

### イ 施設設備、人員の拡充

施設設備の拡充についてはPFI (Private Finance Initiative) 方式も含め病院病棟の整備の他、プライベートセクターの積極的な活用が進められている。

NHSサービスの枠内で民間セクターを活用する動きは、サービス提供を中心として、サービス管理、インフラ整備の各局面で展開されている。保健省としては、2005年度時点で、NHS患者処置件数における民間委託の割合はわずか5%であったが、これを民間外科施術センター (ISTCs: Independent Sector Treatment Centres) 分も含め、2008年度までに15%にまで拡大することとしている。また、地域の医療サービスの購入の責任主体であるPCTの機能までも、一定の厳格な基準の下、保健省が許可した場合には民間セクターに委託することが可能となっている。さらに、労働党政権では、あらゆる分野でPFIが活用されている。ブレア政権下ではNHSの供給能力を短期間に引き上げるため、病院の新規建設も重要な課題であったが、数兆円規模の建設資金の確保という課題があったため、そのリスクを民間に負担させ、そのノウハウで効率化が図られる意味でPFIは有用と考えられた。このため、新規の病院建設の多くはPFI方式で実施され、新規の病院建設の主流となった。しかしながら、PFIについては、30年という長期間にわたる契約に基づくものであり、コストと成果との関係、見通しどおりの運営が図られない場合に債務問題を惹起するなど問題点が多く指摘され、消極的な評価が多くなっている。

マンパワーの拡充については、給与引き上げを含む離職者の復帰促進を推進しつつ、養成定員の拡充が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護師等につき欧州諸国等から期限付きでの採用が進められている。また、NHSの近代化を進める過程で、130万人のNHS職員の労働契約について、17の組合との間で賃金水準の引き上げ、成果主義の導入などを内容とする見直しが行われた。同様に、病院の専門医については、20%昇給する見返りに割増賃金なしで一定の時間外診療・休日診療を行うこと等を内容とする新契約、一般家庭医については、10~20%の報酬の増加と併せて、人頭報酬を基本としつつも、一般家庭医の診療所における高度な検査、処置等を行う場合の報酬

契約上の評価等を認めることを内容とする新契約が合意された。

### ウ 医療の質の向上及び地域間格差の是正

医療の質の向上及びサービスの地域間格差の是正については、全国サービスフレームワーク (National Service Framework)、全国的達成目標 (ナショナル・ターゲット)、全国標準 (ナショナル・スタンダード) に基づき、目標、目標とするサービス提供の具体的なあり方が老人、精神保健、児童、糖尿病、ガン、心臓病等の分野別に定められたほか、国立優良診療研究所 (NICE) により個々の医療行為、薬剤等の適用についての評価、疾患についての診療ガイドラインが作成されている。

また、これらの標準や目標の達成度合いについての評価を行い、運営の改善を促すためのモニター機能も整備され、すべてのNHS医療機関及びプライベートセクターのパフォーマンスが評価、公表されており、それぞれの運営改善の参考とされている。こうしたパフォーマンス情報の公表システムは、病院サービスの水準向上とともに、病院のアカウントビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることを狙いとしている。2009年4月より、ケア・クオリティ委員会 (Care Quality Commission) が設置され (The Health and Social Care Act 2008)、医療のみならず、福祉及び精神保健を横断的に評価・モニターするとともに、監視指導権限が強化された。

また、待機時間 (waiting list) の問題については、これまでは設定された目標をおおむね順調に達成しているところである (2日以内にGPに受診できる、救急患者は4時間以内に入院、退院できる等)。さらに、2008年中に病院が紹介を受けてから患者が治療を受けるまでの時間を18週間以内とする目標が掲げられたが、これについても2009年1月現在、平均待機時間は8.6週となり、目標が達成されている。

加えて、国家的なITプロジェクト (“Connecting for Health”) を総額62億ポンドの予算を投入して進めているところであり、オンラインでの病院予約システム (エド後述) や、2020年までに3万人のGPと300の病院を結び、5,000万人の患者情報を管理・共有するシステムの構築、電子処方の実現等が予定されているが、進捗

は拮拮しくなく、費用対効果の面での批判も大きい。

### エ 患者の選択

イギリスにおいては、一般家庭医の紹介がない限り、原則として病院で受診することができない等、患者の選択は我が国と比べて大きく制限されているが、病院の予約に当たって病院が複数の日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受療を認める等の施策が進められている。また、患者の権利についても、患者憲章の策定、各プライマリ・ケア・センターに患者助言連絡サービスの設置等が行われた。

また、NHS病院のオンライン予約システム(“Choose & Book”)の導入が2005年夏以降、進められている。このシステムでは、GPが4～5か所の病院をリストアップし、患者の意向を踏まえてオンラインで予約するというものである。当初、2005年末には全面導入が予定されていたが、一部GPの反発や関連するプログラムの技術的な問題等から、普及が遅れている。

### (c) 健康法案とNHS憲章など

医療サービスの質の重視という、今後10年間のNHS改革の方向性を打ち出した報告書‘Quality Care for All’を踏まえ、2009年1月、医療関係者や患者等の権利と義務を規定したNHS憲章(NHS Constitution)が策定され、ブラウン首相自らが署名・公表するとともに、政府は健康法案(The Health Bill)を議会に提出し、2009年10月現在審議中である。健康法案においては、①関係者のNHS憲章の遵守、②医療提供者に対するサービスの質に関する報告書の作成・公表義務、③患者に対する医療費直接払いの試行、④医療機関に対する監督強化、⑤タバコの販売規制を主たる内容としている。

以上のほかにも、国の推薦がない「がん」等の高額な医薬品を患者負担で使用した場合に、患者にすべての医療サービスコストを自己負担させることに対する批判を受け、一定の場合はNHSによる医療や入院コストをNHSが負担する仕組み(Top-Ups)を導入することとしたほか、認知症対策として、一般病院に認知症の専門家を必置するなど早期発見、治療、ケアの質向上を内容とする国家戦略を策定するなど、具体的な取組の強化を行っている。

## 3 公衆衛生施策

### (1) 地域保健サービス

イギリスでは、地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医サービスと並ぶ国民保健サービス(NHS)の柱の一つである。地域保健サービスは、病院予算、一般家庭医予算を含むNHS予算を管理するPCTが雇用する保健師、地域看護師、助産師により提供される場合が多い。

保健師は、疾病予防や健康指導に当たる。また、地域看護師は、患者の自宅を訪問して包帯を交換したり注射をしたり投薬の管理をしたりする。他方、一般家庭医サービスについても、一般家庭医が予防活動等に積極的に関わることが促進されており、両者は診療施設を共有したり(ヘルスセンター)、連絡したりしながらサービス提供に当たる場合も多い。

こうした地域保健サービス、一般家庭医サービスにより、母子保健サービス、学校保健サービス(健康診断、事後指導等)、老人保健サービス(訪問看護師による訪問、保健指導、看護サービスの提供等)、障害者保健サービス(同左)、精神保健サービス(同左)、予防接種、家族計画の指導等が実施されている。

なお、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービスについては、NHSサービスを提供するPCTと対人社会サービスを提供する地方自治体との連携を強化する取組が進められてきている。

### (2) 健康増進

1998年に公表された国民健康増進計画(Our Healthier Nation)において、公衆衛生も含めた国民の健康維持増進政策の推進が謳われ、国民がより快適な環境で元気に長生きできるような環境整備、有病率や死亡率の地域間格差の是正等が掲げられている。その中では、2010年までに達成すべき数値目標として、①心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減(対1996年度比)、②事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減(同)、③がんによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減(同)、④精神衛生対策として自殺及び関連する原因不明死の削減、が公約されており、NHSプランでもその推進が再確認されている。

2004年2月に発表された首相、保健相、財務相の委託による報告書では、イギリス政府は、NHSに対する大幅な投資に併せて、予防対策にも重点を置くことを強調しており、たばこ、運動、果物及び野菜(食事)、食品表示、広告、性感染症、職場環境の7分野を中心に、2004年度中に政府、自治体、個人、企業等が行う総合的な取組策がまとめられた。また、同年5月には、下院の保健委員会が肥満の問題に関する報告書を発表し、関係省庁が連携しての総合的対策、業界による分かりやすい表示の基準の制定等を求めている。既に、イギリス政府がファストフード業者、冷凍食品業者、缶詰業者等に対して、塩分を減ずることを企業の経営者に直接求めたり、高カロリーであることの表示を求めたりする動きがある。また、学校からジャンクフードを追放する動き等が大きくなっている。このほか、国民的な議論を喚起した禁煙問題について、公共の場所、飲食店等を完全禁煙とする法律が2006年秋に成立し、2007年夏から施行されている。

### (3) 薬事

イギリスにおける医薬品の承認は、医薬品及びヘルスケア製品規制庁(MHRA)が行っている。また、欧州医薬品庁(EMA)の承認を得た場合には、医薬品及びヘルスケア製品規制庁の別個の承認は不要である。

イギリスでは、医薬分業が徹底されており、一般家庭医が原則一般名で処方した薬を、薬局で調剤する仕組みとなっている。イギリスでは、医薬品は要処方せん薬、薬局のみで販売できる薬、一般店で販売できる薬に3分類されている。医薬品を入手しやすくするよう、要処方せん薬を処方せんが不要な薬に変更する方針が進められており、解熱鎮痛剤等については、一般店で販売されている。また、NHS処方せん取扱い薬局についても制限を緩和して大規模販売店等が参入しやすくなった。

このほか、薬剤師による処方、相談指導する場合の報酬の評価など、薬剤師の役割の見直しについても検討が進められ、薬剤師による処方可能な薬剤の種類が増加し、相談指導に係る報酬の評価基準も改訂され、薬剤師が様々な事項の相談にのることができるようになった。

## 4 公的扶助制度の概要

### (1) 概要

イギリスの社会保障政策における現金給付は、拠出制給付(退職年金等)、非拠出制給付(児童手当、障害手当等)及び所得関連給付(所得補助等)に分類され、このうち所得関連給付が公的扶助に相当する。具体的には、所得補助(Income Support)、所得関連求職者給付(Income-based Jobseekers Allowance)等があるが、所得補助の場合、就労時間が週当たり16時間未満であって収入・資産が所定の基準で算出した所要生計費に満たない場合が対象とされる。具体的には高齢者、疾病や障害により就労できない者、家庭内介護や子供の養育のため就労できない者が主な受給者となる。

支給額は、申請者の年齢に応じた基本所要生計費に家族構成や障害の程度等に応じた加算を行い所要生計費が算出され、これから実際の収入(貯蓄がある場合はこれも勘案)を差し引いた残額として算出される。

2003年4月から、所得関連給付に分類される児童税額控除(Child Tax Credit)、就労税額控除(Working Tax Credit)が新設された。これは従来の就業家族税クレジット(Working Family Tax Credit)、就業障害者税クレジット(Disabled Person's Tax Credit)制度の対象を拡大したものであり、それぞれ就業者のいない児童家庭、児童がいない貧困家庭等が対象に含まれる。

### (2) 最近の動き

労働党政権は、「福祉から就労へ」をスローガンに改革を進めてきており、2009年1月には、現行の所得扶助を廃止し、従前の所得扶助受給者については求職者給付(Jobseeker's Allowance)又は雇用・支援給付(Employment and Support Allowance)のいずれかに移行させ、ジョブセンター・プラスに来所しない者については給付制限を行うこと等を内容とした福祉改革法案(Welfare Reform Bill)を議会に提出し、2009年10月現在審議中である。

## 5 社会福祉制度

### (1) 高齢者を含む保健福祉サービス

#### a 概要

戦後から一貫してイギリスの保健福祉サービスのう

ち、保健医療サービスは国営のNHSとして、福祉サービスについては地方自治体を中心に対人社会サービスとして、いずれも税方式で提供されている。福祉サービスについては、戦後一貫して地方自治体が個々のサービスごとに申請を個別審査し、当該サービスが必要と判定された利用者に公営のサービスを直接提供する仕組みが採用されてきた。しかし、サッチャー政権の民活・市場競争原理に基づいた改革により、1993年以降、地方自治体がケアマネジメントを行うことにより申請者個々の福祉ニーズを総合的に評価し、望ましいサービスの質及び量を具体的に決定した上で、これを最も効率的に提供できる供給者を競争で選び、契約によってサービスを提供する方式が採用された。これにより福祉分野にも競争が導入され、地方自治体福祉部局の組織も、ケアマネジメント及びサービス調達の決定を行う部門、直営サービスを提供する部門、不服審査や監査を行う部門の3部門に再編され、従来主流であった自治体直営のサービスが縮小し、民間サービスへの移行が進んでいる。

例えば、高齢者及び障害者向けの入所施設（レジデンシャル・ケア・ホーム）は、1994年以来ほぼ33～34万床程度で推移しているが、その間公的施設が一貫して減少し、民間施設が若干の変動をしつつも増加してきている。

### b 保健福祉への労働党政権の取組

労働党政権は、保健福祉サービスの近代化をスローガンに、1998年11月に網羅的な政策提言書を公表した。同報告書では、保守党政権下で民間参入が促進され、地方分権が推進された結果、地域間・利用者間の不公平が拡大したとして、サービス提供者や地方自治体に対する国レベルの関与を強化することとした。高齢者の疾病予防とケアの改善に関するガイドライン（National Service Framework）が策定されたほか、高齢者に限らず各種福祉サービスの水準を向上させるため、全国ケア基準委員会が2001年4月設置され、従来自治体ごとに異なっていた入所施設基準など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降、入所施設や民間病院の登録・監督を開始し、2003年4月からは在宅ホームヘルプサービスにも監督の対象が拡大

された。2004年には、同委員会は、地方自治体が提供するサービス全般の評価を行う機能を加えた、社会ケア査察委員会（CSCI）に改組されたのち、2009年4月より、ケア・クオリティ委員会（Care Quality Commission）に統合され（The Health and Social Care Act2008）、医療、福祉及び精神保健を横断的な活動を行うこととなった（前述）。

また、2001年秋には、福祉専門職の登録や行為規範の策定等を通じ資質の維持向上を図る一般社会ケア協議会、社会サービスの地域間格差是正のため関連データベースを活用しつつ優良なケアのガイドラインを策定周知していく優良社会ケア研究所（SCIE、NHSにおけるNICEに相当）も発足している。

### c 保健医療と福祉の連携

イギリスでは保健医療と福祉サービスの提供主体が制度的に異なるため、全体として両者間の連携が悪く、社会的入院が待機期間を長期化させている（ベッドブロッキング）等の批判があった。

労働党政権は発足直後からこの問題に積極的に取り組み、1999年保健法等により、NHSと福祉サービスによる共同事業を進めているほか、NHS組織に福祉サービスも統合して提供させるケアトラスト化を推進している。

また、医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービスについて、中間ケアと位置づけ、在宅、施設、その他におけるサービス提供体制の整備が図られている。

さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり福祉サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合には地方自治体がNHSに当該機関の滞在費、介護費として1日100ポンドを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した。

### d 高齢者介護

従来、老人ホーム等への入所費用負担については原則自己負担とされている。自治体が補助する場合も資産審査の資産要件が厳しいため、持ち家の処分を

余儀なくするものとしてその見直しが求められ、1999年3月には高齢者介護問題王立委員会から対人福祉サービスの一律無料化が提言されていた。

一般に、イギリスでは介護施設(Nursing Home)の料金は、滞在費、個人ケア費用、看護費用に分類されている。このうち、看護師による看護費用は、在宅の場合はNHSサービスの一環として無料で提供されるのに対し、介護施設では他のコストと同様に原則自己負担とされており、この不均衡を是正するため2003年4月からNHSが施設での看護費用を負担することとなり、要介護度に応じNHSから週当たり40~129ポンドが施設に支払われることとなった。

また、近年では、老人への差別意識(エイジズム)の問題とも相まって、高齢者ケアの質の低さを問題視する論調が増えているが、本格的な政策対応は未だ見られないところである。さらに、認知症の問題も急速に注目を集め始めており、そのケアの在り方が現時点では質量ともに不十分との認識が高まっている。

## (2) 障害者保健福祉施策の概要

### a 身体障害者及び知的障害者

可能な限り地域で自立した生活を可能とするリハビリテーションの理念の下、地方自治体を中心となって、NHS、教育機関、ボランティア団体等と連携しつつ、デイケア、ホームヘルプサービス、施設、給食、補装具の支給、住宅改造、職業訓練等のサービスを提供している。また、障害による就労不能を事由とする就労不能給付や、重度障害による生活費の加重を補う障害者生活手当等の現金給付がある。2000年4月には障害者権利擁護委員会が発足し、障害者差別の解消のための普及啓発、苦情処理等の活動を開始したが、同委員会は、2007年10月には人種平等委員会及び機会均等委員会とともに2006年平等法に基づいて新しく設置された平等人権委員会に統合された。

### b 精神障害者

保健医療サービスはNHSが、福祉サービスは地方自治体関係諸機関と連携しつつ提供している。

精神保健サービスについては、1999年9月にサービスの水準向上を目的としたガイドラインが策定されて

おり、NHSプランにおいてもこれが再確認され、一般家庭医を助ける精神保健スタッフの増員、青少年期の精神疾患が放置されないよう治療に結びつけるチームの設置、急性期患者の抱える「危機」に迅速に対応し無用の入院を回避するチームの整備、女性専用のデイセンターの整備等が盛り込まれている。また、精神保健サービス利用者に対する偏見や差別解消のための啓発キャンペーンが2001年から開始されている。

福祉サービスについては地方自治体を中心となってデイセンター、入所施設等が提供される。必要に応じ個々の対象者のニーズを審査してケアプランが作成され、指定されたケアコーディネーターが実施状況をモニターする仕組み(ケア・プログラム・アプローチ)が採用されており、措置入院から退院後の患者に対するケアのフォローの点で有効とされている。精神ソーシャルワーカーの業務はNHSの地域保健チームと一体的に行われるようになってきており、上記のNHSプランにおける各種専門チームの考え方もこれを前提としている。なお、精神ソーシャルワーカーは患者本人及び家族の精神疾患を巡る問題のカウンセリングを担当する他、患者に自傷他害のおそれがある等の場合には措置入院の申請を行う。

## (3) 児童健全育成政策

イギリスの児童福祉・家族政策の中心課題は、全児童の約3分の1といわれる貧困の問題と家庭責任を有する者の仕事との両立支援である。イギリスでは近年出生率が上昇傾向にあり、少子化対策は行われておらず、緩やかな出生率の低下による将来の労働力不足についても、EU加盟国等からの移民、高齢者、女性の就労促進により対応するというのが政府の方針である。

### a 貧困対策

イギリスでは、日本の格差問題に当たる「社会の流動性」(Social Mobility)の確保という問題は政策的に高い位置付けが与えられており、分野横断的に諸般の対策が講じられている。特に、格差の再生産を抑止する観点から児童貧困の解消は大きな課題となっており、労働党政権は、2010年までに貧困児童を半減させることを公約としており、およそ170万世帯にも上る一人

親世帯数(25年前には約60万世帯)について、社会保障給付への過度の依存から派生する問題の解決になるとの観点から、職業訓練、職業紹介の強化などを柱とした「福祉から雇用へ」(Welfare to Work)という一連の施策を実施している。しかし、貧困児童の半減という目標の達成は極めて厳しい状況にあり、政府への批判が高まっており、政府も対策の強化に乗り出している。

現金給付においても、従来からの児童手当に加え、児童税額控除制度等により、低所得者層に焦点を当ててその就労を誘導しつつ貧困からの脱却を促す施策を展開している。

これと併せて、地域的社会的に不利な環境にある家庭をターゲットとして、保健、福祉、生活環境等総合的に育児環境の重点多岐な改善を図る省庁横断的な取組(シュア・スタート)を推進している。

## b 仕事と家庭の両立支援策

家庭責任を有する者の仕事との両立支援策として、出産休暇の充実、父性出産休暇の付与、家庭責任保護(Home Responsibility Protection)等の雇用法制、社会保障法制面の充実が図られている。保育サービスについては、公立、営利企業、非営利団体、個人等の多様な主体が、保育所(day nursery)、遊戯グループ、保育ママ(child minder)、ベビーシッター、学童保育、休日学童保育等の様々なサービスを提供している。また、早期教育については、幼稚園(nursery school)があるほか、小学校もレセプションクラスとして就学前の児童を受け入れている。

2002年から、早期教育も保育も教育技能省(現:子供・学校・家庭省)管轄下の教育水準局が監督しており、両者の統合が図られている。

幼稚園、レセプションクラスは原則半日、無料であるのに対して、保育サービスについては、サービス提供の時間、場所等は多様であるものの原則自己負担とされている。ただし、3歳児・4歳児は週に12.5時間の無料早期教育サービスを年に38週受ける権利が確保されており、これは保育サービス提供機関でも受けることができる。また、2歳児以上の週当たり保育料が平均123ポンドであるが、近年その高騰が問題視されている。なお、低所得者については、児童税額控除等により、

実際に負担した保育料相当額の一部が支給される。

労働党政権は保育サービスの拡充にも前向きに取り組むこととし、1998年には全国保育戦略を発表し、良質かつ多様な保育サービスを、手頃な値段で提供できるよう、関係予算の増額、又は宝くじ資金の利用等により、100か所の早期優良教育センターの設置、事業立ち上げ資金の援助、リクルートキャンペーン、養成プログラムの充実等を図っている。また、160万人分の保育サービスの定員増加、早期教育と保育が受けられる3、4歳児用のサービスを定員10万人分増加等の方針が示された。また、2004年には「保育サービス10年戦略」が発表され、保育サービスの供給増加、無料幼児教育拡大など、対策の強化が盛り込まれた。

## c 要保護児童対策

要保護児童(自治体の介入がない場合には、健康、発達に著しい影響があると見込まれる場合、又は障害児の場合)の福祉に関しては、地方自治体にその児童及び家族に援助を与える責務があり、必要に応じて、助言、デイケアサービス、ホームヘルプサービス等を与えることとされている。

## 6 財源

国民保険の保険料は、被用者と雇用主が負担する。2009年度における被用者の保険料は、週当たり所得のうち105～770ポンドの間については11%、770ポンドを超える部分については1.0%である。雇用主の保険料は、被用者の週当たり所得のうち105ポンドを超える部分につき12.8%である。自営業者の場合、年間収入が5,075ポンド以上の場合、定額保険料(2009年度は週当たり2.4ポンド)を納める。また、無所得ないし低所得のための国民保険料納付の義務がない者も、所定額の保険料を支払い任意に加入することができる。

国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保健サービス(NHS)等の費用として拠出される。

NHSについては、国民保険からの拠出金(2割強)を除けば、ほとんど税によって賄われている。なお、社会福祉サービスは地方税、国庫交付金(概ね一般財源)などにより運営されている。