

## 医療サービスの「質」確保と「健康権」議論の展開

— 医療における権利指向の意義 —

国京 則幸

### ■ 要約

白書『新しいNHS』の発表以来、医療の質にかかわる議論が盛んに行われ、さまざまな制度改革が実行に移されてきている。もともとイギリスでは医師が「専門職」を形成し、これが医療の質確保の実質的部分を担ってきている。最近の改革はこの「専門職」の自律への介入を深めていくものとなっている。また、NHSでも、新たな機関の創設のほか、苦情処理制度の改正など、質確保のためのさまざまな施策を実行に移してきている。これによって「専門職」との新たな関係が築かれつつある。他方、イギリスでは近年、医療保障法という領域が確立されつつあり、ここで「健康権」という議論が行われている。この「健康権」という考え方を、イギリスの医療のあり方の基本に据えねばならない。

### ■ キーワード

専門職、健康権、医療保障法、苦情処理

### I はじめに

国民保健サービス(National Health Service。以下、NHSと略す)<sup>1)</sup>も、1998年には実施50周年記念を迎えることとなった。これを機に、NHSは新たな課題に取り組むもうとしている。1997年12月に、政府は白書『新しいNHS』<sup>2)</sup>を発表した。「新しいNHSでは、質が核心となるであろう。それが欠ければ、正当なものではない。NHSで治療を受ける患者はみな、必要なときに質の高いケアを受けられることを知りたがっている。NHSのあらゆる部署で、そしてその内部で職務に従事する者全員が、質を向上させるために責任を負わねばならない」<sup>3)</sup>として、「質」<sup>4)</sup>の確保を中心的論点に据え、質の高いサービスを迅速に提供するための長期的視野におけるサービス改革を提案していた<sup>5)</sup>。さらに、白書での質の向上の提案を受けて、1998年には「最上級のサービス」という諮問文書が発表

され、より具体的な提案が行われている<sup>6)</sup>。

イギリスでの質確保の議論を検討するに当たって、本稿ではまず、このようなイギリスでの医療の「質」確保の議論が、どのような基礎の上に積み上げられ、またどのような広がりをもつものなのかを、制度と関係付けながら確認していきたい。

また、近年イギリスでは相次いで「医療保障法」という教科書が幾つか出版されるに至っている。そこで、質確保の構造と制度を踏まえた上で、これらの中の、特に「健康権」という議論が、医療の質確保にどのような影響を与えているのか、また与え得るのか、ということを検討してゆきたい。

### II イギリスの医療保障制度<sup>7)</sup>

『最高級のサービス』でも改めて確認されているように<sup>8)</sup>、イギリスでの医療の問題、とりわけ医療サービスの質確保の責任は、第一義的には「医師」

にある。そこでイギリス社会における医師の位置付けを確認した上で、それを制度的に担保している中央医師評議会(General Medical Council。以下、GMCと略す)について概観しておきたい。この点がイギリスの医療、とりわけ質確保の議論を特徴付ける一つの重要な要素となっている。

ところで、イギリスでは、市民および患者は主として、周知のNHSを通じて医療を受けている。したがって、医療を受ける側である市民および患者の側からしてみれば、医療提供過程をコントロールするNHSのあり方が、質に関して特に重要な意味を持つ。そこで先のGMCとの関係を考慮しつつ、これも的確に位置付けられなければならない。

本稿では、医療保障の構造を大きくこの2つの柱でとらえて考察してゆく。以下、この順で紹介してゆきたい。

### 1. GMCと質の保障

先にも述べた通り、イギリスの医療は、医師によって実質的にコントロールされてきている。より正確に述べれば、この医師が歴史的に「専門職」<sup>9)</sup>を形成してきており、社会の中でのこの医療「専門職」がイギリスの医療のコントロールを特徴付けることとなっている。

自由な契約、自発的同意の結果として、社会と専門職とがいわば「暗黙の契約(implied contract)」を締結し、医療を提供する。このとき、この関係は、媒介者や外部からこれを保証する制度なくして成立しており、にもかかわらず機能している。このように、「社会との契約関係に国家が介入しないというのが、イギリスの専門職の顕著な特徴の実質的な部分なのである。彼ら専門職は、大臣や官僚によって統制されるのではなく、自己統治をおこなっている。専門職は、社会の一部である。そしてここでいう社会とは、そこで生じる問題についてかならずしも国家の介入を要求するわけではなく、公的なサービスを提供する者の独立性を認めるよ

うなものなのである」<sup>10)</sup>という表現は、イギリスの「医師(集団)=専門職」の特徴をよく表現している。そして、ここで示されているような専門職のあり方、イギリスの医療提供・規制の構造は、制定法により制度的に担保されている。それが、GMCである<sup>11)</sup>。GMCを通じた医療の質確保に表れている基本的な考え方は、医療サービスを直接規制するのではなく、医療を提供する「人」(=医師)の資質を規制することによって、これを確保しようという点に特徴がある<sup>12)</sup>。

GMCは法定の機関<sup>13)</sup>であり、議会によって承認を受けた法的権限を行使しながら医師を規制する。その権限の要となっているのは、医師の診療能力(competence)―と後に健康状態という点からの診療適性(fitness)と―を審査し「登録」することであり、GMCは、医育から登録の抹消のための懲戒権限までの諸過程の権限、およびそれに付随する権限を保持している。これが、GMCの行う質確保の重要な機能の一つである<sup>14)</sup>。

イギリスで診療を行う医師は、NHS医か否か、あるいはさらにNHSの中のGP(General Practitioner。一般医、家庭医)として開業しているか専門医として病院勤務医となっているか、にかかわらず、すべてGMCの「登録簿」によって管理されている<sup>15)</sup>。登録簿への「登録」がなければ、例えば、公的な証明書を有効に発行することができないほか、NHSなど公の機関に雇用されることもできない<sup>16)</sup>。

GMCは、内部の委員会・手続きを通じて、診療能力や適正を欠く医師を審査する。そして懲戒権限の行使により、時には医師の登録を一時停止したり、抹消したりする<sup>17)</sup>。登録を一時停止または抹消された医師は、先の登録の効果の通り、公的機関で雇用されることができないので、例えばNHSに雇用されている場合は、解雇されることとなる。

このような医師の審査を行う端緒は、2種に大別できる。医師が司法裁判所で右罪判決を受けた

場合と、「専門職として著しく逸脱した行為 (serious professional misconduct. 以下、SPMと略す)」を行ったという嫌疑をかけられた場合である<sup>18)</sup>。GMCの機能との関係で特筆すべきは、SPMという後者の基準である。これはGMC独自の基準であり、GMCが質確保を行う上での実質的基準であるといえる<sup>19)</sup>。

このSPMは、専門職たる医師としての責任の無視ということである。具体的には、患者への責任の軽視ないしは無視、専門職の特権・技術の濫用、専門職の評判をおとしめるような行為などがSPMに該当する<sup>20)</sup>。ただ、懲戒過程に非公式な部分が多く、また苦情を申し立てる市民などが臨席できず、結局医師が医師を裁くにとどまるため、依然としてこの「医師として」という規範内容が市民にとってどういうものなのかが曖昧であるといえる。そしてこれが複雑多様化する市民社会の実態と合わなくなってきているといわれる。

近年、GMCは、これまでの伝統的なSPM以外に、performanceという点から、個々の医師の資質への干渉を行うようになってきている。1995年医療（専門職業務能力）法〔Medical (Professional Performance) Act 1995 (c 51)〕により、1997年から新しい規制の手続きが導入された。これによって、さらに「著しく欠陥のある業務能力 (seriously deficient performance)」も、GMCの審査の対象となった<sup>21)</sup>。伝統的な基準に業務能力という点が増えることによって、医師による医療の質確保の実質がどのように変化してゆくのかということ、そしてそれが市民にとってどのように機能するのかという点が重要な要素となる。

## 2. NHSと質の保障

次に、NHSにおける質確保の問題を見てゆきたい。NHSで提供される医療サービスでは、人的に見れば、医師以外の医療専門職ないしは非専門職である職員の態様も質を左右する重要な要素とな

り、さらに内容的に見れば、医療へのアクセスの公平性などが重要な問題になってくる。しかし、NHSが主として医療提供過程をコントロールするしくみであることを考えると、医療専門職の行為・態様をいかに規制するか、という視座が新たな論点を提示することになる。

NHSにおける質確保の傾向を一言で述べれば、集团的・間接的規制から個別的・直接的規制へ、と行うことができる。そして最も象徴的なのが、苦情処理制度による質確保の推進ということになる<sup>22)</sup>。

NHSでの質確保に関与する機関には、議会の保健特別委員会 (Health Select Committee)、地域保健協議会 (Community Health Council. 以下、CHCという)、監査委員会 (Audit Committee)<sup>23)</sup>、臨床水準顧問団 (Clinical Standard Advisory Group)<sup>24)</sup>、保健諮問サービス (Health Advisory Service)<sup>25)</sup>、社会サービス監督官 (Social Service Inspectorate)<sup>26)</sup>、保健サービスコミッショナー (オンブズマン)、1977年NHS法84条による調査 (Inquiries) などがある<sup>27)</sup>。ここでは、特にCHCと、苦情処理および保健サービスコミッショナーについて言及しておきたい。

### (1) 地域保健協議会

#### (Community Health Council)

CHCは、1974年のNHS組織改正のときに創設された機関である。設立・運営の義務は大臣にある<sup>28)</sup>。この機関は、医療・保健サービスの地方の利益を代表し<sup>29)</sup>、そして「地区における保健サービスの実施を監督し、当該サービスの向上のために勧告を行い、NHSの地方での実施に関して保健当局に助言を行う」義務を負っている<sup>30)</sup>。イングランドとウェールズには現在、200を超えるCHCが存在している<sup>31)</sup>。また、それら地方CHCの業務に助言を行う全国組織、イングランドおよびウェールズ地域保健協議会連合会 (Association of Community Health Councils for England and Wales:

ACHCEW)も1977年に設立されている<sup>32)</sup>。すべての地方CHCがこの中央機関と連携しているわけではないが、過半数を超えるCHCを代表するものとなっている。

各CHCは、議長、幹事長、その他の職員として、18～30人の非専門職からなっている。構成員の半分は地方自治体によって指名された者で、3分の1は公益団体からの指名、6分の1はNHS(保健当局)による指名である。CHCは、保健当局やNHS信託からは独立している。

CHCの業務は要約すれば、①NHS施設への立ち入り、②地方での保健サービスの計画および展開に関する諮問、③地方サービスに関する情報提供、④消費者調査のようなものを通じての、地方保健サービスの質の監視、⑤苦情処理の援助、などである。

CHCは、NHSにおいて、2つの機能を果たすべく期待されていた<sup>33)</sup>。まず、消費者主義に基づき、代表を通じて間接的な影響力を行使することで、NHSにおける民主性を確保しようという点である。もう一つは、市民の参加という点である。しかし実際にはいずれの点においても十分に機能してきているとはいえない状況にある<sup>34)</sup>。それには幾つかの原因を考えることができるが、さしあたり次のようなものを指摘することができる。

まず、CHCに関する規定の問題である。代表ということに関して明確な概念は示されてきておらず、そしてこの機関の有する権限が限定されたものでしかないことを挙げることができる<sup>35)</sup>。またこの間の政策動向も、少なからぬ影響を与えてきている。患者の直接的な権限強化一端的には選択肢の増加一が進められてきている点、そして患者の満足を向上させるために保健サービス管理に焦点を当て、管理者の手によって直接消費者の利益保護を行うやり方を進めてきていた点などである。

NHSの中で、市民の一しかし消費者主義に則っ

た一参加によって集团的影響力を行使し、医療専門職の意思決定に影響を与えるというやり方よりも、むしろ今後CHCは、次に見るような苦情処理に関する情報提供および援助の役割を期待されていくのであろう。

## (2) 苦情処理と保健サービスコミッショナー (オンブズマン)

CHCのこれまでのような集团的手法による規制に対して、近年特に比重を増してきているのが苦情処理制度であろう。政府は『患者憲章』を発表し、患者個人が行う苦情申し立ての基準を明確化してこれを促進してきている<sup>36)</sup>。また、白書の発表以来、保健サービスコミッショナー(以下、オンブズマンという)は、臨床上の質により注意を払うようになってきている<sup>37)</sup>。

NHSでの苦情処理は、1996年に大きな改正が行われた。オンブズマンを頂点とした苦情処理の手続きの体系をより固めたといつてよい。これまでNHSに関する苦情でも、病院でのサービスに関する苦情<sup>38)</sup>と、GPに関する苦情とは区別して取り扱われていた<sup>39)</sup>。その結果、家庭保健サービスにかかわる手続き、病院およびコミュニティーでの手続き、患者輸送サービスに関する手続き、議員や保健省に直接苦情を申し立てる手続き、さらにオンブズマンに苦情を申し立てる手続きなどのほか、臨床的判断にかかわる苦情はさらに別の手続きが存在し、制度は極めて複雑なものとなっていた。

このような状況の下、保健省は独立調査委員会を設立し、1994年には、その報告書『being heard』(Wilson Report)が提出された。委員会は、その手続きの複雑さに着目し、これを簡素化する提案を行っている。さらにこの報告を受けて政府は、1995年に『Acting on Complaints』を発表し、96年にはこの方向での指針を発表している。

現在、苦情は臨床・非臨床にかかわらず同じ手続きによって調査されることとなっており、さらに、

NHS信託は、苦情処理の責任を負う管理者を任命し手続きとあわせてこれを周知しなければならず、また、GPも苦情処理手続きを定めなければならないとなっている。

苦情処理手続きは、地方レベルと中央レベルの区別がある。地方レベルの手続きは、さらに2段階に分かれる。まず第1段階で、苦情の受け付けに対して2労働日以内に受理書を送達し、受け付けた苦情への対応は20日以内に行われる。この期間で対処できない場合には、その旨を通知する。第1段階の対処に不満な場合、第2段階へと進む。このとき、Convenerと呼ばれる審査会招集責任者に対して、20労働日以内に独立審査会(Independent Review Panel)を設置するよう求めることができる。審査会招集責任者は、20労働日以内に理由を添えて設置如何を苦情申立人に通知する。この独立審査会は、4週間内に任命され、12週間内に調査を完了する。審査のとき、必要であれば、専門的な助言を得ることができる。この段階で依然として苦情処理に満足できない場合、あるいは独立審査会を招集しない旨の決定がなされこれに不満な場合は、中央レベルの手続きにのる。それが、オンブズマンの審査である。これは1973年NHS改正法によって創設された機関で、現在は、1996年の修正を経た1993年保健サービスコミッショナー法によって職務を規定されている。これも、1996年の改正によって、臨床にかかわる苦情やGP、歯科医、薬剤師などにかかわる苦情を調査できるようになっている<sup>40)</sup>。

1996年以降の苦情処理ではこのように、手続き体系の簡素化・苦情処理の管轄の拡大(特に臨床判断の審査)といった点が特徴となってきた。利用者の便益をはかり、より個別的直接的な手法を用いるようになってきている。また他方で、専門職への規制を強めてきているといえる。

### III イギリスでの医療保障法と「健康権」議論

ここまで述べてきたような医療保障、とりわけ質確保の基本構造を踏まえた上で、最後に、医療の質確保と、最近展開されてきている医療保障法、中でも健康権という議論との関係について述べたい。

#### 1. 医療保障法の展開

法学者による議論として「医療保障法(Health Care Law)」という領域がイギリスで確立されつつある<sup>41)</sup>。この医療保障法なる議論の射程について、現在までのところまだ確固とした合意があるわけではない。ただ、医事法(Medical Law)とは一重なる部分を持ちつつも一異なる専門分野として意義付けされている。医事法のパラダイムは、医師と患者との臨床上の相互関係を基軸とし、特に医師の業務の内外とということから議論を始める。そしてしばしば、テーマはより個別化されてゆくことになる。しかし、医療専門職というのは医師だけではないこと、イギリスでの医療の提供は、現在、制度上・實際上主としてNHSに責任があること、地域全体の健康の問題がより重要性を増してきていることなどから、臨床医療という脈絡での個別当事者間の相互関係からは抜け落ちてしまう、しかし重要な法的議論の領域があり、これが医療保障法を形成するとしている<sup>42)</sup>。そしてNHS政策の検討にとどまらず、医療保障に関する法的な議論<sup>43)</sup>によって「健康権」を指向する。

先に見てきたような、医師による医療の質確保(評価)の変化、NHSでの質確保における、個人的・直接的な手法への移行などを踏まえると、この議論のもつ意義は、今後さらに大きくなると考えられる。

#### 2. 「健康権」議論

発足から今日に至るまで、NHSという枠組みが社会に対してどのような性質をもつものなのか、と

いうことはさまざまな視点から検討されてきている。ところが、医療サービスの提供の法的構造・効果について検討されることは、これまでほとんどなかった。しかしそのような中で、NHSの下では全市民が平等に医療を受けられるという「理念」とは裏腹に、現実には、医療を受けられないような事態が、特に1980年代後半にNHSの危機として露呈することとなる。長大な待機リストの存在以外に、NHSの直面する困難を象徴する幾つかの事例が司法裁判所に提起された<sup>44)</sup>。現在までのところ、裁判所は、NHSにおける医療サービスの提供を、制定法上の一般的義務、という形でしか認識しておらず、個々人の資格、とりわけ権利とは結び付けていない<sup>45)</sup>。このように権利という概念に基づいてイギリスの医療保障法を構築することが困難なのは、一般的に、イギリスの裁判所(=司法)そしてごく近年まで議会が、医療専門職の有する診療の自由を侵食するような提案を行うことを避けていたことによる<sup>46)</sup>。

NHSのこのような提供構造は、NHS制定当初より基本的に変化していない。つまり、権利基底的なものというよりは、パターンリスティックなものなのである<sup>47)</sup>。イギリスでの「健康権」の議論は、このような法的状況の下で、いかにして市民および患者の権限を強化するか、という視点で展開されてきている<sup>48)</sup>。1998年には人権法が制定された<sup>49)</sup>。これが今後イギリスのとりわけ司法に与える影響によって、この健康権という議論の展開にどのような影響を与えてゆくのか、ということも検討してゆかねばならないであろう。

#### IV まとめ — 医療における 権利指向の意義

イギリス医療の質確保の基本構造は、大別すれば軸となるGMCによる専門職としての医師の規制の部分と、NHSによる規制の部分とからなる。

近年特に、新しい議会制定法などによって、ますます専門職への自律への干渉が強まってきている。そしてその手法も、これまでの集团的・間接的規制から個別的・直接的な規制の傾向を強めてきている。

しかしこのような事実のみによって、医療の質的向上につながると単純に考えることはできない。というのは、専門職の専門的判断という点や専門職が築き上げてきた職業的価値という点の両方から、医療専門職の貢献を減退させることになるかもしれないからである。専門職の持つこれらの諸特徴が患者中心の治療を強化する質的問題とかわかっているとすれば、むしろこのような傾向は、これを阻害する要因となりかねない。

そこで今後は、健康権という考え方をを用いて、専門職によって創設された規範的価値の表明からではなく、患者の利益という観点から専門職の責任を規定し、患者を診る者たちとの関係において患者を中心に置く関係を形成してゆく必要がある。このような権利指向の発想は、医師の判断と責任とが特に重要な意味を持っていたこれまでのイギリスの医療と、そのような構造を支えてきたイギリスの医療のしくみの根本的な転換を来すことになるであろう。

#### 注

- 1) 本稿では、イングランドの法制・制度を念頭において論ずる。
- 2) The Department of Health (1997). 政府はこのほか、ウェールズに関して *NHS Wales: Putting Patients First*, Cm 3841 を、スコットランドに関して *Designed to Care: Renewing the National Health Service in Scotland*, Cm 3811 を発表してきている。そして白書での提案をより具体化するために、イングランドに関しては、後述 *A First Class Service* のほか、*Partnership in Action* を、ウェールズに関しては、*Quality Care and Clinical Excellence* と *Partnership for Improvement* を発表している。
- 3) The Department of Health (1997), para. 3.2.
- 4) 白書では「質」を広義でとらえられ、臨床上の結果

- として見るばかりでなく、「患者の経験」としての質でなければならないとしている。そしてそれを、迅速なアクセス、[医師と患者の]良好な関係、効率的な運営から評価するとしている。Ibid., para. 3.2.
- 5) これまでの内部市場を、共同 (partnership) を基礎にした統合化されたケアという新しい制度に置き換えてゆくこと (para. 1.3) や、質確保のための新たな枠組み一質の水準の設定に関して National Service Frameworks (para. 7.8-7.9), National Institute for Clinical Excellence (para. 7.11-7.12) を、また質の水準監視について Commission for Health Improvement (para. 7.13-7.14), National Framework for Assessing Performance (para. 8.2), National Survey of Patient and User Experience (para. 8.10) など一の創設・導入についても言及している。
- 6) NHS Executive (1998)。なお、これら文書の提案を踏まえ、1999年6月30日には、Health Act 1999 (c.8) が女王の裁可を得た。この法律は、National Health Service Act 1977 (NHS Act 1977), National Health Service and Community Care Act 1990 (NHSCCA 1990), Health Authority Act 1995, National Health Service (Primary Care) Act 1997などに修正を加えるものである。予算保持GPの廃止や新たな機関の創設などが盛り込まれている。この検討は、別稿に期したい。
- 7) これまで、イギリスの医療の問題はNHSとだけ関連付けて論じられることが多かったように思われる。しかし、イギリス「社会」における医療の「実態」という問題は、NHSという「国家機構」の存在以前の「専門職」の存在とも関連付けて論じられなければならない、と考えている。いうなれば、社会の中の医療の前に、NHSをも相対化し、その他のさまざまな要因(特にこの場合、医療専門職の自律機関としてのGMC)をも視野に入れ、またそれらの相互関係を踏まえて検討することが、イギリスの医療保障を読み解く新たな視点として有用であると考ええる。本稿では、このような問題関心の下、GMCを軸に据え、それとNHSとの関係も視野に収めながら検討を試みる。
- 8) 「政府は引き続き、個々の医療専門家が自らの診療の質に責任を負うべきである、と考えている。専門職による自律は、患者への質の高いサービスを提供する上で必要不可欠な要素として残しておかねばならない」(para. 7.15)として、医療専門職の行う自律と政府の施策との共同関係 (partnership) という点を強調している。
- 9) イギリスの社会にあって「専門職」は、私たちが一般に考えているよりもはるかに重要な意味を持つ。専門職一般につき、A. M. Carr-Saunders and P. A. Wilson (1964) 等参照。特に医療専門職については、Eliot Freidson (1970) 等を参照のこと。また、イギリスの医師(医療専門職)については、Terry Johnson, Gerry Larkin and Mike Saks (1995), Joseph M. Jacob (1998) 等参照。
- 10) Dahrendorf, Ralf. 1984. "In Defence of the English Professions." *Journal of the Royal Society of Medicine* 77: 179. また、医療提供のあり方を専門職と社会・一般市民との間の契約としてみる見方は、メリソン報告でも指摘されているところである。「規制の方法を一般市民と専門職との間の契約として考察することは、非常に有益な方法である。一般市民が専門職のところに治療を求めて訪れるのは、専門職が満足な治療を提供することを保障しているからにはかならない。そのような契約は、すべて自由意思に基づいて締結された一相互利益的—契約としての性格をもつものである」Merison Report (1976), p. 3, para. 4.
- 11) GMCは、医師会ではない。英国医師会 (British Medical Association: BMA) は、イギリスの場合、登録され認証された独立労働組合であり、GMCとはまったく別の組織である。なお、イギリスには、現在、保健 (health care) に携わる「専門職」とそれを統制する専門職機関が幾つかある。医師を統制する機関としてGMCが存在しているほか、看護婦には連合王国看護婦・助産婦・訪問看護婦中央評議会 (The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting) が、歯科医には中央歯科医師評議会 (General Dental Council) が、そして、検眼士、薬剤師、整骨療法士、指圧療法士、補聴器供給者 (suppliers of hearing aids) についても、それぞれ同様な専門職機関が存在している。
- 12) なお、GMCの組織機構とその意義等について、国京則幸1998「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について(二)～(四・完)—イギリスの医療保障構造再考—」『大阪市立大学法学雑誌』44巻3、4号、45巻1号参照。
- 13) 1858年医療法によって創設された。ただし、創設当時は「連合王国医師教育・登録中央評議会」(The General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom) として発足していた。現在は、Medical Act 1983 (c 54) を制定法上の根拠にしており、その他の規則等によって詳細が定められている。
- 14) なお、もう一つの「教育」に関する影響力も、医療の質の確保・向上において重要な意味を持つ。もっとも、GMCは、医学教育の具体的内容を定めるわけではなく、「登録」を認める上で必要とされる基準を設定し、これを各大学医学部において実践させるという間接的な影響力の行使にとどまる。しかし、この影響力は大きなものであるといわれる。国京、前掲(三) p. 601以下参照。
- 15) この登録業務については、国京、前掲(三) p. 599以下参照。

- 16) 医療行為そのものは、法的には可能である。
- 17) 懲戒には、警告のほか、より重いものとして、条件付き登録、登録の一時停止、登録の削除がある。ただし、登録の削除をされても、一定の要件を満たし、手続きをとった後には、登録を回復されることがある。国京、前掲(三)p. 611以下参照。
- 18) 手続き等については、国京、前掲(三)p. 608以下参照。このほかに、主として健康上の理由から診療適性に問題ありとする場合、別の手続きによって登録の一時停止や抹消を行われることがある。同、p. 613以下参照。
- 19) SPMとの関係では、いわゆる Blue book (*Professional Conduct and Fitness to Practice*, GMC 1993)が医師のとるべき重要な行動指針となっていた。
- 20) Russell G. Smith (1994)は、GMC発足の1858年から1990年までの懲戒事例の分析を行っている。
- 21) これにあわせて、GMCが発行する *Good Medical Practice* (2nd ed. 1998)ほかで、医師の責任など良き診療に関する指針が示されている。
- 22) NHSでの質確保を考える際、医師主導の合議制のNHSから管理者(manager)の統括するNHSへ、という運営のあり方の実質的変化が医療の質に与える影響についても考えてみる必要がある。さらに、特に最近のプライマリーケアにおける医療およびコメディカル、福祉の連携によるチーム医療の推進が質確保にどのような影響を与えているのかなどについても検討してみなければならないであろう。
- 23) NHSとの関係では、2つの業務が重要である。正規の外部監査と、サービスの経済性、効率および効果を報告することである。
- 24) NHSCCA 1990 s.62.
- 25) 1969年の病院諮問サービスにはじまり、現在の名称は、1976年に導入された。これによってより幅広い付託を受けるものとなっている。業務は、管理、組織、および患者へのサービスの提供の水準の維持向上のための助言を与えることである。
- 26) 社会サービス監督官は、保健省の一つの課であり、社会サービスおよび関連する保健政策の形成、実施、監督に関して大臣に助言を与える。また、サービスの質を向上させ、効果・効率を向上させるために社会サービスの提供を調査する。
- 27) また、Health Act 1999によって、保健当局、NHS信託、プライマリーケア信託には、質にかかわる新たな法定の義務が課される。また、臨床水準顧問団を廃止し、新たに保健改善委員会(Commission for Health Improvement)を設立することになる。
- 28) 現在は、NHS管理局(Executive)が監督を行うようになっている。Community Health Council Regulation 1996, SI 1996 No. 640.
- 29) NHSA 1977, s.20, Sch 7. Community Health Council Regulations 1996, SI 1996 No 640.
- 30) Ibid., r.17.
- 31) スコットランドでは、この機関に相当するのが地方保健協議会(Local Health Council)であり、北アイルランドでは、保健および社会サービス協議会(Health and Social Services Councils)である。
- 32) National Health Service (Association of Community Health Councils) Regulations 1977 SI 1977 No 874; National Health Service (Association of Community Health Councils) Establishment Order 1977, SI 1977 No 1204.
- 33) Rudolf Klein (1995) ほか参照。
- 34) かねてから、「実質的なものというよりむしろ象徴的なもの」という認識も強かった。また、CHCによってその形態や活動に大きな差があった。Rudolf Klein (1976)。
- 35) 例えば、保健当局はNHS信託の設立を含むサービスの「実質的展開」に関する提案をCHCに諮問しなければならない。しかしCHCが出した意見を尊重する義務はない。
- 36) Department of Health. 1995. *The Patient's Charter and You*. この憲章は、英語版のほか、中国語版やトルコ語版、ギリシア語版など11カ国語で発行されている。憲章では、「権利」や「期待できること」を示しているほか、苦情を申し立てる上での具体的な基準となるさまざまな標準を記している。国京則幸 1998「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について(一)ーイギリスの医療保障構造再考ー」『大阪市立大学法学雑誌』44巻2号, pp. 259-268に一部を訳出した。なお、これまでの患者憲章を見直し、新しいNHS憲章に向けた提言をまとめた報告書が既に提出されている。Greg Dyke (1998)。
- 37) Health Service Commissioner (1999), para. 4.1.
- 38) Hospital Complaints Procedure Act 1985を根拠にしている。この法律は、各保健当局に苦情処理制度を設けることなどを指導する規則の作成を、大臣に義務付けている。実施は、1988年からである。
- 39) National Health Service. (*Committee and Tribunal Regulations*) 1992, SI 1992 No 664.
- 40) 因みに、GPおよび臨床事例を含めた調査ができるようになってから初めてまとめた1998-99の期間中調査された119件のうち、62件(52%)が臨床に関するもので57件(48%)が非臨床事例であった。Health Service Commissioner, op. cit., para.1.2およびChapter 2以下。
- 41) 1997年には、医療保障法(Health Care Law)という教科書が相次いで出版されるに至っている。Jonathan Montgomery (1997), Jean McHale and Marie Fox with John Murphy (1997)。
- 42) Montgomery, Ibid., p. 1.

- 43) その法源には、コモン・ローや議会制定法・規則のみならず、専門職団体の規範、そしてヨーロッパ共同体法や国際人権法などが含まれる。Ibid., pp. 2-20.
- 44) R v. Central Birmingham Health Authority, ex parte Walker; R v Secretary of State for Social Services and another, ex parte Walker, Queen's Bench Division, 24 November 1987 (unreported) by LEXIS; Ex parte Walker, Court of Appeal (Civil Division), 25 November 1987 (unreported) by LEXIS. など。またこれに先立ち、R v. Secretary of State for Social Services, West Midlands Regional Health Authority and Birmingham Area Health Authority (Teaching), ex parte Hincks and others, Court of Appeal (Civil Division), 18 March 1980 (unreported) by LEXIS も NHS の法的性格を理解するのに役立つ。
- 45) 国京、前掲(一)で検討している。
- 46) Montgomery, Jonathan. 1989. "Medicine, Accountability and Professionalism", *Journal of Law and Society*, 16: 319-39.
- 47) Montgomery, op. cit., p. 82.
- 48) 健康権について積極的に主張しているのは、Jonathan Montgomery である。先の医療保障法の教科書のほか、もう一つの教科書の健康権部分を執筆担当している。また、Jonathan Montgomery. 1992. "Rights to Health and Health Care" in Anna Coote, ed. 1992, pp. 83-107; 1992 "Recognising a Right to Health." in Ralph Beddard and Dilys M. Hill, eds. 1992, pp. 184-203 など。その他、健康権に関する議論として、Raymond Plant (1989), Margaret Brazier (1992); 1993 "Rights and Health Care", in Robert Blackburn, ed. 1993, pp. 56-74 など。
- 49) Human Rights Act 1998 (c. 42).
- Blackburn, Robert. ed. 1993. *Right of Citizenship*. Mansell.
- Brazier, Margaret. 1992. *Medicine, Patients and the Law*, New Edition. Penguin Books.
- Coote, Anna, ed. 1992. *The Welfare of Citizens: Developing New Social Rights*. London: IPPR Rivers Oram Press.
- The Department of Health. 1997. *The New NHS: Modern Dependable*. The Stationery Office, Cm 3807.
- Dyke, Greg. 1998. *The New NHS Charter—A Different Approach*. Department of Health.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press.
- Health Service Commissioner. 1999. *Sixth Report for Session 1998-99*. Annual Report for 1998-99.
- Jacob, Joseph M. 1998. *Doctors and the Rules: A Sociology of Professional Values*, 2nd ed. Transaction Publishers.
- Johnson, Terry, Gerry Larkin, and Mike Saks, eds. 1995. *Health Professions and the State in Europe*. Routledge.
- Klein, Rudolf, and Janet Lewis. 1976. *The Politics of Consumer Representation: A Study of Community Health Councils*. Center for Studies in Social Policy.
- Klein, Rudolf. 1995. *The New Politics of the NHS*, 3rd ed. Longman.
- McHale, Jean, and Marie Fox with John Murphy. 1997. *Health Care Law: Text and Materials*. Sweet and Maxwell.
- Merison Report. 1976. *Report of the Committee of Inquiry into the Regulation of the Medical Profession*. HMSO, Cmnd. 6018.
- Montgomery, Jonathan. 1997. *Health Care Law*. London: Oxford University Press.
- NHS Executive 1998. *A First Class Service: Quality in the New NHS*. HSC 1998/113.
- Plant, Raymond. 1989. *Can There Be a Right to Health Care?* University of Southampton Occasional Paper.
- Smith, Russell G. 1994. *Medical Discipline: The Professional Conduct Jurisdiction of the General Medical Council, 1858-1990*. Clarendon Press.

(くにきょう・のりゆき 静岡大学専任講師)

#### 参考文献

- Beddard, Ralph, and Dilys M. Hill, eds. 1992. *Economic, Social and Cultural Rights: Progress and Achievement*. Macmillan.