

201201028A

平成24年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)研究報告書

# 社会保障制度をめぐる諸外国の制度改革と それらの日本への適応可能性に関する研究

(H24-政策-一般-001)

総括・分担研究報告書

平成 25 年 3 月

研究代表者 松田 晋哉

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書・総合研究報告書

「社会保障制度をめぐる諸外国の制度改革とそれらの日本への適応可能性に関する研究」  
報告書

研究代表者 氏名 松田 晋哉 所属機関 産業医科大学医学部 役職 教授

目的：社会の高齢化と低経済成長下で医療保障制度をいかに持続可能なものとしていくかは先進国共通の課題となっている。本研究では我が国と同様、国民皆保険制度を持つ国であるフランスとオランダと両国が制度改革の参考としているイギリスを取り上げ、近年の医療保障制度改革の動向を分析し、我が国の改革を考える上での資料を作成することを目的とした。

方法：研究は文献調査と関係者のインタビューを主体として1年を研究期間として行われたものである。まず、両国の医療保障制度に関する基本的文献を平成24年4月～9月までの間に行い、訪問調査のための資料を作成し、現地調査を行った。

結果：フランスはCSGやかかりつけ医制度そして保健ネットワークの導入に代表されるようにNHSを意識した方向に動いていた。他方、オランダは市場原理主義的改革を追い続けているという意味においてアメリカの民間保険的要素を最大限取り込もうとしていた。ただし、それはアメリカのモザイク的な仕組みを目指すのではなく、国民皆保険を堅持した上での市場原理主義的な効率化（管理競争）であり、興味深い社会実験である。また、イギリスもNHSの枠組みを維持しながら、市場原理主義的な手法を漸次取り入れて、システムの効率性・生産性を向上させようとしていた。さらにこの三カ国はコミュニティケアの枠組みで、総合的な医療提供体制を構築しようとしている点でも共通している。

調査を行った三カ国が医療制度改革に取り組みざるを得なくなっており、そしてそれを難しくしている重要な要因として高失業率と外国人問題がある。実質的に世代間の所得移転になっている社会保障制度を維持していくためにこの問題の解決が重要である。

考察：ヨーロッパの医療制度改革の動向を継時的に分析すると、右派・左派の改革案の差が徐々に不明瞭になっており、福祉国家的基盤の上に市場原理主義的なマネジメント手法をそれぞれの制度に合う形で部分的に取り入れていこうという姿勢が明らかである。

結論：英仏蘭三国と同じように、我が国の場合も社会連帯に基づく国民皆保障を原則としながらも、マネジメント面においては市場原理主義的な手法を部分的に取り込むことで、医療提供体制の効率性・生産性を高めていくことを検討する必要がある。

## A. 研究目的

社会の高齢化と低経済成長下で医療保障制度をいかに持続可能なものとしていくかは先進国共通の課題となっている。本研究では我が国と同様、国民皆保険制度を持つ国であるフランスとオランダと両国が制度改革の参考としているイギリスを取り上げ、近年の医療保障制度改革の動向を分析し、我が国の改革を考える上での資料を作成することを目的とした。

## B. 研究方法

研究は文献調査と関係者のインタビューを主体として1年を研究期間として行われたものである。まず、両国の医療保障制度に関する基本的文献を平成24年4月～9月までの間に行い、訪問調査のための資料を作成し、平成24年10月（フランス：St Etienne 大学医療情報学教室、フランス保健省病院局、Caen 大学医療社会学教授 D Claudet 氏、及びオランダ保健スポーツ省顧問 J Hofdijk 氏）と11月（イギリス：Nuffield Trust、Work Foundation、NHS (Islington CCG、Moorfield Eye Hospital、Camden CCG)、LSE Health)、平成25年2月（イギリス：Work Foundation、NHS (Islington CCG、Moorfield Eye Hospital、LSE Health)）とフランス現地調査（フランス保健省、フランス自由セクター PT S Tachibana 氏）を行った。なお、オランダについては、平成24年10月にフランスで行われた学会の際に、政府関係者及び研究者のヒアリングを行った。ヒアリングを行った組織、関係者は以下の通りである。

## C. 研究結果

フランスは CSG やかかりつけ医制度そして保健ネットワークの導入に代表されるように NHS を意識した方向に動いていた。他方、オランダは市場原理主義的改革を追い続けているという意味においてアメリカの民間保険的要素を最大限取り込もうとしていた。ただし、それはアメリカのモザイク的な仕組みを目指すのではなく、国民皆保険を堅持した上での市場原理主義的な効率化（管理競争）であり、興味深い社会実験である。また、イギリスも NHS の枠組みを維持しながら、市場原理主義的な手法を漸次取り入れて、システムの効率性・生産性を向上させようと努力していた。

このようにいずれの国も社会連帯に基づく国民皆保障制度を前提としながらも、その効率化のために部分的に市場原理主義的手法の導入を図っていた。そして、そうした改革を推進するための情報環境の整備も進んでいた。

さらにこの三カ国はコミュニティケアの枠組みで、総合的な医療提供体制を構築しようとしている点でも共通している。

調査を行った三カ国が医療制度改革に取り組まざるを得なくなっており、そしてそれを難しくしている重要な要因として高失業率と外国人問題がある。実質的に世代間の所得移転になっている社会保障制度を維持していくためにこの問題の解決が重要である（詳細は各論）。

## D. 考察

ヨーロッパの医療制度改革の動向を継時的に分析すると、右派・左派の改革案の差が徐々に不明瞭になっており、福祉国家的基盤の上に市場原理主義的なマネジメント手法をそれぞれの制度に合う形で部分的に

取り入れていこうという姿勢が明らかである。

#### E. 結論

今回調査を行った3か国と同じように、我が国の場合も社会連帯に基づく国民皆保障を原則としながらも、マネジメント面においては市場主義的な手法を部分的に取り込むことで、医療提供体制の効率性・生産性を高めていくことが必要であるように思われる。そのためには医療情報の標準化と透明化、そしてそれを活用する体制作りが不可欠である。

#### F. 健康危険情報

特に関係なし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 松田晋哉、片山壽：地域包括ケアをどのように具体化するのかーイギリスの Clinical commission group、フランス

の保健ネットワーク Réseau de la santé、日本の尾道市医師会モデルとの比較から -、社会保険旬報（掲載予定）

- 2) 松田晋哉：フランスにおける地域医療計画の動向、社会保険旬報（掲載予定）。
- 3) 松田晋哉：フランスにおける薬剤政策、健保連海外医療保障（掲載予定）。
- 4) Matsuda S and Katayama H: Integrated care network as a key concept for the health system of highly aged society - Findings from an international comparative study between France and Japan -, APJDM (in press).
- 5) 松田晋哉：イギリスにおける医療制度とその改革の概要、産業医科大学雑誌（掲載予定）。

各論： 調査対象国における医療制度改革の概要とその比較

- I. イギリスにおける近年の医療制度改革
- II. フランスにおける近年の医療制度改革
- III. オランダにおける近年の医療制度改革
- IV. フランスとオランダの医療政策決定過程
- V. 1970年代以降の欧州における医療制度改革の概要
- VI. 地域包括ケアをどのように具体化するのか
- VII. フランスにおける薬剤政策について
- VIII. フランスにおけるグループ診療の動向
- IX. 参考資料： フランスにおける医師養成システムと偏在問題
- X. 調査結果をふまえた日本への示唆

## I. イギリスにおける近年の医療制度改革

### 1. フランスにおける近年の政治動向

#### (1) 主な政党とその特色

表%にイギリスにおける1980年前後からの政治動向を示した。イギリスにおける主要政党としては保守党、労働党、自由民主党がある。それぞれの政治理念の特徴を簡単に記述すると以下ようになる。ただし、近年の特徴として政党の中道化が進み、その政策理念の違いがあいまいになってきている。

【保守党】伝統的に財産の私有と経済活動の自由を重視。キリスト教的な家族観・社会観が強く、同性愛者の権利などの社会的リベラリズムの推進にはあまり熱心でない。小さな政府を目指す。地主階級、経営者、旧貴族階級などが主な支持者。

【労働党】1900年に結成された労働代表委員会（労働組合の政治部門）を母体として1906年に結党。生産・公益手段の公有化（綱領第4条）、社会保障の充実など大きな政府による社会主義的な政策運営が特徴であった。しかし、1997年に政権についたブレアによる改革により生産・公益手段の公有化は破棄され、コミュニティを基盤とした新しい福祉社会の実現を目指している。労働者階級、中産階級などが主な支持者。

【自由民主党】人権問題や地球温暖化対策に重点を置く。同性愛者の権利などの社会的リベラリズムを推進する立場にある。市場原理主義的な経済政策には懐疑的。

#### (2) サッチャー及びメージャー政権（1979年～1997年）

イギリスは戦勝国ではあったが戦争による国内経済の疲弊、そして旧植民地の相次ぐ独立という外交環境の中で、1950年代に復興による一時的な経済の好転はあったものの、1960年代から1970年代後半は、二度にわたるオイルショックもあり経済的に厳しい状況にあった。また、シティを中心とするイギリス金融は資産を他人に貸し付けることで利益を得る地主・金融資本的なものであり（いわゆるジェントルマン資本主義）、中北部の工業地帯への投資を十分行うことはなかった。この経済の二重構造が、製造業におけるイノベーションの遅れにつながり、日本やドイツとの競争に敗れた原因だとされている。また、労働党政権下における強度の累進課税と高額な固定資産税、強すぎる労働組合と多すぎる公共サービス労働者、過度に福祉偏重の国家予算のために「英国病」と呼ばれる経済不況の状況に陥った。サッチャーが政権についたのはイギリス衰退論が盛んに議論されていたこの時期である。サッチャーはこうした衰退論を政策キャンペーンに積極的に活用し、例えば「労働組合が強くて福祉に傾いた国は衰退している。これに対処するためには新自由主義的な改革が必要である」という論旨で、大規模な改革を進めていく。具体的には国有企業の民営化、シティにおける外資活動の自由化、労働者のストライキ権の制限、公務員の大幅削減、イギリス版公共投資である地域産業振興援助金の停止などを相次いで行っていった。医療もこうした改革の対象となり、医療関連予算の削減と市場主義的競争による医療サービスの効率化が目指された。しかし、こうした改革によって医療現場の労働環境は悪化し、多くの医療職が国外に出て行ってしまうという事態を招くことになる。

ただし、こうした一連の改革によってイギリス経済は活性化し、中産階級の増加をもたらしたこともまた事実である。しかし、社会民主主義的傾向の強い EU 諸国との対立姿勢がイギリス国内の親 EU 派の反発を招き、また人頭税導入の試みや教育費の値上げなど国民の負担を求める改革への反発もあり、1990年には退陣を余儀なくされることとなる。あとを継いだメージャーは基本的にはサッチャー路線を引き継ぎながらも、国内の批判に対応すべく調整型の政権運営を行った。しかし、市場主義的改革の過程で、金融資産や不動産を活用して資産形成をすることができた新たな中産階級とそれができなかった低所得者層との間での格差は拡大し、それが社会の不満を高めていくことになる。ただし、労組に牛耳られている感のある労働党に対する国民、特に新たな多数派となった中間所得層の不信感は強く、そのためメージャー政権も比較的安定した運営を行うことが可能であった。メージャー政権における政策の特徴は、民営化のさらなる推進で、公共施設の建設や運営を民間に委ねる政策を打ち出した。例えば、この政策に基づき 1992年にプライベート・ファイナンス・イニシアティブ (PFI)が導入されている。

### (3) ブレア及びブラウン政権 (1997年～2010年)

80年代後半から労働党内部にも、労働党の労組依存体質を改め中産階級にアピールする新たな国民政党を目指す動きが出てくる。その中心となったのがモダナイザー (近代主義者) と呼ばれるブレアやブラウンである。1994年ブレアは労働党が金科玉条のように守り続けてきた党の基本綱領第4条項「生産手段の共有 (国有化条項)」を改正し、この言葉を除いて市場と競争による経済活動を認めるもの書き換えた。これは労働党左派から強い反発を受けることになるが、これをニューレイバー (新しい労働党) のシンボルとして、国民、特に中産階級を味方につけていく。そして 1997年に政権についたブレアは経済政策では所得税を抑え、低インフレを求め、公共支出や借入れを抑えるという自由経済的な施策を推進していく。ただし、それは規制と規制緩和のバランスの上に成り立つ混合経済的なものであった。他方で、社会政策においては住民の連帯に基づくコミュニティの再生を掲げ、個人の責任と権利の上に成り立つ新しい福祉国家を目指していた。例えば、弱者を手当て (ネガティブウェルフェア, 依存型福祉) するのではなく、家族形成や就労を含めて「社会参加」の動機づけを持つ者を支援 (ポジティブウェルフェア, 自立型福祉) すること、公共サービスでの PPP (Public-Private Partnership) による官民連携を行っていくことを試みた。そして、こうした市民社会実現のためにブレアが最も重視したのが教育であった。このような中道主義的政策をブレア自身は「第三の道」として国民に示した。この第三の道の提唱に関してブレアのブレインとなったのがギデンス教授である。その概要を図表1に示した。

リーマンショックに始まる世界金融危機はイギリス経済を直撃する。ブラウン首相の対応は一時的にイギリス経済を好転させるものの、失業の増大、EU と連動する経済状況の不安定さは、イギリス国民、特に中産階級の EU への不信を増大させることになる。また、

労働党の親 EU 的な対応により労働契約における解雇の自由度が低下したことで、労働コストが増大し、これが経営者の不満を高めていった。さらにブラウン首相の失言などもあり労働党の支持率は急落することになる。

#### (4) キャメロン政権 (2010 年～)

経済不況、EU に対する不信感、そして 10 年余にわたる労働党政権への飽きもあり 2010 年の選挙で労働党は敗れ、代わって保守党と自由党の連立政権が成立する。これは保守党のみでは単独政権を擁立することができなかつたためであるが、キリスト教的な家族観・社会観を重視する保守党と環境対策や同性愛の容認といったリベラル性を重視する自由党は、必ずしもその政治理念において合わない点も多い。特に市場原理主義的政策に関しては保守党がそれを推進する立場であるのに対し、自由党は明確にそれに反対している。こうした状況から政権運営は必ずしも容易ではないのが現状である。しかし、NHS をはじめとする医療福祉政策については、保守党・自由党・労働党の枠を超えて、それを維持することが国民的合意となっており、その効率性・質をいかに高めていくかという方法論の差があるに過ぎない。この点においてキャメロン政権は、ブレアと同様、国民及びコミュニティの権利と責任を重視しており、具体的にはより多くの権限をボランティア団体、コミュニティ・グループ、地方政府などに与えて、貧困や失業など英国が抱える社会的課題に対応していく大きな社会の実現を目指している。

## 2. イギリスにおける医療制度改革

前節の政治動向の歴史的経緯に関する記述を基に、本節ではイギリスの医療制度改革がどのように行われてきたのかを改めて説明する。

イギリスの医療制度はベバリッジ報告 (1942 年) に基づいて 1948 年より導入された国民保健サービス (National Health Service: NHS) と呼ばれるものである。NHS では予防からリハビリテーションまでの包括的な医療が、税を財源として、全国民に提供されている (図表 2)。

国民は自分の家庭医 (General Practitioner GP: 一般医) をあらかじめ決めて登録し、通常の診療についてはまず家庭医の診療を受けなければならない。そして、家庭医が必要と判断した場合、病院の専門医に紹介されるというゲートキーピング (門番機能) の仕組みが導入されている。一般医及び病院での診療に関しては自己負担はないが、薬剤や歯科診療に関しては自己負担がある。

イギリスの医療は予算制となっているために、他の先進国に比較すると国民所得に占める医療費の割合が低くなっている。それでも 1970 年代のオイルショック以降、経済状況が悪化する中で医療費の増大が問題となった。その一方で長い入院待ち期間に代表される公的医療の非効率性も問題となった。医療の効率性の改善と医療費の抑制を同時に達成する目的で 1990 年に当時のサッチャー政権によって行われたのが国民保健サービス・コミュニ



ティケア改革である（図表 3）。この改革により、それまでは地区当局（日本の都道府県に相当）が医療財政とサービス提供を一括して行っていたものが、提供者と購入者に分離され、独立した経営主体となった病院（NHS トラスト病院）のサービスを地区当局が病院との価格交渉によって購入するという内部市場（擬似市場）の仕組みが導入された。さらに経営状況の悪い（＝非効率的な）病院についてはそれを閉鎖し、また清掃やリネン部門、給食や看護補助などの部門・人材は民間の派遣会社に委託するという経営のスリム化も行われた。こうした病院の民営化はサッチャーの後を継いだメージャーによって継続し、民間が病院を建設し、NHS トラスト病院に PFI (Private Finance Initiative) が導入された。これは病院の建設及びその後の運営を民間の出資によって行い、その運営会社に Trust 病院が賃料や管理費用を支払って病院医療を行うというスキームである。契約期間は 30 年以上にわたるものが一般的である。

また、家庭医についても登録患者のために病院医療を購入する権限と予算を持つシステムが導入された（これを GP ファンドホルダーという）。この改革により家庭医の地位が向上し、また薬剤処方量が抑制されるといった効果も部分的には観察された。しかしながら、事務コストが高くつくこと、また事前に予想したほど市場原理主義的な競争はおこらず、質やコストに関する改善効果も観察されなかった。

#### ブレア改革とその後の状況

1997 年に保守党に代わって政権についた労働党は、競争的な仕組みではなく、関係者間のパートナーシップに基づいて総合的なサービス提供体制を構築することを掲げ、NHS に関して以下の 6 つの原則を示した（Our Healthier Nation, 1997）。

- ① 全国民が質の高い医療にアクセスできる。
- ② 地方自治体の責任で国の示す基準に合う医療を提供する。
- ③ NHS と地方自治体のパートナーシップを確立する（Local health improvement programme の設立）。
- ④ 官僚制を排除し、パフォーマンスの評価に基づく効率的なサービス提供を実現する。
- ⑤ サービスの質にフォーカスをあてる。
- ⑥ 公的サービスとしての NHS への国民の信頼の再構築

上記の原則に沿った改革を進めるためにブレア政権は質の高い医療へのアクセスを保証するための NSF (National Service Framework)、費用対効果の高いサービスを提供するための NICE (National Institute of Clinical Excellence)、医療の質評価のための CHI (Commission for Health Improvement、現在は CQC: Commission for Quality Control) の 3 つの枠組みを創設した。以下それぞれについて説明する。

【NSF】NSF は領域ごとに医療サービスの基準とサービスモデルを設定し、それをプログラム化した上で実行をサポートする事業である。サービスモデルにおいてはパフォーマンス指標が設定され、合意された期間における実行状況がモニタリングされる。例えば、

がんの場合、一次医療（適切な紹介とフォローアップ）、二次医療（一般的な治療）、三次医療（専門的医療・特殊な医療）の階層モデルが設定されている。

【NICE】NICE は当該医療行為を NHS の提供するサービスに含めるかどうか検証するために、臨床家と NHS のスタッフが体系的に当該医療行為の費用対効果を評価する組織である。NICE の活動及びその指針は NHS の施策に重要であるだけでなく、MTA (Medical technology assessment: 医療技術評価) を制度化したものとして EU をはじめとする諸外国に大きな影響を及ぼしている。

【CHI】イギリスでは 1980 年代から種々の組織が医療の質評価に取り組んでいたが、共通の基盤がないため、そうした試みが施策に反映されることはなかった。また、国営医療のため経営の質を評価するということもなかった。CHI はこのような状況を改善し、NHS サービスの提供者の医療の質及び経営の質を評価する枠組みとして創設されたものである。CHI の事業を進めるために、国レベルで NHS Performance Assessment Framework が創設され、健康状態の改善、公正なアクセス、適切なケアの効果的提供、効率性、患者とその介護者による評価、医療アウトカムの 6 つを軸として、領域ごとの指標が設定されている。

こうした政策目標を達成するために、ブレア政権はコミュニティレベルでのマネジメント力の向上を試みた。具体的には個々の家庭医が予算を管理する仕組みではなく、医療職のグループ（50 人程度の家庭医、地域看護師、理学療法士など）が包括的な医療サービスに関する予算を管理するプライマリケアグループあるいはプライマリケアトラスト（Primary Care Group: PCG, Primary Care Trust: PCT）の仕組みを導入した。ここで重視されたのは PCT のコミッショニング機能であった。ここでコミッショニングの定義であるが、NHS はそれを、医療・福祉サービスが効果的に対象者のニーズを満たすよう確実に提供するプロセスと定義している。具体的には対象者のニーズの評価、そして評価結果に基づく優先順位を考慮した上でのサービスの調達とその提供状況の管理まで責任を持つプロセスである。また、新しい制度では従来以上に予防的なサービスが重視されており、看護師が 24 時間体制で電話やインターネットにより国民の健康相談にあたる NHS ダイレクトなどのサービスが提供された。

サービスの総合性を高めるためそれまでソロプラクティスの多かった GP の診療所（これを GP surgery という）については、徐々にグループプラクティス化され、5 人くらいの GP 及び Practice Nurse が共同で診療にあたる仕組みが一般化されている。Practice Nurse はいわゆる Nurse practitioner で乳幼児健診や妊婦の管理、予防接種、慢性疾患患者の管理などを行っている。

さらに地域ごとの医療政策をより効果的に行うために、従来の地域当局は戦略的地域当局（Strategic Health Authority; SHA）に改組された。これは国レベルで策定された健康政策を実現するためにはより地域別の状況を勘案他上で政策を展開することが望ましく、そのためには分権化が必要であるという政府の考えによるものである。さらに SHA レベル

に戦略的マネジメントの機能を持たせた上で、実際の政策目標の実施（operational management）は PCT にゆだねるという改革が行われた。

しかしながら、長い入院待ちで代表される医療の質の問題はなかなか改善されなかった。問題の根本にはそもそも医療に対する予算が少なすぎるがあった。そこで、ブレア政権は 2000 年の NHS 計画（NHS Plan 2000）で医療予算を増額することを公約に掲げ、実際医療に対する予算を大幅に増加させることになる。具体的には 2010 年を目標年度として以下のような目標が掲げられ、そして実行に移されていった。

- ・ 全国で 7000 ベッドの増床
- ・ 100 の新病院の建設と 500 の one-stop primary care service の創設
- ・ 3000 以上の GP 診療所の近代化
- ・ 250 台の CT スキャナーの新規導入
- ・ 医療職の増員：病院医師（コンサルタント）7,500 人、GP 2,000 人、看護師 20,000 人、セラピスト（OT/PT/ST）6,500 人、医学部定員の 1,000 人増

こうした医療全体への資源投資を増加させる一方で、医療の効率性をあげるためにいくつかの重要な改革が行われている。まず、その第一のものは個々の病院がより大きな裁量を持って経営にあたるようにするために、基金トラスト（Foundation Trust: FT）という仕組みが導入されたことである。FT になるためには経営状況の安定性や診療実績などの条件を満たす必要があるが、認定されると民間の金融機関から融資を得ることができ、また施設や人員の整備もより大きな裁量を持つて行うことができるようになる。

第二は病院医療からプライマリケアへの資源の再配分である。このためには病院医療の効率性の向上が不可欠であり、そのために目標が設定され、それをモニタリングする仕組みが導入された。これが前述の CHI の枠組みである。また、病院は病院で行うことが望ましい領域に特化し、プライマリケアにゆだねることができるものは、GP レベルで対応することとされた。そして、これを可能にするために PCT 内に少なくとも一か所の Community Health Center（多科診療所 Polyclinic）を創設することが義務づけられ、コミュニティレベルで一次医療とある程度の二次医療が提供される体制作りが進められた。

第三のものは民営化のさらなる推進であった。2000 年の NHS 計画では保健省と民間の医療提供者協会との間で、待期手術、救急医療、亜急性期医療（リハビリテーション等）の 3 領域で NHS の財源で民間の医療提供事業者が医療サービスを行うことが可能になった。また、2002 年以降はさらに民間事業者の活用が進み、白内障、股関節置換術、膝関節置換術、心臓手術などの待機手術を行う Independent-sector Treatment Center の設立が進み、NHS との契約下で国民がこうした施設で手術を受けることが可能になっている。さらにプライマリケア領域でも民活が進み営利民間組織が NHS 制度下での GP サービスを行うことが可能となっている。例えば、GP surgery が時間外診療のみをそのような民間業者に委託することも可能である。しかしながら、行き過ぎた民活も医療費増の点から懸念されており、2009 年には NHS が委託事業者に関して指定を行う Preferred Practitioner Model

が導入されている。

第四のものは支払い方式の変更である。例えば、従来の Trust 病院への支払いはどのような手術を何件という予測ベースの Block contract であったが、イギリス版 DRG である HRG の精緻化とコストデータが作成されたことを受けて成果に基づく支払い方式 Payment by Result (PbR)が導入された。HRG ごとの価格は当初は国レベルでの平均であったが、徐々にベストパフォーマンスレベルに変更されている。そして、その上でパフォーマンスの良い病院に追加のボーナスが支払われる Pay for Performance (P4P) の仕組みとなっている。さらに後述の Darzi レポートによる提言を受けて Quality account 制度も導入されている。これは CQC (かつての CHI) の定める臨床指標の達成度を各病院が測定し、それを 4 半期ごとに NHS 当局に提出し、各施設はその結果に基づいて支払額の調整を受けるという制度である。

第五の改革は患者個人のエンパワーメントとそれをサポートする医療職の育成である。具体的には慢性疾患を持つ患者のセルフケア能力向上を支援する Expert Patient Programme が開始され、患者の予防活動を支援する NPO の育成などが行われている。また、慢性疾患患者のセルフケアの支援については薬剤師の役割が重視されるようになっており、例えば OTC 医薬品の使用にあたっての薬剤師によるアドバイスが評価されている。患者のエンパワーメントに関しては NHS Direct という患者への助言システムも導入されている。これは 24 時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行うものである。2010 年の実績では 1 年間で 500 万件の電話相談と 4200 万件のインターネットへのアクセスがあったと報告されている。しかしながら、この仕組みについては当初の目的であった GP の負担軽減にはつながらず、かえって潜在需要を掘り起こし、GP への負荷を高めただけという批判もある。

第 6 の特徴は質の重視である。無料の医療が国民の広い支持を得ている一方で、長い入院待ちに象徴されるイギリス医療の質の問題はもう一つの重要な国民の関心事であった。1999 年の Health Act で質の保障義務が明記され、それを担う CHI (2009 年に CQC に改編) の創設、そして評価指標の総合的評価としてのスターシステム (質のレベルを星の数で評価: 現在は廃止されている) の導入、P4P や Quality account といった質と連動した支払方法の導入などが行われている。また、GP の Harold Simpson による患者殺害事件や Stafford General Hospital における C.difficile の院内感染による過剰死亡事件も国民の医療の質への関心を高めることとなった。

労働党政権下における NHS 改革の特徴は毎年出される白書や法律で、改革の目標が設定されたことである (例えば、1997 年 The New NHS: Modern, Dependable、1998 年 A First Class Service: Quality in the New NHS、1999 年 Our Healthier Nation、2000 年 NHS Plan 2000、2003 年 The Health and Social Care Act、2003 年 Keeping the NHS local-a New direction of Travel、2006 年 Our health, our care our say、2007 年 The World Class Commissioning Framework 及び Trust, Assurance & Safety)。そして、その状況をモニタ

リングするために医療の情報化が進み、現在では GP surgery の診察室の PC から、日常診療業務に連動する形で医療のパフォーマンスに関する情報が NHS に体系的に収集され、そして分析される仕組みとなっている。

近年の NHS 改革の動向を考える上で重要なものが 2007 年に出された Darzi report (High Quality Service for All) である。このレポートでは国民の健康を保持するための予防サービスの充実、患者のエンパワーメント、有効な治療の提供、患者安全の重視といった 1997 年の NHS 白書の内容を踏襲した上で、新しい提案として PCT が地方自治体との協力のもと患者の個別ニーズにあった総合的サービスをコミッショニングする体制を構築すること、NICE による質評価の対象を拡大すること（例えば、福祉サービスも含む）、ケアの質に関する体系的評価と結果の公表制度（Quality Account）の導入などが提案され実施に移されていった。また、同報告で「臨床家が改革の主たるプレイヤーになるべき」という提言がその後の CCG 創設につながっていく。

以上のような労働党政権における NHS 改革はどのような効果をあげたのであろうか。保守党政権と同様の民間部門の活用により NHS サービスは量・質ともに改善し、また医療の情報化と透明化が進んだことは確かである。NHS 予算の増額により手術数は大幅に増加した。例えば、1998-9 年に比較して 2009-10 年では白内障手術が 73%、股関節置換術が 47%、PCI が 227%、MRI による検査件数は 50 万件から 200 万件、CT による検査は 125 万件から 372 万件に増加している。GP サービスにおいても診療時間延長への経済的インセンティブが設定されたことから、2009 年には 77% の GP が診療時間の延長を行い、国民の GP サービスへのアクセスが改善されている。ブレア政権が設定した医療の質目標に関しても、例えば 10 万人の入院待ち患者の解消（2000 年 3 月に達成）、外来における予約後診察までの時間の短縮も 2002 年の 12.7 週から 2010 年の 4.3 週まで改善されている。しかし、他方で NHS 予算の増額の大半はスタッフの給与費に回っており、サービスの生産性・効率性は改善していないという指摘もある。また、ブレア政権になっても継続的に行われた病院への PFI 導入についても、コスト削減にはつながっていないという批判もある。もっとも効果のあった削減策は NHS 全体で 10% にもなる不動産の売却で、これは経営体質を強化した一方で、地方における病院へのアクセスを悪化させたという意見もある（地域間の医療提供体制の格差拡大）。さらに病院情報システムの整備が不完全な状態での医療の質指標の作成と公開（Quality account）制度の導入は、病院の事務負担を高めマネジメント部門の作業負担と人件費を増大させている。2011 年に出された Health in Transition –United Kingdom- の Conclusion の章では労働党政権は待機手術等などについてはその提供量を増加させ、Waiting list を削減するといった効果ももたらしたが、Value for money 改革については失敗したと結論づけている。ここで重要な点は一連の改革は好調な経済の裏付けのもとで行われてきたということである。一人当たり医療費と医療費全体に占める公的部門支出は 1980 年に £ 231・89% であったが、これが 2000 年には £ 1168・74% となっている。しかし、2000 年の NHS 予算の増額とリーマンショック以後の経済悪化の影響を受けてこ

これらの値は 2008 年には£1852・83%となっている。

### キャメロンによる NHS 改革

キャメロン政権による NHS 改革であるが、その基本的路線は労働党政権のものと大きな差はない。すなわち、民営化、地方分権化の推進とその前提としての個人およびコミュニティの自立である。しかし、前節の最後で記述したように、ブレアが政権についた時と異なり、財政状況は非常に厳しいものとなっており、キャメロン政権は前政権のような NHS に対する大盤振る舞いをすることはできない。

2010 年に新政権が出した白書 *Equity and Excellence* は”more freedom, more transparency”を掲げ以下のような改革案を出している。

- ・ 公衆衛生サービスの強化
- ・ Health and Social Care Information Center の創設
- ・ NICE による social care 領域の評価
- ・ NHS Trust 病院の廃止とその FT への全面的移行
- ・ CQC による質評価の強化 (Quality account の充実)
- ・ Monitor による医療及び経営の質の監視の強化。

いずれも前政権の政策を引き継いだものとなっており大きな変化はない。しかしながら財政状況の厳しさを受けて、効率性向上による費用の捻出と配分の改善が当面の政策目標の前提となっている。具体的には病院医療を効率化することで 200 億ポンドの財源を確保し (効率化基金)、それをもとに病院からコミュニティケアに資金を移すとしている。その第一の具体的施策が PCT の解体と CCG (Clinical Commissioning Group) の創設である。

PCT は高齢者の複合的なニーズに総合的に応えようという画期的な試みであったが、実際にはサービスの財源が NHS (医療) と自治体 (福祉) に分かれていることがネックとなり、調整役を担うスタッフのコミッショニング機能が十分には働かなかった。その原因の分析結果をふまえて、医療について病院からコミュニティケアにという流れを作るためには、コミッショニングに関してより臨床的な力を持った職種が担当した方が良いという結論となった。こうした検討結果を踏まえて現在のキャメロン政権は PCT を解体して CCG という新しい組織体を制度化した。

図表 4 はその仕組みを説明したものである。キャメロン政権による NHS の改組により、保健医療政策は保健省-4つの Regional office-27の Local officeの階層構造の中で行われることとなった。そして、各 Local officeの下に地域単位で CCG が組織されている (全国で 212 か所)。CCG は GP、NP、ソーシャルワーカーなどで構成されており、NHS と地方自治体の双方から予算を得る。GP グループの医師のうち、通常の臨床サービス以外にコミッショニングの役割も担うことになった者は、多職種チームによるアセスメント結果に基づいて、顧客である患者のためにプライマリケアサービス、病院サービス、福祉 (介護) サービス、メンタルヘルスサービスをサービス提供者から購入して、サービス提供を組織

化する。ここで注目される点はサービス提供者として民間事業者の役割が重視されていること、そして個人予算制度（Personal budget）という仕組みが可能となっていることである。個人予算制度とは利用者に例えば福祉サービスを購入する予算を与え、利用者自身が民間市場からサービスを購入することを可能にする仕組みである。このような改革の目的は価格競争を喚起することでサービス価格の抑制を図ること、そしてサービス量を増やすことであるとされている。

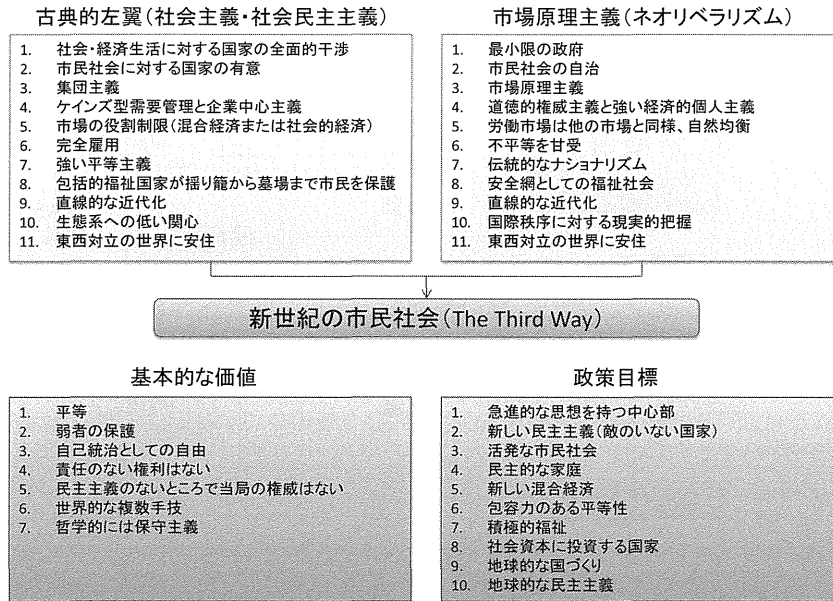
新しい病院形態である FT についても、対象施設数を拡大しその活動を促進する方向で改革が進められている。具体的には 2016 年までにすべてのトラスト病院が FT になることが目指されている。また、急性期入院医療を担う FT がアウトリーチとして外来センターや診療所を持つ例が増加しており、またトラスト病院内で私的医療を行う NHS pay-beds や NHS amenity-beds など一定の条件下で認められるようになってきている。さらに、イギリスでは私的病院の役割は限定的であったが、近年 NHS がより効率的な医療を促進する目的で、非 NHS の民間病院でのサービスをカバーする例も増えてきている（2008 年度は 68 億ポンド）。

このように現在イギリスではキャメロン政権下で、NHS の枠組みを守りながらも再び市場原理的な改革が進みつつある。

#### 参考文献

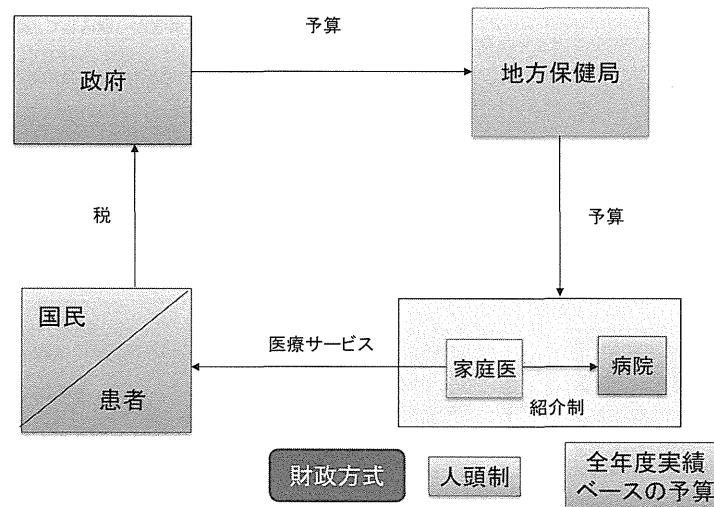
- 1) Boyle S: United Kingdom (England) Health System Review, Health Systems in Transition, Vol.13(1), 2011.
- 2) 岐部秀光： イギリス 矛盾の力、東京：日本経済出版社、2012.
- 3) 黒岩徹： 決断するイギリス ニューリーダーの誕生、東京：文芸春秋社、1999.
- 4) 林信吾： イギリス型「豊かさ」の真実、東京：講談社現代新書、2009.
- 5) 川北稔： イギリス近代史講義、東京：講談社現代新書、2010.
- 6) 小田兼三： 現代イギリス社会福祉研究、東京：川島書店、1993.
- 7) ジョン・バトラー（中西範幸訳）：イギリスの医療改革、東京：勁草書房、1994.
- 8) 松溪憲雄： イギリスの医療保障 その展開過程、東京：光生館、1998.
- 9) 仲村雄一・一番ヶ瀬康子（編）： 世界の社会福祉④イギリス、東京：旬報社、1999.
- 10) 社会保障研究所（編）：イギリスの社会保障、東京：東京大学出版会、1987.

図表1 第三の道



出典: 岐部秀光(2012)

図表2 National Health Service (サッチャー改革以前)







## II. フランスにおける近年の医療制度改革

### 1. フランスにおける近年の政治動向

#### (1) 主な政党とその特色

表%にフランスにおける 1980 年前後からの政治動向を示した。フランスにおける主要政党としては保守党、労働党、自由民主党がある。それぞれの政治理念の特徴を簡単に記述すると以下ようになる。

【RPR】ゴーリズムを継承する右翼政党。前大統領のシラクが結成した。経営者層をはじめとするブルジョワ階級が支持基盤。

【UDP】中道派諸政党の結集。RPR と支持基盤が重複する。

【社会党】本来、社会民主主義を理念とする左翼政党であるが、ミッテラン政権下に中道化が進み、その政策については右派と差がなくなっていると評価されている。

【共産党】マルクス・レーニン主義ではなく、ユーロ Kommunismus を掲げる左派政党。核開発やフランス国軍の支持など、愛国的な側面が強い。ミッテラン政権で入閣した 1980 年代より支持率が急落しており、その存在意義が問われている。

【エコロジスト】GENERATION ECOLOGIE と VERTS の 2 グループがある。左でも右でもないが、前者がより政権への参加を目標に現政権に対して現実的な対応を取る傾向があるのに対し、後者はより原理主義的である。環境問題を争点として、かつての共産党支持者や社会党支持者あるいは知識層を取り込み、一時的に中央及び地方選挙で躍進を遂げたが、環境問題以外の政策に関して無力であることを示し、その後の選挙では大きく支持を失っている。

【国民戦線】従来、極右ネオ・ナチ政党としての特色が強かったが、現在は「フランス人のためのフランス」を理念として掲げ、移民政策の強化、フランス国民の雇用の保障などを訴え、その支持基盤を拡大している。

#### (2) ミッテラン社会党政権 (1981 年～1986 年)

1981 年の大統領選挙で勝利したミッテランは 23 年ぶりとなる左翼政権を設立することになった。ミッテランが勝利した背景要因としては苦しい経済状況に対する国民の不満があった。高いインフレ率 (14%) と貿易収支の悪化 (1300 億フランの対外債務)、そして失業の不安 (失業者 160 万人以上) が国民に蔓延し、「生活を変えよう」というミッテランのスローガンが国民の大きな支持を集めた。政権についた当時のミッテランの経済政策は生産手段の大規模な国有化を前提とした生産体制の強化とそれによる経済成長の回復と税収の増大、その配当を用いて雇用を増大し、社会的不均等を是正していくというケインズ的なものであった。これは当時英米両国でサッチャー首相及びレーガン大統領の小さな政府による新自由主義的な改革と対照的なものであった。電気公社などの 5 大企業グループやスエズ銀行などの金融二行など多くの企業が国有化され、83 年までに 21 万人の公務員増加や若年者の就業を容易にするための職業教育の充実や 60 年定年制、週 39 時間労働制など

の対策が取られた。また、1982年のオール法により勤労者の権利が強化され、労働者の表現の自由や企業単位での企業委員会の設立と労使間の団体交渉の義務化などが定められた。さらに、国民の購買力向上のために最低賃金や各種社会手当（老齢年金、家族手当など）の増額が図られ、金利引き下げも行われた。これにより1982年の公共部門の支出は27.6%増となった。

この時期のミッテラン政権下におけるもう一つの重要な改革は地方分権化を進めるための1982年「コミュン・県・地域の権利と自由」法である。これにより従来中央政府が任命していた県知事の権限が住民の選挙によって選出された地方議会議長と市長に継承された。

公約に従って社会主義的な改革を矢継ぎ早に行ったミッテラン政権であったが、その効果は上がりず失業問題は悪化し続け（1983年に200万人に増加）、貿易収支の赤字は拡大し続け、高いインフレ率も持続したままで国民生活はさらに厳しいものになっていった。インフレ抑制と財政の健全化を目指して、政権は一転緊縮財政に転じ、政権をとった翌年には賃金・物価凍結措置をとることになる。しかし、当時のフランス産業の問題として近代化の遅れがあった。企業の国有化は、フランス企業が国際競争にさらされて技術革新を行っていくことを結果的に阻害し、その競争力が上がることはなかった。そのために失業率も国際収支も改善することはなく、大きな政府の限界が顕在化していった。こうした中、ミッテランはファビウスを首相に指名し、企業の活性化を目途としたネオリベラル的な改革を進めていくことになる。具体的には、社会保障関係の企業負担の軽減、社会保障支出の削減、若年失業者対策としての公益事業（TUC：地方公共事業体にパートタイムで雇用）などが行われた。こうした一連の改革によりインフレは落ち着くが、雇用及び経済成長の面ではうまく行かず、国民の不満はさらに高まっていった（1985年の失業者数は300万人超：全就業人口の10%）。

### （3）ミッテラン第一次連立政権（1986年～1988年）

一向に改善しない社会経済環境に対する国民の不満は1986年の総選挙の結果として現れた。RPR及びUDRといった保守派は国営企業の民営化を訴えるとともに、テロや治安対策での社会党政権の失政を批判し、総選挙に勝利する。この結果をふまえてミッテランは首相にRDRのシラクを指名する。ここにフランスの政治史上初めての保革連立政権（コアビタション）が成立する。コアビタションにおいては、大統領が軍事・外交、首相が内政を分担するのが原則であるが、ミッテランとシラクの関係は悪く、ミッテランはたびたびシラク内政に干渉した。

シラクの政策は反ケインズ・反社会主義にあり、国営企業の民営化（BNP等多数）、経済活動に関する規制緩和、自由競争の推進を積極的に行っていた。こうした民営化により400億フランに上る税収があり、さらに国民の消費を刺激する目的で大規模な減税も行われた。ただし、国営企業の民営化と言っても、その株式の引受先は多くの場合政府系企業であり、フランスの伝統である国家統制（ディリジズム）は依然として強く残っていた。こ

の意味において、アメリカやイギリスで市場原理主義的な改革で出現した大衆資本主義（新しい中産階級の出現）はフランスでは実現しなかった。市場原理主義的な改革は医療部門でも行われ、公立病院における医師の私的医療の認可、公的病院における営利的活動の認可などが行われた。

経済政策では一定の成果を上げたシラクであったが、テロ対策や教育改革では思うような結果を出せず、逆に大学教育を自由競争にさらそうとするシラクの改革に対して生じた学生・教員のデモとその際の偶発的な機動隊と学生の衝突による学生の死亡事故や賃上げを要求する各種公共機関のストライキの頻発などにより、フランス社会は騒然とした雰囲気になっていった。こうした一連の反社会的な活動に対し、シラクは毅然とした態度をとり続け、事態は次第に収拾されていたが、シラクの強引な態度に対する国民の不満は高まっていった。

#### （４）ミッテラン社会党政権（1988年～1993年）

1988年の大統領選挙において、ミッテランは社会正義と平等を旗印に国民の感情に訴える作戦に出た。シラクの主張する新自由主義的改革による「偉大なフランスの復活」は、国営企業の民営化がそうであったように一般国民にとってはエリートによるフランス経済の独占にしか見えなかった。大統領選に勝利したミッテランは国民議会を解散し総選挙に打って出た。しかしながら、社会党は第一党にはなったものの議会の過半数を占めることができず、左派を連合する形で政権運営を行うことになる。

前回の社会党政権において、企業の民営化をはじめとした社会主義的な実験は失敗しており、この政権では第一次コアピタション時と同様の政策を継続することとなった。これによるフランス政界の中道化はさらに進んでいくことになった。

こうした中国民の支持を集めるようになったのがルペン党首率いる国民戦線（FN）である。人種差別と排外主義をその基本的姿勢とするFNは失業率の高さと治安の悪化は移民や外国人のせいであるとして、「フランス人のフランス」を取り戻すことを主張した。また、エリートによる統治を批判し、こうした姿勢が失業に悩む若者や労働者層、さらには伝統的な価値観を持つ保守層の支持を集めていく。

ここで移民問題について簡単に説明する。フランスは伝統的に移民に寛容な国であった。戦後の復興過程で若い労働力を必要としたフランスの産業界は旧植民地からの労働者を積極的に受け入れた。さらに1961年のアルジェリア紛争においてフランス軍の兵士としてアルジェリアと戦ったアルジェリア人（アルキ）とその家族もフランス国内に移民として入ってきた。しかし、当初は一時的な労働力（経済移民）として入ってきた外国人は次第に定住化していき、さらに母国から家族を呼び寄せるようになる。しかし、宗教やフランス語能力でハンディのある外国人がフランス社会で安定した地位に就くことは難しく、高い失業率や居住地区のゲットー化などを通して、治安的にもフランス社会の不安定要素となっていった。