、診療所で提供される理学療法や栄養指導や足のケアや精神看護などのサービスが増えたこと、などをあげている。また、成功しなかった点として、予算保持一般医が診療を改善するための指針などを十分活用していないこと、医療サービスを購入する場合に実際に患者の意見を聞く例が少ないこと、予算保持一般医も保健当局も供給機関のサービス供給の展開に影響を与えるような戦略を何も持ち合わせていないこと、などを指摘している¹¹⁾。

また Stewart-Brown は、予算保持者がもたらした予算の節約分の6割が診療所の改善に使われていることにふれ、公的な資金の使われ方としてよいのかどうか疑問を呈するとともに、予算保持制度に費用がかかることにもふれ、最初の5年間で、総額2.32億ポンドがその職員や施設やコンピューターのために支払われ（予算保持一般医の予算全体の4%に相当）、保健当局も、1予算保持者当たり年6,000ポンドの追加的な支出を行い、病院基金も予算保持の契約管理のために2～3人の職員を雇用していると指摘している。もっとも、上の会計検査委員会の報告書は、こうした管理部門への投資を詳しく検

討した結果、変化を生むために必要な投資で、それが成果を上げていると結論づけている。

VI むすび

以上、いくつかの資料から、NHS改革の主要テーマについて、それがどのような成果を上げつつあるかを紹介した。国民の健康にとって改革が良い効果を上げるのか、悪い影響を与えるのかは、簡単に実証できるものではない。また、費用効果の点や患者の選択という点でも、はっきりとした成果は出ていないように思われる。それにもかかわらず、購入機能と供給機能の分離が何らかの競争を導きつつあること、病院のコンサルタントと一般医の関係などに改善の兆しがみえることなど、改革のメリットも評価され、NHSを改革前にもどすべきだという意見は次第に弱まっている。

労働党は、当初は改革に真っ向から反対し、政権につけばNHSを元にもどす方針であったが、その後スタンスを改め、より柔軟に対応するように変わっていった。たとえば予算保持制度についても、廃止すると主張していたのを集団による契約方式とするなど、現行の予算保持制度を修正する考えに変わっている。1997年5月の総選挙前の労働党の選挙綱領によると、一般医は、地域ごとに協力して病院と交渉するようにする、管理機構については、内部市場は廃止するが、計画とサービス供給（これまでの購入と供給に対応する）とは区別する、病院についても、理事会の地域代表としての性格は強めるものの、独立した経営主体としての地位は維持する、などとなっている¹²⁾。

故 Abel-Smith と Glennerster は、1995年6月の論評で、次の総選挙で労働党政権が誕生し

でも、保守党の NHS 改革を反故にすべきではなく、改革の良い点は維持し、良くない点を正していくという、現実的な対応の道を選ぶべきだと述べ、労働党内で物議をかもしたことがあった。予算保持一般医の制度は、権限を病院の専門医からより患者に近い一般医に移す効果があったし、病院を独立させ契約を勝ち取るために競争させることによって、病院はこれまで以上に患者本位のサービスに努めるようになっているのであり、こうした保守党による NHS 改革の成果を利用するのが、賢明な政策ではないかというのが、その主張であった¹³⁾。当時においては、労働党内でこうした意見は容易に受け入れられなかったが、今では、彼等の現実的な姿勢が、労働党政府の NHS 政策の主流になりつつあるように思われる。

注

- 1) 1995年の各国の国民医療費の対国内総生産比は、OECD 平均で10.4%、EU 諸国平均で8.1%、アメリカ合衆国15.7%、カナダ9.9%、フランス9.2%、スイス9.1%、オーストリア8.8%、ドイツ8.5%、イタリア8.5%、オランダ8.4%、フィンランド8.3%、オーストラリア8.2%、スウェーデン8.2%、ベルギー8.1%、などに対してイギリス（連合王国）は6.8%であった（OHE 1995 Table 2.5）。
- 2) Hurst, 1996 pp. 15-34.
- 3) この点については、バトラー著・中西範幸訳『イギリスの医療改革』勁草書房、1994年を参照いただきたい。同書の巻末の、中西氏による詳しい解説も参考になる。
- 4) Robinson 1994 pp. 4-5.
- 5) Le Grand 1994 p. 250.
- 6) 以下については、Appleby たちの論文を参照のこと（Appleby et al 1994 pp. 24-53）。
- 7) 以下については、Bartlett と Le Grand の論文を参照のこと（Bartlett and Le Grand 1994 pp. 54-73）。
- 8) バトラー著・中西範幸訳 1994年 49-53ページ。
- 9) 以下については、Dixon と Glennerster による論文を参照のこと（Dixon and Glennerster 1995 pp. 727-729）。
- 10) Maynard, Alan and Karen Bloor 1996 p. 607.
- 11) Stewart-Brown 1996 pp. 1311-1312.
- 12) Warden 1997 pp. 1068-1069.
- 13) Abel-Smith and Glennerster 1995 pp. 1-4.

参考文献

- バトラー著・中西範幸訳 1994 『イギリスの医療改革』勁草書房。
- Abel-Smith, Brian and Howard Glennerster 1995 "Labour and the Tory Health Reforms" *Fabian Review*, Vol. 107 No. 3, June 1995.
- Appleby, John, Paula Smith, Wendy Ranade, Val Little and Ray Robinson 1994 "Monitoring managed competition," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Bartlett, Will and Julian Le Grand 1994 "The Performance of Trusts," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Dixon, J. and H. Glennerster 1995 "What do we know about fundholding in general practice?" *BMJ*, 16 September 1995.
- Hurst, Jeremy 1996 "The NHS Reforms in an International Context," in A.J. Culyer and Adam Wagstaff eds., *Reforming Health Care Systems, Experiments with the NHS*, Edward Elgar.
- Le Grand, Julian 1994 "Evaluating the NHS Reforms," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Maynard, Alan and Karen Bloor 1996 "Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service," *The New England Journal of Medicine*, Feb. 29,

1996.

OHE 1996 *Compendium of Health Statistics, 9th edition 1995*, OHE.

Robinson, Ray 1994 "Introduction," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund

Institute.

Stewart-Brown, Sarah 1996 "The problems of fundholding," *BMJ*, 25 May 1996

Warden, John 1997 "Spot the difference?" *BMJ*, 12 April 1997

(いちえん・みつや 関西大学教授)