

社会保険の抛出と給付

——イギリスにおける医療保険の歴史を中心として——

小 川 喜 一



ただいま小山先生から、わが国社会保障の当面する問題、とくに医療保険を中心に、きわめて現実的な課題についてご報告をいただいたわけであるが、私の報告はイギリスの問題を取上げ、しかもだいぶ古い時期

にさかのぼって申し上げたいと思う。

イギリスではじめて国家的医療保険制度が登場したのは、ご承知のように、1911年の国民保険法(ナショナル・インシュランス・アクト)によってである。第2次世界戦争後の今日の社会保障制度の中にも、1946年制定の同じ名称の立法があるが、これから報告するのは1911年の国民保険法についてである。

この法律は三つの部分に分れており、第1部が医療保険、第2部が失業保険、第3部が医療保険、失業保険両者にわたっての一般的な管理機構上の問題を取り扱っている。イギリスにおいて、こうして20世紀のはじめに至り、国家的医療保険制度の登場を促した事情はいったいどういうところにあったのか。この点、それに先行する時代の事情をふり返ってみると、19世紀を通じ、イギリスにはかの友愛組合(フレンドリー・ソサイティー)が、任意的医療保険制度を営んでいたし、また同じように労働組合も任意的医療保険制度を行っていた。なお、これらの二つの経営主体によるもの以外にも、シック・クラブなどと呼ばれる任意的医療保険も存在したが、とくに友愛組合および労働組合によるものについていうと、それらの任意的医療保険には、いくつかの大きな限界があったように思われる。まず第1の限界としては、その

対象、すなわち被保険者の範囲が労働者階級の中でも、比較的上層の労働者のみに限定されざるをえなかったことを挙げなければならない。換言すれば、熟練労働者だけがこうした友愛組合、あるいは労働組合に加入し、任意的医療保険制度の恩恵にあずかることができたのであり、それに反して中層あるいは下層の労働者階級は、そうした友愛組合あるいは労働組合へは加入することができず、そのため、医療保険を有しないままに、疾病の脅威にさらされていた。

次に第2の限界としては、これら友愛組合あるいは労働組合の営む任意的医療保険制度は、その大部分が財政的にはきわめて不健全な状態にあったという事実が指摘されうと思う。これは19世紀末から20世紀はじめにかけてのいくつかの調査によっても示されるところであるが、多くの組合が財政的に非常に困窮しており、中には現実に破産に追い込まれた組合も決して少なかった。その点、とくに友愛組合よりも、労働組合が財政的に不健全であったように思われるが、それにもかかわらず、労働組合が、なんとかしてこの制度をつづけることができた理由としては、労働組合には、そのような財政的な困難を切り抜けていくための、いわば、最後の切札があったといわれる。すなわち、にっちもさっちもいなくなると、労働組合では今日の言葉でいうカンパを行い、組合員から臨時になにがしかの金額を徴収して、それでかろうじて当面の財政困難を切り抜けるという手段がとられたようである。

いずれにしても、そうした財政的事情にあったので、労働組合としても、あるいは友愛組合としても、その多くがなんらかの手段でみずからの財政的苦境を打開しなければならない事態に追い込

まれていたことを、見のがしてならないであろう。

次に、任意的医療保険制度と別に、救貧法による「疾病貧民」の救助(今日の日本でいう、生活保護法による医療扶助)について一瞥しておくことが、必要である。ところで、この制度について、当時、大きな問題となりつつあったのは、医療救助が、はなはだ非合理的であり、したがって非常に浪費が多いという事実であった。救貧法の根底にある考え方、とくに1834年の新救貧法以来の基本的な考え方は、いうまでもなく、できるだけ貧民維持のための費用、すなわち、「資本主義的生産の空費」を節約することにはかならなかった。ただその場合、労働能力をもつ貧民にたいして、そうした空費を節約することと、「疾病貧民」にたいする支出を節約することとは、1点だけ違った効果が生ずることに留意すべきである。というのは、労働能力をもつ貧民にたいする場合には、救助を削減すればするほど、ただちにそれが費用の節約の効果をもたらすのに反して、「疾病貧民」の場合にあっては、当然医療救助を与えてしかるべきものにそれを与えないままに放置し、あるいは、与える時期をいたずらに延ばすならば、結果的にはかえって病気が重くなり、しばしば、逆に費用が増大することとならざるをえないからである。

このような医療救助の特殊性から、先ほど述べたように、とくに医療救助の不合理と浪費とが大きな論議を呼ぶこととなった。20世紀のはじめ、1911年の国民保険法が登場した直前の状態をみると、被救恤窮民の約3分の1が「疾病貧民」であり、費用の点からいうと、救貧費用の約半分がそうした「疾病貧民」に支出されていた。

以上に述べた任意的医療保険の諸限界、および救貧法による医療救助の不合理と浪費という、二つの要因のうちで、より直接的に国民保険法が登場を促したのは、むしろ后者の救貧法による医療救助の不合理を是正し、資本にとってその費用負担を合理化していくことであったが、それに加えて友愛組合、あるいは労働組合の指導者たちが、例の認可組合制度の中にみずからの財政的困難を打開する格好のチャンスを見出したというのが、実は1911年の国民保険法を成立させた事情では

なかったかと考えられる。

こうしてイギリスの国家的医療保険制度は成立したが、そのさいにいまひとつ注目すべき事実があった。1905年から1909年にかけて、かの王立救貧法委員会が貧民救助の状態について、おそらく歴史上もっとも広範と思われる調査に従事したが、救貧法改革の方向については委員の間に見解の一致を見ることができず、多数派報告と少数派報告との二つの報告が作成された。その少数派報告に署名をした代表的な人物としては、ベアトリス・ウェップ、あるいはジョージ・ランズベリーなどの名が見えるが、この少数派報告が、実は医療保険には反対の態度を表明し、保険とは違った形で、今日のいわゆる医療保障を打ち立てるべきであるとして、その構想を展開した。この事実は、その後の歴史に照して、注目されてよいと思う。

いま、少数派報告の改革構想についてくわしく述べる時間がないが、要点だけをいうと、当時イギリスにおける労働運動の重要な目標とされた、かの国民的最低限(ナショナル・ミニマム)を基礎に据えて、そのうえに保険ではなくて、今日の医療保障——必要に応じて、その費用を顧慮することなしに、だれでも医療を受けることのできるサービス方式による制度——をつくるべきであると提唱した。もっとも、少数派報告においては、そのさい、それらのサービスが必ずしも無料で提供されるべきであるとは述べていないが、しかし、医療費の支払いに対する心配から医療をうけえないという事態をなくすべきであり、サービスを受けたあとで、人びとのそれぞれの資力に応じてその料金を支払うことの可能なものは、料金を支払うという形の構想を提示している。国民保険法は、明らかに少数派報告のこうした医療サービス方式と対立するものであったが、結局少数派報告の考え方は退けられて、ロイド・ジョージの国民保険法が実現されたわけである。

それでは、なぜ国民保険法がとられたのであろうか。さしあたっての問題点は、その財政をめぐる問題にあったといってよいであろう。国民保険法の実施に先だって、当時としては非常に詳細な保険数理に立脚した計算が試みられたが、それに

たいして、少数派報告の財政面に関する主張は、数字的には非常に根拠が弱かったように思われるし、また、それは実際にやむをえないことでもあった。

少数派報告の考え方として、それが保険制度に反対したのは、国民的最低限が確立されず、したがって、労働者階級がきわめて劣悪な労働条件のもとで労働することを余儀なくされている状態のもとでは、次々と疾病は発生するに相違ないからであり、それよりも、国民的最低限をまず確立して、そのうえでサービス方式で医療を給付するほうが、発足当初には費用はかさむにしても、かえって安上りであろうと主張した。かかる主張に対して、数字的裏付けを与えることは実際問題としてできなかったろうと思われるが、国民保険法と少数派報告とが対置されるとき、その財政面の比較においては少数派報告の提案は説得力に欠けていたというべきであろう。

さて、実施をみた国民保険法の問題に移ることにする。この制度は保険原理にきわめて忠実な形態をとって発足したといわれるが、かかる保険原理として、近藤先生は三つのものを指摘される。すなわち、収支相当の原則、給付反対給付均等の原則、および、保険技術的公平の原則がそれらであるが、いま、これら三つの原則に即して国民保険法のもとにおける給付と拠出の状況について、簡単に述べてみたいと思う。

まず第1の収支相当の原則であるが、これは国民保険法——以下国民健康保険と呼ぶ——のもとでは、厳しくまもられ、外見的には、むしろ、当初政府が予測した以上に確守された。

このことを最もよく物語るものとして、国民健康保険にたいする政府の拠出の推移を見ていただきたい。表3には1925年以降の政府拠出額が示されているが、絶対額からいっても、政府の拠出分はますます減少している。発足当初における政府の拠出に対する考え方を表明したものとして、ロイド・ジョージの「4ペンスにたいして9ペンスを」という言葉がしばしば引合いに出されるが、これは制度の発足に際して労働者階級が拠出主義に反対したため、彼は、労働者を納得させるため

に、「きみたちは4ペンスを拠出して、実は9ペンスを受け取るのであり、非常に有利な取引ではないか」と呼びかけたものである。当初の拠出率は表4に示されるように、男子の場合、雇用主が週3ペンス、労働者が週4ペンスで労使が7ペンスを拠出するのにたいして、国庫も2ペンスを支出し、全部で9ペンスとなる。言い換えれば、国庫は最初は労使双方の拠出の7分の2（給付費および管理費の9分の2）を拠出していたが、その後、政府の拠出が次第に比率が低下して、1920年代の終りごろには国庫の拠出は給付費および管理費の9分の2から6分の1程度にまで減少するにいたった。この点は、同じく1911年の国民保険法によりつくられた失業保険制度が、1920年代の慢性的失業あるいは構造的失業の発生を迎え、大きな赤字を生み出し、さらに1929年にはじまった世界大恐慌の過程で、まさに天文学的数字に達した巨額の赤字をかかえ込んでしまった事態と、全く著しい対照をなすものである。

いずれにしても、まず第1の収支相当の原則に関する限り、国民健康保険制度はきわめて良好な経過をたどったわけであるが、これを日本の医療保険の直面する事態と比較するとき、その最大の原因は、医師にたいする報酬が、戦後日本における例の点数方式という不合理なやり方ではなくて、イギリスでははじめから人頭割り方式が用いられたことにあるものと考えられる。

次に、給付反対給付均等の原則であるが、この点はちょっと考えると、イギリスの場合にはフラットの拠出に対するフラットの給付であるから、いまさらここで問題にしなくてもよいようにも思われるが、実際には、それが大きな問題になったのは、認可組合の存在との関連である。国民健康保険の給付内容にかんしては、レジュメの14ページのはじめの部分に示したように、「国民保険法」(1911年)にもとづく医療保険制度における拠出と給付として、給付は大きく(イ)法定給付と(ロ)附加給付とに分けられている。(イ)の法定給付には、医療給付、サナトリウム給付、傷病手当金、廃疾手当金、および出産手当金などがある。また(ロ)の附加給付とは、認可組合によりその財政にゆとりが

生じた場合にのみ、その組合員に与えられる給付であって、大蔵省によって任命もしくは承認された評価員の評価によって、可処分余剰の存在が認められた認可組合のみが、かかる附加給付を行うことができた。それゆえ、同じようにフラットの拠出をしながら、たまたま財政的ゆとりの生じた認可組合に加入している被保険者は、いっそう多くの給付を受けることができ、逆にたまたま財政事情のよくない組合に加入していた被保険者はほとんどあるいは全く附加給付の恩恵にあずかりえないこととなる。同じ拠出にもかかわらず、給付がきわめてまちまちであり、大きな不公平を生じたわけであって、この点は国民健康保険にたいする批判の重要な1点となった。

さらに、これは、被保険者数のうえでは、たいした量にはのぼらなかったとはいえ、いま述べたいずれの認可組合からも加入を拒否された人たち、すなわち、預金拠出者あるいは郵便局拠出者は、いっさい附加給付を受ける可能性を有しなかったことに、注意すべきである。彼らにあっては、上述の不公平が最も明確に看取される。このような点は、今日の日本における健康保険組合管掌健康保険と政府管掌のそれとの間にも、いくぶん似たような問題が指摘されうるものと考えられる。

次に、保険原理の第3のものとして、保険技術的公平の原則についていえば、とくに付言しておきたいと思うのは、イギリス国民健康保険の少くとも発足当初には、きわめて厳密に拠出と給付とが関連づけられていたことである。その意味においては、社会保険というよりもむしろ個人保険あるいは私保険に見られるように、厳密に拠出と給付とが関連づけられていたことに、注意すべきであろう。

午前の両先生、あるいはいま小山先生からもお話が出たように、日本では年金保険については、賦課方式をとるか、積立方式をとるかの問題は、しばしば議論される。しかしお手もとのプリントにもあるように、M. Bruceは、その著 *The Coming of the Welfare State* (1961) のなかで、「法案作成の後期の段階にいたるまで、ロイド・ジョージはその基本的財政構造に関して、積立方式と

賦課方式とのいずれをとるべきかを決しかねていた。」と述べている。このようにイギリスではやはり1911年法の発足当初に、医療保険においても賦課方式をとるか積立方式をとるか——これはとくに発足当初の問題だけともいえるかも知れないが——が議論されている。結局イギリスの国民健康保険の場合は、先ほども述べたそれ以前の、とくに友愛組合の任意的医療保険制度の経験からいろいろ学ぶところが多く、その一つとして、友愛組合の積立方式が採用されたのである。

そこで先ほども、国民保険法の発足直前に政府においては非常に詳細な保険数理に基づく拠出と給付の関係を計算したと述べたが、実はその場合、計算の基礎とされたのは、この制度が発足したときに、16歳でこの制度に加入する人たちであり、かような人たちを基準として拠出と給付との数字が計算されたのである。ところが、はじめてこの制度が発足するわけであるから、その当時16歳以上の人たちも大勢が新たに加入するが、彼らについては、いうまでもなく、16歳で加入する人たちよりも罹病率はいっそう高いと想定しなければならない。そうすると、実は先ほどの雇用主の拠出が3ペンス、労働者の拠出が4ペンス、国家拠出が2ペンス、そして、「4ペンスに対して9ペンスを」という言葉は、以上の計算基準のもとでは、いま一度検討されるべき必要があり、結論的にいうと、実はこの場合、2ペンスだけ、すなわち、ちょうど国家の拠出分だけは、準備価値(リザーブ・ヴァリュー)という名称のもとに一応計算上は別にされ、この1人についての2ペンスだけが、結局16歳以上の年齢の加入者のために積立てられるべき部分であると計算されたのである。ベバリッジも述べているごとく、発足当初のイギリス医療保険は、このように、きわめて厳密に保険原理の第3の原則を守っていたというべきである。したがって、ロイド・ジョージが労働者の説得に用いた「4ペンスにたいして9ペンスを」という言葉は、かならずしも正確ではなく、16歳で加入する人については、さしあたり(18年間余り)4ペンスにたいして7ペンスというべきであろう。さて、国民健康保険の歴史を顧みるとき、いろいろの批

判が提起されているが、とくに給付については、一般医による保険診療と自費患者に対する診療との間に、果して差別があったのかなかったのかという点もずいぶん議論されている。今日の時点からは、その点についていずれとも容易に結論を下しがたいが、少くとも1926年に報告書を発表した「国民健康保険にかんする王立委員会」はこの点については満足した報告を行っている。しかし、これにたいしてはいろいろと批判もたくさんあり、また当時の記録をみても、ある程度まで差別診療はあったというふうに考えるべきではなかろうかと思う。また、当時の国民健康保険制度のもとで、財政上の一つの問題は、薬剤費をいかに規制するかにあったが、この点はのちにもう一度、第2次世界戦争後の国民保健サービスと関連して述べてみたいと思う。

1911年にはじまった国民保険法のもとの医療保険制度が、前述のように、財政面からみると、失業保険の場合とは異なり、少くとも、表面的には健全な歩みをつづけたが、しかしながら、その半面、これにたいしても種々の批判が存在したことを見のがしてはならない。とくにその後の歴史と関連して、もっとも重要と思われる批判は、医療保険から医療保障を志向するものとしての「国民健康保険にかんする王立委員会」の多数派報告の見解である。すなわち、それは、「とくにわれわれは、この事業を拡張すればするほど、保険原理を維持することがますます困難になると固く信じている。われわれの考えるところによれば、究極的な解決方法は、医療事業を全く保険制度から切りはなして、一般的公費によってまかなわれている他のすべての保健事業と同じ線に沿って再組織することであろう」と述べている。この言葉は、国民健康保険の財政が、少くとも表面的には非常に健全な姿を呈しつづけてきたが、その半面において給付はきわめて不十分であり、医療保険に対する社会の要求を極度に制限することによってのみ外見的な財政の健全さが確保されてきたことに対する批判とみなされてよいであろう。

その意味において、この多数派報告の考え方は、両世界戦争間の時期に現われたさまざまなイギリ

ス医療保険にたいする改革論のなかにあって、あるいは、戦後の国民保健サービスとの関連において、非常に重要な言葉であると考えられる。

さらにいま一つ、当時の国民健康保険の給付が社会の要求に対して不十分であったことを示す事実を付加するならば、1920年代を迎えると、イギリスにおいては、病院保険と呼ばれているものが急速に労働者階級、さらには中産階級の間にも広がっていることである。イギリスの戦前の医療保険は、もっぱら一般医のサービスだけを給付したのであって、病院に入院した場合の給付は一般には行われていなかった。たまたま先ほど述べたいくつかの認可組合が、附加給付として行ったケースは見出されるが、法定給付としては全然行われていなかった。そのような事態にたいして、労働者階級、さらには中産階級の間、任意的制度として病院保険が発達したのであって、彼らは日ごろ拠出しておくことによって、病院に入ったときにその病院保険から給付を受け取ったのである。もちろんその給付は実際の費用の全額におよぶものではなく、実際費用のだいたい2分の1から3分の1程度が給付される場合が多かったようであるが、こうした制度が発展したということも、見のがされてはならないであろう。

また、先ほど引用した多数派報告も、やはり給付の範囲が制限されている点に言及し、とくにその対象から労働者の扶養家族が全く排除されていることを問題点として、あげている。ところで、労働者階級の扶養家族に対して給付を拡大しようとするならば、それはいったいいかなる財源によるべきであろうか。これに対する多数派報告の見解は政府の拠出の増大を考えていなかったようで、1911年以前に比べて、ずいぶん裕福になった認可組合の基金の半分だけをプール計算にして、それを財源として給付を拡大すべきであると勧告した。だが、この勧告は、当然のことながら、認可組合の激しい反対にあい、そのため、結局実現をみるにいたらなかった。

なお、さきに引用した多数派報告の言葉は要するに、将来においては、義務教育と同じように、医療もまた公費でまかなわれるべきであると主張

したのであるが、このような考え方の最初の事例として、はじめは国民健康保険の中に含まれていたサナトリウム給付が第1次世界戦争直後に保険給付からはずされ、一般の保健サービスとして、地方当局に委譲されていたことも、この際忘れてはならない点である。

結局、第2次世界戦争の終結後、イギリスでは1948年から国民保健サービス法が実施されたが、それは1911年の国民保険法がもたらした一つの結論であったともいうことができるであろう。以来、国民保健サービスは今日にいたるまで、ざっと20年の歴史を経てきたが、その過程においてどういう問題が生じてきたであろうか。

ご承知のように、国民保健サービスのもとでは、拠出と給付とは完全に切りはなされることとなった。なるほど国民保健サービスの費用をまかなう財源の一部として1946年法による国民保険制度に対する国民の拠出の一部分が繰入れられ、さらにその後、直接に、国民保健サービスに対して拠出が行われることとなり、しかも、国民保健サービスの収入中に占めるその割合が増大してきたことは、近藤先生のご指摘のように注目すべき点である。しかし、ここで同時に注意しなければならないのは、かような拠出を行うことと、国民保健サービスの給付を受けることとの間には、関連がないという事実である。換言すれば、拠出が行われていなくとも、給付を受ける資格を国民はもっているのであって、戦後の国民保健サービスにおいては、一般の社会保険におけるような拠出と給付という関連は切りはなされたと考えられるべきであろう。

ところで、国民保健サービスが悩んできた最も大きな問題は、その財政負担の著しい増大であるといつてよい。とくに当初に見込まれた国民保健サービスの費用、——たとえばベバリッジ報告においては、年々1億7,000万ポンドでまかないうるであろうと予測されていたし、それから2年あとに公にされた政府の国民保健サービス白書ではベバリッジ報告よりも、より少い額でまかなえるだろうと予測された——をはるかに上回り、貨幣価値の下落を抜きにしても、そうであった。

とくにその場合、もっとも問題になるのは、前述の1909年の少数派報告をも含めて、国民保健サービス形式で医療保障が実現される場合、少くともその発足の当初には一時的に費用はある程度かさむにしても、その一時期が過ぎ去ったならば、それからあとは、むしろ費用はかえって減少するに相違ないという予測が全く裏切られた事実である。そのような予測の根底にある考え方は、要するに、保健サービスの内容が充実すればするほど、おそらく国民の間に疾病も減少し、それに伴って、当初は一時的に増大する費用もやがては減少の方向をたどるに相違ない、との見解であった。だが、現実的には、当初の一時期、すなわち、1948年、49年あるいは50年以後においても、国民保健サービスの費用がいっこうに減少に転じなかったことは、周知のとおりである。

このような保健サービス財政の動向について、シールは、そもそも国民保健サービス財政にたいする上述の考え方がないし予測に根本的に誤りがあったのではないかという問題を提起している。その場合、彼によれば、今日の国民保健サービス財政の根底に横たわる五つないし六つの仮説をあげうるが、それらはいずれも誤った仮説であり、それらに立脚するかぎり、誤った帰結が導き出されるのも、全く避けえないところであった。時間がないので、それらの仮説のうちで、とくに重要と思われる二つのものだけを指摘させていただきたい。

シールがあげている仮説の重要な二つのうちの一つは、先ほども述べたように、保健サービスが充実すればするほど、ますます疾病は減少し、また、したがってその費用も減ずるだろうとする考え方であるが、この仮説が実は間違いであると、彼はいう。なぜなら、実際には疾病の形態はなるほど変りはするであろうが、しかし疾病そのものは決してなくなるというのが、現実であるからである。

次にいま一つの重要な仮説としては、国民保健サービスの費用を査定する場合の基準なるものは、国民の医療にたいする必要度であり、それを基準として国民保健サービスの必要な費用額が査定されるべきであるとの考え方である。これもまたシー

ルによれば誤った仮説にはかならない。この誤りについては、諸国の統計を一見しても明らかであるが、さらに現実的にその誤りを示すのは、1945年成立した労働党内閣の末期、すなわち1950年以降、そうした国民保健サービスの支出を査定する基準としては、もはや医療に対する需要度でなく、政治的な決定によって、その費用額に天井が設けられるにいたったことであると、彼はいう。その天井の設定によって国民保健サービスの費用は頭を押えられるべきであるとの方針に変わったのであり、それは仮説の誤っていたことを物語るものである。

ご承知のように、労働党政府は、その公約どおり、1965年に処方箋料を撤廃し、国民保健サービスはまた前進するかに思われたが、さる1月の新聞の報道によると、ふたたび逆転の模様である。国民保健サービスは、イギリス資本主義の苦悩を反映して、いまや重大な岐路に立っているとみるべきであるが、それが今後いかなる方向をたどるものかと考えるべきかについて、諸先生方からいろいろご教示にあずかりたいと思う。

(I) 表1 現金給付率の推移

	1911年法 (1912年 7月)		1920年7 月以後		1933年1月 以後		1942年1月 以後	
	男	女	男	女	男	女	男	女
傷病手当金	10/-	7/6	15/-	12/-	15/-	10/-	12/-	13/-
廃疾手当	5/-		7/6		7/6	5/-	6/-	10/6

(II)

	1918年7月 以後		1920年7月 以後		1942年1月 以後	
	男	女	男	女	男	女
減額傷病 手当金	6/-	5/-	9/-	7/6	12/-	10/6

(III)

	1911年法	1920年以後
出 産 手 当	30/-	40/-

資料 Social Insurance and Allied Services, 1942. p. 215.

表2 受給権者1人当りの収入および支出（イ
ングランドおよびウェールズ）（単位 ドル）

収入あるいは 支出	1922	1925	1930	1931	1933
総 収 入	12.28	13.08	11.35	11.38	9.97
総 支 出	9.56	10.01	11.21	10.97	9.88
管 理 費	1.57	1.51	1.62	1.61	1.49
給 付 費 計	7.99	8.50	9.50	9.36	8.39
傷病手当金	2.98	3.22	3.23	3.16	3.01
廃疾手当	1.21	1.57	1.82	1.73	1.60
出産手当	0.59	0.51	0.51	0.49	0.41
医療給付	3.08	2.92	2.96	3.04	2.69
そ の 他	0.13	0.28	0.98	0.94	0.68

注 1. Appendices XXXI and XLIII of The Fifteenth Annual Report of The Ministry of Health, 1933-34 より作成。

2. 1人当り支出は被保険者総数で支出を除いて算出。

資料 I. S. Falk, *Security against Sickness*, 1936. p. 175.

表3 政府拠出の推移（イギリスおよびウ
ェールズ）（単位 ポンド）

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

資料 Falk, *ibid.*, p. 183.

表4 拠出率の推移

		1911年法		1942年	
		男	女	男	女
医 療 保 険	雇 用 主	3 d.	3 d.	5 ½ d.	5 ½ d.
	被 用 者	4 d.	3 d.	5 ½ d.	5 d.
	計	7 d.	6 d.	11 d.	10 ½ d.
失 業 保 険	雇 用 主	2 ½ d.	2 ½ d.	10 d.	9 d.
	被 用 者	2 ½ d.	2 ½ d.	10 d.	9 d.
	計	5 d.	5 d.	1/8	1/6

資料 Social Insurance and Allied Services. p. 217.