



Title	医療制度の現状と展望：日本の医療保障を中心として（要旨）
Author(s)	佐口, 卓
Citation	大阪公衆衛生. 1971, 27, p. 2-19
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/84306
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

医療制度の現状と展望

——日本の医療保障を中心として（要旨）——



早稲田大学教授

佐 口 卓

はじめに

お招きを受けまして私がお話を申し上げることになりましたが、研修ということでございますので、講演というよりは多少講義めいた内容になるということをご了承願いたいと思います。いま一つは、こちらからのお話では「医療制度の現状と展望」ということでございまして、おそらくはこの内容、皆さま方のお仕事を考えた場合には医療保障ということでお話ししたほうが適切ではなかろうか。もちろん私は医師ではございませんので、そうこまかい医療制度をやることはできない。またやるとしても社会保障なり医療保障という観点から医療制度のあり方等についての、あるいは外国の若干の事例についてお話しするにとどまるということになると思います。

I. 社会保障と医療保障

——一元論と二元論——

社 会 保 障

まず最初に、社会保障と医療保障という問題をどうしても考えていかなければならないわけですが、私は社会保障の本質的な問題をここでやるというよりも、非常に便宜的ではありますが、社会保障の機能論というような考え方を一応とっていきます。

その機能論というのは結局何であるかという、一言で申しまして、人の生まれてから死ぬまでの一生にわたる生活の保障である、というようなとらえ方をします。さらに最近の新しい考え方がありますところのライフ・サイクル、生活週期と申しますか、ライフ・

サイクルに沿って考えた場合には、一応人生二回の扶養期があると申します。即ち、年少のころと老人のころであります。その間は生産年齢人口の中で働くわけです。

この親に扶養される年少期（16才未満）に対しては児童手当制度が対応いたします。それから老後に対しては、いうまでもなく老齢年金というような年金制度によってまず老後の生活の基盤をつくる、というようなことであります。老人福祉という問題になりますともう少し内容がふえ、変わってまいります。社会保障の中で狭い意味でとらえた場合の老後の問題というのは、経済的な基盤をつくる年金制度であります。このように労働力を実は失なっておりますような時期、あるいは働くことができない年少期と老年期に対しては、いま申し上げたような児童手当と老齢年金がつくことになります。

その間にあって生産年齢人口、あるいは働くことのできる間、これは元気に働いて、そこで得た賃金所得によって生活を維持するというきわめて一般的な事柄があります。ただし、働けない状態になった場合、たとえば傷病、出産、あるいは身体障害、というような場合にはそれぞれ、業務上であるとすればそれは労災保険の現実の問題になります。それから業務外であるとやるならば、日本でいえばいまは健康保険等の医療保険の問題になります。ただ障害の場合には、これは厚生年金等の障害一時金、障害年金等になります。それから死亡の場合になりますが、死亡の場合には、これは一時金の葬祭料、埋葬料という問題がありますが、遺族ということになってはじめてここで遺族の補償、

具体的には遺族年金等になるわけであります。それからいま一つは、労働力はそこなわれてないけれども、労働の機会を失なってしまうような場合には失業というようなことが起き、これに対しましては具体的に失業保険というものが対応いたします。

したがいまして、日本の制度のみならず、外国の制度もほぼこういった形でつくられておりまして、第1表に「わが国の社会保障制度」ということで一応、傷病、老齢、障害、遺族、失業、業務上災害というふうな分類がしてございます。まさにこのとおりであります。ただ、この春からご存じのように児童手当制度が成立をいたしましたので、まあ年少者に対しての児童手当がこれに日本の場合はついてきます。

具体的には、これはあとで日本の医療保障は実は医療保険であるということでお話をしなければなりませんが、第2表にありますように、現実には日本の社会保障というのは社会保険であります。これが現行、国民皆保険、あるいは国民皆年金という形で進められておりますし、医療の場合の保障は国民皆保険という形で医療保険を原則的に私どもは社会保障のあり方として考えております。いまこれを批判することは容易でありますけれどもこれは避けまして、やや客観的な分

(第1表) わが国の社会保障制度

事故	対象	被 用 者	一般国民	公務員等
医 療 保 障 (傷 病)	健 康 保 險 政府管掌 組合管掌 日 雇 健 保 船 員 保 險	国民健康保	共済組合	
老 令 保 障 (老令, 障 害, 遺族)	厚 生 年 金 厚生年金基 政府管掌 船 員 保 險	国民年金	共済組合	
失 業 保 險 (失 業)	失 業 保 險 (日雇含む) 船 員 保 險			
労 災 保 險 (業務上災害)	労 災 保 險		公 務 員 災害補償	

析等をしながら話を進めます。

社会保障と医療保障の関係

いま申し上げたような日本の社会保障という問題が出てきたわけですが、この場合に、いま一つここで医療保障ということばが使われている。社会保障と医療保障という関係がどのように位置づけられるかということは、まず最初にはっきりしておく必要があります。

いま私が機能的に社会保障という問題を説明申し上げたわけですが、これはすでにお気づきのよう

に医療については触れておりません。全部それは金の問題としてとらえています。つまり、生活に要する費用の問題としてとらえられています。ということは、社会保障がまずもって狭い意味におきましては所得保障ないしは経済保障といわれるものであるということ

を明らかにしているということでもあります。

そこで一元論と二元論という問題が出てきます。一元論とは、いまのように社会保障は所得保障であると限定しているといわれる。それではこの立場の方々は社会保障を経済保障として一貫して把握するけれども、医療は無視しているのか、ということになるわけです。しかしこの一元論の経済保障や所得保障の議論をするとしても、決して医療は無視しているのではあ

(第2表) わが国の社会保険

対 象	
一般民間被用者	健康保険
	厚生年金
	失業保険
	労災保険
(石炭鉱業年金基金法)	
日雇	日雇健保・失保
船員	船員保険
国家公務員	国家公務員共済組合
	国家公務員共済補償
地方公務員	地方公務員共済組合
	地方公務員共済補償
公企体職員	公企体共済組合
私立学校教職員	私学共済組合
農林・漁業団体職員	農林共済(農林年金)
その他の国民	国民健康保険
	国民年金

りません。

医療保障を考える場合に、医療の経済的保障として考えているということです。

もう少し具体的に申し上げると、これは病気、傷病等になった場合に医療の保障が必要であるという、そして少なくとも近代的な医療を受けるためには医療機関にいきまして医療を受ける。そこでもし保険とかサービス、あるいは扶助、そういう社会的な制度というものがないと仮定した場合には、自由診療になりますから看護料金、診療料金を医療機関側から請求され、それを払う。そして、あとでもし社会的な収入があるとするれば、そちらのほうからその費用が戻ってくるといふ、日本でいえば療養費払い、あるいは医療費償還制度、そういうような形と結びついて医療の保障ができるという解釈です。

こう考えた場合、この性格は医療の費用の保障であり、所得の追加的な支払いという形態をもって費用が保障されるということになりますのでまさに所得保障であります。あるいは医療の経済的な面での医療費の保障であるという考え方です。したがって、一元化といわれる方々の主張の中には、医療は経済的な費用保障でいいんだという議論になります。

ところが日本の医療保険それ自体を考えましても、多くの国の医療保障のあり方を見ましても現物給付、つまり医療そのものを給付するという形のところが実は多い。日本のような場合には療養費払いといわれる医療費償還制は、特殊な事情に限って許されることであって、現行制度においては、そしてまた伝統的に日本は現物給付形態であります。そう考えた場合、これは医療の費用保障ではなくて、まさに必要とする医療そのものを現物で保障するんだ、こう考えた場合には、それはまさに所得保障に対比される医療保障ではなかろうかという議論ができる。つまり、費用の経済保障としてのみ一元化として把握することは困難であり、むしろ医療保障という別個の体系を所得保障に配置して考えてしかるべきではないかということになれば、これはまさに所得保障と医療保障という二元論になってきます。でありますから、社会保障の中で医療保障というものを主張しようとするれば、それはおのずから二元論になってくるであろうというふうに考えるわけであります。

このもってまわったような、あるいは皆さん方がもう割り切って考えておられると思いますけれども、最初にこういうことを少しずるずる申し上げましたのは、やはり日本の医療保障等を考えていく場合において、明らかに一元論的な立場に立つか、特に二元論に立

つかということははっきりしておく必要があります。た生活的な問題を取り上げるにしても、日本の医療保障をどう今後もっていくかという場合に、その性格のあり方として一元論か二元論かということははっきりしておく必要があろうかと思うのです。これは現実の問題として、ときとしては療養費払い、すなわち償還制度というものが問題とされてくるからであります。

II. 医療保障と医療保険

医療の需給における社会化

その次に、そういう医療保障——ここでは、したがって二元論の中で、所得保障と対比した形の医療保障を別個の体系として私は考えてお話を申し上げますが、この場合の医療保障というのは、まず現実には日本では保険であるということであり、医療保険が医療保障であるということです。

医療保障というのは、医療保険をやめてしまうことではありません。。これは非常に妥協的というおしかりを受けるかもしれませんが、保険は保険でいいんです。多くの国はみんな保険です。保険は保険でいいんですけれども、いわば保険というのは一口で申し上げると、医療の需要側の社会化の問題なんです。つまり、医療を欲する国民の側において、医療が受けやすい体制がつくられてるという意味であります。だから医療保障というなら、制度は医療保険であろうとも、医療の供給側の社会化の問題、つまり狭い意味の医療制度、そして、医療機関のあり方、そういうものを含めて医療の供給側が何らかの社会化を遂げなければならないし、そこでは、はじめて医療の需要の社会化というものに対応した供給の社会化というものが存在すべきなんです。そこではじめて医療の需給関係というものが一体化するはずなんです。ここが非常に問題点であります。

日本の場合にはこうした医療の供給側は、もう私が申し上げるまでもなく、有名な事柄として、明治以来一貫して現在においてもささえられている自由開業医制度があります。多少の変貌は部分的に遂げておりますが、やはり日本の医療制度は基本的に自由開業医制度というものを基盤としております。このように全く自由な立場で医療制度というものを存在させておきながら、医療を受ける側のほうは、国民の立場としては、医療保険で受診をするという状況になっています。この矛盾がまず根本にあるということです。

いま医療問題というようなことが非常にいわれております。しかし私は、皆さん方はもちろんであります、多くの人がそういう現象的な断面の問題にまどわ

されてはいけないと思います。そして私どもはもっと基本的な日本の医療保障なり、なぜ医療の問題がこのようになってくるかという根本をやや明らかにしておく必要があると考えますので、手前みそでございますけれどもこのような話を私申し上げるわけでありす。

まずこのように医療の供給側と需要側の関係がうまくいってないということも一つの根本的な日本のいまの医療問題の根源にあるというふうに考えてよろしいかと思います。

その次は、医療保険自体における問題があるのです。これはまあ若干あとのほうで申し上げます。

社会主義国でも保険は残っている

さて、保険を脱皮することが医療保障だといたしましても、実は社会主義国におきましては医療サービスという形態をとるのが原則ですが、医療保険も残っております。しかし、この場合の保険制度というのは傷病手当金のことであります。現在は医療保険と申しますのは、むしろ療養の給付、つまり医療の保障に重点が置かれていると考えるわけです。したがって人によってはメディカル・インシュアランス (medical insurance) というようなことばを使いますが、あるいはまたヘルス・インシュアランス (health insurance) 健康保険ということになるんでしょう。しかしもとのこうした意味はシックネス・インシュアランス (sickness insurance) です。日本ではこれを疾病保険と訳しており、疾病保険の中身は医療の保障よりも傷病手当金、あるいは休業補償金の保障が実は歴史的には最初であり、あるいは現在でも社会主義国では医療の保障はサービスですけれども、傷病手当金や休業補償金はシックネス・インシュアランス (疾病保険) という形でやっております。

それから、資本主義国では多く医療保険でありますし、さらにイギリスと、それからニュージーランドを入れればたかが2ヵ国程度がサービスであり、多く

は医療保険であります。

Ⅲ. 医療保障の国際的類型

そんなに多くの国が医療の保障をもってはいない

そこで私どもは第三といたしまして、医療保障の国際的類型をやるわけですが、その前にちょっとごらん願いたいのは第3表で、これはアメリカの社会保障局が調査しまして1970年に発表いたしました69年までの世界の社会保障の実施国数です。「なんらかの制度」というのは、とにかく社会保障とよべる制度であり、これが69年段階では123ヵ国あります。現在の独立国の数が約130ですから、ほとんどの国が何らかの社会保障を持っているということはわかります、しかしながら3行目の「疾病出産」という、いわゆる医療の保障につきましては68ヵ国であります。意外と少ない。そしてむしろ事業面が「老齢廃疾遺族」にあり、これが年金制度であります。年金制度のほうが多いんです。あるいは4行目にある労働災害は常に圧倒的に多い。これは社会保障というものは業務上の災害の補償が歴史的には早いことと、それを中心にしながら労働力の所有者に対する業務上の災害補償から出発しているということが、やはりここにあるわけであります。いずれにしても皆さんが期待されているように、そんなに多くの国が医療の保障を持ってるわけではないということがわかります。

日本では所得保障がおくれている

さらに第4表、これも有名な表でございますから皆さんはご存じでしょう。ILOが1967年に発表いたしました社会保障費の割合。日本でこれをごらんになりました社会保障費の割合。日本でも疾病—この場合の傷病手当金、休業補償金を一緒に込めてありますけれども、こまかく見ないで大きく見ますと、疾病で62.3というのは日本だけです。少なくとも先進国といわれるところでは30%程度にとどまっています。ところが、年金というものをごらんになると、日本はこの段階ではまだ10.5であります。

(第3表) 社会保障制度、制度別、年次別実施国数

制度 \ 年次	1940	1949	1958	1961	1964	1967	1969
なんらかの制度	57	58	80	100	112	120	123
老令 廃 疾 遺 族	35	44	58	64	78	92	97
疾 病 出 産	24	36	59	59	64	65	68
労 働 災 害	57	57	77	100	110	117	120
失 業	21	22	26	30	32	34	34
家 族 手 当	7	27	38	60	62	62	62

(第4表) 社会保障費の割合 (1967年 ILO 調査)

国名	疾病	労災	失業	家族	年金	公衆衛生
日本	62.3	7.7	11.2	—	10.5	8.3
イギリス	8.1	3.4	1.7	6.8	39.3	41.7
西ドイツ	30.2	5.2	1.9	2.9	59.3	0.5
フランス	26.4	7.6	0.2	35.0	30.8	—
イタリア	23.9	4.2	3.8	25.8	40.9	1.4
ベルギー	26.9	9.9	9.9	21.2	32.2	3.2
オランダ	30.3	3.1	2.1	18.0	46.5	—
スウェーデン	16.9	1.3	1.6	13.1	41.5	26.3
デンマーク	11.2	2.2	—	—	48.5	26.7
ノルウェイ	31.2	3.7	3.4	9.0	34.9	17.7
アメリカ	1.8	6.8	15.1	—	64.0	12.3

ところがよその国は40.5あるいは西ドイツのごときは約60%までいっています。なお家族手当、この場合の家族というのは児童手当のことです。児童手当は日本にはそのころ——ことしの春できたわけですから、制度化されていません。ところがフランス、イタリア・ベルギーというようなところでは社会保障の $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{5}$ というような比重をもって多くの費用を使っているわけであります。

このことは何を意味するかというと、日本は児童手当といい、年金制度といい、所得保障がおくれているということです。財政当局の中にはこの表を使いまして、疾病62.3において、日本は医療に傾き過ぎているという批判がありますけれども、これは所得保障が全く悪いから比重が疾病にかかっているんで、所得保障を充実すればこの62.3はもっと小さい数字になることはもうおわかりのとおりであります。だからこの数字だけを見て、日本の社会保障が医療に金を食われている、医療に傾き過ぎているという批判をするのは少し早計であります。むしろ所得保障が非常に日本ではおくれており、ただ医療の制度は曲がりなりにも幾つかの制度を早くからこしらえてきているということがこの表に出ているというふうに判断されて私はさしつかえないであろうと思います。

と同時にこのことは、第3表でおわかりのように、多くの国が労災と年金等、あるいは家族手当なりが意外と多い。それに対して疾病、出産の国の数というのはそれほど大きな伸びを示していなし、現状においてもそれほど多くはないということです。

だから社会保障は、先ほど私が一元論、二元論とい

うようなことで所得保障・経済保障という問題があるということを申し上げたんですが、やはり外国での社会保障は所得保障中心であり、日本の場合には所得保障が非常に弱い。これからの課題は、一つは所得保障を伸ばしていかざるを得ないということになるわけであります。

社会主義国においても完全に無料ではない

さてそういうことを申し上げておきまして、結局多くの国が医療保険であるということから、医療保障の国際的類型というような問題を若干ひらいてみたいと思います。

いま医療保障の国際的な類型、これは主として欧米諸国という考え方で見るわけですが、この場合に社会主義国は医療サービスが原則であります。ただし断っておきますが、社会主義国が医療サービスが原則であるといっても、それは医療を供給する側はもちろん医療国営であるということが一つと、もう一つは、その医療サービスは完全に無料ではないという事実があるんです。これについては私は行ったことがないのでよくわからないんですけど、いろいろ聞いてみますと、とにかく完全に無料ではないんです。少なくとも外来の薬剤の一部負担、あるいは全額負担というのはあるようでありますから、そういう意味からいきますと、完全な無料サービスをやってる国はないというような話になるでしょう。

それから、ここでは資本主義国の医療保障について分けた場合に、やはり医療サービス方式と医療保険方式と、任意方式と公衆衛生方式があります。(第5表参照)

1. 医療サービス方式

医療サービス方式は全国民対象であります。それから入院——これは入院、外来というよりも、G P 段階と病院段階といったほうがいいんです。一般開業医と病院の段階で給付形態が違います。医療サービス方式の場合はこれはすべて現物です。それからこれをイギリス式といいますけれども、先ほど申し上げたように、これをやっている国はいまのところイギリスとニュージーランドぐらいです。しかも、イギリス等ではこのG P はいわゆるファミリー・ドクター、家庭医制度という問題として登場するわけです。

2. 医療保険方式

(1) 全国民対象

それから医療保険方式の場合は、全国民が対象になると被用者に限定されてるとあるんです。いま日本のような国民皆保険をとっている国というのは、一全国民を対象にして保険でやっているのは、日本とスウェーデンとノルウェーとフィンランドだけなんです。

スウェーデンはいままではG P 段階が現金給付で病院段階が現物であったんですが、昨年あたりからスウェーデンは両方とも現物給付に切りかえたんです。だから北欧式とよばれる中からはちょっとはずれたんです。

それから、いま私は北欧の中でデンマークをあえて入れなかった。デンマークを北欧と一緒にして書いてある本がありますけれども、これもおかしいんです。デンマークは三つの方法でやっているんです。所得の

高い階層と一般ないしは低所得階層とで保険制度が違うというようなやり方と、それから同じ保険制度でもまたさらに、ある地区においては現金給付的なものをやったり、現物給付をやったり、あるいは家庭医制度をとっている地区もあるんです。まあこの場合は地区担当医をこしらえていて、そこへ住民登録するというようないまの家庭医制度、デンマークではパネル・ドクターとよんでおりますが、そういうような制度が裏づけられて、北欧でもちょっとデンマークは制度が違います。

したがいまして、スウェーデンがもう改正されたから、いまは北欧式というのは結局全国民対象で、G P 段階が現金給付で、病院段階が現物給付というのはフィンランド、ノルウェーにしかなくなってきたということです。ノルウェーとフィンランドではもっとこまかくいうと違います。

どういうふうに現物であるか

このスウェーデンとかその他の病院の医療というのはどういうふうに現物であるかということ、保険から支払う金はわずか1割程度です。つまり患者1人の入院のコストの1割ぐらいしか保険から払わないんです。たとえばスウェーデンの場合は入院患者1日につき定額7クローネしか保険からは払いません。7クローネということは、大体65円。70円としても490円ですから大体500円ぐらいしか保険からは払わない。つまり実際の入院料は大体アメリカドルで10ドルぐらいが普通なんですね。スウェーデンあたりのいわゆる一般病

(第5表) 医療保障の国際的類型

方 式	対 象	給 付 形 態		実施国、呼称等
		G P 段階	Hospital 段階	
医療サービス方式	全 国 民	現 物	現 物	イ ギ リ ス 式
医 療 保 険 方 式	全 国 民	現 物 現 金	現 物 現 物	ス ェ ー デ ン 北 欧 式
	被 用 者	現 金 現 物	現 物 現 物	フ ラ ン ス 式 ド イ ツ 式
任意保険方式	全 国 民			先 進 国
公衆衛生方式	全 国 民			後 進 国

《編者注》GP=a general practitioner 一般医

棟で。そうすると入院のコストは大体3,000円から4,000円かかっているんです。そのうち1割ぐらいしか払わない。これはみんな地方財政負担に切りかわる。

じゃあ私立病院はどうかというお尋ねが皆さんからあると思いますが、外国では私立病院というのはまれにしかないということです。大体これは国立、もしくは地方自治体立です。普通は特殊なものを除いては地方自治体立の病院というのが圧倒的に多い。ただ、イギリスは全部国有、国営に切りかえたわけです。地方自治体立病院も国有、国営に切りかえたわけです。そういうのが医療国営という問題があるんです。いずれにいたしましても、私立病院というようなことをいわれても、それは保険でない患者を扱うところのオープン・システムのナース・ホームをさす場合が一つあるということです。しかしこれはもう保険患者を全然受けつけないわけです。あるいは医療サービスに参加しない場合です。これは一部の豊かな階層が自由診療でお医者さんにかかり、入院の必要がありますと、オープン・システムですからそのお医者さんに連れられてナース・ホームに入る。こういう形になりますから、これは全然別であります。

それからあとは赤十字の病院とか、特殊な宗教法人がいろんな事情から認められてるということはありません。しかしそれ以外はほとんど病院というものは全部地方自治体立病院。そして、保険からコストとして払われるのは1割程度。これはフィンランドもそうです。あとは全部地方財政でみていく、こういう形なんです。

だから実はG P段階で支払われてくる診療報酬と、病院に対する保険からの支払いとは全く異にする。だから普通外国での診療報酬の支払方法がよく問題になります。診療報酬の支払方法のやはり類型ができるんですが、そういう場合もG P段階の問題なんです。病院の問題じゃない。

だから日本の病院というのはそういう意味において、いうまでもなく保険料収入に依存している病院なんです。もう一つは日本の病院というのは、現在、ベッド数を除きまして、設立主体別にいった場合には、もう約6割というものは私立病院です。通常は個人、あるいは法人が、あるいは昔流儀に言えば、お医者さん個人が自己資本を投下して、そして中小規模の病院を運営している。しかしその収入は自由診療ではなく保険診療である。国公立も数は戦後ふえてまいりましたが、特会制等によって粗診療収入というものは全部保険に依存しており、それで運営されていると

いうような形です。

だから日本の医療制度というのは、その意味において外国とまことに違うということと、そういう医療制度と、医療のサービスや保険が組み合っているわけです。その組み合わせ方がこのようになっているということをご理解願えませんか、この意味がわからないと思います。

それからもう一つ、これは皆さん十分ご存じのように通常はG Pを経なければホスピタルには入院も外来もいられないのが原則です。日本のように飛び込みで病院の外来へいけ、しかもまた転々とできるというようなことはないです。必ずかかりつけのG P、あるいはイギリスあたりであれば家庭医、ここについて、その指示に従い、連絡に従わなければ決して病院にはいられない。また帰るときにも連絡をして帰ってくる。つまり、患者と一般開業医とホスピタル、あるいは患者と一般開業医と専門開業医、スペシャリストの問題がありますが、スペシャリストは都市において若干開業しているだけです。ほとんどはあとは病院にいるのがスペシャリストです。

日本は内容はともかく、形の上ではとにかくお医者さんに会えるという点において、まず予約制度がありません。それだけに問題が起きてますが…。外国では緊急を除いて必ず予約をしないとだめです。病院も予約がないとだめです。そういうようなことで非常にかかりにくいのが実情であります。

まあそれはともかくとして、こういう方式があります。

(2) 被用者中心に対象

それから今度は、全国民を対象にしているのが、このように非常に限られた国でありまして、あとの国は被用者中心です。しかも家族を入れてるとは限らないという問題があります。まあ西ドイツとかフランスでは大体被用者に限定しています。イタリアとかオランダも。だからイタリアなんかは全国民で医療保険に入ってるのは大体6割ぐらいです。西ドイツがずいぶん医療保険がいいと言いますが、全国民になおした場合には大体75%ぐらい。オランダもかなりいいんですが75%位。それからスイスが州によって相当違いますけれども、平均して約90%近くなります。だから人によりましてはスイスを国民皆保険だと言っている人もあります。しかし国民の90%ぐらいです。このように被用者に限定している国が非常に多いということです。しかも家族を含んで、含んでないというのはこれはまた別です。

ですから医療保険の方式をとる国は圧倒的に多いん

ですが、意外と昔の古い形の、いわゆる労働者保険的な要素にが非常に残っています。

G P段階では現金給付、病院に入院しますと現物給付、これがフランス式です。これをやっているのはフランス、ベルギー、そしてデンマークの一部です。これはフランス式と日本ではよんでいます。それから被用者に限定し、なおG P段階でも病院段階でも現物給付となっておりますのはドイツ式。これがいわゆる典型的な医療保険の発生です。ご存じのように医療保険は1883年にドイツで行なわれて、その方式が各国に普及したわけです。日本でもドイツ式なんです。日本の健康保険はドイツ式ですが、もっと厳密にいいますと、オーストリアの制度を翻訳してあるんですが、まあ同じようなものでしょう。ドイツ式ですが、当時の立法の関係はオーストリアなんです。そういうふうなことでG P段階も病院段階も現物給付という形できているわけです。

だから日本の場合は、健康保険と被用者保険は大体この系統になるんですけども、もう一つやっかいなものはご存じのように国民健康保険というのがあります。日本の国民健康保険は被用者でないもの、住民として地域の中で把握して、市町村公営という形で現在行なっております。これは戦前、昭和13年にできたときは、任意加入の任意制度であった。あれはデンマークの農民対象の任意保険をある程度日本がまねたといえますか、考えたというのが私の判断なんです。一方、当時の立法者はそんなことはなかったと言いますが、あのやり方はデンマークの農民に対する保険です。そういう段階の形をとっているように思います。

したがって、日本の場合にはG P段階も病院段階も現物給付であるところのドイツ式と、それから被用者以外の人に対するもの、その実は二本立てで全国民対象になってということで、非常に特殊な立場にあります。これらの制度の場合は、少なくとも保険は一本化しているわけです。被用者であろうとなかろうと一本化しているわけです。日本の場合は全国民対象であり、現物—現物という関係はとるけれども、一方においてはこうした制度が重なっています。

でありますから、よく日本の社会保障は現在、年金等を含めまして言われるように、日本の社会保障は混合型だということがあります。それと同じように、これも日本の社会保障の医療保障という観点から見た場合に、非常に混合型なんです。これを将来どうしていくのかということも一つの政策的な課題になるんじゃないか。また現になってるわけです。医療保険の体制

をどうするかということが……。

3. 任意保険方式

それから、最後に出てくるのが、意外と多い先進国の任意保険方式。もちろんこのやり方は、こうしたサービスや医療保険をやる国においても、民間の生命保険会社がやりますところの任意保険という方式があるんですが、私がここで言っているのは民間の生命保険じゃなくて、公的な任意保険方式であります。これはカナダ、オーストラリアです。あるいはイギリスは意外と生命保険会社の医療保険に入っている人が多いんです。（いまちょっと加入率は忘れちゃったけれど。）無料医療サービス方式をとっていながら、実際には生命保険会社の医療保険に重ねて入っている人がある。まあこの公的な任意保険方式はカナダ、オーストラリア、あるいはアイルランド、そういうような国では国のやってるものもあります。あるいは、これ任意加入、任意方式でありながら、この医療保険に入ると国庫負担がつき、1人幾らと国庫負担がつくものもあります。

それからこの場合には非常にやっかいなことで、これも日本人にはちょっと理解できないんですけども、G P段階だけを給付する保険、病院の場合でも部屋代のみの保険、先生の手技料、手術料に対する保険、そういうのが分かれておって、その一つをとってもいいし、その組み合わせをとってもいい。これはオーストラリアとかアイルランドで行なわれています。

こういうのを私は広い意味での医療保障の一つだと思っています。社会的な仕組みとしての問題とはやや遠いわけですが、しかし公的な形でそれが行なわれています。アメリカの場合は民間生命保険会社の保険に入っている場合がほとんどであります。ご存じのように医療組合に入ってるのと、国自体でやっているのがあります。メディケアー（medicare）は1967年からできました老人健保のことです。アメリカは1935年に社会保障を世界に先がけてつくった国であるにもかかわらず、医療についての保障はつい最近まで何もなかったわけです。まあこれには幾つかの理由があるわけですが、ついにケネディのあとを受けまして、1967年にメディケアーとして老人健保ができました。しかしこの老人健保も現在は財政的につぶれかけている状態で、非常に苦しいわけです。65歳以上の老人の入院、通院等に関する医療費の保障という形のメディケアー、それがやっとできました。そういうことでアメリカもこれに入ります。

そこで、これを先進国的なものひとつ考えたとするならば、医療というものはすべて自由であるという

ことが、やっぱり意識に非常にはっきり出ているからこういう形になります。

4. 公衆衛生方式

それからもう一つは公衆衛生方式です。公衆衛生というのは、当然医療保障の前提なり、あるいは医療保障の中で行なわれてしかるべきでありますけれども、後進国（発展途上国）においては公衆衛生しかできないということです。またやってないということです。医療保障—もうちょっと大きくって社会保障全体の中で後進国がまずやるもの、まずやれるものは公衆衛生なんです。だから皮肉な言い方をしますと、日本の社会保障の考え方は第5表に、`わが国の社会保障の体系、`というのがあります。これは昭和25年に社会保障制度審議会の勧告で述べられている四本柱の社会保障の日本での問題なんです。

（第5表）わが国の社会保障の体系
（昭和25年，社会保障制度審議会の勧告）

I	社	会	保	険
II	公	的	扶	助
III	公	衆	衛	生
IV	社	会	福	祉

この場合に、三番目に、公衆衛生及び医療として公衆衛生がこのように押し出されてきています。だから公衆衛生が日本では十分まだ展開していないという点から、公衆衛生が非常に強調された。その意味では、日本はやっぱり後進国的な要素があるんです。

後進国では結局どうするかというと、まず伝染病の予防とか、特に原住民に対する保健衛生指導、まあ食品等も含めまして……。それから風土病がある場合には風土病の予防・絶滅そういうようなことをまずやらねばなりません。そしてこれは財政的に可能性があり

ます。

それはどういう点かということ、医療というのは個性によってコストが高くなります。一人一人病状が違いうし、診断によって治療方法も違ってきます。だからコストがどうしても高くなります。マス・プロができません。ところが公衆衛生というのはマス・プロができるわけです。集団的に処理できる。そういう意味ではコストが安い。だから、とにかく組織をある程度こしらえて、ある程度の金を投じていったらできます。医療の保障をしていくということは、医療の個性性からいって一人一人が違病状、一人一人が違治療内容をもちますから、コストは非常に高くなります。こ

ういう問題が一つ経済的に出てきます。それを医療保険なりサービスでやろうというのですから、とにかく医療というものは非常に金がかかってきます。

最近のように特に医療機械器具というようなものが高度化してまいりますと、それに対する資本投下も必要になってくるし、その減価償却をしようとしても、使わなくても置いとかなければならないという機械器具というのもあります。そういうようなことでどうしても膨大な資本投下を必要とします。これは、経済法則とやや医療のあり方というのは矛盾するんです。だからいまのような問題が起きるということです。

IV. 日本の医療保障

1. 医療保険の仕組みと特徴

これをもういっぺん日本の医療保険の中で説明したいと思います。いま次頁にあります第1図は、日本の医療保険のやり方であります。ここに問題がありますのでちょっと説明させていただきます。

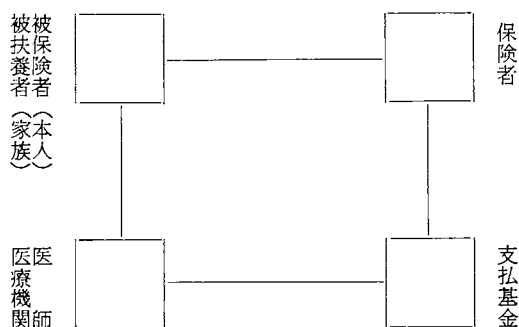
医療保険の仕組みというのは、大体どこの国でも同じですが、一応保険の経営主体である保険者、それから加入者である被保険者本人、または被扶養者家族、こういう仕組みになっています。

その場合に、先ほど来申し上げている医療の給付形態には、医療そのものを給付する現物給付の形態と、それから現金給付の形態があるわけです。これはもうさっき申し上げた通りで、日本の場合には現物給付が原則であります。まあ法的なあり方はちょっと違う点がありますが、いま制度上の扱いは全部現物給付にしてあるわけです。ですからどうするかというと、被保険者の本人なりあるいは家族が受診をするという場合には、医師・医療機関のところへ直接に行くわけです。つまり、本来保険という制度を原則的に考えた場合には、保険者と被保険者の問題であり、この間において約束されたことが行なわれればよろしいんです。

大体において保険というのは特殊な例を除きまして——一部現物給付がありますけれども——普通の保険は現金給付。つまり経済的な保障をやるのが当然とされておるんですね。

現物給付は特殊な制度のときにとるだけである。ところが医療保険は現物給付が多いんですね。その場合の現物というのは医療そのものなんです。それはどこで行なわれるかということ、保険者が用意しないんです。医師・医療機関に、お願いをして、あるいは契約をして初めてここで医療が行なわれます。これが現物給付なんです。これが保険医療ということです。そし

(第1図) 日本の医療保険の仕組み



てそれは制限診療ではないが一種の規格診療であることは間違いありません。保険診療というのは、いま著しい制限診療とは言えない。ただ一定の規格の中で行なうという点においては規格診療です。

それからもう一つは、そこで行なわれた診療に対する診療報酬というものは、これもおわかりのように、現在では日本には社会保険診療報酬支払基金がありますから、それに請求してそちらで払う。ただし国民健康保険の場合には都道府県単位にあります国保団体連合会、大阪で言えば大阪府の国保団体連合会が支払基金と同じ役割を果たします。普通の場合には被用者保険は全部支払基金を通します。

ここで重要なことはどういうことかということ、保険者という経営主体、これはひとつの経済単位として、保険そのものは経済的仕組みなんです。その経済的な単位の保険者というものから見れば、第三者である医師・医療機関をわずらわさない限りは現物給付はできないということになります。

これを裏返しますと、医療というものはご存じのように患者と医師との結びつきだということになれば—この医療の本質というものをこうとらえた場合には—第三者である保険者等が財布の紐を握ってコントロールしてくるわけです。だからこの点から見るとこれ（保険者）は第三者、しかし保険の仕組みとして、保険者から見ればこれ（医療機関・医師）が第三者。

2. 医療保険の医療と経済（保険）

医療と保険（経済）の対立関係

もうおわかりのように、医療と保険とのひとつの仕組みの中における対立関係というものがある、これは相いれないものなんです。だから経済と医療との対立の関係であり、これは相いれない。だから医療問題の基本のひとつにはこれがあるのです。さっき、あとで申し上げるといったのはこれなんです。どだい、医療のようなものを保険の仕組みに乗せること自体には問題があるわけです。それはなぜかというと、あらか

じめ、死んだ場合に一千万ということが約束されておる。家が燃えたら百万円の火災保険に入れば、家が燃えれば百万円だということはおまわっているんです。給付内容の大きさは前に決定しておいて保険契約が結ばれています。ところが医療は、だれが幾ら使うか、その場合にどのような給付内容になるかをあらかじめ決定することは絶対にできないということです。

それからもうひとつ厄介なことは、患者としてたちあられるとはどういうことかたちあられるのか。これはきわめて主観的であるということです。家が焼けた、人が死んだということは客観的に把握できるんです。つまり保険で言う保険事故、保険のリスクというものがあります。ところがある人が病気であるということ客観的に認知することとはむずかしい。また認知できる場合は相当重病である、あるいは緊急であるということです。

医療を求めるのは患者の思想です。だから主観的判断によってきます。客観的には判断できないわけです。

このように、保険事故の発生がきわめて主観的であります。そうして給付の開始というのは、患者としてたちあがらないと給付は自動的に開始しない。つまり給付の開始は、患者として顕在してきた場合にのみ発動できます。潜在化したものは給付の対象にならないんです。しかもその治療の大きさというのは、つまり経済的な大きさというものは、事後に決定されるということです。そんなものを保険の仕組みに入れること自体がもはや今日では非常にむずかしいということなんです。昔のようにきわめて厳正な制限診療をして、そうして国民のうちの、たとえば日本の健康保険ができましたときは、当時の——これは家族も入れてありませんでしたが——労働者 200 万だけだったのです。そういう中に生きてるのを、いまの保険の制度で依然として医療を扱おうということ、もうひとつはそういう仕組みをそのままにしているということには無理があるわけです。ここに日本の医療保障といわれるものが医療保険であろうとなかろうと、それが問題じゃないんで、医療保険というものの持っている性格に合わないんです。医療の本質から、こういうようなことを私どもは考える必要があります。

保険という仕組みと、それから経済ということ、医療ということ、これは相いれない。ただどこかで妥協し、調整せざるを得ない。その妥協、調整点が具体的には見つからないのが現状だと思います。これは妥協しか方法がないわけです。この仕組みを考えればそういうふうに思います。

現金給付についてみると

もうひとつの角度は、現金給付というやり方にあるのです。日本では法律上、療養費払いと言います。

これはご存じのようにどうなるかという、医師と患者の経済的な関係というものは、一応原則的に自由診療、慣行料金です。だから自由におやりくださいと。そうしてあとで領収書、明細書が保険者にいって、保険者から払い戻しを受けるというのが、医療に要する費用の保障——つまり現金給付であり償還制であります。

ところが、どういう問題がそこで起きてくるかというと、保険診療のワクと同じようなものはどこにできるということです。保険者と被保険者の間にできる償還基準があります。どこの国でも償還基準は必ずつくっているのです。これは保険診療のときのワクと同じものなんです。

さらに償還基準のうち、10割給付であれば全額償還になりますけれども、フランスが現在7割、ノルウェーが平均7割、フィンランドは6割、ベルギーも7割。大体7割〜6割という返し方なんです。

そうすると7割償還だといいますと、つまり給付率は7割ということで、このうちの、つまりいまここで償還基準として見たものの7割しか実際には返さないということです。

たとえば自由診療を受けまして1,000円請求をされました。医療機関に、1,000円患者は一応立てかえ払いで払いました。ところが償還基準は800円の償還基準だったということは、差額徴収は200円でこれは患者負担です。それからさらに、800円が償還基準であります、償還率が7割だとすると、これはどうなるかという、240円が一部負担で自己負担であります。そうして実際に償還されてくるものは、償還基準の7割ですから、560円返ってくる。そうすると1,000円ここで払ったのに、患者の手もとに返ってくるのは560円だということは、見かけの償還率は7割ですが、実質の償還率は、つまり給付率は56%になる。だから自由診療料金と償還基準の差が大きいとこれ(患者負担)が大きくなる。償還率が低いとこの一部負担が大きくなります。

だから、その点においては、理論上は一元論と先ほぐ来申し上げたように、一元化した制度であります、これについてはある程度金を用意して受診せざるをえない。そうしてまたそのお金がもととり返るには、少なくとも1月にかかるでしょう。そういう時間のずれがあることと、もうひとつは幾ら返るかといえば、いま申し上げたように自由診療、慣行料金と償還基準

との差が大きい場合においては、その実質償還率というのは変わってきます。これが現在フランス、ベルギー、北欧等でやっているところの償還制の問題なんです。

ただしこれは利点があるのです。どういう利点かというと、患者の利点ではない。保険経営の経営主体からいうと利点があるんです。何かというと、非常に第三者をわずらわして、ここで現物給付をやって、それを支払っていくというような厄介なことはここではなくなる。つまり医師・医療機関を保険の仕組みからはずすことができる。そうしてその経済関係は患者と医師の関係にまかせておけばいい。もっぱら財政的な、保険財政の観点からやる場合には、保険者が被保険者を相手にしてやればいいということです。いまのようないくつかの対立関係はなくなってくるわけです。だから日本のような現在のトラブルがあるときには、保険者と医師団体の関係でいろんなトラブルがある。経営を合理化していく保険経営の立場からいえば、この関係をはずしたほうがいい、こういう主張になれば、それは現金給付になる。

それから社会保険の診療報酬はご存じのように中医協の段階において日本ではきまりました。そうしてこれは現在診療報酬は地域差はありません。全国一本。甲表、乙表もずいぶん性格が変わってきておる。ということになっており、また、あれは一種の国が中央でつけた料金、お医者さんが大へん不満が多いということであるならば、これもはずして、お医者さんが実質的な料金を取りなさい、と。そういうふうなことをやったほうがいいのかという説も出るわけです。しかしこれは患者がある程度の経済的な余裕がないとできないんです。

そういうようなことで、現金給付にしろという人も、かねてから日本のある種の団体やある種の先生方の中にはあるわけです。だから妥協的に二本立て制をとれという説もある。最近はまだそれが出てきます。公的医療機関は現物をおやんなさい、私的医療機関は現金給付をおやんなさい。こういうような言い方もあります。これはまだまだ煮詰まった議論ではありませんが、そういう提案に似たような形で議論が非常に出ています。

必ずしも現物給付で統一していく必要はないんじゃないか、というようなこと。しかしその事の起りは、そういう医療のあり方の問題以外にやっぱりこうした対立関係の緩和とか保険と経済との調和という問題が出てきます。

それじゃ医療を非常に重視するような北欧がなぜ償

還制をとっているか、現金給付をとっているかという問題。これは二つの理由があります。ひとつは所得保障として一貫するんだという答え。それからもうひとつは、やっぱり受診率の抑制という問題を考えます。これは非常にはっきりしています。つまりここで問題になりますのは、一部負担とそれから自己負担の問題であります。

一部負担と自己負担の問題

これはことばとしては皆さん分けていると思います。つまり10割給付を前提としてその一部を持つのが一部負担。最初から給付率がきまっておて、その給付率以外の部分を持たせるのが自己負担。自己負担にせよ一部負担にせよ、性格は違うんだが、同じ患者負担という意味においては同じ。

このような患者負担をなぜ保険では給付率を操作したり、一部負担を操作してかけるかということ言えば、実はもうご存じと思いますが長瀬指数、または長瀬係数と申しまして、給付率と受診率との相関関係をあらわす指数です。結局結論はこういことです。給付率が上れば受診率は上る、給付率が下れば受診率は下ってくる、と。これは微妙な関係を持っています。

それですから、今度の抜本改革という、あとで触れるわけですが、新聞でごらんになったように、社会保険審議会、社会保障制度審議会でも一部負担を非常に問題としている。そうしてこれは保険の経営の立場から言えば、医療費増加傾向の、あるいはむだな受診の歯どめであるという言い方をしています。チェックシステム、患者のチェックシステムです。経済学のことばに「ビルト・イン・スタビライザー (built-in stabilizer)」ということばがあります。

これは自動安定装置という意味であります。医療保険における自動安定装置とは何か、「ビルト・イン・スタビライザー」は何かといったら、一部負担です。あるいは患者負担です。

自動安定装置として一部負担を考える理由

いろんな議論ができるんですが、真剣になってこういう自動安定装置として一部負担を考える理由は何かといったら、その根本は長瀬指数等が示すように、給付率と受診率の相関関係、そうしてそれは受診の抑制であります。その場合に保険の経営の立場は何とつかということ、チェックができるし、むだな受診が省ける、抑制できるということです。しかしこれを裏返しますと、一部負担をして受診率が下がったからといって、その下った分だけがむだな受診であったかどうかということの証明はないということです。これは非常にむずかしい。もうお気づきになったように、いまの

日本の医療保険のひとつの理論というものは何であるかということ、保険経営論なんです。医療保険経営論なんです。ぼくはいつも批判します。医療の本質や国民医療をどういうふうに維持するか、あるいはまた今後の医療保障をどうするかという政策的な大きな論議になっていないんです。むしろ政府管掌健康保険の赤字の中から生まれてきた問題ということです。このように保険経営論の立場になってしまいます。私はこれは大いに批判されてもいい問題点だというふうに考えております。

このように日本の医療保険制度というものの持っている仕組みの中で非常にばかばかしいと思われるような一部負担がなぜ重要視されているか、ということなことが、いま申し上げたようなことでございます。

なお、この一部負担はいろんな組み合わせ方や方法があるわけです。定額・定率というような形で組み合わせたり、全体についてやる場合と特定科目について定額をやる場合と、定率をやる場合もあり得ます。この組み合わせ方できまるんです。

結局それは何であるかといえば、収入と支出のバランスを取るという、きわめて基本的な、きわめて単純なことに対してこうしたチェックシステムが使われているということです。

いまや私どもはひとつの抽象的な理論も重要でありますけれども、注目すべきことは、日本のいまの医療制度なり医療保障、こういう問題の中では、こんなこまかいことが非常に議論されているし、こまかいことが重要な意味をもってあらわれています。だからあまり制度をばかにしてはいけなわけです。そういうようなこともこの際あるということを申し上げておきたいと思うのです。

3. 保険と公費負担医療

さて、こういう保険の医療が行なわれておりますにつきまして、もうひとつは第7表にありますところの国民総医療費の負担別割合。これは実額も金額も示さずに百分率で示しております。要するに日本の国民の大部分が保険者負担と言われて、保険から支払われて医療を受けているんだと。そうお考えになってください。

もうひとつは公費負担がそこであるわけです。この公費負担というものが日本の医療については非常にいま、問題にされてこなければならぬんです。それはなぜかということ、この公費負担医療はもちろん皆さんのご存じの生活保護法に医療扶助というものがあるがまず含まれているということの他に、日本では公費負担医療とか公費医療と呼ばれます例の結核予防法、精神衛生

(第7表) 国民総医療費負担別割合

総医療費	35年	40年	43年
	100	100	100
公費負担	10.2	13.1	11.3
保険者負担	54.6	66.3	66.7
患者負担	35.2	20.6	22.0

法等の一連の衛生法規といいますか、あるいは伝染病予防法、そういうものに基づく医療負担の制度があるわけです。これは保険の中へ将来吸収してしまうのか、保険からはずした、つまり依然として別な性格を持つのか、この辺の議論をひとつ煮詰めて、そうして保険で扱う部分と保険にまた逆に取り入れるのか、はずすのか、あるいは公費負担医療としてあるならばあれでいいのか、そういうような問題が当然ひとつ医療の観点からは出てくるんです。これをもう少しすっきりさせる必要があるということで、当然医療という問題を考える場合には、公費医療という問題が出てくるわけであります。

たとえばちょっと古かったわけですがけれども、この43年の表でいきますと、公費負担と保険全般を合わせますと78%になる。つまり日本の国民総医療費の割合から見て78%というのは、これは保険者や公費の負担である。患者負担はわずか22%。ただこの患者負担の中にはご存じのように自費診療も入っておれば、その他売薬に関するもの、保険の一部負担、自己負担、そういうものも全部入れておるわけです。ただ、自費診療として推計されているのは、わずか患者負担の中の2%です。だから言いかえればほとんど保険診療にな

っているということです。それからもうひとつは、意外と売薬を買ってる率が高いということです。これは医薬分業でないということに基く問題であります。

4. 政管健保の赤字

累積赤字は1,786億円

そういうふうなことを申し上げて、さてこれはもう皆さんが十分ご存じの点についての若干復習になるわけですが、第8表は政管健保の財政収支をあらわしております。単年度がこのような大きな液をえがいておりますが、とにかく累積赤字は45年度決算で1,786億円。これに対して国庫補助はほとんどふえてない。42年からは同額であります。

こういうようなことで、欄外に出してありますように、1人当りの保険医療は3万9,335円払ったわけです。しかし、給付は幾らかかっているかということ、4万3,807円で、非常に赤字であるということは、これで明らかであります。そうなりますと、医療コストというものは非常にかかっているわけで、それを保険で支えるためには、保険財政を強化していかざるを得ない。こういう問題が出てまいります。果してその赤字が、医療コストが高いということなのか、国民がむだな医療を受けているということなのか、あるいはまた医師・医療機関の側に問題があるのか。こういうふうになってくるわけであります。

薬剤点数の占める割合が大きい

一応公式見解、あるいは一番問題になるのは第9表にあります政管健保の薬剤点数の割合を見た場合に、これは毎年5月の国民健保調査の断面をえがいてありますけれども、非常に高い率で薬が使われている。これは医薬分業でないからだという大きな説があります

(第8表) 政管健保の財政収支

(単位：億円)

		37	38	39	40	41	42	43	44	45 見込	45※ 決
赤 字	年度	△ 16	△ 131	△ 363	△ 497	△ 266	△ 58	△ 24	△ 56	△ 530	△ 467
	累積	0	0	△ 173	△ 669	△ 978	△ 1,099	△ 1,187	△ 1,319	△ 2,000	△ 1,786
国庫補助		5	5	5	30	150	225	225	225	225	225

※1 当り保険料39,335円, 1人当り給付費43,807円

が、まあ医薬分業であったとしてもこうなるかもしれません。

それからその次は通常のこうした薬剤の占める割合が多い理由のひとつは、ご存じのように治療方法が薬物治療、あるいは化学療法に変化して、薬剤の多量の使用が行なわれているという問題があります。

それからいまひとつは、抗生物質の採用によって、あるいはまた日本の場合は特に昭和37年から制限診療を撤廃しまして、抗生物質の使用が非常に容易になりました。そういうようなことがあって加速度的にふえているんだと。まあ世界の傾向もそうなんだと。こういう説明になっております。

ところが第10表をごらん願います。`医療サービス別費用の割合、ということで、国別に、そうして開業医にどのくらいいき、病院にどのくらい行って、薬にはどのくらい行ってか。これは医薬分業だから非常にはっきり出ます。つまり医療サービス別に、開業医に幾ら行って病院に幾ら行って薬剤に幾らいったか、機能分化がはっきりしてきますから、全部出てきます。

イギリスの場合は医療サービスの中心はやっぱり病院費用にあります。病院の費用が非常にウエートが高い。薬剤は11.4で、イギリスの資料によりますと、ここ5、6年の間、大体10%の線を横ばいだと言ってるんです。事実そうなっています。だからイギリスでは医薬分業ではあるけれども、薬剤の使用傾向が変動してないんです。

その他の国は大体ふえる傾向にはあると申しておりますけれども、大体フランスにおいても26.6%、西ドイツあたりで18.2%という、20%前後というのが相場になっているようであります。ところがニュージーランドだけが33%だということで、これはちょっと異例なんです。

しかし日本はもっと異例です。その意味において、これ（政管健保における薬剤点数の占める割合）は44年が若干またもとへ戻る傾向がありますが、44年平均で41.9、それから入院が25.4、外来は49.4。だから49.4を切り上げれば50%ですから、大体最近では日本の外来の場合の50%は薬剤の費用に使われているんだと。こういう判断に立たざるを得ないということですよ。

だとすれば、それは一般的に指摘されるところの医薬分業でないという理由、それから抗生物質の使用が非常に容易になったということ、それからもうひとつは化学療法、薬物治療という大量投与等による治療方法の変化、この三つの理由だけで一体これだけのウエートを持つだろうかということです。

薬 価 の 問 題

なぜ多いか。これは医療上必要だから多いというのにはなりませんが、もうひとつはご存じのような薬価の問題。つまり保険薬として採用できるものは中医協によって決定される。その保険で使われた場合の保険から支払われる薬価は保険薬価です。ところがそ

(第9表) 薬剤点数の占める割合 (政管健保)

年 月	35.5	36.5	37.5	38.5	39.5	40.5	41.5	42.5	43.5	44.5
総 数	21.5	25.1	28.7	31.9	36.8	38.2	38.9	42.2	39.6	41.9
入 院	13.3	16.4	18.1	19.7	23.6	22.1	23.6	25.3	23.7	25.4
人 院 外	27.1	30.6	35.4	38.8	43.5	46.7	46.3	50.1	46.6	49.4

(第10表) 医療サービス別費用の割合 (1964)

国 名	開 業 医	病 院	薬 剤	そ の 他
イ ギ リ ス	13.7 %	47.5	11.4	27.4
フ ラ ン ス	16.7	48.6	26.6	8.1
西 ド イ ツ	29.0	27.7	18.2	(25.8)
ノ ル ウ ェ イ	22.9	57.1	4.3	15.1
ニュージーランド	17.2	35.2	33.0	14.0

の保険薬価よりも、医療機関が卸から買っている、メーカーから卸にいて、卸から買っているところの薬の値段、つまり実勢価格というものは保険薬価よりも安いわけです。つまりそこに差額が生じています。いわゆるマージン。あるいは医師側からいわせれば、これは潜在技術料と言われる。

診療報酬の支払い方式の問題

それは何も薬価だけの問題ではない。もっと厄介なことは何であるかという、診療報酬の支払い方式の問題です。診療報酬の支払い方式が持っている矛盾というものが実はあります。いまここに書きました第11表は診療報酬の支払い方式であります。これは医療サービス、医療保険等を行ないます場合に、そういう制度から診療を行ないました医療機関等に対しまして診療報酬を払うんですが、その支払い方式というのは、大まかに分けますとこれだけあるわけです。

ひとつは出来高払いです。出来高払いというのは日本の場合はいわゆる**定額点数式**になっているわけです。というのは、定額というのはいわゆる日本ではマルタン、単価10円ですね。いままるくおさめてあるのでマルタンといっていますが、まるくおさめた単価10円。その定額を点数に対して掛合わせるわけです。医療行為ごとに点数分布をさだめておいて、それに一定の単価を掛ける。つまり経済掛ける技術（経済×技術）だというふうにもなるんですけれども、日本の点数には慣行料金から移行されてるものがある、技術料として新たな評価を加えているとは限らない。ですから単価掛ける医療行為（単価×医療行為）ということとです。

そうしてこれは日本の場合は特に**単純出来高払い**と言われるように、仕事の量に応じて払うのが出来高払いですけれども、どんなに仕事をして、それはつまり医療行為を積み重ねても、逓減も逓増もしないんで

(第11表) 診療報酬支払い方式

自由診療
1. 慣行料金
2. 医療費償還払い
保険診療
1. 出来高払い
2. 請負方式
(1) 件数払い
(イ) 一病一件
(ロ) 一日一件
(2) 人頭払い
(3) 俸給払い

す。

したがいまして診療報酬としての水揚げ、つまり粗収入が上るためには、患者をたくさん取るということがひとつにあります。もうひとつは点数をいかに上げるかという問題があります。そうして、しかも薬剤が手数がかからない。薬剤の投与というのはいまパッケージしてありますから手数がかかりません。

これはお医者さんを非難する人がありますが、私はお医者さんの問題ではないと思います。制度に問題があるわけです。世間的にはよく医の倫理というような中から非難が出ますけれども、まあその面もあるでしょう。しかしわれわれが問題にしなければならないのは制度上の問題であるんです。こういう制度に問題があるわけです。しかも病院なんかは独立採算制を迫られるということになってくれば、どうしたって粗収入を保険診療からあげていかなければならないでしょう。そうなれば、どうしたってできる限り外来患者を取る、あるいは投薬を多くすることになるし、事実、投薬量の多いのは診療所と病院とでは病院なんです。ただし、病院の外来です。これは悪いんじゃない、やむにやまれぬこととして起きています。この辺をどう理解するかにかかってくると思うのです。だからこの制度をもっと変える方法があるのではないかな。まあ変えたとしても病院経営自体が成り立つかどうかはまた別の問題ですが、しかし少なくとも矛盾があります。これをどういふふうに是正していくかということになると思うのです。

もうひとつのやり方は**請負方式**なんです。請負方式には**件数払い**と**人頭払い**と**俸給払い**があります。

件数払いというのは、病気の発生から終了まで——まあ転帰ですね、病気の発生から転帰に至るまでの間をひとつの病気と見て、それを一定の定額で請け負うやり方が**一病一件の件数払い**です。これは重病患者が来たら損をします。軽症患者がたくさん来るほうがいいということです。この方式は、オーストリアに見られるんですが、これはほとんどいまはなくなろうとしています。

それから**一日一件**というのがあります。これは患者がとにかく一日一回顔を出す、と幾らというやり方です。これも重症が来ると不利であります。軽症がたくさん来てくれたほうがいいんです。そしてこれはニュージーランドで実施されています。

というふうに、この請負なりあるいは特に**件数払い**というのは、医療のいい悪いということは無関係に払われてしまいます。患者を扱った数によってきまってしまう。

ニュージーランドの一日一件主義は、これはまだ残っております。今後残るでしょう。しかし実際には差額徴収がどうしても出てきます。良心的な治療をして非常に医療コストをかけたって、払ってくるのは定額しか払ってきませんから、どうしても差額徴収が許されなければ、おかしくなります。だから差額徴収の傾向になります。こういったようなことで、これは非常に異例です。

それから同じ請負でも人頭払いというのがあります。これは、一定地域内の住民が選択し、あらかじめ登録する登録医制度（パネルドクター、イギリスの家庭医）が前提となり、1人ごとに一定額を住民の1医療機関への、登録数に応じて支払うものである。現在イギリスにおいては、登録住民に対する1人当りの定額払いから付加的な諸手当が積み重なる出来高的な要素が加味される方式に変化しています。

こういう家庭医というのは結局地域のGPではあるけれども、そうした保険なりサービスの中に積極的に参加してくるし、住民はそれに対して登録をしてきます。まずここから医療制度との、あるいは医療保障の開始があるわけです。そうして病気になったときにそこへかけつけていく。これは一種の地域社会の中での医療の需給関係を最初やっぱり結合させていくひとつの段階になるわけです。

そういうふうなことがあって、それから同時にこれはGPやこういう家庭医がそうであるように、患者の選別をしてることは事実です。だから病院に連絡をし、病院に行かせるものは行かせる、行かせないものはそのまま帰すという形。つまりここでふい分けをするわけです。こういう機能を持っています。日本の開業医もそうなったほうがいいんじゃないかという人もあるんですけども、またそれに対しては一部反対がありまして、開業医というのは日本の開業医は専門的な技能を持った開業医だと。したがってGPと言われるものじゃない、むしろスペシャリストに近いんだと。だからそれが交通整理のようなことで、お前はこちの病院へ行け、専門医へ行け、お前はうちへ帰れというような交通巡査のようなことはできないという反対論もあります。しかしまたこういうものを見てきて、やっぱりそういう制度になっていくほうがいいという説もあります。こちら辺は非常にむずかしい問題が残ります。

それから俸給払いはこれは病院の被用者としての医師、勤務医の問題であります。

大体こういう分け方で間違いのないと思いますけれども、いずれにしても請負等が出来高払いの傾向を歩ん

でることは全体として言えることなんです。だから全くお医者さんが自分の診療行為に対して評価されない、あるいはどんなに一生懸命診療行為をやっても、それが報いられないということに対する不満はあるわけです。ただ日本のようにあまりにも単純出来高払い一本できていると、もうよく言われるように、経験差とかあるいは技術差というものは全くないわけです。

そういうことがお医者さんに対する労苦に報いてるのか報いてないのか、というようなことにもなりましょう。

したがって日本でもいまだ一番問題になるのは、単なる赤字の原因であるというきめつけ方だけの問題ではなくて、やはり医療保障における医師制度や医療制度というものと医療保険なりサービスとの需給関係の結合の中のひとつの重要なことは、診療報酬の払い方にあり、その評価にあります。そういう問題をここでは考えていく必要があるだろうということになるわけがあります。

V. 医療保険の抜本改革

〃モ ト ヌ ケ、対 策

一番最後に抜本改革の問題で若干触れて終りたいと思いますが、医療保険の抜本改革ということが言われてまして、実に久しいわけです。というのは具体的には昭和40年度あたりからが問題が出て、そうしてその大きな意味は、医療制度も含めて日本の国民医療というものを将来どのような方向で保障していくのか、またそれを支えるところの制度はどうすればいいのかということ。これは何も医療保険だけの問題ではありません。そういう総合的な観点から抜本改革ということになったが、それが昭和40年代から非常に出てまいりました。ところが政府当局がとりあえず手をつけましたのは、先ほどの第8表でおわかりのように、政府管掌健康保険の赤字の問題です。当面は赤字をどうにかしなければならぬということから、第12表にあるような、ここ42年、44年、46年というふうに健康保険それ自体の改正法が、一部負担というような制度を伴いながら出てきたわけです。

だから、そこで問題は二つに分かれたわけです。国民医療というものを将来どうするか、それを支える制度をどうするかという抜本的な本来の意味と、当面の赤字をいかに調整していくかというような目先の問題とに分かれました。ところが政府においてはこの抜本の本来の問題には手をつけずに、医療保険の体系の整備や医療保険のこうした改正を通じて行なおうということです。つまり近視眼的な財政収支のつじつまを合

(第12表) 健保改正経過

内容 区分	料率	薬代	初診時 入院時	再診料	出産給付	退職者 医療	家族 療養費	埋葬料	標準報酬
46年改正案 (廃案)	$\frac{80}{1000}$	なし	入院 1日 150円 6ヵ月 初診(現行) 200円	100円 6ヵ月 まで	現行	退職後5年 継続5年 ①	70才以上 7割	15,000円の 最低保障 家族 7,500円	12,000円～ 200,000円 前年賞与総 額の $\frac{1}{12}$ を 加算する
現行法 44.9.1より 現在まで	$\frac{70}{1000}$	なし	初診 200円 入院 1日 60円	なし	本人1月分 20,000円 最低配偶者 10,000円	なし (継続医 療給付)	5割	標報 1ヵ月分 家族 2,000円	3,000～ 104,000円
旧法 44.8.31まで	$\frac{65}{1000}$	なし	初診 100円 入院 1日 30円	なし	本人 6,000円 配偶者 3,000円	なし	同上	同上	同上
健保特例法 42.8-44.8	$\frac{70}{1000}$	1日1剤 15円	初診 200円 入院 1日 60円	なし	本法のまま	なし	同上	同上	同上
特別法延長 政府原案 (44年)	$\frac{71}{1000}$	1日1剤 15円	初診 200円 入院 1日 60円	なし	本人 20,000円 配偶者 10,000円	なし	同上	同上	同上

① 通算15年加入，退職時まで継続1年加入，男子55，女子50以上で退職したもの加入。埋葬料をつける。

保険者の保険料額の平均を保険料とする。

② 政管は1000分の80を限度として審議会の意見をきいて長官の決定とする。組合管掌は $\frac{100}{1000}$ を限度とし，被保険者は $\frac{40}{1000}$ をこえて負担してはならない。

わせる方法に走ったということです。

そういう意味において，抜本対策とあるいは抜本改革と，みずから政府が「改革」ということばすら積極的に使ったにかかわらず，この抜本改革は抜本ではなくして，モトヌケ対策と悪口が言われるようになってしまいました。これはいろいろな政治情勢，行政上の問題等から，全面的な改革はむずかしいにしても，あまりにも政府は政府管掌の赤字の対策に少し走り過ぎたのであります。

しかしその中でも，前述のビルト・イン・スタビライザー，自動安定装置として昭和42年8月から，44年8月までの2ヵ年の健保特例法は薬に手をつけたと言われます。つまり薬代の一部負担です。これはつまり患者に1日15円以上の薬については，1日1剤15円の負担をしました。これは患者負担でありますけれども，ねらいは患者負担だけではなかった。これ

は投薬側を心理的に拘束するという間接的なねらいを持っておったというのが私の評価であります。事実そのことはあらわれて，第8表のように，42年度，43年度は著しく減っているということも無関係ではないということです。

しかし，これはやはり自民党の内ゲバが最後に出まして，特例法の延長を44年に持ち出したんですけれども，これはけっとばされて，そうしていきなり法律改正になり，それが上から2段目の現行法の44年の9月1日から現在までの法律になりました。

それからさらに今年の春，46年度の改正案というものをしました。この場合は薬代負担はあらかじめ，持ち出したのが再診料です。つまりそのつど100円ずつ6ヵ月までは取りましょうということ。これもやはりひとつの一部負担における方法です。つまり保険経営論によって非常に左右されてきている，保険経

営の問題になってしまったというようなことを先ほど私が強調しましたが、まさにそれはこういうところにもあらわれております。ただそれだけでは申しわけないというので、退職者医療とか、あるいは家族療養費——70歳以上7割給付——とか埋葬料というようなものを改善と称してつけてるというだけの話であります。

両審議会の答申をめぐって

最近の二つの審議会（社会保険審議会、社会保障制度審議会）の答申が出てまいりましたが、これは結局新聞の取り扱いが少し誇張しているんですけども、いまの医療保険の医師団体が要望する完全な一元化に対しまして被用者保険とそれから国民健康保険とは2本立てで残す、さらにいまの被用者保険についてはこれを統合する方向にいかないで、逆に多元化する方法、つまり組合ができるところは全部健保組合にしてしまうという方向を強く両審議会のほうは打ち出しました。このことがいいか悪いか、これらはまた非常に問題であります。私がいま考えておりますことは、医療保険というものは確かに医療の階層性はなくなりました。つまり金持ちは医療を受けられる、貧乏人は医療を受けられない、そういうものを一応国民皆保険によってみんなが保険で医療を受けるという点においては、医療の持つ階層性というものをなくしたかもしれない。あるいは平等な医療を受けることができるようになったかもしれない。しかしその医療というのは保険医療という意味においては平等といいますか、等質性です。均質な、あるいは等質なものを国民全体が保険医療として受けるようにはなりました。

ところがそれを支える今度は保険財政において強弱があらわれました。つまり政管健保のような弱いもの、大企業健保のような強いもの、特に経済成長の中における経済力の強弱の反映によって、保険者間における財政の強弱が目立ったということになる。だから医療は保険医療で等質性であるけれども、それを支える経済がアンバランス。だとするならば、保険はむしろ一元化して、そうして金のある健康保険組合、金のない政管健保も一元化して再分配を強めるほうが医療保障としては正しいかもしれない。しかし、またいまの両審議会の答申は、そうした方向よりも、保険を者、つまり保険の単位をさらに細分化していくような保険、組合方式というものを推進しています。だとすれば、その理由は何か。それはむしろ経済の強いもの、弱いものの統合による再分配ではなくて、ますます多元化することによって、経済的な強弱は強くあら

われる、ということになれば、赤字がもっといろんな形でふえるであろう。そこにおいて政府が最終的に望み、一番結論になってるのは、財政調整です。つまり多元化した保険者間において、強いところ弱いところが財政的に出てまいりますから、それをならしていくという方法をとります。

ではなぜ多元化の方向がいいかという、その結論は両審議会も、結果的には保険経営論の立場から望ましい、というようなことのようにあります。ただし、この方法でいった場合、私は、われわれがもしイギリスのような、イギリスについても非難はありますけれども、医療保険から医療サービスの方向へ進むことを問題とするならば、いまの医療保険がさらに多元化した方向にいくということ、こういうようなイギリス的な方向へ医療が動くことを阻止してるんだという判断をせざるを得ないということです。細分化された保険制度の中において、統合とは全くかけ離れてきた場合には、そういう医療サービスへの道は閉ざされていると言わざるを得ないだろうということでもあります。しかし、その議論を私がいたしますと、お前は現実を知らん、というふうにえらい先生方からお叱りを受けるというのが実情であります。

× × ×

本稿は昭和46年10月13日に行われた大阪府委託医療社会事業従事者講習会における講演速記録にもとづいて、事業部でその要旨をまとめたものであります。

佐口 卓（さぐち・たかし）氏 略歴

1923年生

1944年早稲田大学商学部卒

現在早稲田大学教授，社会保障，社会保険を専攻
著書「医療の社会化」（勁草書房），「日本社会保険史」（日本評論社，昭和32年），共編・共著「社会保障論」（有斐閣，昭和43年），共著「老人はどこで死ぬか——老人福祉の課題——」（至誠堂，昭和45年）その他多数