

## ベヴァリジ報告とNHS

### 一 圓 光 彌

#### 1 はじめに

周知のとおり、1941年6月に設置された「社会保険および関連サービスに関する関係各省委員会」に与えられた諮問の内容は、「労働者災害補償をも含めて社会保険および関連サービスに関する国の現行諸制度を、とくにそれらの相互関係に注意をはらって、調査し、勧告をおこなうこと」であった<sup>1)</sup>。したがって、翌1942年の11月に委員長ベヴァリジの署名で提出された報告のタイトルも『社会保険および関連サービス』であり、医療保障のあり方そのものは、この報告が扱うテーマとはなっていなかった。にもかかわらずベヴァリジは、イギリスの戦後の医療保障制度である国民保健サービス(NHS)の生みの親であるかのように理解されることが少なくない。たとえばアメリカの経済学者のフェックスは、医療経済学の教科書の中で医療保障制度の発展について触れ、イギリスの国民保健サービスがベヴァリジとベヴァンによって導入されたものであると紹介している<sup>2)</sup>。

たしかに、ベヴァリジ報告を軸にして確立された社会保障に対する国民の合意は強固で、その影響は報告が直接扱った所得保障の問題を越えて、戦後の社会政策の改革一般に及んだことは想像に難くないが、所得保障の改革に対するベヴァリジ報告の影響と、国民保健サービスに

対する同報告の影響とが、同列に論じられないことはいうまでもないであろう。ベヴァリジ自身も、自分が国民保健サービスの創設者のようにいわれるのにひどく困惑し、その表現が当たるとしたら保健大臣であった労働党のベヴァンだけだろうと述べている<sup>3)</sup>。

国民保健サービスが、もしフェックスのいうようにベヴァリジとベヴァンによって生まれたとしたら、ベヴァンの役割がより直接的で、改革を実施する担当大臣として、それまでに内容がある程度固まっていた国民保健サービス制度を実際に軌道にのせた点にあり、ベヴァリジの方はより間接的で、所得保障の体系を明らかにする過程でその前提として医療保障の問題を扱い、そうすることで将来の医療保障改革の方向を示した点であったということが出来る。その限りでの寄与ではあったが、また医療保障に関する内容もすでに表明されていた一般的な意見を踏襲するものでベヴァリジの功績として評価するほどのものではなかったが、なおかつそれがベヴァリジ報告の中で明確に位置づけられていたことは、その後の国民保健サービスの実現に重要な意味を持っていたということが出来るであろう。

ここでは、国民保健サービスが成立するまでの経緯を整理し、ベヴァリジ報告の中で医療保障ないし医療制度がどう位置づけられどの程度までその内容に言及されていたかを明らかに

し、そうすることで現実の国民保健サービスとベヴァリジ報告との関係を確認することにした。

## 2 国民保健サービスの成立とその背景

国民保健サービスがどのような経緯で成立したかについては、わが国でも多くの研究があるし<sup>4)</sup>、小稿に与えられた課題でもない。ここでは、英国医師会雑誌の150周年記念号に掲載された、Frank Honigsbaumによる The Evolution of the NHS と題する論文<sup>5)</sup>から、国民保健サービスの特徴を形成することになった背景を整理するにとどめたい。

著者はこの論文で、保守的なことで知られているイギリスの議会制度の下で、なぜこれ程までに革新的で包括的な公的保健医療サービスの制度ができたのかを、イギリスの医療保障の歴史の中で明らかにしようとしている。国民保健サービスの成立への歴史の大きな流れを整理するとおおよそ次のとおりであろう。

### (1) 自治体の保健サービスの発展

国が個人の医療に最初にかかわるようになるのは救貧法によるが、それは貧困者のみを対象としており、だれもが出来ることなら受けたくないと思うような差別的な医療であった。これに対し19世紀になると、自治体が保健サービスを提供するようになり、環境衛生の事業に始まり、精神疾患患者に対する施設や伝染性疾患患者に対する隔離病院に及び、やがては個人的な保健医療の分野にも広がるようになった。こうした自治体の保健事業には、人々は抵抗感を持たず、自治体の医官が提供する無料の母子保健サービスは、一般の人々に広く受け入れられる

ようになった。

こうした自治体の活動実績から、ウェブ夫妻のように、救貧法を解体して医療を自治体の事業にすべきだという考えが生まれるようになり、役人の間でも、医療に関しては差別的な取扱いや劣等処遇の原則は適応されるべきでないと考える者がでるようになった。

自治体で医療を提供するというウェブのような考え方は、1929年の地方自治法によってある程度実現し、この法律により救貧行政は自治体の管理下におかれ、救貧法の施設は自治体立の病院となり、病院医療も在宅医療もはるかに自由に提供できるようになった。それでも開業医や民間非営利団体による篤志病院が困らないように、ミーンズテストは残され、支払い能力のある人には費用負担が求められていた。

健康保険の適用からはずされていた女性、児童、失業者などは、自治体の一般的な保健サービスの発展を支持したが、そのことで所得を失う人々、特に開業医は自治体の医療事業の発展をおそれていた。逆に保健省の役人や医官達は、健康保険の医療が実施されて以来、これを含めてすべての医療を自治体の制度に統合することを望んでいた。こうした考えは1943年の保健省による改革案に現れているが、この案では一般医は自治体が設立する保健センターの勤務医になり、国民保健サービスはすべて自治体の医官の管理下におかれることになるはずであった。

この論文の著者は、もし保健省がこの考え方に固執していたら、国民保健サービスは今日のような普遍的な制度にならず、一定所得以下の人々を対象にスタートせざるを得なかったに違いないと述べている。それだけ自治体の管理に対する医師の反対は強かったのである。1948年からスタートした現実の国民保健サービスで

は、若干の事業を除いて、病院のサービスも一般医のサービスも自治体の管理からはずされることになった。そして残されていた地域保健事業ですら、1974年からは自治体の事業でなくなっている。

国営医療は国民保健サービスの重要な特徴の1つであるが、医療がこのような形で国営になるのが良かったかどうかは、今となれば疑問であろう。対象人口が制限され、したがって普遍性を犠牲にすることになったとしても、医療を自治体の事業として実施することの方が良かったという判断も有り得るからである。福祉サービスは自治体の所管であるので、保健医療サービスが自治体の事業となっておれば、両者の調整や連携ははるかに容易になったはずである。

## (2) 健康保険の発展と国家介入への期待

救貧法を嫌う労働者は、病気の際に医療費を支給する相互扶助組織を結成するようになるが、こうした相互扶助組織では、医師は患者に直接必要な処置や投薬（1911年に健康保険が成立するまでは医薬分業ではなかった）を行い、相互扶助組織は医師に人頭報酬を支払うことが多かった。こうした相互扶助組織が増えて医師の生活が人頭報酬に依存するようになると、医師は低い人頭報酬に不満を持つようになると同時に、自分達が組織の運営に参加できないこと、素人の事務員に管理され診療上の自由がおかされることに不満を抱くようになった。19世紀の中ごろより医師はさまざまな改革を試みるが、代わりの医師が容易に得られる状況で、どれひとつ成功しなかった。医師は、相互扶助組織や労働者の組織である友愛組合の支配から脱するには、国家の力が必要だと考えるようになった。

1911年に健康保険が成立する時期は、医師が

国家の力を借りて友愛組合の影響から離脱する絶好の機会であったが、実際には医療給付を管理するために設けられた保険委員会の委員の6割は友愛組合に割り当てられることになった。その後も医師団体と友愛組合との確執は続くが、その中で医師達はよりはっきりと、国家が医療費をまかなうこと、友愛組合ではなく国家が被保険者と医師との間に立つことを望むようになった。

友愛組合の影響力はその後次第に弱まり、これに代わって開業医達の脅威になったのは、すでに述べた自治体の医療サービスである。自治体の診療所は急速に増加し、1929年の地方自治体法により病院も増加した。自治体の医官は健康保険の適用からもれた女性や児童に対するサービスに取り組むようになり、自治体の母子診療所が、開業医の患者を横取りする状況が生じた。医師はこの脅威に対しても、国家の介入を望んだ。医師は、健康保険の適用が家族にもまた専門医療にもおよぶことを求めた。こうすることで、自治体の診療所が実施している医療サービスを、開業医が取り返せると考えていた。1929年に英国医師会が改革案を提示した時は、自治体による管理を望んだが、1938年にはむしろ保険医委員会と組んだ方がよいと考えるようになっていた。

## (3) 労働組合評議会と医師会とベヴァリジ報告

もちろん医師にとっての理想は、自治体の規制からも友愛組合の干渉からも自由になることであったが、これを助けたのは労働組合であった。健康保険発足当時でも、認可組合のうち労働組合の組織率は11%でしかなく、それも1938年には8%にまで低下し、簡易保険の影響力が強くなっていた。労働組合は労働災害の補償に

関しても、保険会社や雇い主と対立していた。医師の方は、労働災害の被災者に十分な医療が提供できることを望んでいたし、出産給付の扱いに関して保険会社と対立していた。こうして1936年には、医師会と労働組合評議会とで共同会議が設けられるまでにいたっていた。

医師会と労働組合評議会との運動は功を奏し、1939年には緊急医療サービス法が成立したが、これは戦時下にあって病院サービスの抜本的な組織改革を実現した。また1941年には、労働組合評議会の要求もあって、ベヴァリジを委員長とする社会保険に関する委員会が発足し、ベヴァリジは労働組合の意見を取り入れ、社会保険から簡易保険の影響を排除するとともに認可組合の制度を廃止するよう報告をまとめている。一方医師会は、1940年に医療計画委員会を設立し、1942年の6月にその中間報告を発表し、人口の90%をカバーする包括的な保健医療サービスの設立を求めている。この提案は、早速ベヴァリジ報告で引用され、社会保障の前提として包括的な保健医療サービスが必要であるという報告の主張をサポートする形になっている。

ベヴァリジ報告が取りあげた認可組合の廃止も包括的な保健医療サービスの実施も政府によって支持されることになる。最後まで紛糾したのは、保健サービスの管理を自治体とするかどうかであったが、ベヴァンが自治体の管理を排除するよう妥協し、1948年からNHSが実施に移された。

この論文の著者はこのようにまとめた上で、こうした一連の動きの中で、一般国民、消費者の声が聞かれなかったこと、しかし彼らの支持がなければ医師達の提案が実現する可能性はなかったであろうことを強調している。しかしこの点では、ベヴァリジ報告をめぐる国民的合意

の形成の意義が重要であるように思われる<sup>6)</sup>。この点こそ、国民保健サービスの成立に対するベヴァリジ報告のもっとも重要な貢献であったというべきかも知れない。

またこうして誕生したNHSの特徴のうち、戦前と比べて大きく変化した点は何かを検討してみると、1)医療の財源を保険料ではなく租税に転換したこと、2)包括的な保健サービスを、3)全国民に、4)無料で提供したことの4点が特に重要であるように思われる。そして供給側の条件については、むしろ戦前とそれほど断絶がないように思われる。病院の医療は戦前の管理組織と似た病院管理委員会に、一般医の医療は戦前の保険医委員会と同様の執行委員会に委ねられ、病院に勤務する専門医には俸給が支払われ、開業医(一般医)にはこれまで同様人頭報酬が支払われることになった。病院の専門的な医療の提供で中心的な機能を果たしてきた民間の篤志病院を国営化した点が、戦前からの特筆すべき変化のように見えるが、篤志病院は両大戦間で実質的に国庫補助に大きく依存するようになっており、専門医も国営病院で給与を保障されるようになることに抵抗はあまりなかった<sup>7)</sup>。供給面での変化で強調すべきは、むしろ5)自治体の機能が厳しく制限された点であったといえよう。こうしたNHSの特徴に関して、ベヴァリジ報告はどのような提言をしていたであろうか。

### 3 ベヴァリジ報告における国民保健サービス

ベヴァリジの社会保障計画の第一義的な目的は、社会保険を通してすべての国民にあらゆる事故に対してナショナル・ミニマムを保障する

ことである。ナショナル・ミニマムの保障を定額の給付で達成しようとするために定額の拠出が導かれ、この定額拠出定額給付の社会保険を成り立たせるために、社会保険に国庫負担が取り入れられたり、この社会保険の前提として、児童の養育費をまかなうための全額国庫負担の児童手当制度と、ナショナル・ミニマムの所得保障の体系とは別枠の医療保障制度の確立と、雇用の維持の必要性が強調されている。

医療保障を扱っているのはベヴァリジ報告の第IV部「社会保障と社会政策」においてであるが、その最初のパラグラフ (para. 409) で次のように報告に占める医療保障の位置づけを確認している<sup>8)</sup>。

「この報告書でもちいられる社会保障という語は、一定の所得を確保できるようにすることを意味する。この報告書で説明された社会保障計画は、所得維持によって窮乏からの自由を得ようとする計画である。……窮乏からの自由は、人類に必要な自由の1つにすぎない。狭義における社会保障のためのなんらかの計画は、それと提携するところの多くの分野にまたがる社会政策を前提するが、これらの政策の分野の大半については、本報告でそれを論ずるのは不適當であろう。ここに提案された計画は、3つの特殊な政策を前提し、それらは計画と密接に関連しているから、計画自体の理解のためにも簡単に論議する必要がある。これらの前提される政策とは、児童手当、包括的な保健およびリハビリテーション・サービス、ならびに雇用の維持である。」

この引用文中の「多くの分野にまたがる社会政策」に関しては、別のところで「われわれの社会保障計画は、社会政策の一般的計画の一部として提起されるのである。それは5つの巨大

な悪への攻撃の一部にすぎない」(para. 456)と述べて、有名な窮乏、疾病、無知、陋隘、無為という5大巨人の説明を行っている。この5大巨人から、ベヴァリジのいう社会政策には、少なくとも所得維持を目的とする社会保障のほか、医療、教育、環境や住宅、雇用などの政策が含まれるものと考えられる。そのうち社会保障の計画に特に関係するものとして、児童手当、医療保障と雇用の維持が、社会保障の計画に関係する限りで提言されたわけである。

ただしこの3つの前提それぞれと社会保障との関係は、必ずしも同等ではない。まず児童手当であるが、社会保険をとおしてナショナル・ミニマムを保障するための不可欠の前提として児童手当の必要性が主張されるが、それが現金で支給される所得維持制度である点は、社会保険となんら変わりがない。上に引用したベヴァリジ自身の社会保障の定義からしても、児童手当を所得維持のための社会保障の構成要素に含めることは、それほど不都合ではない。

第2の前提である医療保障は、現金の給付ではなくサービスの提供をめざしたもので、所得維持のための社会保障制度に混同できるものではない。しかし、その前身は所得維持と医療の提供の両者を目的としていた戦前の健康保険であり、医療保障制度は労働不能時の現金給付制度と密接に関係する仕組みでもある。その意味では広義の社会保障の範囲に含めてもよい前提である。実際、ベヴァリジ報告の付録で政府のアクチュアリーが社会保障の予算を推計する部分では、社会保障の範囲の中に国民保健サービスの経費（およびその財源）が含まれている。

最後の雇用の維持は、社会保険に重要な影響を持つものではあるが、その政策には社会保障とはかなり性格を異にする手法が求められ

る<sup>9)</sup>。したがって、ベヴァリジ報告との関係では、より遠いあるいはより基礎的な前提であるということができよう。

こうしたベヴァリジの社会保障計画の構造を図示するとおよそ図1のようになるのであろう。その中で国民保健サービスは、広義の社会保障を構成する関連性の高い前提であるが、所得維持のための体系とは明確に区別されたサービス保障の体系として提示されていたことが確認できる。こうした捉え方は、保健サービスは保健当局が一元的に管理すべきであるという提案とも密接に関係するし、ニュージーランドの1938年の社会保障法で明示された所得保障と医療保障の2大体系の捉え方とも共通するものであった。

それでは、具体的な国民保健サービスの条件について、ベヴァリジはどこまでその内容に踏み込んで論じていたのであろうか。

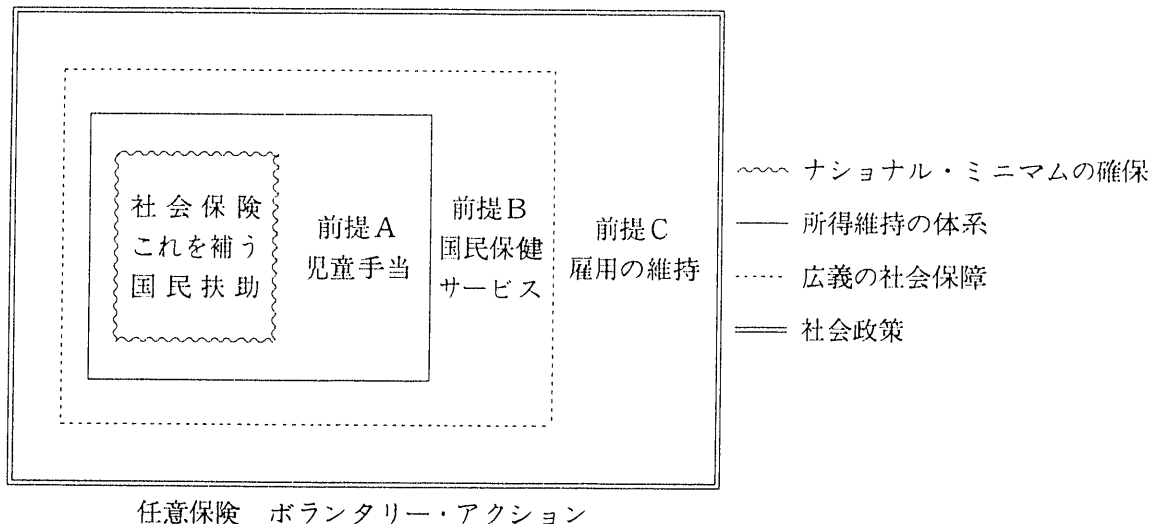
ベヴァリジはこの前提が必要な理由について、「労働不能の場合に高額の給付を支払うことの論理上の必然の結果として、給付の支払件数を少なくするため国家によって断固たる努力がなされねばならないのである。また労働不能の

場合に高額の給付を受け取るということの論理上の必然の結果として、個人は健康を保ち、予防できる間に早期の診断のあらゆる処置に協力することを義務とすべきである」(para. 426)と述べて、国の責任と国民の義務とから、早期治療が達成される条件の整備の必要性を強調している。そしてそのことが、「支払件数」を少なくする、換言すれば医療費を節約するための条件であると理解していた。

また「疾病と災害に対しては、生産力が減退する場合も、全然働けない場合も、たとえ保険給付に直接よらないとしても、つねに支給が行われなければならない」と述べ、拠出があろうがなかろうが、労働能力との関係でどのような状態でも、必要な医療が提供されることの必要性を訴えている。他方では、「疾病と災害に対して公然かつ直接に保険方式で支払ったほうが、間接に支払うよりもよいという理由の1つは、このことが経費をめだたせ、予防への刺激を与えるからである」(para. 426)とし、費用意識をもたせるためにも保険料を財源とすることが望ましいと考えていた。

以上のような原則が認められると、国民保健

図1 ベヴァリジ計画の構造と国民保健サービス



サービスの具体的な内容もある程度固まってくる。すなわち、「全国民に対してその必要とする医療がどのようなものであろうと、またその必要とする医療がどのような形のものであろうとも、すなわち在宅治療であろうと、入院医療であろうと、一般医、専門医、あるいは顧問医であろうと、包括的な国民保健サービスがすべて利用できることを確保するということであり、また歯科や眼科や外科用の補装具、保育・助産や災害後のリハビリテーションなどの給付を確保するということである」(para. 427)と述べ、このような包括的なサービスを確保するには、「(1)それは社会保険所管の省によってではなく、国民の保健に対して、また治療と同時に積極的・予防的処置に対して責任を負うところの部局によって運営される」べきであり、「(2)それは、拠出なしで、必要な場合はいつでも供給されるべきである」(para. 427)と条件を示している。

ベヴァリジは、以上の提言が的はずれでないことを、包括的な医療サービスの整備と、誰もが必要とする医療サービスを利用できるようにすることを唱えた、英国医師会の医療計画委員会の中間報告を引用しつつ補っている (para. 427)。

このように国民保健サービスは、戦前のように健康保険をとおして提供されるのではなく、包括的な保健サービスの一部として保健省が管理してすべての国民に提供されることになるが、その具体的な仕組みまではベヴァリジ報告の扱うところではない。ベヴァリジ報告が明らかにしなくてはならないのは、財政問題である。

ベヴァリジは、財源政策のあり方について、戦前の健康保険が在宅治療をまかなっていたことを例示しながら、「もし現金給付の場合に拠出

の原則を保持することが重要であるとすれば、医療にとっても拠出は重要である。在宅医療の費用の一部を保険料に含ませることには理由があるように思われる」と述べ、その具体的な方法につき、「このことは、社会保険基金の受取分の一部が、医療サービスの経費のための交付金として保健局に支払われることを意味する。この金の管理はその部局にまかされる」(para. 430)と続けている。

この財源政策のより具体的な内容は、付録のアクチュアリーによる計算に現れている。国民が拠出する保険料から、国民保健サービスの方にまわせる部分は、総保険料収入3億3,100万ポンドのうち4,000万ポンド程度であるので、国民保健サービスの子想される総費用1億7,000万ポンドの残りの1億3,000万ポンドが国庫負担になると計算されている(付録A para. 62, 63, 82)。そうしてこうした考え方は、戦後の国民保健サービスの財源政策に実際に適用されることになった<sup>10)</sup>。

ベヴァリジは、金持ちも貧乏人もすべての国民がその保険料の一定額を国民保健サービスに支払うという財源政策からすると、国民保健サービスは全人口を対象とするものでなくてはならないとし、英国医師会の医療計画委員会の中間報告の、人口の90%程度をカバーする提案を退けている。これは、金持ちが自由診療を利用することを禁じることではないが、私費診療の範囲を狭める可能性が高く、医師の反対が予想された。戦後の国民保健サービスが全人口を対象にスタートできた理由の1つに、ベヴァリジの普遍主義的な提案があったということができるとであろう。

戦後の国民保健サービスの運営に絡んで、ベヴァリジが患者負担をどう考えていたかも興味

のある点である。ベヴァリジは、患者が経済的な理由で治療を遅らせるようなことのないよう、必要な医療サービスを提供しなくてはならないと考えていたから、健康維持的・予防的な保健医療も含めて、受診時無料を原則としていたと考えられる。この点で例外は、入院した場合の「宿料」と食事の費用の問題である。ベヴァリジは、「社会保険制度が被保険者およびその扶養家族の食物・燃料に関する要求をみたすための給付を将来提供するものであるとするならば、それらの人々が自分の家においてではなく、病院において食事をしたり暖をとったりしている間は、そういう目的のために支給される金は直接病院に支払われるのが合理的であるように思われる」と述べ、病院財政にとっては大した問題ではないと断りつつも、個々の家庭にとっては決して無視できない節約額であることに注意を促し、病院にいることのほうが有利になるようなことのないよう、患者負担があってもよいと述べている (para. 434)。

歯科についても、予防を重視する必要から、またそれにより需要が増加し、それに見合う必要な供給が確保されるためにも、利用の際には無料がよいとしている。ただし、入れ歯については、これを注意深く使用させるためにも、その費用の一部を患者に負担させるのが合理的だと主張する。同じ論法で、眼鏡についても一部負担を認めている (para. 435)。

#### 4 むすび

ベヴァリジは、「医療サービスの組織化の諸問題の大部分は、本報告の範囲外にある。たとえば医師の自由選択、集団診療と個人診療、国の計画における民間病院と公的病院のそれぞれの

地位というような問題について、意見を表明する必要はない。医療サービスの諸条件、各種の医師や歯科医や看護婦の報酬などについても、……意見を表明する必要はない」(para. 428)と述べ、医療サービスがどのように供給されるかについては具体的に意見を述べるのを控えている。ベヴァリジが提言したのは、社会保険がうまく機能して、拠出を条件にあらゆる場合にナショナル・ミニマムの現金給付が保障できるようにするために必要な限りでの、医療保障の条件であった。

その内容を整理すると、受診の際には原則的に無料で必要な医療が受けられること、その財源としては租税ではなく保険料が望ましいこと、保険料の方が望ましいが社会保険の保険料から医療にまわせる余裕は少ないから租税負担が大きくならざるを得ないこと (この点はむしろアクチュアリーの子算の推計結果からでてい)、医療費の節約のためにも予防が重視され早期受診が強調されていたこと、予防やリハビリテーションを重視する立場から保健省 (もしくは保健局) による包括的な保健医療サービスの統合的な管理が求められていたこと、などであろう。

2節で、NHSの特徴のうち戦前との違いの大きい要素を5点あげたが、第5の供給面での変化については、ベヴァリジ報告は詳しく言及していない。これに対して需要サイドの条件を示す4つの要素については、ほぼベヴァリジ報告が取り上げたとおりに実施されたということができよう。その主張も、さかのほれば労働党や労働組合あるいは医師会の提案の中に見られたもので、決してベヴァリジ報告ではじめて取り入れられたものではないが、ベヴァリジ報告の中で、社会保障の体系の不可欠の前提として



提示された意義は、ベヴァリジ報告を軸とする国民的合意の形成が強固であっただけに、決定的な意味を持っていたというべきであろう。

最後に、戦後実施された国民保健サービスに対するベヴァリジの評価について、ハリスの研究に基づいて触れておきたい。ベヴァリジは、福祉国家という表現を好まず社会サービス国家という表現を使っていたが、それだけに福祉国家の父と呼ばれることをこころよく感じていなかった。それ以上に困惑したのが、国民保健サービスの生みの親といわれることであったが<sup>11)</sup>、実際の国民保健サービスに対する評価は決して低くはなかった。少なくとも1946年の国民保健サービス法については、「この国の価値観を革命的に変革するもの」という表現で歓迎している。この点は、ベヴァリジ報告の中心的なテーマである社会保険について、戦後の労働党政府がナショナル・ミニマムの水準をまもらなかったことなどに関して厳しく批判したのとは対照的であった<sup>12)</sup>。実際、ベヴァリジ報告の中でも中心となる所得保障の部分は、形式的に整えられはしたものの、核心となるナショナル・ミニマムの水準が十分でなく実質的に報告内容が無視された形になっており、そうした点からすれば、むしろ国民保健サービスの方が、ほぼ報告の内容どおりに実施に移されているということもできる。またベヴァリジは、1950年代になって国民保健サービスの費用が問題になったときに、その費用は他の先進諸国と比べてはるかに低い点を指摘しつつこれを擁護していた<sup>13)</sup>。

ベヴァリジが国民保健サービスについて批判的であったのは、彼がベヴァリジ報告の中では詳しく触れることを控えた、サービスの供給組織に関する点である。たとえば、彼はより完全な形での社会化医療を望んでいたので、独立し

た契約者として人頭報酬を受ける開業医よりも俸給を受ける勤務医を好んだであろう。またハリスによると、彼が予防を重視した点と関係が深いと考えられるが、病院と開業医と自治体の保健事業との連携を問題にした最初の人物であるといわれる。そして、大蔵省が厳しく管理する予算で事業運営するよりも、長期的な展望を持って資本支出も計画できるような公共企業体のような仕組みが良いと考えていたようである<sup>14)</sup>。そういう意味では、今日問題になっているようなNHSの内部市場論や自主運営の病院基金などは、比較的ベヴァリジの考えに近いものなのかも知れない<sup>15)</sup>。

またベヴァリジは、国民保健サービスの内においても外においても、人々の自発的活動（ボランティア・アクション）を重視し、私費診療の発展を歓迎していた。国民保健サービスの病院に私費診療用のベッドがあり、金持ちがこれを利用することにより入院待機患者の順番を飛び越す結果になっているとの批判に対し、彼はなによりも待機患者が生じないようにすることの必要性を指摘している。さらに、国民保健サービスの医療の機能を補う意味で、療養施設や患者を楽しませるサービス、高齢者のケア、ホームヘルプサービスなどについて、ボランティアなどの活動が取り入れられ、その分職員が自分達でなくてはできない仕事を十分に果たせるようになることを重視していた<sup>16)</sup>。

ベヴァリジ報告の中には、最低限度までは平等主義と普遍主義を貫き、これを上回る部分についてはできるだけボランティアや市場のシステムを生かそうとする、2つの要素が混在していた。NHS創立当初は、平等主義的普遍主義的な要素が優位を占め、そのことにより当時の国民の医療ニーズにかなう医療保障制度が実現し

た。しかし今日では、国民の医療に対する期待も当時とは大きく変化し、NHSの持つ硬直性や官僚性が問われるようになってきているのかも知れない。もしそうだとすれば、ベヴァリジ報告では十分展開されず、従ってこれまであまり注目されることのなかった、民間活動やボランティア・アクションなど行政以外の活動の位置づけについて、ベヴァリジを改めて見直すことが求められているのかも知れない。

## 注

- 1) 山田雄三監訳『ベヴァリジ報告書・社会保険および関連サービス』至誠堂, 1969年, 3ページ。
- 2) フェックス著, 江見・田中・二木訳『保健医療の経済学』勁草書房, 1990年, 54ページ。
- 3) José Harris, *William Beveridge; a Biography*, Oxford, 1977, p. 459.
- 4) 比較的最近単行書として出版されたものとして、榎原 朗氏による『イギリス社会保障の史的研究(I, II)』(法律文化社, 1973年, 1980年)がある。
- 5) Frank Honigsbaum, 'The Evolution of the NHS', *BMJ*, Vol. 301, 3 October 1990, pp. 694-699.
- 6) ベヴァリジ報告に対する国民の支持の強さは、この難解な報告書が1年で25万6,000部売れたということからも想像できるであろう。ベヴァリジは一種の救世主とみなされていた (P. Gregg, *The Welfare State*, George Harrap, 1967, p. 19, p. 24.)。
- 7) これらの点については、拙稿「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』No. 16, 1975年9月)を参照されたい。
- 8) 上掲『ベヴァリジ報告書・社会保険および関連サービス』, 237ページ。以下『ベヴァリジ報告書』からの引用は、パラグラフの番号で表示する。
- 9) ベヴァリジは、雇用の維持に関する報告を1944年に発刊している (William Beveridge, *Full Employment in a Free Society*, Allen and Unwin, 1944)。また1948年には非営利の民間活動の重要性を論じた報告を発刊している (William Beveridge, *Voluntary Action, A Report on Methods of Social Advance*, Allen and Unwin, 1948)。
- 10) 戦後の国民保健サービスの子算は、ベヴァリジ報告の予想以上に大きかった。一方国民保険からは、ベヴァリジ報告と同額の4,000万ポンドしか支払われなかったから、総支出に占める国庫負担の割合はさらに増加した (拙稿「イギリス社会保障の財源政策」『国際社会保障研究』No. 23, 1979年3月)。
- 11) José Harris, *op. cit.*, p. 458.
- 12) *ibid.*, pp. 460-461.
- 13) *ibid.*, p. 461.
- 14) *ibid.*, p. 461.
- 15) Ellie Scrivens, 'Disease', *Social Policy and Administration*, Vol. 25, No. 1, March 1991, pp. 27-38.
- 16) José Harris, *op. cit.*, pp. 461-2.  
(いちえん・みつや 関西大学教授)