

タイトル	1974年イギリス国民保健サービスの再編について
著者	大西，節江
引用	季刊北海学園大学経済論集，53(2)：75-88
発行日	2005-09-30

《論説》

1974 年イギリス国民保健サービスの再編について

大 西 節 江

1. 国民保健サービスの成立

国民保健サービス (National Health Service) は、第2次大戦終了間近から構想され始め、各種の試案を経て労働党政府の下で1946年の国民保健サービス法ができ、保健相 A. ベバンによる関係諸団体との精力的な交渉を経て、1948年7月5日「福祉国家」が発足する「約束の日」に実施に移された。それは国民全体に受診時における無料の医療を提供する事によって、戦前貧しい人々が受けていた受診抑制を払拭し、労働階級を中心とする多くの人々から熱烈な支持を受けた。その事業規模は、国民各層への普遍的な医療サービスの付与と、高質な病院専門医療の急速な拡大、戦後の出生数の増大、高齢人口の漸増、さらに科学の進歩、医療技術の前進、国民の期待の上昇などによって膨張を続けた。当初約50万人だった国民保健サービス (NHS) 関係従事者数は、1979年には100万人を超え、その総支出は、同じ期間にGDPの4%から5.5%へと増大した¹⁾。

当初国営医療に対して非常に懐疑的であった医師のあいだでも、NHSが彼らにも所得の増大と安定という具体的な利益を与え、専門職としての診療の自由への介入もない事がわかってくるにつれて、徐々に支持が高まっ

ていった。発足10年後の1958年、NHSを巡って行われていた激しい論争は沈静化し、「新サービスは基本的目標の達成に驚くべき成功を収めたとする広い合意が存在していた」。1958年7月30日の下院における論議には、静かな満足の間気が漂っており、新聞各紙も肯定的な評価を掲載した。例えば『オブザーバー』は、「技能は平等に広められた。医師の言動に不可欠な診断設備は各病院に供給された。最も複雑な種類の措置が、必要とする人の居住地に近い各地域で提供されている」と書いた²⁾。住民のすべてに対してあらゆる形態の医療サービスを無料で提供する制度の実現は画期的な事であった。

「新しい保健サービスは、その基礎的な目的の達成に目覚ましい成功を収めた。それは不健康に関する心配の軽減におおいに役立ち、苦痛や障害からのおおいなる救済をもたらし、近代医学の最新の進歩の利益を利用できるようにした。新しいサービスに対する公衆の支持は、この確固たる成果の記録に基づくものであった」³⁾。

2. NHSの3部門構成

NHSは国有化された病院、身近な一般医師、地方自治体保健部という3つの医療の源

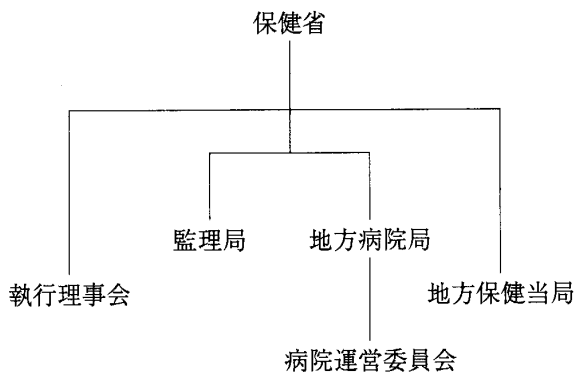
1) Charles Webster, "The Health Service since the War", H.M.S.O. vol. II. p.2

2) op. cit.

3) op. cit., p.26

泉を通して必要な医療を住民に提供した。それらは、それぞれ地方病院局 (regional hospital board), 教育病院の場合は管理局 (board of governor), 執行理事会 (executive council), 地方自治体 (local government) によって管理されたが, そのような行政管理体制は, 望ましいというよりも可能であった条件の下で NHS が築き上げられたという, 出生の歴史に由来していた。1948 年の 3 部門構成は次のようであった (図 1)。

図 1 NHS の構造 1948-74



(注) Ch. Ham, "Health Policy in Britain", 3rd edition による

第 1 に, 一般医師サービスは, 歯科医, 眼科医, 薬剤師サービスとともに執行理事会が行政管理する事となったが, それは戦前の保険委員会を引き継いだものだった。執行理事会は地方の専門職, 地方当局, 保健省により任命され, 保健省から直接資金提供を受けた。それは家庭医 (family practitioner) (一般医師, 歯科医, 眼科医, 薬剤師の総称) の契約を行政管理し, 地方の医師のリストを維持し, 患者の不満を処理した。家庭医は報酬交渉の副産物として, 徐々に医師の少ない地方へと進出するようになり, その登録患者リスト数を平準化し, また当初は拒んでいたグループ診療へと動いていった。1952 年から 1958 年までに, 一人で診療する医師の割合は, イングランドとウェールズ全体で 44%

から 32% に減少した。この傾向はさらに続き, ヘルスセンターによる複数の医師による診療の増加と, プライマリ・ヘルスケア・チームの出現となった。先進的な医師, 看護婦, 事務員によるヘルスケア・チームの結成は, 家庭医と地方自治体保健部との調整を必要とする事になった⁴⁾。

しかし人口比で見ると, 医師の配置は地域によって質的にも量的にもいまだ不公平であり, 1970 年代前半にも次のように指摘された。「スタッフニードの広い形は, この 2 ~ 30 年間劇的には変化しなかった。現在最も深刻な不足に直面している地域は, マンパワー上の困難のかなり長い歴史を持っているようであるが, 他方, 今日相対的によく家庭医を供給されている地域は, 全般的に十分な医師数を引きつけ維持するのに, 過去にも困難はなかった。」⁵⁾。また専門病院と一般医の関係はより密接な協力体制をきづく必要性が高まっており, 教育病院が卒業生である一般医をパートタイムで病院医に任命したり, 先進的な一般医の病院施設利用などにより接触は保たれてはいるが, 全体的にその溝はむしろ深まったのである⁶⁾。

第 2 に, 環境的な保健サービスと対人保健サービスは, 地方自治体当局にゆだねられた。これらのサービスは, 妊産婦と児童の福祉医院, 保健訪問員, 助産婦, 保健教育, ワクチンと予防接種, 救急車を含んでいた。行政管理責任は戦前と同じ保健技官 (medical officer of health) が負う事とされ, サービスのための基金は, 一部は中央政府から, 一部は地方税から供給された。かつての自治体病院, 結核療養所などは自治体管理から分離された。地方自治体保健当局は, 当初の予定では, 一

4) op. cit., p.12

5) Christopher Ham, "Health Policy in Britain", Macmillan, third edition, p.20 より引用

6) op. cit., p.19

般医へのヘルスセンターの提供によって、その主導的地位を維持しようとしたが、独立契約者としての地位が犯される事を恐れた一般医の拒否にあって、そのもくろみは絶たれた。しかし家庭医の報酬決定の仕組みが変わり、スタッフの雇用費用や施設賃借料金の払戻しを実施されるようになった1966年から、新たなグループ診療の拠点としてそれは復活し増加している。地方自治体は1948年の国民扶助法の下で、高齢者のホームやソーシャルワーカーを含む一連の福祉サービスをも提供する事になっているが、各自治体によってその水準に大きなばらつきがある。1960年代以降、医療においても福祉においても施設収容から在宅療養介護への移行が主流となり、措置上からもコストからもコミュニティケアが重視されるようになってきているにもかかわらず、回される資源は少なく地域間格差は依然として大きかった⁷⁾。

第3に、病院は全く新しい機関である地方病院局と、病院運営委員会(hospital management committee)に、教育病院は管理局によって行政管理される事になった。教育病院と顧問医(consultant)に特権的な地位が与えられたのは、彼らをNHSに取り込むための保健相A. ベバンの決断だったといわれている。病院の圧倒的多数は地方病院局(イングランドとウェールズに最初14、後に15)と病院運営委員会(約400)の下におかれた。地方病院局は保健大臣によって任命され、それが次に病院運営委員を任命した。病院サービスのための基金は、保健省から地方病院局を通して病院運営委員会に下ろされた。教育病院の基金は、保健省から直接管理局に分配された。病院運営委員会の下で、地方自治体病院とボランティア病院の調整が行われ、戦前の不足と過剰を解消し、例えば伝染病用ベッドの転用が進んだ。都市に偏在していた

顧問医は、サラリーと診療条件に誘引されて全国により公平に配置されるようになり、外来サービスの水準も著しく高まったのであった⁸⁾。

医学の急速な発展は様々な医療分野を開発し、国民の健康標準を上げたが、最先端をいく脳内疾患、心臓病、癌などの診断と治療には莫大な費用がかかるようになった。先端医療を担う病院は注目されて資源獲得に有利になる反面で、慢性病長期滞在型の病院は忘れ去られ設備の維持改善もままならなくなった。このような病院間格差とその拡大は、総合病院内部の診療科間格差とともに、資源の公平な分配と有効な利用の観点からしだいに問題視されるようになるのである⁹⁾。

3. NHSの弱点

NHSは、医療を無料化することによって国民の広範なニーズに応え、また国営による営利医療の克服によって医師側の過剰な医療供給を防止し、それらの点では合理的な医療体制を築いたのではあるが、その成功はNHSの創設者たちが予想していたように国民医療費の削減をもたらしたとはしなかった。国営医療の発展は医療費を限りなく増大させていくものであることが明らかになったのである¹⁰⁾。問題は国によって用意される限られた資源を、どのようにして合理的にニーズに応え、効率的で公平に利用するかであった。

NHSは全国民に対する良質な医療を拡大するのに目覚ましい成功を収め、広く国民的な支持と協力を勝ち得たとはいえ、その成立時の事情を想起するならば、医療専門職を中

8) op. cit., pp.16~7

9) op. cit., pp.22~6

10) Kathleen Jones, "The Making of Social Policy in Britain, 1830-1990" Athlone Press, p.153 (美馬孝人訳『イギリス社会政策の形成』梓出版社, 165ページ)

7) Ch. Webster, op. cit., pp.9~11

心とした既得権の温存を許容したものであり、直ちに資源の最も効率的な利用や、平等な分配や、包括的な措置を保証するものではなかった。NHSは以前の医療諸機関を引き継いだ時、それが内包していた積極面を前面に押し出しはしたが、その消極面から完全に逃れる事はできなかった。顧問医の特権的な地位、教育病院の優先的資源利用、医療資源の地域的に不平等な配置、慢性病治療施設の低い地位などはその代表的なものであった。そしてNHSの3部門構成は、以前の既得権集団の利益を損なわない事を前提とした行政管理システムであったから、NHSの理念をよそに、過去の弱点が徐々に積み重ねられて表面化し、それがさらに拡大してゆく兆候が現れてきたのであった。時間がたち経験が積み上げられるならば、3部門が自ずから最良の調整を行うようになることを期待したのは、非現実的であった¹¹⁾。

その上、1951年1月にA. ベバンが労働相となった時、それまで最大の規模を誇ってきた保健省は、2分割されて弱小な省に格下げされ、その後有力な大臣も就任しない中で、大蔵省の経費削減の対象とされ続けた。大蔵省は、NHSを浪費的な途方もない実験であり、資源を使い尽くし福祉国家の収支バランスを崩してしまふとの意見を広めた。こうして1949/50年にGDPの4.15%を占めていたNHS経費は1957/58年にはGDPの3.58%へ下がり、社会サービス予算の29.5%から25.8%へとその割合を下げ、1968/69年には23.1%と最低を記録した。「保健省が社会サービス予算の拡大においてその最前列の地位を確保できなかった事は、いくつかの必須の政策、例えば古い病院施設の更新や再配置、ヘルスセンターの建設、コミュニティケアの

拡大等が全くできないという状況を作り出した。その結果、高齢者のような集団や、身体障害者のような他の優先されるべき集団は、新しいサービスからの直接的な利益を奪われたのに、彼らはさらにコミュニティケアを通して入手できるより前進的で人間的な標準をも奪われた」のであった¹²⁾。

公式の建て前としては、NHSを構成する3部門は平等なパートナーとされてはいたが、現実には、医療の最先端をいく病院部門が地位的にも行動上も他の2部門を圧倒した。「病院サービスが調和的に統合されたところでさえ、病院は他の2部門の劣ったパートナーに対して尊大な態度を取る傾向があった」¹³⁾。強力な病院当局は、資源要求において他より有能であり、顧問医サービスや専門医サービスをいち早く確立した。1958年、病院部門は資金支出の約60%、一般医部門は約27%、コミュニティ保健サービスは約9%を占めていた。病院サービスは本質的により高価ではあったが、病院に優先的に資源が吸収される結果、他の部門は近代化や資本投資の機会を与えられなかった。1949年から1958年までに、病院の医師・歯科医は32%、執行理事会の医師・歯科医は12%、地方保健当局の医師・歯科医は10%増え、「医療専門職内部のバランスは変化し、一般医はNHS創設時まで維持してきた明白な数的優位を失った」¹⁴⁾。この事はまた3部門の中の病院の地位向上や資源配分に有利に働いたのである。

NHS約20年の経過の中で現れ出てきた問題は、おおよそ次のようなものであった。①病院部門の不均衡な拡大と資源消費、②家庭医の地域的配置の不公平、③コミュニティケアの発展の不十分さと地域格差、④家庭医

11) Ch. Webster, op. cit., pp.28~9, R.G.S. Brown, "The Changing National Health Service" Routledge & Kegan Paul, second edition, p.64

12) op. cit., p.7

13) op. cit., p.29

14) op. cit., p.9

の診療形態の変化と他部門との連携の不十分さ、⑤病院からコミュニティケアへの移行の不十分さ、⑥病院部門内部のスタッフ間の不和、⑦それらの結果としての資源浪費と国民の不満の増大。それらは徐々に社会問題化していくのである¹⁵⁾。

包括的で先端をいく医療を全国民に保証する事を目標としたNHSであったが、3部門構成はそれぞれの自主性を尊重する建て前を表現しており、また絶えざる予算と資源の締め付けの下にあって、先端医療の提供と遅れた医療水準の全体的な引き上げは、同時に実現する事の困難な課題であった。中央で医療計画は策定されても、地方の実施段階ではそれぞれの機関が自立性を発揮していた。何らかのリーダーシップの発揮による真に計画的な医療行政無しには、NHSは過去から引き継いだ欠陥を克服する事ができずに、それを再生産していく事がだんだんと明らかになってきた。「すでに1959年に、大蔵省は、再編成無しには十分な水準の効率化は達成できないと結論していた」¹⁶⁾。NHSの予想以上の支出増大に対して効率化と負担の上昇を避ける方法を検討する事を依頼されたギルボード委員会は、1956年にNHSの業績に対して好意的な報告書を出し、3部門間のよりよき結合を勧告したが、NHSへのより大きな資源分配、特に資本投資の必要を強調して、再編成議論を退けていた。保健省はこの報告書の権威を利用して、「保健サービスの異なる部門間の最大限の調整を確保すること」が最大の行政的挑戦であるとして、結局は避ける事のできない再編成を回避し続けたのであった¹⁷⁾。

4. 再編成への道

1962年、NHS再編成の必要を予想したイギリス医師協会(BMA)は、いち早くポリット報告書を出版した。その中心的な考え方は、地域保健局(Area Health Board)の下に病院運営と家庭医サービス、さらに地方保健当局業務の責任を統合するというものであった。それはまた学校保健サービスと、産業保健衛生にも責任を負う事になっていた。ポリット報告書は、地方自治体による行政管理は拒否するが、地方病院局のような医療専門職の意見を十分に反映させる機関の下であれば、保健業務の統一が望ましいとの考え方を示したのであった。「広く宣伝されたわけではないし、医療専門職の間にさえ特によく受け入れられたわけではないが、ポリット報告書は、NHSの再組織化を求めるための有効な触媒となった。」¹⁸⁾。「一般医師カレッジ」(College of General Practitioner)の指導者アニス・ギリーによる報告書(『家庭医の業務分野』1963年)は、医療におけるプライマリケアとコミュニティケアの重要性を指摘し、一般医がより多くの補助が得られるように要請し、グループ診療の意義を明らかにしたが、この報告書もまた「この日以後のどの専門家の報告書とも同じく、有効な機能統合は、再編成無しには達成されないと結論した。この結論は明らかに草の根のムードを反映していた」¹⁹⁾。

NHSに対する新たな資本投資の要求は、同じ1962年の保守党保健相イノック・パウエルによる『病院計画』で応えられる事になった。それは1971年までの10年間に、イングランドとウェールズに5億ポンドを支出

15) Ch. Ham, op. cit., pp.23~4

16) Ch. Webster, op. cit., p.29

17) op. cit.

18) Charles Webster, "The National Health Service, A Political History" Oxford Univ. Press, new edition, p.63

19) op. cit.

するというものであった。その計画の中心におかれたのは、全国に配置される近代医学の粋を集めた90の地区総合病院(district general hospital)であった。それは人口10万人から15万人ごとに特殊な病気を除くすべての専門診療科を備え、600から800のベッドをおく近代的な病院であった。同時に、それより多くの既設の病院が、地区総合病院の標準にグレードアップされる事になった。この計画の主導権を取ったのが、医師協会の有力な顧問医であった。彼らは、高度で良質のケアを患者に施す長所は、病院が居住地から遠くなるなどの短所を補って余りあるとの専門職らしい考えから、地区ごとに必要な数個の専門診療科を備え、しかも高度医療が可能となるよう各専門診療科に最低2人の顧問医を配置する規模の病院を実現しようとした。病院計画はイギリス経済の好調と、医学の急速な発展が地区総合病院の設置を後押しした事から順調に進められ、また修正拡大されて1971年頃ピークに達し、病院医療の水準を引き上げたが、反面で、巨額な費用を要する計画に対する予算の不足、予算不足による建設の遅延や中断、中小病院の廃止やコミュニティからの乖離、あるいは資源の偏重への批判にあい、その規模を縮小し、不評の中で1980年に打ち切られた²⁰⁾。多額の費用を要する病院計画の推進は、建設の遅れや中断を契機として病院計画そのものへの反省を迫るとともに、病院施設やベッドの効率的な利用を要請し、また精神病患者や長期滞在患者、あるいは高齢患者の医療の在り方に対する再検討を促した。患者に対する人間的な措置の普及や、薬剤の開発は、病院収容による治療よりも、地域や家庭における治療の可能性と望ましさを明らかにし、それはまた資源利用の点でも合理的であると考えられるように

なった。

1963年、保健省は『病院計画』と平行する形で、『保健と福祉：コミュニティケアの発展』を出版した。それはこれまでの病院優先と、事実上抑制されてきたコミュニティケア政策に対する批判を避けるために、各自治体が持っている現在と将来の計画を提出させ、それをまとめて出版したものであった。その序文は述べていた。「病院計画の発展は、病院だけに関係していて、コミュニティの保健と福祉サービスとは別であると見なしてはならない。逆である。病院計画ははっきりと、コミュニティにおける予防とケアのサービスの予期される発展を補うものになってきた²¹⁾。それは専門家から規模が余りに小さく、また自治体ごとの格差が大きすぎるとの批判を浴びたが、保健省が、地方自治体当局のコミュニティケアの発展方向を公式に明らかにした点が重要であった。1966年その修正版が出たが、それらは母親と乳幼児、高齢者、精神病と知的障害者、身体障害者の4つのクライアント集団への措置について述べ、一連のコミュニティサービスの発展を奨励したものであった。しかしコミュニティケアを支える3大専門職である保健訪問員(health visitor)、家庭看護員(home nurse)、ソーシャルワーカーの数の増員計画はそれに見合うものとはいえなかった²²⁾。

1960年代初期において、医療とコミュニティケアの密接な協調の必要性を浮き彫りにしたのは、高齢者の居住地域における生活支援のあり方であった。彼らは、短期的な病院滞在の後に地方当局の高齢者ホームでケアと回復の時期を持ち、帰宅してからは家庭で一般医の医療相談を受け、ホームヘルプと配食

20) 池上直己『成熟社会の医療政策』、保健同人社、64～5ページ

21) Ministry of Health, "Health and Welfare, The Development of Community Care", H.M.S.O., p.1

22) Ch. Webster, op. cit., p.55

サービスを必要とする。この場合高齢者の尊厳ある生活を支援するためには、医療を含む異なる専門スタッフ間の緊密な協力が必要になるばかりでなく、医療とホームヘルプの合同計画が必須となった。高齢者のための長期的生活支援プランの策定とその実施の積み重ねは、地方自治体と近隣や家族の重要性を再認識させるとともに、既存の行政管理システム内部の調整的な措置提供の困難と、コミュニティケア資源の不足を白日の下にさらしたのである²³⁾。これは虚弱者、精神病患者、知的障害者、身体障害者、児童などの短期的な病院入院を繰り返しながら、あるいは家庭医の診療を受けながら地域で生活している少なからぬ人にも当てはまった。

以前から当事者には知られてはいたが、60年代に問題にされたのは、いくつかの患者集団が受けている低水準の医療と非人間的な扱いであった。高齢で慢性的な疾患に犯された患者に対する医療水準が低いことは周知の事実であったが、問題になったのは、病院側の非人間的な措置と閉鎖体質であった。知的障害者や精神病患者がその被害に遭いやすいことは知られており、注意を喚起するための精神・知的障害者医療に関する『白書』がだされていたにもかかわらず、カーディフのエリー病院における知的障害者に対する虐待が発覚し、反対党である保守党が議会で取り上げるところとなった。その後も長期滞在病院の患者の扱いに対する告発が続き、「シンデレラサービス」なるものへの病院、あるいはNHSの姿勢が問われた。高齢者病院と精神病患者病院には資源を取っておく処置が取られるようになった²⁴⁾。

NHS内部で病院が優先的に資源を消費すること、また教育病院など先端医療病院がそうであることはすでに述べたが、それは医師

がNHS内で支配的な専門職集団を形成しており、その中でも外科や内科のような急性病専門治療に携わる顧問医が最有力である事情を反映していた。顧問医であっても、精神科や老人科の医師の影響力は弱かった。こうしたことがプライマリケアやコミュニティケアへの資源分配を弱め、また高齢者の患者や精神病患者に不利な状況がもたらされる原因となっていた²⁵⁾。計画的に定められた限られた資源の中で、全国民に対して公平に医療を提供しようとするならば、NHSのこれまでの歴史の中でしばしば指摘されてきた不公平と非効率を正し、政治的に「正しい」優先順位を定めなければならなかった。

1960年代後半は、福祉国家の充実が図られるとともに、同時にその体制の再編成が必要となった時代であった。

ヤングハズバンド報告を契機に数を増していったソーシャルワーカーは、1960年代半ばには地方自治体で大規模に活躍するようになり、福祉国家におけるその位置付けが話題となった。1968年のシーボーム報告は、「地域社会(community)に基礎をおき、家族に適合したサービスをすべての者に与える」ために、すべての自治体に「生じ得るあらゆる社会的ニーズに対して全面的な責任を負う社会サービス部」を置くことを勧告した。この勧告に基づき1970年「地方自治体社会サービス法」が制定され、71年から実施となった。これは自治体保健部の予防接種やワクチン供与、保健教育のような医療技術に属するものを残し、対人サービス部分を社会サービス部に移すことであり、保健部局の権限を縮小することになった²⁶⁾。

産業の変化や人口の移動、地方政治の変遷によって、従来の地方自治体の境界区分は変

23) Ministry of Health, op. cit., p.22

24) Ch. Webster, op. cit., p.119

25) Ch. Ham, op. cit., p.24

26) K. Jones, op. cit., pp.172~4 (邦訳184~6ページ)

更を迫られることになった。特に住宅、教育、公衆保健衛生、環境保護のためによりマッチした自治体構造の再編成が求められた。レッドクリフ＝モード報告を基礎とした新しい「地方自治法」が1972年から実施された。それは保健サービス全体を、新しく編成され新時代にマッチした地方自治体の下に置く可能性を開いたと言える。NHSの創設時に、労働党は保健サービスを地方自治体の下におくことを考えており、ベバンでさえ、NHSをいったん立ち上げた後、将来的にそれを展望していたが、その後も地域間の医療資源の不平等な分配を容易に改めることができず、また地域住民の生活に密接に結び付いているプライマリケアやコミュニティケアの発展を不十分にしか実現していないことが明らかになった段階で、地方自治体の力を全体としての保健サービス計画の実現と、保健サービス資源の合理的分配に利用する構想が浮上するのは当然であった。

1968年7月、労働党のケネス・ロビンソンは、62年のポリット計画を参考にして、地域局（area board）の下に3部門を統合する構想を含むグリーンペーパーを発表した。ロビンソンは、その構想がイギリス医師協会に発していることから医療専門職の受け入れるところとなり、また新しく構想されている地方自治体境界との合致と、地域局への自治体代表の参加により地方当局にも受け入れられると予想した。しかし「再編された地方自治体の構造と一致する計画は、最終的に地方自治体の手中に陥る」との疑念が、この構想の放棄を余儀なくした²⁷⁾。この年11月に新たに統合され、再び最大の省となった保健・社会保障省大臣に就任したR. クロスマンは、地方自治体行政や社会サービス行政の経験を積んだ有能な政治家であり、その広い視野と指導力によってウィルソン政権から大きな期

待を寄せられていた。彼は統合政策を再考し、各種利益集団とも十分な協議を重ねた上で、1970年2月に第2のグリーンペーパーを発行した。それは保健行政の統一合同を図る中心的な機関として、再編を予定している地方自治体と同じく約90の地域保健当局（area health authority）を置き、計画立案機能をもつ地方保健会議（regional health council）を付置し、約200の地区委員会（district committee）を地方の参加手段とするものであった。地域保健当局は、コミュニティにおける福祉とソーシャルケアに責任を負う地方当局と行政区域を共にすることにより、協働が促されると考えられた²⁸⁾。

しかし1970年6月の総選挙によって労働党は政権を失い、クロスマンの構想はいったん宙に浮いたが、保健・社会保障相を引き継いだ保守党のキース・ジョセフはNHSの再組織化を緊急の課題と考えており、この機会を弛緩したモラルの向上と管理の効率化の実現に利用しようとした。その年11月、包括的な再編は地方政府の再編と時を同じくするのが合理的と考えたジョセフは、1948年になぞらえて再編成されるNHSの実施期日を1974年4月と発表した。クロスマンの計画を踏襲しながらも、地方の代議員的な性格を減じ効率的な管理を強調した、仮説的な諮問文書が1971年5月に発表され、1972年8月には白書が発行された²⁹⁾。

ジョセフはその序文において、老人、身障者、精神病患者、知的障害者に対するサービスが、「渴望してやまない必要資源の獲得に失敗しており……居宅サービスならびにコミュニティサービスが未開発である」ことを率直に認め、その原因について次のようにのべている。「それは利用できる金と技術が与えることのできる最良の保健サービスを、規模広

27) Ch. Webster, op. cit., p.96

28) op. cit., p.98

29) op. cit., pp.100~101

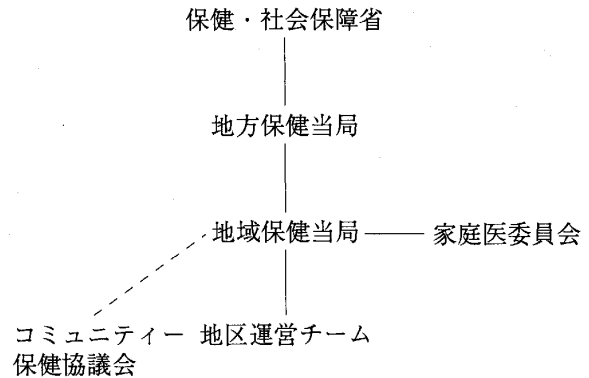
大な一定の地域に在る人々に与えることが、かつてどの単一の当局の責任でもなかった——またその権限内にもなかった——ことによるものである。補充的諸サービスに責任を持つ人々と協働しながら、ニーズと優先順位との合理的なバランスをとり、国民の利益のためのサービスの正しい組み合わせを計画し提供するという任務を持つ特定の当局がなかったのである。」再編成は、「そのような当局が最良の専門的助言を得て、各地域(area)の管理を行うことを可能にするものである」。ジョセフはここでまた、保健当局と地方自治体との有効な協力を呼び掛けるとともに、医師は引き続き専門職として診療の自由を保持しながら、「各地域でとられる管理上の諸決定に関して従来よりも一層大きい役割を演ずる機会を得ることになる」と付言している³⁰⁾。

この白書に基づいて11月には法案が準備され、1973年7月『国民保健サービス再編成法』(National Health Services Reorganization Act)が成立、翌1974年政権を握った労働党のDHSS大臣B.キャッスルによって、殆どそのままの形で4月実施に移されたのであった。

5. 1974年の再編成

新しいNHSの機構は次のようであった(図2)。

図2 NHSの構造 1974-82



(注) 図1に同じ

イングランドにおいては、保健・社会保障省(DHSS)と地域保健当局(AHA)との間に、14の地方保健当局(RHA)が設けられるが、これは以前の地方病院局(RHB)にほぼ対応しており、リージョン内の保健サービス計画に責任を負い、国家計画にしたがって地域保健当局に対して資源の配分を行うことになった。この資源配分は地域保健当局の計画と業績を評価してなされることになっている。地方保健当局は、主な医療施設と上級医療職員の配置に行政上の責任を持つとともに、行政区域内の教育病院とコミュニティサービスを含むすべての保健サービスを監督する。地方保健当局は、パートタイムの局長と14名の無償のメンバーで構成されるが、彼らはすべて医療組織と関係諸組織との協議の後に国務大臣によって任命される。国務大臣は地域保健当局の局長を地方保健当局の局長との協議の上で任命する。地域保健当局のメンバーのうち4名は地方当局により、1名は大学から、他の8~10名は地方保健当局により任命される。ここにも、保健当局の独自性を地方自治体からの介入から守ろう

30) D.H.S.S.『英国の保健・医療計画』, 三友雅夫編訳, 恒星社厚生閣, 2~3ページ

とする保守党ジョセフの意思が現れていた。

新しい管理機構の中心はイングランドに90設けられる地域保健当局(AHA)であり、それは地方病院局以下の病院サービス、執理事務会管理の家庭医サービス、地方自治体保健を一纏めにし、それらの計画・運営について地方保健当局(RHA)に責任を負うことになった。保健当局と自治体当局の密接な協力を実現するために、両メンバーからなる合同諮問委員会(joint consultative committee)が設けられ、地域における保健の向上と対人サービスの効率化のために共同でプランをたて実施することになった。ただし、プライマリケアに重責を担うはずの家庭医は、以前と同様に独立契約者としての地位を維持したので、その管理機関となる家庭医委員会は、契約と予算を地域保健当局とは殆ど独立に取り仕切ることになった。また多くの大学病院はAHAの下に編成されたが、少数の大学院病院はかつての管理局の下におかれることになった。

保健省の計画決定を受けて、それをRHAとAHAで具体的な実施案を作り、医療現場に下ろして調整するのは、学際的に訓練を積んだ事務官チームの協働(multi-disciplinary team working)であり、彼らは何時でも「指導的助言」ができる能力を備えることになっていた。また医師にはそれぞれの階層における管理的な役割が与えられた。地域保健当局は205の地区運営チーム(district management team)に計画の実行をゆだね、資源を調達するが、地区は「その人口の大部分が保健・ケアニーズを満足させることのできる地理的ユニットであり……専門職の代表機構が十分実効を上げ得る規模であり……少なくとも一つの地区総合病院を含む……20万から50万の人口を持つ」³¹⁾。実際に医療とケアを担う地区運営チームは、医師代表2名、

メディカルオフィサー、ナーシングオフィサー、財務オフィサー、行政管理官からそれぞれ1名の代表者を出し、必要な時はそれぞれの代表を加えて合意に基づく決定を行い、目的の達成と予算に責任を持つ。地区運営チームは保健機能を担い、住民の意見を代表しているわけではないので、そこには地区消費者を代表するコミュニティ保健協議会(communitiy health council)が付設された。

これに対しては、白書の発表の時点から多くの批判が寄せられていた。たとえばクロスマンは、次のような感想を述べていた。「非常に大幅な権限を持つ新しくて大きな地方当局が、保健サービスを引き受けない理由はない。それが論理的というものだ。それは一撃の下に地方当局と保健サービスの間の驚くべき分裂問題を解決したであろう。もしも保健サービスが、新しい地方当局と新しい権力と責任の下にはいったとすれば、より適切で民主的な代議制ができ上がったであろう」³²⁾。

6. 再編 NHS の問題点

ハル大学保健研究所所長だったR.G.S. ブラウンは、1973年に出版された『変革途上の国民保健サービス』の中で、保守党のNHS再編成案を分析し、地域保健当局と地方自治体当局の関係のあいまいさ、専門職の行政からの自立の程度の大きさ、各階層におけるトップが専門職に占められること、NHS内部の代議的構造と秩序の欠如などが、再編成の目的である資源の適正配置と最適の利用を妨げるであろう、との批判的見解を述べている。彼の指摘はおおよそ次のようであった。まず第1に、家庭医がAHAの下におかれなくて独立の家庭医委員会を維持する点を、AHAが指揮権と資源分配権を失ったとする。第2に、諸保健当局は、専門チームと行政

31) 同上, 58 ページ

32) Ch. Webster, op. cit., p.102

チームから提出される提案を、評価しニードを判定する管理能力を持つ人々によって構成されるとしているが、RHAの前身であるRHBは強力な医療集団に支配されていたし、AHAのメンバーは過半数がRHAにより任命されることになっており、予想される専門職に合理的な管理能力を期待できない。第3に、すべての機関の長に専門職を予定していること。第4に、地区運営チームにおいても2名の医師が指導権を発揮するであろう。彼らに管理権を与えてサービスの運営に参加させることは、彼らのわがままを防ぐとしても、資源の最適利用を保証するものではない。第5に、顧問医に対して無制限の自立性を容認することは彼らの支配を永続させることになる³³⁾。

ブラウンは、NHS再編5年後の1978年出版の改訂第2版においても、この批判を維持することになった。「もしもNHSそのものが地方当局に引き渡されていれば、NHSに地方民主主義を持ち込む問題は解決されていたであろう。保健サービスが設立された時点では、地方当局によるコントロールの真の可能性は存在しなかった。1948年の地方自治体システムは、主要な病院の全国に渡るネットワークを建設し運営するためには、明らかに不適當であった。しかし1974年の地方自治体の再組織化は、適正なスケールで大部分のサービスを運営するに十分な大きさで強い地方当局を作り出した。1968年の地方自治体に関する王立調査委員会は、統合された保健サービスを運営できる様な地域割りの工夫をなし得ると考えていた……地方当局は社会サービスのネットワークの統合された1部分としてNHSを計画することができたであろうし、またこのより広い領域の中で優先

順位を検討する作業の中で、地方選出議員の様にその地域のトータルニードを考えることができたであろう。政治的な説明責任のチャンネルが与えられていたとすれば、地方的なニードに適合させるために全国的な標準から外れることを許すことは、より容易になっていたであろう。特徴的なことに、その可能性が医師たちの前に与えられた時、彼らはまさに反対したのである。イギリス医師協会の責任者は3つの反対理由を掲げている。第1に、地方自治体によるコントロールは、それぞれの地域間で標準が異なることを意味する、第2に、保健は資源を求めて他のサービスと競争しなければならない、第3に、メディカルケアの展開に政治的な介入の可能性があった、というのである。通常の市民的観点からすれば、それらは地方自治体のコントロールにとって正当な理由であろう。しかし、医師にとっては、それらは圧倒的な反対理由となるのである。政府はこのような医療側の反対を受け入れたが、それは地方税と国庫拠出金のデリケートなバランスを崩すことなく、NHSのコストを地方自治体に移すことの困難さにも影響されていたのである³⁴⁾。

ブラウンはまた、1974年の再編成の不十分さと、それに大きな影響を与えた医療専門職の責任を、批判している。「過去20年の様々な時点において、医師協会はNHSが政治から離れる様に、そしてまた医師によって運営される半独立の国有企業(nationalised corporation)の地位を与えられる様に圧力を掛けてきた。しかし、そのように重要な社会サービスが政治的なコントロールの下におかれなければならないこと、そしてまた、下部当局を取り仕切る究極的な権限を持つ役人(minister)が、納税者の金を使用する方法を議会に説明する責任を負うべきことは、

33) R.G.S. Brown, "The Changing National Health Service", RKP, first edition (三友雅夫監訳『英国の医療保障』恒星社厚生閣, 85~9ページ)

34) R.G.S. Brown, "The Changing National Health Service", RKP, second edition, pp.73~4

至って明白である。国務大臣だけがサービスについての政治的な感覚を十分知っている。老人とか障害者といった集団のための圧力団体は……地方レベルよりも国家レベルの方が遥かに効果的である。やはり国務大臣だけが、NHSの他の国家的優先政策との関係を十分に知っているのである。……NHSとの関連における保健・社会保障省の大きな課題は、地方当局に資源を配分し、提供するサービスの種類、スケール、バランスについて地方当局ならびに保健専門職と合意に達することである。例えば省は、その範囲内でRHAとAHAが自分独自の計画を立てるガイドラインと資源量を示す。しかし専門職とスタッフたちからの圧力の結果として、省はまた、多くの細かなことをも述べるのである。³⁵⁾

ブラウンは、1978年時点での74年再編の功罪を次のように総括している。「地理的な地域に対する新しい責任は、初めて地方における保健ニーズと資源についての体系的な情報を集めて、人口とニードの客観的な測定に基づき財政を配置することを可能にした」。しかし他方では、1974年再編の目的は、「新しい構造を勉強してそれを働かせることに努力が傾けられている間に、見失われそうになっていた。細かなことへのこだわりは、新しい計画立案制度の導入や、地方自治体と協働するための機構の開発さえ妨げた。さらに深刻な弱点が明らかになってきた。地域レベルでの地方自治体との共同作業(coterminality)は管理効率の余りに高い犠牲の下で行われてきた。世論は今のところ地区レベルと地域レベルの合併を支持している。専門職内部での合意の過度な重視は、ひどく日々の管理を弱めた。中央から普遍的に強要される入念なシステムは、周辺の人々にとってはやりすぎであることがわかった」³⁶⁾。

エイベル＝スミスは、74年再編のNHSの不評を、その構造や運営の欠陥よりも、オイルショック後のイギリス経済の弱体化と労働不安の激化のせいになっている。エイベル＝スミスは、再編によって「統合的管理行政が創設された」と評価したうえで、次のように述べる。「変化は常に特別の資源で衝撃を和らげることができれば、受け入れやすくなるものである。このサービスで働いている人は、必然的に再編成の最初の成功を、すでに利用できる資源をよりよく使用できるかどうかというよりも、この再編成が特別の資源をもたらしたかどうかによって判断する傾向にあった。……再編成はわが国に大変化のあった経済的浮沈のせいで、非難されがちとなった」³⁷⁾。

しかし再編された構造に対して直ちにわき起こってきた批判は、余りに多くの行政階層が設けられたせいで決定が遅くなること、余りに多くの行政官を雇用したこと、行政階層間によい関係を築くのが難しいこと、自治体との協働が進まないことなどに関連していた。エイベル＝スミスは、次のようにその事実を認めている。「再編成の後、多くの要因がこのサービスで働く人々のモラルの低下に結び付く時代がやってきた。問題のいくつかは、国家の経済情勢がこの保健サービスに反映したものであった。しかしその他の問題は、長期にわたり進行していた傾向が最高潮に達したものであり、労働組合のますます積極的な動きと、当局の長年定着した慣例と諸関係に挑戦するかに見える様々な専門職グループの利害の対立によるものであった」³⁸⁾。

35) op. cit., pp.74~5

36) op. cit., p.77

37) D.H.S.S.『英国の保健・医療計画』(三友編訳、前掲書40ページ)

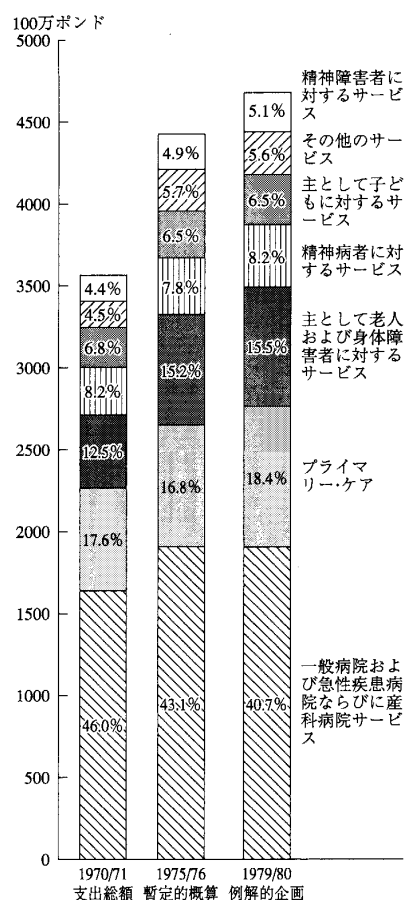
38) 同上

7. 保健と対人社会サービスにおける優先事項

経済情勢が激変する中で再編成を担当することになった労働党の保健・社会保障大臣バーバラ・キャッスルは、保健当局と地方当局の共同を促し、資源の公平分配と最適利用を図るためには、省が保健とコミュニティケアについての「優先事項」を、もう少し長期にわたって具体的に示すことが必要であると考へた。DHSSが出した諮問文書の中で、キャッスルは次のようにその趣旨を述べている。「公共支出の増大を厳しく抑制せねばならぬこの時期においては、優先事項を正しく選択し、それを遂行する方法を計画することがさらに一層緊要事となっている。この文書の重要な役割の一つは、正しい選択を行い、有効な計画が達成できるよう、詳細な情報を提供する事である。……有能な民主政体に対する最大の要請の一つは、両立しないと思われる二つの目的をいかに調和させるかという事である。つまり中央政府は確実に本質的な国家の優先事項を確立、促進することができなければならないが、一方政府の地方機関は、その地方のニーズに照らして彼ら自身の地方的選択をするのに、最大限の自由を持たなければならない。私が国務大臣に就任して以来、保健当局と地方当局は、日常の業務管理運営に中央の干渉をより少なくするように強要してきた。そして私は細部にわたる意思決定は、彼らに、より一層委譲する事に進んで同意してきた。同時に国務大臣は、国民保健サービスならびに対人福祉サービスの指導に責任があるので、私は、その範囲で地方のニーズを査定し得る国家政策の基準を定める義務を有するのである。この文書はプランニングを協働事業に変えることにより、この要請に応えようとするものである」³⁹⁾。

この諮問文書では、1976/77年度から1979/80年度までの5年間について、省の予算やNHSならびに対人社会サービスに費やし得る財源をあげて、省としての重点政策と予算措置を説明し、サービスの標準の維持、高齢および若年の身体障害者、精神病と知的障害者に対するサービスのある程度の発展、家庭医サービスの改善、マンパワー訓練については看護婦訓練に関するブリッグス報告と、医療専門職の規制に関するメリソン報告を待つこと、産婦人科病院における若干の節減などを掲げている。その概要は次のような図(図3)で説明され、その達成方法について、従来型の施設や手段が用いられることを前提

図3 総支出に対する百分比で示した計画所要支出
—— 経常費および資本支出
(単位 100万ポンド、1974年11月の価格)



(注) DHSS『英国の医療政策』三友雅夫編訳、6ページによる

としながらも、クライアントとの調整によって新しいサービスや工夫が奨励されるとしている。費用の計算にはDHSSが開発した「計画予算」(programme budget)が用いられている⁴⁰⁾。

このような努力にもかかわらず、再編NHSを巡る環境は悪化の度を加え、各種の保健サービス労働者による争議行為と、私費ベッドを減らしてゆく政府の方針に対する医療専門職の抗議行動が高まる中で、政府は早くも1976年に、アレック・メリソンを議長に「NHSの患者と働く人々双方の利益を念頭に置き、NHSの財政とマンパワーを最善に利用し、管理する方法」を検討するための調査委員会を設置することになった。メリソン報告書は1979年7月に出版されたが、その結論と勧告の部分には、次のように書かれ

ていた。「われわれはわが保健サービスを恥じるにはおよばず、また正当に誇り得る多くの顔(aspect)があると結論した。しかし資源の備えには社会的地理的不平等と偏在が続いている」⁴¹⁾。またNHSの行政管理構造について、「大部分のところで、行政的階層が一層だけ多すぎる」とする証言を根拠として、「われわれは、イングランドにおいてはリージョンが主たる計画当局となるべきであり、リージョン以下の構造は単純化すべきであるとの見解をとった。少数を除いてリージョンあるいは省の下には一層をおくことを考えた」⁴²⁾として、家庭医委員会と地域階層(area tier)の廃止を勧告したのであった。この報告書の扱いは同年5月に選出されていた保守党サッチャー政権にゆだねられたのである。

40) 同上 55～61 ページ

41) Royal Commission on the NHS (Chairman: Sir Alec Merrison), "Report" H.M.S.O, p.356

42) op. cit., p.376