

タイトル	1970年代のイギリス国民保健サービス
著者	美馬, 孝人; 大西, 節江
引用	季刊北海学園大学経済論集, 55(1): 1-11
発行日	2007-06-00

《論説》

1970年代のイギリス国民保健サービス

美馬孝人, 大西節江

1, 1974年の再編と経済的危機

医療を全国民に提供するために、医療の財政と計画にかんする責任を国家が担うものとしたイギリスの国民保健サービス（NHS）は、1948年の実施後20年余のうちに、国民に最も人気のあるサービスとなった。当初の予想以上に費用がかかり、またそれが増加こそすれ減少しづらいものであるとの認識は深まったが、NHSの費用対効果は大変良いと評価された¹⁾。そしてそのような「サービスの合理化と改善とは、官僚的な干渉を排除して、専門的な基準によって達成された」²⁾のであった。

「他と同様、NHSの病院においても、やはりなしうる事柄に対する予算上の制限はある。しかし利用しうる資源の範囲内では、専門医が患者を治療することの自由に対する制限はなく、また彼が最良と考える治療をどの患者に施すかということの決定をなす自由も与えられている。ケアの特殊な型が非能率的でありまた財源の無駄遣いになるような時でさえも、そしてまた明らかに断念すべき時でさえも、医師を指図できる者は誰もいないのである。また費用のかかる研究や新しい医療技術の開発も許可されている。一般医が患者のために処方する薬の量と費用についても全く制限はなく、彼の唯一の責務は、一般医によって通常提供されるようなサービスを提供することなのである。一般医はまた、医師が

多すぎる若干の地域は別として、希望するところへ移住できるし、彼に登録してもらうことを希望する患者を受け入れたり拒否したりする自由を持っているのである」³⁾。

しかし、この専門的な基準の中心をなす医師の臨床上の自由は、他の諸事情と絡み合っ「NHSの欠陥」なるものをも生み出す一つの要因となった。それは医療供給の地域的および社会階級的な偏り、医療専門職とスタッフからの絶え間なき欲求不満の噴出、病院・一般医・コミュニティー3部門間の協力調整不良、各種の必要な医療発達の優先順位が合理的とは言えない問題などである⁴⁾。そこで、限られた保健と医療のための資源を異なる地方に生活する人々の間に公平に配置し、健康状態が劣悪な人々に優先的に与えるなど、様々な保健需要に適切に対処するために優先順位を決定し、また合理的で最適な保健を効率的に提供するために、NHS内部で働く人々の協働を確保する事を大義名分として行われたのが、1974年のNHS再編成であった。

再編には3つの大きな狙いがあった。第1は3分割されていた保健行政を単一の保健当局の下に統合することであった。第2は、保健当局と関連する地方自治体サービスとの間により良い協力と調整 co-terminosity を行わせることであった。このために新たに設立された地域保健当局 Area Health Authority (AHA) の境界は、対人社会サービスを提供

する地方自治体当局のそれと同一にされた。さらに両当局の協力の実を挙げるために共同協議会 joint consultative committee が設置されることになった。第 3 は病院により良い管理 management を導入することであった。事実としては「病院サービスの管理における重要な変更は、ナーシングスタッフの構造にかんするサルモン報告、メディカルスタッフの組織化にかんするコグウィール報告、病院当局の行政監理にかんするファークハーソン・ラング報告の結果としてすでに実施されていた」⁶⁾のであるが、この度は再編によって一層の効率化を目指したのである。

74 年の再編と管理の強化について、クリストファ・ハムは次のように指摘している。「保守党政府はとりわけ、それらの変更の上に新しい管理機構を置く必要を強調した。そしてその結果の一つが、一般にグレイブックとして知られる『再編 NHS のための管理機構』であった。それは新しい構造における各階層の機能についてかなり詳しく述べるとともに、保健当局事務官の仕事について述べていた。キーコンセプトは多元機能的なチーム作業 multi-disciplinary team working と合意に基づく管理運営を含み、医療専門職には管理制度の中に一つの明確な役割が与えられた。保健社会保障省 (DHSS) はまた、新しい構造の背後にある原理を例示するために、「最大限の下部への権限委譲と、それに対応する説明責任の上部への移動」について述べた。管理効率改善にかんするもう一つの重要な局面は、再編 2 年後の 1976 年における国家計画制度 National Planning System の導入であった。それらの方策はすべて、業績の改善のために民間部門からアイデアを借用しようとする政府部内の広範な関心事の一部であった」⁶⁾。

しかしながら、1974 年の NHS 再編成とその業務は、最初からそれが掲げていた理想の実現を困難にする状況の下で始められた。

1974 年を境として、NHS を取り巻く環境は一変したからである。

その最も直接的な原因は、OPEC によって断行された 1973 年の原油価格の大幅引上げであった。これを契機に世界経済は長期的不況に突入し、同時に急激なインフレーションに見舞われた。このような景気の低迷下で物価の上昇が続く現象は、スタグフレーションと言われるようになった。この 1973 年という年は、それまで続いていた経済成長・完全雇用・物価の相対的安定からなる世界的な「黄金の時代」を終わらせたが、イギリス経済に特に深刻な影響を与えた。「1974 年と 1975 年には実質要因コストで見た国内総生産は、1946 年以来初めて 3.5% の減少を示し、1973 年の産出高水準は 1977 年まで超えられなかった。1979 年から 1981 年までの間にもう一度 4.6% の減少があり、1979 年の産出高水準は 1983 年まで回復しなかった。失業が当初、1974 年の 2.6% から 1977 年の 6.2% へ上昇したことは、1930 年代以降のどのような経験よりも悪いものであったが、1975 年に 26% というピークに達したインフレ率は、それよりも一層深刻な衝撃を与えたのである」⁷⁾。

国民所得の減少は、必要な資源を求める各経済主体間の競争を激化させるが、1960 年代後半から続いていた世界的な労働攻勢は一層激しいものとなった。1970 年に成立したヒース保守党政府は、イギリス経済の国際的な地位の低下を食い止め国際収支の改善を図るために、一方では資本家陣営に呼び掛けて生産性の向上に努め、他方では賃金と物価の悪循環を断ち切るべく「所得政策」を実施していた。しかしイギリスの労働者、とりわけ国有炭鉱の坑夫たちは 73 年 11 月のオイルショックを好機と見極めて、「所得政策」を拒否し大幅賃上げを求めるストライキに訴え、政権を打ち倒した。1974 年の 2 度の総選挙は労働党政府を成立させたが、労働党政権下

においても労働攻勢はやまなかった。この時の労働党政府の大きな課題は、ニクソンショックとオイルショックにより弱体化した世界経済における国際的協調の原則をよみがえらせ、自国経済を統制して安定的な成長路線に立ち返らせることであったが、そのためにも労働組合との協力が欠かせなかったのである。

第2次Wilson労働党政府の蔵相デニス・ヒーリーは、TUCとの「社会契約」によって物価上昇を抑え、賃金上昇の抑制に努め、1976年7月にはインフレ率を前年の約半分に抑えることに成功した。しかし保守党政権時代から増えつつあった社会サービス予算に加えて、新たに「新産業戦略」用予算を組み込んだ労働党政府の予算編成は、借入金の過大さのため外国人のポンド通貨への信頼を失わせることになり、ポンドの価値を急落させた。不運なことに、労働党政府の必死の努力の結果としてもたらされた賃金上昇率とインフレ率の改善は、スターリング価値の急落というイギリス経済の危機によって帳消しにされてしまった。それは蔵相を、ポンド・スターリング貨防衛用外貨借入のためにIMFに赴かしめたが、IMFはイギリス政府に通貨救済のための厳しい貸出条件を付けることになった。それは国内通貨供給量および信用膨張の抑制と、公的支出の削減であった。「労働党政府は借入する相手が受け入れうるような通貨目標を披露しないわけにはいかず、その理由からもリフレーションを避けなければならなかった。こうした意味で、1976年のポンド危機は、イギリスの経済政策におけるケインズ主義時代の終焉を画したといつてよい」⁸⁾。この年はまた、以上にのべた事情から、イーアン・ゴフが指摘したように、福祉国家の拡大が停止した年ともなったのである⁹⁾。

2, NHS 予算の低迷と機構内部における諸紛争

こうしてポンド危機を契機とする厳しい歳出削減への転換は、NHSにも計り知れない否定的影響をもたらすことになる。「1970年代の開始の年には、NHS予算の例外的に高い増大があり、1970-74年保守党政府の下における年間平均増大率は4.3%であった。これとは対照的に、1974-79年労働党政府の下における年間平均増大率は、わずかに1.5%にすぎなかった。労働党政府のNHSへのイデオロギー的な思い入れは、経済的な危機の波によって侵食された。その数値は1979年に政権につく保守党政府によっても低い水準に維持された。したがってNHSは長年、相対的貧困の状態にあった。さらに、緊縮への自覚は、不確実性と予測不可能性の増大により強められた。1976年、大蔵省は公的支出統制の新しい制度である、いわゆるキャッシュリミット制を導入した。……1976-77年と1979-80年の二つの期間に、NHSは厳しいキャッシュリミットの絞り込みに苦しんだ。……後者の期間にNHSには、事実上何等の實質的な予算の増大もなかった」¹⁰⁾。

経済危機による国家予算の縮減政策は、再編されたNHSの目標達成をも大きく制約することとなった。「より以上に重要なのは、財政的な激動が、1974年のNHS再編がそのために計画された諸原理を無意味にするかもしれないことであった。再編の哲学は……合理的な計画化を実行することのできるNHSを作り出すことであった。再編成には一群の計画化に関する発議が続いた。1976年、DHSSはその計画システムを明らかにした。それは保健当局が、DHSSのガイドラインと全国的な優先順位を反映させながら、戦略的な計画を作り出そうとするものであった。同年、DHSSは優先順位にかんする文書を公表した。それは色々なサービスの目標値を

明らかにするものであり、その目標値は一部は政策規範の形で、一部は支出の配分の形で表された。同時に保健省は、資源の地理的配分の不平等を正す政策を、地方への資金配分増大率に差を付ける方法で追及した。すべてこれらの戦略は、基金の増大ばかりでなくある程度の予測可能性を前提にしたものであった。……しかしながら経済的な危機は、この大本にあった前提を打ち砕いてしまったのである……」¹¹⁾。

労働組合会議 TUC は、インフレ抑制の観点から事実上「所得政策」を受け入れ、政府に協力していたが、ポンド下落による1977年の実質賃金の低下を容認することはできず、1978年政府が提示した賃上げの上限5%への同意を拒否した。特に公務労働者たちは、民間の労働者に対する相対的地位を回復するために、5%以上の賃上げ要求を出していた。1978年12月には各方面からの賃上げ要求が積み重なった。「これは1978-9年のいわゆる不満の冬の始まりであった。賃上げの上限をすばやく5%と定めた政府は、それよりもずっと高い賃金要求の奔流に圧倒された。12月、地方自治体現業労働者は40%の賃上げを要求した。フォード自動車労働者はむしろ穏当な17%アップで決着した。1979年1月、貨物自動車とタンクローリーの運転手が25-30%の賃上げを求めてストライキにはいった。1月22日、150万人の公共サービス労働者が24時間ストライキにはいった。水道労働者、救急車の運転手、下水労働者、ゴミ収集人たちは皆仕事をやめた。リバプールでは、墓掘り人が死体埋葬を拒否したので死体が積み重ねられたままにおかれ、大きな非難を巻き起こした。公共サービス労働組合の3つが穏当な9%プラス週当たり1ポンドで妥結したが、賃上げ要求が今や全く統制を失ったことは明らかであった。5%という政府の基準は完全に無視されていた」¹²⁾。

1960年代から戦闘性を見せ始めていた

NHS 内部の非専門職労働者たちは、1972年に全国750の病院で賃金引上げのためのストライキを成功させ、1973年には賃金格差の是正を求めるストライキによって30万労働日を失わせた¹³⁾。彼らは1970年代半ばにはその60%を労働組合に組織し、多職種の人々との機能的協力を特色とするNHS活動の中でその力を自覚して、賃金と労働条件の改善のために積極的に闘うようになっていた。「1973年の補助的労働者のストライキは賃金の引上げという結果をもたらしたばかりではなく、NHSで働く人は決して組合活動をしないとか、患者に対する責任は必ず自己否定的なサービスを強いるとする、これまで維持されてきた前提的テーゼを破壊してしまった」¹⁴⁾。

保健サービス労働者連盟(COHSE)や全国公務労働者連合(NUPE)、あるいは王立ナーシングカレッジを中心とするナースの組合との対抗や組合員の獲得合戦、地域における生産性協定を奨励する「物価・所得局」の存在、70年代はじめの両政党政府による所得政策の実施などが労働組合の戦闘力を強化したのであった。そして1974年の再編は、保健当局のなかに地方自治体メンバーを参加させたことにより、コミュニティ保健会議Community Health Council(CHC)に地方的利益代表者としての地位を与えたことにより、また結果的に労働組合により強い地位を与えることになったことによって、「NHS内部の不満集団にメガホンを手渡す」¹⁵⁾ことになった。「事実、NHS労働者は国民全体よりもその状態を改善した。1970年から1975年までの間、イギリス労働者の平均賃金は107.8%に上がった。しかしNHS内の補助労働者のそれに相当する数字は134%、ナースのそれは143%であった。医師だけが遅れを取り、その数字は84%であった。したがって1970年代の後半が、労働組合の戦闘力と同じように医療専門職が戦闘力を示し、

また労働組合の戦術と医療専門職組織の戦術が次第に収斂する時期となったのは驚くに当たらないのである」¹⁶⁾。

3, 労働党のNHS政策とコンサルタントの実力行使

DHSSとコンサルタントとの新しい契約についての交渉は、1972年から続いていたが、それは難航を極めていた。彼らは政府からサラリーを受ける専門職として、繰り返される所得政策によってずっとサラリー改善を抑制されていた。そのうえハイテク医療の導入は彼らの労働量を増やしているのに、ジュニアドクターの勤務時間短縮など待遇改善によって彼らの負担は増していた。しかし、コンサルタントの間にはその立場によって鋭い感情的対立が存在していた。それはフルタイムとパートタイムの間に、そしてロンドンと地方の間に存在している私的な診療機会とその報酬を巡るものだった。私的な診療をすることのできるパートタイムは全体で約60%に増えていたが、パートタイムの割合は外科の85%に対して老人科や知的障害/精神病を扱う精神科は10%以下であり、コンサルタントの全体的な所得にかなり大きな差があった。そしてロンドンでは私的診療の機会は多かったが、地方では少なかった。パートタイムはその医療技術を誇り、先端技術を発揮する機会とそれに見合う処方料を当然のこととして要求し、フルタイムを見下していたのに対して、地方のフルタイムはNHSに対する自己犠牲的な献身を誇りとし、ロンドンのパートタイムを金銭的報酬を優先する医師として軽蔑していた。それによるイギリス医師協会BMAの分裂も契約交渉を難航させていた¹⁷⁾。

この交渉を担当した保健相デビッド・オーエンは、決して左翼的な人ではなかったがNHSの健全な発展を推進する立場から、先

端医療を誇示しNHSの仕事量を限定して超過労働に報酬を増やすメリット制を主張するBMAに対して、NHS内でのフルタイム治療を奨励する金銭的インセンティブを含む契約を取り付けるべく奮闘していた。

もう一つ、コンサルタントがその戦闘性を大いに発揮したのは、NHS内の有料ベッド廃止をめぐる問題であった。NHS病院内部の有料ベッドの存在は、1946年におけるA.ベバンと医療専門職との妥協的決着の遺産であった。それはNHSの原理を容認する見返りに、顧問医に与えられた譲歩であった。1974年、それが大きな政治問題となった時、約4500の有料ベッドがあり、年間約12万人の患者を扱っていた。それはNHSの全ベッド数の1%ちょっと、精神科を除く全患者数の2%を占めていた。有料ベッドの存在は、患者に対する措置は支払能力ではなく、もっぱらニードを基準として決定される、とするNHSの原理に照らす時、純粋な結晶体内に見られる一つの傷であった。実際にも、顧問医が私費患者を優先して治療する例が見られないではなかった。「有料ベッドは患者が措置の順番を跳び越えるのを許す」¹⁸⁾といわれた。有料ベッドは、NHS内部にニードと支払能力の「二重のスタンダード」が存在することの象徴であった。

因みに、私費患者は1948年以降急速に減少したが、彼らはその費用を私的な医療保険でカバーしていた。この民間医療保険への加入者数は、1950年約10万人、1955年約50万人以上、1960年100万人弱、1970年200万人弱、1974年230万人と増大したが、「その3分の2は会社の制度であった」。(1980年、その数は350万人となった)。1974年、私的な病院には約3700のベッドがあったが、病院の多くは老人用で技術は初歩的であった。その時点で、私費患者は「人口の僅か4%をカバーし、私的な病院ケアへの支出はNHS総予算の2%以下であるが、その数は20年

間で4倍になった」のであった。先に見たように NHS 病院の有料ベッドは4500床で、全体の約1%、利用者年間12万人弱、NHS年間患者措置数の0.5%であった¹⁹⁾。

労働党の1974年選挙用マニフェストには、「病院サービスから私的な診療を段階的に廃止していく」とする公約があったことから、DHSS担当大臣に就任したバーバラ・キャッスルは、チャリングクロス病院での私費区画廃止を求めるNUPEのストライキを契機として全国的に広がった運動に応えなければならないことになった。この国立病院補助労働者たちの運動は、この時代のイデオロギー状況を反映するものであるが、同時に、抑制され続けている NHS 予算下での医療と対照的に、私費患者が享受している特権とコンサルタントが得ている特別所得に対する敵意をも反映していた。私的医療の拡大は、支払能力のある患者への医療を拡大することで、全国的に人口構成や健康状態など客観的な医療需要に対応して合理的計画的に医療を整備してゆくという、本来的な NHS 構想を微妙に歪めるものでもあったのである。

キャッスルは1974年、議会で次のように述べた。「我々の前にある問題は、医学的な優先順位の原理だけに従って提供される、とされている NHS の諸施設が、支払能力という異なる原理に従って提供される施設を含むべきか否かである。我々は、そのような二つの原理は NHS 内では両立させることはできないという²⁰⁾。NHS に対する労働党の原則的な立場の鮮明化は、かつてベバンが専門職に与えた妥協を徐々に奪回する政策を具体化することを意味したが、1974年の選挙公約にはもう一つ、「処方料の廃止」が掲げられていた。NHS 創設時に、医療専門職がその職業上の自由を確保するために最もこだわったもの、また不可欠な医療資源の確保のためにやむを得ないと考えたものが、社会的に拒否されるべきものとして糾弾され、政治

の場でフェイズアウトされようとしていたのである。

こうして、フルタイム勤務のコンサルタントに有利となるが、パートタイマーの自由を制約し続ける新契約の提案と、NHS から有料ベッドを段階的に廃止していくとする労働党の方針の結合は、政府と医療専門職との間に一触即発の対立状況を作り上げることになった。「医療専門職にとってこのような事態の進行は、1946年の協定の否認を意味していた。労働党政府による医師の私的診療に携わる権利を廃止する試みであると。バーバラ・キャッスルが、私的な診療を NHS から分離するだけで廃止するのではない、と説得しても聞き入れなかった。医師たちの疑念は、1975年の労働党大会によって強められた。そこでの投票結果は、バーバラ・キャッスルを大いに落胆させたが、すべての私的診療の全面的な廃止を支持したのだった²¹⁾。

しかし、私的診療の廃止問題は、労働党にとってシンボリックなものだったとすれば、その存続は医療専門職にとってもシンボリックな意味を持っていた。それは「公務員」として NHS に縛られない専門業務が行えるという職業上の自由の象徴であったし、その所得を NHS からのサラリーに追加する可能性を与えるものであり、事実、当時平均して20%の所得を追加していた。それは、国家的義務に制約されることなく先端的医療開発の自由を担保するものであり、専門職としての研鑽の成果に応じる報酬を約束するものであった。「より中心的な問題は、私的な診療行為に対するどのような脅威でも、それが医療専門職の国家への全面依存の恐怖を呼び起こすことだった。私的な診療行為から個人的には利益を得ることのない多くのコンサルタントや他の医師たちが、それにもかかわらずその維持のために闘う理由は、それが専門職の独立のシンボルだからであった²²⁾。

交渉は断続的に行われたが、その度に決裂

した。対立は深まり、激しい言葉の応酬が繰り返された。「BMAのみならず医療大学や保険会社の回答も黙示録的であった。キャッスルのパッケージは「ソビエト化」であると非難された。17の医療機関が一致して次のような宣言を發したのも前例なきことであった。その提案は「最終的に監視塔、探照灯、ベルリンの壁を正当視する全体主義的内容」であると。ベバンの時代からそのような言葉は使われたことはなかったし、NHSがそのように深い危機に陥ったこともなかった。……1975年11月、エリザベス女王の法律發表演説の前日、コンサルタントの指導者たちは、病院での業務を緊急事態に限るべきことと、日付無しNHSの辞任願いを書いて集約することを呼び掛けた。車輪は完全に回った。18か月前、立法によらずに有料ベッド廃止を要求するストにたち上がった労働組合の、非立憲的行動を激しく非難した医師たちは、今や正当に選出された政府が立法するのを阻止するために、行動に立ち上がっていた。……最初は非公式に、その後公式に、医師たちは「契約を取るため」の労働をスタートさせ、破壊的な影響をもたらした。多くの事故被害者措置部局とすべての病院部局が閉鎖してしまった。コンサルタントは12月1日にその行動に参加した。スピードを早めながらNHSは混沌のなかに落ち込んでいった²³⁾。

この熾烈な紛争は首相ハロルド・ウィルソンの介入を不可欠にし、ウィルソンは1975年、早々とNHSのかかえる諸問題を調査してその解決を図るために王立委員会を任命するとともに、キャッスルとコンサルタントの交渉を具体的に前進させるために、経験豊富な政治家ロード・グッドマンを介在させた。1975年12月初めにグッドマンがまとめた折衷案は、事実上何の変更もなく1976年に法律となるが、それは二つの原則を基礎においていた。第1に、私費ベッドと施設はNHSから分離されることが合意されていた。第2

に、政府は正式に、私費診療がイギリスで維持されること、また、医師が私的施設およびNHS施設の両方で働く権利を持つことを認めた。さらに医療専門職を安心させる次の合意が含まれていた。1000のベッドだけは直ちに廃止されるが、他のベッドを段階的に廃止する決定は、政府でなく4名からなる独立委員会により下されることとし、その4名のうち2名は医療専門職から、他は利害関係者と協議後任命する。私的診療の制限は言及されず、ベッドの段階的廃止完成への日程も決められてはいなかった。コンサルタントの新しい契約についても、DHSSはフルタイムに対して報酬を僅かに引き上げたが、パートタイムのNHS外での仕事の増大に報酬を比例させるメリット制維持を容認した²⁴⁾。

したがって、私費ベッドとコンサルタントの新契約を巡る大紛争は、だいたい従来どおりの路線を踏襲するとの新たな合意に落ち着いたと言える。その意味でメリソン報告が告白しているように、「我々は私的部門の存在の利益と不利益の全体的バランスについて結論を得られなかった」、「有料ベッドの大問題は、それが巻き起こしたパッションにある²⁵⁾」と言ってよいのではあるが、その辛辣な経験は、限られた資源を前提とする医療の合理化、あるいは計画化なるものが、関係当事者の多様化とともに如何に難しいものになっているかを示唆しているのである。

4, 1970年代のNHSに対する多様な評価

1974年のNHS再編成が、その目的とされていた医療体制の統合や地方自治体との協同、あるいは効率的な管理を実現できなかった背景には、イギリス経済が抱える諸困難や複雑な政治的事情があったことは事実であるが、再編成自体にも多くの問題があったこと

が指摘されている。新しい NHS の構造に対する幻滅感は、それが期待した良いものを提供しないという事実をも反映していた。「合理的に計画されたヘルスサービスのビジョンは現実のものとはならなかった。逆に、再編された NHS は変化の実施の道に新しい障害物を持ち込んだように見えた……その構造は誰をも満足させるためにデザインされたが、誰も満足させはしなかった。1977年に実施された NHS で働く 482 人の行政官に対する調査は、その構造への圧倒的な不満足を示した。インタビューを受けた人の 5 分の 4 は、階層の数を減らす何らかの改革を支持した」²⁶⁾。

1973 年から 1976 年までに行政官の数は 30% 増加して 11300 人となったが、中央の DHSS で立案された政策を RHA と AHA を通して各地方の NHS の現場で実現することは困難なことであった。NHS 業務について、議会あるいは上部に対する説明責任と、下部を監視指導するための行政機構を作り上げることは容易であるが、患者に必要な種類の医療サービスを提供したり、医療行為の質について適切十分なものを提供することは、行政とは異なる医療行為者の業務であり、行政的な整備は必ずしも適切な医療の供給を保障するものではなかった。医師はミニスターに対して直接的に説明責任を負っていなかったからである²⁷⁾。そして計画にしたがって医療措置が供給されたとしても、それらについて行政官が測定したり、評価したり、指導することは極めて困難なことであった。専門職的な知識を持つ者だけが他の専門職の仕事の評価することができるのであり、適切十分性や質の判断は、行政文書や統計資料から引き出されるものではなく、エキスパートの意見や判断に基礎をおかなければならなかった。

計画の立案と現場での執行に責任を負うことを予定されて導入された AHA は、多面的な能力を持つチームによって運営され、そう

した機能を果たすことになっていたが、配置された職員は「多面的な機能」を果たすことはできず、行政職と医療職の機能上の相違と、医療現場における後者の優位性は、AHA に期待されていた本来の役割を果たしていないとの思いや、現場に対する官僚的統制の煩わしさへの批判を容赦なく生み出すことになったのである。

1970 年代の NHS 計画の全般的な前提は、緊急患者措置への医療資源の過度と見られる投入を押さえて、長期患者用にも適度な資源を回すようにすること、あるいは病院部局への割り当てを相対的に低下させて、知的障害者や高齢者のようなこれまで無視されがちだった特定クライアント集団、あるいはコミュニティケアへと重点を移してゆくことであった。また資源配分の地理的な不平等の是正も課題とされていた。労働党政府は 1974 年に導入された資源配分算出方式 Resource Allocation Working Party (RAWP) を適用して計画の実現に一定の成果を上げた。それらは NHS 統計に示されている通りである。「より貧しい地方に、一人当たりの配分をより高くする漸進的な平等化が進行している。ニードに関連させてみた財政配分の不平等は改善されつつある」²⁸⁾。

しかし地方の NHS の現場は無数の多様性を抱えており、中央の計画をそのまま受け入れることのできない場合が多かった。「地方的な優先順位は一連の諸要因——人口構成、個々のエリア独特の社会的、実践的なもの——により当然にも影響を受けるので、地方的なプランはしばしばここで提案されている全国的な優先順位に合致しないことが認められている」と DHSS の文書は述べたのであった。こうして合理的計画の概念そのものにも疑念が出される中で、中央の計画は単なる勧告にすぎないものへと貶められていった²⁹⁾。

このような事情は、中央と地方の力関係が

政策の実施に大きな影響を与えていることを物語っている。中央省庁の熱心な姿勢は、その望む方向へと政策をいくらか推し進めることができた。例えば1975-6年と1979-80年の間に、老人サービスへの年間平均支出は2.3%増加した。これに対して急性サービスはわずかに1.1%であった。またコミュニティサービスへの支出は病院サービスへの支出より僅かに速く増大した。これを実現したのはDHSSの引き続きの圧力と介入であり、地方の抗議は交渉過程の中で押し戻された。こうしてNHSの構造は民主的な手続きをより多く可能にするために改変されたにもかかわらず、DHSSの支配的な役割を際立たせることになり一層多くの不満を醸成したのである。

1974年の再編で、地方regionと地区districtの間に、地方自治体の境界に見合う地域保健当局Area Health Authority (AHA)を置くことにした理由の一つは、保健当局と地方当局の間で望ましい協力関係と協同作業co-terminosityが築き上げられるであろうとの期待からであった。しかし実態はこれが全く予想違いであったことを示した。理解できることではあるが、それぞれの当局は同じ保健問題に異なる視角から焦点を当てた。そのため両当局から出される政策は一致することがなく、且つ困難を他の当局へと押しやる傾向が見られた。そのうえ、中央で大蔵省はNHSに予算増額を認める場合でも、地方自治体宛の予算を削る有様であり、口先だけで両当局の協力推進を奨励しても、事実是对決を促進する有様であった。

多くの役割を背負わされたAHAの事務官は、多元的能力を持つ調整機能に優れたチームが予定されていた。しかし実態は「非常に複雑なシステムを把握するには知識と時間がないことが発見された」。そのうえ合意による意思決定は、しばしば必要な行動を遅延させたのであった³⁰⁾。

こうした不都合は、2つの事件の中に明白に現れた。1つはロンドン・イーストエンドのポプラ病院閉鎖であった。1855年設立のこの小病院は、一つは老朽化により、もう一つは地区住民の減少により、さらにもう一つはロンドン地区病院への投下資源の相対的な過剰を是正するために、1972年から閉鎖が検討されていた。地区住民や病院労働者による閉鎖反対運動が起こったが、1974年の再編後、反対運動は一層大規模で組織的となった。コンサルタント、国会議員、地方議員、NUPE、運輸一般労組、ポプラ病院存続運動などがそれに加わり、各階層で反対運動が展開された。彼らは地区管理チームからエリアへ、エリアからリージョンへ、リージョンからDHSSへと次々と意思決定機関を揺さぶり続けた。結局1975年に閉鎖は実行されたが、この事件は、AHAにとってもNHSの全国的な決定と地方におけるその実施に係わる難問の解決が容易でないことを示したのだった³¹⁾。

もう一つの事件は、1978年のノーマンズフィールド病院を巡るものだった。この病院も、以前事件となったエリー病院と同じ知的障害者用の施設であった。一人の人格的に異常なコンサルタント精神科医師の行動が、同僚やナーススタッフとの絶えざる争いを招き、それがスタッフ不足やそれによる患者のケア標準あるいは生活の質の低下、そして施設の荒廃をもたらしていた。誰もがその惨状とその原因を知っており、コミュニティ保健会議CHCもAHAも意見を上げてはいたが、NHS内部で、その機構を通して自主的にコンサルタントの異常行動を改めさせたり、担当から外すことはできなかった。ナース達の労働組合がストライキを行い、病院に対する調査委員会が作られて調査が入って後に、初めてコンサルタントは辞任した。この事件は、AHAの無能力と、「業務を下へ、説明責任を上へ」の金言の無効、専門職、特にコ

ンサルタントの管理の難しさを浮き出させたのであった³²⁾。

再編成後の NHS が巻き込まれた財政的な危機、各種の熾烈な紛争、管理運営上の弱点の暴露など、否定的な諸側面が前面に踊り出たことは事実であり、保守党右派はそれらを NHS 攻撃の材料としたが、反面では予想に反して、国民の NHS に対する支持は引き続き極めて高かった。それは必ずしも成功したわけではなく、余儀なき修正を繰り返したとはいえ、NHS が身近なところで国民の健康を有効に守っており、創設時の公平の理念を堅持し、それを実現しようとしたからであろう。

キャッスルとオーエンは、頻発する諸紛争に翻弄され最終的に医療専門職への妥協を余儀なくされたとはいえ、NHS の将来にとって大きな意味を持つ政策を取り入れた。

その一つは、全国にニードに従って公平に医療資源を分配するための手段として開発された RAWP の適用であった。それによって彼らは、イノック・パウエルが1962年に病院計画を発足させた時に実施した資本投下計画事後補正制度 Revenue Consequences of Capital Schemes (RCCS) — それは新病院の予算超過を全額補填したので、病院優遇をもたらした — を段階的に縮小し、1977年には後任の D.エナルズによって RAWP 公式が修正されて適用された。「それによって4つのテムズリージョンは、貧困なリージョンへと金を回すためにだいたいにおいて停止状態を余儀なくされた。リージョン間よりもリージョン内部の格差が大きい場合には、「供給過多」の大都市センターにはカットがあり、現在多くの人口が移り住んでいる郊外や地方に金が回された」³³⁾。

もう一つは NHS の計画予算 programme budget の編成であった。それは1960年代にアメリカで開発され、1971年に DHSS がその利用を考えたもので、その狙いは、政策と

そのための資源を結び付ける枠組みを設定し、全体的な戦略の中で優先順位を決めることができるようにするものであった。「それはかなりの程度、保健部財政課に所属していた大蔵省出身の役人テリ・バンクスの仕事であった。彼は1980年代に「マジック2%」として知られることになる数式の工夫に寄与した。提供されるサービスに金を結び付けることによって、保健部は NHS にとってどれくらいの金が必要となるかを示すことができた。医学的進歩に対応するために(年間0.5%)、高齢人口をカバーするために(年間0.5-1%)、「シンデレラサービス」の前進のような優先順位を宣言したものに(通常年間約0.5%)の増大が必要であると」³⁴⁾。

「来るべき厳しい支出ラウンドの中で、それは決定的な武器を提供した。それは1990年代においても保健省が大蔵省と闘うためにいまだに利用しているものだが、バーバラ・キャッスルが初めて用いて1975年に効果を上げたのだった。……それはまた、優先順位を付したもののコストを計算して、全国的ないくつかの選択をすることを可能にした。例えば『イングランドにおける保健と対人社会サービスの優先順位』(1976年)の中で、それは出生率は下がっているがマターニティサービス支出はそれ程下がっていないことを示すのに役立った……計画予算は、保健当局の国民に対する新しい責任と結び付いて、保健サービスはより良くより効率的に計画を立てることができるという感覚を与えた。同様にして保健部は、ホームヘルプと食事の配達を増やせば人々の在宅を助け、そのことによって NHS のベッドを他の人の措置に利用できることを見出した。共同財政が設定されており、事実上保健サービス用の金のような地方自治体サービスや他の形のコミュニティケアに使えるようになっており、それは長期滞在病院の縮小を許していくであろう」。今のところ地方自治体側に熱意がなく、両当

局間のライバル関係は拭いがたいが、「コミュニティケアに向けての一定の前進が始まった」とはいえるのである³⁵⁾。

註

- 1) R.G.S. ブラウン『英国の医療保障』三友雅夫
監訳 恒星社厚生閣 9ページ
- 2) 同上 10ページ
- 3) 同上
- 4) 同上 11-2ページ
- 5) Christopher Ham, “Health Policy in Britain”
5th edition, Palgrave, p.24
- 6) op. cit.
- 7) G. ピーデン『イギリス経済社会政策史』美馬
他訳 梓出版者 193ページ
- 8) 同上 207ページ
- 9) I. ゴフ『福祉国家の経済学』小谷義次訳 大
月書店 19ページ
- 10) Rudolf Klein, “The New Politics of the
NHS” 4th edition, Prentice Hall, p.83
- 11) op. cit., p.84
- 12) E. Hopkins, “The Rise and Decline of the
English Working Classes 1918-1990” Weiden-
feld & Nicolson, p.201
- 13) N. Timmins, “The Five Giants” Fontana
Press, p.331
- 14) Klein, op. cit., p.85
- 15) Timmins, op. cit., p.297
- 16) Klein, op. cit., p.86
- 17) Timmins, op. cit., p.332
- 18) Klein, op. cit., p.90
- 19) Timmins, op. cit., pp.333-5
- 20) Klein, op. cit., p.90より引用
- 21) op. cit., p.93
- 22) op. cit.
- 23) Timmins, op. cit., p.337
- 24) Klein, op. cit., p.94
- 25) op. cit., p.95より引用
- 26) op. cit., p.96
- 27) R. Baggott, “Health and Health Care in
Britain” 3rd edition Palgrave, p.91
- 28) A.H. Halsey ed., “British Social Trends
since 1900” Macmillan, pp.442-58
- 29) Klein, op. cit., p.98
- 30) op. cit., p.99
- 31) op. cit., p.101
- 32) op. cit., pp.99-100
- 33) Timmins, op. cit., p.342
- 34) op. cit.
- 35) op. cit., p.343