

## イギリス国民保健サービスの計画システム

著者	一圓 光彌
雑誌名	社会保険旬報
巻	1375
ページ	8-13
発行年	1981-11-01
権利	(C) 社会保険研究所 このデータは社会保険研究所の許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7051">http://hdl.handle.net/10112/7051</a>

# イギリス国民保健サービスの計画システム

一 圓 光 彌

## ◎ 一 ◎ はじめに

イギリスの国民保健サービスについて、その歴史と直面する問題を簡潔にまとめた『英国の医療保障』という本の著者ブラウンは、疾病構造が大きく変化して、医師が治療したり予防できるものから、退化性の病気の進度を遅らせたり障害を最小限にとどめたりするの干渉するだけのものへと移っている」と述べている。そして医療の役割はますます予防でも治療でもなくインターベンションとなつてゐることを指摘している(1)。ここでいうインターベンションとは、患者の病状や健康状態を管理したり、その生活を広く指導するといった意味に理解してよいであ

ろう。

このような疾病構造の変化あるいは医療内容の変化は、国の医療保障政策にも当然影響を与えるに違いない。人びとをできる限り地域社会でケアすることを要請するコミュニティー・ケアの考え方、あるいは家庭医の医療を中心に訪問看護や保健婦による指導をこれに連結して、患者ができる限り日常生活の中でケアされることを要請するプライマリ・ヘルス・ケアの考え方。このような考え方が前面に打ち出されるようになったのは、実際の国民保健サービスの内容が、変化する国民の保健医療ニードに必ずしも十分に対応できていかなかったことにも起因している。

イギリスの国民保健サービスはしばしば国営医療と呼ばれているが、それは決して中央の管理指導の下に施設管

理や人員配置が自由に操作できるといった意味での国営ではない。国民保健サービスが登場した当時の最大の関心事は、病院や医師が必要な医療を国民に十分に供給できるように、国がその費用負担を引き受けることにあったのである。そしてその背後には、積もり積もつた病気のブールを除去できるようにしないと、医療費は次第に減少するに違いないとの楽観的予測があったことも見落せない(2)。したがって当初から、国民保健サービスを中央で管理するとか、さまざまなサービスの調整を図るといったことは、あまり強く意識されてはいたわけではなかったのである。

全国的な視野にたつて各地域の保健ニードを検討したり、あるいは諸サービス部門にわたる総合的な視野から保

健医療資源の有効配分を図るといった観点の欠除は、国民保健サービスの管理運営機構にも現われており、病院サービス、一般医サービス、地域保健活動の三つに大別された諸サービスの管理運営は、それぞれ別の機関にゆだねられ、相互に調整されることもなければ、地域格差を有効に是正する仕組みも備わつていなかった。このような分断された管理運営機構は、変化する保健医療ニードにサービスの供給をうまく対応させていく上でも大きな障害となつていた。

それでも国家財政にゆとりがあり、現存するサービス水準を維持しながらなお残るかなりの財源で新たな課題に対処できる状況があれば、問題は問題として生じなかつたかもしれない。しかし実際の国民保健サービスの予算

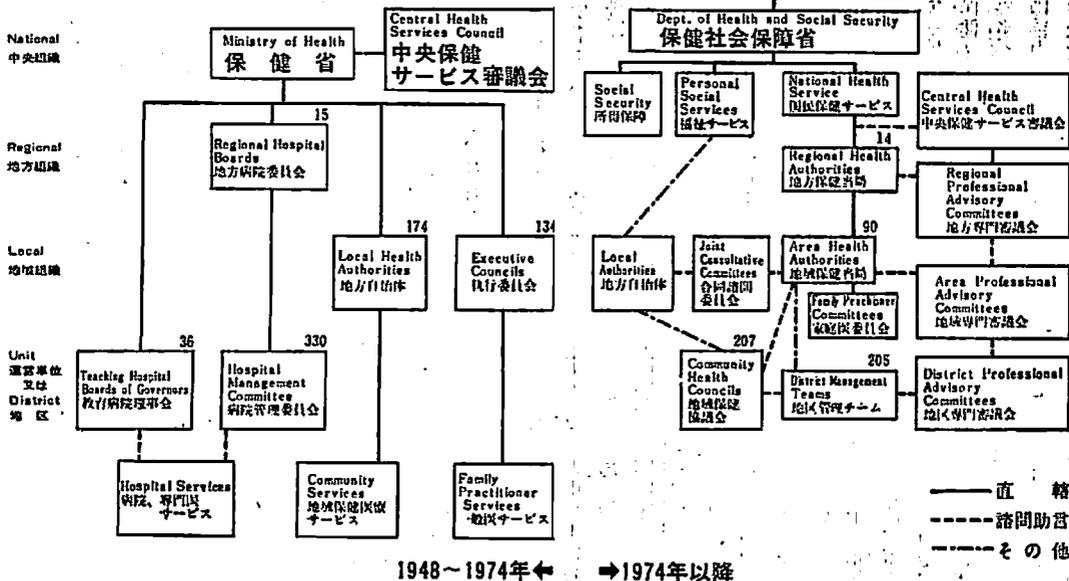
は、各機関にいわゆる自然的な配分を許してしまうとほとんど後に残らず、何らかの政策を展開できる余地はあまりにも少なかった。地域間のサービス水準の格差はなかなか是正されなかったし、同じ入院患者でも急性疾患部門の患者と慢性疾患部門の患者とは、処遇に大きな差があった。プライマリ・ヘルス・ケアの必要性が叫ばれたとしても、その要請を具体的に毎年の予算に反映させてゆくシステムが備わっていなかったのである。

◎2◎  
一九七四年の組織改革

限られた予算の中で、適正な医療資源の配分を達成していくためには、ばらばらに管理運営されていた諸サービスを統合し、文字通り予防からリハビリテーションにいたるまでの全サービスを総合的に単一の機関で管理運営することが必要であった。それはまた、予算配分の適正化という観点から要請されるだけでなく、病院や家庭医やホームナースといった異なるサービスの連携を強化するためにも必要なことであった。

長い議論の末にともかく一九七四年には新しい管理運営機構が発足することになった。図1には新旧組織機構を示しておいた。かつてはサービスの内容によって三分割されていた組織が、現在では一本に統一されていることがわかるであろう。地方自治体の区画に合わせてイングランドには九十の地域保健当局が設けられ、これが当該地域の保健サービス全般に責任を負うことになっている。この上に位置する十四の地方保健当局は、地域保健当局相互間の競合する要求を調整したり、中央政府が提示する全国的な指針にそった財源配分を各地域保健当局に指導する。さらに地方当局の上にたつ中央政府は、保健サービスの全国的な政策立案、優先順位の設定を行い、これに基づいて地方保健当局を指導しかつ地方間の予算配分に当ることになっている。こうして全国的なあるいは全サービスにまたがる保健サービスに関する政策が、中央政府から地方保健当局を経て地域保健当局に下ろされ、これに基づいて各地域の保健サービスが管理運営されるようになった。地方自治体が担当している福祉サービスとの連携を確保する必要から、地域保健当局は自治体に合わせて設けられており、その対象人口は二十五万人を下回るころもあれば百万人を越えるところもある。そこで大規模な地域はさらにいくつかの地区に分割され、各地区に地区管理チームと呼ばれる執行機関を置いて

図1 国民保険サービスの管理機構



(注) 数字はイングランドとウェールズの機関数

(注) 数字はイングランドの機関数

(資料) Ruth Levitt, *The Reorganised National Health Service*, Croom Helm, 1976. p.18, p.25

て、これに当該地区の保健サービスの運営をゆだねている。

イングランドには、地域がそのまま一地区を構成する場合も含めて、全部で二百五の地区があるが、この地区は最末端の運営機構であるとともに実際に保健サービスの統合と計画的運営を果す区画でもあって、その任に当る地区管理チーム (District Management Team) の果す役割は機構全体の中でも大きな比重を占めている。

諸サービスの統一的運営を図る必要から、この管理チームは、病院の専門医、一般家庭医、公衆衛生医官 (District Community Physician)、看護担当官 (District Nursing Officer)、財務担当官、行政担当官の六名で構成され、必要があればその他の関係者の出席を得てサービス全般の運営に当たっている。また二名の臨床医の立場が無視されることのないよう、六名全員の合意による運営が前提となっていることもこの管理チームの大きな特徴である。

管理チームの最も重要な仕事は、老人、精神障害者といったサービス対象ごとに地区計画チームを組織して全体の調整を図ることにある。病院の専門医であれ家庭医であれ、あるいは地域で看顧にあたるホームナースであれ、保健医療に携わるさまざまな従事者の

協力を得て計画を進め、地区における保健サービス活動を調整することが求められているのである(3)。

それぞれの専門家がその専門分野の仕事の運営に関与するだけではすまなくなつた。専門的な立場からサービス全般の運営に関与することが求められるようになった。どの程度までその成果があがっているかは別にして、少なくとも専門を異にする人びとが同じ席についてサービス全般のあり方を検討し、サービスの運営にかかわる意志決定に参加しなければならなくなつたことは事実である。もちろんこれが、これまで経験したことのない全く新たな仕組みであることはいうまでもない。専門を異にする人びとが、それぞれの意見を調整しつつサービス全般にわたる一定の判断に到達するためには、当然これを可能とするようなシステムが備えられなければならない。これが保健計画システムであり、この保健サービスの計画化は組織機構の統合化と不可分の関係にあるといえることができるのである。

### ◎◎◎ 保健計画システム

国民保健サービスの計画システムは一九七六年に発足した。この年に計画

の仕組みを具体的に示したマニュアル(4)が発表され、また予算配分に關する政府の指針(5)も発表されて計画システムにそつた作業が開始されるようになったからである。

マニュアルは次のように述べている「計画ということは、保健サービスの分野で決して新しいことではない。新しくなつた点は保健医療計画が一九七四年の組織改革によつて包括的とならざるをえなくなつたことである。すなわち、すべての保健医療サービスを含むようになったこと、また福祉サービス、環境衛生、教育、住宅など関連する地方自治体の諸サービスについての計画とも連携することが必要になつたことである。さらに計画は単に専門家の仕事ではなく、サービスを提供する人びとやこれを受ける人びとも含めたさまざまな人びとの協同作業でなくてはならない。このマニュアルで示す計画の考え方や仕組みは、包括的であると同時に協力関係が導かれるように図られている(6)。」

この引用でも明らかのように、ここでいう計画とは決して一握りの計画官が作成する机上のプランをいうのではない。保健サービスに關与するさまざまな従事者が、サービス全般の効果的な遂行に協力できるようなシステム作り

はまた、地域住民の声を十分に反映するものでなければならぬ。そして計画のシステムを通して、「保健サービスの提供や配分に關する物の見方 (Mind) の変化が助長されること」をめざしているのである。

計画作業の中には、現状の把握、目標の設定、戦略の決定、計画の具体化、事情聴取と評価判定といった一連の活動が含まれるが、計画内容の違いから具体的に作成される計画は長期的な戦略計画 (strategic plan) と短期的な実施計画 (operational plan) との二本だてとなつてゐる。それぞれの計画作成作業は末端の基礎計画単位である地区から出発して、地域、地方さらには中央政府へと引き上げられる形をとるが、そのための指針は中央政府から下部機関へと順次下ろされる形になっている。つまり、指針と計画とが、戦略計画および実施計画の両者について毎年循環するわけであつて、その流れは図2に、年間のスケジュールは表1と表2に示しておいた。

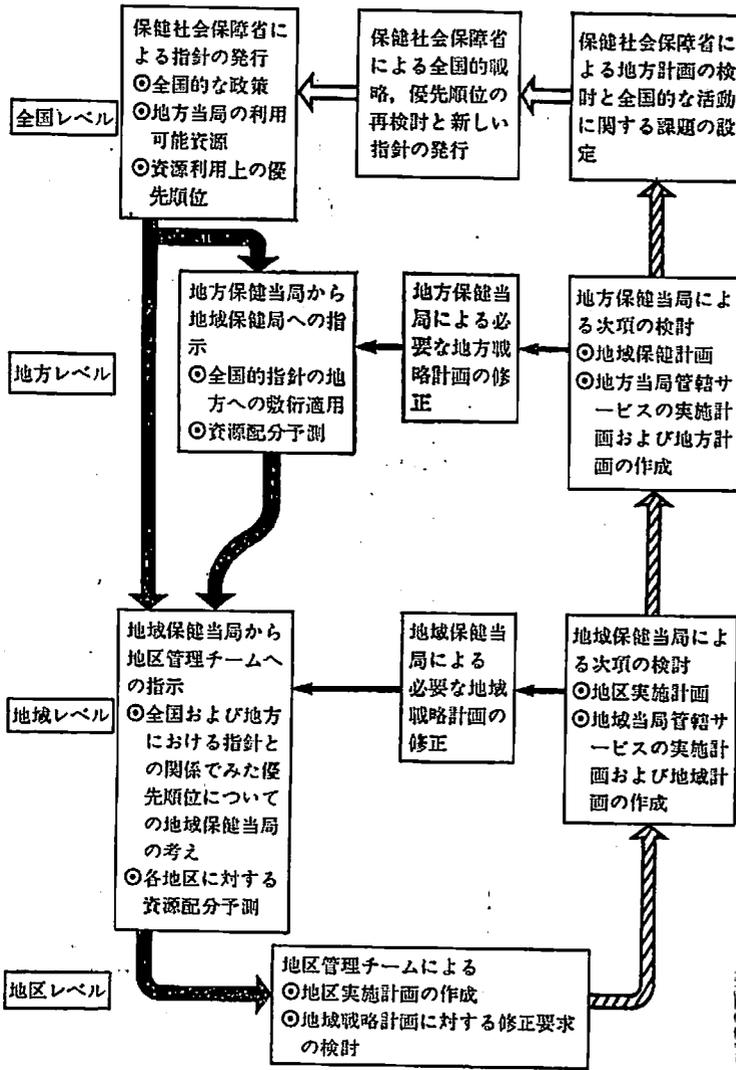
戦略計画は十〜十五年先を視野におさめて、大きな目標、優先順位、資源の利用を策定するもので、地区を除く各レベルで四年ごとに作成され毎年見直される。これに対応して戦略指針が中央政府から下部機関に示される。これに対して実施計画は、より詳細な三

年にわたる活動内容を策定するもので、次年については活動内容を確定し、二年目については暫定的な案とし、三年目については概要を定める形をとる。これは地区を含めた全機関によって毎年作成され、そのための指針が中央政府から下ろされる。

「各地区で何をなすべきかを決定し、またそれを実施する主な責任は地区自体にある」とされている。したがって、上部機関から下ろされる指針は計画策定の大きな方向を示すものにはすぎない。しかしそれが、「資源の平等な配分、あらゆる場所での適正なサービス基準の維持、全組織の調和のとれた機能の確保、貴重な経験の地区相互間の交換や普及」といった、総合的な見地からのみ可能な方向づけをめざしていることはいうまでもない。換言すれば、上位機関と下位機関がそれぞれの立場で保健サービスの運営に影響を及ぼし、かつ責任を果たしていけるように、指針の策定と計画の策定とが対していると考えられる。マニュアルはこれを不断の対話のシステムととらえて、両者が互いに影響し合う必要を説いている。

計画の策定は地区レベルから上に積み上げられる。この過程ではさまざまな機関の意見も組み入れられなければならない。たとえば地区レベルでは、

図2 NHSにおける指針と計画の流れ



地域住民が構成する地域保健協議会、地方自治体、地区の医師が構成する地区医療委員会、福祉サービスと保健サービスの調整のために設けられた合同諮問委員会等に計画の内容を諮ること

が求められている。もちろんそのねらいが、政策決定に対する多くの関係者の参加の確保にあることはいうまでも

ない。

地区管理チームは複数の地区計画チームを組織しており、彼らに計画案の作成をゆだねている。計画チームは通常、一般家庭医、病院看護婦、訪問看護婦、保健婦、病院の専門医などのほか、関係の深いその他の医療従事者で構成され、これらの人びとが共同で次

- の八つのケア・グループ(Care Group)ごとに計画案を作成する。
- ▽総合病院急性病院サービス
- ▽プライマリ・ケア・サービス
- ▽主に老人・障害者を対象とするサービス
- ▽精神病者(Mentally III)に対するサービス

(資料) D.H.S.S., The NHS planning system, June 1976, p. 10.



#### ④ ④ むすび

計画がうまく機能するかどうかは、地区計画チームの構成員の資質によるところが大きい。また彼らに的確な判断材料を提供して計画案の作成をリードし、全体として地区の適切な計画を導く上で、地区公衆衛生医官の役割は決定的に重要であるし、その任務は重い。しかし実際にこれらの計画システムが順調に機能しているかという点、必ずしもそうではない。

たとえばケア・グループの分け方は必ずしもはっきりせず、混乱を招いているし、活動費用を推計したりすることも現在の区分では容易でないらしい。そもそもこれまでの国民保健サービスに関する統計は、このような計画を前提として作成されておらず、計画のための適切な判断材料を提供するものではない。

また公衆衛生医官の仕事は多様で、計画作業という新しい仕事に十分取り組める状況ではない。彼らが十分にその機能を発揮できるためには、臨床医に十分信頼されることが条件となるが、その逆の場合がむしろ多く、彼らのポストをうめることすら容易でないのが現状である。意志決定に対する

臨床医の参加も、そのねらいどおりにプライマリ・ヘルス・ケア重視の資源配分に寄与しているかどうか疑問とされている。また計画にともなう事務量の増加も大きな問題で、諮問が多くなったり作成する書類が多くなったりしたことに對する不満も少なくない(11)。

保守党が政権について以来、組織機構を簡素化する新たな改革が準備されるようになった。主なねらいは、現在の地域レベルの機関を取り払って現在の地区レベルにその権限を移そうとするもので、これにより事務量が減少するものと期待されている。しかし、計画システムそのものについては保守党政府もその有効性を認めており、今後ともこれが維持されることには異なない。多くの問題が指摘されてはいるが、その多くは今後の計画過程の中で一歩一歩解決していくべき課題であると理解すべきであろう。

医療保険を採用している国々でも、その対象が国民におよび、実質的にはほとんどの医療を給付することになれば、どこでも、だれでも、いつでも必要な医療が等しく提供できるように供給体制そのものの完備がより強く求められるようになるのは必然である。そのため財源が容易に増加できないとすると、限られた財源の範囲内で最も効果的な使い方が追求されなければ

ならなくなるであろう。これら医療内容の変化も加わって、専門医や家庭医やホームナースやホームヘルプ等が、相互に連絡しながらチームとなって患者やその家族を援護し、総体として患者に對する医療目的を達成するような保健医療活動が重きをなすと考えられる。そしてこのような末端でのチーム医療の拡大は、医療資源の利用や配分についても総合的な計画化を要請することになるであろう。現在イギリスが行っている計画化の試みは、その意味で決してイギリスのみを要する課題ではないといえよう。

#### 【注】

(1) R.G.S. Brown, *The Changing National Health Service*, Routledge, 1973, pp. 25~6. 三友雅夫監訳『英國の医療保障』恒星社厚生閣・一九七六年、三〇—三二頁。  
(2) R.G.S. Brown, *Reorganising the National Health Service*, Blackwell, 1979, p. 12.

(3) 国民保健サービスの新しい管理運営機構についての文献は少なくないが比較的新しいものとして G. Bevan et al, *Health Care, Priorities and Management*, Croom Helm, 1980 (とりわけその第三章)を参照ねがいたい。

(4) D.H.S.S., *The NHS Planning System*, June, 1976.

(5) D.H.S.S., *Priorities for Health and Personal Social Services in England*, HMSO, 1976.

(6) *The NHS Planning System*, op. cit., p. 3.

(7) *ibid.*, p. 3.

(8) *ibid.*, p. 5.

(9) *ibid.*, p. 5.

(10) Merton Sutton and Wandsworth Area Health Authority, *Wandsworth and East Merton Teaching District Operational Plan, 1979-1982*.

(11) 計画システムの主な問題点について G. Bevan et al, op. cit., pp. 94-101, を参照ねがう。

(筆者＝関西大学助教授、社会保険論)