

平成 22 年度海外行政実態調査報告書

保健医療分野における **VFM** とアカウンタビリティの
確保に関する研究

イギリスの **NHS**・ソーシャルケア改革を事例として

—The research on Ensuring Accountability and VFM in UK healthcare—

特別研究官 堀 真奈美（東海大学教養学部人間環境学科准教授）

平成 23 年 3 月

調 査 課

はじめに

「安かろう、質も低かろう」と思われていたイギリスの保健医療サービス（National Health Service : NHS）は、ブレア政権による「NHS プラン—10 年計画」発表以降、大幅な予算拡大を伴う多様な改革が実施された。この 10 年間に実施された NHS 改革によって、待機リストの短縮化や施設の近代化、職員の増員、医療と福祉の連携、IT 化の進展など、サービスの質の改善が見られた。だが、一方で、膨大な支出増加に見合ったパフォーマンスをあげているかという Value for Money (VFM) という視点から見ると、少なからず課題を抱えているように思われる。

2007 年に誕生したブラウン政権では、ブレア政権路線を踏襲するとともに、ナショナルケアサービス（National Care Service）という新しい介護制度の導入を 2010 年 3 月に提案した。だが、一方で、リーマンショック以降の世界的な経済危機により財政をとりまく環境は急速に悪化した。そうした中、2010 年 5 月の総選挙で保守党・自由民主党による連立政権が誕生した。新政権は政府支出の大幅圧縮による財政再建を宣言しており、これまでに VFM が強く求められると考えられる。

ここ 10 数年のイギリス NHS 制度改革の経験は、医療費の適正化と質の向上を求められる我が国にとって他人事ではない。我が国の保健医療支出対 GDP は 2007 年にイギリスと順位が逆転し、現在、我が国はイギリスよりも低い水準にある。こうした中、高齢化など医療に対する支出増加のプレッシャーが高まる一方で、累積債務残高 800 兆円と財政悪化が進む我が国では、質を低下せずに支出を適正化しなければならないというジレンマを抱えている。

以上を背景として、保健医療分野（NHS+ソーシャルケアの一部）における VFM とアカウンタビリティの確保のあり方の実態把握を目的に、イギリス会計検査院（National Audit Office : NAO）、保健省（Department of Health : DH）、オーディット・コミッション（Audit Commission）など関係機関への訪問調査を行った。本報告書は、平成 22 年 6 月 28 日から 7 月 2 日にかけて、著者が調査課の青木孝浩副長とともに実施したヒアリング調査及び関連文献・資料精査の結果をまとめたものである（訪英調査の日程詳細は付録に添付した）。また、我が国では医療費適正化の手段として活用される診療報酬支払方式に注目し、アウトカムに応じた支払方式として注目を集めるイギリスの Quality and Outcomes framework (QOF) や、Commissioning for quality and innovation (CQUIN) などを含む最新の NHS 制度改革の動向把握も行った。

最後に本報告書に示される見解は、著者個人に属するものであり、会計検査院の公式見解ではない。なお、本調査の実施にあたって、NAO ほか国内外の様々な関係機関の方々との協力を得た。関係者各位にこの場を借りて改めてお礼を申し上げたい。

目次

調査の背景・目的	1
第1部. イギリスNHS、ソーシャルケア改革の動向	3
第1章. NHS制度の概要	3
第2章. イングランドのNHS制度改革	6
2. 1. 疑似市場の導入—サービス提供機能と購入機能の分離	6
2. 2. ブレア政権の組織・機構改革	8
2. 3. NHS予算の拡大	9
2. 4. 医療サービスの標準化、EBMの推進	10
2. 5. 診療報酬支払体系の変更	11
2. 6. 業績評価の推進	12
2. 7. 患者の選択権の重視	13
2. 8. 医療介護の連携とパートナーシップの推進	13
2. 9. 改革の成果	14
第3章. ブラウン政権の改革	16
3. 1. 一次予防・健康増進の重視	16
3. 2. 患者のエンパワーメント	17
3. 3. 改善に向けた質の測定評価	18
3. 4. 質の向上とイノベーションへのインセンティブ	19
3. 5. 「NHS憲章」	20
3. 6. NSR報告後の進捗状況	21
3. 7. ナショナルケアサービス制度化への動き	21
第4章. 連立政権の誕生と財政再建	24
4. 1. 歳出見直し	24
4. 2. 介護の財源調達の方針	26
第5章. スコットランドにおけるNHS、ソーシャルケア	27
5. 1. スコットランドNHSの概要	27
5. 2. パーソナルケアの無料化（一部介護の無料化）	28
5. 3. 高齢者介護サービスの利用者数の推移	28
5. 4. スコットランド政府の課題	30

第2部. NHSのVFMとアカウンタビリティのあり方	33
第1章. アカウンタビリティの確保における役割分担	33
第2章. NAOの取組.....	35
2. 1. NAOによるVFM検査（調査）	35
2. 1. 1. テーマの選択.....	35
2. 1. 2. VFM調査の方法.....	36
第3章. オーディット・コミッションの取組	38
3. 1. オーディット・コミッション（Audit Commission）とは.....	38
3. 2. VFM検査の方法.....	39
3. 3. PbRの監査.....	41
3. 4. 国家的不正摘発イニシアティブ（National Fraud Initiative）について	42
参考 その他の評価・検査機関.....	43
第4章. オーディットスコットランド（以下、スコットランド会計検査院）の取組	44
4. 1. スコットランド会計検査院の業績検査.....	46
4. 2. テーマの選定と方法.....	47
第5章. 保健省の取組.....	50
5. 1. 保健省の役割と組織構造.....	50
5. 2. NHSの運営方針と業績評価.....	53
5. 3. 歳出計画の見直しとVFM節減.....	57
5. 4. 保健省による政策評価研究.....	58
参考 保健省による外部評価についての見解—NHSの生産性は低下しているのか	60
終章 まとめ.....	61
参考文献	65
調査日程	67

調査の背景・目的

イギリスの保健医療システムは NHS (National Health Service) と呼ばれる。その最大の特徴として、全ての国民が原則無料で保健医療サービスを受けることができる(国税を主たる財源としており保健医療サービスは公共サービスとして位置づけられている)ことがあげられる(第1部参照)。

1990年代まで、イギリスの保健医療支出(対GDP)はOECD主要先進諸国の中でも常に低い水準を示しており、「コストは安い、しかし質も低い」と考えられていた。1980年代後半以降、サッチャー及びメージャー保守党政権は、ニュー・パブリック・マネジメント(New Public Management : NPM)を重視する行財政改革の一環として、公的医療の効率性の向上に焦点をおき、供給機能と支払機能の分化(「疑似市場」の導入)をはじめ様々な組織改革を行ったが、必ずしもすべてがうまくいったわけではない。深刻な待機問題や施設・設備の老朽化、低賃金・長時間労働による医療従事者の士気の低下など、国民の医療不信は高まるばかりであった。

そうした中、従来の労働党路線とは異なる「第三の道」を掲げたブレア政権が1997年に誕生した。ブレア政権は、2000年に「NHS プラン—10 十年計画」を打ち出し、保守党時代の供給機能と支払機能の分離状態を生かした状態で、NHSの現代化(modernisation)を図る様々な改革を実施した。まず、医療従事者の増員や施設・設備面の改善に向け NHS 予算を大幅に増額した(年平均7.4%伸び、2002年から2007年までの5年で予算2倍増)。さらに、保健省の地域保健局からプライマリケアトラスト(Primary Care Trust : PCT)への権限移譲など組織構造改革、医療技術や医薬品のテクノロジーアセスメント、品質評価を行う組織(National Institute of Clinical Excellence : NICE)の創設、ナーシング・プラクティショナー(特定の診療が可能な看護師)等による新しいサービスの創設など患者の選択権の拡大、高齢者医療とソーシャルケア(介護)との連携強化など広範囲にわたる改革が行われた。こうした支出増加をとまなう様々な改革は、質の向上に貢献したと評価される一方で、Value for Money (VFM) という視点から問題があるという指摘もある。

後継のブラウン政権では、ブレアの基本路線を踏襲し、「質」と「選択」重視のさらなる改革を進めるとともに、2010年3月にはナショナルケアサービス(National Care Service)という新しい介護制度の導入を提案した。だが、一方で、リーマンショック以降の世界的経済危機に直面するなどブレア政権とは異なる経済環境の中、国家財政をとりまく環境は大幅に悪化した。そのような厳しい財政状況下、2010年の5月の総選挙でキャメロン率いる保守党、クレグ率いる自由民主党の連立政権に道を譲ることになった。

イギリスの制度改革の経験は、医療費の適正化と質の向上を求められる我が国にとって他人事ではない。我が国の保健医療支出対GDPは2007年にイギリスと順位が逆転し、現在、我が国はイギリスよりも低い水準にある。こうした中、高齢化など医療に対する支出増加のプレッシャーが高まる一方で、累積債務残高800兆円と財政悪化が進む我が国では、支出を適正化しなければならないというジレンマを抱えている。

以上を背景として、本調査では、イギリスにおける保健医療分野(NHS+ソーシャルケ

アの一部)におけるVFMとアカウントビリティの確保のあり方の実態把握を目的に、英会計検査院(National Audit Office : NAO)、保健省(Department of Health : DH)、オーディット・コミッション¹(Audit Commission)、スコットランド政府など関係機関へヒアリングを行うとともに関連文献の精査を行った。この際、我が国では医療費適正化の手段として活用される診療報酬支払方式に注目し、アウトカムに応じた支払方式として注目を集めるイギリスのQuality and Outcomes framework (QOF)²や、Commissioning for quality and innovation (CQUIN)などの最新のNHS制度改革の動向把握も行った。

本報告書は、2部構成となっている。まず、第1部では、1990年代から直近までのNHS(及び一部ソーシャルケア)制度改革の動向を整理する³。なお、第1章から第4章までは特別に断りをいれていないが、NHS制度改革とはイングランドにおけるNHSを対象としている(我が国で紹介されるNHSの多くはイングランドについての情報である)。第5章では、分権化のスコットランドに焦点を当て、イングランドとスコットランドの相違について言及する。

第2部では、ヒアリング調査及び文献資料等に基づき、保健医療分野においてどのようにVFMおよびアカウントビリティの確保がなされているのかを整理する。まず、第1章では、VFMとアカウントビリティ確保における組織間の役割分担のあり方について述べる。第2章では、NAOの取組(財務検査、業績評価)、第3章では、オーディット・コミッションによる取組(VFM検査)、第4章ではスコットランド会計検査院の取組、第5章では、保健省による取組(自己評価、内部監査、政策評価、業績管理)を紹介する。以上をふまえ、最後にイギリスの経験から何を学べるのか、我が国への示唆を検討する。

¹ オーディット・コミッションは廃止されるという方針が訪問調査後の2010年8月13日に公表された(2012年12月に廃止予定)。オーディット・コミッションが担っていた役割・機能はNAOや民間に移行する可能性が高いが、詳細は未定である。本報告の内容は、廃止前の現行制度における取組についてである。

² プライマリケア分野のPay for Performance (P4P)。

³ 第1部における過去の制度改革概要についての記述には、著者自身の著作から一部抜粋、再編集したものが含まれる。

第1部. イギリス NHS、ソーシャルケア改革の動向

第1章. NHS 制度の概要

イギリスの保健医療システムは、NHS (National Health Service) と呼ばれる。その特徴として、1) 全ての国民が原則無料で保健医療サービスを受けることができる、2) 租税を主たる財源としており保健医療サービスは公共サービスとして位置づけられている、3) GP (General Practitioner) 制度が導入されており、フリーアクセスではない、4) 医療提供体制の機能分化が徹底している、5) 公的医療機関が中心の医療提供体制であることがあげられる。以下、それぞれについて説明を行う。

まず、第一に、イギリスでは、歯科、薬剤等の一部負担を例外として、全ての国民が原則無料で保健医療サービスを受けることができる。自己負担がなく無料でサービスを受けられる仕組みは NHS が第二次世界大戦後導入されたときより変わらない。

第二に、保健医療サービスは租税を主たる財源としており、公共サービスとして位置づけられている。ゆえに、NHS にどれくらいの予算を配分するかは、保健医療サービスに対する需要だけではなく、政治的な判断が少なからず関与する。長年の財源制約により、OECD 加盟の先進諸国の中でもイギリスの対 GDP 比でみた保健医療支出は低い水準であったが、ブレア改革により、大幅な予算拡大が図られて、ここ数年、支出は急速に増大傾向にある。

第三に、GP 制度が導入されており、フリーアクセスとはなっていない。GP とは、プライマリケア (一次医療、保健予防活動予防含む) を担当する一般医 (家庭医) を意味する。患者は、救急など一部例外を除き、自ら居住地にて登録した GP の紹介状なしで専門医・病院の受診はできない。基本的に、GP は、初期治療、予防・保健活動に従事すると同時に、高次医療へのアクセスを管理するゲートキーパー (門番) としての役割を担っている。但し、登録 GP の選択、登録先の変更は可能である。GP に受診予約をすると通常2日以内に受診できる。GP を経由せず、専門医、病院を受診すると全額自己負担の私費医療扱いとなってしまう。GP は紹介状発行先 (病院を選択することは可) に対して、必要な患者情報 (病歴や投薬歴など) を提供する一方で、退院して戻ってきた患者に対してフォローアップ治療を行う。ちなみに、国民の約 10% が加入しているといわれる民間保険加入者は、GP 受診の必要は必ずしもなく、最初から専門医を受診することも可能である。

第四に、医療提供体制の機能分化は徹底している。これは歴史的な産物ともいえるが、プライマリケア、二次医療、三次医療というように、機能が明確に分化している状態を意味する。プライマリケアは、先にあげた GP が重要な役割を果たしている。かつては開業医として単独で活動をする GP も少なくなかったが、近年では GP は単独で活動することは少なく、全体の約 9 割が複数で GP Practice や GP/Doctor Surgery と呼ばれる日帰りの外来専用の診療施設を共同運営し、受付スタッフや機材等を共有している。診療施設によっては、看護師 (ナースプラクティショナーなど専門看護師を含む) やカウンセラーなど複数の専

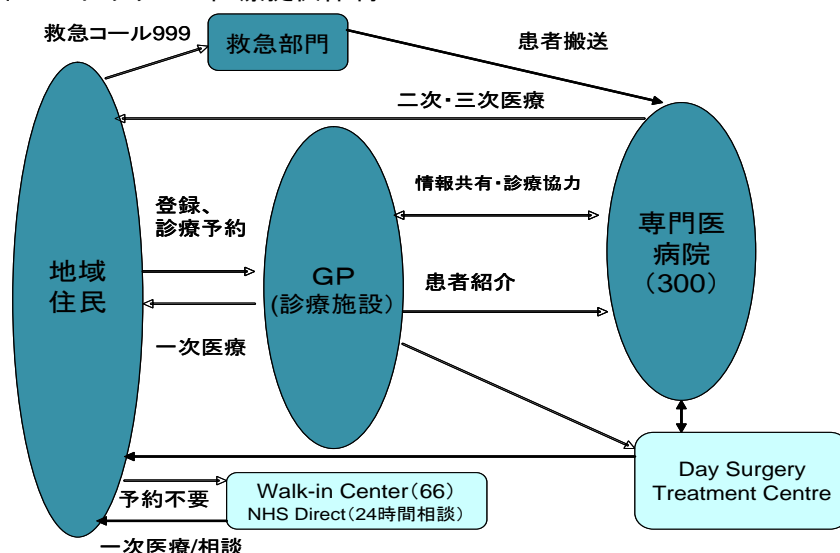
門職が勤務していることもある。二次医療は、約25万人に1カ所あるディストリクト病院、専門医により供給される。三次医療は大学病院等が担っており、約200～300万人に1カ所ある。このほか、救急医療は、救急トラスト、メンタルヘルスはメンタルヘルストラストというように専門別にサービスの運営主体が存在する。

なお、救急部門にはトリアージ⁴機能が備わっており、傷病の緊急性・重症度が判断され、重症でない場合や混雑状況によって入院できないこともある。病院の一室に救急部門用のスペースが確保されており、そこで入院の必要性がチェックされる。

患者の病態やニーズにより、退院後、継続的に医療サービスが必要な場合は、リハビリ病床や慢性期病床のある施設（コミュニティ病院など）へ転院もしくは、在宅療養（高齢者施設、高齢者集合住宅を含む）に移行する。コミュニティ病院への転院の場合は、病院勤務の専門医（老年科医等）だけでなく、GPが病院まで出向き診療を担当することもある。コミュニティ病院によっては、病院勤務のナースプラクティショナーが簡単な医療処置、治療を行うこともある。また、入退院の許可を看護師が行う病床（nurse-led beds）もある。

一方、在宅療養の場合も、GPの往診のほか、必要に応じ、コミュニティナースやディストリクトナースによる訪問看護（一部投薬を含む）、作業療法（OT）、理学療法（PT）によるリハビリ、心理療法士などの訪問サービスを受けることができる。なお、地域におけるプライマリケアの確保の責任および財源はPCTと呼ばれる組織が保有する。具体的にどのようなサービスを受けられるかは地域のPCTによって異なる。

図 1 イギリスの医療提供体制



著者作成

⁴ 救命救急医療において最善の救命効果を得るべく重症度と緊急性で分別するなど患者に優先度を設定すること。

第五に、医療提供体制の中心は公的医療機関であることがあげられる。イギリス全土で、急性期病院は約 300 あり、その多くは、NHS トラスト（医療機関を経営する国の独立行政法人）又はファンデーショントラストによって運営されている。そもそも急性期病院の運営主体の多くは、国であり、国立病院が中心であったが、1990 年代前半の改革により NHS トラストに移行した。1つのトラストが同じ地域の1~3病院を運営していることが多い。また、病院への診療報酬支払いは、かつては予算制であったが、現在は、Payment by Results（PbR）と呼ばれる疾病群包括払い方式が導入されている（詳細は、後述）。

第2章. イングランドの NHS 制度改革

第二次大戦後、NHS は国営の公共サービス事業として、支払能力に関係なく、全ての国民が無料で医療サービスにアクセスできるシステムとして確立、定着してきた。だが、資金制約による財源不足の問題は常態化していた。特に 1970 年代以降は、疾病構造の変化や医療技術の進歩などにより新たな需要が増加するのに対し、オイルショック以降の厳しい財政難もあり、供給体制が需要に追いつかないことから、1970 年に約 54 万人であった待機者が、1979 年には 70 万人台をはじめて突破するなど、深刻な社会問題となった。

NHS の主たる財源は租税（国税）であり、他の公共サービスと同様に予算枠が決まっている。当然のことながら、税金の総枠は予算枠が増えない限り、原則として、支出増加は認められない。最悪の場合、年度収支の均衡を維持するために、赤字に陥りそうになると、年度末に病棟閉鎖や雇用調整で帳尻を合わせることもさへありうる。逆にいうと、NHS に対する総予算の伸びを抑制すれば総支出も抑制することが可能なシステムであったとも言える。つまり、予算削減は支出抑制とほぼイコールである。また、GP がゲートキーパーとしての機能を果たすことから、過剰受診の可能性は極めて低い。以上より、医療費のコントロールという視点のみで見ると、イギリスの NHS は極めて有効なシステムであったといえる。実際、保健医療支出費（対 GDP 比）は OECD 諸国で低い水準にあった。しかし、質という視点で見ると、問題や課題が少なくないというのが一般的なイギリス保健医療に対する見方であった。歴代の政権にとって、NHS の質向上と効率性の両立は重要な政治課題であった。

以下ではサッチャー、メージャーと続く保守党政権の改革からブレア、ブラウンと続く労働党政権までの NHS 制度改革の動向を簡単に概説する。

2. 1. 疑似市場の導入—サービス提供機能と購入機能の分離

サッチャー政権(1979-1990)は、効率性を重視し、国立病院の統合や慢性病床数の大幅削減を行うとともに、NHS 医療の範囲を厳格化した。これにより、平均在院日数は短縮化したが、慢性疾患で長期ケアを必要とする高齢者や障害者の退院後ケアにおける責任分担と後方連携のあり方が重要な問題となった。

そうした中、サッチャーおよび後継のメージャー政権（1990-1997）は、NHS 及びコミュニティケア法（NHS and Community Care Act）（1990 年成立、93 年施行）に基づき大規模な改革を実施した。中央政府の予算の一部を地方自治体に財源移譲するとともに、独立セクターの提供するサービスも含むコミュニティケアの計画整備、財源負担を地方自治体の責任とした。NHS については、サービス提供機能とサービス購入機能を分離させるなど疑似市場を導入する組織改革を行った。この仕組みは、米国の Enthoven（1988）の管理競争（Managed Competition）のアイデアを参考にしたものといわれている。

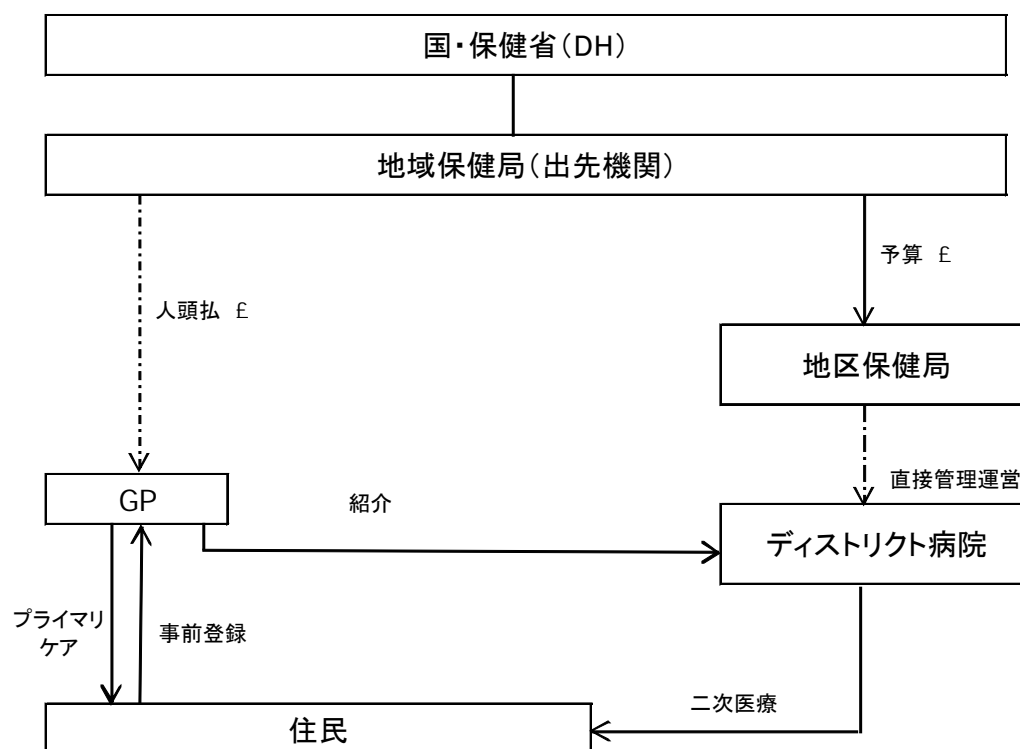
疑似市場システム導入以前の NHS は、国（保健省）の出先機関である地域保健局（Regional Health Authority）が、当該地域の医療サービスの予算・財源を保有すると同時に、同地域の国立病院の運営管理を行っていた。つまり、サービス購入者も供給者（プロ

バイダー) も同じ国であり、効率化へのインセンティブに欠ける仕組みであった。

そこで、政府は、購入機能とサービス提供機能を分離させることで、効率化をはかった。まず、それぞれの地域保健局が運営管理していた国立病院は全て公的な独立行政法人である、NHS トラストに移行した。これにより、当局は、購入機能に特化した活動を行うことが可能となった。同時に、財源・権限を一部の GP (一定規模の GP プラクティス (診療室) に所属する GP を中心) に移管した。この一部の GP は GP ファンドホルダーと呼ばれ、一定の独立予算と特定領域におけるサービス購入機能を保有することになった。

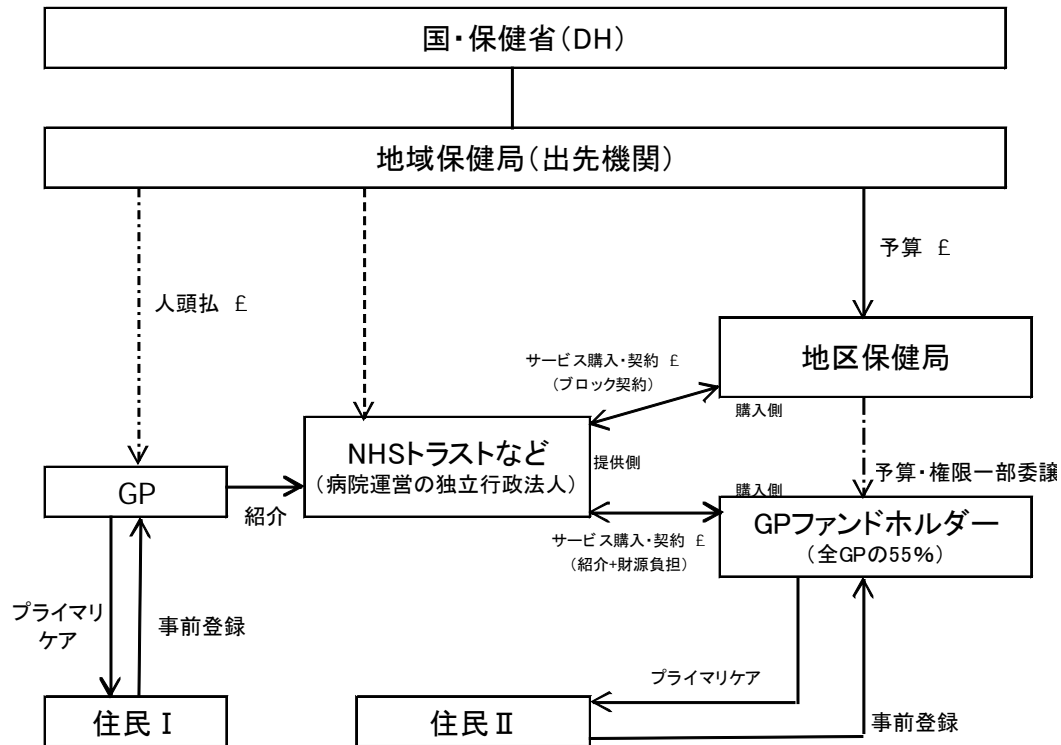
この結果、保健局や GP ファンドホルダーが価格面やサービス面 (待機の短さなど含む) でより有利な NHS トラストや民間病院と契約することが可能となり、NHS 病院も一定の競争にさらされる環境になった。しかし、待機者数は 100 万人台を突破するなど待機問題の大幅な改善にはつながらず、むしろ長年の投資不足による施設・設備の老朽化、低賃金・長時間労働による医療従事者の士気の低下など、弊害が顕著化した。さらに、GP がファンドホルダーと非ファンドホルダーの場合で、事務手続きが異なるなど複雑化したため、管理事務費が 1988 年の 8.8% から 1994 年には 11.9% に上昇したといわれる。

図 2 91 年以前の NHS



著者作成

図 3 91 年改革以降の NHS（疑似市場の導入）



※GP ファンドホルダーに登録すると一般の GP に登録はできない
 著者作成

2. 2. ブレア政権の組織・機構改革

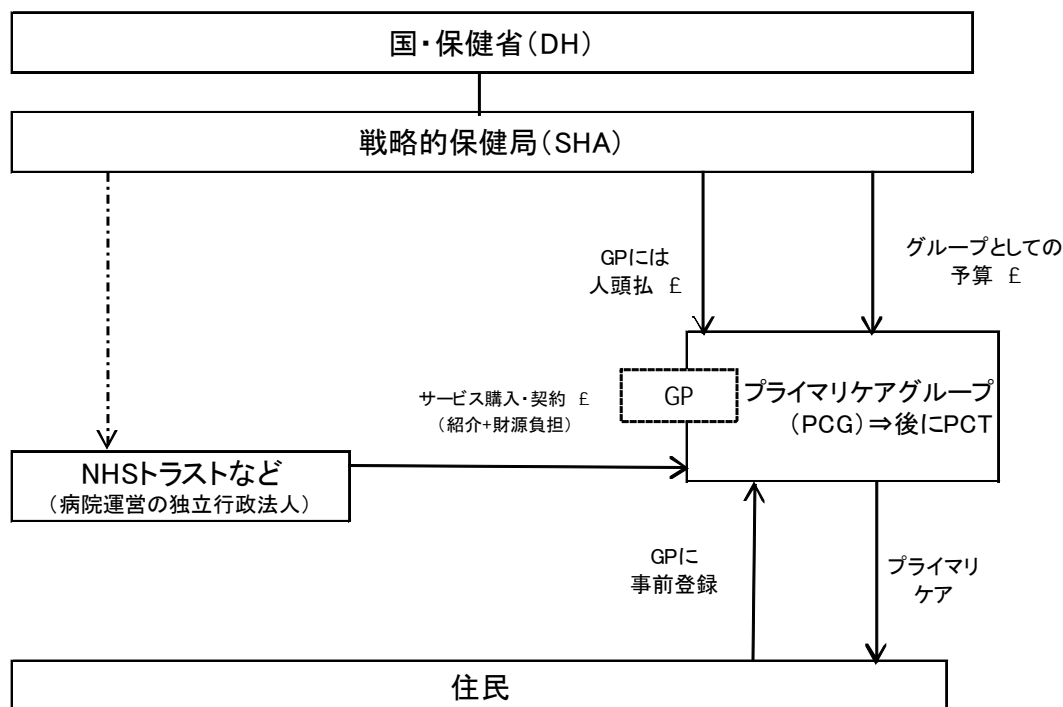
1997年に誕生したブレア政権（1997–2007）は、市場機能を完全否定することではなく、右でもなく左でもない「第三の道」路線を示した。公共サービスの民営化、規制緩和を実施するとともに、社会的公正を重視する制度改革を実施したことで世界的に注目された。2007年に退陣表明するまでの10年間に、公共サービスの現代化という視点からイギリス NHSにおいても様々な改革を実施した。

まず、1999年に保守党政権時代の GP ファンドホルダー制を廃止し、代わりにプライマリケア・グループ（以下、PCG）を導入した。GP ファンドホルダー制では、登録住民数が一定規模以上の GP にのみ予算を配分していたが、PCGでは、①ファンドホルダーでない GP も含め全ての GP を対象とすること、②GP だけでなくコミュニティナースなどを含むグループ単位として独立予算の配分がなされることになった。だが、一方で、保守党時代に導入した購入機能とサービス提供機能を分離した政策はそのまま継承した。

PCGは、グループとして独立予算を確保したことで、医療機器の共同購入や地域の薬剤師、理学療法士や作業療法士などと契約を結んだりすることが可能となった。但し、独立

契約者としてのGPの地位は保証されており、GPの報酬は他の支払いとは独立していた（GMS方式、PMS方式）⁵。

図 4 プレアによる組織機構改革



著者作成

その後、PCGはさらに権限強化され、2002年4月から現存するPCTに完全移行した。政府は、NHS予算の約75%をPCTに移すことを明言し、これまで以上にプライマリケアを重視する姿勢が明確に打ち出された。従来、地域保健局が担当していた購入・契約（コミッションング）、該当エリアの長期戦略立案も現場に近いPCTに権限委譲されることになった。これに伴い、地域保健局の役割はより広域レベルでの戦略的な計画の策定、地域のNHSトラスト、PCTの監督等に限定されることになり、100から28に整理統合され、名称も戦略的保健局（Strategic Health Authority : SHA）に変更された。その後も、PCTへの権限移譲により再編、統合がすすめられている。

2. 3. NHS予算の拡大

1997年に誕生した第1次ブレア政権は、公的支出を拡大しないという公約通り、最初の3年間はNHSについても予算拡大には踏み切らず、上記のような組織構造改革の推進やNPMの考え方を基本としたサービスの質の向上や効率化を促進する仕組みを導入した。

⁵ 代表的な契約方式として、伝統的な方式であるGMS（General Medical Service）と呼ばれる個別契約と、PCTと個別に契約を行うPMS（Personal Medical Service）方式というものがあった。現在のGMS方式は、新GMS（New GMS）方式と呼ばれる。

しかし、それまでの長期に及ぶ財源不足や過少投資により、需要に対してサービス供給量が不足し、深刻な待機問題（数ヶ月にもおよぶ入院待機リスト、平均3時間半以上という救急医療における待機時間など）や施設・設備の老朽化、低賃金・長時間労働による医療従事者の士気の低下などの弊害が現われており、国民の不満は高まっていた。

ブレア政権は改革の効果が現れないことや医療事故の報道等による国民の NHS 不信の増大などを背景として、費用抑制下での改革の有効性に疑問を投げかけ、過去の NHS 政策の失敗を認めた。失敗として挙げられた項目として、①財源不足、過少投資、②全国的な基準の未整備、③改善の基礎情報不足、④目標達成のためのインセンティブ不足、⑤組織の業績評価手段の欠如、⑥時代遅れの柔軟性にかかる組織構造と管理区分、⑦予防視点の不足、の7つがある。

こうした失敗を克服し、21世紀にふさわしい新しいNHSを構築すべく、2000年に「NHSプラン」を発表し、NHS予算を大幅増加させるとともに、PCTへの権限移譲など組織構造改革やサービスの質改善、患者の選択権の拡大など多様な改革案を提示した。

2001年の総選挙で勝利した第2次ブレア政権は、NHSプランを実行に移すべく、保健医療支出を欧州平均のGDP比9～10%まで引き上げることを目標とし、2002年度から2007年度まで予算を年7%平均で増加させることを公約とした⁶。10カ年プランであるNHSプランでは、スタッフの増員（看護師、専門医、GP）、病院新設やMRI/CT機器導入など施設設備への投資など予算を具体的かつ段階的に何に使うかといった投入資源の数値目標を明示するだけでなく、待機者リストの縮減、治療成果の向上などアウトカム（成果）についてそれぞれ具体的な数値目標を掲げた。経済動向の影響もあるが、公約どおり、2007年度までの5年間、イギリスのNHS支出は年平均6～7%増で推移し、900億ポンドを超える規模まで拡大した。また、福祉（ソーシャルケア）部門においても予算は拡大し、125億ドルに達した。

2. 4. 医療サービスの標準化、EBMの推進

こうした組織・機構改革だけでなく、ブレア政権は、サービスの質の向上、非合理なばらつきの解消に向けた取組も数多く実施した。まず、1999年には、医療における科学的な根拠に基づく治療（Evidence Based Medicine : EBM）を実現、促進させるために NICE を創設した。NICE は、臨床医療経済学を応用し、臨床効果や費用対効果をふまえた治療指針である臨床ガイドラインの作成や、医薬品や医療機器について技術的な評価（テクノロジー・アセスメント）を行う組織である。有効性だけでなく、費用対効果を考慮することから、臨床効果が一定以上あったとしても費用対効果が低い場合はガイドライン上では推奨しないこともある。

また、専門家や患者の意見、各種調査結果に基づき、イングランド全体的に達成すべき医療サービスの基準であるナショナル・サービス・フレームワーク（以下、NSF）を疾患や対象者別に作成した。2001年3月に公表された高齢者のNSFでは、①高齢者への差別

⁶ 国民保険料率の労使1%ずつ引き上げ（2003年4月6日より最低所得限度（週1人89ポンド）を超えたすべての所得に対して追加的に1%を徴収）が増加のために必要な主な財源となった。

撤廃、②患者中心ケア、③インターミディエイトケア、④一般病院ケア、⑤脳卒中ケア、⑥骨折ケア、⑦メンタルヘルス、⑧健康増進という 8 領域について達成すべき水準・目標が示されている。その後、NSF への達成状況の中間評価報告が出され、その結果を踏まえ、重点的に実現すべき高齢者ケアについての新ビジョンが 2006 年 4 月に提示されている。

2. 5. 診療報酬支払体系の変更

PCGから移行したPCTは、それぞれの保有予算にもとづき、①地域住民のために必要なプライマリケアの確保、②NHSトラストや独立セクターから各種医療サービスの購入・契約（コミッションング）、③地域の医療計画の立案を担うことが期待された⁷。

従来、PCTは、GP（一般医）と個別に、人頭払いをベースとした診療報酬払いの契約を締結していたが、2004年4月よりPCTはGP個人とではなく、GPプラクティス（診療施設）と契約することが基本となった。この新しい契約方式は、新GMS方式と呼ばれる。新方式では、GPのサービスは、「基本サービス」、「追加サービス」、「高度サービス」の3つに区分され、この内、「基本サービス」は登録住民に対してGPが必ず提供しなければならないが、「追加サービス」については必ずしも提供する必要がなくなった。さらに、従来GPが提供してこなかった「高度サービス」（特定の専門特化したサービス）も選択により提供可能となった。これにより、各GPが実際に提供したサービス内容によって診療報酬が変わることになった。より具体的には、基本サービス部分については、人頭払いベースで支払額が決まるが、任意の追加サービスや高度サービスについては、出来高払いベースで支払額が決まる。さらに、希望する場合は、提供したサービスの質や業績指標の結果により支払われるというPay for Performance (P4P)の要素が加味されることになった。イギリスで導入されたこのP4Pの仕組みはQOFと呼ばれる。この他、PCTはGPプラクティスの運営費⁸を負担することを義務付けられた。新方式では、人頭割ではない出来高払い部分が増加したため、より多くのサービスを提供するインセンティブを与えることになった。

さらに、PCTがNHSトラストや独立セクターのサービス（急性期病院など専門治療サービス）に対して支払う診療報酬の支払方式も2004年4月に新制度が導入された。従来は予算ブロック方式で支払われていたが、PbRというHRG疾病分類コード⁹に基づく支払方式が導入された。PbRとは、従来の予算配分と異なり、疾病コード（HRG）により支払われる公定料金が決定する診療報酬の料金体系である。公定価格が決まる前提として、それぞれの機関ごと、診断群別に原価計算が行われる。最終的には、診断群別のイングランド全体の平均値が公定価格となり、公定価格の一覧表（ナショナルタリフ）が作成される。これに実際の件数に乗じて診療報酬が決まる仕組みである。PbR方式の導入により、各コードごとに設定されたイングランド全体の平均の公定料金が適用されることになり¹⁰、より

⁷ 制度の枠組みこそ異なるものの、保有する機能のイメージとしては、我が国の介護保険の保険者に近い。ちなみに、PCTは、自らスタッフを雇用し直接サービスを供給することも可能である。

⁸ 性別、年齢、罹患率、死亡率、住民の平均受診頻度、地域の生活水準等の指標によって算定される。

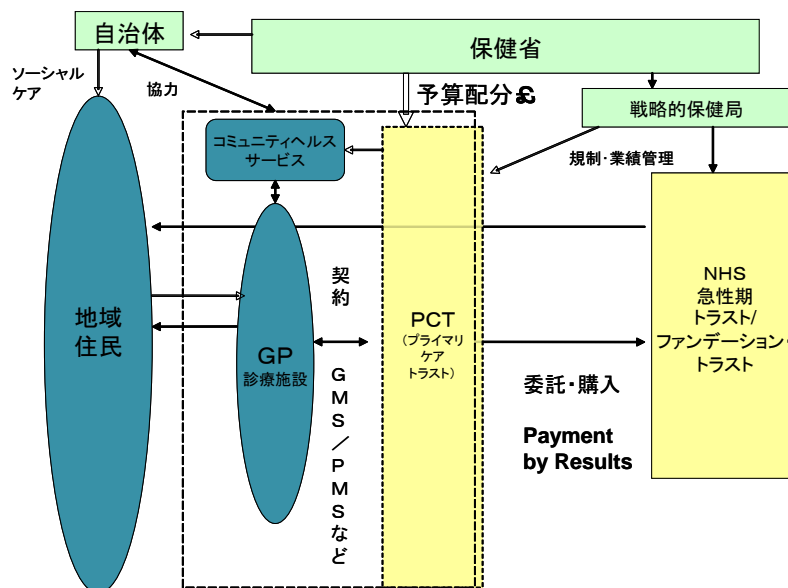
⁹ 病気の症状や重症度、ケースミックスを調整した疾病分類コード、疾病分類コードは米国で1980年代にDRGと呼ばれる分類が開発され、諸外国でも同様のコードが開発されるようになった。

¹⁰ この料金算定には、診断群別原価計算が行われている。病診断群別原価の全国平均額を算定基礎に診療ごとの公定価格が決定される。病院ごとに原価のデータが公表され、他の病院や地域との比較が可能である。

多く患者の治療を行うほど(治療件数を多くするほど)診療報酬が増えることになるため、治療を行うインセンティブを与えるものであった。

このほか、PCT ではなく、診療施設など診療現場に近いところに予算権限を移す PBC (Practice-Based Commissioning) も部分的に導入された。

図 5 連立政権導入前の NHS



著者作成

2. 6. 業績評価の推進

イギリスでは、保守党時代より NPM の概念が徐々に普及しており、ブレア政権が誕生する前にも業績評価や業績管理の考えも定着しつつあった。ブレア政権は、それらの手法を完全に否定することはせず、公共サービスの現代化という視点から、達成すべき業績目標をターゲットとして掲げ、目標に近づけるための施策を推進した。その際、コスト面だけではなく、公共サービスが住民の効用や満足度の向上にどれだけつながるかというベスト・バリューの視点を重視した。

保健医療分野に限って見ると、保健省の運営方針に基づき設定された業績評価の枠組み¹¹に従い、原則全てのNHS傘下のトラスト (NHSトラストだけでなくPCT) が業績評価の対象となっている。直近の指標としては、待機期間、コスト、急性期病棟の平均在院日数や主要疾患別の死亡率、自宅退院率、再入院率などがあげられる。

なお、サービスの品質に関しては専門の品質評価・監査機関を新たに設置し、その結果が業績評価に反映される仕組みとなった。NHS における医療サービスは、ヘルスコミッ

¹¹ ちなみに、業績評価の枠組みは、後述するように、継続的に改訂されており、その枠組みによって指標も異なることから、異なる枠組み間で結果が必ずしも比較可能とはなっていない。

ション(Health Commission)、自治体および独立セクターが供給するソーシャルケアについては、Commission for Social Care Inspection (CSCI) という組織が担当した。そして両者は、2009年に Care Quality Commission (CQC) という新しい組織に両者の機能が統合再編された。ファンデーショントラストについてはモニター (Monitor) という組織が設置された。

2. 7. 患者の選択権の重視

患者の利便性の向上や選択権を重視するという視点からも改革も行われた。ナースプラクティショナーなど専門看護師が中心となって診療、医療処置を行うウォークインセンター (walk-in centres) や MIUS (minor injuries units) が設置された。これにより患者は、事前登録・予約なしでプライマリケアを受けられる日帰り施設で受けられるようになった。救急医療を利用するほど重度でない場合や GP に予約しないですぐに処置をしてほしいような場合に利用されている。このほか年中無休 24 時間対応の医療相談(電話、インターネット)を行う NHS ダイレクトがある。また、専門医、病院の紹介を受けるには GP の紹介状が必要であるが、受診医療機関の選択は、患者自身ができるようになってきた(ネット予約も可能とする)。

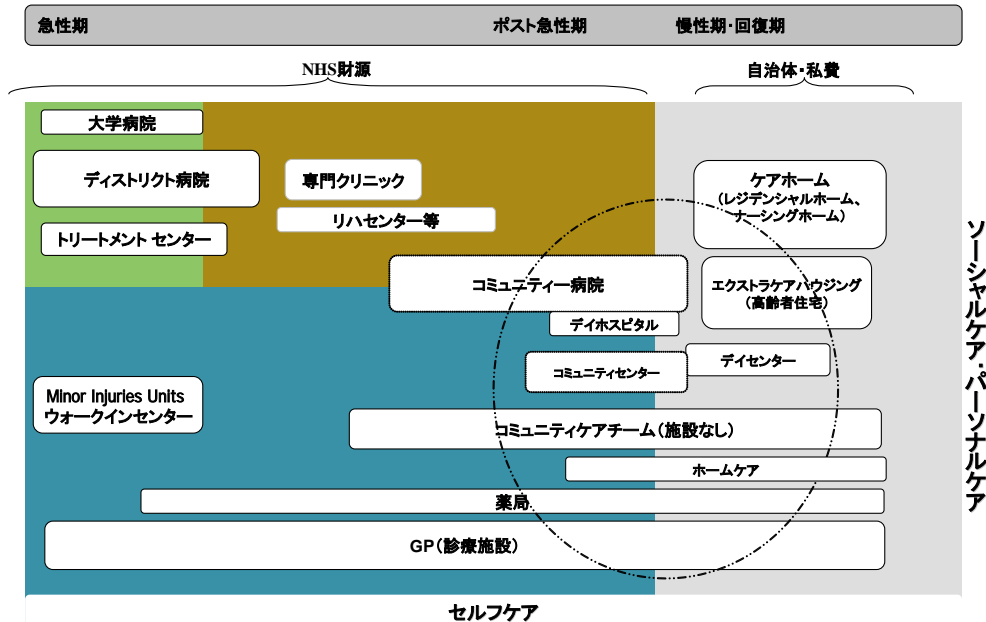
二次医療では、トリートメントセンターという独立セクターが開業する専門手術(待機期間の長さが深刻な分野を中心)を受ける施設が創設された。また、急性期病院を運営する NHS 急性期トラストの中で、業績評価のよいものは、政府の関与を受けないより独立したファンデーショントラストになることが可能になった。

2. 8. 医療介護の連携とパートナーシップの推進

NHS は国が運営する制度であるが、介護制度は、地方自治体が運営している。また、医療保健サービスの提供主体は、NHS トラスト、ファンデーショントラストであることが多いのに対し、介護では、NPO や企業など独立セクター(営利、非営利含む)が提供することが多い。特に、ケアホーム(高齢者施設、住宅)や在宅ケアの供給において独立セクターの役割が期待されている。

一方、サービス利用者側から見ると、制度の運営主体やサービスの供給主体とは関係なく、保健医療サービス、介護サービスの両方が必要である。

図 6 医療と介護の機能分化と連携



だが実際には、異なる制度下で、異なる組織に所属する、異なる職種がサービスをばらばらに提供されることも少なくない。そこで、2006年に発表された保健省の白書『Our Health, Our Care, Our Say』では、地域におけるシームレスかつ包括的（全人的）なサービスの提供を重視し、異なる制度下にある医療とソーシャルケアの統合的な供給および連携がより重要視されるようになった。特にブレア政権では、インターミディエイトケアと呼ばれる保健医療と介護の中間領域的なケアへの投資（インフラ整備含む）や保健医療と介護のパートナーシップで行われるプロジェクトには補助金が集中的に投入された。これは、「退院遅延」問題¹²の解消のための方策としても有効であったといわれている。

2. 9. 改革の成果

以上のようにブレア政権による改革は多岐にわたるが、目に見える結果として、プライマリケアやインターミディエイトケアへのインフラ整備、80病院の新設、30万人のスタッフ増員と報酬増が図られた。さらに、特定疾患の入院は7%増加、外来受診は3%増加、特に緊急入院については21%、救命救急で33%受診が増え、従来よりも多くの人があく

¹² 退院遅延とは、高齢者等が、治療上の目的ではなく退院先の施設が見つからないことや、退院までの手続きに時間がかかっていることなどの理由で入院が継続している状態を意味する。政府は、退院遅延法（コミュニティケア法改正）により、ソーシャルケアを提供する自治体の責任で退院遅延状態が継続する場合は、罰金を自治体に課すことにした。これにより、自治体側は退院促進することが求められるようになった。医療と介護の連携やインターミディエイトケアの補助金が増額されたことで、実質的には罰金と相殺効果があった。

セス可能になった。さらに、急性期病院における退院遅延者の減少、待機期間の短縮化、目標ターゲットとされる疾病の死亡率の低下など目に見える成果が表れたように思われる。改革の直接的な効果といえるかどうかは議論の余地があるが、疾病の死亡率の低下、平均余命にも改善傾向が見られている。

また、2007年のコモンウェルス財団の国際比較（オーストラリア、カナダ、ドイツ、ニュージーランド、米国、イギリスの6カ国比較）によると、アクセス、平等性、効率性、ケアの質においてイギリスが総合1位であることが示された。評価基準の妥当性の検証が必要であるにせよ、これまで、国際的に、「安い。しかし、質が低い」と思われていたイギリスにとって大快挙である。

だが一方で、これらの改革を可能にした背景には予算の大幅拡大がある。予算増大に見合うだけの成果であるかどうか、VFM という視点から少なからず問題があるという指摘もある。2002年から2007年の間に納税者のNHSに対する支出（公共支出）は2倍以上に増加、累積総額で430億ポンド（1ポンド250円換算で、約10兆円以上）が投入された。年平均伸び率では7.4%となり、この5年間のGDP成長率が約9~10%であることを考えるといかに巨額な投入であるかが明白である。2007年時点で、NHS総支出は、2002年当初に想定されていたよりも大きく、約1,000億ポンド、国民一人当たりで平均1,500ポンドとなっている。NHSへのプライベート支出も含めると1,135億ポンドを超え、EUの保健支出の平均に近づく。

それにもかかわらず、2005年度に大幅赤字が発生したことにより、2006年秋にPCTの統廃合など組織改編が行われた。2006年度には黒字達成されたが、一部のエリアで病院閉鎖や雇用カットがもたらされたこともあり、政治的な反発、現場の混乱も起きた。

2007年9月に公表されたキングス財団報告書では、2002年からの5年間で一人当たりの支出では欧米並みに近づいたにもかかわらず、低い生産性とIT導入の遅れ、ライフスタイルの変化による肥満増大により、公共支出増大に見合った成果が十分に現われていないことが指摘されている。こうした問題を修正しなければ今後20年以上さらなる巨額な財政投入が求められることになり、NHSそのものの存在意義も問われかねないと警告する。さらに、報告書では、支出増加分の多くはGPや専門医の給与上昇に使われ（専門医は25%、GPは23%収入が上昇）、患者の直接的なサービスにかかわるものにはあまり使われていないことを明らかにした。5年間の累積総額430億ポンドのうち約43%が給与（新契約方式による医療スタッフ、専門医、GPの給与）と物価インフレへの対応に使われたと指摘する。

第3章. ブラウン政権の改革

上述のように、前ブレア政権下の NHS 改革は一定の成果をあげたが、大幅な財源投入のわりにはパフォーマンスが向上していない、度重なる改革もトップダウン型で地域や第一線の現場の意見を反映したものではないという批判も根強くあり、NHS への不信感が完全に払しょくされたわけではなかった。

そうした中、2007年6月にブレア政権を引き継いだブラウン政権（ブレア政権の財務大臣）は、トップダウン型から対話路線への転換を図る意味から、現役外科医である Lord Ara Darzi（以下、ダルジ卿）を保健政務次官に任命し、次の NHS 改革の今後のあり方を検討させた。ダルジ卿は、約 2000 人の臨床医等をはじめ、医療従事者、患者、納税者など多様なステークホルダーを含む約 6 万人の大規模コンサルテーション（意見公募・議論等）を経て、最終報告書である「High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report」（以下、NSR 報告）を完成させた。

この NSR 報告は、NHS 創設から 60 周年の節目となる 2008 年 6 月に公表された。ブラウン政権下ではじめて出された本格的かつ包括的な NHS 改革の方向性を示すものであり、過去の改革マスタープランとの大きな違いは、①打ち出された方策の重点がケアの量の確保からケアの質の向上へ大きくシフトしていること、②政府主導のトップダウン型ではなく、地域のニーズや現場の意見を反映させたものとなっていることである。なお、ここでのケアとは、いわゆる救急医療や二次医療だけでなく、健康維持・増進や予防などプライマリケア、慢性期のロングタームケア、医療とのかかわりの深いソーシャルケアも含まれる。

ダルジ卿は、NSR 報告において、過去 10 年の NHS 改革の成果（投入資源増加によって実現した待機期間の大幅縮小やマンパワー増加等）を認めつつも、国民の期待増、高齢化による需要増、情報社会の進展、医療技術の進歩、疾病構造の変化、医療従事者の職場に対する期待の変容といった環境変化に対応し、NHS が 21 世紀においても持続可能であり続けるためには、次のステージにおける改革が必要であると主張する。次のステージにおける改革とは、「質の高いケアを全ての国民へ」を実現するための改革とされ、以下の 4 つに集約することができる。

3. 1. 一次予防・健康増進の重視

NSR 報告では、現時点でケアを受けていない国民、必要としない国民も含めて、全ての国民が健康でありつづけることを支援するという視点から、プライマリケアへのアクセス改善、ライフスタイルの改善、早期発見・一次予防が重視されている。

より具体的には、地域住民のケア確保に責任をもつ PCT が、自治体やその他の多様な主体と連携して、包括的な健康増進・予防活動を行うことが求められている。生活環境やライフスタイルが健康全般に与える影響は少なくないことから、①肥満、②アルコールの害、③薬物依存、④喫煙、⑤性の健康、⑥メンタルヘルスの分野における健康増進・予防が重要視されている。

また、慢性疾患（心臓疾患、脳卒中、糖尿病、肝臓疾患等）の予防という視点から、40歳から74歳の国民を対象とした血管疾患検診（Vascular health checks）/血管リスク・アセスメント（Vascular risk assessment）を2009年から実施することが明記されている。2012年には、GP、薬局、コミュニティ診療所を通じて、毎年約300万人が検診を受けることが可能となり、NSR報告では、最低でも年間あたり9,500人の心臓疾患、脳卒中、4,000人の糖尿病を予防すると見込んでいる。なお、この新しいサービスの認知度をあげるため、2009年に「あなたのリスクを減少します（Reduce your risk）」キャンペーンを実施することも記されている。

さらに、プライマリケアへのアクセスを改善させるために、150のGP主導のヘルスセンターを既存サービスの補完として設置することや、居住地の登録GP診療施設とは関係なく、人々の生活スタイルにあった時間帯（朝8時から夜8時）にヘルスセンターを誰もが利用できるようにすることが明記されている。このほか、腰痛やメンタルヘルスなど職場環境と密接な関係がある慢性疾患を予防するために、筋骨格系疾患に関するサービス（Musculoskeletal Service）や心理療法とともに、プライマリケアやコミュニティケアで職場に適したサービス（「Fit for Work」）を2009年より順次受けられるようにするという。

NSR報告は、貧困状態で生活をする人々の健康状態が不良であることに着目し、社会的経済的要因により罹病率が高く寿命が短いエリアにおけるプライマリケアとコミュニティケアへのアクセスの重要性を指摘する。アクセスの公平性の確保という視点から、ニーズがあるにもかかわらずGPが非常に少なく経済的に恵まれていないエリア（most deprived communities）にGP診療施設を新しく100開設することが明らかにされた。

3. 2. 患者のエンパワーメント

患者が質の高いケアを受けるには、それぞれの段階、自分自身のニーズに応じてケアを自己決定、選択できる能力を保有しなければならない。患者をエンパワーするという視点から、NSR報告では①エリアによる選択制限の是正（選択の自由の確保）、②患者が選択するのに必要な多様な情報の提供、③個々人の多様かつ複合的なニーズに応じたケアの提供が重要視されている。

まず、①については、NSR報告では「郵便番号による当たりはずれ」（postcode lottery）と言われる、地域によって受けられるケアに差がある状態は改善すべき優先事項としてあげられている。たとえば、現在でも患者は居住地における登録GP診療施設を選択することができるが、登録者リストの制限や診療圏を狭めることなどによって、実質的に自由な選択が制限されているエリアがあることを問題視する。

また、臨床技術・薬剤を評価する機関であるNICEで効果（有効性、費用対効果等）が認められていても、高価な薬剤などはPCTによっては使用が認められないケースが生じているという。どこにいようと一定のスタンダードは満たされる必要があるという認識から、特別な理由がない限りNICEで推奨された治療・薬剤については利用可能にすることが望ましいという方向性が示された。これに伴い、NICEが担う役割・機能は拡張されることになり、これまで以上にNICEの影響力が拡大すると予想される。また、迅速な薬

剤の承認（薬剤の承認スピードを6カ月以内に短縮）ができるよう新しく National Quality Board（行政、医療関係者、民間、学識者等からなる品質委員会）が設置されることが明記された。

次に、②については、NSR 報告では、ブレア前政権下で進められたチョイス戦略（患者主体の NHS を実現するために推進された選択権の拡大）をさらに推し進め、患者の主体的な選択を支援する情報の提供が重要視されている。開設された「NHS Choices」というウェブサイトをさらに充実し、これまで以上にわかりやすく、サービスごとに比較可能な形式でより豊富な情報（病院については、安全性、清潔度、感染率、患者の満足度、患者の治療結果に対する患者自身の見解も含めたアウトカム、サービスの質に関する業績評価の結果、GP 診療施設の場合は、診療時間、患者の見解、主要な質の指標に対するパフォーマンス等）を提供するという。

また、サービス提供機関は全て、Financial Accounts に記載される財務情報だけでなく臨床アウトカムや安全性の指標の結果、患者の経験を含む、ケアの質に関する情報を掲載した Quality Accounts を 2010 年 4 月より発行することとされている。

③については、喘息や糖尿病など長期療養が必要な状態において、個々人のニーズに応じたパーソナライズド・ケアプラン（personalised care plan）の作成、個人健康予算制度（personal health budgets）のパイロット事業をスタートすることが明記されている（ケアプランは約 1,500 万人、個人健康予算制度は約 5,000 人が対象者となる予定）。なお、パーソナライズド・ケアプランとは、メンタルヘルス領域ですでに活用されている CPA（Care Programme Approach）を参考に提案されたものであり、ホーリスティック・アプローチ（全人的アプローチ）から医療だけでなくソーシャルケアを含む統合的・包括的なケアプランを意味する。一方、個人健康予算制度とは、ソーシャルケアでのダイレクトペイメントの経験をふまえて提案されたものであるが、長期療養における安定的な状態で症状の予測可能な患者に対し、十分な情報とともに個々の患者に予算を与えることで、どのようなサービスをどのサービス提供機関から受けるかを定める上での選択とコントロールを強化させるものと期待される。但し、これらはパイロット事業なので全面的に導入されるかどうかはテスト結果次第である。

3. 3. 改善に向けた質の測定評価

臨床現場において質の高いケアを提供するには、そもそも何をもって質の高いケアとするかを明確にしなければならない。NSR 報告では、安全で有効で個々人のニーズにあったケアを質の高いケアとしている。しかし、抽象的な概念定義では、実際に質が改善したかどうかは不明であり、測定可能な指標が必要となる。また、横断的に比較をするには全国レベルで統一された質の評価指標や枠組みが必要となる。

疾患、状態別に提示された従来の NSF は、イングランド全体レベルの目標設定としては有効であっても、どこまでが義務として果たすべき基準なのか何が望ましいのか判定することが困難であり、臨床現場レベルでケアの改善に活用しやすい情報となっていなかった。そうした反省をふまえ、臨床ガイドラインの作成や臨床技術・薬剤の有効性評価を担

ってきた NICE が、従来の NSF の関連指標の精査を含めて、質の指標を再構築し、イングランド全体レベルの質の標準的な基準を設定することが示されている。まず急性期ケアを中心とした最初の指標セットを 2008 年 12 月から利用可能な状態とすることが示された。さらに、継続的な質の改善活動を実施するには、地域の臨床チームのパフォーマンスを継続的に評価することも重要であるという視点から、コミュニティサービスに対する質の評価指標の構築も視野にいれられている。プライマリケアについては、既に GP 診療施設単位でケアの質に関する多様な情報を提供している QOF の指標があるので、そのレビューを行い、NICE が指標の更新や予防・健康増進を推進する新しい指標の開発を担うことになるという。なお、こうした NICE による評価指標の開発は、科学的な根拠に基づくことはもちろん、患者団体や専門家集団の意見を参考にすることが前提となっている。

そして、NICE は、「NHS Evidence」という質の改善につながる根拠(臨床における EBM、診療ガイドランス、臨床面以外で質の改善につながる情報等)とベスト・プラクティス(優良事例)の情報に瞬時にアクセスを可能とする新しいポータルを上げることが明記されている。これにより、どのようなケアが質の高いケアなのか、どのように提供するのかを理解することが可能となることが期待されている。

さらに、良い情報は、患者の主眼的な選択を促進するだけでなく、臨床チームの日々の診断や診察の意思決定を支援し、臨床パフォーマンスを上げる(すなわち、医療従事者へのエンパワーメント)という視点から、クリニカル・ダッシュボード(Clinical dashboards)と呼ばれるツールセットの開発が図られている。クリニカル・ダッシュボードは、地域の事情に合わせて収集された特定指標の情報とイングランド全体のデータを比較可能な形式で、現場の臨床チームが簡単にわかりやすく活用できるような情報が提供されるプログラムであり、複数エリアにおいてパイロット事業が始動していることが紹介されている。

なお、NSR 報告であげられるクリニカル・ダッシュボードのメリットとして、①臨床チームでベンチマーク分析(ベンチマークごとに自分達のケアの質と最高値を示すケアの質とのギャップを比較するなど)を行うことができる、②継続的な改善活動に貢献することがあげられる。また、PCT など、サービスのコミッショニング(購入・契約)を行う組織にとっては、地域単位での質の改善における優先事項を決定するための情報として活用することができるという。

3. 4. 質の向上とイノベーションへのインセンティブ

NSR 報告では、質の高いケアを提供したサービス提供機関に対して、財政的なインセンティブを与えることが示されており、Commissioning for quality and innovation (CQUIN) payment framework (品質向上などアウトカムによって診療報酬を追加する契約(特定疾患に適用))の導入が明記されている。2010 年には病院収入の 3~4%(700 万~900 万ポンド)がケアの質や患者の経験(満足度)によって左右されることになる見込みである。2010 年からは股関節骨折、白内障、脳卒中など特定疾患を対象に、治療に対する平均的な価格だけでなく、品質向上などパフォーマンスに応じた支払いが導入され、徐々に拡大していく見込みである。

さらに、継続的な質の向上には地域ごと、臨床現場ごとに原動力となるリーダーシップ及びイノベーションが重要であるという認識が示されており、研究・教育機関も含む多様なサービス提供主体とのパートナーシップにおけるイノベーションの推進やイノベーションのエキスポ(博覧会)、チャレンジ賞の表彰、支援基金が設置された。また、表彰制度¹³を活用することが示されている。これらは、社会的インセンティブと言い換えることができるだろう。

以上が、NSR 報告でとりあげられた主要な方策の概略である。ここでは詳細をとりあげなかったが、安全性の確保という視点から MRSA など院内感染予防の活動の推進、教育・訓練制度の拡充、助産師等の増員などもあげられている。

この他に NSR 報告について特筆すべき事項として、「NHS 憲章」の草案が提示されていることがあげられる。これは、「質の高いケアを全ての国民へ」という目標を実現する上で重要視されている患者へのエンパワーメントを法的に保証するものでもある。NHS 憲章の草案は、WEB でも公開され、多様なステークホルダーとの議論、コンサルテーション(国民からの意見募集)を経て、2009年1月21日に公告された。次に、公告された「NHS 憲章」の概要を紹介する。

3. 5. 「NHS 憲章」

「NHS 憲章」とは、7つの原則に基づき、NHS に期待される役割、責務を明記するとともに、NHS サービスに関する患者と医療従事者双方の法的な権利と責任、義務を明記したものである。

まず、7つの原則としては、①NHS は差別なく全ての人に包括的なサービスを提供すること、②NHS のサービスへのアクセスは臨床ニーズによるもので、支払能力によるものでないこと、③NHS は高いスタンダードの優良と専門家意識をめざすこと、④NHS サービスは、患者と家族、介護者の選好やニーズに答えるべきであること、⑤NHS は所属組織の境界を越えて、患者、地域コミュニティやより多くの人々の利益のために他の組織とパートナーシップのもとで動くこと、⑥NHS は納税者から得た資金に対しベストバリューを提供し、有限資源を有効で構成で持続可能な利用をするよう専念すること、⑦NHS は国民、コミュニティ、患者に対して提供するサービスに対して説明責任を果たすこと、以上があげられている。

また、国民の義務としては、①国民は自分自身および家族の健康に大きく貢献できることを知るべきである、②患者は NHS スタッフと他の患者に対して敬意を払うべきである(NHS 敷地での有害行為や妨害行為は、起訴される)、③GP 診療施設に登録すべきである、④自分自身の健康、状況、コンディションについて正しい情報を告げるべきである、⑤患者はアポイントメントを守るべきである(キャンセルをするときは、合理的な時間の範囲ですべきである。守らない場合は、最長の待機時間で治療を受けることになりうる)、

¹³ たとえば、臨床医の質の向上への取組に対しては、臨床優良表彰制度(Clinical Excellence Awards Scheme)がある。研究・教育機関も含む多様なサービス提供主体とのパートナーシップにおけるイノベーションの推進やイノベーションのエキスポ(博覧会)、チャレンジ賞の表彰、支援基金がある。

⑥患者は合意をしたら、治療手順に従うべきであり、それに従えないときは医師に告げるべきである（患者自身が自分を健康に保つ上で重要な役割を担っている）、⑦ワクチン接種など公衆衛生プログラムに参加すべきである、⑧患者は治療経緯に関してフィードバックをすべきである（副作用含め、治療について、良い面、悪い面ともに）があげられている。

3. 6. NSR 報告後の進捗状況

NSR報告が出されて1年後の2009年6月、ダルジ卿¹⁴は、「High quality care for all : Our journey so far」にて、改革の進捗状況を報告している。この報告によると、一次予防・健康増進において重要な役割を期待されているプライマリケアのアクセスの改善が大幅に進んでいるという。たとえば、3/4のGP診療施設が今は朝8時から夜の8時まで開業するようになったことや、医師が少ないエリアにGP主導のヘルスセンターが設置されたことなどがあげられる。またNICE承認薬剤や治療はどこでも可能になりつつあり、新薬の承認スピードは大幅に向上したという。さらに、多様な主体を巻き込んだ国民的な健康増進活動として、「Change 4 life」が2009年1月にスタートした。

さらに、患者のエンパワーメントについては、患者の経験が質に反映されるようになり、患者の経験面から見る質は改善傾向にあるという。「NHS Choices」では、これまで以上に多様な情報が入手可能となっている。さらに、900万人以上の慢性疾患の患者に対し、個人のニーズに応じたケアプランが作成されるようになった。NHS憲章により、患者は質を含む多様な情報を入手することが権利として認められるようになっている。

改善に向けた質の測定評価に関しては、新しい質の評価のフレームワークのもとで、NICEによる指標の精査・更新、新たな指標の開発に向けた活動が活発化している。NICEは、「NHS Evidence」のポータルサイトを2009年4月に立ちあげており、専門家がすぐに利用可能な状態で最良の知識を提供することができるようになっている。また、質によって支払いに差がつく仕組みも導入された。

だが、ケアの質とは、社会環境の変化や、臨床現場のサービスの提供のあり方とともに常に変わりつづけるものである。スタンダードを上げるためにも、さらなるイノベーションが必要であるという。

3. 7. ナショナルケアサービス制度化への動き

18歳以上成人向けのソーシャルケア（日本語でいう介護に相当）の利用者は、2008年度で約180万人（在宅・コミュニティケアが全体の約86%、施設14%）であり、その内、約120万人が65歳以上高齢者である。高齢者の利用が多いことから、成人向けソーシャルケアとは、実質的に高齢者介護サービスを意味することが多いが、障害者向け介護サービスも含まれている。

¹⁴ この同じ6月に、ダルジ卿は保健政務次官を自ら辞任し、現在は、現役医師としての業務に専念をしている。

ケア・プロバイダー（供給主体）は、ローカルオーソリティと総称される地方自治体の公的セクター、民間企業、ボランティアセクターなど多様である。イングランド全土で152の地方自治体があり、独立したケアプロバイダーは3万組織以上に及び、約150万人の職員が雇用されている。

基本的に、ソーシャルケアの財源は、中央政府からの補助金と地方税（カウンティタックス）歳入とサービス利用料によって賄われている。ソーシャルケアを利用できるかどうかは、ニーズ・アセスメントおよびミーンズ・テスト（資産・資力調査）の結果によって決まる。ニーズ・アセスメントについては保健省が定めたナショナルガイダンスがあるが、それぞれのレベルに応じてどのようなサービスを利用できるか、受給要件の決定は各自治体によってばらつきがある。各自治体は、地域における財源の優先順位に基づき、ソーシャルケアに対し財政的なサポートをするかを決定する。また、ミーンズ・テストの結果、一定額以上の資産・資力がある人は、自費でサービスを購入することが求められる。そのため、ソーシャルケアを利用するために資産である自宅を売却する人や介護のために離職を迫られる人もいる。

誰もが無料でサービスを利用できる NHS の保健医療サービスと異なり、ソーシャルケアは住んでいる地域や、所得・資産等に応じて有料であるなど、地域格差がある。この結果、同じような状態であるにもかかわらず地域によって適切なケアを受けられる高齢者とそうでない高齢者が生じている。また、ベビーブーマー（1945年から54年生まれ）の高齢化により、高齢者ケアの需要・ニーズがこれまで以上に拡大・多様化することが見込まれる中、財源に限りのある従来制度では、増加する需要に対応することが困難であるという認識が広まりつつある。

そうした中、イングランド全体レベルの新しいケア制度の創設が政策的課題となった。2008年以降、保健省は各地域で新しいケア制度の確立にむけて、Big Care Debate と称して様々なイベントやインターネットによる公開討論、一般市民、関係者から意見を聞く機会を設け、過去最大規模の6万8,000人以上がパブリック・コンサルテーション（市民参加型の政策決定過程、意見公募）に関わったという。こうした議論をふまえて、保健省は2009年6月に、グリーン・ペーパー（協議書）「Shaping the Future of Care Together」をまとめた。

グリーン・ペーパーでは、財政方式のとりうる選択肢として、①自己負担型（自己責任で全ての費用を自費負担する）、②パートナーシップ型（部分的に政府が支払い、残りは自己負担）、③保険型（コストをカバーする保険に加入する）、④包括型（強制拠出への見返りとして必要なときにケアを無償で受けられる）、⑤税負担型（税財源で拠出要件なく、必要なときにケアを無償で受けられる）の5つが提示された。このうち、自己負担型と税負担型は、ともに本人または現役世代の負担が過剰になることから、オプションから除外されている。その後、4ヶ月にわたる意見公募を経て、包括型41%、パートナーシップ型31%、保険型22%という順に国民の支持が高いことから、白書では、包括型の制度導入を目指すことが明記されている。

なお、白書では、ナショナルケアサービス導入における6つの原則として、①ユニバーサル・普遍的である（全国資格要件を満たせばすべての国民が対象となる）、②必要など

きに無償で受けられる（支払能力によらず利用できる）、③パートナーシップ・協働を重視する（多様な組織と人々が日々、ケアと支援の必要な個人を協力して支援する）、④選択権と自己統治を尊重する（すべての人の価値を認め、尊厳を重んじ、人権を守って処遇する）、⑤家族や介護者、コミュニティを支援する（家族や友人、地域が人々の可能性を生かすことにおいて重要な役割をはたしていることを認める）、⑥アクセス可能にする（人々が理解しやすく、正しい選択ができる）にすることが示されている。さらに、6つの柱として、a.自立支援の促進（予防とウェルビーイング・サービス）、b.イングランド全体的に統一された受給要件、c.統合されたアセスメント（joined-up assessment）、d.ケア、サポートに対する情報とアドバイス、e.個人化されたケアとサポート（パーソナライズドケア）、f.公正な財政（個人が支出可能で、世代間で公正な負担、国にとっても持続可能な財政制度）があげられている。

こうした6つの原則、6つの柱に従い、前ブラウン政権は2011年から段階的にナショナルケアサービス制度を導入することを提案した。第一段階として、すでに一部の地域で行われているリエイブルメント（re-ablement）¹⁵サービスを、すべてのコミュニティで利用可能にすることがあげられている。また、Personal Care at Home Bill（在宅パーソナルケア法）を制定し、在宅で重度のニーズのある人が無料で個人的なケアを自宅で受けることができるようにするとした。第二段階として、ナショナルケアサービスの全国統一基準と受給要件を決定するために必要な法的整備を行い、2014年には受給要件を拡大し、施設ケアを2年以上利用している人は本人負担を無料とする（居住費・食費は除外）。最終的に、2015年以降には、全面的にナショナルケアサービスの制度が完全施行されることを目指すという。

だが、これらは、具体的な策定計画というよりは大まかな目標にすぎず、包括型の制度が望ましいという方向性は打ち出しているものの、選挙目前であったこともあり、財源調達の方法に関しては特に明言されなかった。選挙後にコミッションを創設し、そこでの検討を経て時間をかけて改めて合意形成を行うとし、具体的な財源調達方法についての議論を避けた。第4章で述べるように、政権交代が生じたため、ナショナルケアサービス構想は事実上棚上げになったものの、介護の財源をどう確保するかについての議論は現在も続いている。

¹⁵ インターミディエイトケアのうち（保健医療サービスとソーシャルケアの境界領域にあるケア）のうち、日常生活動作能力向上などリハビリ機能を強化した自立支援サービス。

第4章. 連立政権の誕生と財政再建

2010年5月6日の総選挙により、キャメロン率いる保守党と第3党であるクレグ率いる自由民主党の戦後初の連立政権が誕生した。リーマンショック以降の厳しい経済情勢やギリシャ財政危機による国家債務不履行リスクに焦点が当たる中、戦後最悪といわれる財政赤字を解消するため、新政権は、財政再建を行うため付加価値税の増税とともに、大幅な歳出削減を行うことを明言している。

4. 1. 歳出見直し

2010年10月20日にオズボーン財務相によって公表された「歳出見直し (Spending Review)」では、2015年度までに830億ポンドの赤字を削減すべく、保健医療、開発途上国援助、科学技術など一部例外を除き各省庁予算の大幅減額(全体平均19%)、特殊法人の見直し、公的部門の人員削減を含む大胆な改革を行うことが明らかにされた。

だが、NHSの保健医療については実質ベースで削減しないことが連立政権合意となっていることから、全般的な傾向として、他の省庁と比べれば保健省の削減幅は少ない(実質ベースで0.4%増)。また、保健医療との連携、協働が求められるソーシャルケアについても追加予算が認められるなど厳しい財政下の中では予算確保がはかられていると見こともできる。但し、管理運営予算は33%削減されており、その減少分が保健サービス提供分にまわされている。

上記の歳出見直しでは、2011年度から2014年度までに20億ポンドを追加予算としてソーシャルケアに配分することが明記されている。まず、保健医療とソーシャルケアとの統合的なケアを推進するために、NHSの資本予算(capital budget)から財源を10億ポンドまで移転することが可能となった。なお、この10億ポンドには、緊急再入院を予防するリエイブルメント・サービスを推進するための年3億ポンドのファンドが含まれる。保健省の運営枠組み(operating framework)に沿って地方自治体と地域保健局及びNHS傘下トラスト等の連携、協働が期待されている。

次に、ソーシャルケアへの従来補助金に対する追加加算分が、歳入援助交付金(Revenue Support Grant)を通じて中央政府から地方自治体へ配分されることが明記されている。つまり、ソーシャルケアへの追加財源は20億ポンドのうち、半分の10億はNHSから、残りの半分は自治体に配分された10億からなる。但し、この補助金は用途が予め決められた特定補助金(Ring-Fenced Grants)ではない。よって、地方自治体は、全体で27%の予算が縮減されている厳しい財政下で、この増加分をソーシャルケアにまわすかどうかは不明である。

このように歳出見直しを見る限り、総額そのものは大幅圧縮であることを除くと、ソーシャルケアと保健医療の連携、協働を重視する姿勢は、労働党政権と変わらない。連立政権が、ソーシャルケアへの投資を重視する理由は、NHSにも恩恵があるからである。たとえば、不必要な入院を減らし、退院を迅速にすることは、NHS財源の節減に貢献する。さらに、高齢者など長期ケアを必要とするものにとっては、医療だけでなくソーシャルケ

アのニーズも高く、両者が包括的に提供されることが望ましい。

しかし、一方で、福祉関連の現金給付、各種手当については大幅な見直しの対象とされている。たとえば、児童手当(child benefit)については3年間の凍結、そして2013年1月より高額所得者への児童手当の削減が実施される見込みである。また、来年より子供のいる夫婦は最低週24時間以上働かなければ就労税額控除(working tax credit)の受給要件を失う。

ちなみに、保健医療やソーシャルケアは、DEL(Departmental Expenditure Limits; 省庁別歳出限度額)に含まれ、複数年度の歳出見直しの対象となるのが通例であるが、福祉関連の各種手当や税額控除など複数年度で予測、管理するのが困難とされる年度管理歳出額(Annually Managed Expenditure: AME)が複数年度の歳出見直しで大幅な見直し対象となったのははじめてである。

ここまで、連立政権の誕生により、大幅に予算が削減されたことを述べた。では、ナショナルケアサービスの構想は完全になくなったと考えられるのであろうか。基本的には、前提とする財政環境が大幅に異なり、労働党が考えた包括型のナショナルケアサービス制度化構想は、事実上棚上げになったといえる。2010年10月28日に出された自治体への通知文書でPersonal care at Home Billの制度化を断念することを公表していることから明らかである。

だが、労働党政権で検討、推進されてきた構想すべてが否定されているわけではない。たとえば、すでに述べたように、ソーシャルケアと保健医療の連携が前提となるリエイブルメント・サービスは、前述の歳出見直しでも推進することが明記されており、緊急再入院予防や退院遅延対策として、連立政権下でも重視されている。また、ナショナルケアサービス構想でもあった家族や介護者への支援を重視する方針も打ち出されている。新しく追加されたこととしては、2011年度より病院は、退院後最初の30日のアフターケア(リエイブルメント・サービスを含む)についての支払いと調整の責任をもつこととなったことがあげられる。2003年のコミュニティケア法(退院遅延法、2003年規制)等の保健医療とソーシャルケアの中間ケアであるインターミディエイトケアの定義に従い、地方自治体は、最初の6週間はリエイブルメント・サービスに対して料金を課しておらず無料で提供してきたが、今後は、厳密にリエイブルメント・サービスがインターミディエイトケアの範疇にあるかを確認した上で料金を課することが可能となる。

一方、予算縮減によって、これまでサービスを受けていた人がサービスを受けられなくなる可能性が高まることから、別の意味でもソーシャルケアの改革が求められると予想される。実際、厳しい地方財政の状況下で、ソーシャルケアのサービス受給要件の厳格化や料金の値上げを実施する地方自治体が増えている。すでに述べたように、自治体は、歳出見直しにより今後4年間で伸び率マイナス27%の予算削減が決まっており、受給要件の厳格化や値上げは今後も続く見込まれる。

4. 2. 介護の財源調達の方

今後増大する需要を考えた場合、大規模な意見公募を経て形成されたソーシャルケアの改革の流れを完全に無視することは容易ではない。議会の議席構成を見ても、保守党のみで単独与党になる勢力はない。つまり、労働党の占める割合は大きいため、野党の協力がなない限り、どのようなものであれ新制度を導入することは困難である。連立政権下ではじめて公表された NHS 改革に関する白書『NHS の自由化 (Liberating NHS) — 公平 (equity) と卓越 (excellence)』においても、ソーシャルケアとの協働は重視されている。

さらに、労働党政権で提唱されていたことでもあるが、連立政権はソーシャルケアの財源確保に関して検討を行うコミッション (ケア、サポートの財源に関する委員会、Commission on the funding of care and support) を 2010 年 6 月 20 日に設置した。コミッションにおいて、ケア、サポートのための持続可能で負担可能な財源システムを構築することができるかを検討し、来年 6 月までに報告書を取りまとめ政府に提出することになっている。なお、コミッションは、これまでの介護政策の動向をふまえて、①選択権が確保されているか、②公正であるか、③持続可能であるか、④VFM であるか (投入金額に見合う価値であるか) という視点から、財源モデルを現在検討中である。

以上のように、包括型のナショナルケアサービスそのものは制度化される可能性は極めて低い、中央政府が介護の財源調達に介入する何らかの制度が導入される可能性は高いと思われる。どのような制度が導入されるにせよ、厳しい財政環境の下、ソーシャルケアにおいても、コスト削減と効率性を高め、VFM がこれまで以上に求められることになるだろう。

第5章. スコットランドにおける NHS、ソーシャルケア

第4章までに述べたNHS制度および改革の多くはイングランドをベースとしたものであり、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドなどには必ずしも当てはまらない。地方分権（devolution）を推進するブレア政権が1997年に誕生したことにより、中央政府と独立した議会が1999年に設置（スコットランドにはParliament¹⁶、ウェールズ、北アイルランドにはAssemblyが設置）され、国防、外交などイギリス全体にかかわる政策以外については、独自政策を展開することが可能となった。

以下では、イングランドに次いで人口の多いスコットランドに焦点をあて、イングランドとどのように NHS が異なる仕組みとなっているかについて概要を述べる。

5. 1. スコットランド NHS の概要

イギリスの他のエリアと同じく、スコットランドでも NHS における保健医療サービスは原則無料である。GPがプライマリケアの中心的な役割を果たしており、原則GPを受診せずに、病院での専門医受診することはできないというものと同じである。だが、ブレア政権が推進した地方分権により、麻薬の取締、医師・看護婦の免許、臓器移植などイギリス全体で取り組むべきこと以外は、スコットランド政府が保健医療分野において独自に決定することができるようになった。

1990年代に疑似市場化により供給機能と購買機能に分化が図られたイングランドと異なり、政治的事情により（保守党が弱い）スコットランドでは14に分割された地域の保健委員会（Health Board）が現在も NHS を所有、運営している。よって、イングランドのように NHS トラストや PCT は存在しない。つまり、サービス供給の契約や委託が行われておらず、予算枠で運営がなされている。

この背景には、スコットランドでは、Mutual NHS というコンセプトがあり、共同で NHS を所有しているという考えがある。つまり、イングランドのようにサービス提供機能と購入機能は分化しておらず、それぞれの地域が共同運営していくという考え方である。

近年はスコットランドでも民間・私立病院¹⁷が増えているが、イングランドほど多くはない。また、民間保険の加入率も低く、利用率も低い¹⁸。スコットランド政府自身が、いわゆる私立病院を利用することに対して反対の姿勢を示しており、NHSのサービスはできるだけNHSの施設で行うことを推奨している。

一方、ソーシャルケアの提供については、イングランドと同様に、地方自治体がサービスの提供責任を担う。イングランドとの違いは、後述するようにパーソナルケアが無料化されていることである。異なる運営組織、制度の違いがあるが、スコットランドでは、アップストリーム・プリベンティブティブメジャーと呼ばれる高齢者の介護や入院予防策の

¹⁶ スコットランド国会がウェストミンスターに1707年に統合されて以来のことである。選挙は1999年以降、4年に一度行われている。現在の政権与党は、スコットランドナショナルパーティーである。

¹⁷ 「GP バックス」と呼ばれる、医院経営を行う企業や PFI 病院もある。

¹⁸ ロンドンではいわゆる個人経営の産婦人科を利用する妊婦もいるが、スコットランドではほとんどいないという。

実施のために、32 の自治体と 14 の地域の保健委員会と、密接に連携、協働することが求められている。

5. 2. パーソナルケアの無料化（一部介護の無料化）

2000 年、イギリス王立委員会（ロイヤルコミッション）において、介護に関するコスト負担に対する検討がなされ、生活費、住居費、パーソナルケア費を区分した上で、パーソナルケア（家事援助を除く排泄や食事介助などの個別化された介護）は無料であるべきという勧告が出された。

新しく設置されたスコットランド議会において介護負担に関する激しい議論がなされ、その結果として、与・野党の賛成により、ソーシャルケアの中でもパーソナルケアは無料にすべきという合意が出された。最終的には、2002 年にスコットランド議会は、王立委員会の勧告を受け入れ、パーソナルケアをすべて無料化した。ちなみに、イングランドをはじめ、イギリスの他のエリアでも同様に検討がなされたが、コストがかかるという理由でこの勧告は受け入れられなかった。

スコットランドの法律（Community Care and Health (Scotland) Act 2002）では、パーソナルケアに関して、非常に明確な定義がされている。衛生面、排泄、食事介助、ベッドまでの移動介助、カウンセリング・相談支援サービス、薬物治療支援がパーソナルケアに含まれる。こうしたパーソナルケアは無料である一方¹⁹で、部屋の掃除・洗濯、その他のサービスは、その範疇になく個人で負担することが求められる。パーソナルケアは、在宅だけに限らず、ケアホーム（高齢者施設入所）やナーシングホーム（ケア付き高齢者施設）でも利用できる。ケアホームでは週 156 ポンドの負担、ナーシングホームでは週 277 ポンドの負担でサービスを受けられる。

但し、施設入所のためには、体系的なアセスメント（要介護認定）を受ける必要があり、かなり厳格に行われている。アセスメントを担当するソーシャルワーカーが、入所要件として、高齢者の精神的要件（認知症等があるかどうか）、身体的要件、物理的要件（自宅で自立した生活ができるか）、家族の要件（介護者がいるか、家族がどれだけのことができるのか）というようなことも含めて、細かく検討する。結果として、入所している高齢者は非常に虚弱で余命僅かなものであり、入所期間も長期にはならない。施設入所は難しいが、遠隔ケアの可能な施設など施設と在宅の中間的なケアという選択肢もある。

5. 3. 高齢者介護サービスの利用者数の推移

パーソナルケアの無料化制度の導入により、2002 年には在宅でケアを受ける利用者が 2 万 5,000 人から、2009 年 12 月末で 4 万 7,000 人を超えるまでに増えた。一方、ケアホーム（施設）利用者数は安定的に推移しており、3 万 1,000 人の長期滞在利用者（65 歳以上）がいる²⁰。

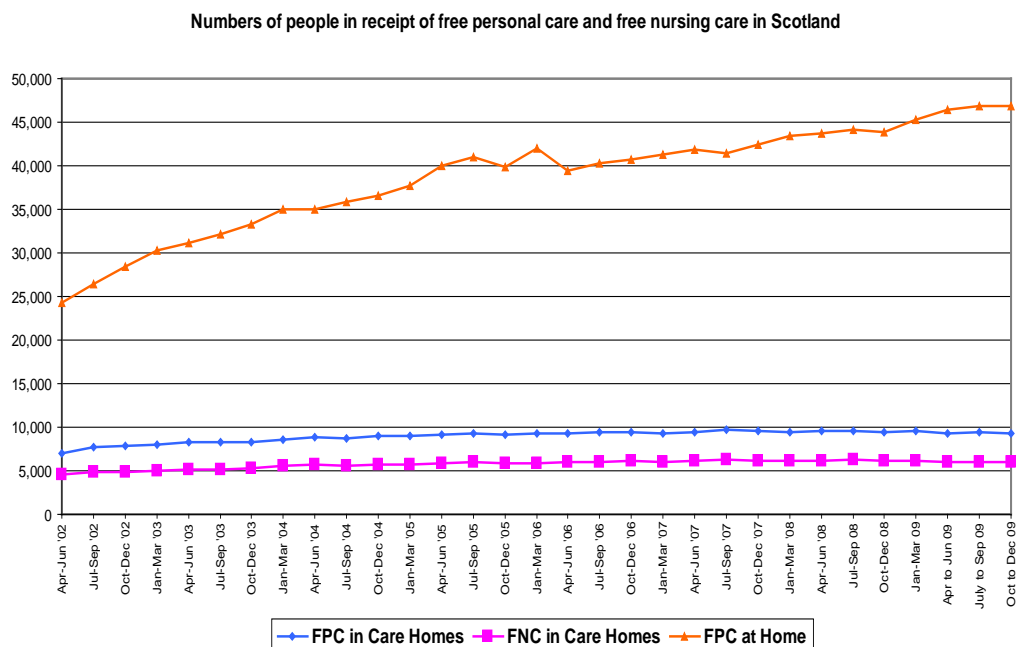
¹⁹ 必要に応じて、一日に 4 回の訪問介護を受けることもあれば、施設で週に数時間のケアを受けることもある。

²⁰ 無料化の導入以前より、多くの人々がサービスを無料で受けているが、自己負担で利用している人も約 9,000 人いる。

利用者数の増加に伴い、在宅ケアに要した費用は、導入年度に2億1,000万ポンドであったのが、2007-8年度にかけては3億5,800万、2009年度で4億5,000ポンドと増加傾向にある。全体として費用は増加傾向にあるが、病院でケアを受けていた人の費用がソーシャルケアに移行したため、医療のコストと相殺される部分もある。

また、無料化により、家族が介護を忌避して、家族介護が減るのではないかという懸念もあったが、最近の調査結果により、アンペイドワーク（家事援助など家族による無報酬労働）は減っていないことが明らかにされている。なお、調査によると、①パーソナルケアの無料化について多くの人々は満足している、②65歳以上でないと受けられないことに不利益を感じるものもいるという。少数意見であるが、「パーソナルケアは必要ないが、家事援助こそが必要」という意見もあるという。

図 7 スコットランドにおけるパーソナルケア利用者数の推移



※FPC : Free Personal Care

FNC : Free Nursery Care

スコットランド政府資料

図 8 パーソナルケアにかかる費用の推移

	Apr-03	May-04	Jun-05	Jul-06	Aug-07
Net Expenditure on Care Homes for Older People	424.9	464.8	479.9	527.5	555.1
Expenditure on FPC Payments	65.3	69.3	73.8	75.7	78.8
Expenditure on FNC Payments	18	19.7	21.2	21.7	22.7
Total expenditure on FPNC in Care Home	83.3	89	95	97.4	101.5
Expenditure on FPNC as percentage of Net Expenditure on Care Homes for Older People	20%	19%	20%	18%	18%

	Apr-03	May-04	Jun-05	Jul-06	Aug-07
Net Expenditure on Home Care Services for Older People	223.8	247.9	287.4	305	335.5
Expenditure on Personal Care at home	128.6	152.5	184.8	223.9	256.7
FPC Expenditure as a percentage of total net expenditure on Home Care services	57%	62%	64%	73%	77%

※FPNC : Free Personal Nursery Care

スコットランド政府資料

なお、2010年6月末のスコットランド議会でもパーソナルケアの無料化は継続することが合意されている。だが、後述するように、将来的には、高齢者サービスの提供の在り方を全体的に見直すことを検討している。

5. 4. スコットランド政府の課題

スコットランドは急速に高齢化しているが、高齢者の多くは何も特別なサービスを利用しておらず、健康である。健康寿命を延ばし、保健医療や介護サービスを必要としない高齢者をどれだけ増やせるかがスコットランド政府の重要な課題となっている。スコットランド政府は、この課題に対して、様々な取組を行っている。たとえば、「緊急再入院の予防」があげられる。スコットランド政府のヒアリングでは、病院が安全であるというのは「都市伝説」であり、虚弱高齢者が暮らす上で最悪の場所が病院であり、一度病院に入院すると依存し、元の生活に戻れなくなることがあるという。70歳以上の高齢者が救急入院すると、その後の入院滞在日数も増える傾向にある。最悪な事例として、高齢者が骨折し、救急車で病院に特に準備なく運ばれる。これにはたくさんのトラウマとストレス、混乱をともなうため無計画な緊急入院は、問題であるとし、緊急再入院を予防することが重要となっている。

より具体的な施策として、認知症高齢者へのケアパスウェイ（認知症高齢者のための統合化されたケアプラン、ケアマネージャーによるケアプラン作成）の導入や、入院、再入院リスクの予想ツール（入院・再入院リスクを予測、9か月前にどのようなサービスが必要かを予測）があげられる。ケアパスウェイの導入により、入院期間が50%削減されたという報告もある。また、入院・再入院リスクの予想ツール²¹を活用して、GPは再入院リ

²¹ このツールは、ファクターをいれて、健康余命や死亡までの支出など推計ができる。これによると、最後の18カ月で支出が多くつかわれていることが明らかになっている。

スクの高い人にフラグをつけ（データベース上にフラグをつけ、リスクの高い人を認識する）、看護師の訪問看護の回数を増やすなどして緊急再入院の予防を図っている。

但し、「Reshaping Care for Older People」という白書で公表されているように、スコットランド政府は、今後10年から20年かけて、コミュニティケアの重点化など戦略的に高齢者ケアの在り方を大きく転換していくと思われる。従来の問題として、大きな病院があるエリアほど入院率が高いという傾向があり、都市と都市周辺に地域差がある。こうした地域差を解消させる手法としてコミュニティ・キャパシティの向上に関心が集まっている。特に、介護分野における第三セクター、ボランティア組織の活動によってコミュニティ・キャパシティが向上できないかと考えている。なお、ヒアリングでは、スコットランド政府は、時間預託制度や我が国のさわやか財団の「ふれあい切符」の活動に注目しているという話があった²²。

²² スコットランド政府の要請を受けて、本調査に同行した青木孝浩副長が調査団代表として、我が国のふれあい切符の活動概要についてプレゼンテーションを行った。

第2部. NHSのVFMとアカウンタビリティのあり方

第1章. アカウンタビリティの確保における役割分担

近年では、アカウンタビリティ概念の拡張とともに、経済性、効率性、有効性といった3Eの視点からの検査やVFM検査(ないしはVFM調査)も求められるようになってきている。

イギリスにおいて、国庫支出の財務検査及びVFM検査を行う検査機関として、NAOがあげられる。財務検査とVFM検査は完全に独立して行われており、検査対象範囲も方法も異なる。保健医療分野では、図9の、最上部の直線エリアの囲みにあるように、保健省及びアームスレングスボディと呼ばれる省直轄の公的関連団体等が、財務検査の対象となる。個別の保健医療機関を経営するNHSトラストや戦略的保健局など地方の出先局の財務検査は担当していない。また、詳細は後述するが、NAOによるVFM検査は、検査というよりも調査ないしは政策・プログラム評価の色彩に強いものであることから、VFM検査(調査)と記述している。保健医療は、国庫支出の中でも非常に大きなウエイトを占めていることもあり、NAOが実施するVFM調査の約10%程度を占める。なお、財務検査と異なり、国庫支出が及ぶ全ての範囲が対象となるため、民間セクターであっても対象となることがある。

第二に、イングランドでは、オーディット・コミッションという組織が、地方自治体および保健医療関連機関に関する財務検査及びVFM検査を行う機関としてあげられる。NAOと異なり、財務検査及びVFM検査は同時に行われている。なお、保健医療分野では、オーディット・コミッションは、個別の保健医療機関を経営するNHSトラストや戦略的保健局など地方の出先局の財務検査を担当している。但し、経営状態が良好なトラストは、ファンデーショントラストという、より財務的に独立性の高い組織に移行することができることから、ファンデーショントラストの場合は、オーディット・コミッション以外の財務監査を受けることも可能になっている²³。ファンデーショントラストの場合は、規制監督機関も保健省ではなく、モニターと呼ばれる組織である。このほか、保健医療分野でオーディット・コミッション独自で行われているものとして、PbRに基づく診療報酬支払データの監査(支払いの前提となる原価データが適切なものかを監査)をあげることができる。

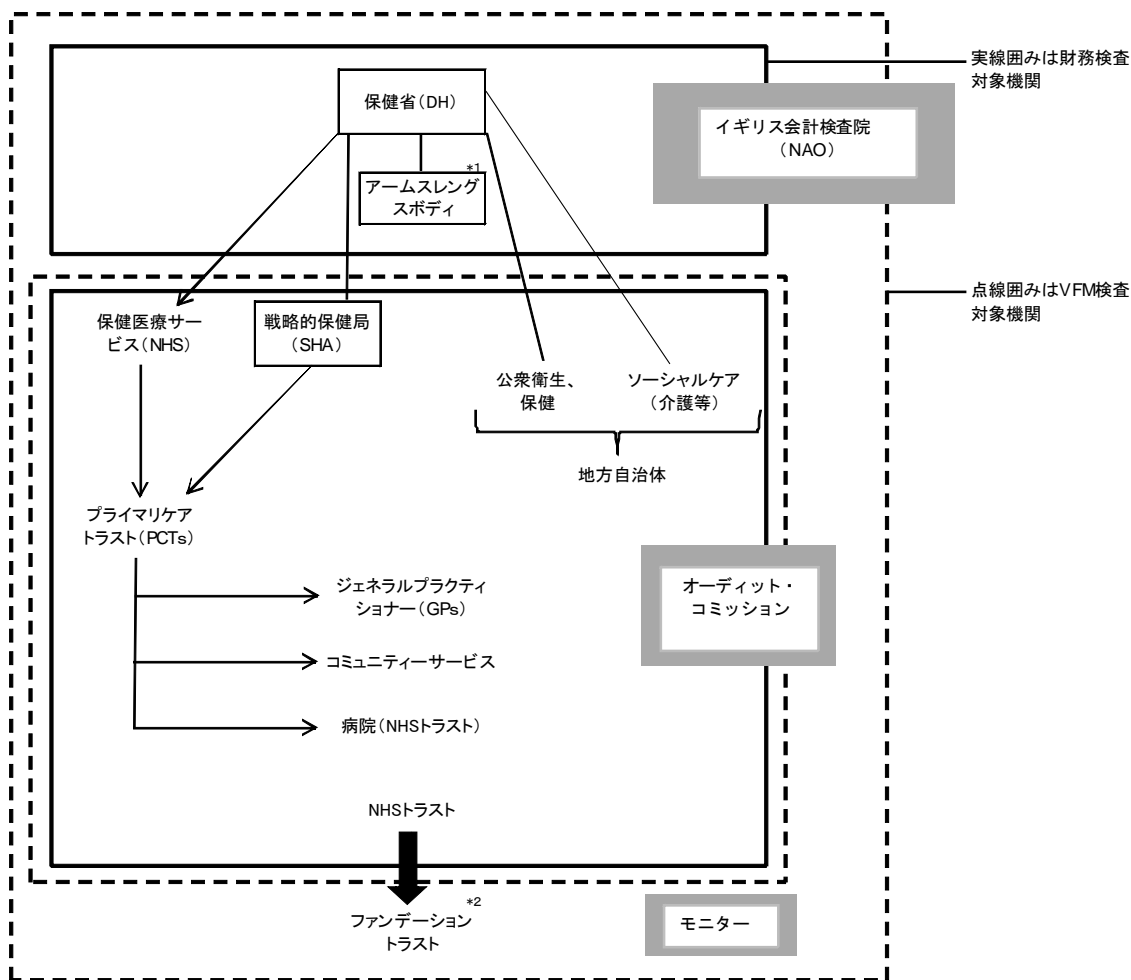
上記は外部からの検査を受けることによるアカウンタビリティの確保の例であるが、行政機関そのものが税金の使途に限らず自己の遂行する政策、施策、事業について目的、方法、その成果を国民に明らかにする責任もアカウンタビリティ概念には含まれる。近年は、分権と組織構造の変化の影響で、アカウンタビリティのあり方にも変化が起きている。イギリス保健省は、内部監査委員会を設置し内部統制を図るとともに、省の運営方針に基づき設定された業績評価の枠組みに則り、業績評価を行い、その結果を広く国民に公表して

²³ 最終的に全てのNHSトラストをファンデーショントラストにするという構想があることから、それにより、個別保健医療機関等の財務検査におけるオーディット・コミッションが担ってきた役割は縮小されると考えられる。

いる。また、VFM という視点では、財務省との予算折衝の中で VFM 節約のための施策の実施や、政策評価研究を行って自己点検を行っている。

以下では、訪問調査で得た情報及び関連資料に基づき、NAO、オーディット・コミッション、保健省、スコットランド会計検査院²⁴の取組事例について紹介する。

図 9 検査機関の役割分担



*1：アームスレンジスボディ（Arms-length bodies：ALBs）とは、省直轄の公的関連団体である。省庁とは一定の距離を置く独立機関ではあるが、財源拠出は省庁に依存している。

*2：NHSトラストが109、ファンデーション・トラストが約137とNHSトラストとの数が逆転しており、ファンデーション・トラストへの移行が進んでいる。

著者作成

²⁴ ブレア政権下の地方分権の推進により、NAOの出先機関と Audit Commissionの出先機関が統合され、ウェールズでは、オーディット・ジェネラル・ウェールズに、スコットランドでは、オーディット・スコットランドになった。国防や外交に関するものは、現在もNAOが管轄している。

第2章. NAOの取組

NAOは、公共部門全体の連結財務諸表（WGA）及び各省庁の資源会計の財務諸表の財務検査及び、VFM検査（調査）を行う唯一の独立会計検査機関である²⁵。我が国の会計検査院と異なり、職員は国家公務員の身分を保有しておらず、会計検査院長（Comptroller and Auditor General : C&AG）が、職員の採用や労働条件・給与等を決めている（但し、待遇等は国家公務員と均衡が図られている）。約800人以上の職員がおり、そのうち約620人は専門職、残りの約180人はサポート職となっている²⁶。

基本的に予算、支出の流れに応じて²⁷検査は行われるため、保健医療関連では、保健省及び外郭関連団体の「summarised accounts」の財務検査²⁸を担当するが、NHS病院などの個別機関の財務検査は実施しない。地域の戦略的保健局(出先行政機関)、PCTやNHSトラスト（病院などサービス供給機関）など、個々の組織の財務検査はオーディット・コミッションが担当する（詳細は後述）。但し、同じサービス供給機関でも、財務的な独立性の高いファンデーショントラストと呼ばれる組織については、オーディット・コミッション以外からオーディター（以下、監査人）を選択することが可能である。

2. 1. NAOによるVFM検査（調査）

2. 1. 1. テーマの選択

NAOのVFM検査（調査）は、個別機関に対する検査ではなく、特定テーマ（政策領域）に対してVFMの視点から行われた調査研究（ないしはプログラム評価）に近い。実際、NAOの発行資料等でも、VFM study、VFM workと表記されている。よって、以下では、NAOのVFM検査に関してはVFM調査という表現を用いる。

NAOは毎年60～80件のVFM調査報告を作成しているが、支出構成比の大きさを反映するように、約10%が毎年保健医療（NHS）に関するものである。テーマの選択を行う上でのポートフォリオがあり、さまざまな支出分野がカバーされるよう配慮されている²⁹。保健医療は国民の関心も政治家の関心も高い分野であり、議会でも必ず議論になるため、PACの関心度も高い。NAOのVFM調査によって改善に向けて何らかのインパクトを与えられるかどうかという視点でも検討される。但し、最終的なテーマの決定はNAOスタッフの事前準備資料に基づき検査院長が行う。選択されたテーマの多くは、資源浪費のリス

²⁵ NAOは、国会（下院）のPAC(決算委員会)に対して公費が適切に支出されているかを説明するとともに、VFMに関して法令に定められた検査権限を備えている。

²⁶ 職員の専門的バックグラウンドは多様であり、大卒者が多くを占めるが、専門的な知識獲得のための研修もある。なお、VFM検査（調査）は、エコノミスト、オペレーション・リサーチなどを専門とする社会科学系のバックグラウンドをもつスタッフが担当することが多い。必要に応じて、大学や外部民間機関に外部委託することもある。

²⁷ 保健省及び外郭関連団体の予算は、イングランド全体に10ある戦略的保健局（Strategic health authorities）、約152のプライマリケアトラスト、NHSトラスト（医療機関等）に配分される。

²⁸ 通常、2～3日で財務書類をレビューし、連結決算が正しくできているかなどを確認する。会計基準が2010年度よりイギリス独自のUKGAAPからIFRSに変更されたことで、PFIのバランスシートも検査対象に含まれることになった。NAOの財務検査対象であっても、その約1/4は、民間の監査法人に再委託されておりNAOが直接検査することはない。

²⁹ ブレア政権時では、①PAC（決算委員会）とマスコミの関心度（11点）、②検査実施期間とコスト見込み（9点）、③財務的・非財務的インパクト（7点）、④近代化への貢献度（7点）、⑤省庁にとっての政策優先度（6点）、⑥国民から見たわかりやすさ（5点）の45点で点数化され、テーマの選定において活用していた。

クの大きいもの、市民へのインパクトへの大きいもの、国民の関心の高いものであるが、中にはあまり知られていないものもある。

テーマが選定されたら、予備検査（1～3 か月以内）が行われ、その結果を検査院長へ提出する。院長の承認が得られた場合、6～12 か月の本検査が開始する。目標としては、8 か月以内に終わらせることが求められている。

保健医療分野で選定された最近のVFM調査のテーマとして、医療従事者への給与支払方式（NHS Pay Modernisation in England: Agenda for Change（HC: 125 2008-09））、巨額の投資をしたNHSにおけるITプログラム（NHS Pay Modernisation: New contracts for general practice services in England（HC: 307 2007-2008）³⁰、自閉症ケア（Pay Modernisation: A new contract for NHS consultants in England（HC: 335 2006-2007））などがあげられる³¹。

2. 1. 2. VFM 調査の方法

①測定指標の決定

VFM調査を行う大前提として、何をもちいてVFMを評価するのかを最初に定める必要がある。最も簡単な方法は、中央政府や省庁のガイダンスであげられた目標に焦点を当て、目標との乖離があるかなど、達成度を比較検証するというものである。たとえば、pay-modernisationに関するVFM調査では、新制度を導入する前提とされた2%の生産性向上という目標が達成できたかどうかを中心に評価がされている³²。このほか、目標設定の際の想定条件（アサンプション）の妥当性及びその背景にある経済指標の検討がなされることもある。たとえば、感染症ケアのVFM調査では、政策の実施や新制度導入によって実際どれだけ減少したかという視点から評価が行われている。また、自閉症のVFM調査では、自閉症に対する政府の政策目標がないことから、実際どのようなサービスが自閉症患者に提供されているか、そのアウトカムはどのようになっているのか、サービスの欠如による経済的な損失がどれくらいあるか、他の支出への影響を計算することで、潜在的なVFM節減効果が検証されている。

なお、NAO は、政府との中立性という立場から、政策や政策目標の価値判断を行うことはなく、政策効果が政策実施前に想定したものと比較してどうであったかをVFMの視点から評価することが求められる。たとえば、待機件数をどの程度減らしたか、清潔さという点でどの程度向上したかなどを見ることはあっても、待機件数短縮という政策目標や清潔さという目標そのものについては是非を問うことはない。

³⁰ NHSにおけるITプロジェクトは、全国民の保健医療データを電子化して、全国どこの病院でも予約可能とするシステムの構築を目指したものである。10年に及ぶ総費用が約124億ポンド（1ポンドを220円とすると約2兆7千億円）の大型プロジェクト。

³¹ 最新のものとして、病院の生産性（Management of NHS hospital productivity（HC: 491, 2010-2011））、健康格差（Tackling inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation（HC: 186, 2010-2011））、病院PFI契約（The performance and management of hospital PFI contracts（HC: 68, 2010-2011））などについての調査があげられる。

³² VFM調査の担当者によると、生産性の定義は、様々であるが、特に保健医療において生産性を厳密に定義、計測するのは難しいという。たとえば、再入院率、30日死亡率、臀部手術の際の患者評価などを利用する際、インプット、アウトプット、アウトカムを何にするかで結果は大きく異なるものになったという。

②根拠となるデータの収集

評価の根拠となるデータは、基本的には、保健省の白書、青書、政策白書で公表されたナショナルデータから抽出されることが多い。ナショナルデータがない場合は、独自のアンケート調査、インタビュー等によってデータを新たに収集することもある。たとえば、GPへの支払いに関するVFM調査では、PCTへの訪問調査で得られた情報が根拠データとなっている。その際、収集データは合理的なものか、サンプルが適切か、偏りがないかなどの確認が重要となる。特にサンプリングでは、大規模、中規模、小規模といった各地域の特徴が反映されることが求められる。たとえば、病院の場合は、高コスト病院、低コスト病院で何が違うかを比較する。

近年は、量的リサーチのみならず、フォーカスグループ（グループ対話形式のインタビュー）など質的なリサーチも頻繁に行われる傾向にある。個別保健医療機関へインタビューを行う場合は、チーフエグゼクティブ、メディカルディレクター、コンサルタント（専門医）といったようにレベル別に行い、全体としてそれぞれの主張に整合性があるかどうかを確認する³³。

なお、VFM調査は、全体で約9カ月かかるが、ディレクター（全体を統括し、職務の5～10%程度の時間関与する。VFM調査の最初と最後の関与が大きい）、オーディットマネージャー（職務の50%程度の時間調査に関与）、オーディットプリンシパル（全体の90%程度関与）で行う。但し、フィールドワークを行うときは、リサーチャー及びトレーニー（研修生）を活用する（フィールドワークを行うときは5名程度で行う）。ヒアリングによると、調査によっても人数は多少増減し、Pay-modernisationのVFM調査は、ディレクター、オーディットマネージャー、トレーニー3名の計5名程度で行われたという。データ解析を行う際には、保健省がどれくらいの予算を必要と推計し、その予算がなかった場合どうなるかを中心にモデル構築が行われる。患者に対するアンケートを実施することもあるが、多くの場合は、リサーチの技法上で問題がなければ外部の大規模調査を活用する。より専門知識が必要となる場合やデータ解析においては、統計局の統計解析専門家や医師など専門家、大学教授などのアドバイスを受けることが多い。

③報告書の提出

VFM調査における最終結論や改善のための勧告はVFM報告書に掲載する。その内容を、事前に検査対象機関と議論する。報告書は下院に提出され、それに基づき、下院付属の決算委員会（PAC）のヒアリングが行われる。PACは独自に報告書を作成、政府に提出し、政府はそのPAC報告書の勧告を受け入れるかどうかを検討することになる。なお、NAOは、PACの各報告書へどのような対応がなされたか、フォローアップ調査を行っている。

なお、全てのVFM調査は、内部のピア・レビュー（同僚審査）および外部の独立した調査研究機関（ロンドン経済大学院又はオクスフォードなど）の審査を受けることが求められる。

³³ VFM調査担当者へのヒアリングによると、職員へのサーベイ調査、保健省の見解、スタッフ、病院経営側で見解が異なることが多いという。

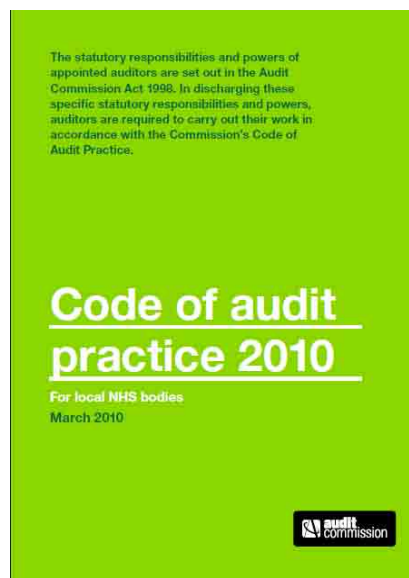
第3章. オーディット・コミッションの取組

3. 1. オーディット・コミッション (Audit Commission) とは

オーディット・コミッション³⁴は、イングランドの地方自治体および保健医療関連機関等³⁵の財務検査、VFM検査を行う独立会計検査機関である。オーディット・コミッションは、イングランドにおける地方自治体、NHSの予算が配分される保健医療機関等を含む約1万団体の検査を行っている。この全体の約70%については、オーディット・コミッションが直接実施しているが、残りの約3割については外部の民間の会計事務所に委託している。但し、小規模自治体、パリッシュという最小規模の自治体の場合は、民間委託のほうが多く、民間が約70%、オーディット・コミッションが約30%となっている³⁶。オーディター（監査人）は検査対象機関から独立³⁷していることが求められることから、基本的に、オーディット・コミッションが監査人の任命を行う³⁸。

オーディット・コミッションの財源は、地方自治体等からの料金とコミュニティ・地方自治省などの関連省庁からの補助金でなっている。1982年に設立されたが、現在の法的根拠は、The Audit Commission Act of 1998による。公共支出全体の決算検査を行うNAOと異なり、国レベルではなく地方レベルで個別機関の検査を実施していることが特徴である。

検査は監査基準（Code of Audit Practice）に従って行われ、地方自治体と保健医療機関の検査で監査人の資格に違いはない。保健医療の場合は、支出の合規性（regularity）に関する意見を出すこと（又はレポート提出）が求められる³⁹。なお、2009年度より保健医療機関の財務報告は、IFRS（International Auditing and Financial



³⁴ 新政権でオーディット・コミッションは廃止されることが公表されており、見通しは不明である。

³⁵ ファウンデーショントラスト（NHSとの独立性が一定程度保たれており、民間監査企業を自身で選択可能な組織）では全体の約42%、数値では約40機関の監査を担当している。なお、新政権で戦略的保健局（SHA）、PCTの廃止、GPのあり方も変わる見込みであるため、監査対象機関数が大幅に少なくなると思われていたが、オーディット・コミッションそのものが廃止対象となったことからどのようにこの業務が継続されるか不確定である。

³⁶ 通常契約では、監査期間は5年単位となっているが、監査の独立性に問題がなければ、さらに2年延長することが可能。

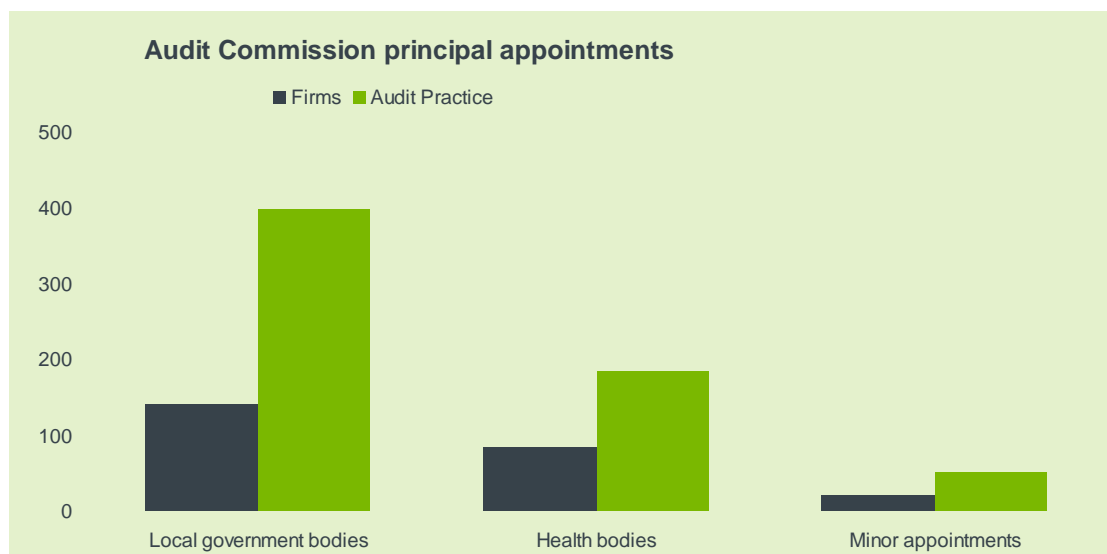
³⁷ 独立性保持はもともと重要であり、倫理マニュアルや、e-learningもある。利益相反しないことを述べる宣誓書に署名する必要がある。

³⁸ 但し、オーディターの選択については、検査対象機関と協議を行う義務があり、各団体に複数の選択肢を提供する必要がある。

³⁹ たとえば、プライマリケアトラストは、議会が定めたように支出したかどうかが見られる。配分された財源よりも支出が多かったことから、2009年度に6つのプライマリケアトラストがクオリファイド・オピニオン（限定意見）となった。なお、ヒアリングでは、検査対象機関の財務業績にはばらつきがあるが、その背景には、歴史的な問題（財務状況が改善されないままに合併など）、組織規模、地理条件（エリアに対して過剰にあるまたは、過少であるか、貧困エリアであるかどうか等）があり、改善が必ずしも容易ではないケースもあるという。財務状況が悪くても、政治的に病院閉鎖ということは容易ではなく、悪い業績でも維持されることがある。一般論として、財務状況が良い組織は、ケアの品質も良好であることが多い傾向にあるという話であった。

Reporting Standards) ⁴⁰に基づいて毎年6月に報告をすることが求められており、監査人は、限定意見から無限定意見まで様々なタイプの意見を出す。但し、現実には、約1万の検査対象機関の多くが小規模団体 ⁴¹であり、限定的な保証の枠組（リミテッド・アシュアランス・フレームワーク）が適用されている。

図 10 オーディット・コミッションの監査件数



オーディット・コミッション資料

3. 2. VFM 検査の方法

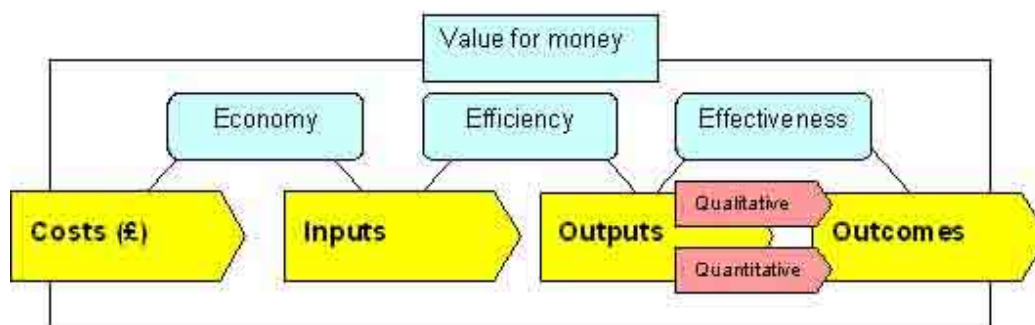
財務検査とVFM検査は同時期に同一の監査人が行う ⁴²。監査人がVFMに関してどのような責任を有するかは、The Audit Commission Act of 1998 に規定されている。監査基準（Code of Audit Practice）に詳細が記載されているが、オーディット・コミッションにおけるVFMの定義は、「利用可能な資源に対して最大の便益を達成できること」である。言い換えると、「より少なく、より良く、より賢く」支出し、地域の優先順位に応じたアウトカムを達成することである。監査人の責任は、VFMのアウトカムを評価することであり、実際にVFMを担保することは含まれない。VFMの担保は、各検査対象機関の責任とみなされる。なお、保健医療機関については、「ベストバリュー」の指標に基づく検査は行われていない。

⁴⁰ 国際会計基準であるIFRSの導入により各国との比較や民間部門と比較が容易になった。これまでバランスシートに含まれていなかったPFIにより取得した資産を計上するようになった。

⁴¹ 小規模団体は、限定的ではあるが財務諸表の一部を作成している。

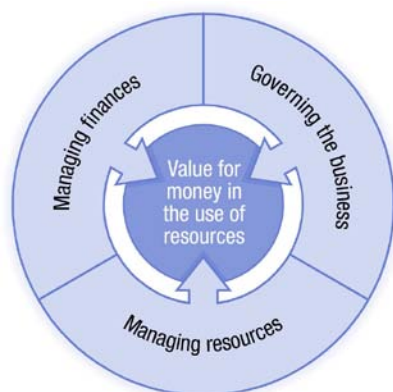
⁴² オピニオンにサインをするのは主席オーディター一人であるが、多くはチームで実施する。予算に応じて研修生、主席オーディター、オーディットマネージャー、VFMに詳しいパフォーマンススペシャリストがいる。

図 11 VFM の関係要素



オーディット・コミッション資料

図 12 VFM の視点



オーディット・コミッション資料

図 13 VFM 視点別の重要事項

Managing finances	Governing the business	Managing resources
1.1 Financial planning & financial health	2.1 Commissioning & procurement	3.1 Natural resources
1.2 Understanding costs & performance	2.2 Data quality & use of information	3.2 Asset management
1.3 Financial monitoring & reporting	2.3 Good governance & ethical behaviour	3.3 Workforce
	2.4 Risk management & internal control	

オーディット・コミッション資料

VFM検査の具体的な方法として、KLOE (Key Lines Of Enquiry) をあげることができる。監査人は、KLOEを用いることで、異なる領域ごとに業績を評価することが可能であり、通常、領域ごとに、レベル1~4で評価が可能となる(レベル1が最低、レベル2が普通、レベル3良い、レベル4が最高というように点数化⁴³⁾。

結果に基づき、監査人は、意見を出す。無限定意見(アंकオリファイド・オピニオン)を出すためには、最低限2から4のスコアをとることが求められる。なお、この判断には、財務だけではなく、人材、資源の活用に関する情報も含まれる。基本的に、プロセスというよりアウトカムベースになっており、財源の活用の有効性に関する根拠データがなくては、3や4の評価は出されない。また、保健医療分野では、赤字が出ていたとしたら、自動的に全体評価が1になる。

ガバナンスの領域に対する評価では、内部統制やプロセスのほか、委託、調達、不正行為、質、データの正確性がチェックされる。近年、新しく追加された検査の領域として、持続可能性の評価⁴⁴⁾および人事マネジメント(ワークフォース・マネジメント)がある。

このKLOEに基づくVFMの評価方法はオーディット・コミッション独自に開発したものであり、NAOのVFM調査報告とは着眼点異なる。NAOは、政府の政策や勧告がどれだけの節減を生み出すかという視点でVFM調査を実施するが、オーディット・コミッションは、検査を受ける個別機関の取組でどれだけVFM節減を生み出せるかという視点で評価を行っている。

最終的に、監査人は、VFMを達成するために各検査対象機関がどのような調整を行っているかを調べるとともに、破産など財務面の問題やガバナンスやリスクの問題がある場合には、公共の利益に関するレポートを出す⁴⁵⁾。但し、権限外になるので、サービス供給のあり方についてはコメントをしない。

ナショナルレポートを作成する際は、オーディット・コミッションの研究開発部門が、NAOや検査対象機関等と連絡調整をとり、独自アンケート調査を実施することもある。報告は、短い簡単なもの場合もあるが、改善の勧告が含まれる。勧告のレベルは、地域レベルのものだけでなく、イングランド全体を対象としたものもある。

3. 3. PbRの監査

通常財務検査、VFM検査とは別に、オーディット・コミッションは、保健医療分野でPbRと呼ばれる診療報酬支払データに関する監査も行っている。実際に治療した患者件数が多ければその分、報酬は増加するという意味では出来高払いの要素もあるが、我が国のように、診療行為ごとに点数化されているわけではなく包括化されている。なお、上記の原価計算が適切に行われているかどうかの公定価格を左右することにもなるため、PbR

⁴³⁾ VFM検査のスコア評価に対して、異議申し立てをすることが可能である。ただ、各オーディターに対してではなく、オーディット・コミッションに異議申し立てをすることになる(レビュープロセスあり)。2009年は、700の団体のうち45件の異議申し立てがあった。

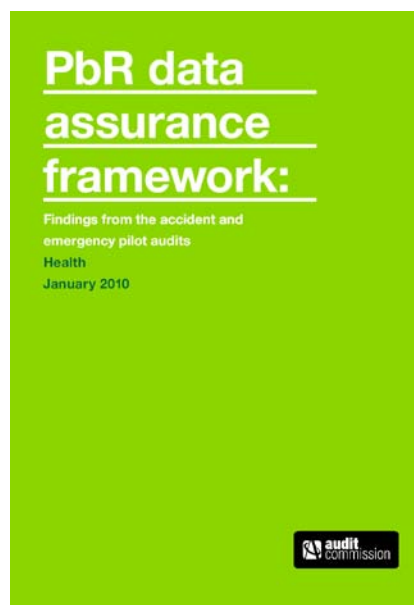
⁴⁴⁾ この持続可能性の理解をはかるために研修を行っている。

⁴⁵⁾ これは、「Statement of Responsibility for Audited Bodies and Auditors」と呼ばれ、オーディターが保有する別の法的権限であり、年末の検査報告を待たずにすぐに出せるものである。

導入以降、オーディット・コミッションはそのデータの監査業務を担当している。

「PbR assurance framework」とは、オーディット・コミッションが開発したPbRに焦点をあてた原価計算のプロセス及びそこで用いられたデータの適切性を見るフレームワークである。この業務は、通常の監査人ではなく、「NHS connecting for health clinical coding audit methodology」に基づきコーディングのスペシャリストが担当している。過去3年、委託者(コミッショナー)、サービスプロバイダーの双方に対し、無作為抽出でデータの検証が行われたが、系統的には、請求過剰、請求不足が生じているという傾向は見られない。

なお、オーディット・コミッションへのヒアリングによると、PbRの検査領域、範囲を、原価計算の整合性だけでなく質やイノベーションをコミッションするCQUINにあげる情報の質を評価することまで拡大するかについて検討されているという話であった⁴⁶。

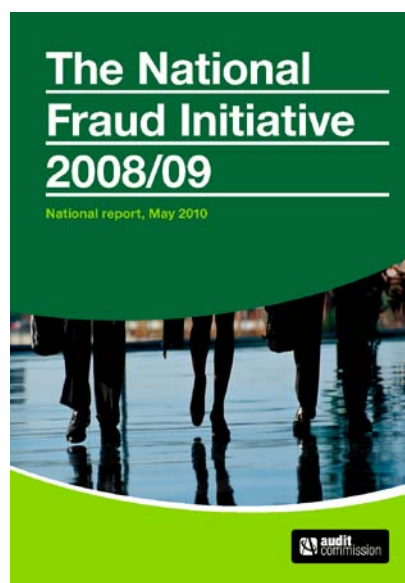


3. 4. 国家的不正摘発イニシアティブ (National Fraud Initiative) について

オーディット・コミッションは、不正行為摘発を目的とし、公的部門のデータを照合できるような仕組みを1996年に確立した。この仕組みは、The National Fraud Initiative (以下、NFI) と呼ばれ、オーディット・コミッションの中央管理チームにより、2年おきにデータ照合作業が行われている。NFIのデータの中央管理チームは5名であるが、実際のデータ照合は外部の請負業者が担当している。

1996年にNFIが確立してから、累計で6,600万ポンドを超える不正が摘発されている。2009年には、2億ポンドを超える過払い、詐欺不正行為、誤りが摘発された。不正の内容の例としては、死亡者への年金給付、各種手当の重複申請、外国籍人のオーバーステイなどがあげられる。

NFIのインパクトとして、裁判に発展したものが269件、行政処分になったものが、308件、法的な警告を受けたのが441件、懲戒戒告、あるいは辞任したのが、256人ある。このほか、3万5,000人相当の交通の割引、あるいは無料交通券の問題、97件の不動産の差し押さえに発展したものもある。明らかに、合法性、あるいは何か深刻な公益に反するよ



⁴⁶ 但し、その後の政治動向により、オーディット・コミッションの廃止決定されたことで、先行きは不透明となっている。

うなことがあった場合、公共利益に関する報告書の提出や、議会への証拠書類の提供を行うことがある。たとえば、NHS に関しては、「Taking it on trust」という報告書が過去に出されている。

参考 その他の評価・検査機関

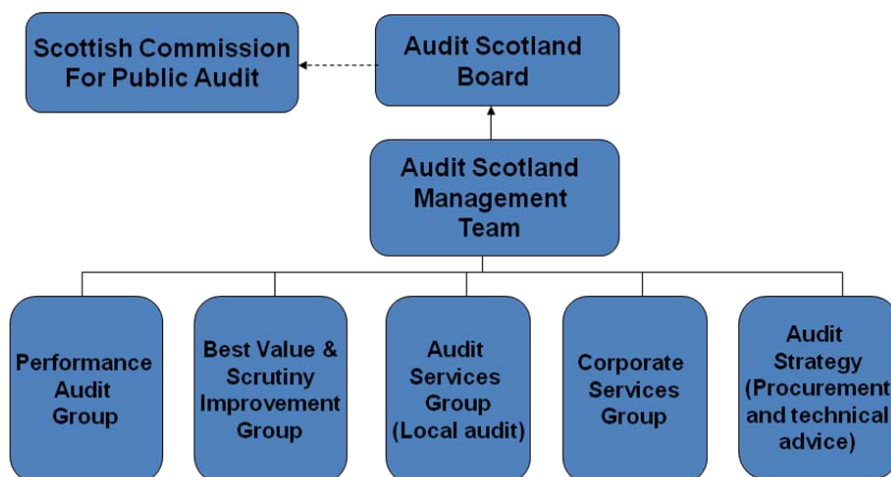
保健医療は、公共サービスとしての支出が適切になされることが求められるだけではなく、保健医療サービスとしての質が適切であるかどうかも重要である。質の評価に関しては、保健省や NICE の定めた基準に基づき、サービスが適切であるかどうか（ケアの質、安全性、清潔）を検査・評価する機関として、CQC がある。この機関は、すでに述べたように、CSCI という組織とヘルスコミッションが統廃合された組織であり、それぞれの前身組織が保有する評価検査機関、インスペクターという役割だけでなく、監督規制機関としての役割も担っており、全ての医療、福祉機関は、一定の品質基準を満たした上で、CQC に登録することが義務付けられている。なお、ファンデーショントラストという、NHS トラストよりも独立性の高い経営主体が運営する医療機関等については、モニターという独立機関が監督規制を行う役割を担っている。ファンデーショントラストの場合は、オーディット・コミッションではなく、民間の監査法人の監査を受けることが可能である。

第4章. オーディットスコットランド（以下、スコットランド会計検査院）の取組

第3章まではイングランドを前提とした議論である。既に述べたように、イギリスの分権推進により、スコットランド議会が設置され、外交や国防などを除いて一般的な事項の多くは、独自に決定することが可能となった。そして、2000年のPublic Finance and Accountability Act (Scotland) によってスコットランド会計検査院⁴⁷が発足した。これにより、従来、保健医療分野の検査はNAOスコットランド支所の業務であったが、統廃合により新しく発足したスコットランド会計検査院の業務となった。スコットランド会計検査院は、現在240人のスタッフがおり、スコットランド会計検査院長⁴⁸が構成する委員会によって指揮される。

スコットランド会計検査院の主な業務は、財務検査および業績検査の実施により、スコットランドにおける公的支出が適切、有効かつ効率的に支出されているかを検査することである。説明責任の確保 (holding to account) 及び業績改善への支援 (helping to improve) という視点から、215 公共団体全てについて年次検査報告の作成、公開を行っている。また、毎年ではないが、地方自治体、警察、消防に関しては、「Best Value and Scrutiny Improvement」を実施している。

図 14 スコットランド会計検査院の組織



スコットランド会計検査院資料

⁴⁷ NAO のスコットランドの出先機関とオーディット・コミッションの出先機関が統合して設立された。

⁴⁸ 会計検査院長は、議会の助言にもとづき女王が任命する。

このほか、通常の財務検査とは別に VFM という視点から、業績検査 (Performance audit) を担当する独立チームがある。これは、NAO の VFM 検査 (調査) に類似する活動である。スコットランド会計検査院は、多くの意味で NAO に類似しているが、最大の相違として、NAO が直接実施していない地方自治体の公的支出の検査を実施していることをあげられる (イングランドではオーディット・コミッションが実施)。

よって、スコットランドは人口規模こそ 500 万人と小さいが、スコットランド会計検査院の検査対象となる公共団体 (スコットランド政府含む) は 215 と少なくない (支出規模で約 34.7 ビリオンポンド)。全体の約 70% をスコットランド会計検査院自身が直接検査し、残り 30% は、外部の民間の監査法人に委任している。

スコットランド会計検査院のユニークな特徴として、オーディター・ジェネラル (会計検査院長) と地方議会の会計委員会との関係性をあげることができる。まず、NHS 関連機関及び政府、教育機関に対する検査結果は検査院長に報告される。一方、地方自治体 (local authorities) が実施運営する 8 つの政策領域および消防分野については地方議会 (スコットランド議会とは別の地方選挙で選ばれている 32 のローカルカウンスル) の会計委員会⁴⁹ (12 名の委員から構成される accounts c ommission) に報告される (図 15)。最終的に、検査院長はスコットランド議会に報告、会計委員会は各大臣への報告を通じてスコットランド議会に報告がなされる仕組みとなっている。

図 15 スコットランド会計検査院と議会の関係



スコットランド会計検査院資料

⁴⁹ イギリス下院の Public Accounts Committee に類似する機能を保有する。

4. 1. スコットランド会計検査院の業績検査

以下では、本調査の主たる対象である保健医療分野に特化してスコットランド会計検査院における業績検査のあり方について述べる。

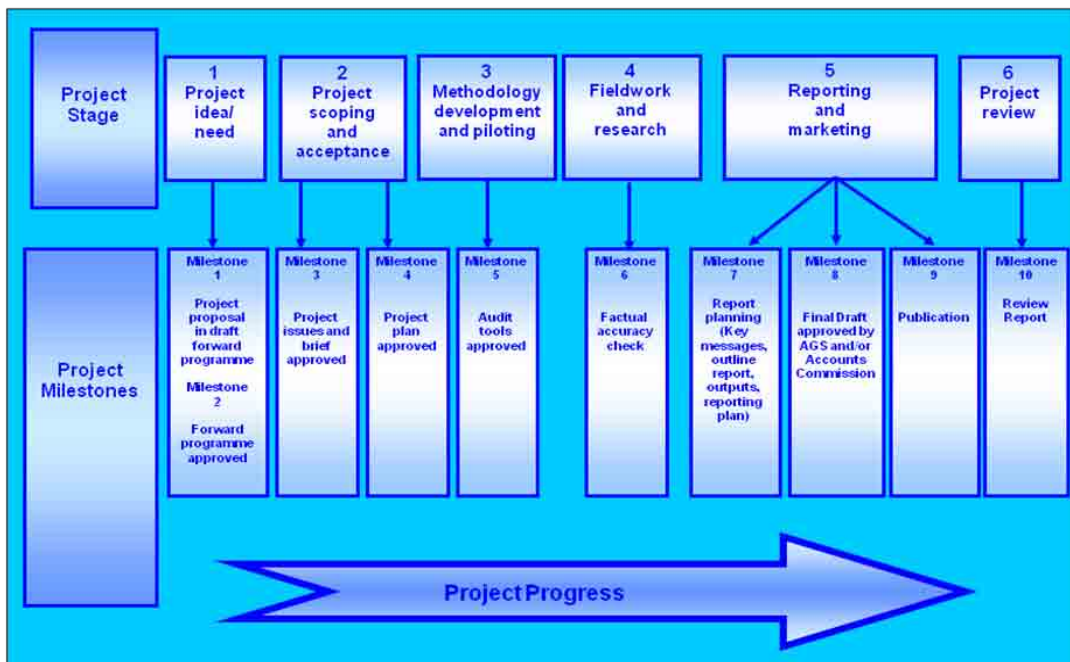
スコットランド会計検査院では、VFM という視点を重視した業績検査は、「Performance audit standards」というパッケージに従って行われている。具体的な手順については、「Performance audit manual」に明記されている。この



ように、スコットランド会計検査院では、独自に業績検査のアプローチを開発・採用しているが、プロジェクトマネジメントフレームワークにそって、調査方法が適切であったかなどを検証している。

図 16 プロジェクト管理フレームワーク

Project Management Framework



スコットランド会計検査院資料

スコットランド会計検査院が実施した保健医療分野における VFM 検査の一つの事例として、2010 年に出された整形外科の効率性に関する調査をあげることができる。この調査は、股関節/膝関節インプラント手術に着目して整形外科の効率性を検証するものであるが、当該手術の費用や実施内容に関する詳細なデータが整備されていなかったことから、サービスへのアクセス人数、待ち時間、費用、スタッフの生産性、1 件当たりコストや処置全体のコストといった入手可能なデータによる検証が中心となっている。より具体的には、提供サービスの相違によって、入院期間の短縮による節減やケアの質や患者のアウトカムの向上に相違があるかという視点から複数施設の比較評価が行われている。最終的には、どれだけ資源や投資金額が節減できたかという視点から効率性の評価がなされている。

上記のように、絶対的な測定指標が存在しない、データ収集が困難であることから、保健医療分野において効率性や生産性の評価は必ずしも容易ではない。一般的な方法の一つとして、スコットランド政府が保健医療分野について設定した HEAT⁵⁰ (Health improvement, Efficiency and governance, Access to services, Treatment appropriate to individual) ターゲットと呼ばれる目標と現実にかい離があるかどうかを VFM の視点から確認するものがあげられる。一方、地方自治体のサービスについては、SOAs (Single Outcome Agreements) と呼ばれる指標がある。SOAs の中にも保健医療とソーシャルケアにかかわるものがあるため、それらについては HEAT の目標が使われることもある。

最近の VFM 報告一覧

- ・ Using locum doctors in hospital (June 2010)
- ・ Review of orthopaedic services (March 2010)
- ・ Managing NHS waiting lists (May 2010)
- ・ Overview of the NHS in Scotland's performance 2008/09 (December 2009)
- ・ Overview of mental health services (May 2009)
- ・ Managing the use of medicines in hospital (April 2009)

4. 2. テーマの選定と方法

スコットランド会計検査院は、年平均 8~12 件 VFM 検査 (調査) 報告⁵¹を作成している。VFM 検査の担当者は約 40 名おり、選定されるテーマは、財務検査の結果リスクが大きいと判別したものを中心に選択されることが多い。VFM 検査 (調査) の実施前に検査の実施によりどのようなインパクト⁵²がもたらされるかをあらかじめ想定している。インパクト

⁵⁰ スコットランド政府が HEAT を定めるため、イギリス政府の政権交代によってナショナルターゲットが変わっても、直接的な影響は受けない。但し、最近のスコットランドのターゲット設定そのものが、連立政権と同様にアウトカムフォーカスになっているので共通点も少なくない。従来は、例えば病院に入院するまでの待機時間がどのくらいあるかを測定評価していたが、現在は、プロセスよりも、結果がどうであるかに焦点が当てられるようになっている。

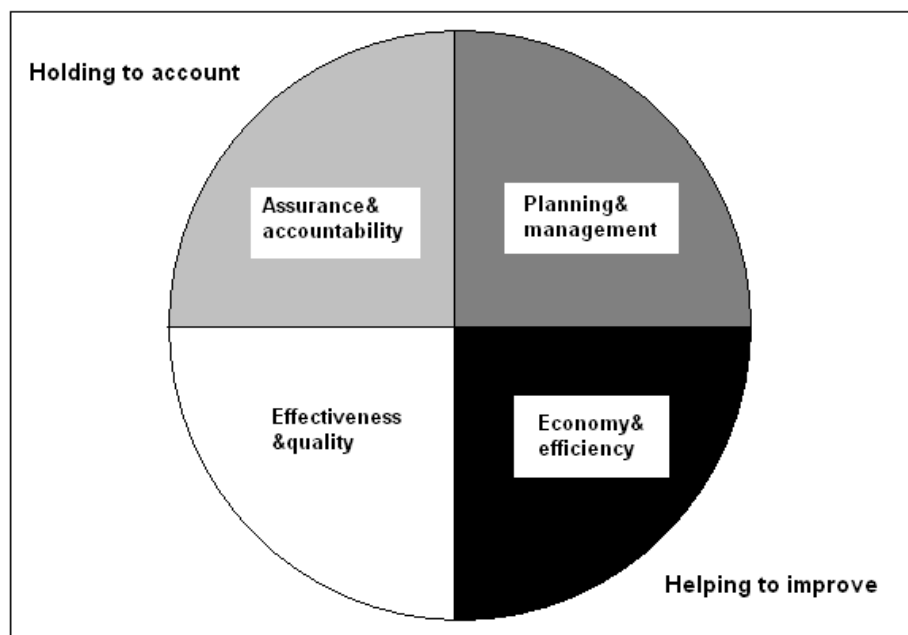
⁵¹ ここでの VFM 検査は、NAO の VFM 調査に近い内容である。

⁵² インパクト・プランを策定し、想定インパクトが現実にもたらされるかを検討する。

が最大になるように、周知徹底のための会議開催や広報活動を実施する。最終的には、各プロジェクト終了 12 ヶ月後に、VFM検査（調査）での指摘、勧告によってどのような改善がなされたかをインパクト・レポートとしてまとめる⁵³。

図 17 インパクト・フレームワーク

Audit Scotland's impact framework



スコットランド会計検査院資料

財務検査と VFM 検査(業績検査)は同時ではなく異なる独立したチームで実施する。但し、個別機関の財務検査の結果を参照することもある。保健医療の場合は、サービス提供者側のみならず、サービス利用者の双方に対して調査を行うことも多い。

なお、VFM検査（調査）は、複数の組織によるジョイント事業や協働プロジェクトに対して実施されることもある⁵⁴。複数事業者が協働している場合、協働することによりどのようなインパクト、違いが生じたのか、誰がどのような活動をしたのか、資金がどのように使われたのか、などを把握することは必ずしも容易ではない。したがって、全体としてそのプロジェクトが上手くいっているか、プロジェクトの目標は何であるかに着目し、個々のパートナーがどれだけ何に貢献しているかは重視していない。但し、特に必要と認められる場合は、それぞれのプロジェクトの中でのパートナー間の作業役割分担や関係性を見ることもある。

⁵³ ここでのインパクトとは、終了後 1 年後のインパクトが中心である。ごく稀に、複数年後にインパクトを見るケースもある。

⁵⁴ たとえば、麻薬、アルコールのプロジェクトや精神・メンタルケアに関するプロジェクトがあげられる。

このほか、保健医療分野については、NHS Quality Improvement Scotland(NHS QIS)⁵⁵という機関が、患者のケアの質の評価、監督規制機関として活動を行っている。スコットランド会計検査院では、NHSQISと活動内容が重複しないように、作業分担に関する合意書を取りまとめるとともに、情報共有を行っている。

⁵⁵ NHSQIS は、クリニカルガイドラインの作成も担当している。2011 年 4 月から、この組織は Social care and social work improvement Scotland、Healthcare improvement Scotland という組織と統合・再編され、保健医療、ソーシャルケアの検査はこの新しく設立される機関が中心に行うことになる。この組織の活動は、イングランドの CQC の活動に近い。なお、イングランドの NICE に相当する業務を行っているのは、スコッティッシュ・メディシン・コンソーシアムという組織がある。

第5章. 保健省の取組

第2部のはじめに述べたように、イギリスでは、行政機関自身はその政策遂行におけるアカウンタビリティを果たすべく様々な取組、活動を行っている。また、アカウンタビリティの確保において、VFMの達成は重要な要素である。以下では、保健省の役割と組織構造を述べた上で、それぞれの組織がどのような取組、活動を行っているかを述べる。

5. 1. 保健省の役割と組織構造

保健省の主な役割は、政策、法律案作成がメインであり、保健医療のほか、公衆衛生、健康増進、介護（ソーシャルケア）、高齢者福祉、障害者福祉も管轄している。保健省の職員は約2,500名、NHS関連支出(保健医療サービス)を除く運営管理の省予算は2億5,000万ポンドである。このほか アームスレングスボディ（Arms-length bodies : ALBs）⁵⁶と呼ばれる省直轄の公的関連団体がある。このほか、NDPB (Non Department of Public Bodies)⁵⁷と呼ばれる省の管轄組織ではないが、各種サービスの規制機関として機能する公的機関がある。これらの活動を全てあわせて財源規模は約1,000億ポンドを超える。

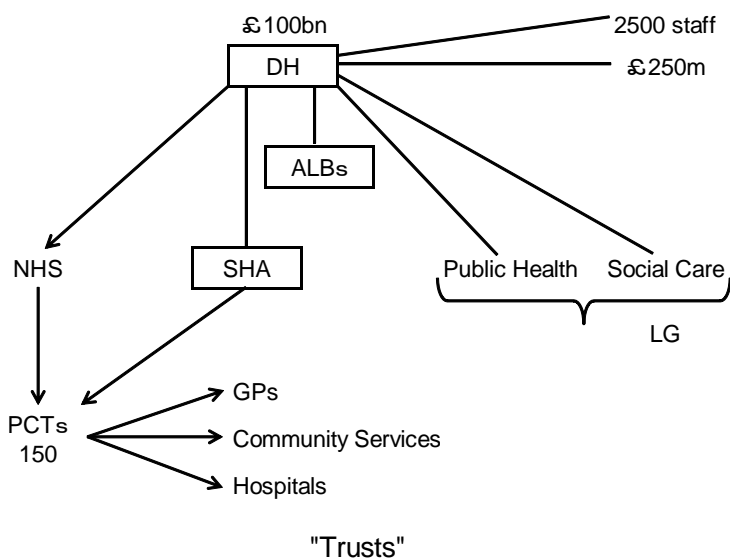
NHS予算の多くは、図18のように保健省から直接ではなく、地域の戦略的保健局を経由して、地域の保健医療サービスの供給に責任をもつPCTに配分される。約150あるPCTの財源はGP（一般医）への支払いやコミュニティサービス、NHSトラストやファンデーショントラストが運営する病院への診療報酬の支払いに使われる⁵⁸。

⁵⁶ Arms-length とは「つかず離れず」という意味があり、省庁とは一定の距離を置く独立機関ではあるが、財源拠出は省庁に依存している団体を意味する。新政権誕生により、官僚機構の非効率を削減するという視点から、公的な関連機関の見直しははかられることになった。DH(2010)Liberating the NHS: Report of the arms-length bodies 参照。

⁵⁷ 内閣や政府等によって任命を受ける公的機関を意味する。アームスレングスボディとともに、quango (quasi-autonomous non-governmental organization) と呼ばれることがある。イメージとしては、我が国の特殊法人、公団に近い。

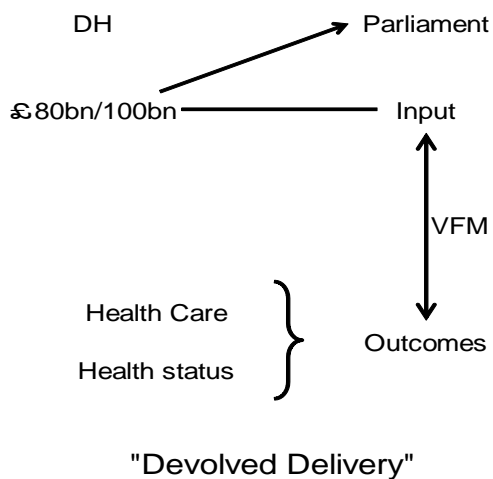
⁵⁸ 但し、政権交代により、PCTの権限は、GP コンソーシアムに権限移譲され段階的に廃止される予定である。

図 18 保健省の関連組織と予算の流れ



保健省担当者の話より著者作成

図 19 VFM に対するアカウンタビリティの在り方の変化



保健省担当者の話より著者作成

なお、NHS予算が配分されるNHSトラストやPCTは、財務情報に関する説明責任を保有しており、財務報告（Financial Accounts）の発行が求められる。2010年からは、こうした財務情報だけでなくケアの質（臨床アウトカムや安全性の指標の結果、患者の経験を含む）

に関する情報を掲載した「Quality Accounts」の発行が義務付けられている⁵⁹。

図 20 クオリティ・アカウントの目的

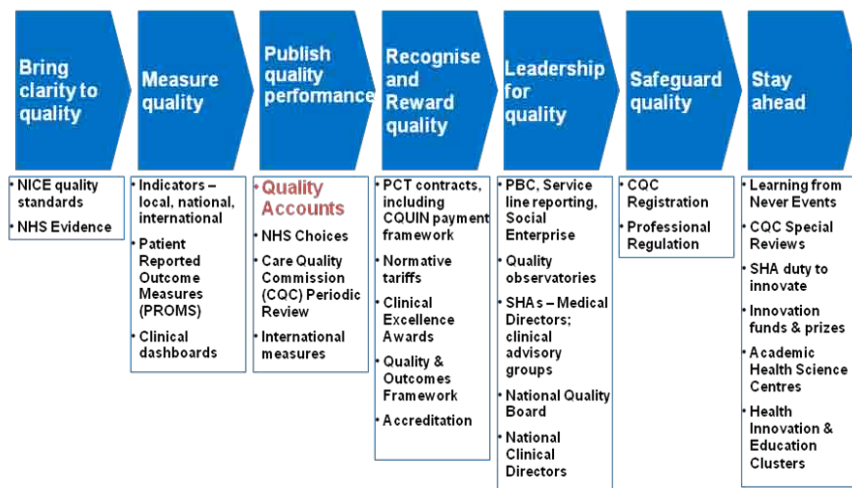
The aim of Quality Accounts:



保健省資料

図 21 質の改善のためのフレームワーク

A Quality Framework to enable quality improvement



保健省資料

⁵⁹ 第1部で紹介したNSR報告(通称ダルジレポート)を受けて、Quality Accountsが作成されることになった。Quality Accountsは、3部構成であり、①チーフエグゼクティブからの質に関するステートメント、②改善のための優先順位、NHSサービスの質に対するステートメント、③委託先のPCT、LINKS(Local involvement Network)、OSC(Overview and Scrutiny committee)からのステートメントとなっている。

このほか、保健省には、財務省の運営ガイダンス⁶⁰にそって設置されたAudit Committee (内部監査委員会⁶¹)があり、リスクの品質管理、内部統制、外部・内部監査人への助言を行っている。委員会では、会計報告と内部統制に関する書類を伴う年次決算報告を検討し、保健省内部のリスクの認識の指摘や党内幹部に対して問題点の指摘を行う。内部監査機能もあり、内部検査報告書では、赤色、青色、黄色で評価を示す信号形式が採用されている。

なお、新政権では、これまで以上に現場への権限移譲を推進する方向であり、保健省の権限はかなり削減され⁶²、資金拠出がメインの役割となる見込みである⁶³。

5. 2. NHS の運営方針と業績評価

運営方針は、年に一度発行される「NHS Operating Framework (以下、NHS オペレーティングフレームワーク)」という書類に明記されている。保健省の運営方針は、その時々々の政治情勢や社会情勢によって左右されるので不変ではないが、その年次の書類を見ると、その時々で達成すべき政策優先事項(「バイタルサイン」と呼ばれる)が何であるかが明らかである。

この「NHSオペレーティングフレームワーク」は年次発行であるが、財務省と各省が予算を調整する同一の歳出見直し期間(Spending Reviewの対象期間、通常3年)については一貫性を持つように設定されている。逆に言うと、この期間外については一貫性が保たれておらず、過去の指標との継続的な比較は難しい⁶⁴。但し、歳出見直しの期間3年よりも以前に設定されたものでも政府が継続を望むものについては、既存のコミットメントとして残されることもある。

NHSが達成すべき政策優先事項であるバイタルサインは三層構造になっており、第一にイングランド全体レベルで達成すべきもの(第一層)がある。これは保健省が中央で管理すべき業績評価の対象となる。第二は、全国的な優先事項ではあるが、地域で達成すべき水準を決定できるもの(第二層)と、第三に、地域の優先事項(第三層)がある(図22)⁶⁵。

⁶⁰ 2007年3月に作成されている。

⁶¹ 全員非常勤委員、年5回開催、議長を含め5人で構成される。

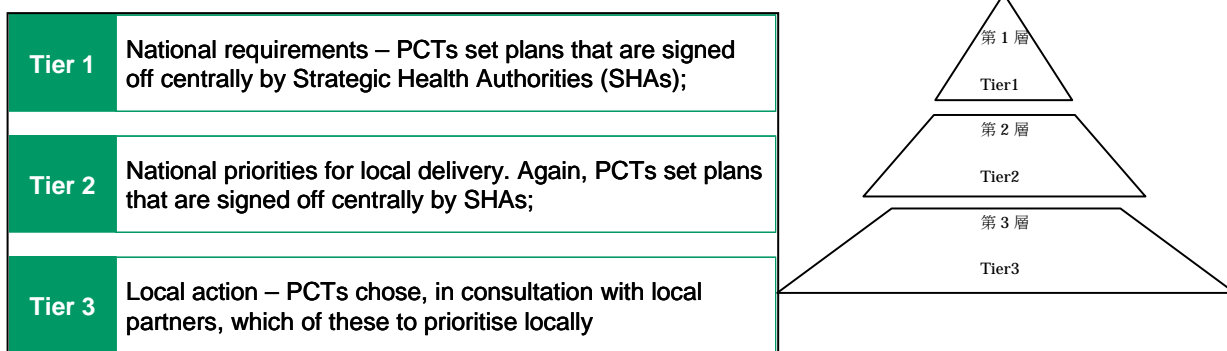
⁶² サービス供給の戦略策定についてはNHSコミッションングボードが設置されることになっている。

⁶³ なお、2010年秋からは2万5,000ポンドを超える支出(NHSへの拠出以外)を伴う取引に関しては全て公表が義務付けられている。

⁶⁴ 我が国においてNHSの業績評価手法としてPAFが大きく紹介されたことがあるが、これは、過去のフレームワークであり、現在のフレームワークとは根本的に構造が異なることから、実用レベルで使用されていない。幾つかの指標が共通で使用されているが、構造が異なるため比較評価できるものではない。

⁶⁵ より詳細はオペレーティング・フレームワークの付録(annex c)に明記されている。

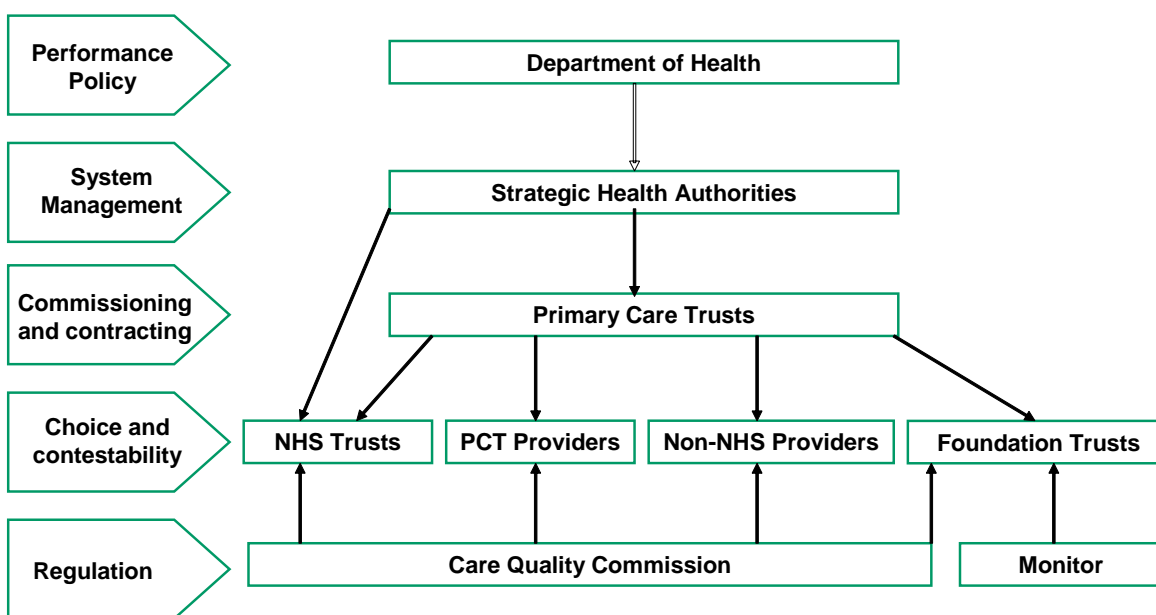
図 22 バイタルサイン



保健省資料

図 23 NHS 業績管理評価制度における役割分担

Roles and responsibilities within the NHS Performance Regime



保健省資料

第一層であげられたバイタルサインは5つあり、①清潔の向上、院内感染の減少、②サービスへのアクセス向上（GPでの診断及び専門医への受診が18週以内にできること、夜間や週末にGP受診できるようにすること）、③児童および成人の健康増進と健康格差解消、④患者の満足度、職員の満足度を向上すること、⑤新型インフルエンザの蔓延など緊

急事態に備えることがあげられる。第二層、第三層は、トップダウン型ではなく地域のニーズによって定められるため、地域によって内容が異なりうる。

この保健省の運営方針を示したオペレーティングフレームワークに沿って、業績評価フレームワークが設定されている⁶⁶。その中で、保健医療システムにおける異なる組織の役割と異なる責任を明記している。まず、保健省は、イングランド全体的なスタンダードの設定、政策形成、優先順位を決定する役割を担う。10の地域にあるSHAは、PCTの業績を管理し、サービスが適切に提供できるよう環境設定を行う。PCTは契約を活用し、NHSトラストの中でもパフォーマンスのよいところにサービス委託をするようにする。ちなみに、ファンデーション・トラストには、保健省の業績評価フレームワークが適用されない（ファンデーション・トラストについては、規制機関であるモニターの設定した指標で評価が行われるが、現在のところ保健省の指標と整合性がある）。

図 24 業績評価の領域



※急性期、救急、メンタルヘルス分野の保健医療機関にのみ適用される

基本的に、業績評価フレームワーク⁶⁷に則り、四半期ごとに業績評価が行われる。なお、業績評価は、Performing（良好）、performance under review（見直し必要）、underperformance（業績不振）、and challenged（かなり不振）という4つの段階で評価される。「見直し必要」という評価を受けたところは、PCT及び戦略的保健局の監督下で、改善施策を検討することになる。また、仮に「業績不振」という評価が出たら3四半期連続して見直しを受ける。最低の評価である「かなり不振」という評価は、過去3四半期連続で「業績不振」

⁶⁶ ヒアリングによると、業績評価で収集されたデータ指標とオペレーティングフレームワークと比較すると、書類間に相関関係があるという。

⁶⁷ 業績評価フレームワークを構築する上での原則が5つあり、以下のとおりである。第一に、透明なものであること（つまり、非常に明確かつ事前に定義づけられたものに基づいた指標を活用すること。そしてどのような介入をどの段階で行うか、明確であること）。第二に、一貫性があること（イングランド全体で統一されたアプローチが適用され、ケアの提供者の違いがあっても同様の効果をもつこと）。第三に、比較可能であること（また積極的にこちらから行動できるものであること。あと何か問題があったら早期に探知し、迅速に行動を取ること）。第四に、相対的であること（何か介入することがあれば、リスクに見合ったものであり、地域の実情にそったものであること）。第五に、業績改善に主眼をおくこと（早期介入は問題の根本的な原因に焦点をあて、問題を言及できるもの）。

であったところである。さらに、「かなり不振」という最低評価を受けたところは、戦略的保健局が改善までのプロセスそのものを主導するが、保健省も動向を注視することになる。業績改善まで3四半期の猶予期間を与え、改善がなければより低いカテゴリーに下げる。

それぞれの組織に適用される業績評価には評価されるべき領域として、①財政の健全性、②サービスの質（スタンダードとターゲットが設定されたパフォーマンス、従来のコミットメント）が設けられている。評価に必要なデータについては、財務チームが財務関連データを個別機関から収集⁶⁸し、パフォーマンスチームがサービスパフォーマンスのデータを収集⁶⁹する。なお、サービスの質（品質と安全性等）については、CQCがアセスメント⁷⁰したデータが用いられる。このように系統的に収集されたデータの計測結果に基づき、①財政の健全性、②サービスの質のそれぞれにおいて、スコアが出される⁷¹。最終的にはそれらは一つのスコアに統合され、ザ・クォーター（The Quarter）と呼ばれる文書等を通じて四半期に一度発表される。この文書では、業績の悪いトラスト名が実名で公表されるほか、患者満足度調査等の結果も公表されている。

以上は、昨年度までの方法であり、前述のように、新政権が発足したことで、オペレーティングフレームワークは見直し対象になった⁷²。それに伴い、業績評価のあり方も見直される予定である。なお、保健省の複数部署に対するヒアリングでは、従来のトップ・ダウン型のターゲット設定方式を改め、新政権では、より分権化された供給体制⁷³の構築をめざすと同時により指標もアウトカム指向にする見込みであるという話が聞かれた。より具体的には、従来の業績評価のフレームワークおよび、これまでのターゲット目標（待機時間の短縮など）は廃止・見直される一方で、測定可能なアウトカム（障害の軽度化、平均寿命、満足度、死亡率、帝王切開率の改善など⁷⁴）や地域による設定を重視することになるという。さらに、保健医療支出や医療システムに関する情報をより一般に公開し、トップダウンではなく市民が評価に参加する形式に移行していくという話であった。

なお、業績がよいNHSトラストはファンデーショントラストに移行することから、ファンデーショントラストが増えれば、ファンデーショントラストの規制機関であるモニタ

⁶⁸ PCT に標準的な型を提示し、それに沿って PCT がデータを収集、保健省に送信する。保健省は情報を精査し、PCT に結果を返送する。そして、結果が正しいかどうかをスコアとともに組織と検討する。

⁶⁹ この際、保健省自身が収集することもあれば、Information Center を通じて収集することもある。PCT 及び戦略的保健局のデータが正しいかどうかを確認する。

⁷⁰ CQC のアセスメントは、動的なものであり、結果は変化しうる。例えば、病院が CQC から警告を受けたとしても、十分に改善したら次回からその警告は取り外され、次の四半期の評価に反映される。利用者の経験については年に1度の患者へのアンケートに基づいていることから、基本は年度ごとである。しかし、一年以内の間に頑強な地域レベルのデータがあれば、それを考慮して変更されることもある。

⁷¹ 2つの数字に違いがある場合、低い数字の方を取って全体の評価とする。

⁷² 2010年秋の歳出見直しによって、オペレーティングフレームワークも見直されることになる。

⁷³ NHS のチーフエグゼクティブによれば、地域が責任をもってパフォーマンスを向上させる必要があることを強く推進しているという。ヒアリングによると、彼は、NHS マネージャーの経験があり、トップダウン時代の病院経営の経験も分散型の病院経営の経験もあり、NHS に精通しているという。PAC に所属していたことがあり、保健医療サービスの提供における地域差に関する質問を受けた際、彼の答えは、「ウクライナ工場のことはわからない」というものであったという。つまり、遠くにあることは中央では把握しきれないので分権が必要ということを示唆している。

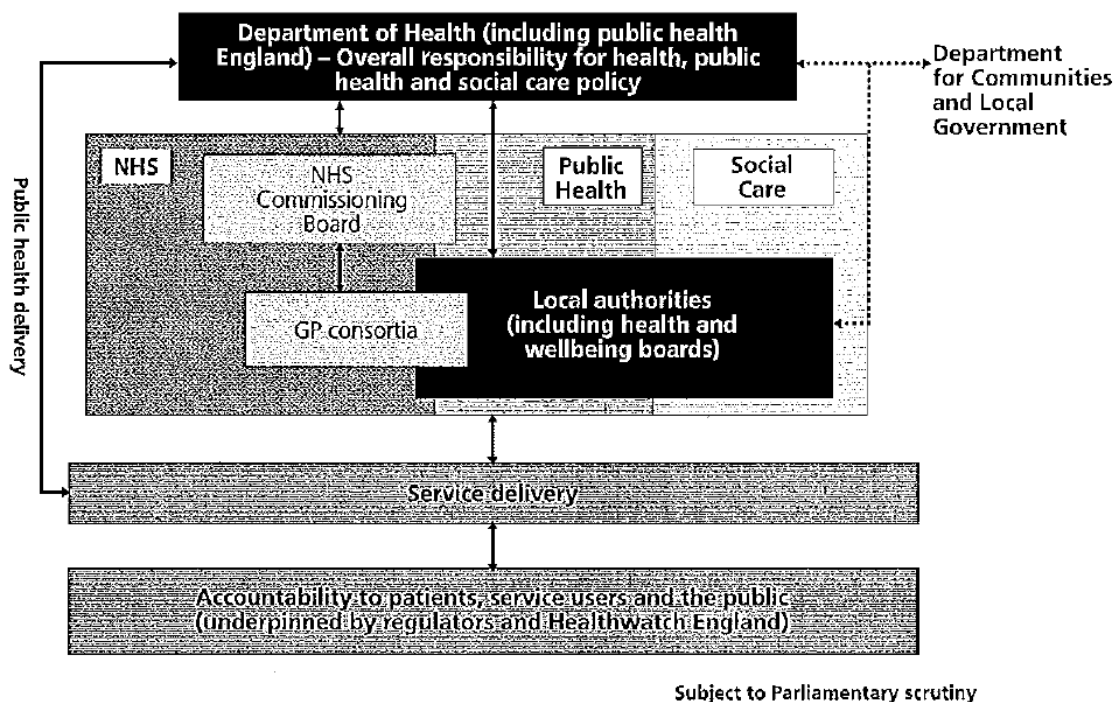
⁷⁴ しかし、すぐに政策効果が表れるものではないことからこれらの数値向上には時間がかかるだけでなく、政策との因果関係の明確化も難しいため、これらの目標値を用いて政策評価を行うのは容易ではないと考える。

ー⁷⁵の役割が将来的に大きくなると思われる。

図 25 新政権で構想される新しい供給体制

New roles for new and existing organisations

Fig 1: The *Equity and Excellence* system



5. 3. 歳出見直しと VFM 節減

イギリスでは中長期的かつ戦略的な予算編成を目的に、定期的に複数年度予算における歳出見直し (Spending Review) が行われる。この仕組みは、1998 年よりブレア政権によって導入されたものであるが、それ以降も継続して行われている。その際、財務省から配分される予算には、効率性ターゲット (efficiency target) がついており⁷⁶、各省庁はそのターゲットを達成しないと全額予算が使用できなくなる。たとえば、予算規模が 1,000 億ポンド (100 ビリオン) で、3%の効率性ターゲットがついている場合、実質的には 970 億ポンドの配分になる。

保健省内には財務チームがあり、歳出見直しで求められる効率性、業績、VFM ターゲット達成のための取組を実施している。ちなみに、VFM 向上への取組とは必ずしも金銭

⁷⁵ モニターは財務面での監査がメインであり、質に関しては、CQC の役割が大きい。ファンデーショントラストであっても、CQC に登録する必要がある。

⁷⁶ 従来は、歳出計画の見直しと同時に公共サービス合意 (Public Service Agreement, PSA) を財務省と各省庁間で決定する必要があった。その中で、省庁の政策実施目的、優先度の高いターゲット、アウトカムに対する行政達成指標を定めた。今後は、従来の PSA の目標とは別に、新しい効率性ターゲットが設定される。新政権の意向により、達成指標はトップダウンではなく、よりローカルレベルの設定になる見込みである。

的な節減を伴うものとは限らないが、VFM 合意（Value for Money Delivery Agreement）を達成しないと、財務省から予算が計上されないこともあるという意味で、財務チームにおける VFM 達成へのプレッシャーは小さくない。

たとえば、過去の 2004-2008 年では、保健省はガーシオンプログラム（ピーター・ガーシオン氏という独立顧問が提示したもの）を実施し、事務作業の縮小により医療従事者の生産性向上⁷⁷を図ったという。しかし、保健省担当者へのヒアリングでは、財政赤字が問題となった財政年度 2005-2006 年の翌年度（2007 年—2008 年）は、効率性ターゲットによる 3%のVFM節減が求められたことがあり、最終的には、病院への診療報酬に用いられるナショナルタリフ（PbRによる公定料金表）の価格を下げることで達成したという話が聞かれた。

新政権では、財政再建を最重要課題とされており、各省庁 25%の運営費削減が求められている。NHSチーフエグゼクティブは質の改善とともに、2013-14 年度までに 15-20 ビリオンポンドの節減を公表している⁷⁸。こうした環境の変化により、これまで以上に VFMの徹底が求められると考えられる。今後の動向に注目したい。

5. 4. 保健省による政策評価研究

保健省は、「根拠に基づいた政策」にするという視点から、実施した政策や事業、プログラムの評価研究⁷⁹を重視している。保健省内部に研究開発部門（the R&D Directorate）が設けられており、政策研究プログラム（Policy Research Program）を展開している（年間約 3,500 万ポンドの予算が配分）。

政策評価プログラムの研究対象となるものは、保健省が管轄する全ての政策領域にわたる。政策実施担当部門とも協力してこのプログラムは実施され、大学、独立機関などに研究委託することもある。外部への研究委託のタイプには、①個別のリサーチプログラム（特定の単一テーマに基づいて 8~10 つの研究がグループ研究プログラム）、②競争入札⁸⁰（特定の研究テーマに対して競争入札をして実施する単独研究）、③戦略研究イニシアティブ（リサーチユニットごとに 5 年間ほどの研究契約を大学等と締結し、複数の専門家を集めて長期にわたって行う研究）がある。たとえば、PbRについては①個別のリサーチプログラムの中で研究が行われており、複数のグループ研究がある。一方、患者の選択権に関する政策評価については、②のタイプである。また、GPへのP4P（QOFに基づく質や結果に応じた診療報酬の支払い）の研究は、③として、マンチェスター大学と契約し、5 年プロジェクトとして行われている。

いずれの場合も、こうした研究結果は、学術誌、ホームページなどで全て公表されることになっている。研究者との契約では、研究者自身が研究結果を公表できる権限を与えて

⁷⁷ ガーシオンプログラムに対するレポートが NAO より複数出されており、それほどの効果がないというレポートもある。

⁷⁸ 但し、新政権でも、実質 NHS 支出は増加が約束されていることから、他の省庁よりは節減プレッシャーが少ない。したがって、経費節約以上に、アウトカムの向上と増加する需要に対応できるかどうかの方がより重要になる。

⁷⁹ 政策評価研究の目的として、①政策の実施状況、進捗状況に対する根拠データを収集すること、②政策の効果の根拠データを収集すること、③政策記録、資料の蓄積すること、以上 3 つがあげられる。

⁸⁰ 入札の段階から研究者によるピア・レビューも実施し、研究計画書のヒアリングも外部機関に委託している。

おり、調査結果が保健省にとって不利な結果が出たとしても研究結果の公開を止めることはできない。但し、公表のタイミングを決定することおよび、研究結果へのコメントを出すことが可能となっている。たとえば、上述の P4P に関する研究は継続進行中であるが、既に一部がニューイングランドジャーナルオブメディスンやランセットという学術雑誌で公表されている。

なお、政策評価で採用される研究手法は、多様であり、統一手法が定まっているわけではない。たとえば、患者の履歴及び病院のデータを解析するような定量化リサーチを行うこともあれば、スタッフへの面接調査やヒアリングを行うこともある⁸¹。NAO の評価を参照することもあるが、同じアプローチの研究は重複するので実施しないが、データを共有することはある（例、クラミジア調査）。NICE の勧告が出ればそれに対応する形で研究を行うこともある。NICE には研究部門がないので、NICE が勧告を出す場合には、エビデンスを確固たるものにすべくさらなる政策評価研究を行うことがある。

他方、保健省ではなく、それぞれの NHS トラストにも、研究開発部門があるが、こちらは、ヘルステクノロジーアセスメント（HTA）という視点であり、政策評価という視点では行われていない。NHS の研究部門の予算は 9 億ポンド規模であり、NHS 全体の研究開発としての役割を担う。NHS の予算の中に組み込まれているので、研究開発以外には使えないことになっている。

なお、近年の新しい動向として PROMs（Patient Reported Outcome Measures）⁸²と言われる、患者が報告してくるアウトカムの計測研究を開始したことがあげられる（膝・股関節等の置換手術で実施、手術前と後で実施）。この手法は、プライマリケアのうちの慢性的な長期疾患、糖尿病、喘息、COPD に適用を拡大⁸³することが検討されている。

PROM には 2 種類あり、1 つは症状別のもので、例えば膝・股関節の置換手術ではオックスフォード大学の開発したヒップスコアが代表的なものとしてあげられる。これは、EQ5D と呼ばれる仕様であり、NICE において新しい治療技術を NHS で採用すべきかどうかを検証する際にも活用されている。もう 1 つは、一般的な健康状態を計測するものとなっており、待機時間に対する患者の意見などが評価測定できるようになっている。患者にはパッケージとしてこの 2 つの様式の調査票が、送付・回答依頼がなされる。さらに、面会調査、アセスメントも行われる。この一連の調査は、サンプル調査ではなく全数調査である。

政策評価研究部門へのヒアリングでは、PROM 導入の目的は、患者の選択権を確保するための情報提供であるが、PROM を継続発展していくには、コスト面や運用面の持続可能性を検証する必要があるということである⁸⁴。

⁸¹ 担当者へのヒアリングによると、CQUIN は始まったばかりであるが、CQUIN の効果を計るために、NHS 内のコミッションや委託者へのインタビュー調査を行っているという。

⁸² PROM の調査票は下記 URL で参照可能。 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/records/proms/Pages/aboutproms.aspx>

⁸³ 担当者へのヒアリングでは、精神疾患や神経症など病気によっては適用が困難であると思われるが、将来的にはこうした分野でも PROM の対象となる適用疾病を増やしていきたいという話であった（うつ病で試験を行う予定）。

⁸⁴ 将来的には、手術後のデータも評価対象とする必要があると考えるが、現在の術前のもので、返答率は 40% であり、コスト面の持続可能性を考えると難しいということである。

参考 保健省による外部評価についての見解—NHS の生産性は低下しているのか

特定の政策や事業の効果を評価するのは難しく、同時に複数のことが進行しているため、他の要因を取り除くことは容易ではない。また、保健医療分野においては、何をもって生産性とするのか、効率性とするのかを一義的に定めることも簡単ではない。それぞれの機関が独自の指標に基づいて評価を行っているわけであるが、必ずしも統一的な見解を得ているわけではない。下記では、ヒアリング調査で得られた情報に基づき保健省自身が外部機関の政策評価についてどのように考えているのかを簡単にまとめた。

(1) 国家統計局への反論

国家統計局 (Office of the National Statistics、ONS) は、NHS を含む公的サービスの生産性を計測しているが、この 10 年で NHS の生産性が下がったと報告された。この ONS 報告に対する保健省の反論は、①生産性の定義に問題がある (保健医療において唯一絶対の生産性を測る指標はないが、同質でない他の公共サービスと比較するために一律に生産性が定義され測定されている)、②保健医療サービスの質を考慮していない、③特定のインプットに対するアウトプットのみしか考慮されていない (待機期間の改善が考慮されていない、NHS が購入する薬剤価格の変化や、10 年の間に新しい医療技術の導入) ことがあげられる、④NHS は戦略的に支出増大がはかられたが、政策と効果にはタイムラグもあり、動的に評価できないというものである。これは、NHS に限ったことではないが、サービス提供量を増やししながら同時に生産性をあげるのは難しい。こうした困難をふまえた上で、現在、保健省は、ONS とヨーク大学と協力して生産性の指標改善に取り組むという。

(2) NAO による評価について

NAOにより、肺疾患と喫煙に関するVFN調査が行われたが、この評価の基本は、その政策がなかったらどうなるかという視点から行われた。これに対する保健省の見解は、仮に政策がなかったらという仮定の条件での定量化は難しいというものである。保健省自身の考えるパフォーマンス指標は 25 程度考案されている⁸⁵が、実際に使用できるものは限られている。パフォーマンスの背後に様々な情報があるので単に表面的な指標データを集めるという作業では意味がなく、安直な指標を活用するのは問題があるという。

⁸⁵ Autumn performance audit 2009 に一部掲載されている。たとえば、ハイレベルで寿命がターゲット指標となると、その下にいくつかの層があり、がん、肺疾患、糖尿病などの慢性疾患の指標がある。それぞれにサブターゲットがあり、がんの場合は、さらに細分化されてターゲットがある。

終章 まとめ

ここまで述べてきたように、イングランドでは、第三者である NAO 及びオーディット・コミッションにより VFM 検査（調査）が実施されるだけでなく、保健省自身も業績評価、政策評価研究を実施し、その結果を国民に公表するなど、多次元においてアカウンタビリティの確保がはかられている。また、分権下のスコットランドでもスコットランド会計検査院による VFM 検査（調査）が実施されていた。

まず、NAO による VFM 検査(調査)は、政策、プログラム目標に沿った成果をあげているかを明らかにするという意味でアカウンタビリティの確保に貢献しているし、オーディット・コミッションによる VFM 検査は、個別機関の取組において節減できる要素がないか、より賢い支出方法がないかを明らかにするという意味で貢献している。なお、NAO は、独自の規範モデルをもたずにそれぞれのテーマに応じた多様な手法が活用されるのに対し、オーディット・コミッションは、KLOE など独自基準を開発し、それに則り VFM を評価している。つまり、同じ外部機関による VFM 検査（調査）といっても、NAO は、国による支出が政策、プログラム目標に沿った結果をもたらしているか、支出に見合った成果をもたらしているか（支出がなかった場合とどのような相違があるか）どうかを評価することに重点が置かれるのに対し、オーディット・コミッションは個別の証拠書類等を財務諸表とともに精査し、基準に照らし合わせ認証できるかどうか監査することに重点が置かれるなど、それぞれの視点、方法はかなり異なる。両者に共通することは、外部検査機関として政府との独立性、中立性を維持するということから、政策の目的に対する価値判断や妥当性は問わないことである。

一方、保健医療政策の主な実施主体である保健省は、省の運営方針に基づく業績評価フレームワークに則り、NHS における各機関の財務及び保健医療サービスの質に関する業績評価、結果の公開を行っている。この結果に基づき、改善活動を推進するという意味では、TQC（統合的品質管理）ないしは業績管理を実施しているといえる。

さらに、政策研究プログラムを実施することで、「根拠に基づく政策」が実現できているかどうかを自己点検している。なお、この研究プログラムは、保健省内部のみで行うのではなく、外部委託の形式で行われることが多いため、研究の独立性が保持されているという意味では、外部評価の側面も持つ（保健省に都合の悪い結果だとしても内容は公開される）。この他、財務省ガイダンスに従い、内部監査委員会を設置し、保健省の資金の用途についてリスクを精査することもしている。また、複数年度の管理会計が導入されていることから、歳出見直しの際には、VFM 節減の目標が求められるなど、日常活動においても VFM の徹底が求められている。

このほか、保健医療分野は専門サービスであるということもあり、保健省とは別に、CQC という保健医療における専門のサービスの質の検査認証機関もある。また、テクノロジーアセスメント（NHS で使用可能な薬剤や医療行為の有効性、費用対効果を検証）については、NICE という専門機関がある。これらの役割分担を料理にたとえるならば、CQC の認証は、店舗設備や素材の品質点検（レストランを営業する上で適切であるかどうか

か)、NICE は、料理人の技術評価や料理法の検定(料理を作成する技術が適切であるかどうか)、保健省の業績評価は、一定基準に基づいて、実際に出来上がった料理の味の評価(レストランで出される料理の味、完成度の評価、常に一定ではないため、定期的の実施)に当たると言えるだろう。

Emanuel & Emanuel(1996)が指摘するように、保健医療サービスのアカウントビリティのモデルとして、プロフェッショナル・モデル、経済モデル、政治モデルの3つのモデルがある。イギリスでは保健医療サービスは公共サービスとして位置づけられていたこと、及びNPMが先進諸国でも比較的早く定着したこともあり、もともと政治モデルのアカウントビリティは徹底していた。しかし、それだけでは、実質的な成果が上がってこなかったということもあり、NHSは様々な改革をこの10年で実施した。ここまで見てきたようにこうした制度改革の影響もあり、患者を消費者としてとらえ選択権を重視するために必要な経済モデル、サービスの質を担保するために必要なプロフェッショナル・モデルのアカウントビリティも確保がはかられていると考えられる。

よって、アカウントビリティの確保という意味では、イギリス国民は、多様な視点から保健医療行政およびサービスについての情報を得ることができる状態になっている。このことは我が国でも多いに参考にすべき点であろう。我が国では、保健医療分野について入手できる情報が限られているだけでなく、第三者の外部保証を受けた情報はほとんどない。

だが、一方で、アカウントビリティに貢献していることは事実であるとしても、実際にこれらの取組がVFMに貢献しているかどうかは必ずしも明確ではない。そもそも何をもってVFMとするか、測定指標についての統一見解がなく、ここまで述べてきたように、イギリスでは多様な組織がそれぞれ異なる視点、手法から、VFMを評価しており、結果は必ずしも統一的ではない。ゆえに、それぞれの評価、検査主体がどのような視点、手法で行われているのかを注意した上で解釈をしないと、一つの結果を鵜呑みにすることは危険である。

図 26 保健医療サービスのアカウントビリティ・モデル

	プロフェッショナル・モデル	経済モデル	政治モデル
患者	専門サービスを受ける受益者（関係者・参加者）	医療という商品（コモディティ）の消費者	公共財（public good）に対して意思決定を行う市民
医師	患者の幸福（well-being）に貢献する専門家	サービス提供者（プロバイダー）、経済の構成単位	市民
医療	患者と医師の間で意思決定を共有することによって患者の幸福を増進させることを目的とする専門サービス	消費者が自分の主観的な選好を満足するために選択する客観的な定義づけられた業績などの特徴が固定された商品	政治的なコミュニティによって明確にされた患者の幸福を増進することを目的とした公共財
主要な領域	専門能力、合法的・倫理的な行為	財政業績、専門能力	コミュニティによって選択された何れかの領域
主要な利害関係者	医師（医療機関）と患者、及び第三者専門組織	市場におけるサービス提供者と消費者（患者+保険購買者）、規制・監督を行う政府	医師と統治代表、市民
主要な手続き	資格、認定、医療過誤訴訟、	脱退、サービス提供者の変更	苦情申告と改革に対する意思決定
制度的な構造	認定、資格、法手続	消費者保護政策、価格と質に対する標準、情報（レポートカード）、多くの選択肢と加入・脱退の機会	意見を発表するオープン・フォーラム、執行部の意思決定を管理する手続き

出典：Emanuel & Emanuel（1996）掲載表を著者翻訳・一部修正

特にこの 10 年は予算拡大に伴う制度改革が相次いで実施されてきたことから、予算拡大がない状態での政策、プログラムと成果との因果関係は必ずしも明確ではない。全体的に成果は上がったといわれるが、予算増大がなかったとしても実現できたのかどうかは定かではなく、見解が分かれるところである。経済環境の変化もあり、今後は、より少ない支出で成果をあげなければならない。予算増大の影響を差し引くのが難しいのと同様に、予算削減の影響を差し引いた上で、VFM 評価を行うことは難しいであろうし、VFM を達成する手法も予算制約下ではこれまで以上に限定される可能性もあるだろう。

いずれにせよ、VFM は財政健全性だけでもサービスの質だけでも達成できるものではない。両者のバランスをとるという意味でも、今後は、持続可能性が VFM を考える上での重要なキーワードとなるのではないかと考える。

最後に、VFM 検査、評価そのものの費用対効果ということが課題としてあげられる。多種多様な検査が行われることはアカウントビリティという視点ではよいが、それにかかる費用対効果が十分であるかどうかは検討の余地があるだろう。

なお、本調査で訪問したオーディット・コミッションは新政権の意向で廃止される見込みであるが、活動内容そのものは示唆に富むだけに残念であるものの、コストがかかるという指摘を無視することもできないだろう。オーディット・コミッションの業務は民間に移行されれば、コスト削減と分権化、民主化が進むことになる。地方自治・情報省大臣は主張している。従来のオーディット・コミッションは、市民に対するアカウントビリティというよりも、行政機関への報告機関になっており、硬直化した官僚組織に近いと批判された。「Liberating the NHS」の白書の方針に則り各個別機関に対する新しい検査のフレームワークを開発する予定である。経済規制については、保健省と一定距離を置いたモニターや NHS コミッショニング・ボードの役割となる見込みである。

参考文献

- Anna Dixon, Ruth Robertson, John Appleby et al. (2010) Patient Choice, Kings fund
- Audit Commission (2009) Audit Practice Annual Quality Report
- Audit Commission (2010) NHS Foundation trust accounts- a guide for non-executives
- Audit Commission (2010) NHS Foundation trust accounts- a guide for governors
- Audit Commission (2010) NHS trust accounts- a guide for non-executives
- Audit Commission (2010) Primary care Trust accounts-a guide for non-executives
- Audit Commission (2010) The National Fraud Initiative 2008/2009
- Audit Scotland (2009) Auditing Best Value in the NHS
- Audit Scotland (2009) Performance audit standards
- Audit Scotland (2010) Audit Scotland Annual Report
- Audit Scotland (2010) Managing NHS waiting lists
- Audit Scotland (2010) Using Locum doctors in hospitals
- Audit Scotland (2010) National Fraud Initiative in Scotland-making an impact
- Bourn (2007) Public sector Auditing ; Is it value for money, John Wiley & Sons
- David Blattman (2009) Audit Scotland new reward package
- DH (2007) Value for Money Delivery Agreement
- DH (2010) NHS the Quarter 2009/2010
- DH (2010) The NHS Performance Framework
- DH (2010) the Operating framework for the NHS in England 2010/11
- DH (2010) Equity and excellence: Liberating the NHS
- Duncan Campbell-Smith, Follow the Money, ALLEN LANE
- HM Government (2010) Building the National Care Service
- NAO (2005) State audit in the European Union National Audit Office United Kingdom
- NAO (2007) Focus – Synopsis of National Audit Office Findings on the Department of Health and NHS
- NAO (2007) Procurement Toolkit
- NAO (2008) NHS Pay-modernisation : New contracts for general practice service in England
- NAO (2009) Focus, Spring 2009 Health-Synopsis of National Audit Office Findings on the Department of Health and NHS
- NAO (2009) NHS Pay-modernisation : Agenda for change
- NAO (2010) Annual report
- NAO (2010) Assurance for high risk projects
- NAO, Audit Commission (2008) Financial Management in the NHS : Report on the NHS summarized accounts 2007-2008
- NHS Scotland (2006) SPARRA : Scottish patients at risk of readmission and admission

- Shelley Farrar, Martin Chalkley et al. (2010) Payment by Results: consequences for key outcome measures and variations across HRGs, providers and patients
- TSO (2009) Department of Health resource accounts 2008-2009
- E.L.ノーマントン (小川幸作,小川光吉訳) (2005)『政府のアカウンタビリティと会計検査』
全国会計職員協会
- ジョン・ジェー・グリーン (1988)『VFM 監査の理論と実際』同文館出版
- 東信男 (2002)「NPM における会計検査院の役割」『会計検査研究』26,257-279
- 稲沢克祐 (2006)『英国地方政府会計改革論』ぎょうせい
- 柏木恵 (2010)「ブレア政権の医療改革による NHS の財政構造の変化」財政学会発表資料
- 平松英哉 (2004)「イギリス会計検査院による評価事例の研究」『日本評価研究』,4 (2) ,27-38
- 平松英哉 (2009)「公共部門における「評価(evaluation)」と「監査(audit)」--両者は区別可能か?」『同志社政策研究』3,16-30
- 堀真奈美,印南一路 (2001)「米国医療におけるアカウンタビリティーの概念と動向」『会計検査研究』23
- 堀真奈美,稲森敦子 (2007)「英国地域医療事情 (1) 継続的なケア実現に向けた地域医療連携」『健康保険』61 (7) 40-45
- 堀真奈美,稲森敦子 (2007)「英国地域医療事情 (2) 「退院遅延」防止への取り組み」『健康保険』61 (8) 98-103
- 堀真奈美,稲森敦子 (2007)「英国地域医療事情 (3) 「英国のメンタルヘルスに関する取り組み」『健康保険』61 (9) 48-53
- 堀真奈美,稲森敦子 (2007)「英国地域医療事情 (最終回) ボランタリーセクターとの協働」『健康保険』61 (10) 72-77
- 堀真奈美 (2008)「イギリスの高齢者ケア」『健保連海外医療保障』80,22-26
- 堀真奈美 (2009)「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」『健保連海外医療保障』82,22-33
- 堀真奈美 (2009)「イギリスにおける保健医療政策に関する最近の動向」『健保連海外医療保障』84,15-24
- 堀真奈美 (2010)「イギリスの診療報酬制度 イギリスにおけるプライマリケア P4P の導入とその影響」『健保連海外医療保障』86,1-10
- 堀真奈美 (2010)「連立政権誕生後のイギリス介護」『健保連海外医療保障』88,10-16
- 森下正之,吉永成恭 (2010)「医療大改革：分権と第社会確立の世界的規模の衝撃波」『フェイズ・スリー』315,62-65
- 山本清 (2000)「政策評価と会計検査」『公共政策』1-10
- 松田亮三 (2009)「ブレア政権下の NHS 改革」『海外社会保障研究』169,39-53

【付録：調査日程】

平成 22 年

6 月 28 日（月）午前

イギリス会計検査院（National Audit Office）

NHS を含む社会保障政策に対する VFM 検査及び財務検査について

Mr. Mark Davies（Director, Health VFM Audit）

Ms. Karen Taylor（Director, Health VFM Audit）

Mr. Andy Fisher（Health VFM Audit Manager）

Ms. Helen Feetenby（Director, Department of Health Financial Audit）

6 月 28 日（月）午前

保健省（Department of Health）

イングランドにおける社会保障政策及びその評価について

Mr. Stephen Mitchell（Deputy Director, Governance）

Mr. Neil Townley（Team Leader, Quality Information Strategy）

Mr. Henry Rogers（Deputy Director, Financial Planning and Allocations）

Mr. Ian Stone（Economic Advisor）

6 月 29 日（火）

保健省（Department of Health）

イングランドにおける社会保障政策及びその評価について

Mr. Neil Johnson（Deputy Head, Social Care Policy Strategic Policy Finance）

Ms. Sarah Montgomery（Deputy Head, Performance Planning）

Mr. Alan Glanz（Senior Principal Research Officer Research and Development）

6 月 30 日（水）

オーディット・コミッション（Audit Commission）

NHS に対する監査について

Ms. Marcine Waterman（Director Audit, policy and regulation）

7 月 1 日（木）

スコットランド政府（Scottish Government）

スコットランドにおける社会保障政策及びその評価について

Mr. Graeme Dickson（Director, Primary and Community Care Directorate）

Ms. Gillian Barclay（Head of Older People's Unit）

Ms. Alison Taylor（Head of Joint Outcomes Team）

7月2日（金）

スコットランド会計検査院（Audit Scotland）

VFM 検査及び財務検査について

Mr. Robert Black（Auditor General for Scotland）

Ms. Angela Cullen（Assistant Director, Performance Audit Group）

Ms. Lorna Meahan（Assistant Director, Audit Services Group）

Ms. Claire Sweeney（Portfolio Manager, Performance Audit Group）

Ms. Tricia Meldrum（Portfolio Manager, Performance Audit Group）

海外行政実態調査報告書