

医療保障における保険方式とサービス方式

——イギリスを例証として——

小 川 喜 一

I はじめに

「医療保険の抜本改正」が政治の日程にのぼされて以来、すでに久しい。この問題をめぐって、ジャーナリズムはもとより、国会その他の関係諸機関においても、これまでにさまざまな主張が展開され、数々の論議が戦わされてきたが、その華々しさは、文字どおり「百家奏鳴」とも形容すべきであろう。だが、それに引きかえ「抜本改正」の実施自体はいっこう進捗を見ないままに、今日にいたるまでいたずらに歳月がすごされてきた。

しかし、その間にもわが国の医療保険の矛盾はいよいよ拡大し、その危機的様相はますます深まって、とどまるところを知らないかに見える。診療報酬不正請求の大型化から不正入学問題にいたるまで、次々と明るみに出てくる醜悪な事件を前にして、医療保険の現存機構が醸す退廃状態に対する国民の批判は、いやおうなしに、そのきびしさを加えざるをえない。それにもかかわらず、厚生省当局の基本的姿勢は、事実上「抜本改正」をたんなる医療保険財政の赤字問題に局限し、その財源不足は保険料などの受益者負担の増徴によってまかなわれるのが当然であるとの立場に終始している。このような事情のもとにおいて、医療保障における保険原理そのものがあらためて再検討されるとともに、保険方式とサービス方式との対比に関する研究が注目を集めつつある。このことは、現在までの「抜本改正」論議と考えあわせて、その今後における必然的發展の一方向を示すものといってもよいであろう。

そのみならず、医療保障におけるサービス方式への関心の高まりは、さらにわが国における最近の医療保障の現実的動向によっても要請される

ところである。東京都の「老人医療無料制度」は、その発足に際してはさまざまな障害に遭遇したものの、すでに1年以上を経過した。また、その間にこれにならって、いくつかの地方自治体でも類似の制度が設立され、今後もその数は増加するものと見られる。しかも、サービス方式による医療保障は、ひとり老人医療においてのみ現実的課題とされているのではない。心身障害、精神病、結核などの医療についても、公費負担の増大の要望が強いし、また公害病の医療も、当然、既存の保険方式による給付から何らかの形で分離され、確立されるべきであろう。

このように、いまや保険方式に対する再検討とサービス方式の導入・拡大がせまられているとするならば、前者から後者への移行は歴史的にはどのような条件のもとにおいて実現されうるのであるか。あるいは、それらの条件はわが国においてもすでに整っているのだろうか。拙稿の課題とするのは、これらの点を明らかにすることであるが、今日、サービス方式による医療保障の典型と見なされるのは、いうまでもなく、イギリスのそれである。したがって、まず、かの国における1911年の「国民保険法」(National Insurance Act)から1946年の「国民保健サービス法」(National Health Service Act)にいたる歴史的過程に考察を加えることによって、おそらく、わが国における保険からサービスへの移行の問題に関してもいくつかの教訓が引き出されうるのである。

II イギリスにおける国民健康保険財政の安定

上記の「国民保険法」は、イギリスにおける社会保険の嚆矢として国民健康保険とともに失業保

険をも創設したが、両世界戦争間の時期に両者の保険財政がたどった足どりを顧みると、まったく対照的な状態を呈したことが人びとの注意をひくであろう。イギリス失業保険は、第一次世界戦争の終結直後までの期間は別として、1920年の戦後恐慌の勃発以来、大量の構造的失業の発生によってその保険財政がひたすら悪化の一途をたどったことは、よく知られるとおりである。すでに1926年にその「支払い能力の回復に対する一切の希望は失われた¹⁾」と極論されるにいたり、ついに1934年の「失業法」(Unemployment Act)によって、失業保険は新たに設けられた失業扶助制度と併せて再編され、その財政的再建がはかられなければならない結果となった。それに反して、国民健康保険の財政は、一見したところ、つねにきわめて安定的な状態に恵まれていたといつてよい。

後者の財政にいま少しく立入って考察すると、もともと「国民保険法」の成立過程において、激しい論議の焦点の一つとなったのが、その財政問題であった。この立法と当時の労働者階級から強い支持を受けた『王立救貧法委員会少数派報告』(The Minority Report of the Poor Law Commission, 1909.)の医療保障構想との対決において²⁾、それに決着を与えた直接的要因の一つが、費用管理上の難易という点にあったことは見のがされえないであろう³⁾。国民健康保険の発足に先立って、予め保険数理に立脚しつつ、保険財政計画について可能なかぎり、綿密な検討がかさねられたことは、もちろんである。この保険制度は、その管理機関に「認可組合」(approved societies)⁴⁾を参加させ、

はなはだしく複雑な機構を取り入れたが、いま、それをほぐしつつ、その財政にメスを入れた I. フォーク (Falk) の計算によれば、被保険者 1 人当りの保険財政の収入は、1916 年の 1 ポンド 12 シリング 6 ペンスから 1933 年の 2 ポンド 11 ペンスにまで伸びた。他方、同じく 1 人当りの支出は、1916 年には 1 ポンド 11 ペンスであったが、1933 年においても 2 ポンド 7 ペンスにとどまり、これらの期間を通じて年々に、多かれ少なかれ、収入は支出を上回った。

もっとも、国民健康保険財政は、その創設に際して、いわゆる賦課方式 (dividing-out system, or distribution system) ではなくして、積立方式 (accumulative system) を採用したので⁵⁾、上述の収入超過分をただちに保険財政における余剰と考えることは誤りである。だが、この点を考慮に加えても、なお収入超過がある程度の額に達したことは、「認可組合」の財政状態に照しても十分に察知されうるところである。さらに R. W. ハリス (Harris) もこれらの収支状況を図式的に解明するために、1931 年から 35 年までの保険財政の実績にもとづいて、拠出額——被保険者および雇用主によるものの合計額——を基準とし、収支各項目の占める比率を示したが、それは表 1 に見られるとおりである。すなわち、この時期には拠出および大蔵省支出の合計 (1,243) によっては、給付費および管理費の総支出 (1,408) をまかなうには不足であり、積立金に対する利子 (227) のうちからかなりの部分が充当されなければならなかったとはいえ、なお積立金に繰入れられるべき残額 (62) が生じた。このようにして、1931—35 年における基金の増加額はほぼ 500 万ポンドに達し、その総額においては 1 億ポンドを超えるにいたった。他方、国民健康保険に対する政府拠出は、表 2 に示されるように、減少傾向をたどり、1926 年以降においてはその額が給付費および管理費の約 6 分の 1、

1) P. Cohen, *Unemployment Insurance and Assistance in Britain*, 1938, p. 29.

2) この点に関しては、拙著『イギリス社会政策史論』第 3 章を参照。

3) 『少数派報告』の構想の「難点は費用の問題であり、それは、ロイド・ジョージ (Lloyd George) が提案した保険数理的に堅実な保険機構とは異なって、費用の管理が困難であったであろう。」(H. Pelling, *A Short History of the Labour Party*, 2nd edition, 1965, p. 27. 拙訳『イギリス労働党の歴史』51頁。)

4) 「認可組合」の管理機構への参加について、ロイド・ジョージは国民健康保険を「官僚的でない」、「役人によって行なわれるのではない」(The People's Insurance, 1911, p. 133.) 制度たらしめる措置として、その意義を強調した。「認可組合」となるための条件としては、紆余曲折の後に、

(1) 営利団体でないこと

(2) 被保険者によって民主的に管理される団体であることが要求されたが、しかし、「これらの条件に合致しない団体あるいは会社であっても、『国民保険法』のもとで事業を行なう目的をもって、本

法が『認可組合』として取り扱う別部門の団体あるいは会社を設立することができる」(C. Carr, S. Garnet, and J. H. Taylor, *National Insurance*, 3rd edition, 1912, p. 45.) のが、実情であった。制度の発足とともに、1 万をこえる「認可組合」が参加した。

5) 概して、被保険者が 55 歳に達したとき、その年における彼らのための給付および管理の費用は、彼らのための拠出および積立金利子と均衡するが、しかし、55 歳以後には給付費が急速に増大し、70 歳において彼らの積立金も枯渇するものと考えられた。

表 1 収入と支出

収入	
抛出	1,000
大蔵省	243
	1,243
積立金に対する利子	227
合計	1,470
支出	
現金給付	
疾病手当	404
廃疾手当	235
出産手当	64
その他の給付	103
	806
医療給付	390
	1,196
管理費	212
給付および管理に対する支出の合計	1,408
支出に対する収入の超過 (4% 強)	62

(注) R. W. Harris, *National Health Insurance in Great Britain*, 1911—1946, 1946, p. 100.

表 2 政府拠出の推移

(イングランドおよびウェールズ)

年	金 額
1925	£ 7,228,100
1926	6,254,900
1927	6,842,600
1928	6,389,900
1929	6,873,300
1930	6,605,900
1931	6,356,300
1932	5,515,100
1933	5,395,700
1934	5,562,900

(注) I. S. Falk, *Security against Sickness*, 1936, p. 183.

あるいはそれ以下にさえ縮減されたこともまた、忘れてはならないであろう。

それでは、このように国民健康保険財政が安定状態を保つことができたのは、いかなる原因によるものであったであろうか。この問題の解明に先立って、まず留意されなければならないことは、その安定状態が実は医療保険の拡充を求める国民の広い階層の要望を犠牲としてあがなわれたものであったという事実である。周知のように、国民健康保険——それは発足以来、第二次世界戦争後に国民保健サービスによって取って代えられるま

で、制度上には何ら重要な改変を見なかった——は、その被保険者の範囲においても、また給付とくに医療給付の内容においても、きわめて制限された制度であった。前者の点に関しては、非筋肉労働者の強制加入には一定の所得制限が設けられていたことは別としても、被保険者の扶養家族は、彼ら自身が被用者でないかぎり、原則的には何らの給付をも受けることができず、ただ財政的余裕に恵まれた「認可組合」の一部が彼らに対して一定範囲の医療給付を提供したにすぎなかった。つぎに後者の点に関しては、現金給付はともかくとして、法定の医療給付は一般医による診療のみに限定され、専門医による診療、あるいは入院治療をはじめ、歯科診療、眼科診療などは、「認可組合」の財政事情に応じ、部分的に附加給付として支給されるにとどまった。

ところで、上述のごとく、失業保険財政とは対照的に国民健康保険財政においては着実にその基金が増大しつづけた事実は、当然に論議をひきおこした。とくに1924年に設置された「国民健康保険に関する王立委員会」(Royal Commission on National Health Insurance)はこの問題を取り上げ、保険数理委員会の助力をえて、既存の拠出額が実際には高率にすぎのではなかったか否かについて、あらためて検討を加えた。その結果、「王立委員会」は、年に約450万ポンドだけが予測された法定給付をまかなうに必要な額よりもいっそう多く拠出されていることを見出した。だが、拠出率の引下げは否定されたばかりでなく、さらにこのマージンの用途について、その半額は給付の拡大にふり向けられるべきであるとの提案も、結局、容れられるところとならず、むしろ国庫負担の軽減にあてられたことはさきに述べたとおりである。当時、国民が法定給付の拡大を強く要望していたことを端的に物語るのは、法定給付から除外されていた専門医による診療あるいは入院治療の出費にそなえて、いわゆる「病院保険」(hospital insurance)への加入者が急激に増加しつつあった事実である。「入院費貯蓄協会」(Hospital Saving Association)への拠出者——そのなかには被保険者以外の階層も含まれていたが——は1924年

の6万人から3年後には35万人となり、さらに1933年には実に116万人を数えるにいたった⁶⁾。

このような国民の強い要望も、国民健康保険財政の安定維持のために無視し去られるところとなったが、その際、この「王立委員会」の『多数派報告』(*The Majority Report*, 1926)が次のごとくに論じたことは、注目に値するであろう。すなわち、「とくにわれわれは、この事業(国民健康保険を指す——筆者注)を拡張すればするほど、保険原理を維持することはますます困難になるものと固く信じている。われわれの考えるところによれば、究局的な解決法は、医療事業をまったく保険制度から切離して、一般の公費によってまかなわれている他の保健事業と同じ線に沿って再組織することであろう⁷⁾」と述べた。この言葉は、一面においては法定給付の拡大を拒否したことに対する弁明であるに相違ないが、他面においてはその後の医療保険の展開方向について重要な示唆を包含するものでもあったといえる。P. E. P. (Political and Economic Planning)による1937年の『イギリス保健事業に関する報告書』(*Report on the British Health Services*)も、その後者の面に注目して「彼らがこのような結論に到達するにいたったのは、一つには、環境改善事業のように社会に利益をもたらす保健事業と、医療サービスのようにたんに個人に利益をもたらすにとどまる保健事業との間の区別が、急速にくずれ去りつつあることを看取した結果である⁸⁾」と論じた。

III イギリス国民健康保険における 財政安定化の要因

以上のように、イギリス国民健康保険財政が安定を保ちえた基本的条件としては、それがどれほど国民の願望に背馳するものであったにせよ、被保険者の範囲および給付の内容の両面において、ひたすら狭い枠組が固持されたことをまず指摘しておくべきであろう。しかし、その狭い枠組のな

かにおいてではあれ、いかにして実際に保険財政の安定が維持されえたかは、一応別個の問題として究明されなければならない。

再びさきの表1にもどろう。1931--35年における保険財政の支出面では、管理費を別とすれば⁹⁾、現金給付費と医療給付費との割合はほぼ2対1であり、わが国においては逆にほぼ1対9(1968年度、政府管掌健康保険、被保険者分)であるのに比べて、きわ立った対照をなした。「イギリスの『健康』保険は、ドイツの『疾病』保険に比べて、医療よりもむしろ現金を給付する制度である。イギリスにおいてはいままお保険財政の重点は、被保険者の健康の『回復』よりも、むしろ第一義的には労働不能によって失われる所得の『補償』におかれている¹⁰⁾」と特徴づけられたのも、そのためである。このような特徴が、何よりもまず、医療給付に加えられた狭い枠組によって生ずることは、附言するまでもないであろう。

次に現金給付費の内訳をさきの表1について見ると、最大の比重を占めるのは疾病手当であり、それは医療給付費をもやや上回る割合に達し、それに次ぐのが廃疾手当である。したがって、保険財政の安定の視点からは、保険者の関心の中心となるのは、医療給付よりもむしろ現金給付の動向であり、とりわけ疾病手当支給の管理であった¹¹⁾。実際的にも1922年から33年までの被保険者1人当りの各給付費の推移において、表3の示すように、現金給付費が概して増大傾向にあったのに対して、医療給付費はむしろ停滞ないしは減少の傾向を呈したが、このことは、わが国の場合と対比して、とくに注意されるべきであろう。その意味において、拙稿の課題にとっては、後者の安定的状態に対する分析こそ重要であり、前者に関し

9) 総支出中に占める管理費の比重が、国民健康保険においては他の社会保険におけるよりもいっそう大であるが、この点に関しては、拙著『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』、第2章、第3節を参照。

10) Falk, *ibid.*, pp. 175-77.

11) 疾病手当のための支出増加の傾向は、保健省の見解によれば、その請求者数——とくに既婚婦人の間における——の増加によるものであるが、このことの主要な原因は、実際には労働不能の状態にあるのではない人びとによる請求の増加にあると判断された。そのために、地区医官(Regional Medical Officers)が労働不能をめぐる問題の裁定にあたることとなったが、彼らによって「放漫な診断書の発行はかなり阻止されたけれども、なおそれは不十分であると考えられた。」(R. W. Harris, *ibid.*, p. 115.)

6) Cf. I. S. Falk, *Security against Sickness, A Study of Health Insurance*, 1936, p. 200.

7) Quoted by R. W. Harris, *National Health Insurance in Great Britain*, 1911-1946, 1946, p. 170.

8) Quoted by *ibid.*, p. 170.

表3 被保険者1人当りの支出の推移 (1922=100)

(イングランドおよびウェールズ)

支 出	1922	1925	1930	1931	1933
総支出	100	105	117	115	103
管理費	100	96	103	103	95
給付費合計	100	106	119	117	105
疾病手当	100	108	108	106	101
廃疾手当	100	125	150	143	132
出産手当	100	86	86	83	69
医療給付	100	95	96	99	87
その他	100	215	754	723	523

(注) Falk, *ibid.*, p. 175 より作成。

表4 医療給付費 (1934—5年)

(イングランド)

	金 額	百分比
総額	£ 10,734,000	100.0
法定給付	8,557,000	79.7
附加給付	2,177,000	20.3
医師の報酬など	6,652,000	62.0
歯科サービス	1,496,000	13.9
薬剤および器具 ²⁾	1,943,000	18.1
眼科サービス	343,000	3.2
病院サービス	88,000	0.8
回復期用ホームなど	101,000	0.9
その他のサービス	110,000	1.0

(注) 1) Falk, *ibid.*, p. 176 より作成。

2) 法定および附加の両給付のものを含む。

てはこれを考察の範囲外におくこととする。

いま、1934—5年における医療給付費を構成別にみると、表4のごとくであったが、それによれば、この種の支出のうち、医師の報酬、薬剤および器具の支給、ならびに歯科診療のための支出が総額の94%を占め、その他の費用はほとんど取るに足らぬ程度にとどまった。とりわけ医師の報酬は医療給付費の6割を超え、したがって、全体としての医療給付費の動きが、被保険者数の変動を別とすれば、医師に対する報酬率の大小によって少なからぬ影響をまねがれえなかったことはいうまでもない。

1911年の「国民保険法」の制定とその実施にあたって、ロイド・ジョージと医師たちとの間に彼らの報酬額をめぐる激しい戦いと掛引きとが展開されたことについては、ここでは割愛するが、その結果、報酬額は被保険者1人当り年間9シ

ングをもって妥結を見た¹²⁾。そして、この額のうち、6シリング6ペンスの9分の7に相当する部分は拠出によって、また6シリング6ペンスの9分の2に2シリング6ペンスを加えた額は国庫によって、それぞれまかなわれることとされた。この人頭割報酬額は、その後、社会経済状態の変化につれて再三改定され、とくに1920年には13シリング9ペンスにまで増加された。この年には拠出率も引き上げられたとはいえ、それによって大蔵省の負担増大もまた避けられなかった。だが、あたかもこの時期には第一次世界戦争の勃発当時と比べて、生計費も賃金もともに2倍以上に高騰していたことを考えれば、その程度の報酬額引上げはやむをえない結果——あるいは低きにすぎる上げ幅——であったと考えられるべきであろう。

しかし、それ以後は、逆に医師の報酬の切下げが繰返された。いまその過程を順次に跡づけるだけの紙幅を有しないが、結局1937年には人頭割報酬額は再び9シリング——ただし、発足当初におけるとは異なって、薬剤費は除外された——と定められた。もとより、これらの引下げ措置に対して医師は抵抗を示したが、政府は医師および薬剤師に対する報酬の節約方針を貫くことにおいて、1922年以後にはいちじるしい成功を収めたといえてよい。この成功が医療給付費の膨張を阻止する上に寄与するとともに、ひいては上述のように大蔵省負担の軽減を可能ならしめた一因をなすことは、見易いところであろう。ただし、その場合、診療報酬支払い方式として、わが国の点数方式とは異なり、イギリスでは人頭割方式が採用されていたことに留意すべきであり、この点に関しては後にも述べるとおりである。

ところで、医師の報酬に次いで、医療給付費のうちに大きな比重を占めたのは、「薬剤および器具」である(前掲表4)。薬剤費は不断增加傾向をたどったが、財政的見地から、さきの診断書発行におけると同様に、薬剤の処方に対して何らかの限界と設けようとする保険者側と、この種の企

12) このことによって「医師の多くにとっては、ただちに所得が倍加されると同時に、社会における彼らの信望と地位もいちじるしく高められ……彼らは社会保険制度による主要な受益者の一群をなした。」(M. Bruce, *The Coming of the Welfare State*, 1961, p. 188.)

てを医業の自由に対する侵害と考えた医師の側との間に、ときとしては対立が公然化するという事態も回避されえなかった。薬剤費の上昇傾向についての主要な問題点として、保健省は

- 1) 同一地区内にある個々の医師の薬剤処方額の間に見出される差異
- 2) 国内のさまざまな地区の平均的薬剤費の間に見られる差異

の2点を指摘した。まず第1項に属する過剰処方と見られるものに関しては、1928年の「医療給付総合規則」(Medical Benefit Consolidated Regulations)によってその判定の基準が明示されるにいたったが、要するに、それは一般的には当該地区内における平均的費用を判定の基準とするものであった。それに反して、上記の第2項の問題はいっそう複雑であり、地区的に薬剤費のいちじるしい差異を生ぜしめつつある原因は、的確には解明されがたいままであった。

以上、医療給付費を構成する二つの主要部分について考察したが、ともあれ、国民健康保険における医療給付費の安定が、これらの両構成部分の費用の安定に負うところが大きいことは明らかであろう。ただ薬剤費の上昇傾向が保険財政に重大な脅威をもたらすまでにいたらなかった点に関しては、はたして保健省の努力がどれだけの効果を収め、あるいは、それ以外の要因——例えば医師の協力など——がどのように作用したかを確定することは、きわめて困難な問題である。

IV 医療保険から医療サービスへ

さて、このように少なくとも外見的には財政的安定を保ちつづけた国民保険が、何故に第二次世界戦争直後にあえて国民保健サービスへと改変されなければならなかったのであろうか。この問いに答えるためには、何よりもまず、両世界戦争間の時期における一連の医療社会化理論の展開過程を追究することが必要とされるが¹³⁾、いま拙稿の課題にとって重要であるのは、この展開過程を促進した諸要因のうちにあっても、主として財政上のそれである。

1944年2月にイギリスの挙国政府は『国民保健サービスに関する白書』(White Paper on a National Health Service)を発表したが、それはこの時点までの数々の医療社会論を集約するとともに、戦後の国民保健サービスの実現に向って大きく一歩をおし進めた文書でもあるといつてよい。『白書』は、その冒頭に「新しいサービスの範囲」と題して、「国民保健サービスの利用を望むすべての人びとに対して、それは完全な範囲に及ぶ個人保健上の配慮——一般医および専門医によるサービス、自宅、病院、およびその他の場所におけるサービス——を提供するであろう」し、また「ある範囲の医療器具に対しては負担が課せられるかも知れないことを別とすれば、無償とされるであろう」と述べた。

この「新しいサービス」の構想を国民が心から歓迎したことは、すでに述べたところからも明白であろう。しかし、問題はその費用がどれだけの額にのぼり、またいかにしてまかなわれるかの点にある。この点について、『白書』は「現存の保健事業に対して公的基金から支出される金額は約6,100万ポンドであるが、新しい国民保健サービスの費用は、年間約1億4,800万ポンドに達するものと予測される」と述べるにとどまり、その調達の方策を将来の検討に委ねた。また『白書』よりも早く1942年に発表された『社会保険および関連サービス』(Social Insurance and Allied Services)においては、包括的国民保健サービスに要する費用総額は年に1億7,000万ポンドと推定され¹⁴⁾、既存制度に比較して公費負担の純増は約7,000万ポンドに達すると見込まれたことは、よく知られるとおりである。

この公的負担の大幅増大を意味する『白書』に対して、1944年の労働党年次大会はみずからのかかげる保健政策の推進のための「第1回の分割払い」として支持を与えた。かねて労働党内には、費用の問題をも含めて、この種の「新しいサービス」構想を受け入れる気運が醸成されつつあったが、それはこの党が1934年の年次大会において

14) この金額と『白書』の推定額との相違についての説明としては、H. Eckstein, *The English Health Service*, 1958, p. 139.
高須裕三訳『医療保障』, 131頁の脚注を参照。

13) この点に関しては、前掲拙著、とくに第3章を参照。

政綱として採択した「国家保健サービス¹⁵⁾」の内容を検討することによって、容易に理解されうるであろう。あるいは、1943年の年次大会においても全国執行部の一員は「この国が真に耐ええないのは、今日人びとがまったく不必要に悩みつつある予防可能な疾病と、さらにこれらの疾病による時間の喪失とのために、年に3億ポンドが浪費されている事実であり、またそのような事実が今後もつづくことである。現存のきわめて不十分な制度さえも、もしそれが現状のままに戦後においても存続するものとすれば、その費用は年間1億6,500万ポンドにもものぼるであろう。それに対して、われわれが提案しつつある包括的な、かつ、すべての人びとにとって無償の制度は、年に1億7,000万ポンドを要するにすぎないであろう¹⁶⁾」と論じたが、この言葉も医療社会化を推進しようとする党内の気運を示す一例と見なすことができるであろう。

さらに、国民保健サービスの成立を促した要因として、一般に第二次世界戦争の与えた衝撃が強調される¹⁷⁾。R. M. ティトマス (Titmuss) によれば、戦争のために「医療組織は公私とも、全機構にわたっていちじるしい被害を受け、早くも1943年6月には、一般市民に対する医療の水準は、戦時内閣の判断によると、『すでに危殆に瀕していた』。終戦までに一般医の数は3分の1以上減少し、残った医師もその10%以上は70歳を超えていた¹⁸⁾。」しかし、一般医の減少は、戦争が終結すれば、ある程度まで回復されることを期待しうるにしても、真の困難は、その量的側面よりも、実はいかにして一般医診療の質的改善をはかるかにあったことを見のがしてはならないであろう¹⁹⁾。このことの重要性は、のちに国民保健サービスの重点的課題として A. ベバン (Bevan) によっても大

いに力調された点であり、彼はそのための方策として「保健センター」の構想を打ち出したが、それは一般医からの激しい反対によって、ほとんど成果をあげないままに、程なく棚上げを余儀なくされるにいたった。

しかし、質的改善が急務とされつつあったのは、ひとり一般医診療のみでなく、病院もまた同様であり、とくにその財政状態は両世界戦争間の時期にすでに深刻な事態に直面していた。イギリスの病院は、「国民保健サービス法」の実施前には、その歴史的起源を異にする篤志病院と公立病院との二つに大別された。前者は、その名称の示すように、寄付金およびその他の慈善的拠出によってその経営が維持され、後者に一括されるものは公共当局の支出によってまかなわれた。1939年には前者の病院におけるベッド数は約7万7,000床であったのに対して、後者のうち、救貧法のもとに維持された400の病院が約6万床を、また公共当局の管理下におかれた140の病院が7万床をそなえていた。

篤志病院は、その存立の経済的基盤の制約によって、地域的偏在をまねがれえなかったことはやむをえないとしても、やがてその経済的基盤そのものに亀裂が生じ、その本来の性質にも変化がもたらされた。このことは、すでに第二次世界戦争以前にもはや誰の眼にも明らかであったが、篤志病院の財源は、かつてのごとく、もっぱらこれを慈善的寄付のみに頼ることは不可能となり、それ以外に、一部分は次第に一般化した患者による能力に応じた支払いに——上述の「病院保険」の普及が想起されるべきである——また他の一部分は法定の政府当局からの支出に、依存しなくてはならなくなった。とくに第一次世界戦争の直後以来、大蔵省への依存度はますます大となり、「1939年までに、すでに事実上立ちゆけない状態にありながら、戦時中は政府からの多額の補助金でかろうじて切り抜けてきた²⁰⁾」のが、篤志病院の実態に

15) The Labour Party, *Report of the 34th Annual Conference*, 1934 に「附録 VI」として収載されており、またこの政綱の歴史的意義に関しては、前掲拙著、第3章を参照。

16) The Labour Party, *Report of the 42nd Annual Conference*, 1943, p. 144.

17) 「国民保健サービス法」の生成のために、「第二次世界戦争が決定的原動力を与え、また労働党政府がその意志を授けた。」(R. M. Titmuss, *Health* [in *Law and Opinion in England in the Twentieth Century*], p. 137.)

18) *Essays on 'the Welfare State'*, 2nd edition, 1963, p. 152. 谷昌恒訳『福祉国家の理想と現実』147頁。

19) 1930年代の一般医について、H. エクスタインは「イギリス医療サービスのいすれよりも、開業医診療は最悪の『臨床状態』にあったし、それは望ましい科学的基準に照してもっとも不足の甚だしいものであったことは、一般に意見の一致するところであった」という。(Ibid., p. 78. 邦訳, 75—76頁)

20) Titmuss, *ibid.*, pp. 152—53. 邦訳, 147頁。

ほかならなかった。

だが、この際、注意されるべき点は、そのような政府支出に対する篤志病院の依存の増大が必ずしも慈善的寄付の減少によって招来されたものではなかったことである。「両世界戦争間の時期のほとんどを通じて、篤志病院への寄与金は相当に均一な水準を維持した²¹⁾」といわれるにもかかわらず、この種の病院の大多数を財政的破綻の状態に追いこんだ最大の原因は、1930年代後半からとりわけ顕著となった医療の分野における科学的変革であり、それにもとづく病院経営に必要な費用の増大であった。また、そのために財政的困難にあえぎつつあったことは、公立病院の場合も基本的には異なるところがなかった。1939年に公的報告書の一つは、全般的に病院施設の水準が低いことを指摘して、「大都市における高度の治療と医学教育との中心をなすものと考えられている施設さえも、ほとんど例外なしに、構造的にみて安全でなく、あるいはみじめなまでに時代遅れである²²⁾」と論じた。

財政問題に加えて、この時期にイギリスの病院制度が解決をせまられていた重要課題の一つは、その管理上の抜きがたい宿弊であった。この点についての詳論は省くが、その最大の弊害は、篤志病院と公立病院との間に相互の機能の調整と協力が欠如したばかりでなく、いくつかの部面では相互に敵対的態度すら示し、そのために能率の低下と多大の浪費とを招きつつあったことである。両種の病院の地域的集団化の必要は、いち早く1920年に唱えられ、さらに1937年にもJ.サンキー(Sankey)の主宰した「篤志病院委員会」(Voluntary Hospitals Commission)によってかさねてその緊要性が勧告された。しかし、この課題は「国民保健サービス法」をまっけてはじめて着手されたところであり、それまでの病院サービスの一般状態は、前述の『白書』が歎じたように、「多数のひととがその仕事に従事したけれども、誰ひとりとして十分な責任をとるものがなかった²³⁾」。

このような病院の一般的状態、ことにその財政

的窮状を背景として考えるならば、両世界戦争間に病院側から医療社会化構想が数多く提起されたことも、あながち不思議ではないであろう。「国民保健サービス法」の実施をめぐる一般医が激しい反対運動を展開したのに反して、病院の国有化が円滑に行なわれたのは、一つには、財政的に見れば、1948年よりはるか以前から、篤志病院はその篤志的性格を失いつつあったからであり、それに照応して、国有化の物的基盤が築かれつつあったことを忘れてはならないであろう。

V 結びにかえて

歴史の世界においては単純なアナロジーは許されない。しかし、以上に摘記したイギリスにおける国民健康保険から国民保健サービスへの転化過程を顧みることによって、わが国の医療保障が直面する課題に関しても、少なくともつぎの点だけは指摘されうるのではないであろうか。

「抜本改正」を医療保険の財政問題に矮正化し、「高福祉・高負担」の名のもとに、保険原理の固守をはかろうとすることが、給付内容のはなはだしい切下げという時代錯誤的措置を伴わないかぎり、不可能であるのは、つとに1926年の『国民健康保険に関する王立委員会の多数派報告』も論じたとおりである。そのみならず、わが国の医療保障における最近の動向は、さしあたり老人医療の領域において、保険方式からサービス方式への道を歩もうとする兆しが見出されることは、はじめに述べた。あるいは、これまで健康保険などの赤字対策として保険料の引上げが企てられたたびに、赤字は受益者負担によることなく、国庫負担の増額によって補填されるべきであるとの反対論が、とくに労働者階級の間に根強い力をもっている。

ところで、これらの動向ないし主張は、今後、医療サービス方式を部分的あるいは財政的に、いわばなくずしに実現するものと期待されるかも知れない。だが、この際、イギリス国民健康保険における医療給付費の安定が、給付の狭い枠組のなかにおいてではあれ、医師に対する人頭割方式による報酬支払いに大きく依存したことを想起す

21) Eckstein, *ibid.*, p. 73. 邦訳, 70頁。

22) Titmuss, *Problems of Social Policy*, 1950, p. 65.

23) Cf. Bruce, *ibid.*, p. 228.

べきであろう。その狭い枠組が取払われた国民保健サービスのもとでも、人頭割方式は一般医の報酬支払いに受けつがれたが、しかし、一般歯科医のみについてはそれとは異なった一種の出来高払い方式——わが国の点数方式と基本的に同じものと見なしてよい——が採用され、後者の方式はつねにきびしい批判にさらされてきた。つとにエクスタインは、一般歯科医に対する出来高払いによる支払いが経済的浪費を招く誘因となることを鋭く指摘したが²⁴⁾、さらに昨秋保守党政府によって歯科サービスの給付切下げ政策が明らかにされたとき、これに批判を加えた D. グッド (Gould) の「歯科サービスの後退²⁵⁾」(Dental Services Decay)と題する一論も、注目に値するであろう。

政府によれば、国民保健サービスにおいて歯科診療に対する大蔵省の支出は年に1億ポンドを超え、いまや精神病への支出に次いで最高の額に達する。この支出の節約のために受益者負担を大幅に増額するというのが政府の方策であるが、グッドは、もし節約が真の狙いであるならば、歯科医の報酬の「奇妙な算定方式」を変更することによって、はるかに満足すべき成果がえられるであろうと主張する。というのは、「現存の料金表は、歯科医がよい歯を健康な状態に保つために時間を費すよりも、悪い歯をなおす方がはるかに多くの収入をもたらすように作成されている」からである。このような料金表のさまざまな不合理を是正することによって——さらにある種のきわめて高価ではあるが、不可欠とはされない診療行為を国民保健サービスから除外することなどと併せて——受益者負担増額を企てる必要はなくなるであろうと、彼は考える。

24) 「注意すべき主要点は、サービスごとの料金という制度が歯科医に対して与えた濫用の無限の機会である。それは実際に行なわれなかったサービスに対しての請求というような偽の支払い請求をついてしまっている誘惑の機会であった。それは、おそらく臨床的效果を害するようなぞんざいな治療あるいは必要以上に日数を引伸ばした仕事を誘発した。それは歯科医が実際には必要ではない、金のかかる治療を行ない、また抜歯のように速かになされう治療に割増し請求をつけるようなことを誘発した。……」(ibid., p. 205. 邦訳, 190—91頁)しかし、その後「医師および歯科医師の報酬に関する王立委員会」は「われわれは報酬が今後とも出来高払いを基礎とすべきことについては、何ら疑いをさしはさまない」と警告した。(Report of Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration 1957—60, p. 134.)

25) Cf. *New Statesman*, 11 Dec. 1970, pp. 793—94.

しかし、彼によれば、真に一般歯科診療を改善する道は、たんなる出来高払いの料金表の是正ではなく、一般歯科医の報酬支払い方式をあえて固定給払いに改めることである。このことによってのみ、第一に彼らの金銭的考慮によって強いられた診療のパターンの無意味さを完全に除去することができ、第二に歯科医と歯科技工とは保健センターを拠点として協働することも可能となるであろう。第三にはこのようにして歯科診療は一段とその能率を増進するとともに、予防的努力を築き上げるための大きな可能性をも確保しうるのであるというのが、彼の帰結である。

いうまでもなく、わが国ではたんに歯科医に対してのみならず、すべての保険医療は点数方式によって、しかも、事実上、医薬未分業の状況のもとで、支払われている。上述のように、わが国における保険方式からサービス方式へのなしくずしの転化に期待をよせる人びとは、エクスタインやグッドの指摘に対して十分に耳を傾けるべきであろう。保険方式といい、サービス方式といい、医療費を究局的に負担するのは国民にはほかならないし、その負担が、何ら合理的歯止めをもたないままに、非能率と浪費とによってますます巨大化することは、国民にとってとうてい黙視しえないところである。その意味において、点数方式の改変をめぐる問題こそ、医療保険の赤字財政と医療制度をも含めての「抜本改正」との間の結節点をなすとともに、サービス方式の展開をはかるための基軸となるべきものであるといつてよいであろう。

〔付記〕 1970年末に「タイムズ」(*The Times*)によって伝えられたところによれば、国民保健サービスのあり方について大蔵省の主宰による各省間委員会において検討が行なわれた際、この事業の事実上の解体を意味する諸方策が提起されたという。それは、さきに労働党がこの事業の強化のために管理機構の改善を提案したグリーン・ペーパーに対する、保守党的対応とも見なされうるのである。拙稿においても、これらの両見解について当然論及すべきであったが、それは他日の機会にゆずることとする。