

ISSA海外論文のより

1970年代の国民保健サービス —社会化されたサービスのニード—

David Stark Murray

(イギリス)

本稿では、筆者は国民保健サービスの諸問題を検討し、とくに、その事業が創設者達のもっていた社会主義的な理念を今日まで維持できなかった推移も論述している。

国民保健サービスは多くの政治的な諸問題を、未解決のままにして誕生したが、そのようなことになったのは、基本的には、その事業の反対者、とくに、医療に従事する専門家達の中にいた反対者達との摩擦を、小さくしようとするために行なわれた妥協によるものであった。この妥協が必要であったということは、全日制で俸給を支払われるサービスという考え方の放棄、ある職業にかんする保健サービス（これは依然としてニードが切迫している）を設ける可能性の放棄、および新しい形の一般診療にとって必要な保健センターのもつ役割の移譲という結果を意味していた。しかし、主要な失敗は、たとえば、顧問医師や家庭医のように、私的診療を通じて追加的な料金を稼ぐ可能性や、また、そのような可能性を認めるために国民保健サービスの機構を用いるという可能ささえも維持したことである。

私的診療を継続する影響は、必要とされる費用（年間約2,500万ポンド）とかあるいは、少数の富裕な人びとに与えられる特権とかをはるかに越えたものにまで及んでいる。少なくともイギリス医師会によって示されたように、それは、事

実上ではなんら存在していない医師達の専門的な立場について、医師達に脅威を感じさせることになってしまった。たとえば、物価・所得庁に対する1970年の医師報酬裁定の一部を参考にすれば、政府の活動はある複雑な財政問題にかんする専門家の助言を得ようとした率直な試みとみなすことができる。しかし、企業として従事する私的診療の特権が、医師会員の基本的な報酬を引上げようとする必要性を取除くか、あるいは大幅に少なくするというのを、物価・所得庁が論議しようとするのをイギリス医師会は恐れた。長期的な観点からみてより一層重要であるとさえいえるのは、国民保健サービス以外の領域で診療する医師の能力が、当人の仕事を実施するのに不可欠な他の労働者——看護婦、専門技術者、およびあらゆる種類の補助的な職員——に対する医師の立場に影響を与えているということである。しかし、医師の役割が独立した個々の契約者というよりもむしろ医療チームのリーダーであるということ、仮りに医師が認めても、医師への報酬や医療に従事する諸条件が、保健サービスを担当する医師以外のすべての専門的な職員と同一条件とすべきだということ、医師は承服しない。

将来、このような状態を救済するには、2つの改革が必要とされる。まず第1は国民保健サービスのもっている3者構成の機構を廃止し、かつ他の社会的サービスと密接にリンクさせたある単一の包括的なサービスのもつ当初の概念に再び戻ることである。しかし、それはサービスがすべてセンターから実施されるということの意味していない。つまり、その改革は各地方レベルの参加を認め、しかも、それを促進しなければならない。もし地方ユニットの適正規模が決められるならば、それは人びとの関心を効率性と経済性に結びつけさせるであろう。結局、その改革は保健のために同一チームで働く医師、保健担当労働者、および市民の組合せを作ることになる。

1970年代にとって必要な第2番の改革は、国民保健サービスを成功させるのに必要な示唆を与える能力をもった大臣である。かれのスタッフは一方で中央集権

的な仕組みのもつ遅滞と失敗を回避することができるものでなければならないし、他方では、疾病の予防、健康の保護、および保健教育にとって基本的な作業計画を求めることができるものでなければならない。大臣自身は病院建設計画と保健センターの創設という分野で、急速な進歩を保証するのに必要な資金を自由に使える立場をもっていなければならない。反対に、これは政府がこれらの事項に対して積極的に優先順位を与えることができるということを意味している。事実、健康の分野における先駆者達によって巧妙かつ正確に作られた基礎を築き上げる資金とエネルギーの双方を自由にするためには、われわれは経済全般について社会主義的計画化が必要である。

National Health in The Seventies: Needs of a Socialised Service, Medical World, No.6, August 1970, pp. 19-20; No.37, '71.

疾病・災害対策の努力と 「引責者」補償の目的

Karel Antosik^{*}

(チェコスロバキア)

本稿では、疾病と災害に対処する努力に用いられる各種の法的な手段とそれらの効果的な実施を、筆者は論述している。

この論述の中で、疾病と災害によって生じた労働不能の状況が好ましくない増大傾向を示していることについて、筆者は疾病の予防やその予防にかんする義務を無視した人びとの処罰を規定した現行法を参照している。規則や規定を固く守

ることによって、生活水準の改善を妨げる経済的損失のうち大部分のものが予防されるのであろう。しかし、問題は現在の法律が十分に効果的なものであるか、それとも時代遅れのものであるかということである。

主要な強制的手段には、次の各種の方法が含まれている。すなわち、それらの方法は保険の追加拠出、政府の産業安全検査官による罰金、管理・運営の責任者に対する報酬のカット、企業による懲戒的な手段、労働時の安全と衛生の無視によって損失を招いた従業員の支払う補償、雇用傷害を蒙った労働者に対して社会保障給付に追加して支払われる企業の補償、および使用者側に怠慢があった場合に、雇用傷害のために支払われる諸給付について保健と社会保障の管理機関に対する「引責者」補償である。これらのすべての手段がもっている共通の特長は、それらの手段が企業もしくは被害者以外の誰かの干渉を経た場合にのみ適用されるということである。つまり、それらの手段は自動的に機能を発揮しないのである。

ある考察によれば、1969年には、保険の追加拠出が27件にだけ適用され、また同年末には、66の企業が特別賦課金の支払いを義務づけられたにすぎないということが明らかにされている。

事実上では、政府の産業安全検査官による罰金は、なんら徴収されなかった。たとえば、1969年には、僅かに52,000コルナの罰金が、政府の鉱山安全検査官によって課せられたにすぎない。

社会保障給付に追加して支払われる雇用傷害補償は、1968年には163,000件が企業によって支払われ、その補償の合計は13,200万コルナであった。この件数は事実上発生した雇用傷害件数の約48%である。これらの件数のうち、若干の例は部分的な補償だけとなっているので、補償の金額は損害の約40%をカバーしたに