

## イギリスの一般医の地理的分布と診療報酬

著者	一圓 光彌
雑誌名	総合社会保障
巻	7
ページ	42-46
発行年	1980
権利	(C) 社会保険新報社（倒産により消滅）：このデータは、旧社会保険新報社の著作権相続者から許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7345">http://hdl.handle.net/10112/7345</a>

特集 地域医療をさぐる

# イギリスの一般医の地理的分布と診療報酬

国立公衆衛生院 一圓光弥

## 一 はじめに

国民皆保険が達成されて二〇年を経ようとしているが、「保険あって医療なし」という言葉で代表されるように、必要な医療が得られない場合は今なお少なくない。医学や医療技術の発展にともなうて、一方では、きわめて高度な医療の恩典に浴することも可能となっているが、他方ではいまだに医師の確保が困難な地域も少なくない。

皆保険を通して実際にかかった医療費を保障する仕組みは相当整備されてきた。しかし、その保障の機能は、実際に医療が行われてはじめて作動するにすぎず、顕在化した医療需要に対する保障とはなりえても、保健

や医療の潜在的なニードに直接こたえるものではなかった。換言すれば地域住民に医療保険が適用され、老人医療の無料化が実施されたとしても、そのことと、その地域で十分な医療が確保されることは別の事柄であったのである。

医療技術の高度化や人口の高齢化にともなうて、国民医療費が増大すればするほど、限られた医療資源や財源をどのように効果的に活用するかが重要な国民的課題になろうとしている。そのさいしばしば問題として提起されているのが、わが国の自由開業医制である。しかしながら、たとえその指摘がいかに正しいとし

ても、自由開業医制を打破しない限りわが国の医療体制は一步も前進しないと決めてかかることは極論であろう。

イギリスの国民保健サービスのこれまでの歴史を振り返って見ると、そこに認められるのは決して急激な医療社会化過程ではなく、当面の問題に取り組みながら漸進的に進められた供給体制の整備であった。その

周知のように、国民保健サービスは病院での専門医のサービスと、一般開業医による家庭医サービス、およびホームナース等による地域保健活動とに大別できる。一九四八年に国民保健サービスが実施された段階

中でも、とりわけ既存の利害に固執し、保守的な立場を守り続けているのが開業医、すなわち一般医であった。

以上のような観点にたつて、イギリスの一般医の地理的な適正配置が、どのような仕組みを通して達成されようとしているかを検討するのがここでの課題である。

## 二 一般医の地位とその診療報酬

で、すべての病院は国有化され、そこで働く医師も一種の公務員として俸給を得て病院に勤務することになり、病院サービス事業は国の予算を通して実施されることになった。また地域保健活動については、職前も

そうであったように、地方自治体が管理することになった。

これに対して一般医の方は、これまでと同様の独立した経営者としての地位が保証され、その業務を管理する機関としては、戦前の保険委員会と同様の執行委員会が設けられることになった。

当時、保健相であったベヴァンは、一般医の報酬の中に基本給的な要素を取り入れようとしたが、一般医の反対で実現せず、結局、一般医の報酬は戦前通りの人頭報酬を採用することになった。また、ベヴァンは公的なヘルスセンターの網をかぶせることによって、一般医の医療サービスの整備をめざそうとしたが、一般医の協力が得られない状況の下では、そうした構想も容易に実現できないものではなかった。

一般医の報酬体系は、その後、次第に整備され、全国的に標準化されるようになるのであるが、それでも六〇年代の前半までは、登録患者の数に応じて支払われる人頭報酬部分を中心であったことに変わりはない、しかしその間、医学の進歩から取り残され、孤立して診療する一般医の

不安は高まり、六五年の診療報酬改定を契機に、一般医の不満はそれまでの報酬体系の根本的な改編を要求する強力な運動に結実した。

この時期を境にして、一般医の報酬体系は大きく変化し、基本給的な要素が取り入れられるようになるとともに、時間外手当的要素や特別なサービスに対する出来高払い的要素、あるいは実費支弁的要素なども加味した報酬体系が生れるようになったのである。このような報酬体系の変化は、単に一般医の報酬水準を大幅に引き上げただけでなく、研修の機会を得やすくなり、グループ・プラクティスへの参加を容易にするなど、一般医のあり方にかんがりの影響を与えたのであって、ヘルスセンターの設置も六五年以降急速に進展するようになっていく(注一)。

- 七九年四月以降の一年間に適用された一般医に対する報酬体系の概略を示すと次の通りである。
- (一) 基本給 年三五五五ポンド
  - (二) 医師不足指定地域に対する加算 第一種 年一一一〇ポンド 第二種 年一九九五ポンド
  - (三) グループ・プラクティスに対す

る加算 年 六二〇ポンド  
経験年数に応じた年功加算

さまざまな料金が定められているが、ここでは省略する。

(四) 第一段階 年 八五五ポンド  
第二段階 年一四五五ポンド  
第三段階 年二三一五ポンド

ひとくちに人頭報酬とはいえず、その実態が大きく変わってきていることがわかるであろう。こうした報酬体系の七六年度における内訳を見ると、人頭報酬部分は三七％にすぎず、基本給およびその加算部分が二三

(五) 年功加算が受けられない者で特定の訓練を得た者に対する加算 年 八五五ポンド  
助手を雇用した場合の加算 通常地域 年一五八五ポンド  
医師不足地域年二二一〇ポンド

％、時間外手当八％、諸経費支弁部分一％、その他の出来高的な料金収入が二一％となっていた。

(六) 登録患者一人当り人頭払額 六五歳未満 年三・一五ポンド  
六五〜七四歳年四・一〇ポンド  
七五歳以上 年五・〇五ポンド

また、七九年度における一般医の平均報酬推計額は、諸経費を除いた純所得で年間一、二二七ポンド(約六七八万円)に相当していた。

(七) 時間外手当 基本給への加算年七〇〇ポンド  
千人を超える登録患者に対する一人当り加算 年六四ペンス  
夜間応診 一件六・七五ポンド

これには五四〇ポンド程度の避妊サービス料と三八〇ポンド程度の病院等でのサービス料が含まれていないので、全体として一般医の純所得は一、三二四七ポンド(約七二九万円)程度に相当すると考えられる。

(八) 特定サービスに対する料金 予防接種二・二又は一・七ポンド  
子宮細胞診 三・四〇ポンド  
出産医療サービス 四九ポンド

またそうした平均的な報酬水準との比較で、医師不足指定地域に対する加算額を調べると、第一種加算はその約八・四％、第二種加算は約一三％に相当していた(注二)。

以上のほか、登録患者以外の患者に対する診療料金、教育訓練費の支弁、開業時の手当、疾病時の代理医師雇用料、避妊サービス手当など、

表 医師不足地域・過剰地域別医師の分布、平均登録患者数

	医師の割合 (%)			平均登録患者数 (人)			総平均
	不足地域	開放中間地域	過剰地域	不足地域	開放中間地域	過剰地域	
イングランドおよびウェールズ							
1952	44.0	49.2	6.8	2,851	2,184	1,581	2,436
1953	33.2	60.1	6.7	2,726	2,183	1,594	2,324
1954	22.8	69.5	7.7	2,741	2,228	1,546	2,293
1955	19.5	73.7	6.8	2,736	2,229	1,554	2,283
1956	18.2	74.7	7.1	2,711	2,234	1,548	2,272
1957	16.6	75.9	7.5	2,659	2,264	1,517	2,273
1958	15.7	77.1	7.2	2,627	2,247	1,594	2,267
1959	16.6	75.9	7.5	2,745	2,251	1,575	2,282
1960	16.8	75.5	7.7	2,723	2,257	1,603	2,287
1961	14.3	79.0	6.7	2,742	2,272	1,563	2,292
1962	14.7	76.7	8.6	2,744	2,297	1,608	2,304
1963	16.2	75.0	8.8	2,748	2,313	1,652	2,326
1964	17.9	70.7	11.4	2,768	2,359	1,747	2,362
1965	21.1	67.5	11.4	2,826	2,393	1,758	2,412
1966	25.6	63.4	11.0	2,845	2,407	1,807	2,453
1967	29.4	59.5	11.1	2,840	2,410	1,837	2,472
1968	33.3	56.5	10.2	2,819	2,395	1,811	2,477
1969	32.3	57.3	10.4	2,817	2,401	1,865	2,479
1970	31.8	56.7	11.5	2,791	2,391	1,884	2,460
イングランド							
1968	35.0	55.7	9.2	2,821	—	1,825	2,494
1971	31.9	57.5	10.6	2,781	—	1,910	2,460
1971	25.8	62.2	12.1	2,771	—	1,930	2,421
1972	20.9	67.7	11.4	2,753	—	1,941	2,398
1973	18.7	70.1	11.1	2,742	—	1,951	2,384
1974	17.1	70.5	12.4	2,721	—	1,957	2,355

(資料) Butler, *Family Doctors and Public Policy*, Routledge, 1973. および Health and Personal Social Services Statistics for England, HMSO, 1976.

### 三 一般医の適正配置を達成するための仕組

は、一般医の開業を規制するための 開業許可委員会 (Medical Practices Committee) 以下 M P C と略す) の設置

が定められていたが、これに対する医師の反対は強く、九名の委員のうち七名まで医師を任命するという大臣の措置にもかかわらず、この委員会に対する一般医の敵意は四八年の国民促進サービスの実施時まで続いた。しかし実際に国民保健サービスが実施に向い、一般医の参加と住民の登録が始まるようになると、開業医の地理的配分の不適正が次第に顕在化するようになり、多くの医師が M P C に対して自分の地域を医師過剰地に指定するように申請する事態さえ起るようになった。

こうした状況の下で、M P C に対する医師会の敵意もやわらぐ一方 M P C の態度も、一般医の急激な配置転換を指向するのではなく、医師過剰地域や不足地域に関する一定の基準を設けて新規開業を規制すれば足るとの方針に傾斜してゆくのである。

こうして、一般医の地理的配置に関する消極的な規制が実際に動きだすのであるが、一般医の過不足を定める基準は、その地域の一般医の平均登録患者数であり、その程度によって当初、各地域は四種に分けられ

た。その後、五二年から六二年までの間は三種に分ける方式がとられていたが、六二年からは再び次のような四種の分類が採用されるようになってくる(注三)。

- (一) 過剰地域——一人当たり平均登録患者数一八〇〇未満、廃業医師の補充も含めて通常は新規開業を拒否。
  - (二) 中間地域——一人当たり平均登録患者数一八〇〇〜二〇〇〇人、新規開業は拒否されることがありうる。
  - (三) 開放地域——一人当たり平均登録患者数二一〇〇〜二五〇〇人、新規開業は自動的に許可される
  - (四) 不足地域——一人当たり平均登録患者数二五〇〇人以上、新規開業は積極的に奨励される。
- このような基準が、果たして各地域の医師のニードを適格に反映するのかどうかは疑問の残るところであるが、六〇年代の後半には、その他の保健医療サービスの状況、罹患率、人口密度、あるいは社会的文化的な環境条件の差なども考慮すべきだとの声が医師会から出されている。M P C が、そうした要素をどの



程度考慮しているかは全く明らかにされていないが、考慮されたとしても、ごく一部にすぎないであろう(注四)。

そうした基本的な問題とともに、一般医の数が人口との関係で相対的に低下するようになる六〇年代に入

ると、こうした消極的な規制が、十分な効果を発揮しなくなる現象が起って来た。

五三年にMPCが、その機能を評価した段階では、四八年当時不足地域に指定されていた諸地域で、一般医数を一一%増加させることに成功

し、反対に過剰地域や中間地域の一般医数を一〇%削減することに成功している(注五)。そうした効果は医師数が増加する五〇年代を通じて認めることができる。たとえば表によって不足地域で開業する一般医の全一般医にしめる比率をイングランドとウェールズの地域で見ると、五二年の四四%から六一年には一四・三%にまで低下していることがわかる。

一方一般医一人当りの全国的な平均登録患者数は、五二年の二、四三六六人から、五八年の二、二六七人にまで低下し、それを境に逆に上昇しはじめ、六九年には五二年水準をも上回る二、四七九人に達している。

この六九年の二、四七九人という数字は、MPCが定める不足地域の基準よりわずかに一人少ないだけであって、そうした全国的な医師不足を反映して、不足地域で開業する医師の比率も六一年以降増加し、六九年には三三・三%に達するにいたっている。

このような六〇年代の相対的医師不足を背景にして、医師不足地域に対する手当の強化が医師会からも要

求されるようになった。そうした動きは、すでに述べたような報酬体系改革の動きとも重なりあっていたのであって、六六年以降、新しい報酬体系の下で医師不足地域に対する年四〇〇ポンドの加算が制度化されることになった。

この四〇〇ポンドという額には、当初から医師は批判的であった。しかしまた、これをあまり引き上げることは、新しい医師がその地域で開業するようになることで、不足地域の指定がはずされた場合の、既存医師の報酬の急激な低下を考慮すると、問題なしとはいえなかった。このような問題を背景として生み出されたのが、不足地域を二種類に分ける次のような方式であり、七〇年以降この方式が実施されている(注六)。

医師平均登録患者数が二、五〇〇人から二、九九九人までの不足指定地域の場合、連続して三年間そうした指定が続いた後、指定が解除された三年後まで、その地域の一般医には低い額の加算が支払われる(第一種)。

医師平均登録患者数が三、〇〇〇人以上の不足指定地域の場合、

●ポーランドの性教育●

# ZYCIĘ SEKSUALNE PSYCHOHIGIENA 性の精神衛生

カジメジ・イメリンスキー著  
北野光雄訳・湯浅敬之助監修



本書は、結婚生活の基本的要素であるセックス領域の精神衛生からのあり方について適切な指針が与えられ、また青少年の性教育、とりわけセックスを理由とするトラブルから青少年を守ることに多くのスペースが向けられている

A5判 290頁 定価 1,800円  
社会保険新報社

そのように指定されて一年を経た後、指定が解除された二年後まで、その地域の一般医には高い額の加算が支払われる(第二種)。

## 四むすび

六〇年代末に一般医の適正配置問題の実態を調査したパトラーは、国民保健サービスの目的の一つが医師の適正配置の達成にあったにもかかわらず、結局国民保健サービスはこの面で大きな成功をおさめることができなかったとし、医師不足地域に一般医をひきつけるためには、単に報酬の引き上げだけでなく、一般医の診療をとりまく地域保健活動や地域福祉活動等の諸条件を整備してゆ

新規に開業するさいに、二〜四年にわたって支払われる開業手当や、僻地診療のための手当が別途制度化されているが、件数も少なく、必ずしも十分な効果をあげているとは評価されていない。

くことこそ必要であると強調している(注七)。

医師不足地域の解消を願うパトラーの目からするならば、確かにこのような評価もなりたつてであろうが、もっと深刻な問題に直面しているわれわれの目からすれば、国民保健サービスとその報酬支払方式が果たしてきた機能を無視するわけにはゆかないであろう。すでに述べたように、国民保健サービスが実施された直後

の変化は決して小さくなかったし、これに続く五〇年代の変化も不足地域の縮小をもたらしていた。

六〇年代に入って確かに不足地域は増加したのであるが、それは全般的な医師の不足によるところが大きいと考えられる。パトラーも指摘しているように、不足地域と過剰地域の平均登録患者数の格差は、むしろ六〇年代に入って縮小しているのである。

さらに七〇年代に入ってから動きを見ると、医師数の増加を反映して、不足地域で開業する医師の比率は低下傾向をたどり、七五年には一七〇程度にまで下っている。それと同時に、不足地域と過剰地域の平均登録患者数の格差もいっそう縮小しているのである。六〇年代後半以降

の報酬体系の変化の影響を、ここにも認めることができるように思うのである。

### (注)

- 一、一般医の報酬支払方式の変化等については、拙稿「イギリスの国民保健サービスと医療の社会化」(『国際社会保険研究』第一六号)を参照いただきたい。
- 二、Review Body's Ninth Report, *British Medical Journal*, 16 June 1977, pp. 1467~49.
- 三、John R. Butler, *Family Doctors and Public Policy*, Routledge, 1973, p. 9.
- 四、*Ibid.*, p. 22.
- 五、*Ibid.*, p. 10.
- 六、*Ibid.*, pp. 16~17.
- 七、*Ibid.*, pp. 39~42, pp. 152~156.