

英国における医師の診療報酬制度，医療施設の再整備計画，国民保健サービスの運営組織

健康保険組合連合会 石本忠義

医療保障の1つの理想と目され、発足以来30年、種々の問題をかかえながらも一貫して全国民を対象に包括的な保健医療サービスを提供してきている英国の国民保健サービス制度は、目下社会経済の変化や国民のニーズに対応しながらよりよい方向を模索している。国民保健サービス制度の運営組織が1974年に改革され、各機関の間の連携、各種サービスの相互調整が一段と図られるようになったが、同時に国民保健サービス制度に参加する家庭医や病院勤務医の報酬の改善、ならびに国民の保健医療ニーズに合った医療施設の再整備が行われている。ここでは最近の家庭医および病院勤務医の報酬制度と病院等医療施設の再整備計画について解説する。

医師の診療報酬制度

(1) 家庭医の診療報酬

家庭医は、患者とその家族についてその背景、生活・労働環境などを詳しく知っていると同時に、病院やその他の機関との密接な連携を保っており、保健医療において重要な役割を果たしている。家庭医は単独開業の場合3,500人まで登録患者を受けもつことができるが、1975年における家庭医の平均登録患者数は2,365人である。

家庭医の診療報酬は、1965年に保健大臣と一般医の代表の間で取り決められた方法に基づいて算定され、支払われている。現行の診療制度はつぎのようになっている。

まず診療報酬はつぎのものから成る。

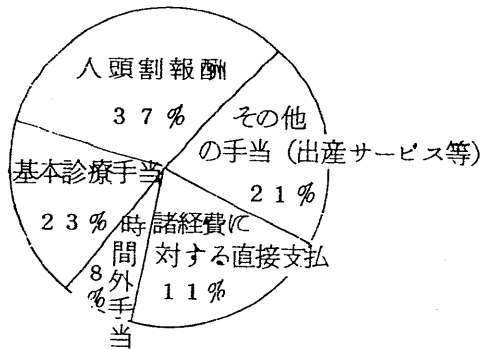
- ① 基本診療手当
- ② 特別手当（年齢・経験、グループ診療、指定地域での診療、職業訓練を考慮したもの）
- ③ 登録患者1人当たり報酬（人頭割報酬）
- ④ 時間外手当（補足診療手当、補足人頭報酬、夜間往診料を含む）
- ⑤ 予防接種等、一時居住者の治療、出産に伴う医療サービスの提供に対する手当
- ⑥ 土地・建物の賃借、補助者の雇上げ、疾病等の期間中の代診医の雇上げに対する支払
- ⑦ 女医補佐人制度のもとでの支払

診療報酬の基準額は、国民保健サービス制度に従事する医師および歯科医師の診療報酬について首相に対して助言する「医師・歯科医師診療報酬王立委員会（Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration）」の勧告にそって設置された「医師・歯科医師診療報酬検討委員会（Review Body on Doctor' and Dentists' Remuneration）」の勧告に基づいて決められる。診療報酬基準額の具体例は省略するが、基準額はかなりこまかく定められている。たとえば人頭割報酬についても患者の年齢によって額がちがっている。すなわち、患者が65歳未満の場合2・45ポンド、65～74歳の場合3・30ポンド、75歳以上の場合4ポンドである。

家庭医の年間収入は著しく異なっているが、1976年度の平均収入は約13,000ポンド（約520万円）である。このうち4,500ポンド（約35%）が経費である。したがって純所得は8,500ポンド（約340万円）である。所得税は一般の者と同じ税率が適用され、純所得から各種控除（家族控除など）

をした額に課せられる。しかし、経費である4,500ポンド(約180万円)はあとで償還される(医業経費は国が負担することになっている)ので、実際の手取り額は税引後の額に4,500ポンドを加えたものである。1976年度における家庭医の診療報酬の種目別構成は図のとおりである。これによると、人頭割の報酬の占める割合がもっとも大きい。基本診療手当やその他の手当の占める割合も無視できない。診療報酬基準額の引上げにあたっては物価や賃金の伸び率が考慮される。

図 家庭医の診療報酬構成比
(1976年度)



(資料) イギリス保健社会保障省内部資料 (1978年)。

(2) 病院勤務医等の診療報酬

一方、病院勤務医等に対する報酬も、医師・歯科医師診療報酬検討委員会の勧告に基づいている。報酬額は医師の職務階級や勤務状態によってかなりちがう。また、病院、地域医療、地域保健サービス、地域歯科医療のいずれに従事するかによってもちがう。相対的に地域医療に従事する医師の報酬が高い。その次が病院勤務医である。病院勤務医の場合、1976年において医長クラス専門医で8,500ポンド(約340万円)～10,689ポンド(約428万円)プラス報償金(130ポンド=52,000円)、医師資格取り立ての勤務医で年間3,075ポンド(約123万円)～3,294ポンド(約132万円)であ

る。地域医療に従事する地方医務官の場合、当該地域の居住人口によって報酬額が異なるが、人口350万人以上の地域では12,936ポンド(約517万円)～13,170ポンド(527万円)である。また、地域歯科医療に従事する地方歯科医務官の場合、人口350万人以上の地域では10,347ポンド(約414万円)～10,671ポンド(約427万円)である。

このように病院勤務医等の報酬は、相対的に家庭医のそれより低い。他の国にみられるほど大きい格差はない。1977年から公営病院での私費診療(公営病院の入院患者のうち個室を希望する者に対して、部屋代のみならずあらゆる診療費を患者の個人負担とするもので、国民保健サービス制度発足当時政府と専門医団体との話し合いで設けられた制度)が廃止された(病院労働者から強い批判をうけて廃止されることになり、その代わりとして私費診療を求める患者に対してはそれを提供する私立病院を設けることになった)ため、専門医の収入が減り、これが専門医団体と政府の間で問題となっており、長い間話し合いが続けられているが、まだ決着はついていないようである。現在、公営病院勤務の専門医は約12,000人であるが、このうち約3分の1の専門医が非常勤のかたちで診療に従事しており、私費診療も同時に受け持っている。その他の専門医は原則として私費診療を行っていない。公営病院の私費病床が廃止され、私費診療患者は私立病院で診療を受けることになったため、これまで私費診療を担当してきた専門医は、同じ場所で国民保健サービス診療と私費診療を行なうことができなくなり、実質的な収入減となった。

医療施設の再整備計画

1974年の国民保健サービスの運営組織の改革は、よりよい運営により有効的なサービスを提供することが第一のねらいであったが、運営組織の改革だけでは十分とはいえない。そこで国民の医療需要に応じて病院や専門療養施設の再整備を行なう計画が立てられ、その具体的な実施をするための短期および長期の需要調査が1978年から行なわれている。この調査の結果に基づき、医

療施設の再整備実施計画がつくられ、今後逐次医療施設の再整備が行なわれていく予定である。実施計画は、短期計画（3年計画）については毎年、長期計画（10年計画）については4年ごとに需要調査により見直しすることになっている。

医療施設の再整備の目的は、資源の有効配分を行ない、よりよく調整された総合的な保健医療サービスを実施することである。その場合、資源（歳入および資本的資源）の急速な増大なしには急激な変革は望めないとの観点から、当面少なくとも地方における保健医療サービスのための資源を増やす努力をすることが目標となっている。とくにこれまで地方における保健医療サービスは低いレベルのものであったため、それを引き上げるための特別資源を確保することが1つの重要な目標となっている。それとともに児童、老人、精神病者、精神障害者および身体障害者のためのサービスを改善すること、ならびに治療の新しい進歩のために資源を投入することが目標となっている。

ところで短期計画および長期計画は、各々の地方保健局（Regional Health Authority）、地域保健局（Area Health Authority）および地区管理チーム（District Management Team）が立てる。こうした計画策定にさきだって、保健社会保障省は医療施設再整備計画に関するガイドラインを示しており、これに基づいて各段階の保健局や地区管理チームがそれぞれ計画を立て、上級の保健局がこれをまとめることになっている。すなわち、計画は、地区管理チーム→地域保健局→地方保健局→保健社会保障省の順にまとめられる。保健社会保障省のガイドラインは、「保健・社会サービスにおける優先（Priorities in the Health and social Services: The Way Forward）」と題するもので、1977年に公表されている。このガイドラインにさきだって、1976年に資源配分作業班による「イギリスにおける保健のための資源配分（Sharing Resources for Health in England）」と題する報告書がまとめられ、これをもとに保健社会保障省によって、「イギリスにおける保健・対人社会サービスのための優先（Priorities for Health and Personal Social Services

in England)』と題するガイドラインの案が示され、これについて保健局や地区管理チームの意見や要望が聴取され、これを加味して前記のガイドラインが策定された。

また、保健社会保障省は、短期計画および長期計画の策定にあたって、「国民保健サービス計画システム（The N H S Planning System）」という、いわゆる計画策定の要領を1976年に示しており、具体的な計画策定の手続きなどが詳細に定められている。

なお、1978年の短期および長期の需要調査の結果、医療施設の再整備実施計画が立てられることになっているが、1974年以降現在まで簡単な病院等整備計画に基づき、大病院の設置など病院の量的拡大が図られてきている。

こうした医療施設の再整備計画に基づく改善の効果が現われるのはさきのことであるが、よりよい国営医療を目指して各種の努力が続けられていることは確かである。

