



ウェブ夫妻の医療制度改革構想に関する分析：
「医療市場」を導出する論理構造

メタデータ	言語: jpn 出版者: 宮崎大学教育文化学部 公開日: 2013-10-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 鶴田, 禎人, Tsuruta, Yoshito メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10458/4603

ウェッブ夫妻の医療制度改革構想に関する分析— 「医療市場」を導出する論理構造

鶴田禎人

Analysis on the Medical System Reform Plan of Mr. and Mrs. Webb: Logical Structure of Deriving the ‘Medical Marketplace’

Yoshito TSURUTA

1 はじめに

ベアトリス、シドニーのウェッブ夫妻(Beatrice and Sidney Webb—以下、ウェッブ)は、19世紀末葉から20世紀中葉にかけて活躍したイギリスの社会思想家としてよく知られている。本稿は、彼らのナショナル・ミニマム論に包含された医療制度改革構想を分析し、それが「医療市場(medical marketplace)」を導出する論理構造を明らかにする¹⁾。

ウェッブのナショナル・ミニマム論の本質を明らかにした研究によると、そもそもウェッブは、産業、経済社会の「効率的」発展という至上「目的」を達成するための「手段」として、ナショナル・ミニマムを位置付けた。そして、「予防」の「強制」によって個人が義務として道徳的陶冶を図ることをナショナル・ミニマム保障の絶対条件とし、それを通じてナショナル・ミニマムを漸次縮小することを求めた。また、「強制」に従わない者に対しては、「懲罰」の適用すら辞さなかった。そのような彼らのナショナル・ミニマム論からは、個人の権利の尊重や権利に基づくナショナル・ミニマムの整備という発想が導出される余地はなかった²⁾。

そして、ウェッブは、そのナショナル・ミニマム論に包含される「公衆衛生に関するナショナル・ミニマム」の発展から導かれるものとして新たな医療制度改革構想を提起し、その中に適切な予防措置と公立病院等による治療を内包させた³⁾。まず、ここで看過してはならないのは、本稿で分析対象とする彼らの医療制度改革構想があくまで上述のナショナル・ミニマム論の一端に位置付けられたことである。

一方で、イギリス国民保健サービス(National Health Service—以下、NHS)の成立過程に関する研究は、right to healthの枠組みの下で「権利としての医療」思想に基づいた抜本的な医療制度改革を目指す革新的医師ならびに労働者が、そのようなウェッブの思想を止揚したことを明らかにしてきた。彼ら革新的主体の医療制度改革構想は、「医療市場」に対する規制の強化をその具体的な内容としながら展開してきた。

ここで「医療市場」に関して概説しておく、そもそも1948年NHS成立以前のイギリス医療は、基本的には、1911年成立の給付対象や内容の限定的な社会保険である「国民健康保険

(National Health Insurance) 制度と、その下で大別するならば、営利的性格を強める篤志病院 (Voluntary Hospital) とそこで働く顧問医 (Consultant)・専門医 (Specialist)、一般医 (General Practitioner) 診療、それを補完するいわゆる「新救貧法」・公立病院から成る医療提供体制によって構成されていた。そこには、支払い能力によって規定されたサービス分布・享受に関する格差構造が厳然と存在し、まさに貨幣とサービスの交換関係に規定される「医療市場」と呼ぶのが相応しい状況であった⁴⁾。アン・ハーディー (Anne Hardy) は、「国民健康保険」制度以前のイギリス医療の状況を「医療市場」と評した⁵⁾。チャールズ・ウェブスター (Charles Webster) は、NHS 成立前の医療状況をそこからの「漸進的な衰退」を内に含む「市場関係メカニズム」と評した⁶⁾。本稿は、ウェブスターの評価を踏襲した上で、語句としてはハーディーのそれを使用し、上述のような NHS 成立以前の医療状況の全体を「医療市場」と規定する。

そして、NHS の成立過程において「医療市場」の存続・拡大を図った医師の政治的指導層や保守党などの議論から、そのような「医療市場」の特徴をカテゴリー別に挙げるとするならば、まず財源と対象としては、私費診療のスペースを保持しその下支えを図るために、給付対象や内容の限定的な公的医療保障制度が求められる。医療提供の組織化に関する管理機構としては、市場におけるサービス提供主体である篤志病院や顧問医・専門医、一般医のより自由な配置や移動の保障が求められる。また、病院診療、一般医診療においては、篤志病院の存続やそれらの独立性の保持、予防や治療を担う公的サービスに対する侵食が求められる。更に、私費診療においては、「医療市場」の根幹としてその存続・拡大が求められ、それを保障するために医師に対する俸給制の導入が否定される⁷⁾。

以上のような研究の進展からみると、次節で改めて整理するように、ウェブのナショナル・ミニマム論に包含された医療制度改革構想を分析した先行研究においては、その中における「医療市場」の位置付け、具体的にはいかなる論理構造において彼らが「医療市場」を導出したのかという点については十分に明らかにされてこなかった。しかし、それは、ウェブ研究そのものの進展に加えて、ウェブの医療制度改革構想の NHS 成立過程における歴史的位置を規定するためにも、本来欠かすことができない作業のはずである。そこで、本稿においては、上述の彼らのナショナル・ミニマム論を前提として踏まえた上で、改めてそれに包含された彼らの医療制度改革構想の分析を行い、そこから「医療市場」が導出される論理構造を明らかにしたい。また、ウェブは、医療を「社会組織に関する総合的な影響」や「目的」といった観点と結び付けて一体的に理解することを求めた⁸⁾。本稿が目的とする「医療市場」が導出される論理構造に関する分析は、「医療市場」の導出の理由をウェブ自身の一体的理解の中から明らかにする作業である。

以上が、本稿の問題意識であるが、その具体的な分析方法については節を改めて、先行研究との関係から概説しておきたい。

2 先行研究の整理と分析方法

そもそもウェブに関しては、後の本論からも感得できるように、その多岐にわたる著作の中で医療制度に中心的に言及したものは数少なく、決して詳細な医療制度改革構想を提示したわけではなかった。そのようなこともあってか、わずかな引用等をもってウェブの医療制度改革構想を評価したものこそあるが、改めて章を割いて一次資料からそれを分析した先行研究

は数多くない。しかし、そのような希少な先行研究の中には、本稿が分析のキーワードに据えた「医療市場」に関連する論点、特にその根幹である私費診療の評価に関して重要な論調の分岐が見られる。

まず、先行研究の1つの潮流として、ウェッブが私費診療を否定的に捉えていたと評価するものが挙げられる。例えば、スティーブ・スタディー(Steve Sturdy)は、ウェッブは「普遍的」な公的医療制度の構築を提起することによって、「私費診療の既存の市場の大部分を代替しようとした」と述べた⁹⁾。また、私費診療の評価に関わらず、ウェッブの医療制度改革構想の特徴をあくまで「普遍的」と評価する先行研究もこちらの潮流に入れてもよいだろう。例えば、邦語文献ではほぼ唯一ウェッブの医療制度改革構想の分析に章を割いたものと言ってよい重森臣広の論文は、私費診療の位置付けに関しては言及せず、新たな公的医療サービスをあくまで「普遍的」と評価した¹⁰⁾。

しかし、その一方で、ウェッブが決して私費診療の存在を否定したわけではなかったと評価する論者もいる。例えば、フランク・ホニズボウム(Frank Honigsbaum)は、「私費診療の保持に寄与する」ことをウェッブの医療制度改革構想の1つの特徴とした¹¹⁾。ジョン・ステュワート(John Stewart)は、ウェッブの医療制度改革構想は、私費診療を廃止する必要はないと考えただけでなく、「私費診療の医師にかかることができる者を奨励する」ものですらあったと指摘し、上述のウェッブが私費診療を否定したと述べた論者とは真逆の評価をしている¹²⁾。

また、こちらの潮流の論者の場合、ウェッブの医療制度改革構想が、私費診療を行う医師に対する譲歩という側面をもったことを強調する傾向にある。しかし、その一方で、それらは、「医療市場」および私費診療の存続・拡大に対するウェッブの「自発性」、およびそれを導出する論理構造については、十分に明らかにしてこなかった。

そこで、以上のような先行研究の分岐および傾向を踏まえた上で、本稿では、ウェッブのナショナル・ミニマム論に包含された医療制度改革構想の分析によって、そこから「医療市場」が導出される論理構造を明らかにし、先行研究の当否を指摘したい。そして、そのためには、新たな分析方法として、ウェッブの医療制度改革構想を予防と治療それぞれに分離して分析することが重要となってくる。それによって初めて、予防に関する分析から彼らの医療制度改革構想があくまでナショナル・ミニマム論に包含されることを裏付けるとともに、治療に関する分析から彼らの改革構想における「医療市場」の位置付けをより明確にし、その結果、上述の論理構造を正確に分析できると考えられる。そこで、以下の本論では、便宜的に予防を「医療市場」が導出される論理構造の第1段階、治療を第2段階として分析したい。

3 予防：「医療市場」が導出される論理構造の第1段階

(1) 「新救貧法」医療救済の「解体」

本節では、ウェッブが提起した医療制度改革構想から「医療市場」が導出される論理構造の第1段階として予防に関する分析を行うが、まずその前に必要な語句の説明を簡単に行っておきたい。上述のように彼らはナショナル・ミニマム論の一端として、新たな医療制度の構築を求めたが、それは「公衆衛生に基づかなければならない」とした上で、再びPublic Health Serviceと称した。しかし、彼らは、そのPublic Health Serviceに対して、「文字通り、それ自身全体的な提供の措置に限定され、個々の患者の治療を行わない公衆衛生(Public Health)の領域の古い考

え方は、もはや正確ではない」と指摘したように、予防を提供する公衆衛生に留まらず、個人を対象にした病院診療等の治療サービスを含むものと考えた¹³⁾。そこで、本稿のPublic Health Serviceの訳は、従来の予防・公衆衛生に留まらない治療を含む包括性をもつということで「公的保健サービス」と訳すことにする。また、それは、本稿が言うところの「医療」と同義である。

そして、ウェッブがそのような公的保健サービスによる「解体」の対象としたのは、当時、疾病貧民(the sick poor)に対する治療を主に担う基礎的な公的サービスとして、彼らを選別・劣等的に処遇する「新救貧法」医療救済であり、それがその抑制的な性格ゆえに抱えこんだ問題であった。その中で特にウェッブが懸念したのは、「新救貧法」医療救済が構造的にもたらす問題であった。つまり、選別・劣等的な処遇に由来する抑制的な性格ゆえに、疾病貧民が被救済貧民(pauper)に陥って初めて救済を受ける「新救貧法」の下では、医療救済も「生計を得られないほどに疾病が進行した、そして疾病によって金銭的な貧困に陥った人びとに不可避的に限定される」こととなった。その間、「予防可能な疾病は起こるままにされ、患者が貧困の丘をゆっくりと転がり落ちている間、疾病が徐々に進行し悪化するのを傍観しなければならなかった」¹⁴⁾。

また、ウェッブによると、そのような抑制的な性格とは逆に「新救貧法」医療救済の水準が仮に向上し、被救済貧民に人道的な処置が施されたとしても、それは問題の本質的な解決には至らなかった。「(救済に際して示さなければならない—筆者)医療令(Medical Order)の保持者は、単に病気のふりをするかもしれないし、困窮を装うかもしれない。彼は、自身の疾病や獲得する医療令に関して何の責任ももたない。それを示すかどうか、薬を飲むのか捨てるのかは彼の選択次第である。医師の指示に従うのも、不潔で自堕落を保つのも彼の望むままである」¹⁵⁾。そのようにして救済水準の向上は、人びとに「『困窮』になろうとする、もしくは困窮を装う誘惑」を与え、その上「困窮」の期間にのみ救済を提供する「新救貧法」医療救済は、当然救済期間以外の患者には「道徳的圧力もしくは懲罰的監視」を加え得なかった。そのような「新救貧法」医療救済の水準の向上は、「個人の品行や誠実さを破壊する要素を構築し、実質的には放縦や愚かさ、疾病を助長する」と考えた¹⁶⁾。

結果として、以上のような抑止もしくは改良いずれの方法を採用しても「悪質なジレンマ」をもたらすと考えた「新救貧法」医療救済に対して¹⁷⁾、ウェッブが代替に提起したのは予防を基底に据えた公的保健サービスであった。

(2) ナショナル・ミニマム論との関係と「医療市場」の提起

上述のように、ウェッブは、ナショナル・ミニマム論の一端として予防と治療の提供を含む新たな公的保健サービスの構築を提起した。そこで看過してはならないのは、彼らが、その新たな公的保健サービスの最大の特徴は「予防は治療より優れている」¹⁸⁾、「疾病に由来する貧困を妨げる最も明白で最も効果的な方法は、疾病自身を予防することである」と指摘した上で¹⁹⁾、「治療」は「予防されない」場合に「可能な限り最も早い段階」で提供するものとして²⁰⁾、あくまで疾病の予防を基底に置いたことにあった。具体的な予防措置としては、例えば物質的な環境の衛生的改善、疾病の早期段階での発見、巡回保健やアフターケアの徹底、母親学校やミルク診療所、学校医療検査、強制隔離、戸別検診と居宅看護等を提起した²¹⁾。

そもそもウェッブにとって「人間」とは、「自発的に衛生的な生活になることはない」生き物

であった²²⁾。そして、ウェットは、予防に関する諸措置を通じて、「新救貧法」医療救済では達成しえないそのような「人間」の道徳的陶冶を図ることの重要性を指摘した。それによって「肉体的放縦を抑制させ、・・・すべての人びとの自活する願望や能力を積極的に増大させ」、「健康だけではなく、我々が人種の特性の改善」を達成し、「対象とされる男女を強く高尚にする」ことを制度改革の目的に掲げた²³⁾。

また彼らは、「新救貧法」医療救済の終局的な問題点を「人口に対する深刻なダメージという結果と全体として社会に生産力の不必要な損失をもたらす」ことと考えた²⁴⁾。その中でも、特にウェットは、「総人口の半分を占め、次世代の生産力が彼らの健康に依存する若年層、学童、幼児の間に存在する発見も処置も観察もされない初期疾病の膨大な量」に危惧を示した²⁵⁾。ウェットが本項で述べたような予防の徹底による「最高に重要な『道徳的因子(moral factor)』」を付随した公的保健サービスの確立、および若年層以下を含む人びとの道徳的陶冶を伴う健康の達成を通じて図ったのは²⁶⁾、労働市場からの脱落が少なく健康水準の高い労働力の投入を可能にするという意味で「効率的」な生産力、経済社会の持続的発展という「目的」の達成であったと言える。その意味で、予防に関する彼らの指摘は、上述のようにあくまで彼らの医療制度改革構想がナショナル・ミニマム論の一端であるという自らの言及を実質的に裏付ける。

また、冒頭でウェットのナショナル・ミニマム論が予防を通じたナショナル・ミニマムの縮小を提起したことを指摘した。医療制度改革構想においても、確かにウェットは予防を通じた健康水準の向上、および労働市場への復帰によって治療に関するナショナル・ミニマムの縮小を図ったものと推測できるが、その点については明確に指摘されてはいない。しかし、その一方で彼らは、予防措置の徹底による「健康の基準の向上は、・・・私費診療を増大させる」と述べた²⁷⁾。そのような言及は、私費診療に関わる医師という圧力集団を刺激しないためであったとも思われるが、まず予防においても「医療市場」の拡大が提起されていたことは看過してはならない。

以上のような点から、ナショナル・ミニマム論に包含された彼らの医療制度改革構想において、予防は「医療市場」が導出される論理構造の第1段階として位置付けられる。その上で、ウェットは、上述のような「目的」を達成するために、二義的ではあるが治療の重要性を指摘した。しかし、ウェットの「社会にとって、それなしで人びとが生きなければならないことに比べて、治療なしで人びとが死ぬことは重要ではない」という表現からも感得できるように²⁸⁾、ウェットは「効率」をキーワードに掲げる上で、治療に関するナショナル・ミニマムに投入される資源の量も問題視していたと考えられる。そこで、以下では、彼らがいかにして治療に関するナショナル・ミニマムを縮小しようと考えたのかについて、「医療市場」との関係から明らかにしたい。

4 治療：「医療市場」が導出される論理構造の第2段階

前節まででウェットのナショナル・ミニマム論に包含された彼らの医療制度改革構想において、予防がその基底に置かれ、それによって彼らが「医療市場」の拡大を図ったことを明らかにした。上述のようにウェットは治療に関してもナショナル・ミニマム論の範疇からそれを想起したわけだが、本節では、彼らの具体的な治療に関する改革構想の分析から、「医療市場」が導出される論理構造の第2段階について考察したい。

まず、ウェブの治療に関する基本的な考え方は、「公的保健サービスによる個々の患者の治療」は、「単に個人の苦悩を救済するという願望からではなく、社会の善(good)のために行われる」という言葉に集約された。当然治療においても、諸機関を通じて「道徳的説得もしくは懲罰的監視」を加えることの重要性を示唆した²⁹⁾。それによって、「彼自身の治療において協力することを社会に対する何らかの義務と感ずること、もしくは彼の不健康を導いた悪習慣を捨て去ることをある種の強制と感ずること」を希求した³⁰⁾。まずは、そのように治療においても前節で述べたような道徳的陶冶が図られたと言える。

しかし、更に治療に関しては、新たにナショナル・ミニマムの縮小を達成するための仕組みが制度として組み込まれた。結論を急げば、「医療市場」はそれを達成するために必然的かつ「自発的」に彼らの医療制度改革構想の中から導出、および包含されることとなった。以下では、その論理構造を財源と対象に関する分析から明らかにするとともに、それを補完するためにウェブの社会保険に対する評価を行い、具体的な医療制度改革構想の内容に関して、管理機構、病院診療、一般医診療、私費診療といったカテゴリーごとに分析したい。

(1) 「医療市場」の導出：税財源と対象に関する分析から

まず、彼らは新たな公的保健サービスが「道徳的圧力もしくは懲罰的監視」を伴う税財源で賄われる必要性を提起した。それは地方税に、「社会全体が固執しなければならない文明に関するすべての要素のナショナル・ミニマム」を保障し、医療に関しては「公衆衛生の保持と病人や衰弱した者の治療に関する・・・すべての支出に利用可能」な国庫補助(Grant in Aid)を加えたものを財源とした³¹⁾。

しかし、治療に関しては、税によるサービス提供がすべて無料を求めると考えることは「誤り」であると指摘し、すべての疾病もしくは特定のものを除いた疾病に対して「特別課金(Special Assessments)」と家族人数ごとの支払能力に応じた負担額を決定し、公的扶助登録官(Registrar of Public Assistance)が指揮する地方自治体機関による回収を提起した。そこでは、基準収入額以下の者には負担が課せられない一方、基準収入額以上の者からは強制的に支払いが回収されるとした。その上で、「請求と回収に関する仕組みの主要な目的」は、その「財政」に加え、「社会全体の利益において、公的保健当局(Public Health Department)の医療サービスを、公的支出によって治療が提供されなければならない人口の一部に限定すること」とした³²⁾。

そして、それを達成するために、ウェブは、『新救貧法』のすべての院外医療サービスは、貧者に独自の医師を選択させる公的補助金システムによって取って代えられるべきであるという要求は、誰も支持する保証はない。何らかのそのようなシステムは、私費診療を行う医師の活動や報酬への最も深刻な侵入を導くだけでなく、医薬外品(medical extras)や一般的な治療薬に関する公的資金の多大な支出をもたらすだろう」と述べ、全般的な私費診療の廃止と新たな公的サービスにおける医師の自由選択を否定し、存続する私費診療との区別を明確にした³³⁾。公的サービスにおける無料の限界は、週給15-21シリング以下もしくは³⁴⁾、「私費診療の医師の費用をまったく支払うことができない階級のみ認められるように、無料の限界は大人一人当たり週給約3シリングくらいであろう」として極めて限定的な範囲に留めた³⁵⁾。それを超える者に対する実質的な負担額は、「彼ら自身の医師を選択することを促すようなレート」の設定³⁶⁾、および「最低限でも私費診療の料金を支払えるすべての人びとに少なくとも私費診療を行う医師のそれと同額の支払い」を求めた³⁷⁾。結果として、そのような自己負担と医師の自由

選択の否定によって、公的サービスは無料対象以外の者に対しては「何の魅力もない」ものとなり、私費診療への誘引が図られた³⁸⁾。

以上のように、治療に関する新たな公的サービスの実質的な対象は、文字通り「医療市場」に参加しえない疾病貧民に限定された。「上層」である篤志病院や各医師の私費診療の存続を保障しその価値を高めるために、私費診療と同程度の自己負担を伴う「下層」の公的サービスにおける医師の自由選択を否定し両者の区別を存続させ、私費診療への流入を促進することによって公的サービスそのものの縮小を図った。公的サービスの普遍性の否定、および階層的な制度の構築が示唆され、公的治療サービスは新たなスティグマを生み出しかねないものとなった。「医療市場」との関連で言えば、ウェットはむしろその拡大が望ましいと考えていたと言える。その背景には、無料の公的治療サービスの普遍化が人びとの道徳的墮落を促進し、行政「効率化」を阻害し、ひいては「効率的」な経済社会の発展を否定するという危機感があったと考えられる。そして、それを予防し、公的治療サービスを縮小するために、人びとの道徳的陶冶を伴う健康の達成と「医療市場」の拡大を提起した予防サービスを下敷きとした上で、自己負担と医師の自由選択の否定を利用して「医療市場」の拡大を図った。その論理構造として、医療制度改革構想がナショナル・ミニマム論の一端であるがゆえに、ウェットは治療に関するナショナル・ミニマムの縮小を達成するために「医療市場」を必然的に導出および利用し、その拡大をあくまで「自発的」に認めたと言える。

確かに、自己負担の「強制」および私費診療への誘導は、先行研究が指摘し、ウェット自身も述べたように「私費診療を行う医師を保護するための効果的な手段」でもあった³⁹⁾。しかし、繰り返しとなるが、それはウェットのナショナル・ミニマム論に包含された医療制度改革構想において、あくまで「自発的」に導出されるものでもあったことは看過してはならない。

以上、ウェットのナショナル・ミニマム論に包含された医療制度改革構想を分析し、それが「医療市場」を導出する論理構造を明らかにしてきた。以下では、それを踏まえ、また補完する意味でも彼らの社会保険に対する評価、および具体的な医療提供制度の内容について分析したい。特に後者の分析においては、彼らの医療制度改革構想における「医療市場」に対する規制という側面を見出すことになる。

(2) 社会保険に対する評価

上述のように、ウェットは新たな公的保健サービスの財源として税財源を基本的に推奨した。当初、ウェットは、具体的な改革構想の基本的な財源には、「社会から個人へのどんな補助金もより良い品行に関する条件をもつべきであり、どのような保険計画も国家がその現金の代わりに何も得ないという重大な欠陥をもつ」と考え、「人びとが品行に関わらず受給の権利をもつとを感じる」社会保険を否定した⁴⁰⁾。ウェットにとっては、「疾病や失業の期間に現金給付が自動的に分配され、パネルシステムの下で医師の選択の自由が与えられる強制保険は、疾病もしくは失業の発生を予防しないし、できないだろう。実際に、病人や失業者が回復したり健康な状態を維持する、もしくは職を探したり保持するという何らかの相応の義務なしで現金収入の権利が与えられるという事実は、我々には、仮病や生活のために働くのを嫌がることを助長しがちであるように思われた」⁴¹⁾。そういった意味で、彼らは、「新救貧法」と同様に、「保険は予防しない」という「根本的な欠点」を抱えた上に、「非常に慎重に防止しない限り、それが備えると主張する害悪を増加させる」というジレンマを抱えると理解していた⁴²⁾。そして、新たな

公的保健サービスは、社会保険ではなく、税財源に基づく予防を基底に据えた「公的保健の大再編に導くこと」を提起した⁴³⁾。

しかし、一方で、ウェッブは確かに基本的に税財源による医療制度の構築が望ましいと考えたが、社会保険の導入を基調とする当時の議論動向の中で、社会保険方式に対する評価を迫られることとなった。そして、彼らは、社会保険を採用する場合には、公的支出の削減のために、全国民を対象とした普遍的・強制的な社会保険を否定的に捉え、あくまで自発的な任意保険に国庫負担を付加した「ゲント方式」を念頭に置いていた⁴⁴⁾。

また、彼らは、それだけに留まらず、現実の強制的「国民健康保険」制度の存在を無視できずその改革も視野に入れていた。それは、「予防の線に沿った効果的な治療が本当にすべてのケースで行われるならば、保険それ自身のみでは効果はないが、そのような強制医療給付保険は我々が推奨する疾病予防キャンペーンと完全に整合する」と述べたように、予防とワンセットの提供が条件であった⁴⁵⁾。その上で、被保険者としての対象を「すべての熟練工と下層中間階級」より下層の労働者とした上で、同様の対象をもつ現行制度の被保険者の所得上限を更に切り下げ、彼らの「自立」を図った⁴⁶⁾。また、「国民健康保険」制度下では認められていた医師の自由選択を否定した⁴⁷⁾。

前項で述べたように、ウェッブは公的治療サービスの無料の上限を週給3シリング程度に設定したが、それは当時の「国民健康保険」制度の平均的負担を行えず、減免が認められる被保険者の範疇とほぼ同一であった。つまり、ウェッブは、上述の税財源の場合に比べて、更にほとんどすべての被保険者にも保険料負担を課すことによって財源面からの公的負担削減を図る一方で、平均的な保険料負担を行う被保険者の医師の自由選択を否定することによって、実質的に彼らの私費診療への流出の意欲を高めたと言える。結局ウェッブは、「公的保健計画においては保険の抛出サイドは受容する」と述べたように⁴⁸⁾、社会保険であろうとなかろうと新たな公的保健サービスにおいては、治療に関するナショナル・ミニマムの縮小を図るために、自己負担と医師の自由選択の否定を利用し、「医療市場」の拡大を図ったと言える。

次項では、以上のようなウェッブの財源論に基づいた具体的な医療提供制度に関する改革構想について分析したい。なお彼らが提起した社会保険財源の場合、一般医診療のみを提供する社会保険とそれ以外の公的治療サービスとの関係性は十分に言及されず、並列が想起されるに留まった。以下の提供制度改革については、あくまでウェッブが最善と考えた税財源に基づくものである。

(3) 医療提供制度に関する改革構想の内容

まず、医療提供に関して、ウェッブが「病人の公的な処遇に関して求めたものは、・・・何よりも管理の統一」であった⁴⁹⁾。医療提供の組織化に関する管理機構としては、例えば中央において地方行政庁(Local Government Board)の救貧法部門(Poor Law Division)ではなく公的保健当局の設置が提起され、その監督下で終局的には市民が決定を担うという意味で民主的な地方自治体の公的保健委員会(Public Health Committees)が組織化の任を担うとした。そのような管理機構の下で、ワークハウスから「新救貧法」病院・診療所、院外救済といったすべての「新救貧法」医療救済が移行され、予防と治療サービスが統合的に提供されることとなった⁵⁰⁾。また、病院診療に関しては、例えばロンドンにおいては地方自治体機関として中央病院局(Central Hospital Board)の設置、他の地方ではカウンティ議会の病院委員会(Asylum Committee)への同

様の権限の委譲などによって、公的病院の管理やすべての篤志病院の会計検査や監督を図ることを提起した⁵¹⁾。なお、管理機構における医師の位置付けに関しては、中央・地方管理機構においては、政府の行為に関与する能力はもたないが議会に対して医療に関する調査や報告を提出する法定の諮問委員会(Advisory Committee)等を通じた参加を認め、地方管理機構においては更に直接代表者の選出を認めた⁵²⁾。

そのような管理機構の下での医療提供として、病院診療に関しては、「病人に対する治療は、ますます集団的提供(collective provision)の問題にならなければならない」と評したように⁵³⁾、それを財源や人員の共同性などから体現し、世紀転換期の医療提供においてそのプレゼンスを大きく拡大した病院診療を重要視した。そして、ウェッジは、「新救貧法」下にある病院や既存の施設の地方自治体への移管・増強を求めたが、あくまでそれは私費診療を行う篤志病院の「補完」であった⁵⁴⁾。確かにロンドンに限って言えば、「最終的には、われわれはすべての『私的な冒険的事業(篤志病院等を指す—筆者)』の公的施設による代替を主張しなければならない」と指摘したこともあった⁵⁵⁾。しかし、そのような見解は最終的には彼らの主張と相容れることはなく、公的サービスから篤志病院への移管すら図られる場合があると述べるに至った⁵⁶⁾。

また、一般医診療に関しては、「居宅における適切な治療が不可能」ではない場合、「患者が断続的に仮病を使ったり、もしくは支持された養生法に従うことを拒否」しない場合、「患者が他人にとって危険の源」ではない場合に、居宅診療の提供が認められた⁵⁷⁾。そして、院外救済の公的サービスへの移管、居宅診療の提供を図った⁵⁸⁾。しかし、そこでも「公費による無料治療の必要以上の拡大」を避け、公的サービスにおける一般医診療の限定が求められた⁵⁹⁾。当然そこには、私費診療の保持という意図があったと考えられる。

その上で、「医療市場」の根幹となる私費診療については、上述のようにその拡大が図られた。確かに、地方自治体で活動する衛生職員や医師の一部などに対しては、フルタイム俸給制が採られるとしたこともあった⁶⁰⁾。しかし、それは、医師が私費診療を継続できるようにパートタイム俸給制に留め⁶¹⁾、臨床に関するフルタイム俸給制の導入は私費診療の継続を保証するために繰り返し否定した⁶²⁾。もちろんそこには医師の抵抗も大きく起因していたが⁶³⁾、これまで述べてきたような彼らの医療制度改革構想を貫く論理構造からみれば、ウェッジが私費診療を否定する可能性は根本的になかったと言ってよい。

ここで、彼らの医療提供制度に関する改革構想を「医療市場」との関係から評価するならば、国庫補助によるナショナル・ミニマム保障を下敷きとした地方税財源に基づく医療制度の構築、予防・治療の統合的な医療提供の組織化を行う管理機構に民主的な地方自治体を選んだこと、篤志病院診療に対する若干の統制と公立病院の拡大の示唆、公的一般医診療の提起、私費診療に関する俸給制の一部導入の言及によって「医療市場」に対する一部規制を伴う公的サービスの構築を提起したと言える。しかし、その一方で、あくまで「医療市場」の拡大を図る立場から、篤志病院や各医師の私費診療の存続・拡大やフルタイム俸給制の否定を提起した。

おわりに

最後にこれまでの分析をまとめておわりとしたい。本稿は、ウェッジ夫妻のナショナル・ミニマム論に包含された彼らの医療制度改革構想を分析し、それが「医療市場」を導出する論理構造を明らかにすることを目的とした。そして、彼らの医療制度改革構想を治療と予防の両側

面から分析することによって、その目的を達成するとともに、ウェブの「医療市場」および私費診療に対する評価に関する先行研究の当否を明らかにすることを試みた。

まず、ウェブは、そのナショナル・ミニマム論の一端に医療制度改革構想を位置付け、「新救貧法」医療救済に代わって新たな公的保健サービスの構築を提起した。そして、その基底には予防を位置付けた。また、予防を徹底することによって、若年層以下を含む社会に生きる者の道徳的陶冶を伴う健康を確保し、「効率的」な生産力、経済社会の持続的な発展を達成することがウェブの問題意識であった。さらに、そこでは、予防を通じた「医療市場」の拡大が図られた。

その上で、治療サービスに関しては、国庫補助によるナショナル・ミニマム保障を下敷きとした地方税財源に基づく医療制度の構築、予防・治療の統合的な医療提供の組織化を行う管理機構に民主的な地方自治体を選んだこと、篤志病院診療に対する若干の統制と公立病院の拡大の示唆、公的一般医診療の提起、私費診療に関する俸給制の一部導入の言及によって「医療市場」に対する一部規制を伴う公的サービスの構築を提起した。

しかし、彼らは、あくまで篤志病院や各医師の私費診療の存続を保障し、自己負担を伴う公的サービスのみにおける医師の自由選択を否定することによって私費診療の価値を高め、公的サービスそのものの縮小を図った。そして、実質的には、公的サービスの普遍性の否定、および階層的な制度の構築を提起した。「医療市場」との関連で言えば、ウェブはむしろその拡大が望ましいと考えていたと言える。その背景には、無料の公的治療サービスの普遍化が人びとの道徳的墮落を促進し、行政「効率化」を阻害し、ひいては「効率的」な経済社会の発展を否定するという危機感があったと考えられる。それを「予防」し、公的治療サービスを縮小するために、人びとの道徳的陶冶を伴う健康の達成と「医療市場」の拡大を提起した予防サービスを下敷きとした上で、自己負担と医師の自由選択の否定を利用して「医療市場」の拡大を図った。その論理構造として、医療制度改革構想がナショナル・ミニマム論の一端であるがゆえに、ウェブは治療に関するナショナル・ミニマムの縮小を達成するために「医療市場」を必然的に導出および利用し、その拡大をあくまで「自発的」に認めたと言える。

以上のようなウェブのナショナル・ミニマム論に包含された彼らの医療制度改革構想が「医療市場」を導出する論理構造から先行研究を評価すれば、まず彼らの医療制度改革構想が私費診療を否定したと指摘したり、治療の独自性を無視してあくまでその「普遍性」を指摘することは誤りである。ウェブが、「公共の利益において、求められるものは、現在それを欠いている人びとに治療や生活費を単に保障することである。何らかの普遍的な計画が伴うものは、それを必要としない膨大な他の者に対する同様の恩恵である」と指摘し、公的治療サービスにおける普遍性を否定していたことを看過してはならない⁶⁴⁾。

一方、本稿では、逆にウェブが私費診療の存続・拡大を図ったことを指摘した先行研究の正当性を明らかにするとともに、その論理構造の欠損という限界を補った。確かに、ウェブの医療制度改革構想は、私費診療を行う医師に対する譲歩という側面もっていた。しかし、それらの先行研究は「医療市場」および私費診療の存続・拡大に対するウェブの「自発性」およびそれを導出する論理構造については、十分に明らかにしてこなかった。本稿では、その論理構造として、医療制度改革構想がナショナル・ミニマム論の一端であるがゆえに、治療に関するナショナル・ミニマムの縮小を達成するために「医療市場」があくまで「自発的」に導出されるものでもあったことを明らかにした。

冒頭で述べたように、NHSの成立過程における革新的主体によるright to health思想は、現実的土台としての「医療市場」に対する規制を希求し、思想的土台としてのウェブの医療制度改革構想に対する止揚を図るものであった。本稿で明らかにされたウェブの「医療市場」を導出する論理構造を踏まえ、それが「医療市場」に対する規制という側面の発展によって、いかなる過程で止揚されていったのかを更に詳細に探ることが以降の筆者の課題となる。

(2013年4月25日受理)

注・文献

- 1) 管見の限り、医療制度改革構想においては、夫妻の間に見解の相違は見当たらないために、本稿ではウェブ夫妻をウェブと略称することを断っておく。
- 2) 鶴田禎人「ウェブ夫妻のナショナル・ミニマム論と医療制度改革構想」『日本医療経済学会会報』第26巻第1号、2007年。
- 3) S. Webb, *Towards Social Democracy? : A Study of Social Evolution during the Past Three-Quarters of a Century*, George Allen & Unwin, 1916, pp.29-30.
- 4) 鶴田禎人「1920年イギリス『ドーンソン報告』の再評価」『日本医療経済学会会報』第27巻第1号、2007年、53-60頁。
- 5) A. Hardy, *Health and Medicine in Britain since 1860*, Palgrave, 2001, p.14.
- 6) C. Webster, “Conflict and Consensus : Explaining the British Health Service”, *Twentieth Century British History*, Vol.1, No.2, 1990, p.150.
- 7) 鶴田禎人「1920年イギリス『ドーンソン報告』の再評価」；「1930年代イギリスにおける医療制度改革構想」『日本医療経済学会会報』第27巻第2号、2008年；「第二次世界大戦期イギリスにおける医療制度改革構想：『医療市場』に関する対立と規制の強化」『日本医療経済学会会報』第29巻第1号、2010年；「イギリス国民保健サービスの成立と『医療市場』」『宮崎大学教育文化学部紀要〈社会科学〉』第25号、2011年；「健康権、および権利としての医療思想に関する史的研究：イギリスを対象にして」『医療・福祉研究』第21号、2012年。
- 8) S. Webb, “Foreword”, in H. E. Sigerist, *Socialized Medicine in the Soviet Union*, Victor Gollancz, 1937, pp.7-8.
- 9) S. Sturdy, “Alternative Publics : The Development of Government Policy on Personal Health Care, 1905-1911”, in S. Sturdy ed, *Medicine, Health, and the Public Sphere in Britain, 1600-2000*, Routledge, 2002, p.247.
- 10) 重森臣広「救貧法制の動揺とワークフェア構想：就労支援の3つの戦術」宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』ミネルヴァ書房、2002年、201-208頁。
- 11) F. Honigsbaum, *The Division in British Medicine : A History of the Separation of General Practice from Hospital Care, 1911-1968*, Kogan Page, 1979, p.53.
- 12) J. Stewart, *The Battle for Health : A Political History of Socialist Medical Association, 1930-51*, Ashgate, 1999, p.15.
- 13) S. Webb and B. Webb, *The State and the Doctor*, Longmans, Green and Co, 1910, pp.218, 235.
- 14) Ibid., p.236.
- 15) Ibid., p.45.
- 16) Ibid., pp.237-238.
- 17) Ibid., p.238.

- 18) B. Webb, *Complete National Provision for Sickness : How to Amend the Insurance Act*, Garden City Press, 1912, p. 11.
- 19) S. Webb and B. Webb, *The Prevention of Destitution*, Longmans, Green and Co, 1916, p. 18.
- 20) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p. 218.
- 21) *Ibid.*, p. 237 ; Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, p. 34.
- 22) Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, p. 21.
- 23) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, pp. 45, 259.
- 24) *Ibid.*, p. vi .
- 25) *Ibid.*, p. 212.
- 26) *Ibid.*, p. 237.
- 27) *Ibid.*, p. 254.
- 28) *Ibid.*, p. 212.
- 29) *Ibid.*, p. 239.
- 30) *Ibid.*, p. 260.
- 31) S. Webb, *Grants in Aid : A Criticism and a Proposal*, Longmans, Green and Co, 1911, pp. 24, 97 .
- 32) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, pp. 233, 240, 253-259 .
- 33) *Ibid.*, pp. 230-231 .
- 34) B. Webb, *The Minority Report in its Relation to Public Health and the Medical Profession*, Garden City Press, 1910, pp. 19-20.
- 35) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p. 255.
- 36) *Ibid.*, p. 259.
- 37) *British Medical Journal*, Vol. 2, No. 2589, 1910, p. 371.
- 38) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p. 257 .
- 39) *Ibid.*, p. 259.
- 40) Diary of Beatrice Webb, 16 October 1908, in B. Webb, *Our Partnership*, Longmans, Green and Co, 1948, p. 417.
- 41) Diary of Beatrice Webb, 3 June 1911, in *ibid.*, p. 479 .
- 42) Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, pp. 160, 162.
- 43) Diary of Beatrice Webb, 6 March 1911, in Webb, *Our Partnership*, p. 470.
- 44) Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, pp. 159-220; ウェブの社会保険に対する考え方については、江里口拓「ウェブ夫妻における『進歩』の構想：失業対策をめぐるベヴァリッジとの対立」小峯敦編『福祉国家の経済思想：自由と統制の統合』ナカニシヤ出版、2006年、98-102頁も参照。
- 45) Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, p. 39.
- 46) *Ibid.*, p. 171.
- 47) *Ibid.*, pp. 187-188.
- 48) Diary of Beatrice Webb, 6 March 1911, in Webb, *Our Partnership*, p. 470.
- 49) *British Medical Journal*, 1910, Vol. 2, No. 2589, p. 370.
- 50) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, pp. 248-250 ; Webb, *The Minority Report in its Relation to Public Health and the Medical Profession*, p. 3.
- 51) S. Webb, "The Reform of the Poor Law", in S. Webb and B. Webb, *Problems of Modern Industry*, new ed, Longmans, Green and Co, 1920, p. 179.
- 52) Letter to Beatrice Webb to Herbert Samuel, 27 October 1917, in N. Mackenzie ed, *The Letters of Sidney and Beatrice Webb*, Vol. III, Cambridge University Press, 1978, p. 94 ; S. Webb, "The Labour Party and the Medical Profession", *British Medical Journal*, Vol. 2, No. 3007, 1918, pp. 175-176 ; S. Webb, "The Labour Party and the Medical Profession", *British Medical Journal*, Vol. 2, No. 3011, 1918, p. 301.

- 53) Webb, *The Reform of the Poor Law*, p.177.
- 54) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p.250; Webb, *The Minority Report in its Relation to Public Health and the Medical Profession*, p.23.
- 55) S. Webb, *The London Programme*, Swan Sonnenschein, 1891, p.89.
- 56) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p.231.
- 57) *Ibid.*, p.229.
- 58) *Ibid.*, pp.249, 250.
- 59) Webb, *The Reform of the Poor Law*, p.179.
- 60) Webb and Webb, *The State and the Doctor*, p.250.
- 61) B. Webb, *Complete National Provision for Sickness : How to Amend the Insurance Act*, Garden City Press, 1912, p.14.
- 62) S. Webb, “The Labour Party and the Medical Profession”, *British Medical Journal*, Vol.2, No.3007, 1918, p.175 ; S. Webb, “The Labour Party and the Medical Profession”, *British Medical Journal*, Vol.2, No. 3011, 1918, p.301.
- 63) H. Brackenbury, “The Labour Party and the Medical Profession”, *British Medical Journal*, Vol.2, No.3008, 1918, p.203.
- 64) Webb and Webb, *The Prevention of Destitution*, p.171.