

う政策（公的な所得移転）は遺産や遺贈といった私的な所得移転によって完全に相殺されることになる¹⁰⁾。

第二の点は、公的な（世代間）所得移転に対して、世代別の「収益率」、すなわち負担と受益との比較による「損得」で評価することが適切なのか、という問題である。これは、公的年金を中心とする社会保障制度に対する世代会計的な考え方からの分析に対する批判としてよくとりあげられるものであり、社会連帯の思想による社会保障について収益性を問題とするのは妥当なのか、という批判である。

さらに、世代間格差の問題あるいは世代間の公平性に関しては、さまざまな議論があることにも注意が必要である。ここでは(1)世代間公平とはどのような状態をいうのか、(2)世代間公平をどれだけ重視（問題視）すべきなのか、といった点について紹介しておこう。

(1)世代間公平とはどのような状態をいうのか

第一は「世代間公平」とはどのような状態をいうのか、という問題である。世代会計でいう「世代間公平」（世代間均衡）な状態とは、ゼロ歳世代と将来世代の生涯純税支払い額に差がない状態（すなわち「生まれた年の違いによる差（格差）」がない状態）をいう。したがって、将来世代の生涯純税支払いがゼロ歳世代の生涯純税支払いと比べて大きい場合だけでなく、小さい場合でも、それは世代間不均衡であり、世代間の公平性が満たされていないということになる。

これに対して高山 [2002] や Takayama and Kitamura [1999] が上述の“Kotlikoff基準”に代わる「世代間公平」基準として提案するのが Musgrave [1981] による「ネット所得比率一定」（fixed relative position）の考え方—“Musgrave基準”—である。これは若年世代の可処分所得に対する老年世代向けの政府移転の割合を一定にするというものである。すなわち「高齢化の進展や経済成長の度合いによって世代別にみた負担や給付は異なるかもしれないが、仮にどの時点においても1人あたり可処分所得の分配比率が現役〈世代〉とOB〈退職世代〉との間で常に一定であって変わらなければ、「世代間の公平」は達成される」（高山 [2002] p.81, 〈 〉内は加筆）というものである。

(2)世代間公平をどれだけ重視（問題視）すべきなのか

第二は、「世代間公平」をどれだけ重視（問題視）すべきか、という問題である。橋本 [2002] は「世代間公平」と「水平的公平」、「垂直的公平」との関係について論じ、「世代間公平」には概念的にも理論的にも、そして現実に応用するにしても多くの課題が残されており、「水平的公平」、「垂直的公平」の基準もまだ十分に制度に活かされていない現状においては「世代間公平」

10) なお、Auerbach, Gokhale and Kotlikoff [1994] は、仮に利他的な動機に基づく世代間の私的な所得移転によって公的な所得移転が相殺されるにしても、実際にその世代間の所得移転がどの程度のものであるのかを知ることは重要であると指摘している。

よりも水平的・垂直的公平の基準にウェイトを置くべきであると主張している¹¹⁾。

すなわち、橋木 [2002] によれば「世代間公平」は概念的にはよくわかる基準であるが、①人間社会では歴史的にみて、「世代間公平」を達成するのは困難が多い、②実際に「世代間公平」に忠実な社会保障制度や税制度を構築することも困難、③経済成長の成果をどう反映させるかという点に関して、理論も実証も不十分、④厳格に「世代間公平」を評価するには個人の一生涯におけるデータを必要とするが、そのようなデータを得ることはできない。

それゆえ橋木 [2002] は、このように概念的に理論的に、そして現実に応用するにしても多くの課題が残されている「世代間公平」よりも、まだ制度に十分に活かされていないのが現実である「水平的公平」、「垂直的公平」の基準にウェイトを置くべきであると指摘する。

橋木 [2002] の指摘に対しては、次の点だけ指摘しておこう。それは、将来世代は現時点で行われる政策立案・決定に参加できない（意思を表明することができない）ということである。すなわち、現在世代がなしうる最良のことは、将来世代が負うことになる負担を十分認識することである、ということである。

VI. 世代会計論の意義

最後に世代会計によって国民負担を考えることの意義—その政策的インプリケーション—として、受益者負担原則にもとづく政策の実施を可能にするということを指摘しておこう。

世代会計によって国民と公共部門（政府）との関係を眺めることの最大の特徴は、世代会計が「受益と負担の流列を世代別に把握する」ことができるという点にある。

国民と公共部門（政府）との関係からいえば、国民は租税負担等の形で「負担」を行う一方で、公共部門（政府）が提供するさまざまな（公共）財・サービスによって「受益」を享受している。それゆえ、国民と公共部門（政府）との関係（とくに国民負担）をみるうえでは負担面のみならず受益面も考慮に入れる必要がある。

さらに受益と負担の関係をみるうえでは、その時間的乖離も問題となる。すなわち、政策によって生じる便益と費用負担との間に時間的乖離があることは、けっして稀なことではない。公共投資のように、その便益がある一時点においてのみ発生するのではなく、多期間にわたって便益が発生するような場合には、その費用負担のあり方が問題となる。便益が将来においても発生するのであれば、その便益（受益）に応じた負担が求められる¹²⁾。逆に、政策による便益がある一時点においてのみ発生する（すなわち、政策による便益を享受するのが現在世代のみとなる）のであれば、その負担を将来（世代）に課すことは適切ではないであろう。

11) なお、ここで「水平的公平」とは同等の状態にある者間での格差に注目する概念であり、「垂直的公平」とは異なる状態にある者間での格差に注目する概念である。

12) これが、いわゆる「建設国債」の発行を認める根拠である。

財政政策に関する政策評価の手法として、代表的なものの一つに「費用便益分析」がある。費用便益分析は、政策が生み出す社会的便益と費用の現在から将来までの流列の割引現在価値の差、すなわち純便益の割引現在価値について計算するものである。

便益が費用を上回るとき（つまり純便益が「正」のとき）、その政策の実施は「(社会的に)望ましい」ということを意味しており、費用便益分析はいくつかの代替的な政策手段の中からもっとも純便益が大きい政策を選択するうえでの判断基準として利用することができる¹³⁾。

世代会計も、ある意味では、費用便益分析の一種であるとみなすことができる。ただし、費用便益分析と世代会計との大きな違いの一つは、費用便益分析と異なり、世代会計では受益と負担の関係に関して、世代別にとらえるという点にある。すなわち、世代会計では受益と負担の流列を世代別に把握する。その結果、受益に応じた負担のあり方を(世代別に)考えることが可能となる。

たとえば、ある公共政策に関して、費用便益分析では、それが社会的に望ましい政策プロジェクトであるか否か(すなわち、純便益が正であるか否か)、あるいは、他の代替的な政策プロジェクトと比較して、代替的政策プロジェクトよりも望ましい政策であるか否か(すなわち、代替的政策プロジェクトの純便益と比べて大であるか否か)という判断を行うことができる。

しかしながら、費用便益分析からは、その費用負担のあり方に関して「誰が負担すべきなのか」という問題に答えることはできない。受益者負担の原則を基礎とするならば、費用負担は享受する受益に応じて課されるべきであるということになる。世代会計は、この問題に答えることを可能にする¹⁴⁾。

すでに指摘したように現在のわが国では現在世代内(たとえば勤労世代と若年世代)のみならず、現在世代と将来世代の間でも受益と負担をめぐる格差がある¹⁵⁾。しかも、このような世代間における格差は少子高齢化に伴って、いっそう拡大することが予想されている。

加えて、井堀[1997]や平野・近藤・宮原[1999]によって指摘されているように、現在のわが国の財政制度の下では歳出(受益)の決定と歳入(負担)の決定とが分離されており、受益と負担との関係が希薄になっている。そのため負担の軽減(歳入の減少)の一方で、歳出(受益)の拡大が求められることになり、そこから生じる「差」、つまり「未払い分」は当然のことなが

13) 費用便益分析に関しては、便益の評価、すなわち社会的便益の測定が困難であるという問題がある。政策の実施に伴う便益とは、基本的には、政策実施の結果、個人(経済人)の効用がどれだけ増加したか、ということである。このような計測が容易でないことは明らかである。また、割引現在価値を求める際に用いる割引率の設定という問題もある。同様の問題は世代会計においても生じる。

14) もちろん、受益者が誰か(どの世代か)ということ特定化することは容易ではない。また、たとえば公共投資政策からの便益が特定の地域にのみ生じる場合、本来は地域間での費用負担のあり方も問題となるであろうが、この点に関して世代会計では考慮されていないことにも注意が必要である。

15) 「現在世代」対「将来世代」という観点からではなく、現在世代内における世代間公平(格差)という観点からは、現在の老年世代(65歳以上)と現在の勤労世代(40歳以上)の間における格差(勤労世代から老年世代への所得移転)は許容されるのではないかと、という指摘がある(たとえば、井堀[2002]、橋木[2002]など)。それは、第一に、老年世代が悲惨な戦争を経験しているのに対して、勤労世代は高度成長期の資本蓄積の成果を享受していると考えられるため、第二に、老年世代にとっては、その平均寿命の伸びが予想外の速度で進み、青年期に十分な貯蓄をする環境になかったという背景からである。

ら将来世代に対するツケとなる。すなわち、現在世代と将来世代との間での「格差」が拡大することになる。これがわが国の現状である。

これまで、わが国は「機会の平等」よりも「結果の平等」を重んじる政策スタンスであったといえるが、近年のわが国では「選択の自由」と「自己責任原則」を基本とした経済構造、そして「機会の平等」を重んじる政策スタンスへの転換が求められてきているように思われる¹⁶⁾。「選択の自由」と「自己責任原則」、そして「機会の平等」を基本とした経済社会システムにおける経済政策のあり方を考える上では、受益と負担に関する「情報」が国民（納税者）に対して十分に開示される必要がある。加えて、受益と負担とが、ある程度まで一致される必要があるといえよう。

それゆえ、その是正にむけた対策（対応）の必要性がいわれているのである。将来世代に対する負担のさらなる先送りは、世代間における受益と負担との乖離をいっそう拡大することになり、「世代間の公平性」の観点から容認することはできない。

世代会計は、政策実施に伴う世代別の生涯純負担の変化をみることを通じて、政策の真の受益者は誰（どの世代）で、真の負担者は誰（どの世代）か、という問題を明らかにすることができる。

今後の一層の少子高齢化の進展を前提とする限り、現在の若年世代や将来世代の負担がある程度まで重くなることは、（現行制度を前提とする限り）おそらく避けることはできないだろう。しかしながら、過剰な負担を課すことのないようにすることは重要である。その意味で政策実施に伴う世代別の生涯純負担の変化を新たな政策指標の一つとすることは有益である。

もちろん、これは世代会計論の立場から「世代間公平」の名の下にあらゆる世代間の所得再分配を否定すべきであるということではない。しかしながら、将来世代が現在の政策立案・決定プロセスに参加できず、その意思を表明することができないというのは事実であるから、政策立案・決定に際しては、現在（現時点）の意思決定が将来の政策オプション（選択肢）にどのような影響を与えるのか、その結果、将来世代が負うことになる（純）負担はどれくらいなのか、といったことを考慮する必要があるということである。

すなわち、世代会計によって提供される「情報」を用いて「受益者負担原則」に基づいた政策論議をすること—国民負担を考えること—は、今後の財政政策の実施（運営）にあたり少なくともこれ以上「世代間の公平性」を損なうような政策を避ける上で役に立つと考えられる。

16) こうした背景には、これまでの「結果の平等」に重点を置いた経済社会システムのもとで生じてきた負担を負うことが困難になってきたことがある。

【参考文献】

- 麻生良文 [2001], 「財政赤字 世代会計の視点」, mimeo.
- 麻生良文・吉田浩 [1996], 「世代会計からみた世代別の受益と負担」, 『フィナンシャル・レビュー』 39, pp.1-31.
- 福田公正 [2002], 「受益・負担の世代間格差についての日米比較分析」, 『経済集志』(日本大学) 72 (1), pp.199-208.
- 平野正樹・近藤学・宮原信吾 [1999], 『受益と負担の経済学』, 日本評論社。
- 井堀利宏 [1997], 『日本の財政改革』, ちくま新書。
- 井堀利宏 [2002], 「年金改革と世代間公平」, 国立社会保障・人口問題研究所(編)『社会保障と世代・公正』, 東京大学出版会, pp.21-41.
- 井堀利宏 [2005], 「負担と便益のリンク次第で国民負担率の実感は変わる」, 『週刊ダイヤモンド』 93 (35), p.29.
- 宮里尚三 [1998], 「世代間再分配政策と世代間負担」, 『季刊社会保障研究』 34 (2), pp.203-211.
- 内閣府(編) [2003], 『経済財政白書(平成15年版)』, 国立印刷局。
- 内閣府(編) [2005], 『経済財政白書(平成17年版)』, 国立印刷局。
- 小塩隆上 [2005], 『社会保障の経済学(第3版)』, 日本評論社。
- 佐藤康仁 [2001], 「世代会計のアプローチと日本の財政改革」, 『東北学院大学論集(経済学)』 148, pp.227-258.
- 佐藤康仁 [2005], 「国民負担率に関する一考察」とくに政策目標としての国民負担率について」, 『東北学院大学経済学論集』 159, pp.15-26.
- 鈴木玲子 [1999], 「個人別世代会計による受益と負担の分析: 世代間移転構造からみた財政の問題点」, JICER Discussion Paper, No.59.
- 橋本俊詔 [2002], 「社会保障制度における世代間公平論と民営化を含んだ制度改革」, 国立社会保障・人口問題研究所(編)『社会保障と世代・公正』, 東京大学出版会, pp.43-73.
- 高山憲之 [2002], 「世代間の公平性をどう考えるか」, 国立社会保障・人口問題研究所(編)『社会保障と世代・公正』, 東京大学出版会, pp.75-87.
- Auerbach, Alan J., Jagadeesh Gokhale and Laurence J. Kotlikoff [1994], "Generational Accounting: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy," *Journal of Economic Perspectives* 8 (1), pp.73-94.
- Auerbach, Alan J., Laurence J. Kotlikoff and Willi Leibfritz (eds.) [1999], *Generational Accounting around the World*, The University of Chicago Press.
- Gokhale, Jagadeesh and Laurence J. Kotlikoff [1999], "Generational Justice and Generational Accounting," in John B. Williamson, Diane M. Watts-Roy and Eric R. Kingson (eds.), *The Generational Equity Debate*, Columbia University Press.
- Kotlikoff, Laurence J. [1992], *Generational Accounting: Knowing Who Pays, and When, for What We Spend*, The Free Press.

- Kotlikoff, Laurence J. and Scott Burns [2004] , *The Coming Generational Storm: What You Need to Know about America's Economic Future*, The MIT Press.
- Musgrave, Richard A. [1981] , "A Reappraisal of Financing Social Security," in Felicity Skidmore (ed.), *Social Security Financing*, The MIT Press, pp.89 – 127.
- Takayama, Noriyuki and Yukinobu Kitamura [1999] , "Lessons from Generational Accounting in Japan," *The American Economic Review* 89(2), pp.171 – 175.

月刊国民医療 平成12年4月27日第三種郵便物認可 2004年11月1日 No.206

月刊国民医療



2004年11月1日（毎月1回発行）No.206



国民医療研究所

医療における ブレア流「第3の道」が問われるイギリス



日野秀逸

(国民医療研究所所長、東北大学大学院経済学研究科教授)

はじめに

9月から10月にかけて、昨年に続いてイギリスの医療を見る機会があった。この10年ほど、イギリスでは医療制度の改変がめまぐるしく、まさに朝令暮改の観がある。集めた資料の束もほどけない状態で、到底、論文を書くという段階ではないが、編集部求めもあり、見聞録ないしは速報的な報告を行うことにしたい。なお、イギリスの医療制度の改変によって、事態が著しく複雑で難解になっているので、やや煩雑の嫌いはあるが、全体像を把握していただくために、近年の諸報告に依拠した事実記載も、少なからず入れることにした。特に、近藤克則氏の『医療費抑制の時代』を超えて——イギリスの医療・福祉政策』(医学書院、2004年)から最近のイギリス医療の興味深い事実を教えてもらった。

1 サッチャー以降の保守党と国民保健事業

1) 医療費保障の計画化と医療サービス提供の分立

周知のように、1948年に始まった国民保健事業(National Health Service=NHS)と呼ばれるイギリスの医療保障(医療サービス提供と医療費保障を包括する)の仕組みは、予防からリハビリテーションまでを含む包括的保健医療サービスを、利用時には基本的に無料で、必要とするすべての国民に提供する

国営の制度である。日本のような社会保険を用いた医療保障の仕組みとは異なり、費用は中央政府の一般会計から支出している。したがって、支払い側、需要側については、社会化あるいは計画化を徹底させたということができよう。

しかし、医療サービスの提供側では、精神疾患や感染症を含めて基本的に病院は国立になり、自治体が運営していた地域保健活動はそのまま自治体の仕事になり、民間部門の一般医(開業医)の医療も、病院の活動や自治体の地域保健活動とは独立した管理組織のもとで独立自営業として運営された。

支払い側、需要側の社会化・計画化の徹底とは対照的に、提供体制は、中央政府、地方政府、民間と3つに分立し、計画化は大きく立ち遅れたのである。こうした分立は、1948年当時の医療界における専門医=病院勤務医、とりわけその上層部(学会の幹部でもある)に対する懐柔・妥協の産物である。彼らには地方自治体の管理が及ばないように、中央政府が直轄することにしたのである。

2) 70年代以降の集権的管理と下からの計画化の進展と挫折

病院(中央政府)、地域保健活動(地方政府)、一般医療(民間)の3者が分立(三体分立構造=tripartite structure)しているための諸矛盾がしだいに明らかになり、1970年代半ばから提供体制の改革が実施されるようになった。特に、救急において矛盾が激しかった。救急を引き受ける病院は中央政府が

管轄している。救急車を運用する自治体の権限は及ばない。とりわけ、教育病院の場合は、大臣直轄であるために、話は一層複雑になった。要するに、地域の医療要求と、医療提供体制の間に深刻な矛盾が顕在化したのである。

3つのサービス部門の組織的な統合を目的として、事業の運営に関する詳細な基準を定める、計画化手法が用いられた。需要側の社会化・計画化に対応する、提供側の社会化・計画化が進められた。この時期（労働党政府時代）に用いられた、中央集権的な管理機構（例えば、1974年に地域保健活動も自治体から中央政府に移管された）と、現場・利用者の意見を反映させるボトム・アップ的な計画手法とを組み合わせた改革は、財政的制約もあって期待された効果を短期間にあげることが出来ず、1979年のサッチャー政権の登場となった。

3) 競争・経営効率をキーワードに

国民保健事業は国民の支持も強く、サッチャー政権といえども、租税財源で国民の保健・医療サービスを保障するという国民保健事業の特徴を変更しないことを繰り返し強調せざるをえなかった。もちろん、本音は炭鉱、郵政、電信などと同様に民営化であった。

しかし、サッチャー政権が誕生して以来、

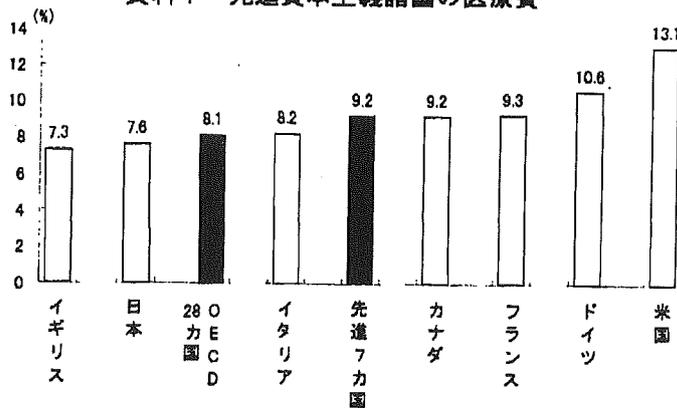
調査に基づいて計画案を国民に提示し、ボトム・アップ的に合意を形成していく計画手法は廃止され、総括管理者（ゼネラルマネージャー）による責任管理体制を強化し、中央政府による予算制限強化（医療費抑制を狙う）が強められた。総括管理者を置くことを答申した審議会の会長は、イギリス最大手スーパーであるセインズベリーの会長であった。

また、給付範囲でも、眼鏡の一部や一般歯科サービスを国民保健事業から除外した。80年代にサッチャー政府が行った効率化の方法は、中央で財源を締めつけて、従来と同じサービス量をより少ない予算で達成することを狙ったものであった。これを背景として、病院などは、さまざまなサービスを外注したり、民間病院・企業との連携を図るなどの民間企業導入を積極的に行うようになった。

4) 1990年法と公社化・内部市場化

こうした政策の延長上に、1990年の「国民保健事業およびコミュニティケア法」が成立した。実施は1991年4月だが、一般には「1990年改革」と呼ばれている。この改革は、公共サービスの供給に積極的に市場原理を取り入れようとするもので、労働組合に組織された看護婦などの医療労働者をはじめ、一般医を含めて、国民保健事業関係者や労働

資料1 先進資本主義諸国の医療費



医療費(GDP比)の国際比較(2000年)

「OECD Health Data 2003」より

党などから、強い反対が表明された。労働党は、政権に復帰したら国民保健事業をサッチャー政権以前の元の姿に戻すことを繰り返し約束していた。

1990年の「国民保健事業およびコミュニティケア法」は、保健・医療だけでなく社会福祉にもまたがる改革で、その基本理念は、サービスの購入と提供の分離（内部市場の形成）にあった。

国や自治体の予算でサービスが住民に提供されることには変わりはないが、これまでのように、国や自治体が、提供主体（基本的には国営の病院が中心）に予算を配分してサービス提供を確保するのではなく、住民・利用者の側に予算を付けて、住民の要求にかなうようなサービス提供をすすめるというものであった。分かり易く言えば、総額を削減した上で、その予算の使い方を利用者優位に決めよう、という戦略であった。

結論を先取りして言えば、先進国で最低水準だった医療費を一層削減して、医療従事者には「利用者による選択」という競争に勝つように、NHS内の他の医療機関との、さらには民間医療機関との競争を強いたのが、サッチャーからブレア政権初期(1997～2000)のイギリスの医療政策であった。

5) サービスの買い手としての NHS トラスト

医療サービスを購入する「購入者(purchaser)あるいは買い手」とサービスを提供する「提供者(provider)あるいは売り手」とを分離するのが、1990法の大きな狙いであった。それ以前は、医療サービスに対して支払うのも国であり、医療サービスを提供するのも国立病院であり、また国立の保健所(health centre)であった。医療従事者は国家公務員であった。つまり買い手と売り手のどちらも国であった。患者をたくさん診療しても、少ししか診療しなくとも、病院収入は同じである。これは、当時のイギリスの諸条件のもとでは、医療従事者の士気を損ねることになったし、非効率の原因にもなった。

そのために、提供者間の競争や、従事者に緊張感を持たせるために、医療サービスの購入者と提供者を分離し、努力した者の収入が増えるような仕組みに変えようというのが、1990年以降の基本的な政策思想であった。ただし、総額は削減され、先進国で最下位であるという条件のもとで、ことが進行したのである。

必要な予算を住民側に配分するという場合、医療や福祉のような専門性の高いサービスについては、専門家が、ニーズを持つ住民の立場に立ってその予算の使い道について住民の相談に応じたり、住民の代わりに務めたりする必要がある。直接に住民に予算を配分するという方法は考えにくい。医療の場合にその役割を果たすのが一般医であり、福祉の場合は新たに設けられたケアマネジャーである。

また、保健当局(health authority=イギリスにおける医療行政を担当する国家行政機関の一種)も病院から医療サービスを買う立場にある。開業医についてはもともと医師・歯科医師報酬決定機構が別途に設置されていて、医師会などと政府・NHS当局が協議をして決めていた。保健当局は1990年法以降、NHS トラスト(NHS 事業体、NHS 行政法人などと呼ばれる)となり、サービスの購入者の立場に立った。

イギリスの一般医は、これまでも自分のもとに登録した患者の医療面での日常的な相談相手であった。必要に応じて患者を、検査・手術・入院・専門医受診につなぐゲイトキーパー(門番)としての役割を果たしていた。1990年の改革では、これらの専門的諸サービスに関わる費用も含めて、登録患者に関わる保健医療費が、一般医に予算として配分されることになった。予算を持つ一般医なので、予算保持一般医と称される。

より具体的には、病院は NHS 病院トラストに移行し、独立採算制になった。病院に直接与える予算を減らし、その代わりに医療サービス購入者である一般医(general practitioner

= GP、開業医である)や保健当局から、患者の紹介や契約をもらわなければ、病院収入が得られないようになった。そして NHS 病院トラスト同士が、互いに競争しあうことになった。それまでは、ある地域の一般医や保健当局が「入院が必要だ」と判断した場合には、その地域を担当する病院が決まっていた、病院側は患者が入ってくるのを待っていればよかった。患者が少なくても、予算は確保されている。

それが 1990 年改革で、地域の NHS 病院トラストではない、別の地域の NHS 病院トラストと契約してもよくなり、患者を紹介する権限(予算)を開業医に与えたのである。病院側は他の NHS 病院トラストよりもよい医療を提供しないと、患者や契約を他の NHS 病院トラストに取られてしまう。その年の実績が悪ければ、翌年の予算が減らされる。こういう仕組みになったのである。

6) 予算保持一般医

医療サービスの価格については、政府が「××手術は 1 件 50 万円」と公定標準価格を決めるが、病院側は手術代を自由に決めてもよいことになった。A 病院は公定価格通り 50 万円で引き受け、B 病院は 40 万円で請け負うとなれば、予算保持一般医は、A 病院と B 病院のどちらに紹介しても、50 万円を政府から受け取るので、B 病院を探し出して患者を紹介すれば、差額の 10 万円が手元に残ることになる。この差額は、自らの診療所の設備投資などに回すことができる。その結果、予算保持一般医は近隣の病院に紹介するとは限らなくなった。「××病院は〇〇手術をいくらでやる」という情報を熱心に集め、場合によっては価格交渉も行って、登録患者のために「費用の安い病院を探す」ことが仕事になったのである。ここでも、キーワードは情報と競争と選択と契約である。

以上のような、サービス購入者・提供者の分離、予算保持一般医に代表される内部市場の導入による NHS 改革は、NHS 創設以来

の「最大の改革」と称された。医療費は低く抑えたままでも、競争の導入により効率は向上し、医療の質も高まるというのが、保守党関係者や、一部の「医療経済学者」たちの期待であった。質の低い医療を提供すれば競争に負けて、次から患者を紹介してもらえなくなるので、医療の質は高くなる、という論法が持ち込まれた。この論法は、医療という仕事の特性を十分に検討したうえで採用されたものではなかった。また、内部市場や競争の導入と言っても、医療資源が乏しいという大枠のなかでの話であり、選択肢が限られた条件のもとでの、全く不完全な競争であり、選択であった。

レーガン時代のアメリカの医療政策も、全く同じ前提に立っていた。競争を盛んにすれば、良い医療サービスを、安く提供する医療機関が生き残るので、結果的に医療費が下がり、医療の質が上がると考えられた。しかし、現実のアメリカ医療の実情は全く異なったものになっていることは、周知のことであり、李啓充氏の『市場原理に揺れるアメリカの医療』[1996年]や『アメリカ医療の光と陰』[2001年](いずれも医学書院)などが生き生きと実態を伝えている。

保守党政府による国民保健事業の抜本的改革に対しては、労働党からも、一般医からも強い反対が表明された。結局、予算保持一般医になるかどうかは一般医が選択できることになった。1997年にロンドンの開業医から得た情報では、一般医の60%程度が予算保持一般医になっているということであった。予算保持一般医制度について、1995年から2004年の間に一般医に対する聞き取りを6回行ったが、賛否両論であった。予算保持一般医が患者の病院を選ぶことができるようになり、サービスの売り手である病院および専門医にとって一般医の評価を得ることが不可欠となり、医療連携という点で好ましいという意見もあった。他方で、予算を持つ一般医とそうでない一般医の間に不公平が生まれ、登録している患者の間にも、予算保持一般医

に登録しているかどうかで、病院医療を受ける際に違いが生じるのは、不公平だという批判も聞いた。この点をクリアするのが、次に見ていくプライマリーケア・グループ構想である。

7) 各種のトラスト病院が患者・一般医に目を向けるようになる

サービス購入とサービス提供を分離するねらいは、内部市場の形成を通してサービス提供主体が相互に競争することにより、患者から見て、質のよいサービスを合理的な経費で確保することにあつた。この目的を達成するには、国立病院でも、保健当局の管理から独立して、自立した経営主体となることが前提であり、病院等の独立採算制（トラスト化）は、予算保持一般医制度とならんで、1990年改革の重要な柱であつた。

つまり、国営のNHSという制度の中に市場を設定するという場合、市場とは何を意味するのが、問われる。一般に市場は、貨幣を媒介とした財・サービスの売買関係の総体を指す。基本的には売り手と買い手が、主として「価格」を判断材料にして自らの自由な意思で行う売買行為によって、市場は成り立っている。したがって、市場は本来的には①自由な価格競争、②事業者の参入の自由、③事業内容の自由、を前提にしているし、これらの結果として、売り手と買い手の間に、売り手同士の間、買い手同士の間に、競争的關係が成立するのである。横山寿一氏が『社会保障の市場化・営利化』（新日本出版社、2003年）において、詳細かつ厳密に論じているとおりである。

現実には、多くの市場が、価格が規制されていたり、参入が制限されていたり、事業内容に規制が加えられている。この場合でも貨幣を媒介とした売買関係を基本としている限りは市場である。こうした市場は、「規制された市場」あるいは規制の程度によっては「準市場」あるいは「疑似市場」と呼ばれ、現代の市場の多くは、何らかの規制が加えられた

「規制された市場」である。「準市場」と呼ばれるのは、価格競争が全面的に排除されたり、事業者の参入が厳しくコントロールされている場合で、「規制された市場」の特殊形態と考えられるが、日本の医療は「準市場」として把握できるであろう。NHS改革における「内部市場」形成も、「準市場」の一形態と見なすことが出来よう。ただし、日本以上に厳しい規制を前提とした「準市場」であり、そもそも購入総額が予算として固定されている「市場」である。

さて、NHSにおける提供主体の独立は、まず総合病院などのトラスト化からスタートし、その後は保健婦活動や訪問看護などの地域保健サービスを提供するトラスト、病院サービスも地域保健サービスも提供する総合的なトラストなども形成されてきた。

サービスの買い手としては、予算保持一般医のほか、地区保健当局（District Health Authority）があげられる。これはNHSトラストという、公社的なものになった。売り手である病院もNHS病院トラストになった。病院と地域保健活動部門と一緒にトラストを構成している場合もあった。また、精神病院などが別個のトラストになる場合もあるし、他の一般病院とともに一つのトラストを構成する場合もある。

こうして、売り手の病院の側に、買い手である一般医や保健当局の評価を得ようとする姿勢が生まれた。従来国民保健事業においては、病院が圧倒的に優位であり、一般医や地域保健活動に対する病院の姿勢は、一般に無関心、冷淡、過小評価といって過言ではなかった。それだけに、病院側が、一般医や地域に目を向けるようになったのは、重要な変化であり、患者の立場からは、それなりに評価できる変化であつた。

2 労働党政府の改革 — 第3の道

1) 1990年改革の継承・改善

保守党時代の国民保健事業改革に対して労

働党は、当初は反対の姿勢をとったが、内部市場の導入でサービスを改善する契機が生じたこと、病院・専門医と一般医の関係が改善されはじめたことなどを、労働党サイドの理論家（故エイベル・スミスやグレナスターなど）も評価した。労働党も、政権復帰が現実的になるにともない、1990年改革を基本として、保守党改革からでも良いものは取り入れて修正するという方向を主張するようになった。

労働党は、1997年5月の総選挙で政権に復帰したが、同年12月に『新しい国民保健事業』という白書を発表した。サービスの購入と提供の分離という戦略から、計画と提供の分離という戦略に転換し、かつてのような中央集権的な管理でもなく、保守党の内部市場にまかせる市場中心主義でもない、統合的に計画化され分権的に提供される制度の実現を目指す、医療における第3の道を提唱した。

各種のNHSトラストは、独立したサービス提供機関として存続し、予算保持一般医制度は、全ての一般医と地域保健活動部門が参加する、より大規模で多くの職種からなる制度に改められた。白書は、1990年改革が導入した内部市場の競争が、管理費用の無駄を生むことを批判し、競争ではなく「公私協力関係」(Public Private Partnership)の確立を提唱し、改革は10年程度の期間をかけて、徐々に進めるという方針が示された。その後の経過をみると、白書の構想は次第に実施に移されてはいるが、保守党時代との違いが明瞭でなく、労働党内部や労働組合からの強い反対を受けつつある、ということが出来る。

2) 新構想の要としてのプライマリーケア・グループ(PCG)、プライマリーケア・トラスト(PCT)

白書が構想した新しい国民保健事業で基軸的役割を果たすのが、プライマリーケア・グループ(PCG)という地域の保健医療の提

供組織である。それまでのサービスの買い手であった、約3,600に上る予算保持一般医(のグループ)や約100の地区保健当局のかわりに、住民10万人程度ごとに1つの目安で、イングランドには481のPCGが設けられた。各PCGは50人程度の一般医と、看護師等の地域保健スタッフで構成され、すべての一般医がこれに加わり、各PCGは住民のための包括的な予算を保健当局から配分される。

PCGは、一面では地域保健サービスと一般医サービスを提供する主体になり、他面では、病院トラストなどの提供主体からサービスを購入する契約を結ぶ。サービスの買い手としては圧倒的な地位を与えられることになった。サービス価格は全国的な基準に基づいて決められるので、プライマリーケア・グループや病院などの供給主体は、価格ではなく、サービスの質と効率性で競い合うことになる。

横山氏は、前掲書で、市場における競争と非市場における競争を整理しているが、上記のイギリスの医療改革を理解するためにも、有効な整理である。つまり、競争は、市場にも非市場にも存在するが、競争の内容は、両者で質的に異なる。市場における営利企業の競争は、利潤極大化をめぐる事業者間の競争であり、文字通り企業・事業体の存亡を賭けた、生きるか死ぬかの競争である。直接的には①利用者の確保をめぐる競争、②サービスの質をめぐる競争、として展開されるが、いずれも結局は利潤を最大にすることが長期的・本質的内容である。

他方で、非市場における競争は、利潤極大化をめぐる競争ではなく、「サービス最適化」をめぐる競争であるという点で、市場での競争とは質的に異なる。行政組織による提供の場合は行政組織間で、また委託方式の場合は行政と委託事業者との間および委託事業者間での競争になる。しかし、競争の基本原則が異なるために、サービスの質およびコスト低下をめぐる競争も性格が異なってくる。市場の場合はこれらの競争が利潤極大化のための

手段となるが、非市場の場合はサービスの質それ自体が競争の目的となる。また、サービス最適化が最優先で、コストは二次的目的である。具体的には、自治体病院などが不採算医療を担当する必要がある、その場合にコスト低下や剰余を出すことが最高目的にはならない。いかに、適切なサービスを提供するかが最高の課題になる。また、非市場では、利用者と提供者(事業者)とが直接相対する仕組みではないため、利用者の確保をめぐる競争は直接的には存在しない。このことが提供者(事業者)の行動を市場の場合とは決定的に異なったものにする。

NHSにおける競争は、本来は非市場における競争であるはずだが、現実にはコスト低下を強く意識した競争になっている。しかし、他方では後述するように、医療の質の向上を担保する仕組みも数多く導入している。この視点から言えば、市場の競争と非市場の競争が混在している、というべきであろう。

さて、PCGは1999年4月に発足した。PCGの形態は多様で、当面は各地域で組織しやすい形態で発足した。最終的には自らが包括的な地域保健サービスを提供できると同時に、独立採算で運営するトラスト形態になることを目標としている。こういう形態が、プライマリーケア・トラスト(PCT)である。PCTは、2000年以降に、順次、準備が整った地域からスタートしている。

PCGに関する日本のマスコミの紹介を挙げておく。

『「サッチャー時代の医療制度は、競争に重きを置きすぎて各機関がばらばらになっていた』。PCGの目的は3つある。①医者や看護婦、ソーシャルワーカーらが一体となって地域医療に取り組む。住居や失業なども病気の原因となるのに、『これまでは別々に対応していた』。②病院で行われていた診察の一部を開業医にも認め、コストを下げる。③予算を供給者側ではなく、利用者側のニーズに合わせて使い、効率化する」(朝日新聞、2000年1月24日)。

なお2002年4月からPCTへの全面的移行が行われた。2004年にはNHSの予算全体の約75%がPCTに渡っている。この意味は「革命的」といっても過言ではない。従来、イギリスに限らず、医療費の大半は病院が使っていた。予算配分の段階で、過半数が病院に付与されていた。ところが、PCT構想では、まず予算の75%程度がPCTという非病院部門に配分されることになった。病院の行動(behavior)が、患者・住民に近いプライマリ・ケア部門によって規定されることになれば、これはこれで画期的な仕組みと言わざるを得ない。医学情報と、人材と、資金が過度に病院、それも大病院に集中することによってもたらされる弊害は、日本でも大きくなっていると言えよう。病院偏重医療システムを、PCTという仕組みによって、牽制・修正しようというアイデアは、評価に値するのではなかろうか。ただし、ここでも、イギリスの医療改革が、先進国最低の医療費という大枠の中で進行していることが、不透明材料になる。PCTという仕組みが、十全な効果を挙げることができるだけの、人的・物的条件を備えることができるような資金を持ちうるか否か。ここが、今後の焦点になってくるであろう。

3 第2次ブレア政権(2001年成立)と本格的改革に向けて

1) 2001年総選挙と医療政策

2001年6月7日の総選挙で労働党が大勝利し、第2次ブレア政権が誕生した。1997年に第1次ブレア政権が登場した時には、保守党政権がサッチャー、メジャーと1979年以来20年近く続いた後なので、当面は急激な政策転換が困難であり、従来の政府の路線を継承しつつ微調整を行い、第2次政権から本格的なブレア労働党の政策が問われることになる、という見方が多かった。この意味では、ブレア政権の医療政策に対する国民の見方には、まだ大様なところがあったと

言えよう。

しかし、実際に痛みを感じる国民の間では、第1次ブレア政権の時期でも次第に医療政策には批判が強くなってきた。もともと国民保健事業の建て直しは、1997年総選挙における労働党の最大の公約の一つであった。その後の改善は遅々として進まず、不満が各方面から出されるようになった。例えば、1999年9月に労働党がおこなった世論調査では、有権者のブレア政権に対する不満が大きいのが医療と交通事情であった（『赤旗』、1999年9月28日）。

こうしてみると、第2次ブレア政権には医療改革の遅れの言い訳は許されないことが理解できよう。実際にも、2001年総選挙で労働党が最大の公約としたのは、NHSの質の改善であった。現実にはサービス改善で成果を上げることができないと、2005年総選挙ではブレア労働党政権は危機に追い込まれるであろう。

2) 2002年2月党大会

教育、医療、交通の3分野を中心とした公共サービス改革の遅れに対する不満が、2002年2月の労働党大会で吹き出した。特に、主要労組出身代議員からの批判が続出した。全国都市一般労組書記長エドモンドは、「病院の一部民営化がサービスや効率の改善につながらず、世論の支持も少ない」「民活路線は公共部門の労働者の士気や気風を低落させる」と批判した。

なお、ブレア政権の医療を含む公共サービス政策の枠組みは、1992年に保守党のメジャー政権が導入したPFI(Private Finance Initiative:「民間資金の活用による公共施設の整備」)である。新味を出すために、いまではPublic Private Partnership (PPP:「公共・民間パートナーシップ」)と呼んでいるが、基本的には同じ構想である。この構想の医療面における主な内容は次の通りである。①病院運営に対して、国が定めた評価基準を導入し、個々の医療機関を採点し公表する。

②「PPP政策の拡充」と「サービスの柔軟化と多様化」。つまり事業の外注化の強化。管理部門まで民間企業に委託する事例も現れ、一般には、公共部門への民間企業参入という政策枠組みである。

3) 医療費を増やす

保守党のPFI構想を脚色したPPP構想だけでは、国民の不満や党内からの批判をかわすことができないので、ブレア政権は、新味ある政策として、あまりにも荒廃したNHSの現状に対する応急手当的な意味を持つ予算増加を打ち出した。2002年から5年間で実質43%ほどのNHS予算増加を約束した。2002年には全国平均でNHS予算は9.9%増えた。

具体的には、2002年2月17日に、ブラウン蔵相がNHS予算を5年間で43%増やす2003年度予算案を発表した。2002年の654億ポンド=12兆円を、2007年には1056億ポンド=19兆円にするという方針である。対GDP比では7.7%から9.4%まで引き上げるということである。欧州連合平均が2001年に8%なので、平均以上を目指すわけである。別の見方をすれば、フランスやドイツ並みにするためには9.4%が目標になるのである。

財源としては、経営者、労働者、自営業者の収入に一定の割合で課税されている国民保険料を各々1%引き上げることにした。こうした増税をとこなうNHS予算増加に対して、『サンデーテレグラフ』紙が伝える世論調査では、76%が賛成であった。

医療費予算増加も、2004年7月15日に蔵相が発表した、教育予算を3年間毎年実質6%の増加も、長年の予算抑制によって、施設・設備の面でも、従事者の人数と士気の面でも、もはや限界に近づきつつあるイギリスの公共サービス部門に、とりあえず崩壊を防ぐ程度の資金投入を行うという性格の政策である。

4) 2002年10月党大会

この大会で、ブレア首相は、「公共サービスの効率化とそのため民活導入を進めたい。特に学校や病院に対する PPP 導入計画こそが、最大の選挙公約である公共サービス改善の切り札である」と発言した。これに対して、公務員労組からは、「下請け、外注化によって労働条件の低下やモラルの低下が深刻になった。投入される税金が民間企業に吸い上げられるシステムに他ならない」と批判された。

結局、これまでの事例について第三者機関による調査・評価を行うことが決められた。これは、ブレアにとって手痛い敗北（マスコミ報道）であった。

5) 2003年5月地方選挙：ブレア与党

歴史的な大敗

この敗北は、イラク戦争協力と医療改革の反国民性が見抜かれたための敗北、というのがおおかたの見方である。結果は以下の通りである。

スコットランド議会選挙——定数 129 → 労働党マイナス 7、

ウェールズ議会選挙——定数 60 → + 3

スコットランドとイングランドの 340 の市町村議会——定数約 11,000 → 労働党 3,001 議席 (- 833)、保守党 4,423 議席 (+ 566)、自由民主党 2,624 議席 (+ 193)。地方選挙では、ブレアの第 3 の路線への強い批判が示された。大都市では軒並み第一党の座を保守党に譲り渡した。国際問題のイラク戦争と並んで争点になったのが内政での医療改革である。病院建設・運営に民間資本を導入し、政府の管理からはずすなど NHS の企業寄り改革に対する、広範な労働者・国民の不安と批判が明らかになった。

4) どこまで荒廃したか——公的医療費の抑制と人手不足

イギリス政治において医療問題、具体的に

は NHS 改革がどれほどの重い意味を持つ課題なのかを理解するためには、かつてはイギリスが世界に誇った医療制度である NHS が、どこまで荒廃してしまったのかを知る必要がある。ここでは、近藤氏の著書に依拠して、荒廃ぶりを紹介しよう（主に近藤氏の著書に依る）。

1) 深刻な待機問題

救急でも、開業医レベルの一般医療でも、病院の専門医療でも、待機問題が極めて深刻な状態になっている。

○救急医療

イングランドとウェールズにある 200 余りの病院救急部門を、ある月曜日に受診した 3,893 人を対象にした ACHCEW (Association of Community Health Council in England and Wales: イングランド・ウェールズ地域保健評議会連合) 調査報告によれば、入院までの平均待ち時間は 3 時間 32 分である。なお、この時間には診察待ちの時間は入っていない。つまり、救急部門で診察した医師が「この人は入院すべきだ」と判断してから、入院するまでの時間である。日本でも「3 時間待ちの 3 分診療」とよく言われるが、それはあくまで一般医療の話である。ところが、イギリスでは救急入院が必要な重症患者が、3 時間以上も入院を待たされている。待っている場所は、主にストレッチャーの上である。この調査では、最高記録が 78 時間であり、3 日と 6 時間患者が廊下のストレッチャーの上で入院を待たされたというのである。

○一般医療

一般医への受診に関する保健省 (Ministry of Health) のデータによると、半数が 2 日以上待たされている。「熱が出た」と一般医に電話すると、「多分風邪だから薬局で薬を飲んで 2 ~ 3 日様子を見るように」と言われ、2 ~ 3 日しても熱が下がらなくてももう一度電話すると、「診察を予約しましょう。今日は月曜日ですから一番早く水曜日です」ということになり、水曜日に受診するころに

は、ほとんどの風邪は治っているという話である。

○専門医療

イギリスのシステムでは、かかりつけの一般医（家庭医といわれることもある。開業している自営業の医師）に登録しておき、そこを受診するのが原則である。そこで「専門医療が必要」と診断されると、病院の専門医受診を予約してもらうことになる。病院の専門医を受診して検査や手術が必要になれば、検査や手術の待機者リストに名前を載せて、順番を待つ。この専門医療を待っている人数が100万前後という大変なものなのである。

待機者問題の深刻さを示す若干の実例を挙げよう。労働党が1997年の総選挙で勝ったとき、選挙公約（マニフェスト）に「待機者リストを10万人分短縮する」という数値目標を掲げた。2001年の総選挙の直前に、「目標を超過達成し、待機者を15万人分も減らした」と宣伝したが、マスコミは「15万人分減っても、残っている待機者リストが100万7,000人分もある」という批判を加えた。

ロンドンのある病院では、超音波（エコー）検査を待機している患者が2,700人に上り、一番古い人は、2年前から待機していた。全英の平均でも8週間は待つという状態である。

手術の待機患者も多いし、待つ期間が長くなっている。手術を1年半以上待っている患者が全国に180人いるという保健省のデータが公表されたが、そこには74歳の女性が頭頸部がんで手術の予約をしたが、4回も手術の予定日を延期され、5週間も延期されて手術をしたときには、全身に転移していて手術が不可能になっていたという事例も含まれている。延期の理由は、手術の予定日に他の緊急手術が入ったためである。

こうした状態を改善するために、NHSを利用して外国で手術を受けることが可能になり、適用第1号が2002年1月18日に誕生した。白内障や関節炎で6ヶ月以上待たされていた、9人の患者が、フランスで手術を

受けたのである。費用は全額NHSから出る。なお、この制度はイギリス国内の民間病院にも適用される。

以上のように、医療へのアクセス（かかりやすさ）に、NHSを利用する限りは、基本的には貧富の差による問題はないが、絶対的なサービス供給量の不足のために、誰もが待機問題に直面しているというのが、イギリス医療の大きな特徴である。

2) 人手不足

待機問題の背景には人手不足がある。イギリス政府も、医師が1万人、看護師は2万人足りないと認めているし、医師会や看護協会は、もっと足りないと主張している。

新規登録医師数は、1995年には年間約1万1,000人登録されていたが、2000年には8,700人に減少している。

○海外流出

養成しているのに登録者が減る理由は、海外へ流出しているからである。イギリスで医師になってから、米国やカナダ、オーストラリアなどに転出してしまふ。イギリスでは労働条件が悪く、給料が安いからである。長時間労働と厳しい労働条件そして低賃金が、若い医師を海外へ流出させている。ヨーロッパ大陸の先進国では、労働者の人間らしい生活を保障するために、研修医でも週48時間を労働時間の上限とする基準がある。週7日のうち、週休2日で5日働けば、1日9時間半くらいになる。休日勤務も勘案すれば、6日勤務の週で1日あたり8時間になる。これに対して、イギリスでは人手不足から、週56時間が基準となっている。日曜日も休まずに7日間働いて1日8時間、日曜日だけ休めば6日間で9時間以上になる。さらには、この上限を超えて働いている研修医が60%以上に達したことである。

相次ぐ医療事故の要因として、長時間働いている医師たちの労働条件も無視できないし、長期間待たされイライラした患者などによるNHSスタッフに対する（言葉のみを含

む)暴力事件も増えている。保健省に報告されている事件だけで、2001年度には前年比で13%も増えて、9万5,501件に上っている。日曜日も休めない長時間労働、仕事の多さ、給与の安さ、患者による暴力事件など、過酷な状況が海外に医師や看護師が流出している理由である。

○海外からの流入

人手不足と人材流出の反面で、医療従事者が旧大英帝国をはじめとする外国から輸入されている。世界に人材募集団を派遣して、英語の試験に通った医師・看護師を受け入れている。アフリカ諸国や、カリブ海諸国、インド、パキスタンなどの旧大英帝国圏が多いが、この他に、スペイン、ポルトガル、フィリピンなどにも希望者は多数いる。海外からの看護師は、2002年度には1万3,000人に達した。

3) 従事者の士気低下・阻喪

こういう状況の中で、医療従事者の士気が下がり、それがまたイギリス医療の荒廃に拍車をかける、という悪循環になっている。

医師の場合、自殺率が同学歴である他の専門職の2倍になり、一般医の75%が「60歳になるまでに辞めたい」と思っているというノッチングム大学による報告がある。英国医師会が予測していた早期退職率は25%なので、将来の医師需要の計算が狂ってくる。医師不足がさらに深刻化する可能性は高い。

看護師の賃金水準は、同学歴女性(小中学校の教師など)の3分の2程度と言われてから30年近く経過した。近代的ホスピス発祥の地であるセント・クリストファー・ホスピスのような有名病院でも看護師を確保するのに苦労している。

看護師不足の理由は、NHSの看護師賃金が低いからで、例えば、物価の高いロンドン市内では、生活できないと言われていた。看護師の自殺率は、医師よりも深刻で、同学歴である他職種の女性の4倍にも上っている。イギリス最大の労働組合である公務員労働組

合(UNISON)の調査では、看護師の87%が退職を考えたことがあり、その理由の60%が低賃金で、実際には毎年21%が病棟を辞めている。

看護師という職業は人気があり、看護師養成校入学者数は少なくないが、卒業後の厳しい労働条件を考慮して17%の学生が途中で進路変更している。

これらの数字の総和が、マイナスの相乗効果を発揮して、イギリスの医療従事者の士気低下・阻喪をもたらしていると考えられる。職業的規律を自覚して、専門職としての誇りを持って頑張る、という上限を超えてしまった観がある。約四半世紀にわたる医療費抑制政策と、NHSで働く者同士を厳しい競争に追い込む政策が、イギリス医療の量的・質的水準を下げてしまい、ついに臨界地点に近づいているといえよう。

5 2003年7月7日下院で採択された NHS改革案可決

標記の法案が賛成304、反対230で可決された。しかし、労働党議員からも多くの反対投票(130人余り)が出て、その数は、イラク戦争反対の労働党議員より多くなった。この方針は10年単位でのNHS改革の基本的方針と位置づけられていること、またNHSを変質させるものだという強い反対がある。今後のNHSの方向を左右する法律なので、注目すべきである。この問題については、中村雄二氏が『月刊国民医療』2003年11月号で「事業体病院(foundation hospital)設立の動き」と題する詳細な紹介を行っている。以下の記載は、主に中村氏に依るが、用語等を変更した場合もある。

1) 法律の内容と強い反対

2004年以降イングランド内に事業団病院トラスト(foundation hospital/trust)という新制度を設ける法律(The Health and Social Care (Community Health and

Standards) Bill) は、新たに「ファウンデーション病院/トラスト」(事業団病院/トラスト)を創設して、病院の所有者を従来の国から地域社会へ移し、地域社会から選ばれた理事会が病院を運営することにしている。理事は2名でもよいということで、地域の財界から選ばれる可能性が高くなる。事業団は、公的資金を受けるほかに、民間資金を借りたり、自己判断で自由に資金調達ができるし、投資にまわすこともできる。ここまで来れば、民間病院とどこが違うのかという疑問がでるのは当然であろう。

主な反対理由は、平等性が崩れること、事業団病院とそうでない他のNHS病院の間に格差が生じ、職員の引き抜きが行われ、二重構造が形成されること、事業団病院には私企業も参入可能であり、NHSの民営化・営利化に道を開くこと、などである。

下院での法案採決にあたり、野党の保守党や自由民主党が反対したほか、与党労働党内でも大きく賛否が分かれた。労働党のF・ドブスン元保健大臣を含む閣僚経験者や、D・ヒンチホフ下院保健委員会委員長など有力議員多数が、政府構想に反対の立場から繰り返し修正案を提案(いずれも否決)した。

結果的には修正を余儀なくされた同法案は、下院での可決後、7月9日に上院に回送された。2003年9月に入ってからの上院での審議再開に伴い、下院での法案反対の先頭に立ったドブスン元大臣は、きわめて異例なことに、労働党と無所属の上院議員の間で個人的な覚書を回覧させ、政府の構想は英国の保健サービスの根本的価値を損なおうとしていると訴えた。

有力日刊紙『ガーディアン』のウェブサイト世論調査 Guardian Unlimited で公表された世論調査によれば、「事業団病院は良い考えだと思いますか?」との質問に対し、「はい」と答えた回答者は25%、「いいえ」は69%、「わからない」は5%という結果である。国民が政府・議会の動向を承認しているわけではないことを示す数字である。

2) 労働組合の反対

最大労組のユニゾン (UNISON) は全面反対である。法案の下院通過を受け、ユニゾン(NHS 病院を含む公共サービス部門の労働者約130万人を組織)は、改めて事業団病院の設立について全面的な反対を表明した。2002年3月に下院での審議が始まったのにあわせて、すでにユニゾンは『なぜ事業団トラストに反対するのか』という文書を発表し、態度を明確にしていた。ユニゾンのK・ジェニングズ保健・医療部長は、2002年7月中旬に行われたセミナーの中で、(病院が)国有・国営でなくなればさらに不平等が広がり、医療を受けられるかどうかは患者の支払能力次第となり、地域ごとに医療水準が異なる複線的な医療システムが発達することになりかねない」と指摘した。「事業団病院の設立阻止に向け全力をあげる」とも述べた。

2003年9月上旬に行われたTUC(英労働組合会議=英国最大のナショナルセンター)の年次大会には、ユニゾンなど加盟組合から「事業団トラストおよびNHS」に関する動議が提出され、これは9月10日に満場一致で採択された。決議は「事業団トラストおよび二層式(two-tier)保健サービスの導入を通じたNHSの解体を非難」し、「NHS内部での競争市場の創出および民間セクターの役割拡大」、「事業団トラストと独立規制官(independent regulator)制度に反対してたたかう」としたうえで、「事業団トラスト設立を認めず、競争でなく協力を基本とするNHSモデルを採用するというスコットランドおよびウェールズの決定を支持する」と表明している。

3) 事業団病院は私立病院に近い

NHS改革の一環として事業団トラスト構想を推進したA・ミルバーンの辞任後、昨年6月に保健大臣に就任したJ・ライドは同年9月8日にBBCテレビの番組に出演し、「事業団病院」(foundation hospital) という名

称自体が誤解を招き議論を複雑にしているの
で、この名前を改める用意があることを示唆
した。一方、昨年の TUC 大会で演壇に立っ
たユニゾンのプレントリス書記長は、この保
健大臣の発言を引き合いに出し、「大臣は事
業団病院に代わる新しい呼び名を考えている
と言うが、それならばつきりと私立病院
(private hospital) と呼ぶべき」であると
述べた。

こうした各界での議論の高まりを背景に、
英国保健省のウェブサイト内の「NHS 事業
団トラス」についてのコンテンツ
(<http://www.doh.gov.uk/nhsfoundationtrusts>
では、昨年 9 月に更新した内容の中で、こ
の構想が今後 10 年間の NHS 改革の目玉で
あり、また、「協同および相互扶助の伝統
(co-operative and mutual tradition)」に立
脚する「独立した公益企業 (independent
public benefit corporation)」となる事業団
トラス設立の眼目は、医療サービスの向上
にあると謳われている。

保健省の説明によれば、設立されようとし
ている事業団トラスは、中央集権でなく地
方分権を進めるもので、民間資金導入も含め
財政面で幅広い選択肢をもち、独自にスタッ
フを雇用することができるとしている。

また、他の NHS トラス(病院)と同様、
事業団トラス(病院)は国民保健サービスと
しての全国的目標・基準達成を義務付けられ
るが、その達成方法について裁量が認められ、
保健大臣から監督・指導を受けず、保健省や
戦略的保健当局 (Strategic Health
Authority) の管理下から離れることになると
も指摘している。

これに対し事業団病院が NHS の基本原理
を脅かすと危惧し、政府構想に反対する医療
労働者の主張は、『ユニゾンが事業団トラス
トに反対する 7 つの理由』(Seven Reasons
Why UNISON is oppose to Foundation
Trusts: <http://www.unison.org.uk/foundation/>
で閲覧可能)に要約されている。それは「事
業団トラス(病院)同士が商業的市場の一部

として競争」し、「(NHS) 民営化への裏口」
となり、「地方に対する説明責任強化や社会的
所有拡大には結びつかず」、結果的に「病
院間の不平等が拡大」し、「事業団トラス(病
院)は非事業団トラス(病院)から希少な人
員を奪う」というものである。

4) イングランドの NHS トラスの動き

法制整備と同時進行で、政府、保健省は既
存の NHS トラスの事業団トラスへの移
行準備に動いている。公的機関による評価の
結果、一定の基準に達した病院に限り、事業
団トラス化への申請を認めるというのが政府
の方針であるが、基準となる評価自体に問
題点を指摘する批判もある。

NHS 病院の中には、医療サービスと病院
経営上の自由裁量権を手に入れるために事業
団トラスへの移行に積極的になる傾向も見
られる。また、事業団病院となることで、一
時的にせよ賃金・労働条件が改善される点に
着眼し、これを容認する動きが医療労働者
の間に生ずる可能性もある。

創設から半世紀を過ぎた NHS の理念——
すべての国民が、必要なときに、実質的負担
なしに、必要な医療を受けられる——、を否
定する人は誰もいない。最大のポイントは、
現在推進されようとしている改革を通じ、
NHS が全国的に(特にイングランドで)、長
期的にどのような影響を蒙るのかということ
である。筆者(日野)は、この点では、安易
にブレア政権を信頼することはできないと考
えている。

6 マンチェスターにおける NHS 機構改革の 到達点

2004 年 9 月 21 日に、大マンチェスター圏
戦略的保健当局 (Greater Manchester
Strategic Health Authority=GMSHA) から
現状を聴く機会を得た。そこでの情報をも
とに、これまで記載してきた NHS 改革が機
構面で現在どのようになっているかを、紹介