

## 《研究ノート》

### 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

白瀬由美香

はじめに

イギリスで一九四八年に発足した「国民保健サービス(National Health Service:以下NHSとする)」は、「医療(Medicine)」だけでなく、「保健(Health)」も単一の制度に取り込んだ包括性を特色としている。NHSは租税を財源として無料で保健・医療サービスを提供する事業であるが、この成立を財政面から決定付けたのが一九四二年の「ベヴァリッジ報告」<sup>(1)</sup>であった。ベヴァリッジは社会保障の重要な関連制度として、全国民に対して拠出条件なしでサービス給付を行う医療保障制度を提言した。それを受けてNHSは予防・治療・リハビリテーションのすべてを

包括する医療システムとして形成された。加えて、一貫性のあるケアを提供するため、母子保健や在宅看護などの様々な地域保健サービスが医療を補完するように位置づけられたのであった。

ところが、NHSの成立事情に関する研究は日本でも少なくないが、保健と医療の機能的な連携に関しては、ほとんど検討が加えられていない状況である。そこで本稿は、まず地域における保健と医療の制度的位置づけという視点からNHSの発足を捉えなおす。そして、地域保健によって提供された在宅サービスと組織化された医療機関がどのように連携したのかを、特に在宅看護に注目して検討していきたい。

#### 一 保健と医療の位置づけ

ここでは、まず二〇世紀前半の保健・医療の状況に簡単に触れた上で、「国民保健サービス法」<sup>(2)</sup>によって、それらを制度上どのように位置づけようとしたのか見たい。

NHS成立以前のイギリスには、寄付により設立された篤志病院(voluntary hospital)と、救貧法の医療救済のための病舎から発展した公立病院(municipal hospital)

が混在していた。<sup>(3)</sup> いずれの病院も患者の資力に基づいて治療費を徴収していたことから、その時代に病院へ行くことができたのは、経済的に余裕のある者か、「貧民」とみなされた貧困者のどちらかであった。一九一一年からは医療保障として、低賃金労働者に適用される「国民健康保険(National Health Insurance)」<sup>(4)</sup>が開始されたものの、一般医による診療のみが対象であった。他方、当時の地方自治体では地区(District)ごとに母子保健や精神保健、結核患者の療養などの環境的・对人的な保健サービスを提供していた。これは、国民健康保険に加入できなかった労働者の扶養家族や高齢者など、少なからぬ国民に対して、サービスを提供するものであった。したがって、一九四八年以前の多くの人にとって、保健・医療へのアクセスは非常に限られたものであった。

しかし、NHSの発足によってすべての人が医療保障の対象とされ、職業や経済状況に関係なく平等に、あらゆる保健・医療サービスに無料でアクセスできるようになった。保健省は病院サービス、一般医サービス、地域保健サービスの三部門を結び付け、包括的なサービスを一元的制度の下で提供した。

まず、病院サービスでは国内のほぼすべての病院が国有化され、全国を一四ヶ所の地方病院局(Regional Hospital Board)に分けて、その下に各病院の運営委員会(Hospital Management Committee)が置かれた。地方病院局内には必ず、三次医療機関として高度先進医療を担当する教育病院(teaching hospital)があり、医師養成と研究活動も地域ごとに行われた。<sup>(6)</sup>

一般医サービスにおいては、各々の一般医が執行委員会(Executive Council)を通じてNHSと個別にサービス提供契約を結んだ。<sup>(7)</sup> その報酬は、かかりつけ医として登録した住民の人数に基づいて人頭請負制によって支払われるため、常に登録者の健康管理に務め、疾病予防を推進することが期待された。一般医は必要に応じて患者を病院へ紹介し、場合によっては往診も行っていった。

このように、国家的に組織化された病院と、ゲートキーパーとしての一般医によって形成された医療機関のネットワークは、地域医療の一つのモデルだと見られている。NHSは、一般医の登録制度と紹介制度を基礎として、各々の地域で治療を完結させ、また医師の養成をすることも可能としたのである。

二〇世紀の医療政策は、病院を可能な限り普及させることに焦点が置かれていた。<sup>(8)</sup> N H S 成立に関する研究の嚆矢であるエクスタインやエイベルスミスの著作が、病院を中心とした医療システムとして N H S 像を描いていたのは、そのような問題関心に基づいていたのであろう。N H S が巨大な病院システムとして多くの注目を集めてきたのは、時代の要請に応えたものであったと考えられる。

また日本の制度との顕著な違いは、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が、N H S では明確に機能分化されている点である。佐口卓は「医療の社会化」には医療供給面の社会化が必要であると主張しているが、N H S で行われた病院の国有化による医療機関の整備は、それを達成したものだ<sup>(9)</sup>と評価している。<sup>(11)</sup>

しかしながら、これら先行研究は医療にばかり目を向け、N H S に同時に取り込まれた保健への言及がほとんどない。イギリス政府発行の N H S 形成史においても、地域保健サービスは残余の機能を残されたが、サービス全体における位置づけが曖昧であったとウェブスターに評されており、<sup>(12)</sup>地域保健はこれまで十分な考察が行われてこなかった。だが、N H S が理念としていた予防からリハビリまでの包括

的なサービス提供という観点からすれば、地域保健は病院や一般医と并列に検討される必要がある。

地域保健サービスは、州 (County) や特別市 (County Borough) を単位とする地域保健当局によって、保健医務官 (Medical Officer of Health) の下で主に在宅サービスを管轄していた。具体的には、母子保健、助産、訪問指導、予防接種、在宅看護、高齢者や障害者への身体介護のほか、家事援助や保育、救急車両の管理、保健センターの設置などを行っていた。これらのサービスは、プライマリ・ケアの最前線に関わるものばかりであり、N H S が趣旨とする予防的な取り組みの中心であった。

在宅サービスの提供にはチームワークが不可欠であるが、保健省の見解では、一般医の主導によって、地域を基盤としたサービス従事者のケア・チームを構成することが想定されていた。<sup>(13)</sup> N H S により形成された地域的なネットワークにおいて、一般医は患者を病院に紹介し、また退院した患者の予後を診るほか、必要に応じて地域保健当局によるサービス提供の便宜を図ることになっていた。すべてのサービスを無料で提供する N H S は、病気を治療するという事後的な処置に加えて、健康状態の向上のため予防的に

寄与することも意図しているが、地域保健サービスはそこで医療システムを補完する役割を担っていたのである。

以上のように、本稿では保健と医療が同一の枠組みに位置づけられた制度として、NHSに注目する。次に考えなければならぬのが、そこに関わる専門職がどのように連携するのかということである。

## 二 地域保健と医療の連携

保健・医療・福祉の一貫したケアを提供するためには、連携ということが問題となる。連携は適切なサービスを適切に提供するという、医療保障の平等性にも深く関わる問題である。近年、地域を基盤とした病院間の連携に関する歴史研究がモハンによって行われたが、本稿はさらに視野を広げ、地域保健と医療の連携というNHSの根幹に関する視点から考察を進める。

まず、一九五〇年代における地域保健サービスの主要な担い手について触れておく。地域保健サービスは、助産師 (midwife) ・保健師 (health visitor) ・地区看護師 (district nurse) など<sup>(14)</sup>の看護職によって担われてきた。母子保健は地方保健が伝統的に大きな役割を果たしてきた分野

であるが、助産や乳児へのケアは助産師が、幼児のいる家庭への栄養や衛生状態に関する訪問指導および健康教育は保健師が担当した。また保健師は、高齢者や結核患者などにも疾病予防に関する訪問指導を行っていた。自宅で療養する患者に対しては、地区看護師が派遣された。

地域保健に従事する看護職は病院に勤務する看護師と違い、地域で独立した専門職として活動し、特に農村部では三つを兼任して、職務ごとにNHSとパートタイム契約を結んでいる者が多かった。一九五三年末現在の延べ人数では、助産師がおよそ七千人、保健師が六千人、地区看護師が一万人であった。<sup>(15)</sup>これらの職務は互いに関連しあうものであり、兼任者がいたこともあって、そこに境界線を引くことは難しい。特にこの当時はまだ専門職としてのソーシャルワーカーが確立していなかったために、保健師はソーシャルワーカーのような活動にも携わっていた。<sup>(16)</sup>したがって、本章では職務範囲が比較的明確であった地区看護師を取り上げ、在宅看護と医療との関係を詳述する。

多くの地区看護師は、一九四八年以前には地区看護師協会 (Queen's Institute of District Nursing) に所属し、<sup>(17)</sup>医師からは独立した存在として在宅看護を提供していた。

女性や子供、高齢者や障害者など医療保障の対象外の貧困層にとつて、在宅看護は貴重なサービスであった。地区看護師の資格を取得するには、病院看護師のための二年間の教育の後、協会の指定する六ヶ月間の研修を受けることが必要であった。各地の地区看護師協会の支部は共済制度や寄付、自治体からの補助金などを原資として活動していたのだが、NHISの発足時には六〇の地域保健当局がその活動を引き継いで地区看護師を雇用し直接サービス給付を行い、五六の当局が支部とサービス委託契約を結んだ。また両方式を併用した当局が一三ヶ所あった。<sup>(18)</sup>

地区看護師は、病院の専門医と地域で開業する一般医のどちらとも連携して職務に当たった。病院との連携は地域によって程度の差があったが、病院が入院待機患者の優先順位をつける際に地区看護師に意見を求めることは一般に行われていた。ある地方では、待機患者への在宅看護は主治医となる専門医との協力の下に提供され、主治医や病院の看護師も定期的に患者を訪問していた。また、訪問の際には看護教育の一環として、看護学生を同伴することが推奨された。<sup>(19)</sup>

NHISによって、すべての人に高度医療へのアクセスが

確保されたため、病院サービスに対する需要は増加し、長い待機者リストの存在が当時から問題となっていた。<sup>(20)</sup>しかし、地区看護師による在宅看護によって、待機中の患者は入院までの期間も医学的な処置を受けることができ、病状の進行を防ぐことができた。すなわち、需要に対して不足する病院サービスを補完したのが在宅看護であった。

そして、病院から退院した患者への訪問看護も地区看護師の重要な任務であった。これは、予後の処置を任された一般医との連携によってなされていた。入院患者の回転率を向上させるため、病院が患者を早期に退院させるようになったことから、地区看護師の職務は劇的に変化し、また増加したと指摘されている。<sup>(21)</sup>とりわけ抗生物質の使用を含む現代的な治療法の導入は、かつての地区看護師の職務の中心であった包帯の交換など療養上の世話をするためだけでなく、注射や投薬などの医療行為のために患者宅へ頻繁に訪問することにつながった。<sup>(22)</sup>

NHISの発足以降、在宅看護への需要は増加し続け、一九四九年に一七〇〇万件だった訪問件数は一九五三年には二二〇〇万件に、サービス利用者数も八七万人から一一八万人へと増加している。平均すると一人当たり二〇回前後

の訪問を受けていたことになる。<sup>(23)</sup> また、人口の高齢化に伴い、慢性疾患の高齢患者が増加したことも在宅看護の需要を押し上げる要因となった。<sup>(24)</sup>

病院に長期間入院する高齢者や慢性病患者の存在は、保健省にも問題視されていた。病院への入院は、急性疾患の治療を優先すべきだとの考えが次第に支配的となり、病床の効率的な使用は「リハビリテーションの強化や高齢者への福祉住宅、適切な地域保健サービスやボランティア・サービスにかかっている」<sup>(25)</sup>と考えられた。そのためにも、地域保健サービスが医療と連携を深めることは重要であった。だが、NHSによって保健と医療が一つの制度に位置づけられたからといって、現実にはサービス従事者の連携が必ずしも容易に実現したわけではなかった。

### 三 内在する問題

初期のNHSにおいて、病院の専門医と地域で働く一般医や看護職との連携が円滑に進まなかった背景には、専門職の歴史的な階層性の問題があった。そして、専門職の階層性は、NHS発足前の保健・医療サービスの下で患者側に存在した階層性を反映したものであった。

すなわち、二〇世紀前半には富裕な中産階級が病院の専門医から、労働者階級は国民健康保険によって一般医から診療を受けるという構図が成立していた。妊産婦や乳幼児、育児中の母親、結核患者、障害者、高齢者など社会的に弱い立場にある人々は、地方自治体のサービスを利用するのが専らで、多少なりとも費用を負担しなくてはならない医師の診療を受けることはほとんどなかった。<sup>(26)</sup>

NHSの発足当時、地域保健の現場で活動していたのは、大部分が女性である助産師、保健師、地区看護師ら看護職である。そして、病院・一般医と地域保健サービスとの関係には、男性の医師と女性のパラメディカルという社会的・職業的なステータスの違いが表れていただけではなく、それまでのサービス対象者であった患者の階層性も反映された、偏見に満ちたものがあった。

しかしながら、地域保健サービスに従事する看護職は、職務の性質が許す範囲内での独立性を重んじる傾向があった。そのため、医師の下に位置づけられ、補助業務に専心することには批判的かつ悲観的な者が多かった。<sup>(27)</sup> 地区看護師の中には、包帯の交換などの看護を目的として一般医の診察室に立ち会うことを求められると、それに抵抗する動

きもあったという。NHSの施行日を前にして、一般医と地区看護師や保健師との間には概ね良好な協力体制が成立していたと保健省は評価しているのだが、その関係は実際のところは明らかではない。特に助産師は、病院での分娩の増加や、それまで独占的に扱ってきた妊産婦と乳幼児のケアが一般医と競合関係になったことから、連携を歓迎していなかったと指摘されている。<sup>(29)</sup>

ただし、当時はまだ看護職の資格要件や養成カリキュラムは整備の途上にあり、専門職としての位置づけが医師ほどには明確でなかったのも事実である。とりわけ助産師・保健師・地区看護師を兼任していた者については、NHS発足以前にはいずれかの資格を取得していれば他の職務にあたることも認められていたため、一部で専門性を疑問視されていた。<sup>(30)</sup>したがって、慢性的に人材不足であった看護職の採用や養成、資格制度に関する問題は、保健省にとって一九五〇年代を通じての課題であった。

他方、一般医も地域保健サービスに対して少なからぬ反目を感じ、NHSの開始によって連携が深まることに不安を抱いていた。<sup>(31)</sup>その理由は第一に、一般医はそれまで地域保健サービスをプライマリ・ケアの競合相手と見なしてい

たからである。国民健康保険の下では、労働者本人のみが一般医の診察を受け、保険の適用されない扶養家族は地方自治体の保健サービスを利用するという住み分けがなされていた。第二に、一般医はそれぞれが独立した開業医であったため、地域保健サービスだけでなく他の医師とも継続的に連携して働いた経験がなかったからである。そしてNHSの発足によって、職業としての独立性を喪失し、収入が減少することを恐れていた。さらに、地域保健サービス従事者と社会的に同列に扱われて、病院の専門医に比べて専門職としての地位が低下することを懸念していた。<sup>(32)</sup>そのため、NHSの発足に際して、保健センターでのグループ診療や他の専門職との協働に強固に反対する姿勢をとったのである。

また、医師の内部にある階層性は、さらに歴史的なものであった。一般医と専門医は中世以来、別々の職業として発展したため、医師という職業でありながら養成システムも資格も異なっていた。<sup>(33)</sup>NHSが発足した当時は、一般医の養成は徒弟制度に基づく現場での研修が中心で、大学の教育は必須ではなかった。そのため医療上の技能の面でも、出身階級の面でも、一般医は専門医の下に見られる傾

向があり、一次医療と二次医療の間で患者に対する責任を共有しているという意識は、ほとんど無かったことが指摘されている。<sup>(34)</sup>

そこに導入されるNHSは、保健・医療サービスを受ける患者側、提供する専門職側の双方に存在する階層性に対処するものでなければならなかった。医療保障では、第一に患者の症状に即した最適な医療を提供すること、第二に医療への経済的、地理的な障壁を取り除きアクセスを確保することが求められるが、特に地理的アクセスを考える場合、保健・医療・福祉の連携を進め、包括的なケアを提供することが政策上の課題となる。

NHSは患者が貧富の別なく平等に扱われるように、サービスへのアクセスの階層性を取り除くことを目指していた。<sup>(35)</sup> それを実現するためには、あらゆるサービスおよびサービス従事者が一つの制度に取り込まれる必要があった。そして、制度概要の構想を提示した「NHS白書」<sup>(36)</sup>が、在宅看護は最も重要な部門になると位置づけていたように、医療システムを円滑に機能させる上でサービス間の連携は不可欠な要素だと考えられていた。

しかしながら、実際に発足したNHSは、保健省の下に

すべてのサービスが制度の上で統合されただけにすぎなかった。保健センター設置による協働の推進のように、連携の場を制度的に設ける計画は、独立性を重んじる医師の反対によって実験的な位置にとどめられ、一九五〇年代にはほとんど行われなかった。したがって、専門職に連携を促すという意味では、初期のNHSの枠組みには問題があったと言わざるをえない。

NHSは構想段階から比べると、サービスのあり方が「望ましいもの」から「実現可能なもの」へと変化したと評されている。<sup>(37)</sup> NHS全体の組織構造の問題は当初から一般に知られており、一九五二年にはNHSの諮問機関である中央保健サービス審議会 (Central Health Services Council) が、病院・一般医・地域保健の三部門は国レベルでは保健省によって関連付けられているが、それ以下の地方レベルでの連携はなされていないと指摘している。<sup>(38)</sup>

だが、NHSのような国家的事業は、専門職の参加なしには立ち行かない。制度を予定通り開始するために、保健省はとりわけ医師に対して、独立性を担保する政治的妥協をせざるを得なかった。例えば、専門医はパートタイムで病院に勤務し、患者の全額自己負担による私的診療を自由

に行うことが認められた。また、一般医はNHSに直接雇用されず、サービス提供契約を結ぶことになった。このようにして、医師の専門職としての社会的・経済的立場を尊重しつつ、制度に取り込むことによりやく成功したのである。三つのサービスが分立するNHSの組織は、包括的サービスを提供するためになされた当時の政策的取り組みの限界を表している。

#### 四 まとめ

以上、本稿ではNHSが当時のイギリス社会の実情に即した形で保健・医療を統合し、いくつかの問題を抱えながら、連携を試みてきたことを論じた。ここまで述べてきたように、医療機関の機能分化に基づく組織化を基礎とした保健・医療の地域ネットワークは、一次・二次・三次医療機関の関連付けを基盤とし、それを在宅サービスが補完している。しかし、NHSによって枠組みが形成されたものの、一九五〇年代には専門職の協働という形で、必ずしもネットワークが円滑に機能するには至らなかった。

そこで、今後の研究課題として以下の二点を挙げておきたい。第一に、今後は保健師や助産師など様々な地域保健

従事者の活動を検証しなければならない。これは、特に予防という側面から地域保健と医療の関係を考察する上で重要である。

第二に、地域保健サービス内部における社会福祉の混在とその後の分化の過程を明らかにしなければならない。一九五九年の「精神保健法」以降、コミュニティ・ケアを標榜する政策が提言されるが、この動きと保健・医療・福祉に従事する専門職の確立過程とを照らし合わせていくことが有効であろう。

発足初期のNHS内部における連携についての研究は、まだ緒に付いたばかりである。様々なサービスがどのように連携を持ったのかを仔細に検討することによって、地域ネットワークの全体像が明らかになると思われる。

(1) Beveridge, William, *Social Insurance and Allied Services*, HMSO, 1942. (山田雄三監訳『社会保険および関連サービス』至誠堂、一九六〇年。)

(2) *National Health Service Act, 1946*, 9 & 10 GEO. 6, Ch. 81.

(3) 一九四八年以前の状況については、Abel-Smith, Brian, *The Hospitals 1800-1948*, Heinemann, 1964 (※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、一九八一年）と Thane, Pat, *Foundations of the Welfare State*, Longman, 1996（深澤和子・深澤敦監訳『イギリス福祉国家の社会史：経済・社会・政治・文化的背景』シネルウマ書房、二〇〇〇年）なごを参照。
- (4) 国民健康保険の成立は、Gilbert, Bentley, *The Evolution of National Health Insurance in Great Britain: the Origins of the Welfare State*, Michael Joseph, 1966 を参照。
- (5) 一九三〇年代の国民健康保険加入者は全人口の四〇％程度であった。Ministry of Health, *Twentieth Annual Report of the Ministry of Health 1938-1939*, Cmd. 6089, HMSO, 1939.
- (6) イギリスにおける医師の養成は、医学校（大学）と提携する教育病院での実習を通じて行われる。教育病院は長い伝統を持ち、日本の大学医学部付属病院とはやや性格が異なる。
- (7) その他、一般医サークルス部門には歯科医（Dentist）、眼科医（Ophthalmologist）、検眼鏡士（Ophthalmic Optician）、薬師（Pharmacist）などがある。
- (8) Fox, Daniel, *Health Policies Health Politics: the British and American Experience 1911-1965*, Princeton University Press, 1986, p.xi.
- (9) 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、一九六一年）
- (10) Abel-Smith, Brian, *op.cit.*（多田羅浩三・大和田健太郎訳、前掲書）
- (11) 佐口卓『医療の社会化 第二版』勁草書房、一九八一年、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、一九七七年を参照。
- (12) Webster, Charles, *The Health Services Since the War, Vol.1, Problems of the National Health Service before 1957*, HMSO, 1988 pp.373-374.
- (13) Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, Cmd.8342, HMSO, 1951, p.26.
- (14) Mohan, John, *Planning, Markets and Hospitals*, Routledge, 2002.
- (15) Cf. Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, Cmd.9321, HMSO, 1954.
- (16) Young, Eileen, *Social work in Britain 1950-1975*, Al-husband, Eileen, *Social work in Britain 1950-1975*, Al-

- len & Unwin, 1978 (本庄祐之監訳『英国ソーシャルワーカーの歴史』誠信書房、一九八四年)を参照。
- (17) 2005年以前の地区看護師の活動は、Fox, Enid, 'Universal Health Care and Self-help: Paying for District Nursing before the National Health Service', *Twentieth Century British History*, Vol.7, No.1, 1996を参照。
- (18) Ministry of Health, 1954, p.124.
- (19) *Ibid.*, p.126.
- (20) 一九五〇年七月半までは毎年五〇万人を超えその総数は記録されていない。Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health*, HMSO, 1960, p.16.
- (21) White, Rosemary, *The Effects of the National Health Service on the Nursing Profession 1948-61*, King Edward's Hospital Fund for London, 1985, p.146.
- (22) Ministry of Health, 1954, pp.124-125; Jefferys, Margaret, 'General Practice and the Other Caring Profession', in Loudon, Irvine, John Horder & Charles Webster (eds.), *General Practice under the National Health Service 1948-1997*, Clarendon Press, 1998, p.138.
- (23) Ministry of Health, 1954, pp.124-127.
- (24) 一九五一年には、イングランドおよびウェールズで約六〇〇万人が年金受給者(男性六五歳以上、女性六〇歳以上)であった。全人口の七分の一を占めた。Ministry of Health, 1954, p.193.
- (25) 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.
- (26) Abel-Smith, *op. cit.*, pp.1-3. (多田羅・大和田訳、四一四頁以下)
- (27) Jefferys, *loc. cit.*, p.138.
- (28) Ministry of Health, 1954, p.126, p.133.
- (29) Jefferys, *loc. cit.*, pp.135-138.
- (30) *Ibid.*, p.136.
- (31) *Ibid.*, pp.133-134.
- (32) Webster, *op. cit.*, p.380.
- (33) 一般医は都市の職人ギルドから生まれた外科医(Surgeon)と薬種商(Apothecary)を起源とする。専門医(Specialist)は大学教育を受けた内科医(Physician)から発展した。専門職としての医師の成長については、London, Irvine, *Medical Care and the General Practitioner 1750-1850*, Oxford University Press, 1986。多田羅浩三『公衆衛生の思想—歴史からの教訓』医学書院、一九九九年などを参照。
- (34) Loudon, Irvine & Mark Drury, 'Some Aspects of Clin-

- ical Care in General Practice', in Loudon, *et al.* (eds.), *op. cit.*, p.105.
- (85) Bevan, Aneurin, *In Place of Fear*, Heineman, 1952, p.77. (山川菊枝訳『恐怖は代わつて』岩波現代叢書、一九五三年、八八頁。)
- (86) Ministry of Health & Department of Health for Scotland, *A National Health Service*, Cmd. 6502, HMSO, 1944, p.63.
- (87) Ham, Christopher, *Health Policy in Britain, 4th ed.*, Macmillan, 1999, p.12.
- (88) Central Health Services Council, *Report on Cooperation between Hospital, Local Authority and General Practitioner Services*, HMSO, pp.3-5.
- 〔一〇〇五年三月一〇日受稿  
一〇〇五年四月四日レフェリーの審査  
をへて掲載決定〕
- (一橋大学大学院博士課程)