

イギリス新労働党の国民保健サービスの再形成へ

“New” Labour Party’s Remaking of National Health Service in England

榎原 朗*
Akira Kashihara

第1部 国民保健サービスの21世紀初頭の転換

1. 国民保健サービスの転換へ

1946年に制定され、1948年7月5日に他の社会保障とともに実施された国民保健サービスは保健ケアの資源とサービスをニードを基礎に全国にわたって再分配し、統合を通じて効率を保証することを目的として合理的な計画の基礎の上に展開された。その目標は保健サービスを普遍的に利用可能なものとするのであった。その指令は保健省により発せられたが、その地方のサービスが組織され配給されるかを決定するのにかなりの地方の裁量があったが、国民保健サービスは政治的な責任の強力な制度であった。すべての保健サービスの組織は保健省を通じて保健大臣に責任をおうものであった。こうした組織はその後幾回か機構の改善があったが、ほぼ80年代初めまで維持された。

病院は保健当局から年次予算を受けた。プライマリケアの歳入は一般開業医の患者リストに登録された患者数を基礎に開業医に配分された。開業医の収入は診療のあるなしにかかわりなく、基本的に主要部分是人頭割報酬であった。病院専門医は俸給であった。すべて国の予算でできた。すなわち、全体として国営医療事業であった。

それがやがて変化し始める。市場制度導入への移行は80年代から数10年間にわたって行われたが、それは30以上の議会の法律の結果であった。国民保健サービスは病院等の国の所有と強制のもとにあるべきだというコンセンサスは国民保健サービスに対する資源の水準に対する不一致により次第に堀りくずされていった。それはやがて入院への長期の待機と荒廃した施設に悩まされた。

決定的な転換点はサッチャーが政権についた1979年であった。すぐさま、偉大な意味のある二つの政策を導入した。それが1980年代当初の一般的管理方式の導入と病院の清掃洗濯及び賄いのような非臨床サービスの外部委託 (outsourcing) あるいは適用除外であった。一般管理は事業の方法で病院の内部に医師とは別の病

院の管理のための経営者の新しい層をつくり出した。一方で、賄いや洗濯サービスの外部委託は国民保健サービスケアの供給に初めて民間セクターを導入することとなった。外部委託された事業は当初はともかく、間もなく有利な事業であることがわかった。虚弱高齢者あるいは障害者に対する長期の入所ケアもまたサッチャー政府のもとで民営化され始めた。1990年代の終わりまでには無料の国民保健サービスにより与えられる長期ケアは独立セクターのホーム (主として利潤を得る) セクターのケアによって大体はとってかわられるようになった。そのホームに対して費用は必要であった。

2. 1990年代の「NHSとコミュニティケア法」と新労働党の対策

1990年の「NHS及びコミュニティケア法」には幾つかの大きな変革の特徴があった。それはいわゆる内部市場 (internal market) の導入によりNHSを一層根本的に変えることと、医療の購入者と提供者の分割と開業医基金保持 (GP fundholding) であった。労働党は政権につくと開業医基金保持は廃止するとしていた。

この法はNHS病院あるいは病院グループあるいは他の救急病院及びコミュニティ保健サービスのような他の機関を半独立のトラストと転換せしめた。そしてそれらに市場における事業のように行動することを求めた。保健当局はサービスの購入者、トラスト (信託) は販売者 (供給者) になった。これらの取引に含まれる「契約」は法的な強制力をもたなかったけれども、それらが尊重されることを求められた。そして新制度は資源とサービスの資金調達 (funding) が償われる方法に大きな変化をもたらした。

サービスの供給は各地域におけるサービスに対するニーズの評価にもとづくことを意味する。NHS病院及び他のサービスはもはや年次の予算に依存しないので、彼らはニーズに対する優先性を与えるインセンティブを持たなかった。彼らはいまや彼ら自身の所得を生み出し費用を削減し、事業のために相互に競争することにより、損得なしにしなけりならなかった。

* 山口県立大学大学院健康福祉学研究科教授

これらの対策のすべては効率と選択を増すことを目標とした。しかし、すでに資源不足におち入っていた病院及びコミュニティサービスは基金のために競争し、リスクを処理し、数百の契約をし、モニターする複雑さを管理することに含まれていった。わずかの時間のうちに、新しいトラストの1/3以上が統合やサービスの閉鎖においこまれた（1990年から1994年の間にイングランド及びウェールズで245の病院が閉鎖された¹⁾。

もう一つの変化はトラストはもはや資本計画、不動産管理及びITのために保健省の地方事務所から無料の支援を与えられなかったことである。

内部市場の導入はNHSの資本が勘定される方法を変更した。初めてすべてのNHSサービスの提供者—いまや半独立のトラストとして構築されている—は彼らが得た収入から彼らの土地及び設備の価値について年々の費用（負担金）（当初6%）を支払わねばならなかった。その考え方はトラストをして彼らの資本資産について一層節約せしめることであった。

しかし、資本費用（capital charging）はより、深遠な変化、すなわち民間財政イニシアティブすなわちPFIへの道をしいた。PFIは公的投資に対し、資本を動員する代替的な方法として導入された。

その間に、購入が地区保健当局（district health authorities）からおよそ300のプライマリケアトラスト—おのおのが地方のプライマリケアコミュニティを代表する—に移転されたとき、完全な市場化への一層の対策が進められた。

いずれにしても、「NHS及びコミュニティケア法」での政策変更で、一般開業医は保健当局を通さずに病院と直接交渉で受持ち患者を病院専門医を直接紹介できるようになった。新しい制度に参加する一般医は自分の予算をもって病院と直接交渉するという意味で、予算保持一般医と呼ばれるようになった（ただし、以前のものも残された）。こうして一般医は予算保持一般医となり病院に対する発言力を強めた。

1990年法の成立時、野党であった労働党は予算保持一般医の制度を激しく非難した。予算保持一般医は開業医全体の半分程度であったが、病院に対する交渉力が強く、予算保持一般医への登録患者が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ため、不平等な制度だとしていた。政権につくとこの制度を廃止するとしていた。それゆえ、政権についたとき最初の保健大臣ドブソン（Frank Dobson）により、この部分は事実上廃止された（ただし2006年に再生）。ただ病院が一般医の受持ち患者を奪うことにより病院

の効率化をはかろうとするやり方を回避しようとしていた。

そこで購入者と提供者の分離（purchaser/provider split）の問題に移ろう。ハム（Chris Ham）のような保健政策の博識者は1990年の保守党のNHS改革の合理性を認めていた。ハムは購入者と提供者の分離の擁護の論文を書いた。後に1995—6年に、保守党の内部市場に対する熱意が衰えていったとき、市場賛成の説話をプライマリケア賛成の説話（pro primary care narrative）として再鑄造することを求めた。後にハムは購入者と提供者の分離を新労働党がサッチャーの改革を相続し、それらを鑄型に入れるための手段としてつむいだ（commissioner/provider分離といいかえた。なお開業医基金保持は廃止するが、病院をなだめることに関してそのエトスを維持する）。²⁾

Commissioningはニーズを定義し、戦略を展開するについて理想的であるが、購入（purchasing）は一層限定された市場取引であるという。もっとも、新労働党によりより徹底的に考慮されなかったという。

「プライマリケア賛成」（pro primary care）のつむぎは労働党の長い左派の伝統にひざまづくことが出来たが、他方で、その制度（購入者と提供者の分離）を維持することは労働党自身の市場改革に後になって有益になることとなる。

1997年の新労働党内閣の保健大臣であるドブソン（Frank Dobson）のような穏健な左派は購入者（purchaser）をプライマリケアグループ（primary care group）につくりかえる。もっとも彼らは購入者と提供者の間の市場関係をみることを欲していなかったという。彼らにとって「第三の道」は心地よい地方の保健家族の協同（collaboration）を意味した。³⁾

さかのぼると、1980年代のNHSの改革の議事日程は管理主義（managerialism）であり、まだ市場の考え方はなかった。この文脈において、専門家による資源の割当て（rationing）は時代精神にあった大きなテーマであった。1960年代、1970年代は過ぎ去り拡大とコンセンサスは退去のアプローチとなった。そしてミクロ経済学者が彼らの公的セクターの市場に支配権をもった「市場局面1」の時代が来た。そして保守党政府の移行期が来た。やがて出てくるブレア政府には待期していた。現実に保健ケアにおいて支出水準についても、制度の性質についても、何が起るかは不明であった。これがプラグマティックな学者の時代であった。そしてその後、「市場局面2」（Market Phase2）の時代に入る。しかし、1990年代初期の「エコノミストの市場」

より一層広範な政治的及びアカデミックなベースを有している。「いまやすべてが市場者である」ように思われるという。⁴⁾

当然、新労働党が進歩的な響きのある議事を遂行することにおいて新労働党に便宜である考えについても強い緊張がある。プライマリケアに賛成、反病院の緊張がある。さらに2005-6年には、結果による支払 (Payment by Results) の政策が導入された。その政策は、純粋な形で運営されることを認められるならば病院は効果的なプライマリケアを通じて PCTs (実際には開業医) が病院の外に置かれぬ患者の治療に対して、彼らが値するものを支払われるというものであった。⁵⁾

ただ、労働党の政府の NHS に対する当初の約束は内部市場に結びついた官僚主義を削減することであった。待機リストの数を10万だけ削減するという控え目な目標とともに、政党のマニフェストは管理費を1億ポンド削減することを約束した。ただ、この種の約束は常に曖昧なものであった。保守党は市場について非難された管理者は部分的には医師、看護師他の臨床士 (clinician) を管理者として再分類したことによるものであるとしていた。⁶⁾ 20世紀は1997年の「新しい NHS」(New NHS) によりプライマリケアグループからプライマリケアトラストへ変遷など行なわれた。

労働党が政権に返り咲いた年の1997年の12月、政府は保健省から「新しい NHS：現代的で頼りになる」(The New NHS：Modern・Dependable) を発表した。これがその後の当面の変更のあり方を示した。そしてプライマリケアの役割の中心をプライマリケアグループ (Primary Care Group) がなくなることとなるが、それは次第にプライマリケアトラスト (Primary Care Trust-PCT) に変化することが目論まれていた。それは競争のための予算保持による効率化ではなく、協調を基本にした予算保持による効率化であった。プライマリケアグループはやがてプライマリケアトラストになった。そしてプライマリケアトラストと病院の契約がなされたが、それも短期契約から長期契約への移行を目論んでいた。⁷⁾ しかし、やがて競争の要素がでることとなる。

ケアの購入は地区保健当局からおよそ300のプライマリケアトラストに移された。その各々の PCTs は地方のプライマリケアコミュニティ (開業医、歯科医そして地方在住者) を代表する。2000年代の初めまでに、NHS 総予算の80%が PCTs に配分されていた。

3. 2000年以後一臨床ケアにおける市場の発生とプライマリ・ケアの改革

1999年10月、ブレアライト (ブレアの信奉者) といわれるアラン・ミルバーン (Alan Milburn) が保健大臣に就任した。その後2000年の冬にかけてのインフルエンザの流行により、入院待期患者の増大が政治問題化したことを背景に、NHS 改革に本格的に取り組む必要性が認識され、ブレア政権はこれまでの医療への投入が少ないことを反省して、2000年度の NHS 予算を大幅に増加させた。2000年の包括歳出見直しにおいても4年間にわたる歳出増を公約した。

一方、2000年までは、政府は臨床サービスは民営化されまいと主張してきた。その後、医療サービス改革計画として、他の改革とともに、2000年に10年間の改革方針を示した、「NHS プラン」(NHS Plan) を発表した。そこで政府は「大ブリテンの人びとに21世紀に適した保健サービス、すなわち患者をめぐって設計された保健サービス」を与える意図を発表した。⁸⁾ この検討によりカバーされた期間に、それによりケアが購入され提供される過程と構造に待することにより改革の企てを総合化しようとしていた。「NHS プラン」は他の改革とともに、より多く必要とされる追加的能力を供与するために、それらは結局市場に開かれるであろうことを明らかにした。民間の供給者は NHS の医師とスタッフを使うことなしに、サービスの相当量を供給できないことも急速に明らかになってきていた。そして政策の根拠はサービス提供者の広範な選択を患者に与える余分の能力を提供しようとするところから生じてきた。

ついで、2004年6月に保健省は中央で指揮する制度から患者主導の NHS への移行を求める大きな変化の輪郭を示した Creating the NHS Improvement Plan を発表した。2005年にはサービスが提供され、購入される方法を再設計することにより Improvement Plan を補完する提案が発表された。これが DH, Creating a Patient-led NHS；Delivering the NHS Improvement Plan と患者主導の NHS を購入する commissioning a Patient-led NHS であった。これらの二つのものに含まれた提案は保健ケアにおける選択と声の遂行に重点をおいている。その他、患者と公衆が保健サービスの計画と展開にかかわることを保証する機構もある。例えば、NHS トラスト、プライマリケアトラスト (PCTs) 及び戦略保健当局 (SHAs) はサービス計画及び運営に患者及び大衆に相談し関与する取りきめをする病院の義務を有する。また2004年には一般開業診療に対して

直接財政的インセンティブの使用に非常な重点を置いた、新契約が導入された。⁹⁾「患者主導のNHSを創る」は開業医がNHSにおける最も高く尊敬されるグループの一員であることを認めているが、政府は開業医、他のプライマリケア専門家がケアを提供する方法を変えることを意図した。2006年1月のホワイトペーパー、Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Careは一層詳細な提案を含んでいたが、患者主導のNHSは専門の境界を不鮮明にすることにより特徴づけられた制度を述べている。¹⁰⁾2000年に話をもどすと、一連の政策陳述から次第に浮かび上がってきたモデルは保健サービスをフランチャイズする一種の持株会社(holding company)としてのNHSである。NHSは政府基金の支払者(government funded payer)であり、ますます保健サービスの直接の制度ではなくなってくる。政治的責任(それとNHSの労働力のサービス・エトス)にもとづいた古い制度は私法及び法的に拘束力のある契約に基づいたものにゆずりつつある。この移行でモニターすること、検査、監査及び法的機関を定め強制する新方法が生まれる。そしてこのことは新しい費用を意味する。患者をひきつけるための「マーケティングサービスの費用、諮問者及び法律家の料金、NHSサービスの民間セクターの提供者に対する料金等」である。

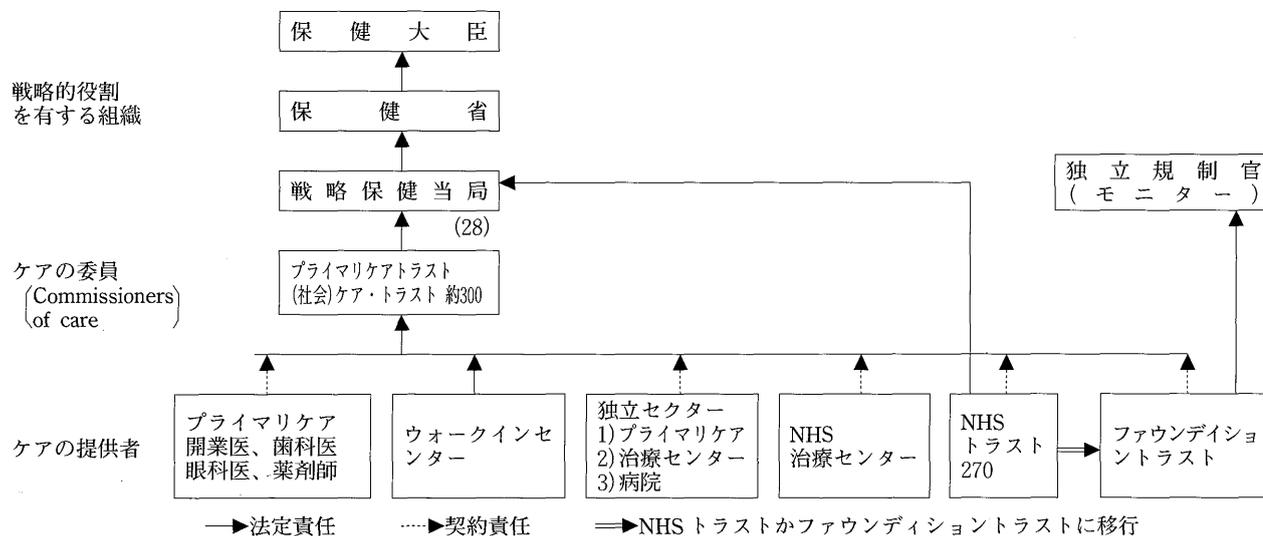
なお、ブレア政権は2001年の総選挙で勝利した後2002年度予算において、総医療費をGDP比にして欧州平均の9%台に引き上げることを目標として、2007年度までNHS予算を毎年7.4%ずつ増加させる公約をした。その財源としては国民保険料の料率(国民保険料のなかの国民保健サービス保険料が一部導入されている。ただし国民保健サービスの費用は殆ど租税である)を労使1%ずつ引き上げNHSに繰り入れることとした。2004年度までの7年間にNHS予算は330億ポンドから674億ポンドへ、人口1人あたり680ポンドから1,345ポンドへ劇的な増加であった。2003-4年だけで追加の590万ポンドがサービスにすき込まれた。¹¹⁾2004年の主任執行官N.クリップ(N.Crisp)の報告は統計的な業績を唱和するものであった。能力の増加は活動の増加へ、それによってアクセスの可能性の改善(待機リストの減少)等に反映される。そして新しいサービスの利用可能性の改善へとつながった。1999年以来、56,700人の看護師、5,400人の顧問医、1,900人の一般開業医がNHSの労働力に追加された。2003-4年にNHSに流入した余分の59億ポンドのうち45%は余分のスタッフ、さらなる活動、薬剤予算の増加となった。他の31

%は賃金の増加であった。¹²⁾当時のNHS労働者はきわめて低賃金であったから。その一方で認められる就労時間を制限する欧州就労指令(European Work Directive)があり各医師は以前よりも患者により少ない時間しか働けなくなっていた。それらのために、この増額にもかかわらずNHSに対する大衆の態度は限界に近いものであった。¹³⁾一方で、ミルバーン保健大臣はNHSプランにしたがって改革を促進した。PFI方式にしたがって病院建設や民間病院活用の拡大をはかるとともにサービス水準に関する全国基準の策定と地域組織に対する目標を設立し、さらにその導入状況の監査を強化した。好業績をあげ3つ星の格付けを獲得した組織には報賞を与えると同時にFoundation Trustへの転換申請を認めた。ことに保健大臣が推進したのはFTの創設であった。FT創設は、NHSトラストの独立性を強化し、組織分権化を推進を図ろうとするものであっただけに、労働党左派の反対は強く、難航をきわめた。

2003年5月、ミルバーンの辞任後、保健大臣になったのは同じくブレアライトのリード(John Leid)であった。彼は度重なる修正動議をこうむりながらもHealth and Social Care Act 2003の成立にこぎつけた。彼は医師会や労働組合ともねばり強く交渉し、生産性向上のために労働契約を全面的に見直した。

2004年は政府戦略の方向に関するかぎり変化はなかった。表面上2004年の顛末は以前に行なわれた決定等を実施に移すことであった。しかし個々の事項は将来に大きな影響を及ぼすものであり、この頃が転換点になっているといえよう。2004年の一般開業医基金保持の復活-1997年に廃止された-はその場合にあってはまる問題であった。さらにNHSにたいする政府戦略の輪止めくさびについてである。すなわちNHSの制度的ダイナミックス、規制的な枠組み、及び人口の保健政策などがあった。政府の戦略に中心的なものはNHSの能力の拡大であった。過去7年間にNHS予算は、人口1人あたり680ポンドから1,345ポンドへ増加していた。それでいてNHSに対する大衆の態度は限界的であった。さらに新顧問医契約が導入された。それは臨床自治を求める要求が勝利したものであった。それは、もしNHSが顧問医(consultant-専門医の最高位。NHSの成立のときの条件としてNHSで働きながら、NHS内で私費患者をもつ特権が認められていた)の余分の時間を把握できなければ、少なくとも、それはそれら民間セクターで働く同じ医師から買うことができるものであった。さらに重要なのは、稀少な医療マンパワーを資本とともに欧州その他からもたらすという計算が

イングランドにおける新 NHS の構造図



Alison Talbot-Smith and Allyson M.Pollock, The New NHS : A guide, 2005, P.8

あった。さらに2005年の終わりまでに46のうち36のNHSの独立治療センター—診断テストと選択的手術を提供する—は民間セクターにより提供されることが予期されていた。¹⁴⁾

2005年4月には総選挙に向けたNHS改善計画を公表した。NHSプランが供給能力拡大等、どちらかといえば量的拡大を重視していたが、サービスの質的変革を促すものであった。その内容は、待機期間の一層の短縮、患者選択の拡大と個別対応型サービスへの転換、治療から予防への移行等であった。

2005年5月の総選挙で、労働党は大幅に議席を減らしたものの、第3期目に入って内閣改造が行われた。パトリシア・ヒューイット (Patricia Hewitt) が貿易産業大臣から横すべりし保健大臣となった。ヒューイット保健大臣もブレアライトの一人であり、急進的な改革がNHS組織に与える影響を見きわめつつ、これまでの改革を踏襲し民間活用などの施策を進めている。

新NHSのはるかに単純化された輪郭は以下のとおりである。

保健サービスが提供されるものの主たる決定要因として議会にかわって市場力への移行は、NHSの構造の根本的な変化へとみちびいた。保健省は、その機能が漸進的に市場に移されるので、そのスタッフの殆ど40%だけ縮小されている。その主要な残る戦略的役割は新保健ケア市場において、いわゆる全国的な料率 (national tariff) で売られる価格を定めることである。10年の終わりまでにNHSトラストのサービスは「結

果による支払い」の基礎に支払われるべきである。しかし、それらが彼らのサービスのいかなるものについても価格を切り下げることにより競争することを認められない。価格競争が排除されるかぎり、全国的料率により定められた価格は供給者が地方の購入者 (commissioner と呼ばれる) が欲する特殊なミックスとサービスの量を供給することにより余剰あるいは損失をつくるか否かを決定することにおいて重要であるだろう。ある治療は有利でありがちであり、他はそうではない。もし、これがより有利でない治療を必要とするある患者のために利用されないサービスに導くべきでないとするれば、価格は絶えず調整されねばならないが、それは多くの情報と多くの有害な計画事業の専門技術を必要とする。¹⁵⁾

以上とは別に、保健省ははるかに限られた役割をおうことになる。NHS病院、救急病院 (ambulance)、コミュニティケアトラストなどは新しい保健省から遠ざけられた機関、すなわち保健ケア委員会、独立の規制官モニターにより規制させる。

保健ケア委員会はすべての第二次及び第三次ケアを監督し検査する。それは「星」制度 (star'system) と、もともと呼ばれていたものの上すべてのNHSトラストをも評価する (3, 2, 1, 0の星は、現在は使われていない。しかしそれが産み出す league table すなわち rating system はそうではない)。こうした年次評価においてトラストがいかにうまくやっているかは彼らが foundation の地位へのぼるのを認められる速度に影響を与える。Foundation Trusts (FTs) はすでに保健

省からの支援なしに、新保健ケア市場において完全に強力で自活する準備が出来ていると判断されたトラストである。この判断はモニター、独立規制管事務所により行なわれる。一たび FT の地位が認められると、トラストは地方の戦略的保健当局 (local Strategic Health Authority—SHA) による監督に服さなくなり保健ケア委員会からの投入に関してモニターによって純粋に監督される。¹⁶⁾

モニターはとりわけ FT の財政的生育力にかかわっている。それはトラストが地方の人口の保健のニーズに役立っているかをたずねるが明らかに考慮されるこの唯一の指標は PCTs の彼らのサービスの購入が満たされているかである。foundation trust の財政的生育力はそれらがどの程度所得を生み出すことができるかに依存する費用を削減できるか、そして彼らが民間財政市場で借入れ、資産を売却し、臨床活動等を外部委託するために、彼らの自由を活用する方法に依存する。¹⁷⁾

その一方で、foundation の地位を認められなかった NHS トラスト (2005年現在で大多数である) のパフォーマンスは保健省の28の戦略的保健当局すなわち SHAs により管理されている。SHAs は NHS トラストの運営のすべての面、そしてことに彼らが政府の国の目標と標準を達成しようとしている範囲を監督する。しかし、すべての NHS トラスト—おそらく PCTs を含めて—10年の終わりまでには FTs になることを予期されている。それゆえ、SHAs は臨時的な機構になるものと考えられている。NHS の将来の規制は大きく保健委員会とモニターの手にあることになるであろう。¹⁸⁾

これまでの特徴であった専門医の自己規制は一層外的な規制に道をゆずっている。王立大学 (Royal Colleges) の役割も実質的に削減された。ケアの標準も保健委員会 (その検査を通じて) そしてその認可制を通じてのモニターそして国民サービス枠組み (基本的に特殊な医療条件に対して追求されるべき標準的な手続きを述べた議定書 (protocols)) により、ますます決定されるようになっていく。一方、大学院の政府任命の院長職は専門家の訓練の期間を短くしている。一般医療委員会 (General Medical Council—GMC) もモデル替されており、その専門的要素を少なくし、一方、開業医 (General practitioner) 及び専門医に対する新契約は医師がどのように働くかを決定するのに、政府に相当な権限を与えている。

また市場への移行は NHS 職員の勤労の条件にも、市場圧力への応答が求めているように見える労働市場に必ず労働市場の柔軟性を生み出すために、重大な

変化を求めた。2003年に導入された補助職員の柔軟な条件は用務の順序書 (Agenda for Change) と呼ばれるものであった。病院顧問医 (コンサルタント) と開業医に対する契約も同時に協議された。新顧問医契約は FTs に彼らの勤務の条件を変え、もしトラスト政策が外部委託を含むならば、民間セクターで働くよう彼らに働くよう指揮することを認めた。新しい開業医契約はプライマリケアの供給に対する開業医の長期の独占を終わらせしめ、共同提供者に対しても道を拡大することとなった。¹⁹⁾

第二部 NHS の基本的な組織

1. 戦略的役割をになった組織

保健省 (The Department of Health)

NHS に対する最終的責任は保健大臣を通じて議会にある。保健省は次に様々な機関により支援されている。地域レベルで NHS 戦略を履行するのは戦略保健当局 (Strategic Health Authorities—SHAs) である。

議会レベルでは、国務大臣に加えて NHS の様々な面に責任をおう 5 人の副大臣がいる。二人の事務次官と三人の政務次官である。

保健省はロンドンとリーズに事務所をもってイングランドの人びとの保健と福利を改革する全体的な目標のもとに、保健ならびにソーシャルサービスに対して責任をおっている。それは保健および保健ケア問題について政府務官 (government minister) に勧告し、彼らによって決定された国の政策を述べる。それは NHS を通じて保健サービスを提供するのに直接責任をおう。それは NHS を運営しない。が国の政策を定め、アドバイスやガイダンスを行い NHS 組織のパフォーマンスを監督する。ソーシャルケアに関しては、保健省は省の (ministerial) 政策を述べサービスを提供する地方当局に勧告と指導を行う。

NHS の改革と再編成に結合して、保健省はより純粋に戦略的役割を引受けるように再編成された。NHS サービス提供のための責任はますます最前線の組織、ことにプライマリ・ケア・トラスト (PCTs) 及び NHS 病院トラストに譲渡されている。サービスを管理運営し規制する責任は戦略保健当局や他の組織に移されつつある。例えば、保健ケア委員会及び NHS foundation trusts の独立規制官、モニターがいまや NHS 組織および foundation trust おのおのを検査し評価するのに責任を負っている。賃金やサービス問題の条件の日々の協議に対する責任は NHS Employers, NHS 管理運営者連合によって設置された組織に移された。

保健省の核となる機能は三重である。第一に資金を確保し、分配すること—2004年に省は780億ポンドの公的基金に責任をおっている。そして主要な投資決定をする。第二に、国の戦略とNHS及びソーシャルケアに対する全体的な指揮をすることである。これは患者が彼らのサービスの提供者を選択する能力を拡大し、堅固な研究証拠にもとづいた全国的標準が確立され維持されることの保証を含む。第三に、NHSの全体的なパフォーマンスに対して議会に説明することである。²⁰⁾

構造

保健省の全体の管理運営費は2003—4年に3億600万ポンドと推定された。この時その職員は3,350人であった。しかし、2004年10月に再構築され38%削減されて2,272人となった。運営機関 (corporate body) として、それは三つの事業グループの仕事を監督する管理運営委員会 (Management Board) によりひきいられている。

管理運営委員会はNHSの主任執行官 (Chief Executive) が議長になっているが、2000年以来、保健省の事務次官であった。委員会は三つの事業グループからの7人の理事で構成されていた。委員会は保健省の全体的な指揮とコーパレイトガバナンス (組織の内部の管理運のとりきめに責任を有する)。

三つの事業グループは以下の仕事をカバーする。²¹⁾

(1) 保健及びソーシャルケア標準及び質グループ

このグループはイングランドの主任医務官によりひきいられている。主たる政策決定機関として、それは保健及びソーシャルケアサービスの標準と質を監督し、ならびに保健、福利を維持増進し、人々の健康を保護し、患者の安全を保証する責任をおう。それは標準を定め、保健及びソーシャルサービスのための質を定義し、より健康なライフスタイルや健康における不平等の問題に必ず政策を通じて、公衆衛生を促進する。それは伝染病の統制や環境保健問題に責任をおう保健保護機関 (Health Protection Agency) の仕事を監督する。

(2) 健康及びソーシャルケア配給グループ

このグループはNHSサービスの配給 (delivery) に対して責任をおっている。その付託 (remit) は財政及び投資を包含する。そのグループはNHSならびに地方当局 (ソーシャルケア) サービスのために財務省からの資金源の確保とNHS組織の財政的パフォーマンスを監督するのに責任をおう。また「パフォーマンス及びサービス改善」に対して、2000年発表の「NHSプラン」 (The NHS plan) における目標として述べられた保健及びソーシャルケアにおける優先性の配給にも

また責任をおう。

グループはまたNHSの労働力を展開し、NHSサービスの能力を増し、患者が病院を選択するのを可能にし、プライマリケア及び病院のアポイントメントに対する待期時間をより短くするような「アクセス」目標を達成するのにも責任をおう。

(3) 戦略及び事業展開グループ

このグループは人的資源、顧客サービス、保健省のコミュニケーションのような「コーパレイト」サービスに責任をおう。それはまた、ユーザーの関与 (involvement) 及び経験及び内科的治療 (medicine) 薬の展開のような特殊なプログラムの政策にもかかわる。

保健省内での支援活動

保健省の管理運営委員会及び事業グループの仕事は省内の他の多数の官職や職務領域により支援されている。

「NHS現代化委員会」もまた「NHSプラン」の履行を監督することにより保健省の仕事を支援する。

現代化委員会は「NHSプラン」において発表され2001年4月に設置された。その委員長は保健大臣であるが、大臣は35人のメンバーを任命する。彼らは個人の資格であるが、保健及びソーシャルケア組織の上級管理及び臨床メンバー、その他医科大学、地方行政、患者支援グループなどがある。

戦略保健当局 (Strategic Health Authorities (SHAs))

戦略保健当局は保健省の戦略政策がイングランドを通じて保健サービスを購入し、提供する、NHSの機関によって遂行されることを保証するのに責任をおう。

28の戦略保健当局は2002年4月と設置され、その年の10月に完全に運営された。おのおのは平均で150万人をカバーし、その境界は地方当局のグループより外側の境界線に一致している。2002年4月以前は保健及びソーシャルケア理事会として知られた保健省の4つの地域的前哨隊により監督されていた。チェンジャー及びマーシサイド戦略保健当局のみは100スクウェアをカバーし、その人口はおおよそ240万人になっている。ただし、2007年4月までに保健省はより大きな人口をカバーするより大きな組織とし、その数を28から9に削減する意図を示している。その境界は政府の地域事務所の境界と一致するものとしている。

最初に導入されたとき、3年の選挙資格とされていた。候補の主任執行官は保健省に彼らの地位を求めて申請した。そして選別された執行官の申請者は、問題の戦略保健当局がその割当てられた目標をいかにして達成するかを詳述した3年間の「選挙資格プラン」を

準備しなければならなかった。そのプランは構造に対するプラン、管理運営チームの適格性を含んでいる。しかし、つぎの3年間に達成されるべき計画された保健及びサービス改善を述べて戦略保健当局地方提供プラン (SHA Local Delivery Plan) により置きかえられて、選挙資格アプローチ (franchise approach) から離れていったようである。²²⁾

しかし、戦略保健当局の寿命は限られている。もし、すべての NHS トラストを最終的にプライマリケアトラスト (PCT) がファウンデーションの地位を達成すれば、それらは戦略的保健当局の管轄の外に入るからである。²²⁾

機能

戦略保健当局の機能は戦略的である。それらは戦略的な焦点をもった保健省と PCT 及び NHS 病院トラストの最前線の運営とのつながりである。しばしば NHS の地方本部と述べられるようにそれらの地域における NHS の日々の運営を監視するのに責任をおう。各戦略保健当局急性病院トラスト及び整形外科や学習障害サービスのような特殊サービスから精神衛生トラスト及び救急トラストにわたる様々な NHS トラストを含む。

戦略的保健当局は三つの主要な責任を有している。第一は地方のサービス発展のための首尾一貫した戦略的枠組みをつくることである。それは PCT の地方供給プランと NHS トラストの事業プランを統合したものを含み、つぎの3年間にわたる計画的保健及びサービス改善を詳しく定めたすべてが戦略的保健当局地域に対する地方配給プランをつくる。

第二の責任は地方サービスの受容力をうちたてることである。これは資本投資のための戦略の展開と行われている投資を監視することである。

第三の責任は彼らの地域におけるファウンデーション以外の、すなわち PCTs, NHS 病院トラスト, ケアトラスト (care trust), 精神衛生トラスト (mental health trust) のような他のトラストのパフォーマンス管理 (performance management) である。²³⁾

構造

戦略的保健当局はその仕事が執行及び非執行 (executive and non-executive) メンバーから成り立つ委員会によって監視されている。戦略的保健当局は委員会の構造を決定するのは比較的に自由である。もっともそれらは主人執行官と財務理事を含まねばならないが、それらは5人までの執行理事と7人までの非執行メンバーを持たねばならない。

上級の管理運営チームは戦略保健当局が日常の機能

の監督と委員会により決定された目標を達成するのに責任をおう。チームはつねに公衆衛生医あるいは医療指揮者 (medical director) を含まねばならない。そして75人の職員数をかぞえる。もっとも、多くの戦略的保健当局はこれよりも小さい。ことにロンドンのような賃借料が高いところはそうである。²⁴⁾

保健省の支援機関 (Arm's length' bodies)

保健省は多数の支援機関により支援されている。これらは政策を展開し評価する際に保健省を援助する多数の諮問機関とは区別され、支援機関は事業や獲得及び規制的機能のような特殊な機能を行うべく保健省により資金調達された機関である。

2003-4年には、38の機関が存在した。それらのなかで、それらは25,000人のスタッフを雇用し、総年次運営費用は18億ポンド、サービスに対する年支出は30億ポンドに達する。2004年7月に発行された再検討により、支援機関の数は2007-8年までに19に削減され、スタッフの数は25%削減され運営費は少なくとも5億ポンド削減される。保健省は基金を地方レベルに転嫁する可能性を探っている。それで、地方の NHS 組織は支援機関からサービスを買うことになるであろう。²⁵⁾

2007-8年までに運営されるはずの19の支援機関は保健省の3執行機関 (executive agencies), 8特殊保健当局及び8非省公的機関であり、それらは以下の表のと

Arm's length bodies of the Department of Health by mid-2008.

Executive agencies of the Department of Health

NHS Purchasing and Supply Agency
Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency
National Programme for Information Technology

Special health authorities

NHS Institute for Learning Skills and Innovation
Business Services Authority
NHS Litigation Authority
Health and Social Care Information Centre
National Patient Safety Agency
National Institute for Health and Clinical Excellence
National Treatment Agency for Substance Misuse
NHS Blood and Transplant

Executive non-departmental Public bodies

Monitor (the independent regulator of NHS foundation trusts)
Commission for Healthcare Audit and Inspection
(the Healthcare Commission)
Council for the Regulation of Healthcare Professionals
Health Protection Agency
HNS Appointments Commission
Regulatory Authority for Fertility and Tissue
Postgraduate Medical Education and Training Board
General Social Care Council

Source: Department of Health, An implementation framework for reconfiguring the DH arm's length bodies, 2004.

おりである。

保健省の執行機関

執行機関は保健省の自立的単位である。政策勧告を与えるよりは、それらは保健省にかわって特殊な執行機能を遂行する。保健省から独立しているが、保健省により資金が与えられ、保健省に責任をおう。²⁶⁾

(a) NHS 購入及び供給機関

(NHS Purchasing and Supply Agency)

この機関は2000年4月に始まった。318人のスタッフとその運営費は2,080,000ポンドである。それは購入・供給問題、NHS のために財及びサービスの契約の締結、個々の NHS 組織への勧告等の勧告調整機関である。また、NHS 購入スタッフに2000に及ぶ訓練所で訓練もする。購入及び供給の中心である。2007-8年までに年2億8000万ポンドの節約することになっている。この機関は、新 NHS 事業サービス当局から NHS にかわって年金サービスのようなサービスの購入も始める。そして保健ケア製品及び供給チェーンサービスも民営化された。NHS 後方業務当局 (NHS Logistics Authority—保健ケアの消耗品などを供給すべく2000年4月に設置された特殊保健当局) から購入できる。

(b) 医薬及び保健ケア製品規制機関

この機関は統合により2003年4月に運営が始まった。その役割は医薬品及び保健ケア製品が、安全・品質・効果の基準をみたしていることを保証するとともに、それに関連した事業を行う。この機関に割当てられた大きな役割は NHS トラストにおいて企てられている非商業的研究の臨床診査の検証である。2003-4年に747人のスタッフで、機関の運営費用は5580万ポンドである。

(c) 情報技術の全国プログラム—省略

特別保健当局 (Special health authorities)

以上の他に、NHS あるいは一般の人びとに特別な国民サービスを提供するのに責任をおう特別保健当局がある。それらは二次立法のもとに設置され、保健大臣に議会によりすでに与えられている機能を遂行するのみである。²⁷⁾ それらに以下のものがある。²⁸⁾

(a) NHS 学習技能及び革新機構 (NHS ILSI)

この機構は NHS 現代化機関を NHS 大学と提案された新革新センターを統合することにより設置されて現代化機関は NHS プランにおいて導入され、2001年4月に保健省の一部として導入された。NHS 大学は2003年11月に NHS で教育、訓練、展開を支援し、NHS 職員に対する生涯学習機関の鍵となる部門を形成する。²⁸⁾

(b) 事業サービス当局

(Business Service Authority (BSA))

この当局は2005年10月に NHS 年金機関、処方価格当局、歯科診療委員会、詐欺抑制及び保証管理サービスから形成された。NHS 詐欺抑制保証管理サービスは1998年に確立された。それは保健省及び NHS 内での詐欺及び腐敗を予防し、調査する政策を展開し、調査する活動を行うことに責任をおっていた。この部門に2003-4年に250人のスタッフを擁し、1,330万ポンドの費用を使っている。

(c) NHS 訴訟当局 (NHS LA)

(d) 保健及びソーシャルケア情報センター

(HSCIC)

2005年4月、新保健及びソーシャルケア情報センターが保健省の統計部門と NHS 情報当局を統合することにより形成された。

(e) 国民患者安全機関 (NPSA)

国民患者安全機関は2001年7月設立された。2005年4月に NPSA は国民臨床評価当局の機能をひきついだ。

(f) 保健及び臨床技術評価全国機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence—NICE)

保健及び臨床技術評価の全国機構は、もともとの臨床技術評価の全国機構が保健機関の機能を吸収した2005年4月に形成された。臨床技術評価の全国機構 (NICE) は、もともと不健康の予防及び治療において証拠にもとづいた最良の診療 (evidence-based best practice) の上に患者、一般の人、保健ケアの専門家に提供することを目的として1999年2月に設置されていた。

(g) 薬剤誤用に対する全国治療機関 (The National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA))

この機関は保健省と国務省 (Home office) の間でイングランドの結合イニシアティブが2001年4月に設置された。その役割は地方の治療標準を改善し、薬剤誤用を削減するために、政府の主要な目標を達成すべく設置された。

(h) NHS 輸血及び移植 (NHS BT)

2005年10月に以前の NHS 輸血及び UK 移植の機能をひきついで NHS 輸血及び移植として知られる機関が設置された。

その他、執行非部門公的機関として2008年4月までに NHS にサービスを提供する8つの執行非部門公的機関ができる。最初の二つはモニターと保健ケア委員会で最も重要である。²⁹⁾

モニター (NHS ファウンデーション・トラスト) の独立の規制官 (independent regulator for foundation trusts)

モニターは2003年の保健及びソーシャルケア（コミュニティ保健及び標準）法の規定のもとに、2004年4月に設置された。その役割はNHS ファウンデーション・トラスト（NHS foundation trusts）に運営するライセンスを与え、ライセンスの条項の遵守をモニターすることであった。2003-4年に28人のスタッフと2,800万ポンドの運営費であった。執行非省公的機関として、それは自身の法定権限を有する。その他、保健ケア委員会—保健ケア監査及び検査委員会（Commission for Health Care and Inspections）もあるが、同じく2003年の法にもとづき2004年4月に設置された。³⁰⁾

第3部 サービスを購入する組織

プライマリ・ケア・トラスト (Primary Care Trusts)

患者にかわって保健ケアを購入する組織はNHS内で重要な地位をしめている。この機能は地理的に定められた人々にかわってプライマリケア・トラストとして知られる組織によって行なわれている。他の多くの購入機関も展開されており、これらは一般人口のための開業医の購入サービスなどを含む。

プライマリケア・トラストすなわちPCTsは2002年4月以前、第一次及び第二次ならびに地方の人口に対するコミュニティ保健ケアサービスに対して責任をおっていた。PCTsは1997年のホワイトペーパー「新NHS：現代的な頼りになる」(The New NHS. Modern Dependable)においてプライマリケアグループ (Primary Care Group—PCGs) —およそ人口10万人をカバーする一般開業医の地理的に規定されたグループにかわって導入された。イングランドの全人口は平均17万人の303PCTsにより2004年現在カバーされている。もっとも現実には規模はさまざまである。それらの殆ど90%は地方当局の境界と重なっている。

その設置以来、多くのPCTsは統合し稀少な運営上及び組織上の能力を一層利用しやすくするために共同運営チームをつくって、房状に組織されている。しかし、保健省はPCTsの数を100以下に減らし一層大きな人口（およそ50万人）をカバーする、一層大きな組織にする意図を示した。これらの新PCTsは原則的に地方当局社会サービス部の境界に並んだ境界をもつべきである。PCTの再構成は戦略保健当局により監視されるべきである。保健省はその変化が2006年10月までに完成させることとした。³¹⁾

機能

PCTsの役割はコミュニティの保健を改善し、高度の質のプライマリー、二次的ならびにコミュニティケ

アサービスを提供し、地方の保健及びソーシャルケアサービスを統合することである。これは、彼らの地方の人びとに対する完全な範囲の保健ケアとコミュニティサービスの開業医診療による購入と購入の監視に責任をおう。この目的のために、PCTsは総NHS予算の80%以上を受ける。

計画機能

地方レベルでのNHSに対する主導的計画者として、PCTsは彼らの地方の人口の保健ケアのニーズを確認し、それらを年次の地方供給プランに組み入れることに責任をおう。これらのプランは各PCTs地域における計画的保健サービス改善を次の3年間にわたって述べるべきである。そして不適切な入院を減らし、アクセス可能なhigh-street立地におけるサービスを展開するのを助けて病院看護にかわるべきものを展開する衝動における重要な道具と考えられている。PCTsは全国優先地域と3年間にわたるそれらの関連した目標を定めた全国計画化の枠組み (planning framework) の脈絡においてサービスの計画を企てる。2005-6年から2006-7年の期間について枠組みは保健省の財務省との公的サービス協定から得られた4つの全国的優先領域をカバーする。すなわち、人口の保健福利、長期の医療状態、サービスへのアクセス及び患者ユーザーの経験である。³²⁾

(a) 地方当局とのパートナーシップ

PCTsはまた、健康を改善し、保健教育、コミュニティの展開、社会的ならびに経済的再生の促進のために、地方当局や他の機関とのパートナーシップに主導権をとる。1999年の保健法 (Health Act) は地方当局と資源をプールすることを可能にした。それで彼らは保健およびソーシャルケアサービスを要求するグループに対してソーシャルケアサービスの共同購入を企てることができる。³³⁾

(b) プライマリ及びコミュニティケアサービス

PCTsは一般開業医診療との契約を通じてプライマリ・ケア・サービスを提供できる。伝統的とは、開業医サービスは独立の一般開業医により一般医療サービス (General Medical Services : GMS) として知られる全国的に協定された契約の枠組みを通じて提供されてきた。1998年以来、個人医療サービス (Personal Medical Services (PMS)) として知られる地方的に展開された契約もまた導入された。それで俸給制の開業医も含めてさまざまな方法で看護師等のスタッフを雇用することにより、地方的なニーズ (例えば剥奪されたあるいは医師の少ない地域に対して) に応えられる

ようになった。2004年12月以来、時間外 (out-of-hours) 一般開業医サービスの提供の確保にも責任をおうようになった。もっとも、ある場合は、これらは個人の一般開業医診療によっても提供されている。しかし、ますます一般開業医の協同組合により提供されている。これは、彼らの患者のために共同の時間外の担保を提供する診療のグループや中央で運営される協同組合のために余分の交替制 (extra shift) のようなさまざまな就労取極めを含む。2003年、保健及びソーシャルケア法により、2004年4月以来 PCTs は代替的提供者から「特別な」プライマリケアサービス (時間外サービスなど) を購入できるようになった。これは代替的提供者医療サービス (Alternative Provider Medical Services—APMS) として知られている。これらは商業的あるいは非利潤保健ケア組織、他の PCTs あるいは NHS 病院トラストあるいは foundation trust さえある。³⁴⁾

PCTs はまた薬剤師及び視力検査官そして2005年4月以来、NHS 歯科サービスのようなほかの家族保健サービス提供者によるサービスの供与を監視する。それらはまた地区保育 (nursing)、保健訪問、家族計画、足治療、物理療法、リハビリテーションサービスのようなコミュニティ保健サービスの供与保証に責任をおっている。それらはこれらのサービスを他の提供者から購入することにより、あるいはそれら自身が提供することにより、これらのサービスを保証する。保健省発行の「患者主導の NHS」(Patient-Led NHS) は2008年12月までに、PCTs はこうしたサービスを、別の提供者から購入が不可能な場合にのみ提供すべきであるという保健省の意図を明らかにした。³⁵⁾

これらのコミュニティ保健サービスは開業医診療、コミュニティ保健センター、コミュニティ病院ならびに人々自身の家を通じて提供されている。そしてますます、こうしたサービスの利用について患者の経験を改善し、入院をさける援助をすべく、慢性状態をもった患者の家の近くでケアを提供することに重点をおくこととなった。

PCTs がこれを達成する一つの方法は PCTs に彼ら自身のスタッフを、PCT 医療サービス (PCT Medical Services—PCTMS) として知られる取極めのもとに直接雇うことにより、それらを PCT に認める新取りきめを通じてである。³⁶⁾

なお、31の PCTs は剥奪された地域で働く高級な人をひきつける目的で、教育の地位も有している。これらの PCTs は開業医や他の保健看護の専門家に、学習や研究及び展開 (development) に重点をおいて、臨床

のポストを提供している。

(c) 二次ケアサービス

PCTs は二次ケアサービスを二次ケア提供者から購入する。以前には、これらは NHS トラスト (NHS trusts) 一急性病院トラスト、整形外科あるいは学習障害サービスのような特殊なサービスを提供する専門医トラスト、精神衛生トラスト、救急トラストをカバーする一般的な用語) であった。これらの提供者から二次ケアを購入することは NHS 契約すなわち法的に強制ではないが、保健大臣により監視されるサービスレベルの協定を含む。

より近年は、PCTs は新しく設置した NHS foundation trusts、そして独立 (民間及びボランタリー) セクターにおける病院からサービスを購入し始めた。この購入は法的に強制的な契約を含む。PCTs はまた幾つかの選択的サービス (診断的ならびに外科的手続きのような) を NHS ならびに独立セクターの治療センター (Independent Sector Treatment Centres—ISTC) からも購入できる。その意図は2006年から PCTs は患者が少なくとも4または5の選別的ケアの異なった提供者から選ぶことができるような方法で二次的ケアサービスを購入すべきであるということからきている。さらに2008年からは患者はケアの NHS 水準を満たし国の料率表に定めた率で支払う、いかなる提供者—NHS、民間あるいはボランタリー—から選ぶことができるべきである。

なお2005年4月には、開業医診療をベースにした購入 (GP practice-based commissioning) が導入された。PCTs の購入の役割は変わることとなる。開業医診療はサービスの購入、購入されるべきサービスの型と水準の決定、購入されるべき提供者について、ますます責任をおうこととなる。その結果、PCTs はただ、開業医診療の購入決定が国と地方の目的と目標に一致していることを保証することのみ責任をおうことになるであろう。PCTs はまた、診療が予算内にあることを保証し、診療にかわって提供者と契約をし、契約内で行われた活動をモニターする「機関」の役割を引受けることになるであろう。³⁷⁾

(d) 専門医サービス (Specialist Services)

PCTs はまた、癌や神経外科、血友病サービスのようないわゆる第三次サービスに対しても責任をおう。こうしたサービスは100万人以上の人口に対して比較的少数の専門医センターで提供される。この仕事は5戦略保健当局地域までをカバーする共同購入グループにより行われる。彼らは計画、

購入、これらのサービスの資金調達に対しても責任をおう。2006年4月以後、PCTsは刑務所保健サービスの購入に対しても責任をおっている。³⁸⁾

(e) 進行中の変化

NHSの改革の進行はPCTの機能が少なくとも近い将来、進展のなかにとどまりそうである。2004年6月、保健省はそれらの発達が次の改革の段階で「より高い優先性」を達成することであると述べた。このことはPCTs、地方サービス発達の方向に影響するサービスの創設者としての彼らの立場を事実上使用して、PCTの購入の潜在性を実現することを含む。

保健省はまた、すべてのNHS組織はおそらくPCTsを含む究極的にfoundationの地位を達成すべきことを意図する。しかし、2001年の保健及びソーシャルケア法のもとでPCTsはすでに独立(民間及びボランタリー)セクターからの組織と共同事業体(joint ventures)を形成することができる。

PCTsが展開されると同時に、多くの政策イニシアティブが現実に彼らの付託を削減し、彼らの機能を制限することになるであろう。PCTsと地方当局ソーシャルサービスとの間の協を増すという長期に確立された政策目標はケアトラスト(care trust)の導入にみちびいた。これは幾らかのPCTsをして彼らの高齢者に対する責任を地方のケアトラスト(local care trust)に譲る方向にみちびいた。同時に児童トラスト(children trust)が最近導入された。PCTsはそれに対し、児童保健サービスを購入し提供する責任を譲り渡すことができる。おそらく、より根本的に、開業医をベースにした購入(GP practise-based commissioning)の発展は完全な範囲の保健ケアサービスの提供及び購入に関しての決定をするPCTsの責任を除去しないにしても、削減することとなる。PCTsはますます代理機関の役割(an 'agency role')を残されることとなる。³⁹⁾

構造

PCTsは独立の組織として法において確立された。他のNHS組織と同様に、それらは協同機関(corporate bodies)であり、その仕事は執行及び非執行メンバーにより監視される。各PCTは臨床問題に勧告を行う専門的執行委員会(professional executive committee-PEC)をも有している。これらの二つの機関の下で、上級管理チーム(senior management team)がPCTの日常の運営を監督する責任をおう他のNHS組織と異なり、PCTsが管理費に費やすことができる財政額に上限はない。最近の2002-3年の数字は総額でイングランドで7億2,300万ポンドであり、PCTあたり平均

2,400万ポンドである。⁴⁰⁾

委員会のメンバーは15人に制限されている。それは執行委員長、財務指揮者(director)、公衆衛生の指揮者、それにPECの二人の他のメンバーを含んで少なくともPCTの最低5人の執行メンバーを含む⁴¹⁾。

開業医診療をベースにした購入

(GP practise-based commissioning)

2004年6月、保健省は一般開業医診療に対するサービスを購入するための責任を譲り渡す意図のあらましを明らかにした。これは開業医が第二次ケアにより効果的に回付を行うインセンティブを与え、NHSの節約をもたらすことを意図したものである。指標予算(indicative budgets-診療が利用できる金額をつげられるがPCTsが現実には予算を持ち続ける)から完全に譲渡された診療予算になる。さまざまなモデルが確立され評価されるべきである。⁴²⁾

指標予算は2005年4月に第一段階として導入された。参加を欲する診療は計画された(選択的)及び救急ケアに対して、自らが購入しようとする特別のサービスについて彼らのPCTsと同意しなければならない。保健省の発行した「患者主導のNHSを購入する」(commissioning a patient-led NHS)はしたがって2006年12月までにすべてのコミュニティ及び二次保健サービスPCTsによるよりも開業医診療(いわゆる開業医診療をベースにした購入)によって企てられる、という保健省の意図を確言した。彼らは彼らの登録された患者の保健ケアニーズを決定するのに、そしてそれがいかにみだされるかに責任をおう。このことは診療は提供されるべきサービスの型及び水準、これらがどの提供者から購入されべきかをきめねばならないことを意味する。診療は改善された患者サービスのためになした貯蓄を使うことができる。

保健省は個々の診療の規模や異なったサービスに対する活動水準により、さまざまな形態の購入グループがあることを期待する。幾らかのサービスは個々の診療により購入されるか他の診療は彼らのサービスのすべてあるいは幾らかを購入するためにlocalitiesとして知られるグループで作業することを選ぶかもしれない。⁴³⁾

開業医診療をベースにした購入のなかで、PCTsは診療の購入決定は、患者に病院提供者の選択を与え、地方の供給プラン(Local Delivery Plan)における目標の達成を与えるような、国及び地方の要求に一致することを保証する責任がある。

2005-6年について、診療予算は過去の活動水準すなわち前年の回付データを基礎に定められた。2006-7年から、公正な持分 (fair shares) アプローチが導入される。診療は予算が加重人頭割方式の基礎の上に割当てられる制度の方向に動く。これらの方式 (formulae) は保健ケアニードの尺度に対して調整された人口の基礎 (登録リストの大きさ) の上に資源を配分することを企てる。⁴⁴⁾

ケアトラスト (care trust)

ケア・トラストは1999年の「NHS プラン」で発表され、2001年の保健及びソーシャル・ケア法で制定された。統合された保健及びソーシャルケアサービスを容易にすることを意図して、それらは高齢者のグループに対する NHS 及び地方当局による保健及びソーシャルケアサービスの共同基金 (Joint funding) を認めた1999年の保健法によって導入された柔軟性の上に立てられた。こうして、ケアトラストは NHS 機関 (PCTs あるいは NHS トラスト) の間の任意のパートナーシップである。

ケアトラストは保健省の重要な政策目標ではあるけれども、2005年5月までに、任意の申請の結果八つのみが設立されたにすぎなかった。ケアトラストの貧弱な数はおそらくは NHS の組織についての改革と組織変化の期間中の導入であることがあるといわれる。また、さらに PCTs 自体がサービスの提供をやめるべきであるという考えも影響している。⁴⁵⁾

(a) ケアトラストの機能と構造

ケアトラストは組織上の境界を横断して総合化され調整された保健及びソーシャルケアサービスの供給を容易にするために導入された。それらは高齢者や精神保健あるいは学習障害問題をもつもののような複雑なニーズをもつ害を被りやすい人口をことに目標にしている。2005年5月までに設置された分のうち、五つは精神保健サービス、二つは高齢者に対するサービスを提供し、一つは一つの PCT により作られたもので、成人のソーシャルサービスならびにプライマリ及び二次保健ケアサービスを提供する。

ケアトラストが彼らの付託を達成すべく機能する方法は彼らの構成する組織に依存する。PCTs 及び地方当局サービスの間にはパートナーシップによって作られたものは彼らの人口にかわってサービスを購入し、彼らに直接的にサービスを提供する。⁴⁶⁾

NHS トラスト (精神保健トラストなど) と地方当局

ソーシャルサービスの間にはパートナーシップにより確立されたケアトラストは提供者機能をもつ。それらは地方の PCTs、開業医診療及び地方当局に彼らのサービスを提供したり売ったりする。地方 PCTs などは地方の人口のためにそれらを購入する。こうしてこれらのケアトラストは一つまたはそれ以上の PCTs の人口と彼らのおおのの地方当局の人口にサービスを売ることができる。もっとも、それらは必ずしも同じ地理的人口と保健及びソーシャルケアサービスを提供するのではない。例えば、ブラッドフォード地区ケアトラストはコミュニティ精神保健トラストと地方当局精神保健及び学習障害サービスの間にはパートナーシップである。そのサービスは55万人以上のために地方の PCTs と地方当局により購入される。それは五つの PCTs の人口に精神保健サービスを提供する。しかし、ただそれらの四つに学習障害サービスのみを提供する。五番目のものの学習障害者は別の地方当局によりサービスを与えられる。⁴⁷⁾

ケアトラストは地方当局機能を付加した法定の NHS 機関である。彼らの構造と規模はそれらを形づくる網製組織に依存する。こうしてそれらは高齢者サービスを提供するような PCT のある種のゆずりを受けた機能を遂行する一つの PCT あるいは精神保健トラストのような NHS トラストにより形づくられるかもしれない。それらは一つあるいはそれと上の地方当局により譲渡された地方当局機能を実行する。⁴⁸⁾

PCTs や他の NHS 組織と同様、ケアトラストはおのおのがその働き及び戦略的指揮を監視する委員会をもつ法人組織の機関である。この委員会はケアトラストがその財政的、法的な責任をみたすことを保証し、基金の利用、提供されるケアの質及びガバナンス取りきめを監視する責任を有する。委員会のメンバーは PCTs のそれに似ている。⁴⁹⁾

児童トラスト

児童トラスト (Children's trusts - ChTs) は2003年のグリーンペーパー「すべての児童は大切である」(Every Child Matters) においてもち出された。その後、2004年の児童法 (Children's Act) は必要な権限を規定し、児童の福祉にかかわる機関に共同する義務を課し、彼らが彼らの予算をプールすることを可能にした。これはビクトリア・クリムビー (Victoria Climbié - 後に虐待が認められて病院に数回入院し、死亡したときソーシャルワーカーのケアのもとにあった当時9歳

の児童)の死の調査を含めて、多くの児童保護サービス的手段に関する勧告に対する反応であった。⁵⁰⁾

その意図は、すべての地方当局は2008年までに児童トラスト(ChTs)をもつべきことである。2003年7月に35の「先導者」の児童トラストがイングランドのさまざまなところに設置された。そして2006年まで運営されることとなった。それらの経験と成果は評価され、最終的な児童トラストのモデルを決定される基礎として使用されることになった。

児童トラストは地方の教育、ソーシャルサービス及び児童及び若年者(19歳まで)に対する保健ケアサービスを統合することを意図している。諸機関の間の共同の働き(Joined-up working)を容易にすることを意図して、それらの基本的な機能は整合(co-ordination)のそれである。児童トラストはプールされた予算を使って児童のニーズを認識するのに責任ある単一の組織及び必要とされる保健、社会及び教育サービスを購入するのに責任ある単一の組織を提供する。児童トラストはまた、例えば個人的なアドバイザーや児童トラストに直属の主たるワーカーを通じて自身でサービスを提供できる。⁵¹⁾

児童トラストは傷つきやすい児童(世話をしてもらわぬすなわち地方サービスのケアのもとにある者)や特殊な健康、ソーシャルケアあるいは教育上のニーズのある人にもともとかわった。しかし、意図は彼らは地方のなかですべての児童の福祉を改善するのにより広範な役割、例えば予防的保健における改善及びソーシャルケア問題に指導権を発揮することにおいて究極的に広範な役割を果たすことである。

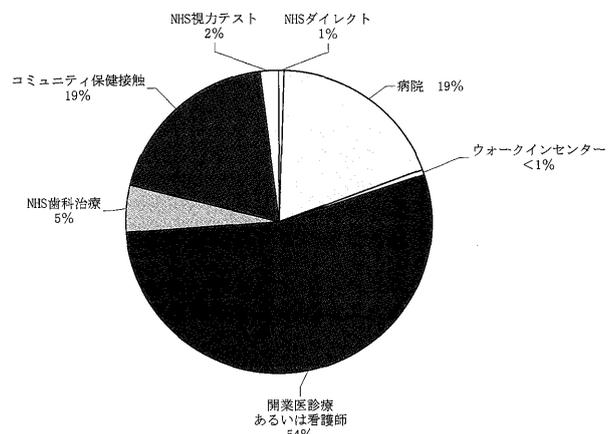
児童トラストは保健サービス、ソーシャルサービス及び教育サービスの間の任意のパートナーシップであり、PCTは彼らに児童保健サービス(コミュニティ小児科、10代の妊娠、児童及び青年の精神保健サービス)に対するその責任を移譲する。地方の事業により児童トラストは若年者犯罪チーム及びSure Start*プログラムのような児童サービスをカバーすることができる。

ケアトラストと異なり、児童トラストは個別の法的存在ではなくて、児童に対し法定義務を有する地方当局の一部であり、地方当局によりひきいられている。保健サービスに対する1999年の保健法のもとでPCTsにより彼らに譲り渡されている(保健法はPCTsが地方当局に機能を移譲することができ、地方当局と予算をプールすることを可能にしている)。彼らの構造及びガバナンスの取極めに要件はない。異なったモデルが最初の先導者の児童トラスト(pathfinder ChTs)の経

験にてらして比較される。しかし、それらは児童トラストが提供するサービスに対して責任をおう児童サービスの地方当局の指導官(directors)により監督される。⁵²⁾

第4部 サービスを提供する組織

NHS サービスを提供する組織は最も簡単に病院の背景以外のサービス(一般診療のようなプライマリケアサービス)を提供するものと専門医、二次ケアサービスを提供する「急性」病院に範疇化される。幾らかの病院は第三次ケア(神経外科、胸部外科、血友病の治療)を提供できる。歴史的に病院は人びとがNHSともつ日々の接触の19%のみを説明するとしても、病院はサービス提供のためのNHS予算の50%をしめる。「『新しい』NHSの鍵となる特徴は第二次的及びプライマリケアにおいて一層サービス提供者の多様性をました。これまでの病院サービスにかわるべきもの、伝統的病院背景における第二次ケアにかわるべきものを提供しようとする運動である。」⁵³⁾



提供者による、1日あたりNHSとの総接触の比率(金額では病院が大きくなる)

Department of Health: Chief Executives Report to the NHS, December 2004.

Alison Talbot-Smith and Allyson M. Pollock, The New NHS: A guide, 2005, P.48

プライマリケア(primary care)

プライマリケアは病院の外で与えられる保健サービスに言及する。NHSが中心で年に3億以上の患者接触をもって日常の患者接触の81%を説明する。それは伝統的に一般開業医(歯科医、コミュニティ薬剤師、眼鏡商)により与えられる家族保健サービスを含む。それはまたコミュニティ保健サービス、すなわちコミュニティ病院及びクリニックのようなコミュニティの施設あるいは地区の看護師あるいは保健訪問者によって

提供される患者自身の家において供与されるサービスを含む。幾らかのコミュニティ保健サービスはまた病院によって雇われているが、制限的な看護師 (continence nurses) や stomatherapists のような家庭で患者につきそう看護師により提供される。⁵⁴⁾

これらの従業者 (practitioners) の多くの役割は保健省が病院の外で与えられるサービスの型や水準を増す方法を探究するにつれて、変わりつつある。同時に、プライマリケアの伝統的提供者にかわるべき多くが展開されつつある。これらは看護師主導の walk-in centres 及び救急あるいは時間外 NHS ケアへの簡単な進入点として究極的に行動する電話サービスである NHS Direct を含む。

一般開業医及びプライマリ保健ケアチーム

一般開業医は通常、人びとの NHS との最初の接点である。彼らは彼らの診療に登録した患者、一般には地方のその地域に住んでいる人びとにサービスを提供する。診療は単独の開業医診療から10人あるいはそれ以上の開業医のいる大きな医療センターに至るまで広範にわたる。2004年に31,500人以上の開業医のある凡そ8,944の一般診療がある。パートタイム就労を考慮すると、これは28,000人以上の全日制担当の開業医になる。NHS の他の領域におけるように、開業医の募集は継続した問題であり、2003-4年にイングランド及びウェールズで3,240の開業医のポストはうめられていない。⁵⁵⁾

一般開業医は診療看護師 (practice nurse)、コミュニティ看護師、保健訪問師 (health visitors)、診療管理者、運営スタッフのようなプライマリ保健ケアチームの他のメンバーとともに働く。診療管理者、看護師及び受付のような人の多くは一般開業医の診療により雇われるが、保健訪問師のような多くは PCTs により中心的に雇われる。

一般開業医及びプライマリケアチームはいわゆる一般医療サービスといわれるものを提供する。すなわち医療手当 (medical attention) を求める人の治療をし、呼吸器病のような慢性状態をとまう患者のケアをし、赤ちゃんや母親の保健チェックのような予防サービスを提供する。彼らはまた二次ケアサービスへのアクセスを統制するゲイトキーパーの役割をも果たす。すなわち選択的あるいは非救急の病院ケアへのアクセスは一般開業医の紹介 (referral) が必要とされる。2003-4年に、開業医は病院専門医に900万人以上の患者を紹介した。2005年4月以来、一般開業医診療は二次ケアの購入のための指標予算 (indicative budgets) をも保

持することができるようになり、2006年12月までにコミュニティ及び二次保健ケアサービスのすべての面の購入に対して責任をおうようになった。このいわゆる開業医診療をベースにした購入は個人診療あるいはグループ診療の決定を、彼らの予算の枠 (第二次及び他の保健ケアサービスが彼らの患者のために購入されるもの) 内で含む。⁵⁶⁾

一般開業医及びプライマリ保健ケアチームの他のメンバーの役割は「特別の利害をもつ開業医」(practitioner with special interest) として知られるイニシアティブを通じて拡大されつつある。これは伝統的に病院外来クリニックに生じているであろう100万のアポイントメントを2006年までにプライマリケアに移すことにより、一層の専門医サービスへの患者のアクセスを改善することを意図している。それはまた二次ケアの手続き、ことに直接鏡 (内視鏡検査) のような診断テスト及び小手術をプライマリケア及びコミュニティをベースにした枠 (setting) にもたらすことを意図している。このイニシアティブはもともと一般開業医に焦点をあてた。2004年5月までに1,300人以上の一般開業医が特別の利害関係を展開した。そして推定532,000の専門医手続きが2003-4年にプライマリケアにおいて企てられた。看護師や物理療法士のような保健専門家がますます特別利害関係を展開しつつあり、糖尿病や呼吸器病のような慢性状態をもつ患者に対して多面的な訓練的ケア (multidisciplinary care) を与えるべく PCTs によって使われている。これは PCT 医療サービスとして知られてる取りきめのもとと特殊な医療サービスを直接に与えるべく PCTs に保健専門家を雇用することを認めることにより容易となった。しかし、保健省は2008年12月までに PCTs は別の提供者から購入できないときのみ、こうしたサービスを提供すべきであるとした。このことは、将来こうしたサービスの提供は PCTs によって行われることはなさそうであることを意味する。

医師が給料を得ている NHS の他のものとは異なり、一般開業医は独立の開業医である。彼らは単独あるいは2人以上の開業医のパートナーと組んで小事業として運営する。2004年以来、パートナーは診療管理者、看護師及び連合した保健の専門家及び薬剤師の他のメンバーを含めることができる。一般開業医は彼らの地方の PCT に対する契約の下で彼らのサービスを提供する。この仕事はそれぞれ一般医療サービス (GMS)、個人医療サービス (PMS) 及び俸給一般開業医サービスとして知られる幾つかの代替的な方法において組織

される。

開業医は一般医療サービスの取りきめのもとに伝統的に医療を提供してきた。2004年4月には新一般医療サービス (GMS) 契約が、PCTs と開業医診療の間の地方的に協議された協定のもとに導入された。個々の開業医はもはや一日24時間、週に7日、総合的ケアを提供するのに責任をおわない。かわりに、すべての診療が提供しなければならない「基本的サービス」は病気であり、あるいは病気であると考え者に対する医療ケアと終末疾病患者の一般的管理である。診療は二つのサービスの種類を提供するかを選択することができる。すなわち慢性病管理、予防注射、避妊及び児童保健サーベイランスサービスを含み、そして通常提供すると考えられるが彼らが提供することを選択除外 (opt out) できる「追加的サービス」それに提供することを選択できる (opt in) 強化サービス (enhanced services) である。⁵⁷⁾

さらに新一般医療サービス契約では、一般開業医はもはやウィークデイの午後6時30分から午前8時に提供されるサービス及び週末及び銀行及び他の公的休日の時間外ケアを提供することを求められない。診療は彼らの PCT が同意するならばこのケアの提供を選ぶことができるが、その提供の責任はいまや PCTs にある。PCTs はそれを地方の診療あるいは地方の診療の協同組合 (co-operative) との協定を通じて提供できる (時間外サービスのよう) 専門化されたサービスの代替的提供者 (alternative providers) と代替的提供者医療サービス (alternative provider medical service - APM S) を契約できる。代替的提供者は「利潤を得る」ならびに「非営利」の保健ケア組織ならびに他の PCTs (そして NHS 病院トラスト及びファウンデーション・トラストさえも) を含むことができる。⁵⁸⁾

一般医療サービス (GMS) 契約は一般開業医が報酬を得る方法をも変えた。⁵⁹⁾ 各開業医は開業医の所得、スタッフの給与、基本的サービスの提供、もし彼らが提供を選ぶ場合の「追加的サービス」を提供する費用を含む運営費をカバーする総額 (global sum) として知られる診療予算 (practice budget) を2004年4月からは受けることとなった。さらなる支払いは増加したプライマリケアサービスを提供したことに対してなされた。診療はまた「質的支払」(quality payments) の形において彼らの所得の相当部分を受ける。これらの支払いは「質及び成果の枠組み」に対する彼らのパフォーマンスを基礎に行われた。この開業医診療の方法における変化は秘密的なものと考えられるかもしれない。

「しかし、診療における開業医が有する数から報酬をたち切めることはプライマリケアにおける技能混合を変えざる御者として活動する潜在性を有する。⁶⁰⁾」

個人医療サービスすなわち PMS のもとでのプライマリケアサービスの提供は1998年にパイロット形態で導入されていた。2004年までにそれは永遠なる形態となり、そのときまでに開業医の37%以上は PMS 契約のもとで働いていた。

PMS は彼ら自身の労働取りきめを展開することを開業医診療に可能ならしめる任意の制度である。地方で協議された契約は PCT と「PMS 制度」の間で行われる。この場合、開業医に対するサービスの案件、彼らの報酬、制度がどのようなサービスを提供するかは自由である。サービス提供における柔軟性と革新性を極大化するために PCT 開業医診療により雇われた看護師、歯科医、他の保健ケア専門家とともに一人または一人以上の開業医と契約することができる。専門医 PMS 制度に対しては PCT は専門医、看護師、PCT、NHS トラスト、ファウンデーション・トラストによって雇われる総合 (allied) 保健専門者と契約する。⁶¹⁾

GMS 及び PMS 取りきめのもとでの開業医は同意された臨床数期間 (agreed number of clinical sessions) を働きに対して報酬を与えられる俸給制の開業医として働くことを選択することもできる。2004年までに開業医の9%は俸給制であった。

一般開業医診療にかわるべきもの

①プライマリケアウォークインセンター

(Primary care walk in centre)

プライマリケアウォークインセンターは NHS を現代化する政府の約束の一部として1999年4月に発表された。これらの看護師主導のセンターはサービスへのアクセスを改善することを意図したもので小さな傷害や軽微な病気に対するアドバイスや治療へオープンなアクセスを提供することにより、「主流の」プライマリケアサービスへの補充として働くものであり、一般開業医とのアポイントメントや登録は求められない。それらは地方の NHS サービス、ソーシャルサービス及び他の法定及び任意のサービスについての情報も提供する。⁶²⁾

センターは朝早くから夜遅くまで週7日間開いている。幾らかは現在の病院事故救急サービスのように位置しているが、それらはまた患者そしてことに郊外通勤者に対する地理的アクセスを改善することを意図し

ている。多くは町のセンター及び輸送ターミナルに位置している。

2004年の終わりまでに、イングランドで65のNHS ウォークインセンターがあった。それらは典型的にPCTsにより運営されている。保健省の示唆したモデルは常勤にして12人の看護スタッフと各交替ごとに2人の受け、二人の運営スタッフをプールしたものである。患者はつきに2,500人を予想した。2004年4月までに150万人の患者が来た。しかし、それらは開業医の時間外サービス、事故及び救急部門などの他のサービスを目だつて減少することはなかった。

②NHS Direct

NHS Directは1998年3月に導入された。そして2000年の終りには全国的に拡大された。それは看護師の運営する24時間電話による援助を与えるもので、サービスのアクセス可能性及び応答（responsiveness）を改善することを意図するもので、保健問題及びNHSについて、より容易なより早い情報とアドバイスを提供しようとするものであった。それはまた要優先治療負傷者（triaging）制度を提供し、人びとを適切な保健ケア提供者にむける。その付託は2006年までに時間外のケアへのアクセスの唯一の点にそれをすることを目標として拡大された。

NHS Directはいまや世界で最大の電話の保健アドバイスの提供者である。2004年4月には、それは22の地域提供者単位を通じて国を横断してサービスを提供するのに責任をおう全国提供者単位として、それは特別保健当局になった。2,000人のスタッフを有するが、彼らの多くは他のNHS組織から集められた。2005-6年までに1億6,300万ポンドの運営費であり、必要な基金はそのサービスを購入するPCTsに人頭割あるいは人口ベースで割当てられた。ただ、次の数年間に特別保健当局は廃止されある種の独立の地位が与えられるという。⁶³⁾

2004年4月以降、PCTsは彼らの地方の人口にかかわつてNHS Directサービスの購入に責任をおうようになった。保健省はこれは将来、節約のためにPCTsの協会（consortia）によって行われるべきだと主張している。NHS Directサービスは新GMS契約のそれに似た枠組みを使って購入される。それは三つのレベルに分類される。⁶⁴⁾ 第一のレベルは全国指向サービス（nationally directed services）で、特別の臨床問題に対して最も適切な参照（referral）を示すとともに一般的な保健情報やアドバイスを提供する電話のhelp-lineサービスから

なりたっている。

第二の範疇は全国的に強化されたサービス（nationally enhanced services）である。これは、救急あるいは時間外サービスへのアクセスの単一の点としての2006年12月までの展開を含む。人びとは時間外の開業医診療へのアクセスを得るためにNHS Directを知らねばならない。

第三の範疇はPCTsが地方のニーズにしたがって購入することができる「地方的に強化されたサービス（locally enhanced services）である。例はNHS Directの下部構造及び患者アドバイス及び連絡サービス（Patient advice and Liason services—PALS）のためのスタッフを訓練するためのNHS及び地方サービスに対する情報の使用及び電話取り扱いサービスの供給を含む。

特殊な保健当局として、NHS Directは保健大臣に責任をおう。そしてNHSの一般コーポレートガバナンス取りきめを含む。こうしてそれは執行及び非執行の理事者と素人の議長の委員会がある。彼らはサービスの質と基金の使用について責任をおう。NHS DirectはまたPCTsとそれの契約を通じて与えられるサービスの性質と質を特定するサービスを購入するPCTsに対して責任をおう。他のNHS機関と同様、それはクリニカル・ガバナンスの義務をおう。

非NHSプライマリケア（Non-NHS primary care）

歴史的にNHSは多かれ少なかれ、使用の時点で無料である普通的プライマリケアサービスを提供してきた。一般開業医は、もし患者が一般開業医に登録されているならば、私的に患者を扱うことは認められていない。これらの理由のために、プライマリケアサービスの民間供給は伝統的に小規模のものであり、イギリスのすべての開業医の診療のわずか3%であった。

これらはその診療がもっぱら私的で、富裕な患者にのみ、しかも多くはロンドン地域において診療する少数の開業医（およそ200人）により提供された。また多くの開業医はパートタイムの民間サービスを提供している。

しかし、民間のプライマリケアサービスの提供は上昇しはじめている。2004年の新一般開業医契約の導入以来、PCTsがいまや彼らの人口に対して完全な範囲のプライマリケアサービスの保証に責任をおっているが、一方開業医は時間内及び時間外についてもこれらのサービスのある種の要素を提供しないと決定することができる。PCTsはサービスがいかんして提供でき

るかに関して一層革新的であることを奨励され、そしてサービスを新代替的提供者医療サービス (Alternative provider medical services—APMS) 取りきめを通じて独立セクターから購入できる。また、PCTs は新 PCTMS (PCT 医療サービス) 取りきめを通じて彼ら自身独立でサービスを提供できる。⁶⁵⁾

他の家族保健サービス

(a) NHS 歯科 (NHS Denstry)

口の保健 NHS 歯科サービスを維持するのに必要なすべての治療は NHS を利用できる。しかし、他の NHS の治療とは異なり、提供の時点で無料ではない。患者は治療のすべてのコースについて規定された料金の殆どに責任をおう。もっとも児童、妊娠女性、所得補助を受けている人などのグループは料金を免除される。成人は治療の各コースについて最大378ポンドまでの治療費の80%を通常支払う。2004年に NHS はおよそ19,300人の歯科医を通じて歯科サービスを提供した。2002年及び3年において殆ど1,700万の成人と700万の児童が NHS 歯科医に登録されており、成人は NHS 治療の2,600万コース以上を受けた。

NHS 歯科サービスを保証する責任は2003年の「保健及びソーシャルケア (コミュニティ保健及び標準) 法」のもとで2005年10月に PCTs に移譲された。PCTs はいまや歯科サービスを提供する予算を保持し、2005—6年の患者負担のネットは160億ポンドの推定である。

NHS 歯科サービスは伝統的に歯科医が NHS サービスを提供する個人契約である一般歯科医サービスとして知られる取りきめのもとに行われてきた。2005年10月の新一般新歯科医サービス (general dental services) の導入により、目標は PCTs が個人歯科医とよりも歯科診療をする方向に動いている。この新契約は NHS 歯科サービスに対する報酬制度を、歯科医がその仕事の項目ごとに支払われる料金サービス制 (fee for service system) から診療が彼らの患者に歯科ケアを提供する年々の額を受ける制度に移った。これは事業サービス当局 (Business Services Authorities) による月々の分割払いで支払われる。

歯科医は独立の開業医として活動し、NHS サービスを提供するか否かは自由である。もし、彼らがそうするならば、彼らは NHS を通じて彼らの診療に登録した患者にのみサービスを提供することを求められる。大抵の歯科診療医は私的及び NHS 患者の両方をとるが、NHS 患者を扱うのに費やす歯科医の時間比率は減少しており多くの地域で NHS 歯科医のきびしい供給不足が生じている。⁶⁶⁾

NHS 歯科サービスの提供を増やすイニシアティブは PCTs が地方で交渉された個人的歯科サービス (PDS) 取りきめを使って、歯科保健ケア専門家を直接的に雇用することを認めることを含む。これらは一般医療サービスに対する PMS 取りきめに類似した、地方供給の問題に対応すべく1998年に導入された柔軟な取りきめである。2004年までに3,500人の歯科医師が1,300の診療において PDS 取りきめのもとに働いている。もう一つのイニシアティブは2000年の歯科「オープンアクセス」センター (dental open access' center) の導入であった。2004年までにアクセスの最悪の地域で47のセンターが運営された。センターは歯科診療に登録されていない患者に対して応急の NHS ケアを提供する。一方、法は民間会社の NHS 歯科サービスの一層の拡大を認めるようにかわりつつある。⁶⁷⁾

(b) NHS 薬剤サービス

(NHS pharmaceutical services)

プライマリケアのなかでの NHS 薬剤サービスは薬剤に対する NHS 処方、注射器あるいは血液ぶどう糖 (glucose) 水準をモニターする器具のような器具からなる。処方是一般開業医、歯科医、そしてまた2003年以来、看護師及び一定範囲の処方のみを処方することができる「補足的処方者」としての資格をもつ薬剤師によってもなされる。現実の処方調剤はコミュニティ薬剤師、田舎の地域では開業外科医 (GP surgeries) によっても行なわれる。

殆ど1万の薬局は NHS 処方を調剤する契約をしている。そして開業外科医の75%は300メートル以内のコミュニティ薬局を有している。これらはより大きい法人とより小さいコミュニティ薬剤師を含む。2004年6月までの年に6億6,800万の調剤が処方され、薬剤は78億ポンドであった。2000年に「NHS プラン」以来、これは1億2,800万、処方箋の増加 (24%増) 薬剤費の23億ポンド (41%増) の増加であった。⁶⁸⁾

大抵の NHS 成人患者は処方に対し標準料金を払う (2005年4月から6.50ポンド)。しかし、児童、60歳以上の人、所得補助や疾病給付のような給付を受領している人は料金を免除されている。そしてそれが発行されたすべての処方の大多数を説明する。薬剤を処方する薬剤師及び開業医診療は PCTs にかわって、事業サービス当局 (Business Service Authority) によって償還されている。彼らは薬剤あるいは器具の費用及び専門職の料金あるいは手当について薬剤料金 (Drug Tariff) に定められた表にしたがって償還される。⁶⁹⁾

コミュニティ薬局は彼らの PCT への契約のもとに彼

らのサービスを提供する。薬局は法定の制度にしたがつて、規則に定められたサービスの条件でPCTsに申請する。新しい契約上の枠組みは、開業医に対するGMSに類似したやり方で2005年4月に導入された。こうしてNHSサービスを提供するすべての薬剤師は全国的に規定された基本的サービス(essential services)を提供することを求められる。⁷⁰⁾

コミュニティ保健サービス

(Community health services)

コミュニティ保健サービスはコミュニティ病院、ホスピス、保健センター及び患者の家庭のようなコミュニティの背景において提供される保健ケアサービスである。それらは多くの異なったNHS組織によって提供される。例えば多くのNHS(病院)トラスト及びPCTsはコミュニティ病院をも運営し、理学療法、リハビリテーション、高齢者及び障害者に対する入所ケア等を提供する。しかし、保健省はPCTsは2008年12月までに彼らが他の提供者から購入できないときのみこうしたサービスを提供すべきであるとしている。このことはコミュニティ保健サービスの提供における彼らの役割は減少されるであろうことを意味する。これはコミュニティ保健サービスの「代替的」提供者の使用や発表を奨励し、こうしたサービスにおける競争可能性を奨励することを意図している。

8のケアトラスト及び45の専門医精神保健トラストとともに、こうしたサービスを提供する13のコミュニティトラストがある。こうした三種類のトラストはコミュニティの背景において継続的ケア及び治療を提供する看護師やoutreachチームを典型的に提供する。一方、胃療法、乳癌、ナーシング、糖尿病あるいは尿失禁のような状態に対する専門医サービスはNHS(病院)トラストからの看護師によってコミュニティで提供される。2003-4年において、こうした看護師は26万人以上の人びとにケアを提供した。コミュニティ保健サービスはまた地区看護師、保健訪問者のようなプライマリ保健ケアチームのメンバーによっても提供される。2003-4年には200万人が彼ら自身の家においてケアを受けた。一方300万人が保健訪問者からケアを受けた。⁷¹⁾

2003年4月以来、NHSは住所の彼らの型にかかわりなくコミュニティに住んでいるすべての人に無料のナーシング(対人に対するものとして)ケアを提供することに責任を負った。2004年-5年に(30万人がコミュニティでのナーシングケアの資格があった。PCTsはその資金のために6億ポンドを配分された。⁷²⁾

二次ケア (Secondary care)

二次ケアは歴史的に病院での入院及び外来患者両方の特殊化したサービスの提供で成立した。それは皮膚病学(dermatology)及び心臓学(cardiology)のような内科専門(medical specialties)、泌尿器学(urology)及び整形外科(orthopaedics)のような外科専門ならびに小児科(paediatrics)及び高齢ケアのような年齢限定の専門を包括する。患者は一般に顧問医(上級病院医師)の看護のもとに置かれる。そして彼らが事故及び救急部門を通じての入院でなければ彼らは一般開業医からの紹介(referral)である。多くの病院はまた神経外科、胸部外科(thoracic surgery)、血友病サービス(haemophilia services)のような行動に専門化した第三次サービスをも提供する。しばしば複雑な設備や支援施設を要求して、これらのサービスは100万人以上のより大きな集水地域人口に提供される。紹介は一般開業医からよりも病院顧問医からこななければならない。⁷³⁾

すでに述べたように、病院はNHSサービス供与のための予算の50%以上を数える。しかし人びとがNHSと持つ日々の接触の19%のみである。そして病院をベースにした二次的ケアにかわるべきものの発達が保健省の鍵となる一つの政策目標であった。これを達成するイニシアティブはプライマリケアの舞台装置で専門医のサービスを提供できる特別の関心のあるプライマリケアの専門家の発達を含んでいる。同時にfoundation trustの導入で独立して働く選択サービス(elective services)を提供する治療センターの設置と独立セクター(利潤を獲得を目指すものとボランタリーのもの)提供者でNHSに対する二次ケアの提供者としてNHS病院トラストにかわるべきものが展開されつつある。この議事日程の鍵は運営をして選別的サービスの提供者を選ぶことを可能にせしめるものである。2005年12月から選択的手続きを求める患者は彼らの開業医と相談の上、4ないし5の可能な提供者から選ぶことができるようになった。そして2008年までに、彼らは独立セクターの提供者を含まいかなる提供者からでも(ただし、NHSの基準をみだし、NHSの価格で提供する)選択する権利を有することとなる。⁷⁴⁾

(a) NHS病院トラスト (NHS hospital trusts)

NHS病院は1990年の「NHS及びコミュニティケア法」のもとでのトラストとして知られた自治的な機関として設置された。そして1996年までに、すべての地区一般及び専門医病院はトラストの地位を獲得した。しかし1999年の保健法(Health Act)はそれらを保健大臣の統制のもとにもどした。それでそれらは法的に

は独立の機関として機能し続けるけれども、国務大臣 (secretary of state) は彼らの機能の行使において彼らを指揮する権限を有する。

2005年までに、病院サービスを提供する153の急性期の NHS トラストがあった。そしてさらに純粋に専門医あるいは第3次サービスを提供する20ものがあった。それらの間には10万以上の病床があった。統合などにより多くのトラストは一つの病院あるいはコミュニティの場所以外の場所でサービスを提供する。⁷⁵⁾

NHS トラストは急性 (緊急) 及び選択的 (計画された) 第二次ケアサービスを提供する。2004-5年にイングランドで NHS トラストに990万の入院があった。その45%は緊急ケアのためであり、選択ケアは55%であった。急性 (A) 及び選択 (E) には1,670万の看護 (attendance) があった。幾つかのトラストはコミュニティ保健サービスを提供している。

NHS トラストは PCTs に彼らのサービスを売ることによって彼らの所得の殆どを稼ぐ。2005年4月以来、開業医診療をベースにした購入者にもまた売る。これらの購入は NHS 契約にもとづいている。PCTs 及び開業医診療をベースにした購入者 (commissioners) はこれらのサービスを彼らの人口あるいは登録された患者にかわって購入する。そのことは2005年12月まで、トラストは彼らの地方の PCTs および、あるいは開業医診療の地理的に定められた人口にサービスを提供したことを意味した。しかし、選択のイニシアティブの導入は NHS トラストがサービスを提供する人口を変えつつある。患者が選択的サービスの彼ら自身の提供者を選択する新しい権利をいかに行使するかによって、NHS トラストは地理的に遠距離の立地からの患者にサービスをますます提供するようになってきているのに気づくかもしれない。さらに幾らかの NHS トラストは特殊の収入の確保における重要な役割を果たすものとして海外の患者に彼らのサービスをすでにマーケティングしていた。⁷⁵⁾

また NHS トラストは連合王国及び海外からの自費払い、あるいは会社払いの私費患者に提供するサービスの料金により収入を得ることができる。2003-4年で、私費患者からの収入はイギリス全体で、NHS トラストに対し4億800万ポンドを生み出していると考えられる。⁷⁶⁾

NHS トラストは他の NHS 機関及び地方当局とパートナーで働くことを求められており、彼らがいかにして全国的ならびに地方的優先性を達成するかを詳細に記した年次プランを作成することを求められている。⁷⁷⁾

さらに、追加的所得を生み出すために、独立 (民間及びボランタリーの) セクターと共同企業体を作るために2001年の保健及びソーシャルケア法 (Health and Social Care Act) によって与えられた権限を使うことも意図されている。

高成績の NHS トラスト (保健ケア委員会により決定される) は彼らの臨床医との相談にしたがって彼ら自身の運営費を定めることができる。他の NHS トラストは NHS プランの目標内に彼らの運営費を保つよう求められる。この点に関しては戦略保健当局 (SHA) により監督される。2005-6年については、トラストの運営費は NHS 支出の年々の増加率 (2003-4年については7.2%) 以内におされられるべきであった。2002-3年については、イングランドにおける運営費は13億ポンドであった。⁷⁸⁾

(b) ファウンディション トラスト

(Foundation trusts)

1999年の保健法、2000年の NHS プラン、2001年の保健およびソーシャルケア法、2002年4月の戦略保健当局の設置等は21世紀の NHS のあり方を20世紀とは異なる方向へ向かわせていた。第二次ケアにおいても NHS 病院トラストが設置された。もう一つの大きな変化が foundation trusts 概念の導入であった。NHS への資源の投入も毎年増加していた。NHS は巨大で、その評価は容易ではなかった。NHS への追加的資源の投入がそれに相当する産出高の増加をともなっているかが問題であった。2004年は統計上の改訂主義により特徴づけられた。国民統計局 (office for National Statistics-ONS 2004年) は一連の統計の推計の改訂を行った。1990年代の半ば以来、NHS の生産率は低下し続けていた。「2004年の政府政策は NHS のダイナミクスを変更することに重点が置かれつづけた」。⁷⁹⁾

能力の拡大、パフォーマンスの改善の反面での変質の要素は制度的なダイナミクスの変更であった。NHS の出現する制度的建策は三つの柱による。第一は中央及び責任 (accountability) から地方の人びとへの移転であったが、それは保健大臣ミルバーンが2003年に地方主義 (localism) への転換を発表したときあらわれていた。第二は患者選択であり、それは総選挙とともに強くあらわれてきた。第三は2004年に導入されはじめた提供者に支払う新制度である。そのモデルは欠点のない概念をあらわすものではないが、成功の上に打ちたてられ失敗から学んだ過去3年にわたる進化の過程をあらわすものであったといわれる。そして、協同 (co-operation) という言葉はインセンティブという

言葉に道をゆずった。複数の提供者が競合し、資金は患者とともに流れる。しかし、それかといってすべてが変化したのではなかった。結果はドブソンの、そしてミルバーンのそしてリード (John Reid, シルバーンの後任の保健大臣, 2005年5月からパトリシア・ヒュイット Patricia Hewitt) の時代の要素をともなって政策の揉み上げのケーキであり、共存し必ずしも一貫したものではなかった。⁸⁰⁾

「FTsの最初の2004年に始まったが、それは移転のための新しい熱狂の子供である。FTの地位は提供者—(第一に急性病院)—自身共同制度 (mutual) に変質するのを定める。すなわち共同社会をモデルにした社会的所有の新形態である。そこでは統制は理論上少なくとも地方コミュニティに移る。⁸¹⁾ 一たび生まれるとFTsの資本へのアクセスおよび資源の使用において相当な自由と柔軟性をもつ。それらをたち上げる立法は適切な範囲のサービスを提供する義務を有してNHSの一部にとどまることを明瞭にしている。しかし、それらは保健省に責任をおうのではなく、新しくつくられた規制者すなわち新しいスタイルのモニターと地方コミュニティに責任をおう。⁸²⁾

ファウンデーション・トラスト (FTs) の概念は2002年の政府刊行物「NHS プランの供与」(Delivering the NHS Plan) において導入された。それはその後2003年の「NHS 保健及びソーシャルケア (コミュニティ保健及び標準) 法」において立法化されたが、それはNHS組織にFTsとして知られる公的利益機関 (public benefit corporation) として確立されることを可能にした。

2004年4月以来、イングランドの高業績あるいは非常に好いNHSトラストは保健ケア委員会の決定により、ファウンデーションの地位を申請することができた。こうしたトラストは独立の規制機関モニターに認可のために保健大臣に独立の規制組織モニターに適用の承認を求めよう申請することができる。モニターは認可の条件 (terms of authorisation) を事実上提供することにより foundation の地位を認める。2005年9月までに31のNHSトラストはファウンデーションの地位を与えられた。そして32以上が次の申請期に申請の承認を与えられた。保健省はすべてのNHSトラストは2008年までにファウンデーションの地位を達成すべきだとして、そしてトラストが要求された水準のパフォーマンスを達成するのを助けるべく2億ポンドの投資プログラムを支援している。⁸³⁾

2003年の保健及びソーシャル・ケア (コミュニティ

保健及び標準) 法はまた他の機関がファウンデーション・トラストになるべくモニターが認可するのを認めている。これはまだ現実には発生していないが、PCTs及びケアトラストならびにボランティア及び非営利保健ケア提供者のような作成をも含む。

FTsの機能はイングランドの保健サービスにかかわって財及びサービスを提供することである。活動する認可は彼らが、入院認可数、違った専門に対するデイケア及び外来付添い (outpatient attendances) のようなNHSにかかわって供給することを求められる財及びサービスを規定する。他のNHS機関と同様に、それらは、これらのサービスを提供するために他のNHS及びパートナー組織と協力することを求められる。それらはまたスタッフの前進の教育や訓練の準備をし研究や開発 (development) のような広範なNHS活動に参加しなければならない。⁸⁴⁾

しかし、彼らの義務はその他の点では、彼らの機能を「効果的に、効率的にそして経済的に」行使する要件に限定される。そして彼らはNHSトラストと比べて重要な推進と自由をもっている。彼らは保健大臣の指揮から解放され、国務大臣によって決定された全国的な優先性の基礎の上というよりも、彼らに対する需要にもとづいてサービスを発展させるといふ。サービスの供給と展開のための彼ら自身の優先性を決定できる。FTsはまた彼らの地方の戦略保健当局 (SHA) によるパフォーマンス・マネジメントからも開放されている。彼らのパフォーマンスは彼らの運営のライセンスの条件にいかにか合致しているかについて独立の規制官モニターにより監督される。⁸⁵⁾

NHSトラストのために使われる契約と異なり、FTsは法的に強制力のある契約を基礎にPCTsに彼らのサービスを提供する。彼らはまた民間の保健サービスをも自由に提供すべきである。もっとも彼らがこの源泉から稼ぐ彼らの所得の比は上限がつけられるはずである。他のNHS機関と異なり、FTsはNHSの強制 (mandatory) サービスのために必要とされない保護されない資産 (土地、建物) をモニターの承認があれば処分できる。

FTsは彼らの戦略保健当局に、NHS基金が資本投資を支援すべく申請できる。しかしNHSトラストと異なり彼らはこの目的のために民間から借りることもできる。

FTsは独立の「公的利益」機関 (public benefit corporation) すなわち株主に利潤を分配するよりも利潤もサービスに再投資する非営利会社である。ある種

の抑制のもとに、彼らは他の NHS 組織と異なり、理事会 (board of directors) に加えて「メンバー」及び幹事会 (board of governors) を含む彼ら自身のガバナンス取りきめを自由に決定できる。これらの取りきめはモニターにより承認された規約において各 FT により定められる。⁸⁶⁾

(c) 治療センター (Treatment centres)

欧州の各科診療所 (polyclinic) 及びアメリカ合衆国の昼間手術センター (day surgery centres) の例にしたがってロンドンの中央ミドルセックス病院に救急医療及びデイケイスユニット (day case unit) の開設として1999年に NHS に導入された。その後「NHS プラン」に認められて、それらは NHS を近代化する政府の企画の中心的な特徴となった。2005年春までにサービスを提供する32の NHS 治療センターができており、さらに14が建設中であった。独立セクターの治療センター (ISTCs) から追加的な収容力 (capacity) を獲得することがまた鍵となる政府の政策となった。

治療センターは別の診療所で、そして救急医療からの別のスタッフで計画されたすなわち診断的あるいは選択的 (elective) な作業を遂行する。それらは入院の必要を削減するデイケイスあるいはショートステイケイスとして行われる選択的手続きの数を増やす。それらは整形外科や眼科学のような待機時間が殊に長い専門分野の大量の低リスクの処置の供給に焦点をあてている。⁸⁷⁾

治療センターは待機患者の多い分野 (心臓病、白内障、股関節交換等) でデイケイスなどで定型的手術などを専門に行う施設で、複雑かつ高度な治療に責任を負う一般病院からこれらの治療を切り離して待機リストを削減することを目的とする。ヒューイット保健大臣は2005年の就任に際し、整形外科、耳鼻咽喉科関係の選択的治療を行う民間及び独立治療センターの整備を行っていく方針を示した。

治療センターの経営委託については、殆どがアメリカ、カナダ、南アフリカ等の外国企業が受託したという。外国企業の場合、外国から医師を連れてくるのが条件とされており、他の NHS 病院からスタッフを引き抜くことなく、国内の医師を純増させることができるからである。

また保健省は治療センターに NHS 患者だけを治療させる予定であったが、私的診療患者の治療をも認めることにした。主たる顧客は NHS 患者であるが、治療センターを魅力あるものにするためには、私的診療を認める必要があったためである。勿論、これには既

存病院チェーンは批判している。治療センターの政府の目標は2005年12月までに少なくとも25万の追加的処置を提供すべきとしたが、そのうち144,000は NHS 治療センターで残りの106,000は独立セクターの治療センター (ISTCs) によるものとされた。もっとも、治療センターは追加的な処置を提供するものといわれているが、ある場合にはそれらは以前に NHS トラストにより行なわれていたものにかわりつつあるといわれる。⁸⁸⁾

治療センターは、それらが NHS トラストにより所有されていても、新しい財政的枠組みを使って、それらとは別個に PCTs がサービスを購入する、独立の提供者 (stand-alone provider) であることが意図されている。

治療センターは現在の病院内かあるいは独立の場所に位置することができる。独立センターのケアを提供する一層伝統的でない方法を使うことができる。例えば、2004年2月にネットケア (Net Care) が白内障サービスを提供する移動治療センターを運営しはじめた。

また、様々な組織が治療センターを運営できる。PCTs, NHS トラスト, NHS と独立セクターの間の共同企業体 (joint ventures) そして独立セクターの提供者である。保健省はイングランドで海外の医療スタッフが独立セクターの治療センターで働くことができるようにイギリスと国際的な独立の保健ケアセンター提供者を奨励している。これは海外の医療スタッフが NHS 治療センターで働くべく募集することでスタッフの不足による NHS の収容能力の抑制を克服する方法とみられている。⁸⁹⁾

独立セクター (The independent sector)

ボランティア及び民間組織を包含する独立セクターはつねに NHS にかわって幾らかの第二次医療サービスを提供してきたけれども、これらは伝統的に小規模であった。2000年まで第二次医療サービスを購入した NHS のコミッショナーは NHS 供給者による主流の供給を細くするために、絶体に必要なときのみ、スポット購入をするように保健省のもとでの指揮があった。例えば、多くの NHS トラストは待機リストの目標をみたすのを助けるために、眼科学及び整形外科などの領域で選択的手続きを下請けに出す場合などに使ったりした。⁹⁰⁾

しかし、2000年に「NHS プラン」は独立セクターを NHS に対する選択的第二次医療サービスの主流の提供者にすることを意図して、NHS と独立セクターの間の

新しい関係の輪郭を描いた。独立セクターはまた高齢者に対する仲介ケアのすなわち第二次医療 (care) を終えたが、自宅に帰るだけ十分に回復していない高齢者に対して与えられる一つの「逡減医療 (step-down care) の形の主流の提供者になるべきであった。これは2000年10月には PCTs が民間及びボランティアの提供者からすべての形の医療の購入を可能ならしめる保健省と独立セクターの間の協定 (concordat) によってともなわれた。その後、新 NHS の状況 (landscape) の永続的な特徴と保健大臣により述べられて、独立セクターはサービス供給における能力の増加及び提供者についての患者選択を増加する手段を提供するものとみられて、事実上、NHS の援助のもとでの主流供給の供給部分となった。

独立セクターはその収入の殆どを入院及び外来患者の双方について、急性及び第二次ケア医療及び外科仕事から得ている。2003-4年にこれは、イギリス全体で22億ポンドを少し下回る数である。その入院の殆どは個々々の「マイナーな」あるいは仲介的な手続きのものであり、80%以上は内視鏡検査、白内障、結合置換療法 (joint replacement)、妊娠及びヘルニアの repair のような手続きであった。2003-4年には入院患者、外来患者、デイケアからの収入のわずか9%のみが NHS により資金調達されていた。67%は民間医療保険であり、残りは自費払い及び海外の患者の資金によるものであった。⁹¹⁾

独立セクターは別個の選択的手続き及び診療技術の提供能力 (ことに待機時間が長い専門に対して) を増すのを助けるべく NHS サービスの主流の提供者として導入された。例えば、2004-5年に、保健省は、待機リスト問題に主に対応するために、中央のイニシアティブを通じて独立セクターから25,000の整形術手続き (orthopaedic procedure) を購入した。PCTs による独立セクターの直接購入は2000年の協定 (concordat) 以来相当増加した。2003-4年に連合王国を通じて85,000の NHS 患者が、白内障及び股関節及びひざ関節置換手続きに対して独立セクターで担われたと推定された。ただ、NHS 病院の670万の手術からみるとわずかであり、その年の全手術数の1.25%である。⁹²⁾

保健省はしかしながら2008年までに独立セクターは毎年の NHS の処置の15%まで遂行することを期待している。

2004年半ばに249のボランティアセクター及び民間セクターの独立セクター病院はおよそ9,176の急性 (あるいは第二次ケア) 医療及び外科ベッドで入院及びデイ

ケルスの患者を引受けるべく登録された。利潤獲得会社とは別に、民間セクターはプロビデント基金と称せられるナッフイールド病院トラストや BUPA のような民間保険組織を含む。⁹³⁾

(a) 共同ベンチャー (Joint ventures)

NHS 機関と民間セクターの間のパートナーシップは NHS を近代化する政府プランの不可欠の部分である。新しい病院の建設のために、NHS は1990年代以来、Private Finance Initiative すなわち PFI を通じてこの能力を得た。2001年の保健及びソーシャルケア法はこれらの権限を SHAs 及び PCTs に拡大して、彼らが地方改善財政トラスト (Local Improvement Finance Trust (LIFT) を通じてプライマリケアの屋敷を展開するために公私のパートナーシップに参加することを可能にした。⁹⁴⁾

2001年の保健及びソーシャルケア法は NHS 機関が所得を得る目的のために民間会社とパートナーシップあるいは共同ベンチャーを形成することを可能にした。承認は資産、ローン及び財政保証をも与えるであろう保健大臣から獲得される。こうして NHS トラスト、PCTs 及びケアトラストは NHS により与えられる資金でパートナーシップを作ることができる。⁹⁵⁾

(b) 公衆衛生 (Public Health)

省略するが変更された点を述べておこう。

戦略保健当局 (SHAs)、PCTs 及び公衆衛生ネットワーク

2001年の「権限の均衡を移行する」(Shifting the Balance of Power) は地域ごとに地方レベルでの公衆衛生機能を強化することを意図した取りきめを含めた NHS の提供制度の再構築の輪郭を描いた。すべての戦略保健当局 (SHA) はいまや上級公衆衛生医すなわち戦略保健当局地域のすべての PCTs における公衆衛生機能を調整する医療理事者 (medical director) を任命することが求められる。すべての PCT は委員会レベルで公衆衛生理事者 (director of public Health) を置くべきである。DPHs は公衆衛生医療における顧問医、専門医、保健訪問者 (health visitor) など様々な公衆衛生スタッフを援助して、公衆衛生問題を主導する。⁹⁶⁾

PCTs のなかで、公衆衛生機能は地方の人口の保健と福利を改善し、健康における不平等を削減することである。これは地方の人口の保健及び保健ケアニーズを確認し、流行病及び保健サービスデータを使い、組織や地方コミュニティと相談し、確認されたニーズを

みやすためにサービスを提供することを含む。なお、イングランドですべての303PCTsに必要な専門技術 (expertise) が提供できないことを考えて、保健省のペーパー「権限の均衡を移行する」は公衆衛生ネットワークの導入を求めている。⁹⁷⁾ これらは公衆衛生専門家のグループを保健改善を促進し、不平等を減少する共通の用務の順序書 (agenda) につないでいる。それらは特殊なトピックと関心のある e-mail グループのようなインフォーマルなネットワークと特定のサービスの提供のためのフォーマルな管理ネットワーク (managed networks) を含んでいる。

管理ネットワークは技能や専門技術のプールを容易にすること、PCTsのような比較的小規模な人口に役立つ少数の公衆衛生スタッフを有する組織に起る専門的隔離を防ぐことを意図している。⁹⁸⁾

(c) 公衆衛生観測所

(public health observatories)

公衆衛生観測所 (PHOs) は1999年のホワイトペーパー「生命を救う：われわれより健康な国民」(Saving Lives: Our Healthier Nation) に続いて2000年2月に確立された。現在、地域政府事務所の境界にあわせて9つの観測所と他にウェールズと北アイルランドにある。⁹⁹⁾ それらは保健及び保健ケアの地域の趨勢をモニターし、様々な源泉からの情報を合わせて保健を改善することにおいて地方機関の進歩を準備するのを援助する。

(d) 保健及び臨床技術評価全国機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence)

公衆衛生及び保健増進調停 (Health promotion intervention) のための証拠ベースを確認するための責任は保健及び臨床技術評価の全国機構にある。

NICEの公衆衛生の役割は人口の保健を改善し、健康の不平等を削減するために、介入の効果性についての証拠を集め、保健上の差別を削減することである。¹⁰⁰⁾

(e) 保健保護機関 (Health protection Agency)

保健保護機関 (HPA) は Getting Ahead of the curve と題する主任医務官 (Chief Medical Officer) による報告において2002年に最初に提案された。NIV/AIDS 感染して生活している人と BSE の危機で、報告書は感染症の脅威の持続性を確認した。それは感染統制と保健保護の機能を調整する新しい機関の確立を勧告した。¹⁰¹⁾

HPA は最初は2003年4月にイングランド及びウェールズをカバーする特殊保護当局をして設立されたが、2005年4月に連合王国にわたる非省的公的機関として再確立された。多数のそれまでの組織及び機能の統合

を通じて、それは生物学的、化学的、放射線学的危険に関する広範な保健保護機能ならびに応急計画 (emergency planning) に責任をおうようになった。¹⁰²⁾

HPAの役割は感染症の広がりを抑え統制し、化学的危険、毒、放射線の逆効果を削減し、保健に対する潜在的ならびに現実の脅威 (例えば突然の急性呼吸器シンドロームすなわち SARS のような) に対して準備する。それはまた研究と開発保健保護に関する教育ならびに訓練において重要な役割を果たす。全体で4つの運営部門がある。

- ・感染センター (The centre for infections)
- ・放射線、環境及び化学的危険センター (The centre for radiation, environmental and chemical hazards)
- ・緊急対応部門 (The emergency response division)
- ・地方及び地域サービス部門 (The local and regional services division—第四部門は HPA において最大である。各地域には地域チームがある。その役割は主要な事件への対応をするために公衆衛生の地域理事を援助し、その他域内で地方保健保護ユニット (Health Protection units—HPUs) の活動を調整するのを助けることである。

イングランドに39HPUs がある。州 (county) あるいは警察の境界に一般的に隣接する境界を有している。顧問医、看護師及び専門家としての保健保護機能を有する他の職員をそなえ、彼らは地方レベルで保健保護機能を提供すべく、PCTs, NHS trust そして地方当局と共同で働く。

未完。NHSの再形成あるいは変質は「NHSプラン」(2000年)を経て、さまざまな機構改革をも加えながらほぼ2007-8年頃終りに近づくと考えられる。主要部分は2004-6年にすんでいる。これと同じNHSでも当初の1948年の発足当初と全く違ったものになる。ただし、本稿では組織や機構を入れざるを得なかった。これらについては、Allison Talbot-Smith and Allison M. Pollock にほぼ完全によった。そのため、2004-6年の選択や市場の問題、資金の問題等重要な問題にふれていない。これらは稿を改めて発表したい。

注釈

- 1) Alison Talbot-Smith and Allyson M. Pollock, *The New NHS: A guide*, 2006, P.6.
- 2) Calum Paton, *New Labour's State of Health: Political Economy, Public Policy and the State*, 2006,

- P.94
- 3) *Ibid.*, P.95
 - 4) *Ibid.*, P.99
 - 5) *Ibid.*, P.100
 - 6) *Ibid.*, P.95
 - 7) プライマリケアグループからプライマリケアトラストについては檜原朗『イギリス社会保障の史的研究V』2005, 法律文化社, 2005年, 第2章をみられたい。
 - 8) Department of Health, *NHS plan*, 2000, P.10
 - 9) Ruth McDonald, *Creating a patient-led NHS: Empowering 'consumers' or shrinking the State?* Edited by Linda Bauld, Karen Clarke and Tony Malthy, *Social Policy Review* 18, 2006, P.37
 - 10) *Ibid.*, P.41
 - 11) Rudolf Klein, *Transforming the NHS: the story in 2004*, edited by Martin Powell, Linda Bauld and Karen Clarke, *Social Policy Review* 17, 2005, P.53
 - 12) N. Crisp, *Chief Executives report to the NHS*, 2004,
 - 13) Klein, *Transforming the NHS*, *ibid.*, P.53
 - 14) Klein, *Transforming the NHS*, *ibid.*, P.54
 - 15) Talbot Smith and Pollock, *ibid.*, P.9
 - 16) *Ibid.*, P.9
 - 17) *Ibid.*, PP.9-10
 - 18) *Ibid.*, P.10
 - 19) *Ibid.*, PP.10-11
 - 20) *Ibid.*, PP.12-5
 - 21) *Ibid.*, PP.15-7
 - 22) *Ibid.*, P.18
 - 22) *Ibid.*, PP.18-9
 - 23) *Ibid.*, PP.19
 - 24) *Ibid.*, P.20
 - 25) *Ibid.*, P.20-1
 - 26) *Ibid.*, PP.21-3
 - 27) *Ibid.*, PP.23-4
 - 28) *Ibid.*, PP.24-30
 - 29) *Ibid.*, P.30
 - 30) *Ibid.*, P.30
 - 31) *Ibid.*, PP.36-7
 - 32) *Ibid.*, P.37
 - 33) *Ibid.*, P.38
 - 34) *Ibid.*, P.39
 - 35) *Ibid.*, P.39
 - 36) *Ibid.*, P.39
 - 37) *Ibid.*, P.40
 - 38) *Ibid.*, PP.40-1
 - 39) *Ibid.*, P.41
 - 40) *Ibid.*, P.41
 - 41) *Ibid.*, P.42
 - 42) *Ibid.*, P.42
 - 43) *Ibid.*, P.43
 - 44) *Ibid.*, P.44
 - 45) *Ibid.*, P.44
 - 46) *Ibid.*, P.45
 - 47) *Ibid.*, P.45
 - 48) *Ibid.*, P.45
 - 49) *Ibid.*, P.46
 - 50) *Ibid.*, P.46
- なお、この問題に関しては檜原「イギリス新労働党の家族政策」『神戸国際大学紀要』71号, 2006年12月, 41頁, 46頁を参照のこと。
- 51) *Ibid.*, P.47
 - 52) *Ibid.*, P.52
 - 53) *Ibid.*, P.48
 - 54) *Ibid.*, P.49
 - 55) *Ibid.*, P.49
 - 56) *Ibid.*, P.50もともと、保健省は2008年12月までに、PCTs はこれらが他の提供者により購入されるときにのみサービスを提供するだろうとした。
 - 57) *Ibid.*, PP.50-1
 - 58) *Ibid.*, P.51
 - 59) ・2004年4月以前は1948年に同意されたサービス(赤本として知られる)の条件のもとに提供された。個々の開業医は1日7時間、週7日総合的ケアを提供する責任を含む契約を保健大臣と結んでいた。
・2004年以前は、開業医は行われたサービスの項目と免疫付与料金のような一種の目標達成に対する支払いとともに、彼らのリストにある患者(登録患者)に対して支払いを受けた。これらは診療スタッフ、屋敷、情報技術費用、運営費、薬剤及び器具への開業医の支出のような一般開業医のインフラストラクチャによって補足されていた。
 - 60) *Ibid.*, P.52
 - 61) *Ibid.*, P.52
 - 62) *Ibid.*, P.52
 - 63) *Ibid.*, P.53
 - 64) *Ibid.*, P.54
 - 65) *Ibid.*, PP.54-5
 - 66) *Ibid.*, P.56
 - 67) *Ibid.*, P.56

1956年の歯科医法 (Dentists Act)のもとで法人機関 (corporate bodies)は NHS 歯科サービスを提供することが禁止された。ただ、法の成立時に運営していた28のみが継続することを認められていた。

- 68) *Ibid.*, P.57
 69) *Ibid.*, P.57
 70) *Ibid.*, P.58
 71) *Ibid.*, P.59
 72) *Ibid.*, P.60
 73) *Ibid.*, P.60
 74) *Ibid.*, PP.60-1
 75) *Ibid.*, P.61
 76) *Ibid.*, P.62
 77) *Ibid.*, P.62
 78) *Ibid.*, P.63
 79) Rudolf Klein, Transforming the NHS : the story in 2004, *Social Policy Review* 17, P.52
 80) Klein, *ibid.*, P.56
 81) *Ibid.*, P.57
 82) *Ibid.*, P.57
 83) Talbot-Smith and Pollock, *ibid.*, P.63
 84) *Ibid.*, P.64
 85) *Ibid.*, P.64
 86) *Ibid.*, P.65
 87) *Ibid.*, P.67
 88) *Ibid.*, P.67
 89) *Ibid.*, P.67
 90) *Ibid.*, P.68
 91) *Ibid.*, P.68
 92) *Ibid.*, PP.68-9
 93) *Ibid.*, P.69
 94) *Ibid.*, P.70
 95) *Ibid.*, P.70
 96) *Ibid.*, P.73
 97) *Ibid.*, P.74
 98) *Ibid.*, P.74
 99) イギリスの観測所はロンドン, マンスフィールド (東ミッドランド), ストックオニーティーズ (北東), リウヰプール (北西), ブリストル (南西), オックスフォード (南東), ケンブリッジ (東部地域), パーミンガム (西ミッドランズ), ヨーク (ヨークシャとハンバー川)
 100) *Ibid.*, P.75
 臨床技術評価全国機構と「根拠にもとづく医療」(ここではふれなかった)の形成等については『イ

ギリス社会保障の史的研究』V. 第2章をみられたい。

101) *Ibid.*, P.75

102) *Ibid.*, PP.77-8

※Sure Start の解説

労働党は1998年に2020年までに「児童の貧困の終焉」を約束していた。その対策はすべての3-4歳児に対する場を保証する全国介護戦略, さらに剥奪された地域における若年児童を有する家族を支援する「確実なスタート」の展開等であった。政権についた最初の年に教育, 雇用, 保健の三つの個別の Action Zone プログラムを作った。こうして剥奪された地域をベースにしたプログラムがイギリスの児童の貧困をおさえ, 親にクレジットを与えて働いてもらい, 児童には介護の場を与え教育を施して児童が一般の子供と同じように成長して社会性を早くそなえ, これにより社会的排除から脱せしめるようにするものである。Sure Start は一部にはその規模のため人気があった。2004年までに524の地方制度で40万人の児童に影響を与え, これまで貧困な生活をしてきた4歳以下の児童のほぼ30%が恩恵にあづかった。この制度は拡大されつつあり, Sure Start から出発した同様なプログラムは学齢期の児童に焦点をあてたものとして展開された。