

英国社会保障の現状及び今後の動向

(財) 自治体国際化協会 CLAIR REPORT NUMBER 078 (OCT. 15, 1993)

はしがき

第1章 総論

第2章 各論

第1節 NHS (医療制度)

第2節 健康対策 (総合保健戦略)

第3節 社会福祉制度

第4節 児童福祉制度

第5節 所得保障制度

財団法人 自治体国際化協会
(ロンドン事務所)

目 次

は し が き	.....	1
第1章 総 論	.....	2
1 社会保障に関する与野党の基本的考え方	.....	2
2 人口等の動向	.....	5
3 社会保障に関する行政組織	.....	9
第2章 各 論	.....	11
第1節 NHS（医療制度）	.....	11
1 NHS（国民保健サービス）制度の概要	.....	11
2 プライベート医療の概要	.....	19
3 NHS改革の評価	.....	20
4 NHS予算の抑制方策	.....	22
5 ロンドン地域の病院の統廃合問題	.....	23
6 NHS機構改革の問題	.....	24
（地方保健当局制度の廃止及び地区保健当局の統合）		
7 NHSの歯科医療の診療報酬	.....	25
第2節 健康対策（総合保健戦略）	.....	26
1 経 緯	.....	26
2 内容の概略	.....	26
第3節 社会福祉制度	.....	32
1 社会福祉制度の現状	.....	32
2 コミュニティ・ケア改革	.....	39
第4節 児童福祉制度	.....	54
1 児童法の施行	.....	54
2 保育サービス	.....	54
3 児童給付	.....	55
4 児童扶養法の施行及び児童扶養庁の設置	.....	55
第5節 所得保障制度	.....	56
1 年金制度	.....	56
2 福祉関連給付	.....	78

は し が き

「揺籠から墓場まで」という言葉から想起されるように、我々日本人にとって、英国は社会保障（福祉）の先進国という理解が一般的である。来英しての訪問視察を含め、日本の地方公共団体関係者からの引合いが最も多いのも、この分野である。

実際、英国においては半世紀この方、社会保障（福祉）は、政権交替に伴う多少の揺れにもかわらず、国の最大の政策課題の一つであり続けたし、自治体にとっては予算・人員ともに教育と並ぶ主要行政領域である。また、ボランティア等の民間団体が大きな役割を果たしていることも良く知られているところである。

ところで、長い歴史を有し世界をリードしてきたこの国の社会保障（福祉）制度についても、サッチャー政権以来現在まで、NHS（国民保健サービス）やコミュニティ・ケアをはじめとする大胆な改革が進行中である。財政難を主要な契機とし、市場原理の導入を図るなど、その背景及び手法は、教育その他の分野における一連の改革とある面で軌を一にし、我が国の社会保障（福祉）関係者の参考になる点も多い。

そこで、この度、社会保障（福祉）に関する現行の制度及び改革の動向等について紹介するため、在連合王国日本国大使館一等書記官の北村彰氏（現在は帰国され、厚生省大臣官房国際課に勤務）に執筆を依頼した。クリアレポートとしては既に「英国における社会福祉」（第36号）を発行しているところであるが、氏には最新の統計数値、図表等も加えながら専門的かつ分かりやすい解説をお願いした。

本稿は、氏が在英勤務中の本年6月時点で執筆されたものであり、また、一部に日本国内の雑誌等にかつて掲載された原稿を含んでいる。なお、本文中意見にわたる部分については氏の私見であることを念のため申し添える。

第 1 章 総 論

1 社会保障に関する与野党の基本的考え方

(1) 政府与党

① 増税路線と歳出カット路線の対立

最近の深刻な不況の影響で税収が落ち込んだ影響もあり、財政収支は急速に悪化しており、このままでは赤字が5百億ポンドに膨らむことが見込まれる。このような状況の中で、保守党内には、ア) 歳出水準維持のためには増税やむなし、という意見と、イ) 小さな政府を目指して社会保障等の歳出の大幅カットを行うべきだ（主にサッチャー派）とする左右に対立する意見がある。

② メージャー首相の路線

メージャー首相は増税よりは歳出抑制を重視しているものの、サッチャー派のような極論にも組みしない姿勢を保っている。

サッチャー前政権の路線を引き継いだメージャー政権は、社会保障、文教などの分野でサッチャー政権時代に行われた改革路線を継承・推進し、また、他の公共分野についても一層の民活の推進によりサービスの向上を図ることを表明している。

しかし、一方においてメージャー首相は先の総選挙での社会保障分野の公約を守らなければならない、また、不況下での国民感情にも当然考慮を払わなければならない。すなわち、先の総選挙では、社会保障に関連して、ア) 老齢年金や児童給付の給付水準の引下げは行わない、イ) NHS予算の実質増を図る、ウ) 増税は行わない（中期的には所得減税を実施する）、ことが公約されているため、これを反古にするような政策を取ろうとする場合には相当の政治的混乱が予想される。

このような状況を考慮して、メージャー首相は、昨年11月の歳出予算の発表の際には、年金、諸手当について新たな給付制限や実質的な額の引下げを行わなかった。その際の閣内での事情については、サッチャー派のリリー社会保障大臣は新たな給付制限等の実施を提案したものの、メージャー首相がこれに反対し指導力を発揮した結果であると新聞に書かれている。

③ 歳出抑制に向けての新たな動き

本年2月7日ポルティオ大蔵大臣（閣外）は歳出の抜本的見直しのため関係各省との協議を開始したと表明した（ポルティオ大臣はリリー社会保障大臣と並びサッチャー派の若手有力政治家である）。

この歳出の抜本的見直しは全分野を対象とするものであるが、医療、社会保障（年金、手当等を指す）、教育、司法警察の4分野が見直しの重点事項として名指しされている。ポルティオ大臣は、社会保障の中で児童給付及び薬剤費の伸びについて特に言及した。

見直しの結論については、直ちに来年度予算に反映されるものもあるものの、抜本的改革については次期総選挙後になるものもあるとし、前回総選挙での公約にも配慮した姿勢を示している。

年金、手当等については、リリー社会保障大臣はその演説で基礎年金に対する適用除外制度や所得制限の導入の検討に触れた。その他の検討事項としては、傷病給付及び失業給付の適用除外制度の適用、傷病給付の受給要件の強化、失業給付の受給期間の短縮、児童給付や傷病給付等の課税、基礎年金等の実質価値の凍結、等が噂されている。

しかし、これらの検討項目の中には、メジャー首相が従来から反対しているものや社会保障省事務当局が実現性・有効性に疑問を持っているものも多く含まれている。社会保障制度の見直しについては、次期総選挙までには大幅な改革は政治的に不可能との見方も根強い。

一方、医療分野については、ボトムレイ保健大臣はNHS（国民保健サービス）における民間セクターの一層の活用及び薬剤費の抑制の検討に触れている。

ポルティオ大蔵大臣の発表は、メジャー内閣の歳出抑制に対する強い熱意を示したものと見られているが、一方で、細かい検討項目に関しては観測気球的要素が強いと見られている。

(2) 労働党

① 総選挙敗北の反省

労働党が昨年春の総選挙で敗北したのは、ア) 長期にわたり政権から離れている労働党による経済運営に対する不安、イ) 労働党の増税路線に対する国民（特に中所得層）の反発、であった。

総選挙敗北の責任をとって辞任したキノック党首の後を引き継いだスミス党首は、「労働党は過去のドグマを拒否しなければならない」とし、現実路線を一層推進しようとしている。また、労働党の中でも前回総選挙の敗北に対する反省の声が高まっている。社会保障給付のあり方については、「給付増のために多大な財源を必要とする児童給付は既に時代遅れであり、基礎年金についても高収入の人には必要ないのではないか。普遍的給付よりはニードの高い人にターゲットを絞った給付の重点化を図るべき」という議論が出ている。

② 「社会正義委員会」の発足

1992年12月、労働党は学識経験者による「社会正義委員会」を発足させ、ベバリッジ報告以来最も急進的かつ包括的な見直しを行うことを発表した。この委員会は党とは別個の委員会であり、同委員会の最終報告書がそのまま労働党の見解になるわけではないが、次期総選挙に向けての労働党の路線に大きな影響を与えることが予想されている。

社会正義委員会は、本年夏までに最初の見直しを行い、「英国の貧困地図」と題するディスカッション・ペーパーを発表する予定である。

しかし、労働党の中には、このような路線に対する反対の意見も根強くある。スミス党首は、「児童給付や老齢年金については個人的には普遍的な給付が望ましいと思う」などと社会正義委員会の議論を牽制するような発言を行っており、今後の舵取りには相当の困難が予想される。社会正義委員会の最終報告書の発表時期は、次期総選挙が近づかないうちには出せないものと見込まれている。

③ NHS改革の容認

労働党のNHS改革（1991年4月本格施行）に対する従来の見解は、「NHSの民営化につながる」、「医療に階級格差を持ち込む」として、「絶対反対・制度廃止」の姿勢を貫いてきた。

しかし、保守党が総選挙で勝利し、引き続きNHS改革路線が堅持されたことにより、1994年にはNHS病院の95%がNHSトラスト病院になり、家庭医の90%近くがGPファンドホルダーになることが見込まれている。

このような見通しの中で、労働党は従来 of NHS改革絶対反対の姿勢を転換した。労働党影の保健大臣は、「時計を元に戻すことはできない」とし、労働党政権になってもNHSトラスト制度等の廃止は行わず、必要な規制・監督の強化により対応する方針を明らかにした。

2 人口等の動向

(1) 人口構造の変化

英国の人口は1990年現在、5,741万人（男2,801万人、女2,940万人）と我が国の約半分であり、その伸び率は年率0.2%程度である。

1990年の年齢3区分の人口は、14歳以下が1,092万人[19.0%]、15歳から64歳が3,750万人[65.3%]、65歳以上が899万人[15.7%]（〔 〕内は総人口に占める割合）である。

14歳以下の人口はこれまで減少傾向にあったが、近年微増傾向に転じた。15歳から64歳の人口及び65歳以上の人口は1980年代を通じて微増傾向にある。また、75歳以上の高齢者人口は相対的に高い増加傾向を示している。

1990年の65歳以上の人口比率（高齢化率）は15.7%となっているが、英国では1981年に初めて15%に達してから今日まで15%前後で安定しており、OECD平均や我が国と比較して早くから高齢化が進行した国である。高齢化率は今後しばらくは同様の状況が続くことが予測されているが、その後2010年以降再び急増することが予想されている（以上、表1の1ないし表1の3参照）。

表1の1 人口動向

	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
	千人								
総人口 ①	55,632	56,215	56,314	56,618	56,763	56,930	57,065	57,236	57,411
0～14歳	13,406	13,129	11,824	10,897	10,799	10,748	10,761	10,825	10,920
15～64歳	34,976	35,192	36,078	37,163	37,281	37,368	37,422	37,458	37,502
65歳以上	7,250	7,894	8,412	8,558	8,683	8,814	8,883	8,954	8,988
割合 ②	%								
0～14歳	24.1	23.4	21.0	19.2	19.0	18.9	18.9	18.9	19.0
15～64歳：A	62.9	62.6	64.1	65.6	65.7	65.6	65.6	65.4	65.3
65歳以上：B	13.0	14.0	14.9	15.1	15.3	15.5	15.6	15.6	15.7
A/B	4.8	4.5	4.3	4.3	4.3	4.2	4.2	4.2	4.2
③									
合計特殊出生率	2.45	1.81	1.89	1.80	1.78	1.81	1.84	1.85	—

資料：①②：OECD Labour Force Statistics

③：UN Demographic Yearbook 他

表1の2 人口の年齢区分別割合の将来設計

	1950	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
割合	%								
0～14歳	22.3	21.1	19.1	20.5	19.9	19.9	19.0	17.9	18.8
15～64歳：A	66.9	64.0	65.8	65.0	65.5	63.8	61.8	61.7	62.4
65歳以上：B	10.7	14.9	15.1	14.5	14.6	16.3	19.2	20.4	18.7
A/B	6.3	4.3	4.4	4.5	4.5	3.9	3.2	3.0	3.3

資料：OECD Demographic Data File, medium fertility variant projections
(1950年及び1980年は実際の数字。1990年以降は推計)

表1の3 平均寿命・乳児死亡率

	1960	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
平均寿命										
男	68.3	68.6	—	70.2	71.5	71.9	71.9	72.4	72.8	—
女	74.2	75.2	—	75.9	77.4	77.6	77.6	78.1	78.4	—
乳児死亡率 (出生100対)	2.25	1.85	1.60	1.21	0.84	—	—	—	—	—

資料：OECD Health Systems: Facts and Trends (1992, forthcoming)

今後1990年代の高齢化率の推移の内訳について見ると、後期高齢者の割合が増加することが見込まれている。すなわち、65～75歳人口の割合は若干減少するが、一方、75歳以上人口の割合は増加することが見込まれており、これに伴い、障害のある後期高齢者が増加することが予想されている（図1参照）。

なお、障害者数については、従来政府統計が実施されていなかったことから最近の動向が不明確であったが、1988年に人口統計調査局（OPCS）が障害者（児）に関連する詳細な統計結果を発表した。これは障害の程度を10段階に、また、障害のある分野を13種類に区分したもので、その概要は表2のとおりである。

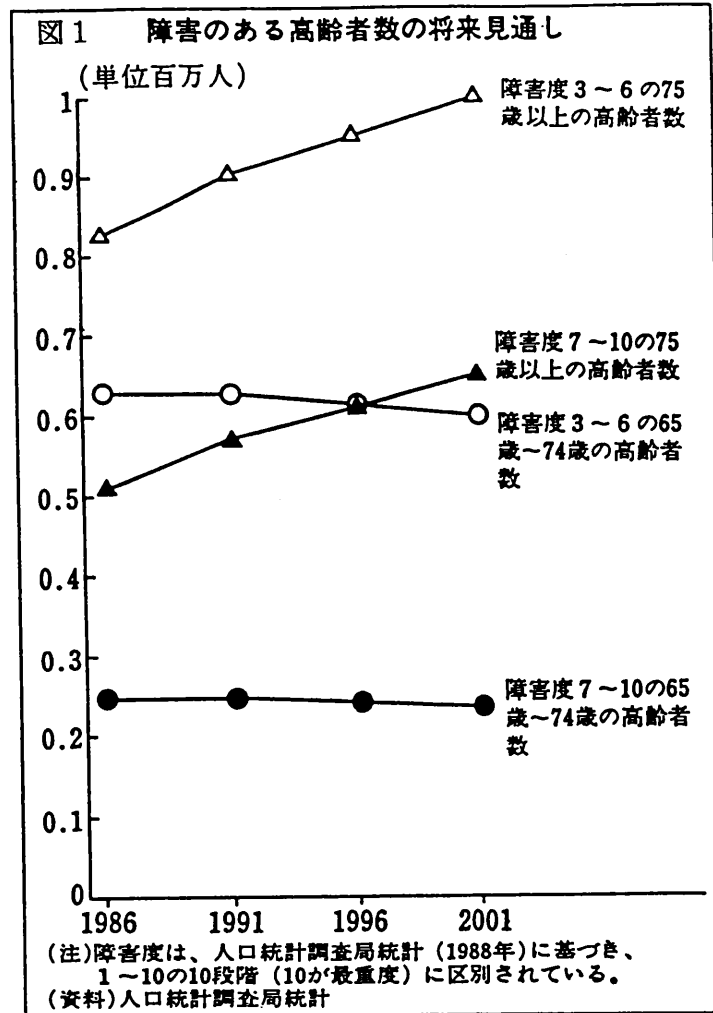


表2 障害者(児)数(推計)

障害の程度別 (単位:1000人)

障害の程度	10(最重度)	9	8	7	6	5	4	3	2	1(最軽度)	合計
16歳以上	210	365	396	486	545	708	704	750	840	1198	6202
15歳以下	34	25	31	46	38	43	43	48	19	33	360

年齢別 (単位:1000人)

年齢階級	0-4	5-9	10-15	児童計	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80以上	成人計
人数	75	123	163	360	76	264	342	453	793	1334	1687	1254	6202

障害の内訳別 (単位:1000人)

	移動障害	視力障害	聴力障害	行動障害	コミュニケーション障害	失禁等の障害	パーソナル・ケアの障害	手指に関する障害
16歳以上	4332	1668	2588	1347	1202	1142	2483	1737
15歳以下	100	22	65	237	121	105	85	39

資料:人口統計調査局統計(1988年)

(注)1. 15歳以下と16歳以上は別々に調査が行われている。

2. 北アイルランドを除く数字

3. 障害の分野は13種類に分類されている。

(2) 移民の動向

外国人労働者の扱いは、EC国籍の外国人とEC諸国以外の国籍の外国人で大きく異なる。EC国籍の外国人については、英国への就労のための出入国は基本的には自由に認められている。

EC諸国以外の国籍の外国人については、厳しい外国人労働者政策を採用している。すなわち、EC諸国以外の国籍の外国人が英国で就労するためには労働許可を取得しなければならないが、この労働許可は、当該労働者が専門資格保有者等であること、国内及びEC諸国内で適任者が見出だせないこと等の条件を満たさなければ発行されない。1990年の労働許可の発行件数は34,611件である。

外国からの移民についても厳しく制限している。特に近年政府は東欧からの経済難民申請の増大に苦慮しており、このため入国審査体制の一層の強化を図っている。なお、1980年代後半の定住許可数は毎年5万人程度で推移している。

英国の人口の人種別内訳を見ると、約250万人のエスニック・マイノリティと呼ばれる人々がいるが、これは戦後の産業復興のための労働力確保のために移民を奨励した時代（1962年まで）に英国に定住した人々及びその家族が多い。

表3 英国の人口の人種別内訳（1987～1989年）

（単位：千人）

エスニック・マイノリティ						
西インド・ ギニア人	インド人	パキス タン人	バングラ デシュ人	中国人	アフリ カ人	アラブ人
482	779	433	112	132	127	72

エスニック・マイノリティ			白人	不明	合計
混血	その他	小計			
284	149	2,569	51,600	498	54,666

（注）北アイルランドを除く。

資料：Social Trends 22

3 社会保障に関する行政組織

英国における厚生行政関係省庁は、国にあっては保健医療全般及び社会福祉サービスを担当する保健省と所得保障を担当する社会保障省があり、それぞれの組織は図2及び図3のとおりである。

図2 保健省の組織

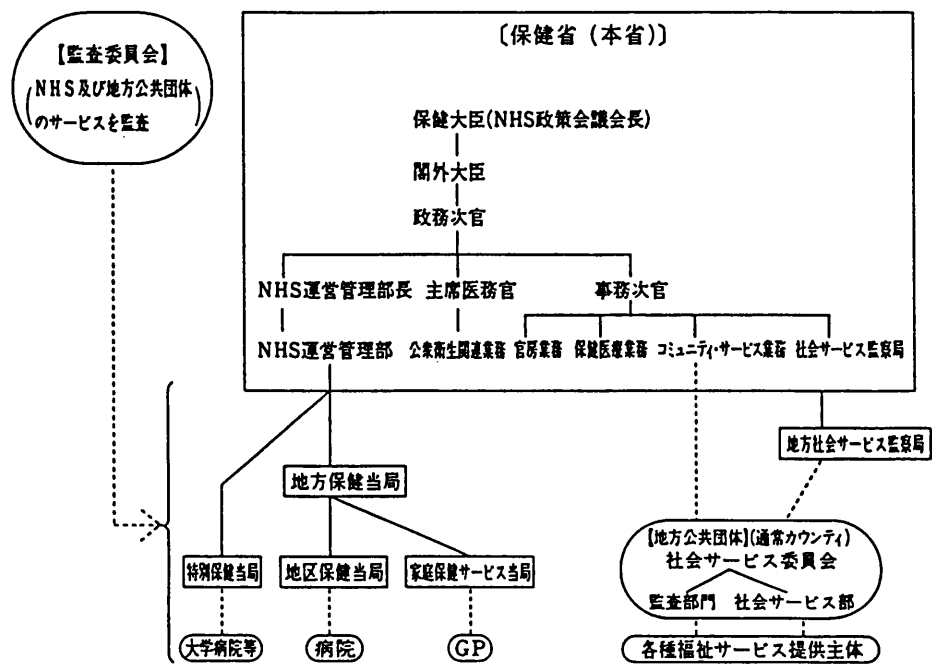
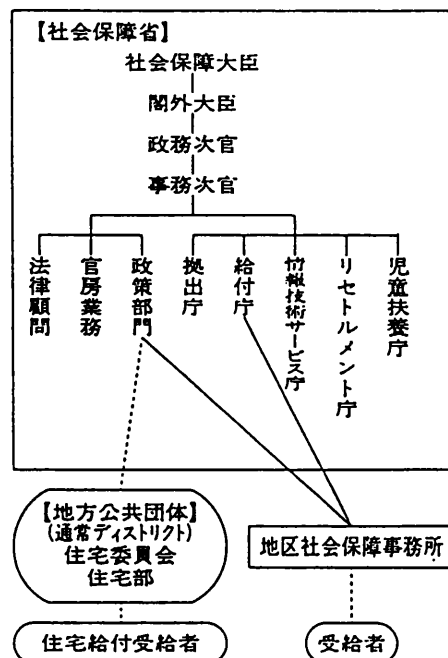


図3 社会保障省の組織



(注) 1. 英国の社会保障行政組織は複雑であり、実際には保健省と社会保障省が所管している行政分野については、地域により両省以外の関係省庁（ウェールズ省、スコットランド省、北アイルランド省）が所管している。概略的には、保健省はイングランド地域のみを所管し、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの各地域は各々ウェールズ省、スコットランド省、北アイルランド省が所管する。また、社会保障省はイングランド、ウェールズ及びスコットランドの3地域を所管し、北アイルランド地域は北アイルランド省が所管する、といえるであろう。

この他、環境省は住宅給付や生活衛生行政を所管、内務省が麻薬対策を所管するなど、保健省、社会保障省以外の省庁が所管するものもある。

なお、年金等の申請事務は国の地方機関である社会保障事務所が行い、医療についても国の地方機関である地区保健当局等が地域医療体制の確保を担当している。

2. 英国の行政制度を所管する省庁が地域別に分かれているため、英国の統計については、イングランドのみ、イングランド及びウェールズのみ、グレート・ブリテン（イングランド、ウェールズ及びスコットランド）のみ、英国全国、のそれぞれを対象とする統計が混在する。本稿では、特に断らない限り英国全国の統計を利用し、それ以外の場合には注釈をつけた。
3. 四角で囲まれた機関は国の機関である。
4. 国及び地方公共団体の内部組織及び各機関間の関係は簡略化して記述しているため、必ずしも正式な名称を表すものではない。

地方公共団体にあっては、社会サービス部、住宅部等が国と協力して事務事業に当たる。なお、英国の地方行政構造は、表4のとおり地域により異なる。一般的には、カウンティは全体計画、交通、警察、消防、教育、対人福祉サービス等を担当し、ディストリクトは住宅、生活衛生、ゴミ収集等を担当しているといえるが、地方行政が一層制の地域では権限の配分が異なる（例えば、教育、対人福祉サービス等については、大都市圏域等ではディストリクトが担当する）。

表4 英国の地方制度

地 域 名	広域自治体 (県に相当)	基 礎 自 治 体 (市町村に相当)	備 考
イングランド	カウンティ (無) (無)	ディストリクト 大都市圏ディストリクト ロンドン・バラ及びシティ	マンチェスター等の大都市の場合 ロンドン地域の場合
ウェールズ	カウンティ	ディストリクト	
スコットランド	リージョン	ディストリクト	
北アイルランド	(無)	ディストリクト	

第2章 各論

第1節 NHS（医療制度）

現在のNHS制度は、1946年、当時の労働党政権下で制定されたNHS法に基づき、1948年より実施されている。制度発足当時の基本的な仕組みは、病院の国営化、GP（家庭医）と国との請負契約の締結等による医療供給の社会化を前提に、主として税によって経費を賄うことにより、住民のすべてに原則として無料で医療を保障しようとするものであった。

しかし、処方箋料の患者負担制度の新設（1949年）以降の患者負担の増額、1991年には地区保健当局等の役割の変更、NHSトラスト病院・GPファンドホルダー制度の発足により、NHS制度の内容は大きく変化してきている。

1 NHS（国民保健サービス）制度の概要

（1）NHSサービスの内容

① GP（家庭医）サービス

GPによる診療等のサービスを受けるためには、住民は、あらかじめ自分でGPを選択して、そのGPに登録しておかなければならない。住民は、医療が必要な場合には、救急医療等の場合を除き、あらかじめ登録しているGPに診療の予約をとった上で受診する。診察の結果、GPが専門的医療が必要と判断した場合には、病院を紹介する。また、薬剤の処方が必要と判断した場合には、患者に処方箋を交付する。この場合、患者はNHSと契約を結んでいる薬局に行き、患者負担（処方箋料）を支払った上で薬剤を入手する。

② 歯科医サービス

患者がNHSサービスとして歯科診療を受けるためには、NHSと契約を結んでいる歯科医に受診しなければならない（GPサービスの場合と異なり、住民があらかじめ歯科医に登録をする制度はない）。歯科医は、原則として「継続ケア」と呼ばれる包括的ケア契約を患者と個別に結び治療を行うとともに、ケア契約継続期間中の口腔保健にも責任を持つ。

③ 病院サービス

患者は、NHSサービスとして病院に受診する場合には、GPの紹介を受けなければならない（救急医療等の場合を除く）。

G P（後述するG Pファンドホルダーを除く）が患者を紹介できる病院の範囲は、あらかじめ地区保健当局が契約を結んでいる病院に限定される。G Pファンドホルダーは、自らが個別交渉で契約した病院に患者を紹介する（いずれの場合についても、G Pが紹介できる病院の対象範囲はN H S直営病院に限定されるわけではなく、N H Sトラスト病院やプライベート病院も紹介の対象になり得る）。

④ 地域保健サービス

地域保健サービスの中核はG Pといわれており、予防接種・検診の実施、地区看護婦に対する指示など幅広い業務が期待されている。

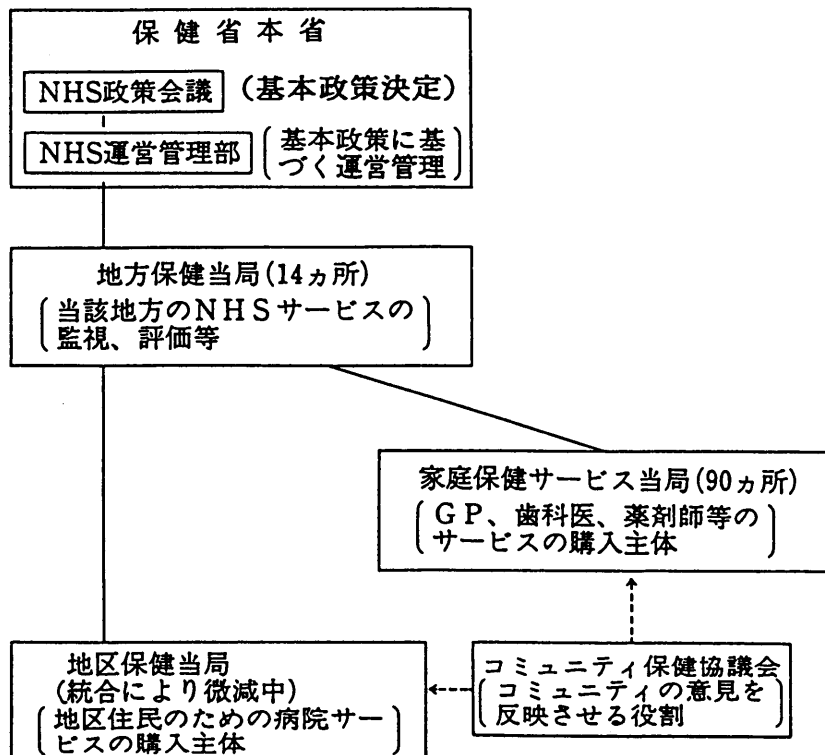
G Pとの連携の下に、地区保健当局に所属する訪問保健婦、地区看護婦、助産婦が地区住民に対する各種保健サービスを実施している。また、地区の児童、障害者等に対する歯科保健サービスも行われている。

(2) N H Sサービスの管理機構等

① N H Sの管理機構

N H Sサービスが適切に管理されるように、地方保健当局、地区保健当局、家庭保健サービス当局が配置されており、図4のような役割を担っている。

図4 N H Sの管理機構(イングランド)



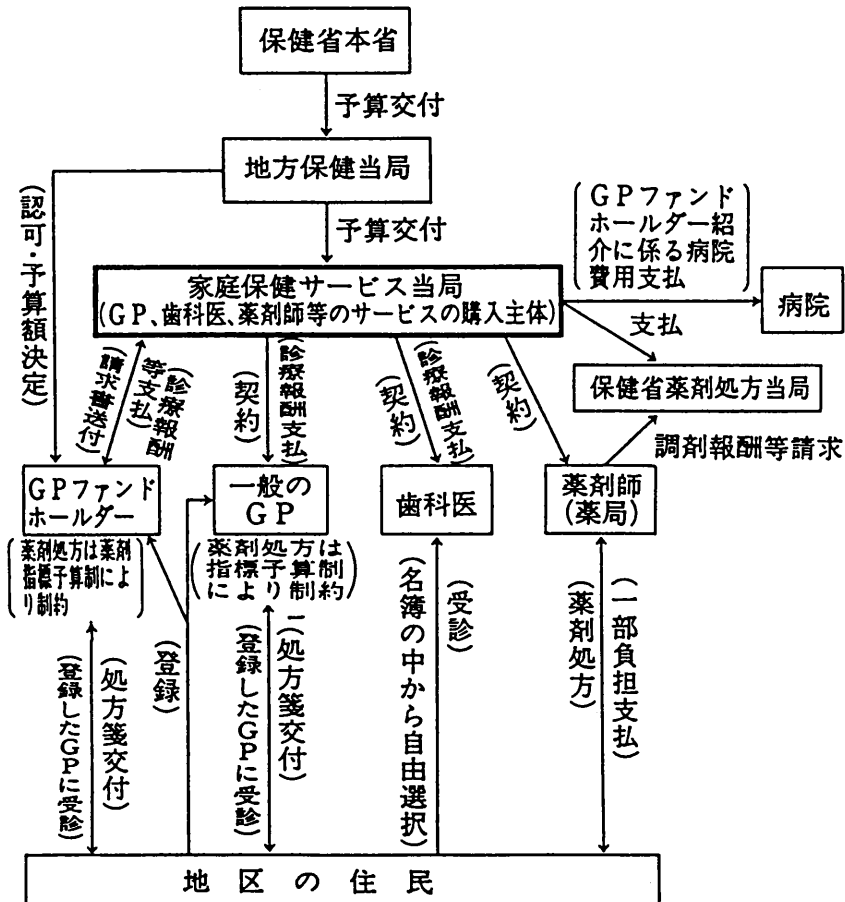
(注) ウェールズ、スコットランド、北アイルランドについては、
①所管大臣が異なる、②地方保健当局に相当する部局がない、
等組織が大幅に異なる。

② GP等のサービスのフローチャート

GP、歯科医、薬局の各サービスのフローチャートは図5のとおりである。

家庭保健サービス当局が、住民に対するGP、歯科医、薬剤師等サービスの購入主体として中心的な役割を果たす。具体的には、住民の保健医療ニーズに対応したGP等のサービスが提供されるように計画し、これに基づきGP等と個別サービスの契約を行う。

図5 GP等のサービスのフローチャート(イングランド)



<GPファンドホルダー>

GPのうち地方保健当局の認可を受けたものは、受持ちの住民について病院での、ア) 診断検査、外来治療、入院治療（一般的でない治療、一定限度額を超える治療、救急医療等を除く）に関する予算、イ) 薬剤予算、ウ) 診療所職員予算等（金額は過去の実績等に基づき地方保健当局が毎年決定）を自ら管理し、住民の病院サービスの購入主体として、病院と個別交渉の上直接契約を結び、患者を当該病院に紹介することができる（契約の内容、費用はGPファンドホルダーに委ねられている）。この認可を受けたGPを「GPファンドホルダー（資金保有GP）」と呼ぶ（GPファンドホルダーは、効率的な病院と契約を結べば、定額交付予算と実績の間に生まれた余剰の予算科目間の流用、次年度繰越し、設備拡張のための使用等が幅広く認められているので、効率的な病院に患者紹介をするインセンティブを持つ。逆に実績が定額交付予算を上回ればペナルティを課される）。

GPファンドホルダーの認可条件は、受持ち住民数7千人以上かつ予算管理能力があることである（複数の診療所のGPが共同で認可申請することも可能）。

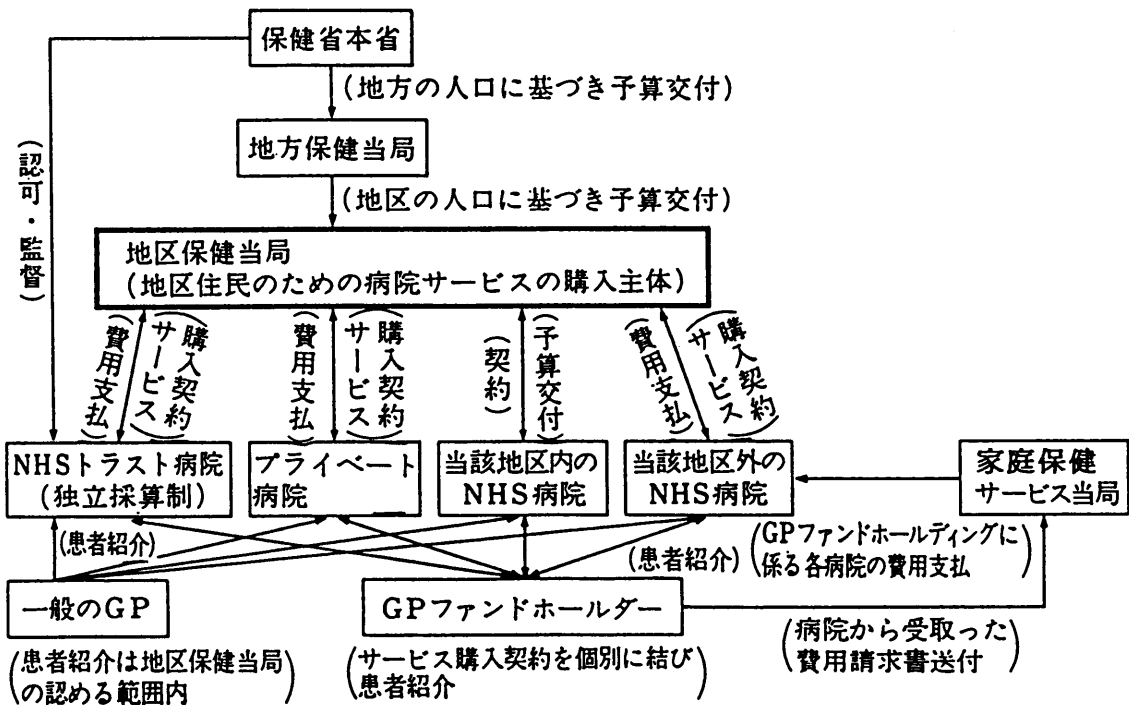
GPファンドホルダーは1993年4月現在6千人に達しており、全住民の25%がGPファンドホルダーに登録されている。1995年には全住民の50%がGPファンドホルダーに登録されることになると見込まれている。

③ 病院サービスのフローチャート

病院サービスのフローチャートは図6のとおりである。

地区保健当局が、住民に対する病院サービスの購入主体として中心的な役割を果たす。具体的には、住民の保健医療ニーズに対応した病院サービスが提供されるように計画し、これに基づき各病院とサービスの内容、費用に関する個別交渉を行い、契約を結ぶ。

図6 病院サービスのフローチャート(イングランド)



(注)保健省本省からのNHS予算交付については、以下の諸点に留意。

1. 人口に基づく予算交付は、年齢構成、死亡率等が勘案され、かつ、地域の実情の考慮、旧支払方式からの経過措置等の諸措置が講じられている。
2. 教育・研究に充てる予算は、基本予算に付加して交付されている。
3. 移植医療等の特別な高次医療サービスは、別途別体系で予算交付される。
4. NHS直営病院の資本支出関連予算は人口等に基づき別勘定で交付される。(見直中。なお、NHSトラスト病院の資本支出関連予算については、別途別体系で予算交付される。)

< NHS トラスト >

保健大臣の認可を受けた NHS 病院（救急医療サービス等のユニットを含む）は、地区保健当局から組織的に独立し、独自の法人格を持つ。また、一定の条件付きではあるが、病院の運営は理事会で決められ、独立採算性が認められる。さらには、職員の採用（採用条件を含む）、一定の借入金、不動産の処分等にも一定の自由が与えられる。これを「NHS トラスト」と呼ぶ。

NHS トラストは 1993 年 4 月現在 292 であり、病院等関係予算の 3 分の 2 が NHS トラストを通して配分されている（なお、従来は大規模病院を中心に NHS トラストの認可が行われてきたが、1993 年 4 月に認可された病院の中には病床規模の相当小さいものも含まれている）。この他、現在 146 カ所の病院等が NHS トラストの申請を準備中であり、これらのすべてが 1994 年 4 月までに NHS トラストに認可されれば、病院等関係予算の 95% が NHS トラストを通して配分されることになる。

(3) NHS サービスの従事者

① GP 等

GP の数はこの 10 年間に約 21% 増加している。その内訳は表 5 のとおりである。

なお、GP のグループ診療の場及び地域保健従事者の活動拠点として、ヘルスセンターが設置されている（ただし、英国のヘルスセンターは、ア）GP の診療の場として提供されている、イ）環境衛生業務が行われていない等の点で、日本の保健所のイメージとは大きく異なる）。

また、NHS と契約する調剤薬局数は、12,363 件（1989 年推計）である。歯科医師数は 25,918 人（1990 年）であるが、このうち NHS と契約している開業歯科医師数は 18,500 人（1990 年）である。

表 5 GP の状況（1989 年推計）

（単位：人）

GP 総数	開業形態別内訳						地域別内訳			人口 10万対 GP 数	GP 1人 当たり平均 受持人数
	単 独	2人 で 共 同	3人 で 共 同	4人 で 共 同	5人 で 共 同	6人 以上 で 共 同	GP不足 地 域	中 間 地 域	GP過剰 地 域		
31,723	3,290	4,555	5,867	5,725	5,371	6,915	2,045	20,881	4,653	55.6	1,913

（注）地域別内訳はイングランド及びウェールズ（1989 年推計）の数字
（資料）Compendium of Health Statistics 他

② 病 院

NHS 病院は病院数、病床数とも 1960 年代より一貫して減少傾向にある（病院数、病床数ともに 1960 年の約 3 分の 2 に減少。特に精神病院の減少が大きい）。NHS 病院の病院数、病床数の内訳は表 6 のとおりである。

③ NHS 病院従事者及び地域保健従事者の状況

NHS 病院従事者及び地域保健従事者の状況は表 7 のとおりである。

表 6 NHS 病院の病院数・病床数の内訳(1988/89)

NHS 病院数			NHS 病床数		
総 数	内 訳		総 数	内 訳	
	非精神	精 神		非精神	精 神
1,714	1,252	463	283,469	199,952	83,517

(資料) Compendium of Health Statistics

表 7 NHS 病院従事者及び地域保健従事者の状況

(単位: 人)

医 師		歯 科 医 師		看護婦・ 保健婦
病院勤務	地域保健医	病院勤務	地域保健歯科医	
46,906	3,384	1,475	1,617	397,641

注 1 グレート・ブリテンの数字

2 数字は1989年(看護婦・保健婦は1988年)

(資料) Annual Abstract of Statistics 1991

(4) NHS のパフォーマンス等

① NHS 医療費

NHS 医療費及びその財源は表 8 の 1 ないし表 8 の 3 のようになっている。なお、NHS の財源は、税が 8 割強、NHS 拠出金(社会保険料)が 1 割強、患者自己負担が 3 %程度である。

② NHS 入院医療の状況

NHS 入院医療の状況は表 9 のとおりである。平均在院日数は年々減少している(全体で見ると 1950 年の 10 分の 3 に減少)。

③ NHS の診療報酬等

一般の GP、歯科医師の診療報酬表は、「再評価委員会」の意見を聴いた上で総理大臣が定める(GP の診療報酬表は登録住民数人头割部分及び各種加算で構成されるが、これらの他に、診療所職員人件費、コンピュータ経費、診療所借料(改善費を含む)等が別途補助される仕組みになっている)。

GP ファンドホルダーに対しては、一般の GP の診療報酬に加えて病院費用等に充てるための資金(地方保健当局が認めた金額)及び業務管理費用の運用が認められる。

なお、GP の薬剤処方については、使用薬剤費総額についての「指標予算」(GP と家庭保健サービス当局との間で定められる)に拘束され、過剰処方については指導が行われる。

NHS 病院の医師、看護婦等の医療関係者給料表は、職種ごとに定められており(表 10 参照)、毎年、再評価委員会の意見を聴いた上で改訂される(この方式には見直しの動きもある)。

④ NHS の自己負担

自己負担の内訳は表 11 の 1 のような内容になっている。また、表 11 の 2 のように一定の者には自己負担の免除制度または援助措置が講じられている。

表8の1 NHS医療費の推移 (単位：百万ポンド、%)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
支出総額	18,412	19,690	21,488	23,627	25,535	26,921
対GDP比	5.97	5.98	5.96	5.90	5.97	5.85

(注) NHSの支出総額には患者自己負担を含む。

(資料) Annual Abstract of Statistics and CSO

表8の2 NHS総支出の分野別内訳 (1989年推計) (単位：%)

病院サービス	地域保健サービス	家庭医サービス				その他
		薬剤費	家庭医	歯科医	眼科	
58.1	6.9	10.8	7.8	4.4	0.7	11.4

(資料) Annual Abstract of Statistics and CSO

表8の3

NHS費用の財源別内訳 (1988年) (単位：%)

税	NHS拠出金	患者一部負担
82.6	14.6	2.8

(資料) Annual Abstract of Statistics and CSO

表9 NHS入院医療の状況 (1989~90)

ベッド数単位 1000床	平均在院日数 単位：日						ウェイト イング・ リスト 単 位 1000人
	全体	急性	老人一 般患者	産科	精神 疾患	精神 薄弱	
337	19.3	6.4	36.2	3.9	218.2	922.7	830.1

資料：Social Trends 22

注1 平均在院日数はイングランドの数字

注2 ウェイトイング・リストは1991年3月末現在

表10

NHS従事者の年間給料等 (1992~1993. 単位：ポンド)	
NHS病院勤務医師	
研修医師	
(ハウスオフィサー~シニア・レジストラ)	13,000~26,810
コンサルタント	37,905~48,945
NHS看護婦	
看護学生	6,820~7,900
看護婦(グレードA~グレードI)	7,000~22,700
GP (平均目標支払額)	40,010
歯科医 (平均目標支払額)	35,815
(注) コンサルタントについては、報賞制度による支払部分を除く。	

表11の1 NHS自己負担一覧

(1992年4月現在)

種類	処方箋料	歯科診療	検眼	短期滞在外国人(1年未満)に対する医療
自己負担額	£3.75(1処方箋につき) (多数の処方箋の必要な者に対する長期割引制度がある) ※老人、16歳以下の児童等は無料	治療費の75% (上限£225) (デンタル・チェックは£3.75) ※18歳以下の児童等は無料	全額 ※16歳以下の児童等は無料	全額 (救急医療を除く。またEC諸国民、納税者、長期滞在予定者等を除く)

表11の2 NHS自己負担免除制度及び援助措置一覧

種類	自己負担免除制度	
	処方箋料	歯科診療
	次の者は自己負担免除。 ・65歳以上の男子及び60歳以上の女子 ・16歳以下の子供(19歳以下の全日制就学者を含む。) ・妊産婦 ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・特定疾患に罹患している者 ・戦傷病者等で関連障害の治療の場合 ・一定所得以下の者	次の者は自己負担免除 ・18歳以下の者(19歳以下の全日制就業者を含む。) ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・治療開始時に妊娠していた妊婦 ・治療開始前1年間に出産した産婦 ・一定所得以下の者 ・戦傷病者で関連障害の治療の場合

種類	援助措置	
	検眼	眼鏡・コンタクトレンズ
	次の者は公費負担。 ・16歳以下の子供(19歳以下の全日制就学者を含む。) ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・特別なレンズの必要な者 ・視力障害者 ・糖尿病・緑内障患者 ・40歳以上の者で近親者に緑内障患者のある者 ・病院で眼科治療を受けている者 ・一定以下の所得の者	次の者にはバウチャー(£23.70~£110の定額補助金)が支給。 ・16歳以下の子供(19歳以下の全日制就学者を含む。) ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・一定以下の所得の者 ・特別なレンズの必要な者 ・戦傷病者で関連障害のため眼鏡等を必要とする者

種類	援助措置		
	交通費	かつら・特殊なサポーター	ミルク(ビタミン)
	次の者には公共交通費、ガソリン代等が支給。 ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・性感染症クリニック(自宅から15マイル以上)の患者 ・戦傷病者で関連疾病の治療を受けている者 ・一定以下の所得の者	次の者には現物支給。 ・入院中に必要が生じたもの ・16歳以下の子供(19歳以下の全日制就学者を含む。) ・本人又は家族が所得補助又は家族クレジットの受給者である者 ・戦傷病者で関連障害のため必要とする者 ・一定以下の所得の者	所得補助又は家族クレジットを受給している場合は、乳児、幼児、妊産婦等に対しミルク(ビタミン)代が支給される。また、障害児で学校に登録されていない者に対してミルク代が支給される。

2 プライベート医療の概要

プライベート病院の病院数は216、そのベッド数は19,006(1990年)であり、この10年間に病床数で56%増加している。

また、NHS制度発足時から、NHS病院のコンサルタントと呼ばれる勤務医師(病院の医師の中で研修医を指導する地位を持つ医師)は、契約勤務時間外に、NHS病院内または別の場所でプライベート医療を行うことが認められており、現在約1万2千人が何らかの形でプライベート医療を行っているといわれている。

また、NHS病院内には、NHS患者に有料で個室を提供する「アメニティ・ベッド」がある他、全くのプライベート患者用の有料の「ペイ・ベッド」が約3千床ある。

民間医療保険加入者数は約343万人(保険でカバーされている者は約724万人)であり、この10年間に約9%増加している(以上、表12の1及び表12の2参照)。

表12の1 プライベート医療の状況

私立病院(急性)		NHS病院の中でペイ・ベッドとして認められている病床数	NHS病院勤務コンサルタント医のうち何らかのプライベート医療を行っている者	民間医療保険	
病院数	ベッド数			加入者数	被保険者数
216	10,906	約3,000	約12,000人	3430千人	7240千人

(資料) 私立病院の数字は1990年、ペイ・ベッド数は1989・90、イングランド民間医療保険の数字は1989年

Social Trends 22 NHS Handbook 7th Edition Laing's Review of Private Health Care

表12の2 プライベート医療費の推移

(単位:百万ポンド、%)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
支出総額	891	1,046	1,253	1,480	1,779	2,209
対GDP比	0.68	0.70	0.71	0.72	0.92	1.02

(資料) Annual Abstract of Statistics and CSO

3 NHS改革の評価

(1) NHS改革をプラスに評価する意見

保健省は、NHSトラスト及びGPファンドホルダーのいずれについても改革1年後の実績が改革前より向上し、NHS全体の実績も向上したとする報告書を出している。

また、キングス・ファンド（有力な民間研究機関）は、GPファンドホルダー制度が良好なパフォーマンスを上げているとの実証分析報告書を出している。英国メディカル・ジャーナル掲載論文では「GPファンドホルダーが患者紹介件数を減らして利潤を得ようとしている証拠は見られなかった」との結果を掲載している。

なお、英国議会保健委員会は、1992年12月発表した中間報告において、NHS改革自体の現時点での評価は技術的に難しいことを指摘している（これに対し、保健省は1993年2月同報告書に対する政府見解を発表し、NHS改革が実行性を上げていると主張している）。

(2) NHS改革をマイナスに評価する意見

NHS改革をマイナスに評価する意見としては、次のような点が指摘されている。

① 年度末に増大した病院病棟の閉鎖及び手術の延期

本年2月のメディカル・ジャーナルは、約4分の3に当たる病院が当初の予定より予算を使いすぎており、このため、約3分の1の病院は新年度まで、病棟閉鎖や手術延期等により病院活動を制約せざるを得ない状況に陥っているとの調査結果を明らかにした。

NHS制度において年度末の予算の不足に伴う病棟閉鎖や手術延期の問題は今回に始まったことではない。サッチャー前首相がNHS改革を決意したのは、小児患者が手術延期により死亡したという報道が契機であった。しかし、本年1月から3月までの状況は当時より悪かったといわれる。

当事者である病院側は、これは地区保健当局と年度当初に行った入院治療に関する契約件数を既に早期達成したためであり、追加的な予算がない以上（緊急の必要性のあるものを除き）一般のGPの受持ち患者については年度内の手術等の再開は不可能であった、と説明した。

一方、GPファンドホルダーの受持ち患者については、地区保健当局と病院との契約とは無関係のため、GPファンドホルダーの管理する予算に余剰があれば別枠での入院手術が可能であるが、このような現状は不公平ではないかという議論が出ている。

年度末の病院病棟の閉鎖等の問題は、新年度に入って自然解消したが、NHS改革が機能していないのではないかという懸念が国民の間に強く残った。

(注) 上記の現象は、英国の医療保障制度が次のように日本とは全く異なることを念頭に置かなければ理解が困難である。

住民はGP（家庭医）の病院への紹介がなければ病院での入院治療が受けられない。一方、GPが紹介できる病院については住民の所在する地区保健当局が個別に契約を結んでいる病院に限られる。しかし、年度途中であっても既に地区保健当局との契約実績を達成した（すなわち、地区保健当局との契約を完了した）病院側には、救急医療等を除き、入院患者を受け入れる義務はない（日本と異なり病院の診療報酬請求に対する事後的償還は保障されていないため、必ず病院と地区保健当局との間の事前契約が必要である）。他方、GPファンドホルダーは受持ち住民に係る入院医療等に要する費用を自ら管理し、病院との個別交渉を行うことが認められている。

② ウェイティング・リスト（入院手術待ち問題）

本年3月末日の病院のウェイティング・リストの人数は、総数992,324人で、百万人の大台には達しなかったものの、記録的上昇を示した（対前年比較で8.4%、75,000人の増）。ウェイティング・リストの期間別内訳については、1年以内が935,725人（対前年比較で12%の増）、1年以上は56,599人（対前年比較で29%の減）であった。

このようにNHS改革は、ウェイティング・リスト問題解決への即効薬として十分機能していないように見える。しかし、その原因が、ア）NHS改革自体が有効でなかったのか、イ）NHS予算の厳しい制約等に起因するものであり、NHS改革自体は時間が経てばウェイティング・リスト問題にも良い効果を及ぼすものか、の判断は現時点では困難である。

保健省は、ウェイティング・リスト問題の本質は総数ではなく、待ち時間が問題であるとしている。保健省は、ウェイティング・リスト患者のうち、半数は5週間以内に入院でき、85%は半年以内に入院できるのだから、それ以上の長期入院待ちをなくすことこそ最重要課題であるとして、2年以上の入院待ちをゼロにすることを公約し、この点をメジャー首相が推進する「市民憲章」運動の中でも強調してきた。

その結果、昨年末には2年以上の入院待ちをゼロにするとともに、1年以上の長期間入院待ち患者の大幅減少を達成した。保健省は、この事実をもとに、NHS改革はウェイティング・リスト問題でも効果が上がっていると解釈すべきであるとしている。

なお、保健省は本年1月、ウェイティング・リスト（入院手術待ち）問題の解消のために、今後2百万ポンドをかけて新規削減プロジェクトを実施することを明らかにした（なお、ウェイティング・リスト削減のための1993年度年間予算総額は3,900万ポンドである）。

③ GPファンドホルダーに対する予算配付の適正化

GPファンドホルダーの予算執行状況については、全体的に大幅な黒字が見込まれている。これはGPファンドホルダーに対し経費節約のインセンティブが働いた結果ともいえるが、ア）地域によってはGPファンドホルダーへの当初予算の配付が不適切であった、イ）GPファンドホルダーが会社組織を設立するなどにより経費を浮かせた例がある等不適切な事例が指摘されている。

政府はこれらの批判を認めており、来年度のG Pファンドホルダーへの予算配付方式の変更に際し、改良を行うことにしている。また、G Pファンドホルダーの管理する診断検査及び手術に係る費用の範囲については、本年4月より範囲の一層の拡大が図られたため、G Pファンドホルダーの裁量の範囲が拡大された。

なお、本年3月には、制度発足後初のG Pファンドホルダーの取消しが行われた。これは、当該G Pファンドホルダーが2年連続して赤字を出したためである。

4 NHS予算の抑制方策

(1) 薬剤費支出の抑制

昨年のNHS薬剤費支出の伸び率は12%と高率であったため、大蔵省及び保健省により薬剤費支出抑制方針が打ち出されており、次のような対策が検討・実施されている。

① 「ナース・プレスクライピング制度」の実施延期

保健省は、薬剤費の支出を抑制するため、看護婦による薬剤処方を限定的に認める「ナース・プレスクライピング制度」の実施を延期した。

② PPRS制度の見直し

昨年来8カ月以上にわたり保健省と英国製薬工業会の間で改訂交渉が続けられているPPRS制度（日本の薬価制度に相当）も見直しの対象に挙げられている（ただし、このPPRS制度の見直しについては、制度自体の抜本的改正か、現行制度の資本回収率の引下げなど小幅改正になるのかは現時点では明らかでない）。

③ 「制限リスト」の拡大

現在検討されている薬剤費支出抑制策の柱は「制限リスト」（ネガティブ・リストに挙げられた医薬品については医師はNHS医療での費用償還が認められない）の拡大である。制限リスト制度自体は1985年に導入されており、既に7分野で特定銘柄医薬品の使用が制限されている。

1992年11月、保健大臣は現行の制限リストを拡大し、さらに10分野の医薬品の追加を明らかにした。この10分野は、食欲抑制剤、避妊薬、抗下痢剤、アレルギー性疾患治療薬、催眠薬、貧血治療薬、局所的抗リウマチ薬、耳鼻疾患に対する薬剤、皮膚疾患に対する薬剤等となっている。

一方、英国製薬工業会は「NHSの全処方箋の2割に影響を及ぼし、約5千人の失業者を生むもの」として、制限リスト拡大反対を働きかけている。また、GPの間でも避妊薬の追加は家族計画指導に悪影響を及ぼす等として不満の声が強い。

今後の予定としては、現在保健省の諮問委員会においてNHSでの費用償還を制限する医薬品を特定する作業が開始された（本年2月に関係分野の専門委員の任命が行われ

た)。今後、諮問委員会の検討結果を受けて、本年夏以降順次実施に移されるものと見られている。

④ GPの薬剤処方抑制の方策

GPの薬剤処方は過去2年間で約25%上昇しており、その抑制が大きな課題となっている。GPのうちGPファンドホルダーについては、薬剤処方を抑制しようとする経済的インセンティブが制度上与えられており、一般のGPに比べて3ないし4%少ない薬剤処方を行っていることが明らかになっている。

そこで、GPファンドホルダーに与えられている経済的インセンティブを（GPファンドホルダーになっていない）一般のGPにも与えることが検討されている。具体的には、一般のGPであっても処方薬剤の総額が目標額を下回ったGPは、その節約額の一部を患者サービスの向上のための使用（例えば診療所設備の改善等）に充当することを認めることにより、薬剤処方の抑制を図ることが検討されている。このため、1993年4月より数カ所の地区保健当局でモデル事業が実施されている。

(2) 民間活力の活用

政府はNHSの民営化は行わないと言明しているが、一方、効率的な医療サービスを供給することによりNHS予算の伸びを抑制するため、民間活力の一層の活用を検討している。

本年4月には、NHS病院が民間企業の資金を活用して患者用ホテルや駐車場等の設置、医療機器の購入等をする場合の承認基準の緩和を図った。具体的には、従来25万ポンド以上の金額については大蔵省の承認が必要であったものを、病院規模により60万ポンドないし100万ポンド（地方保健当局の承認を得れば1千万ポンドまで）までは承認不要とすることにより、NHS病院が積極的に民間活力を活用できるよう環境整備を行った。

保健大臣は、今後の民活の方向として、保険会社によるNHSサービスの購入（例えば、保険会社が購入した医療機器をNHS病院に設置する代わりに、民間保険加入者にも利用を認めるような方法）、民間企業によるNHS敷地内での建物の建設（スーパーマーケットに建物を建てさせる）等を示唆している。

なお、民間保険の利用に関しては、この数年間加入者総数は減少傾向にある。これは、近年の保険料の上昇や不況による企業の人員削減や福利厚生のカットによるものである。保健省は、前回の総選挙の際に、高齢者の民間保険利用促進のための優遇税制の廃止を検討したことがあったが、現在はそのような動きはない。民間保険の優遇税制については、廃止及び推進のいずれの検討も行っていないとしている。

5 ロンドン地域の病院の統廃合問題

1992年10月、トムリンソン委員会がロンドン地域の医療サービスと医学教育・研究のあり方に関する報告書を発表した（同委員会は保健大臣及び文部大臣の諮問を受けてこの問題について1年間にわたり検討を行ってきた）。

トムリンソン報告書では、ア）ロンドン地域の第一次医療及びコミュニティ保健医療サービスが不十分であり、このための追加的資金の導入が必要であること、イ）ロンドン地域の救急病院の病院病床は過剰であり、統廃合により2,500床の削減が必要であること、ウ）ロンドン地域の医科大学及び教育病院についても統合が必要であること、等を答申した。

トムリンソン報告書発表後、国民の関心がロンドン地域の病院の統廃合問題にのみ集中する事態となった。例えば、廃止の対象となった聖バーソロミュー病院（800年の歴史を持つ）が病院ぐるみで積極的な廃止反対活動を行った。医療職員組合も2万人の失業を招くとして反対した。また、トムリンソン報告書の時期が炭坑閉鎖問題と重なったこともあり、国民の多くは政府に批判的な受け止め方をした。

1993年2月、保健省は本件に対する方針を発表した。政府はトムリンソン報告書の勧告の大筋を受け入れるものの、同報告書の病院統廃合問題については多少後退した内容となった。

具体的には、聖バーソロミュー病院の将来については、廃止、統合、または規模を縮小して存続、の中から選択されることになった。また、他の多くの病院の統廃合問題については、結論を本年夏まで延期することとされた（これは、保健省で現在小児専門医療、ガンのサービス等6分野に関する専門医療サービスのあり方の検討が行われているため、その検討結果を受けて最終判断を行うこととされたためである）。一方、同報告書で指摘されたロンドン地域での第一次医療及びコミュニティ保健医療サービスの充実については、政府はこれを全面的に受け入れた。その実現のための組織としてNHS運営管理部に「ロンドン実行グループ」を設立するとともに、予算額についても、今後6年間の予算総額については同報告書見込みより3千万ポンド上積みした1億7千万ポンドを、また、初年度予算についてはプライマリ・ヘルスケア・センターの改良等の経費として4千万ポンドが、それぞれ計上された。

6 NHS機構改革の問題（地方保健当局制度の廃止及び地区保健当局の統合）

NHS改革前には、地方保健当局（1993年4月現在で全国14カ所）及び地区保健当局（1993年4月現在で全国145カ所。NHS改革実施前は約180カ所）はNHS病院の運営に大きく関与していたが、NHS改革後はこれらの地方機関はNHS病院の運営には直接は関与しないこととされた。地区保健当局の役割は地区の保健医療計画作成及びこれに基づく適切な保健医療サービスを購入する責任に変わり、地方保健当局の役割も広域レベルでの計画・調整事務に変わった。

しかし、業務内容が変化したにもかかわらず、地方保健当局は、従来どおり職員総数約8千人を抱え、本来運営の独立性が認められているNHSトラスト病院に対して多くの指

示を行っているとの批判がある。保守党サッチャー派等は地方保健当局は無用の長物として廃止を強く主張し、NHSトラスト病院側からも廃止要求が出ていた。

本年2月、この問題について検討してきた保健省は、地方保健当局制度は存置するが、現在8千人いる職員は28百人程度に削減することを発表した。

地方保健当局は当面存置することが決められたものの、この地方保健当局が今後長期的に存続するかどうか疑問がないわけではない。今後NHS病院の大部分を占めることになると予想されるNHSトラスト病院については、保健省が直接認可し、保健省運営管理部地方事務所（全国6カ所、職員総数約40人）が監督事務を担当している。したがって、地方保健当局のNHS病院に対する関与が今後増大することはないからである。

一方、新たに保健医療計画作成及び保健医療サービスの購入の任務を負うことになった地区保健当局については、その区域の見直しが進められており、合併が進められている。この方が「スケール・メリット（規模の経済）」が働き、病院との交渉力の増大、住民のニーズの適切な把握に役立つとともに、GPサービス等を管轄する家庭保健サービス当局（全国90カ所）の範囲との整合性も増大するからである。地区保健当局の合併の傾向は今後とも続き、1994年4月には約110カ所にまで統合が進むものと見込まれている。

7 NHSの歯科医療の診療報酬

1992年夏以来、NHSの歯科診療報酬支払に関し、保健省と歯科医師会の間で緊張関係が続いている。事の発端は、歯科診療報酬設定に際し保健省が設定した歯科医師目標平均収入の総額に比較して実際に保健省が支払った歯科診療報酬総額が過剰であったため保健省が超過支払相当額の減額を決定したことにある。もともと歯科医師の間ではNHS歯科診療報酬は低すぎるという批判が強かったが、今回の政府の措置により、成人のNHS新規患者の受入れを拒否する歯科医師が一層増大している（政府の決定以後、23万人のNHS患者がNHS歯科治療契約を解除されたといわれ、本年5月の歯科医師会の調査では、歯科医師会員の約半数の歯科医師は新規の成人歯科患者を受け入れておらず、歯科医師会員の20%（前年は10%）は私費患者しか受け付けていないとの結果が出ている。特にロンドン地域では成人のNHS新規患者を受け入れる歯科医師を探すことは相当困難である）。

本年1月、NHS歯科診療報酬の今後のあり方を検討してきたブルームフィールド委員会が保健大臣に報告書を提出した。この報告書は、これまでの診療報酬制度の評価及び今後の短期・長期にとるべき選択肢を述べたものである。報告書は、現行の児童に対する無料NHS歯科診療制度は支持しているものの、NHSの成人歯科診療について（プライベート歯科診療を前提とした上で）低所得者に対する補助制度の創設を長期のオプションとして示す等、全体として厳しい内容である。

歯科医師会は、NHSの限られた予算を効果的に使うためにはNHS歯科医療の対象者を児童及び低所得者に制限すべきであると主張し、事実上成人歯科医療に関しては検診及び救急医療を除き、NHSから除外することに合意している。

第2節 健康対策（総合保健戦略）

1 経緯

1991年6月、保健省は「The Health of The Nation（英国の健康）」と題するグリーン・ペーパーを発表した。このグリーン・ペーパーは英国の保健戦略を打ち立てるために提案されたものであり、同グリーン・ペーパーに盛り込まれた政府の考え方に対する各方面からの意見聴取期間が同年10月末まで置かれた。

グリーンペーパーには最終的に各方面より2千百件を超える意見が寄せられた。

これらの意見を踏まえ、1992年7月、保健省は「The Health of The Nation（英国の健康）」と題するホワイト・ペーパーを発表した（なお、ホワイト・ペーパーの題名はグリーン・ペーパーの題名と同一である）。

2 内容の概略

（1）保健戦略の目標

政府は、今後国民の健康の一層の向上を図るためには戦略的アプローチが大切であるとし、その戦略の大目標を次のように定めた。

- ① 「生命を延ばすこと（adding years to life）」
 - ② 「延びた年月を健康的に生きること（adding life to years）」
- の両者の実現による「国民の健康の持続的向上」

（2）主要領域の設定

今回の戦略的アプローチの一つの柱は、主要領域(key area)、目的(objective)、目標(target)の設定という方法論にある。

重点的に取り組むべき主要領域に関して、その選定が次の条件により行われた。

- ① その領域が死亡や疾病の大きな原因となっていること。
- ② 効果的な対策が可能であること。
- ③ 目的、目標の設定が可能であり、改善の測定（モニター）が可能であること。

もちろん保健医療の各領域の重要性には優劣はなく、また、どの領域でも努力をすれば何らかの改善を図ることは可能である。しかし、今回の戦略的アプローチでは、一定の短期間の資源（予算等）の投下で最大限の効果を上げるためには、重点的に取り組むべき主要領域を厳選することが極めて大事であるとの立場が取られた。

1991年夏のグリーン・ペーパーでは、主要領域として16の領域が示唆された。

また、グリーン・ペーパー以後の各方面からの意見では、この16領域以外にもいくつかの領域を取り上げるべきとの意見が寄せられた。これらの意見を踏まえた上で、例えば次のような領域は除外され、候補の絞り込みが行われた。

- ア) 既にある程度の成果が達成されつつあるもの
- イ) 重要ではあるが戦略を立てるためには更に調査研究が必要なもの

ホワイト・ペーパーでは、主要領域として定めることにより健康に関し実質的な向上が可能であるものとして、次の5つの主要領域が最終決定された。

- ① 冠動脈性心臓病及び脳卒中
- ② ガン
- ③ 精神疾患
- ④ HIV/AIDS及び Sexual Health (性関連保健)
- ⑤ 事故

(3) 目的及び目標の設定

以上の5つの主要領域について、各々全国レベルの目的及び目標が設定された。ホワイト・ペーパーに示された目的及び目標を簡単にとりまとめれば表13のとおりである。

目的や目標については、事後評価のため可能な限り数値化が目指された。しかし、現時点で全国レベルでの数値化が不可能・不適切な領域・事項も多いため、これらに該当するものについては今回は数値化が見送られた。

(4) 推進方法

① 国レベルでは、保健戦略に関する政府部内の調整及び推進状況監視のための関係閣僚会議が1991年11月設置された。

② 英国の保健戦略の推進について、地方レベル(広域)、地域レベル、第一線レベルでそれぞれ重要な役割を果たすのはNHS(国民保健サービス)の機構である。

ホワイト・ペーパーでは、NHSは従来医療サービス提供のみに片寄りすぎていたが、今後は広義の保健医療全般に重要な役割を果たすべきこと、及び1991年施行のNHS改革が今回の健康に関する戦略的アプローチを可能にしたことが強調されている。

1991年施行のNHS改革が今回の健康に関する戦略的アプローチを可能にしたというのは、次のような理由による。

NHSの地方機関である地区保健当局は、NHS改革前は地区内の病院運営管理業務を担っていたが、NHS改革後はこの業務は大幅に病院自身へ権限委譲され、一方、地区保健当局の新たな役割として、地区住民の保健医療ニーズの把握、地域保健医療計画作成、地区住民の保健医療サービス実施のために必要な病院サービスの購入等が付与された。このため、地区保健当局は、ア)保健省が定める全国目標・目的等に合致し、

また、イ) 地域の実状にも配慮した、地区レベルでの保健医療政策を実施することが求められるようになった。

地区保健当局の統括機関として国と地区保健当局の間に位置する地方保健当局についても、当該地方(広域)について、ア) 保健省が定める全国目標・目的等に合致し、また、イ) 地方の実状にも配慮した、地方レベルでの保健医療政策が可能となるよう計画を立て、管下の地区保健当局を指導することが求められるようになった。

このように、1991年施行のNHS改革は、地区保健当局と地方保健当局に対し、今回の戦略的アプローチで重要な位置づけを与えることを可能にしたのである。

- ③ 保健戦略の目的・目標は国やNHSのみの努力では達成できない。
ホワイト・ペーパーでは、国やNHSのみでなく、他の公的機関、民間団体、事業主・従業員、個人が重要な役割を果たすべきことが記載されている。
- ④ ホワイト・ペーパーで取り上げられた5つの主要領域に関し、それぞれ詳細な内容を関係者に説明するためのガイドブックが保健省より公表されている。

(5) 評価改善方策

今回の戦略的アプローチの特徴の一つは、目標等が1回限りのものでないことである。目標等については、モニタリングの結果や関連調査研究等に基づき、新たに改善が行われ、新目標等の設定が行われる。

モニタリングについては、保健省の従来調査統計に加え、新たな調査統計の実施や従来統計の拡大が計画されている。また、地域での進捗状況把握のため必要とされる情報・指標については保健省から地域レベルに随時還元される。これらの情報に基づき、地域レベルでは地域公衆衛生局長による保健関係年次報告書が作成され、また、全国レベルでは、戦略見直しのため、定期的に進捗状況報告書が刊行される。

組織については、保健省の内部組織改正が行われ、保健医療に関するアウトプットの評価を行う中央保健医療アウトプット・ユニット、疫学データ解析を行う中央保健医療モニタリング・ユニット等の部課が新設された。また、全体的な進捗状況監視及び改善方策検討のために、保健戦略に関する閣僚会議(上述)の下に3つのワーキング・グループが設置されている。

(参 考)

1. 英国のホワイト・ペーパーは、日本のいわゆる白書(年次行政報告書)とは位置づけが異なる。英国では政府が重要な施策を打ち出す際、まず問題の所在、政府の基本的考え方をグリーン・ペーパー(緑書)として発表する。グリーン・ペーパーに対する関係方面からの一定の意見聴取期間を置いた後、これらの意見を踏まえた政府の最終方針をホワイト・ペーパーとして発表する。その後、法律改正を必要とするものは法律改正案

が議会で提出され、法改正を要しないものは速やかに実施される。

以上はあくまでも英国の重要政策決定手続きの基本型であるので、重要な政策決定であっても場合によってはグリーン・ペーパーの省略によるホワイト・ペーパーの発表や、ホワイト・ペーパー以外の方法による発表という形を取る場合もある。

なお、ホワイト・ペーパーは1992年早々の発表と見込まれていたが、英国総選挙（1992年4月）との絡みで発表時期が大幅に遅れた経緯がある。

2. 今回の保健戦略策定は、WHO（世界保健機構）のアプローチ（「2000年までにすべての人に健康を（Health for All by the Year 2000）」）と一致するものである。実は英国保健省は、グリーン・ペーパー発表以来、英国の保健戦略とWHO（世界保健機構）の基本戦略（政策）の認識の一致を各方面で強調してきたのである。

表13 英国の保健戦略

分野	冠動脈性心臓病及び脳卒中	ガン	精神疾患
目的	<ul style="list-style-type: none"> 冠動脈性心臓病・脳卒中による不健康レベル及び死亡レベルの低下 冠動脈性心臓病・脳卒中関連リスク・ファクターの減少 	<ul style="list-style-type: none"> 乳ガン及び子宮頸ガンによる不健康及び死亡の減少 皮膚ガンによる不健康及び死亡の減少（紫外線の皮膚への過剰曝露の回避の必要性の理解の向上による） 肺ガンによる不健康及び死亡の減少（喫煙およびタバコ消費の減少による） 	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患による不健康及び死亡の減少
目標	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以下の冠動脈性心臓病・脳卒中の死亡率を西暦2000年までに少なくとも40%減少。 （冠動脈性心臓病については人口10万対58（1990年）から人口10万対35以下に減少、脳卒中については人口10万対12.5（1990年）から人口10万対7.5以下に減少） 65歳から74歳の冠動脈性心臓病の死亡率を西暦2000年までに少なくとも30%減少。 （人口10万対899（1990年）から人口10万対629以下に減少） 65歳から74歳の脳卒中の死亡率を西暦2000年までに少なくとも40%減少。 （人口10万対265（1990年）から人口10万対159以下に減少） 	<ul style="list-style-type: none"> 乳ガンについては、50歳から64歳のスクリーニング対象全女性の乳ガンの死亡率を西暦2000年までに少なくとも25%減少。 （人口10万対95.1（1990年）から人口10万対71.3以下に減少） 子宮頸ガンについては、浸潤性子宮頸ガンの発生率を西暦2000年までに少なくとも20%減少。 （人口10万対15（1986年）から人口10万対12以下に減少） 皮膚ガンについては、西暦2005年までに発生が増加傾向を停止。 肺ガンについては、肺ガン死亡率を西暦2010年までに、75歳以下男性は少なくとも30%減少、75歳以下女性は少なくとも15%減少。 （男性は人口10万対60、女性は人口10万対24.1（1990年）から男性42、女性20.5以下に減少） 	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の健康及び社会的機能を顕著に改善 （注）データ不足のため現時点では量的目標の設定は不適当（1995年までに定量的目標に差し替え） 全自殺率を西暦2000年までに少なくとも15%減少。 （人口10万対11.1（1990年）から人口10万対9.4以下に減少） 重度精神障害者の自殺率を西暦2000年までに少なくとも33%減少 （人口10万対15（1990年）から人口10万対10以下に減少）
戦略	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙については、16歳以上の喫煙率を西暦2000年までに20%以下に減少。 食事・栄養については、食品摂取エネルギーのうち飽和脂肪酸から摂取する割合（平均値）を西暦2005年までに少なくとも35%減少。 （17%（1990年）から11%以下に減少） 食事・栄養については、食品摂取エネルギーの全脂肪から摂取する割合（平均値）を西暦2005年までに少なくとも12%減少 （約40%（1990年）から35%以下に減少） 肥満については、16歳から64歳の肥満の男女の割合を西暦2005年までに少なくとも男子は25%、女子は33%減少。 （男子8%、女子12%（1986年度）から男子6%、女子8%以下に減少） 血圧については西暦2005年までに成人平均血圧を最小5mmHg減少。 アルコールについては、男性の週21単位以上の飲酒人口を28%（1990年）から西暦2005年までに18%に女性の週14単位以上の飲酒人口を11%（1990年）から西暦2005年までに7%に減少。（1ユニットはワイン一杯分相当） 	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙については、16歳以上の喫煙率を西暦2000年までに20%以下に減少。 喫煙については、上に加え、西暦2000年までに女子喫煙者の少なくとも3人に1人が妊娠開始時に禁煙する。 喫煙については、西暦2000年までに紙巻きタバコ消費を少なくとも40%減少。 （紙巻きタバコ生産980億（1990年）から590億に減少） 喫煙については、11歳から15歳の喫煙率を1994年までに少なくとも33%減少。 （約8%（1988年）から6%以下に減少） 	<ul style="list-style-type: none"> 情報、理解の向上については、全国・地域データの広範な収集、評価手続の標準化及びクリニカル・オーディットの実施。 総合的な地域サービスの開発については、継続的保健福祉ケア・サービスの提供を保障する地域レベルでの共同計画及び共同ケア・サービス購入。 良好なサービス提供のための一層の開発については、良好なサービス提供のための教育訓練、基準・手順の実施。

HIV/AIDS及びSexual Health(性関連保健)	事故
<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV感染発生の減少 ・ 性行為感染症 (STD) 発生の減少 ・ モニタリング・サーベイランスの強化 ・ HIV及びSTDの診断治療のための効果的サービスの提供 ・ 望まない妊娠の減少 ・ 希望者に対する効果的家族計画サービスの提供の保障 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故による不健康、障害、死亡の減少
<ul style="list-style-type: none"> ・ 15歳から65歳の淋病の発生率を1995年までに少なくとも20%減少。 (新規患者を人口10万対61 (1990年) から10万対49以下に減少) (注) 淋病はHIV蔓延に影響を与える性行動の変化に対する早期指標としてHIVより良好。(HIVは感染後兆候発生までタイムラグが大きく指標として不適) ・ 16歳以下の妊娠率を西暦2000年までに50%減少させる。 (13歳から15歳の女子1000対9.5 (1989年) から1000対4.8以下に減少) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 15歳未満の児童の事故による死亡率を西暦2005年までに33%減少。 (人口10万対6.7(1990年)から10万対4.5以下に減少) ・ 15歳以上24歳以下の青少年の事故による死亡率を西暦2005年までに25%減少。 (人口10万対23.2 (1990年) から10万対17.4以下に減少) ・ 65歳以上高齢者の事故による死亡率を西暦2005年までに33%減少。 (人口10万対56.7 (1990年) から10万対38以下に減少)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 注射器の共用を報告した薬物乱用者の割合を1997年までに半減させ、2000年までに更に半減させる。 (20% (1990年) から10% (1997年) に減少、西暦2000年までに5%以下に減少) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故予防関連各機関の連携強化 ・ 公衆衛生問題としての事故予防の推進 ・ 良質の情報提供 ・ 事故タイプ別のアクション ・ 弱者グループに関連したアクション