

について反対の姿勢を続けている。

(注1) マネージドケアは、医療コストを減らすために、医療へのアクセス及び医療サービスの内容を制限する制度である。従来は、医師が医療を決定した。しかしこの制度では、決定権が医師から支払い側(保険者)に移り、医師以外の人によって医療が管理されることになった。その結果、医師の意見は参考にはされるものの、医療へのアクセス及び医療サービスの内容について最終決定をするのは医師ではなく保険者である。

(注2) マネージドケアにおいては保険者があまりにも力を持ちすぎ、消費者(患者)の意向を無視していると批判されている。具体的には、①私的医療保険を事業主が従業員に提供する場合、従業員の意向を無視して低価格の保険提供会社と契約しがちであること、②マネージドケア会社(保険会社)は、病院と契約する際、提供される医療サービスの内容より価格を重視し、病院も患者よりも保険会社の意向を重視すること、③マネージドケアの保険料収入のうち8~10%は投資運用に回されているが、昨今の金融市場の不調により運用収入が低下していること、等が批判されている。

(注3) メディケア・パートC(メディケア・プラス・チョイス：Medicare+Choice)

a 給付内容

政府に代わって民間の保険者がパートAの給付と同等以上の給付を請け負う。

b 加入要件

パートA及びパートBの双方に加入している者。

c 保険者による保険の仕組み

民間保険者は、会員制健康医療団体(Health Maintenance Organization；HMO。保険料は低額だが診療機関や受診内容の制約が厳しい)、PPO(保険料は割高だが医療機関を自由に選択できる特約医療団体)等を通じ、加入者に医療給付を行う。

d 民間保険者の報酬の受領態様

民間保険者は、給付を請け負った加入者1人当たり定額の報酬をCMSから受領し、当該報酬額の範囲内で給付内容・給付サービスに係る競争が民間保険者の間で行われている。

e パートAとの主要差異

パートAでは給付対象外となっている外来薬剤や予防検診などの給付が認められている。しかし実態は、民間保険者は経費圧縮のため加入者に対し医師や医療機関へのアクセスを大幅に制限しているため、メディケア加入者の9割弱がパートAを選択していて、パートCの加入者は12~13%程度となっている。

イギリス

1 社会保障の概要と動向

英国では、労働者互助組織である友愛組合の伝統のもと、1911年の国民保険法により社会保障制度が創設され、第二次大戦中に提出された「ベバリッジ報告」により社会保障制度の青写真が示され、その後、体系の整備が進められた。

所得保障は、①すべての国民を対象とする保険料を財源とする拠出制給付(退職年金、傷病手当等)、②租税を財源とし、所得に関わりなく支給される非拠出制給付(児童手当等)、③租税を財源とし、低所得者を対象とした所得関連給付(所得補助等)に大別される。また、医療サービスについては、税財源で原則として無料でサービスを提供する英国独特の国民保健サービス(National Health Service：NHS)として実施されている。

1997年に就任した労働党のブレア首相は、サッチャー政権以来の自立自助路線を継承しつつ社会的公正の視点でこれを調整していく「第三の道」を標榜した改革を推進してきた。既にブレア首相の任期は労働党の首相としては最長となる8年目に入っており、2005年春

にも行われると予想される総選挙を経て、第三期目を目指しているところである。

ブレア政権は、社会保障関係費用は、政府支出の中でも突出し伸びも高いにもかかわらず、所得格差の増大、制度に過度に依存する層の拡大など、十分その機能を果たしていないとし、発足当初から社会保障改革を最重要課題の一つに位置付けてきた。

このため、職業訓練、就労あっせん等を通じ、働くことが可能な者には極力就労を促進し、社会保障制度は、重度の障害等により真に就労に困難を来す者に重点を置くべきであるとの基本的考え方の下、積極的な雇用促進策、就労を促進するための給付内容の見直し、低所得者への重点的な財源配分を、各般にわたる社会の構造的格差(社会疎外：Social Exclusion)の是正の取組みと併せて推進している。

また、公的医療保険については、長年の投資不足により手術や入院期間の長期間待機が慢性化しており、これに対処すべく医療提供体制の拡大を中心とした改革が進められている。

2 社会保険制度

(1) 概要

英国における社会保険制度は、退職年金(基礎年金、国家第二年金(旧所得比例年金))、就労不能給付、遺族関連給付(遺族一時金、有子遺族手当、遺族手当)、求職者手当、業務災害障害給付等の給付を行う単一の社会保険制度(国民保険)がある。いずれも全国民を対象としている。

医療については、この国民保険制度とは別に、税金を財源とする国営の国民保険サービスとして全住民を対象に原則無料で提供されている。

また、高齢者、障害者等に対する社会サービスについては、地方自治体(原則カウンティ)において税を財源とした対人社会サービスの提供が行われている。

(2) 退職年金制度

① 制度の概要

義務教育終了年齢を超えるすべての就業者(所得がない又は一定額以下の者を除く)は退職基礎年金に加入する義務がある。被用者は、基礎年金に加え、二階部分の年金として国民保険の国家第二年金か、一定の基準を満たす職域年金又は個人年金を選択することとなっている。1996年における各制度への加入割合は、国家所得比例年金(現国家第二年金)34%、職域年金40%、個人年金26%である。支給開始年齢も、退職したかどうかにかかわらず、男性65歳、女性60歳である。ただし、女性については、2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げられる。支給額は2003年現在、本人79.60ポンド/週、被扶養の妻週65ポンド/週を基本とし、80歳以上の場合及び被扶養児童がいる場合には一定額が加算される(2003年)。

2003年度から国民保険の保険料が労使とも1パーセントずつ引き上げられ、21.8%(本人10%、使用者11.8%)となった。

1997年5月の労働党政権発足後、社会保障全般の改革論議の中で、年金制度改革も大きな論点となった。しかしながら、英国の公的年金の給付水準が高くなく、高齢化の速度も比較的緩やかであるため、年金財政への危機感は比較的弱く、中低所得者の給付水準の充実や男女間の平等の確保が中心的な課題とされた。1999

年及び2000年に成立した関連二法により、基礎年金制度は維持しつつ、①主に中低所得者向けの二階部分の新たな選択肢として、管理費用を縮減することにより保険料を低額に押さえた確定拠出型個人年金であるステークホルダー年金の創設(2001年4月発売開始)、②従来の国家所得比例年金に比べて低所得者の給付額を高めた国家第二年金を創設し国家所得比例年金に置き換え(2002年4月以降)、③離婚時の年金受給権整理の新たな選択肢として2階部分の年金権の分割制度を創設(2000年12月以降開始の離婚手続きに適用)したほか、所得補助制度(公的扶助)において年金生活者を対象とした最低所得保障額(Minimum Income Guarantee)を設定し、低所得の年金生活者の生活を支援(1999年10月実施)する等の見直しが行われている。

2003年10月には、最低所得保障制度に代えて年金クレジット(Pension Credit)制度と貯蓄クレジット(Saving Credit)が導入された。年金クレジットは、最低所得保障額制度と同様、収入が適正額(appropriate amount: 単身世帯は週105.45ポンド、有配偶者世帯は週160.95ポンド。被扶養者がいる場合等は加算措置あり)に満たない場合、その差額を支給する制度である。貯蓄クレジットは、65歳以上の者について、収入のうち所定額(単身世帯は週79.60ポンド、有配偶者世帯は週127.25ポンド)を超える部分の6割(単身世帯は週15.51ポンド、有配偶者世帯は週20.22ポンドが上限)を支給する制度である。^(註1)

② ステークホルダー年金

ステークホルダー年金については、2001年4月の販売開始以降、49の企業が商品を発売するなど盛況を見せた。他方、2001年10月以降、5人以上を雇用する事業主には被用者に商品の一つを選定して情報提供を行い、希望する被用者については掛金を天引き徴収し代行納付する義務(アクセス提供義務)を課し、違反した場合は最大5万ポンドの罰金が科されることとなった。

しかしながら、2003年5月に英国保険業協会が発表したレポートによれば、2001年4月の販売開始以降ステークホルダー年金の販売数は140万件を超えているものの、48%は他の形態の貯蓄からの移行であり、売

上も減少傾向にあること、事業主にアクセス提供義務が課されているが、90%の事業者は被用者からの契約実績がないこと、定期的に拠出を行っている契約者の平均貯蓄額は月140ポンドであり、予想よりも高い所得者層が購入していること等が指摘されており、必ずしも順調な滑り出しとはいえない。

既に、次期年金改正でも、手数料規制の緩和、類似スキームを短期、中期の運用商品にも拡大する等の見直しを検討されている。

③ 国家第二年金(SSP)

国家第二年金は、年間4,180ポンド以上の収入がある者につき所得比例で年金を給付するものである。従来の国家所得比例年金(SERPS)が完全な所得比例であったのに対し、①年収が10,800ポンド未満の者や家族介護や障害のために就労できない者についても週1ポンドの掛金で加入できる、②年収24,600ポンド未満の者についても給付を従来の国家所得比例年金より手厚くする等、低所得者により有利な設計となっている。ブレア政権は、施行から5年後に国家第二年金を定額給付となるように見直す方針を発表している。

④ 次期年金改正に向けての動き

英国の公的年金制度は比較的安定した状況にあるのに対し、企業年金制度は運用利回りの鈍化、平均寿命の伸び等を背景に、英国全体で270億ポンドの積立

不足が生じていると推計されており、深刻な状況にある。特に、英国では、公的年金制度の「民営化」が進められており、一定の要件を満たす企業年金、個人年金の加入者は所得比例の国家第二年金に加入しなくてよいこととされており、企業年金、個人年金の積立不足は切実な問題である。

従来、英国の企業年金は大部分が確定給付型であったが、新規採用者から確定拠出型への移行を表明する企業が急増しており、過半の企業が確定拠出年金制度への新規加入を認めていないといわれている。こうした動きに対して労働組合が反発を強め、規制強化を求めていた。他方、財政負担を軽減する観点からは、公的年金制度について支給開始年齢の引き上げの必要性が指摘されていた。

2002年12月に政府が示した改革案の大枠では、公的年金の支給開始年齢を現行のまま据え置く一方、年齢に基づく労働者の差別の禁止(定年制の禁止)等により高齢者の就労を促進し、年金税制の抜本改革及び企業年金制度の簡素化等のインセンティブ策を導入するほか、企業年金受給者及び制度加入者の保護強化等を進めることを提案している。

2004年には、①年金保護基金(Pension Protection Fund)の設置、②年金監督機関の新設、③支給開始を繰り延べた人に対する繰り延べ年金の一括支給制度の創設^(4.2)が盛り込まれた年金改革関連法案が国会に提出された。

英国の年金制度改革案

1 公的年齢の支給開始年齢の据え置きと高齢者雇用の推進

- 公的年金の支給開始年齢の65歳据え置き
- 年齢に基づく労働者の差別の禁止
- 支給を繰り延べた場合の国家年金の割り増し給付
- 企業年金を受給しながらの就労の容認
- 早期退職年齢の引き上げ 等

2 個人の年金受給見込額に関する情報提供の充実

- 金銭教育、キャンペーン
- 年金受給見込額に関する情報提供の充実

3 年金税制の抜本的な改革

- 優遇措置を(現行8制度)を、生涯限度額約150万ポンド、年間限度額20万ポンドに一本化

4 企業年金制度の大幅な簡素化

- 企業年金に関する最低限度額の引き下げ(制度毎の積立額を決定)
- 物価スライド義務の軽減(5%→2.5%に引き下げ)

- 企業年金への加入義務づけの容認

5 受給権の保護

- 年金保護基金の設立(事業主破産等の場合、企業年金の90%を保証)
- 企業年金を終了させる場合の長期加入者の保護
- 企業年金制度に変更を加え、又は廃止する場合の加入者との相談義務づけ

6 金融サービス事業者及び年金市場に関する規制緩和等

- 3~5年間の支給期間限定の年金、75歳前に死亡した場合に一定額が返還される年金等多様な年金商品を認める

7 監督機関等の新設

- 従来の監督機関(OPRA)を廃止し、問題を抱える基金に早期に対応できるように、検査中の資産凍結等の権限を有する新監督機関(年金規制局)を設置
- 「年金委員会」を設置し、今回改正後の状況も踏まえ、より強制的な措置を講じる必要の有無等を検討

(3) 保健医療サービス

① 概要

英国では、1948年に創設された国民保健サービス(NHS)によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、税財源により原則無料で提供している。外来処方薬については一処方当たり定額の自己負担、歯科治療については8割の自己負担が設けられているが、高齢者、低所得者、妊婦等については免除となる。制度創設当初は、病院は国営、医療従事者は公務員とされていたが⁽¹³⁾、サッチャー政権下での改革により、現在では病院は公営企業(NHS トラスト)が運営している。

国民は、救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した一般家庭医(GP)の診察を受け、必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっており、このような制度下で、英国はこれまで先進国中比較的少ない医療費(2001年の国民医療費対GDP比は7.6%)で相対的に高い健康水準を維持してきた。しかし、長年にわたる病床数の削減(過去40年間で急性期病床は17万7,000床から13万6,000床に減少)等を背景として、入院や手術等の待機期間の長期化や診療内容のばらつきが問題となっている(2003年末の手術の待機者リストは、イングランドで90万6,000人となっている)。なお、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費の1割強を占めている。

② 労働党政権での NHS 改革

サッチャー政権下では、競争原理の導入を主眼として、①病院を国から独立した公営企業とする、②一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行う(予算保持一般家庭医)ことにより、紹介患者の治療について両者に価格交渉をさせ、NHS 内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた。これは、NHS 組織の硬直性、非効率性を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まって、待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

ブレア政権は、1997年12月に公表した NHS 改革白書に基づき、1999年4月以降、保守党改革時に実施された政策について、関係者の連携・協調と不平等是正の視点から、①病院については公営企業(NHS トラスト)の枠組みを維持、②予算保持一般家庭医制度を

廃止し地域(人口15万人程度)ごとに地域の医療従事者の代表も参加して域内患者に係る予算管理を行うプライマリー・ケア・トラスト(PCT)制度⁽¹⁴⁾に移行(2002年4月移行完了)、③標準的な診療基準の策定を行う国立優良診療研究所(NICE)の創設、④保健医療と福祉サービスの連携を向上させるため NHS 担当部局と地方自治体の事業運営の共同化推進、等の施策を実施してきた。

また、1999年末のインフルエンザ流行により、がんの手術がベッドや麻酔医不足によりキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発したことを契機に、英国の国民医療費(対GDP比)が欧州諸国でも低位であること(欧州平均より約2ポイント低い)が強く批判された。ブレア政権は、国民医療費の規模をEU 諸国の平均レベルまで引き上げるため、4年間毎年平均6.3% NHS 予算を引き上げる旨表明した。その後、NHS 職員及び一般国民の意見聴取が行われ、2000年7月、病院、病床等の拡充、医師、看護師等の医療専門職の増員等で10年にわたる NHS 制度の近代化計画「NHS プラン」が公表され、逐次推進されている。

2002年7月15日、NHS プラン等の規定の改革を着実に実施するために、保健相と財務相との間で公共サービス合意(Public Service Agreement : PSA)が締結された。同合意において、NHS 改革目標を明記しその推進を管理するとされている。

③ NHS 改革の進捗状況

NHS 改革の大きな柱は、(1)地域に密着した医療提供体制(地域への大幅な権限委譲及び住民・医療従事者の決定への参加)、(2)施設設備、人員の拡充、(3)医療の質の向上、(4)サービスの地域間格差の是正、(5)患者の選択であり、これらについての改革の進捗状況は次のとおりである。

NHS 改革目標

- ・最大待機期間を2005年末までに外来3か月、入院6か月とし、2008年には入院も3か月とする。
- ・救急患者の最大待機時間を2004年までに4時間とする。
- ・2004年までに一般家庭医へのアクセス待機時間を最大48時間以内(熟練看護師等との面会は24時間以内)とする。
- ・専門外来や入院を2005年までに全て予約制とする。
- ・2010年までに主要疾患の死亡率を相当程度削減する(75歳未満の者の心臓病死亡率を4割、がん死亡率を2割程度削減等)。

〈表2-57〉 NHS 改革の進捗状況

主要事項	概要	進捗状況
●施設設備の拡充	<ul style="list-style-type: none"> ・2004年までに7,000床増床するとともに2010年までに100件以上の病院を新設。 ・診療所3,000か所以上を近代化。 ・画像診断装置250台、人工透析設備400か所の増設。 ・医師等に加えソーシャルワーカー等を配置し各種の保健・医療ニーズに1か所に対応するワンストップサービスセンターを500か所整備。 ・病棟衛生や給食サービスの改善。 ・患者記録の電子化、電子予約システム、テレメディシンの推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急ベッドは、781床(33%)増の3,143床。一般病床は、1,599床(1.2%)増の13万6,679床。 ・42の主要病院をオープン。13を建設中。 ・心臓専門の大手民間病院を買収。 ・診療所約2,000か所を近代化。 ・MRI88台増設。CT204台、リニアック91台を増設ないし更新。 ・最低レベルの衛生水準の病院を全て改善。 ・ワンストップセンター268か所設置。 ・94の新メニューを有名シェフの協力を得て開発し、レシピブックを配布。当局が行う給食の評価も46%が「良い」、56%が「まあまあ」で、「悪い」はなくなった。 ・2002年3月までに全ての一般家庭医診療所がNHSNetに接続。2006年4月までに、電子カルテ、電子予約、電子処方箋を導入予定。予算として合計23億ポンド。しかしながらIT関連の項目については、進捗は遅れぎみ。
●マンパワーの充実	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医7,500人、GP2,000人、看護師20,000人、その他専門職6,750人の増員。 ・看護師養成定員を5,500人、専門医養成定員を1,000人、一般家庭医養成定員を550人増。 ・院内保育所を100か所整備。 ・医師との契約を、NHS診療専念を促進する方向で見直し。 ・NHS全職員の給与を3年間継続して物価上昇を上回って引上げ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は5万6,720人増の38万6,360人。医師(一般家庭医専門医)は1万5,010人増の10万8,990人。 ・医学部は、2,058人増の6,030人。看護養成学校は、6,099人増の24,806人。 ・NHS大学の設置など生涯学習の基盤を整備。 ・院内保育所140か所を整備。 ・支払い方法に変更を加えながら、NHS全職員の給与を3年間で10%引き上げ。 ・専門医につき、賃上げ、休日・夜間の勤務強化等を内容とする新契約が、GPにつき、賃上げ、高度な処置、検査等をした場合の評価、夜間往診義務の免除を認める等、従来の人頭割の報酬体系を修正する新契約が合意された。
●一般家庭医・看護師の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・手術も行うスペシャリストGPを1,000人配置。 ・処方等を行える熟練看護師を養成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スペシャリスト一般家庭医1,300人を配置。 ・処方等を行えるコンサルタント看護師を年840人養成。 ・従来、病院で行われていた処置60万件が一般家庭医で行われた。
●民間病院との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な民間病院につき、その設備をNHS診療に利用できるよう協定を締結。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本協定を締結。 ・民間大手病院において、股関節手術を迅速に実施する委託契約。 ・白内障等のNHS待機患者を手術する民間運営の診断治療センターを2か所開設、32か所計画。(NHS運営の治療センターは26か所開設、20か所計画中)
●待機問題	<ul style="list-style-type: none"> ・これらの措置により、2002年までに国民は48時間以内に一般家庭医と面会できるようにし、2005年末までには、病院・専門医の診療につき、外来3か月(現行9か月)、入院6か月(現行18か月)を待機期間の上限とする。 ・救急患者についても、2004年までに、到着から4時間以内に入院、転送又は退院。トローリーでの長時間不適切な待機を解消。 ・時間外であっても、NHSダイレクト電話相談の利用により、全国民がケアにアクセス事前予約不要で看護師と面会できるウォークインセンターを整備。 	<ul style="list-style-type: none"> ・98%の一般家庭医で目標達成。 ・9か月以上の入院待機者はほぼ解消。6か月以上の待機者も18万9,854人から7万7,587人に減少。平均待機期間は10.2週。 ・17週以上の外来待機患者はほぼ解消。13週以上の待機者も12万2,588人から4万3,843人に減少。平均待機期間は7.1週。 ・がん疑診患者の98%が一般家庭医の紹介から2週間以内に専門医に受診。 ・2002年までに救急部門の94%で目標達成。 ・2003年には641万人の患者にアクセスを提供。 ・全国にウォークインセンターを43か所整備。 ・6か月以上待機の心臓疾患患者に民間及び海外の病院も含めた紹介先の選択権が与えられる。ロンドンでは白内障手術について同様のパイロットプログラムあり。
●専門職の監督	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師の監督は職能別に独立した機関(General Medical Council等)により行われてきたが、近年の医師等による犯罪や医療過誤等に対応して、クリニカルガバナンスの強化を推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の技能の定期的審査と資格登録の更新制を導入。 ・医師等のパフォーマンスを審査する国立診療アセスメント当局を2001年4月に設置。
●優良プラクティスの普及促進	<ul style="list-style-type: none"> ・優良な診療プラクティスを全国に普及させるNHS近代化庁(NHS Modernisation Agency)を設置するとともに、新たな助成基金National Performance Fund(5億ポンド)を設置して優良な病院等に助成金を支給。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国及び地域ごとに近代化委員会を設置し、NHSプランの進捗状況を点検。 ・NHS近代化庁を設置し、がん診療に関する優良事例集やビデオ教材を作成。
●患者の権利擁護	<ul style="list-style-type: none"> ・患者を代弁して病院との間で苦情処理等に当たるPatient Advocacy and Liaison Services(Pals)を病院トラストごとに設置するほか、診療内容について患者への情報提供をルーティン化するなど、患者中心の視点からサービス体系の見直しを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな患者憲章を策定(Your Guide to the NHS) ・全ての病院トラスト等に患者助言連絡サービスを設置 ・トラスト毎に患者フォーラムを設置し、病院施設やサービスをモニターする仕組みを導入。
●特定疾患対策(がん、心臓病、精神保健)	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療薬の処方地域格差を是正するガイドラインを策定し、胸痛クリニックを整備し、心臓手術の待機期間を優先的に短縮化し、精神保健対策として初期診療に当たる一般家庭医を支援する専門家チームを335編成する。 ・乳がん検診を現行の50~64歳から65~70歳まで拡充。 ・精神保健対策として、24時間看護病床、保安病床、積極的関与チームの増設等。 ・2010年までに150万人を禁煙に導く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・国立優良医療研究所(NICE)において抗がん剤、心臓病治療薬の使用ガイドラインを策定。 ・放射線治療やがん専門医へのアクセスにはまた相当の格差あり。 ・胸痛クリニック172か所を設置。 ・心臓病患者であって9か月以上待機者は212人。6か月以上待機者は、他機関での治療を選択できる。 ・精神保健24時間看護病床320、保安病床500、積極的関与チーム191を増設。 ・精神保健研究所を設置し、優良ガイドラインの策定普及に着手。 ・4週間の禁煙プログラムにより2003年には、15万人が禁煙に成功。
●児童の栄養改善	<ul style="list-style-type: none"> ・児童の栄養改善の観点から、4~6歳の児童220万人に毎日一個の果物を無料で給付。 	<ul style="list-style-type: none"> ・60万人の児童に果物を給付。