

健康保険制度は管理費用が高くつくとはいえ、医療サービスの収入を増やす傾向がある。

だが、国民保健サービスとアルプスの北側にあるヨーロッパ諸国（イギリス以外の）の保健サービスの本質的相違はきわめて明らかで、保健・医療従事者の間で不満を増す原因となっている。たとえば、新生児の集中ケア・ユニットなどの設備不足のため患者を死亡させる例などは医師や看護婦に強いフラストレーションを与えている。（フランスでは、児童のハンディキャップを減らすキャンペーンに高い優先権を与えている）ごくきまりきった手術をうけるのに長い間待期せねばならないなどは現在のサービスのあり方が需要にこたえられていない明確な証拠である。

イギリスは、単に経済不況を理由として、その貧しい医療保障を弁明することはできない。スカンジナビヤ諸国との著るしい相違の多くは、疾病、傷害および障害の効果的予防手段をとらなかつたことによる。たとえば、イギリスはシートベルト使用を義務づけていないヨーロッパ諸国唯一の国であり、酒酔い運転に関する法規の実施が不十分であり、酒の消費量が価格低下とともに漸増している。これらの欠陥はすべて、イギリスの立法者が外国での予防医学の科学的成果をとりいれる先見の明を欠く点にもとめられよう。

30周年記念祝典は結構だが、この日は国民保健サービスの実績を再評価する日ともすべきであり、国民保健サービスはその競争相手たる他の諸国の制度におくれをとるに至ったと判断せざるをえない。

The Times, July 5 1978

(田中寿 国立国会図書館)

アメリカ連邦社会保障審議会の 新たな選出(1978)

(アメリカ)

1978年2月26日アメリカ保健教育福祉省長官カリファノは、新たな社会保障審議会のメンバーの任命を発表した。この審議会は社会保障法のもとで設立を義務づけられているものが、今度新たに選出された審議会に課せられた問題は、社会保障信託基金(Social Security Trust Fund)の現状に関する検討、つまりその適用範囲、ベネフィットの適切性、あるいは社会保障プログラムのその他の諸問題についてレビューをしてほしいというものであった。

この審議会はこれらの問題を検討した上、遅くとも1979年10月1日以前に、諮問を寄せたカリファノにたいし何らかの答申を出すことを要請されている。

委員の選出に当ってカリファノ長官は「信託基金の財政調達に特に注意をはらってメンバー選出をおこなった」と述べている。その他いくつかの分野についても言及することを諮問されている。たとえば社会保障基金制度の下において現金給付制のレベルをどうするか、婦人に関する社会保障をどうするか、廃疾年金制度の検討、すべての公務員に関する適応範囲の問題、あるいは信託基金とメデケアとの関係をどうするか。そういったような種々の問題点があげられている。

審議会の議長に選ばれたのは、スタンフォード・G・ロスであるが、かれはワシントンD・C・の弁護士でもあり、さらにまた元貿易省の幹部を勤めた人でもある。その他メンバーの多くは雇用主、労働組合の代表、あるいは自営者その他の代表となっている。

審議会のメンバーは以下の通りである。

ガドナー, アクレイ政治経済学教授ミシガン大学, 元連邦経済審議会議長
 ロバート・M・ボード, 医学研究所顧問, ナショナル アカデミー オブ
 サイエンス, 元社会保障コミッショナー
 エブリン・M・バウンズ, コロンビア大学社会福祉名誉教授
 メルビン・A・グラッシャー, 米国自動車労働組合社会保障部部長
 ベルナ・ヒール, アメリカ教員連盟副会長
 モルト・ミラー, 連邦生命保険協会常任副会長
 グレイス・モンタネス・デビス, ロスアンジェルス市副知事
 ジョセフ・A・ベックマン, ブルクリン研究所経済研究プログラム部長
 ジェス・カフェル・フェバー, IBM広報担当元副社長
 ジョン・ウエルソン・ポーター, ミシガン州教育長
 バーツ・サイドマン, AFL-CIO 社会保障部長
 GW・バン・ゴールカム, トランスユニオン会社社長 1975年社会保障審
 議会委員

Social Security Bulletin

May, 1978 Vol.41 No.5 P.1,

(前田 信雄 国立公衆衛生院)

イギリスの医療保障の運営組織

(イギリス)

イギリスの医療保障は国営医療によって行われていることはよく知られている。この国営医療の正式の名称は、「国民保健サービス(NHS)」という。

国民保健サービスは1948年に実施されて以来、その基本的基調は変わっていないが、その内容は社会経済の変化や国民の医療に対する要求の変化に応じて少しずつ変わってきている。とくに1974年以後、経済情勢の変化にともない有効な医療資源の配分という観点から、管理運営組織の改革や保健医療資源配分計画の策定が行われ、よりよい国営医療への努力が進められてきている。

1974年以降の国民保健サービスの運営組織は図のとおりである。国民保健サービスの第一線機関は、人口20~30万人ごとに設けられている「保健地区」を管理する「地区管理チーム」である。この地区管理チームは、開業医、病院専門医、地区行政担当官、地区財政担当官、地方医務官、地方看護担当官によって構成されている。

保健地区は全国に200~300カ所あり、開業医、総合病院、看護婦、保健婦、助産婦等の協力によって初期的な保健医療サービスを行うものである。この保健地区はよりきめ細かいサービスを実施するためにできるだけ小さくつくられている。

「地域保健局」は人口50~75万人ごとに設けられており、2.3カ所の地区管理チームの活動の管理、調達を行っている。この地区保健局は全国に90カ所あり、各保健地区の予算配分を行う。また「地方保健局」は人口300~400万人ごとに設けられており、地区管理チームや地域保健局の要求に基づき各地方の予算配分計画を立てる。