

Title	イギリス医療保障構想の形成過程
Sub Title	The National Health Service in Britain, Its Historical Development
Author	藤沢, 益夫(Fujisawa, Masuo)
Publisher	
Publication year	1962
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.4, No.6 (1962. 2) ,p.23- 43
JaLC DOI	
Abstract	<p>The past century has been years of very great progress in the medical and health services in Britain. The second half of the nineteenth century was marked by the development of environmental health services providing basic conditions for healthy living. The early twenties century saw the start of State aid to medical research and, in the medical benefit of National Health Insurance in 1911, the beginning of a State-aided general practitioner service outside the Poor Law. Problems of public health came under serious consideration during the last century because of great epidemics of cholera and typhus which swept cities, especially poor quarters with thier unpaved streets and their crowded ill- entilated dwellings. The great social reformer, Edwin Chadwick, presented his famous "Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain" to Parliament in 1842, showing how closely ill health was bound up with poverty and with evil sanitary conditions. The Public Health Act of 1848, and the setting-up of a Board of Health were the results of his revelations. Chadwick had insisted that the expense for public drainage would be offset by the diminishing social cost of illness, and gradually many measures were, passed dealing with such matters as water supply, sewerage, inspection of fpod, removal of refuse, and so on. In 1875 health laws were codified under a consolidating Health Act; a local Government Board was set up which continued to administer these measures until the creation of the Ministry of Health in 1919. Like all social reform in England, the improvement in matters of health, came about gradually, for different reasons and in various ways. The Boer War revealed a startlingly low level of fitness among the recruits, of whom nearly half had to be refused on medical grounds. The high death-rate of infants and the great amount of illness among people in general, led to a new concern about health services. In 1911 a Liberal Government enacted the first National Insurance Act. This was "an Act to provide for Insurance, Laws of Health, and for the Prevention and Care of Sickness, and for Insurance against Unemployment, and for the purpose incidental thereto." By this Act Lloyd George, following Bismarck's example, introduced into Great Britain the device of paying for social reform mainly out of the pockets of the poor. And in doing this, he spiked the Socialist's gun. The National (Health) Insurance Act was an answer, and politically an effective answer, to the Minority Report of the Poor Law Commission, which,, appointed under the Conservatives, only finished its tasks in 1909. On one main issue the Majority and the Minority of the Commission agreed. They both held that the Poor Law, as it stood, was obsolete, and that the ad hoc Boards of Guardians ought to be abolished and their functions handed over to the town and county councils. But the. Minority Report-the work chiefly of the Webbs-went much further than this, proposing a complete "break-up" of the Poor Law, and the institution under the local authorities of a complete public health service without any taint of pauperism. The Health Insurance Act was Lloyd George's essentially conservative answer to these demands. Not only did he institute the contributory system: he also firmly entrenched it against attack by handing over the administration of health insurance to a list of "Approved Societies"- friendly societies and insurance companies in the main, but also trade unions, who chosed to set up special machinery for the purpose - and by instituting the system of "panel practice", whereby the medical profession, which used its chance to drive a remarkably hard financial bargain, came to regard the insurance system as its guarantee against nationalization through a State Medical Service.</p>
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-19620228-04044709

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

イギリス医療保障構想の形成過程

藤 沢 益 夫

一

社会保障諸制度の備える個々の給付を分つて、その形質に因るときは現物と現金が並べられ、方法で限るときは短期と長期が比べられるが、いま対象に置く事故の性格から給付の種目を概括すれば、医療・疾病・出産給付群、老齢・廃疾・遺族年金群、児童手当群、業務災害給付群、失業給付群の基本五類型に集めることができ、意図する機能をさらに統べれば、医療保障と所得保障の二領域に約す⁽²⁾をつねとし、あるいはこれに連ねて雇用保障を添えるのもしばしば⁽³⁾である。

社会保障制を目して、国民の最低生活確保を図る国家の総合的施策とするのはすでに一般であつて、敷延するなら「社会保障とは、包括的で周到な一連の諸方策により、かかる諸方策を欠くときは、疾病、失業または老齢時のさらには死後の収入途絶の結果生ずべき経済的困窮から大衆（もしくはその多数）を擁護するとともに、ここにいう大衆にその必要とする医療を供与し、くわえて幼児を養育

する世帯を補助するため、達成された成果である⁽⁴⁾」というべく、所得保障体系と医療保障体系はそろつて須要の構成要素に定められる。なかでも、医療保障は、その立ち向う事故分野たる傷病が、各人にひとしく生起する自然的・生理的特質をもつばかりか、傷病と貧困の悪循環に直接現れる社会性を合せて強く指摘される生活危険であるところから、つねに第一次的位置について「社会構成員のための医療の提供を組織化し、かつ疾病の費用と健康の保護とを集団的に負担する仕事を社会に付託することによって、すべての者に対して医療を利用せしめることを目的とする⁽⁵⁾」よう求められている。

このような役割を期待される医療保障制度の形態ないし組織の形式は、社会保障の他の諸部門と同じく、抛出と給付の総体的対価関係を保険技術の媒介によつて保つ社会保険方式と、一向に財源を公共資金に頼り一定の困窮度認定を条件に一方的救済保護を施す社会扶助方式との複合体で形成されるが、この両者は、歴史的には扶助系制度の後に保険系制度が接続し、やがて連立の段階から合成融合の方向に移行し、「今日の発展を正しく判断するならば、社会扶助

と社会保険はたえず相互に接近しつつ動いていることが理解され、長い進歩の頂点にはこの両制度は相合して結合し、ついに……社会扶助と社会保険のいずれが支配的か判定しえずただ国民的な社会保障の制度を有するに過ぎないというるにいたる⁽⁶⁾。かくて、社会保障の終局的に想到される形容は、無拠出なるがゆえに保険を離れ、要保護性の検認をとみなぬために扶助を脱した、公共サービス・一般福祉サービス制の成立である⁽⁷⁾とみなされるが、その先達を、全人口に対する適切な医療利用の普及を眼目にする医療保障が「保健サービス（あるいは保健事業）方式」の導入によって務めたのは、いわば自然の成り行きであった。

現在すでに数例を挙げられる保健サービス制は、それぞれ発達の遅速を映して内容に優劣の懸隔がはなはだしく、なかには前期的救護の周辺をさまよう低次の制度すら散見する一方、ニュージーランドやイギリスなどの諸国の設計した機構はなべて、疾病保険を基体にする在来の諸形式より卓出した水準を維持し、とりわけイギリスにおける国民保健事業（または国民保健サービス）National Health Service は、ほかの社会保障諸部門の整備ともあいまって、資本主義下の医療保障実践の軌範にされてきたのは周知のところであり、しかも、それは救貧制度の医療扶助にはじまり健康保険を経て一般保健サービスに到達する典型的な道程を閲してきている。したがって、このイギリス医療保障制度形成の顛末を源流にさかのぼって回顧し、そこに発現した諸事象から医療保障発展の意味、とりわけそれを必然化した諸背景の展望を試みるのが、小論の主眼である。

(1) 社会保障理念の最初の国際的確認は、ILOの戦後再建総会たる一九四四年の第二六回国際労働会議で採択された、有名な「フィラデルフィア宣言」(Declaration of Philadelphia)と、それに続く「所得保障勧告」(Recommendation concerning Income Security)および「医療勧告」(Recommendation concerning Medical Care)などに求められるが、このとき社会保障の当然包摂すべき事故範囲に九種類が想定された。これはそのまま、のちのILO「社会保障（最低）基準」条約などにも継承されているが、ただ排列は網羅的ではあっても多分に便宜的なもので、一定の序列を認めがたい。そこで、この九種類をさらに類集したのが、ここに挙げた五類型である。

(2) 「社会保障諸制度のもつ機能は、いまでも生計と医療の供与というもつとも一般的表現で現しうる。」(ILO; Social Security, A Worker's Education Manual, 1958, p. 15.) のであって、また現在ILOなどとは対立すること多い世界労働組合連盟(World Federation of Trade Unions, abbr. W.F.T.U.)の首唱した、五三年三月ウィーンにおける国際社会保障会議での、アンリー・レノー Henri Raynaud の定義によっても、当然ながら、「社会保障とは、みずから働いて生活する者すべてに、労働不能のときにはつねに正常な生計の維持に足る収入を保証し、さらにその健康状態にしたがい必要とされる完全な医療を、薬剤を含めて、支給することを保障せんとする社会的諸制度および諸立法措置の総体である。このうち医療措置は働く者の家族全員に続いて全国民に拡大されなければならない。」(W.F.T.U.; The World Trade Union Movement, April 1-15, 1953, No. 7, p. 7.)としている。

(3) 雇用保障について、前記ILO第二六回総会でのもうひとつの勧

告に「雇用サービス勧告」(Recommendation concerning the Employment Service)があるように、ILOの社会保障構想にあつては、現金給付を補完する不可欠の現物給付に、医療サービスとやらんで雇用サービスなどの広範な公的サービスを重視している(平田富太郎「社会保障研究」四三—四八ページ参照)。

(4) I.L.O.; Social Security, op. cit., p. 11. なお、大本に関するかぎり、WFTUの定義も大同である点を参看。

(5) I.L.O.; 26th Session, Reports IV, Social Security, Principles, 1944, p. 57.

(6) I.L.O.; Studies and Reports Series (M), No. 18, Approaches to Social Security, An International Survey, 1942, p. 86.

(7) 一九四四年のILO「医療勧告」(勧告第六九号)は、一連の医療保障の方式を枚挙しているが、その最終目標を医療のための公的サービス形式達成に置く。またWFTUの国際社会保障会議の採択した「社会保障綱領」は、第一部「原則」の第四項に、全国民に対する無料・無制限の医療を包括的な国民保健事業(もしくは国民保健サービス)National Health Serviceの確立によって実現すべきことを明確に規定している(Supplement to "World Trade Union Movement" No. 7, 1953, p. 7)。これを、従来の訳例のごとく国民健康保険と表現するのは、けつして的確ではない。

(8) いま保健サービス方式は、イギリス連邦諸国の一部、チリおよび社会主義諸国などで採用されている。ただしイギリス・ニュージールランドを頂点にするイギリス連邦系諸制度は、いまだ発達の上にあるものが多く、その一例については、拙稿「諸外国の疾病保険」(8)・オー

イギリス医療保障構想の形成過程

ストラリア」(「健康保険」誌第一二巻第四号二〇—二六ページ)参照。

二

由来、医療保障の名のもとにある傷病に対する社会的配慮は、内容に主客両側をもち、形状に二様をとる。まず、傷病が自余の生活上の諸事故と等しく、稼得の不測の中断・喪失ないし不時の出費を惹起するからには、一般的所得保障の一環として原理・体制を同じくし、社会保険あるいは社会扶助による現金給付の対象たるべく、その保障程度は、直接に平常の所得水準に相関せしめるか、一律に生計維持の最低必要限に準拠せしめて、所当を量定しうるであろう。だが、傷病保護に実効を期待するには、失われた所得の消極的な補足のみでは半道も及ばず、それに併行して、稼得の根源である労働能力の毀敗減損を積極的に修治回復する医療措置という現物給付を絶対の条件にする。

医療保障にとって、現金給付たる疾病給付(「傷病手当」と現物給付たる医療給付(「療養給付」とは、補完相持の關係に立ちながら、なお前者の作用は副次的、いわば従物的であつて、一般医・専門医の診療、薬剤および器材支給、処置、手術その他の治療、病院等施設への収容、看護、産科医療、歯科・眼科治療などを具体的内容にする後者の役割がむしろ本位となり、そこに他の分野にみられぬ特殊な事情を招き煩雑な問題を起している。すなわち、この医療サービスの提供を社会保障制度の一部に編入するには、主務とし目的とするところは同歸にせよ、支給方式の選択に別途をとり組織形態

の決定に異路を生ぜざるを得ない。まず支給方式は、受給者によって診療担当者に支払われた医療費をのちに保障機関が定額か定率で償還する方法と、公営・国営の医療施設で医療そのものをじかに供給する方法が別れ、さらに背馳する両方向を折衷するものとして、

保障機関が個別払いか人頭均一払いで医療担当者に医療費を直接支払う方式が数えられ、それぞれに長短得失をもつ⁽¹⁾。この三種の支給方式のいずれか（あるいはその組合せ）をもって医療保障が仕組まれるが、その組織形態は、適用外の貧困層の要求に対応すべき社会扶助を底辺に備えた社会保険を通ずるか、または公共サービスによる医療供与に俟つかして行われ、この場合、保険制よりも公共サービス制がおよそ合目的にして合理的な形式であるとされる⁽²⁾。

というのは、医療給付なる現物給付を保険組織に乗せるときは、社会保険財務に、正常の数理的計算基礎以外の不確定な変動要因を持ち込んで、制度を弱体化する危険を冒すことになるからである。その外的な攪乱要素とは、第一に医療給付それ自体の価格変動があり、第二に罹病率の変化から独立した受診率の変動がある⁽³⁾。はじめの医療給付独自の費用増高は、生計費上昇、適用の拡大、一般経済情勢の推移、医師勢力の伸長などに絡んで要請される診療報酬改訂や、薬価騰貴、また医学の進歩にともなう保健諸施設の経費追加などを大きな原因にしてもたらされ、つぎの疾病率・罹病率の変化によらぬ受診率の増大は、保健意識の向上、制度の普及と受診機会の増加、診断・措置の改善による医療行為および設備利用の漸増、また診療報酬算定・支払方式の相違などの結果ひき起される。これら

はみな、保険とは別個に現れて、しかも保険運営を強く左右する因子である。

医療保険において、技術上多くの難点を黙許し、基盤の脆弱化を甘受してまで、あえて医療給付に重点が置かれる理由は、疾病昂進の抑止と健康の回復という保障目的に即応するためには、現金給付形態では迂遠に過ぎ疎漏の多いところに基づくが、この医療保護の相当は、個々の傷病の性格と事情から測られねばならず、給付期間とは転帰までを完全に庇うものでなければならぬ。管理のため保障の程量を無理に規格づければ、給付の効果はとみに衰え、節用のため保障の質量を無下に制限すれば、給付の意味ははなはだ失われるのであって、ましてや他の現金給付とひとしなみに、給付を抛出や所得に一方的に関連づけることはできない。しかし、本来、抛出に多くを課しえない社会保険にとって、支給限度の不定な医療保護の実行は過大な仕事となり、その出費を補う大幅な国家の補助が必要となる。しかも、この医療保護は、事後的治療の完整のみをもって尽くされるものではなく、健康の維持増進を図り傷病を未生に防ぎその禍胎を絶つための予防的活動・一般保健活動に支えられねば、真の効果をもちえないのであって、医療保険にあらたな任務が追加されることになる。かくては、医療保障の組織を、収支相等にとらわれた固定的な保険方式より解放して、公共サービス方式に移行せしめるのが合理的であり、これに公衆衛生活動・環境衛生活動を含めた一般的保健衛生サービスを合体せしめて、医療保護の統一と整合を果すのが効率的であると考えられる。

(1) I.L.O.: Social Security, op. cit., pp. 43-46.

第一の医療費償還方式——いわゆる療養費払い方式（診療報酬支払方式からみれば受診者立替え払いで所定料金式）は、医療の独立性ないし私的人格を変えず、その意味で自由な患者と医師関係を害わず、保障機関の介入を排すが、医療の組織化・体系化の可能性を失わせ、また、貧困な患者層にとって不利に働く。

第二の医療直接供与方式——いわゆる医療国営・公営方式（報酬支払いは俸給式）は、医療制度を高度に組織化・合理化し、また、サービスと報酬の関連を絶って、貧富による差別診療を除き、過剰診療を防ぐ反面、官僚主義の弊がつきまとい、患者と医師関係を機械化せしめる。

第三の医療費保障者直接払方式（報酬支払いはおもに人頭式か定額式）は、おおむね第一の方法から第二に移る中間的形態であると考えられ、したがって、左右への偏りに応じて長所も短所も稀薄化され微温化される。

(2) 前掲「医療勧告」は、医療サービスを提供する形式として、社会扶助に補完された社会保険制と保健サービス制の二者を挙げ、社会保険によるときは、人口の大多数に適用さるべきことを強調し、また、最良の方途は保健サービス方式であることを示唆している（勧告の第一部原則および第二部適用範囲など）。なお、序章注(7)参照。

(3) Giuseppe Petrilli: The Financing of Sickness Insurance, in, Bulletin of I.S.S.A., Year IX, No. 3, March 1956, pp. 96-97.

イギリス医療保障構想の形成過程

三

医療保障における保健サービス形式の優位は、理念上、以上のごとくに説明されるが、これら諸事由の認識だけでは、パラスがユビデルの頭から飛び出したようには、唐突に制度が全き姿をみせるはずもなく、イギリスでも現行の国民保健事業が形成され具体化するまでに、さまざまな契機と段階があった。その胎動はまず前世紀中葉の黄金のビクトリア期にはじまる。広大な植民地支配と生産技術の優越を頼みに、イギリス資本主義が世界市場に君臨した当時は、無限の自動的な富の獲得と商業の進歩が確信された自由放任の全盛期であって、労働者階級もチャーティズムの戦闘性を失い、繁栄の落ち穂を期待する卑小な実利主義に沈み、労働組合は熟練労働者層の共済福利組織のシノニムに堕ちていた。⁽¹⁾ 時代の精神たる自助と節約の原理からすれば、大衆の貧困は怠惰の結果にほかならず、その救護はマルサスのイデオロギーにたつ新救貧法の屈辱のなかで恵与されるのが応分であるとされて、貧困原因の半ばをなす傷病も、慈善施療か、雑居房収容による救貧医療の対象でしかなかった。

当時の世態を綴って「きわだつ様相は、産業都市に暮す大衆の貧困と退廃であって、それに付随するものに、まず、すさまじい衛生状況があり、……ついで、恐るべき疫疾蔓延の脅威があった」。劣悪な労働・生活事情を背にした「保健問題の由因は実はかかって社会と産業の状態にあることが、事態に重大さと難しさを加えていた。イギリスの名医連」をもってしても、全域にわたる行動を起さなければ

ば、大衆の健康状態は改善されうべくもなかった。普通の境遇にあるかぎり、大衆は（格言のごとく）自らを助けたくも不可能であったのであり、退廃がさらなる退廃をはぐくみつつあった⁽²⁾。かかる悲惨と汚濁の放置は思わぬ悪影響を副産して、労働者の密集する不良地区を溢れ出た悪疫が再三上流地区を襲い、「イギリスのブルジョアたちに、もし彼らが家族もろともこうした疫病の犠牲となつたおれたくないなら、自分のすんでいる都市を衛生的にたもつことが切実に必要だ、ということをとせよ⁽³⁾」のである。一八三四年の救貧法改正にあたり苛酷さのゆえに「役所のお偉方」と陰口された、ベンサムの子愛弟子エドウィン・チャドウィックをして「イギリス労働人口の衛生状態報告」（一八四二年）において「不潔で風通しが悪いため毎年失われていく人命は、近年イギリスの行ったどの戦争での死傷による損害をも上回っており⁽⁴⁾、くわえて「都市清浄化を無視していることが、みじめこの上ない退廃の弊風を募らせ、ないがしろにされた市街や裏町に溜った汚物のただなかで暮している庶民を邪まに走らせている」と不衛生・不健康の害悪を嘆かせて、やがてそれに応じて一八四八年に公衆衛生法や七五年の関連法規を集成した衛生法など一連の初歩的保健立法を実施させた動機は、まさに慈悲心から出るよりもコレラ・チブスの恐怖心に発して、最低限の環境衛生事業が資本家階級の生存にも不可欠なことを示し、のちの、予防と治療を一体化した国民保健事業の設定に、ひとつの有力な根拠を与えるものであった⁽⁶⁾。

イギリス社会保障の、また医療保障の発達を追うのに、世紀更代

期の社会情勢は看過できない意味をもっている。一八七〇—一八〇年代の大不況の到来は、イギリスの将来をかげらせて、それまで、巨大な超過利潤の余沢を受け封鎖的職業組合に安住していた労働貴族層の、協調の千年王国への信仰を揺るがすに十分であり、獲得した特権的地位の不安定と組合の共済機能の限界を知らしめた⁽⁷⁾。この不信は景気回復後も消えず、批判はなかでも、隆盛の下積みとなり貧困と墮落を宣告されて、時代の継子であった未熟練労働者層から起り、その絶望的窮迫と極端な苦汗制の横行に対する反抗として現れ、「法外に悲惨なもの語りは、中ぐらいな幸福の一般的状態に対する偶然の例外ではなくして、大多数人民の平均的存在の典型的な実例であること」を摘発したチャールズ・ブースなどの貧困調査で喚起された社会の同情に励まされ、復活した社会主義に誘導されて、今日、新組合主義と呼ばれている運動に広がった。この「ひげもそらずコール天の上衣を着た」（ドップ）低賃金大衆の新十字軍は元来が、「高額の標準賃銀を得ている職工だけを加入させ、一週一シリングを下らざる会費を徴収し、また正規の徒弟年期を完了した職工の外は」門外に閉め出して、未熟練・半熟練の一般労働者と「ほとんど相関するところなき上院のような貴族団体」を成していた「旧」組合主義のとりでに戦いを挑むものであっただけに、共済活動に偏重し共済基金の安全を懸念するあまりあらゆる行動を自縄自縛した「科学的労働組合運動」の小市民性を嫌悪して、賃金と労働条件の改善のための行動をこそ主張し、疾病・老齢・失業などの手当は国家もしくは全社会の責務たるを確認するものであった⁽⁹⁾。ただ、共済福利制

の排除は、新旧両流の融合の過程で中和され、旧組合が沈滞を脱したと同程度に、新組合も共済機能を摂取して行ったが、⁽¹⁰⁾ともあれ、このとき醸成された社会改革気運の高潮と下層の多勢の独立した政治運動への志向が、資本に、タフ・ウェイル事件やのちのオスボーン裁判の反撃を用意させる反面、一連のいわゆる「正義と人類愛に対する譲歩」を強いる力となった。⁽¹¹⁾かててくわえて、南阿戦争時徴募者の半数が健康上不適格であったことで顕在化した国民体位低下の衝撃も、別の角度から、健全な労働力確保を危ぶませ関心を保健問題に向けさせる有力な刺激になって、⁽¹²⁾きわめて制限的であったが、労働災害補償制度の制定、工場法整備、保健衛生関係諸法拡充などに着手させるとともに、七〇年間唯一の貧困対策でありながら反貧民的性格を終始変えることなく、ニューキャスルからドーヴァーにいたる細民たちの怨嗟の的であった救貧法の再検討をようやく日程に上せしめた。

一九〇五―一九年の新王立救貧法委員会の課題は、かつての「徹底主義者チャドウィックを長とした一八三二―四年の旧王立委員会が救貧費の抑制と削減を至上命令にして、いっさいの貧困を無差別に扱い悪徳と同一視し、惰民をして立たしむるは飢餓に如かずとみなして労働能力者に対する救済阻止を企て、院外非救済・劣等処遇・均一処遇の三原則のもとで施救に懲罰的意味を付与した不当を改め⁽¹³⁾て、貧困の社会性を認め、貧困の原因と性格に応じた救貧制度を組織するところにあったが、これは紛れもなく、貧困の大量的露呈と労働者の階級的成長をまえにしては、貧窮の責をさながら飲酒や遊

惰に擦る「都合のいい臆断」の効能がいまや薄れて、資本の労働に対する「もつとも公然たる宣戦布告」であった三四年の抑止原理を⁽¹⁴⁾もはや表向き掲げられなくなってきたことを証していた。

そもそもこの新委員会は公式には「救貧法の運営状況を審査し、あわせて失業に因る窮乏に対処してとられている救貧法以外の諸策を審議する」ため発足したのであって、後段に南阿戦争後の不況による失業問題の重大化を反映していても、構えて原容の否認が要望されていたのではなかった。だが、検討が進むにつれて委員会の認識した現実には、従来の救貧制限にかかわらず、一九〇六―七年の兩年にかけて、臨時收容者と精神病者を除いても全国に一、七〇九、四三六人にのぼる老幼さまざまな被救恤者が存在し、子持ちの寡婦を主体にした院外受救者は收容者の二倍に達し、⁽¹⁵⁾混合救貧院は三四年そのままだ「老人たちは陰鬱な環境で呆然と露命をつなぎ、少女たちは売春婦と雑居し、一五、〇〇〇人もの乳児は、よくあるように⁽¹⁶⁾ごわごわの未晒しキヤラコを着せられ小さすぎる靴をはかされて、低能に預けられている」光景を続けていたというおぞましきであった。これをしも救済者の道理をもつてすれば、一管理官が、たとえば小児にとっても混合救貧院の苛酷は為になり、これのみが「その子の境遇を、最下層の自活している労働者の子どもの状況よりも劣等ならしめる唯一の方法」であって、「思うに、子は言わば親の罪業を負わねばならない」と高言したところに代表されるごとく、⁽¹⁶⁾救貧院での呻吟は貧者をしてその門口に立つことを極力避けさせる上に欠きえない訓戒とわが田に水を引いてはばからなかった。まさに救

貧法は一新さるべきであつた。

かくて委員会全部の意向は、かの貧民教化に熱心な管理官がいかに「救貧法の救済をかれこれ邪魔立てして欲しくない」⁽¹⁷⁾と抵抗しても、旧来の弊害の多い救貧委員制を解散し一般混合救貧院を閉鎖する方針を固め、また、やたらに「抑止」の鞭をふるい救済を受けたばかりで「被救恤民の烙印」を押して蔑む非を確認した。けれども一致したのはここまでで、現状打破の方向をめぐり委員会内の意見は対立し、一九〇九年、多数派と少数派の別個の二報告が提出された。⁽¹⁸⁾多数派は、既存制度によつては不可能な個人の必要に適合した扶助の措置と幼少・老齢・廃疾等性質別收容を行うため、救護諸体制の再編成と行政の一元化を提案し、救貧法を公的扶助 Public Assistance に改称せんとしたところに最上の表現を見出すように、全体の向上と人道化で能事了れりとした。要約すれば、多数派の解決は道徳性の強化であつた。ひるがえつて、少数派は、眼前の「無差別な貧困の無力な集団」の適確な処理手段としては、救貧の旧套およびその延長線上にある改善ではまったく無効であつて、貧困者の所得不足が個人の責任や失敗より社会状態によることの大きさを認め、各人が無辜にして貧苦の厄に会ふのを防ぐため、地方自治体による年金・保健・教育諸活動を通じて社会に最低生活の土台を築こうと考え、貧困が貧困の主因をなす逆説の進行を封ずべく、受動的な救貧以上の能動的な防貧を目指して救貧法そのものを解体し、国民最低限策 a policy of the National Minimum をもつて代えんとした。要約すれば、少数派の解決は予防性の強調であつた。多数

派に応急主義的姑息があり、少数派に理想主義的高踏があつたにしても、外形は近似していたから「全員同意の勧告を提出していたなら、旧法の命運は閉じられていたろう」が、ついに見解の統一をとれず「法律の改正はさらに二〇年の推移を経るまで延期された」⁽¹⁹⁾。救貧委員制を一九二九年の地方自治法制定までならえさせる弱さを残した両派對立の真因は、機構や行政の末梢にあつたのではなく、社会の保守と進歩を代表する価値意識の隔絶にあり、両派の論争は形式的には救貧法を対象にしつつ実質的には社会政策の全将来を扼する問題をかけていた。それ故に、当時への反響と後代への浸透からして、自後の労働者の行動に理論と目標を授けた少数派の国民最低限構想は、救貧法の脱皮を内側から図つた多数派を圧倒し、やがて外側から救貧原理を侵蝕しつつした二〇世紀初頭の社会立法の高波を揺する初動を起したと評しうる。

(1) 当時の因循な熟練工組合が、その職人的地歩の強化に努める積極をもつ点で、共済のみを目ざす本来的友愛組合・疾病葬祭クラブの消極とは、なお確かな隔たりを残しながらも、自己の皮相な優位を保つに汲々とし、相扶互助になじむことはなはだしかった様を写して、一八八六年商務省の労働調査官に任せられたジョン・バーネットは、その第一回労働組合概況年次報告(八七年六月一三日付)に「現今の労働組合の志すところには、三つの側面が重なっている。攻勢的・守勢的・準備的の各面、すなわち、その権利ないし特典拡張の達成に自ら取り組むに際しての攻勢的側面・既得の権利および特典の放棄を強いる企てに立向うに際しての守勢的側面・組合員の失業、罹病、退職時

比率(%)	実 額(£)	目 費
100.0	15,128,000	主要 100 組合支出額計
19.4	2,935,000	a 争 議 関 係 支 払 分
60.8	9,200,000	b 失 業 ・ 疾 病 ・ 退 職 手 費 当 葬 祭 料 等 給 付 費
19.8	2,993,000	c 経 費 お よ び 雑 費

に給付を支給することよりする準備的側面・がこれである。」と摘示している。さらに、同報告中に提示された伝統的組合の規約の典型が「本組合の目的は、基金を設定し、もって本組合員の罹病時に内科および外科医療補助による救済を与え、組合員の失業時の扶助にあたり、職業保護もしくはそれに関連せる争議の援護をなし、傷害時、老齢時の救護を行い、本組合員およびその配偶者の死亡時の葬祭を営みかつ労働者対雇主関係の正常化に備えるにある。」(The Boiler Makers and Iron Ship Builders)と唱え、あるいは他の諸目的とつなげて「各組合員の一般的ならびに物質的福利を増進し、失業あるいは困窮の事態に臨んでこれの扶助を図り、疾

病、傷害、退職および火災による工具焼失の場合これに援助を給し、本人および配偶者の埋葬の入用をまかない……」(Amalgamated Society of Engineers)と定めているのは、かれらの共済重視の職人的野放図と雑炊的混成を端的に表示する適例であり、また別に、労働調査官長の商務省宛一九〇二年次報告(同年十一月付)が主要一〇〇組合の過去一〇カ年にわたる組合収支状況申告を総括した記録を、上表に約めると、当時の労働組合における共済活動偏向が、すでに傾倒の域をこえて埋没に近いほどであったことが照示される (First Annual Report on Trade Unions, 1887, LXXXIX, pp. 5-7, and Report of Chief Labour Correspondent, Board of Trade, 1902, XCVII, quoted by Harold

イギリス医療保障構想の形成過程

E. Raynes in Social Security Britain, A History, 1957, pp. 165-166.)
(2) James Stirling Ross; The National Health Service in Great Britain, An Historical and Descriptive Study, 1952, p. 27.
(3) エンゲルス「イギリスにおける労働者階級の状態」一八九二年ドイツ語第二版への序論(「マルクス・エンゲルス選集」へ大月書店版)補巻二・四八七ページ)。さらにエンゲルスは「住宅問題」(「同選集」第一二巻二一—二二ページ)で、「支配的資本家階級も罰せられずに労働者のあいだに流行病を発生させるといったのしみを享受することはできない。天罰はてきめんだ。死神は労働者のあいだにおけるとおなじく資本家のあいだでも遠慮なくあれるのである。このことがひとたび学問的に確認されるやいなや、人道的なブルジョアはその労働者の健康をまもるための高貴な競争心にもえた」と、当時の公衆衛生活動の性格を記している。

(4) Edwin Chadwick; Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain, 1842, quoted by D. L. Hobman in The Welfare State, 1953, p. 16.
(5) Hobman; ibid., p. 15. Cf. Hardy and Margaret Wickwar; The Social Service, 1949 Ed., pp. 105 ff.
(6) James Harvey and Katherine Hood; The British State, 1958. 北西允訳「イギリスの国家構造」二七五ページ。
(7) 「大不況がやって来るまで、イギリスの労働者は彼らの主人と幻想を共にしていた。彼らもまた、あちこちに小さな後戻りはあってもイギリスは年々いやが上にも富んで行くものと考えていた。彼らは金

持ちのテーブルからますます多くのパン屑がほとんど自動的に落ちて来るものと信じていた。……しかし彼らの主人の独占が脅かされ、賃金の低下と失業がイギリスの工業の後退の結果であるのを見た時、彼らの一部のはしだいに全制度の基礎に疑いを持つようになった。」

(G. D. H. Cole; *A Short History of the British Working-Class Movement*, 1789-1947, 1948 Ed., p. 227. 林・河上・嘉治共訳「イギリス労働運動史」第二分冊、一六二ページ)。

(8) 「これ等の調査はおおむね、博愛家によって暴露され且つ新しい煽動家によって無暗と引用される悲惨な出来事も、冷静にして科学的な調査をもってすれば、必ずや例外的な性質に過ぎざることを立証するに違いないと、予期しておこなわれたもの」であり、ブース流の幼稚な諸調査の唯一の直接的成果は、貧困のごく大雑把な数量的表現を可能にしただけであるが、より重要な間接的成果は、これによりもろの「怖るべき記述が大体上、統計によって確認」され、世人を「ひとしく衷心から驚かし」て警告と教訓を与えた点である (Sidney and Beatrice Webb; *The History of Trade Unionism*, 1894. 荒畑寒村訳「労働運動史」下巻、二七ページ)。

(9) *The Webbs*; *ibid.* 邦訳、下巻三四ページ。そして「彼等の特長的精神は、一八九〇年一月一九日の一般鉄道労働者組合大会の、『組合は戦闘的でないならばならぬ。そしていかなる疾病または傷害基金にも煩わされてはならぬ』という決議によく現わされている。」(Ibid. 邦訳、下巻五〇ページ)。また「多くの場合、『新』組合主義は共済的福利を全く欠いており、ストライキやロック・アウトおよび組織活動、組合運営の費用に使われる資金の獲得に活動を集中した。彼らの指導

者は、共済福利を、労資闘争の停滞と反動に途を開くものとして排撃した。彼らは全労働階級に訴え、階級的連帯性の基礎の上に立ち、少くとも暗々裡に資本主義制度そのものに對抗して、闘争的な政策を指導し得る様な組合をつくらうとした。」(G. D. H. Cole; *op. cit.* p. 246. 邦訳、第二分冊一九六—一九七ページ)。

(10) 共済活動と組合目的の結合は、イギリス労働運動の全史を貫く特質であつた。その年代記には共済への接近と反撥が交互に、各時期の新精神を顕形するものとして現れたことは、ウェッブなども随所に指摘している。

(11) 「一八八〇年から一九一四年にかけて世論の刷新にあずかった力は、世紀中葉の政治的妥協のもたらした各社会勢力の均衡が不安定であつたところから生じた。とりわけ重要なのは、中産階級のなかに時代の経済および社会のあり方を非とする人びとが覚醒したと、国家に及ぼす労働者階級の向背の影響力が増大してきたことであつた。この両者の効果が結びついて、やがては諸資源の利用と所得配分の方法を左右せずにはおかぬような、あらたな社会目標を掲げさせるにいたつたのである。」(W. H. B. Court; *A Concise Economic History of Britain, From 1750 to Recent Times*, 1958, pp. 271-272.)

(12) この衝撃の社会に与えた強力さは、注目に値する。具体的効果としては、徴兵委員会の告発に基づき、一九〇四年には体位低下問題関係部局協議会が組織されて、学校保健事業が確立された過程をみるこ

とができる (Ross; *op. cit.*, p. 37.)。

(13) エンゲルスの「労働者階級の状態」の末章たる「ブルジョアジーのプロレタリアートにたいする態度」(前掲邦訳四一〇—四三七ページ)

は、一九世紀なかばごろのかれ「自身の観察と確実な典拠による」新救貧法の残虐性——エンゲルスをしてついに、これ以上くわしくのべるにしのびないと言わせた残虐行為——の証言にみちている。

(14) 委員会はまた、連合王国全体で一九〇六年当時、多少とも救貧対象になった児童数は二三・七万人、受療者数は一六万人、精神障害者数は二〇万人であったと報告している (Report of the Royal Commission on the Poor Law, Vol. III (1909), pp. 110, 170, and 234.)。

(15) Homan; op. cit., pp. 9~10.

(16)・(17) 地方救貧管理官キャノン・ビュリの委員会に対する証言 (Ibid., pp. 10~11. [quoted from Minority Report]).

(18) ロード・ジョージ・ハミルトンを長としたこの委員会の少数派報告署名者は、のちのパーシングラム主教ラッセル・ウェークフィールド、数少い有能な救貧委員と労働者側を代表する、のちの労働相ジョージ・ランズバリとフランシス・チャンドラー、夫シドニーの助力を得て少数派報告を起草したベアトリス・ウェップの四名であり、多数派報告署名者一六名中には、例のチャールズ・ブースや社会事業家オクタヴィア・ヒル、多数派報告の有力な執筆者とみられるヘーゲル派哲学者バーナード・ボーズンケトなどの名があった。

(19) Court; op. cit., p. 280.

四

医療保護について一九〇五年委員会前後の事情をみれば、当時の公的医療サービスに救貧医療と公衆衛生医療が併存し、それぞれ異

イギリス医療保障構想の形成過程

なる組織原則に立ち局所を担当して、連絡もなく混乱している状態であり、至急の改造を必要としていた。

まず、救貧医療は、救貧法下のサービスである故をもって、労働能力者を主眼に工夫された節約の原理^{II}救済抑止の原理を、労働能力なき病人にも機械的・無差別的に準用して行われていた。その雰囲気伝えて、一救貧委員は一九〇五年委員会でのつぎのように証言している。「思うに、救助を求めに来る者はくわせものばかりで綿密に取り調べねばならず、のんだくれではないかとかその他あらゆる点にわたって吟味を受けた。誤魔化しに乘せられないのが、立派な救貧委員というものである。……もっぱら救貧法による救済は他に余儀ないから給されている。いつも救貧委員はやむをえないときのみ受付けるよう指示されており、つねに救貧係官はよんどころなく措置している。……貧民は、救貧法で給される医療救済に不満をもったが、(理由は)救済担当官のところに出頭した者は、被告席に着かされてあくどく尋問され泥坊扱いされた挙句に、……⁽¹⁾ 洩々乏少の救済をあてがわれたからである」。救貧医療は、ただに原始的処遇を不承不承与え、多くの疾病をそれと認めず結局無視し去ったところに難点があったばかりか、救済を行う側が三四年法の主旨に則りわずかでも余力の尽きぬかぎり適用から外し、また救済を申し出る疾病貧民の側も三四年法の意図通り救貧院をバステイユに準えて嫌畏し往々入所を最後まで拒み、施療をまったく手後れにしたところこそ欠陥があった。救貧医療の外形や水準を含んであらゆる弊害が、疾病に劣等処遇をあてはめ懲罰する姿勢から誘導されたこ

とは、一九〇五年の王立委員会に先立つ四〇年も前の救貧局長G・ハーディですらすでに自覚せざるをえず、一八六五年、收容患者斃死問題の機、救貧院での医療の不備は、主としてその抑止性に基づく運営方針に起因し、これを不適切にも病人に適用したためであると発言させ、救貧医療の基礎的改良にも言及させたごとくであった。⁽²⁾不幸にしてこの結果は少数救貧区に摂取されたのみで一般化されず「疾病貧民に供与される收容措置には優劣があり、既述のごとき一般混合救貧院へ入所させるだけで、被救恤民救護の域をほとんど越えず、薄給の医務官が疾患に応じた処置をとろうにも時間もなければ薬さえないため、たまに往診してもろくな手当もしないようなところから、地方税で賄われている病院といっても失当でない設備の整った救貧病舎で快適に近い保護を受け割合優れた医療と看護のあるところまで、まちまちであった。疾病貧民に対し各地域の救貧当局が供与する施設には、かくもはなはだしく禁圧的なものと誘引的なものが別れていたから、同じく被救恤民の名で收容されている者に大變な格差を引き起す」⁽³⁾結末になったのであるが、ここに疾病貧民に関して、公認されるにはまだいたらないけれども、疾病の放置は症状を固定化し廢疾化してかえって救貧費用増大を来たす事情と一般的医学進歩の背景に支えられつつ、救貧制度内部に方針の変化が芽生えていたのは否めない。

しかしながらよしんばそうであっても、医療が「救貧原則」に準拠して提供されるかぎりには、どこまでも「劣等性」に仕えることか、ら免かれ得ない。すなわち、発病の事実だけでは受療の十分条件を

満たすいつでも困窮の立証が前提になって、施療は事後的治病としてのみ実現され、治療効果そのものは次位の目標に下り、いわんや疾病予防とか再発・蔓延防止などは余事になる。医療保護に救済の枠をはめること自体が治療に劣等的性格を付与するのであって、それは、処遇内容の厚薄を問わずまた資格認定の寛厳にかかわらない、けだし、病者を救貧制度につなぐ鎖のみやびは局面の本来を毫も変えはしないからである。

無告の民を劣等処遇の踏み車から解放し医療保護の組織原則を轉換するひとつの方角を開くものに、一九世紀の公的医療を救貧医療と分担しながらあらゆる面で救貧と対照を示していた公衆衛生体系があった。世紀半ばにチフスが産みコレラや痘瘡が育てたこの保健サービスは、もっぱら伝染病にのみ介意し端緒的防疫医務および清掃、上下水道設備などの基礎的環境衛生事業を実施するに過ぎなかったが、その範囲でも疫病対策という性格から導かれる当然の帰結として、救貧医療の事後性とは正反対に予防活動を第一の職分にせねばならず、このため早期発見と早期治療が要点になり、また予防と治療を一貫した体制に置く必要を生じていた。とくに救貧医療とかわだった違いをみせていたのは、公衆衛生行政が、悪疫の温床を除去するため一切の不健康状態を相手どって全地域への普及と全住民への無差別的徹底に向わざるを得なかったところであった。

公的医療の組織原則における救貧と公衆衛生の長短は以上をもつてしても自明であり、「公衆衛生が救貧法に先行しないこと、窮貧者に対する在宅・入院治療が、公衆衛生行政として組織されていない

ことは極めて不幸⁽⁴⁾であつたが、チャドウィックに始まりジョン・サイモンに継承された公衆衛生運動の意図には、予防を医療保護全体の基本原理に吸収し普遍化しようとする態度は少しもなく、一連の保健立法の現実的過程も環境衛生整備だけに集中しその活動領域に越え難い隔壁が囲繞されていた。この偏向と停滞は、制度の未成熟の所為ばかりでなく、また、保健政策を推進した衛生改革者たちが立ち向わねばならなかった時代の頑迷さや行政当局の冷淡さと非能率さばかりでは説明しつくせない根深さをもっていた。

これはすでに述べたように、衛生問題には自己責任の教義を直接充用しあるがままに任せても最大幸福が成就しないばかりか、熱病の訪問は地位身分に拘泥しないことを教え、そこで富者も自己防衛のため最低限度の保健対策を採用して、資本主義展開のもたらした都市の不衛生な生活状態の結果を補綴する経費を不可避的に負わねばならなかったという事実を表わしているが、この事情はまた、「相対的過剰人口とともに、富の資本制的生産および発展の一実存条件」をなす窮民の、救貧法による救恤がやむを得ない「資本制的生産の空費に属する」の⁽⁶⁾とまさに揆を一にしていた。しかし、いかに是非ない負担にせよ極力冗費削減に尽すのは資本の本性であつて、そのため救貧には無慙な抑止手段が適用されたのであるが、保健衛生の場合、それが他の方法ではとても及ばぬ公費節約の効果を約束したからこそ立法化が進められたのである。すなわち、公衆衛生制度の有益さについて救貧委員会自身、時の内相ロード・ジョン・ラッセルに進言している——「およそ流行病や伝染病はみな、直接また

は結局、救貧税の出費を伴うものである。労働者たちは、伝染病のため、まったくにわかに困窮状態に投げ込まれて、これにすぐさま扶助を支給せざるを得なくなる。病死でもすればたちまち寡婦や遺児たちが救貧区に厄介をかける被救恤者として投げ出されることになる。この結果生ずる負担額はつねに非常な多額に達するので、悪疾が健康上の理由に起因する場合にはその予防に費用をかけても、救貧行政を担当する側からすれば相当の節約をもたらす⁽⁷⁾」と。

実に公費節儉の執念こそが、改正救貧法に無慈悲の心性を込めた張本人をして同時に、救貧医療とは一見うらはらな原理に立つ公衆衛生設立に献身させ、またその公衆衛生活動を厳格に環境衛生分野に限定せしめた素因であつた。つまりは、公衆衛生の内包する治療的要素を排除し、特定階層とくに貧者を利しやすくとかれらがみなす対人的・個別的医療供与の機会を鎖して、そこで提供される「保健」サービスを、没個性的に全体としての社会に奉仕して富者も同程度にその便に与り得るような、汚物処理や上下水施設などの環境衛生の予防的基礎に局限しようとしたのである。「いったんこの簡単な要領を把握すれば、ペンサム⁽⁸⁾の弟子たちが、予防的衛生立法だけではつぎつぎ制定せしめても公的医療立法になるとひとつとして制定せしめなかつた点で、いささかもその偏見に悖るところのなかつたことが明確になる。ブルジョア国家はいかにも貧民のなかの病気の予防に力を借しはしたが、病氣にかかつた貧民に惻隱の譲歩などさらに示したことがなかつた。一九世紀には病氣になれば法律にいう被救恤民の境遇に墮ちるものと両者を固く結びつけて考えていた」。

もちろんそこに公的医療の大きな空隙を埋める私的医療とくに慈善医療の発展がなかったわけではない。しかし、その主役を演じた特志病院サービスは、原始的処遇と「創立者たちの暗澹たる峻厳さと救済貧民に対する内心の侮蔑」を特徴にした施療であり、断じて収容者を被救済者の恥辱から放免しはしなかった。初期的「慈善」病院は信じられないほど高い死亡率の跳梁する恐怖の家であり、患者の逃亡・暴動すら発生した施設であった。⁽⁹⁾

なべて、国民の健康状態を向上せしむるには、サー・ロスの指摘するごとく、⁽¹⁰⁾ 公衆衛生（予防）施設と、賃金生活諸条件改善、個別保健（医療）措置の基本三要因の充足が不可欠であった。しかるに、ごく初步的問題に属する公衆衛生施設さえ必要な諸方策をとにかく具備するのに五〇年の歳月を要したのであった。第二の要因にしても、サー・サイモンが記したように「年々歳々……成年者の生活にみられる恐るべき荒廃の反復は、立法機関が別段の法令を布き適宜労働諸条件の健全化に備えぬかぎり、さほど緩和されることなく続くに違いない」のであって、その他の衣食住に関する官庁報告もこの点では一口に出るがごとくであった。とはいえ、熟練層を除けば、賃金は一般に労働者が引き上げを迫るまでは改善さるべくもなかった。これが経済の教理なら、労働者はたしかに力の挑戦に応ずる権利を有していたが、いかんせんまだ力弱かった。第三の要因たる個別医療措置はなるほど当時でも実行可能ではあったが、いかに医者が立派であつてもどの子供にも食物をあてがい冬には靴を与え、る訳には行かなかった。乳児死亡率が一五〇%にも上っていたのは

けつして医師が不足していたためではなかった。このような悪循環を開する途は明白であり「問題の性格からして政府の活動、それも信念に基づく活動だけにとりうる唯一の済度があった」にもかかわらず、なかなか活動は起されなかった。「かかる問題に関して政府が機熟すに先んじて行動するのは稀有のことである。概して政府は事態が切迫してからしか行動しないものである」⁽¹¹⁾ が、すでに、一九世紀末の道義を求める世論と深刻な産業不安は生活健康問題を強く意識しつつひとつに凝集していた。

そして、この保健問題に対する新旧両思想の反応が多数派と少数派に對峙した新王立委員会報告であった。ペンサム学徒の末流たる多数派は、既存の救済医療と公衆衛生医療の行政的統合による公的医療の質的充備とさらに私的医療との協同を説き、三四年原則に予防的観点を多少付加して部分的修正を行い、能率性と経済性の強化を唱えるにとどまるのに反し、少数派は、救済医療と公衆衛生医療の両者を止揚した高度の総合的医療サービス A united Medical Service を推し、しかも構成の基調を貧富にかかわらず同等の扱いをする公衆衛生原則に拠らせて、医療保護に劣等処遇を加え事後の救護とする抑止的救済原則を排除した。⁽¹²⁾ これは、救済医療と表面上対立しつつその実救済医療の下支えをなしていた早期の環境衛生諸事業のうちにすでに端的に含まれていた予防重視の方向を發展的に継受し、予防と治療の一体化を全医療サービスに及ぼし、とりわけこれを個別医療措置において果そうとするものであった。このように、少数派報告で、第一の目的を予防に置くところの公衆衛生原則をと

らせ救貧医療を排せしめた契機を、事実上の立案者ベアトリス・ウエップは一九〇六年七月一七日の日記に基づきのよう⁽¹³⁾に書いている。「……慈善団体協会の役員が医療救済を法的に窮民となつた者に限ろうとして提出した証言をきいているうちに、ふとある考えが浮んだ。というのは、われわれがしなければならぬことは、これとは正反対の態度をとることであり、医療検診や診療を全病人に対して強制的なものとするのである——つまり、病気を公衆の敵とし、社会の利害のために抑えつけねばならぬものとして扱うことである。……」と。直感をそのままうつつしたこの記述は、素朴ではあるがそれだけにいわゆる少数派の人びとの意図をもっとも簡明率直に表現したものといふことができ、また、この少数派報告のいう「綜合的医療サービス」に、いまの保健サービス方式が、はじめて公式に提唱されたのを見ることが出来る。

しかしながら、これに対する自由党政府の回答は、多数・少数両派の提言のいずれともまったく異質の、しかも「医業の経験とも反する」⁽¹⁴⁾社会保険導入による医療保護の組織化であつた。すでにのべた階級対立激化のなかで、労働者の支援のもとによりやく一九〇五年末政権に復帰できた自由党は、労働者の信頼をつないで産業平和を維持し、また結党直後ながら「下位の同僚」の座に甘んぜずひとりだちをはじめた労働党の協力を固めるための代償として連鎖的に社会立法を行わざるを得なかつた。すなわち、一九〇六年にはタフ・ヴェイル判決を失効させた労働争議法、困窮児への教育(給食)法、適用を一般化し対象をはじめて職業病にまで拡げた業務災害補償法

や、失業救済事業補助があり、一九〇七年には救貧の手を離れて個別医療サービスを提供する発端をなした学校保健制度を設ける教育法が作られ、一九〇八年には救貧法に向つて最初の直接攻撃を仕掛けた、七〇歳以上の貧困者に対する無抛出の老齡年金法と、炭坑(八時間)法が成立し、一九〇九年には不完全ながら住宅・都市計画法、労資協議会法、職業紹介所法などができた。そして、一九〇九年後半から一年余続いた有名な「ロイド・ジョージの刑罰予算」政争の中断をおいて提示された、最後にして最大の社会政策が、第一部に健康保険制を、第二部に失業保険制を併置した一九一一年の「国民保険法」案であつた。⁽¹⁵⁾

(1) Quoted from Harry Eckstein; *The English Health Service, Its Origins, Structure, and Achievements*, 1958, p. 14, fn. 6.

(2) ロンドンの救貧院に生じた死亡事件をめぐる非難に應える救貧局長の声明。伊部英男「英国国民保健事業の成立」(『社会保険時報』第三二卷第一〇・一一号、四ページ)参照。

(3) Hohnan; op. cit., p. 18, quoted from the *Minority Report*.

(4) アイルランド省衛生局長の委員会に提出した意見。伊部「前掲論文」一ページ参照。

(5) 最初の公衆衛生法が一八四八年に制定されてから六六年法や七一年法を経て七五年の綜合法で、一九三六年法までの原則を作るかたわら、五三年の種痘法、六五―七七年の下水処理法、六八年法および七五―九九年の住宅整備法規などの進展があつた。

- (6) マルクス「資本論」第一部下冊(青木書店版)、九九六ページ。
- (7) The Fourth Annual Report of the Poor Law Commissioners, 1838, pp. 94~98, quoted by Eckstein, in, op. cit., p. 13.
- (8) Eckstein; *ibid.*, p. 14.
- (9) Eckstein; *ibid.*, pp. 15~16.
- (10) (11) Ross; op. cit., p. 32.
- (12) The Minority Report, op. cit., pp. 226~229.
- (13) Margaret Cole; Beatrice Webb, 1945. 久保まゆ子訳「一女性の真実の歩み——ウェブ夫人の生涯」一三四—一三五ページ。
- (14) Ross; op. cit., p. 40.
- (15) Cole; op. cit., pp. 305 ff. 邦訳第三分冊、五四ページ以下。Cf. Ross; op. cit., p. 37.

五

「相当に実り豊かなものであった」自由党的改良策は、一九〇九年末を境に大体二期に分けられる。前期諸立法は、満足でないまでも労働運動の要求に沿い、改善強化が望まれこそすれ全体の進路を変えさせる必要のないものであって、それ故労働者階級の結束した支持をうけていた。ところが後期諸政策は、規模と内容が整っていても真の要求からは外れて、根本問題に関して労働運動を鋭く分裂させる方向をたどったのであった。⁽¹⁾ というのは、協調を欲し新自由主義を標榜する自由党にとって、あまりの労働条件の不良や生活条件の低位が社会体制の存続に危険を生む場合、ある程度の保護救済

に国家が乗り出すことはあり得ても、その域を越えて、すべての市民に仕事を供給し生活の糧を与え健康を保持する責任を国家に直接担わせることは、「現在あるが如き資本主義的大英帝国を作り上げた、自助の精神と労働意欲に対する刺戟とを、真向から否定するもの」と考えられたのである。⁽²⁾ したがって、労働党が再三再四提案した労働権法案で説きふエビアンが国民最低限策に洗練した生存権理念は、自由党にはかりにも容認し難いところであったが、同時にまた、少数派報告という優れた指針をもって具体化を迫る生活保障への要請を無視して、救貧法のバスターイーユを温存することは不可能であり、かといって多数派的姑息にも望みをつなげないとすれば、そこに、自由党の立場を固守しつつ、老齡につき無拠出年金があるように、残された疾病と失業の問題に⁽³⁾ 対処すべき便法があらたに案出されねばならなかった。

ビスマルクのひそみにならない、労働者、雇主および国家の三者拠出による社会保険をイギリスに移植したロイド・ジョージの国民保険法案は、このジレンマをまさに「自助の強制化」の線に沿って解き、国家の任務はあくまでも労働者を扶養することではなく労働者をして自ら扶養せしめる⁽⁴⁾ ところにあるという姿勢を崩さぬ活路として発案されたものであった。⁽⁵⁾ この方策に盛られた健康・失業両保険は、ひとところ反対論者の急先鋒にいたP・スノーデンに「法令全書中かつてみられなかった社会改革の二法案」と言わせただけの結構をもっていたが、その改革の経費は多く労働者の乏しい財布から徴されて、いわば巧みな法制をもって煩ったり職を失った者への救与

の役目を丈夫で働いている者に義務づけるものであった。健康保険をとってみても、なるほど「労働者ばかりでなく雇主もそれぞれ各週拠出を国民健康保険基金に納入せねばならなかったし、それによしんば少額にせよ国家の補助金も定められていた。したがって、名目上、労働者層の負担額は受給額の半ばを下回る程度とされてはいたが、ここですぐにも分かることは、雇主拠出がとかく賃金に転嫁される傾きのある点である——その訳は、およそ雇主拠出なるものは、労務費の一部に繰り入れられたりまた賃金契約改訂に際しそれだけ考慮されたりするからである⁽⁶⁾。だが、より重要なのは「この国民保険法が……救貧法改正委員会⁽⁷⁾の少数派報告に対する回答、しかも政治的に効き目のある回答」であって、フェビアンや労働党の出鼻を挫きその攻撃を不発に了らせ、ウェッブの国家医療事業計画やケア・ハーディの労働権法思想の前途を塞いで越え難い障害となつたことである⁽⁷⁾。

一九一一年五月四日上程された国民保険法が、労働者の成長と闘争をむかえ大事に至らぬ前にビクトリア期社会哲学の非情をなにはどうか修治しようと志していたことは確かであり、旧状維持に努める側に不服を起したが、他方、修正の不徹底は打開を求める側にも反感を買って、成立までに各方面の抵抗を緩和する工作を必要とした⁽⁹⁾。

すなわち、召使いのためロイド・ジョージの切手をなめる下品は断じてせぬと誓言したメイフェアの貴婦人連の茶番はさておき、社会の保守的部分に対しては、産業平和の必要を示し、しかもこれがけ

つして一方的譲歩でなく、労働者にも同等以上の直接税的拠出を課して無条件では至難な自己責任徳目の保持を果し、結局、資本にかかる冗費を節約せしめる点に訴えて了承を求めた。

ついで、労働者について、はやくから共済活動に馴染んでいた上層の三分の一に対しては、雇主と国家拠出による負担軽減と救済強化を約束して宥和し、残る下層の三分の二に対しては、労働組合運動が独力では与え得ない諸給付の実現をもって誘った。このとき、社会主義者たちは、唐突に現われた保険にとまどいながら、多くは三者拠出原則の虚構を衝き反対の声を挙げたが、自己の計画に對立する「保険」を否定するのに急で、適切な行動に欠けるところがあった。ために、労働大衆は、無拠出の保障をこそ望みまた国民保険の内容に不満を抱きつつ、概して保険計画にかなりの好感を寄せるようになり、全体を失わんよりはむしろ法律の無事通過することを願つたのである⁽¹⁰⁾。

国民保険法による強制健康保険発足に深刻な不安を感じ強硬な反対態度を表明した者に、共済団体役員と医療従事者があつた。まず、労働貴族層の第二の天性となつた互助重視は、その組合を相互扶助機関化したのみか、周囲に、一種の組合保険組織たる共済組合体系 Friendly Societies を多量に育て、また各様の簡易保険制度を通じて私保険会社 Industrial Insurance Companies と密接な連係を生じていた。その一斑は、一九一〇年当時共済組合による疾病給付加入者数が四五〇万人に及び、さらに葬祭等簡易保険契約数が、四、二〇〇万口に上つたことからうかがわれる⁽¹¹⁾。さてこの種諸団

体の幹部連が、国民保険に自己の存立の否定をみて極度に動揺したため、かれらの運営する組織をそのまま国家保険の経営主体として認可して、伝統的自主の尊重の名においてその地位と基金の安固を保証した。非営利運営と健康經理の私的業務よりの分離を条件に私保険会社までを受容した「認可組合」制採用は、理論的には社会保険編成原理の戯画化であり、実際的には制度に混乱と負荷を増すばかりであった。そして、さきに沈黙の代償に国民保険の当初計画から埋葬給付を撤回させた商業保険は、いまた「非営利」と交換に認可制によって国営保険参与の権利を獲得し膨大な代理店網・外務員群の維持費の相当部分を国民保険からせしめることになった——それかあらぬかイギリス健康保険の運営費は相対的にも絶対的にもどの国の制度より高かった。⁽¹²⁾ 閣内の革新者を自任したロイド・ジョージの庇護対象は奈辺にあったかが示唆される。

さて、もうひとつ慰撫されねばならぬ一団が存在した。一般医層およびこれを代表するイギリス医師会が、救貧医療や環境衛生医療などの公的医療サービス展開のなかで追求して止まなかったものは、妥当な待遇と診療の自由の確保であり、この二点に関する有利・不利がとぎどきの特定組織医療に対するかれらの向背をすべて決定した。⁽¹³⁾ しかるに、新手の公的医療たる国民保険制下の強制健康保険は、原案作成時に医師の意向を糾すのを忘れたばかりか「認可組合」を基礎に形成されようとした。共済組合・疾病クラブは医師の悪夢であった。かつてこの種の組合が通例、医師に支払った組合員一人当り年額四シリングの報酬は満足な診療投薬を許す水準でなく、それ

どころか薬だといって色のついた水を与えるような悪徳医すら生む原因になっていた。⁽¹⁴⁾ 医師にとって認可組合制は低報酬と素人による診療統制を必然的に意味するものと受け取られ、医師会は一九二一年と一三年に国民保険ポイコットを企てた。この医業側の危惧と憤激を静めるため、行政区ごとに設置され医師・保険者・行政当局の三者構成による「保険委員会」制があらたに導入されて医療給付部門を独立して統轄するという策がとられ、また医師の要求する最低人頭料金八シリング六ペンスに対しては一九一二年一〇月最終案として平均七シリング三ペンスが提示された。この結果、一九一三年一月一五日の施行日直前、医師会の闘争は多数の脱落者を出して霧散してしまつた。⁽¹⁵⁾

たがい反する利害と異なる基盤をもった反対諸勢力は、ウェッブ夫妻が期待したような「抗い難い密集方形陣」を成す底のものでなく、「四ペンスで九ペンスを」式の宣伝と各個撃破的妥協によりたちまちロイド・ジョージの軍門に降ってしまったが、同時にその「立法上の奇跡」を遂げる過程で加えられた中途半端な改変は、「健康保険について驚くべきことが二つある。第一は、人間の頭脳がこんなに錯雑した行政機構をよくも案出できたものだということであり、第二は、この制度が実際に動いたということだ。」⁽¹⁶⁾ と評されるのもっともなほど、組織を込み入らせてのちのちまで禍根を残した。

このようにして、「健康の毀傷に対処する保険および疾病の予防と治療につき」定める第一部と、「失業に対処する保険」を設ける

第二部に、「それに付随する諸目的のため」置かれる第三部からなる国民保険法は、当時の労働運動の要求をだしぬく見事な政治的妥協の所産として、一九一一年一月一六日公布され、翌一二年七月一五日施行された。これで労働者は病気と失業の場合、そこばくの給付を受けられることになったが、その保護は、従前の救貧に優ること数等とはいえ、相応の生計を維持するに十分でなく——元来、十分であるよう意図されたものでもなかったが——少数派報告が策定した総合的な国家による医療サービス編成案 a State Medical Service や労働権にもとづく完全な失業救済実施計画とは及びもつかぬものであった。

失業へ国家強制保険を対用した嚆矢である第二部の規定にしても、とくに景気変動・季節循環に敏感な失業多発七業種に適用を限るにわか拵えの実験的制定に止まった。⁽¹⁷⁾

また、国民保険法全一一五ヶ条中八三ヶ条を費して組立てられた第一部の健康保険は、一六歳から七〇歳までの労働者および年収一六〇ポンド未満の被用者に加入を強制し、とにかく当時の就労人口の大半にあたる一、三七〇万人を包括したが、まだ人口の七割を適用外に置いて一般性を有せず、内容に不備の目立つ作用もなまかな制度であった。

すなわち、その拠出は、ロイド・ジョージのスローガンが示すごとく、四対三対二の比率で被保険者、雇主、国庫の間に配賦され、実額で、被保険者が各週四ペンス（女子三ペンス）を、雇主が三ペンスを、国庫がその入用の九分の二（女子については四分の一）を支

弁することになっていた。徴集はスタンプ・システムがとられ、国民健康保険基金に集中されたのち、一部は保険委員会を通じて医師の報酬となり、一部は認可組合等に渡され現金給付を賄った。

これに対する保険給付は、現金給付と現物給付に分かれ、それぞれの体系によって支給された。現金給付の種類には、疾病給付、廃疾給付、出産給付の三種があった。⁽¹⁸⁾ 疾病給付の標準額は成年男子に週一〇シリングであり、女子と若年者はやや低くかった。支給期間は待期三日を置き最高二六週とされていた。廃疾給付は性格上疾病給付の延長であって、一〇四週以上抛出者に疾病給付満了後週額五シリングが転帰まで支給され、また無抛出・抛出年金受給年齢に到達すると打ち切られた。一九一一年法に規定する出産給付は、二六回抛出以上の女子被保険者または男子被保険者の妻の出産に対して三〇シリングの一時金を支給するものであった。⁽¹⁹⁾ 現物給付としての医療給付は、内容が一般医診療のみで病院および専門医サービスを除外し、また対象が被保険者本人に限られ被扶養者には及んでいなかった。受給方法は、保険委員会の名簿に登録された保険医を選んで被保険者が登録して、その保険医の診療を受け、診療報酬は各保険医の有する登録数に応じ所定額を支払う登録人頭式が採られた。⁽²⁰⁾ 以上が法定給付であるが、一九一一年法以降給付内容に数次の改正が加えられ、主として給付額が増額され、加入時の所得制限も一九二〇年法で二五〇ポンド、四二年法で四二〇ポンドとされたが、これらはみな物価変動をうめあわすためのものであり、抛出も同時に増徴されておりさしたる変化はなかったとみることができる。さらにイギリ

ス制度の特徴をなすものに付加給付があった。現金給付部門の実施主体たる各認可組合は、保険財政にゆとりのあるときまたは付加拠出が認められたときは、諸現金給付の不足を補い、あるいは医療給付の範囲外である病院・専門医サービスに対する補助金支給を行うことができた。しかし付加給付を利用しえたのは一部の認可組合員にとどまり、一九三九年現在で七、〇〇〇組合、その組合員一、七〇〇万人中、歯科サービス補助を受け得たもの四、八三四組合の一、一八〇万組合員であり、眼科サービス補助は四、八二二組合の一、一八〇万人にすぎなかった。⁽²¹⁾

一九一一年以降第二次大戦終了後までの、すなわちイギリス国民健康保険全史を通観して言えることは、その部分性である。たとえば現金給付をみてもいかなる意味でも生活可能水準に達したことはなく、一九三八年の基準給付週額一五シリングに対し当時の標準労働者世帯支出週額は八六シリング三ペンスであったと推計されている。医療給付は一般医診療に極限され、適用範囲はついに人口の半分を出ることがなかった。国民健康保険の欠陥がこれのみであるなら、手段を講じて内容充実と適用拡大により労働者階級の医療の必要性を充足することも可能であったろうが、そこにはより根本的の原理的な、すなわち保険機構では覆い得ない欠陥があった。⁽²²⁾

保険医療は、それがいかに整備拡張されたとしても所詮罹病者に対する治療を組織するに過ぎず、疾病予防の機能を摂取し得ない。医療保護を「事後」に束縛する点では、救貧医療と欠陥を同じくするものであって、そこに別途の予防対策を必要とする。一九二六年

労働党政府の下で国民健康保険の充実が企図されたとき、王立国民健康保険問題委員会はそのまでの経験を総括した多数派の見解としてつぎのごとき結論を提出した。「とくに我々が確信を深めた点は、これら（医療）諸サービスの範囲を拡張せんとすればそれだけ保険原則を維持しがたくなるであろうということである。思うに、最終的解決は、医療サービスをば保険制度から完全に分離せしめ他のすべての公衆衛生活動と合せて公費によって賄われるべきサービスであると再認識する方向にこそあるであろう。」⁽²³⁾と。いまここに、一九〇五年救貧法改正委員会では少数派の意見であった国家による総合的医療サービス形成が、二〇年後には多数派の見解に変わり、しかも旧社会哲学への挑戦という激越な形でなく、純然たる医療保護の能率的组织方式として提唱されるにいたったのを知ることができる。そして戦後イギリスで実現された「国民保健事業」が、医療保護を救貧原則から救う方策であったはずの保険原則の限界の認識にもとづき、全国的規模で医療サービスを編成しようとするときに当然採用されねばならない形態として導入されたことをみるのである。

- (1) Cole; op. cit., p. 307. 邦訳第三分冊、五六―五七ページ。
- (2) Ibid., p. 308. 邦訳第三分冊、五八ページ。
- (3) 当時の被救恤民の三割以上が疾病を転落の直接原因にし、また労働者の上層を意味する労働組合員の失業率も一九〇八―一九九年には八%を上回った。

(4) Cole; op. cit., p. 308. 邦訳第三分冊、五九ページ。

(5) Hobman; op. cit., p. 41.

- (9) ・(7) G.D.H. Cole and Raymond Postgate; *The Common People*, 1746-1946, 1956, pp. 468~469.
- (8) C. P. Hill; *British Economic and Social History, 1700-1914*, 1957, pp. 300~301.
- (9) Francis Williams; *Fifty Years' March, The Rise of the Labour Party*, 1949, p. 192.
- (10) Cole; op. cit., p. 309. 邦訳第三分冊「六〇ページ」。
- (11) H. W. Stockman; *History and Development of Social Security in Great Britain*, in, *Bulletin of the I.S.S.A.*, Year X, Nos. 1-2, Jan.-Feb. 1957, p. 11.
- (12) Eckstein; op. cit., pp. 24~26.
- (13) Ibid., pp. 126~127.
- (14) Stockman; op. cit., pp. 25~26.
- (15) Francois Lafitte; *Britain's Way to Social Security*, 1945. 藤林・角田訳「社会保障制度——英国社会保障への道」一六—一八ページ。
- (16) Joan Simeon Clark; *National Health Insurance*, in, *Social Security*, edited by William A. Robson, 1948, p. 88.
- (17) 失業保険発足の当初は、建築・土木・造船・造機・製鉄・車輛・製材七業種に従事する一六歳以上の労働者約二二五万人だけに対象を局限し、週額にして被保険者と雇主が各二ペンス半、国庫が前二者合計分の三分の一相当額、三者の負担率にして三対三対二の割合で課せられる拠出をもって、待期六日のうち、一週間の給付受給のためには五回以上の拠出を条件に年間最長一五週間を限り、週率七シリングの失業保険金支給を目途する制度であった。
- (18) Stockman; op. cit., pp. 21 ff.
- (19) Ibid., pp. 24~25.
- (20) Ibid., pp. 25 ff.
- (21) Eckstein; op. cit., p. 27.
- (22) Ibid., p. 29.
- (23) Report of the Royal Commission on National Health Insurance, 1928, para. 138, p. 65.