

ブレア政権の医療改革による NHS の財政構造の変化
—健全性・公平性の観点による考察—

柏木恵

<要旨>

本稿の目的は、英国ブレア労働党政権の医療改革が財政にどのような影響を与えたか、健全性・公平性の観点から検証することにある。先進諸外国は福祉国家として財政を維持するのが難しくなっており、医療政策は重要課題であることと、小泉政権は保守党政権を参考にした部分が多く、ブレア政権をみることで、これからの日本がみえるのではないかと考えるからである。英国は 2003 年度に医療費を拡大したが、2004 年度から赤字に転落し、2006 年度にV字回復した。原因は人件費の増大と予算配分の変更である。政権公約のうち職員増については目標以上に達成しており、これも財政赤字の原因であった。しかし一方で、医療費拡大で一人当たりの医療水準が上がり、低所得者が受けられる医療範囲が増え、公平性を高めていた。保守党政権は現金給付に力を入れていたが、ブレア政権は医療を含めた現物給付に力を入れていたことも分かった。

はじめに

本稿の目的は、英国ブレア労働党政権の医療改革が財政にどのような影響を与えたか、NHS 財政の仕組みを明らかにし、健全性・公平性の観点から検証することにある。

先進諸外国は福祉国家として財政を維持するのが難しくなっており、医療政策は頭の痛い課題である。ブレア政権は医療を改革の柱とし、2003 年度に医療費を拡大したが、2004 年度から赤字に転落し、2006 年度にV字回復した。一体なぜこのようなことが起こったのか財政の健全性をみる必要がある。また、ブレア政権の公約は達成されたのか、英国が重視する医療の公平性は進んだのかも検証する。なぜなら小泉政権の政策は英国の保守党政権を参考にした部分が多く、ブレア政権をみることで、これからの日本の進む道が透けてみえるのではないかと考えているからである。なかでも重要課題である医療に焦点をあてることはこれからの国家運営に参考になると考えるからである。

ブレア政権の NHS 財政に関する先行研究は、費用対効果を分析したものとして Street

and Ward (2009) が挙げられる。ワンレスレポートと比較しながら将来の NHS 財政を予測したものとして Appleby, Ham, Imison and Jennings(2010)がある。一方、公平性の分析は、Trades Union Congress(2010)や Glennerster (2006)が行っているが概説的で NHS に焦点をあててはいない。またわが国でも NHS の論文は多数あるが、本格的にブレア政権の医療政策を財政分析したものはない。つまり厳密な意味で NHS を健全性と公平性の観点から研究したものは存在しない。しかし NHS の財政分析を行わないことには、ブレア政権の医療改革の意義を明らかにできない。よって NHS の財政分析に取り組むこととする。

構成は以下のとおりとする。第 1 節で医療改革の特徴を述べ、第 2 節では財政赤字の要因について健全性の観点から分析する。第 3 節でブレア政権の公約達成状況を確認し、第 4 節でなぜ赤字が起きたのか、NHS や下院の意見と比較しながら見解を述べる。第 5 節では医療の公平性を検証する。最後にわが国への示唆を述べる。

1. ブレア政権の医療改革の特徴

医療改革の特徴は財政拡大と予算配分の変更である¹。具体的には①医療費拡大の財源として、国民保険料負担を 1%増やした²。②予算配分の権限を、保守党時代の保健局 (Health Authorities 以下 HA とする) と予算保持家庭医 (General Practice Fund Holder) からプライマリケアトラスト (Primary Care Trust 以下 PCT とする) に一本化した³。③2001 年度から資源会計を導入した。予算限度額が設けられ、会計が透明になった。④国民に対するアカウントビリティと医療の質の向上のために参照原価計算制度を導入した⁴。⑤予算配分のベースとなる契約の計算式を変更した。

なかでも予算配分の権限を PCT に集約したことが財政構造の変化の特徴であるため、予

¹ ブレア政権はニューレイバーを掲げ、オールドレイバーとは異なる第 3 の道を選択した。従来のオールドレイバーのように市場経済を敵視するのではなく、また自由や権利、効率化を重視する保守党とも異なり、市場と協調しつつ、オールドレイバーの社会的公正、平等、連帯といった社会主義的価値を実現しようとした。とくに医療政策においては公平性の向上とサービスの近代化を目指した。

² 医療費の財源は税と国民保険料から成っている。

³ 変更の原因は以下のとおりである。①医療の原価計算が技術的に難しく、予算保持家庭医と病院との間の契約は困難をきわめた。労働党から、内部市場は取引費用 (transaction cost) が高価になりすぎ、患者のケアにあてるべき予算が無駄な事務に使われていると批判された。②予算保持家庭医は病院に対する交渉力が強く、他の開業医よりも優先して手術を受けられるという状態がみられた。郡司 (2005) を参照。しかし、2006 年から Practice Based Commissioning (以下 PBC とする) という GP や GP 診療所が NHS トラストやファンデーショントラスト (Foundation Trust 以下 FT とする) に直接予算を配分する制度ができ、予算保持一般医の復活とも言われている。

⁴ 各トラストは統一的な基準に基づく原価計算を行うことが求められている。その際に診療の処置をグルーピングした診療群別にコストを算定する「診療群別原価計算」を行っている。病院ごとの診療群別原価、診療群別原価の全国平均額、全国平均と各病院の原価との関係を表す指標を公表する制度を「参照原価計算制度」と呼び、1998 年から行われている。

算配分の仕組みについて詳細に説明する。保健省の予算は議会で決定されたのち、NHSに90%、残りは対人社会サービスなどに割り当てられる。NHS 予算の75%は一次医療であるPCTに配分され、残りはNHS本部、SHAやMonitor⁵などに配賦される。家庭医(General Practitioner 以下GPとする)やGP診療所および二次医療であるNHSトラストとファンデーショントラスト(Foundation Trust 以下FTとする)にはPCTから予算が配分される。配分方法は、GPやGP診療所に対しては、2004年度から全国導入された新一般医療サービス(General Medical Service 以下GMS)契約⁶、地域で交渉する個人医療サービス(Personal Medical Service 以下PMSとする)契約を採用している。2004年度以降はGP診療所のアクセス改善のため、代替提供者医療サービス(Alternative Provider Medical Services 以下APMSとする)やPCTが医療従事者を直接雇用しPCT自身が提供するプライマリアケアトラスト・メディカル・サービス(Primary Care Trust Medical Services 以下PCTMSとする)も導入された。NHSトラストやFTに対しては、これまでのBlock Paymentと呼ばれた予算配分方式に代えて、2004年度から段階的に「結果による支払」(以下PbRとする)を導入している⁷。

また、度重なる組織再編も忘れてはならない特徴であり、1999年度にプライマリアケアグループ(Primary Care Group)を創設し、2001年度にPCTになった。100箇所あったHAは2002年度に28箇所の戦略保健局(Strategic Health Authorities 以下SHAとする)となり、2006年度には302箇所のPCTを152箇所に、28箇所のSHAを10箇所に再編した。1991年の保守党時代に創設されたNHSトラストは独立採算制のFTへの全面移行が決まり、2004年度の第1号を皮切りに次々と移行している⁸。

2. 健全性の観点：NHS 財政の変化と財政赤字

2.1 2004年度から2005年度におけるNHS 財政赤字の実態

この節では、財政構造の変化によって発生した赤字を健全性の観点から検証する。

⁵ 独立採算制をとるFTのみに対して監督する機関。

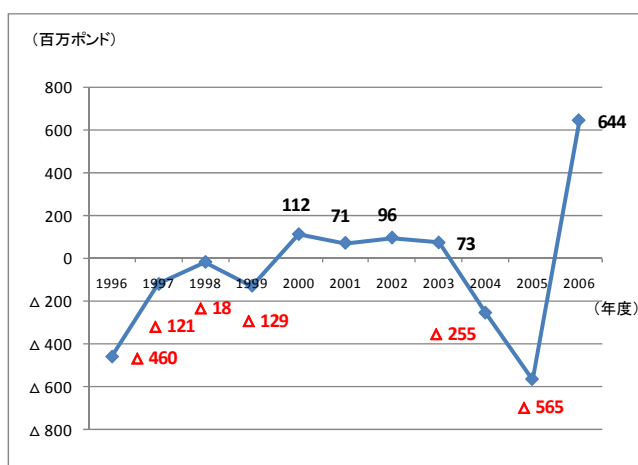
⁶ GP診療所については、①人頭払い②出来高払い③Quality and Outcomes Framework(以下QOFとする)の組み合わせで算定される。GPに関しては、予算制のcapitation部分と成果支払いのQOF部分と運営費部分の3つの組み合わせによる支払いが大部分を占めている。新契約はプライマリアケア・サービスの契約の基礎を変えた。従来はGPごとに契約をしていたが、基本的に診療所単位の契約となったため、GPの約半分が診療所から給与を得ていることになる。NAO(2008)などを参照。

⁷ 計算にはタリフと呼ばれる全国料金表と診断群分類(Health Resource Groups, 以下HRGsとする)が使用される。HRGsで活動を評価し、国が定めた全国料金表にしたがって計算される。よって価格の交渉は行わず、量と質の交渉だけを行う。PbRを導入した結果、2006年度で契約金額は2,500億ポンド増となった。PCTからの配分は3億2,000万ポンド増えた。AC(2004), DH(2008)などを参照。

⁸ FTの創設に関する政策論争については伊藤(2006)64頁に詳しく書かれている。

ブレア政権は医療費を欧州諸国の平均水準（GDP 比約 10%）まで引き上げることを目的とし、その財源として 2003 年度から国民保険料負担を 1%増やした。医療費は 2003 年度には 861 億 4,700 万ポンド、2004 年度には 948 億 1,000 万ポンド、2005 年度には 1,008 億 600 万ポンド、2006 年度には 1,090 億 1,600 万ポンドと順調に増えた。医療費が増えたにもかかわらず、2003 年度は 7,300 万ポンドの黒字から一転し、2004 年度は 2 億 5,350 万ポンド、2005 年度はさらに 5 億 6,500 万ポンドの赤字となった。しかし、翌 2006 年度は 6 億 4,440 万ポンドまで改善し、1 年で 12 億 940 万ポンドも回復した（図 1）。

図 1 NHS 財政収支の推移（1996-2006 年度）



(出所)House of Commons(2006)p.16 Table3; Monitor (2006)p.8; Monitor (2007)p.18 より作成。

この赤字は一体どこからきたのだろうか⁹。SHA はすべて黒字で、PCT と急性期トラストに赤字が集中していることが分かった¹⁰。赤字が集中している PCT をみると、赤字箇所が 2003 年度の 41 箇所から 2004 年度は 90 箇所、2005 年度は 125 箇所まで増えた。赤字規模も拡大しており、規模別でみると、2003 年度には 800-1,200 万ポンドの赤字のカテゴリーに 1 箇所、400-800 万ポンドの赤字は 7 箇所、400 万ポンド以下の赤字は 33 箇所だったが、2004 年度は、1,600 万ポンド超の赤字が 1 箇所、1,200-1,600 万ポンドの赤字も 3 箇所、400-800 万ポンドの赤字は 27 箇所、400 万ポンド以下の赤字は 55 箇所と全体的に赤字に転じた。2005 年度はさらに悪化し、1,600 万ポンド超の赤字は 5 箇所、1,200-1,600 万ポンドの赤字は 6 箇所、800-1,200 万ポンドの赤字は 15 箇所、400 万ポンド以下の赤字

⁹ 本稿では SHA,PCT,NHS トラスト,FT を「組織」とし、各組織内の経営体（たとえば 2006 年当時 PCT は 152 箇所ある）を「箇所」とし、厳密に区別する。

¹⁰ DH (2006a) p.10 Table 9 を参照。

は 62 箇所となった。NHS トラストの赤字箇所数は 2003 年の 65 箇所から 2004 年は 68 箇所、2005 年は 77 箇所とさほど増えてはいないが、赤字箇所の赤字が拡大した。規模別にみると、2003 年は 400 万ポンド以下の赤字が 44 箇所、1,600 万ポンド超の赤字は 1 箇所、1,200-1,600 万ポンドの赤字が 1 箇所だったのが、2005 年には 400 万ポンド以下の赤字は 26 箇所と減少したものの、1,600 万ポンド超の赤字は 13 箇所、1,200-1,600 万ポンドの赤字も 14 箇所に増えた。FT は、2004 年は赤字が多かったが規模は小さく、2005 年は 1,600 万ポンド超の赤字が 1 箇所あったが、黒字になったところも多かったため、PCT や急性トラストに比べ影響は小さい¹¹。

2.2 黒字への取り組み

(1) 保健省の取り組み

保健省は赤字補填とマネジメントの立て直しを行った。赤字補填は 2 つの方法で 2006 年度の予算を切り詰めた。ひとつは SHA が NHS プログラム予算から捻出した臨時費 4 億 5,000 万ポンドである。もうひとつは Top-slice (以下トップスライス) と呼ばれ、PCT への予算をあらかじめ 0.5% から 3% 削減し、8 億 2,500 万ポンドを補填に回した。合計で 12 億 7,500 万ポンドとなり、2006 年度の財政収支の差額 12 億 900 万ポンドをカバーした。

マネジメントの立て直しについては、2005 年 11 月に KPMG に 98 の赤字箇所 (PCT と NHS トラスト) の分析を委託した¹²。調査は 2 回に分かれ、1 回目の委託費用は 1,493,500 ポンド、2 回目は 1,092,400 ポンドであった。分析結果を受けて、保健省は国家プログラム局 (National Programme Office) を発足した。2006 年 5 月から 25 箇所に対して、KPMG など 4 つの会計ファームのアドバイザーと保健省内の再建ディレクターが支援することとなった。また、31 箇所に再建ディレクターが配置された。費用は 1 箇所平均 177,000 ポンドと公表されており、全部で 1,736 万ポンドかかっている。マネジメントの立て直しに KPMG への委託費用も合わせて総額 2,200 万ポンドのコストがかかったことになる。

(2) 赤字箇所の取り組み

一方、各赤字箇所では、①バックオフィスの節約、②箇所の統廃合、③SHA 内の他の組織から運転資金を調達した。節約はまずは給食費、清掃費などの外部委託費用を切り詰め、次に施設修繕費、残業代を削減し、最後に人員削減となった。2006 年度の、強制的な人員

¹¹ DH (2006a) p.7 Table3; DH (2007a) p.13 Table3.4, p.15 Table.3.7, p.16 Table3.8; Monitor (2005)p.17; Monitor (2006)p.8,p.10 を参照。

¹² House of Commons(2006) p.49 を参照。

削減数は 2,330 人で、そのうち 82%は臨床スタッフ以外の職員であった¹³。

わずか 1 年で V 字回復したのは、応急措置的な印象を受けるが、迅速な対応であった。しかし国民にとって、これらの分の 2006 年度の医療サービスは削られたことになり、人員削減や教育訓練費の抑制は翌年度以降の医療サービスにも影響を及ぼすと予測される。

2.3 財政赤字の原因分析

前々項の実態に照らし、赤字の原因である PCT と NHS トラストの財政を分析する。

PCT は、前述のように一次医療や二次医療に対するコミッションングと呼ばれる契約の予算配分する役割を SHA から移行されたため、2002 年度から国からの予算が大幅に増えた。それにともないプログラムコストも増えたが、2003 年からプログラムコストが収入より多くなり赤字になった。キャッシュフローでも赤字が続いている (表 1)。プログラムコストの内訳をみると、2004 年度から新 GMS 制度による予算配分の計算が変更になったため、GMS 費用が 3 倍に増え、FT への支払も始まった。人件費は 2004 年度で 8 億 8,379 万ポンド、2005 年度は 6 億 1,910 万ポンドも増えた。人数では 2004 年、2005 年ともに 1 万人ずつ増えた。特に管理部職員と理学療法士が目立っている¹⁴。

表 1 PCT の収支およびプログラムコスト内訳 (2001-2006 年度) (単位: 千ポンド)

年度	2001	2002	2003	2004	2005	2006
国からの収入	18,383,036	47,937,967	52,870,862	59,112,898	64,509,682	66,995,083
資本補助金	825	3,944	4,702	9,118	16,484	6,274
運営収入	1,417,032	2,278,094	2,487,238	2,886,285	2,818,349	2,871,565
収入計	19,800,893	50,220,005	55,362,802	62,008,301	67,344,515	69,872,922
プログラムコスト	19,629,361	50,005,274	55,584,181	62,769,808	67,782,030	67,782,031
収支	171,532	214,731	(221,379)	(761,507)	(437,515)	2,090,891
キャッシュフロー収支	(23,291)	(7,722)	(12,137)	(20,887)	10,341	(1,783)
プログラムコスト(内訳)						
NHS組織からの財・サービス	11,167,618	28,932,160	30,740,506	30,535,930	30,651,980	28,626,899
FTからの財・サービス				3,454,588	5,479,561	4,956,497
人件費	1,389,386	4,089,431	4,687,513	5,571,300	6,190,404	6,394,574
役員報酬	54,853	138,429	164,818	182,615	193,904	171,190
一般管理費(診察)	147,624	349,106	358,765	404,766	448,888	475,581
一般管理費(一般)	50,292	166,545	150,300	144,327	150,141	152,845
処方箋費用	2,647,409	6,344,901	6,963,029	7,375,763	7,463,658	7,590,004
GMSインフラ費用	432,475	912,276	852,815			
GMS費用	0	952,481	1,903,113	6,003,060	6,772,754	6,937,544
PMSとPDS	315,707	912,384	1,380,481	225,285	788,896	2,131,360
GMSサービス以外	32,223	66,913	77,196	38,121	34,415	25,773
医薬品提供	776,442	865,077	961,635	989,215	1,161,048	1,141,135
歯科	1,622,398	1,696,551	1,766,809	1,671,374	1,446,890	26,328
眼科	0	150,480	321,611	340,756	360,120	360,120
薬剤師	0	131,472	181,882	194,726	236,349	236,349
ソーシャルケア	0	304,037	271,265	288,301	302,586	302,586
NHS以外からの購入	409,936	1,199,941	2,847,987	3,353,031	4,091,792	4,091,792
その他	500,440	2,583,267	1,705,137	1,748,515	1,750,866	3,846,121
合計	19,629,361	50,005,274	55,584,181	62,769,808	67,782,030	67,782,030

(出所) NAO(2004) p. B10,B12, pp.B19-B21 ; NAO(2005) p.B13,B15,B22; NAO(2007a)p.B8, B10, B17

¹³ DH(2007b)p.28 参照.

¹⁴ NAO(2004) pp. B19-20; NAO(2005) pp.B23-24; NAO(2007b)p.B18 参照.

より作成。

NHS トラストの収支状況をみると、運営費の段階では赤字ではないが、未払配当を加えると赤字になることが分かった。キャッシュフロー上では赤字にはなっていない（表 2）。

表 2 NHS トラストの収支（2001-2006 年度）（単位：千ポンド）

年度	2001	2002	2003	2004	2005	2006
診療収入	28,711,092	29,071,459	31,163,798	31,423,977	31,856,942	31,518,298
その他運営収入	4,219,145	4,356,340	4,673,678	4,140,501	4,110,533	3,659,198
収入計	32,930,237	33,427,799	35,837,476	35,564,478	35,967,475	35,177,496
運営費	31,784,702	32,279,362	35,187,310	35,124,554	35,683,250	34,502,759
未払配当	1,241,776	1,276,977	830,783	817,584	907,107	860,486
受取利息・配当	56,012	35,011	43,000	55,834	41,443	108,338
収支	(40,229)	(93,529)	(137,617)	(321,826)	(581,439)	(77,411)
キャッシュフロー収支	38,748	8,252	6,275	4,839	10,329	36,142

（出所）NAO(2004) p.C9; NAO(2005) p.C15; NAO(2007a)p.C8; NAO(2007b) p.C8 より作成。

以上、原因分析を行ったが、PCT への大幅な権限移譲にともなう予算の集中化と GP や NHS トラスト、FT に対する契約金額の増加が赤字の要因だと考えられる。人員を増やしたため、人件費が増えたことも理由である。NHS トラストについては、これまでの財政調達による配当が大きく、財務体質に問題があると考えられる。

3. ブレア政権の成果

ブレア政権は公約を達成したのだろうか。白書『NHS プラン』と『新 NHS プラン』の合計目標をベースに検証すると表 3 のとおりとなる。看護師、GP やコンサルタントの医師、その他医療従事者などの職員については目標を超えて達成されたことが分かった。

表 3 公約達成状況（単位：人，病床）

	目標	達成状況	差異
看護師	55,000人増	73,780人	18,780人
家庭医(GP)	2,000人増	4,271人	2,271人
コンサルタント	7,500人増	8,672人	1,172人
他の医療従事者	6,500人増	13,162人	6,662人
病床(一般・急性期病院)	2,000病床増	2,197病床	197病床
病床(中間ケア)	5,000病床増	4,686病床	△374病床

（出所）DH(2006a)p.43 Table4.1; DH(2000)p.43; DH(2005) p.47 Table N より作成。

施設¹⁵について、一般・急性期病院は、1999年に135,080台が2004年には137,277台となり2,197台増で目標を達成した。中間ケアは、1999年に4,242台が、2004年には8,928台となり、目標の5,000台には及ばないものの、4,686台増加した。

待機時間の縮小¹⁶については、『NHSプラン』で2004年までに、48時間以内にGPの診断が受けられるようにするという目標について、2002年で74.64%に対し、2005年には99.98%となり、ほぼ達成と言える。救命救急についても病院到着から4時間以内の対応が、2003の80%程度から2005年には98.1%まで上昇した。2005年末までに外来の待機期間を3ヶ月以内に、入院の待機期間を6ヶ月以内という目標については、外来について、2000年の393,027人から2005年には30,468人まで減少し、入院についても、2000年の264,370人から2005年に40,806人まで減少したが、100%の達成には至らなかった。

ブレア政権の掲げた公約の達成状況を概観したが、職員の数を目指以上に増やしたことが財政圧迫につながったと言える。

4. なぜ赤字が起きたのか：NHSと下院の見解と教訓・提案

健全性の分析と公約の達成状況から赤字となった原因を分析してきたが、NHSと下院の見解をみながら筆者の意見を述べる。

4.1 NHSによる赤字の分析

NHSは赤字の起こった要因¹⁷を以下のように分析している。①追加予算（Health Dividend）により職員を増やし、給与水準を上げたために、人件費が増えた¹⁸。2000-2004年度で正規職員が178,973人増え、赤字となり財政を圧迫した1996-2000年度と同じ労働コストとなった。②業績目標が実態に即しておらず、目標を達成するために赤字となった箇所が多くみられた。③資源会計による予算流用の撤廃が2004年度の赤字を招いた。マネジメントの脆弱性や資源配分の偏在などの要因も複雑に絡み合い、赤字の原因を1つに絞ることはできないとし、赤字から得た教訓を4つ挙げている。

（1）業績目標

目標設定の際に組織によって状況が異なることを認識すべきであった。また、目標設定のプロセスで、たとえば4時間以内に対応する救急医療目標がすでに98%達成している状

¹⁵ DH(2000)p.43, DH(2005)p.47 Table N

¹⁶ DH(2000)p.12, p.101, DH(2005)p.20, p.21Table B, p.22 Table C, p.23 Table D, p.24 Table E.

¹⁷ DH(2007a)を参照。

¹⁸ 2001年度から2004年度の間、総額130億ポンドの追加予算のうち、予備費はつねに10%残されており、NHSは給与が上がったために、予備費は残されなかったという一般論は誤りであると指摘している。

況で、さらに 100%にするメリットと達成費用のどちらを選択すべきか、もしくは、3ヶ月で実現する場合と 6ヶ月で実現する場合のどちらを選択すべきかといった限界費用やメリットの詳細な分析を行う必要があった。そして当初目標は状況に応じて修正が必要である。

(2) 準備期間

制度の導入には準備期間が必要である。準備期間があれば、問題が発生したときに吸収する緩衝材となる。助走期間の役目も果たす。

(3) 資源配分

予算見積りは、潜在的な患者も含めて試算すべきである。地域性や組織の特徴も加味すべきである。また事業年数の少ない箇所原価・経費と赤字の関係性も調査する必要がある。以前は予算移転（流用）や柔軟な会計によって資源配分の弱点をカバーしてきたが、透明性の高い財政ではカバーできなくなっているため、SHAの分配プロセスを研究する必要がある。ただし現場のインセンティブを弱める手法は避けるべきである。

(4) 雇用

現状のまま運営可能か、人件費が増えても職員を増やした方がよいかを見極める必要がある。また、十分に活用できるときに雇用することが最も生産性を向上させる。財政縮小のときには、医療従事者に雇用を保証するために、雇用に工夫が必要である。

4.2 下院による赤字の分析と見解

House of Commons Health Committee（以下下院）は組織が機能していなかったことを強調した。監査が早い段階で問題を取りあげず、SHAがトラストの活動を十分に監視せず、保健省はSHAのチェックを怠ったと記している。その他には以下のように分析している¹⁹。

(1) 会計方法の変更

会計方法が 2001 年から資源会計に変更され、資本予算を經常予算に流用できなくなり、透明性が高まったために内在していたものが顕在化した。しかし、資源会計は流動的に対応できないため、NHSの構造にそぐわないとみる。

(2) 配分の算定式

PCTに配分する際の算定式が地域偏在になっているため、公平性に懸念がある。

(3) 保健省の貧弱なマネジメント

公約目標を実現するために追加コストを強いた。財務に関心を払わず、目標達成に集中

¹⁹ House of Commons (2006) pp.77-81 参照。

した。たとえば4時間以内の100%救命救急などの政府が掲げた目標はコストが高くついた。また、PFIによって巨額の赤字に苦しんでいるPCTやNHSトラストがある。

(4) 地方の財務管理の欠如

不適切なモニタリング、財務管理の欠如がみられる。そのため急激な職員増により高額な人件費を払うこととなった。

NHSの黒字への取り組みに対し、下院がもっとも懸念したのは、臨時費やトップスライスの扱いであった。あくまで暫定措置として継続しないことを強調している。常に臨時費を抱えることは、各箇所のモラルややる気を阻害し、良い方向にはいかないと懸念する。

また、今回の赤字はもともと内在していた古くからの問題が今回表面化したとみている。それをカバーするために、当年度予算を削減して、過去の赤字を解消するのは至難の業であり、まずは単年度のバランスを達成し、長期的な視点が必要であると唱えた。職員のモラルや成長に影響を与えるため、教育訓練費を削ることは良くないと指摘した。

さらに資源会計の変更を提案した。①単年度の財務管理に必要な会計・財務の規則は維持するが、年々の限度額は流動的にし、赤字の回復に十分時間を与えること。②黒字を戻すことを要求すると同時に、予算を削減しないことが基本であると考えている。

地方のマネジメントについては、政府に対し、基本的な会計手続きに関する義務の声明を出すことを薦めた。財務担当役員の役割を見直し、地位を上げる必要だと述べた。

政府に対しては、浪費の削減は行ってもよいが、医療の質や範囲を縮小してはならないと述べた。また政策の実行には十分な準備が必要であるとし、政策のテストを広く行ったうえで、実行に時間がかかるならばやむを得ないと述べている。

4.3 赤字に対する筆者の見解

従来は1つの組織として良くも悪くも護送船団方式の慣れ合い状態だったにもかかわらず、資源会計や全国料金表、参照原価制度を導入し透明性を高めたために、赤字が表面化しやすくなったと考えられる。さらにFTのような独立採算制の組織を発足したため、これまでの慣れ合いの経営では成り立たなくなったこと、職員増により医療行為が以前より多く行われたことと契約の算定根拠が変わったことで、PCTへの請求金額が増えたと考えられる。また、予算統制役がSHAからPCTに変わったことと、予算配分の変更による業務の非効率も赤字を引き起こしたと言える。

そして、前節で検証したが、公約以上に職員を増やし、給与水準も上げたため起こった

人件費の増加も大きく影響していると考えられる。

英国はもともと中央集権の予算統制システムを採用してきたが、財政的責任を下部組織に下ろし、数多くの箇所では調整を図ろうとしたことにより、意思疎通が複雑になり、中央で全体像を把握するのが難しくなったために、ガバナンスが効かなかったとも言える。予算は増えていたので、シティの景気後退などの外的な経済要因ではない。あくまで NHS 内部から引き起こされている。もっと財政に目を配りながら改革を進めれば赤字にはならなかったのではないかと考える。

5. 公平性の観点：医療提供に与えた影響

この節では、医療改革による財政構造の変化が医療提供にどのように影響を与えたか、公平性の観点からブレア政権と保守党政権の医療支出と所得再分配効果を比較する。ブレア政権の10年間と、保守党政権の1987年以降の10年間の所得階層別（10分位）データを用いて、所得再分配の効果と医療の公平性をみる。

医療支出の推移をみると、2006年度における一人あたりの医療費は2,001ポンドで、ブレア政権発足時の1997年度と比べて2倍強、サッチャー政権発足時の1979年度と比べると10倍強、内部市場を導入した1991年度と比べると3倍に増えている²⁰。

所得階層別に医療費の推移をみると、保守党時代からどの階層もほぼ同じ金額となっており、階層にかかわらず公平に医療費が配分されているのが分かった。

次に各階層別の当初所得²¹、税引き後所得²²、最終所得²³データを用いてジニ係数を計算し公平性を検証した。税引き後所得と最終所得の間の項目は医療費を含む現物給付のみであり、その差をみることで所得再分配にどれだけ機能しているかみることができると考えたからである。

結果は表4のとおりである。当初所得では各年度とも0.4を超えており格差が大きい。しかし最終所得では1990年度を除き0.3以下なのでかなり平等であると言える。特に2002年度から2008年度にかけて数字が下がっており、所得再分配効果は上がったと言える。

さらに税引き後所得と最終所得の差をみると、2001年度以降差が大きくなっており、保

²⁰ Emma Hawe(2009) p.118 を参照。

²¹ 当初所得 (Original Income) は給与、現物給付による帰属所得、自営業所得、企業年金、投資所得、その他所得と定義されている。

²² 税引き後所得(Post-tax Income)の定義は、可処分所得（現金給付後）－間接税（消費税、TV受信料など）であり、現物給付前所得である。

²³ 最終所得(Final Income)の定義は、可処分所得（現金給付後）－間接税（消費税、TV受信料など）+現物給付（教育、NHS、住宅補助金、交通費補助金、給食補助・ミルク補助）である。

守党政権のときよりも現物給付に力を入れていることが分かった。

表 4 当初所得，税引き後所得，最終所得のジニ係数（1987-2008 年）

年度	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
当初所得	0.453	0.457	0.449	0.458	0.460	0.459	0.472	0.466	0.456	0.464	0.464
税引き後所得	0.344	0.371	0.361	0.378	0.373	0.359	0.359	0.355	0.351	0.362	0.364
最終所得	0.266	0.292	0.282	0.301	0.295	0.275	0.271	0.269	0.262	0.277	0.282
税引き後所得と最終所得の差	0.078	0.079	0.079	0.077	0.078	0.084	0.087	0.086	0.089	0.085	0.082
年度	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
当初所得	0.465	0.469	0.455	0.466	0.450	0.453	0.447	0.456	0.452	0.446	0.452
税引き後所得	0.370	0.383	0.370	0.383	0.355	0.358	0.351	0.357	0.364	0.356	0.356
最終所得	0.285	0.296	0.282	0.293	0.266	0.268	0.259	0.264	0.264	0.259	0.270
税引き後所得と最終所得の差	0.085	0.087	0.088	0.090	0.089	0.090	0.091	0.093	0.099	0.097	0.086

（出所）ONS Data(1987-2008) Effects of Taxes and Benefits on Household Income より作成。

<http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=15369>.

以上，ブレア政権の所得再分配機能の成果を保守党政権時と比較して概観した。保守党時代も医療は平等に提供されていたが，ブレア政権になって医療費の増額によって国民全体の一人当たり医療費が 2 倍に底上げされ，医療水準が高まったことで低所得者にとって受けられる医療が増えたために，公平性が高まったと言える。

6. まとめとわが国への示唆

ブレア政権の医療改革は，2050 年においても持続可能な医療提供を目指し，サービスの質を高め，より公平かつ効率的で自立した組織を目指して踏み出した改革である。保守党政権の打ち出した内部市場が，GP の負担が多く非効率だと判断し，PCT に集約する形に変えながらも効率化路を維持している。PCT の創設は 1999 年のヘルスケア法で掲げられた予防からケアまで行うケアトラストを実現するための一歩であるが，予算統制を SHA から PCT に移行したことで，同時に古い組織や慣習を壊したとも言える。予算配分の変更と資源会計の導入で透明性を強化し，独立採算制の FT を創設し，マネジメントの責任を持たせることで自立を図ろうとしている。英国の公平性を追求する姿は一貫しており，参照原価計算制度を導入したのもアカウントビリティのためである。臨時費の配賦の際も，公平性を重視し，赤字がひどかった東部に集中して配賦されるということにはなかった²⁴。しかし，ブレア政権が一定の成果を出したのは経済が好調で，財政赤字も保守党時代に縮小されて

²⁴ DH(2006b)p.1; DH (2007b) p.3 を参照。

いたことという良い条件に後押しにされていたということも忘れてはならない。

本稿からわが国が学べることは、①改革や組織変更を行うときは、十分な予算と準備期間を確保することである。予算を事前に十分見積ることは不可能で、権限移譲を行ったことによる業務の非効率性は避けられないからである。②透明性を高め、チェック機能を強化することである。参照原価計算制度や資源会計の導入は、国民の信頼を高め、自らのチェック機能を強化し、国民に医療情報を提供した。判断の材料がなければ先に進めない。将来の医療をどうするかを考える上でアカウントビリティの強化は必要である。下院は資源会計が NHS にそぐわないとし、もっと流動的にするよう求めているが、予算の限度があったからこそ、これ以上傷を広げず、短期間で回復できたと考える。③常に財政面に目配りし、ガバナンスを効かせることである。公約の実現は重要だが、ブレア政権の場合、赤字に陥った。目標達成に邁進するだけではなく財政面に配慮しなければ、国民の医療費負担を増やしても、十分な医療提供を行えないことを教えてくれた。④改革を一度にたくさんやりすぎないことである。ブレア政権は短期間に数多くの改革をやりすぎた感がある。一歩ずつ確実に進むことも重要である。

最後に福祉国家の目的を実現するために改革を行い、結果として医療の公平性が高まったことは注目すべきだと考える。

おわりに

本稿の目的は、ブレア政権の医療改革が財政にどのように影響を与えたか、NHS 財政の仕組みを明らかにし、健全性・公平性の観点から検証することであった。また、ブレア政権の公約は達成されたのかということもあわせて検証することであった。

本稿で明らかにしたことは 3 つである。①健全性の観点から財政赤字の原因と黒字への取り組みを明らかにした。主な原因は職員増による人件費の増大と予算配分の計算根拠が変更されたため支出が膨らんだからである。②公平性の観点から、ブレア政権と保守党政権とのジニ計数を検証した。医療費を上げたことで一人当たりの医療水準が上がり、低所得者の受けられる医療が増え、公平性は高まったことが分かった。また保守党政権は現金給付に力を入れていたが、ブレア政権は医療を含めた現物給付に力を入れていたことも分かった。③ブレア政権の公約は達成されたのかどうかについても検証した。人員については目標以上に達成し、上記の財政赤字につながったことを示した。

本稿から得られる日本への示唆は、公約達成に邁進するだけではなく財政面に配慮しな

ければ、国民の医療費負担を増やしても、赤字を引き起こし、赤字を解消するために、結局国民への医療サービスを減らして財政を立て直すことになるということである。財政面に気を配りながら政策を実行することの重要性を改めて知ることができた。

NHS はその後黒字を維持し、2005 年から全 FT に対して一斉に FT Diagnostics というマネジメント評価を行い、現在も業務改善を続けている。この取り組みと導入後の財政の変化について研究することを今後の課題としたい。

【参考文献】

伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革』 ミネルヴァ書房。

郡司篤晃 (2005) 「イギリスにおける医療・福祉の現状とその評価」『社会政策学会 110 回大会』 2005 年 5 月。

Appleby, J., Ham, C., Imison, C. and M.Jennings (2010) *Improving NHS Productivity: More with the Same not More of the Same*, King's Fund.2010.11.25 参照。

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving_nhs.html>

Audit Commission (AC) (2004) *Introducing Payment by Results: Getting the Balance Right for the NHS and Taxpayers*, HAR3237.

Department of Health (DH) (2000) *The NHS Plan*, Cm 4818-I.

DH(2004) *DH Departmental Report 2004*, Cm 6204.

DH(2005) *Chief Executive's Report to the NHS May 2005*. 2010.11.25 参照。

<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4110379>

DH (2006a) *NHS Financial Performance 2005-06*. 2010.11.25 参照。

<http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.../dh_4135842.pdf>

DH (2006b) *Financial Turnaround in the NHS*. 2010.11.25 参照。

<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127186>

DH (2007a) *Explaining NHS Deficits,2003/04-2005/06*. 2010.11.25 参照。

<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_065958>

DH (2007b) *NHS financial performance quarter four 2006-07*. 2010.11.25 参照。

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075230>

DH (2008) *NHS Costing Manual 2007/08*. 2010.11.25 参照.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082747>

Hawe E. (2009) *Compendium of Health Statistics 2009* 20th edition, Office of Health Economics.

House of Commons Health Committee (2006) *NHS Deficits First Report of Session 2006–07* Vol. I, HC 73-I.

Glennerster, H. (2006) *Tibor Barna: The Redistributive Impact of Taxes and Social Policies in the UK: 1937-2005*, CASE/115.

Monitor (2005) *NHS Foundation Trusts Review and Consolidated Accounts 2004-05*, HC662.

Monitor (2006) *NHS Foundation Trusts Review and Consolidated Accounts 2005-06*, HC37.

Monitor (2007) *NHS Foundation Trusts Review and Consolidated Accounts 2006-07*, HC21.

National Audit Office(NAO)(2004) *NHS(England) Summarised Accounts 2002-2003*, HC505- II .

NAO(2005) *NHS(England) Summarised Accounts 2003-2004*,HC60- II

NAO(2007a) *NHS(England) Summarised Accounts 2005-2006*, HC742.

NAO(2007b) *NHS(England) Summarised Accounts 2006-2007*, HC129- II .

NAO(2008) *NHS Pay Modernisation:New Contracts for General Practice Services in England*, HC307.

ONS Data(1987-2008) Effects of Taxes and Benefits on Household Income 2010.11.25 参照.<<http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=15369>>.

Street, A. and P. Ward (2009) *NHS Input and Productivity Growth 2003/4 – 2007/8*, Centre for Health Economics Research Paper47. University of York.

Trades Union Congress (2010) *Where the Money Goes: How We Benefit from Public Services*, 12 September 2010