

イギリスにおける 地域保健サービスの形成

—NHS成立の一側面

白瀬 由美香

はじめに

- 1 予防を重視した医療保障制度の創設
- 2 地域保健サービスの組織と事業
- 3 地域保健サービスが果たした役割

まとめ

はじめに

イギリスのNational Health Service（以下NHSとする）は、租税を財源として無料でサービスを提供する医療保障制度である。1948年に福祉国家の基盤としてNHSが創設される際には、国内のほぼすべての病院が国有化され、サービスを利用するすべての人が一般医への登録を義務付けられたことが知られている。NHSは予防・治療・リハビリテーションのすべてにわたる包括的なサービス体系を備えていることが特徴的であり、資本主義社会で実現した社会主義的な医療保障の例として関心を集めてきたと言われている⁽¹⁾。

だが、NHSは病院の国有化など医療機関の組織化だけで、包括性を達成した訳ではない。地方自治体の公衆衛生部がLocal Health Authority（地方自治体保健局；以下LHAとする）としてNHSの中に位置づけられ、地域保健サービスを提供したことによって、疾病の治療だけに留まらない、多様かつ包括的なサービス提供が可能となったのである⁽²⁾。とりわけ疾病予防に関しては、地域保健サービスが重要な役割を果たしていたのであるが、これまでのNHS研究がその事実を十分に議論してきたとは言い難い。

(1) 一圓光彌「国民保健サービス」武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障① イギリス』東京大学出版会、1999年、229頁。

(2) 本稿では、地方自治体公衆衛生部がNHSの下で提供したサービスを「地域保健サービス」と呼ぶが、その提供主体についてはLHAと表記している。NHSの地方組織については、1974年改革において、Regional Health AuthorityやArea Health Authorityなどの組織が新設されたこともあり、これらの名称との混同を避けるために、Local Health Authorityを略称で表すことにした。

NHSに関する従来の研究においては、地域保健サービスの機能は、病院や一般医の付随的なものにすぎないというのが共通認識となっていた。NHSの成立は、病院を中心とした中央集権的なサービスの形成として捉えるのが一般的な見解であり、NHS成立過程に関する研究の嚆矢に挙げられる、エイベルスミスの『英国の病院と医療』は、その題名のとおりイギリス病院史の中にNHS成立を描き出していた⁽³⁾。また、政府発行のNHS公式史とされるウェブスターの著作では、LHAには様々な残余的な機能が残されたが、制度全体における位置付けがあいまいであり、「本体である一般医や病院の補助的なパートナー⁽⁴⁾」であったと評されている。

同様に、日本においても病院医療の普及という観点からNHSの成立は理解されてきた。日本のNHS研究に共通して見られるのは、「医療の社会化」の到達点としてNHSの制度形成を評価するものである⁽⁵⁾。NHSは患者負担を無料とすることによって医療の需要面を社会化し、病院の国有化によって供給面でも社会化を達成したと考えられている。つまり、「医療の社会化」としてNHS成立を捉える見解は、医療機関をいかに整備していくのかという、治療を目的としたサービスのあり方に大きな関心を寄せるばかりで、地域保健による疾病予防への取り組みは、日本でもやはり考察されることはなかったのである。

このように先行研究は、無料でサービスを受けられる国家的な病院制度としてNHSを扱ってきた。けれども、後述する制度成立過程の議論では、NHSは疾病になってから治療するのではなく、むしろ予防することを主たる目的とし、人々が健康であることを保障しようと創設された制度であったことが窺える。そして、発足後のNHSでは、病院や診療所での無料の医療と並んで、地域保健サービスが予防接種や健康教育、訪問指導などの様々な事業を提供し、疾病をできる限り未然に防ごうと取り組んでいたのである。

したがって本稿は、NHSの成立という医療保障制度改革について、地方自治体公衆衛生部によって提供された地域保健サービスの事業の形成を考察していく。研究に際しては、NHS成立過程での疾病予防にまつわる議論を踏まえた上で、地域保健サービスの事業内容やLHAの組織、果たした役割について検討する。それによって、NHSの特性の一つである疾病予防の側面を浮き彫りにしたい。そして、疾病予防を志向した医療保障制度としてNHSを再評価し、制度の持つ意義と限界を問い直していくことを課題とする。

なお、地域保健サービスについては、NHS法は提供すべきサービス領域を示すのみであるため、従来のような保健省の議論を追っていく研究では、それぞれの地方自治体が実際にどのような活動

(3) Abel-Smith, Brian, *The Hospitals 1800-1948*, Heinemann, 1964. (多田羅浩三・大和田健太郎訳『英国の病院と医療：二百年のあゆみ』保健同人社, 1981年。)

(4) Webster, Charles, *Problems of the National Health Service before 1957 (The Health Services Since the War, Vol. 1)*, HMSO, 1988, p.373.

(5) 「医療の社会化」については、佐口卓『医療の社会化』勁草書房, 1964年および佐口卓『現代の医療保障—医療の階層性を巡って』東洋経済新報社, 1977年を参照。また、NHS成立を「医療の社会化」として捉えたものに、小川喜一『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』風間書房, 1968年、一圓光彌「イギリスの国民保健サービスと医療の社会化」『国際社会保障研究』第16号, 1975年などがある。

をしていたのかを十分に明らかにすることができない。そこで、本稿はバーミンガム市の事例を取り上げ、公衆衛生部の年次報告書を中心に考察を進めることにする⁽⁶⁾。バーミンガム市を中心とするウエストミッドランド地方においては、NHSの病院行政の管轄領域が、政治上の地方自治体の境界線と一致していたことから、サービス間の関係をふまえて、地域保健サービスの位置づけを検証する上で適切な事例だと考えられる⁽⁷⁾。地域保健サービスにまつわる事業の実態については、管見ではウェルシュマンによるレスター市の公衆衛生史⁽⁸⁾の研究などごくわずかであるため、本稿は研究史の空白を埋めるものとなろう。さらに、NHSの内部組織間の関係を探ることで、疾病予防の推進や地域におけるサービス連携のあり方に関しても、有益な示唆が得られることだろう。

1 予防を重視した医療保障制度の創設

イギリスにおいて予防を重視した包括的な保健サービスの必要性を最初に指摘したのは、1905年から1909年の救貧法委員会に提出された、ウェップ夫妻による『少数派報告』であった。ウェップ夫妻は、貧困によって疾病が引き起こされると考え、疾病を予防することが貧困の解消にとって不可欠であるとの考えから、救貧法の医療扶助と公衆衛生とを結びつけることを提言していた⁽⁹⁾。それに対して『多数派報告』は、疾病に対して無料の治療を提供することによって、貧困状態に陥ることを防ごうとしていた。ロイド・ジョージによって1911年に成立した国民健康保険法は、この後者の意見を反映したものである。ただし、国民健康保険は、適用対象が低賃金労働者に限定され、保険給付は診療所での一次医療に限られていたなど、内容的に不十分な医療保障制度であると言わざるをえなかった⁽¹⁰⁾。

そのため、早くも1920年代から改革を求める声が上がりはじめ、保健省を中心に政党や医師会など

(6) バーミンガム市は、ロンドンの北西200キロほどに位置するイギリス第二の都市であり、産業革命期以来の製造業の繁栄を背景として、第二次世界大戦後は全国平均よりも常に低い失業率を維持し、労働者とその家族の健康の維持・向上を目指し、地域保健へ積極的に取り組んでいた。特に女性の有業率が他地域に比べて高く、対人保健事業の中心であった母子保健事業が20世紀初頭から発達していたことが注目される。Cf. Department of Economic Affairs, *The West Midlands: A Regional Study*, HMSO, 1965.

(7) 病院運営の管轄領域については、三次医療機関である既存の教育病院の配置を基にして設定されたことから、イングランドの大部分の地方では必ずしも地方自治体の領域と医療圏とが一致していなかった。

(8) Welshman, John, *Municipal Medicine: Public Health in Twentieth-Century Britain*, Peter Lang, 2000.

(9) Rosen, George, *A History of Public Health*, expanded edition, Johns Hopkins University Press, 1958=1993, p.424. (小栗史朗訳『公衆衛生の歴史』第一出版, 1974年, 328頁。)

(10) 国民健康保険制度の成立については、Gilbert, Bentley, *The Evolution of National Insurance in Great Britain: the Origins of the Welfare State*, Michael Joseph, 1966,および武田文祥「社会保険と福祉国家：1911年イギリス国民保険法の成立と展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家1：福祉国家の形成』東京大学出版会, 1984年を参考。

を巻き込んで議論が展開されていった⁽¹¹⁾。したがって、包括的な保健サービスを無料で提供するというNHSの具体的な構想は、戦間期を通じた改革議論の中で形成されたものだといえる⁽¹²⁾。当初は国民健康保険制度をいかに拡張するかという観点から論じられた改革論であったが、それが新たな局面を迎えたのは1940年代であった。

1942年に発表された『ベヴァリッジ報告⁽¹³⁾』は、社会保険による所得保障を実施する上で不可欠な3つの前提として、(A) 児童手当制度の創設、(B) 包括的な保健サービスの創設、(C) 完全雇用の実現を指摘した。この前提Bこそが、NHSの成立を現実的なものとしたのであるが、その要点は3点あり、第一に予防、治療、リハビリテーションすべてにわたる包括的なサービスを提供すること (para.426)、第二にすべての人に対して拠出条件なしで給付すること (para.247)、第三に国税・地方税・国民保険からの繰入金で財源をまかなうこと (para.279 (vi)) が挙げられていた。つまり、ベヴァリッジの提言は、医療保障を社会保険の体系から分離し、租税を主たる財源とした公的サービス方式に転換することによって、すべての人が無料でサービスを利用できるようにするというものであった。

また、ベヴァリッジは疾病予防の重要性も認識していた。戦後再建を阻む重大な社会問題をベヴァリッジは5巨人に譬えていたが⁽¹⁴⁾、その一つである「疾病」に対しては、第一に予防、第二に治療が必要であるとの考えが示されていた。そして、ここで想定されていた予防とは、衛生・住宅・栄養などあらゆる地方自治体の問題にまで拡大された範囲を網羅するものであった⁽¹⁵⁾。

こうした提言を受けて、包括的な保健サービス創設は具体的な計画段階に入った。当時の保健大臣であったブラウンは、あらゆる保健医療サービスをすべて地域ごとに再編成し、医師をはじめ医療専門職はすべて公務員とすることを考えていた⁽¹⁶⁾。しかし、その案は医師会などの強い反対のため実現することができず、病院や地方自治体などの既存の制度枠組みを基本的に引き継いで、分

(11) とりわけ、1920年に発表された『医療および関連サービスの将来に関する中間報告』(別名『ドーソン報告』)は、医療機関の機能分化に基づく地域医療計画の必要性を指摘し、一次医療機関として「保健センター」という組織の創設を提言したことから、NHSを具体的な形で構想した嚆矢であると考えられている。Cf. Consultative Council on Medical and Allied Services, *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*, Cmd. 693, HMSO 1920.

(12) 戦間期の議論については、Eckstein, Harry, *The English Health Service: Its Origins, Structure, and Achievements*, Harvard University Press, 1958 (高須裕三訳『医療保障』誠信書房, 1961年); Honigsbaum, Frank, *Health, Happiness, and Security: The Creation of the National Health Service*, Routledge, 1989を参照。

(13) Beveridge, William, *Social Insurance and Allied Services*, HMSO, 1942. (山田雄三監訳『ベヴァリッジ報告 社会保険および関連サービス』至誠堂, 1969年)

(14) 5巨人とは、貧困 (Want), 疾病 (Disease), 無知 (Ignorance), 不衛生 (Squalor), 怠惰 (Idleness) のことであり、それぞれ所得保障, NHS, 公教育, 住宅政策, 完全雇用によって対処されるとされた。

(15) PRO, CAB 87/81, *Social Insurance and Allied Services Series*, SIC[42] 100, First draft of report by Sir William Beveridge, Annex "A".

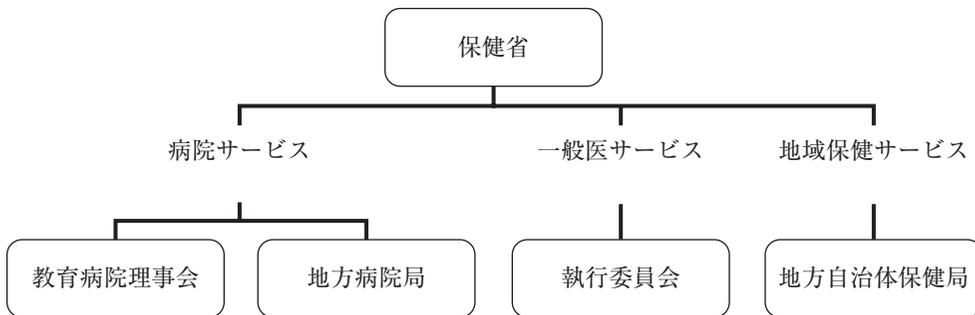
(16) Willcocks, A. J., *The Creation of the National Health Service: A study of Pressure Groups and a Major Social Policy*, Routledge and Kegan Paul, 1967, pp.24-25.

野ごとにすべてのサービスを保健省の下に直接結び付けるということで合意に達した。そのようにして描かれた青写真が1944年に発表された『NHS白書』である。そしてその後の議論の中で、アトリー政権下で保健大臣となったベヴァンによって、公立病院と篤志病院をすべて国有化するという変更が加えられ、1946年にNHS法が成立したのであった。

1948年7月5日に開始されたNHSには、図表1のように、大別すると一般医サービス、病院サービス、地域保健サービスという三つの分野がある。すべての人に包括的なサービスを提供するため、市中の開業医である一般医（General Practitioner）での一次医療、病院での専門的な治療、公衆衛生活動の流れを汲む地域保健サービス、これらが保健省の下に結び付けられた。

NHSの発足に際しては、病院の国有化が、日本をはじめ諸外国から注目を集めたが、一般の病院は地方病院局（Regional Hospital Board）ごとに管理され、その下で病院運営委員会によって運営されることになった。また、医学生の教育の場である教育病院は、高度医療を提供する三次医療機関として位置づけられ、教育病院理事会（Board of Governors）によって管理された。

図表1 NHSの組織図（1948～1974年）



出所：Ham, Christopher, *Health Policy in Britain*, Macmillan, 1999, p.13をもとに作成。

このように医療機関の機能分化を実現することによって、医療資源を有効に活用し、疾病を早期に発見し、早期に治療することをNHSは目指していた。NHSを利用する人は、すべて一般医に登録することになっており、緊急時を除いて、一般医の紹介がなければ病院で診察を受けることは出来ない。したがって、患者の病歴や健康状態は、原則として一般医によって管理されることになる。NHSの発足に際して、一次医療機関と二次・三次医療機関の機能分化が実現されたことは、患者の立場から見ると、医療にアクセスする上でのプライマリ・ケアのあり方が全面的に変化したのだといえることができる。

だが、NHSの特色はそれだけではない。地域保健サービスとして提供される様々な保健活動を、同じ制度内に位置づけたことで、包括的にプライマリ・ケアを提供する体制が形成されたのである。一般医への登録による健康管理は、予防接種や健康教育、訪問指導などの事業によって補強されている。そして、NHSはこれらあらゆるサービスに、誰もが無料でアクセスすることを可能にした。

ただし初期のNHSの組織は、あくまでも三つのサービス部門がそれぞれ分立する組織であり、実際にサービス部門間でどのように連携を図るかという問題は、運営上の課題として残されていた。

保健省は一般医が中心となってサービス間の連携を進めることを期待していたが、現実には当時の一般医は独立した開業医として働くことを望み、他の専門職との連携には消極的であった⁽¹⁷⁾。そこで、サービス間の連携の推進のため、中心的な役割を果たすことになったのが地域保健サービスであった。

2 地域保健サービスの組織と事業

NHSの地域保健サービスは、州（County）や特別市（County Borough）を単位とする地方自治体の公衆衛生部によって提供されていた。地方自治体の公衆衛生部は、19世紀以来、下水道の整備から母子保健、公立病院の運営に及ぶ、幅広い環境的・対人的な保健サービスを提供していた。NHS発足当初のバーミンガム市の公衆衛生部には、図表2のように、母子保健・ジフテリア予防接種・精神保健・結核対策・衛生監督・住宅監督・試験検査・工務という部門があり、その中でNHS法の第19条から第30条に基づくサービス提供に関わる部局がLHAと呼ばれた。地域保健サービスには、母子保健や助産、在宅看護、訪問指導、健康教育、精神保健、予防接種、救急車などがあり、これらサービスは中央政府からの繰入金と地方税を財源として運営されていた。

NHSの発足初期におけるバーミンガム市公衆衛生部のスタッフは、総勢でおよそ2300人の規模であり、その約8割を占めていたのが母子保健部門（Maternity and Child Welfare）であった⁽¹⁸⁾。母子保健部門がこのように大規模になったのは、第一に、母子保健サービスの管轄が、従来は地区（District）ごとに運営されていたものが、上位の行政単位である州・特別市ごとに拡大されたため、結果的に多くの行政官を要することになってしまったこと、第二に、それまでボランティア団体によって運営されていた在宅看護サービスが、NHS成立によって公的部門に取り込まれたことが挙げられる。

そしてNHSの下では、母子保健部門に所属していた助産師・保健師・看護師やホームヘルパーなどが、広く一般市民に向けた保健活動や在宅でのケア・サービスに従事するようになった。それによって、戦後の公衆衛生部は看護職やケア・ワーカーが大部分を占めることになり、人員配置という観点からの事業規模は、環境衛生よりも対人保健に比重が置かれることになった。

(17) Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health for 1950*, Cmd.8342, HMSO, p.26; Jefferys, Margot, 'General Practice and the Other Caring Profession', Loudon, Irvine, John Horder & Charles Webster (eds.), *General Practice under the National Health Service 1948-1997*, Clarendon Press, 1998, pp.129-135.

(18) City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health for 1950*, pp.7-13.

図表2 バーミンガム市公衆衛生部のスタッフ（1950年12月末日現在）

	部 局	構成人数	
主にLHAの事業に従事した部局	書記官および会計官	Secretarial & Accountancy	185
	母子保健	Maternity & Child Welfare	1,842
	ジフテリア予防接種	Diphtheria Immunization Department	12
	精神保健	Mental Health Department	19
	結核対策	Chest Clinic	24
	衛生監督	Sanitary Inspectors Department	142
	住宅監督	Housing Inspectors Department	41
	試験検査	Analytical Laboratory	16
	工務	Works Department	60
		合 計	2,341

出所：City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health for 1950*, pp.7-13より作成。

地域保健サービスの中でもとりわけ在宅看護は、NHS全体にとって将来的に最も重要な部門となりうると考えられ、他の専門職との連携の下に役割を強化・拡大していくことが期待されていた。なぜなら在宅看護に従事する地区看護師（District Nurse）は、病人やけが人の世話をするだけでなく、健康問題に関する身近な助言者であり、教育者であると見なされていたからである⁽¹⁹⁾。実際、その養成課程においては、第一に病院看護の手法を在宅に応用すること、第二に家族に対して社会サービスの助言をすること、第三に健康づくりへの関心を高め予防を推進すること、という三点を目指したプログラムが組まれていた⁽²⁰⁾。バーミンガム市の地区看護師も、自宅療養の支援に加え、疾病の予防的側面を重視し、患者の福祉向上に努めていたことが記録されている⁽²¹⁾。

図表3は、バーミンガム市在宅看護サービスの、NHS開始後10年間の推移を示している。1949年に124人の看護師によって開始された在宅看護サービスは、1957年には200人を超えるまでに達し、10年間でおよそ1.5倍になったことがわかる。また、年間の延べ訪問件数は、この間にほぼ2倍にまで増加し、1950年代後半の患者1人当りの平均訪問回数は30回前後であった⁽²²⁾。

ただし、在宅看護を除いて、LHAが受け持つことになった事業は、地方自治体によって第二次世界大戦前から行われていたものが大部分であった。では、戦前・戦後の公衆衛生部の事業を比べてみると、どこが変化したのであろうか。戦前の公衆衛生部の事業は、貧困層や障害者、労働者階級の女性など社会的に弱い立場の人々のみを対象としたものであり、ケアを提供するというよりも、疾病から社会を防御するという色彩の強いものであった。それに対して、NHSの地域保健サービスは、疾病を予防し、さらには積極的に健康の維持増進を目指した事業を提供することになった。例えば、健康教育においては、NHS発足当初は性教育や感染症の予防が中心だったが、禁煙キャンベ

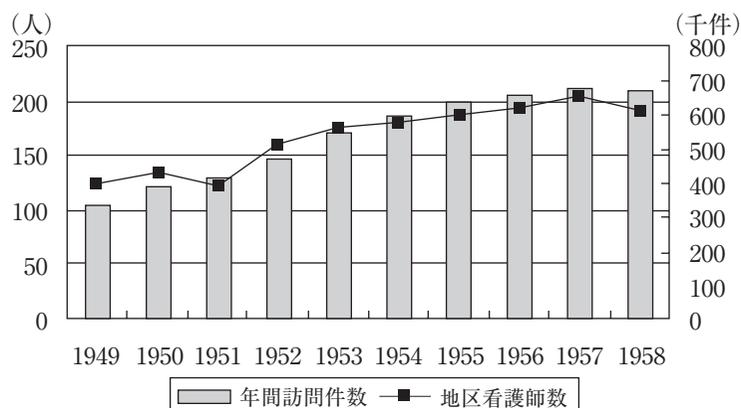
(19) Ministry of Health, *A National Health Service*, Cmd.6501, HMSO, 1944, p.63.

(20) Merry, Eleanor Jeanette & Iris Dundas Irven, *District Nursing*, 2nd ed, Bailliere Tindall & Cox, 1955, p.63.

(21) City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health for 1953*, p.160.

(22) 1958年のイングランドおよびウェールズにおける在宅看護サービスの統計を見ると、患者1人当りの平均訪問回数は24.3回であり、バーミンガム市は全国水準よりも非常に高い頻度で在宅看護を提供していたことがわかる。*Ministry of Health, Report of the Ministry of Health for 1959*, HMSO, p.127.

図表3 在宅看護サービスの拡大



出所：City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health*, 各年度版より作成。

ーンや癌への理解を深める啓発活動などの多様なプログラムが、次第に実施されるようになったことが見て取れた⁽²³⁾。この変化には、もちろん疾病構造の変化も重要な要因となっているのであろうが、LHAは人々の健康の向上のため、誰もが平等に利用できる、地域に根ざしたサービスを志向していたのである。したがって、次節では地域保健サービスが担った、疾病予防の推進という役割および医療機関との関係に注目していく。

3 地域保健サービスが果たした役割

(1) 疾病予防の推進

さて、先に指摘したように、NHSの構想段階の議論では、疾病の治療よりも予防を重視した医療保障制度を創設することが目指されており、このような疾病予防に対する積極的な姿勢は、NHS法にも反映されていた。NHS法の第28条にある「疾病予防・ケア・アフターケア (Prevention of Illness, Care and Aftercare)」という条項は、地域保健サービスが様々な角度から疾病予防に取り組むことを規定している。その第1項には、LHAは「直接的な疾病予防、疾病を療養中の者や精神的な障害を持つ者へのケア、あるいはそのような人々へのアフターケアを行う」とあり、これら「疾病予防・ケア・アフターケア」に関わるサービスは、基本的に無料で提供されることが定められていた⁽²⁴⁾。

バーミンガム市では、「疾病予防・ケア・アフターケア」に関する事業として、健康教育、精神保健、結核対策、高齢者ケア、看護用具の貸与、洗濯サービス、退院患者への回復期ケア、療養者

(23) 従来からの地方自治体公衆衛生部の社会防衛的な保健活動に対して、NHSがもたらした大きな変更点の一つが、健康教育の実施に関する新たな権限と責任であると指摘されている。Welshman, *op.cit.*, p.209.

(24) ただしNHS法は、一部のサービスについては料金徴収を認めており、看護用具やベッドリネンの貸与、夜間付添い人の派遣等は、バーミンガム市では有料とされていた。

への住宅提供などを行った。これら事業内容からわかるように、「疾病予防・ケア・アフターケア」とは、疾病を直接的に予防するだけでなく、生活環境の改善などにまで立ち入って、健康状態を維持・回復することを目指したサービスである。

NHS法第28条に基づいて提供されたサービス内容を見ると、ここで提供される「ケア」や「アフターケア」というものはすべて、広い意味で考えれば、予防することを目的として行われていたといえる。例えば、適切な保健指導に基づいて、衛生的な環境で自宅療養をすることにより病状の悪化を食い止めること、退院後も継続的な在宅ケアを提供することによって寝たきりを防止することなどは、疾病が深刻な状態になるのを「予防」することである。つまり、第28条によるサービスは、いわゆる第二次予防や第三次予防に相当するものとして捉えることができる。

ここで、NHSの疾病予防活動の主要な担い手となった専門職として、保健師（Health Visitor）を取り上げたい。保健師は20世紀初頭より、公衆衛生部の一員として、5歳以下の乳幼児のいる家庭を対象とした育児法や衛生状態改善の指導、および結核対策などに従事してきた⁽²⁵⁾。それに対してNHSの下では、「疾病予防・ケア・アフターケア」事業の一環として、高齢者や退院患者に関しても訪問指導が開始されることになった。図表4にあるように、1952年から母子保健以外の訪問指導が急速に増加している。

当時の保健師が訪問の際に行っていたことは、住居やベッドの衛生状態を確認し、入浴や手を洗うといった清潔に関すること、食事に関することなど、日常的な健康管理にまつわる指導をすることであった。そして重要なのが、指導と同時に本人の健康状態の確認をすることであった。もし何らかの病変が見られた場合には、保健師は一般医や病院とすぐに連絡を取り、緊急入院できるよう手配することになっていた。このように、疾病で容態が急変するリスクの高い乳幼児や高齢者、退院患者などを定期的に訪問することによって、一般医だけでは果たしきれない健康管理の役割を、保健師が担うことになったのである。

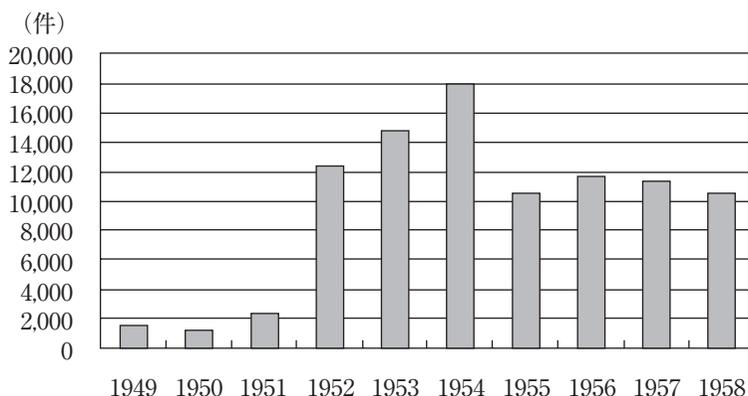
NHSの開始当時、バーミンガム市にはおよそ100人の保健師が活動していたのだが、1952年には高齢者への訪問指導に専従する保健師が2名任命された。この2名の高齢者ケア専従者で年間延べ3166件のケースを扱ったことが記録されている⁽²⁶⁾。そして、高齢者への訪問指導はその後も増加を続け、専従の保健師だけでは業務をこなしきれなくなり、自宅療養中の成人に対して訪問指導をすることが、保健師の一般的な業務として定着した。また、退院予定患者とその家族に療養生活の指導をし、退院後も引き続き同じ保健師が訪問指導をする病院フォローアップ（Hospital Follow-up）という活動も同時期に始められた⁽²⁷⁾。

(25) 公衆衛生に従事する看護職としての保健師活動の前史は、松浦京子「世紀転換期イギリスにおけるヘルス・ヴィジティングの転換と保健医官」『京都橘女子大学研究紀要』第22号、1995年、160-170頁を参照。

(26) City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health for 1952*, p.207.

(27) *Ibid.*, pp.41-42.

図表 4 保健師が母子保健以外の訪問指導をした件数



・一般の保健師が母子以外に行った訪問を集計。高齢者および結核対策に専従する保健師の訪問数は除外。
出所：City of Birmingham, *Report of the Medical Officer of Health*,各年度版より作成。

こうした保健師の活動から推察できるように、LHAに課されたサービスの提供の場においては、LHA内部はもちろん、病院や一般医を含めた制度全体での連携に取り組むことが不可欠であった。では、NHSによって形成された病診連携の仕組みに対し、地域保健サービスはどのように関わっていたのだろうか。以下では、医師・保健師・地区看護師など、関連する専門職がいかにして協力しあい、効果的なサービス提供を模索していたのかを検討する。

(2) 病診連携との相互補完関係

NHSの発足は、一次医療機関である一般医と、二次・三次医療機関である病院の機能分化を実現し、病診連携の仕組みを制度的に決定付けた。しかし、NHSが疾病予防を志向したシステムとして機能するためには、医療機関同士が連携しているだけではなく、さらに地域保健サービスとも連携することが不可欠であった。

地域保健サービスをとりまく連携のあり方については、病診連携のような統一的なシステムや指針はなく、具体的な連携の進め方はそれぞれの自治体に任されていた。バーミンガム市の場合、疾病予防と療養生活の支援のため、事業ごとに様々な形で連携を試みていたことが記録されている。例えば、予防接種の際にはワクチンの手配は市が受け持ち、一般医の協力によって集団的な接種をするという連携をしていた。また、「疾病予防・ケア・アフターケア」の事業で行われていた病院フォローアップでは、病院の入退院時に患者がスムーズに移行できるように、保健師が病院や一般医との調整役を担っていた。その他にも、地域保健サービスは人々の日常生活に最も身近なところで、NHSの他の部門との連携によって地域社会に根ざしたサービスを提供していた。

とりわけNHSのサービス部門を越えた連携が顕著に見られたものに、結核対策事業がある。結核対策は、戦前には地方自治体の公衆衛生部がすべての責任を負っていたのであるが、NHS成立後は病院・一般医・地域保健サービスの三者が共同して取り組むことになった。バーミンガム市では、結核専門医が臨床に関する専門性を高めるだけでなく、在宅療養に関する様々なサービスに関して

も十分な知識を得られるように、病院とLHAの間で取り決めをして、双方の業務を兼任するような人員配置が行われていた⁽²⁸⁾。結核専門医は病院で診察に当たるほか、市営の結核診療所でも保健師や地区看護師などと協力して活動し、さらにLHAが主催する一般医に向けた結核の講習会では講師を務めるなどの業務に従事していた。そうすることによって、病院での治療だけでなく、自宅での療養、日常的な予防活動を含んだ包括的な結核対策を実施しようとしていたのである。

概して、医師による疾病予防というものは、例えば結核ならば結核という、個別の疾病に特化した予防策を講じようとしがちであるのに対して、地域保健は生活環境の改善という視点を含んだ疾病予防を志向しているという違いがある⁽²⁹⁾。上述のバーミンガム市での結核への取り組みは、そうした予防に対する両者のアプローチの違いを認識した上で、効果的に融合させようとした試みであるといえるのではないだろうか。

この他にも、バーミンガム市では、LHAの医務官や行政官が他部門の運営委員を務めるなど、サービス間の連携を進めるため、行政レベルで綿密な連絡が取られていたことが記録されている。例えば、バーミンガム病院連合（教育病院）理事会やバーミンガム地方病院局、その下部組織である病院運営委員会などの委員を務める公衆衛生部の行政官は、1952年には全部で27人いたという。また、一般医サービスの執行委員会の委員を務める者も7人に上った⁽³⁰⁾。このように、NHSにおける病院・一般医・地域保健サービスの連携は、バーミンガム市においては、LHAが実質的なコーディネーター役となって進められていた。

しかしながら、NHS開始後の制度の運営を見ていくと、無料のサービスに喚起され、当初の予想以上に医療需要が増加する中で、地域保健サービスに期待される役割にも次第に変化が生じることとなった⁽³¹⁾。上述の「疾病予防・ケア・アフターケア」事業として退院患者や高齢者への訪問指導が増加したこと、また在宅看護サービスが拡大したことは、事業の成功としてばかり捉えることはできず、実は病院側の病床不足という事情から導かれた帰結でもあったと見ることができる。つまり、限られた医療資源を効果的に利用していくために、急性期を脱した患者をできるだけ早く退院させることが必要となり、入院待機中や回復期の患者が自宅療養できるようにサービス提供することこそが、地域保健サービスに期待されるようになったのだ。こうして、疾病予防を目的としてサービス間の連携を積極的に進めることよりも、病院サービスの需要調整をし、慢性期の治療を補完することが、地域保健サービスの果たすべき役割として注目されるようになっていった⁽³²⁾。

(28) バーミンガム市内の8人の結核専門医について、給与の11分の2をLHA、残りを病院が支払うことを取り決め、地域保健と病院の業務を兼務させていた。Ibid., p.23.

(29) 近代の公衆衛生の原点は、健康環境の保全および感染症対策の推進による生活の防衛であり、それを基盤として予防事業の充実および計画の策定を行ってきた。多田羅浩三『公衆衛生の思想：歴史からの教訓』医学書院、1999年、80-82頁。

(30) Ibid., pp.21-24.

(31) NHSの費用問題について議論するために、保健省は「ギルボード委員会（Guillebaud Committee）」を設置し、1956年には病院にまつわる費用増加の実態が明らかになった。Abel-Smith, Brian & Richard Titmuss, *The Cost of the National Health Service in England and Wales*, Cambridge University Press, 1956.

(32) Bridgen, Paul, 'Hospitals, Geriatric Medicine, and the Long-term Care of Elderly People 1946-1976', *Social History of Medicine*, Vol.14, No.3, 2001, pp.513-514.

けれども、病院・一般医・地域保健の連携を進める上で、いずれにせよ、LHAはNHSにとって無くてはならない重要な存在であったといえる。NHSの強みは、一次医療から二次医療、三次医療まで医療機関の役割分担と分業が整備されたことに加えて、LHAによるサービスが医療と相互に補完しあうように、結び付けられているところにある。NHSが多くの問題を抱えながら、現在でもなお存続し続けている理由の一つとして、地域保健と病診連携システムとが不可分の関係にあることを指摘できるのではないだろうか。

まとめ

以上、バーミンガム市を事例として、地域保健サービスの形成および初期のNHSの下での活動を見てきた。それをもとに、地方自治体による保健事業と密接に結び付けられた医療保障制度としてNHSを捉え、その成立の意義と限界について、若干の考察を加えることで本稿のまとめとしたい。

NHSの成立とは、地域保健サービスを医療システムと同一の制度に位置づけ、包括的なプライマリ・ケアの体制を整備したのであることが、バーミンガム市における地域保健サービス供給の実態面から見て取れた。そして、NHSの下で地域保健サービスは医療機関と連携を深め、病気になってから直すのではなく、病気にならないようにすることを目指し、制度全体として疾病予防に取り組もうとしていたことがわかった。こうした疾病予防を志向したサービス提供によって、所得の多寡や就業上の地位に拘わらず、誰もが健康であることを保障したことこそが、NHSの特徴であり、成立の意義であるといえる。

特に、公衆衛生の見地からは、NHSの最も顕著な特徴は包括的な無料のサービスということであり、国民の健康に関する事柄はすべて国家が責任を持つべき優先的な重要事項であると強調した点が評価されている⁽³³⁾。医療が個別的に疾病を治療するという性質を持っているのに対して、公衆衛生は集団的に社会全体にわたる健康状態の保持・向上に取り組むという違いがある。NHSがすべての人を対象とした無料の公的サービスであるということは、公衆衛生のアプローチを病院や一般医による医療にも適用することによって、予防・治療・リハビリテーションへの包括的な取り組みを実現しようとしたのだと見ることができる。

すなわち、NHSはその名の通り「保健サービス（Health Service）」であって、病院や一般医が担う「医療サービス（Medical Service）」はその一部に過ぎない。かつては私的な領域に属していた医療サービスが、NHS成立によって全面的に公的部門に取り込まれたという構図であり、理念的な面で制度の中核を成すのは、公衆衛生の範疇に属する対人的な保健サービスなのである。そして、NHSが保健医療に関わるあらゆるサービスを統一的なシステムに統合したことによって、それ以前の時代よりも一貫性のある効率的なサービス提供が可能となったのである。

しかしながら、保健省はNHSのサービス間の連携について、統一的な手法や指針を示さず、それぞれの現場での運営に任せてしまった。そのことから、疾病予防を志向した制度としては、NHSは必ずしも効果を発揮することができなかつたのも事実である。1950年代以降の制度の展開が示して

⁽³³⁾ Baggott, Rob, *Public Health: Policy and Politics*, Macmillan, 2000, p.45.

いる通り、無料であることによって喚起された医療需要に、供給が応えきれなくなるという問題にNHSは直面した。そして、膨大な量の治療に対処していくことに最大の注意が払われるようになり、本来の趣旨であった疾病予防は、残念ながら後手になりがちとなった。また、医療機関と地域保健との連携を進める上では、いかにして医師の協力を得るかということも、LHAには課題となっていた⁽³⁴⁾。NHSはあたかも医師によるサービスが地域保健サービスを主導しているかのように見られてきたが、そのような制度像が形成された背景には、LHAがサービス運営上の様々な面で、医師に譲歩せざるを得なかったという側面があることも無視できない。ここに、制度発足後の運営の仕方を工夫することで連携を進めようとしていた、初期のNHSが直面した限界の一端を見ることができ

る。最後に、これまでNHSの地域保健サービスは残余的な機能しか果たしてこなかったと評されていたが、サービス間の連携を進めるという重要な役割を果たしていたことが、もっと評価されて良いと思われる。疾病予防の促進、ケア・サービスの連携という問題は、日本をはじめ多くの先進諸国が直面する重要課題である⁽³⁵⁾。生活環境の改善まで含めた疾病予防を推進していく上で、過去には地域保健をどのように活用してきたのか、今後はいかに活用していくべきなのかということが、これまで以上に検証される必要がある。

そして、NHSという医療保障制度の仕組みのどこに限界があり、何が決定的な問題点であったのかについては、さらに詳細な事実関係を踏まえて、慎重に評価を下していくべきであろう。特に本稿は、バーミンガム市の事例のみに基づく論考であり、他の都市や農村部における地域保健サービスについては、まだ明らかにされていない。バーミンガム市のその後の展開および他地域の状況について、今後さらに検討を加え、NHSの構造をより明確に捉えていかななくてはならない。予防を志向し、地域に根ざしたケア・サービスの連携のあり方を探っていくために、歴史から学ぶべき点はまだ残されている。それは別稿の課題としたい。

[謝辞]

本稿は一橋大学大学院社会学研究科に提出した博士学位論文「イギリスNHSにおける保健と医療の関係—1960年代までのバーミンガム市の事例をもとに」の一部を再構成し、社会政策学会第112回大会自由論題報告「イギリスにおける保健サービスの展開—NHS成立に関する一考察」に、大幅に加筆修正を行ったものである。執筆に際し、藤田伍一先生（東京福祉大学大学院）、西三郎先生（（財）医療科学研究所）をはじめ、多くの方々より有益なご助言をいただいた。この場を借りて心より感謝申し上げます。

（しらせ・ゆみか 同志社大学政策学部講師）

(34) NHSの創設期において、医師や地域保健に従事する専門職の連携が困難であった背景については、白瀬由美香「イギリス国民保健サービスにおける地域保健と医療の連携」『一橋論叢』第134巻第2号、2005年、237-240頁で考察を行った。

(35) とりわけ現代のイギリスにおいてケア・サービスの連携は重要課題であり、和文で読めるものとしては、長澤紀美子「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学紀要（社会福祉学部編）』第55巻、2006年3月がある。