

〔書 評〕

松 溪 憲 雄 著

『イギリスの医療保障：その展開過程』

菅 谷 広 宣

1. はじめに

医療保障の方式には、大別して、社会保険方式と保健医療サービス方式とがあるが、後者を採用している国は、資本主義国のなかではきわめて少なく、本書で取り上げられているイギリスがその代表的な国である。NHS¹⁾、すなわち National Health Service とよばれるイギリスの医療保障制度は、著者のことばを借りれば、原則的には、国が租税を財源として、すべての国民に対して、無料で包括的な医療サービスを提供しようとするものであり、国の責任と負担において、すべての国民に対して、無差別平等に必要な医療サービスを提供しようとするものである。

2. 本書の構成

本書は、序章のほか、6章と2つの補論および、終章ともいべきむすびの部分によって構成されている。序章では、医療保障を研究する際に、保健医療サービス方式を採用しているイギリスのあり方を検討することの意義が述べられている。第1章から第3章では、制度創設からサッチャー政権の発足までの期間における NHS の課題として、いわゆる第一次医療充実策としてのヘルス・センターの展開、病院サービスの整備、NHS のサービスと私的医療サービスとの調整が取り上げられている。第4章から第6章では、制度の歴史上、大きな画期と思われるサッチャー政権下の NHS が取り上げられている。また、補論では、NHS 下での健康の不平等と、昨今注目されているホスピスについて、考察がなされている。そして、全体のまとめと残された課題があげられ、本書のむすびとされている。以下で

は、こうした章構成に従いつつ、本書の概要をみていく²⁾。

3. 各章の概要

序 章

こんにちのイギリスの医療保障制度は、1946年に制定されたNHS法に基づいて創設されたものであるが、これは社会主義国においてならともかく、資本主義国家における前例のない試みであったし、資本主義国家の医療保障制度のあり方として、いわば理想的な面を有するものとして、世界各国から注目を集めてきた。日本でも、医療保障制度のあり方を論じる際や、いわゆる医療の社会化を説く際に、一つのモデルを提示してきたと思われる。しかしながら、NHSにおいて掲げられた理想は、必ずしもそのとおりに実行されるものではない。ひとことでいうならば、本書で著者が解き明かそうとしているのは、NHSの展開過程で生じてきた理想と現実との乖離である。

NHSについては、これまでに多くの先行研究があるが、それらにおいても充分には論究されてこなかったと思われる局面がある。すなわち、①一般開業医を中心に、地域医療の組織化がいかにして推進されてきたのか。②NHSの発足に際して国有化された病院が、どのようにして地域医療の組織化に適合しつつ、合理化・再編成されてきたのか。③医療の需給に国家が全面的に関与するなかで、私的医療の需給はいかに扱われ、それがどのような問題をはらむのか。④1979年から10年以上の長期にわたるサッチャー政権下で、NHSはどのように改変されたのか。⑤国民の健康の不平等は、はたして一掃されたのか。⑥NHSのような制度が、ターミナル・ケアにどのように関わってきたのか。このような諸局面に光を当てることが本書のねらいであり、それは今後の日本の医療政策のあり方を考える際に、大いに示唆に富むものとなるだろう。

序章では以上の通り、医療保障を研究する際に、保健医療サービス方式を採用しているイギリスのあり方を検討することの意義が述べられている。

第1章 ナショナル・ヘルス・サービスの成立と一般開業医

本章では、NHSの成立を促した第二次世界大戦までの保健サービス制度の欠陥が、まず簡単に述べられている。戦間期には数多くの改革案が出されていたが、な

かでも注目すべきは1919年のドーソン報告であった。同報告は、予防医療と治療の総合化のために、ヘルス・センターなるものを提唱したが、この構想は、1946年のNHS法21条に明文化されることになる。

このヘルス・センターは、日本の保健所のように主として衛生行政に終始するものではなく、広汎な保健サービスを提供する点で特色がある。つまり、そこではNHSに参加した一般医、歯科医および薬剤師による診療と、専門医による出張診療、さらには地方自治体保健当局が実施する各種の公衆衛生事業とが総合的に実施されるのである。そしてこのヘルス・センターは、NHSのKey-featureとまで称され、その進展には大きな期待が寄せられた。なぜならば、当時の一般開業医制度には様々な問題があり、単に患者を病院へ紹介するだけのフィルターの役割しか果たさなくなっていた。また、NHSの管理機構が、病院サービス、一般開業医サービス、公衆衛生サービスのそれぞれに三分割されていた結果、統合化されたサービスを提供できないという問題もあった。これらの問題をヘルス・センターが解決することに、期待が寄せられたのである。

ところが、発足したNHSでは、ヘルス・センターの建設は遅々たる展開をたどる。これは、ヘルス・センターに対する中央政府の考え方の転換によるのだが、それは単に建築資材の不足や、財政上の問題だけからではなく、真の理由は明確ではなかった。この点に関し、著者は、リンゼイによるつぎの指摘に着目している。すなわち、英国医学会の伝統的性格ゆえに、多様なグループを協働させることが困難であったこと、また、開業医がヘルス・センターへの参加に不安を抱いていたことである。そうした状況下で、イギリスの客観的意見は、ヘルス・センターからその代替策である開業医のグループ診療の推進に変わっていったのである。

だが、1960年代の終わりにむけて、このような状況は変わり始める。一般開業医に対する報酬体系が、いわば独立自営業者的なものから被用者のものへ変わったことや、保健婦・訪問看護婦などを家庭に派遣するサービスを、患者の居住地域に対してではなく、患者の診療にあたっている一般開業医を中心に展開するという、アタッチメント・スキームが一般的になってきたこと、また土地・建物の価格上昇によって、一般医が個人的に適切な施設を設けることが困難になったことなどにより、ヘルス・センターに対する若い医師の態度が一変してきたのである。政府も、1970年には『デザイン・ガイド』を出して積極的にヘルス・センターを推進するようになり、この頃からヘルス・センターは飛躍的に増大していくのである。し

かしながら、グループ診療を行なっている医師に比べ、ヘルス・センターに参加している医師の数はいまでも半分程度であり、一般医の主要な診療形態にはまだなっていない。また、対住民数でみた所属医師の少なさ、一般医と保健婦との対等なパートナーシップの欠如、ソーシャル・ワーカーを有するヘルス・センターの少なさなどから、ヘルス・センターがチーム医療を具体化しているとはいえないのが現状である。

第2章 ナショナル・ヘルス・サービスの展開と病院改革

本章では、NHSにおける病院サービスの合理化・計画化に連なるものとして、コミュニティ・ケアの拡充という課題が登場し、それらに応えるためにNHSの管理組織自体の改革までもが必然となった過程が分析される。

1948年に発足したNHSは、病院の新規建設や地理的配置の変更を行なった訳ではなく、昔から存在した病院を国有化して引き継いだにすぎなかった。それらの病院のほとんどは、老朽化が進み、各病院間の総合調整・計画化もなされていなかった。

これに対し、政府が一定の政策をたて始めるのは1960年代に入ってからのことである。50年代以降の幾多の研究によって、病院ベッドの効率の利用が強調されていたが、62年に出された『病院計画』は、病院を近代化し、総合病院のネットワークを作り上げることや、病院の地理的分布の不均衡を是正すること、病院サービスとコミュニティ内での予防・治療サービスとに密接な相互補完関係を維持することを目指そうとした。イギリスでは、NHSの発足後も病院のベッドは不足していたが、コミュニティ・サービスの進展を想定した同計画では、逆に精神病や老人病をはじめ、総ベッド数の削減が勧告されている。そして、コミュニティ・サービスを担当する地方自治体当局に10カ年計画の作成が要請され、これを取りまとめて『保健と福祉：コミュニティ・ケアの発展』という計画書が63年にできあがった。これ以降コミュニティ・ケアという用語が一般的なものになっていき、病院サービスとコミュニティ・ケアとの連携化が求められていく。

また、政策当局は1971年から地方配分定則（Regional Allocation Formula）を導入し、各地方に対する病院予算の配分の公平化を目指したが、これとやらんでNHSの組織改革も模索されていた。NHSでは、その発足以来、病院サービス、一般開業医サービス、地方当局の保健サービスとが、別個の管理組織のもとに置かれてい

だが、病院サービスとコミュニティ・ケアとの連携化をより一層はかるため、また限りある資源を有効に活用するために、各サービスを統合・調整しうよう、73年に管理機構の改革が行なわれる。そして、新しいNHSの基本的運営単位として地区（district）が設けられ、その頂点に位置づけられた地区総合病院、より身近なコミュニティ病院、そして末端のヘルス・センターという一連の連携化によって、コミュニティ・ケア実施のための基盤整備がはかられるのである。

この再組織化の時期に、イギリスも石油危機にみまわれ、資源の有効配分がより重要な課題となった。1975年には、各地方に対する予算配分の格差是正をはかるため、資源配分検討グループ（Resource Allocation Working Party, RAWP）が設置されたが、その方式は71年に採用された地方配分定則の考え方を徹底化したものであった。また、60年代からコミュニティ・ケアの拡充が説かれていながら、実状ではNHS全体の予算に占める病院サービスの割合が増加していたのであるが、76年には『イングランドにおける保健・対人社会サービスの優先順位』という諮問文書が出され、病院サービスよりもコミュニティ・ケアに予算配分上、高い優先順位を置くことがようやく明示された。これはNHSの歴史のなかで画期的な一歩を踏み出したといえるほどのものであった。

第3章 ナショナル・ヘルス・サービスの展開と私的診療

NHSでは、費用のほとんどが租税で賄われており、国が直接的な管理にあっているが、国民も医師もNHSのもとに全面的にカバーされている訳ではなく、私的診療を選択する自由が認められていて、この点は旧ソ連のようないわば統制的医療国営と異なっている。本章では、サッチャー政権が発足するまでの、NHSにおける私的診療をめぐる問題、さらに医師・患者の双方に自由選択の余地を残しておくべきだというNHSの原則について、検討が加えられている。

まず、病院サービスにおける私的診療についてであるが、コンサルタントとよばれる最上級の病院勤務医には、NHSとの契約がパートタイムであれば、私的診療への従事が認められる。実態としては、約半数のコンサルタントが私的診療に従事し、平均して収入の約三分の一を私的診療から得ていたが、NHS外の私立病院、ナーシング・ホーム、およびNHS病院内に設けられた有料ベッドが、そうした私的診療の場である。そのうちNHS病院内にある有料ベッドの数は、私立病院やナーシング・ホームのそれよりも規模が小さいが、私的診療をめぐる議論は、この

NHS 病院内の有料ベッドをめぐって交わされてきた。それは NHS を揺り動かすほどのものであったが、その理由はこの有料ベッドが、公的医療と私的医療の境界線上にあるからにはかならない。他方、一般開業医等の私的診療は、コンサルタントのそれと比べ、収入源として大きくないし、あまり大きな問題とはなっていない。もっとも、著者はエクスタインの表現を援用し、患者の獲得競争を温存する面をもつ人頭払いの診療報酬のなかに、私的診療が存在していたと述べている。また、私費患者は薬剤や医療器具の費用までも自己負担することとなったが、これは発足した NHS と一般開業医の私的診療との関わりで問題となった点であった³⁾。なお、私的診療の規模は、費用、利用者数とも NHS と比べてみると小さなものであるが、そこに潜む質的な問題を見落としてはならない。

NHS は、法案を実施に移すための止むを得ざる譲歩として、医師たちの求めた私的診療を容認したのであるが、1960 年代に目立ち始めた NHS の欠陥が私的診療を繁栄させることになり、またこれが政治問題化することにもなる。70 年代に入ると、病院補助労働者が有料ベッドに反対するストライキをするようになったが、これは彼らなくしては有料ベッドでの診療も成り立たないのに、そこでの私費患者の謝礼が彼らには分配されるようになっていなかったからである。こうした病院補助労働者の不満爆発と、NHS の発足当初から私的診療に否定的だった労働党政権の政策ともあいまって、私的診療問題は大きな政治的争点になった。結局、76 年に成立したヘルス・サービス法によって、有料ベッドの漸次廃止と、私立病院、ナーシング・ホームの規制が目指されることになった。ただ、規制を受ける私立病院はロンドンでは 100 床、その他では 75 床以上のものとされたため、有料ベッドの廃止の影響もあって、小規模の私立病院が増加していく可能性があった。その動向が、労働党から代わった保守党政権下で、どのように推移していったかは第 6 章で述べられている。

なお、私的診療の是非についての論議には多様なものがあるが、その全面的得失の確定には困難がつきまとう。とはいえ、何者による統制も好まない医療従事者に対し、診療の自由を尊重しうるように医療保障を進めようとする結果、私的な部門が残らざるをえないとすれば、公私両部門をどう組織化していくのか。他方、現金給付と違って計量化しがたい医療において、最低あるいは社会的に妥当な水準が求められても、これには応えようがない。つまり、患者個人への健康への欲求は限りがないものであるだけに、これを社会的にすべて満たすことは不可能であろうから、

ここでも公私両部門の併存のあり方が問われることになるのである。

4. 本書の評価

以上、序章のほか、本書の第1章から第3章の概要をみてきた。第4章以下と同様、これら3つの章は、数多いNHSの先行研究においても充分には論究されてこなかった諸局面に、それぞれ光を当てた点で、NHSの研究に前進をもたらすものとして評価される。すなわち、①一般開業医を中心に、地域医療の組織化がいかにして推進されてきたのか。②NHSの発足に際して国有化された病院が、どのようにして地域医療の組織化に適合しつつ、合理化・再編成されてきたのか。③医療の需給に国が全面的に関与するなかで、私的医療の需給はいかに扱われ、それがどのような問題をはらむのか。これらの面に、各章は一定の答えを提示している。また、本書全体を通じ、著者はNHSの展開を長期的にしかも体系的に分析しているが、こうした研究も、これまでにはなかったものとして、高く評価される場所である。

ただ、評者なりに強いて注文をつけるとすれば、今後の日本の医療政策のあり方を考える際に、NHSは大いに示唆に富むものとなろうと著者は述べているが、それはどういう点なのか、もう少し明確にしてほしかった。評者としては、家庭医制度や診療報酬体系がその一つであると考えているが、一般開業医への登録や診療、また病院への紹介の実態を含めた医療圏の分析、そして診療報酬体系の分析が行なわれる必要があるように思う。また、ヘルス・センターは、コミュニティ・ケアの基地として位置づけられるものであろうが、両者の関係や、コミュニティ・ケアが実際にどのように提供されるのかといった論述がもう少しほしかった。特に、ヘルス・センターの重要性がNHSの創設当初から唱えられていたのに対し、コミュニティ・ケアの考え方が1960年代になってようやく登場したのはなぜか。つぎに、病院サービスでは、長いあいだ問題となってきた地域間の予算配分について、改善がなされてきているようであるが、そうした現象面だけではなく、それをもたらした資源配分検討グループそのものについて、さらなる検討が望まれる。また、NHSのもとでの私的医療は、社会保険のもとでのそれと対比して、どのような意味をもつのか。たとえば、有料ベッドの入院サービス料金が、保健・社会保障省によって決定されている点、また有料ベッドの料金がNHSに繰り入れられ、またNHSも

有料ベッドの維持のために支出をしている点は非常に統制的であって、コンサルタントはなぜこれを容認したのか。こうした点が評者にとっては興味のある点である。

なお、若干の疑問点もある。それは、「有料ベッド料金が高すぎたために、これを利用しうる者は極めて限定されていた」と述べている部分があるが、反対に「有料ベッドの料金はコストに見合わない不当に安いものである」としている部分もあり、この二カ所の記述がどのような整合性をもつのかということである。また、本書がNHSの発足以後を扱ったものであるとしても、イギリス医療保障の研究としては、NHSの成立過程から考察することによって、より広がりのあるものになっていくということもあるだろう。

しかし、少なくともこれらの一部は、著者が本書のむすびであげている「残された課題」に含まれるものであろう。それよりも、既存の諸研究にはみることのできなかつた様々な視点を提供してくれている本書は、日本におけるNHSのきわめて優れた研究書として、高く評価されるものであることには違いない。

(光生館、1998年刊)

〔注〕

- 1) 現在における評者の主要な研究対象国の一つとしてタイをあげることができる。タイでは、30 パーツ医療制度として有名になった医療保障としてUC (Universal Coverage) 制度がある。これは、従前の医療保障制度の適用から漏れていた農民・自営業者層やインフォーマル・セクターに対して、すべて租税を財源として無料の医療サービスを提供するものである。タイでは、既存の医療保障制度に代えて、この制度の対象を国民全般に拡大していくという方向性を見出すことはできないが、イギリスNHSを何らかのかたちで意識しているようにも思われる。ちなみに、UC制度の根拠となっている法律は、National Health Security Actと英訳されているが、これはNHS法と略称されることもある。Health Securityという用語には、英語圏ネイティブの人々にとって違和感があるようだが、このこともあわせて考えると、UC制度導入時のタクシン首相が、イギリスのNHSをかなりの程度で意識していたとも想像できる。
- 2) ただし、本稿が対象とするのは序章のほか、第1章から第3章までとする。その理由は、評者が過去にこの期間におけるイギリス社会保障の史的研究を行なった経験を有し、本書の当該部分に特に興味をもって読んだからである。
- 3) 周知の通り、日本でも混合診療の問題がある。