

ブレア政権下のNHS改革

－構造と規制の変化－

松田 亮三

■ 要約

1997年に成立した労働党政権によって、イングランドのNHSは、診療時における利用者負担がないこと、医療の必要性に応じた資源配分などの基本原則を維持しつつ、大幅な追加予算を得ながら大きく変貌した。政府が全国的な目標や業績評価基準、質改善活動・技術評価をふまえた診療の推進といった活動の大枠を設計し、住民に必要な医療の提供責任を持つプライマリ・ケア・トラストが民間医療機関を含む多様な医療機関への委任によってそれを実現していく構図が明確となってきた。病院サービスはより独立性の高いNHS財団によって担われるようになってきており、全国支払い基準の適用により、競争と効率化のインセンティブが導入されている。一方、患者には選択とNHS運営への関与の両面が期待されている。政府から独立性を高めつつあるNHS組織をどのように望ましい方向に制御していくか、今後の動向が注目される。

■ キーワード

医療改革、市場、規制、業績評価、イギリス

I はじめに

2008年7月5日、英国民が誇る国民医療サービス(NHS)は設立60周年を迎えた。新聞各紙が特集記事を組み、すべての市民に包括的な医療を提供するという目的、そのための実現方策、そして現実のNHSの姿が改めて論じられた。60周年を祝福されたNHSは、10年以上に及ぶ労働党政権による改革をくぐり抜けたNHSであり、設立当時はもちろん90年代半ばのそれから姿を変えたものである。1997年に「第3の道」を掲げて政権をにぎったブレア政権が(山口2005)、大胆で斬新な一当時の状況からすれば一機構改革と財政の追加的投入を行って作り直してきたNHSを我々は目にしている。

わが国ではNHSについての継続的検討が行われてきており(一圓1982, 1999; 梶原1993; 郡司

2004; 小川1968; 松溪1998; 池上1987)、近年でも保守党政権が導入した新行政管理(new public management)をふまえて労働党が進めた行政改革の特徴やNHS改革についてのまとまった紹介・検討がなされている(イギリス医療保障制度に関する研究会2009; 伊藤2006; 近藤2004; 武内・竹之下2009)。税にもとづく医療制度であるNHSと社会保険を基礎とする日本の医療制度には、その制度の理念や実際において多くの差がある。にもかかわらずこれらの検討が積み重ねられてきたのは、市民に必要な医療を包括的に提供するというNHSの理念はもとより、医療サービスの供給面を中心にした具体的制度設計をめぐる議論がわが国の医療保障に示唆を与え続けてきたからであろう(一圓1995)。その意味では、NHS研究は、財源の調達、利用時の経済的負担、医師や病院等の医療資源の配置など、多くの課題を抱えている今日の

日本にとって、いっそう意義を増している。さらに、民主党への政権交代を通過しつつある日本における今後の医療政策を考える上でも、労働党政権の誕生を起点とした10年の英国のNHS改革の経験は興味深い。

本稿では、政府文書・シンクタンク文書・学術文献等によりながら、10年以上におよぶ改革によってNHSの何がどう変わったかを俯瞰的に検討する。医療が租税による公共サービスとして供給されている英国では、年金などの現金給付と医療制度の結びつきはさほど強くなく、その改革も一社会政策の一部ではあるが一公共事業改革（public sector reform）の一環としての性格が強い。したがって、改革の内容は、予算配分・組織改革・労務管理・情報コミュニケーション技術の導入・権限移譲とアカンタビリティの確保・人材育成等、などの多方面の内容を含んでいる（Ham 2009）。これらの中で、本稿では医療サービスの財政面と供給面、特に政策実施の枠組みに焦点をあてて検討する。

ブレア政権では連合王国内での国々の権限の強化が行われ、2000年までにスコットランド、ウェールズ、北アイルランドのそれぞれの議会が設立され、そこにNHSに関する権限が移譲された。以後、4カ国のNHSは独自に実施されており、それぞれの地域で特色をもった一といってもNHSの基本理念は維持されているが一政策展開がなされている（Greer 2004; Ham 2009: 156, 168-172）¹⁾。本稿では、ウエストミンスター議会によって政策が決定されているイングランドのNHS改革に焦点をあてる。

まず、1997年から、トニー・ブレアからゴードン・ブラウンに首相が引き継がれた2007年までの新労働党（New Labour）²⁾のNHS改革の経緯を述べ、NHS改革において何が目指され、どのように追求されたかを分析する。次いで、改革がもたらしたNHSの変化を概観し、改革において何が

変わったのか、そして何が変らなかったのかを検討する。最後に、NHS改革から日本の医療保障への示唆を引き出してみたい。

なお、2007年にブラウン首相が政権を引き継いだ後も、NHS改革は継続して行われている。そこには、NHS憲章の制定と法的位置づけの明確化、さらなる改革に向けた議論など、新たな重要な展開もある。しかし、本稿は10年間の変化に焦点をあてるため、その文脈の中で十分位置づけられない点には言及していないことをお断りしておきたい。

II ブレアNHS改革の展開

ブレア政権によるNHS改革は基本的に中央政府の主導、特に政治主導によって行われた（Baggott 2004: 120）。また、保健省はもとより、公共サービス協定（public service agreement）の実現の監視という点で大蔵省が強く関与している（Baggott 2004: 158; 南島 2009）。

1997年の選挙で大勝したブレア政権は、そのマニフェストに「NHSを救う」ことを掲げており（Labour Party 1997）、以後その改革を継続的に実施してきた。NHS改革は政権の主要課題の一つであり、政権成立後しばらくしてその基本構想が示された（Secretary of State for Health 1997）。そこでは、競争ではなく協力が強調され、本当の意味での全国での医療保障、実行についての地方への権限－責任の付与、連携（パートナーシップ）の重視、効率の向上、上質のサービスの提供、住民の信頼の醸成、という原則とともに、内部市場の廃止、プライマリ・ケア・トラストの設立、NHSトラストへの業績評価の導入、などの制度構想が示された。このように当初の改革においては予算の上積みは目立ったものではなかった³⁾。

しかし、保守党政権から引き継いだ懸案は山積みであった。例えば、全国待機者数は増加し、予

想通り改革は容易なものではないことが明らかになった。このような中で、予算の制約条件そのものが見直しの議論となり、2000年には予算とそれに伴う人員・施設増を打ち出した白書『NHS計画』が10年におよぶ改革の青写真として示された (Secretary of State for Health 2000)。以後、予算増を前提としつつ、大胆な改革が実施されてきた (Klein 2006)。

2001年の総選挙で再び圧勝したブレア政権は、プライマリ・ケア・トラストに医療サービス供給の責任と権限を集中させていく組織改革、病院トラストの自律的運営に向けた改革の提案など『NHS計画』の当面の具体化をすすめるとともに (Department of Health 2001)、安定的なNHS予算を確保するため、翌年度から国民保険料を上げた。

2001年以後は、目標実現に向けて持続的に改善を行っていく組織にしていくことを目指した政策手段が導入され、2005年までに政策の構図が一変した (Klein 2006: 217-219)。医療サービス提供を行う病院に業務の実行について詳細に定めるのではなく、むしろ独立性を高め、支払い方式や業績評価による財政的・非財政的インセンティブを組み込み、各提供者がそれぞれにサービス提供にかかわる業務改善を行っていく方向が目指されたのである。

この梃子として打ち出されたのが患者の選択であった (Secretary of State for Health 2002)。患者が病院を選び、それに応じて予算が支払われるという新しいNHS財政の流れが示され、あからさまには述べられないまでも、非価格競争による病院の業績向上という構図が示された。これは、配分された予算をもとに医療サービスを供給するというこれまでのNHSの財政原理を大きく変えるものであった。さらに、供給者の多様化に向けて限定的に民間部門との契約の拡大が述べられた。

2002年からの時期は、これらの政策をめぐる議論と具体化に費やされたといってもよいである

う。そこでは、市場機構の活用をめぐる議論が目立っていたが、2007年のゴードン・ブラウン首相誕生によって、そうした方向はやや影を潜めた (Greener 2009)。ブラウン首相は、政権を引き継いで間もなく、さらなるNHS改革を展望する作業に着手した。高名な外科医ダグジ卿を政務大臣に迎えて行われたこの作業の結果は、2008年のNHS60周年に合わせて出された政策文書『質の高いケアをすべての人に一次代のNHSの展望』で公表された (Secretary of State for Health 2008)。この文書では、質の高い個別化されたケアを現場の医療従事者の貢献によって各地域で実現していくことが打ち出された。そこでは個人医療予算の試行等の新制度も提案されているが、住民の選択とエンパワメント、専門職の役割の重視、リーダーシップ育成の重視という、公共サービス改革の将来方向と重なる内容となっている (Cabinet Office Strategy Unit 2008)。さらに、2009年1月には、NHS運用の原則、患者・住民とNHSスタッフの権利・責務の明確化を行うNHS憲章を策定した。一方で、2007年の中期財政評価では、『NHS計画』が予定していた予算増は終わり、以後は年間実質4%の医療支出の上昇というよりゆるやかな財政投入を行っていくことが明らかとされている (Chancellor of the Exchequer 2007)。

III 政策の特徴

サッチャー政権から始まる保守党のNHS改革では「市場」が明確な主導理念であったが、ブレア政権のNHS改革はより折衷的であり、妥協的であった。政策が実際にうまく機能するかどうかが重視され (The Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office 1999)、政権が掲げた効率と応答性、そして公平の実現に向けて、さまざまな仕組みが盛り込まれた (Ham 2009)。この中で、病院間の競争、プライマリ・ケア・トラストの多面的業

績評価、個別医療課題に関する全国枠組み、経済評価を含む技術評価機関の導入、など、さまざまな施策が導入された。

この折衷的なNHS改革として語られた主題が「現代化(modernisation)」であった(Webster 2002: 235-238; Powell 2008b)。「現代化」は、企業経営的な手法の導入、医療技術の迅速な導入、ICTの導入、そして20世紀半ばに創設されたNHSを現代的な市民の要望に対応するものにする根本的な組み換えさえも意味するものであった(Powell 2008a)。現代化の推進に向けて、『NHS計画』を推進する現代化委員会(Modernisation Board)が設置され、サービス改善のために現代化機構(Modernisation Agency)が設置された⁴⁾(Secretary of State for Health 2002)。

10年に及ぶブレア政権によるNHS改革は必ずしも一貫しているわけではなく、現代化の方策における「市場」の位置づけも時期によって異なっている(Greener 2009)。しかし、あえてそれらを貫く特徴をあげるならば、業績目標をはじめとした全国的基準(national standards)の体系の構築を医療サービスの臨床的内容に踏み込んで行ってきたこと、それらを実施していくために地域社会・患者一すなわち医療現場に近いところ—にNHS内部における権限を移譲し医療機関での運営の柔軟化を追求してきたこと、そして、実行責任に関する明確な説明責任(accountability)の枠組みを導入し現場での実施を推進・援助・監督するための各種の方策をプラグマティックに導入してきたこと、と整理することができるであろう(Webster 2002: 235-238)。

第1に、労働党政権は、どのようなNHSを実現するかについて、NHSの全国的な組織目標を常に明確に、具体的な指標を示してきた。このような目標は、『NHS計画』などの主要政策文書で示されるだけでなく、詳細な業績評価枠組みを通じて各トラストでの実施状況が可視化されることとなっ

た。また、特に重要な目標は、政府が市民に政策実現目標を提示する公共サービス合意(Public Service Agreement)の一部として位置づけられた(Chancellor of the Exchequer 2002)。

ブレア政権の特色は、政府によって定められる枠組みが、単なる財務やサービス提供上の効率にかかわるだけでなく、医学的な内容に踏み込んでいる点である(Ham 2009: 236)。そして、患者がどのようにNHSでの経験を受けとめているか、ということも含めた医療の質の向上が課題とされた。同時に、限られた資源の中でいかに最大の効果をもたらすかという意味での効率の追求は、NHSの業績評価基準の一部として位置づけられた(NHS Executive 1999)。

第2に、全国目標を実現するための実施責任と権限は、住民・患者に近い組織としてプライマリ・ケア・トラスト(Primary Care Trust, PCT)に集められた。PCTに予算の主要部分を配分するとともに、NHSトラストから地域住民の医療ニーズに対応するサービスを購入する仕組みを温存した。同時にPCTが自らの活動について戦略保健局を通じて保健大臣に責任を負うことを明確にした。これらは、PCTの機能や時々目標が政府によって決められるという意味では、政治権限の分権化(devolution)というよりは行政内の執行の分権化(decentralization)として理解されるものである。

第3に、全国目標を分権化のもとで実現するという構図を有効に機能させるために、ブレア政権はさまざまな方策をプラグマティックに開発・導入してきた。保守党政権時代に導入された「内部市場」の廃止は宣言されたものの、購入者-供給分離(purchaser-provider split)の存続を前提として⁵⁾、NHSの目標に合致する供給者の行動を実現すべく、後述するようなさまざまな方策が行われた。

IV NHSの構造改革

1. NHS組織の改革

NHS組織の構造改革は、1997年の『新しいNHS』をもとにした『NHS計画』を基本に修正を繰り返しながら行われてきている。保守党政権から続く継続的改革の詳細をたどることはここでは不可能であり(Walsh 2003; Webster 2002)、この10年間の構造的な変化を中心に記述する(Department of Health 2006b; Ham 2009)。

まず中央省庁レベルでは、保健大臣から事務次官を通してNHSの政策実行がより直接的に可能な体制がつけられた。すなわち、保健省の戦略的な方向付けのもとでNHSの管理運営を行っていたNHS執行管理部(NHS Executive)が廃止され、保健省内にその機能が吸収された(Ham 2009: 201-206)⁶⁾。

保守党政権によって導入された購入者-供給者分離は新たな形態によって存続した(森 2007)。購入者の役割、すなわち所管地域に居住する住民に対する医療サービス供給と地域住民の健康の向上に責任をもつ組織として、プライマリ・ケア・トラストが確立した。従来の保健当局(Health Authorities)は廃止され、1999年から2002年までに約300のPCTが設立され、2006年に統合・再編され152となった。

PCTは法定組織でありその任務も法的に規定され、時々に変化してきている(Department of Health 2008e)。PCTは住民⁷⁾に必要な病院サービス等を確保することに責任を持っており、このため住民の医療の必要性和それに対するサービスを決めなければならない。必要なサービスの確保にはNHSトラストおよび民間医療機関への医療サービス供給の委託(commissioning)も含まれていることから、「購入者」の役割を担っているといえる。他方、一定の地域医療サービスについて自ら供給するという意味では「供給者」でもある。一般医

(GP)の診療を確保するのもPCTの責任である。なお、2000年代後半に入って、一般医が—多くの場合複数の診療所の共同で—レントゲン検査・在宅緩和ケア・眼圧検査など一定の医療サービスについて委託の詳細を決める診療所ベースの委託(practice-based commissioning)が推進されているが、これは予算保持一般医(GP fundholders)と同様の発想にもとづく制度である(一圓 1999)。

PCTは、医療サービスの確保以外にも、所管地域内での保健計画、他のNHS組織・自治体との連携の推進、住民参加の推進を実施するとともに、財政規律の遵守・平等原則による雇用等その他の法令上の義務を課せられている(Department of Health 2001; Department of Health 2008e)。

第2期ブレア政権では、地域住民と患者に近い組織の権限を増加することが強調され(Department of Health 2001)、PCTには予算の主要部分(構想では75%以上)(Secretary of State for Health 2002)を配分することが計画され、実際にそのように運営されてきた。

PCTの運営は、執行担当理事、財務担当理事、公衆衛生担当理事、非執行理事を加えた理事会が責任をもつ。理事長には非専門職があたり、執行にかかわる理事は過半数を超えないこととなっている。NHS任命委員会が理事長および非執行理事を任命し、任命された理事らが執行に関する理事を任命する。さらに、日常業務については、多くの場合GPが委員長となる執行委員会が決定している(Baggott 2004: 253; Smith and Goodwin 2006)。

PCTを指導・監督するために、28の戦略保健局(Strategic Health Authorities、以下SHA)が設置され、2006年の再編で10となった。SHAは所管地域におけるPCTとNHSトラストの委任契約や医療サービス改善活動(clinical governance)の推進などの戦略的事項、また特に施設・設備の投資、情報管理、専門職養成を所管している(Baggott 2004; Department of Health 2001)。全国サービス枠組み

の各地域での推進も SHA の役割の一つである。

病院医療サービス供給の主要組織である NHS トラストはブレア政権以後も存続しており、むしろ独立性の高い形態 - NHS 財団 (foundation trust) - への移行が推進されている。2002 年に提案された NHS 財団は、サービス基準・監査などの NHS の一般的原則・規制の下におかれるが、より柔軟な組織機構・賃金設定、利益の留保・借入金の利用・不動産処分による資産活用等の柔軟な財務運用、が可能となる特殊公益法人として政府の直接的管理を受けることなく運営が可能な組織である (Department of Health 2008a; Secretary of State for Health 2002; 伊藤 2006)。NHS 財団も NHS トラストと同様に PCT からの委任によりサービス供給を行っている。

財団の設立と活動の点検は、直接保健省が行うのではなく、法定組織「監査」(Monitor) が行っている。ただし、利益が出ないサービスからの撤退の制限、私費患者の優遇禁止、私的診療収入の上限の設定、譲与金の外部流出の禁止などの活動制限がある。「NHS が始まって以来史上最大の組織改革になる可能性が見込まれた」(Ham 2009: 62) この組織改革は大きな議論を呼び起こし、その本格的実施が行われたのは 2006 年である⁸⁾。

後述するように、これらの供給組織に対して規制や情報の収集・分析・公開を行う機関が整備されてきたのはブレア政権による医療改革の特徴の一つである。

2. NHS 財政の改革

ブレア政権による医療改革の財政面での変化の特徴は、大胆な財政投入、地域住民間の資源配分の政策整合的な見直し、病院サービスへの結果による支払い方式の導入、一般医に対する業績評価支払い、である。これらは、医療の効率化と公平の維持の両方にかかわっている。なお、これらの改革と利用者負担の問題は切り離されており、公

平を重視するブレア政権では、利用者負担が外来薬剤費のみであるという点は堅持された。

第 1 の変化は、投資的経費を含めた大胆な追加的財政投入である。もともと 1997 年の選挙公約では、予算増よりは効率化によって「NHS を救う」路線が打ち出されていたし (Webster 2002: 230)、政権発足の翌年までは前政権の予算制約に拘束されており大きな予算変更を行うことはできなかった。2000 年 1 月 16 日の定番組道番組「朝食」でブレア首相は、経済全体の状況にもよるが 5 年間にわたり医療への支出を増加し、GDP 比で欧州なみの水準とすると述べた (Webster 2002: 232)。番組名にちなんでいわれる「英国歴史上もっとも高かついた朝食」で (Klein 2006: 187, Delamonth 2008: 1410) やや唐突に表明されたこの方針は、2000 年の予算で実質年 6.1% の上昇を 4 年間行うこととして引き取られた (HM Treasury 2000)。この予算では、効率、業績、成果の向上のための改革を行っていくことも表明された。さらに、2002 年の予算では 5 年間にわたり実質年 7.4% の上昇を行うこととされ、安定的な財源確保のために 2003 年から国民保険料率を 1% 上昇させることが示された (HM Treasury 2002)。このような大規模な NHS 予算の増加は近年にはなく、過去の例をはるかに上回るものであった (Klein 2006: 201)。

第 2 の特徴は、病院サービスについて、購入者 - 供給者分離が維持され、経費のほとんどが PCT を経由して配分される仕組みが確立したことである。この際、PCT への資源配分は、所管の住民の医療の必要性を満たすという基準から、資源配分検討委員会 (Resource Allocation Working Party, RAWP) の開発した重み付け人頭方式 (Weighted capitation formula) によっている。経常経費の配分についてのこの考え方は、同委員会以後基本的に維持されている (Department of Health 2008d: 15)。しかし、具体的な計算方式は継続的に改訂されており、その検討は常設の資源配分諮問委員

会（Advisory Committee on Resource Allocation, ARCR）によって行われている（Glennester, et al. 2000）。ブレア政権の政策とのかかわりでは、健康格差対策に関する補正が導入されたこと、また一般医の診療についての費用もPCTを通過させるためこの配分方式の計算に含まれたことを特徴的なものといえることができる。

第3に、病院サービスの委託についての支払いが全国共通の活動実績によるものとされたことである（Street and Maynard 2007）。これは、多くの国で用いられている診断関連群（Diagnostic Related Groups, DRG）と同様の診断・処置・手術等によって区分される医療資源群（Health Resource Groups）単位で支払われるものであり、結果による支払い（Payment by Results, Pbr）と呼ばれる。2003年度から2008年度にかけて段階的に導入された。支払い金額は平均的な費用によって決められるが、例外的な場合の扱いもある。結果による支払いは、PCTからNHSトラストへのサービス委託の作業を簡略化し、NHSトラストには効率化のインセンティブを与え、診察の実働状況に応じてNHSトラストに支払われる金額が変化するという点で、NHSトラスト間の競争を促すものでもある。特に運営の自由度が高いNHS財団へのこの支払い方式の影響は関心もたれる。

第4に、一般医に対する支払金額を増やす中で、NHSと一般医の契約内容をより明確にするとともに、支払金額の算定法に診療業績に応じた支払い（pay for performance）を導入した。すなわち、診療所はPCTと契約を結び、1次医療サービス（primary medical services）の提供義務を負う。これには、病人の治療および紹介などを行う必須サービス、子宮がん検診・予防接種などの付加サービス、高度化サービスがある（Department of Health 2003a）。診療所は、必須サービスと付加サービスを合わせて、登録患者数とその属性、費用にかかわる要因に対応した包括支払いを受ける

（Department of Health 2004a）。この際、診療の質と成果の評価枠組み（Quality and Outcome Framework, QOF）による評価によって、支払いに報償が付け加えられる（多田羅 2008）。

V 供給者制御のための諸方策

大量に予算を投入する一方、労働党政権はさまざまな方策を用いて、サービス供給にかかわる組織を制御するよう試みてきた。Le Grand（2007）は、医療政策における社会目標実現のための機構について、「市場」と「競争」（market）、意見表明（voice）、プロフェッショナリズム（trust）、官僚制（command-control）、という4つの原理に整理しているが（Le Grand 2007）、この中でどれか一つの原理だけに依拠するのではなく4つの原理を複合的に追求してきた。この点は、官僚制とプロフェッショナリズムに依拠していたNHSに「市場」を導入することをもっぱら強調した保守党政権下での改革とはかなり異なるものであった。このような方策には、独立機関（エージェンシー）を用いた監査・事前審査・調査勧告の強化、業績評価の公表、購入者－供給者分離の下での委任契約の改革、技術評価の推進、などがある。

1. 競争原理

市場機構や競争の活用についてブレア政権は当初否定的であり、協力や連携にもとづくNHSの構築を打ち出していた（Powell 2000: 91）。しかし、その根幹ともいえる購入者－供給者分離を全面的に廃止することはしなかった。そして、大規模な予算投入が本格的に行われた2002年頃から、NHS内外の競争にもとづく供給者の業績向上策が打ち出されてきた（Lewis, et al. 2009）。こうした方策には、競争主体の育成、競争条件の明確化・標準化の両面において行われてきている。前者については、NHSトラストの自律性の向上すなわちNHS財

団 (NHS foundation trust)⁹⁾ という運営形態の設立、新たな競争主体としての営利部門を含めた私的医療機関 (Independent Sector Providers) によるサービスの調達、をあげることができる。後者については、PCTからNHSトラストへの支払いを全国共通の活動実績による方式にしたこと、政府から独立したNHS協力・競争委員会 (Co-operation and Competition Panel for NHS-Funded Services) による委任契約における競争ルールの明確化をすすめたこと、があげられる (Department of Health 2008b)。

なお、私的医療については、新労働党のNHSではPFIなど、私的部門との連携がさまざまな形で追求された。2005年までに68の病院がPFIにより建設・改築され、政府は100をめざしている。1997年には病院の建物の平均築年数がNHS創設より長かったが、2005年にはそうした病院は4分の1以下となった (King's Fund, 2005)。

供給面での公私連携は極めて議論の多い課題であり続けている。『NHS計画』で述べられた公私連携についての枠組みが公表され (Department of Health/Independent Health care Association 2000)、2002年には、白内障の手術などの外科治療に関する診療センター (Diagnostic and Treatment Centres, DTCs) の設立を民間にも委ねることができるとした。2004年までの時点ではほとんどが公立のものであるが (King's Funds 2005: 64)、2003年10月に最初の民間のセンターが開設されて以来、民間機関による運営も増えている。

なお、ブレア政権が推進した医療への支出増加政策のもとで、総医療費の中で私的医療費が占める割合は、1997年では20%、2007年では18%とむしろ低下した (Office for National Statistics 2009)。

2. 官僚制

ブレア政権のもとでの官僚制の変化は複合的な性質をもっている。一方では、実施にかかわる権

限をPCTに移譲したという意味で集権的統制は緩められたともいえるが、他方では、全国的共通の業績評価基準の設定、薬剤や手術などの技術効率性の評価の推進とそれに従った診療サービスの推進、などの医学上の臨床的な内容にもかかわる目標設定や統制が実施されてきた。後者の意味では、集権的な統制はむしろ強まったといえる (Klein 2006: 222)。

地域住民の健康と医療供給に責任をもつPCTへの業績評価の枠組みは継続的に改訂されてきている。1999年の保健当局の業績評価についての枠組みには、地域住民の健康状態の向上、公平なアクセス、適切な医療の効果的な供給、効率、患者・介護者の経験、NHSケアによる直接的な健康上の結果、という6つの領域が含まれ、各領域で死亡率、入院待機者リスト、予防接種率、術後死亡率等の複数の指標が提示された (NHS Executive 1999)。バランス・スコア・カード方式を用いたこの多面的な評価基準は、各領域での保健当局の順位表が公表され、より優れた業績の達成を迫るものであった (Chang 2007)。こうしたスタイルは基本的には変更されていないが、NHS内での組織改革によりPCTへの権限移譲がすすむにつれて、全国共通目標部分が簡素化され、各地方組織での実情に応じた目標設定が促された (Department of Health 2004b)。さらに、専門職による医療の質についての継続的なサービス改善活動¹⁰⁾をNHS医療供給組織に義務づけた (Secretary of State for Health 1997, 1998)¹¹⁾。なお、NHSトラストに対する業績評価は2001年から公表された (Ham 2009: 236)。

このように、PCTやNHSトラストの運営について、保健省が詳細に指示をする方式ではなく、むしろ目標達成に向けた活動を、供給者の性格に関わらず事後的に点検 (inspection) する方式が強められた。さらに、政府は点検の理念や方向を定めた上で、具体的な作業は専門的機能をもつ公的組織にゆだねた。この役割を担う組織は数次にわた

る改組が行われ、逐一それをたどるのは煩雑なので、2009年8月の状況を以下で概観しておく。

多岐にわたる内容を含む医療供給組織の規制の中で、安全性と質の保障については、設置主体にかかわらずケア質委員会（Care Quality Commission）によって規制が行われている。同委員会は、NHSトラスト・PCTの業績評価および情報提供と委任方式の適切性についても点検している（Department of Health 2006a）。これとは別に、NHS組織についての経費執行の適切性に関する点検は、監査委員会（Audit Commission）が行っている。ただし、特に独立性の高い地位を与えられているNHS財団の法令順守・財務等の管理・運営面については、その監督のために設立された法定組織である「監査（Monitor）」が点検している（Monitor 2009）。これらに含まれない一般的な意味でのPCTの活動の点検は、戦略保健局が行っている。

このように医療供給にかかわる規制は、それぞれに役割を与えられた独立の組織（エージェンシー）が担っており、それらの整理も重要な課題となっている。2006年に保健省は規制の枠組みを検討し、選択と競争の推進、委任契約の適切性、供給者の業績評価と情報提供の適切性、価格設定と公平な資源配分、資産の適切な運用、緊急時対応の適切性¹²⁾、の7つにまとめ、関係機関の役割を整理した（Department of Health 2006a）。

PCTやNHS財団といった組織単位での業績評価基準に加えて、臨床サービスに直接関与する基準も作成されてきた。その一つは、高齢者医療や脳血管疾患など専門的医療サービスについて、具体的に質の高い医療の基準を政府が示す全国サービス枠組み（National Service Framework）である。1999年に最初に出された精神保健・医療についての全国サービス枠組みは、149ページに及ぶものであり、心の健康の促進、基礎医療とサービスへのアクセス、深刻な精神疾患を患う人々への効果

的なサービス、介護者のケア、自殺の予防について、全国基準、実施モデル、地方での実施方策と全国的措置、成果指標、などが記載されている（Department of Health 1999）。2008年までに、冠動脈疾患、がん、高齢者、糖尿病、子ども、腎臓疾患、長期的神経疾患・障がい、についての全国サービス枠組みが発行されている（Ham 2009: 100-101）。

薬剤や治療方法の有効性評価・経済的評価などを行い、それらの使用についてのガイドラインを発行しているのが、国立臨床評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE）である¹³⁾。同機構は特別保健局（special health authority）としての地位をもち、議会に説明責任を持っている。NICEは「証拠にもとづく医療（Evidence-Based Medicine, EBM）」や「証拠にもとづく政策形（Evidence-Based Policy）」の考え方にもとづき臨床サービスや公衆衛生事業の有効性や適切な実施法についての証拠を収集・分析し、利用可能な形態でそれを発行している（Davies, et al. 2000; Gray 2005）。2008年度の場合、19の診療指針、7つの公衆衛生事業・39の診断・治療処置、30の技術評価を発行した（National Institute for Health and Clinical Excellence 2009）。主に評価対象となるのは新技術である。このような情報の総合は、専門職の同僚的關係により質を高めるものと解することもできるが、技術評価の結果についてはPCTに順守することが義務付けられており、その意味では官僚的統制の手法の一つでもある¹⁴⁾。

全国サービス枠組みもNICEのガイドライン等は専門職の協力によってはじめて成り立っており、その意味では、先に述べた医療の質向上に向けた活動の制度化と同じく、官僚制による統治と専門職主義を結びつけて質の向上を制度化する試みということもできる。

3. 専門職の統制と患者・住民参加

一方、専門職の一人一人については、まず診療活動に疑念がある医師の個別の臨床技能の評価体制が全国臨床技能評価局 (National Clinical Assessment Authority) を設置して行われた¹⁵⁾。各種の専門職の自律的統括組織の活動を促進する公的機関として医療規制検討委員会 (CHRE) が設立され、患者安全局 (National Patient Safety Agency) によって全国的な医療事故の集約体制の整備が行われた (Leatherman and Sutherland 2008)。また、登録医師資格の更新制導入に向けた検討が行われ、2008年の実施に向けた要項が出されている (Chief Medical Officer 2008)。

患者の要望に応えるNHSにしていくこと、そのために患者・住民の意見表明 (voice) あるいは参加・参画を強めていくことは、ブレアのNHS改革の最初から強調されていた (Florin and Dixon 2004; Forster and Gabe 2008)。これは、まずNHSトラストとPCTに、サービス提供計画とサービスの変更・実施にかかわって、患者・住民参加措置を取るように義務づけることであった (Department of Health 2003b)。この義務は後に戦略保健局とNHS財団にも負わされた (Department of Health 2008c)。さらに、NHS財団の理事の過半数は選挙で選ばれる患者・住民の代表からなることが定められている¹⁶⁾。

このような義務付けに加えて、特に地域での医療供給に責任をもつPCTについては、以下のような措置がとられた (House of Commons Health Committee 2007)。まず1974年から各地域に設置されていた地域保健協議会 (Community Health Councils) を廃止し¹⁷⁾、PCT・NHSトラストに患者・住民の意見を反映する組織として患者フォーラム¹⁸⁾を、そしてその活動を支援する組織として全国医療患者・住民参画委員会 (Commission for Patient and Public Involvement in Health) を設立した。地域保健協議会は住民からの不満にも対応していた

が、これについては患者の相談にのる患者助言相談サービス (Patient Advice and Liaison Service, PALS) と、苦情処理を行う独立不服・権利擁護サービス (Independent Complaints and Advocacy Service, ICAS) が引き継いだ。こうした組織改革により、一次医療も含めた意見表出の場の確保、患者評価を継続的調査の実施、PCT等の理事会での意見表明など計画への参加、個別の苦情処理などがすすめられた。一方で、地域社会によるNHS組織の点検については、地方自治体に引き継がれ、NHS組織の監査を行う権限が与えられた。なお、患者フォーラムは自治体との連携を強めるため2008年4月から地域参画ネットワーク (LINKS) に改組された¹⁹⁾。

VI ブレア改革におけるNHSの変化

以上のような改革がすすめられた中で、NHSの業績はどのように変化したであろうか? 独立医療シンクタンクであるキングズ・ファンドが2005年に点検した結果では、以下のような結果が示されている (King's Fund 2005)。

1997年のマニフェストでは全国待機者数を減らすことがうたわれていたが、『NHS計画』では最大待機期間を、入院治療で6カ月、外来医療を3カ月以内とすることとされた。1次医療専門職 (医師、看護師、等) による診療は24時間以内、GPによる診療は48時間以内になされることとする目標が設定された。この目標の設定は、各トラストの業績評価に反映させるのに必要な変更であったといえる。なお、入院治療についての目標は、2002年に3カ月とされ、NHS改善計画 (2004) ではGPの紹介による病院治療の最大待機期間に関する目標が18カ月と設定された。

2000年以後、リスト上の待機者数は減少し、12カ月以上の長期待機者は消失した。また全体としても待機期間は減少しているが、2004年の時点で

入院医療に向けて2カ月半以上の待機期間を必要とするものが2004年でも半数におよぶということであり、政策目標は達成したが待機期間そのものの問題が解消したということではない。

1次医療については、業務統計上はGPの診察を2日以内に受けることがほぼ100%なされているものの、NHS患者調査では23%の患者が2日以上待つ必要があったとしている。これらは立ち入った評価法の検討を要する課題といえる。一方で、検査待ちなどを通じて診療過程に「隠れた待機期間・者」があることも示されている。

1次医療へのアクセスに関する問題として、電話サービス（NHS Direct）の創設と普及がすすむとともに、インターネットでの情報提供も盛んになされるようになってきていることをあげる必要がある。NHSダイレクトへの年間電話件数は1999年度の165万件から、2003年度では640万件に急拡大した。

2007年にも同様の評価が行われ、全体としては政府のとった政策の方向は、適切であったと評価された。一方で、2002年に予想したほどの生産性の向上はもたらされておらず、このまま推移するならば質の高い医療サービスを提供するにはさらに大きな費用を要する可能性があると言及された（Wanless, et al. 2007）。

病院における待機的手術の件数は1998年から2005年までで11%増加した。入院による手術は4%減少したが、日帰り手術は20%増加した。GPの診療件数についての正確なデータはないが、およそ130%以上の増加が、1998年から2005年までであったという推計がある。処方については、心血管系の薬剤の処方を見ると、20%の増加が2002年から2006年の間であった。ただし費用的にはより安価なジェネリック剤が使用されることにより、当初の見込みより少ない増加額となっている。

電話相談サービスNHSダイレクトの使用は年間700万件にまで到達するとともに、1999年から始

まったNHSダイレクト・オンラインについても急速に普及し、月刊サイト訪問者数は150万にまで及んだ。

NHSの生産性は、医療サービスの質や社会経済への影響を含まどうかなど、その評価法が確立していない。NHSの10年間の変化については、用いる評価法によって結果が異なり、確定的な結論は出すことが難しいとされた。

以上のように駆け足でみてきたブレア政権の改革によって、医療保障制度の大枠として何が変わったのであろうか？英国と医療制度がかなりことなる日本への示唆を検討することを念頭において考えてみたい。

まずみておく必要があるのは、普遍性、包括性、利用者負担が実質的にないというNHSの基本原則は、組織や財政制度の改革が行われる中でも、維持されているということである（Oliver 2005）。さまざまな改組、新たなインセンティブや業績評価の枠組みなど華々しい政策手段が登場する中で（近藤 2004）、これらの基本原則は頑強に存続している。

しかし、この原則を実現するための仕組みと方策は明らかに変化している。保健当局は廃止されプライマリ・ケア・トラストに変化した。NHSトラストはNHS財団に移行しつつある。NICEやケア質委員会といった医療の質を高めるための独立組織が設立された。さらに、購入者から供給者への支払いを全国的に標準化するということが行われ、支払いという意味では共通の競争条件のもとで独立性の高いNHS財団病院が運営していく体制が成立してきている。

2001年以後はNHSの解剖学よりもその生理学に関心をもっていたとも言われるように（Klein 2006: 219）、これらの改革はNHSの原則の実現に向けた手段を模索してきたものであったといえる。本稿で述べたように、目標を具体化し、技術

の効率にかかわる基準などを示した上で、各組織の自律性を高めて実施していく戦略がとられている。このように医療保障の理念や原則を具体的に共有しつつ、実現方策を工夫していくという医療改革の進め方は一現実には各政策についても多くの議論がありつつも一日本の医療保障の今後を考える上で示唆的であろう。

政策の目標を実現するための手段を新たに開発していくためには、実現に向けた政府の政治的イニシアティブと政策形成能力が重要である。その前提としては、医療政策の結果についての政治責任が問われる状況が必要である。保健大臣が医療提供の責任を負っているという英国NHSの責任構造には変化がないものの、NHS財団のように経常業務の遂行について政府の指揮統制から外れる組織形態が主流になってきた場合には、この責任構造に揺らぎが生じてくる可能性があるであろう (Klein 2006)。社会保険制度のもとで、自律性の高い保険医療機関が医療供給を実施している日本においては、制度改革に必要な政治的凝集力あるいはイニシアティブをどのように構築するかが問題となる。このように考えると、姿を変えた今日のNHSが10年におよぶブレア政権による政治的産物であるということも、日本の医療保障にとっての重要な教訓と言えるであろう。

謝辞

本研究は科研費(20402070)およびグローバルCOEプログラム「生存学」創成拠点の助成を受けたものである。

注

- 1) Greer (2004) は4カ国の医療政策の展開の特色を、スコットランドについて専門職主義、イングランドについて市場(主義)、ウェールズについて地域主義、北アイルランドについて寛大な管理主義と呼んでいる。
- 2) 90年代に労働党内において「第3の道」を掲げた勢

力とそれ以前の伝統的な労働党の勢力を対比させるために、前者をNew Labour後者をOld Labourと呼んだ。しかし、前者が既定の路線として定着する中で、両者を区別することは徐々に減ってきている。

- 3) 『新しいNHS』では、予算を毎年上げていくこと、官僚制ではなく患者のケアに用いていくことと当面の支出金額のみが述べられ、中長期的な具体的数値は記載されていない (Secretary of State for Health 1997: para. 9.5)。
- 4) NHS Modernization Agencyは2000年に設置された基礎医療開発チーム(primary care development team)が改組されたものである (Baggott 2004: 258-9)。
- 5) 一般医予算保持制度(GP fundholders)は廃止された。
- 6) NHS主管担当執行委員(NHS Chief Executive)は保健省内部の職となった。2000年から2006年まで、NHS管理業務でキャリアを重ねてきた保健省事務次官Nigel Crispによって兼任されていたが(Ham 2009: 202)、後任人事は兼任でなく行われている。
- 7) 原則的には一般医に登録した住民を意味するが、救急医療等はすべての住民に対して提供しなければならない。
- 8) 「監査」によると、2009年8月1日の時点で122のNHS Foundation Trustがある (www.monitor-nhsft.gov.uk)。
- 9) NHS財団は経営の独立性・柔軟性という意味ではNHSトラストと異なるが、PCTとの委任契約などNHS機構における位置づけでは基本的にNHSトラストと同様である。煩雑さをさけるため、NHS機構の仕組みに関する記述では両者を並列して記述せず、単にNHSトラストと記述する。
- 10) この内容を示すのに臨床統治(clinical governance)という用語が用いられている。このような質向上の制度的組織化は、伝統的な専門職の自己統治が十分機能していないことを示す事件が90年代末に注目を浴びたことを背景として行われた (Halligan and Donaldson 2001)。
- 11) 臨床医の質の向上のための同僚審査 (medical audit)あるいはclinical audit)は、90年代から促進されていた (Johnston 2000)。
- 12) 専門職資格・医療材料に関する規制などはここでは割愛した。
- 13) 訳は、伊藤(2006: 90)による。
- 14) NICEの技術評価によって、PCT間での診療内容のばらつきが減少したものの、なお無視できない差があると考えられている。
- 15) 2001年に設立され、後に組織的には患者安全局と統合された。
- 16) National Health Service Act 2006第7付則。
- 17) これはそれまでの労働党の政策の修正でもあり、労働運動や消費者運動からは不評であった (Webster

- 2002: 245).
- 18) 正式には患者・住民参画フォーラム (Patient and Public Involvement Forum) だが、単に患者フォーラムと略されることが多い。
- 19) この背景には、患者フォーラムが住民の代表性を担保する仕組みになっていないことなどがあげられたが、個々のフォーラムの活動には積極的な評価もあり、むしろ全国医療患者・住民参画委員会があまり機能しなかったため、それと一緒に廃止することが決められたという観測もある (House of Commons Health Committee 2007: 30-31)。

文 献

- Baggott, R. 2004. *Health and Health Care in Britain*, Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Cabinet Office Strategy Unit. 2008. 'Excellence and fairness: achieving world class public services', London: Cabinet Office.
- Chancellor of the Exchequer. 2002. '2002 spending review: public service agreements', London: HM Treasury.
- _____. 2007. *Meeting the aspirations of the British people: 2007 Pre-Budget Report and Comprehensive Spending Review (Cm 7227)*, London: The Stationary Office.
- Chang, L.C. 2007. 'The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications', *International Journal of Public Sector Management* 20(2): 101-117.
- Chief Medical Officer. 2008. 'Medical revalidation - principles and next steps: The Report of the Chief Medical Officer for England's Working Group', London: Department of Health.
- Davies, H. T. O. Nutley, S. M. and Smith, P. C. (eds) 2000. *What Works? Evidence-Based Policy and Practice in Public Services*, Bristol: Policy Press.
- Department of Health. 1999. 'National service framework for mental health: modern standards and service models', London: Department of Health.
- _____. 2001. 'Shifting the balance of power within the NHS - Securing delivery', London: Department of Health.
- _____. 2003a. 'Delivering investment in general practice: implementing the new GMS contract', London: Department of Health.
- _____. 2003b. 'Strengthening accountability - involving patients and the public: policy guidance. Section 11 of the Health and Social Care Act 2001', London: Department of Health.
- _____. 2004a. 'Global sum allocation formula', London: Department of Health.
- _____. 2004b. 'National standards, local action: Health and social care standards and planning framework 2005/06-2007/08', London: Department of Health.
- _____. 2006a. 'The Future of regulation of health and social care in England', London: Department of Health.
- _____. 2006b. 'Health reform in England: Update and commissioning framework', London: Department of Health.
- _____. 2008a. 'Applying of NHS foundation trust status: Guide for application', London: Department of Health.
- _____. 2008b. 'The operating framework for the NHS in England 2009/10', London: Department of Health.
- _____. 2008c. 'Real involvement: working with people to improve services', London: Department of Health.
- _____. 2008d. 'Resource allocation: weighted capitation formula - sixth edition', London: Department of Health.
- _____. 2008e. 'The role of the Primary Care Trust board in world class commissioning', London: Department of Health/Independent Health care Association.
- Department of Health/Independent Health care Association. 2000. 'For the Benefit of Patients. A concordat with the private and voluntary health care provider sector', London: Department of Health.
- Florin, D. and Dixon, J. 2004. 'Public involvement in health care', *BMJ* 328(7432): 159-161.
- Forster, R. and Gabe, J. 2008. 'Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour', *International Journal of Health Services* 38(2): 333-356.
- Glennerster, H., Hills, J. and Travers, T. 2000. *Paying for Health, Education, and Housing: How Does the Centre Pull the Purse Strings?*, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A. M. 2005. 『エビデンスに基づくヘルスケア：ヘルスポリシーとマネジメントの意思決定をどう行うか』東京：エルゼビア・ジャパン。
- Greener, I. 2009. 'The stages of New Labour', in M. Powell (ed) *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- Greer, S. 2004. *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective*, Manchester and New York: Manchester University Press.

- Halligan, A. and Donaldson, L. 2001. 'Implementing clinical governance: turning vision into reality', *BMJ* 322(7299): 1413-1417.
- Ham, C. 2009. *Health Policy in Britain*, 6th edition., Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- HM Treasury. 2000. 'Budget 2000: Prudent for a purpose: Working for a stronger and fairer Britain', London: The Stationary Office.
- _____. 2002. 'Budget 2002: The strength to make long-term decision: Investing in an enterprising, fairer Britain', London: The Stationary Office.
- House of Commons Health Committee. 2007. 'Patient and public involvement in the NHS. Third report of session 2006-07. Volume I', London: The Stationary Office.
- Johnston, G., Crombie, I. K., Davies, H. T., Alder, E. M. and Millard, A. 2000. 'Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit', *Quality in Health Care* 9(1): 23-36.
- King's Fund. 2005. 'An Independent audit of the NHS under Labour (1997-2005)', London: King's Fund.
- Klein, R. 2006. *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention, Fifth edition*, Oxford; Seattle: Radcliffe Publishing.
- Labour Party. 1997. 'New Labour, New Life For Britain (election manifesto)', London: Labour Party.
- Le Grand, J. 2007. *The Other Visible Hand*, Oxford: Oxford University Press.
- Leatherman, S. and Sutherland, K. 2008. 'The quest for quality: Refining the NHS: A policy analysis and chart-book', London: The Nuffield Institute.
- Lewis, R., Smith, J. and Harrison, A. 2009. 'From quasi-market to market in the National Health Service in England: what does this mean for the purchasing of health services?' *J Health Serv Res Policy* 14(1): 44-51.
- Monitor. 2009. 'About Monitor: Effective regulation, better patient care': Monitor.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009. 'Annual Reports and Accounts 2008/09 Volume 1', London: The Stationary Office.
- NHS Executive. 1999. 'The NHS performance assessment framework', London: The Stationary Office.
- Office for National Statistics. 2009. 'Expenditure on health care in the UK'.
- Oliver, A. 2005. 'The English National Health Service: 1979-2005', *Health Econ* 14(Suppl 1): S75-99.
- Powell, M. 2000. 'Analysing the 'new' British National Health Service', *International Journal of Health Planning and Management* 15(2): 89-101.
- _____. 2008a, 'Introduction: modernising the welfare state', in M. Powell (ed) *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- _____. (ed) 2008b. *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, Dependable (Cm 3807)*, London: The Stationary Office.
- _____. 1998. 'A first class service: Quality in the new NHS', London: HMSO.
- _____. 2000. 'The NHS plan: A plan for investment, A plan for reform (Cm 4818-I)', London: The Stationary Office.
- _____. 2002. 'Delivering the NHS plan: Next steps on investment, next steps on reform (Cm 5503)', Norwich: The Stationary Office.
- _____. 2008. 'High quality care for all: NHS Next Stage Review final report (Cm7432)', London: Department of Health.
- Smith, J. and Goodwin, N. 2006. *Towards Managed Primary Care: The Role and Experience of Primary Care Organisations*, Aldershot: Ashgate.
- Street, A. and Maynard, A. 2007. 'Activity based financing in England: The need for continual refinement of payment by results', *Health Economics, Policy and Law* 2(04): 419-427.
- The Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office. 1999. 'Modernising government (Cm. 4310)', London: The Stationary Office.
- Walsh, K. 2003. 'Foundation hospitals: A new direction for NHS reform?' *Journal of the Royal Society of Medicine* 96: 106-110.
- Wanless, D., Appleby, J., Harrison, A. and Patel, D. 2007. 'Our future health secured?: A review of NHS funding and performance', London: King's Fund.
- Webster, C. 2002. *The National Health Service: A Political History*, New edition, Oxford: Oxford University Press.
- イギリス医療保障制度に関する研究会編 2009 「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2008年版】」東京：医療経済研究機構。
- 池上 直己 1987 『成熟社会の医療政策：イギリスの「選択」と日本』東京：保健同人社。
- 伊藤 善典 2006 『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み－』京都：ミネルヴァ書房。
- 一圓 光彌 1982 『イギリス社会保障論』東京：光生館。
- _____. 1995 「イギリスの社会保障研究の今日－医療」『海外社会保障研究』第111号：25-29。
- _____. 1999 「国民保健サービス」武川正吾・塩野谷祐一編 『先進諸国の社会保障I イギリス』東京：東京大学出版会。

- 小川 喜一 1968『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』東京：風間書房。
- 梶原 朗 1993『国民保健サービス（およびコミュニティ・ケア）の展開』京都：法律文化社。
- 郡司篤晃編著 2004『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』上尾：聖学院大学出版会。
- 近藤 克則 2004『「医療費抑制の時代」を超えて』東京：医学書院。
- 武内 和久・竹之下 泰志 2009『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』東京：集英社。
- 多田羅 浩三 2008「イギリスにおける地域包括ケア体制の地平」『海外社会保障研究』第162号：16-28。
- 南島 和久 2009「イギリスにおける政策評価のチェックシステム－PSAシステムに対するチェックシステムを中心として－」山谷清志編『諸外国における政策評価のチェックシステムに関する調査研究－報告書一』東京：総務省行政評価局。
- 松溪 憲雄 1998『イギリスの医療保障－その展開過程－』東京：光生館。
- 森 宏一郎 2007「イギリスの医療制度（NHS）改革－サッチャー政権からブレア政権および現在－」東京：日医総研。
- 山口 二郎 2005『ブレア時代のイギリス』東京：岩波書店。
- （まつだ・りょうぞう 立命館大学教授）