

カギである点は変わっていない。また保健およびソーシャルケアの連携を向上させることは最優先事項である。向こう3年間でこれを現実のものとするために、新たな柔軟性、新たな機会、そして新たな投資が発表されている。

アクセスの向上と待ち時間の短縮

1.6 これまで、患者は診療を受けるまでに非常に長い時間待たなければならなかった。またケアへのアクセスはしばしば患者の属性や居住地域により左右されてきた。必要性が最も高い貧困地域に限ってアクセスが最も悪く、待ち時間が最も長いという状況がしばしば起こっていた。

1.7 NHS 計画が示した投資と改革により、待ち時間は短縮し、不公平さは減少するであろう。政府はアクセスと待ち時間について以下の主目標を掲げている。

- ・ 2005 年末までに外来患者の診察予約に対する最大待ち時間を 3 ヶ月に短縮し、入院患者の診療に対する最大待ち時間を 6 ヶ月に短縮する。
- ・ 2004 年までにプライマリーケアの専門家への 24 時間以内のアクセスと、プライマリーケアの医師への 48 時間以内のアクセスを保証する。

近代化

1.8 近代的な公共サービスは、サービス対象である公衆の必要性に迅速に対応すべきである。ゆえに政府は NHS のサービスが患者にとってより便利なものとなるようにすることを公約している。これはつまり患者に適切なタイミングで診療を提供するということであり、また病院における食事と清潔さの質に対する患者の懸念を解消するということである。なお NHS とソーシャルケアの間に混乱を招くような人為的な壁が存在するのはサービスの簡便性を損なうものであるから、これは取り壊さなくてはならない。

1.9 近代的な公共サービスはまた、効率的かつ高い質のサービスを提供すべきである。ゆえに NHS 計画は、NHS の関係機関がその要請に応えることを保証すべく、それらのパフォーマンスを監視・管理する新たな方策を発表したのである。

1.10 政府は NHS により提供されるサービスの迅速な対応・効率性・質について以下の主目標を掲げている。

- ・ 患者はその臨床的な必要性に従った適切なタイミングで診療を受けるようになる、すなわち、外来患者の予約と入院患者の計画的な入院許可の事前予約の割合が 2003/4 年までに 3 分の 2、2005 年までに 100%となるようにする。
- ・ 清潔さや食事の水準を含めた患者の満足度を独立の監査機関により調査し、その満足度が年々向上するようにする。
- ・ 公正なアクセス、サービスの質、迅速な対応といった指標に照らして良好な業績を上げたトラストより委任されたケアの費用が、NHS における評価基準となる。全てのトラストが今後 5 年間で最高水準に達し、また 2003/4 年に合意された目標水準に達することが期待される。

NHS の臨床的な優先順位

1.11 政府はいくつかの優先サービス分野において特別な施策を講ずることを公約している。心臓病とガンは、死亡原因の最たるものであることから優先分野とされている。また高齢者向けサービスおよび心のケアサービスは資金不足にこれまで特に悩まされてきたことから優先分野とされている。

1.12 心臓病および心のケアサービスに対する国家サービス体制（NSF）に続き、国家ガン計画（National Cancer Plan）が最近公表された。高齢者サービスのための NSF は年内に公表され、さらに 2001 年には糖尿病の NSF が公表される。なお NSF の目的は以下の通りである。

- ・ 当該サービス・ケアグループについて、国家としてのサービス基準を示し、サービスのモデルを明確にする。
- ・ 政策の実施・提供をサポートする支援プログラムを適所に配置する。
- ・ 合意された時間的制約のもとで進捗状況を測定し監視する上で規準となるような業績測定手法を確立する。

1.13 NHS 計画に掲げられたプログラムはこれらの国家サービス基準の達成に資するものである。

1.14 国民の健康増進という公約を果たすべく、政府は 2010 年までに主要な死亡率を以下のように減少させるという挑戦的な目標を掲げている。

- ・ 75 歳未満の心臓病による死亡率を少なくとも 40%減らす。
- ・ 75 歳未満のガンによる死亡率を少なくとも 20%減らす。
- ・ 自殺および原因不明の怪我による死亡率を少なくとも 20%減らす。

ソーシャルケア

1.15 「ソーシャルケアのための質的戦略の実施」（Implementing A Quality Strategy for Social Care）および「社会サービスの近代化に関する政府白書」（Government's White Paper Modernising Social Services）は、保健およびソーシャルケアの連携という公約とともに、ソーシャルケアにおける主要な挑戦である。この課題を成功裡に実現させるためには、全ての投資が優れたソーシャルケアを提供し、地域における民主主義と説明責任の土台に立脚することが求められる。このような土台のもとで、ソーシャルケアは、

- ・ 自らの可能性を引き出せるよう支援することで人々の自立を促し、
- ・ 親の責務を支援することで家族の絆を深め、
- ・ ケアを含め、保護を必要とする子供たちの人生の機会を増やし、
- ・ 全国にわたる社会サービスが不平等を解消し社会参加を促すよう精力的で積極的な力となることを保証することになる。

1.16 政府はまた NHS と連携した形のソーシャルケアに向けて次のような特定の目標を掲げている。

- ・ 社会的入院を減らし、75歳以上の方が退院するまでの遅れを年々減らすよう保証することにより、質の高い入院前ケアおよびリハビリケアを高齢者に提供し、できるだけ自立した生活が送れるよう支援する。これにより少なくとも13万人が利益を受けると想定される。またその進捗状況については業績評価フレームにおいて監視される。
- ・ 麻薬療養プログラムに参加する麻薬使用者の割合を2004年までに55%、2008年までに100%に上げる。

1.17 またケアを受けている児童の人生の機会を増やすために次のような特定の目標が掲げられている。

- ・ 過去にケアを受けた児童が19歳になった時点での教育、職業訓練および就職実績を向上させ、2004年3月までに同じ地域における全ての若者の少なくとも75%の水準に達するようにする。
- ・ ケアを受けている児童のうちGCSEテストの少なくとも5教科でA*からC判定を得られる者の割合を2004年までに15%にする。
- ・ 必要なケアとガイダンスを行い、2004年までにケアを受けている児童と、その他の児童との間で非行による注意を受けたり犯罪により訴追される者の割合の較差を縮小させる。
- ・ 児童が生涯の家族を得られるような養子縁組を最大限に活用する。なお首相により行われている養子縁組サービスの見直しに関する目標を特別に設定する。

投資の目的

1.18 NHSとソーシャルケアに対する政府のビジョンは、設備投資のみでは達成できない。迅速、便利かつ近代的なNHSと優秀で効率的なソーシャルケアシステムは、設備投資が他の施策と入念に調整されてはじめて実現するものである。この実現を保証すべく、NHS計画ではNHSの経営手法を抜本的に改正し、「ソーシャルケアのための質的戦略」ではいかにしてソーシャルケアを近代化するかを示している。とりわけ、NHSのスタッフ数がかなり増加し、ソーシャルケアのスタッフ向けトレーニングが向上するのは重要である。

1.19 ただし、設備投資は主要な役割を担っている。アクセスの向上と待ち時間の短縮を十分達成するため、NHSはより多くの患者を診察できるように収容能力を上げることになる。これには病院、設備、プライマリーケアへのかなりの投資が求められる。ソーシャルケアへの投資は、資本と歳入の両者を通じて行われる。これはソーシャルケアに関する複合的な経済問題のあらゆる側面において目標とされることである。

1.20 NHSとソーシャルケアの近代化はまた、ある程度持続的な投資が必要である。古くて質の悪い建物や設備では、患者本位のヘルスケアを提供することはできない。またヘルスケアの生産性に関するマッキンゼー(1996)報告³が示したように、英国における技術・

³ McKinsey Global Institute (1996) 'Health Care Productivity' McKinsey and Company Inc.

設備への投資不足は過去、NHSの生産性の向上を妨げていた。

1.21 以上、現在の政策の経緯を鑑みると、投資戦略にかかる目標は以下のようになる。

- A) 健康増進と不平等の減少を目指して、アクセス向上と待ち時間を短縮する。
- B) 患者のニーズに迅速に対応し、効果的なケアを提供し、効率性を高めるよう、NHSとソーシャルケアを近代化する。
- C) 臨床的な優先分野において向上を図る。
- D) NHSとソーシャルケアの連携を奨励し促進する。

1.22 こうした目標を達成する投資プログラムの主な要素を要約すると、次のようになる。

- ・ 2000年から2010年の間に100の新たな病院を計画する、これまでで最大の病院建設プログラム
- ・ 一般・救急棟合わせて2,100床のベッドの新設と、重症患者用ベッドの30%増設
- ・ 2004年までに20ヶ所の診断・治療センターの設置
- ・ 5,000床の中間ケア用ベッドの新設と、1,700ヶ所の非宿泊中間ケア施設の新設
- ・ 2004年までに3,000の家族医用施設の十分な改修・改築と、500ヶ所の総合プライマリケアセンターの設置
- ・ ガン、冠状動脈性心臓病、血液透析用設備への十分な投資
- ・ 「NHS情報戦略」(NHS Information Strategy) 達成のための資源の段階的増加
- ・ 保健とソーシャルケアの適切な統合を保証するための、より効果的な投資

2. 現在の資産ベース

はじめに

2.1 本節では、将来の投資計画の出発点として、NHSとソーシャルケアがサービスを提供する上でベースとなる資産の現在の状況について検討する。分析の手順は以下の通りである。

- ・ 設備投資のトレンド
- ・ 現在の資産ベースの規模
- ・ 不動産の状況、機能性、活用状況
- ・ 資産の処分
- ・ 包括的支出審査における投資プログラム

設備投資のトレンド

2.2 保健およびソーシャルケアの資本ストックは、以下の理由から恒常的な更新が求められる。

- ・ 提供するサービスの水準が時代の流れに遅れを取らないようにする（比較対象の多くは公共部門の枠外にある）。
- ・ 効果的で質の高いケアを提供するための適切な設備・施設を提供する。

- ・ 臨床事例や診療の進歩に遅れを取らないようにする。

NHS

2.3 図1は過去10年におけるNHSの設備投資のトレンドを示している。その中で特に目立つのは、1990年代後半における資本支出の大幅な減退である。これは包括的支出審査の設定後に好転したが、それからまだ日が浅い。こうした投資不足の負の遺産は、以下のような状況に明確に表れている。

- ・ 30億ポンド以上のメンテナンスが滞ったまま、質が悪く荒廃の進んだ建物
- ・ ヨーロッパの近隣諸国に遅れを取る、質が悪く、時代遅れで信頼性の低い設備の使用
- ・ 現在のケア水準としてはサイズが小さく不十分なプライマリーケア施設が4分の3以上を占める状況
- ・ 投資が滞り、法的基準に達していない保健・衛生・火災予防施設

図1：実質NHS設備投資（略）

ソーシャルケア

2.4 ソーシャルケアへの設備投資は定量化がさらに難しい。投資の財源は様々であり、また大多数の資産は民間およびボランティア部門により所有・運営されている。地方当局も資産を所有するが、その投資は中央政府による起債許可や補助金、地方当局が所有する資産の売却・処分からの収入、歳入からの移転、および地域振興統合助成金（SRB）・NHSとの連携資金・宝くじの収益といったその他の財源により賄われる。

2.5 最近では、公共投資の減少と、これに対応した形でパートナーとなる組織が所有する資産の利用およびPFIの増加がトレンドとなっている。

図2：地方当局の総支出と資本配分（略）

資産ベースの規模

2.6 保健およびソーシャルケアは、そのサービス提供に当たり土地・建物・設備・情報管理技術設備を利用する。ただしNHSや地方当局がこれらの固定資産を全て保有しているわけではない。付録Aには、保健・ソーシャルケアの提供に関わる資産ベースが示されている。

- ・ 保健所とトラストの純帳簿価額は約230億ポンドである。その内訳は、
 - 土地 42億ポンド
 - 建物 168億ポンド
 - 設備 17.2億ポンド
 - 建設中の資産 5億ポンド

- ・ 主要不動産の純帳簿価額は推計 22 億ポンドである。
- ・ 全不動産の置換コストは 750 億ポンド以上である。

2.7 ソーシャルケアの純帳簿価額は推計約 133.3 億ポンドであり、そのうち 100 億ポンドは独立採算部門のものである。ソーシャルケアの資産ベースに関するより詳細な情報はプライス＝ウォーターハウス＝クーパーズにより収集・分析された。これはまもなく保健省のウェブサイトに掲載される。

不動産の状況、機能性、活用状況

病院およびコミュニティ保健サービス (HCHS)

状況

2.8 HCHS に関する不動産の状況については、1990 年代を通じてますます大きな問題となっている。変わり行くニーズや臨床事例を反映した形で建物と設備を維持・改良・発展させるためには、かなりの設備投資が求められる。しかしこの要求はこれまで必ずしも十分満たされてはこなかった。その結果、建物と設備の劣化がかなり進んだ。

2.9 設備投資は、個々の病院に少しずつ細切れの財源が与えられる形で行われてきた。その結果、病院は古くて非効率な不動産と近代的な施設が同居するまだら模様の状態になってしまった。

2.10 病院とコミュニティ保健サービスの建物と設備の質に関して得られるデータによると、NHS はヘルスケアの需要が増大しているというのに、その固定資産ベースの質は低くて悪い、ということが示されている。

建物

2.11 メンテナンスの遅れの程度は、NHS トラストの状況を安全かつ機能的な水準に上げるためにどの程度の支出が必要かを測る指標となる。90 年代の投資不足の遺産の 1 つは、1990 年代後半を通じて未達成のメンテナンス作業が急速に増大したことである。1995-6 年度から 1998-9 年度にかけて、未達成のメンテナンス作業は約 40% 増加した。1998-9 年度時点でこれは 34 億ポンドに達している。

2.12 またメンテナンスの遅れは個々のトラストごとの差異が大きい。平均は 1 平方メートル当たり 71 ポンドであるが、個別に見ると 47 ポンドから 125 ポンドの幅がある。

2.13 しかし新しい建物への投資と既存の建物への投資状況の改善により、メンテナンスの遅れの水準は今後 5 年間で 21 億ポンドまで下がると予想されている。

設備

2.14 医療設備は患者の検査・診断・治療の中心となる。恒常的な技術進歩は、治療の幅を拡大させ、臨床結果を向上させ、病院の待ち時間を減らすような、より高性能の医療設備の開発につながる。そのため古い設備の交換に加え、新しい技術に遅れを取らないための投資が必要である。ところが NHS の設備に対する投資は 1990 年代を通じて減少していた。

2.15 図3は1993-94年度から1998-99年度までの期間における、NHSの設備投資、追加設備、設備の残存耐用年数を示したものである。残存耐用年数は純帳簿価額を年間の減価償却価額で除する形で算出している。この図によると、期間中にNHSの全体の設備投資が減少するにつれて追加設備も約3分の1減少し、設備の残存耐用年数も4.9年を超えていたものが4.2年を少し上回る程度にまで減少した。

図3：設備投資、追加設備、設備の残存耐用年数（略）

機能性

2.16 臨床事例の発達や変化により、一部の不動産がその本来の目的に合わなくなっている。その結果、患者が適切な環境でケアを受けていない、職員が最善を尽くせないといった形でサービスの質に影響が出ている。これは効率の低下にもつながるおそれがある。機能的な適合性に関するデータを統一的に収集するのは難しくコストもかかるが、現時点のデータからも以下の諸点がうかがえる。

- ・ 高度に専門的な設備が不足しており、紋切り型で効率の低い手順がいまだに用いられている。
- ・ 74%の病院でMRI検査までの待ち時間が12週間以上かかる。
- ・ 設備が古いため最大限の処理能力を発揮できない。一部の古い設備を新しいものと交換することで20%の処理能力の増加が可能である。
- ・ わが国の設備はヨーロッパの近隣諸国に比べ劣っている。例えば英国における100万人当たりのCTスキャナーの台数は7台であるが、ドイツとイタリアでは20台、オランダでは15台である。MRIスキャナーについてもさほど良い状況ではない。100万人当たりの台数がドイツで10台、イタリアで6台、オランダで8台なのに対し、わが国では4台である。

活用状況

2.17 資本賦課（capital charges）システムはトラストが資本を効率的に活用するための明確なインセンティブを与えている。これまで約10年間、トラストはその固定資産に対し、減価償却と6%の利益償還を行う必要があった。そのため、もし資産が効果的に活用されていなければ、トラストは資産を処分することでコストを削減することができる。それゆえ資本コストはトラストとコミッショナー間のサービス合意の中で十分に説明されている。

2.18 データでは不動産の活用状況は比較的良好で、NHSトラスト間におけるスペース利用の効率性の差も小さい。

- ・ 100平方メートル当たりの活動性（機能的な能力評価FCE'sによる）の中央値は救急トラストにおいて0.67で、その範囲は0.61から0.75である。
- ・ 救急トラストにおける1平方メートル当たり収入の中央値は985ポンド、最高値は1,081ポンドであった。

2.19 1991-92 年度から 1998-99 年度にかけて、固定資産の純帳簿価額に対するトラスト・保健所の収入の比率が 1.2:1 から 1.7:1 まで増加した。このような固定資産の生産性の増加は、資本賦課システムや効率性向上に向けたより一般的な動きを通じた効率的な資本管理に対してインセンティブを与えた結果として、資本がより生産的に活用されるようになったことを示している。

2.20 臨床事例における効率性の向上や変化への動きは、病院ベッド数のトレンドにも明確に表れている。その数は NHS の設立以来着実に減っており、減少のペースは近年になって速まっている。1980 年から 1998 年にかけて、救急・産科・老人病棟における病院ベッド数は 21.9 万床から 14.7 万床に減少している。他方、1980 年から 1997 年にかけて入院患者数は年率 3.2%の割合で増加している。

2.21 このようにベッド数の減少と活動の増加を両立できた理由としては、

- ・ デイケア率の増加（1人当たりのデイケア入院率は 1980 年から 1997 年にかけて年間 11.2%ずつ増加した）
- ・ 平均入院日数の大きな減少（1980 年から 1997 年にかけて年間 3.2%ずつ減少した）
- ・ 平均ベッド占有率の上昇－「病院資産に汗をかかせる」

2.22 固定資産の利用に際して、ベストプラクティスが普及するようこれから一層努力する。この達成に当たっては、NHS 計画で発表された近代化庁 (The Modernisation Agency) が、地域事務所と連携しつつ主な役割を果たすことになる。さらに地方計画ガイダンスが年内に公表される。アクセスの向上と近代化に向けて目標を達成できるよう NHS が十分な資産を保証される一方で、ベストプラクティスの普及がこれらの方策により促進されよう。

プライマリーケア

2.23 NHS への患者のアクセスは、90%が一般開業医 (GP) を通じて行われる。プライマリーケアはまた、歯科サービス、コミュニティーの薬局、眼科サービスなど、その他の家族保健サービスも含んでいる。GP は建物のコストについて直接払い戻しを受けるが、これは通常、自己所有・民間部門からの賃貸・トラスト所有の保健センターのいずれかの形になっている。

状況と機能性

2.24 プライマリーケアにおける不動産の質やサービスの幅は地域により顕著に異なる。プライマリーケアの不動産には、様々な建物のタイプや所有モデルが含まれる。査定局による地区評価 (District Valuers) の調査データによると、

- ・ プライマリーケアの目的で建設されたものはわずか 40%強
- ・ 居住用建物を改造したり、店舗を転用したものがほぼ半数
- ・ 建物の 5 分の 1 が民間部門からの賃貸であり、3 分の 2 が自己所有のもの、残りが保健センター（これは一般的には NHS トラスト／プライマリーケアトラストが

所有している)。

- ・ 薬局が併設されている建物は5%未満で、ソーシャルサービスが併設されている割合もほぼ同じくらいである。

2.25 建物の大きさとデザインはプライマリーケアで提供できるサービスの幅を決定する上で重要である。建物が貧弱であると、患者にとって都合の良い広範囲のサービスを提供し総合的なケアを行う「総合センター」(one-stop shops)の実現の妨げとなる。

2.26 不動産の質と機能状況に関する主要な問題は、特に都市中心部やその他の貧困地域といった、ヘルスケアに対するニーズがしばしば最大となる地域で見受けられる。以下の表1は、プライマリーケアに関する不動産の築年・状況・機能性について要約したものである。

表1 プライマリーケアに関する不動産の状況

	建物タイプ別割合	サイズ要件不備物件の割合 ⁴	窮屈な物件の割合	築年別割合		
				10年未満	10-30年	30年超
自己所有一概念的地代	33%	79%	13%	14%	24%	62%
自己所有一コスト地代	30%	データはなし。ただし一般的に他のタイプよりも新しく建てられたものが多い。				
実際の商業的賃貸	21%	78%	19%	14%	28%	58%
保健センター	16%	88%	12%	18%	52%	30%
合計	100%	79%	14%	14%	25%	61%

資料：1996年地区評価のサンプル調査による。

2.27 上記の表によると、多くのプライマリーケア用建物は近代的なプライマリーケアを提供するにはあまりにも小さく窮屈であることがわかる。また多くの物件は住宅を転用したものでありアクセスが悪い。特に民間の地主からの賃貸物件はしばしば小さくて狭い。こうした事例はヘルスケアへのニーズが最も大きい貧困地域により多く見られる。

2.28 建物の築年数には幅があり、30年超のものが多い。状況もかなり差があるが、多くはあまり良い修繕状態にはない。良い修繕状態にあるのは、民間賃貸物件ではわずか3分の1に過ぎない。

活用状況

2.29 多くのプライマリーケア用建物はスペースと適切なレイアウト不足のため、資本の活用が貧弱で、プライマリーケアサービスの質・量の向上を阻害している。そこで1997年

⁴ 建物に関する料金・補助金細則 (in premises schedule of Statement of Fees and Allowances) の現行推奨基準を下回るもの。

11月に導入された新しい細則により、標準的なGP用建物のサイズ・デザイン・レイアウト・建築様式が定められた。これが実際の不動産に十分影響を与えるには時間がかかるが、細則では建物へのアクセスおよび建物内の追加的スペースの必要性・障害および差別法の遵守・患者の待合室・情報技術・患者記録の保管・簡単な外科手術・統合された看護セットといった点を見込んでいる。またスペースの多機能的使用を見込み、多様なプライマリーケアサービスが提供できるようにしている。このような機能的スペースの余裕は、基本的な検査・処方・紹介を行う設備を、地域レベルで統合的なサービスを徐々に提供するような設備に変えていくことになる。

2.30 患者は、1つの場所で出来る限り多くのサービスが受けられることを期待しているが、総合センターはそれを可能にする。この方法はサービス提供を向上させるだけでなく、プライマリーケアの空きスペースの多機能的使用を促すものである。この結果、赤ちゃん検診の保健婦や背中痛診療の理学療法士など、多様なヘルスケアの専門家が施設スペースを利用できるようになる。こうしたサービスと診療所の共用はプライマリーケア施設の有効活用につながる。

2.31 薬局・眼科・その他の商業的施設と場所を共有する民間部門とのジョイントベンチャーは建物および土地の非常に有効な利用を保証する。調査によると薬局・歯科・眼科・ケア用住宅と施設を共有しているケースは5%未満に過ぎない。また社会サービスと共有しているケースもわずか5%ほどである。我々の投資計画により施設の共有がかなり進むことが見込まれる。

2.32 資本投資の水準は自己所有のグループの方が高く、また比較的裕福な地域により多く集中している。このグループは一般に良好な修繕状況にあるが、このグループにおいてもプライマリーケアにおける近代的な標準規格と将来の発展に見合うに十分な大きさとデザインを確保する投資プログラムが必要となる。

2.33 上記の調査結果はプライマリーケアの不動産の質が多様であり、その資産がしばしば過度に利用されているということを示している。プライマリーケアにおける基本的な挑戦は、目的に合致し、近代的なプライマリーケアの要求水準に見合うような設備投資を行うことである。サービスの発展はケアの提供に使用されている施設の制約により非常に阻害されている。我々は現在のプライマリーケアに当てはまる「ケア反比例の法則 (*inverse care law*、ケアの需要量と供給量が反比例している状態)」の解決に挑み始めている。包括的支出審査の投資プログラムでは1,000件の施設が改良される予定である。

2.34 もしプライマリーケアが従来の一般的な活動を通して、また予約なし外来センターなどの新しいモデルによってサービス提供を拡大するのであれば、診断・治療・リハビリ・セラピーのための近代的な設備を設けた適切な施設が必要となる。我々の投資計画には、迅速かつ便利なプライマリーケアが提供できるプライマリーケア不動産の発展をより迅速に進めるための方策が示されている。

ソーシャルケア

2.35 プライス=ウォーターハウス=クーパーズの調査はまたソーシャルケア資産の状況についての情報もまとめている。それによると、NHSと同様に投資需要が十分満たされておらず、また地方当局ごとの資本需要も100万ポンドから3,000万ポンドまで様々である。

2.36 地方当局が作成している法人資本戦略では、近代化や提携、処分プログラムを通じてこの問題に取り組んでいる。

2.37 保健省では高齢者に対する居住ケアや介護の最低基準を引き上げた。これにより、最も弱い立場にある人々のいくらかが、居住ケアや介護を必要とした場合に安全かつ快適な生活を送ることが保証されよう。公共・民間部門を問わず多くの家屋で、部屋サイズの拡大、車椅子でのアクセスを可能にするドア幅の拡張、車椅子用風呂場の増加などの設備投資が必要となろう。

2.38 査察報告書の結果は次の通りである。

- ・ 学習障害者の多くは、より小さなコミュニティ環境で、というよりはむしろ不十分な施設にいまだに収容されている。
- ・ こどもの家の中には、いまだに大きすぎて人間味に欠けたものがあり、地方当局が共同の親として責任ある行動をとることが難しくなっている。
- ・ 高齢者や障害者がコミュニティで安全に暮らせるような家屋の改造への投資を大幅に増やす必要がある。
- ・ 社会サービスにおける情報技術は、内部経営上の目的、そして健康に関わる機関の間の連携の発展という両方の意味で非常に必要とされている。

資産処分

NHSにおける処分

2.39 資産処分により収益を得る方法は、保有不動産の売却、トラストの土地の売却の2つがある。査定局（VOA）によるNHS不動産の最近の査定によれば、余剰不動産の合計は15.8億ポンドである。これは運用不能不動産9億ポンドと運用可能不動産6.8億ポンドから成る。運用可能不動産の潜在的市場価格はVOAの査定よりも低く、3.4億ポンド程度である可能性がある。

保有不動産

2.40 2000/01年度における不動産売却価格は約1.54億ポンドと見込まれている。「Sold on Health」報告では、選択基準とする評価は現行の処分プログラムと平行して余剰不動産を売り切った場合についても考慮するようではなくてはならないと勧告している。この作業は現在進行中であり、2000年内にその成果を報告することになっている。

トラストの土地売却

2.41 トラストもまた余剰地の売却により収益を得ることが可能である。その収益はトラス

トが直接利用することもあるし、地方事務所によって再配分されることもある。2000/01年度におけるトラストの売り上げはおよそ 2.09 億ポンドと見込まれる。

2.42 「Sold on Health」報告では、全ての余剰不動産の処分は売り上げを最大化できるよう、情報に通じた依頼主としての役割を担う NHS 土地建物管理局が共同で監視に当たる。

2.43 保有不動産売却に関する現在のプログラムによると、今後 6 年間は収益を上げ続けると見込まれている。

ソーシャルケア資産の処分

2.44 社会サービス関連の省庁は、民間およびボランティア部門の活用の増加により、また中央政府からの設備投資レベルの減少により、これまで資産の処分に非常に積極的であった。プライス＝ウォーターハウス＝コーパーズの調査では、過去 3 年間で 10 億ポンドのソーシャルケア資産が処分され、まださらに処分計画があると見込まれていた。

2.45 しかし地方政府の資本戦略の分析では、処分はもうピークを超え、「必要以上の余剰」と見られる資産はもうあまり残っていないとされている。保健省は社会サービス関連省庁がサービス戦略と資本戦略をリンクさせるよう促している。資産の処分はサービスに特化した戦略に言及しつつ、また関連サービスの近代化や向上の見通しを持った上で正当化されなくてはならない。

現行の投資プログラム

2.46 1998 年 7 月の包括的支出審査に続く形で、政府は NHS への投資不足によって生じた怠慢期からの転換を始めた。その成果は次の通りである。

- ・ イングランドの事故・救急医療体制を更新・拡張・近代化するプログラム。手始めとして、1.15 億ポンドが 182 病院、242 計画に対して配分された。作業はうまく進行しており、全体の 52%が完了している。9 月末には 68%が完了する予定である。さらに 3,500 万ポンドのプロジェクトがまもなく発表される。
- ・ ガン・冠状動脈性心臓病・病理学および腎臓提供などの主要な臨床上の優先問題を支援する特定の投資。
- ・ 待ち時間に関する目的達成のための投資。これには制約条件を取り除き処理能力を向上させる設備の購入、外来患者サービス組織の向上計画、検査・診断スピードの向上計画が含まれる。
- ・ 2.32 億ポンドの宝くじ基金が、家族や個人に健康チェック、健康のための習慣や食事・ライフスタイルへのアドバイスを提供する健康生活センターのネットワークを構築する目的でイングランドに与えられた。また 1.16 億ポンドがガンの予防・発見・治療のプログラムの資金に充てられた。
- ・ スタッフと患者にとって目に見える形で施設が向上するよう、それでいて少数の大規模計画に支出が集中しないよう、区分けした資本を最大限活用する。

- ・ 歯科アクセスセンターと NHS 予約なし外来センターを含むプライマリーケアサービスの近代化
- ・ 38 の主要計画の推進により、NHS における PFI の成功を継続させる。2000-01 年度の PFI 投資額は約 6.3 億ポンドである。
- ・ 火事・健康・安全に対する状況の改善に向けた投資の実施
- ・ 人口 100%をカバーするまでの NHS ダイレクト(健康相談電話サービス)の発展。

2.47 ソーシャルケアについては、新たな投資は主として歳入に向けられ、これにより地方当局がサービスを委任・開発・購入したり、共同出資パートナーシップを立ち上げたり、ソーシャルケアの分野で PFI をうまく立ち上げて革新を図る、といったことが可能になる。地方当局やそのパートナーによる投資の成功例としては次のようなものがある。

- ・ Barnsley 市議会と Barnsley 保健所による成人心のケアサービスの発達のための統合／プール基金
- ・ Herefordshire 県議会と Herefordshire 保健所による高齢者の中間ケアのためのプール基金
- ・ Warwickshire 県議会と Warwickshire 保健所による薬物誤用に対するケアのためのプール基金
- ・ Halton 市議会と North Cheshire 保健所による学習障害のある成人に対するサービスの権限委譲による統合管理 (lead commissioning)

2.48 PFI はソーシャルケアの資産開発の主要な手法となってきた。社会サービス関連省庁は、以下のように、明確なビジョンのあるサービス戦略に基づいた革新的な新しい開発の成功例を増やしてきている。

- ・ 高齢者に対する近隣リソースセンター
- ・ 痴ほうの専門サービス
- ・ 学習障害のある人々に対するコミュニティサービス
- ・ こどもの家

2.49 歳入と資本が連携してソーシャルケア資本への投資の供給源となっており、また公共部門のソーシャルケア資産への投資を共同および独立の形で行うという、現在の投資プログラムの方針は、将来にも引き継がれる。

2.50 政府は官民の連携作業を高く優先することを公約している。1999 年の保健法パートナーシップ協定 (Health Act Partnership Arrangements) は、以下のような手法を可能にした主要なものである。

- ・ プール基金
- ・ 権限委譲による統合管理 (lead commissioning)
- ・ 供給体制の統合
- ・ 資金の移動

2.51 これらは全て、健康・社会サービス・住宅サービス・教育を含む連携サービスへの投資の新たな手法として取り上げられている。成功の具体例としては、学習障害サービス・

心のケア・への連携作業、中間ケア、児童および青年の健康、高齢者向けサービスなどがある。2.04 億ポンドを新たな連携プロジェクトに配分することはすでに 1999 年法で公約されている。保健省としてはこれがさらに拡大すると予想している。

3. 投資計画

はじめに

3.1 NHS の長期的な投資不足は明らかである。これは 90 年代半ばの設備投資の減退によりさらに悪化した。これは最近の PFI の増加と包括的支出審査で可能となった公共投資により、ようやく改善してきたばかりである。しかし現在では、3 月の予算決定の結果として、NHS への設備投資を大幅に増やすことができるようになった。

3.2 こうして、NHS は歴史的に見ても大きな資源の増加をみた。これにより、NHS が必要な設備投資を行う機会が現実的になった。以下の表 2 は 2003/04 年度までの設備投資用資金源の概要を示している。

表 2 : NHS の資本投資の資金源

資本投資の資金源	2000/01 億ポンド	2001/02 億ポンド	2002/03 億ポンド	2003/04 億ポンド
資本配分	14.98	17.59	24.02	26.39
財務省資本近代化基金	1.22	1.58		
資産収入	3.63	3.51	2.7	2.7
PFI	6.32	7.88	8.11	8.32
合計	26.15	30.56	34.83	37.41

3.3 政府を挙げての資源予算の導入により、年間の資本保有コストが保健省の資源予算に反映されることになる。本予算には、資本を他に投資せずに保有していた場合の機会コスト（資本賦課コスト）や、各年に消費される資本量（減価償却）を含んでいる（表 3 参照）。保有資産のコストは政府の各省庁がその保有資産を最大限有効に活用し、不要なものについて処分する大きなインセンティブを作り出している。

表 3 : NHS 資本の機会費用

億ポンド	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
資本コスト	12.88	12.57	12.84	13.11	13.39
減価償却	22.19	14.99	17.75	18.36	18.43

3.4 以下、本節では今後 3 年間とそれ以降の投資計画を提示する。本投資プログラムの主な目的は次の通りである。

- A) アクセスの向上と待ち時間の短縮、健康の向上と不公平の減少
- B) 迅速で便利かつ近代的なヘルスケアを提供するための近代的なサービス

- C) NHS の臨床優先分野とソーシャルケアの向上
- D) NHS とソーシャルケアの連携の奨励と促進

アクセスの向上と待ち時間の短縮

3.5 今年すでに実施された調査によると、NHS における一般の最大の関心事は診療までの待ち時間である。従って、NHS は現在サービスの全主要分野で待ち時間の挑戦的な達成目標を掲げている。時代遅れのシステムと構造を抜本的に改革しても、それだけではこの目標は達成できない。NHS の収容能力の拡張も必要である。

3.6 NHS の提供にはその労働力が不可欠であるから、医者・看護婦・その他の NHS スタッフがかなり増加するであろう。しかし待ち時間の新目標の達成に向け、NHS 計画は利用可能なベッドと施設の数をかなり増加させると発表している。

一般および救急ケア

3.7 アクセスの十分な向上を図るため、NHS には十分な収容能力がなくてはならない。これは適切な数と型のベッドが適切な場所に配置されていることを意味する。国民ベッド調査 (National Beds Inquiry) では、これが常に達成されているわけではないと認識されている。政府は従って、一般および救急部門の収容能力の増加を次のように公約している。

- ・ 一般・救急棟合わせて 2,100 床のベッドの新設
- ・ 重症患者用ベッドの 30%増設

3.8 しかし救急ケアを提供する上で新しく革新的な方法も生まれつつある。診断・治療センター (Diagnostic and Treatment Centres) では日常的な病院外科と救急ケアを分けることで、効率性を向上させている。これらのセンターは既にパイロット試験が行われ、今後広がっていく予定である。政府は 2004 年までに 20 の診断・治療センターの設置を公約している。

3.9 さらに保健省は地域保健コミュニティのための新計画ガイダンスを発行する予定である。これにより、新たな発展や事業再構築のための計画がベストプラクティスとほぼ最新のデータに基づき実施されよう。

中間ケア

3.10 国家ベッド調査では、救急施設に入院する必要のない入院を防止し、病院から家への移送を促進するような「より家に近い」サービスを構築することで、サービスの質は向上しうると認識されている。国家ベッド調査の出版後にかかなりの協議がなされ、「より家に近いケア」(care closer to home) の提供にほぼ一致した支持が与えられた。

3.11 本投資戦略において「より家に近いケア」の主要要素は中間ケアの発達である。これはコミュニティケアと病院ケアの掛け橋として機能するものである。ここでは自立の維持と回復、リハビリに焦点が当てられている。またしばしば形式的なヘルスケア・ソーシャルケアの境界を取り除き、両者のより深い連携の構築にも役立つであろう。

3.12 中間ケアは、最も適切な場所で提供される。そのいくつかは新築あるいは改築のコミュニティ・小病院に設置される。この他にも救急病院内に特別に設えた病棟や、社会サービス施設、また民間パートナー組織が所有・経営する建物に設置されるケースもあるであろう。

3.13 やがて、臨床的な理由で必要な場合のみ中央の救急病院で治療を受けるような仕組みが構築されよう。今後数年間計画されている投資は、この見通しの達成を目指している。投資上の優先順位は以下の通りである。

- ・ 5,000 床の中間ケア用ベッドの新設
- ・ 1,700 ヶ所の非宿泊中間ケア施設の新設

プライマリーケア

3.14 プライマリーケアへのアクセスに関する目的達成のため、2,000 人の一般医の増員と、施設へのかなりの投資を行っている。NHS は、プライマリーケア施設の向上のため、新しい株式会社、NHS 地方向上財務トラスト (NHS Lift) の中で公共民間パートナーシップを実施することになっている。なお都市内部といった、プライマリーケアサービスの拡大が国内でも最も必要な地域への投資が優先事項となっている。

3.15 加えて、予約なし外来センターなど、プライマリーケアの新たな考えが既に導入されている。NHS ダイレクトなど、プライマリーケアの新たな考えが効果的であるとわかったものについては、それらの利用が拡大される。

3.16 プライマリーケアの投資優先事項は次の通りである。

- ・ 2004 年までの 3,000 の家族医用施設の十分な改修・改築
- ・ 2004 年までの 500 ヶ所の総合プライマリーケアセンターの設置

設備

3.17 過去の投資不足のため、次のような事態が発生している。

- ・ 迅速かつ便利な保健サービスを提供するに十分な設備を NHS が有していない。
- ・ 現在利用可能な設備の多くは古くて機能していない。

3.18 このような投資不足状態は改善しなくてはならない。挑戦的な待ち時間目標は、もしスキャナーや他の設備が不足しケアのプロセスの制約要因になっていたら、達成することはできないであろう。そこで、ガンや肝臓、心臓病に対するサービスの向上を図るべく、新設備に対するかなりの投資が計画されている。主な優先事項は次の通りである。

- ・ 50 台の新 MRI ガンスキャナー
- ・ 200 台の新 CT ガンスキャナー—150 台は交換、50 台は新設
- ・ 80 台の頸部・子宮頸部ガン検診用の新液状固定細胞診装置
- ・ 45 台のガン治療用線形粒子加速装置—20 台は交換、25 台は新設
- ・ 3,000 台の自動心臓細動除去器の公的施設への設置
- ・ 450 の血液透析用設備の新設・交換

近代化

3.19 NHS とソーシャルケアの資産ベースは近代化が必要である。そのところどころが効果的かつ効率的な利用者本位の保健・ソーシャルケアの提供をするには古すぎ、錆びれている。

3.20 プライマリーケアと設備への投資計画については既に述べた通りである。しかし投資プログラムはこれよりも幅広い。新たな病院、既存病院の改良・修繕、情報技術、ソーシャルケアの内外でのパートナーシップの促進に対して、かなりの投資がなされよう。

NHS とソーシャルケアをより患者本位で効率的にするような投資の活用例

施設をより合理的に配置する。患者は時々、例えばスキャン装置と治療室が別々の場所にあるといったように、同じ流れのケアを受けるのに場所から場所へ移動しなくてはならないことがある。また同じ場所で同じサービスが必要もなく提供されていることがある。

IT を活用し、患者が自分に都合の良い時間に診療を受けられるような予約システムを開発する。

施設のデザインを見直す。経験によれば、施設のデザインとレイアウトは提供されるヘルスケアの質と効率に影響を与える可能性がある。

IT を活用し、情報をより効果的かつ効率的に利用する。また保健・ソーシャルケアの連携作業を促進する。

総合センターを開発し、利用者が一ヶ所でいくつものソーシャルケアにアクセスできるようにする。

新しい病院

3.21 NHS の歴史上最大の病院建設計画は既に進行中である。**38** の主要な開発と **31** の中規模計画には既に着手している。これらの建設プロジェクトには救急およびコミュニティ病院、また心のケアが必要な人々や学習障害のある人々向けの新施設が含まれている。

3.22 病院建設プログラムはこうした分野の全てにおいて拡大している。そして将来の計画では、保健およびソーシャルケアの経済が全体として考慮され、開発が地域の健康増進計画と統合される。NHS 計画では保健省が次の事項に着手すると発表した。

- ・ 2001 年における 9 件の病院新設計画
- ・ 2002 年における 9 件の病院新設計画
- ・ 2000 年から 2010 年における通算 100 件の病院新設計画

既存資産の維持および改善

3.23 NHS とソーシャルケアはこれまで既存資産の維持について十分な資源を受けてこなかった。NHS では、この資源不足が資産を許容可能な水準に引き戻す維持作業の 31 億ポンド分の遅れを生み出した。ソーシャルケアでも同様の状況である。

3.24 しかし最近やや改善の兆しが見えてきた。NHS 維持作業の未処理量は長年着実に増加した後、減少に転じると予想されている。病院の新規建築プログラムの拡大や自由裁量・

区分け資本の一層の活用により、この改善の傾向は続くであろう。NHS 計画の発表では、維持作業の未処理量は 2004 年までに少なくとも 4 分の 1 減少する見込みである。

3.25 ソーシャルケアでも対策は始まっている。新たなパートナーシップ協定、ソーシャルケアファイナンス、ジョイントファイナンスは全て維持作業の未処理問題の解決とサービスの近代化に使用されている。また高齢者や心のケアが必要な人々といった様々な利用者グループのためにより多くの連携計画が設けられている。

情報技術

3.26 「Information for Health」は NHS における IT 投資に関する野心的かつ包括的な戦略である。これは 1998 年 9 月に IT の発達が NHS にもたらす大きな機会を利用しようとするものである。情報戦略で概略が描かれた計画は 2005 年までの期間を対象としているが、既にかんがりの進歩が認められる。

3.27 NHS 計画では情報通信サービス支援の必要性をさらに強調している。NHS 計画と E-ガバメント戦略を考慮に入れ、「Information for Health」は改訂されているところである。これは当初の戦略の主たる目的を補強しつつも、アクセス方法の多様化を通じた患者への直接的なサービス提供の必要性を強調している。

3.28 そのねらいは情報技術の活用による効率性の向上、患者向けサービスの利便性の向上にある。投資プロジェクトが効果を発揮すれば、NHS のスタッフは単に電氣的に情報を伝達するという以上のことができるようになる。これには、検査の発注、結果の受領、予約取り、薬品の処方などが含まれよう。

3.29 臨床医は自分たちの決定を伝えるために個々の患者の情報が必要である。IT 投資プログラムはこの情報の質と、臨床医がその情報にアクセスする速度を向上させるであろう。

- ・ 2002 年までに全ての一般医の作業は NHS ネットに接続される。
- ・ 2004 年までに 75% の病院と 50% のプライマリーおよびコミュニティトラストが電氣的な患者記録システムを有する。
- ・ 2005 年までに全ての地方健康サービスが「オンライン薬品サービス (telemedicine)」向け施設を設置する。

3.30 NHS 向けの IT 投資プログラムはまた最先端の健康関連情報へのアクセスを可能としよう。健康に関する国家電子図書館と NHS ダイレクトオンラインを通して、NHS スタッフと一般国民の両者が最新の治療とベストプラクティスの情報にアクセスすることがかなうようになるろう。

3.31 IT はまたソーシャルケアの供給において重要である。IT は情報・アクセス・利用者権限の向上にますます役立ってきている。

- ・ 保育園・保父母・デイセンター・居住ケアに関する情報を公共図書館のコンピュータから入手することがますます可能になっている。
- ・ いくつかの社会サービス関連官庁では施設やサービスの最近の検査報告や、自分たちの計画・戦略について電氣的にアクセスすることが可能になっている。

- ・ 社会サービス関連官庁はまた、ソーシャルケア市場が民間に完全に開かれていることを反映して、民間部門の情報に関する情報を有している。

NHS の臨床上の優先事項とソーシャルケア

3.32 いくつかの臨床分野は NHS の優先事項として明示されている。これらは設備投資においても優先される事項である。そのねらいは NHS が利用可能な余剰資源が最も必要とされる場所で最大の効果を与えるということを保証することである。上記に示した投資プロジェクトと重なる部分はあるが、臨床的な優先分野向けの投資に注目することには意義がある。

- ・ 冠状動脈性心臓病。より広範な設備投資プログラムが、冠状動脈性心臓病に特別に向けられた財務省の資本近代化基金 (Capital Modernisation) から 1.2 億ポンド補填される。迅速な治療が心臓発作の患者に対して不可欠なため、3,000 台の自動心臓細動除去器が公的施設に設置される。さらに 2.325 億ポンドの宝くじ基金が冠状動脈性心臓病、ガン治療サービス、苦痛緩和医療に投資されることが最近発表された。
- ・ ガン。特定の計画が国家ガン計画の中で発表されているが、サービスの拡大と近代化に向けた投資プログラムが第一級のガン治療サービスを提供する上で重要である。特に、ガンの診断・治療用の新設備への投資は年間 40 万人以上の患者の利益となる。
- ・ 高齢者向けサービス。サービスの拡大と近代化に向けた資本プログラムは、年内に公表される国家サービスフレームワークに掲げられた標準サービスを提供するのに役立つであろう。これには中間ケアへの十分な投資が含まれる。そのねらいは質の向上、自立の促進、不当な環境での取り扱いの防止である。
- ・ 心のケアサービス。公共および民間部門の資本は、引き続き国家サービスフレームワークに掲げられた標準サービスの提供に貢献するであろう。心のケアの問題の多くがプライマリーケアで扱われているため、一般医院への投資プログラムにとりわけ意義がある。

ソーシャルケアと連携作業

3.33 ソーシャルケアへの投資は歳入と資本的資源から成る。支出審査の 3 年間に、個人向け社会サービス標準的支出評価 (PSS SSA) による資金供給はそれぞれ実質で 2.2%、2.8%、4% 増加した。つまりこの 3 年間は年率実質 3% で増加したことと同じである。保健省の資本助成への寄与は今年の 6,200 万ポンドから、2003/04 年度には 8,700 万ポンドに増加する。

3.34 この支出が強調されるのは、優れたソーシャルケアの供給においてである。つまり、サービス間に一貫性を与え、優れたケアが提供される新たな質のフレームワークを実施し、労働力の訓練を向上することである。またここには、情報システムに一貫性を持たせると

いった資本的な示唆もある。

3.35 保健とソーシャルケアの連携作業は現在確かに保健省の主要優先項目の1つである。作業方法を向上させるには様々な方法がある。例えば我々はプールした予算が各保健所・NHS トラスト・地方当局のための資本戦略の一部になることを期待している。NHS 計画に表明されたケアトラストの導入は連携作業を促進するもう1つの方法である。

3.36 情報技術はまたソーシャルケアの提供とヘルスケアへの統合を管理する上で役立つ。政府はこの成功を確保するようにITに投資するであろう。

3.37 さらに、連携投資計画 (Joint Investment Plans) は保健とソーシャルケアの連携作業を発展させる上でますます主要なメカニズムとなるであろう。本計画では新たな投資計画、出力と結果の見通し、プール化された予算などの保健法の柔軟活用を掲げている。

資金と調達

3.38 上記で概説した投資計画は以下の表4にまとめられる。これらは公共と民間の資本を組み合わせて実施される。なお資金繰りのメカニズムは value for money で決定される。

表4： NHS 設備投資プログラム

資本支出計画	2000/01 億ポンド	2001/02 億ポンド	2002/03 億ポンド	2003/04 億ポンド
臨床的優先事項と待ち時間	5.24	4.32	4.15	4.69
情報管理技術	0.65	2.15	3.17	3.19
PFI 病院投資プログラム	6.32	7.88	8.11	8.32
地方投資決議	13.35	14.05	17.50	18.19
その他	0.59	0.66	0.65	0.65
未配分		1.50	1.25	2.38
合計	26.15	30.56	34.83	37.41

四捨五入のために合計値は一致しないことがある。

民間資金活用

3.39 PFI は NHS においてこれまで非常に成功している。民間資金を活用したかなりの病院建設プログラムが既に着手されている (付録 C を参照)。民間部門はこうしたプロジェクトを公共部門よりも効率的に実施できるため、今後も主要な開発はこの方法で進められると想定されている。入札コストの削減、競争の増加、手続きの標準化への努力は value for money をさらにより向上させることになる。

3.40 また、新たなアプローチは公共民間パートナーシップの役割を拡大すると考えられている。現時点では、一般および救急部門が民間部門の革新の恩恵を最も得ている。しかし将来的には民間部門の資本や専門性が中間ケアやプライマリーケアの設備の供給に活用されることが奨励されよう。地方当局が契約で規定された収入水準を満たすよう、1.2 億ポンドの PFI 信用が今後 3 年間に利用可能となる。

3.41 計画はプライマリーケア施設の向上をコスト効率的に行うことができるよう既に十