

資料 3 株式会社病院(急性期病院経営)リスト

■HCA Inc. (NYSE:HCA)

HCA Inc. is a healthcare services company that, at December 31, 2001, operated 184 hospitals, comprised of 172 general, acute care hospitals, six psychiatric hospitals and six hospitals included in joint ventures. In addition, the Company operated 79 freestanding surgery centers. The Company's facilities are located in 23 states, England and Switzerland. HCA's general, acute care hospitals provide a full range of services to accommodate such medical specialties as internal medicine, general surgery, cardiology, oncology, neurosurgery, orthopedics and obstetrics, as well as diagnostic and emergency services. Outpatient and ancillary healthcare services are provided by HCA's general, acute care hospitals and through the Company's freestanding outpatient surgery and diagnostic centers, and rehabilitation facilities. HCA's psychiatric hospitals provide a full range of mental healthcare services through inpatient, partial hospitalization and outpatient settings.

■Curative Health Services (NasdaqNM:CURE)

Curative Health Services, Inc. manages, on behalf of hospital clients, a nationwide network of Wound Care Centers that offer a comprehensive range of services. The Company's Wound Management Program consists of diagnostic and therapeutic treatment regimens that are designed to meet each patient's specific wound care needs on a cost-effective basis. The Company has a proprietary database of patient outcomes that it has collected since 1988, containing approximately 325,000 patient records that indicate an overall healing rate of approximately 80% for patients completing therapy. The Company's Wound Care Center network consists of 126 outpatient clinics located on or near campuses of acute care hospitals in 33 states. The Company is developing new service models for other healthcare delivery settings, including inpatient acute care and long-term care facilities.

■Dynacq International, Inc (NasdaqNM:DYII)

Dynacq International, Inc., incorporated on June 16, 1989, is engaged in the ownership and management of an acute care hospital; the operation of two outpatient surgical facilities; the operation of a medical office complex; the management of physician practices, all located in the Vista medical center campus in Pasadena, Texas, and the business of providing home infusion healthcare services and supplies to patients in their homes.

■Health Management Assoc. (NYSE:HMA)

Health Management Associates, Inc. provides a broad range of general acute care health services in non-urban communities. As of September 30, 2001, the Company operated 36 general acute care hospitals with a total of 5,184 licensed beds and two psychiatric hospitals with a total of 134 licensed beds. For the year ended September 30, 2001, the acute care hospital operations accounted for approximately 97% of the Company's net patient service revenue and the psychiatric hospital operations accounted for approximately 1%.

■MedCath Corporation (NasdaqNM:MDTH)

MedCath Corporation designs, develops, owns and operates heart hospitals in partnership with cardiologists and cardiovascular surgeons. The Company's hospitals focus on the diagnosis and treatment of cardiovascular disease. While each of its hospitals is a freestanding, licensed general acute care hospital that includes an emergency department, operating rooms, catheterization laboratories, pharmacy, laboratory, radiology department, cafeteria and food service and is capable of providing a full complement of health services, the Company focuses on serving the unique needs of patients suffering from cardiovascular disease. The medical staff at each of the Company's heart hospitals is open to all qualified physicians performing healthcare services in the market. As of September 30, 2001, the Company owned and operated eight heart hospitals, together with its physician partners, who own an equity interest in the heart hospital where they practice.

■ **Select Medical Corp. (NasdaqNM:SLMC)**

Select Medical Corp. is an operator of specialty acute care hospitals for long-term stay patients in the United States. Select Medical also is an operator of outpatient rehabilitation clinics in the United States. As of December 31, 2000, the Company operated 54 specialty acute care hospitals in 19 states and 679 outpatient rehabilitation clinics in 29 states, the District of Columbia and seven Canadian provinces. The Company's specialty acute care hospitals treat patients with serious and often complex medical conditions such as respiratory failure, neuromuscular disorders, cardiac disorders, non-healing wounds, renal disorders and cancer. In its outpatient rehabilitation clinics and through its contractual relationships, Select Medical provides physical, occupational and speech rehabilitation programs and services.

■ **Lifepoint Hospitals, Inc. (NasdaqNM:LPNT)**

Lifepoint Hospitals, Inc. operates 23 general, acute care hospitals with an aggregate of 2,197 licensed beds in non-urban communities. The Company was formed as a division of HCA Inc., a healthcare services company that operates in the United States, England and Switzerland. Lifepoint's hospitals are located in Alabama, Florida, Kansas, Kentucky, Louisiana, Tennessee, Utah and Wyoming. The Company's general, acute care hospitals usually provide the range of medical and surgical services commonly available in hospitals in non-urban markets. These hospitals also provide diagnostic and emergency services, as well as outpatient and ancillary services, including outpatient surgery, laboratory, rehabilitation, radiology, respiratory therapy and physical therapy.

■ **Province Healthcare (NasdaqNM:PRHC)**

Province Healthcare Company owns and operates acute care hospitals located in non-urban markets. The Company owns or leases 19 general acute care hospitals in 11 states with a total of 2,156 licensed beds. In addition, the Company provides management services to 35 primarily non-urban hospitals that it does not own or lease in 13 states, with a total of 2,776 licensed beds. The Company targets hospitals for acquisition that are the sole or primary provider of healthcare in the non-urban communities that they serve. Province Healthcare's general acute care hospitals typically provide a full range of services

commonly available in hospitals, such as internal medicine, general surgery, cardiology, oncology, orthopedics, obstetrics, rehabilitation, sub-acute care and diagnostic and emergency services. Its hospitals also generally provide outpatient and ancillary healthcare services such as outpatient surgery, laboratory, radiology, respiratory therapy, home healthcare and physical therapy.

■ **Universal Health Services (NYSE:UHS)**

Universal Health Services, Inc. owns and operates acute care hospitals, behavioral health centers, ambulatory surgery centers, radiation oncology centers and women's centers. The Company operates 73 hospitals, consisting of 35 acute care hospitals and 38 behavioral health centers located in Arkansas, California, Delaware, the District of Columbia, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Missouri, Nevada, New Jersey, Oklahoma, Pennsylvania, Puerto Rico, South Carolina, Tennessee, Texas, Utah, Washington and France. Universal Health, as part of its Ambulatory Treatment Centers Division, owns outright or in partnership with physicians, and operates or manages, 23 surgery and radiation oncology centers located in 12 states.

■ **Lifepoint Hospitals, Inc. (NasdaqNM:LPNT)**

Lifepoint Hospitals, Inc. operates 23 general, acute care hospitals with an aggregate of 2,197 licensed beds in non-urban communities. The Company was formed as a division of HCA Inc., a healthcare services company that operates in the United States, England and Switzerland. Lifepoint's hospitals are located in Alabama, Florida, Kansas, Kentucky, Louisiana, Tennessee, Utah and Wyoming. The Company's general, acute care hospitals usually provide the range of medical and surgical services commonly available in hospitals in non-urban markets. These hospitals also provide diagnostic and emergency services, as well as outpatient and ancillary services, including outpatient surgery, laboratory, rehabilitation, radiology, respiratory therapy and physical therapy.

■ **Community Health Systems (NYSE:CYH)**

Community Health Systems, Inc. is a non-urban provider of general hospital healthcare services. In over 85% of its markets, the Company is the sole provider of these services. In all but one of its other markets, the Company is one of two providers of these services. The Company receives payment for healthcare services provided by its hospitals from the federal Medicare program; state Medicaid programs; healthcare insurance carriers, health maintenance organizations, preferred provider organizations and other managed care programs, and patients directly. As of December 31, 2001, the Company owned, leased or operated 57 hospitals, geographically diversified across 20 states, with an aggregate of 5,391 licensed beds.

■ **Triad Hospitals, Inc. (NYSE:TRI)**

Triad Hospitals, Inc. provides healthcare services through hospitals and ambulatory surgery centers, located in small cities and selected urban markets, primarily in the Southwestern, Western and South-central United States. In addition to providing capital resources, Triad makes available a variety of management services to its healthcare facilities. These services include ethics and compliance

programs, national supply and equipment purchasing and leasing contracts, accounting, financial and clinical systems, governmental reimbursement assistance, information systems, legal support, personnel management and internal audit, access to regional managed care networks and resource management.

■ Tenet Healthcare Corp. (NYSE:THC)

Tenet Healthcare Corporation (Tenet) is the second largest investor-owned healthcare services company in the United States. As of May 31, 2001, Tenet's subsidiaries and affiliates owned or operated 111 general hospitals with 27,277 licensed beds and related healthcare facilities serving urban and rural communities in 17 states, and held investments in other healthcare companies. The related healthcare facilities included a small number of rehabilitation hospitals, specialty hospitals, long-term care facilities, a psychiatric facility and many medical office buildings located on the same campus as, or nearby, its general hospitals, physician practices and various ancillary health care businesses, including outpatient surgery centers, home healthcare agencies, occupational and rural healthcare clinics and health maintenance organizations.

(出典: シーダスサイナイ病院・Director・富沢仁先生の協力による。)

資料 4 米国病院ランキング

These medical centers all ranked high in at least six of the 17 Best Hospitals specialties, demonstrating unusual breadth of excellence. Their rank in the Honor Roll is based on a point system in which hospitals received 2 points for ranking at or near the top in a specialty and 1 point if slightly below that.

1	Johns Hopkins Hospital, Baltimore (32 points in 16 specialties)
2	Mayo Clinic, Rochester, Minn. (28 points in 14 specialties)
3	UCLA Medical Center, Los Angeles (24 points in 14 specialties)
4	Massachusetts General Hospital, Boston (24 points in 12 specialties)
5	Cleveland Clinic (23 points in 12 specialties)
6	Duke University Medical Center, Durham, N.C. (22 points in 13 specialties)
7	University of California, San Francisco Medical Center (21 points in 12 specialties)
8	Barnes-Jewish Hospital, St. Louis (18 points in 12 specialties)
9	University of Michigan Medical Center, Ann Arbor (16 points in 11 specialties)
10	University of Washington Medical Center, Seattle (15 points in 10 specialties)
11	New York Presbyterian Hospital (15 points in 9 specialties)
12	Brigham and Women's Hospital, Boston (14 points in 8 specialties)
13	Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia (13 points in 9 specialties)
14	University of Chicago Hospitals (10 points in 7 specialties)
	(tie) Stanford Hospital and Clinics, Stanford, Calif. (9 points in 7 specialties)
	(tie) University of Pittsburgh Medical Center (9 points in 7 specialties)
17	Vanderbilt University Medical Center, Nashville (8 points in 6 specialties)

Ⅲ プライマリーケアまちづくり PPP のマネジメントとローカルガバナンス

～シェフィールド NHS LIFT の組織・統治・契約における構造フレームワーク～

花園大学 立岡 浩

1. はじめに

NHS LIFT は、NHS(国民保健サービス)による Local Improvement Finance Trust(地域財政改善トラスト)のことで、コミュニティベースの医療・福祉のサービス開発と資本投資を提供する新しいアプローチである。NHS LIFT は 2004 年 1 月現在、第 3 段階に到っており、42 の LIFT が認可を受けている。

具体的目標として、NHS LIFT では、とりわけプライマリーケア施設の改善支援を行う。地方 LIFT では、一般家庭医に対して、事業スキームを保証し、スペース等を貸し出す。すなわち、NHS LIFT とは、より良いヘルスケア施設の提供と、地域課題の解決のための地域ビジネスへの関与によって、地域コミュニティの再生に公的権限を付与し援助を行うものである。

2. 本研究の目的と方法

昨年度の本研究プロジェクトで、NHS LIFT の一部概要にふれたが、今回詳しく吟味するために 2004 年 1 月に欧州 PPP 調査を行い、そのうちの 1 調査対象として、1 月 14 日にイギリス中部のシェフィールド地域の NHS LIFT プロジェクトの調査を行った。

研究対象および研究方法は、LIFT の進化モデルといわれる教育 LIFT も推進し、LIFT 先進地域としての地位を固めつつあるシェフィールド地域のプライマリーケア LIFT を推進しているシェフィールド地域のプライマリーケア・トラスト及びシェフィールド市の LIFT 担当課への資料収集調査および半構造的インタビュー調査に基づきケーススタディ分析を行ったものである。

研究の目的は、ローカルガバナンス(Local Governance: 地域コミュニティへの意思決定とサービス供給に多数の組織や住民が関与すること(Robert Leach & Janie Percy-Smith, Local Governance in Britain, 2001, p.1))の重要な担い手であり、PPP(官民パートナーシップ)の最先端といわれているイギリスの NHS LIFT における組織・統治構造や契約構造のフレームワークなどを明らかにして、わが国へ示唆を行うことである。

3. シェフィールド NHS LIFT プロジェクト・スキーム

シェフィールド NHS LIFT の第 1 段階のプロジェクトとしては、8 スキームある。

第一のスキームは、7 つのプライマリー健康センターである。7 つの各センターは、Deeppcar・Jordanthorpe・Firth Park・Tinsley・Darnall・Westifield・Wincobank となっている。当該センターは、家庭医・歯科医・薬局・視力矯正士・ソーシャルワーカー・看護師・セラピースタッフなどの家庭保健・福祉の混合サービスであるワンストップショップを提供する。

第二のスキームは、チャペルグリーン時間外サービスである。4 つのプライマリーケア・トラストの管理スタッフと地域家庭医とが共同でサービス提供する。

第三のスキームは、第一のスキームとは異なる立地に設置されるプライマリー健康センターである。

第四のスキームは、健康生活センターであり、シティセンターに整備される。Shrrow・Darnal・Stocksbridge の 3 カ所に立地し、コミュニティの特殊ニーズに対応するサービスを提供する。

第五のスキームは、高齢者資源センターである。高齢者のリハビリやケアマネジメントのサービスを提供する。

第六のスキームは、時間外サービスであり、第二のスキームと異なり、時間外サービスの中核部としてシティセンターに整備される。

第七のスキームは、診断・治療センターであり、シティセンターに整備される。当該センターは、病院ベースの診断・治療・外科サービスおよび、リハビリ・生殖医療サービスなどを提供する。

4. LIFT の必要性と組織論的アプローチ

シェフィールド NHS LIFT では、LIFT の必要性を次のとおり組織論的アプローチで検討している。第一に、1つの調整アプローチであること、第二に、民間のスキルや創造性を利用していること、第三に、加速的柔軟性ある開発であること、第四に、個人中心の包括的サービスであること。

以上をみると、シェフィールド NHS LIFT は、社会的イノベーションとコーディネーション等によるプロジェクトレベルの組織論が使用されているものと考えられる。

5. NHS LIFT の統治・組織構造

5.1 全国レベルと地方レベル

保健省とパートナーシップ UK との合弁事業体(National JV)であるパートナーシップ・フォー・ヘルス(PfH: Partnership for Health)が、保健省からの資金提供を受けて、LIFT スキームを開発した。現在では、NHS LIFT は、保健省福祉 PFI の予算配分額と副首相府の PFI 共同サービスセンター・プログラムから資金提供を受けている。NHS LIFT は、全国レベルと地方レベルに区分される。以下、図 1 によって詳しく説明する。

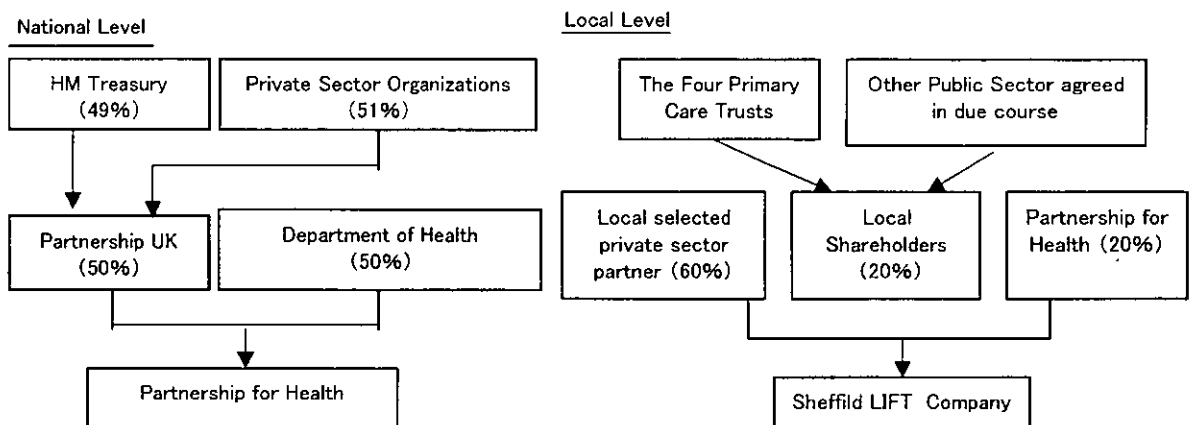


図 1 NHS LIFT の全国および地域レベルの組織構造

(出典: Sheffield NHS LIFT Project, *The Strategic Service Development Plan for a Sheffield LIFT*, December 2002, pp39-40.)

全国レベルでは、パートナーシップ・フォー・ヘルス(PfH)が、NHS LIFT への資本投資を行い、民間の投資誘致の援助を担っている。パートナーシップ・フォー・ヘルス(PfH)は、パートナーシップ UK と保健省が 50%ずつ出資してつくられた組織である。パートナーシップ UK は、財務省が 49%、民間部門が 51%を出資してつくられた組織である。

地方レベルでは、地域出資者が 20%、パートナーシップ・フォー・ヘルス(PfH)が 20%、地域の民間パートナ

ーが60%を出資してLIFT会社をつくり、その会社がサービス提供を行っている。地域出資者は、プライマリーケア・トラスト4機関と、NHSトラスト等このプロジェクトに賛同する公益団体から構成されている。民間パートナーは、不動産開発、不動産管理、建物維持管理などのサービスを行う営利・非営利機関が含まれるが、非営利セクターの参加は少ない。

5.2 理事会—シェフィールド NHS LIFT の意思決定機関

シェフィールド NHS LIFT の意思決定機関は理事会である。当該理事会は1機関であり、ダドリー NHS LIFT のように統治理事会と利害関係理事会の2機関に分割されていない。1999年に設立された「シェフィールド第1次健康パートナーシップ」(The Sheffield First for Health Partnership)が、当該理事会の原型になっている。当該理事会は、政府の地域エージェンシー機関(わが国の独立行政法人に相当)7機関、自治体1機関、大学2機関、その他で構成される。シェフィールド NHS LIFT のスキームでは、理事会は実質的な共同意思決定機関であることから「戦略共同理事会」と呼称されており、以下、その呼称を使用する。

政府の地域エージェンシー機関としては、プライマリーケア・トラストと NHS トラストに大別できる。

プライマリーケア・トラストでは、北部シェフィールドプライマリーケア・トラスト、南東部シェフィールドプライマリーケア・トラスト、シェフィールド南西部プライマリーケア・トラスト、シェフィールド西部プライマリーケア・トラストと4機関が参加している。NHS トラストでは、地域保健シェフィールド NHS Trust・シェフィールド教育研修病院 NHS トラスト・シェフィールド子供病院 NHS Trust の3機関が参加している。自治体では、シェフィールド市の1機関のみが参加している。大学では、政府の大学エージェンシーであるシェフィールド大学(University of Sheffield)、科学技術系私立大学であるシェフィールドハラム大学(Sheffield Hallam University)の2機関が参加している。その他は機関ではなく人員ベースであり、その他家庭医・患者の代表者と、ボランティア団体・地域関係団体・宗教団体の代表者で構成されている。

以上をみると、多様な地域の主体が参加しており、とりわけ、大学参加・機関参加・代表者参加が特徴的であり、ローカルガバナンスの先進的具現化の事例とも言えよう。

また、NHS LIFT の統治・組織構造では、民間パートナーは資金出資比率パワーに対応したガバナンスを発揮しておらず、理事会が意思決定などのガバナンスを握っている。一方、わが国では、実質的に資金出資主体のコーポレート・ガバナンスは理事会より一般的に強く、こうした資金出資主体と理事会とのガバナンスの調整プロセスをどのようにしているのかがわが国にとって求められている点ではないかと考えられる。

6. HNS LIFT における契約構造のフレームワーク

本章では、図2および図3によって議論を展開する。

6.1 シェフィールド HNS LIFT 会社の契約構造

戦略共同理事会は、地域コミュニティのニーズを汲み取り、「シェフィールド LIFT 会社」(以下、LIFT 会社と略称する)によって提供されている地域のサービスや施設のための必要条件を決定する。シェフィールドプライマリーケア・トラストとシェフィールド市は、他の利害関係者(家庭医、患者代表、地域のボランティア及びコミュニティ部門の代表)とともに、LIFT 会社がサービスの開発や改善への優先権承認の権利を付与する。戦略共同理事会は、戦略サービス開発計画(SSDP) <SSDP は、シェフィールド LIFT の開発支援のために策定された手引書(p.6)>を承認する。その後引き続き、シェフィールド LIFT 会社は、必要条件に見合う提案開発を進

める。

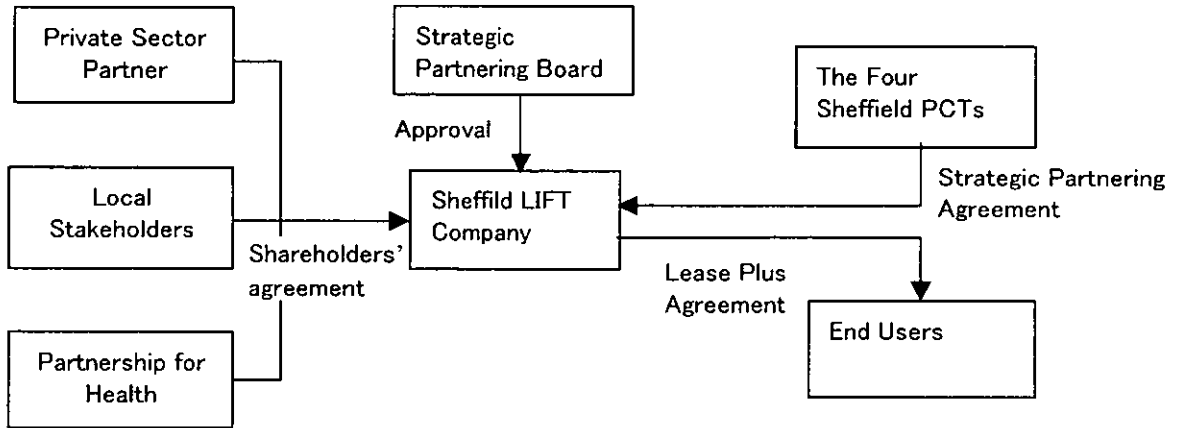


図 2 Structure of the Sheffield LIFT Company

(出典: Sheffield NHS LIFT Project, 2002 The Strategic Service Development Plan for a Sheffield LIFT. December: 55.)

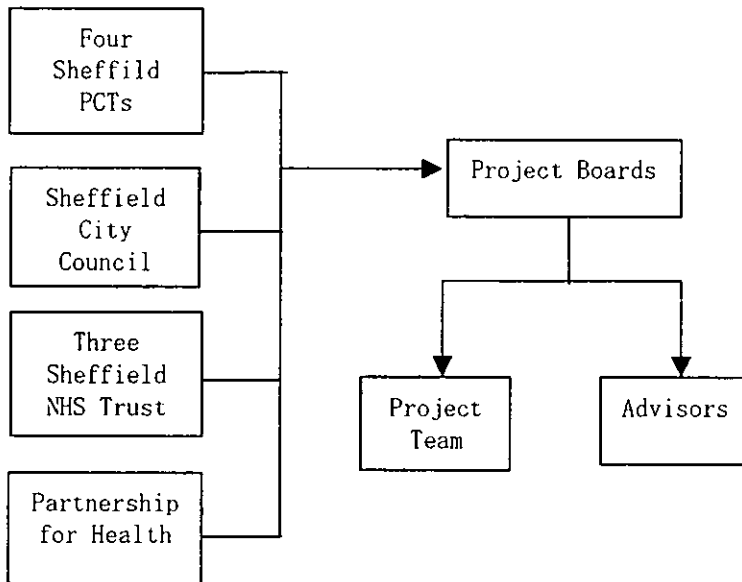


図 3 Sheffield LIFT project Management Structure

(出典: Sheffield NHS LIFT Project, 2002 The Strategic Service Development Plan for a Sheffield LIFT . December:58.)

理事会の理事は、LIFT 会社の管理について次の提案をしている。

- 1) パートナーシップ・フォー・ヘルスは、一人の理事を指名する権利が与えられる。
- 2) 地域の公共部門の利害関係者は、一人の理事を指名する権利が共同で与えられる。
- 3) LIFT 会社の持ち分の 40%以上を保有する限りのみであるが、民間部門のパートナーは、3 人の理事を指名する権利が共同で与えられる。
- 4) 独立かつ非経営管理者である理事長は、議決権を持たない理事であり、また、理事会の議長を務める。

5) LIFT 会社は、自らがどんな事業目的に従っていくか、また、戦略共同協約の下で、自らがどのように運営していくかの範囲を吟味するための出資者フォーラムでもある。LIFT 会社は、当該会社の理事長が議長を務め、戦略共同協約に関する出資者と利害関係者による代議制となっている。

以上から吟味すると、LIFT 会社を通じたガバナンス・バランスがとられているものと考えられる。その理由は、一方で、LIFT 会社の理事指名権において民間部門のガバナンスを保有させ、他方で、プライマリーケア・トラスト、自治体、その他市民の利害関係者で、LIFT 会社のサービス開発や改善への優先権承認の権利に基づくガバナンスを保有させていることから推察できる。

ガバナンス・バランスは、わが国の第 3 セクターたる外郭団体や現在進められている PPP プロジェクトにはこうした機能はほとんどみられない。今後、こうしたガバナンス・バランスを PPP プロジェクトに取り入れていくべきだと考えられる。しかし、その際には、根拠に基づいたガバナンス・バランスの効果分析などが必要であろう。

6. 2 出資者協約

LIFT 会社は、民間部門のパートナー、地域利害関係の少数出資者、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の 3 者によって大多数の持ち分を保有する合併事業会社である。

出資者協約は、LIFT 会社が会社活動の全出資者への重要な安全確保をする際に、必要な商業的自由を伴うビジネス管理のための会社経営を可能にするために、規制し管理し組織化する手法を原則にしている。

出資者協約に基づく出資者のうち、地域利害関係の少数出資者たる公共部門だけが、理事会を構成しているのは興味深い。出資者である民間部門のパートナー及び「パートナーシップ・フォー・ヘルス」は理事会を構成しない点は、わが国と異なるガバナンス・バランスの論理があるのではないかと推察される。

6. 3 戦略共同協約

プライマリーケア・トラストと LIFT 会社との間に、戦略共同協約が結ばれている。この協約に基づき、理事会機能遂行のための組織体として戦略共同理事会を設置している。

また、当該協約は、シェフィールドの新しいサービス及び施設を提供するための媒体体として LIFT 会社が設置しているものでもある。〈立岡意見：LIFT 会社は常に営利組織として考えられており、argayl プロジェクトと異なる〉LIFT 会社は、戦略共同協約の参加者によって権限委譲された (commissioned) 新規又は改善する施設・(もしくは) サービスの提供権利を専用する。また、LIFT 会社は、予算保持者への影響を許容でき、かつ良好な VFM (支出に見合った価値) を推進する戦略サービス開発計画 (SSDP) において設定された必要条件に見合う提案提供の権利も専有する。

以上から吟味すると、理事会設置の根拠たる協約が戦略共同協約である。一方、わが国では、理事会をつくってその規則を後でつくることが多いことから、シェフィールド NHS LIFT の戦略共同協約のように、市民へのコンセンサスも得られる協約等の根拠に基づき理事会をつくっていくべきだと考えられる。

6. 4 リース・プラス協約

シェフィールド LIFT 会社は、医療・福祉の専門家と実務家の利用に適切な施設サービスを提供する。施設には、新築、改築、既築の不動産が提供される。LIFT 会社は、LIFT 内に立地している不動産所有者と「リース・プラス協約」を結ぶ。「リース・プラス協約」とは、伝統的リースと類似しているが、期間中の不動産の修繕・維持・保証に対して追加責任を持つものである。

リース・プラス協約は日本ではあまりみられないものであり、PPP での事例もわが国ではほとんどない。「リース・

プラス協約」は、少ない資金でも可能なため、わが国のプライマリーケア・福祉・教育分野等をはじめとした中小規模の PPP 推進にはかなり効果的であるだろう。

6. 5 調達・評価・VFM

LIFT プロジェクト理事会は、適切なシェフィールド環境に適合させる標準型書類を使用し、民間部門パートナー1団体をみつける調達プロセスを推進する。調達は、EU 調達規則の下に進められる。また、調達において、契約当局として欧州政府ジャーナル(OJEC)の公示に名前を連ねているのは、プライマリーケア・トラスト4機関、シェフィールド市、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」となっている。調達プロセスの一部として、シェフィールド LIFT 理事会が、LIFT プログラムの第一段階として開発推進のための提供スキームを認証する。

LIFT プログラムの第一段階の予定民間部門パートナーは、コスト提案書の提供を期待されている。戦略共同協約の当初の5~8年間、シェフィールド LIFT は、他の LIFT プロジェクトのコストを比較し、建設インフレーション及び不動産価格の動向をみながら、独自の入札プロセスに基づいて設定されるベンチマークを使って、それぞれの新プロジェクトを進める。当初の5~8年後、調達された最初の新プロジェクトとして、LIFT 会社は、競争によって主要な第二次契約者(下請け)全員に市場テストを要求する。さらなる市場テストは、5~8年間のサイクルで同様な方法によって実施される。

不動産の移転は、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」によって発行されているガイダンスに従って手配される。また、LIFT 会社の出資分又は子会社負債分を、現金の代わりに不動産を使って譲渡できる。不動産譲渡のリスク又は便益は、シェフィールド LIFT 会社の出資者によって割り当てられる。

以上から吟味してみると、下請け者までも市場テストを要求しているところがわが国と異なる点である。わが国ではITなどの公共調達においても1円入札がまかり通っているように、地域雇用の保持などコミュニティのソーシャルキャピタル向上のためにも、単なる安価の調達は慎むべきであろう。LIFT の調達システムは、わが国 PPP でも長期的なコミュニティ開発の視角からみると、かなり参考になるものと考えられる。

6. 6 「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の役割と全国任命アドバイザー

「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の役割は、民間部門パートナーの調達の計画と管理や、シェフィールド LIFT 会社の設立指導プロセスの計画と管理の詳細情報を提供することである。「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の支援は、損失を被る時間及びコストがあっても最低水準を維持できるように、標準手引書による設立モデルに基づいた地域調達を確保している。この支援の返礼に、シェフィールド LIFT 会社は一旦設立されると、パートナーシップ・フォー・ヘルスに総額が一括払いされる。この支払いによって、予定パートナーは、地域利害関係者の便益のために、より高いプレミアム付与のための入札機会を提供するだろう。支払額は、プライマリーケア・トラストによって実施される財務分析で算出される。

「パートナーシップ・フォー・ヘルス」は、標準手引書開発の「パートナーシップ・フォー・ヘルス」チームを援助する法律・財務・保険のアドバイザーを任命する。標準手引書は、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」地域チームが、できるかぎり効率的にスキームを推進するために使用する。また、標準手引書は、短期貸出利率を全国的に一致させ、地域環境整備を行うスキーム・ガイダンスの実用化に関して、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」地域チームへの助言のためにも使用される。シェフィールド LIFT は、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」から任命される以下の専門家アドバイザーによって支援をうける。1)「Addleshaw Booth & Co」:法律サービス、2)「Grant Thornton」:財務サービス、3)「Aon insurance」:保険サービス。

以上を吟味すると、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」は、LIFT プロジェクト設立の計画・管理ということが把握できる。また、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」と LIFT 会社の間は取引関係になっている。

わが国では、行政が直接的に、PPP プロジェクト設立を指導することが普通であるため指導に限界があることから、今後は、LIFT プロジェクトのように、お互いの利益が生まれる取引関係の内部市場をつくるべきではないかと考えられる。

6.7 プロジェクトマネジメント

(1) 調達と内部構築のマネジメント

調達は、プライマリーケア・トラスト 4 機関と「パートナーシップ・フォー・ヘルス」(LIFT に将来、出資者になる可能性を保持している自治体と伴に)によって推進されている。一方、内部プロジェクトのグループやチーム及びリーダーが組織構造内部を構築する際には、また、プロジェクトチームがコーディネートする際には、シェフィールドのパートナーは連邦型プロジェクトマネジメントを採用する。

図 3 は、シェフィールド LIFT の現行プロジェクトマネジメントのアウトラインを整理したものである。

シェフィールド NHS LIFT では、プロジェクトのレベルでのみの連邦型マネジメントをとっており、PPP と組織間関係論などの関係は未だ検討されていないようである。

(2) シェフィールド LIFT プロジェクトの理事会とチーム

シェフィールド LIFT プロジェクトの理事会は、戦略サービス開発計画(SSDP)の承認と、地域 LIFT 推進の政策・方針の協約に対して責任がある。シェフィールドの各プライマリーケア・トラストおよび NHS トラストの最高経営責任者は、シェフィールド市社会サービスの最高経営責任者および部局長と、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の代表者と、LIFT プロジェクト推進部長およびプライマリーケア・トラスト財務部長と共に、シェフィールド LIFT プロジェクトの理事会の構成員になっている。

シェフィールド・プロジェクトチームは、各プライマリーケア・トラスト、シェフィールド市、地域医療委員会、「パートナーシップ・フォー・ヘルス」の代表者、不動産・法律・インターネット通信技術(IM&T)・財務の助言専門家の指導スタッフと共に、プロジェクトの経営管理者への支援業務を行うプロジェクト推進部長によって進められている。南ヨークシャー戦略保健当局からのオブザーバー 1 人も、シェフィールド・プロジェクトチームのミーティングに出席している。

シェフィールド・プロジェクトチームは、プロジェクト理事会の意思決定を実行し、財務・不動産・コミュニケーションを含む職務上の下位集団の成員の業務、例えば、この戦略サービス開発計画(SSDP)の創成などの業務を調整する。プロジェクト推進部長は、関連する内部・外部の機関やアドバイザーからの意見(input)を調整する。

以上から吟味すると、次のことが把握される。

チームは行政と地域の利益代表者と、専門家によって構成されている。また、チームは、シェフィールド LIFT プロジェクトの理事会の意思決定の実行部隊であり、専門家や各スタッフ間の調整が主な活動となっている。

各理事会の組織行動レベルをみると、最高経営責任者、部局長、財務部長が中心メンバーとなっている。

各成員によるプロジェクトの知識経営が重要であることから、プライマリーケア・福祉・教育等のヒューマンサービス分野のわが国 PPP でも理事会とチームのマネジメントをもう少し緻密に検討していくことが必要であろう。

7. 結論と今後に向けて

伝統的 PFI は特約型大規模 PPP として高コストになりがちだが、NHS LIFT は標準型中小規模 PPP として低コストで、多様な主体によりローカルガバナンスの視点から推進され、わが国でも中小規模の診療所・薬局・訪問看護ステーション・開業社会福祉士等を中心としたビジネス支援型まちづくり事業として導入可能性が高いものと考えられる。

本研究としては、地域の NHS LIFT プロジェクトの特徴として次の 4 点のとおり要約できる。1) 社会的イノベーションとコーディネーションの組織論的アプローチ、2) 権利交換関係のガバナンス・バランスに基づく契約マネジメント、3) 内部構造構築の連邦型プロジェクトマネジメント、4) 公共多重調達での市場テストの重視。

今後の課題としては、1) 資金出資主体と理事会とのガバナンス調整プロセスの把握、2) 理事会設置根拠としての戦略共同契約の意義把握、3) 理事会およびチームの相互関係マネジメントの確立、4) PPP プロジェクトへの戦略的連携・組織間関係・ネットワークの理論と応用の検討、などが挙げられる。

わが国への示唆としては、1) ガバナンス・バランスのわが国への早期導入とその場合の根拠に基づいた効果分析のあり方、2) 公共部門以外の出資者の理事会への非参加の事由検討、などが挙げられよう。

参考文献

- ・Department of Health, “NHS LIFT: Question and answers.”
<<http://www.doh.gov.uk/nhslift/nhslift.htm>> (2003 年 4 月 13 日)
- ・Department of Health, “NHS LIFT: Schemes and contacts.”
<<http://www.doh.gov.uk/nhslift/schmes.htm>> (2003 年 4 月 6 日)
- ・Department of Health, NHS LIFT Starter Pack, August 2002.
- ・Department of Health & Partnerships UK, Public Private Partnership in The NHS: Modernising Primary Care in the NHS-NHS Local Improvement. Finance Trust (NHS LIFT), Prospectus, July 2001.
- ・NHS Modernisation Agency, National Primary and Care Trust Development Programme, News: Greatest PCT Achievements to Date, November 2002.
<http://www.natpact.nhs.uk/news/index.php?article_request=235> (2003 年 4 月 20 日)
- ・Office of The Deputy Prime Minister (ODPM), ODPM guidance PFI Support for Local Authorities Taking Out a Leasplus in an NHS LIFT Building, April 2003.
- ・Sheffield NHS LIFT Project, The Strategic Service Development Plan for a Sheffield LIFT, December 2002.
- ・The United Kingdom Parliament, NHS LIFT, May 2002.
<<http://www.parliament.the-stationary-office.co.uk/pa/cm200102/cmselect/cmhealth/308/30808.htm#a22>> (2003 年 4 月 7 日)
- ・Unison the Public Service Union, Dudley Primary Care & Community Services, News 4U, September 2002. <<http://www.unisonblackcountryhealth.org/pct/newsletters/newsarchiveaugsep02.htm#lift>> (2003 年 4 月 20 日)
- ・立岡浩 2003 「医療・福祉・コミュニティの PFI と官民パートナーシップ—英国に学ぶ」『21 世紀の医療経

IV NHS の組織改革と官民協働

東海学園大学 東郷 寛

1. はじめに

近年、英国政府の医療政策は NHS 医療サービスの多様化とサービス供給の多元化を重要視している。1990年代のNHSの内部市場化を導入して予算の抑制を行ってきた。しかし、医療施設の老朽化、患者の医療サービスニーズの多様化、入院手術待ちの患者問題など、直面するさまざまな問題を NHS 単独で解決できないのが明らかになった。そこで、政府は独立部門(民間部門と民間非営利部門)と協働することで、これらの問題を解決する環境整備に乗り出した。2000年に発表した NHS Plan では、NHS が民間医療機関のサービスの供給能力を活用すること、第2に NHS の患者を民間医療機関に移行させる際の情報交換や保健・リハビリテーションサービスにおける官民協働を促進することを盛り込むことで、NHS の医療サービスの向上を目指した。さらに政府は NHS Plan の履行を強化すべく 2003 年度から新たな NHS 改革「Improvement, expansion and reform: the next three years」に着手した。本稿では NHS の改革における官民協働を検討するとともに民間医療保険・民間医療組織の動向に注目する。

2. NHS 改革

2003 年度からの 3 年医療改革は、2002 年の 6 月に、政府は下院保健委員会が作成した「NHS における民間セクターの役割に関する 2001/2002 年度第 1 次レポート」に対する回答書の内容に基づいている。主な内容は以下の通りである。

- NHS 医療サービス供給において、NHS と独立セクター間の協働を考慮して、独立部門が NHS 患者の手術・待機期間を縮小させる役割を積極的に担うべきだという主張に同意。
- 中央集権型で市場を独占する既存の NHS システム自身を改革して、医療サービス供給における独立部門の参入を示唆。
- NHS に対する予算を拡大して、医療機関の社会資本整備を強化する。

3 年医療改革は NHS の財源を拡大と医療サービスの強化と大きく 2 つに分けることができる。前者は NHS の財源を拡大して、人的資源の確保、老朽化した急性期病院の立替事業、そして、複合診療施設建設を推進することを指している。後者は、NHS の組織構造改革を通じて、NHS 患者の入院・手術待機時間の短縮・地域における一次医療へのアクセス向上を目指すものである。¹

2.1 NHS 改革(1)

2003 年度から、政府は大幅な予算の増額を行う計画を打ち出した(表 1)。NHS の支出は 2002/2003 年

¹ DoH 2002a

度の 749 億ポンドから 2007/2008 年度には 1,094 億ポンドに大幅する。GDP 比率では 7.8%から 9.4%に上昇する。政府は NHS が優秀な人材の採用と確保できるように援助を行うことを表明しており、2008 年までに 2001 年と比較して、看護師・医師・研究者をそれぞれ、35,000・15,000・35,000 人の増員を見込んでいる。

資本投資の面では、2002/2003 年度の 35 億ポンドから 2007/2008 年度には 53 億ポンドに大幅に増額して、NHS Trusts(急性期病院)の立替事業や一次医療の複合施設の整備を進めている。これらのインフラ整備は政府だけでなく、民間部門も投資している。

表 1 NHS(英国)に対する財政支出計画

(単位:10 億ポンド)

年度	総支出額	うち資本投資総額
2003/04	74.9	3.5
2004/05	82.2	4.1
2005/06	90.5	5.3

注) 2002 年 4 月の予算編成時に大蔵大臣によって発表された計画である。

(出典:HMSO 2003:172.)

第一に急性期病院においては、全病院の 1/3 が 1948 年の NHS 設立以前に建設されたもので病棟の老朽化が問題になっている。政府単独では莫大な立替コストを支払うことができないので、民間から資金調達を行なう PFI 方式(Private Finance Initiative)で立替事業を開始した。また、病棟の建設だけでなく病棟管理・非臨床サービスの運営を民間企業に委託することで、NHS Trusts は病棟維持コストを削減するように努めている。これに対して、政府は 30 年間のリース形式で支払いを行なう。1997 年に 30 の主要病院棟の立替事業を開始したが、そのうち 29 事業が PFI 方式で行われた。現在 64 の NHS Trusts の建設事業が PFI 方式を通じて進行中であり、事業総額は 75 億ポンドである。

一次医療においては、政府は 2001 年の 2 月に Local Improvement Finance Trust(以下 LIFT)の開始を発表した。LIFT は地域の福祉サービスと診療サービスを組み合わせた複合施設を PFI 方式で建設して、自治体の社会サービス部、NHS Trust、PCTs が一体となって地域医療福祉サービスを展開する事業のことを指す。急性期病院の立替・設備管理を行なう PFI 事業を診療施設に応用したものである。具体的なサービス内容としては家庭医による初期医療・眼科・歯科そして障害者向け社会サービスなどが挙げられる。政府は、LIFT を通じて、地域間の医療サービス水準の格差を縮小、複合医療施設を核とした地域再開発を目指している。特に、十分な医療福祉サービスにアクセスできない住民が多数存在する低所得地域に重点を置いて、LIFT 事業を推進している。NHS Plan では 2004 年までに 500 の複合医療施設を LIFT 方式で運営することを明記している。

2.2 NHS 改革(2)

次に、医療サービスの強化においては、政府は具体的な達成目標を以下のように設定している。

- 1) 24 時間以内に、家庭医を通して、専門医による医療サービスにアクセスする。
- 2) 2004 年末までに、緊急・救急患者の搬入から入院許可・移送または退院までにかかる時間を 4 時間に短縮する。
- 3) 2005 年末までに、外来患者の診察予約の最長待ち時間を最長 3 ヶ月に短縮、また入院患者の治療

待機期間を最長 6 ヶ月に短縮する。

以上の目標を達成するために、NHS は組織構造を遂行した。以前のように Primary Care Trusts(以下 PCTs)が、国家の最優先課題目標を加味しながら、地域医療サービス供給計画を作成するが、計画の管理は新たに組織された Strategic Health Authorities(以下 SHAs)によって管理される。また、政府は地方医療・保健サービスへの予算を、単年予算ではなく、3 年分の予算を配分した。

SHAs は The NHS Reform and Health Care Professions Act 2002 に基づいて設置され、保健当局: Health Authorities を引きづいた組織である。SHAs は、利害関係者との協議を通して、地域の医療・保健サービス計画、医療・保健サービス供給力の強化、PCTs・NHS Trusts の業績管理の役割を担う。SHAs は地域人口 150~240 万単位で設置され、イングランドでは 28 の SHA が設置されている。

PCTs は、1999 年 4 月に、労働党政権によって創立された。PCTs は 50~100 人の家庭医と医療サービス専門家の集合体である。イングランドには 303 の PCTs が設置されている。PCTs には担当する人口数に応じて予算が配分され、政府の 3 年医療計画に基づいた医療・保健サービスの予算管理を行なう権限が付与されている。具体的には、第一に医療・保健サービス供給計画の作成、第二に地域住民に対してコミュニケーア、家庭医による初期医療、歯科医療、精神障害サービス、看護師による電話での健康相談などのサービス供給、第三に病院医療・地域保健サービスなどの包括的医療サービスの購入と委任、第四に処方医薬品、家庭医の診療施設の整備などの対応を行なう。

NHS Trusts は病院医療サービスを供給する機関である。イングランドには 273 箇所設置されている。1991 年以降、NHS Trusts は独立採算で運営しているため、PCTs との契約件数が各 NHS Trusts の収益に大きく反映される。保健省は各 NHS Trusts の医療サービスレベルを項目別で公表しており、国民は各 NHS Trusts の待機時間等を参照することができる。つまり、各 NHS Trusts はサービスレベルの向上を行うことで、PCTs からの契約を獲得する仕組みである。NHS Trusts は PCTs 同様、政府の 3 年医療計画に基づき病院サービスを提供する。

次に、3 年医療改革で掲げられた待機時間の短縮の目標を達成するために、政府は健康診断・治療センター(Diagnosis and Treatment Centres、以下 DTCs)の運営を開始した。DTCs は、整形外科、白内障治療など、手術待機期間がきわめて長い特定分野において、手術を数多く行なう。2003 年 5 月までに NHS 直営の DTCs が 15 施設オープンした。現在 31 の DTCs が事業計画中であり、2005 年末までに操業が予定されている。

DTCs は既存の NHS 病院の敷地内に設置されているが運営自体は独立している。緊急手術から生じるプレッシャーから守られている為、患者があらかじめ予約したスケジュールで医療サービスが供給される。緊急手術による割り込みを未然に防ぐことで、あらかじめ予約していた患者に対して滞りなく手術を行なうことが出来る。

さらに政府は民間医療機関による独立部門 DTCs(Independent Sector Diagnosis and Treatment Centres)²構想を発表している。国内外の民間医療から資金調達を行なって、民間 DTCs の建設・運営を行なうこと明記している。急性期病院の PFI とは異なり、施設の建設・維持管理だけでなく医療サービスも民間医療機関が行なうところが注目される。これにより、NHS 患者の待機期間を縮小するだけでなく、NHS 患者自

2 Independent Sector(独立部門)は民間営利部門と民間非営利部門の両方を含む。

身が医療機関を選択することが可能となる。このように、政府は民間部門との協働をととして DTCs のネットワークを拡大させて、3 年医療改革の達成を目指している。また、政府は NHS が国内・海外の民間医療機関と協働で医療サービスを行なうシステムを一時的なものではなく、今後の NHS の特徴になると認識している。

1996 年までの制度においては、家庭医は規定された登録患者数を持てば一定の予算を保健省から付与され、病院サービスならびに専門医サービス、処方薬剤も含めた予算を自ら管理することができた。NHS Trusts と個別交渉をして直接契約を結び、登録住民を病院へ紹介することができた。その反面、サービスの格差を生み出し、適切な医療サービスの供給を妨げる結果をもたらした。特に病院医療サービスにおいては、独立採算制の NHS Trusts は予算保持の家庭医との契約を通じて、より多くの予算を獲得しようとしたので、予算保持家庭医の登録住民は一般 GP 登録住民に比べて、優先的に入院・手術を受けることができた。³従って、NHS の内部市場化が NHS の基本原則である公平性に反する結果となった。また医療機関個々の予算の抑制と全体レベルでの医療・保健サービス向上とうまく結びつかなかった。

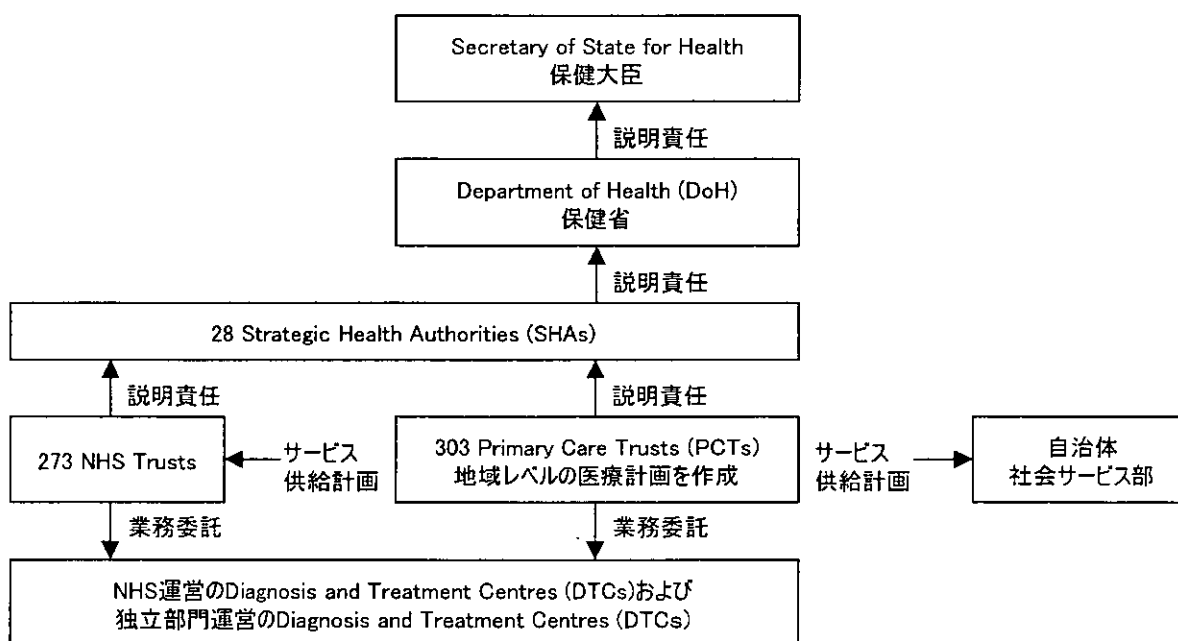


図 1 イングランドにおける NHS の組織構造 (出典: UK2004(pp.168)を筆者一部修正。)

一方で、1996 年以降の制度は医療機関の競争に基づいて医療サービスを効率化させるものではなく、むしろ、共通する目標を達成するために医療機関が協働しながら、医療・保健サービスを向上させる仕組みである。医療コストの抑制においては、予防サービスを強化することで入院患者を抑制させることで病院医療サービスのコストをしようとするのが特徴である。2003 年の改革では、前述した LIFT を通して、一次医療・コミュニティケアの供給が平均水準以下の地域の底上げをしているのが特徴である。入院患者を抑制することは、待機時間の短縮や待機簿の削減にもつながる。現制度では、NHS Trusts の内部市場化は維持されるが、病院医療サービス供給者 (NHS Trusts) と病院医療購入者 (PCTs) との合意に基づいて、地域レベルの医療サービスを供給する。DTCs は NHS Trusts 医療供給不足を補う。PCTs は政府の目標に基づいた地域医療サービス供

3 松溪憲雄 1994:100

給計画を企画して、SHAs が計画の履行に対して責任をもつ。家庭医は自らの属する PCTs について、どれだけのコスト意識を持って医療・保健サービスの向上に取り組むかが課題とされる。

3. 民間医療の拡大

NHS 医療サービスの代替として、質の高い私的医療サービスにアクセスする患者数が年々増え続けている。待ち時間を気にせず必要時に必要なだけの医療サービスを受けられるのが私的医療の魅力である。患者は応益負担で費用を負担するが、大半の患者は民間医療保険に加入しており医療費は民間医療保険でカバーされる。2000 年から 2001 年までの 1 年間で保険会社に申告された医療費の総額は前年比 6.4% 増の 21 億ポンドである。私的医療に移行した NHS 患者の増加に伴い民間医療保険加入者は増え続けており、2001 年の民間医療保険加入者数は 30 年前の 3 倍以上の 670 万人に達した。⁴民間医療保険の加入は企業にとって大きな利点がある。職員が NHS に比べて迅速で適切な私的医療サービスを受けることできるので、職員の職場が復帰早くなる。従って、企業は企業活動の生産性の低下やスタッフに対する多額な疾病手当の支払いを回避することができる。民間医療の恩恵をうけているのは企業だけでなく、NHS も同様である。実際に、いくつかの NHS Trusts は、職員が長時間職場から離れることを避けるために、職員の私的医療費を支払っている。民間企業同様、職員が迅速に治療を受けて職場復帰を早めることで、疾病手当を抑制することが狙いである。例えば、Hellesdon に拠点を置く East Anglia Ambulance Service は深刻な腰痛に悩まされる 18 人の職員を民間リハビリテーションサービスで治療を受けることで、ほぼ全員が数週間で職場復帰を果たした。負担した医療費は一人当たり 1200 ポンドであり、総支払額は治療費以外のコスト(リハビリセンターへの交通費等)を含めて 80,000 ポンドである。⁵その結果、何十万ポンドもの疾病手当を抑制することができたのである。

以前は NHS の理学療法を受けていたが 18 人中 8 人は仕事場に復帰できず、18 ヶ月職場を離れているスタッフが存在していた。この経緯を経て民間医療に切り替える決断を下した。民間医療機関では身体機能を回復させ、1 日も早い職場復帰を目的としている。治療内容は、身体機能を完全に取り戻すことを目標にするのではなく、業務に必要な身体機能に回復させることが民間リハビリセンターの方針である。具体的に 45 キロのバーベルを床から持ち上げることを治療目標として設定した。治療方法は理学療法、筋力強化プログラム、そして健康状況を保つための業務方法などを組み合わせたものである。職員は 4~6 週間で背中・腰の痛みはとれ、さらに、男性職員は 4 週間・女性職員は 8 週間で 45 キロのバーベルを持ち上げるようになった。保健省の幹部は「民間医療では、週一回の NHS の理学療法を受けるよりも、よりインセンティブが働く治療を受けられる」と証言しており、民間医療の有益性を認めている。⁶なぜ NHS が自前の財源で適切な医療サービスを行なえないか? という批判が出る中、NHS 自身が、職員に対して民間医療機関に送り込んでいち早く職場復帰を果たして、労働生産性を高めたことは皮肉なことである。

2002 年の民間保険会社の総経常収益は前年比に比べて 6% 増加したが、新規加入者の大半は個人向けではなく法人向けである。また企業の福利厚生の実質性を示すものとして民間医療保険加入は注目される。

4 HMSO 2003:187.

5 Guardian (Internet) May 15, 2002.

6 同上。

特に IT・金融機関分野では、役員クラスの人材確保には民間医療保険の加入が必須である。⁷一方、民間医療保険の加入で、多くの NHS 患者が私的医療に移行することが期待できることから、政府は民間医療保険の加入を奨励している。

英国の民間医療保険は、NHS の待ち時間を気にせず自由な診療が受けられる私的医療費を補償する Private Medical Insurance(以下、PMI)と第二に NHS では給付対象とされない部分を補償する Health Cash Plan(以下、HCP)と2種類に分類される。PMI は、NHS 利用時の不便さを避けて民間医療保険に加入することになるので国民保険と二重で医療保険に加入することになる。⁸企業の管理職や専門職などの高所得者が PMI に加入している。一方で HCP の加入者は労働者階級が中心であり、NHS の給付対象にならない部分の補償を求めて加入している。

2001 年における PMI の契約件数は 371 万 4 千件であり、年間保険料収入は 26 億 5,700 万ポンドである。一方で、同年の HCP 契約件数は 318 万 7 千件、年間保険料収入は 3 億 7,800 万ポンドある。契約件数では変わらないものの、保険料収入においては PMI が HCP の約 7 倍である。PMI の損害率は近年 80%前後で推移しているものの、保険支払金増加に伴い保険料の引き上げが行なわれている。契約方法は企業契約(Company paid PMI)と個人契約(Individual/Employee paid PMI)と2種類ある。補償内容(表 2)に応じてランク分けがなされており、補償内容が広い順に、マキシム、スタンダード、バジェットと3種類の商品がある。全契約の 57%が仲介業者によって販売され、残りの 43%は民間保険会社の営業社員によって販売されている。2001 年の PMI 市場におけるシェアをみると、BUPA と PPP の大手 2 社が市場全体の 60%以上を占めている。

9

BUPA は英国医療業界をリードする民間非営利医療組織である。BUPA は民間医療保険の運営のほか、36 の病院(国内 35 か所、アイルランド 1 か所)、34 の健康検診センター、245 以上の老人福祉施設、および 54 の老人住宅を運営する総合医療福祉サービス組織である。1947 年に The British United Provident Association(共済組合)として設立された。1947 年の発足当時の組合員数はわずか 3 万 8,000 人であったが、50 年を過ぎた今日へと成長し、世界 190 カ国 400 万人に及んでいる。BUPA は共済組合の為、株主への利益の分配を行う必要なく、利益は健康管理サービスの向上に再投資される。

2002 年に、経常収益 28 億ポンド(前年比 17%増)・税引き前の当期余剰が過去最高の 10 億 790 万ポンド(前年比 20%増)を計上した。経常収益の 3 分の 2 は保険料収入である。多くの法人が従業員向けの民間医療保険に加入した結果だと分析される。また、政府が NHS に追加資金を投入し、かつ経済情勢が不安定にもかかわらず中小企業からの加入者が増加していることや、海外の民間保険会社(Axa Australia Health: オーストラリア、Novomedic: スペイン)の買収を通じて多くの顧客を獲得したことも経常収益の増加に貢献した。一方で、既存施設に対して年間 1 億ポンド規模の設備投資を行うなど、サービスレベルの向上にも力を注いでいる。今後の事業計画として、2,600 万ポンドを投じてスペイン・マドリッドに病院(100 床)を建設すると発表など、精力的な事業展開を進めている。また、BUPA は NHS をビジネスパートナーとして認識しており、

7 Guardian (Internet) March 16, 2003.

8 砂川知秀、江頭達政 2003:9。

9 砂川知秀、江頭達政 2003:9-15。

数十億ポンド規模のDTCs 運営の入札に参加し、すでに運営事業者として選定されている。¹⁰

表 2 PMI・HCP の商品内容

	PMI マキシム	PMI スタンダード	PMI バジエツ	HCP
入院時専門医費用	担保	担保	担保	10～80 ポンド定額支払い/1 日
民間病院入院費用	担保	担保	担保	10～80 ポンド定額支払い/1 日
外来診察費用	担保	限定担保	原則不担保 (例外あり)	理学療法に対して一時金払い
在宅看護	担保	不担保	不担保	10～80 ポンド定額支払い/1 日
NHS 利用時の キャッシュバック	担保	担保	担保	不担保(民間病院と同様)
外来専門医 相談費用	担保	担保	担保	70～550 ポンド支払い限度/1 年
プライベート GP 相談費用	不担保	不担保	不担保	不担保
歯科・眼科治療費用	外来診察費用 担保	一般的に不担保	一般的に不担保	30～240 ポンド支払い限度/1 年
軽微な手術	一時金	一時金	一時金	不担保
妊娠	不担保	不担保	不担保	不担保

(出典: 砂川知秀、江頭達政 2003。)

民間医療保険産業が拡大しつつあるが、今後の問題として以下の点において留意すべきである。第一に企業福利としての医療保険の契約は企業の収益に依存するため、景気後退期には、新規契約の獲得が困難になる。場合によっては、人件費削減の手段として既存の契約が解約される事態が予想される。第二に医療保険の拡大は、医療保険の対象を従来の専門・管理職を中心とした低リスク集団から、有病率の高い労働者階級を中心とする高リスク集団に広がることを意味する。従って収益が悪化による保険料引き上げによって、顧客数を減少することが考えられる。¹¹

しかし、過去 10 年の(1991 年から 2001 年)損害率を比較すると、従来の専門・管理職を中心とした低リスク集団を対象とした PMI の損害率(80%前後)の方が、有病率の高い労働者階級を中心とする高リスク集団を対象とした HCP の損害率(70%前後)を上回っている。PMI はナーシングホームでの療養費もカバーしている分、損害率が比較的高くなっていると考えられる。民間医療保険会社が加入者の職歴・所得に応じた商品を提供することでリスクを分散していると考えられる。第三に民間医療保険の支払いが税額控除の対象にならな

¹⁰ BUPA(Home Page).

¹¹ 武川正吾 1999:374。

い。民間医療保険の加入者の増加による医療サービスの格差が生じる為、1997年に政府は民間医療保険の税額控除制度を廃止した。これにより、企業への負担が増加した。特に中小企業の法人契約が増加しているため、景気後退時の解約が予想される。この点を考慮した保守党は政府に対して税額控除制度の復活を求めている。民間医療保険の加入によって、NHSの待ち時間の短縮・医療コストの削減が期待されるので政府にとっても大きなインセンティブを与えることになる。NHSが単独で普遍的な医療サービスを供給できない今日、私的医療の拡大は不可欠である。

4. 民間医療機関の拡大

民間医療保険の加入者が増加するにつれて、民間医療サービスの拡大は続いている。政府が対NHS投資の増額に関わっているにもかかわらず、民間医療サービス市場は活気付いている。特に1980年の保健サービス法成立以降、一定規模(120床以下)の病院に関しては大臣の承認なしで開業できるようになったので、民間病院の数は大幅に増加した。¹²現在、約230の民間病院が存在しており、150億ポンド規模の医療サービスが民間医療組織によって供給されている。大手主要3事業者(General Hospital Group、BUPA、Nuffield Hospitals)によって、全体の50%のシェアをしめている。民間医療機関の資金源の70%は市場から、20%は患者の支払い、5%はNHSからの委託金である。NHSが独占的に医療サービスを供給しているが、いくつかの分野ではとても重要な役割を担っている。例えば、中規模医療機関で供給される重度の精神障害を持つ患者向けの医療サービスの約半数が約70の民間精神病院において供給される。その他には、股関節部置換手術の3分の1、中絶手術の約半数は民間医療機関でおこなわれている。¹³

政府は、民間医療と協働することで、NHSが長年抱える問題(冬場の医療サービス供給、待機時間の短縮、待機簿の削減など)を解決できると見ている。ベッド常に使用されているNHSと違って、民間医療事業の操業度は常に50~60%であるので、事前の連絡でNHSを支援できることが可能になる。実際に年間4,000件の医療サービスはNHS支援の目的で行なわれている。NHS Plan施行以来、民間の対NHS支援は3~4倍に増加している。今後、民間医療機関によるDTCsの運営によりNHSの医療サービスを受け持つことになる。つまり、NHSの医療サービス供給における民間医療組織のシェアは増加し続けることが予想される。

一方で民間医療組織がNHSの役割を完全に代替できるとは言い難い。民間医療は普遍的な医療サービスの供給を目指しておらず、需要が見込めて採算が取れる医療サービスに特化している。従って、長期医療よりも短期医療に集中しており、研究コストが低い医療サービスに集中している。市場が応えるのはニードではなく購買力を伴う需要である。従ってニードがあっても需要がなければ医療サービスが行うことができないので、市場原理で選択の自由を行使できるものは購買力のある消費者だけである。¹⁴この点を考慮すると、NHSは普遍的な医療サービスを行っているため、今後もきわめて重要な役割を果たすものであると考えられる。

5. 結び

12 武川正吾 1999:371。

13 Guardian (Internet) March 16, 2003.

14 松溪憲雄 1994:96。