



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	イギリス国民保健制度の形成過程：国民保健サービス法(1946年)を中心として
Author(s)	片桐, 由喜
Citation	北海道大学大学院環境科学研究科邦文紀要, 6, 75-128
Issue Date	1993-03-30
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37084
Type	departmental bulletin paper
File Information	6_75-128.pdf



イギリス国民保健制度の形成過程
—国民保健サービス法(1946年)を中心として—

片 桐 由 喜

社会環境学専攻社会法講座

The Formation of the National Health System in England
—For the National Health Service Act of 1946—
Yuki K ATAGIRI

Department of Social Law, Graduate School of Environmental Science,
Hokkaido Univ., Sapporo, Japan, 060

要 旨

イギリスは戦後、国民保健サービス法を制定し、医療保障には財源を主として租税に求める国営医療方式を採用することとした。本稿はこのようなイギリス医療保障制度及び前記制定法の形成・立法過程、制定法の意義と問題点の考察等からなる。本稿の問題関心はイギリスが国営方式を選択した理由・根拠である。なぜなら我が国を含めてドイツ、フランス等においては、医療保障に保険制度を採用しており、これら自由主義諸国と立場を同じくするイギリスが医療保障分野において異なる制度をなぜ選択したかを検討することは、医療保障制度の在り方を考えるうえで極めて重要であると思われたからである。イギリスが国営方式を選択した理由には、従来存在していた保険制度の欠陥及びそれに由来する不信任感、戦後労働党政権による医療社会化構想等が考えられるという結論を得た。

Abstract

The National Health Service Act was enacted in 1946 in England. They would enjoy a comprehensive health care service by the Act. The service was to be founded mainly out off general taction, with insurance contribution making up only a small part of the total finance, what we call 'nationalized system'. I studied the process of forming the service system and legislating the Act. This thesis consists of introducing the prewar health service system, following the legislative process over and after the war and considering the meaning and problem of the Act. I am very interested in the reason they adoped the system of nationalizing health service. Because health insurance system has been established in Japan, Germany and France after the post war. It seems to be valuable to study how health service or system should be through the comparison of two systems.

序

- 1 イギリスでは原則として全国民が無料で⁽¹⁾、医療サービスの提供を受けることができる。これが有名な『国民保健サービス (National Health Service、以下 NHS と呼ぶ)』であり、他の自由主義諸国の医療制度とは異なった特徴を呈している⁽²⁾すなわち、国営医療という形をとり、現在、国営病院の病床数は全体の70%で⁽³⁾、

そこで働く医師、看護婦等は国家公務員ということになる。これを規定しているのが1946年に成立し1948年から施行された NHS 法 (National Health Service Act, 1946) である⁽⁴⁾。従来の NHS の研究は経済学的な視点、あるいは病院管理学的な観点から行なわれてきた。本稿はこの NHS 法を研究対象とし、その立法過程を検討する。そして、その中で、なぜこのような制度が作られたのか (なぜ、社会保険制度がとられなかったのか⁽⁵⁾)、そこで特に問題とされた医療サービスの管理機構、病院の国有化、一般医の報酬方法等はどうの議論を経ていかなる結果となったのかを視座において検討する。

2 本稿の構成は5章からなり、第1章では NHS が成立する以前のイギリス医療を概観する。第2章では NHS の誕生のきっかけとなった戦時緊急医療体制からベヴァリジレポートまでを述べる。そして第3、4章を立法過程 I、II とし、第3章では連立政権時の保健大臣による保健計画と、立法を意図したホワイトペーパー (White Paper)⁽⁶⁾までを取り上げる。第4章では労働政権の誕生とともに提出された NHS 法案の議会での審議および政府と圧力団体との交渉等立法過程をそれぞれ検討する⁽⁷⁾。第5章で、成立した NHS 法の概要を説明し、さらに成立から施行に至るまでの政府と医師会 (British Medical Association 以下 BMA) の再交渉とその帰結についても言及するつもりである。最後の結語で、保険制度を採用しなかった理由を日本の医療保険制度との比較を通して明らかにしたい。

3 本論に入る前に現行 NHS 制度を簡単に紹介する⁽⁸⁾。これによって NHS の全体像の把握が可能となり NHS の成立過程を理解するうえで役立つと思われる。この制度の最高責任者は保健大臣 (the Secretary of State for Health)⁽⁹⁾で、その所管省は保健省 (Department of Health) である⁽¹⁰⁾。そこから2つの機関を通して3種類の保健サービスが提供されている。ひとつは地方保健当局 (Regional Health Authority) から提供される病院サービスと地域保健サービスで⁽¹¹⁾、もうひとつは家庭保健サービス当局 (Family Health Services Authority, 以下 FHSA) から提供されるいわゆる一般医 (General Practitioner) サービスである⁽¹²⁾。

まず、一般医サービスの供給について、医師は FHSA と医療供給契約を結び登録医名簿に名前を載せる。それを図書館等で閲覧した国民が自分の一般医を選択する。そしてその医師の診療所へおもむき自分を患者として登録する。一般医の報酬は登録患者の数に応じて得る人頭割りシステムによっている。ここで受ける診療サービスの内容は簡単なもので、症状の複雑な患者については一般医はその者に病院を紹介する。病院サービスは顧問医 (consultant)、専門医 (Specialist) と呼ばれる医師等によって⁽¹³⁾、より高度な医療および入院サービスが提供されている。病院サービスを管理する地方保健当局から提供されるもうひとつのサービスである地域保健サービスは訪問看護、母子福祉、救急搬送などを受け持っている。患者はこれらのサービスを原則として無料で享受できるが、一部その費用を負担しなければならないものもある⁽¹⁴⁾。しかし、一定の条件を満たす患者についてはそれが免除されている⁽¹⁵⁾。

これらのサービスに加えて最近新たに NHS 病院トラスト (NHS Hospital Trust) と⁽¹⁶⁾、一般医による予算管理 (Fund-Holding Practices of doctors)⁽¹⁷⁾、という制度が創設された。前者は地方保健当局の管理下から離脱し、自己の病院サービスを自由に販売し、その対価で独立採算制の運営を行なうことが認められている。また後者は、一定の条件を満たした一般医グループに応募資格が与えられ、抱える患者の数に応じて予算が配分され、それによって病院サービスを購入することができるようになる。⁽¹⁸⁾

4 以上が、現行 NHS の簡単な紹介である。イギリスの NHS 制度は「終わらない変革」と呼ばれているほどその制度内容がしばしば変わる⁽¹⁹⁾。特に管理機構における改革が顕著である。しかしながら、NHS の基本理念である『包括的な保健サービス』⁽²⁰⁾は依然として維持されている。1946年法の成立過程はまたこの『包括性』を確保する努力の過程でもあった。本稿の研究対象である1946年法の立法過程を明らかにするなかで、この『包括性』が社会保険制度を採用しなかった理由とどのような関係を持つのかを考えていきたい。

(1) s 1-(2), National Health Service Act, 1946 & 1977. ただし、その後の改正で、いくつかのサービスが有料化されている。⁽¹⁴⁾及び第5章第4節第4項参照。

(2) イタリアが1979年から国民保健サービスへ移行したが、その他の自由主義諸国は基本的に公的医療保険制度を採用している。ただしアメリカには今だに公的医療保険制度がなく民間主導型である。アメリカの医療保障制度について、菊池馨実

- 「アメリカにおける社会保障制度の形成—1935年社会保障法を中心として—」(北大法学論集40巻3・4号, 41巻1・2号, 1990年)。各国の医療制度に関しては社会保障研究所編『イギリスの社会保障』『アメリカの』『西ドイツの』『フランスの』『スウェーデンの』『カナダの』等多数の文献, 論文がある。
- (3) The Central Office of Information, (1991) Britain 1991: An official hand book, HMSO. pp150-151. イングランドにおいて利用できる総病床数は282, 900床, そのうち民間病院において提供される病床数は78500床である。ただし, これらのベッドも, NHS の適用を受ける患者にも利用が認められているので, 私費診療を受ける患者数とは必ずしも一致しない。また, NHS 制度内の病院において, 私費診療が認められている病床数は3000床である。
- (4) 本稿の研究対象である1946年 NHS 法はイングランドおよびウェールズをその適用範囲とし, スコットランド, 北アイルランドの医療制度は独自の法体系を有しており本研究の対象外とする。以下, 特に断りがなければイギリスといえはイングランドとウェールズを指すこととする。
- (5) イギリスでは社会保障 Social Security といえは一般に所得保障を意味し, ここでは社会保険方式を取り入れている。イギリス社会保険制度については梶原朗『イギリス社会保障の史的研究III』(法律文化社, 1988年)が現行制度の紹介に詳しく, 教科書的なものとしては A. I. Ogos & E. M. Barendt The Law of Social Security (Butterworths, 1988)がある。
- (6) 政府の政策を表明する文書で, ある特定の法律の制定を企図して提出され, 広く国民に政府の意図を理解させる目的をもつ。ホワイトペーパーに対しグリーンペーパー (Green Paper) と呼ばれる政府文書があり, これは政策を平易に説明して国民全体に議論を喚起するために, 一般向けに政府の試案を公表するもの。竹島武郎『イギリス政府, 議会文書の調べ方』(丸善, 1989年)
- (7) イギリス議会での立法過程を簡単に説明すると, 下院 House of Commons (または上院 House of Lords) へ法案提出 (第1読会 The first reading) →下院で法案の一般原則が審議 (第2読会 The second reading) →常任委員会 Standing Committee で逐条審議 (委員会段階) →下院で報告 (報告段階 report stage) →全般的な検討 (第3読会 The third reading) →上院 (または下院) へ送付され同じ経過を辿り, 可決されたなら国王の裁可 Royal Assent を得て法律となる, というものである。後藤一郎『各国の政治機構 I』(敬文堂, 1965年)
- (8) 現行 NHS 制度は1990年に成立した National Health Service and Community Care Act によって, 従来とは大きく様変わりした管理機構を有するようになった。特に注目すべき改革は注⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾。
- (9) 1977年 NHS 法より。1948年施行時は the Minister of Health。
- (10) 制度発足時は保健省 Ministry of Health。その後, 第2次大戦後に保健社会保障省となるが, 1988年, 社会保障省と分離される。社会保障行政機構の展開については社会保障研究所編『イギリスの社会保障』(東大出版会, 1987年) pp.53
- (11) この下部組織に地区保健当局 District Health Authority がある。
- (12) 一般医サービスには, いわゆる家庭医が行なう簡単な内科的診療サービスのほかに歯科, 眼科, 薬剤サービスがある。
- (13) イギリスの医師は一般医, 顧問医, これらのどちらかになるべく研修中の訓練医の3種類に大まかに分類できる。病院勤務医については, 池上直己『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本—』(保健同人社, 1987年) pp100。イギリスの医師の階層については医学教育振興財団『英国の医学教育』(医学教育振興財団, 1982年), pp139-158。
- (14) 1949年から外来患者の薬剤, 1951年からは眼鏡および義歯, 1982年からは1年未満の短期滞在外国人の有料化, 1989年から歯科検査, 眼科検査がそれぞれ一部負担となった。この一部負担化過程について Charles Webster, The Health Services Since The War (HMSO, 1988) pp.133-187
- (15) 費用免除対象者は, 各サービスによって異なる要件が課されている。自分がこの要件に当てはまるかどうかを知るための保健省発行のパンフレットを郵便局等で手に入れることができる。Leaflet AB 11, Help with NHS costs; How to get free …… (Dep. of Health, October 1990)
- (16) Working for Patients, CM 555, January 1989, pp11-46, (8) National Health Service and Community Care Act, 1990, s5-11,
- (17) Working for Patients, pp47-62. National Health Service and Community Care Act, 1990, s14-17
- (18) これらについては本稿では詳細な言及は行わず今後の研究課題としたい。
- (19) 施行の翌年である1949年に早くも改正法が出され, その後も機構改革を中心として, 財政, 費用負担, サービス内容につき修正が数多くなされてきた。なかでも1973年, 1977年の立法による修正は46年法全般にわたるものである。1973年 NHS 法のホワイトペーパー, 委員会報告等については三友雅夫編訳, DHSS『英国の保健・医療計画』(恒星社厚生室, 1978年)。
- (20) 1946 Act ; 'An Act to provide for the establishment of a comprehensive health service for England and Wales, ……'. 1977 Act ; 'It is the Secretary of state's duty to continue the promotion in England and Wales of a comprehensive health service ……'.

第1章 NHS 法以前におけるイギリス医療制度の概観

イギリスでは, 現在, 医療は一般的なもの, すなわち一般医によって提供される初歩的な診療と高度な診療すなわち病院における治療, 手術などが明確に区分されている⁽¹⁾。この区別は立法にも当然反映されており, 各々別個に取り扱われている⁽²⁾。このような体系が整ったのは, 主に NHS 法以後である⁽³⁾。

それ以前は, 後述するように, 医師は貧困者を対象とする慈善病院で名誉職の顧問医 (consultant) として治療

を行ない、報酬は経済的余裕のある患者との私的な契約による診療活動から得ていた。そして、医療ニーズが高まってくるにつれ、もっぱら私費患者を対象とするいわゆる一般医が現われてくるようになった。従って、医師の活動の場は慈善病院と患者の自宅、あるいはそのどちらかであった⁽⁴⁾。

医療供給の第1の柱である病院医療は、NHS法以前は異なる2つの組織から提供されていた。ひとつは、上述のもっぱら寄付金から財源を得て運営される慈善病院(voluntary hospital)である。もうひとつは、慈善病院より歴史的に新しく、救貧法の下で発展して、後に地方自治体によって管理運営されるようになる病院、救貧法病院および地方当局病院(以下、これらをまとめて公立病院と呼ぶ)(Poor Law hospital/local authority hospital)である。医療供給の第2の柱である一般医は、人々がどの階級に属するかによって、その利用の始まりが異なっている。

本章ではNHSが導入される以前のこれらの医療供給の歴史的展開および患者側からの医療機関へのアプローチの態様—保険制度の採用の始まり—を概観する⁽⁵⁾。さらに、イギリスにおいて採用された保険システムが、保健分野において示したその機能の限界についても言及する。

本章の対象範囲を主に19世紀半ばから1939年頃までとする。この期間に対象を設定した理由は、まず19世紀半ばに、医療を提供するシステムに立法上画期的な変化が起こったからである。また1939年には、第2次世界大戦への参戦に伴い、医療分野においてもこれに対応するためにドラスティックな医療編成が採られた。これがNHSの誕生への大きな弾みといわれ、ここでまでがイギリス医療前史ともいうべきものであるからである。以下に述べる医療前史は、その原則的、基本的な制度、態様にとどまっていることを断わっておく⁽⁶⁾。

- (1) 一般医と顧問医・専門医については Honigsbaum, F(1979) The Division of British Medicine : A History of the Separation of General Practice from Hospital Care, 1911-1968, London : Kogan Page and Jessica Kingsley
- (2) 1946NHS法では第2章が病院サービス、第4章が一般医サービスに関する規定。ちなみに1990年の NHS and Community Care Act では前者は s5~11、後者は s12~17。
- (3) 医師の一般医と病院顧問医、専門医への分化は、医師の養成制度及び専門教育が大きく寄与している。医学教育については医学教育振興財団『英国の医学教育』(医学教育振興財団, 1982年)
- (4) この部分は主に、多田羅浩三、大和田建太郎訳、B・エイベル・スミス『英国の病院と医療』(保健同人社, 1981年)に拠った。その他、慈善病院に関する邦語文献は、梶原朗『イギリス社会保障の史的研究II』(法律文化社, 1980年)第7章、一圓光弥『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)等。
- (5) NHS制度以前のイギリス病院史については Abel-Smith, B(1964) The Hospital 1800-1948, London : Heinemann (邦訳前出)が、詳細に検証している。
- (6) たとえば、慈善病院は無料が原則であるが、一部の富裕層は有料で、しかも自宅ではなく施設内で治療を受けていた。しかし、本書は、そのような事実には言及せず、各制度を特徴づける実体のにのみ着眼する。

第1節 病院医療前史

第1項 1842年以前の救貧法における医療救済サービス

イギリス救貧法(Poor Law)は起源が非常に古く⁽¹⁾、代表的なものは1601年のエリザベス救貧法(Poor Relief Act (43 Elizabeth I .c.2))である⁽²⁾。救貧法制度は第2次世界大戦後の1948年に成立した国民扶助法(National Assistance Act)まで存続した。その膨大な歴史と社会政策として持つ意義からして、救貧法の全体像あるいはその史的発展を叙述することは、本稿の及ぶ範囲ではない⁽³⁾。ここでは救貧法が医療供給において果たした役割にもっぱら焦点を当てることとする。

さて、救貧法の象徴ともいえるワークハウス(workhouse)が、後の公立病院の前身であるといわれている⁽⁴⁾。このワークハウスの起源は1597年救貧法である。この法律以後、救貧法当局によるワークハウスの建設、およびその管理が始まった。1597年法は「貧民のための病院あるいは居住および労働のための家(hospital or abiding and working houses for the poor)」とワークハウスを定義していた。ワークハウスに関する規定はその後の救貧諸法において徐々に整備されていった。

貧困者として収容される病人は、入居段階で区分され、ワークハウス内の病棟としての性格をもった一区画に収容された。しかし、ここに収容され、診療を受けることのできる者は一定の救済受給資格を満たし、医療

救済命令を取り付けた者に限られていた。ここで医療救済を行なうのは医務官 (Medical Officer) として、当局と契約を結んだ医師である⁽⁵⁾。

- (1) 救貧法に関しては、大沢真理『イギリス社会政策史』（東大出版会、1986年）、小山路男「英国救貧法の成立過程」「一の展開と変容」「一における労役諸問題」（横浜市大論叢11～12、1959・1960年）を主に参考にした。
- (2) これが最初の救貧立法ではなく、救貧諸法の集大成といわれている1597年法 (39 Elizabeth I. c.3) の再版である。中世からの古い救貧法史については榎原朗『イギリス社会保障の史的研究 I』（法律文化社、1973年）pp14～24。
- (3) 簡単な概説として Ogas, A I (1988) *The Law of Social Security*, London: Butterworth pp411～413
- (4) ワークハウスの展開については榎原朗前掲書、第2章、大沢、同第2・3章。
- (5) Gammon, Max (1976) *Health and Security*, London: ST MICHAEL'S ORGANIZATION. 1834年法の下での医務官の職務は主にワークハウスへの往診、病人の処遇の指示、ワークハウス外の被救恤者の往診であった。大沢前掲書、pp110。

第2項 1842年以後の救貧法医療サービス

1842年に「一般医療令 (General Medical Order)」が救貧法委員会 (Poor Law Commissioners) によってできた⁽¹⁾。これによって、救貧法による救済を受けている疾病貧民はその都度、救済命令を取り付けなくてもワークハウスでの治療を受けられるという包括承認制が導入された。さらに1883年には疾病予防法 (Diseases Prevention Act) によりその対象を貧民救済に限定することなく、ワークハウス内の医療を一般人に開放するようになった⁽²⁾。ここにおいてワークハウス内の診療所が公的医療機関の起源としての形を表すに至ったのである。

救貧法制度の下で発展してきたワークハウス内の医療施設は、こうして門戸をあらゆる階層に開いて公立病院としての性格を帯びるようになった。財源は救貧税から得ていた。そこで働く医務官は公募制で、地方吏員として救貧法当局によって雇用され有給、専任であった⁽³⁾。

とはいえ、当初は、公立病院が貧民以外にも開放されるようになって、その疾病対象は結核をはじめとする伝染病、精神病が主であったことや⁽⁴⁾、今だに労働力対策、貧民対策としての救貧法時代のイメージが払拭できていない等の事情から、一般市民にとってはなお近付きがたい存在であった⁽⁵⁾。

しかし後に伝染病の猛威によって、公立病院は地域社会において重要な医療機関としての役割を果たすようになっていった⁽⁶⁾⁽⁷⁾。

- (1) 榎原朗前掲書 pp191。大沢前掲書 pp153。この5年後の1847年に他の一般命令と統合され「統合一般命令 Consolidated General Order」となった。この命令の意義は救貧法体系に医療救済を確実に含ませたことと、イギリス医療が救貧法と常に一体化したものであるとして国民に受け入れられた、ということであった。
- (2) 救貧法による医療救済立法は、この時期、伝染病の流行に対処するために相次ぎ、なかでも首都救貧法 Metropolitan Poor Act, 1867が果たした役割は大きい。これについては榎原前掲書、pp193。
- (3) General Medical Order, 1842. Gammon, op. cit., pp6。
- (4) エイベル前掲書、第13章。
- (5) ワークハウスにおける貧民の取り扱い「劣等処遇 less-eligibility」「救援抑制 Deterrence」が原則であった。また、救貧法による救済を受けるものは選挙権を剥奪されていた。(後に Medical Relief Disqualification Removal Act, 1885により選挙権を喪失しなくなった)
- (6) 1862～5年のジフテリア、1862～3年のチフス、1871～72年の天然痘。
- (7) 伝染病の流行により公衆衛生が発達した。エドウィン・チャドウィックが公衆衛生立法の推進者で、1848年の公衆衛生法 11 & 12 Victoria, 3. 63, the Public Health Act を導いた。これに関しては沢田庸三「1834年の救貧法改革と1848年の公衆衛生改革—エドウィン・チャドウィックを通して—」(法と政治 30 (3.4) 1980, 関西学院大学法政学会)。

第3項 慈善病院

イギリスの慈善病院の歴史は古く、12世紀には既にその存在が記されている⁽¹⁾。この病院の特徴は、医師以外の者によって設立され⁽²⁾、財源はもっぱら寄付に依存し、そこで働く医師は名誉職であり、高い尊敬を得る代わりに無給である、ということである⁽³⁾⁽⁴⁾。彼らは生活の糧を上流階級の主治医となることによってまかなっていた。その名が示すようにここで与えられる治療は、無料であり、それ故それを享受できる者はミーンズテストを経た下層階級のものたちであった⁽⁵⁾。しかし、支払う余裕のある中産階級からの病院治療ニーズの高まりと慈善病院の財政難から有料患者の受け入れも19世紀後半から始まった⁽⁶⁾。その結果、中産階級に病院治療へのアクセスが確保されることになった。これには一般医側から彼らの患者を奪うことになるとの強い反対があった

が、急速に発展していった⁽⁷⁾。

慈善病院のもう一つの特徴は、地域的偏在が顕著であるということである。上級階級の多く住む地域、あるいはロンドンなどの大都市に集中していた。その規模が非常に多様であることも特徴である⁽⁸⁾。つまり、教育施設を備えた大病院から、食事を施すだけの小規模なものまで種々であった。また、その財政基盤は、寄付に依存していることから、不安定なものであった⁽⁹⁾。

- (1) Honigsbaum, F (1989) *Health, Happiness, and Security-The Creation of the NHS*, London: Routledge, 最古の慈善病院は聖バーソロミュー病院の1123年、聖トーマス病院の1207年といわれている。(エイベル前掲書 pp43)。本稿は、主にエイベル前掲書を参考にした。
- (2) 主に王室や貴族が理事者となって設立、運営しており、慈善病院の理事になることは一種の社会的名誉として考えられていた。エイベル前掲書, pp44. このため、慈善病院の国有化など制度の改正に対し、上院では常に反対意見が支配的であった。
- (3) 慈善病院における医師の報酬は多少変化がみられるが、1948年まで一貫して無給が原則であり、それは慈善病院内部の医師よりもむしろ外部の一般医からの非難のほうが強く、BMAは1938年のレポートで慈善病院医師の有給化を提案している。(A General Medical Service for the Nation, para 69)
- (4) 我が国における医療供給の歴史と比較した場合、そこで中心的役割を果たしてきたのは個人経営の開業医であると言われている。この医師個人による医業経営においては、資本主義の下で成り立っていることから、当初から、営利追求が当然視されていた。佐口卓『医療の社会化』(勁草書房, 1982年) pp22.
- (5) エイベル前掲書 pp197-198. しかしながら、当時の慈善病院には医師養成のための教育病院が付属しており、公立病院に比べて高度な医療が可能であった。それでこれを利用する裕福な階級が有料で治療を受けていた。
- (6) Burdett, H C (1880) *Pay Hospital and Paying Wards throughout the World*, London, 患者の費用負担は各人の支払い能力に応じて決められていた。
- (7) つまり、従来中産階級の人々は一般医のところへ行って医療サービスを有料で受けていたが、病院が彼らに門戸を開いたならそちらへ患者が移ると懸念していた。
- (8) これらの特徴については、Webster, C (1988) *The Health Services since The War*, vol 1, London: HMSO.
- (9) 慈善病院への寄付金を集める手段として、病院土曜基金 Hospital Saturday Fund, 病院日曜基金 Hospital Sunday Fund が作られた。エイベル前掲書, pp160. とくに、第1次世界大戦のときの財政難は、ひどく、寄付金は前年比67%に対し、支出は138%の増加であった。Gammon, op. cit., pp7. 第4節第2項参照。

第4項 小 括

NHS法以前のイギリスには、前述したように2つの病院体系が併存し、それぞれ、その対象、管理機構、財源等、異なる基盤のうえで活動していた。これらの病院の間には調整、協調、といった共同作業はほとんどないにま、1946年まで全く独自に、別個に医療を提供していた⁽¹⁾⁽²⁾。

- (1) Pater, E John (1981) *The Making of National Health Service*, London: Kings Edward's Hospital Fund for London. pp19. 原註 MH77/18. 病院ケースワーカー協会 (Hospital Almoners Association) が、1943年「慈善病院はベッドが不足しているが地方当局との何の連携もなく、また北部と南部、都市と田舎では前者のほうがよりよい医療サービス状況である……」と報告している。
- (2) Ministry of Health, Department of Health service for Scotland (1944) *A National Health Service*, Cmd 6502 (White Paper). HMSO. Appendix A.

第2節 一 般 医

医療供給の第2の柱である一般医(General Practitioner)は⁽¹⁾、1946年 NHS法のもとでは広く初歩的な診療行為を行なう内科医的ないわゆる家庭医だけでなく、眼科医⁽²⁾、歯科医、薬剤師⁽³⁾をも含むが、以下ではもっぱら最初の意味での一般医のみ取り上げることとする。

- (1) 一般医の歴史についてエイベル前掲書が詳しく、また古河昭典「英国国民保健事業の沿革—法制的発展とその社会的背景—」(産業労働研究所報 14, 1957年)も簡単に触れている。
- (2) 1946年法の一般的医療サービスの箇所、述べられている眼科サービスは、今日、日本で考えられているような診療ではなく、視力検査、眼鏡作成といった内容である。日本でいう眼科診療は、病院および専門医サービスの内容である。第5章第2節の NHS法の概要、NHS法41条参照。

- (3) 薬剤師の前身とも言えるのが「薬種商 apothecary」と呼ばれるものたちで、彼らは医師による医療を受ける機会のない者へ薬を販売していた。エイベル前掲書 pp42.

第1項 初期の一般医

かつて今日の意味での一般医を利用できたのは、上流階級に属する人々であった⁽¹⁾。彼らは自宅に医師を呼んで医療サービスを受けていた。一般医とその者達との関係はまったくの私的な契約に基づくものであった。そして、その主治医たちはそこで報酬を得て、他方で名誉職として慈善病院において、無給で貧しい者達への診療を行っていたのであった。一部の富裕層以外の者が、主治医を持つことはほとんど不可能であった⁽²⁾。第1節で述べたように社会の下層階級や貧民は、病院での診療に対し、また上流階級の者達は上述のように病院、一般医両方の医療にアクセスする手段を有していた。しかしながら、中産階級はその狭間にあって、医療の恩恵に関していえば最も恵まれない立場に置かれていた⁽³⁾。そこで、彼らは自助を保ちながら、互いに助け合うために友愛組合(Friendry society)を設立し、これを通して医療のブランクを埋めようとした⁽⁴⁾。

いずれにしろ、1911年に国民保険法が成立するまで、一般医による医療は、国家の介入が全くない、純粋に私的な契約によって行なわれていた⁽⁵⁾。

(1) 第1節第3項参照。White Paper, pp54.

(2) White Paper, pp54.ただし、例外的に、貧困者に対して、一般医と同様の初歩的な診療が救貧法の下で医務官によって提供されていた。

(3) 中産階級の病院サービスの享受については第1節第3項参照。

(4) 中産階級にとって公的扶助を受けたり慈善病院に頼ることは屈辱的なことであり、自助独立が尊ばれた。これは彼らの貧困観に根ざすもので、イギリス国民の貧困観については毛利健三『イギリス福祉国家の研究—社会保障発達の諸画期—』(東大出版会、1990年)第1・2章

(5) White Paper, pp54.

第2項 友愛組合

イギリスの近代保険の元祖ともいえるべき友愛組合が、医療、とりわけ一般医の普及に果たした役割は大きいといわれている⁽¹⁾。友愛組合自体については、本稿の研究対象ではないので、本章ではその医療供給における側面だけを検討したい。

友愛組合は16世紀半ばごろから結成され始め、18世紀末には同組合の設立を奨励する法律(An Act for the encouragement and relief of friendly societies 1793 (通称ローズ法))が制定された⁽²⁾。友愛組合は労働者自身が相互扶助のために作った組織で、共済組合的な性質をもっていた。初期の友愛組合は地縁の関係に加えて職業的な結合を基盤にして作られたので、友愛組合のなかには労働組合の前身となる要素が潜在していた⁽³⁾。

友愛組合は1911年に国民保険法が成立するまで、民間保険として中産階級の相互扶助機能を担ってきた⁽⁴⁾。その主たる目的は当初は疾病時の所得保障(疾病手当)、高齢年金⁽⁵⁾、埋葬手当⁽⁶⁾であったが、次第に疾病手当へその重点を移していった。給付内容に医療の現物給付は含まれていなかった。

組合員がその疾病手当(現金給付)を受けるためには疾病であることの証明(certification)すなわち、医師の診断が必要とされ、そのため各友愛組合はその証明のために医師と診療契約を結び、給付の適正を確保しようとした⁽⁷⁾。これが組合員にとっての一般医つまり家庭医との付き合いの始まりであった。単に証明書の交付を得るだけではなく、その際に診療、医療アドバイスを受けることが常態化していった。上流階級以外のものにとっては長年の夢であった主治医ともいえるべき存在をようやく利用できるようになったのである。医師は組合と診療請負契約を結び、組合員の数に応じた人頭割り報酬(capitation fee)を受け取っていた⁽⁸⁾。この診療契約も、やはり、私的な契約であり、ここにも国家は全く関与していない⁽⁹⁾。

(1) 友愛組合に関しては主に小川喜一「イギリス社会政策史論」(1961年、有斐閣)、下田平裕身「イギリスにおける友愛組合運動の発展とその帰結—社会保険論序説—」(経済と経済学 28, 1973年)、榎原朗前掲書 I・IIに拠った。

(2) 下田平 前掲論文第2節。当初は地縁的な性格が強く農村を中心に始まったが、その後徐々に統廃合を繰り返し、同法の施行によりさらに成長していった。中には全国規模となり多くの支部をもつ組合も誕生し、また構成員も都市労働

者が主流となっていった。

- (3) 前掲論文 pp8.
- (4) 組合員は熟練工などの上層労働者が主であったが、19世紀半ば頃から中産階級も加入するようになっていった。組織率はベヴァリジの調査によると (Voluntary Action, A Report on Method of Social Advance, 1948) 1899年では20～64歳までの男子の約30%が疾病手当を支給する組合に所属している。
- (5) 1908年に老齢年金法 (The Old Age Pensions Act 1908) が成立した。
- (6) 埋葬手当では伝染病の猛威 (第1節第2項注(5)) で友愛組合の財政を圧迫するようになったので、友愛組合それ自体からは分離されるようになった。
- (7) 診察は疾病クラブ (medical club) と呼ばれるところで行なわれた。
- (8) 榎原朗前掲書 I pp247.
- (9) Honigsbourn, op. cit., pp94この疾病クラブでの診察は一般医からその報酬が低すぎると非難された。のちに一般医は「クラブとの戦い 'the battle of the Club'」を始めることになる。

第3節 国民保険法

第1項 1909年王立委員会報告

19世紀後半から友愛組合は財政上、危機的状況に置かれるものが多くなった⁽¹⁾。その理由は組合員の高齢化、医学の進歩による疾病手当の増加によるものであった。したがって多くの組合は解体寸前で満足な給付ができない状態にあったが、その一方で財源豊かな組合もまだ存在し、組合間の格差が顕著に現われていった⁽²⁾。いずれにしろ疾病に対する方策が再度検討すべき時期が到来していた。

この時期に、医療サービスへの勧告を含んだ一つの報告が出された。『1909年救貧法および貧困救済に関する王立委員会報告 (Report of the Royal commission on the Poor Law and the Relief of the Distress)』であり⁽³⁾⁽⁴⁾、多数意見 (majority report) と少数意見 (minority report) から構成されている⁽⁵⁾。特に、少数意見は後の NHS を示唆するような内容を主張していた。これは主に救貧法制度に関わるものであったが、その内容には「以後30年にわたって議論されることになる医療の提供についてのあらゆる問題点を提起」していた⁽⁶⁾。

まず、多数意見は救貧法の改正を主張し、(1)ワークハウスの廃止⁽⁷⁾、(2)賃金が一定額に達しない労働者が利用する施療所 (dispensary) の創設⁽⁸⁾、を提案した。ここでは拠出と引き換えに治療を得ることができるものとされた。少数意見はそれと比べると非常に革新的で、(1)救貧法の廃止⁽⁹⁾、(2)統一医療サービスが地方自治体によって提供されること⁽¹⁰⁾、(3)サービスは必ずしも無料でないにせよ、すべての人がそのニーズに応じて利用できること⁽¹¹⁾、を提言していた。

少数意見は当時の医師の劣悪な待遇状況を考慮して⁽¹²⁾、その解決には医師のフルタイム俸給制が最も望ましいと考えていた⁽¹³⁾。彼らは保険制度を研究したが、これを採用することは(1)保険金の徴収が実行不可能に近いこと⁽¹⁴⁾、(2)人頭税となるので国民の反対が大きいこと⁽¹⁵⁾、(3)友愛組合や労働組合の反対が強いこと、を理由に不可能であると考えていた。また彼らは患者による医師の自由選択は弊害が大きいとして反対していた⁽¹⁶⁾。

(1) 下田平前掲論文 pp30.

(2) この組合間格差は国民保険法の下で認可組合となっても解消されることがなく、ベヴァリジによって指摘、批判されているところである。(Social Service and Allied Services, 1942, para 61～66.

(3) 王立委員会報告に関しては大沢前掲書第4章、榎原朗同第12章、エイベル同第14章、Pater, J E (1981) The Making of the NHS, London: King Edward's Hospital Fund for London. pp2～4. Webster, C (1988) The Health Services since the War vol 1, London: HMSO. pp17～18.

(4) 政府がこの委員会を設置した目的は国の救貧政策についてなんらかの勧告を得ることであった。委員は20名で、その構成メンバーについては大沢前掲書 pp244 (13) 参照。

(5) 20名のうち16名が多数派意見、4名が少数派意見で、これは著名な社会学者ベアトリス・ウェブ Beatrice Webb が執筆した。

(6) Pater, op. cit., pp4

(7) Report of the Royal commission on the Poor Law and the Relief of the Distress, 1909, Majority Report, pp140

(8) ibid., pp299

(9) Minority Report, pp1007

(10) ibid., pp890.

(11) ibid., pp1030.

(12) Pater, op. cit., pp3. 「救貧法病院の医務官も疾病クラブの医師も十分な報酬が得られず、したがって適切な治療

が行なわれていなかった。」

(13) Webster, op. cit., pp18

(14) Pater, op. cit., pp3. 少数派意見はスタンプ方式による徴収は考えていなかった。

(15) 個人の納税能力を考慮せずに各人に対して同額を課すことになるので、低所得者層ほど負担が大きい。

(16) Pater, op. cit., pp 4 「医師が患者を求めて不要な処方箋をだしたり、疾病証明書を乱発して、他の医師と競争する、と考えたからである。」

第2項 国民健康保険の始まりとその機能の限界

国民健康保険の成立過程—主唱者ロイド・ジョージ (David Lloyd George) と医師会および慈善病院との交渉は、NHS 法の立法過程を研究するうえで参考となる⁽¹⁾。本稿ではその交渉経過については触れず、国民健康保険が医療提供に果たした役割を概説するにとどめたい⁽²⁾。

少数意見の非難にもかかわらず⁽³⁾、国民の保健サービスの改善のために導入されたのは当時の大蔵大臣ロイド・ジョージによってもたらされた国営強制保険制度であった⁽⁴⁾。この保険は世界初の失業保険とともに⁽⁵⁾、1911年、国民保険法 (National Insurance Act) として立法化された⁽⁶⁾。ロイド・ジョージはこの医療保険の目的を病気休業中の稼得の中断に対する所得保障においた⁽⁷⁾。それゆえ、被保険者は⁽⁸⁾、拠出金を支払う労働者に限定されて、その被扶養者に及ばなかった⁽⁹⁾。医療現物給付は一般医すなわち保険医 (panel doctor) の診療と薬剤だけで、病院での治療等は含まれていなかった⁽¹⁰⁾。

国民保険法において、初めて一般医の診療活動に国家が介入するようになった。保険委員会 (Insurance Committee) と⁽¹¹⁾、一般医が診療請負契約を結び⁽¹²⁾ (これによって、医師は「保険医」となる。)、一般医は、受け入れる患者数に応じて診療報酬を受け取る (人頭割り報酬)⁽¹³⁾。被保険者だけが、この保険医の診療を無料で受けることができる。

この保険の不備を補うために民間主導で作られたのが、病院拠出制度 (hospital cotributory scheme) である⁽¹⁴⁾。保険方式を採用し、週ごとの拠出を慈善病院へ支払うことによって、加入者とその被扶養者が当該病院での治療を追加負担やミーンズテストなしに受けることができるというものであった。

(1) 国民保険については武田文祥「社会保険と福祉国家—1911イギリス国民保険法の成立と展開—」東大社会科学研究所編『福祉国家Ⅰ』。榎原朗前掲書Ⅰ、第13章。Honigsbaum, op. cit., pp269, Harris, R W (1946) National Health Insurance in Great Britain 1911-1946, London: Allen & Unwin. を参考にした。

(2) Webster, op. cit., pp10~12.

(3) 前項参照

(4) ロイド・ジョージはドイツの疾病保険制度を研究し、国民保険法に立法準備にとりかかった。ドイツの疾病保険制度については倉田聡「ドイツ疾病保険制度の形成と発展」(北大法学論集40巻3・4号, 1990年)。

(5) 失業保険については安積得也「英国失業保険の沿革と問題」(法律時報3巻11号, 1931年), 榎原朗前掲書Ⅰ。

(6) 1924年に Unemployment Insurance Act と National Health Insurance Act に分離。

(7) 疾病手当の給付は認可組合を通して行なわれた。友愛組合が、一定の要件を満たしたとき認可組合となり、給付事業を行なうことができる。認可組合については秋田成就「イギリス国民保険法における『認可組合』について」(国際社会保障研究6号, 1972年)

(8) 被保険者資格は年収160ポンド以下の労働者と肉体労働者 (160ポンド以上でも可) であったが、後にこの所得制限は引き上げられる。

(9) 保険の適用を受けた人口は制度施行の1911年は全体の27.4%, 所得上限が250ポンドまで引き上げられていた1938年は43%であった。Gilbert, B B (1970) British Social Policy 1914-1939, London: Bastford.

(10) National Insurance Act, s8.

(11) *ibid.*, s59.

(12) *ibid.*, s15.

(13) 医師への診療報酬については、榎原朗前掲書Ⅰ、第13章参照。

(14) エイベル前掲書第20章。Pater, op. cit., pp6.

第4節 混乱期の医療—1914~1939年—

第1項 ドーソンレポート

以上が NHS 制度導入以前のイギリス医療の大まかな状況であるが、第1次大戦後の1920年に NHS の原案と

いべき報告が発表されている。それは、その前年に保健省(Ministry of Health)が設立され⁽¹⁾、その初代大臣クリストファー・アジソン(Christopher Addison)が上院議員ドーソン(Bertrand Dawson)を議長とし、20名からなる諮問委員会(『医療及び関連サービスに関する諮問委員会』(Consultative Council on Medical and Allied Services))を召集し、その委員会が作成した、『医療及び関連サービスの将来の供給に関する中間報告(Interim Report on The Future Provision of Medical and Allied Services)』(通称ドーソンレポート)である⁽²⁾。この報告書はNHSが議論される際には必ず取り上げられることになる。なぜなら、この報告は「包括的な医療サービス」を最初に提言したものであり、NHS構想の起源と評価されているからである⁽³⁾。ドーソンはNHSの争点となるサービスを受ける対象の範囲、すなわち包括性の意味、医師の待遇、慈善病院の立場、管理機構について以下のように述べている。

包括性は、「いかなるサービスも社会のあらゆる階級の人々が、定められた条件のもとで利用できるものでなければならない。『利用できる(available)』という言葉を使っても必ずしもサービスが無料であることを意味しない」⁽⁴⁾と述べている。費用負担については無料を主張する意見もあるが、大多数は有料を支持していた⁽⁵⁾。医師の待遇は1909年の少数意見報告とはまったく反対に医師のフルタイム俸給制には強く反対している。すなわち「フルタイム俸給制サービスを採用することで、人々は深刻な損失を被るという結論に達した。……医師には知識だけでなく人間的な調和も必要である。後者をフルタイムの国家公務員制度下では得られず、その制度は医師のイニシアチブを失わせ責任感を喪失させ、凡庸を促進する傾向がある」⁽⁶⁾と指摘した。また慈善病院の立場を「慈善病院が不運な状況にあることはみな知っている。……病院の支出は企業のそれとは異なる。つまり、企業は成長すると稼いだ能力が伸びるが、病院が成長しても支出する範囲が増えるだけである。殆どの病院は運営を維持するのに困難に直面している。……これらの病院は我々にとって不可欠であるので国家による助成を受けるべきである。」⁽⁷⁾とし、その存在の独立性を認めつつ、国庫による補助を提案している。管理体制については地方分権化を主張し、各地方自治体ごとに保健当局を設置する勧告している⁽⁸⁾。

(1) 1917年のハルディン委員会 Haldane Committee による中央政府の再編成計画の一つとしてイングランドとウェールズの保健に関する責任を担う保健省の創設が勧告された。Pater, op. cit., pp 7. 地方当局や、保険委員会など各機関に分散していた保健機能をここに統合した。

(2) Ministry of Health (1920) Cmd 693. HMSO.

(3) 例えば、前出のPaterは、ドーソンレポートを「NHSのアウトライン the outline of NHS」と呼ぶ。(op. cit., pp7)

(4) ibid., para 6-7

(5) ibid., para 71-72

(6) ibid., para 52

(7) ibid., para 82

(8) ibid., para 98-99

第2項 地方自治法と2つの病院

ドーソンレポートは経済不況の影響を受け、その提案は検討されることなく、最終報告も出されないまま終わった⁽¹⁾。このような状況において、あらゆる保健サービスに関する新たな活動が停止されてしまったが、慈善病院に対する国庫からの財政援助だけは⁽²⁾、1921年ケイブ委員会(The Cave Committee)を設けて検討されていた⁽³⁾。この委員会は慈善病院と公立病院の地方統合も提案したけれどもそれは殆ど成功しなかった。この問題は1926年、当時保健大臣であったネビール・チェンバレン(Neville Chamberlain)によっても取り上げられ、彼はその必要性を強調した⁽⁴⁾。

1929年、地方自治法(Local Government Act)が成立し、これによって公立病院の責任が救済法当局から地方自治体へ移行することになった。この法律の13条は、地方当局は病院を作る際、事前に当該地域内の慈善病院に意見を求めなければならないと定めたが、これによっても2つの病院が協力しあって医療を供給していくということはほとんど確保されなかった。もっともこの病院統合に関しては医師会(British Medical Association)⁽⁵⁾や諸団体⁽⁶⁾がそれぞれ奨励している。

(1) Pater, op. cit., pp10.

- (2) *ibid.*, 深刻な財政状況にあったが、委員会の考えは公的援助は寄付を減らし、また慈善病院と患者の人間関係を損なうとして援助には抑止的であった。
- (3) ケイブ委員会は「国家介入だけが、慈善病院制度を存続させることができる」と考えた。Gammon, *op. cit.*, pp8.
- (4) *ibid.*, pp14.
- (5) BMA (1938) 'A General Medical Service for the Nation' para 41-44.
- (6) 前出のケイブ委員会も病院統合を提案している。とくに活発な運動を展開したのがナッフィールド上院議員が作ったナッフィールド病院基金であった。これに関してはエイベル前掲書 pp322. Honigsbourn, *op. cit.*, pp26~29.

第3項 戦争準備のための医療計画

各方面からのさまざまな提案にもかかわらず、遅々として進まなかった病院統合が、2つの病院が併存したままであるにせよ、政府による一元的な管理下に置かれることになったのは、第2次世界大戦に対応するためであった。

1938年に、救急病院制度(Emergency Hospital Scheme(以下 EHS)), 救急医療サービス(Emergency Medical Service(以下 EMS))が組織され、保健省の主導のもとで病院が運営されることになった⁽¹⁾。保健省はここで働く医師を士官として任命し、治療にあたらせた⁽²⁾。従来、慈善病院で働く顧問医、専門医は無給であったが、この制度下においてはパートタイム俸給制が採用された。また、当初は空襲による負傷者を予定していた緊急病院へ、それとは関わりなくあらゆる種類の病人が運びこまれ⁽³⁾、EHS と EMS は国家医療サービスのな性質をもつようになっていた⁽⁴⁾。

(1) Honigsbourn, *op. cit.*, pp17-18.

(2) Pater, *op. cit.*, pp20~22

(3) *ibid.*, pp21.

(4) ヒトラーと英国保健省はイギリス病院協会 British Hospital Association なら20年かかることをわずか数か月で成し遂げてしまったといわれている。The Lancet (1939) 947, 28 October, 1939

第2章 国営医療の萌芽

本章では第2次世界大戦後の復興計画に始まる⁽¹⁾、包括的な医療サービスへ向けての下地作りともいうべき準備作業を検討する⁽²⁾。イギリス国民保健サービスの形成過程の通史的な研究はすでに行なわれており⁽³⁾、本稿と重複する部分もあるが、これらはその研究の視座において異なるものである。前者の多くは経済学的な見地、とくに社会政策的な観点から NHS を検証しているが⁽⁴⁾、本稿は1946年 NHS 法の立法過程を中心に主として政府および議会内、あるいは医師会(British Medical Association(以下 BMA))など圧力団体との交渉における議論をその研究資料としている⁽⁵⁾。そして本稿は、これらを通して「序」で述べたようになぜ保険制度を採用しなかったのか、立法に至るまで何が議論され、それは1946年法においてどのように解決されたのかを明らかにすることを目的とする。

(1) 第1次世界大戦のときには再建省 Ministry of Reconstruction が設置されたが、第2次世界対戦の場合はそのような省は設けられず、その代わり戦時内閣での無任所大臣 Minister without Portfolio アーサー・グリーンウッド Arthur Greenwood が委員長を務める再建問題委員会 Reconstruction Problems Committee が設置された。

(2) チャーチル Winston Churchill が首相を務めた戦時連立内閣(保守、自由、労働各党)(1940年5月~1945年7月)における保健大臣はマクドナルド Malcolm Macdonald (1940~41年)、ブラウン A E Brown (自由党)(1941~43年11月)、ウィリンク Henry Willink (保守党)(1943年11月~45年7月)、であった。

(3) 邦語文献では梶原朗前掲書Ⅱ 第7章、堀越栄子「イギリス国民保健サービスの画期とその意義(賃金と社会保障, 828・837号)、小川喜一『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』(風間書房, 1968年)、一円光弥「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)、中村正文「英国医療保障制度の生成」(商大論集(神戸商科大研究) 37・38・39号, 1960年)、古賀昭典「英国国民保健事業の沿革—法制の発展とその社会的背景—」(産業労働研究所報14, 1957年)、池上直己『成熟社会の医療政策—イギリスの選択と日本—』(保健同人社, 1987年)、邦訳文献としては高須裕三訳 H エクスタイン『医療保障—福祉国家の基本問題—』(誠信書房, 1961年) エイベル前掲書、三友雅夫訳 R G S プラン『英国の医療保障』(恒星社厚生閣, 1976年)、同訳、イギリス社会保障省(DHSS)

『英国の保健・医療計画』(同, 1978年), 谷昌恒訳 R S ティトマス『福祉国家の理想と現実(東大出版会, 1967年), 秋田成就訳 モーリス・ブルース『福祉国家への歩み—イギリスの辿った途—』(法政大学出版局, 1984年) その他多数。

(4) 医療の社会化, 医療管理組織, あるいは財政制度などを検証しているものなどである。

(5) 第1次資料として議事録 (Parliamentary Debates, House of Commons, House of Lords), コマンドペーパー (Command Paper), 委員会の討議録 (Minutes of Proceedings), 法案 (Bill), 制定法 (Act), 各種レポート (たとえばベヴァリジレポートなど), 文献は比較的新しい 'Health, Happiness, and Security, "The Making of NHS," The Health Service Since the War,' (いずれも前出) を主に参考にした。

第1節 戦後の医療政策

第1項 病院政策

戦後の保健計画は, 保健省内で戦争勃発後1ヶ月目にしてすでに始まっていた⁽¹⁾。先ず着手されたのは病院の戦後政策で⁽²⁾, 一般医問題はこの段階では緊急性がないと考えられていた⁽³⁾。病院問題を最優先課題として取り上げた理由は2つある。ひとつは慈善病院の深刻な財政難と⁽⁴⁾, もうひとつはナッフィールド病院トラスト (Nuffield Provincial Hospital Trust) による病院地方分権化活動であった⁽⁵⁾。前者は EHS と EMS により国庫から資金が配分されていたが, それを上回る支出を抱えていた⁽⁶⁾。ナッフィールド病院トラストは病院の地方管理を促進するため, 設立者ナッフィールドを中心に活発に運動を展開していた⁽⁷⁾。

保健省内で始まった戦後政策のための会議は1941年には本格的になり, 8月に事務次官モード (John Maude) がそれまでの省内の意見を公表した⁽⁸⁾。それは(1)病院管理の責任は地方自治体に置く⁽⁹⁾, (2)慈善病院は維持され, それらが住民に与えたサービスの費用を自治体が慈善病院に支払い, それと引き換えに慈善病院は自治体の監督に服する, (3)病院提出制度を奨励する⁽¹⁰⁾, というものであった。省内外では様々な提案がなされており⁽¹¹⁾, モードが発表した「戦後病院政策」は流動的なものであった。たとえば管理責任の所在に関してはモードは地方分権化を支持していたが, 保健省の首席医務官 (Ministry of Health's Chief Medical Officer) である, アーサー・マクナルティ (Arthur MacNalty) は, 「国家病院サービス (National Hospital Service)」構想を持っていた⁽¹²⁾。

モードの病院計画は10月9日に下院で報告され⁽¹³⁾, これに基づいてロンドンの病院の大規模な調査が計画された⁽¹⁴⁾。この段階では NHS の萌芽らしきものはまだ現われてこない。むしろ, 戦時の救急体制を, 戦前の国民保険法下での医療サービス体制に戻すことを意図したような政策が検討されていた⁽¹⁵⁾。病院政策における最大の論点は, 2種類の病院を併存して存続させるか, あるいは一つに統合するか, 統合される場合, どこが管理責任を負うのか, ということであった。

(1) 1939年9月3日の対独宣戦布告後, 当時の保健大臣エリオット Walter Elliot は EHS に参加している慈善病院は戦後, 国家によって接収されるべきではないかと提案している。Honigsbaum, op. cit., pp 18, 原註 MH80/24, 27 Sep. 1939. (MH はロンドンの公式記録局 Public Record Office に保管されている公文書のうち, 保健省 Ministry of Health 内で回される文書を指す。)

(2) 第3章第3節参照。

(3) 本節第2項参照。

(4) Honigsbaum, op. cit., pp 16. 現註 MH80/24, 27 Jan. 1939.

(5) 第1章第4節第2項, 注(5)参照。

(6) EHS のために空きベッドを確保しておく必要があり, その結果, 私費患者を失った。また, EHS に編入されたことから, 寄付金が減少した。Honigsbaum, op. cit., pp158. MH77/22, 4 March 1941.

(7) 保健省内では, 病院は地方自治体による管理が望ましいと考えられていたので, この運動を推進しようとしていた。

(8) Honigsbaum, op. cit., pp24. 原註 MH80/24, Aug. 1941.

(9) モードは地方管理かあるいは国民保険の被保険者の拡大を, 病院政策として考えていた。Gammon, op. cit., pp7

(10) 大蔵省は, 慈善病院への国庫からの財政援助に消極的で, それゆえ政府は提出制度を奨励した。Honigsbaum, op. cit., pp158.

(11) 外部では調査機関のひとつである「政治経済計画 Political and Economical Planning」が EHS の国家病院サービスへの移行を提案していた。Memorandum, May 1942. CAB87/77 (CAB も公式記録局に保管されている閣内文書)

(12) Gammon, op. cit., pp7. 省内の役人は地方管理, 医務官は国家管理を, それぞれ病院管理に適切な制度であると考えていた。これは, 役人たちが, 保健省の役割は取締まり及び調整機関とであると考えていたからであるといわれている。

(13) HC debates, vol 374, col 6-20, 9 Oct. 1941.

(14) ibid., vol 376, col 1100-1107. 2 Feb. 1941. この結果が判明するのは1945年になってからである。

- (15) つまり、EHS のもとでひとつに統合された病院サービスを再び地方自治体の管理する公立病院と慈善病院に分け、慈善病院の維持を図るためその財政計画まで検討していた。Pater, op. cit., pp29.

第2項 戦後の一般医政策

一般医の戦後政策の検討が省内で始まったきっかけは、ベヴァリジがそのレポートのなかで、医療サービスを保険から切り離し、その対象の拡大を勧告することが明らかになったことであった⁽¹⁾⁽²⁾。ここでも、事務次官モードが一般医政策の中心となり⁽³⁾、特に最大の論点となる報酬方式、管理組織についての検討を始めた⁽⁴⁾⁽⁵⁾。これらの諸点に関するモード提案は⁽⁶⁾、後のホワイトペーパーの原型とも言える⁽⁷⁾。つまり、彼の提案では、地方当局に管理責任をおき、一般医の管理組織として中央医療委員会(Central Medical Board)を設置する。その委員会に、医師の雇用、解雇、医師数の調整、および新規開業を希望する医師の選別を行わせるというものである。そして、医師の報酬方式については、従来の保険医に対する人頭割報酬方式の性質を考慮して⁽⁸⁾、俸給制がより望ましい形であるという結論に達した⁽⁹⁾。

BMA も委員会を設けて、種々の問題を検討していた。BMA 内部には対立する2つの委員会、「医療計画委員会(Medical Planning Commission)」と⁽¹⁰⁾、「医療計画研究(Medical planning Research)」⁽¹¹⁾が作られ、それぞれレポートを発表している⁽¹²⁾⁽¹³⁾。BMA に属する医師すべてが俸給制に反対しているわけではなく、支持する者もいることが明らかになった⁽¹⁴⁾。一般医の報酬方式は、その戦後政策の最大の論点の一つである。

- (1) 本章第2節参照。

- (2) さらに、戦後復員してくる医師のために制度を確立しておく必要もあった。

- (3) MH80/24, Secretary's memo, 'Suggestions for a post-war hospital policy', Aug. 1941, para 2.

- (4) すなわち、人頭割り報酬方式かあるいは俸給制か、および地方自治体による管理かあるいは国家による管理か、ということである。

- (5) Honigsbaum, op. cit., pp43. 原註 MH 80/31, Nov. 1942.

- (6) モードによる提案は、これら以外に保健サービスの費用、その調達方法についても検討していた。Honigsbaum, op. cit., pp 39.

- (7) 第3章第2節参照。

- (8) モードが比較した保険医に対する人頭割報酬方式の長所、短所は以下のとおり。

[長所] ・患者獲得のための競争は診療努力を奨励し、高水準の医療を促進する。

・医師および患者の選択の自由が確保されやすい。

・患者、組織内の秘密が漏れにくい。

[短所] ・医師の監督、解雇がほとんど不可能である。

・公私の診療(保険診療と私費診療)が併存して行なわれる場合、被保険者の診療が軽視されがちである。

・競争は不要の処方箋と不明瞭な診断書をもたらす。

・開業権の売買が自由に認められている場合、経験の浅い医師が診療所を持つことになったり、その購入にあたり大きな負債を負うことになる。

・協力態勢、つまり診療における連携活動を妨げる。

・保険診療は2つの医療体系のなかで低く評価されやすい。

・人頭割診療の場合、能力、経験を考慮しないで医師の報酬が決められる。

・患者に費用負担が課せられる場合、サービスの主要な目的である早期診断、早期治療が確保されない。

Honigsbaum, op. cit., pp37-41.

- (9) しかし、モードは慈善病院を独立して存続させ、提出制を維持しようとした。つまり、病院の医師を一般医とは別個に考えていた。

- (10) 上院議員ドーソン、モラン(王立内科学会)、ウェッブ・ジョンソン(王立外科学会)等が中心となる保守派、顧問医中心。

- (11) 40才以下の若手医師で構成される団体。急進派。

- (12) Medical Planning Commission: draft interim report, British Medical Journal, vol 4250, 20 June 1942. pp743-753. (British Medical Journal「イギリス医学雑誌」はBMAの広報紙的性格を有する。これに対しThe Lancet「ランセット」は中立系の医学雑誌である。)

- (13) Medical planning research: interim report, The Lancet, vol CCXL, III, II, no. 6221. 21 Nov. 1942. pp599-622.

- (14) Pater, op. cit., pp35. 俸給制を支持する者は、それを採用している他の専門的職業—裁判官、司教、政治家、教職者、軍人、公務員、実業界の指導者などを列挙し、不当な報酬方式でないことを説明している。

第2節 ベヴァリジレポート

第1節で述べた戦後の医療政策は保健省、BMA 内部で協議が進められ、国民へ向けて表明されたものではなかった⁽¹⁾。しかし、1942年12月1日に発表されたベヴァリジレポートはベストセラーとなり、広く国民の間に医療、保健についての世論を喚起することになった⁽²⁾⁽³⁾。NHS の成立において、ベヴァリジがその考案者であると考えられるものは少なくない⁽⁴⁾。本節ではベヴァリジレポートの医療、保健に関する勧告を紹介するとともに、それに対する政府、議会の反応、またその勧告がベヴァリジのいかなる意図のもとに導かれたのかを考える。さらに、その後の政策に一従来問題となってきた諸点に対しどのような影響を与えたのかを考察し、それを通してベヴァリジレポートの NHS および NHS 法における位置付けを検討する。

- (1) 政府の国民に向けた保健サービスに関する最初の公式声明は、1944年のホワイトペーパーである。第3章第2節参照。
- (2) Social Insurance and allied Services : report. (Chairman, W. H. Beveridge) London, HMSO, 1942, Cmd 6404. 邦訳に、山田雄三『ベヴァリジ報告、社会保険及び関連サービス』（志誠堂、1969年）。ベヴァリジの回顧録として Beveridge, W. H. (1953) Power and Influence, London : Hodder & Stoughton. 邦訳に、伊部英男訳『強制と説得』（同、1975年）。ベヴァリジレポートの邦語文献は充実しており、参考文献として主に、毛利健三『イギリス社会福祉国家の研究』（東大出版会、1990年）、榎原朗前掲書第8章、地主重美「ウィリアム・ベヴァリジ」（季刊社会保障研究、4-3、1968年）、大沢真理「ベヴァリジ・プランと『平等主義』」（社会科学研究、43-5、1983年）にあたった。
- (3) 言うまでもないが、ベヴァリジレポートの主たる目的は社会保険全般にわたる調査、検討及び勧告であって、保健サービスに向けての勧告が主たる目的ではない。
- (4) Pater, op. cit., ppl.

第1項 「前提 B 包括的保健及びリハビリサービス」

まず、ベヴァリジレポートの勧告内容を概説しよう。ベヴァリジは「社会保険及び関連サービスに関する既存の諸制度の全体的な調査」を通して、社会保険の成功の必要条件として3つの前提A, B, C (Assumption A, B, C)を置いた⁽¹⁾。前提Aは「児童手当(children's allowances)」、前提Bは「保健及びリハビリサービス(health and rehabilitation services)」そして前提Cは「雇用の維持(maintenance of employment)」である。

なぜ、「保健及びリハビリサービス」が社会保険の成功の必要条件なのか。その答えとして、ベヴァリジは「労働不能の場合に、高額な給付を支払うことの論理必然的な帰結として、国家は必要とされる給付の支払い件数を減らすために断固たる努力をすべきである」⁽²⁾「また、労働不能時に高額な給付を受け取ることの論理必然的な帰結として、個人は健康を維持し、病気が予防できるときには、早期に診断となる処置に協力する義務を認識するべきである」⁽³⁾と述べている。つまり、社会保険の財政基盤である労働者の拠出金を確保し、その有効活用を図るため、労働者自身の健康を確保しなければならない、という認識である。

ベヴァリジは、「前提B」は全国民にあらゆる種類の保健サービスを確保することを意味すると宣言した⁽⁴⁾⁽⁵⁾。そして「医療の管理が社会保険から離脱し、包括的な保健サービスの一部になったなら、本報告が答えるべき残された問題は、主として財政問題である」⁽⁶⁾からそれ以外の問題は射程外として言及しなかった。財政問題の主眼は患者側の費用負担の方法に置かれていた⁽⁷⁾。患者は無料で医療サービスを受けるのか。この場合、医療サービスは租税によって財源を得ることになる。あるいは保険システムを取り入れて、患者は拠出と引き換えに医療サービスを確保するのか。この選択にあたり、ベヴァリジはサービスを3つの領域、通院診療(domiciliary treatment)(主に一般医サービスを意味する)、入院診療、そして義歯などの補装具に分類して検討している⁽⁸⁾。

通院診療の費用につき「負担をまったく免れて、それを納税者として負担すべき明白な理由はない。もし、現金給付によって拠出原則を保持することが重要であるなら、医療にとっても拠出は重要である」⁽⁹⁾として拠出制を提案している。そして、ベヴァリジが勧告する社会保険制度においては、拠出者は所得制限がなくあらゆる階層をカバーすることになっていた⁽¹⁰⁾。したがって、医療サービスで拠出制を採用した場合も人口の100%が適用範囲となる⁽¹¹⁾。入院治療費の負担については、当時の民間拠出制度に言及し、「国民は拠出する用意ができている」と考えていた⁽¹²⁾。一方で、強制保険制度を採用することは、既存の民間拠出制度に依存している慈善病院の財源を断つことになるとも述べている。そして「事前の拠出が理想的であり、納税で賄われる無料サービス制度よりすぐれている」⁽¹³⁾としても、それを強制保険とするか否かの結論は明らかにしていない。補装具

の費用負担は注意深い使用を促すために認められている⁽¹⁴⁾。

ベヴァリジの言う「拠出制」の意味について注意しなければならないことは、それは拠出金を支払うことによって、一般医の診療所あるいは病院で診療を受けた後で、自己負担がなく「無料」であらゆる医療、保健サービスを受けられるということの意味する、ということである⁽¹⁵⁾。すなわち、前もって支払う拠出金のなかに、治療費がすべて含まれているということの意味する。日本の健康保険制度のように保険料を拠出し、さらに医療機関の窓口で一部負担が課されているのとは異なった性質の拠出制をベヴァリジは考えていた。これはベヴァリジが保健サービスの「理想的プラン」として、「社会保障の見地からは、あらゆる種類の完全な予防と治療をあらゆる市民に例外なく、所得制限なく、かつ、いかなる点においてもそれを受けることを遅らせる経済的な障害なしに提供する保健サービス」を考えていたからである⁽¹⁶⁾。

(1) Beveridge Report, para 14. 前提Aは para 410-425, Bは para 426-439, Cは para 440-443.

(2) *ibid.*, para 426.

(3) *ibid.*, para 426

(4) *ibid.*, para 427

(5) さらに、社会保険給付の適性を確保するための医師の診断書を必要としたので、被保険者すべてをカバーする医療サービスが必要であった。

(6) *ibid.*, para 428

(7) *ibid.*, para 428

(8) *ibid.*, para 429

(9) *ibid.*, para 430

(10) *ibid.*, para 308-310

(11) *ibid.*, para 431

(12) *ibid.*, para 432

(13) *ibid.*, para 432

(14) *ibid.*, para 435

(15) *ibid.*, para 437

(16) *ibid.*, para 437

第2項 ベヴァリジレポートの背景と拠出制指向

ベヴァリジは、一般医による受ける通院診療と疾病手当を給付していた認可組合に好意的ではなかった⁽¹⁾。彼は包括的な保健サービスを理想と考え、一般医による外来診療だけを給付し、しかも給付内容に格差のある認可組合を保健分野から排除することを企図していた⁽²⁾。認可組合を支えているのは保険制度であるが、これを否定した場合、新たな保健サービスがどこから財源を得るのかを検討して、ベヴァリジは「租税からの共産主義的な方向において」獲得しようとした⁽³⁾。したがって、早い段階で保健省に提出した提案のなかでは⁽⁴⁾⁽⁵⁾、「可能であるなら、費用負担のない医療が適切な解決となる。負担があるところでは患者は治療を受けるのを遅らされる。個人の健康は個人の利益ではなく、国家の利益であるという方針をとるなら、医療サービスは警察や軍隊のサービスのようにならざるべきである。」と述べていた⁽⁶⁾。従来の保険制度の採用は、結局、拠出できない者をサービスから排除することになり、認可組合に再び口実を与えて考えていた⁽⁷⁾。

しかし、ベヴァリジはあまりに保険原理を信じていたので⁽⁸⁾、それを完全に放棄することができなかった、といわれている⁽⁹⁾。また、非常に有効に機能していた民間の病院拠出制度を高く評価していた⁽¹⁰⁾。それで最終的には第1項で述べたような結論—社会保険への拠出を通して無料で医療および保健サービスを受ける⁽¹¹⁾—に至ったのである。そして、拠出できない者をサービスから除外するという前述の問題の解決策として、被保険者を全国民に拡大することを勧告したのであった。

(1) *ibid.*, para 61-65.

(2) 労働組合も認可組合には反対していた。労働組合の「推進力」がなければ、彼の調査は始まらなかったであろうと述懐している。Beveridge(1953) *Power and Influence*, London: Hodder & Stoughton.

(3) Honigsbaum, *op. cit.*, pp 192. 原註 ACT(Actuary's Department)1/684, 'Heds of a scheme for social security'. 9 Dec. 1941, pp 18.

(4) *ibid.*, pp194. 現註 MH80/31, 2 Feb. 1942.

(5) モードはベヴァリジに対し、レポートの公表前に、事態を混乱させないため地方当局については言及しないよう頼ん

でいた。モードはさらに、ベヴァリジが国民保険法のもとで提供される医療給付に代わって、公的な保健サービスの一部として通院による診療が与えられると書くことだけを求めた。ベヴァリジはこれを拒否し、国民保険と関係のある医療手当てを議論するつもりであることと、診断書を管理するために俸給制サービスを提案したいということをモードに伝えていた。MH80/31, report of meeting between Beveridge, Maude, Jamson and others, 17 Feb. 1942.

- (6) この他に、疾病手当のための診断書を確保するためにも必要であると考えていた。
- (7) 「包括的な医療サービスを確立することこそ、認可組合に対する主たる対抗手段である」とベヴァリジ委員会の事務局長チェスター D. N. Chester が述べている。CAB 21/1, 588, Chester to Anderson, 17 Aug. 1943.
- (8) ベヴァリジは1911年の失業保険法の立案にも携わり、その制度の育成に関わった。Honigsbaum, op. cit., pp192.
- (9) Beveridge Report, para 430.
- (10) ibid., para 432.
- (11) ただし、入院時の「宿泊費用 'hotel charge'」は患者が負担するべきであると勧告している。

第3項 保健省・議会の反応

ベヴァリジレポートを受けて、政府は、戦後の医療及び保健政策に具体性と実行可能性を与える方向で取り組まなければならないと認識した⁽¹⁾。当時の再建優先委員会(Committee on Reconstruction Priorities)は、ベヴァリジレポートに沿った形で、戦時内閣に保健サービスについての助言を与えた⁽²⁾。そして、政府は包括的な保健サービスを、戦後政策の原則として位置付けることを宣言する旨、約束した⁽³⁾。政府内には、ベヴァリジの勧告の成否は、戦後の財政状況と国家資源への他の優先事項からの要求次第であるとして⁽⁴⁾、立場を留保する閣僚もいた⁽⁵⁾。

一方、1942年2月に下院でベヴァリジレポートが討議されたとき⁽⁶⁾、大多数の議員は肯定的で、ベヴァリジの勧告は早期に実現するかのような雰囲気であったといわれている⁽⁷⁾。しかし、上院では、あまり好意的に受け入れられなかった⁽⁸⁾。中にはベヴァリジレポートを「保健省が医師のキャンプへ連れていこうとするトロイの馬」と評価する議員もいた⁽⁹⁾。注目すべき意見は上院議員スネルが⁽¹⁰⁾、ベヴァリジレポートには1920年のドーソンレポートには含まれていた「医療給付」についての提案がないという指摘である⁽¹¹⁾。

- (1) 最初にベヴァリジレポートを支持したのはスコットランドの保健省であった。Honigsbaum, op. cit., oo 195.
- (2) Webster, op. cit., pp39. 戦後の再建問題委員会に代わって設置された委員会。議長は枢密院議長のジョン・アンダーソン卿 Sir John Anderson. この委員会は2派に分かれ、ひとつはアンダーソン、ウッド Sir Kingsley Wood (大蔵大臣, 前保健大臣)等と、もう一つは労働党を代表するベヴィン Ernest Bevin (労働大臣)とモリソン Herbert Morrison (内務大臣)等である。
- (3) ibid., pp39. 原註 RPC of the War Cabinet Paper, 14 Jan. 1943.
- (4) 特に、優先すべきと考えられた深刻な戦後の問題は住宅建設である。
- (5) 委員会の議長であるアンダーソンの意見。
- (6) HC debates, vol 386, col 1613-1684, 16 Feb. 1943./col 1765-1916, 17 Feb./col 1964-2055, 18 Feb.
- (7) Pater, op. cit., pp45.
- (8) ibid, ドーソンもベヴァリジレポートに批判的であった。
- (9) HL debates, vol 127, col 729-767, 1 June 1943. 発言者は Lord Dersent.
- (10) Pater, op. cit., pp44
- (11) Beveridge Report, para 428.

第4項 ベヴァリジレポートの意義

ベヴァリジレポートがNHSへ至る大きなステップとなったことは言うまでもない⁽¹⁾。全国民へあらゆる種類の保健サービスを確保することの必要性を政府に認識させた意義は大きい⁽²⁾⁽³⁾。特に、人口の「100%」⁽⁴⁾をカバーする「包括的な」サービスの勧告はその後の政策を方向付ける基盤となった⁽⁵⁾。しかし、財政問題だけがその調査、勧告の対象となった制約から⁽⁶⁾、保健サービスに関わる他の多くの問題につき具体的な示唆、解決策を示していないといえる⁽⁷⁾。ベヴァリジレポートの重要性は否定できないが、それは抽象的な次元にとどまっているということも可能である。

- (1) Pater, op. cit., pp175. ベヴァリジの貢献はNHSの立案ではなく、創設へ向けての起動力となったことであると評価されている。
- (2) ベヴァリジレポートを受けて、1943年1月に保健省内では最初の法案が用意されていた。MH80/25, First Draft of a Scheme, 4 Jan. 1943.
- (3) 第3章第1節参照。
- (4) 当時、BMAは「90%原則」を主張し、残り10%への私費診療を確保しようとした。

- (5) Honigsbaum, op. cit., pp192. 認可組合の廃止と包括的保健サービスを提案したことさえ、彼の守備範囲を越えていると評価されている。
- (6) Beveridge Report, para 428.
- (7) 具体的な提案としては社会保障省 Department of Social Security の創設がある。1968年に、保健省はそこに統合され、保健社会保障省 Department of Health and Social Security となって1988年まで存続した。(参)序注(10)。三友雅夫訳 RGS ブラウン『英国の医療保障』(恒星社厚生閣, 1976年), 第6章。

第3章 1946年 NHS 法の立法過程 I

1946年 NHS 法が施行されるまでを3段階に区切ることができる。第1段階は戦時下の連立政権の下での2人の保健大臣から提案された保健サービスに関するプランと⁽¹⁾、立法を意識したホワイトペーパーの発表までである⁽²⁾。ここで NHS 制度のアウトラインが描かれたが、BMA などの圧力団体から反対され、進展が遅れていた。第2段階は1945年7月の総選挙での労働党政権の誕生から⁽³⁾、1946年に NHS 法が成立するまでである。1946年法の成立にはときの保健大臣アノイリン・ベバン (Aneurin Bevan) の政治手腕に負うところが大きいといわれている⁽⁴⁾⁽⁵⁾。第3段階は成立から施行までである。1946年法が成立してから施行されるまでの2年間に、再度ベバンと BMA との間で交渉が行なわれた。そこでベバンはある程度の譲歩を強いられ、それは施行の翌年の1949年改正法へと導かれた。本章では第1段階を概観し、第4章で第2段階を、第5章で第3段階を検討することとする。この一連の立法過程の検討を通して、病院国有化、保険制度の排除、中央集権化とその権限委譲、医師の報酬方式がどのような議論を経て1946年法に規定されるようになったのかを考え、政策選択に際し何を根拠をそれを選んだのか、を明らかにしたい。

(1) A Earnest Brown (Feb. 1941~Nov. 1943), Henry u Willink (~July 1945).

(2) A National Health Service, Cmd 6502, 1944.

(3) 首相はアトリー Clement Attlee (1945年7月~1951年10月)、保健省の事務次官はキーマ Charles William Key である。

(4) 前任者2人の大臣とも立法に失敗しており、保健省は政治的「墓場 graveyard」と称されていた。Webster, op. cit., pp76.

(5) しかし、NHS の成立において、労働党政権の誕生も、また一般的に NHS の下地を形成したと考えられている EHS など、その成立の時期を早めたにすぎない、と考える立場もある。Klein. Rudolf (1983) The Politics of The National Health Service, London : Longman

第1節 ブラウンプラン

ベヴァリジレポートが発表されたときの保健大臣ブラウン (A Ernest Brown, 任期は1941年2月~1943年11月) は1943年3月から主要圧力三団体 (医師会、地方当局、慈善病院) との協議を始め⁽¹⁾、その場で「ブラウンプラン」と呼ばれる構想を明らかにした。この計画は形式的には一般に非公開であった⁽²⁾。彼は、ベヴァリジレポートに強く影響を受けて⁽³⁾、戦後の保健サービスの考えていたが、そのレポートの実質的な考案者は保健省の役人たちといわれている⁽⁴⁾。

ブラウンプランの概要は(1)保健サービスはすべての人が利用できる (「100%原則」)⁽⁵⁾、(2)地方自治体がサービスのすべてに責任を負う⁽⁶⁾、(3)慈善病院は公的資金援助を受けて、独立を維持して運営されるが、公的コントロールを受けなければならない⁽⁷⁾、(4)一般医は保健センターで診療を行なう⁽⁸⁾、というものであった。

ブラウンが3月に3当事者との会議を始めたのは、その年の6月にホワイトペーパーを発表し、会期中(1943/1944)に法案を提出しようという意図があったからであった⁽⁹⁾。しかしながら、圧力団体との長引く交渉によって法案提出のめどが立たなくなった。結局、ブラウンプランの提案は、BMA 等の反対にあって実現せず⁽¹⁰⁾、最終的にはブラウンは自身の計画を放棄させられることになる⁽¹¹⁾。

(1) Honigsbaum, op. cit., pp46~49. 原注 MH80/25, March 1943.

(2) BMA との間で、公表しない合意を取り付けていた。Pater, op. cit., pp 53. 非公開にもかかわらず容易にリークされていた。ibid., pp46~49.

(3) Pater, op. cit., pp64.

- (4) Willcocks, A. J. (1967) The Creation of the National Health Service, London : Routledge and Kegan Paul. pp24.
- (5) 必要ならば、費用は無料で利用できることも提案された。Pater, op. cit., pp52.
- (6) ibid, pp52. 医師の管理のために中央医療委員会 central medical board が提案された。
- (7) ibid, pp52.
- (8) 一般医の診療方式と額について、ブラウンは医師にも未公開の論文を用意していた。MH77/26. それによると、もっとも望ましい形はフルタイム俸給制であった。
- (9) Webster, op. cit.; lpp 41 原注 MH80/25, First Draft of a Scheme, 4 Jan. 1943.
- (10) Pater, op. cit., pp56. 地方当局側は比較的反対が少なかった。大臣との協議に参加したのは地方公共団体協会 Association of Municipal Corporation, 州議会協会 County Council Association, 及びロンドン州議会 London County Council の各代表者である。慈善病院と一般医は反対した。これらの団体と大臣との会談の記録は MH77/26. 彼らの反対は、医師への報酬方式と地方当局による管理に集中した。
- (11) HC debates, vol 386, col 1661, 16 Feb. 1943.

第2節 ホワイトペーパー

第1項 ホワイトペーパーの特徴

保健省はホワイトペーパーを上述したように6月に公表しようとしており、実際8月には第1草案が用意されていた⁽¹⁾。しかし、ブラウンが彼の提案を放棄したことから、それは廃案となった。その後、ジョン・ホートン卿 Sir John Hawton によって、本当の意味でのホワイトペーパーの第1草案が起草された⁽²⁾。それは、1944年1月に上院議員ウールトン Woolton が議長を務める再建委員会において⁽³⁾、2日間にわたり検討された⁽⁴⁾。委員会での修正を経て⁽⁵⁾、再度、ホートンによって起草されたホワイトペーパーが、2月4日には委員会へ⁽⁶⁾、続く9日には内閣へ⁽⁷⁾、提出された。ブラウンの後任者であるウイリンクの下で、2月17日に公表された。それは、包括的な保健サービスについて最初の詳細な公式声明となった。それは譲歩の結果、当初のものと比較して消極的、遠慮がちなものになっていた⁽⁸⁾。

- (1) MH77/28.
- (2) White Paper, First Draft, MH77/28.
- (3) R(44) 3rd mtg, 10 Jan. 1944.
- (4) 委員会で検討されたことは主に、管理責任の所在、一般医の報酬方式、入院費用に関わることであった。Pater, op. cit., pp72.
- (5) ウールトンは草案の断定的な口調を改めるよう求められた。特に書き直されたところは管理組織(合同保健当局など)、一般医サービスなかでもグループ診療、保健センター、私費診療、および開業権の売買についてであった。
- (6) R(44)13th mtg, 4 Feb. 1944, CAB87/5 2月4日に、モリソンの3つの提案とともに委員会に提出され、ともに承認された。モリソンの3つの提案とは第1は、フルタイム俸給制サービスは新規参入医師に限り5年間課されること、第2は、保健センター外での自由な診療活動、第3は、開業権の売買につきホワイトペーパーのなかで言及すべきこと、であった。
- (7) CAB65/41, 9 Feb. 1944.
- (8) Honihbaum, op. cit., pp55. 例えば、第1草案はベヴァリジレポートの帰結として作成されたが、修正案のなかではそれへの言及は最小限に止められた。すなわち、第1草案の冒頭においてベヴァリジレポートは直接言及されていたが、修正案の校正段階で内閣の要求によって削除された。

第2項 ホワイトペーパーの概要

このペーパーは、全部で9章と5つの付則から構成されている。これはジョン・ホートン卿が一人で執筆したもので⁽¹⁾、この種の報告書には珍しいことであった⁽²⁾。単独執筆なので矛盾がなく、加えて文体と表現が優れていると高く評価されている⁽³⁾。その章題は以下の通りである。

- I 現在の状況
- II 次なる段階；すべての人のための包括的サービス
- III サービスの一般的管理構造
- IV 病院及び顧問医サービス
- V 一般医サービス
- VI 診療及びその他のサービス

VII スコットランドにおけるサービス

VIII サービスへの支払い

IX 要約

—付則—

付則A 既存の保健サービス；現状及びその起源についての全般的調査

付則B 改善された保健サービスに関する初期の議論及び本書の準備の序盤となった種々の出来事の概略

付則C 現在の地方自治体よりも広い地域をカバーする地方管理を確保するために可能な方法

付則D 一般医の報酬

付則E 新しいサービスの財政

政府は冒頭で「この国のすべての人のために包括的な保健サービスを確立することを宣言」⁽⁴⁾している。そして「将来、あらゆる男性、女性及び子供は個人の健康問題で必要となる助言、治療及び世話を得ることを確信できて、彼らが得るものは最高の医療機関およびその他の施設であり、これらを得ることは支払えるか否か、あるいは本当のニーズに関係のない他のいかなる要素にも左右されない。つまり本当のニーズとは、この国の全資源を市民すべての病気を除去し健康の促進に向ける」⁽⁵⁾ことが政府の意図であると宣言している。

さらに、ホワイトペーパーは、その提案を「この全国民のための完全な保健及び医療サービスは戦後の再建の一部としてのみ生じてきたまったく新しいサービスではなく⁽⁶⁾、この国において医療サービスを進展させてきた長い過程の中で到達した段階である」⁽⁷⁾と位置付けている。この白書が提案する変革の理由は、「人々は清潔で安全な水道供給や高速道路のような不可欠の設備を、共同体が階層や集団の区別なく個人の利益のために提供されるものとしてこれらを受け入れて、公的組織に依存することに慣れているように、彼らは今や個人の健康の維持のための適切な施設を、それを利用することを求めるすべての人が利用できる公的に組織されたサービスに、求めることが可能となるべき」であるからとされた⁽⁸⁾。そのサービスに対しては「人々は納税者、地方税納税者及び社会保険のような、ある種の国家制度への拠出者として支払うことになるだろう」⁽⁹⁾と述べている。

NHSの成立過程で常に問題となってきた諸点について、ホワイトペーパーの見解は、まず行政管理は地方にその責任を置く⁽¹¹⁾、という従来の政府の立場を維持した。ただし、全国的に矛盾のない国家的なサービスを確保するために、中央の指揮命令体系がそこに結び付けられた⁽¹²⁾。その中央管理の主要機関に中央保健サービス審議会(Central Health Services Council(CHSC))とその分科委員会が設けられていた⁽¹³⁾。地方レベルでは「形式的に既存の地方組織を利用とする」と述べているにすぎないが、もっとも好ましい形として州(county)と特別市(county borough)のいくつかが合併して合同当局(joint authority)を作ることを提案している⁽¹⁴⁾。この合同当局は、その管轄地域内の保健サービスを立案し、諸制度を調整、協同させることがその主たる任務とされた⁽¹⁵⁾。慈善病院の地位は完全な独立と自治が保障された⁽¹⁶⁾。そして地方当局と一緒に計画に携わることが確認され、かつ、地方当局による財政管理を排除することが述べられている⁽¹⁷⁾。

一般医サービス問題は保健サービスにおいて「最も困難な領域」⁽¹⁸⁾であると述べられている。ここでは逐一説明しないが、そのタイトルを列挙し、これによって何が検討されたかが大まかに把握できると思う。

V 一般医サービス

- ・問題へのアプローチの方法

- ・サービスにおける中央及び地方の役割

* 集団的一般診療 Grouped general practice

- ・保健センター Health Centre 展開の一般的方向

- ・センターの提供

- ・保健センター内におけるサービスの条件

* 独立一般診療 Separate general practice⁽¹⁹⁾

- ・独立一般診療の範囲

・新しい合同当局の役割

＊一般問題

- ・認められる患者数
- ・公的サービスへの新規参入
- ・補償と年金
- ・公的診療権の売買
- ・中央医療委員会 Central Medical Board (CMB) の創設
- ・薬剤と医療補装具の供給
- ・患者と医師の新しい姿勢の必要性

ホワイトペーパーが一般医サービスについて提案した重要なことは(1)報酬方式, (2) CMB, の創設である。(1)については2つの選択肢を用意し, ひとつは保健センター内における医師の場合で, これは俸給制が望ましいと勧告している⁽²⁰⁾。もうひとつは独立一般診療に携わる医師の場合で, 公的基金から患者数に応じた頭割り報酬を受けることになるとしたうえで, 医師が望むなら俸給制を採用することもできると述べている⁽²¹⁾。

(2)の CMB は国民健康保険制度下における保険委員会 (Insurance Committee) のような存在で⁽²²⁾, ここと一般医は契約を結び, 診療活動を行なうことになる⁽²³⁾。CMB の重要な権限は医師の配置管理に関わることで, 新たに診療活動を始める医師は CMB の承認を必要とした⁽²⁴⁾。

最後に, 患者の費用負担に関して, 冒頭での宣言を受けて, 第8章において「個々の構成員に関するかぎり, 彼らは特定の補装具の費用は別として, 無料であらゆる種類の医療上のアドバイスと治療を得ることができるであろう」⁽²⁵⁾と述べ, その医療費用は「個別的な料金ではなく, 一部はいかなる社会保険制度であれ, その下での保険拠出と, また一部は中央及び地方税という通常のプロセスによって支払われる」⁽²⁶⁾と提案している。ホワイトペーパー報告段階ではまだ保険制度と租税によって賄われるいわば「国家医療」制度とのどちらを選択するかは留保されていた。

(1) ホートンは後に (1947～51年) 保健省の副事務次官にベバンによって抜擢される。彼の前任者アーサー・ラッカー卿は NHS 制度に懐疑的であったので, NHS 推進派のホートンが彼に取って代ったことは, NHS の成立に大きな意味をもつと評価されている。Honigsbaum, op. cit., pp78.

(2) Pater, op. cit., pp78.

(3) ibid., op. cit., pp82. 文体を評価したのはドーソン上院議員。

(4) White Paper, Cmd 6502, pp5, para 1

(5) ibid., pp5, para 1

(6) 第4章参照。

(7) ibid., pp5, para 2

(8) ibid., pp6, para 4

(9) ibid., pp6, para 4

(10) ibid., pp14-20

(11) 保健省の前身は地方行政委員会 Local Government Board であり, この委員会の主要メンバーが保健省内において指導的立場にあった。事務次官モードはこの出身ではないが, 地方分権派である。前掲『イギリスの社会保障』pp47-48. Honigsbaum, op. cit., pp37-43.

(12) ibid., pp13

(13) ibid., pp12-13

(14) ibid., pp17

(15) ibid., pp15

(16) ibid., pp21

(17) ibid., pp23 慈善病院への財政援助は, 病院の規模, 財政状況に応じて中央基金から直接支払われるものと, 地域住民への診療の対価として当該地域の合同当局から支払われるものがある。後者に対しては慈善病院側から, 当局の管理につながると反対された。

(18) ibid., pp26

(19) これは, 保健センター外で, 個人的に開業する医師を意味する。

(20) ibid., pp31-32

(21) ibid., pp32

(22) 1911年の国民保険法において医療給付を管理する組織 (National Insurance Act, s15) で, 保険委員 Insurance

Commissioner (保険委員会の管理組織)、州及び特別市の議会によって構成(ibid., s59)される。

(23) ibid., pp29

(24) ibid., pp34

(25) ibid., pp46

(26) ibid., pp46

第3項 ホワイトペーパーへの反応

1944年3月16日に、上院、下院でそれぞれ討議された⁽¹⁾⁽²⁾。下院では好意的な意見がほとんどであったが⁽³⁾、労働党議員のなかには「これ以上の妥協はありえない」と批判する者もいた⁽⁴⁾。上院でも大半は肯定的な立場であったが、慈善病院と医師を代表する立場の議員たちからは各提案に対し異義が唱えられた⁽⁵⁾。モラン(Charles MacMoran Wilson)⁽⁶⁾、ドーソン(B Dawson)⁽⁷⁾、そしてホーダー(Horder)⁽⁸⁾、がその中心であった。彼らはホワイトペーパーは医師の職業上の自由を奪い、慈善病院の自治を失わせるものと評価した⁽⁹⁾。

しかし、より激しい攻撃はBMAから加えられた⁽¹⁰⁾。BMAは反対声明をもちこんだ報告書を5月に提出するとともに⁽¹¹⁾、医師等のホワイトペーパーに対する意識調査を実施した⁽¹²⁾。BMAが反対を表明したのは端的に言えば、地方当局による医師の雇用、慈善病院の独立を損なうような提案、そして俸給制の採用に対してであった。12月の年次代表者会議(annual representative meeting)では⁽¹³⁾、包括的サービスを必要とする人すべてが利用できるべきではあるが、自費でそれを用意できる人には国家はそのようなサービスを提供する必要はないということを確認した⁽¹⁴⁾。

(1) H C debates, vol 398, col 427-518, 16 March 1944

(2) H L debates, vol 131, col 70-116, 16 March 1944.

(3) H C debates, vol 398 (1)と同じ。17 March. col 535-633

(4) ibid., A Greenwood(col 557), L Silkin(col 564), E Summerskill(col 581)

(5) 彼らの主張は、病院についてはその地方分権化と管理組織における慈善病院の代表問題、また機構上の問題としてCMBと合同当局に対する不信であった。

(6) 彼は王立内科学会 Royal College of Physicians の会長であり、病院顧問医の代表者である。

(7) ドーソンは保健センターの考案者でありながら、ホワイトペーパーのそれに反対した。

(8) ホーダーもまた王立内科学会所属の医師である。モランが比較的NHS法案に対し好意的であるのにたいし、ホーダーは最後まで徹底して反対し続けた。

(9) モランとホーダーは保健サービスの運営のために中央での独立した機関を提案している。

(10) その中心となったのはBMAの事務局長チャールズ・ヒル Charles Hill。

(11) Report, BMJ, 1944, vol I, 643-8, 13 May 1944.

(12) The Questionary, BMJ, vol II, 4361 5 Aug. 1944. これによると、ホワイトペーパーに反対派53%、医師の自由選択が侵害されると思うもの58%、全人口をカバーするサービスに賛成するもの60%、病院での費用が無料に賛成するもの69%、CMBに賛成派55%、保健センター内での俸給制に賛成25%、同内での基本給プラス人頭割り報酬に賛成30%、等というものであった。

(13) British Medical Association annual representative meeting, London, 1944. BMA, vol I, 4380, 16 Dec. 1944

(14) BMAは国民健康保険の被保険者の所得の上限を上げて、それ以上の者(人口の10%)は私費で医療サービスを受けることができると考えていた。Pater, op. cit., pp 90.

第3節 ウイリンクプラン

このような反応を受けて、ウイリンクは1945年1月からホワイトペーパーの修正に着手することになった⁽¹⁾。その修正もまたBMAとの交渉過程を経ることになり⁽²⁾、BMA側では交渉委員会を設置して備えていた⁽³⁾。この時期、ホワイトペーパーに反対する側に生じていたブリミティブな疑問、つまり「なぜ改革が必要なのか」「なぜ、それを急ぐのか」に対し、中立的な医学雑誌ランセットは前者の疑問に対し「広範囲に及ぶ(医療サービスの)不足状態、不経済な利用及び治療を受けるのを妨げる費用」が存在すると指摘した。後者の解答として(1)戦後、復員してくる兵士に対しより良いサービスの提供、(2)慈善病院の援助、(3)EHSによってもたらされた専門医サービスの広い範囲への配分の維持、(4)市民生活に戻ってくる若い従軍医の期待に備える措置、の必要性を挙げた⁽⁴⁾。そして、これを裏付けるような先の病院調査報告が次々に公表された⁽⁵⁾。

ウイリンクは⁽⁶⁾、再建大臣ウールトンに、5月28日修正案を提出した⁽⁷⁾。争点となった諸提案の修正後の形は

まず⁽⁸⁾、合同当局については管理機能を失い、単なる立案団体となった。一般医サービスのために提案されたフルタイム俸給制の構想は完全に放棄され⁽⁹⁾、保健センターは実験段階に止められた⁽¹⁰⁾。一般医はCMBではなく保険委員会タイプの地方委員会と契約を結んで活動を行なうことになり⁽¹¹⁾、医師の配置をコントロールするCMBの権限は排除され、医師は自由に開業できるようになった。この対応は医師と慈善病院の批判を緩和するためのものであり、包括的な医療サービスにとって「重要な要素の放棄」といえる⁽¹²⁾。また、本稿では取り上げないが修正後の管理体制は実行困難なほどの複雑さを呈していたといわれている。

ウイリンクは同時にその修正案に基づいて法案を提出する意向を明らかにし⁽¹³⁾、内閣に伝えた⁽¹⁴⁾。内閣で問題となったのは、一つは7月の総選挙を控えて、NHSについて何を選挙綱領に含めるかということと、もう一つはウイリンクの修正案を公表するか否かということであった⁽¹⁵⁾。前者は包括的保健サービスの確立と、議会の第一会期での立法を選挙綱領に含めることで意見が一致した。そして提出を通してすべての人がサービスを利用できるが、提出できないことで治療を否定されないことも強調することとした。また医師の職業上の自由、慈善病院の自治を確保することも盛り込むことを決めた。後者の問題は閣内で意見が別れたが、結局、ウイリンクプランの公表は差し控えられた⁽¹⁶⁾。ウイリンクは総選挙後、結果発表前にも法案準備に取り組み、9月の提出を約束していた。

- (1) 立法過程において、この時期に一般に知られていない重要な進展があった。それは、法案のアウトラインが用意されていたことである。1月20日に閣議で回され、4月6日に「保健サービス法案」として印刷された。Honigsbaum, op. cit., pp73. 原注 MH80/28.
- (2) 医師の他に、薬剤師、歯科医、看護婦、眼鏡士とも協議していた。Pater, op. cit., pp98-100.
- (3) Hill to Maude, 8 Jan. 1945, MH80/27; list of members, MH80/28. 委員会のなかでの影響力のあるのは小委員会で、そのメンバーはデエイン（委員会の議長、BMA 評議会議長）、ウェッブ・ジョンソン（副議長、王立外科学会）、上院議員モラン（王立内科学会）、ホランド（王立産婦人科学会）、ピケン教授（保健医務官協会）、ウォンド（BMA 一般医委員会）、コックシャット、ロジャー、グレッグ（BMA）であった。
- (4) Time for decision. The Lancet, vol CCXLV VIII, I, no 6348. 28 April 1945.
- (5) Gray, A M H and Topping, A (1945) Hospital survey: the hospital services of London and the surrounding area. London, HMSO 第2章第1節第1項注(17)参照。
- (6) 5月9日にドイツが降伏し、連立内閣の解散問題について、両党は延長を支持したので5月23日チャーチルが再度首相に任命され、ウイリンクもウールトンもその職に留まった。
- (7) ibid, pp73. ウイリンクは、「国民保健サービス案の進展」と題するレポートを非公式に政府内に配布した。この内容は当初のホワイトペーパーの目的を維持していた。
- (8) 修正案の作成にあたり、BMA 等との交渉はすべて「内密」に行なわれた。Pater, op. cit., pp93
- (9) NHS(45)39, 24 April 1945, MH80/32.
- (10) NHS(45)8, 3 Feb. 1945, MH77/119; NHS(45)18, March 1945, MH77/30B
- (11) ibid.
- (12) Pater, op. cit., pp104
- (13) ibid., pp104
- (14) Webster, op. cit., pp68-70
- (15) Webster, op. cit., pp74. 原注 Home Affairs Committee, 6 June 1945, CAB 21/20 19. 保守党内の選挙綱領を検討する議員たちは、ウイリンクの修正案を採用しなかった。なぜなら、ウイリンクの提案は労働党の勝利をより有利にするとされたからである。
- (16) ibid., 大臣等は、ウイリンクの修正案を公表すると、国民がそれをホワイトペーパーからの実質的な撤退であると見なすことを恐れたからである。

第4章 立法過程 II

本章では、労働党政権における1946年法の立法過程を検討する⁽¹⁾。歴代の政府の下で多様な議論がかわされてきた保健サービス制度を、労働党は政権獲得の翌年に立法化を果たした。先に述べてきたように NHS 制度それ自体は決して労働党のオリジナルな提案ではなく、成立した NHS 法も以前の構想とまったくつながりのないものでもない。つまり、アトリー内閣で保健大臣となったベバンに与えられた役割は⁽²⁾、新しい政策を提案することではなく、すでに与えられた多様な選択肢からどれを選び、それをどう配列するかということであった⁽³⁾。この選択、並べ替えの結果誕生した NHS 法は前任者の妥協を引き継ぐことを免れなかったが⁽⁴⁾、他方で租税を財

源とすることによる患者負担の無料化、及び病院国有化を規定した画期的な法律であった。NHS 法はドーソンレポート以来主張されてきた「包括的な保健サービス」をこのような形で国民に提供することになったのである。

以下では、法案 Bill 準備段階（第1節）、下院・上院での法案審議（第2・3節）を経て NHS 法の成立までを検討し、最後に立法過程における特徴を述べる。

- (1) 首相のアトリー (C R Attlee) がベバンを保健大臣に任命したのは意外な選択とみなされている。彼は閣内最年少の47才できわめてラジカルであると評価されていた。ベバンはウェールズ選出で、炭坑地区の保健問題に精通していた。Webster, op. cit., pp76.
- (2) ベバンの功績を紹介するレポート 'Aneurin Bevan - An appreciation of his services to The Health of The People -' London : Socialist Medical Association, がある。
- (3) Webster, op. cit., pp80.
- (4) ウイリンクプラン、第3章第3項参照。

第1節 法 案 提 出

第1項 労働党の保健サービスに関する戦後政策

立法過程の検討に入る前に、1943年に労働党が発表した保健サービスに関するレポートを紹介する⁽¹⁾。このレポートはブラウンプランと同時期に出されている⁽²⁾。1943年は連立政権時代で、それは保守党、労働党、自由党の三派で構成されていた⁽³⁾。労働党は戦後の保健政策において自己の立場を明らかにし、国民の支持を獲得しようと考えた。急進的な性質をもつレポートであるが、後にこれがベバンの率いる立法過程においてどう反映されたかを理解することは、労働党が NHS 法成立に果たした役割を考えるうえで役立つと思われる。

レポートは4章からなり、第1章は必要とされる医療および保健サービスを9項目にわたって列挙し⁽⁴⁾、第2章では現状を説明し⁽⁵⁾、第3章で既存の保健・医療制度がニードを満たすものかどうか、あるいは国家医療が必要とされているのか否かを判断している。最後の4章では国家医療サービスについての労働党のプランを提案している。ここでは主に3・4章を概観することとする。

まず、国家医療サービスの必要性は全国民が均質の医療を確保できないからという発想による⁽⁶⁾。そのためには保健省による全体的な計画が不可欠であるとする⁽⁷⁾。次に当時の保険医または私費患者と自由契約を結んで診療する医師の現状をふまえて⁽⁸⁾、「医師が給料を持たず、年金の見込みもないなら、彼は病気の治療と同じくらいその予防にエネルギーを傾けることができない。共同体が経済的保障を用意しないなら、医師の活動が国民の利益のために最大限利用されない。国民保健サービスの一部としての俸給制の医療スタッフだけがこのニードを満たすことができる。」⁽⁹⁾として、国家管理下におかれた医師が国民の利益に最も資すると判断している⁽¹⁰⁾。包括的保健サービスのために国民健康保険の被保険者の範囲を拡張することでそのニードが満たされるという意見に対して⁽¹¹⁾、「全国的な保健サービスの原則と保険のそれとの比較によってわかるように、それは誤りである。商業保険の性質は保険者はわずかな誤差で計算できるリスクをカバーし、被保険者が支払う拠出金はあらかじめ決められかつ規則的に支払わなければならない、また支払われる保険金の額、治療の範囲が制限され、しかもこれらの給付は拠出金を支払った者かそれによってカバーされると規定された者に制限されているというものである。」⁽¹²⁾と反論し、労働党の主張の根拠として「全国規模の保健サービスの性質は、正確に計算できない保健上のリスクをカバーし、あらゆる種類の治療を必要な患者に必要なだけ提供し、貧困その他の理由でサービスを受けることを妨げられない」と述べている⁽¹³⁾。そして「国民が必要とする保健サービスは治療的であると同時に予防的なものであり、包括的かつすべての人が利用できるものでなければならないということは当初から意見が一致している。このことは我々が保険制度とは種類の異なる何かを求めていることを意味する。我々は全国民が保険者であると同時に被保険者であることを望む。」⁽¹⁴⁾と最後に述べている。

また、当時の複雑な病院の様相を見て「統一された計画と管理を持たずに、どうやって国民全体のニードを満たす病院サービスを確立することができるのか。明らかな結論は、公立病院と慈善病院が一緒に国民保健サービスのなかに入ることである」⁽¹⁵⁾と提案している。

このレポートにベバンの下で病院国有化、医療費無料化が採用された理由となりうるひとつの考えを見いだ

することができる。それは、保険制度では、その機能上の限界によって、包括的な医療、保健サービスを保障できないということである。つまり、医療、保健サービスが保険給付として与えられる場合、少なくとも理論的には、対象においても内容においても制限的なものにならざるをえない、ということができる。労働党政権下での一連の産業国有化のひとつとして NHS の成立を位置付けることも可能であるが⁽¹⁶⁾、むしろ保健、医療サービスに対する党およびベバンの上記の思想の帰結として考えることも合理的であると思われる。

最後に労働党の計画を概観すると、管理責任は保健大臣が負うが⁽¹⁷⁾、大幅な権限が地方当局に委ねられ⁽¹⁸⁾、接収された慈善病院は実質的には地方当局によって管理されることになる⁽¹⁹⁾。また、医師（一般医、顧問医）あるいは看護婦は以上のことから当然フルタイム俸給制となり、年金が用意される⁽²⁰⁾。財源は国税と地方税から得られることになっている⁽²¹⁾。

このレポートが、NHS 法の成立にもつ意味は、2つある。ひとつは、レポートが医師に、ベバンがいずれフルタイム俸給制を医師に採用するのではないかという深い不信感を抱かせたので、常に医師からの抵抗を招き、法案の可決を遅らせたことである。もうひとつは、これが国有化を提唱した初の公式発表であり、国有化を説得する資料となったことである。

(1) The Labour Party's Policy (1943) National Service for Health, London

(2) 第3章第1節参照。

(3) 1940年5月から1945年7月まで。この間の首相はチャーチル Churchill Winston。

(4) 簡単に紹介すると(1)「全国的に計画されること」(2)「治療とともに予防も提供すること」(3)「あらゆる種類の治療をカバーすることにおいて完全であること」(4)「資産や社会的地位に関わりなくすべての人が利用できること」(5)「効率的でかつ最新のサービスであること」(6)「人々にとって（地理的に）便利であること」(7)「医師と患者間の信頼」(8)「医療専門家にとっての公平」(9)「医療サービスは、医療専門家が国民の健康に影響を与える民主的な政府のあらゆる活動において、効果的に自分の役割を果たすことができるよう組織されなければならないこと。」である。ibid., pp3-4.

(5) ibid., pp11, Summary of Conclusions. イギリスの医療の現状は(1)多くの点で無計画で国民全体のニーズを満たすには程遠い。(2)一般医の状況も不満足なものである。私費診療の欠陥は国民健康保険によって補われているが、完全には克服されていない。国民健康保険制度は包括的、あるいはあらゆる者が利用できる、あるいは設備の整った医療サービスを提供していない。(3)病院制度は、統一された管理に欠け、財政難を抱えた公立病院と慈善病院の無計画な寄せ集めである。

(6) ibid., pp3.

(7) ibid., pp12

(8) ibid., pp6-9

(9) ibid., pp12

(10) ibid., pp 12

(11) 第2章第2節第4項参照。医師側は一貫して、国民保険の被保険者拡大が包括的医療及び保健サービスの第1段階であると主張していた。

(12) ibid., pp13

(13) ibid., pp13

(14) ibid., pp 13

(15) ibid., pp 13

(16) 1946年にはイングランド銀行、英国航空、電気通信、石炭、1947年には鉄道、電力、長距離郵送、1948年にはガス、1949年には鉄鋼が、それぞれ国有化された。村岡健次・川北稔編著『イギリス近代史』（ミネルヴァ書房、1986年）。参考文献として井沢馨「英国における産業国有化の展開」（ジュリ32、1953年）柏木駿「イギリスにおける産業国有化の意義とその限界」（名城法学1-12、1962年）、西口直治郎「イギリスにおける産業国有化拡大政策について」（経済学雑誌4-73、1974年）

(17) ibid., pp14

(18) ibid., pp16

(19) ibid., pp16

(20) ibid., pp19

(21) ibid., pp21

第2項 政府内での議論

上記のようなレポートをすでに発表していた労働党政権下での、戦後保健サービス政策に関する政府内部での議論は以下のようなものである。

まず⁽¹⁾、ベバンは10月の閣議に彼の構想一後の法案の原型となる一を提出した⁽²⁾⁽³⁾。そのなかで重要なものは、

(1) サービスを提供する法律上の義務は保健大臣にある、(2) 1941年の病院政策以来、諸団体の病院政策の柱であ

った慈善病院と公立病院の協力体制を断念し、労働党のレポートで示されたような両病院の国有化を実現し⁽⁴⁾、病院、顧問医について大臣は直接責任を負う、(3)この枠組みは病院分野にのみ適用し地方当局と一般医領域には採用されない、したがって一般医と共同体サービスについては大臣は間接的な責任を負う、というものであった。閣内の反応は様々であったが⁽⁵⁾、反対の立場をとっていたのは地方自治体を選出母体とするモリソンと⁽⁶⁾、後に消極的になる大蔵大臣のダルトン等であった⁽⁷⁾。翌週の閣議でも意見は一致しなかったが⁽⁸⁾、首相はそれらの意見の相違を重要視しなかった。

ベバンは当会期中の法案可決を企図して12月⁽⁹⁾、内閣に法案作成権限を求める文書と法案の項目を提出し⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾、翌1月、法案起草が承認された⁽¹²⁾。その法案はおよそ50条からなり詳細は規則に委ねられるというものであった⁽¹³⁾。3月8日には法案が閣議で承認され⁽¹⁴⁾、同月20日に下院に提出された（第1読会）。

- (1) 最初に党の政策を、公の場で述べたのはベバンではなくて、グリーンウッド（王璽証書）とモリソン（枢密院議長）であった。彼らはこの時、1944年のホワイトペーパーを再評価する立場を表明した。H C debates, vol 413, col 258, 568, 17 & 21 Aug. 1945
- (2) 11 Oct. 1945, CAB 128/1. Pater, op. cit., pp109-111.
- (3) Honigsbaum, op. cit., pp80. 前述したようにベバンの構想は決して目新しいものではない。むしろウイリンクが提案した保健サービスは詳細にわたって保健サービス領域における管理等を検討しており評価されている。ただウイリンクプランは基盤が弱く立法に至らなかったが、このプランによって労働党政権下の保健省の役人たちは準備のかなり進んだ状態から立法作業へ入ったといえる。それで政権1年後に法案が成立したといわれている。
- (4) Honigsbaum, op. cit., pp84-85. 閣内では、病院国有化が最も議論された。特に、モリソン、事務次官のダグラス Sir W S Douglas からの抵抗が強かった。 22 Sep. 1945, MH80/28.
- (5) 10月11日の閣議で賛成の立場をとったものは自治領大臣アジソン (C V Addison, Dominions Affairs) と労働国民サービス大臣ジョージ・イサック (G Isaacs, Ministry of Labour and National Service)、この時ダルトンは態度を保留した。
- (6) CP(45)227, 12 Oct. 1945. (Honigsbaum, op. cit., pp 415.)
- (7) ダルトンの反対理由は、地方レベルで責任を負う諸団体（第5章第2節、NHS 法の概要参照。）への国庫交付金の支出にかかわることであった。 ibid., pp87.
- (8) 18 Oct. 1945, CAB 128/1. この時のベバン支持派は前回同様アジソンと、農業大臣トム・ウィリアムス (T Williams)、文部大臣エレン・ウィルキンソン (E Wilkinson) で、消極的立場であったのは内務大臣シューター・エド (C Ede) とジョウイット (Jowitt) 等であった。
- (9) 13 Dec. 1945, CAB 129/5. ベバンが立法を急いだ理由は、国民保険法の制定と歩調を合わせたかったこと、EHS によって達成された病院サービスの形態を維持することを望んだこと、復員してくる医師に彼らの将来の展望を与えるためであった。
- (10) Pater, op. cit., pp115. 財源の割合についての試算も一緒に提出した。それによると国庫負担が全体の71%、国民保険からの拠出金が24%、地方税が5%である。
- (11) 20 Dec. 1945, CAB 128/2. Pater, op. cit., pp115-116. 12月20日の閣議は必ずしも好意的ではなく、特に大蔵大臣のダルトンは地方自治体支出の再調査を依頼し、財政面での提案を受け入れなかった。
- (12) 3 Jan. 1945, CAB 129/6.
- (13) Pater, op. cit., pp118-119. 詳細を項目に委ねるのは、柔軟性を持たせ容易に変更できるようにするため、主たる論点に集中して議論するため、最後に時間の節約のためである。
- (14) 8 March 1945, CAB 128/5.

第3項 圧力団体の対応

法案が内閣で承認された後、その要点をまとめた文書が多くの利害関係者へ送られた⁽¹⁾。その内容は、先のホワイトペーパーが提案した制度に近いもので⁽²⁾、BMA からの反対が予想された。というのも、BMA はこれに先行して、譲ることのできない「職業上の原則」として7項目を発表しており⁽³⁾、それらのうち5つはベバンの構想と一致していたが、2点はその従来の立場を堅持したものであったからである。すなわち(1)「……フルタイム俸給制の公務員となるような専門職へと、直接にせよ間接にせよ導くあらゆるサービスに反対する。」⁽⁴⁾(2)「医師は保健省や他の指示を受けずに診療の形態と場所を自由に選択することができる」⁽⁵⁾であり、法案の主要な規定と反するものであった。この原則を掲げて、1946年1月から医師会はベバンとの交渉を求めた⁽⁶⁾。ベバンは意見を聞いたが、交渉には決して応じなかった⁽⁷⁾⁽⁸⁾。

慈善病院は当初は激しく抵抗したが⁽⁹⁾、その指導者たちが法案の原則を受け入れたので⁽¹⁰⁾、政府としては非常に扱いやすかったといわれている⁽¹¹⁾。彼らが法案支持に回った理由は、主に、病院内に私費ベッドが認められ

たこと、俸給と年金によって不安定な収入から解放されるということ⁽¹²⁾、などであった。地方当局も好意的ではなかったが⁽¹³⁾、その影響はほとんど考慮する必要のないものであった⁽¹⁴⁾。

- (1) 最初に文書を送った先はイギリス労働組合会議 (Trade Union Conference, TUC) であった。NHS (46) 2, 8 Jan. 1946, MH80/30.
- (2) 本節第5項参照。
- (3) Seven Principals, 15 Dec. 1945, BMJ II, 833
- (4) 本節第4項法案の概要, [46] 参照。
- (5) 同上, [49] [50] 参照。
- (6) BMA との会談は1月10日から始まった。NHS(46)3, 10 Jan. 1946, MH80/30.
- (7) Pater, op. cit., pp117. 本節第6項参照。
- (8) この他にペバンと医師会との間で問題となったのは、開業権の売買を禁止するか否かということであった。ホワイトペーパーでは、この問題は棚上げされていた。ペバンは診療所の売買あるいは医師の配分を無秩序にしておいては効率的なサービスを確保できないと考えた。Honigsbaum, op. cit., pp91.
- (9) Webster, op. cit., pp90. NHS(46) 6 & 23, 21 Jan. 1946 and 11 Feb. 1946, MH80/30. 特に強い抵抗を示したのは、イギリス病院協会 (British Hospital Association) であった。
- (10) NHS(46)19, 5 Feb. 1946, MH 80/30. 慈善病院の指導的立場のキングスファンドとの会談。彼らは、ペバンの提案を指示した。本章第2節第1項参照。
- (11) Webster, op. cit., pp91.
- (12) この他に、顧問医に対し報奨金 merit award が与えられるようになったことも彼らの支持を取り付けるのに役だったといわれている。池上前掲書 pp107-109。
- (13) Webster, op. cit., pp92.
- (14) Pater, op. cit., pp 118.

第4項 法案の概要

上述の政府内外での議論を生じさせた NHS 法案の概要を紹介する。法案の原文を入手できなかったため、要旨に拠った⁽¹⁾。この要旨の構成は「序」、病院及び専門医サービス、一般医サービス、地方自治体サービス及び一般的管理及び財政規定からなる。従来議論で問題となった諸点に絞って紹介する⁽²⁾。番号はコマンドペーパーのパラグラフに対応している。

* 序

- 1 本法案はイングランドとウェールズに包括的保健サービスの確立をもたらすものである。
- 2 本法案はサービスにかかわるすべてを詳細に取り扱うものではない。それは主要な骨組みをだけ取り上げている。それ以上の規定は本法案が定め、議会のコントロールに常に服する方向に沿った規則に委ねられる。

サービスの範囲

- 3 本法案は以下の種類の保健サービスを規定する。
 - (1) 病院及び専門医サービス：以下略
 - (2) 保健センター及び一般医サービス：以下略
 - (3) 種々の補足的サービス：以下略
 - (4) 眼鏡、義歯及び他の補装具の提供：以下略

サービスの利用

- 4 あらゆるサービスをすべての人が利用できる。本法案はその利用にあたりいかなる制限も課さない。
 - 5 保険法案が議会で可決されたならすべての人は強制保険に加入することになり、拠出金の支払いは保険法案が提供する多種の現金給付の受給資格を付与する。
- 中略。しかし本法案の下での様々な保健サービス給付は保険資格あるいは拠出金の支払い証明を条件としない。以下略。

6 略

無料サービス

- 7 保健サービスは国庫、地方税、国民保険拠出から財源を得る。以下の例外を除いて患者に費用負担はない。以下略。

サービスの一般的組織

- 8 本法案は……包括的保健サービスを促進するために保健大臣に一般的義務を課す。以下略。
- 9 本法案は大臣が彼の責任を以下の3つの機構を通して果たすことを提案する。
 - (a) 大臣が直接責任を負いながら、サービスの管理を委任する新しい地方団体(regional and local bodies)を設立する。これらは専門家と当該地方に精通した人から構成される。
 - (b) 地方自治体の機能として組織されるサービス(在宅サービスなど)の直接的な責任は地方自治体、つまり州と特別市議会に置かれる。
 - (c) 保健センター内外の一般医サービスのために、新しい地方組織、執行委員会(Executive Council (EC))を設置する。その半数は地方自治体と大臣が任命し、残り半数は当該地方の一般医によって任命される。
- 10 大臣は諮問機関として中央保健サービス委員会(Central Health Services Council (CHSC))を設ける。
- 11 略。

* 病院及び専門医サービス

- 12 略。
- 13 大臣が一般的義務を負うが、その管理権限を地方病院委員会(Regional Hospital Boards(RHB))、教育病院の理事会(Boards of Governors (BG))へ委任することができる。
- 14 慈善病院と公立病院の既存の不動産と設備は、本法案の下で大臣へ譲渡される。以下略。
- 15 慈善教育病院の基本財産は、大臣ではなく新しい理事会へ受け継がれる。
- 16 他の慈善病院の基本財産は大臣が管理する新しい病院基本財産基金(Hospital Endowment Fund)へ移される。
- 17 略。
- 18 略。

病院管理

- 19 大臣は病院管理を地方病院委員会(Regional Hospital Boards(RHB))へ委任することになる。以下略。
- 20 その委員会のメンバーは大臣が任命するが、それに際しては医師及び医学学校、地方保健当局、慈善病院での経験のある者に諮問しなければならない。以下略。
- 21 各委員会は病院運営委員会(Hospital Management Committee(MHC))を任命しなければならない。その任命にあたり RHB は地方当局、EC、病院関係者、及び慈善病院での経験のあるものに諮問しなければならない。
- 22 略。
- 23 略。
- 24 RHB と HMC はそれぞれの領域において独立と自治を享受する。

教育病院

- 25~28 略。

医学歯学学校

- 29~30 略。

病院職員

- 31 あらゆる病院職員は RHB あるいは BG に雇用される。サービスに参加する専門医はフルタイムであろうとパートタイムであろうと病院職員となる。パートタイムでの参加は専門医がサービスの外で私費診療することを妨げない。
- 32 略。
- 33 RHB と BG は病院に雇用される職員の雇用条件を定める。しかし、大臣はサービス(に携わる者)の資格、条件及び病院職員のあらゆる階層の報酬を規定する規則を作る権限を有する。以下略。

「私費」ベッド

34～35 略。

他の中央管理サービス

36～39 略。

*一般医サービス

40 略。

41 一般医サービスを管理するために各州と特別市ごとに執行委員会(Executive Council(EC))を設ける。以下略。

*保健センター

42 一般医サービスの主たる特徴は、保健センターの発展にある。公費で設備と人員が備えられたセンターの目的は、種々の保健サービスを住民に提供することである。(中略)

43 本法案はセンターの設立、維持の責任を州と特別市議会に置く。しかし、医師は EC とのみ契約を締結して、そのセンターを利用する。以下略。

*家庭医サービス

44 すべての医師はこの制度が始まったときすでに活動している地域において、新しい組織に参加する資格を与えられている。サービスに参加することは医師が私費診療をすることを妨げない。人々は医師の承認を条件に、自由に医師を選択できる。

45 サービスに参加する医師はすべて EC と契約を結ぶ。以下略。

46 本法案自体はサービスに参加する医師の細かい条件あるいは報酬を定めていない。これらは規則に委ねられ、必要な規則は医師の代表者との協議で作られる。しかし、その報酬は固定した一部俸給と人頭割り報酬の組合せの形をとるべきである。後者は患者数に応じて変化する。前者も医師の経験、特定の地域での診療状況に応じて変化する。またサービスに参加する医師のために、拠出制年金制度を創設することが意図されている。

47 略。

48 略。

*医療配置

49 医師不足の解消のため、そのような地域へ赴く医師には報酬を加算する。加えて、開業委員会(Medical Practice Committee(MPC))と呼ばれる組織を設ける。これはサービス内における古い診療所の承継、あるいは新規開業を調整する。

50 ……新しい地域で開業する場合、医師は MPC の承認を得なければならない。以下略。

51 略。

*開業権の売買と保障

52 診療所の承継、開業は上記のように管理されている。したがって、開業権の売買は望ましいものでなくなる。本法案は今後、将来の開業権の売買の禁止し、その結果、損失を被るものには補償を用意する。

53～55 略。

*一般医サービスの項目(薬剤、歯科サービスなど)

56～72 略。

*地方自治体サービス

ここでは提供されるサービスが列挙され、それぞれ説明がなされている。

73～91 略。

*一般的管理及び財政規定

管理組織についてはそれぞれのサービスで言及。財源は租税、地方税、社会保険からの拠出金。

- (1) National Health Service Bill, Summary of the proposed new service, (1946) Cmd 6761, HMSO
 (2) 訳は必ずしも全訳ではない。

第5項 法案の特徴

以上が法案の概要である。全体の構成は、NHSの一般原則、管理体系、NHSの3番柱となる病院サービス、一般医サービス、地方保健当局によるサービス、そして最後に財政及び事務管理、についての規定となっている。ホワイトペーパーと比較すると、まず保健サービスの責任の所在が異なる。ホワイトペーパーが責任を地方自治体に置いたのに対し、法案は中央、つまり大臣にそれを課している。保健サービスの管理において支配的であった地方分権指向が法案によって逆転した⁽¹⁾。最も顕著な相違は、病院管理部門に見られる。すなわち、ホワイトペーパーは地方自治体の連合体による管理を提案し、慈善病院の独立を保持したけれども、法案はあらゆる病院の国有化を提案した⁽²⁾。

一方、ホワイトペーパーを引き継いだのが一般医分野である。つまり、一般医は診療にあたり国家の管理下に入るのではなく契約当事者としてサービスに参加するというスタイルを採用し、その国家側の契約者はホワイトペーパーのときはCMBで、本法案の場合は執行委員会ECである。また報酬方式に関しては、法案がより医師側に譲歩した形になっている⁽³⁾。つまり、ホワイトペーパーは保健センター内での医師には俸給制を勧告しているが、法案の場合は、どこで診療を行なおうと俸給制と人頭割りの組合せになっているからである。

患者の費用負担は、法案もホワイトペーパーも無料を原則とした。財源に関してホワイトペーパーが結論を留保していたのに対し、法案は主たる財源を国庫に求め、その他を国民保険への拠出金からと地方税で賄うことにしている。

本法案は一面では1943年の労働党レポートに忠実で革新的であるが⁽⁴⁾、他面、医師等の協力が得られやすいよう妥協的な性質を帯びたものとなった⁽⁵⁾。以下ではこの法案が議会でどう議論され、あるいは修正を求められたのかを検討する。

- (1) 労働党は元来、地方分権化を党の政策として採用してきたこと、保健省はその創設以来（1919年）、機能のほとんどを地方自治体へ委任して活動させてきたことをあわせ考えると、法案の管理機構もまたラジカルな体制といえる。Webster, op. cit., pp85.
 (2) ホワイトペーパーについては第3章第2節第2項、法案は本節第4項参照。
 (3) 報酬に関しては、連立政権時代からスペンス委員会が設置され、入念に検討されていた。この委員会は主として報酬「額」の試算を行っていた。Pater, op. cit., pp94.
 (4) 特に、病院国有化、開業権の売買の禁止など。
 (5) ベバンの法案は、労働党支持者、すなわち社会主義医療協会 Socialist Medical Association からはフルタイムの俸給制を放棄したとして非難されていた。

第2節 下院での審議

本節では下院での法案審議を検討する。第2読会、委員会段階、第3読会と経ていくわけだが、これに先行して行なわれた上院での議論を最初に取り上げる。審議の内容は従来、NHSにおいて問題となった諸点を中心に検討することにする。

第1項 上院での議論

NHS法案の公の議論は、下院に先んじて上院で1946年4月16日に行なわれた⁽¹⁾。この時の議論において指導的立場にたった者は、ともに王立内科学会の有力者であるモランとホーダーであった⁽²⁾。また、他の発言者も慈善病院、BMAなど医師を代表する議員達であった⁽³⁾⁽⁴⁾。ここでの議論は下院の第2読会の下地となり⁽⁵⁾、のちの上院での正式な法案審議の際のリハーサルともなっている⁽⁶⁾。

ここで問題となったのは、主に病院の国有化⁽⁷⁾、すなわち、国家による慈善病院と公立病院の接収及び医師の処遇に関わることであった。

モランの動議で始まった議論は⁽⁸⁾、まず、国有化の成否について、2分された。モランは賛成派で⁽⁹⁾、慈善病院側の多くもベバンの提案を支持した⁽¹⁰⁾。彼らは病院改革の必要性を認識し、財政的な安定と地方自治体からの管理を避けるためには国有化は止むを得ないと考えていた。ホーダーを中心とする反対派は⁽¹¹⁾、国有化は不要で、国庫からの交付金を通して行われる管理で十分であり、慈善的なサービスの存続の必要性を訴えた⁽¹²⁾。

一般医サービスについては、ベバンの提案したフルタイム俸給制には、モランを含めてほとんど批判的であった⁽¹³⁾。この上院での議論はモランがその動議を撤回することで一旦終了した。

(1) HL debates, vol 140, 16 April 1946. col 822-866

(2) かつての指導者であったドーソン卿はこの1年前に死去していた。Pater, op. cit., pp124

(3) 慈善病院を代表するものはチャリングクロス病院のアンマン Lord Inman, キングスファンド病院の The Earl of Donoughmore など。

(4) BMA を代表するものはルーク Lord Luke (ibid., col 848-852)。

(5) Pater, op. cit., pp135

(6) Webster, op. cit., pp100

(7) HL debates, op. cit., col 229. 「国有化」構想はベバンによって初めてもたらされた。ウィリンクは、当時の保健省内においては誰も、国有化を考えていなかったと述べている。

(8) ibid., col 822-832.

(9) 病院改革には賛成するが、HMC への参加資格を確保できること、HMC への広範な権限の委任を要求した。

(10) HL, op. cit., col 832-836. ibid., col 832-839.

(11) ibid., col 852-854. ホーダーは上院での議論は時期尚早であると述べ、キングスファンド病院基金、イギリス病院協会 British Hospital Association 及び BMA の主張を引用して法案を批判した。

(12) ibid., col 848-852. たとえば(7)のルークは、病院が地方に与える利益を考慮して、既存の組織に取って代るベバンの提案に反対した。

(13) ibid., col 830.

第2項 第2読会 (the second reading)

第2読会は1946年4月30日、5月1日、5月2日の3日間行なわれた⁽¹⁾。ここでは法案の一般原則が討議されることになっている。それに先立って、ベバンは NHS が必要とされる理由、そのために選んだ手段を詳細に説明した⁽²⁾。審議における政府代表者は、保健大臣ベバンと事務次官のチャールズ・キー (Parliamentary Secretary, Ministry of Health, C W Key)、野党保守党側は、前保健大臣のウィリンクと⁽³⁾、リチャード・ロウ (Richard Law) であった⁽⁴⁾。野党の主たる攻撃は、慈善病院の国有化⁽⁵⁾、MPC による医師の配分、医師の報酬方式⁽⁶⁾、地方自治体からの権限の移転⁽⁷⁾、などであった。さらに労働党側からの批判も相次いだ⁽⁸⁾。野党側は、前者4つの政策は医師に一特に一般医—フルタイムタイム俸給制を導入するためのステップとなるとみなしていたので強固に反対した。

ベバンは医師等に対しフルタイム俸給制についてのみ譲歩して、それ以外の点では政府側は一切譲歩を申し出なかった⁽⁹⁾。野党保守党は、若い医師への資金援助となる一部俸給制を除いて、それ以外の医師にはすべて人頭割り報酬を採用するよう提案した。最終的には、法案は172対359で可決され、第2読会を通過した⁽¹⁰⁾。

(1) HC debates, vol 422, 30 April 1946. col 43-149. 1 May 1946. col 200-313. 2 May 1946. col 356-448.

(2) ibid., col 43-47.

(3) ibid., col 222-242.

(4) ibid., col 64-76.

(5) ibid., col 224-235.

(6) ibid., col 63-81, 30 April 1946. col 397-407, 2 May 1946.

(7) ibid., col 136-145, 30 April 1946. col 260-266, 1 May 1946.

(8) ibid., col 274-279. 労働党内からは、ベバンが法案のなかでフルタイム俸給制を採用しなかったこと、パートタイム私費診療を認めたことに対し批判的意見があった。

(9) HC, op. cit., col 392. フルタイム俸給制を導入するには医師側の準備が整っていないと考えていた。

(10) ibid., col 407-412, 2 May 1946.

第3項 委員会段階⁽¹⁾ (Standing Committee)

委員会へは、第2読会の終了した5月3日に付託されたが⁽²⁾、実質的な審議は5月14日から始まり7月3日ま

で続いた。委員会は議長と下院議員50名で構成され、ここでは逐条審議が行なわれた⁽³⁾。ほとんどの修正案は政府側からでたもので、テクニカルなものが多かった。その中で、保守党は病院国有化など第2読会で否決された、その修正案を再度提案したが⁽⁴⁾、再度すべて否決された。唯一成功した修正案は、審判所(Tribunal)の判断に対するの不服申立てを大臣ではなく、高等法院に認めたという点であった⁽⁵⁾。委員会での審議は用語上の訂正、加筆など、ほぼ政府側による修正と⁽⁶⁾、野党側の修正が1点加えられただけで、法案の原則的なスタイルは変更される事無く、下院で7月22・23日に報告され、第3読会へ回された⁽⁷⁾⁽⁸⁾。

(1) HC, *ibid.*, col 413. チャーチルは委員会審議を全員審議にするよう提案したが、180対344で否決された。

(2) Minutes of Proceedings on the National Health Service Bill, (1946) HMSO

(3) 議長は Mr. Bowles, メンバーの中にはベバン, キー, ロウ, ウイリンクなどが含まれていた。

(4) *ibid.*, 例えば, 国有化は5月15日, HMCの権限強化は6月4日, 医師の配分, 開業権の売買は6月19, 20日に, それぞれ修正案が提出されている。

(5) Minutes of Proceedings, *ibid.*, 26 June. しかし, これは報告段階で覆された。HC debates, vol 425, 23 July 1946. col 1980-2005. その理由は, 高等法院への申し立てを医師に認めたなら, その当時, 国有化されている, あるいはその準備中の他の産業(本章第1節第1項注(10)参照)にも認めざるをえない。それは「社会化されたサービスの裁判によるサボタージュ」を招くと懸念されていた。Honigsbaum, *op. cit.*, pp108.

(6) 委員会で修正された法案は, 6, 11, 16, 21, 38, 39, 48, 54条である。これを, 再度下院で検討することになる。

(7) HC, *ibid.*, 22 July 1946. col 1689-1843. 23 July 1946. col 1885-2013.

(8) 委員会で修正された条文の検討の後, さらに下院の報告段階で, 逐条審議が行なわれる。

第4項 第3読会 (the third reading)

第3読会は7月26日に行なわれた⁽¹⁾。ここではNHS法案反対派はよく練られた議論を展開し、あくまで法案を退けることを企図していた⁽²⁾。例えば、ウィリンクは5つの反対理由を列挙して議論を展開した⁽³⁾。その理由とは、本法案は(1)自発的な努力を挫き、(2)地方自治体から保健分野における権限を奪い、(3)保健大臣の権限を必要以上に増大させ、(4)慈善病院への寄付者の意向に反してその寄付金を流用し、(5)医師の自由と独立を徐々に弱める、というものであった。しかし、第3読会においても261対113でNHS法案は可決し、上院での審議に委ねられることになった。

(1) HC debates, vol 426, 26 July 1946. col 392-476.

(2) 主な反対論者は、エクル (David Eccles, *ibid.*, col 413-420), アモリー (Heathco at Amory, *ibid.*, col 432-434), メザー (Fred Messer, *ibid.*, col 426-432) 等である。

(3) *ibid.*, col 453-462.

第5項 BMA (医師会) の対応

下院での審議と平行して、議会の外では医師会によるNHS法案の検討が、活発に行なわれていた⁽¹⁾。5月の特別代表者会議⁽²⁾、7月の年次代表者会議では⁽³⁾、下院で討議されたのとはほぼ同様の、法案に反対する提案がだされ、あくまで反対の立場を崩さなかった。しかし、ここで明らかになったことはBMA内部の意見の分裂である⁽⁴⁾。4月16日のモランの動議でも明らかになったように王立学会に属する顧問医等は国有化を支持するようになっていた⁽⁵⁾。しかし、一般医にとってNHS法案は、診療を行なう地域⁽⁶⁾、報酬方式⁽⁷⁾、開業権の売買⁽⁸⁾、さらにはNHSからの医師の雇用条件等に関する決定権の排除まで⁽⁹⁾、大臣の支配下におかれることを意味するものであり、受け入れ難いものであった。

(1) Pater, *op. cit.*, pp122-123.

(2) BMA and NHS Bill: Special Representative Meeting, BMJ, vol 1, no 4453. 11 May 1946. pp119-135.

(3) The representative and the bill. BMJ, vol 2, no.4465. 3 August 1946. pp163-164.

(4) Pater, *op. cit.*, pp 130. BMAは慈善病院及び王立諸学会の顧問医と一般医で構成されていた。

(5) 本節第1項参照。

(6) 本章第1節第3項 法案の概要 [49] [51] 参照。

(7) 同上 [45] 参照。

(8) 同上 [52] 参照。

(9) 同上 [33] 参照。

第3節 上院での審議

第1項 第2読会

上院での第2読会は10月8・9日に行なわれた⁽¹⁾。ここでの政府の代表者は大蔵大臣ジョウウィット (Sir William Jowitt) である。上院ではホーダーを中心に法案反対者が多数を占めていた。それで、一般原則の審議において、ジョウウィットは法案が必ずしも反対派が考えている結果をもたらさないことを説明した⁽²⁾。つまり、大臣の権限は議会の同意を必要とする規則を通して初めて行使されること、などである。反対派の主張する内容は下院で述べられた内容と、ほぼ同じことの繰り返しであった⁽³⁾。これらの反対に、ジョウウィットが対応し、政府の意向を説明した。賛成の立場をとる議員のなかに⁽⁴⁾、ベヴァリジがいた⁽⁵⁾。彼は、NHS 法案によって「本当の保健省」すなわち、国民の敵である病気を攻撃する義務と権限をもった国家当局が作られると述べた。上院での第2読会はジョウウィットの長い説明で終わり、法案は通過した。

(1) HL debates, vol 143, 8 Oct. 1946. col 1-64. 9 Oct. 1946. col 69-138.

(2) *ibid.*, col 1-13.

(3) 法案反対の他の議員はマンスター伯爵 The Earl of Munster (*ibid.*, col 13-24) など。

(4) 全面的ではないにせよ法案を支持した議員は、モラン Lord Moran (*ibid.*, col 35-45), Lord, ルーク Luke (*ibid.*, col 102-8), など。

(5) *ibid.*, col 89-96.

第2項 委員会段階

上院の場合、委員会は全員委員会となり、10月17・21・22・23日の4日間にわたって逐条審議が行なわれた⁽¹⁾。上院での委員会審議は、下院に比べると非常に多くの修正案が出された。ジョウウィットは反対者が多くを占める上院での法案審議を円滑に進めるために、原則は譲歩しないけれども小さな論点については修正に応じるという態度をとった⁽²⁾。従って、その修正案の再審議のため上院での第3読会を経た後、再び下院で検討されることとなった。

修正案の提出において中心となったのはルエリン (Llewellyn), アディントン (Addington), 等であった⁽³⁾。修正は、従来、下院及び BMA において反対派が主張してきた諸点に関わる内容で、逐条ごとに行なわれ、多岐にかつ詳細にわたっている。すなわち、その修正案は用語上のものから、俸給による報酬の断念⁽⁴⁾、地方自治体の保健分野における復権⁽⁵⁾、慈善病院の基本財産の保持⁽⁶⁾、HMC の権限の強化⁽⁷⁾、等に及んだ。

(1) HL debates, vol 143, 17 Oct. 1946. col 346-394./21 Oct. col 396-484./22 Oct. col 486-568./23 Oct. col 590-668.

(2) Webster, *op. cit.*, pp100.

(3) Pater, *op. cit.*, pp135. Webster, *op. cit.*, pp101.

(4) HL *op. cit.*, col 510-522.

(5) *ibid.*, col 450-484.

(6) *ibid.*, col 367-394.

(7) *ibid.*, col 400-407.

第3項 報告段階

10月28日に修正案の報告が行なわれた⁽¹⁾。上述以外の修正案のうち、主たるものを列挙すると、5条の私費患者の施設⁽²⁾、7条の慈善病院の基本財産⁽³⁾、12条の HMC と RHB の機能⁽⁴⁾、13条の HMC と RHB の法的地位⁽⁵⁾、19条の地方保健当局⁽⁶⁾、33条の一般医サービスの編成⁽⁷⁾、34条の医師の配分⁽⁸⁾、35条の開業権の売買⁽⁹⁾、42条の医師の資格剥脱⁽¹⁰⁾、である。

(1) HL debates, vol 143, 28 Oct. 1946. col 747-806.

(2) *ibid.*, col 747-749.

(3) *ibid.*, col 749-756.

(4) *ibid.*, col 756-760.

(5) *ibid.*, col 756-763.

- (6) *ibid.*, col 764-769.
- (7) *ibid.*, col 771-773.
- (8) *ibid.*, col 773
- (9) *ibid.*, col 774-785.
- (10) *ibid.*, col 796-799.

第4項 第3読会 (the third reading)

修正案の報告を受けて、10月31日に第3読会が開かれた⁽¹⁾。ジョウイットが聴覚障害へのサービスを、法案へ取り込めないことを謝罪するところから始まった⁽²⁾。ここでは修正案が確認され、各議員たちがそれぞれの修正の趣旨を論じている。

それに続いて、第2読会のときと同様に、ジョウイットは、法案は決してフルタイム俸給制を意図していないこと、保健サービスにおいて慈善サービスが排除されないこと等を訴えた⁽³⁾。ジョウイットの発言に続いて、ルエリン等は各自が提案した修正案の意図を説明した⁽⁴⁾。修正案は上院を通過し、再び下院での審議に回された。

- (1) *HL debates*, vol 143, 31 Oct. 1946. col 924-952.
- (2) *ibid.*, col 924-930.
- (3) *ibid.*, col 928-930
- (4) *ibid.*, col 930-937.

第5項 下院における再審議

上院での修正案を受けて11月4日に、下院における検討が行なわれた⁽¹⁾。2点を除いて、上院の修正案はすべて下院で可決された。否決された2点とは、ひとつは19条の地方保健当局⁽²⁾、もうひとつは33条の一般医の報酬に対する修正案である⁽³⁾。前者は政務次官キイーから、後者は保健大臣ベバンからの動議であった。

19条の地方保健当局の規定における修正案とは、ロンドン州議会(London County Council)から首都自治区(metropolitan borough)へ機能を移転するという内容であった⁽⁴⁾。これは妊産婦へのサービス、母子福祉の責任をLCCが負うか、あるいはそれを各首都自治区へ移転させるかという問題である。キイー、ベバン等は、NHS法案23条がそれらの責任はLCCにあると規定していること及び統一されたサービスの必要性を強調して、それらの責任はLCCにあると主張した⁽⁵⁾。一方、ロウを中心とする修正案支持派は、妊産婦サービスや児童福祉のような人的なサービスは、最も身近な自治体が携わることが望ましいことや、数百万の住民を抱えるLCCが効率的な管理、運営を行なうことは不可能であることなどを述べて、首都自治区へ責任を移転するのが望ましいと主張した⁽⁶⁾。この修正案は、296対134で否決された。

一般医の報酬についての修正案は、「この法の下で、一般医療サービスを提供する一般医の報酬は、開業医委員会の勧告に基づいて大臣が、例外的な状況が異なる基準による報酬を必要とすると考慮する場合を除いて、人頭割り報酬によって決められる」⁽⁷⁾という一文を33条の最後に挿入するというものであった。一般医の人頭割り報酬を支持する議員は、国家による医師への俸給を断固として拒否するという姿勢を崩さず、それを守るために、上記のような明文の規定を求めたのであった。これに対しベバン等は基本給を報酬の一部に含めることは、医師の財政的安定、患者獲得をめぐる競争などからの解放を意味すること、さらに、医師の報酬方法を制定法で規定するのは事情変更に対応できず不適当であると、反論した⁽⁸⁾。この修正案も、最終的には303対128で否決された。

11月6日に上院では、否決された修正案の検討が行なわれ、いずれに対しても固執しないという結論に達した⁽⁹⁾。そして同日、国王の裁可 Royal Assent を受けてついに NHS 法が成立した⁽¹⁰⁾。

- (1) *HC debates*, vol 428, 4 Nov. 1946. col 1067-1167.
- (2) *ibid.*, col 1080-1121.
- (3) *ibid.*, col 1122-1158.
- (4) イギリス地方自治体組織については伊藤勲訳・SG リチャーズ『現代イギリス政治』(敬文堂, 1979年)。LCCの下に首都自治区が設けられている。
- (5) *HC*, *op. cit.*, col 1083.

- (6) *ibid.*, 1117-8.
- (7) *HL debates*, vol 143, col 771-3.
- (8) *HC debates*, vol 428, col 1122-1125.
- (9) *HL debates*, vol 143, 6 Nov. 1946. col 998-1011.
- (10) *ibid.*, col 1067.

第6項 立法過程における特徴

NHS 法成立の過程において4点の特徴がみられる。第1は NHS 法の構想は1920年のドーソンレポートにまで遡る古いもので⁽¹⁾、労働党あるいはその直前の連立内閣のオリジナルな発想ではないということである。第2は、構想自体は古いものであっても病院国有化という劇的な変化は、労働党政権、とりわけ保健大臣としてペバンが登場しなければ成立しなかったかもしれないということを考えると、政権の交替が NHS 法の成立に大きく寄与しているということである⁽²⁾。

第3はペバンの BMA をはじめとする圧力団体との交渉態度である。ペバンは彼らから意見を聞くことはあっても決して交渉に応じることはなく、それは彼自身の「議会が最初に彼の意見を聞くべきである」⁽³⁾、という信念から発していた。それで、議会での審議が始まってから、政府と圧力団体との交渉がもたれるというスタイルがとられた⁽⁴⁾。

ペバンの前任者と比べて、この姿勢は大きく異なっている。ブラウン、ウイリンクは共に、内部で非公開のうちに議論を行ない、一般に公表する前に、諸計画には修正が施されていた。このことは、公表された諸計画は既に関係者との妥協の産物になっていることを意味する⁽⁵⁾。ペバンは、その提案を法案の形で最初から公表したので⁽⁶⁾、いかなる修正も公の場で行なわれた。また、前者の場合、最終的な計画は、関係者それぞれに受け入れられるよう配慮したものなので、複雑さを避けられない。しかし、いったん、公表されたなら、合意が得られているので、その後の法案可決への過程はスムーズに進むことが予想される。ペバンのとった方法は、実行可能な政策を確保できるであろうが、NHS 法の立法過程において見られた長く、激しい議論という代償を支払わなければならない⁽⁷⁾。

第4は、前述したように、議会審議を円滑に運ぶため小さな譲歩には積極的に応じ、NHS 法の原則的な部分には一切妥協しなかったということである⁽⁸⁾。

NHS 法の立法過程を通して、本稿の問題関心である、医療保障において、なぜ社会保険ではなく、国営医療サービスを選んだかという問いに対する解答がいくらか見えてくる。すなわち、イギリスにおける2つの病院制度の併存がもたらす弊害を是正、改革するには両者を統一する必要がある⁽⁹⁾、しかし、それらはどちらも他方を吸収する余裕がなく⁽¹⁰⁾、それは国家の役割とならざるをえなかったということである。国有化によって初めてベヴァリジが主張した「包括的サービス」を全国民に提供することが、可能になると言う発想が、ペバンの考えにあったのではないと思われる。さらに、国有化された病院をどのように運営するかにあたり、過去の社会保険の経験から⁽¹¹⁾、ペバン及び保健省は、保険では「包括的なサービス」を確保することは困難であると結論付けるに至ったと考えられる。

- (1) 第1章第4節第1項参照。
- (2) *HC debates*, vol 422, col 229, 1 May 1946. ウイリンクは、彼が保健大臣であったときには、省内の誰も「国有化」という提案を示さなかった、と述べている。
- (3) Pater, *op. cit.*, pp131.
- (4) 交渉には応じなかったけれども、意見を聞くことには熱心であった。Webster, *op. cit.*, pp93
- (5) 第3章参照。
- (6) 法案の概略などを、公表前に関係者に伝えてはいたが、それは最終的な形ではなく、また、そのような場合でも意見を聞くにとどまった。
- (7) Pater, *op. cit.*, pp184.
- (8) 本節第2項参照。
- (9) ホワイトペーパー (Cmd 6502) の付則A参照。
- (10) Honigsbaum, *op. cit.*, pp 172-183.
- (11) 第1章第2, 3節参照。

第5章 1946年 NHS 法の成立と施行

本章では NHS 法の概要を説明し、それに続いて NHS 法の大綱と意義を検討する。また、法律となってから実際に施行されるまでのおよそ20ヵ月の間に、保健大臣と BMA の間で交わされた再交渉を概観し、それがどのような結果を招いたのかについても言及することとする。

第1節 1946年 NHS 法の全体像

条文の概説に入る前に、NHS 法の条文の項目を以下に示す。本法は 6 部構成で、80条からなり、付則が10条付いている。

第1部 中央管理

第1条 大臣の義務

第2条 中央保健サービス審議会と常任諮問委員会

第2部 病院および専門医サービス

大臣によるサービスの提供

第3条 病院と専門医サービスの提供

第4条 部分的な支払いで利用できる施設

第5条 私費患者のための施設

大臣への病院の移転

第6条 大臣への病院の移転

第7条 慈善病院の基本財産

第8条 医学および歯学学校の例外

第9条 病院所有権と債務の移転に関する補足規定

第10条 病院設備を購入する権限

病院及び専門医サービスの地方管理

第11条 地方病院局、病院運営委員会および教育病院の理事会

第12条 地方局と運営委員会の機能

第13条 地方局と運営委員会の法的地位

第14条 サービスの条件と管理による任命

第15条 ロンドンの医学校

大臣によって提供される補助的なサービス

第16条 研究

第17条 細菌学サービス

第18条 輸血および他のサービス

第3部 地方保健当局によって提供される保健サービス

第19条 地方保健当局

第20条 地方保健当局によるサービスの提供に関する諸提案

第21条 保健センター

第22条 母子介護

第23条 助産

第24条 訪問保健婦

第25条 在宅看護

第26条 予防接種

- 第27条 救急車サービス
- 第28条 病気の予防, 介護およびアフターケア
- 第29条 家事補助
- 第30条 第3部のための「指定日」

第4部 一般的医療および歯科サービス, 薬剤師サービスおよび補助的眼科サービス管理

- 第31条 執行委員会
- 第32条 地方代表委員会

一般的医療サービス

- 第33条 一般的医療サービスの編成
- 第34条 サービスを提供する一般医の配分
- 第35条 開業権の売買の禁止
- 第36条 開業権を売る権利の喪失に対する補償
- 第37条 「指定日」以前に死亡および引退した医師

薬剤師サービス, 一般歯科サービスおよび補助的眼科サービス

- 第38条 薬剤サービスの編成
- 第39条 薬剤サービスを提供する資格のあるもの
- 第40条 一般歯科サービスの編成
- 第41条 補助的眼科サービス

補足規定

- 第42条 一般医の資格剥脱
- 第43条 サービスが不適切な場合の大臣の権限
- 第44条 特定器具および歯科治療の費用の徴収
- 第45条 特定の場合における一般医の選択権の行使
- 第46条 一般医による保健センターの利用についての協定
- 第47条 紛争の裁定
- 第48条 サービスを提供する人の方針に関する規定

第5部 精神衛生サービスに関する特別規定

- 第49条 管理局の機能の大臣への移転
- 第50条 精神異常および精神治療法の廃止および修正, および精神薄弱法
- 第51条 精神異常および精神治療法と精神薄弱法の下での大臣による義務の履行に関する諸提案

第6部 通則

財務規定

- 第52条 大臣の支出と収入
- 第53条 地方保健当局への交付金
- 第54条 地方病院局, 理事会, 執行委員会および他の団体への支払い
- 第55条 特別市, 地方病院局, 理事会および執行委員会の会計
- 第56条 病院基本財産基金の会計と監査

管理規定

- 第57条 大臣による債務不履行の宣言
- 第58条 不動産の取得
- 第59条 地方病院局, 理事会および病院運営委員会の贈与を受け取る権限
- 第60条 地方病院局と理事会へ支払いをする受託者の権限
- 第61条 特定宗派の病院の維持
- 第62条 特殊学校の提供

- 第63条 他の当局による地方保健当局の不動産および設備の利用
- 第64条 地方保健当局による物品の供給
- 第65条 職員のための住宅施設の提供
- 第66条 役人のサービスの資格、報酬および条件
- 第67条 役人の年金
- 第68条 役人の移動と補償
- 第69条 機能の移転に関する必然的な規定
- 第70条 調査
- 第71条 費用の徴収
- 第72条 ある団体の会員および役人の保護
- 第73条 法のために必要とされる、ある資料について印紙税の免除
- 第74条 管理上の種々の問題
- 第75条 規則と命令

補足規定

- 第76条 必然的な修正と法律の条項の破棄
- 第77条 地方の法律と特権の修正と廃止
- 第78条 特定団体の解散規定
- 第79条 解釈
- 第80条 短いタイトルと内容

- 付則 1 中央審議会と諮問委員会
- 付則 2 土地以外の病院財産の取得
- 付則 3 地方病院局、病院運営委員会および教育病院の理事会
- 付則 4 地方保健当局についての規定
- 付則 5 執行委員会
- 付則 6 開業医委員会
- 付則 7 審判所の構成
- 付則 8 管理局から大臣へ移転される機能に関する規定
- 付則 9 精神異常および精神的欠陥を持つ人に関する規定の修正と廃止
 - 第 1 部 修正／第 2 部 廃止
- 付則10 必然的な修正と廃止
 - 第 1 部 修正／第 2 部 廃止

第 2 節 NHS 法の概要

第 1 部 中央管理 [Part I Central Administration]

1 条 1 項では包括的保健サービスの確立を大臣の義務とし、2 項でサービスは原則として無料で提供されることを定めた。2 条は大臣の諮問機関として中央保健サービス審議会 (Central Health Services Council, 以下 CHSC) を設置することを定め、また命令で大臣と CHSC へ助言を与える常任諮問委員会を構成できるとした。

第 2 部 病院および専門医サービス [Part II Hospital and Specialist Services]

大臣によるサービスの提供 [Provision of Services by Minister]

3 条は、1 項で(a)病院施設、(b)病院で必要とされる医療、看護その他のサービスおよび(c)専門医サービスを提供する義務を大臣に課した。2 項では特別な場合の費用負担、3 項では病院サービスを受けるために要した

移動費用への大臣からの支払い、について規則で定めることを規定した。大臣は、4条によって一部費用負担のある個室、小人数の病室を医学的理由に基づかずに作ることができるとされた。さらに、病院内に私費患者のための特別室を作ることが5条によって認められた。この場合、費用は全額患者負担である。救急患者がここを使うことは妨げられないとされた。2項は、医師がその所属する病院だけでなく他の病院においても私費診療することを認めた。規則で私費診療の費用の上限を定めることができるとされた。

大臣への病院の移転 [Transfer of hospital to the Minister]

6条は病院の国有化に関する規定であり、慈善病院の財産の移転、帰属を定めている。1項は慈善病院、2項は地方当局が管理していた病院の、それぞれの建物内およびそれに付属する所有権、かつその中で利用されている設備、家具、その他の動産の所有権が大臣に移転、帰属するとされた。さらに、各病院が有する権利と債務もまた大臣へ移転、帰属する。3項は、大臣が移転を必要としない病院にはこれらの規定が適用されないが、病院側が移転されることを望むなら、適用があるとした。5項は規則で定めるべき権利、債務関係を列挙している。

7条は慈善病院の基本財産(endowment)の移転、帰属を定めた。基本財産については10項で定義が与えられている。1項から3項までは大臣によって教育病院(teaching hospital)に指定された慈善病院、4項はそれ以外の慈善病院の基本財産の移転、帰属を規定している。前者の場合は理事会(the Board of Governor (以下 BG))へ移転、帰属する。後者は大臣へ移転、帰属したのち、大臣は病院基本財産基金(Hospital Endowment Fund)を設立し、そこへ財産を移転することを定めた。5項は規則で定めるべき事項をあげ、6項から11項において細かな規定がおかれている。

8条は医学、歯学学校へは6・7条の適用がないことを定め、2項で、それらの財産の、3項ではその大学院の財産の移転、帰属先をそれぞれの理事会(the governing body)に定めている。9条は8項からなり、病院の所有権と債務の移転に関わる補則規定である。前述の諸規定の適用を受ける病院の範囲、病院の一部を構成する土地、建物の種類等、細かく規定されている。10条は、大臣は第6部で与えられた不動産取得の権限行使において、いかなる病院をも取得できるとした。さらに大臣は、付則2条の規定にしたがって、任意あるいは強制的に設備、家具、その他の動産を取得できる。

病院および専門医サービスの地方管理 [Local administration of hospital and special services]

11条は、地方における病院管理組織の規定である。11条によって、大臣は命令で、病院および専門医サービスの管理機能を行行使するため地方病院局(Regional Hospital Board 以下 RHB)と呼ばれる組織を、行政上区画した地域ごとに構成しなければならない。そして、この RHB は、個々の病院の日々の管理運営にあたる病院運営委員会(Hospital Management Committee, 以下 HMC)と呼ばれる委員会の任命計画を大臣に提出することになっている。大臣は8項で、関係諸大学と協議の後、卒前卒後の臨床教育にふさわしいと考える病院を教育病院として指名することができる。12条はこの RHB, HMC の機能を規定している。1項による RHB の義務は、大臣に代わって、HMC による機能の行使を条件として、病院および専門医サービスを管理することである。特に、(a)教育病院以外の病院で雇用される職員(officer)の任命、(b)建物の維持、(c)大臣に代わって設備、家具その他の動産の取得、維持、がその重要な機能として規定されている。2項は HMC の義務を、規則および大臣、RHB の指示(direction)に服し、RHB に代わって個々の病院を管理運営することとした。3項は、BG の義務を、規則および大臣の指示に従って、教育病院を管理運営することと、特に、(a)病院と連携している大学へ、教育及び研究に必要な設備を提供すること、(b)職員の任命、(c)建物の維持、(d)大臣に代わって家具等の取得、維持、であるとした。13条は RHB, BG 及び HMC の法的地位を、それぞれ大臣あるいは RHB の代理として行役するにもかかわらず、獲得した権利を実現する資格が付与され、かつ引き受けた債務責任を果たす地位にあると定めた。その諸機能の行使においては本人としてふるまい、手続きはそれらの名の下に行なわれる。RHB, BG 及び HMC に、文書の開示及び提示において、国王の特権をいかなる手続きにおいても求める権利は与えられないことを2項で定めている。ただし、公益に反するという理由で、文書の提示を保留することは認められている。

14条は職員の任命と職員の待遇を規定している。病院及び専門医サービスを提供する病院に雇用される職員はすべて RHB の職員である。教育病院の職員は BG の職員となる。職員の報酬、待遇は、場合によれば RHB と BG が決定する。医師及び歯科医の任命については規則で定められる。その場合、(a) RHB, BG による欠員の公示, (b) 欠員が生じたときに, RHB と BG による諮問任命委員会 (advisory appointment committee) の設置, (c) 任命委員会による申し込み者の選抜, 等が定められることになっている。

15条はロンドン大学の医学及び歯学学校が、その運営のための計画を大学の管理部に提出することを定めた規定である。

大臣が提供する補助的サービス [Ancillary services provided by the Minister]

16・17・18条はそれぞれ大臣が用意、提供する研究、細菌学、輸血及びその他のサービスに関わる規定である。

第3部 地方保健当局によって提供される保健サービス

[Part III Health Services Provided by Local Health Authorities]

(Local Health Authority, 以下 LHA)

19条は、LHA と呼ばれる地方当局は、州 (county) の場合は州議会 (the council of the county)、特別市 (county borough) の場合は特別市議会 (the council of the county borough) であると定めた。大臣は2つ以上の LHA が合併して機能を行使することがサービスの効率のために望ましいと考えた場合は、命令で合同委員会 (joint board) を作ることができるとされた。20条は LHA がサービスを提供するにあたり、事前に大臣に提出する計画に関わる規定である。LHA は大臣に、以下8カ条に規定された義務を履行するための提案を所定の期間内に提出しなければならない。かつ、その期日までに関係者にそのコピーを送付しなければならない。大臣だけでなく、その関係者も LHA の計画を修正することができる。

以下21条から28条までは LHA の義務として提供されるサービスである。21条は保健センターの規定である。ドーソンレポート以来の計画が、ついに立法化された。この保健センターと呼ばれる建物を提供し、設備を整え、維持することは LHA の義務とされた。そこで行なわれるサービスの内容についても述べられている。2項では、LHA は保健センター内に職員を配置しなければならないとされたが、但書で一般的医療サービスと歯科サービスのためにセンターで医師を雇用してはならないと定められた。

22, 23条は母子、及び助産に関する規定である。22条1項が定めた大臣の義務は、妊産婦および5才以下の子供を、歯科治療を含めて、保護 (care) をすることである。このサービスに対して、LHA は大臣の承認を得て、利用者の資産を考慮したうえで費用の回収を図ることができるとされた。また、LHA は大臣の承認を得て、1項のサービスのために作られた慈善組織 (voluntary organisation) へ寄付ができるとされた。23条によって、LHA は助産婦法 (Midwives Act, 1902-1936) における地方の監督当局となった。そして LHA は有資格助産婦の数を、その地域のニーズに十分なだけ確保することを義務付けられた。

24, 25条はそれぞれ訪問による保健 (Health visiting) サービス、在宅看護 (Home Nursing) についての規定で、それぞれのサービスのために訪問保健婦、看護婦を確保することを大臣の義務とした。どちらのサービスも LHA 自身または慈善組織によって提供される。26条は予防接種を行なうために医師を手配することを LHA の義務とし、その際、LHA は管轄地域内の医師すべてに、そのサービスを行なう機会を与えなければならないとされた。27条は救急車及びその他の輸送手段を病人等に確保することを大臣の義務とした。このサービスは LHA が自ら提供することもできるし、慈善組織との契約によって彼らによって行なわれることもあり得るとされた。

28条は、LHA が、病気の予防、病人及び精神薄弱者の看護及びこれらの人々のアフターケアを行なうことを定め、29条はこのような者が家庭内にいるために必要となる家事の援助を与える規定である。これらはいずれも原則無料であるが、LHA は大臣の承認を得て、利用者の資産を考慮したうえで費用の回収を図ることができる。28条のサービスの目的のために作られた慈善組織に、LHA は大臣の承認を得て寄付を与えることができるとされた。19, 20条を除いて、第3部の規定は「指定日 appointed day」から効力を生ずることが30条で定められた。

第4部 一般的医療及び歯科サービス、薬剤サービス及び補則的眼科サービス

[Part IV General Medical and Dental Services, Pharmaceutical Services and Supplementary Services] 管理 Administration

31, 32条はいわゆる一般医サービスを管理する組織の規定である。31条によって、あらゆる LHA ごとに執行委員会 (Executive Council 以下 EC) と呼ばれる委員会を設置しなければならない。大臣は、地域のサービスの効率のために望ましいと考える場合、命令で、2つ以上の LHA のために1つの EC を作ること、あるいは2つ以上の EC を1つの合同委員会とすることができる。32条は、大臣が EC の管轄する地域ごとに作られた地方委員会が、各々医師、歯科医、薬剤師の代表であることを確認した段階で、それらを承認することができる。その承認によって、それらは地方医療委員会 (Local Medical Committee 以下 LMC)、地方歯科委員会 (Local Dental Committee 以下 LDC)、あるいは地方薬剤委員会 (Local Pharmaceutical Committee 以下 LPC) と呼ばれる。EC はその機能を行使するにあたり、これらの委員会と協議しなければならないとされた。

一般的医療サービス [General Medical Services]

以下に述べる33, 34, 35条は、それぞれ一般的医療サービスのための協定、一般医の配置、開業件の売買の禁止を定め、NHS 法の成立過程において最も議論のあった規定である

33条は EC の義務を定めた規定で、EC は「指定日」からその管轄する地域内の人々すべてに、保健センターあるいはその他の施設において人的医療サービスを提供するために、医師と協定 (arrangement) を結ばなければならない。そして、この協定に基づいて提供されるサービスを「一般的医療サービス」と呼ぶとした。規則によって定めるべきものとして、(a)医師の名簿の用意とその公表、(b)医師の承認と医師が受け入れる患者数の制限を条件として、住民に医師を選択する自由を与えること、(c)サービスを受けることを希望しているが、医師を選択していなかったり、医師に拒否された住民に医師を割り当てること、等をあげている。上院での修正案はここに、一般医のフルタイム俸給制雇用を禁止する一文を挿入することを要求していた。34条によって、大臣は適正な医師数を確保するため、開業医委員会 (Medical Practices Committee 以下 MPC) と呼ばれる委員会を設置しなければならない。医師は、NHS 内で医療サービスを提供するためには EC へ申し込みをしなければならない。EC はその申し込みを MPC へ委ね、MPC がその申し込みを受理するか拒否するかを判断する。MPC が、医師の申し込みを拒否できるのは、申し込まれた MPC 地域においては医師が十分満たされている場合だけである。MPC によって、申し込みを受理された医師は、EC が用意する名簿に載せられる。申し込みを拒否された医師は大臣へ不服申し立てができる。この申し立て期間中は、MPC によって拒否された医師は名簿に掲載されない。大臣は、申し込みを受理するよう指示できるとされている。

35, 36条は開業権の売買の禁止規定である。これらも、NHS 法の成立過程において保健省と医師側との間に激しい議論が交わされた分野である。35条では、医師の名前がいったん、名簿に載ったならば、その医師の開業権 (the goodwill of the medical practice) を売るとは法に反すると定めた。法に反することを知りながら、開業権の売買を行なったものには、罰金、拘留の罪に問われる。4項から8項までは、複数の医師が共同 (partnership) で診療活動を行なっている場合の、開業権の売買について規定している。ここでは、一方の医師から、他方の医師へ有価約因 (valuable consideration) を与えるなら、それは禁止されている開業権の売買にあたるとされた。その他、どのような場合に、法が禁止する売買となるのかを、細かく定めている。9, 10項において、開業権の売買にあたらないときには、MPC が証明書を発行し、これを提示すれば、前述の罪に問われないとされた。36条は、開業権の売買を禁止されたことによって、損失を被った医師に対する補償規定である。補償額、補償請求手続き、補償金の医師への配分等についても定めている。

37条は、医師あるいはその代理人 (personal representative) の申し込みに対し、(a)当該医師が NHS 法の可決から「指定日」までの間に引退するかまたは死亡した場合、でかつ(b)開業権が「指定日以前」に売却されていないなら、その医師と開業権に、前2条の適用を認めた。

薬剤サービス、一般歯科サービス及び補則的眼科サービス

[Pharmaceutical Services, General Dental Services and Supplementary Ophthalmic Services]

38, 39条は薬剤師サービスに関わる規定である。38条では、一般的医療及び歯科サービスを受けている人に、薬剤、補装具を支給するのはECの義務であると定めた。薬剤師等の配置を確保するために、規則を作成することが2項で定められている。薬剤サービスを提供する者の名簿の用意と、その公表は規則で定められることのひとつである。39条は、ECは、薬剤サービスのために、医師あるいは歯科医、無資格の薬剤師、薬局とは契約を結ばないことを定めている。

40条は、歯科サービスを提供するために、歯科医と契約を結ぶことをECの義務とした。歯科医の名簿の作成、それに掲載される歯科医の権利、患者の選択権等の細かな規定は規則によって決められる。さらに、歯科査定委員会（Dental Estimates Board）の設置、それに関わる規定もまた規則に拠るとされた。

NHS法制定当時、イギリスの眼科サービスは2種類に分けられる。ひとつは眼科医によって提供される病院及び専門医サービスであり、もうひとつは「検眼眼鏡士 ophthalmic optician」「眼鏡士 dispensing optician」と呼ばれるものによって提供される視力検査、眼鏡作成サービスである。後者を前者の支配下に置き、その独立性を排除しようと試みられたが、最終的には、両者が併存してNHSにおいてサービスを提供することになった。41条はそれを定めた規定で、ECは、所定の資格を有する医師、検眼眼鏡士等と契約を結び、視力検査、眼科補装具を支給する義務を負う。これらの者によるサービスは「補則的眼科サービス」と呼ばれる。大臣は、ある地域において病院及び専門医サービスを通して、十分な眼科サービスが提供できると確信するに至ったならば、本条はそのような地域において適用されないと定められた。

補則規定 [Supplementary Provisions]

42条から48条までは一般的医療全般に関わる補則的な規定である。42条は審判所（Tribunal）の設置及びその機能を定めている。この機関は、ECあるいはその他の者によって、ある者を名簿に継続して載せることが、NHS法におけるサービスの効率にとって不利益となるという抗議が行なわれた場合、それを調査するために設置される。審判所は、調査の結果、抗議されている者の名簿への継続的掲載が、サービスの効率への不利益となると判断したならば、その者の名前を名簿から削除しなければならない。この命令に対する不服申し立ては大臣へ対してなされ、大臣は命令を追認することも、取り消すこともできる。

43条は大臣が、ECの管轄する地域内における医師、歯科医及び薬剤師サービスが不十分、不適切であると考えたならば、ECに対し他の者と契約を結ぶ権限を付与できるとした。大臣自ら、それらの者と契約を締結することも可能である。

44条は、歯科及び眼科サービスにおいて、患者がより高価な補装具を要求した場合、あるいは不注意によりそれらを壊して修理や取り換えが必要となった場合の、費用の徴収を定めた。45条は医師の権利を、規則で定めることとした。保健センターの利用は、ECとLHAとの間で合意された条件に従わなければならないと46条で定められた。ECはセンター使用料をLHAへ支払い、ECはそれをセンターを利用した医師、歯科医から徴収するとされた。47条は、ECとサービスを受ける者との紛争及び保健センターの運営に関わるECとLHAとの紛争は大臣へ委ねられ、彼が判断すると規定する。48条は、大臣は、一般的医療サービスを提供する者に対し、専門的知識の発展についての情報を得る機会を与えるため、彼らがその種の講座に参加できるよう大学、医学及び歯学学校と協定を結び、さらに、講座にかかる費用、参加するものにかかる費用を大蔵省の承認を得て大臣が支払えると定めた。

第5部 精神衛生サービスに関する特別規定

[Part V Special Provisions as to Mental Health Services]

この分野においては過去多くの法律が制定されており、NHS法はそれらの法律の修正及び廃止を通してこの

サービスを提供しようとした。それらは付則8, 9に列挙されている。49条は監督委員会 (Board of Control) の機能の大臣への移転, 職員等の保健省への移動等を定めている。50条は, 法の修正及び廃止に関わる規定である。51条は, NHS 法20条の適用があるとして, 精神衛生サービスに関する計画を大臣へ提出することを LHA の義務と定めた。また, 2項で, LHA は義務の履行にあたり慈善組織と協定を結び, その場合はそれらの団体に寄付ができるとされた。

第6部 通則 [part VI General]

財務規定 [Financial Provisions]

52条から56条までは制度の財政に関わる規定である。まず, 52条で, 大臣が NHS 法のもとで機能を行使するに際して要した費用は, 議会で用意された予算から支払われると定められた。そして, 大臣が受け取る予算はすべて国庫へ振込まれる。53条は LHA あるいは合同委員会への交付金についての規定である。54条は NHS 法のもとで構成された諸団体への交付金に関する規定である。1項は議会で用意された予算が(a) RHB, (b) BG, への交付, 2項では RHB から HMC への交付, 3, 4項で, 議会の予算が EC, CHSC, MPC, 審判所及び歯科査定委員会への交付を定めている。これらの諸団体の構成員への報酬を得られたであろう時間の損失, 交通費, 最低限度の費用に対する支払いと, MPC, 審判所及び歯科査定委員会の構成員の報酬も議会で用意された予算から支払われる。支払いは, 保健大臣が作成し, 大蔵省が承認した規則に従い, 大蔵省が指示した日時と方法で行なわれる。55条は, 交付金を受け取る諸団体に対し出納簿を付けるよう義務付け, それらは監査を受けると定めた。それらは大臣に財政年度ごとにその年の収支報告をしなければならない。この報告は両院へ送付される前に, 会計検査院長へ提出される。56条は病院基本財産基金の財務規定である。

管理規定 [Administrative provisions]

57条は RHB, BG, HMC, LHA, MPC 及び歯科査定委員会がその機能を行使せず, あるいは規則, 指示にしたがって機能を行使しないときに, 大臣は調査をした後, それら諸団体は債務不履行であると宣言できると定めた。その場合, LHA を除いた諸団体の構成員は直ちに辞職し, 新しい構成員を任命する命令がだされる。LHA に対して, 大臣は命令で機能を行使するよう命じるが, それが履行されないときは, 大臣は, その機能を行使する権限を彼に移転するとされた。

58条は, 大臣の土地取得に関わる規定で, 彼は合意によって, あるいは強制的に土地を取得できる。LHA も, 土地取得権限を付与されて, 土地を強制的に購入することができる。59条によって, RHB, BG 及び HMC は信託財産を取得, 所有及び管理する権限を有する。60条は, RHB と理事への支払いを行なう信託財産の受託者の権限について規定している。

61条は, 大臣へ移転する慈善病院が, 特定の宗派と結びついている場合, その管理及び HMC の任命においては, その性質, 連携 (association) を守るため配慮しなければならないとする。62条は, RHB と BG が, 特殊学級の建物, あるいはそこへ通う児童の世話に関して, 地方教育委員会 (local education authority) 及び慈善組織と連携することを定めた。

63, 64, 65条は, LHA が NHS 法のもとで定められたサービスを提供するために, 必要な準備といえる活動についての規定である。63条は, LHA の建物を他の団体へ利用させること, 64条はサービスに必要な物品の購入を LHA が引き受けること, 65条は職員のために住宅施設を手配すること, をそれぞれ定めている。

66, 67, 68条は, 職員について規則で定めるべきことを規定している。66条は, NHS 法のもとで構成される諸団体に雇用される職員の資格, 報酬及び待遇, 67条は, それらの職員の年金及び医師, 歯科医の年金を定め, 68条は「指定日」以前の病院, LHA の母体となっている地方自治体, 保険委員会などの職員の移転及びそれに対する補償, は各々規則に拠るとされた。

69条は地方自治体から LHA へ, および保険委員会から EC への機能の移転について規定している。70条は大

臣の調査する権限を定め、71条は、大臣等による費用の回収は民事債務として直ちに行なわれることを定めている。72条は1875年の公衆衛生法（Public Health Act, 1875）の規定(s 265)が、効力を持つことを定めた。73条は、印紙税の免除規定である。

74条は、諸団体への通知、あるいは資料の様式など事務手続き的な事項は規則で定めるとした。

75条は、規則、命令の効力に関わる規定である。すなわち67、68条の規則は、その草案が議会へ提出され、両院で承認されなければ作成することができない。それ以外の規則及び命令は、作成後直ちに議会へ提出しなければならない、どちらかの議会が、それを破棄したならば、それは効力を持たない。規則によっては、大蔵省の承認がなければ効力を有しないものがある、等を定めている。

補足規定 [Supplementary Provisions]

76、77条及び78条は、NHS 法によって修正、廃止される法律、及び解散させられる団体についての規定である。79条は用語の定義、80条は NHS 法の短いタイトルと、NHS 法の適用範囲についての規定である。

以上が NHS 法の本文である。これに10の付則が加えられている。付則では、NHS 法のもとで構成される諸団体のメンバーの構成比率等、重要な諸点が規定されているので、以下、大まかにではあるが紹介する。

付則 [Schedules]

付則1：CHSC の構成

メンバーは全部で41人。6人は王立内科、外科、産婦人科学会の会長、BMA 評議会の議長、医学協会の会長、保健医務官評議会の議長。残り35人は大臣が任命する。15人は医師（その内2人は精神病の専門家）、病院管理経験者及び地方自治体での勤務経験者がそれぞれ5人、3人は歯科医、精神衛生サービスの経験者、登録看護婦及び登録薬剤師がそれぞれ2人、残り1人は有資格助産婦である。彼らに報酬はなく、収入を得られたであろう時間の損失、交通費、その他の費用に対し規則で定められた額が支払われる。

付則2：土地以外の病院所有権の取得

ここでは取得方法、取得に対し、異義が出された場合の措置及び取得後、元の所有者に対する大臣からの補償等が規定されている。

付則3：RHB、HMC 及び BG

第1部 RHB：これは大臣が任命する議長1名と大臣が適任と考えたメンバーで構成される。それらのメンバーを任命する際、大臣は以下の団体との協議を経なければならない。(a)病院及び専門医サービスと連携している大学、(b)医師の代表、(c) LHA、(d)大臣が関係を有すると考えた団体、である。RHB メンバーには慈善病院の代表を含めなければならない。また、少なくとも2名は精神病の専門家を参加させなければならない。

第2部 HMC：RHB が任命する議長1名とその他のメンバーから成る。これらのメンバーを任命する前に、RHB は(a) LHA、(b) EC、(c)病院に雇用されている医師、歯科医、(d) RHB が適当と考える団体、との協議を経なければならない。

第3部 BG：大臣の任命する議長1名とその他のメンバーから成る。メンバーのうち(a)5分の1以下を、病院と提携している大学が指名、(b)5分の1以下を、RHB が指名、(c)5分の1以下を、病院の医師、歯科医及び教育スタッフが指名し、その他は(d) LHA 等の諸団体との協議後任命、される。

これらのメンバーにも報酬はなく、付則1と同じ扱いである。上述のメンバー及びその職員が下院議員に選出されること、あるいは現職の議員として議席につくことは妨げられないと述べられている。

付則4：LHA

第1部：合同委員会(Joint Board) 略。

第2部：保健委員会(Health Committee) 略。

付則5：EC

議長1名と24人のメンバーから成る。議長は大臣が任命する。メンバーのうち、8人はLHA、4人は大臣、7人はLMC、3人はLDC、2人はLPCが各々任命する。報酬はなく、費用の支払いはCHSCと同様。

付則6：開業医委員会(Medical Practice Committee)

医師の議長と8人のメンバーからなり、その内6人は医師で、5人は現役の医師でなければならない。大臣が医師の代表との協議の後、これらを任命する。彼らには報酬、交通費、特別手当が支払われる。

付則7：審判所(Tribunal)

議長と2人のメンバーから成る。議長は大法官(the Lord Chancellor)に任命され、最低10年の経験のある事務弁護士(barrister)あるいは法廷弁護士(solicitor)である。他のメンバーのうち、1人は大臣がECとの協議の後、任命され、残りひとりは大臣が任命した6人のうちから選ばれる。彼らには報酬、交通費、特別手当が支払われる。

付則8：監督委員会(Board of Control) 略。

付則9・10 NHS法によって修正、廃止される法律を列挙している。

第3節 NHS法の大綱と意義

第1項 NHS法の大綱

NHS法のもとで提供される医療サービスの対象、管理形態、財政制度等は他のどの国においても経験されたことのないスタイルであった⁽¹⁾。従って、以下に述べるNHS法の特徴はその性質そのものの説明ともなる。ここでは従来、議論となった論点がNHS法のなかでどのように特徴的な形を与えられたのかを検討する。それらは、NHS法制度の基本理念に関わるもの及び組織機構に関わるものからなる。

基本理念の第1は、範囲における包括性である⁽²⁾。つまり、NHSがカバーする範囲は医療及び保健のあらゆる分野にわたっている。NHS法成立以前の国民健康保険がカバーした範囲は一般医による診療のみであったのに対し⁽³⁾、NHS法は一般医による診療から病院での治療、歯科⁽⁴⁾、眼科⁽⁵⁾から精神病⁽⁶⁾、さらに訪問看護や母子福祉までサービスの対象に含めた。NHS法に含まれなかったサービスは労働衛生分野及び⁽⁷⁾刑務所内の保健サービスである⁽⁸⁾。これらの除外されたサービスの他に、NHSのなかに、環境衛生、住宅建設⁽⁹⁾、栄養サービスを含めるべきとの主張もあったが⁽¹⁰⁾、これら非保健機能は大臣が責任を負うべきではないとされた⁽¹¹⁾。

第2は対象における包括性である⁽¹²⁾。これはサービスの提供を受ける対象が全国民であることを意味する。この問題は、いわゆる「100%原則」か⁽¹³⁾、「90%原則」のどちらを採用するかをめぐって、保健省とBMAの間に論争を生じさせてきた。保健省はNHS法と同時に施行される国民保険法との整合性を求めて「100%」を主張した⁽¹⁴⁾。国民保険法は、ベヴァリジの社会保険についての勧告を基礎にして成立した法律であり⁽¹⁵⁾、その原則は人とサービスの範囲における包括性であったからである⁽¹⁶⁾。一方、医師は私費診療を確保するために国民の「10%」をサービスから除外することを求めた。彼らは国民健康保険の拡張を通して新しい保健サービスを確立することを主張していた⁽¹⁷⁾。この制度を採用した場合、「10%」の国民の認定など管理及び費用両方の負

担が相当程度になることが予想されたこともあって⁽¹⁸⁾、結局、100%包括性が受け入れられた。ここで更に問題となったのは、外国人への NHS の適用であった。これは1949年の立法で解決された⁽¹⁹⁾。

第3は無料の原則である⁽²⁰⁾。国民健康保険制度の下で、被保険者は一般医の治療を無料で受けていたが、被保険者以外の患者、一般医の治療と薬剤以外を受ける場合の被保険者は費用を負担していた⁽²¹⁾。そして、NHS の目的は、国民の心身の健康の改善、促進であり、そのためには早期診断、早期治療が不可欠であるとして、これを受けるのに際し、経済的障害を除去することであると、1944年のホワイトペーパー以来、保健省によって主張されてきた⁽²²⁾。この無料サービスの導入にあたっては、(1)収益の喪失、(2)患者によるサービスの濫用的な利用、(3)消費者に選択の余地がないことから、反対する意見もあったが⁽²³⁾、無料原則は NHS の目的そのものであることから、その反対意見は受け入れられなかった。

次に特徴的であるのは、基本理念というよりはむしろ、NHS 制度運営のための支柱となる政策としての、病院の国有化である⁽²⁴⁾。第1～3は戦前から保健サービスを検討する者たちによって主張されてきたが、これは戦後労働政権の誕生とともに現われた特徴である。すでに述べてきたように、ベバン等保健省側は病院所有権の統合のみが統一的なサービスを提供するのを可能にすると信じていた⁽²⁵⁾。また慈善病院側は独立を維持するのが困難であるとしても、地方自治体の管理下に入ることを嫌悪していたので、国家による接收を受け入れた⁽²⁶⁾。

一般医の報酬方式の選択もまた、その立法過程を通して議論された論点であった。これほど保健大臣、保健省と BMA の間で鋭く意見が対立した争点は他にない。NHS 法33条は規則により、報酬方式を決定することとし⁽²⁷⁾、NHS 法成立当時はまだ確定していない状況であった。ベバンの法案では病院顧問医等にはフルタイムにせよパートタイムにせよ俸給制による報酬、一般医には基本給プラス人頭割りによる報酬が望ましい方法として述べられていた⁽²⁸⁾。この法案に対する医師等の抵抗は上院での修正案として現われたが⁽²⁹⁾、下院で否決された⁽³⁰⁾。この問題をめぐって1946年11月6日に NHS 法が成立してから1948年7月5日の「指定日 (the appointed day)」までのおよそ20か月の施行準備の間、保健大臣と医師等の間で交渉が行なわれることになる。この経緯については第3節の再交渉とその帰結で検討する。

NHS 法の組織構造については、以下の諸点が、注目すべき特徴である。第1は、NHS の管理体制に関わる特徴で、いわば3本柱構造というべきものである⁽³¹⁾。大臣をサービスの頂点に立つ責任者として⁽³²⁾、そこから(1)病院⁽³³⁾、(2)一般医⁽³⁴⁾、(3)地方当局⁽³⁵⁾、の各サービスを統括する管理組織が設けられている。統一された管理体制を採用しなかったことは批判されているが、これは前記の3当事者との譲歩の結果であり必然的な形であった⁽³⁶⁾。つまり、慈善病院は地方当局の管理下へ入ることは断固拒否し⁽³⁷⁾、一般医は公権力の管理のもとに組み込まれるのは国家であろうと地方自治体であろうと問題外とし、国民健康保険制度の下での保険委員会のような公的機関との契約を通してのサービスの提供を希望した⁽³⁸⁾。また、地方自治体は以前から関わってきた保健サービスとくに人的サービスを国家に移転するのはその地位の弱体化につながるとして反対したのであった⁽³⁹⁾。

第2の特徴は、NHS 法によって設立される RHB, HMC, および EC の行なうサービスの管理、運営に専門家の参加が広く認められたということである⁽⁴⁰⁾。それ以前の医療及び保健サービスの行政部門に医師が関与するということはほとんどなかった。いわゆる公立病院は地方当局の管理下にあり⁽⁴¹⁾、その公務員等によって運営され医師は保健医務官 (medical officer) として勤務するのみであった。また、慈善病院においては理事会が管理業務に携わっていた⁽⁴²⁾。

第3は、先に述べた管理団体へ的大臣からの大幅な権限の委任である。これは医師等の要求が認められた形であるが⁽⁴³⁾、これによってサービスに関わる政策の意思決定において医師等専門家の意見が反映されるようになった。一方で、そこでは民主性が確保されていないという批判もある⁽⁴⁴⁾。

NHS 制度を支えるマンパワーについて、注目すべきことは、RHB, HMC, EC, BG 及び CHSC に任命されるメンバーの身分である。彼らはすべてボランティアで、無報酬で任務を遂行するとされた⁽⁴⁵⁾。

最後に、保健センター構想の展開をみる。ベバンは、法案において、これを病院、一般医と並んで NHS を構成する組織の一つとして、極めて重要視していた⁽⁴⁶⁾。この発案者はドーソン卿であり⁽⁴⁷⁾、その内容は、医療を初歩的なものと高度なものに区分する今日のスタイルの原点であった。1944年ホワイトペーパーにおいても、提案された制度であるが⁽⁴⁸⁾、ウィリンクによって実験的な段階に留められた。それは、1946年 NHS 法におい

て規定されたが、しかしながら、実際に、機能するには NHS 法成立後数十年を要した⁽⁴⁹⁾。

以上が NHS 法の主たる特徴・性質であるが、今日でも維持されているものとその後の改正によって消滅したものがある。後者は医師の報酬および管理機構に関わるもので、現在に至るまで数度改正されている⁽⁵⁰⁾。しかしながら、NHS の基本原則である全国民への包括的医療サービスを無料で提供するという特徴は多少の修正を受けてはいるが⁽⁵¹⁾、今だに維持されている。

- (1) スウェーデンにおける医療サービスも無料、医師は公務員であることなどイギリスの NHS と似ているが、イギリスの病院が「国営」であるのに対し、スウェーデンのそれは「県営」である。また、NHS 制度では一般医と病院医がほぼ半々なのに対し、スウェーデンにおいては病院医中心で一般医はほとんどいない。 社会保障研究所編『スウェーデンの社会保障』(東大出版会, 1987年), 第12章。
- (2) 1946 NHS Act, s 1.
- (3) 1911 National Insurance Act,
- (4) 1946 NHS Act, Sec 40. 政府は当初は歯科医不足から歯科サービスを NHS に含めない方針であったが、タビオット委員会 Teviot Committee の勧告により含めることにした。 MH77/124, recommendations from the Teviot Committee, 24 Oct. 1944.
- (5) *ibid.*, Sec 41. NHS のもとでの眼科サービスは眼科医と眼鏡士の両方によって提供されることになっている。両者の関係は制度発足以来 NHS のひとつの問題である。Pater, *op. cit.*, pp99-100.
- (6) NHS 以前は、精神治療法 Lunacy and Mental Treatment Act, 精神薄弱法 Mental Deficiency Act のもとで地方当局によって精神病患者は介護、治療を受けていた。公立病院だけでなく、各法によって登録または許可を得た慈善病院も精神病患者を各施設に収容していた。White Paper, pp62.
- (7) White Paper, pp66-67. 工場監督官 Factory Inspectorate を通して主に労働省によって管理された。
- (8) 学校医療も NHS に含まれず、地方の教育委員会の管轄となった。White Paper, pp64.
- (9) HL debates, vol 143, col 25-26, 8 Oct. 1946.
- (10) 各地方自治体による管理を提案したブラウンプランが採用されていたなら、これらのサービスは、とくに住宅建設サービスは NHS に含まれていたであろうといわれている。Pater, *op. cit.*, pp 182.
- (11) MH80/32, 24 May 1945.
- (12) 1946 NHS Act, s 1.
- (13) ドーソンレポート以来政府が関与した保健計画はすべて全人口を対象とするサービスを提案している。第1章第4節第1項, 第2章第2節第1項, 第3章第1節, 第2節第2項, 第3節参照。
- (14) 小山路男「イギリス社会保険の形成過程」社会保障研究4-1, 1965年。
- (15) 第2章第2節, 注(1)参照。
- (16) Beveridge Report, para 19.
- (17) 年収420ポンド以下の労働者とその被扶養者に被保険者範囲を拡大することを要求した。
- (18) The Lancet, vol CCXLV, II, no. 6275, 4 Sep. 1943, pp293.
- (19) 本章第4節第4項参照。 1949 NHS Act, s 17.
- (20) 1946 NHS Act, s 1-(2).
- (21) (5)参照。
- (22) White Paper, pp 5. 第3章第2節第2項参照。ベヴァリジも提出と引き換えにサービスは無料で受けられるべきと提案している。第2章第2節。
- (23) Pater, *op. cit.*, pp 166. 無料化を肯定する見解として池上前掲書 pp204-206.
- (24) 1946 NHS Act, s 6-(1).
- (25) 第4章第1節第1項 労働党の戦後政策参照。
- (26) HL debates, vol 143, col 35-42, 8 Oct. 1946. 第4章第2節第1項参照。
- (27) 一般医サービスを提供するための規則について定めた規定。Sec 33-(2)(a)一般医名簿の準備と公表, (b)一般医の承認を条件とする一般医を選ぶ権利と一般医が受け入れる患者数の制限, (c)一般医を選択しない者あるいは一般医によって拒否された者への一般医の配置, (d)患者あるいはその代理人への各法律が要求する証明書の発行, について規則が規定する。
- (28) NHS Bill, Cmd. 6761, para 33, 46.
- (29) HL debates, vol 143, col 510-512, 22 Oct. 1946.
- (30) HC debates, vol 428, col 1122-1158, 4 Nov. 1946.
- (31) 三友雅夫訳, RGS ブラウン『英国の医療保障』(恒星社厚生閣1976年)
- (32) 1946 NHS Act, s 1.
- (33) *ibid.*, s 11.
- (34) *ibid.*, s 31.
- (35) *ibid.*, s 19.
- (36) Pater, *op. cit.*, pp 188.
- (37) HL debates, vol 143, col 836-839, 16 April, 1946.
- (38) Honigsbaum, *op. cit.*, pp 133-142.

- (39) Pater, op. cit., pp 184.
 (40) 1946 NHS Act, Schedule 2.
 (41) なかでもロンドン州議会 London County Council (LCC) は最大の病院管理組織で、公立病院の運営に影響力を持っていた。
 (42) エイベル前掲書, pp 393.
 (43) Minutes of Proceedings on the NHS Bill, 4 June 1946.
 (44) Pater, op. cit., pp 184.
 (45) ibid., pp 169. Webster, op. cit., pp 277.
 (46) Webster, op. cit., pp 97.
 (47) ドーソンレポート, para 10-12, 36-52. ドーソンは第1次保健センター、第2次保健センターを医療、保健サービス活動の基盤とした。前者が NHS 法の定める保健センターの原型である。
 (48) White Paper, pp 30-31.
 (49) Honigsbaum, op. cit., pp 380-388. 保健センターだけでなく病院の建設も進まなかった。これは住宅、学校建設あるいは本来の病院が優先されたことと、財政不足によるものであった。
 (50) 例えば、一般医の報酬方式において1966年、基本給が名前を変えて (practice assistance) 導入された。Honigsbaum, op. cit., pp153. また管理機構は1974年に大改革が行なわれ、その後も改革が相次いでいる。NHS Act, 1974.
 (51) 費用負担が薬剤、歯科、眼鏡等に課せられるようになった。また、NHS 制度内に留まるが独立採算制の NHS トラストが設立されるようになった。序参照。

第2項 1946年 NHS 法に至る基本構想の変遷

以上のような性質をもった NHS 法は、その立法が最初にブラウンによって意図された当初の計画、その後のホワイトペーパー、ウイリンクプラン、と比べた場合、一貫して守られてきた政策と、圧力団体との交渉、政権の交替など紆余曲折を経て最終的な形になったものがある。NHS 法の立法過程において争点となった問題が、最終的な決着を見るまでにどのような変遷を辿ったのかを、ここで整理してみたい。それによって、NHS 法の原点となる構想はどこにあるのか、が明らかになると思われるからである。

NHS 法によって提供されるようになったサービスの骨格は、1920年のドーソンレポートが公表された当初から予定されていたものではない。保健省および保健大臣、または BMA に代表される圧力団体の保健サービス構想は短期間にめまぐるしく変化した。それは特に、1941年の政府による戦後病院政策から NHS 法の成立する1946年までの間に現われた、2人の大臣による保健サービスプラン、ホワイトペーパー、戦後の労働党政権による法案などに表れている⁽¹⁾。なかでも以下に述べる NHS 法の争点となった問題についての基本構想の変遷が著しい。

病院管理責任の所在について⁽²⁾、1941年の病院政策を検討していた保健省及び⁽³⁾1943年のブラウンプランは⁽⁴⁾、これを地方当局、つまり州と特別市に負わせることを考えていた。そして1944年のホワイトペーパーは地方当局が合併して管理にあたるのが望ましいと勧告した⁽⁵⁾。しかし、保健サービスにおける地方当局の管理を望まない慈善病院との交渉の結果、ウイリンクプランは地方当局を保健サービスの内容を決定する単なる計画団体としてしまった⁽⁶⁾。そして、最終的には労働党政権の提出した法案通り、中央政府すなわち大臣がその責任を負うこととなったのである。

一般医サービスにおいて、一般医の報酬方式は1941年当時は⁽⁷⁾、地方当局によって雇用される俸給制の一般医を念頭に置いていた。これは1943年のブラウンプラン⁽⁸⁾、44年のホワイトペーパーによって支持されたが⁽⁹⁾、ウイリンクプランによって完全に放棄された⁽¹⁰⁾。ベバンは折衷的な一部俸給、一部人頭割りによる報酬を提案したが、施行時には、人頭割りが主たる報酬方式として採用された⁽¹¹⁾。また、一般医の診療活動の基盤は当初は前述の通り地方当局、ブラウンプランによる保健センター内での雇用であったが、ホワイトペーパーによって CMB (中央医療局) との契約に基づく診療が提案された⁽¹²⁾。これは国民健康保険制度下の保険委員会と似た機能を果たす組織であったが、これもまたウイリンクプランによって否定された⁽¹³⁾。NHS 法案は CMB に変わる一般医との契約当事者として EC (執行委員会) を提案し、受け入れられた。

病院国有化は労働党政権誕生まで現われてこなかった構想である。それ以前の諸提案は、慈善病院の独立を維持する方向で考えられていた⁽¹⁴⁾。しかし、公的な資金援助と引き換えに管理、監督の受け入れが、常に条件として提示されており⁽¹⁵⁾、資金援助の割合が増加するにつれて、実質的には国有化へ向かっていたともいえる。

医師の配置管理も、ホワイトペーパーが提案した CMB は⁽¹⁶⁾、ウイリンクプランによって排除されたが⁽¹⁷⁾、

NHS法のなかに、MPC(Medical Practices Committee)がそれと同じ機能を果たすために創設された。

開業権の売買、つまり診療権の譲渡に関わる問題は医師等の利害が非常に強く関わる分野であった。ホワイトペーパーは、特に若い医師にとってその廃止は望ましいと示唆したけれども⁽¹⁸⁾、廃止を議論することはサービスの創設にとって重要な問題ではないと述べた。しかし、NHS法においては、明文で廃止を規定した⁽¹⁹⁾。

BMAもまたその態度を変えてきた。1942年のMPCの報告では診療譲渡の廃止と「100%原則」、保健センターでの共同診療を支持していたが⁽²⁰⁾、ホワイトペーパーの提出以来、政府の提案に対立するようになり最終的には全面的に反対するようになった⁽²¹⁾。

(1) この他にBMAのMPC(第2章第1節第2項注(11)参照)、労働党のレポート(第4章第1節第1項参照)などがある。

(2) 別表I参照。

(3) 第2章第1節第1項参照。

(4) 第3章第1節参照。

(5) 第3章第2節第2項参照。

(6) 第3章第3節参照。

(7) MH80/32, 24 May 1945.

(8) 第3章第1節参照。

(9) 第3章第2節第2項参照。

(10) 第3章第3節参照。

(11) 第5章第4節参照。

(12) 第3章第2節第2項参照。

(13) 第3章第3節参照。

(14) 例えば資金援助をする際、直接地方当局から与えるのではなく「清算所 clearing house」からの提供がホワイトペーパーの修正案として考えられた。MH77/119, 3 Feb. 1945.

(15) White Paper, pp 70.

(16) 第3章第2節第2項参照。

(17) 第3章第3節参照。

(18) White Paper, pp 35.

(19) 1946 NHS Act, s 35, その補償規定 s 36.

(20) 第2章第1節第2項注(11)参照

(21) 第5章第4節参照。

第3項 NHS法の意義と評価

このような議論の変遷を経て誕生したNHS法は、一面で妥協の産物といえる。それは特に管理組織と医師の報酬方式において顕著である。しかし、これはいずれも、いわば保健省と病院、医師あるいは地方保健当局との関係において見られる妥協である。医療を提供する側と国民との関係に視点を移した場合、国民はあらゆる保健および医療サービスを、原則無料で享受できることとなった⁽¹⁾。医療サービスの利用において、経済的な障害が取り除かれた意義は大きい。これは社会保険制度のもとでは、必ずしも十分に対処できない障害である⁽²⁾。さらに、医師の適正な配置が確保され、地域的な偏在も取り除かれることになった⁽³⁾。また、ベヴァリジが主張したように、全国民に医療を受ける機会を与えることは、社会保険の適正かつ効率的な運用と密接不可分の関係を有する⁽⁴⁾。つまり、NHS法は、医療サービスを国民に提供することによって、社会保険制度を補足する役割を与えられ、イギリス社会保障にとって重要な役割を果たしている。NHS法と最も関連を有する社会保険給付は、法定疾病給与(Statutory Sick Pay(SSP))と疾病給付(Sickness Benefit)である⁽⁵⁾。

医療分野から商業主義が排除されたことは、医師にとってもメリットである。患者を獲得するための競争から解放され、医師の知識と技術を診療のためにのみ活用できるようになった⁽⁶⁾⁽⁷⁾。

一方、医療分野から市場原理を排斥した結果、診療活動における迅速性、効率性を追求するインセンティブが失われたのも事実である⁽⁸⁾。これは後に社会問題となる長いウエーティングリスト、慢性的な財政不足を招くこととなった。診療への努力と熱意が収入に反映されないことを嫌ってアメリカ合衆国やカナダへ移住する医師もいる⁽⁹⁾。また、国からの予算の範囲内でサービスを運営しなければならないので、過小診療になりがちである。NHSへの医師、患者双方の不満が私費診療の利用を増加させてきた⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾。これらの問題は制度発足後、まもなく現われ、現在ますます深刻になっている⁽¹²⁾⁽¹³⁾。

最近の世論調査によると⁽¹⁴⁾、一般に NHS に対する信用は下がり、不満を抱く者が増えている⁽¹⁵⁾。しかしながら、入院患者を対象にした調査では、90%近くの者がその治療に満足していると答えている⁽¹⁶⁾。いずれの調査においても、回答者は NHS の改善のための増税に肯定的である⁽¹⁷⁾。

- (1) ベバンは消費者の観点から NHS の構想を描いたといわれている。Webster, op. cit., pp86.
- (2) 結語参照。
- (3) 1946 NHS Act, s 34. しかしながら、即座に地域的偏在が解消されたわけではない。梶原朗「イギリス国民保健サービスの35年」神戸学院経済学論集14巻3号。
- (4) Beveridge Report, para 426,
- (5) 法定疾病給与は、労働者が、連続して4日間以上、疾病状態にある場合に、使用者から最高28週まで、受け取る現金給付である。給付額は、当該労働者の平均週給額に応じて定まる。支払いは、通常の賃金と同じ方法で行なわれる。疾病給付は、労働不能である者、使用者から法定疾病給与を得られない者、自営業者、あるいは失業者が、受け取る現金給付である。労災の場合は、法定疾病給与ではなく、この疾病給付が支払われる。この給付額は、年金受給年齢(男性65才、女性60才)にあるか否かで異なる。
- (6) The Lancet, vol CCLV, II, no. 6514. 3 July 1948. pp 17.
- (7) 商業主義の排除の一つとして、開業権の売買の禁止がある。これも、新たに開業する医師から経済的負担を取り除き、それで、医師は診療にのみ専念することが可能になると考えられた。Pater, op. cit., pp 35.
- (8) このような事態に対処するために、1990年法は NHS のもとで診療活動を行なう病院、一般医等に独立採算制を導入した。「序」参照。
- (9) 池上前掲書 pp113. ブラウン前掲書 pp59-60.
- (10) 序注(3)参照。
- (11) 私費診療の増加に伴い、民間の医療保険に加入するものが増加している。NHS 内の有料ベッドあるいは民間病院で治療を受ける者のうち、4分の3は私保険に加入している。およそ320万人が私保険に加入し、その中には企業が福利厚生として、保険会社と契約を結ぶ場合もある。全国では、680万人が、私保険の適用を受けている。NHS の財政負担を軽減するため、政府は私保険加入を促進しており、私保険加入者には免税措置がとられている。Britain 1991, An official handbook, London, HMSO.
- (12) ウェイティングリストを減らし、効率的な財政運営を企図したのが、1990年の立法である。序注(17)(18)参照。
- (13) 財政赤字の解消手段として、NHS の管理部門の職員の削減が計画、実施されている。4 May 1991. The Times.
- (14) ランセット誌から引用。(The Lancet, vol 338, 14 Dec. 1992.)
- (15) Gallup 調査によると NHS が以前より改善されていると答えたものの14%、悪くなっていると答えたものの45%。NHS が良質のサービスを提供していると答えたものは57%であるが、同じ質問に対し1956年のそれは89%であった。また、British Social Attitudesによると、「かなり」あるいは「非常に」NHS に不満であるという回答は、1983年は26%、1986年は39%、1990年は47%である。
- (16) National Association of Health Authorities and Trust (NAHAT) と Health Service Journal (HSJ) の合同調査による。
- (17) NAHAT/HSJ によると、42%の回答者が、NHS を支えるための増税に用意ができていると答えている。増税を受け入れると答えた者の、3つの調査の平均は70%であった。

第4節 NHS 法成立後の再交渉とその帰結

本節では1946年 NHS 法成立後に行なわれた保健大臣、保健省と BMA あるいは王立諸学会との再交渉過程と、それによって1946年 NHS 法がどのような影響を受けたのかを検討する⁽¹⁾。以下では、当事者の間で何が問題となり、それをどう解決しようとしたか、そして最終的にはいかなる結果となったのかを述べていく。これらに先立ち、交渉と平行して進められた保健大臣、保健省による施行準備作業を説明する⁽²⁾。

- (1) この当時の保健省において、政策の立案、実施において指導的役割を果たした役人は、事務次官ウィリアム・ダグラス卿 Sir William Douglas (1945~51年) と3人の副事務次官アーサー・ラッカー卿 Sir Arthur Rucker (1942~47年)、ジョン・ホートン卿 Sir John Hawton (1947~51年)、ジョン・リグレイ卿 Sir John Wrigley (~1951年)、それと首席医務官ウイルソン・ジェイムソン卿 Sir Wilson Jameson (1945~50年) である。ウイルソン・ジェイムソン卿はグッドマンが書いた伝記のなかで「国民保健の建築家 'architect of national health'」と称されている。Goodman, Neville M (1970) Wilson Jameson : architect of national health, London, Allen and Unwin.
- (2) 準備作業に関しては主に Pater, The Making of NHS, と Webster, The Health Service since The War, 文献に拠った。

第1項 施行準備作業

1946年 NHS 法成立後、直ちに保健省及び保健大臣は施行準備作業に着手した⁽¹⁾。最初に取りかかったのは、管理組織編成に関わる一連の作業である。すなわち、管理地域の区画、人員の選出、彼らの労働条件及び報酬規則、各種サービスの要綱 guideline の作成などである。大幅な権限委任があるとはいえ、NHS 制度において唯一大臣の直轄管理下に置かれる病院サービスの組織編成に最も重点が置かれた。1946年12月18日には地域区画を定めた命令が出され⁽²⁾、翌6月24日には大臣の代理機関である RHB を構成する命令が出された⁽³⁾。その3日後には構成員の名簿と首席管理官(chief officer)、上級管理医務官(senior administrative medical officer)及び秘書(secretary)等の待遇と俸給を定めた文書が RHB の各議長に送付され、その後 RHB と大臣との間で定期的に協議が行なわれた。また、病院職員等の俸給を決定するためにホワイトレー委員会(Whiteley Coucil)が設置された⁽⁴⁾。続いて、277の特殊な病院を除いて、残り3105の病院が大臣のもとへ移管された⁽⁵⁾⁽⁶⁾。これらは370の RHB に分けられ、1948年始めに HMC が RHB によって任命された⁽⁷⁾。

一般医サービスを運営する EC は1947年5月から11月の間に設立された。NHS 法施行以前に一般医サービスに携わっていた保険委員会の職員及びその建物が活用されることになった⁽⁸⁾。

地方保健当局は、従来から組織として存在していた。それらは、サービスを開始するにあたって、その計画を大臣に提出し、その承認を得なければならないとされた⁽⁹⁾。1947年3、7月には大臣は地方保健当局に対し、それが責任を負うサービスについての要綱を与えた⁽¹⁰⁾。要綱に保健センターは含まれておらず、その進展は当分の間見送られた⁽¹¹⁾。

(1) Pater, op. cit., pp 144-149. Webster, op. cit., pp 123.

(2) The National Health Service(regional hospital areas) : Statutory Rules and Orders, no. 2158 (1946) London, HMSO.

(3) *ibid.*, (constitution of regional hospital boards) : Statutory Rules and Orders, no. 1297(1947) London, HMSO.

(4) MH90/52

(5) 病院の国への移管が終了したのは、1949年3月。Webster, op. cit., pp123.

(6) RHB, HMC 等、管理組織については本章第2節の条文及び付則参照。

(7) Pater, op. cit., pp148.

(8) MH22/47, 19 Feb. 1947.

(9) MH66/47, 118/47, 3 March and 10 July 1947.

(10) 本章第3節第1項参照。

第2項 争点

再交渉に最初に、臨んだのは主に BMA と王立内科、外科、産婦人科学会であった⁽¹⁾。学会内で指導的立場にあったのは内科学会のモランである。モランは、NHS 法のもとで作成される規則作成にあたり、交渉に参加させるようベバンに求めた⁽²⁾。内科学会と共に外科学会、産婦人科学会もその要求に加わった。この王立諸学会が大臣との交渉を求めた背景には、NHS 制度及び国の保健政策の助言者としての学会の地位を回復しようとする意図があった⁽³⁾。そのため交渉においては、諸学会は BMA と比較して NHS に好意的であった⁽⁴⁾。以下では、より非妥協的であった BMA との交渉を概観し、NHS の再交渉における争点を明らかにしたい。

BMA の要求事項は12項目にわたる NHS 法の修正および新たな提案であった⁽⁵⁾。主な提案は(1)一般医が診療地域を選ぶ権利に何の制限も課せられない⁽⁶⁾、(2)開業権の売買は存続する⁽⁷⁾、(3)一般医は特別な場合を除いて人頭割り報酬を受け、顧問医は年俸で支払われる⁽⁸⁾、(4)審判所から高等法院へ不服申立てする権利が認められるべきである⁽⁹⁾、(5)すべての管理組織の議長は、その内部で決定されるべきである⁽¹⁰⁾、(6)地方保健当局は保健委員会のメンバーに医師を任命するべきである⁽¹¹⁾、というものであった。

ベバンは NHS 法の修正の可能性を示唆しながら、以下のような回答を与えた⁽¹²⁾。(1)については、MPC はほとんど医師で構成される団体となると指摘した。また大臣は、新規開業を希望する医師を拒絶する権限は持っていないと答えた。(2)については譲歩しない代わりに医師への補償額の増額を提案した。さらに、NHS 法において規定されている、共同 partnership で診療に従事している場合の開業権の売買について、不備があるなら修

正に応じる態度を示した。(3)の要求には譲歩せず、一般医の報酬の財源とその額を提示することに留めた。(4)も譲歩されない要求事項となった。ペバンは裁判所は、問題となっている医師を NHS 制度から排除することが合理的か否かを判断することはできるが、彼がそのサービスにふさわしいか否かを判断することは不可能であると答えた。(5)の管理組織のうち EC の議長を選出には BMA の要求を受け入れたが、RHB と HMC についてはそれが大臣の代理機関であることを理由に拒否した。(6)には異義を唱えなかった。

- (1) 各学会の会長については第3章第3節参照。
- (2) MH77/177, 2 Jan. 1947, BMJ, 1947, I, 66-7, 11 Jan. 1947.
- (3) Pater, op. cit., pp 139.
- (4) 第4章第1項第3節参照。
- (5) BMJ, 1947, Supplement, 141-62, 20 Dec. 1947.
- (6) これに対応する条文は NHS Act, s 34.
- (7) 同上 ibid., s 35.
- (8) 医師の報酬は規則で定められることになっている。関係条文は、ibid., s 33. 医師側が反対したこの案はペバンによるもの。第4章第3節第5項参照。
- (9) ibid., s 42. Seventh Schedule.
- (10) ibid., Third and Fifth Schedule.
- (11) ibid., Fourth Schedule.
- (12) BMJ, 1947, II, Supplement, 141-62, 29 Dec. 1947. Pater, op. cit., pp152.

第3項 一般投票

大臣の回答に不満であった BMA は、1948年1月 NHS 法の完全な廃止を宣言し、NHS 法を拒否するか否かについて一般投票を行なうことを決定した⁽¹⁾。その際、一般医の反対票が最低13000票必要であることも確認された。2月に行なわれた一般投票では顧問医、一般医、慈善病院でフルタイムで働く医師以外の医療職のうち25430票が NHS 法に反対で、4084票が賛成であった⁽²⁾。医師等は NHS 法が究極的には規則を通して医師のフルタイム俸給雇用を達成するものと考えていたので⁽³⁾、この不安を除去しないかぎり、NHS 法の施行が困難であることは当時明らかであった。モランはフルタイム俸給制は導入されることが NHS 法において明文化されたなら、医師等の協力が得られるであろうことを示唆した⁽⁴⁾。モランの助言に従い、議会でペバンはこの問題を討議した⁽⁵⁾。

この段階で、ペバンはまだフルタイム俸給制への不安をどのように取り除くかについて明確な考えを持っていなかった。しかし、NHS 法の修正法案が必要であることは認識していた⁽⁶⁾。ペバンが BMA との交渉の結果、最終的に示した主な提案は⁽⁷⁾、(1)基本給は NHS への新規参加者に3年間のみ適用される報酬方式で、それ以後は人頭割り報酬が採用されること、(2)さらに審判所の最高責任者に弁護士が任命され、(3)医師の配置を管理する MPC を2年以内に見直しをする、(4)また医師の発言の自由は最大限保証される、というものであった。この提案について行なわれた一般投票の結果は、14620票が NHS 法を承認し、25842票が反対した⁽⁸⁾。一般医の反対票は8493票で、NHS 法の拒否に必要なとされる13000票には足りなかった⁽⁹⁾。この結果を受けて、BMA はついに「新しいサービスの成功に全力を尽くす」ことを約束した⁽¹⁰⁾。こうして、NHS 法はついに1948年7月5日に施行された⁽¹¹⁾。

- (1) BMJ, 1947, II, 1046-7, 27 Dec. 1947; BMJ, 1948, I, 56, 10 Jan. 1948.
- (2) BMJ, vol I, no 4548. 6 March 1948. pp454-455. 投票全体では NHS に賛成は4735, 反対は40814であった。
- (3) ペバンの第2議会での発言が、医師等に彼がフルタイム俸給制をいずれ導入するであろうという不安を抱かせていた。HC debates, vol 422, col 392. ここでペバンは「果物を青いうちに取るか、熟してから取るかの違いにすぎない」と述べた。
- (4) 24 March 1948, MH 77/119, The Lancet, 1948, I, 561, 10 April 1948.
- (5) HC debates, vol 449, col 164-6, 7 April 1948. HL, debates, vol 154, col 1194-7, 7 April 1948.
- (6) Webster, op. cit., pp107-120.
- (7) 26 May 1948, DHSS94256/5/2B. BMJ, I, 1948, Supplement, 147-55, 5 June 1948.
- (8) BMJ, 1948, I, 893-4, 8 May 1948.
- (9) その内、顧問医、一般医、慈善病院でフルタイムで働く医師以外の医療職は、NHS に賛成12799, 反対13891であった。
- (10) The Times, 18 June 1948. 発言者は BMA の議長デエイン Guy Dain。
- (11) 当初は施行日は1948年1月を予定していたが、政府側の準備が整わず、4月に延期された。しかし、4月は疾病（手当て申込）用紙 sickness form が殺到する時期なので、延期するよう認可組合から要望があった。それで結局7月5日に指

定された。Webster, op. cit., pp 120. 7月5日を指定日 The Appointed Day とすると下院でアトリーが宣言した。HC debates, vol 438, col 701, 9 June 1948.

第4項 交渉結果

1946年 NHS 法の施行に先立ち、5月には保健省で事務次官グラスが、ベバンの提案を基礎に、同法の修正される範囲を検討した。修正法案が作られ、通常の立法過程を経て、1949年 NHS (修正) 法(National Health Service(Amendment) Act 1949)となった。当初1949年法は6条で構成されていたが、下院での討議で32条にまで拡大された⁽¹⁾。49年 NHS 法における重要な修正は以下の3点である。第1は、この法律の10~12条で、一般医、歯科医、専門医のフルタイム俸給制によるサービスを46年 NHS 法33条で作られる規則によって採用することを禁止したことである。第2は、49年法16条による薬剤サービスの費用負担化である。これは上院で提案されて⁽²⁾、一度は下院で否決されたが、結局認められた。第3は、49年法17条による外国人へのサービスの有料化である。これは下院の報告段階で提案され⁽³⁾、可決された。この改正法によって、医師等がフルタイム俸給制で、NHS 制度のなかで採用される可能性は皆無となった。また、49年法によって、最初に NHS の「無料」原則が一部崩された。

- (1) HC debates, vol 464, col 1853, 11 May 1949.
- (2) HL debates, vol 165, col 769-9, 17 Nov. 1949.
- (3) HC debates, vol 468, col 629-45, 19 Oct. 1949.

結 語

本稿は NHS 法の立法過程を研究対象とし、その背景と特徴を明らかにするために NHS 制度以前のイギリス医療史から1949年の NHS 改正法までを概観してきた。その中で、イギリスが医療および保健サービスにおいて、なぜ社会保険制度を選択しなかったのかを問題関心に据えて考えてきた。その理由は前述したように1943年の労働党の戦後医療政策のためのレポートのなかに見出だされる⁽¹⁾。それは保険制度の機能上の限界を指摘し、この制度を通して包括的な医療サービスを提供することは困難であると分析している。保険機能の限界をわが国の健康保険制度の特徴の通して検討してみたい⁽²⁾。

今日、わが国における医療保障は、原則として医療保険を通して確保されている。医療保険は2本立てになっており、ひとつは被用者とその被扶養者を対象とする健康保険、もうひとつはそれ以外の国民をカバーする国民健康保険である⁽³⁾。強制保険であるこの2つの保険を通して、全国民が被保険者資格を有することになっている。保険給付の内容は医療サービスの現物給付である療養給付と金銭給付である⁽⁴⁾⁽⁵⁾。これらの給付内容には両保険の間に差異、格差が存在し⁽⁶⁾、また同一保険制度内でも保険者が異なる場合には給付内容に格差が見られる⁽⁷⁾。保険制度であることから拠出が前提とされる。療養給付は100%の給付ではなく、療養に要した費用に対して、被保険者に自己負担が課せられている⁽⁸⁾。医療サービスは知事の登録、指定を受けた保険医または保険医療機関を通して行なわれる⁽⁹⁾。わが国の場合、比較的小規模な医療機関の場合、多くは民間依存型である⁽¹⁰⁾。これら医師、医療機関への支払いは出来高方式が採用されている。

以上がわが国の医療保険の特徴である。この中に、イギリスが保険制度を採用しなかった理由として考えられる、その制度に内在するデメリットが見られる。ただし、それはあくまで理論上、そのように考えられる、ということにとどまる。実際の運用では、国民皆保険の原則のもと、なんらかの救済策が講じられている。

第1は、拠出制であることから、保険料を支払わないかぎり保険給付を受けられないということである⁽¹¹⁾⁽¹²⁾。国民を包括的にカバーできない保険制度の限界である。第2は、複数の保険者が併存する場合、その給付内容に格差が生じることは免れないということである。イギリスにおいても NHS 制度以前に存在した友愛組合、認可組合の間には給付格差があった。これはベヴァリジによって批判され、社会保険においても医療サービスにおいても排除すべき弊害とされた⁽¹³⁾。第3に、一部自己負担、保険外負担が医療サービスへ向かう国民の経済的障害となりうることである⁽¹⁴⁾。第4は、医療保障の基盤が必ずしも確固たるものではないということである。つまり

療養給付は保険医、保険医療機関によって提供される医療サービスの上に成り立っているのです、それらが保険医、保険医療機関であることを辞退した場合、各保険法が規定した療養給付は空文化してしまう。ペバンはこのような事態を避けるため一般医のフルタイム俸給制を、最終的には NHS 制度に導入することを望んでいた⁽¹⁵⁾。第5は医療保障の地域的な格差である。前述したようにわが国の病院、絶対数の多い診療所は民間に依存する割合が高い。したがって、経済的な理由から都市へ集中する傾向がみられる⁽¹⁶⁾。NHS 制度のもとでは国家による全国的な医療計画、過疎地へ赴く一般医への報酬上乘せなどにより、このような問題の解決手段が与えられている⁽¹⁷⁾。

最後に、診療報酬の支払い方法について検討する。この問題は社会保険、NHS 制度に必然的に内在する問題ではなく、むしろ一般的な財政制度の問題である。それで、ここでは両者の特徴を述べるに止めたい。わが国では医療機関への支払いは出来高方式である。イギリスは施行以来、キャッシュリミット制を採用している。前者は患者に必要なだけ十分なサービスを与えることが可能である一方、不要不急の治療、投薬を与え医療費の高騰を招きがちである。後者は他の国家事業同様、年度初めに予算が付与され、医療費の上限が設定されるので前述のような弊害は起こらない。しかし、医療、保健サービスという人的要素の強いサービスの性質上、計画的に予算を配分することは困難で、年度内に予算を消化した結果、その後、サービスを継続できない事態が生じている⁽¹⁸⁾。

保険制度を採用しなかったもうひとつの理由として、新たな組織はいずれ無用となるので必要ないという考えがあった⁽¹⁹⁾。すなわち、NHS 制度の施行当初、イギリスでは医療、保健サービスの普及により病気は減少し、医療費は抑えられると考えられていた。それゆえ継続的な拠出を条件とする社会保険制度は望ましい管理、資金調達の形態とみなされなかった。ベヴァリジも同様に考えていた⁽²⁰⁾。すなわち、彼のレポート中の保健サービス費用の概算において、1945年と1965年ではまったく変化がない。その理由として「サービスが発展し、その結果サービスを必要とする人数が減少する」と述べている。

さらに、イギリスにおいては、過去の社会保険がいずれも「包括性」という面では不十分なものであった⁽²¹⁾。それゆえ、立法者に、保険制度は、医療保障の分野には適さないという意識があったと言える。また、医療保険は、拠出と給付が、厳密な意味で対価関係にない保険制度であるから、採用するのは適切ではないという議論がなされていた⁽²²⁾。

本稿は NHS 法を研究の題材として検討してきたが、NHS 法の規定すべてを網羅したわけではない。本稿の研究目的が、1946年 NHS 法の立法過程と、そこで社会保険制度を選択しなかった理由の検討にあったため、それに関連を有する論点に集中してきた。それゆえ、NHS 法の論点は多岐にわたっているにもかかわらず、管理組織、病院の国有化、一般医の報酬方法などの、特に議論のあった諸点に絞って取り上げてきた。したがって、その結果、慈善病院の基本財産（7条）、医学歯学校（8条）、病院の地方管理（11～15条）、地方保健当局が管理するサービス（19～30条）、薬剤、歯科、眼科サービス（38～41条）、精神衛生サービス（49～51条）、第6部の財政、管理規定、について、利害関係者等の詳細な議論に言及していない。これらは今後の課題である。

NHS 法は1946年以来数度改正され、1990年には新しいサービスの提供方法が、NHS 制度の枠内ではあるが導入された。特に管理、財政分野での制度の改廃が目立つが、NHS の基礎をなす「国民保健サービス」、言い換えれば国営医療サービスは維持されている。様々な問題が NHS には山積しているが、それでもこの医療保障制度は社会保険制度より望ましいといえるのか。今後の課題は、上述の言及していない分野を補完し、また、1949年から始まり、現在に至るまでの NHS 法の改廃、制度の変遷を辿り、先の問いに答えることである。

参 考 文 献

- (1) 第4章第1節第1項参照。
- (2) 荒木誠之『社会保障法』（青林書院、1988年）、佐口卓『医療保険論』（有斐閣、1964年）を参考文献とした。
- (3) それぞれ健康保険法、国民健康保険法によって規定されている。
- (4) 健保法43条、国保法36条。給付内容は同じ。
- (5) 健保法44～51、59条の2～59条の4の2。国保法53～54条の3、57条の2。
- (6) 健保法45～50の2条まで現金給付の規定があるが、同じような規定は国保法の国保法58条に「その他の給付」として

規定されている。しかしながら、これは任意給付に留まる。

- (7) 荒木前掲書 pp 102-3, 110.
- (8) 健保法付則4条, 1割負担。国保法42条により3割負担。
- (9) 健保法43条の2~7。国保法37~41条。
- (10) 厚生白書(厚生省編, 1988年, pp 243)によると, 診療所の病床数(病床20床以下)において民間施設の割合はおよそ90%。それ以外の病院(20床以上)になるとその割合は60%である。「序」(3)参照。
- (11) ただし, 低所得者に対する減免措置(国保法77条), 生活保護世帯に対する医療扶助制度(生活保護法15条)がある。
- (12) 札幌市の場合, なんらかの事情で, 国民健康保険の保険料を納めず, 保険証を公布されていない者であっても, 前月に遡及して保険料を支払うことで, 即日, 医療給付を受けることが可能となる。このような取扱は市町村ごとの内規で規定されている。
- (13) Beveridge Report, para 61-65.
- (14) ただし, わが国の場合, 両保険法とも高額医療費の支給制度を設けているので, 一定額以上の負担は負わないことになっている。健保法59条の4の2。国保法57条の2。
- (15) CAB 128/2, 20 Dec, 1945.
- (16) 厚生白書, pp 244 参照。
- (17) ただし, イギリス NHS 制度においても, 地域格差がただちに解消されたわけではない。第5章第3節第3項(3)参照。
- (18) これを改善するために考えられたのが1990年の NHS トラストである。「序」参照。
- (19) Jewkes, John and Sylvia(1962) The Genesis of The British National Health Service, London, Basil Blackwell. preface.
- (20) Beveridge Report, para 270.
- (21) 友愛組合と1911年の国民保険である。第1章第2節第2項, 同第3節第2項参照。
- (22) Pater, op.cit., pp 28.