

their homes. But the main thrust of the dissenter's proposal was for a genuine public-private partnership in the funding of care, with private insurance and private savings making some contribution.

At the time of writing (January 2000), the government has still not yet responded in detail to the Commission's proposals. It has been widely reported that the suggestion for a major increase in tax-funded provision has not been well received by ministers at a time when the control of public spending is a high priority. This is presumably one of the reasons for the delayed response. Another reason is that the subject is not making headline news at the moment, and so ministers are under no particular pressure to come up with a decision. How long a policy of benign neglect can continue remains to be seen.

7. Long term care in Japan.

Demographic changes in Japan have meant that it moved from a country having one of the lowest proportions of elderly people in the 1980s to one with among the largest proportion of elderly people in the OECD area by the second half of the 1990s. By the early part of the current century it is expected to be the industrialised country with the world's largest elderly population. To illustrate by comparison with the UK, in 1995 the proportion of the UK population over the age of 65 years of age was 15.5 per cent compared with a figure of 14.8 per cent in Japan. By 2025, it is estimated that the proportion in this age group will have grown to 19 per cent in the UK but, in Japan, it will have grown to 27.3 per cent. Moreover, the speed of the population ageing process in Japan is particularly rapid. The length of time it will take for the 65+ age group to increase from 10 per cent to 20 per cent of the population in Japan is only 22 years. This is approximately three times as fast as in countries such as Germany, that will also experience substantial population ageing (Ogawa, 1996).

As in the UK, changes will also take place in the proportion of those over 65 years of age who fall into the 75+ years category. Numbers in this age group are projected to rise from 39.9 per cent in 2000 to 56.5 per cent in 2025. This can be expected to add considerably to the demand for long-term care. To illustrate, the number of bed-ridden patients - either at home or in institutions - is expected to rise from 1.0 million in 1995 to 2.29 million in 2025, while the number of cases of senile dementia is expected to rise from 1.25 to 3.22 million over the same period (Ogawa, 1996).

These demographic changes and the resultant increases in the demand for long-term care pose a considerable challenge for Japan. From a country with a relatively young population and - prior to the 1980s - a set of public sector services for the elderly that was seeking to catch-up with other industrialised countries in Western Europe and North America, it is now at the forefront in devising new policies to meet the demands of the future.

Current approaches to long-term care policy derive from the first “Ten-year Gold Plan for the Development of Health and Welfare Services for the Elderly” published in 1990. The plan was based upon the recognition that a gap had emerged between the pace of ageing of Japanese society and the various policies in place to deal with it. In order to address the predicted gap between demand and supply the National Government announced its intention to introduce a new “consumption” tax to fund the extra services set out in its long-term plan (Maeda, 1996). According to some commentators, however, the link between this tax and coping with the needs of the elderly population was not clear. Rather the ageing population was seen as an excuse for a new tax.

Following developments in the early 1990s, the initial Gold Plan - which covered the 10 year period 1990-1999 - was reviewed and a revised Gold Plan covering the period 1995-1999 was published in 1994. This plan - which was implemented in 1995 - sets out a number of detailed plans for the provision of domiciliary and residential long-term care services. It aims to provide comprehensive public care services for elderly people. Better co-ordination of services is expected to result from local governments being given the responsibility for the provision of services (Ministry of Health and Welfare, 1994).

Under the new arrangements, residential care is provided in Nursing Homes for the Elderly (Tokubetsu Yogo Rojin Hohmu), Health Care Facilities for the Elderly which are designed to act as half-way houses between hospitals and the community, and Homes for the Elderly (Keihi Rojin Hohmu). In addition, a range of home help and visiting nurse services are provided on a domiciliary basis.

The costs of residential care are met jointly by the state and local governments, although some charges are levied on residents or their relatives according to their incomes.

While the Gold Plan initiatives launched during the 1990s represent important responses to the rapid growth in demand for long-term care in Japan, according to some commentators they are not sufficient (Maeda, 1996). In particular, the financial implications of a tax-funded system over the period 2000 to 2050 - when the elderly/working population is expected to double (Kono, 1996) - pose particular problems. The cost of financing income transfers will place increasing pressure on public finances at a time of relative decline in the size of the workforce (Burtless, 1998). In response to these pressures, there has been widespread discussion in Japan about the need for public, long-term care insurance. In fact a new law on the subject was passed in December 1999 and is due to be implemented in April 2000.

8. Conclusions: UK and Japanese approaches compared.

Both the UK and Japan face demographic changes that can be expected to lead to increases in the demand long-term care for elderly people during the early decades of the next century. In comparative terms, however, Japan is facing a far larger challenge and, possibly for this reason, the ways in which it is approaching policy in this area displays some marked differences to the UK approach.

In the UK, a variety of policies for coping with the long-term care needs of elderly people have been introduced over the last 20 years. Unfortunately, these policies have lacked consistency so that the 1999 Royal Commission report spoke of a 'piecemeal' and 'haphazard' system 'characterised by complexity and unfairness'. This judgement applies with particular strength to the funding system for residential and nursing home care that is part privately and part publicly funded from tax revenues. Despite a general acceptance that the pressures on the system are going to increase over the next 30 years, no government has yet developed a clear set of policies for coping with these pressures.

The Japanese system provides a sharp contrast. In the light of significant social pressure, the Japanese government began reform of the long term care system in 1989. Starting from a low-level service base, the Gold Plan of 1989 and the new Gold Plan of 1994 represented concerted efforts to plan for the provision of long-term care services. A major emphasis of these plans was the development of home and community based options as an alternative to long term hospital care of the elderly. In 1994 the government set up a study group to

investigate options for the finance of long term care for elderly people. After considering various options, a decision was made to introduce a social insurance system with a number of similarities to the German system. In November 1997, a Long term Care Insurance Act was passed with full implementation scheduled for April 2000.

Thus while there has been widespread debate about the future of long term care in the UK - and a set of recommendations put forward from an officially appointed Royal Commission - the government has so far failed to announce a clear set of policies. In contrast, despite some uncertainties, the Japanese government has put in place a series of policies designed to cope with the rising demands emanating from a rapidly ageing population, including a radical new system of long term care insurance.

References

- Audit Commission (1986) *Making a reality of community care*. London: HMSO.
- R. Baggott (1998). *Health and health care in Britain*. London: MacMillan.
- G. Burtless (1998) *Spending and sources of finance in the American welfare state: options for reform*. IPPS Study Series 98.1. Tokyo: National Institute of Population and Social Security Research.
- R. Griffiths (1988). *Community care: agenda for action*. London: Department of Health and Social Security.
- M. Henwood (1992) *Through a glass darkly: community care and elderly people*. London: King's Fund Institute.
- D. Hunter and K. Judge (1988) *Griffiths and community care: meeting the challenge*. London; King's Fund Institute.
- N. Ikegami (1997) 'Public long-term care insurance in Japan' *JAMA*, 278: 1310-1314.
- Joseph Rowntree Foundation (1996). *Meeting the costs of continuing care*, Report of the Joseph Rowntree Foundation Inquiry, York: Joseph Rowntree Foundation.
- S. Kono (1996) 'Demographic aspects of population ageing in Japan' in *Ageing in Japan*. Tokyo: Japanese Ageing Research Center.
- W. Laing (1993). *Financing long-term care*. London: Age Concern.

D. Maeda (1996) 'Social security, health care and social services for the elderly in Japan' in *Ageing in Japan*. Tokyo: Japanese Ageing Research Center.

Ministry of Health and Welfare of Japan (1994) *New Gold Plan*. Tokyo: Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health and Welfare of Japan.

N. Ogawa (1996) 'Socioeconomic consequences of population ageing in Japan' in *ageing in Japan*. Tokyo: Japanese ageing Research Center.

E. Richards (1996). *Paying for long-term care*. London: Institute for Public Policy Research.

Royal Commission on Long Term Care (1998). *With respect to old age*, Report by the Royal commission on Long Term Care. London: Stationery Office.

Table 1. Provision of long-term care places for elderly people, England, 1983-93.

Year	NHS	Local Authority Residential Homes	Private/Voluntary Nursing Homes	Voluntary Residential Homes	Private Residential Homes	TOTAL
1983	55,600	115,913	18,200	37,613	51,760	279,086
1984	55,800	116,430	22,600	38,242	63,072	296,144
1985	55,600	116,080	27,300	37,466	80,041	316,487
1986	55,300	115,609	33,900	36,000	92,605	333,414
1987	54,600	114,189	41,600	34,374	106,108	350,871
1988	53,300	112,422	57,000	34,402	116,688	373,812
1989	51,000	109,194	73,600	34,166	135,369	403,329
1990	48,700	105,380	89,600	34,960	145,457	424,097
1991	45,900	97,853	109,000	36,685	155,315	444,753
1992	42,100	86,676	124,000	40,608	158,990	452,374
1993	40,300	77,012	144,300	43,282	162,172	467,066

Source: Joseph Rowntree Foundation (1996) Table 12, p.11.

Table 2. Demographic projections for Great Britain, 2000 - 2050 (Millions)

Age	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	11.3	10.7	10.3	10.3	9.8	9.5
15-64	37.6	38.9	38.4	36.4	35.0	34.3
65-79	6.7	7.0	8.5	9.7	10.2	8.7
80+	2.4	2.8	3.1	4.0	4.5	5.4
Total	58.0	59.4	60.3	60.4	59.5	57.9

Table 3. Prevalence rates of disability in Great Britain (% of age group)

Age Group	Moderate		Severe	
	Male	Female	Male	Female
65-69	7.2	7.0	3.8	3.0
70-74	8.0	10.4	4.0	4.1
75-79	14.6	17.9	8.1	7.6
80-84	22.5	28.3	12.0	14.2
85+	31.3	55.2	18.6	33.9

Source: OPCS Disability study of Great Britain

Table 4. Projections of the growth in the costs of long-term care, 2001 to 2031.

Year	Total Cost (#billion)	% of GNP	Cost per adult person of working age.
2001	44	7.7	1365
2011	49	8.5	1485
2021	55	9.6	1689
2031	62	10.8	2014

Assumptions:

- (1) Rate of increase of unit costs = rate of increase of GNP.
- (2) Mortality improvements among the disabled population 1.5 times that of the general population.
- (3) Disability incidence rates improve at 0.5% pa.

1. 高齢者の保健指標

日本の高齢者の死亡率は男女ともイギリスより低く（年齢階級の上昇とともに差は縮小）、それが平均余命の差に反映されている（表1）。在宅高齢者のADL要介護率をみても、日本の高齢者の方が自立している割合が高い（表1；ただし、イギリスのADL要介護率は入浴・シャワーの要介護率をとった）。

イングランド・ウェールズの平均寿命は男が75年、女は80年に近づきつつあり、過去20年間に平均寿命は4～5年伸びたが、1976年から1994年の間に健康平均寿命は男59年、女62年前後でほとんど伸びていない（注1）。従って、平均寿命が伸びてもそれは障害を持った年月や病気になっている年月が伸びただけで、健康に暮らせる年月は伸びていない可能性もある。

2. 高齢者の社会的状況

労働参加率、貧困率、所得分配などの社会経済的変数も保健を考える上で重要な要因である。65歳以上の1人暮らしの率は多くの国で約30%あるいはそれ以上であるが、日本は子との同居率が高く、高齢者の1人暮らしの率は低い。日本の65歳以上の高齢者の子との同居率は1960年の80%以上から1995年には54%に低下しているが、他の先進国に比べるとこの値はなお極めて高い。子との同居率は年齢階級の上昇とともに高まり、60歳代で40%台、70歳代で50%台、80歳以上では約70%に高まっている。高齢者の労働参加率が高く、施設入所者の割合が低いことも日本の特徴である。病院に6か月以上入院している人を加えても、日本の65歳以上人口に占める施設入所者の割合は4%で、他の先進国よりも低い。

イギリスでは1995年度において65歳以上人口のうち4.9%が施設入所者であり、3.4%が食事サービスを受け、2%が自治体負担のデイ・センター参加者であった。イングランドでは施設入所者の56%が85歳以上であった。前述のように、年齢階級の上昇とともに高齢者の要介護率も高まり、在宅高齢者のうち65-69歳の5%は階段を登るのに手助けが必要であったが、この率は85歳以上では30%に高まった。65歳以上でホームヘルプサービスを受けている人は1991年度の4%から1994年度には7%に高まった（注1）。

3. 税・社会保障による所得再分配

表2は税・社会保障による所得再分配の状況を日英比較したものである。平均の当初所得に対する直接税・社会保険料の割合は日本が18%、イギリスが25%であった（社会保険料は被保険者負担分のみ）。イギリスでは間接税を加えた税・社会保険料の合計が当初所得の45%にのぼっていた。社会保障現物給付のうち医療の対当初所得比は日本8%、

イギリス 10 %で大差なかったが、社会保障現金給付の対当初所得比は日本の 10 %に対してイギリスは 19 %とはるかに大きかった。第 5・5 分位の平均値の第 1・5 分位に対する倍率は当初所得では日本 25 倍、イギリス 17 倍と差があったが、再分配所得では日本 5 倍、イギリス 4 倍と日英の差は大幅に縮小した。1996 年におけるイギリスの 65 歳以上人口は 930 万人であったが、1995 年度における退職年金受給者は 960 万人余りであった。イギリスでは退職年金の支給開始年齢は 2020 年 4 月から男女とも 65 歳になる。

4. 医療費

イギリスの医療費は他の先進国に比べて少なく、入院待ちリストやニーズの変化への対応の悪さなどの問題を抱えている。必要な財源は保健セクターの内部で効率性を高めることによって見出すことが強調されているが、効率性の向上によって節約できる額にも限度がある。また、短期的な財政対策のために長期的には効率性を高めるようなサービスがカットされれば、それはむしろ不効率をもたらす原因ともなる。

1995 年度におけるイギリスの総医療費は 473 億ポンド（GDP の 6.7 %）で、このうち NHS 医療費が 415 億ポンド（GDP の 5.9 %）を占め、総医療費の 88 %であった。一方、1995 年度における日本の総医療費の対 GDP 比は 6.9 %と計算され、このうち「国民医療費」は 27 兆円で GDP の 5.5 %であった。表 3 は日英の公的医療費について機能別、財源別、年齢階級別構成割合を比較したものである。総額の対 GDP 比には大きな差はなかったが、財源構成は対照的であった。国民医療費の財源は税が 32 %、保険料が 56 %、患者負担が 12 %であったのに対して、NHS の財源は税が 84 %（税収全体の 14 %に相当）、NHS 拠出金（社会保険料）が 13 %、患者負担が 3 %であった。NHS 医療費のうち 54 %は人件費に充てられ、この割合は過去 20 年間変わっていない。国民医療費の機能別内訳をみると、外来（医科）と外来薬剤の合計が 49 %であったのに対して、NHS 医療費では 54 %が病院、9 %が GP、11 %が GP 処方薬の薬剤、等と日本と構成が大幅に異なっていた。NHS 医療費の 63 %を占める入院（hospital and community health services expenditure）のプログラム別の内訳をみると、急性 49 %、高齢者 12 %、mental illness 11%等であった。年齢階級別のシェアでは日本に比べてイギリスでは若年者に厚く、高齢者にやや薄く医療費が配分されていた。日本では 65 歳以上の高齢者は人口の 15 %であったが、国民医療費の 44 %を消費していた。一方、イギリスでは 65 歳以上の高齢者のシェアは人口の 16 %、NHS 医療費の 41 %であり、75 歳以上の高齢者は人口の 7 %であったが、NHS 医療費の 25 %を使っていた。年齢階級別 1 人当たり医療費指数（0-14 歳 = 1.0）をみると日英の相違はさらに鮮明になる。65 歳以上の 1 人当たり医療費は日本では 0-14 歳の 1 人当たり医療費の 7.4 倍であったが、イギリスでは 3.4 倍であった（表 4）。表 3 からイギリスの 0-14 歳の 1 人当たり医療費は日本のおよそ 2 倍とみられるので、イギリスの 65 歳以上 1 人当たり医療費は日本に比べてやや低い（90 %程度）水準

とみることができる。このように考えると、イギリスの 85 歳以上の 1 人当たり医療費は逆に突出して高いということになる。

イギリスでは入院医療の平均在院日数は年々減少し、1995 年で 10 日であった。一方、日本の退院患者の平均在院日数は 1996 年でも 41 日ときわめて長かった。しかし、日本でも 6 か月以上の長期入院を除けば、平均在院日数は半減した（府川、1998）。

（注 1） Social Trends（1998）による。

（注 2） 筆者の推計による。

表1 高齢者の保健・社会指標

		日 本					イ ギ リ ス				
		65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上
死亡率 (%)	男	1.9	2.9	5.0	8.7	16.8	2.8	4.6	7.4	11.4	19.0
	女	0.8	1.3	2.5	4.8	11.6	1.6	2.7	4.4	7.3	14.8
平均余命 (年)	男	16.9	13.4	10.3	7.5	5.4	14.5	11.4	8.7	6.5	4.9
	女	21.5	17.3	13.4	9.9	7.1	18.3	14.6	11.3	8.5	6.2
入院受療率 (%)	男	2.6	3.3	4.5	5.9	8.3					
	女	1.9	2.8	4.4	6.8	10.9					
1人暮らしの率 (%)	男	3.3	3.9	4.4	5.4	5.9	16	20	28	38	...
	女	13.0	16.9	17.6	14.8	10.2	33	43	56	64	...
夫婦のみの率 (%)	男	40.7	40.4	35.6	28.8	18.8	66	67	61	46	...
	女	28.8	19.8	11.8	5.2	1.3	49	44	30	14	...
労働参加率 (%)	男	54.2	37.0	18.0	...	...	13.1	6.5	2.7	...	...
	女	27.2	16.8	6.3	...	...	8.0	3.4	0.9	...	...
在宅ADL要介護率 (%)	男	1.9	3.0	5.7	9.9	17.5	5	6	8	15	24
	女	1.2	2.4	4.0	10.4	22.6					

(注) E&Wはイングランド・ウェールズ、GBはグレート・ブリテン。

表2 税・社会保障による所得再分配

	日本 (1993) 千円						UK (1995) 10ポンド					
	所得 5 分 位 階 級						所得 5 分 位 階 級					
	1	2	3	4	5	計	1	2	3	4	5	計
当初所得	548	3,010	5,115	7,496	13,752	5,984	240	607	1,370	2,215	4,037	1,694
雇用者所得	231	2,325	4,401	6,749	11,299	5,001	139	405	1,039	1,761	2,981	1,265
事業所得	55	368	429	361	1,290	501	37	57	125	167	505	178
企業年金等							29	95	131	179	241	135
財産所得	33	77	69	110	694	197	20	34	58	83	264	92
その他	224	160	158	173	427	229	15	16	17	25	46	24
直接税・社会保険料	135	458	793	1,212	2,836	1,087	113	152	313	518	1,048	428
間接税	...	...	...	...	...	...	193	234	329	409	509	335
社会保障現金給付	1,371	511	340	372	373	593	491	486	336	213	120	325
社会保障現物給付	657	404	390	452	479	476	208	194	178	154	134	174
医療	646	400	386	446	478	471	189	183	173	152	133	166
再分配所得	2,441	3,467	5,050	7,108	11,769	5,967	633	881	1,242	1,655	2,734	1,430

出典：日 本 所得再分配調査研究会報告書 (1998)

イギリス Social Trends (1998)

表3 公的医療費

	日本 1995 国民医療費	イギリス1995 NHS 医療費
総額	269.6 千億円	415 億ポンド
対GDP比(%)	5.5	5.9
機能別 (%)	100.0	100.0
入院	42.1	62.8
病院	40.8	54.2
外来(医科)	27.8	9.0
歯科	8.8	4.0
外来薬剤	21.3	11.2
その他	...	13.0
財源別 (%)	100.0	100.0
税	31.7	84.2
保険料	56.4	12.7
患者負担	11.8	3.4
年齢階級別 (%)	100.0	100.0 2)
0-14	6.5 (16.0)	15 (19.4)
15-44	18.4 (41.6)	21 (42.8)
45-64	31.5 (27.9)	23 (22.0)
65+	43.6 (14.6)	41 (15.8)

注 1) () 内は人口の割合

注 2) 1993/1994

表4 年齢階級別1人当たり医療費指数(0-14歳=1.0)

年齢階級	日本 1995	イギリス 1993	ドイツ 1996
0-14	1.0	1.0	1.0
15-44	1.1	0.6	1.7
45-64	2.8	1.4	3.3
65+	7.4	3.4	5.4
65-74	6.0	2.9	4.7
75-84	9.3	5.4	5.7
85+	10.3	10.0	6.1

1. プライマリー・ケア

G P（一般医）の数はこの10年間に年率1.5%で増加し、1994年におけるG Pの総数は3.6万人であった。G Pの単独診療は1994年には10人に1人の割合となり、4人以上のグループ診療をしているG Pの割合は60%であった。グループ診療は、しばしば保健センターを拠点になされている。5,000人以上（当初は11,000人以上で、その後9,000人、7,000人、5,000人と引き下げられた）の登録患者を持つG Pのグループは、希望すればHAから病院医療費をも含む自主予算を付与され、患者に最も良いと思う病院に自由に患者を送ることができるようになり、予算に黒字が出ればそれを事業のために活用できることになった。これが1991年から始まったG Pファンド・ホルダーと呼ばれる制度である。1995年で10,500人のG Pがファンド・ホルダーとなっており、イギリス国民の50%がG Pファンド・ホルダーによってカバーされていた。しかし、労働党政権になってGPファンド・ホルダー制は1999年3月までで廃止され、新たにプライマリー・ケア・グループが形成されることになった。G Pの28%はclinical assistantとして病院（主に外来部門）でも働いている。プライマリー・ケアにおける日英の主な相違点は次の通りである（府川・武村、1997）。

- ーイギリスではプライマリー・ケアを担当するのはG P、セカンダリー・ケアを担当するのは病院と明確に機能分化されているが、日本では診療所のみならず病院でもプライマリー・ケアを担っている。
- ーイギリスでは患者は最初にG Pの診療を受け、G Pが入院治療や専門的医療などのセカンダリー・ケアを必要と判断した場合に病院を紹介するが、日本では患者は原則として診療所でも病院でも自由に選択できる。
- ープライマリー・ケア・サービスへの範囲が、イギリスでは保健サービスに拡張したものであるのに対して、日本ではセカンダリー・ケアに拡張したものとなっている。
- ーイギリスではG Pの90%がグループ診療であるが、日本では大部分がソロ・プラクティスである。
- ープライマリー・ケアの報酬は基本的にはイギリスは登録人頭払い、日本は出来高払いである。
- ーイギリスでは医療サービスは基本的に税で賄われる公共財であるが、日本では保険料が最も大きな財源であり、患者の一部負担も10%以上の構成要素となっている。

2. 病院サービス（注1）

1950年から1993年の間にNHS病院は3分の2に、病床数は2分の1に減少し、NHS病院数は1,960、病床数は30.9万床（人口1,000対5.3）となった。5.3の内訳は急性が

2.4、非急性が 2.9 で、特に非急性病床の減少が著しく、それとともに平均在院日数も 1950 年の 45 日から 1993 年には 10 日に減少した。イギリスには人口 25 万人に 1 つの割合で District General Hospital (DGH) があり、G P からの紹介患者への医療サービスや救急医療を提供している。DGH には平均的に 4,250 人が働いており、そのうち 230 人 (5.4 %) が医師、2,250 人 (53 %) が看護婦である。これ以外に、35 人の G P が clinical assistant として働いている。医師はその技能によって Consultant, Specialist Registrar, Registrar, Senior House officer, House officer と区分されており、230 人の内訳は Consultant が 37 %、Registrar が 25 %、House officer が 38 % である。一方、看護婦は経験年数によって A ~ G のクラスに区分されている。

保健大臣の認可を受けた NHS 病院 (救急医療サービス等のユニットを含む) は、地区保健当局から組織的に独立し、独自の法人格を持つ。また、一定の条件付きであるが、病院の運営は理事会で決められ、独立採算制が認められる。さらには、職員の採用 (採用条件を含む)、一定の借入金、不動産の処分等にも一定の自由が与えられる。これを「NHS トラスト」と呼ぶ。「NHS トラスト」は 1991 年から導入され、1994 年には 494 を数え、今日では病院の 90 % 以上が NHS トラストとなっている。NHS トラスト病院には資産の売買やある限度額までの借入れなどが認められ、余剰が生じた場合はそれを自由に活用することも認められる。職員の採用や給与の設定なども自由に決められる。

1997 年 3 月の病院のウェイティング・リストの人数は、116.4 万人で、ウェイティング・リストの期間別内訳については、1 年以内が 97.3 %、1 年以上は 2.7 % であった。ウェイティング・リスト短縮の問題は大きな課題となっており、1986 年以降様々な努力がなされている。1991 年の患者憲章において一部の専門サービスで入院待ちの基準が決められ、1995 年には全診療科で 18 か月の入院待ちが上限とされた。外来の待ち期間についても 10 人のうち 9 人は 13 週間以内に診療が受けられ、G P の referral 後 26 週間以内に全員が診療を受けられるという基準が決められた。保健省は、ウェイティング・リスト患者のうち、半数は 5 週間以内に入院でき、85 % は半年以内に入院できるのだから、それ以上の長期入院待ちをなくすことこそ最重要課題であるとしている。

3. 民間医療サービス (注 1)

1980 年代、90 年代にイギリス政府は医療サービスの新たな財源及び新たな供給方式として民間セクターの役割を強調してきた。その結果、イギリスでは NHS が医療サービスの支払い者及び供給者として支配的であることに変わりはないが、民間セクターも急速に成長した。民間保険に適用されている人の割合は 1982 年から 1987 年の間にほぼ 2 倍に増加したが、その後増加の速度は緩やかになった。1995-96 年では 6 % の人が民間保険を購入し、人口の 9 % が民間保険でカバーされている。社会階層別にみると、事業主・管理職や専門職の 20 % 以上が民間保険に適用されている一方、ブルーカラーは民間保険の適

用率がきわめて低い。年齢階級別には 45-64 歳の適用率が最も高く、75 歳以上の適用率が最も低い。最も一般的な民間保険は会社単位で事業主が保険料を全額払うもので、事業主・管理職や専門職の場合にはこのタイプが多いが、ブルーカラーの場合には個人単位の民間保険が多い。民間セクターの今後についてはまだ両論がある。民間セクター擁護派は民間セクターが NHS の安全弁となっており、特に財政情報システムの開発や顧客サービスなどいくつかの面では NHS のモデルになっていると主張している。一方、反対派は民間医療サービスの拡大によって非救急治療の価格のつり上げ、あるいは、支払い能力によってサービス内容が変わる二重構造が広く起こっていると批判している。また、民間セクターの発展には計画性はなく、保健ニーズとも無関係であり、歯科や長期ケアなどの分野では公的支払いの増加を抑えようとする努力の結果民営化が起きていると議論されている。

公的部門と民間部門の協調行動は近年拡大しており、公と私の両方の資本で病院建設を進める private finance initiative (1991 年から始まり、1997 年までに 14 の病院がこの方式で建てられた) は今後とも増加するであろう。1995 年度におけるイギリスの総医療費は 473 億ポンドで、そのうち 58 億ポンド (12%) は NHS 以外のプライベートな財源で賄われた。58 億ポンドのうち 25 億ポンドは民間医療保険、20 億ポンドは薬剤・医療機器等であった。これ以外に、民間のナーシング・ホーム入所費が年に 27 億ポンド、residential home 入所費が 18 億ポンドかかっている。プライベート病院の病床数は過去 20 年間に大幅に増加し、1992 年で約 15 万床であった。また、NHS 制度発足時から NHS 病院のコンサルタントと呼ばれる勤務医師 (病院の医師の中で研修医を指導する地位を持つ医師) は、契約勤務時間外に、NHS 病院内または別の場所でプライベート診療を行うことが認められており、2 万人の NHS コンサルタントのうち 1.7 万人が何らかの形でプライベート診療を行っている。

4.ブレア政権の保健政策

1980 年及び 1990 年代に様々な NHS の問題点が議論されたが、イギリス国民は包括的サービスを全国民に利用者負担なしで提供するという NHS の基本的原則を支持してきた。しかし NHS の機能は皮肉にも民間セクターの拡大によって維持され、民間セクターは上記の原則と相容れないものである。NHS 改革に関する保守党と労働党の最大の相違点は民営化と内部市場である。しかし、保守党が始めた NHS 改革を 1997 年 6 月に政権の座についた労働党が根底から変えることは可能でもなければ望ましくもない。労働党は選挙公約で内部市場を廃止するとしていたが、購入者と供給者の分離や提供されるサービスの量と質に関する明確な合意の必要性については労働党も同意しており、GP ファンドフォールダーの廃止や民間医療保険に対する税制優遇措置の縮小などが実施されている。医療費増加の抑制、サービスの有効性の向上、自発性や自助努力の推進、財源の選択肢の拡大、管理技術の改善、消費者の選択の拡大、などは政党にかかわらず重要な論点となり、この

中で労働党は特に有効性の向上、サービスの質、消費者に対する感応度、などに力を入れている。

1998/99年度のNHS予算に12億ポンド追加するとともに、目的税や利用者負担など新たな財源を検討する。NHSの予算はしばらく実質で少なくとも年2%の割合で増加するため、サービスの向上や待ちリストの削減などが可能である。しかし、予算の増加が最低賃金の引き上げなどの人件費に使われれば、サービスの向上につながらない危険もある。待ちリストを10万人削減するという労働党の選挙公約は、既に1998年にNHSに5億ポンド追加支出して実現している。

GPのファンド・ホルダー制は1999年までに廃止され、契約は中・長期のサービス協定に代替される。GPや看護婦で組織されるPrimary Care Group (PCG)がサービスを委託し、中期的には地域の保健サービス運営の責任を持つ。保健当局は病院トラスト、GP、自治体、その他関係者と協力して保健改善プログラムを策定する。人口10万人の典型的なプライマリー・ケア・グループ(PCG)の年間予算は5,000万ポンドを超え、そのおよそ5分の4が病院・コミュニティサービス費になると予想される。

医療サービスの臨床的有効性及びサービスの質を高めるためにNational Institute of Clinical ExcellenceとCommission for Health Improvementの2機関が設立された。前者は臨床ガイドライン及びサービスの費用効果に関するガイドラインを作成することを目的とし、後者は医療サービスの質の向上を促進することを目的としている。地域での計画性の向上及び関係機関の間の協力を高める手段として医療行動圏(Health Action Zones)の導入が検討される。

これまでの改革では管理者が医師より重要になり、GPがコンサルタントより優勢になり、プライマリー・ケアの看護婦は急増したが彼らの地位は上がり、GPの被用者にとどまっていた。新しい提案はこれまでの力の構造を変えるものである。コンサルタントや各種の看護婦が優勢になり、管理者や個々のGPの力は減少する。プライマリー・ケアの分野で看護婦は人数が最も多いにもかかわらず何の力もなかったが、これからはPCGの中で看護婦もリーダーになる機会が与えられている。

医療費はどの国でも増加しているが、イギリスの医療費の増加は他の先進国よりも低く、ゆるやかである。医療費の増加要因には次のような様々なものが挙げられ、増加を抑えることは容易ではない。

- 人口の高齢化
- 医療・薬剤の技術進歩
- 慢性疾患を持つ人々や重い病気をもった子どもの生存の長期化
- 医療サービス水準の向上や医療サービスに対する国民の期待の高度化
- 医療サービス価格の上昇

イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの

大部分が政府が支払う NHS によっているため支出をコントロールしやすいからである。今後も医療費の増加が予想されるが、現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス全体にとっても最も経済的であるとみられている。

他の先進国では中・長期的な医療費負担が大問題となるが、イギリスの場合は支出水準も低く深刻な問題にはならない。人口が高齢化し、障害を持った人が増える中で、老後の生活保障が重要になっている。若年者の健康を増進させるには教育が最も大切であり、高齢者においては貧困の減少が最も重要である。これらはいずれも政府の社会的排斥（social exclusion）撲滅戦略の中心的要素であり、NHS 予算の増額より国民の健康増進に資する課題である。

5. パフォーマンス指標

臨床医は必ずしも正確で最新の研究成果を知らないという問題がある。また、不効率で不適切な診療の結果、資源がムダ遣いされている。最も有効な治療が行われていないことが多いため、治療の質が本来あるべき水準より低下している。このような状況を改善するため、治療や管理に関する合意された見解を示した臨床ガイドラインがまとめられている。最近では National Service Frameworks が最適な医療サービスに関する統一見解を提言し、臨床の有効性をモニターするために成果指標が用意されている。

1997 年の実績指標公表後、臨床指標を追加することが発表された。15 の新しい成果指標が提案され、その中には 28 日以内の緊急再入院、手術後 30 日以内の死亡、手術による臓器損傷、薬による副作用などが含まれている。患者憲章を見直して 1998 年中に NHS 憲章を作成する。その中で事故や救急の基準を変更し、患者の責任をより明確にすることが考えられている。管理費を節約し、特にガン治療の入院待ち日数を減らす。そのために院内手続きの簡素化や NHS トラスト病院の合併などが考えられている。

NHS のパフォーマンスは 6 つの次元で測定される。それぞれの次元で頑強かつ信頼できる指標を見つけ出すことが重要な仕事となるが、1998 年 1 月に公表された専門家レポートでは表のような指標が提案された。

- 国民の健康水準の向上
- 地域、社会階層、人種、性、年齢にかかわらず必要に応じた公正な医療サービスへのアクセス
- 適切な医療の効果的提供（効果のある治療を推進し、不適切な治療を減らす；リハビリテーションは最も効果がある時点から開始する；長期的なニーズのある患者に対しては医療・介護サービスを継続的に提供する；等）
- 医療サービスの効率性（資源をいかに有効に使っているか）
- 患者の体験
- NHS サービスの成果（outcome）

6. 医療システム改革

医療サービスを公的財源で公的に提供する NHS はマクロレベルでの公正、効率、効果的な医療サービスの提供において成果をあげている。NHS はミクロレベルの効率性も高いと考えられる（近年の市場原理を導入した改革がこれを低下させたという議論もあるが）。イギリス経済が今後とも国際競争力を保つためには、税金や社会支出が低いことが必要である。公的医療保険の財源が足りなければ、高所得者の適用を止めればよいという議論は誤謬に基づいたものである。公的な単一制度は効率的で管理費も安い（NHS では支出の約 0.7 %）のが一般的である。オランダの医療費は GDP の 8.5 % でイギリス（6.9 %）よりかなり大きい、その大部分は公的制度の保険料で賄われている。先進諸国の公的医療保険の中には保険料ではなく税で賄われている制度も多く、税といっても医療に向けられる（earmarked）部分は保険料と類似したものである。負担の水準が決まれば、財源をいかに効率的・効果的に使うかが次の課題である。前述のように、公的な単一制度は管理を効率的に行うことができるし、他の制度より効果的に資源を優先課題に配分することができる。

医療サービス・システムをアメリカのような民間保険主導型、分権的な公的医療保険が中心で出来高払い制が主流のヨーロッパ大陸型、イギリスやスウェーデンのような税による統合システム型、に大別すると、医療システム改革の内容も型によって変わってくる。民間保険主導型やヨーロッパ大陸型では公的內部市場モデルは効率性と公平性を高める可能性がある。つまり、民間保険主導型の国で財政をより統合し、供給者との契約の規模を拡大すれば公平性と効率性の両方が高まるであろう。ヨーロッパ大陸型にとっても NHS の内部市場のような契約システムは一方で管理費の削減をもたらし、他方でニードに基づいた購入のために分配の効率性が高まる。しかしながら、統合システム型に市場モデルをとり入れても、管理費が大幅に増える割には分配上の効率性は高まらない。従って、統合システム型の国では民間保険主導型やヨーロッパ大陸型の国々がとり入れている解決策は採用せず、ミクロレベルでの効率性と有効性へのインセンティブを高める改革を行うことが必要である。

ここ 20 年間ヨーロッパ医療保険制度は効率化を目指して様々な努力が重ねられてきた。1980 年代は医療費増加の抑制あるいはマクロ効率性が追求され、1990 年代に入ると個々の医療機関レベルでのミクロ効率性に関心が移った。効率性追求の手段は主に市場原理の導入によるが、その方法は多様である。競争は医療サービスの財源調達、生産の一部分、生産者への資源配分の方法、などに導入することができ、消費者選択の拡大、交渉による契約、公開入札、など幅広い可能性がある。

市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスの NHS の効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による

契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない。これに対してスウェーデンでは消費者の選択及び地方の民主的コントロールを強化するために疑似市場が使われ、ミクロ及びマクロの両面で効率性の向上が達成された。イギリスではミクロ・レベルの効率性が向上したかどうかははっきりせず、マクロ・レベルの医療費は GDP 比で 1989 年の 6 % から 1993 年には 7.1 % に上昇した（スウェーデンはこの間に 9.4 % から 7.4 % に低下）。

改革の原因の 1 つであった NHS に内在する悪いインセンティブのいくつかはそのまま残り、疑似市場の導入によって新たな不効率（新しい形のコスト・シフト、ごまかし契約、クリーム・スキミング、など）が発生し、さらに運営費も高くなった。柔軟性、多様性の裏には方向を見失い、新たな不平等の源が隠れている危険性がある。「内部からの民営化」が職員の志気を低下させ、国民の信頼を失わせた面は無視できず、NHS の文化に悪影響を与えた。

（注 1）引用がある部分を除いて、主に Baggott (1998) による。

文献

- Baggott R. (1998). Health and Health Care in Britain.
- Bernard M. and Phillips J. (1998). The social policy of old age.
- Boema W. and Fleming D. (1998). The Role of General Practice in Primary Health Care.
- Burchardt T. (1997). Boundaries between Public and Private Welfare : A typology and map of services.
- Chand S. K. and Jaeger A. (1996). Aging Populations and Public Pension Schemes.
- Day P. and Klein R. (1991). Britain's Health Care Experiment. Health Affairs.
- George V. and Taylor-Gooby P. (1996). European Welfare Policy.
- Glennerster H. and Hills J. (1998). The State of Welfare.
- Ham C. (1997). Health Care Reform.
- Ham C. (1997). Management and Competition in the NHS.
- Hills J. (1998). Income & wealth.
- Moore S. (1998). Social Welfare Alive !
- OECD. (1995). Internal Markets in the Making - Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom.
- Orton P. and Fry J. (1995). UK Health Care - The Facts.
- Powell M. A. (1997). Evaluating the National Health Service.
- Robinson R. and Le Grand J. (1994). Evaluating the NHS Reforms. King's Fund Institute.

- Saltman R. B. & Figueras J. (1997). European Health Care Reform, WHO Regional Publications, European Series, No. 72.
- Sidell M. (1995). Health in Old Age.
- Tester S. (1996). Community Care for Older People.
- 一圓光弥(1993).イギリスの医療保障制度の概要と最近の動向.オランダ・デンマーク・スウェーデン・イギリスの医療保障の現状と動向.健保連.
- 北村彰(1994).イギリスの社会保障制度の現状.欧米諸国における医療費保障制度改革とその背景に関する研究.全国社会保険協会連合会.
- 府川哲夫,武村真治(1997).高齢者の医療制度に関する日英比較研究.平成8年度厚生科学研究費補助金(厚生行政科学研究事業)研究報告書.