

## 第2章 イギリスにおける医療政策決定過程

著者	一圓 光彌
雑誌名	欧米先進諸国の医療政策決定過程に関する調査研究報告書
ページ	24-40
発行年	2001-03
権利	(C) 医療経済研究機構：このデータは医療経済研究機構の許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7347">http://hdl.handle.net/10112/7347</a>

平成 12 年度  
医療経済研究機構  
自主研究事業

欧米先進諸国の医療政策決定過程に関する調査研究  
報告書

平成 13 年 3 月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

# 目次

はじめに.....	i
調査研究体制.....	iii
フェースシート.....	iv
政治制度の各国比較表.....	vi
<b>第1部 各国の報告.....</b>	<b>1</b>
第1章アメリカ.....	3
第2章イギリス.....	23
第3章オランダ.....	41
第4章スウェーデン.....	57
第5章ドイツ.....	75
第6章フランス.....	93
第7章日本への示唆・提言.....	111
<b>第2部 資料編.....</b>	<b>115</b>
1 先進諸国基礎統計.....	117
2 アメリカ.....	119
3 イギリス.....	129
4 オランダ.....	137
5 スウェーデン.....	145
6 ドイツ.....	149
7 フランス.....	153
8 EU.....	157

# イギリスにおける医療政策決定過程

関西大学経済学部 一圓 光彌

## 1. はじめに

国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障されている。このことを達成するには、所得の保障だけでなく、医療の保障が必要不可欠となっている。現金を支給すれば済むだけの所得の保障と異なり、医療の保障には必要な医療サービスの確保が前提条件となっており、医療を必要としている人に実際に医療サービスを提供するには、医療に関係するさまざまな職種や団体の関与が必要になる。医師や看護婦の職責を定めて、消費者主権が発揮されない医療という特別なサービスが国民に適切に提供されるようにするとともに、国民に医療を保障するための税や保険料による支払いの仕組みを整備して、誰もが安心して医療を受けられるようにすることが必要となる。また、医療保障が完備した社会では、公的な医療保障制度からの収入が医療機関にとっても主要な収入源となるので、診療報酬支払い方式や患者負担といった医療保障政策が、医療機関にとっても重要な関心事となる。

こうして、医療政策（あるいは医療保障政策）は、医療サービスを受ける患者やその家族、その費用を負担する被保険者や雇い主や納税者だけでなく、医療に従事するさまざまな専門職種、医療機関の経営者や政府の職員・労働者、教育機関や製薬企業など、さまざまな利害関係者に重大な影響を与えることになる。

日本では、医療政策の決定には、こうした関係団体の代表が参加する審議会が設けられていて、政府がまとめた改革案を中心に審議会を舞台に関係団体の意見調整がなされ、法案化されるとともに、議会で野党の意見を取りいれて法律を制定する形で改革が実行に移されている。

利害関係団体は、自分達の考えを政治に反映させようとして、政治団体を設立していることが多く、自分達の利害を代弁してくれそうな政治家をしばしば与野党をとわず支援し、政党を通して影響力を発揮するようにつとめている。政治家は、審議会での意見や与野党の対立あるいは関係団体の要求の構図を見ながら、最終的な決定の落としどころ決め、調整能力を発揮する。したがってこれまでの日本での有能な政治家とは、明確な政治理念を持ち、政策に関する深い見識とそれを実行に移す指導力を備えた者というより、諸利害の調整に長けているいわゆる族議員であって、彼らは調整能力ゆえに権限を集め、従ってまた政治資金も集め、さらには官僚に対する影響力も強めることになる。医療関係利害団体の中でも、こうした政治システムをフルに利用してきたのは日本医師会で、政権政党に対する医師会の強い影響力が、医療政策の公式の決定過程にも大きな陰を落としてきた。

しかしながら、1990年代にはいって、こうした医療政策をめぐる政治システムがうまく機能しなくなってきた。日本の医療保険制度の財政は、軒並み厳しい状況に陥り、

1990年代の後半以降、高齢者医療制度や薬価制度や診療報酬の改革などが叫ばれているが、関係者の間で利害の対立が激しく、改革の糸口が見つからない状況が続いている。既存利害の調整によりものごとを進める手法がこれまでうまくいったのは、財政に余裕があり、当然増を認めた上でなおかつ配分できる予算があったからであった。その余地がなくなり、ゼロサムかマイナスサムの環境下で意思決定をする必要に迫られているのが現在の医療改革の状況であるといえる。その上、最近では改革の速度が増し、細部にまでわたって関係者と内容をつめ、その合意を得て決定するということでは間に合わなくなっている。この改革のテンポの速さは、どのように意義づけてよいか分からないが、とりあえずは、ハード面での改革のテンポがソフト面での改革のテンポの遅さと矛盾をきたすようになったと捉えておこう。

このような環境のもとで意思決定を行い、それを実行に移すとすると、審議会方式で、利害を調整して政策を決定するという手法は通用しない。政治家による利害調整もうまく機能しなくなっている。かつては、誰もが我慢できる適当な落としどころを見つけることが可能であったが、過去数年の自民党政治家による医師会との裏取引は、審議会や国会での議論の枠内での調整を超え、むしろそれを無視する決定となってしまう、そのことが、行政による改革案作りにも陰を落とす結果となっている。既存の利害を超越したところで、消費者や利用者や納税者の立場で、政策を判断できる意思決定メカニズムが必要になっているといえる。

ここでは、このような問題意識をもって、イギリスにおける医療政策決定過程を考察する。イギリスでは、特にサッチャー政権の医療改革で、旧来型の政策決定過程からの転換が見られ、政治のイニシアティブで改革の方向が大胆に示されるようになり、その手法は現在のブレア政権でも引き継がれている。

## 2. イギリスの政治

イギリスは、正式名をグレートブリテン及び北部アイルランド連合王国（United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland）という。そのうち、グレートブリテン（英本土）には、イングランド、ウェールズ、スコットランドの3地域が含まれる。これらの地域は、カントリーと呼ばれ、日本の県などよりもはるかに独立性が強い。ここでは、主としてイングランドを念頭において以下その医療政策を検討する。

連合王国の国土は、日本の3分の2程度で、人口は、日本の2分の1強の5900万人である。主な宗教はキリスト教の一派である英国教会派で、人口の55%程度を占める。今日では、アジア系の移民なども増え、ロンドンなどでは少数民族の比率はかなり高くなっている。

政体は、立憲君主制で、半世紀近くにわたって現在のエリザベス二世が元首をつとめている。王室は長らく国民の高い支持を誇ってきたが、離婚問題など王室のスカンダルが明らかになって、今ではかつて程の権威がなくなっている。

政治形態は、議院内閣制で、議会は二院制をとっている。下院の選挙制度は小選挙区制で、選挙権は18歳以上、被選挙権は21歳以上に与えられている。第2次大戦後の総

選挙以来、保守党と労働党の二大政党が交代しながら政権を担当してきた。最近では、サッチャー保守党政権が1979年から1990年までの長期政権を維持し、この時期に、政治スタイルが大きく変化したといわれている。その後メイジャー首相が保守党政権を引き継ぎ、1997年5月より労働党のブレア首相が政権を担当している。首相の任期は5年で、ブレア党首率いる労働党政府は2001年6月の総選挙で再び圧勝し、2期目に入っている。

小選挙区制のため、小政党が議席を得るのは容易でなく、また政党支持率の差以上に議席数に差が出ることが多い。日本の55年体制の時期も、自民党と社会党が長期にわたって政治を取り仕切ってきたが、この場合には政権交代がなく、責任政党対万年野党の構図の中で、両党間で政治的な取引がなされてきた。これに対し、イギリスでは、2大政党の間で政権交代の可能性が常にあったので、在野の政党も、影の内閣を構成して、政策を競い合う緊張関係が保たれていた。より小さな政党は、教育や福祉といった特定の分野で持ち味を發揮し、または特定の地域の利害を代弁し、特色を出すことで国民にアピールしてきた。

こうした2大政党とその政権交代による政治スタイルから、政策の基本は総選挙の時に発表される政策綱領に表明される。政党は、政権についている時期には、政策立案に官僚機構を利用できる利点があるが、在野の時期にも、政権党とは異なるアジェンダを設定し、また政府の提案には対案を示して反論する必要があるので、政策論議は一般に活発で、利害関係を有する圧力団体がそれぞれ政策提言を行うのはもとより、研究所や新聞なども具体的な政策を提案することが多く、こうした主張が特定の政党の主張と重なったりすることも少なくない。こうして、シンクタンクはもとより新聞なども、日本以上にはっきりとした政党色を帯びることになる。

1970年代までは、保守党と労働党の政党支持者が大きくはそれぞれ中産階級と労働者階級という階級で区分され、それがある程度固定されていたが、次第に両政党の支持層の流動化が起り、サッチャー政権の時代に、労働者階級の多くが保守党を支持する現象が起こった。サッチャーの人民資本主義の考えが、ある程度実現したと見ることができる。こうした流れの中で、労働党も階級政党の色合いを薄め、労働組合の政党から市民の政党への脱皮を果たし、ブレア政権のもとでは、「第三の道」と呼ばれる中道の政策理念が標榜されている。もともと医療政策に関しては、イデオロギー的な議論が華々しく展開されるほどには、実態としてはそれほど階級色はなかったが、現在では医療政策の政党間の違いはますます見分けがつきにくくなっている。

下院で過半数を制した政党の党首が首相に任命され、首相は内閣と閣外大臣を任命する。首相の閣内での権限は、サッチャー元首相の政治スタイルに見られるように、強化される傾向にあり、それとともに、首相、内閣、高級官僚などのネットワークによる政策形成の役割が強化されるようになった。こうした変化の背景としては、さまざまな利害を調整しつつ、政策の中身を形成していくこれまでの方法では、改革案の作成から実施にいたるまでに時間がかかりすぎ、現在の差し迫った政策課題に取り組むには有効でなく、また、そもそもこうした積み上げ方式では、既存の主要利害（企業や労働組合、医療の場合には医療関係団体や医療従事者）の対立の渦にのまれて、消費者や市民といっ

たこれまで代弁する団体を持たなかった利害に照準を当てた大胆な改革は困難となっていた点あげられる。こうして、多くの反対が予想される場合でもあっても、首相、大蔵大臣、保健大臣などの少数の関係者が改革の方向を固め、それを実施する段階で時間をかける方法がとられるようになっている。ここで取り上げる 1990 年以降の医療改革も、こうした改革の典型である。

イギリスの官僚は、異なる内閣に仕える立場から、政治的には中立である。高級官僚は在職中に議員に立候補することはできず、一旦辞任すれば復職できない。サッチャー政権下で官僚機構の規模の縮小が断行されたが、その背景には、サッチャーの政治スタイルとともに、官僚に対する政治家の権限の強さがある。政治家は地元の小選挙区で選出され、日本のように、中央政府の権限に結びついた関係団体を支持母体とする者はいないので、官僚出身の政治家はあまりいない。日本でいう政官財の三角関係にあたる、政治と官僚と圧力団体との「鉄の三角関係」という表現はあるものの、そのニュアンスは経済的な癒着を意味するよりも、政策決定過程での人的ネットワークの働きに着目したものであるといえる。

地方政府の役割は、日本と比べればはるかに大きく、住宅や教育や福祉などの分野は、基本的に地方政府の責任分野である。しかし、特にサッチャー政権下で、敵対的な労働党が支配する地方政府を財政的にコントロールするためや、財政危機の中で政府支出を抑制することが必要になったことなどから、中央政府による地方財政のコントロール機能は強化されるようになった。

医療は、歴史的には地方政府の責任領域であったが、第二次大戦後の国民保健サービス制度発足時点で、まず病院事業が中央政府の管理下におかれ、1974 年の機構改革で訪問看護などの地域保健事業が地方政府から中央政府に移管され、病院サービスと統合された。開業医のサービスや薬剤サービスは、以上とは切り離されて独立した地域ごとの機関で運営されていたが、これも 1996 年より病院や地域保健事業に統合され、現在では一括して保健当局の所管となっている。ただし、保健事業の運営方法は、政府による直接的な運営から、独立したサービス事業者によるサービスの管理・提供へと変わっている。

### 3. 医療制度の特徴

イギリスは、福祉国家の代表のように考えられることが多いが、戦後の一時期はともかく今日では、社会保障費の規模で見ると、ヨーロッパ大陸の諸国よりすっきり見劣りがするようになった。そのような中で、医療保障に関しては、戦後の福祉国家イギリスの金字塔としての国民保健サービス制度が健在で、税財源により包括的な保健医療サービスを全国民にほとんど無料で提供していて、国民からも高い支持を得ている。イギリスの医療に関する政策決定過程を考える場合には、この国民の高い支持を前提に考えること、また、医師や看護婦などの供給側が、国の予算で行われている国民保健サービス事業の下では、公務員やそれに近い立場にあることに留意することが重要である。

イギリスの医療は、その大部分が国の予算で賄われている。第二次大戦前は、日本と

同じように健康保険制度が用いられていたが、戦後はほとんどの病院が国有化され、開業医もほとんどが国と契約を結んで登録住民の医療を受け持つ契約医となり、実質上すべての医療が国の事業として国民にほぼ無料で提供されることになった。供給システムが公営化されていることが、わが国のような自由開業医体制を前提に、社会保険で医療を保障している国との大きな相違点である。もっとも、第二次大戦後に決定的に変わったのは、病院の国営化や開業医の人頭報酬契約など供給側の特徴よりも、すべての国民にあらゆる医療を受診時に無料にするという需要側の改革であった。

戦後の国民保健サービス制度の実現については、一般には、社会保障計画をまとめたペバリッジの功績がいわれ、また当時の保健大臣であった労働者階級出身のペバンの役割が強調されている。しかし、ペバリッジ報告では医療のことはそれほど触れられていないし、ペバリッジ自身、国民保健サービスの実現に対する自らの寄与を否定し、功労者をあげるとしたらペバンであろうと述べている（ペバリッジの回顧録）。しかし、ペバンがこの制度を自分の社会主義的な政治理念を実現するために構想し実施に移したかといえば、それも事実と反している。国民保健サービスの案は、ペバンが保健大臣に就任した時点で、引き継いだ大臣の机の引き出しにあったものを取り上げたに過ぎず、その案は保守党の大臣の下で役人がまとめたものであった（エイベルスミスがペバンから聞いた話として著者が聴取）。たしかに、ペバンは国民保健サービスを理想に近い社会制度と考えていた。また、彼の政治スタイルが、ことさら医療関係者の抵抗をあおって、激しい抗争の末にこの制度が実現したため、社会主義的なイデオロギー性のつよい提案であるかのように受け止められているが、保守党政権が誕生していても提案されるはずのものであった。

この点は、医療制度に関する政策遂行に関して重要な論点を提示しているように思われる。現在の多くの先進国は、アメリカを例外として、国民に必要な医療を提供することが国の責務となっていて、医療費の大半を国や地方自治体あるいは社会保険機関が賄っており、政府や社会保険機関によるその費用の支払われ方は、病院や診療所あるいは製薬産業や医療機器メーカーの経営に直接影響を与える。国の政策は、患者や納税者、使用者や民間保険団体などの需要側とともに、さまざまな医療従事者や医療経営主体や薬剤産業や医療機器メーカーなど供給側に対して、大きな影響を持つ。このうち、政府が政策として比較的实施しやすいのは、需要側の条件にかかわることで、反対に、供給側に影響を与える改革は困難を極めることになる。供給に関しては、顕在化した問題に対処する形で漸進的に改革されることが多い。イギリスにおいて、第二次大戦直後の最も改革しやすい時においてすら、供給側の条件はほとんど変えられず、戦前ないし戦中の体制が維持されたという点は、医療制度の改革を考える上で重要な点であろう。

医療供給側に関わる改革に関して、戦後のイギリスには、次のような特徴がある。イギリスでは、戦後の改革で、病院に勤務する専門医は国から俸給を受ける一種の国家公務員となり、医療政策の実施者である国は、中心的な医療従事者達を雇用する雇い主となり、雇い主としての国の権限は、開業医の場合に比べてはるかに直接的になった。また開業医についても、イギリスの一般医の報酬体系は、1960年代後半の改革を経て、基本給部分や経費支弁部分が取り入れられ、俸給制に近いものとなっている。こうして、



イギリスの政府は、政策の立案者、推進者であるだけでなく、日本の健康保険組合のように効率を追及する保険経営者にも当たり、また医師等を雇用する雇い主の立場も兼ねている。したがって、日本の医療保険関係の審議会のように、医療関連政策を利害関係者を集めて審議する常設の機関はない。あるのは、勤務医の給与と開業医の診療報酬の引き上げ幅を勧告する独立した委員会のみで、これは日本で言えば中医協の役割を果たしている。

したがって、イギリスにおける医療政策の立案、推進の構図は、政府が、消費者である有権者の意向に沿った改革を、経営主体としての立場からその従業員や職業団体と交渉するような調整過程をたどることになる。しかし、現実には、患者負担は少なく、患者や消費者としての利害が表面化することは少ない。したがって、医療の受けにくさや入院までの待機期間の長さなど国民の不満は、患者から声があがるというよりも、予算不足の問題として医療従事者が雇い主である政府に訴える構図をとることが多い。

医療供給のあり方に関わる改革は、予算規模の問題、あるいは経営者による従業員に対する政策として提起される事が多く、自由開業医制の日本などと比べれば直接的で、この点はコントロールしやすい面も含むが、難しさでもある。国民保健サービスの従事者は、さまざまな専門職種を含んで100万人を越える規模となっていて、大臣など経営のトップが一定の指示を発したとしても、その指示が末端の従事者にまで周知徹底できるかどうかはまた別の問題である。とりわけ専門職者としての医師の影響力は地域社会でも抜きん出ているので、医師の協力は事業運営上不可欠となる。第二次大戦直後の時期のように、医療が絶対的に不足する中で、必要不可欠な医療を国民に届けさえすればよかった時代から、医療を取り巻く環境は大きく変わり、患者、国民の多様な要求にこたえる必要に迫られるようになり、国による直営方式の国民保健サービスの改革が必要となったといえる。

このように、供給に関わる医療改革は、関係するさまざまな利害の調整のうえに成立し、さまざまな従事者が実施に移すことによってはじめて達成できるもので、理念だけで達成できる問題ではない。国民保健サービスが実現したのも、ベバンが社会主義の理念に基づいて実施したのではなかったように、サッチャーが社会主義者の牙城と化した国民保健サービスを一挙に粉砕しようとして試みながらできなかったのも、ブレアがサッチャー改革を白紙に戻すといいながらできなかったのも、この医療システムの特殊性に由来しているといえるであろう。

#### 4. サッチャー政権以降の医療政策決定過程

##### (1) 改革案の源泉と政治家による選択

サッチャーの改革は、年表にも示しているように、1988年1月に改革宣言がでて、1990年6月に国民保健サービス・コミュニティケア法が成立し、1991年4月から実施に移されている。サッチャー保守党は、1979年に労働党政権を引き継いで政権についており、この時期は、1987年6月の総選挙で勝利した後の、第3期サッチャー政権で

の出来事である。サッチャー首相にとっては、「社会主義」の牙城である国民保健サービス制度を廃止し、これを民間保険を用いる制度に転換することが理想であったと考えられる。首相官邸サイドからは、幾度か具体的な民営化の提案がリークされ、官邸サイドはその都度これを打ち消してきたが、本当のところは、民営化案をわざとリークさせて、国民の反応をうかがっていたのかもしれない。その都度、民営化があまりに不評なので、根も葉もない噂であると打ち消さざるを得なかったのである。

しかしながら、長期のサッチャー政権下で、国民保健サービスの予算は長期間徹しく抑制され、特に病院医療に関して病棟の閉鎖やサービスの停止が目立つようになり、国民保健サービスに対する国民の信頼も、医療関係者の信頼も、大きくゆらぎはじめていた。1987年の末から1988年の初めにかけての時期は、問題が噴出したまさに医療危機の時期であり、サッチャーはこのタイミングを捉えて、満を持して国民保健サービスの改革を宣言したのである。国民保健サービスの抜本的な改革については、直近の総選挙の選挙綱領などでも、全く触れられていないものであった。

国民保健サービスが、管理運営に関して硬直化し、効率が悪くなっていたことは、専門家の間では認識されるようになっていた。またこのころ、保守系のシンクタンクである、Institute of Economic AffairsやCentre for Policy Studiesは、民間からの資金を取り入れることや、市場原理、競争原理を導入する必要性を主張して、改革案を提示していた。サッチャー首相は、予算を抑制して、国民保健サービスを疲弊させ、職員の士気を低下させ、国民の不満を助長しておいて、政治的な好機を選んで、改革を実行に移す決断をしたことになる。

制度の根幹にかかわるような大幅な改革は、特別の検討委員会を任命して時間をかけて討議するのがこれまでの慣わしであった。1953年に任命されたギルボード委員会（1996年報告）と、1975年に任命されたメリソン委員会（1979年報告）がそれである。王立委員会による検討は、中立的な専門家が中心となって、関係団体から証言を集め、改革の必要性やあるべき改革の方向などを提言することになるが、サッチャー首相は、このような時間のかかる改革案の策定過程を選ばなかった。医療改革のためにサッチャー首相が設けた委員会の構成は、首相自ら議長となり、ナイジェル・ローソン大蔵大臣、ジョン・メイジャー次席大蔵大臣、ムーア社会サービス大臣（この時点では社会サービス大臣が社会保障省と保健省を所管していた）、ニュートン保健閣外大臣、国民保健サービス運営委員会副議長ロイ・グリフィス卿（スーパーマーケットの経営者で、サッチャー首相の命を受けて、1980年代の国民保健サービスの管理機構の改革案も作成している）などで構成されていた。またこの委員会の討議は非公開で、委員のリストすら発表されていない。

改革のテンポが速くなっている今日、かつてのように何年も時間をかけて改革の必要性を論じたり、改革のあり方を論じたりする大掛かりな委員会方式は、時代の要請に合わなくなっている。労働党のブレア首相の医療改革についても、同じような官邸主導による政策立案とその実現の手法は変わっていない。しかし、介護の問題のように、白紙の上に新しい制度を描くような場合には、ブレア政権でも王立委員会を任命し、介護問題に対する政策のあり方を諮問している。王立委員会は、1997年12月に任命され、資

料を集め関係団体の意見を聴取し、1999年3月(1年と3ヶ月間)に答申している。このような場合、王立委員会の活動それ自体が政策立案に重要な役割を果たすが、同時にこの間に、さまざまな団体が考えを求められることから、各団体が団体としての意見をまとめ、その団体の提案を公表し、団体の存在理由を広く国民に訴える活動をおこない、総じて政策論議に参加するシステムが機能していることも重要である。

サッチャーの検討委員会が下した結論は、①王立医学会会長や下院社会サービス委員会や多くの国民が熱望していた予算を増やすという解決策でも、②保守党内で繰り返し調査されてきた社会保険方式にする案でも、③税制で民間保険を優遇して国民の多くを民間保険に移行させる案でも、④患者負担を更に引き上げる案でもなかった。内部でどのような議論がなされていたかは、明らかにされていないが、社会サービス相のムーアが民間保険(あるいは社会保険)に切り替えるための二つの法案を用意していた事などは報道されており、さまざまな選択肢が議論されていた事を窺い知る事が出来る。ムーア案は、労使が支払う保険料を所得税の所得控除の対象とするもので、大蔵省が難色をしめしていたが、ムーアは、サッチャー首相の支持で実現できると考えていた。激しい議論が続き、閣外の保健大臣がたおれた。これが契機となって、1988年の7月に社会サービス大臣の責任を、1960年代にそうであったように、社会保障大臣と保健大臣に分割することになり、ムーアは社会保障を担当する国務大臣となり、保健を担当する国務大臣にはケネス・クラークが任命された。クラークがムーアと異なるのは、過去に保健を担当する閣外大臣を務めた経験から、保健省の仕事に精通していたことであった。彼は、ムーアよりも党内では右派とみられていたが、その経験から、国民保健サービスの財源政策を転換することではなく、その機構改革に取り組むことが必要だと考えていた。

サッチャーは、大臣を務めるような経済的に余裕のある者が、税金でまかなわれる国民保健サービスを利用するのは不当であると考えていた。これに対して、クラークは、民間保険の案は、アメリカのように医療費がかかりすぎて、最悪だと考えていた。このこの点は大蔵大臣ローソンも、メイジャー閣外大臣も同じで、サッチャーも最後は彼らの意見を採用することになった。結局、国の予算で国民保健サービスをまかなうことは、これまでどおり維持されることになった。クラークは、その後国民保健サービスの改革を強引に推進し、医療関係者や労働党や多くの国民から批判の矢面に立たされたのであるが、実際にはクラークが保健大臣についたことで、国民保健サービスは救われたといえる。またクラークとともに税方式の維持の立場でサッチャーを説得した大蔵大臣のローソンの役割も大きかった。民間保険に加入した者の保険料を、所得税の所得控除の対象とするという考えは、ローソンとクラークの作戦どおり、高齢者にのみ適用されることになった。

クラークは、下部に権限を委譲することが重要と考え、病院を自主管理とすることにし、これを病院トラストと呼ぶことにした。さらに、クラークは国民保健サービスにおける一般医の役割を重視しており、一般医についての具体的な改革案がないことに疑問をもっていた。彼は、スペインで休暇をとっている時に、「予算保持一般医(GP ファンドホルダー)」の考えをまとめている。大臣の仕事は、一般に非常に多忙で、論文を読

んだり政策について思考する時間はなかなかないとの証言がある。そうした中で、選挙民との会話を大事にする人、講演の原稿を書くときに考える人などさまざまであるが、予算保持一般医という重要なアイデアが、休養をとっている時に生まれたという話は興味深い。政治家のアイデアが政策決定に大きな役割を果たした例であろう。

こうして1988年の秋には、病院トラストと予算保持一般医という、国民保健サービス改革の二つの重要な柱が出揃った。それとともに重要な考え方は、購入と提供の分離の考えである。この点に関しては、アメリカの医療経済学者エントーベンの考えが大きな影響を与えることになった。1985年の論文で彼が購入と提供の分離の考えを提唱した時には、クラークは彼の論文に特に注目していない。彼が大臣に就任した後、予算保持一般医制度を構想する中でその論文を改めて読んでその意義を再確認している。

検討委員会での当時の議論は非常に激しかったようで、激論の末最後にサッチャーが決断を下している。サッチャーとローソンとクラークが主役で、保健省の事務次官と閣外大蔵大臣のメイジャーが参加することもあった。このことは、医療政策の大きな決定が、政治家によりなされていることを物語っている。

政治家がこのような判断をする知的な源泉は、既に述べたような、シンクタンクの提案、学者の論文や助言、関係する省庁での過去の経験など、多岐に及んでいる。また、知的源泉をどこに求めるかは、政治家のスタイルによっても異なる。たとえば、サッチャーは個人的に数人の学者の助言を求めることが多かったが、ブレアは首相官邸のシンクタンクを重視している。サッチャーの時代には、No.10 Policy Unit（首相官邸の住所番地を示すシンクタンク）の研究員は12名程度であったが、ブレアが首相になって100名を超える規模に拡充されている。その研究員のうち、若い人達は公務員であるが、中堅の研究員は広く大学や研究所や企業やジャーナリズムなどから集められている。

意思決定に占める政治家の役割が大きいことは上の通りであるが、だからといって、官僚が意思決定に参加していないというわけではない。官僚の役割は、政治家の影に隠れがちであるが、政治家が選択できる実現可能な提案の準備をするのは、官僚にほかならない。

政策を遂行する過程はいうにおよばず、意思決定過程でも、官僚はしばしば重要な役割を果たしている。上に述べたサッチャー改革の過程で、クラーク以下複数の保健大臣が、何人かの官僚の名前を挙げて、その役割を高く評価している。労働党政権発足にかかわる次のエピソードは、政策決定に関わる官僚の役割の重要性を物語っている。

## (2) ブレア政権の医療改革

労働党は、サッチャー改革の時に、在野にあつてそのすべてに反対していた。1990年代の保守党の改革を白紙に戻すというのが、公式な労働党の見解であった。しかし、その後現場では、保守党の改革は間違っていないのではないかという空気が広がるようになった。予算保持一般医の制度についても、一般医の半分程度が参加していたが、改革の重要な成果であると考えられるようになっていた。影の保健大臣ブランケット氏の下で、検討委員会が設けられ、購入と提供の分離を存続することや、予算保持一般医制度についても廃止しないとの方針がおおむね決定されていた。

その後影の保健大臣にクリス・スミスが就任する。彼は、地方の保健当局の担当者二人に、労働党が政権に復帰した場合の改革案のあり方について、極秘裏に調査を依頼している。この二名は、個人的な資格でスミス氏に協力し、予算保持一般医制度を残すことを助言するとともに、後にプライマリーケアグループと呼ばれることになる制度の原型となるものが、この段階でほぼ出来上がることになる。これは、予算保持一般医制度を残すことと、これに反対してきた労働党の党是やこれに参加してこなかった一般医の立場との妥協の産物であった。こうした経緯を経て、1997年の労働党の選挙綱領は、サッチャーの医療改革に関し、これを全面的に批判する内容とはならず、歯切れの悪いものとなっていた。選挙綱領を読めば、サッチャー改革を白紙に戻すという党の基本方針が葬り去られたことは明らかであった。

1997年の総選挙の1年程前に、保健省で興味深い人事が起こっている。それまでサッチャー改革を支えてきた主要官僚の一人クリーブ・スミーに休暇が与えられ、来るべき労働党政権の下での医療改革のあり方を自由に研究する機会が与えられた。保健省の官僚が、新政権の誕生をにらんで、政策の継続とスムーズな改革の実現に向けて、周到に用意した人事であったと言える。彼は、保守党の保健大臣達が特に信頼を寄せる官僚トップの一人であるが、1年のフリーな活動を得て、労働党政権発足と同時に職場に復帰し、労働党の改革案の策定をリードすることになる。

予定通り1997年に労働党政権が誕生したが、労働党の改革案を作成するために、まずサッチャー改革をどのように評価すべきか調査が行われた。実際にはそのような調査は、いくつかの研究所や学者が発表しており、労働党が新たに調査のために選んだ3名の学者、グレナスター（ロンドン大学教授）、ルグラン（ロンドン大学教授）とハム（バーミンガム教授）は、いずれも実証研究を通して、サッチャー改革を公平に評価する視点を持つ者達であった。3名の学者とスミーとの間で徹底した意見交換が行われ、プライマリーケアグループの考えがはっきりとした形をとるようになった。ブレア首相も、医療改革には熱心に取り組み、自ら決断して、この案はそのまま1997年12月発表の白書に取り入れられた。

サッチャー改革の時も、医師会や労働党を含め、反対勢力は、まず実験をしてデータを集めて、改革の正しさを実証した上で実行に移すべきだと主張した。しかし、サッチャー政府は、その方法をとらなかった。従って、新しい仕組みの有効性の検証は、改革が実施された後に行われることになった。また、一挙に全面実施するのではなく、出来るところから目標を定めて段階的に実施する方法がとられた。事前に調査をして実行するという形はとられなかったが、政策を実証的に研究する風土は、ないわけではなかった。そしてそうした風土が、サッチャー改革を冷静に評価する空気を労働党内に作り出し（実際には労働党内では激しい対立を招きはしたが）、労働党政権に変わってから、サッチャー改革を引き継ぐ政治決断を容易にしたといえる。

### (3) 改革の実行

意思決定過程が大きく変わったことから、改革の実施段階にも変化が起こった。サッチャー政府の改革案は、1989年1月に Working for Patients と題する白書の形で発表され

た。これほど大掛かりな改革であるにもかかわらず、緑書による意見の集約の手続きはなされていない。予想されたとおり、英国医師会（BMA）はじめ各界から猛反対が起こった。クラークは、医師会会館の前で、そのタイルを全て剥ぎ取って砕くような提案であると考えていたので、医師会の反対は当然だと覚悟していた。従って、その反対でしり込みする考えはなかった。しかしサッチャーは、医師会の反対が総選挙に影響することを憂慮していた。サッチャーは経営者のグループにも意見を求めた。彼らは、考えはよいとして、時間をかけることが大切だとの意見であった。改革案の費用の計算すらできておらず、これまでの改革例からすれば、明らかに準備不足であった。しかしクラークは、改革を進めながら問題を解決すべきだと考えていた。

1990年6月に、首相、保健大臣、首相に助言した経営者、保健省の官僚からなる首脳会議が開かれ、改革を延期するかどうかをめぐって意見が戦わされた。首相は、実施を次の総選挙以降に延ばすよう説得したが、クラークはこれに反対した。クラークは官僚を信頼していたし、彼らはクラークの味方であったが、このような高度に政治的な決断の会議では、サッチャーの追及にたじたじで、保健省の強い決意を貫いたのはクラークであった。結局首相も、担当大臣の強い意思を尊重しないわけにはいかず、予定通り1991年4月より実施されることになった。

サッチャー政権に対する国民の支持は、50%を切っていたし、その医療改革に至っては、国民の80%が反対するという状況の中で、改革が断行された。大多数の国民が改革に反対する中で、なおかつ政権党は改革を実行している。これが少なくともサッチャー以降の政治のスタイルだといえる。この点は、ブレアも同様で、政権につくと、正しいと思えばいかに反対が多くとも断固実行する姿勢がみられる。サッチャーが総選挙のことを心配したのも、反対が多いことそれ自体ではなく、次の総選挙で敗北すれば、結局改革が実らないことになることを心配してのことであったと考えられる。

クラークの意見が通って、改革は予定通り実行に移されることになったが、サッチャーはここでクラークを教育相に指名し、その後任にウォルドグレーブを任命している。この人事は、クラークの意に反したものであったが、サッチャーの立場からすれば、政府と医師会との関係を修復するねらいを持つものであった。そのことをウォルドグレーブもわきまえていた。

ウォルドグレーブは、医師会ばかりでなく、保守党の陣笠議員達のプレッシャーも感じていた。だから出来る事なら延期したいとすら考えていた。彼には保健分野の経験がなく、改革それ自体に確たる自信もなかった。しかし、彼が尊敬するクラークや社民党のオーエン議員（医師でもある）などの支持があることを考え、実施に移そうとした。

医師会との関係修復のために彼が選んだ方法は、ロンドンの特殊事情にどう対応するかの問題について、トムリンソン教授を長とする検討委員会を設置することであった。また1991年に『国民の健康』と題する緑書を発表しているが、これは医師や看護婦に直接意見を求めるもので、医療改革に対する反感をそらすことに貢献できた。

ウォルドグレーブの後を継いだボトムレイは、サッチャーのような意思を貫くタイプの政治家であり、彼女の下で、ロンドンの改革や証拠に基づく医療（EBM）や研究開発が促進され、地域福祉改革の推進が実行されている。ボトムレイのあとをつくドレル

は、また違ったタイプの政治家で、この段階では医療改革に対する反対もすっかり薄らいでいたので、人々の話をよく聞いて政府の立場を丁寧に説明する役割を果たした。

Working for Patientsと題する白書で示された戦後国民保健サービスの大改革は、白書の段階では大枠を示すにとどまっていた。その具体的な中身は、徐々に明らかにされ、それとともに医師会をはじめとする関係者の反対もおさまっていった。労働党の態度も和らいできた。実際、医療改革では、現場の医療担当者が協力しない限り実現は不可能で、この改革でも、病院トラストにしる予算保持一般医にしる、一挙に実施しないで、協力者を募りながら何回かの段階に分けて実施されている。

この点はブレアの改革でも同じである。白書に提案されているような改革内容は、パイロット事業として白書作成と平行して実施に移されたり、改革の中身がそもそも画一的な提案となっておらず、医療現場の事情で、どのようなレベルからでも改革に参加できるようなスタイルをとっている。

サッチャー改革以前は、改革を決定するまでの間で、十分に関係者、特に医師をはじめとする供給側の意見を聞き、その合意を得る形で意思決定して、改革案をまとめることが多かった。しかし、こうした方法では、時間のかかる抜本的な改革を実現することは困難で、しばしば大きな改革案は、政権交代のたびに葬られ、小規模の改革しか実現できなかった。こうした事前の調整に十分な時間をかける方法を打ち破ったのがサッチャーの改革手法であった。サッチャーにせよブレアにせよ、総選挙で選ばれることによって、国民の信託が得られたことを前提に、自分の考えたことを多少の反対があっても強力に実施しようとするようになった。改革を具体的に実施に移す段階でむしろ手間をかけるようになったとすることができる。

## 5. 政策決定過程とアクター達

### (1) 医療改革の舞台と大臣達

大臣達は、その経験や持ち味を発揮して、改革の各段階でそれぞれ職責を果たしてきた。ウォルドグレイブは、保健大臣の仕事は、もっとも大変な仕事の一つであると認識し、多方面の合意をどう得ていくかに苦勞したと述懐している。ポトムレイも、やりがいのある仕事が出来て幸せであったと述べる反面、その責任は重く、24時間NHSのことで頭がいっぱいであったと告白している。

クラークは、前の閣外大臣の経験から、NHSを知り尽くし、管理について特に精通していた。ウォルドグレイブは、民間企業の経験から、管理の改善に取り組み、改革を緩やかに進めた。ポトムレイは、親族に医師や看護婦なども多く、福祉分野の経験を生かし、患者家族の状況に思いを致すことにつとめている。クラークとウォルドグレイブのスタイルは、改革を断固進める姿勢と、対立を鎮めて状況を取める姿勢というように、対照的であった。ポトムレイとドレルもやはり、対照的であった。彼女は記者発表も多く、挑戦的で、彼は会見も少なく、どっしりと控えていた。こうした持ち味が、結果として、長期政権の間に使い分けられていたとみる事が出来る。

このような使い分けは、メディアの重要性とも関係している。ボトムレイとウォルドグレーブは特にメディアを気にして、NHS がどう扱われるかに関心を寄せた。こうしたメディア重視は、労働党政権でも引き継がれている。

## (2) 保健省の役人や特別顧問

大臣達にとって、役所のトップは重要な協力者である。NHS の長官、首席医務官、保健省事務次官、税務担当の責任者達が特に重要な役割を果たす。同時に、大臣達は、大臣の秘書、特別顧問（政策面での助言をする有識者）、研究者などからも協力を得ている。ウォルドグレーブは、NHS の政策審議会の委員の役割を強調している。同審議会のメンバーには、役人の他に、NHS のその他の従事者、企業経営者なども含まれている。ボトムレイは、事務次官や長官達が、内閣の防衛隊であると評価している。首席医務官は、政府と医師達との仲人役で、彼らは微妙な立場を維持しながら、役割を果たしている。

役人達は、政治家の期待にいかにかたえるかという形で、力を最大限発揮しているように思われる。その意味でイニシアティブは政治家にある。スミーに休暇が与えられ、労働党政権の保健政策の準備にかかったのも、政治と行政のバランスのとり方をあらわしているように思われる。

政治家と官僚との摩擦もないわけではない。クラークは、最初に若手の官僚を集めて仕事をしようとしたが、事務次官の抵抗にあったと述べている。結局 30 代の若手官僚のチームを作り、彼らに問題を提起し、彼らが提案をまとめていった。そうした軋轢の後、彼は官僚を掌握できるようになり、信頼関係が築かれている。

特別顧問は、役人とは別の役割を果たした。具体的な政策形成からは距離をおいて、党や国民との調整の役割を果たすことが多い。時期はだいぶさかのぼるが、エイベルミスは何人かの社会サービス大臣、一人の自治大臣の特別顧問を務めている。彼はこの間、毎日社会サービス省や自治省に通い、大臣の講演の原稿を書いたり、大臣に助言をしたりしている。バーバラ・カースル元社会サービス相の話では、彼の原稿は、議会で保守党の議員を説得するのに非常に効果的であったと述べている。ウォルドグレーブは、特別顧問の助けが、総選挙を前にして、党やメディアへの対応に役立ったと述べている。日本にはこれに相当するポジションがないが、政府の政策を PR する上で、特別顧問の役割が重視されていることがわかる。

## (3) NHS 関係者

中央政府の官僚が国民保健サービスを実際に動かしているわけではない。実際には、地方保健当局や地区保健当局の職員達、さらには医師や看護婦などの専門職が、サービスの提供に携わっている。大臣達は、現場の意見も重視している。クラークは、特に地方保健当局の責任者（chairmen）の意見を重視し、彼らとの会議が、保健省での閣僚会議だったと表現している。大臣はこうした会議で自分の意見をぶつけ、彼らの反応を得るようにした。保健当局の責任者達も、現場の事は細部については知らないで、



更に下部に対して問題を投げかけることになった。こうした地方当局の責任者の意見を重視するのは、改革の内容を詰める段階では必要不可欠となっている。

ウォルドグレーブは、政策審議会の非常任理事と地方保健当局の長との関係が微妙であった点を指摘する。後者の協力は、地方保健当局が廃止されてからも、有効であったと言う。ボトムレイは、その他に、地区保健当局やトラストの責任者ともよく会って意見を聞いている。彼女はその都度、うまくいっている点と問題点をそれぞれ3つ聞かせてもらったと述べている。こうして、政府がとりあげている政策課題が、末端の問題意識とずれていないかをチェックしていた。

#### (4) 職業集団

専門家としては、医師の集団である英国医師会 (BMA) と王立協会 (Royal Colleges, 専門ごとに複数の王立協会がある) がとりわけ有力である。彼らがどう受け止めるかを抜きに政策は語れない。クラークと BMA との関係は冷え切り、彼が更迭された後、ウォルドグレーブが時間をかけて関係修復に努めることになる。ウォルドグレーブは、BMA の会長 Lee-Potter を大変協力的であったと評価しているが、次のボトムレイは、クラーク同様、BMA は非常にやりにくい労働組合で、近視眼的で、問題を理解できていないと批判的である。ドレルの時には、すでに医師達との厳しい対立は見られなくなって、プライマリーケアの問題などで具体的に対応できるようになっていた。

王立協会は、大臣達からは、BMA よりは一般に好意的に評価されている。もっとも、NHS のもとで医療に従事する医師の組織である BMA と、医学教育や医療水準に関心を持つ王立協会とでは、立場は一致しておらず両者の間では主張に違いがあるのは当然でもある。医師以外の職業集団については、大臣レベルではそれほど関心が払われていない。それは、保守党の医療改革が、必ずしも看護に焦点を当てたものでなかったことと関係しているであろう。

#### (5) シンクタンクと学者

この時期の特徴は、シンクタンクが政策提言に参加したことである。検討委員会の中で、しばしば取り上げられたが、実際には、それほど影響があったというわけではない。改革案の作成者であるクラークは、Adam Smith Institute、The Centre for Policy Studies のような研究機関の名前を挙げてその影響を聞かれた際に、自分にはほとんど影響なかったと振り返っている。ボトムレイも同じように、自分が担当した時期にはほとんど影響なかったと述べている。ウォルドグレーブは、医療政策に関する調査研究に精力的に取り組んでいるキングズファンドについて、ロンドンの問題を明らかにする上で、重要な働きをしたと評価しているが、同じキングズファンドについてボトムレイは、問題を明らかにしながら、政府がその解決に取り組むことには協力的でなかったと、批判的である。ボトムレイは、キングズファンドを、NHS の研修機関に育てる構想をもっていたが、キングズファンドは問題を指摘して、論争をおおる報告書を出すばかりで、政治をもてあそぶことしかしなかったと批判している。既に述べたように、キングズファンドを中

心とする保守党改革の評価に関する実態調査が、労働党の絶対反対の姿勢を原則容認にまで緩和させた事、この調査にかかわった労働党よりとみられる学者が、労働党政権での改革案の形成にかかわったことなどを考慮すると、この間のこのシンクタンクの役割は決して小さくないと言える。

学者の影響は多様である。最も大きなのは、閣僚会議で構想を練る段階におけるエンターベンの役割である。彼の考えは、はじめはあまり利用できそうになかったが、議論が袋小路に入って、財源政策の問題から、サービス提供のあり方に議論が移るに従い、おさまり所に利用されるようになった。その後は、LSE（ロンドン大学）の学者の調査が有効になる。特に、保守党政府にとっては予想外の学者からの好意的な評価であったので、予算保持一般医制度の推進に役立ったと述べている。これは、労働党に深い関係を持つエイベルスミスやグレナスターやルグランが保守党の改革に理解を示し、特に予算保持一般医の制度を評価していた点、また、グレナスターとルグラン（三人ともLSEの教授である）の実態調査が、改革の成果を実証的に分析して、政策論議を冷静な論理の世界にもどす役割を果たした点を指すものと考えられる。ボトムレイは、バーミンガム大学のハムとヨーク大学のメイナードの貢献を挙げている。

## (6) 議会

議会の影響も小さくはないはずで、下院の常設委員会の議論、議員個人の主張、クエスチョンタイムにおける議論などを通して、国民の声が反映される。保守党政権下では、保守党は議会で圧倒的な多数を占めていたので、政策を遂行する上で、議会で覆される心配は誰も持たなかった。しかし、議員個人が選挙民の意見を受けて発言する意味は重く、常設委員会の議論も重要であった。特別顧問（special adviser）がこうした意見調整の役割を果たしたが、大臣が個々の議員と個人的に接触を持つこともあった。

## 6. むすび

これまで、政策決定過程で利害関係団体の果たす役割は決定的であった。具体的には、生産者や提供者（経営者や労働組合）の利害が大きな影響力を持ってきた。しかし、この点は、サッチャー改革以来若干変わったように思われる。政策案が決まった後、これを実施に移す段階で生産に関わる利害が重要性を持つことはこれまで同様変わらないが、政策案が決められる過程では、生産者達の利害を無視して、むしろ消費者達の意向に沿う形で、決定が下されるようになったのではないであろうか。

改革案の策定過程で、大臣達は、既成の利害団体と交渉することはなかったが、現場の声を決して無視したのではなかった。在野にある労働党の影の保健省が、個人的つながりのある保健当局の担当者に、将来の改革案を相談したように、現役の大臣達も、地方保健当局や保健当局の担当者の意見をよく聞いている。また、以上のような政と官に加えて、その他の利害関係者がこうした政策課題を中心とするネットワークに加わることも多い。このネットワークは、日本の政財官の関係のように、利権の構造はもたな

いが、サッチャー政権下で政治主導の政策決定が実現するようになって、政治家を頂点とする権力を軸にネットワークが形成されているといえるであろう。

もっとも、サッチャー首相の時期には、このネットワークに医者がはっきりとした形で組み込まれる事はなかった。サッチャーは、これだけ大きな医療改革であったのに、一度も医師の代表と会っていない。これはこれまでにはなかった新しいスタイルである。首相がサッチャーからメイジャーに代わり、大臣がボトムレイに代わるなかで、次第に政府と医師会との関係ももとの姿に戻るようになった。言い換えると、サッチャーの改革は、あまりにも反対が強かったので、医療関係者と調整する余地はあまりなく、その調整は改革断行後に時間をかけて取り組む課題となったということができる。

医師会との関係改善は、法案が通り、計画が実施に移されてからの仕事になった。NHS トラストや GP ファンドホルダーについては、具体的に医師が参加しやすいように誘引が工夫されて取り入れられた。改革内容の説明には、医師を刺激しない言葉が使われるようになった。こうして、改革案作成の段階での医師会無視は、長い時間と手間をかけて、結局償われることになった。

最大の圧力団体であり、最強の労働組合でもある医師会等の協力がなくては、医療改革を実施する事はできない。だからといって、既存の利害関係をベースに、関係団体の合意を得ながら改革を進める方法では、制度の大きな枠組みを変更するような改革は不可能であるし、可能としても恐ろしく時間がかかり、達成された頃にはもう時代遅れになっているおそれがある。だからといって、枠組みの根本的な改革を行わないで、微調整を積み重ねる方法では、現在の課題に答えられる医療改革はいつまでたっても実現しない。そのことは、たとえばわが国の診療報酬体系を考えれば明らかであろう。その意味では、イギリスのように、患者や消費者としての国民の意向に沿った改革の枠組みをまず政治主導で決定し、その方向に向けて制度改革を実施に移す段階で、関係者の意見を取り入れるような、大胆な意思決定と丁寧な実施の方法は、わが国でも参考になるであろう。わが国でも、経済財政諮問会議が、今さかんに「骨太の改革」という表現を用いている。この場合も基本的な理念と改革の方向性が提示されているだけで、必ずしも具体的な中身が明らかにされているわけではない。具体的な中身はこれから関係者の意見を聞いてつめていこうというのであろう。もしそうだとしたら、イギリスの改革の手法に近いということができる。もっとも、日本の場合、「大胆な意思決定と丁寧な実施」は、しばしば「総論賛成各論反対」という形で形骸化するのが常であった。政治の指導力が強く求められている。

## 主要文献

- Butler, John, *Patients, Policies and Politics*, Open University Press, 1992  
(ジョン・バトラー著、中西範幸訳『イギリスの医療改革』勁草書房、1994)
- Glennerster, Howard et al, *Implementing GP Fundholding*, Open University Press, 1994
- Le Grand, Julian et al (eds), *Learning from the NHS Internal Market*, King's Fund, 1998
- Chris Ham, *The Politics of NHS Reform 1988-97*, King's Fund, 2000
- A Report by the Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to Old Age*, The Stationary Office, 1999
- Department of Health, *The NHS Plan; The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care*, 2000
- Harrison C, Anthony and Dixon, Jennifer, *The NHS; Facing the Future*, King's Fund, 2000
- Dixon, Jennifer, "Health Care: Modernising the Leviathan", to be published
- 外務省のウェブサイト
- 成瀬 孝「イギリス」(馬場康雄・平島健司編『ヨーロッパ政治ハンドブック』、東大出版会、2000年、収録)
- Britain, an official handbook

## 聞き取りや講演

Richard J. Lilford  
Jennifer Dixon  
Howard Glennerster  
Abel-Smith  
Barbara Castle  
Roy Griffith