

【1985年10月】今後の医療保険制度に対する意見について(日本医師会社会保険委員会)
日本医師会社会保険研究委員会

今後の医療保険制度に対する意見について
答申

昭和43年10月医療保険制度の抜本
改正に関する日医の意見の再検討

昭和60年10月
日本医師会社会保険研究委員会

社会情勢の推移

保険制度の統合一本化についての日医案は、昭和43年に既に示されているが、当時の社会情勢は高度成長福祉優先であったから、増大する医療費は税収の増加で厚生省予算を膨張させることでカバーできた。その結果福祉への投資が先行され産業の発展と共に人生80年に垂んとする高齢化社会を迎えるに至り、国民の大多数が中流意識をもてるようになった。しかし、反面このことがかねてから唱えていた医療保険の統合の必要性を薄め実現を遅らせる結果を招いたのは皮肉である。

この経過の申でオイルショックを契機とする世界経済の動揺から我が国の財政も低成長期に移った。しかし日本の経済は赤字国債による立ち直りもみせたものの国は百二十兆円にも上る毎額の借金を抱えることとなり、予算編成にゼロ又はマイナスシーリングをとらざるを得ないのが現状であり、厚生省予算は、福祉の後退をはっきり打ち出している。

日本医師会は、早くからこのような事態を見通していたことから、高齢化社会への対応、医療保険制度の抜本改正を唱え多くの提言を試みて来たのであるが、厚生省は何等これを顧みることなく、単なる財政的に対応する事のみ走り、老人保健法の成立、退職者に対する制度を設定するなどにより、益々多岐に分かれた保険制度が存在し、各種の保険者間の大きな経済基盤の格差がそのままにされている。

又、国家財政の変動、急速な高齢化社会の実現、高度医療の開発によって医療費が増大し国家財政に大きな影響が及んでいるとして、医療費の抑制と共に患者負担の増額が次々に打ち出されている。これらの処置は、保険制度の根本に触れることなく財政対策の一時凌ぎ的なものであることは確実である。この際最も重要なことは、医療対策の確立であり、国民医療に対する施策をどう考えるかによって財政的対応を決定すべきものであって、その時の財政事情に合わせて医療に対する給付を考えるという形は全く逆である。医療対策

が確立し、財政対策がそれを支えることを考え、保険制度の効率的運営を図るべきであろう。

日本医師会は、かねてから包括的医療として、学問的基盤から地域保険、老齢保険、産業保険の3つの柱を唱えてきた。今ここで将来の医療保険制度について論じる場合、基本的状況の変化がない以上、この3つの柱を中心として展開するのが当然であり、特に目新しい画期的なものを出す必要はない。

しかしながら、流動的な社会の中で、より良い制度を求め、時代の変遷に無理のない対応をするために試行錯誤をすとしても、「これがベストでいつの時代にも通用する」というものを作るのは困難であろう。だが、現在保険制度が大きく転換せざるを得ない時点にあるものと理解し考えを進めてみたい。

まず、その基本とするものは、日本の各種保険制度についての歴史的経緯とその時点における功績を認めながら、到来している福祉社会を更に好条件の裡に進展させ得る方法を考えるならば、国民皆保険の機構の中で融合するという方向であろう。即ち、各種保険に属する国民各層の世代間の支えに期待することに他ならない。

次に考えるべきことは医療の内容についての対応の問題であり、保険制度下における医療の供給体制について検討すべきである。従来、保険制度についての批判や評価は数多くなされて来たが、医療の供給体制についての反省と将来展望はあまりなされておられない。一部医師会病院の存在意義、医療法人制について論議はあったが、これまでに自然に集積された各種、各レベルの病院というハードの面や、保険制度下で行なわれてきた医療の質と内容というソフトの面についても具体的に論じられていない。それは保険制度下において給付の平等と公平に大きく係る問題であり、しかもその根底には学問の研修、生涯教育の問題があり、膨張した医療と保険との中で検討を加えなければならず、又一部ではあるが供給側に反省が求められていることに目を背けてはならない。

会長諮問の「今後の医療保険制度に対する意見について」につき27回の委員会、4回の小委員会において委員それぞれの忌憚ない意見を求めることができたので、

医療保険制度の統合について

医療保険制度の中における医療供給体制について

関連する事項について

の三項目に分けて答申する。

保険制度の統合について

地域保険、老齢保険、産業保険の三本建てとする。

これまで、保険の統合といえば、健保連の解体を目指す意味とされ、健保組合の保有する資産や、積立又は準備金などが保険制度下の医療給付の財源であるべきだという論調が主体であったが、最近の財調路線によって健保連にも24%程度の拠出もあり赤字組合に対

する調整、共同事業もあって経営に不安材料が出始めている。今後は企業とか組合間による相互の支えの時代ではなく、若年、青年層による社会の支えを必要とする高齢化社会を迎えるので、世代間の支えを強調する時代に成りつつあるといえよう。この時期において統合一本化を主張することは時宜を得たものというべきである。

従って、今後の統合一本化に関する主張は健保連、共済組合などそれぞれの存立や運営についての論争から一步を進め、一国民連帯のための統合一本化を論じるべきではなからうか。

地域（健康）保険

国民皆保険下において、人生 80 年の生涯期間の医療保障を一貫して公平に実施するためには、全国民の共通基盤である居住地域を単位とする地域保険によるべきであり、一般的な医療給付はすべてこの地域健康保険によってカバーされるべきものとする。

国民生活の根拠は居住する地域にあるのであるから、現在の組合健保、共済組合、改管健保及び国保等すべての医療給付部門を地域保険として統合する。企業の中の被用者、大小の共済組合員、地域内の自営業者はいずれもその地域においては住民であり、各年令層を網羅して本人、家族の区別なくすべて平等の被保険者とする。従って、所得別、資産割、均等割、世帯別、など国税的平等な保険料を算定する。そして、この地域保険の規模や運営についての問題があるが、統合といっても既存の保険者のすべてを統合するものでなく、従来の保健施設、福祉施設及び現金給付部門はそのままとし、保険料の徴収業務と納付業務を担当させ医療給付部門の別建て統合を意味するものとする。

又、その地域保険の運営に当っては、都道府県単位の運営審議会、更に中央に中央運営審議会を置くなど、保険財政の調整や統一された保険料等を審議し、又、他方、地域による負担力の格差に注目し、国家財政即ち地方交付金、国庫支出金による所得再配分を考慮しておく必要がある。

この統合一本化は、制度間の格差をなくすと共に小集団の乱立という形の財政的なムダを排除するものであり、高齢化社会では企業による支えよりも世代間の支えの方が必要であり、国保、政管、組合、共済等すべてを一本化するものである。

また、地域保険を中心とする医療保険において、全般的な財源の確保と拡大が図られなければならないが、同時に限られた財源の配分と負担の均衡をはかるために次の諸点について周到な対応を考慮すべきであるとする。

- [1] 付加給付、付加的給付は保険の財源でみないこと。
- [2] 傷病手当金所得保障相当部分は保険から給付しない。
- [3] 検診に要する費用は公費をもって行い、一部老齢保険のファンドとの関連を検討する。
- [4] 労災は峻別して産業保険でみる。

- [5] 自賠の限度額を超えた分も保険でみない。
- [6] ターミナルケアの問題については、生存秩序とのかかわりもあって社会各層と慎重に検討する。
- [7] 生活環境等、快適基準に相当する部分の自費負担を認める。
- [8] 研究や教育に属する医療は保険給付することなく文部省の科学研究費を増額して対応する。
- [9] 高度先進医療の大学・国立病院で担当する部分は、一般会計から繰り入れる形で国や地方財政が研究費として予算計上すべきである。
- [10] 特養ホームの拡充と偏在を改善し、介護費、住居費に該当するものは他の社会福祉費でみることにする。
- [11] 保健施設費を見直し、効率化をはかり、健康づくり対策は地域が一丸となって取り組む。

老齢保険

現行の老人保健法による老人医療は、70 才以上の老人を対象に差別した一物二価の医療供給制度であり、医療の内容と受診の機会を抑え込むための策であったに過ぎない。老人医療としても本来、地域保険で行い一生を通して給付の対象となるべきであり、生涯一貫した保険であるから当然退職後も引き続き受給権があるとすべきであろう。

現に、老人保健、退職者医療など財調とされる拠出金により賄われているため、その拠出率について論争されているが、生涯を通じての保険給付の平等などから考え、老人医療における財政の安定化のためには、すべての国民が一定年令（20 才～25 才）以上においては、将来の老齢期に備えて福祉目的税（仮称）の導入を実施する等が自助の感覚と共に必要である。即ち、自らの健康の保障は将来に向かって準備しておく感覚を納得させる方向を考え、成人病対策のヘルス事業、予防給付も検討すべきことであろう。

従来、ヘルス事業、予防給付の問題は、保険の枠外に扱われたため、税務関係などの関連上地域医師会の会員にとって必ずしも第一義的なものとは考えていなかった。

これが、老人保健のヘルス事業が制定された時と前後してにわかに公的背景の関係者がこれに乗り出した感がある。即ち、ヘルス事業、勤労者健診を斡旋する形の言動が、官公立又は、社会保険庁関係の病院等と連携し、これらの分野を抑え込んでいく姿勢と思われる状況が出始めている。

この事は、老人保健のヘルス事業については、予防的給付の意味から包括医療を唱える老齢保険との繁りを考え、地域の在宅医療の推進、病・診の連携などとともに、地域医師会にとってゆるがせにできない基本的な対応問題として取り組むべきである。

ヘルス事業は、老齢期の疾病に対する予防的措置が主眼であるが、包括医療という観点からすれば老齢保険でカバーすべきだという意見もあるが、現在、市町村、事業所でおこなわれている内容の格差の是正、プライバシー保護など検討すれば国、地方自治

体の負担が主体となるべきであろう。

産業保険

現行の労災保険制度は、業務災害と通勤災害即ち仕事、通勤が原因となって生じた負傷、疾病、身体障害、死亡等を被った労働者やその家族に対して行なわれる保険給付として存在しているもので、会社、工場、事業所等の事業所全体が加入単位となっている。又労働者を使用するすべての事業に強制的に適用されているが、国家公務員、地方公務員、公社、船員には例外として適用から外され、公傷制度などの保護を受けている。ここにも給付の不平等、税金の無駄使いと言われる所以もある。

又、実際には明らかに業務上傷害であるのに、敢えて手続きを取らず、健保又は、国保で診療が行なわれる場合も多く、あるいは、法的に強制されているのに労働基準法に従わず、使用者を労働保険（雇用保険と労災探険）に加入させない場合などがあり、医療財源に影響を与えているとされる。更に昭和 47 年「労働安全衛生法」が制定され、産業医制度が発足して以来労働者の健康管理、職場の環境改善、職業病の予防対策等によって第一線の医師は職場における労働者の安全と健康確保のために努力をしている。しかし、産業の発展と技術革新により労働者の健康障害の多様化や環境汚染等対応しきれなくなっており、産業化社会における広義の基本医療体制の確立が重要な課題となってきている。これらの問題を包括した対策を「産業保険」の中に取り入れ、働く者の保護と産業の健全な育成を考えるべきである。

このような産業保険は、従って社会保険における相互扶助的なものとは異なり、働く者の保護と障害に対する補償であり、いわば労務管理の一環となる。しかも、労働者のほとんどは皆保険の現在、何等かの保険の被保険者であるから従来組合等で実施していた労務管理的給付を廃止し、「産業保険」の中で実施すべきである。従ってこの保険料は企業者の負担においてなされるべきであるのは当然である。

診療報酬については、健康保険においては法律をもって厚生大臣が定めているが、現行の労災保険においては健保法と同様給付の範囲については定めているものの、診療報酬の額については決定がなされていない。このことは、健康保険が相互扶助を目的としたものであるのに対し、労災保険が労働者の災害補償を目的としたもので、両方の本質的な相違に基づくものといえよう。

昭和 36 年 11 月 11 日、当時の大野労働省労災補償部長と武見日本医師会長との間に労災診療費についての申し合せがなされたが、この申し合せは「労災診療の適正な発展のためには労災診療の健保（診療）に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚即応した診療費を決める必要があるが、それまでの暫定措置として左記により労災診療費の改訂を行うものとする。」と明記し、この申し合せは、あくまでも労災診療費が決定されるまでの暫定措置であることを明らかにしているものである。産業医学の社会的な適応と労災保険を含めた近代的な産業保険を創設することによ

り、産業保険の特殊性を踏まえた診療費の設定が是非とも必要である。しかし、老齡保険、年金との関連が推測されるので、統合一本化の問題と矛盾すべきものであってはならない。

公費医療

公費負担のあり方については多くの問題を含んでおり、社会保障や福祉行政は、ややもすると政治的駆け引きの具に供され保険制度の整備を阻害して来た。その上厚生省は、年間一兆円にのぼる公費負担医療費を医療保険に肩代わりするよう検討しているが、公費医療は国や地方自治体が負担する責任があることを忘れてはならない。

保険の相乗りで一部負担の分を公費で支払うような策は福祉行政とは言い難いものであり、保険制度とはっきり切り離れた制度によるべきである。(中間施設の問題もこれに包括されるべきで後述する。)

保険制度の中における医療供給体制

医療の合理化、医療費の適正化という考え方が厚生省の考え方として社会全般に宣伝され、いかにも医療にはムダが多く、医療担当者が欲張っているのだという印象を社会に与えようとしている。一般的にムダな医療として非難されるものは、老人医療とその入院が主であるようだが、老人の慢性病には病気との平和共存を考える工夫も必要だし、治療よりも予防、看護、介護が必要の場合もある。にも拘わらず、老人に対する福祉的施策が十分に行届かないままに老人保健法が設定され、更に尚、3年後の見直しとして、負担増などが考えられ、普遍して老人の受診を抑制しようとしているのは誤りである。疾病の治療は結果論ではなく、万一のことを考えて追加的あるいは過剰とみられがちな診療行為が行なわれる場合もある。しかし、これが経過、予後に重大な意味をもっている場合もある。自己負担率の低下が受診率の上昇、医療費の増大をもたらすとして強く非難するひともあるが、潜在している医療需要が顕在化するというメリットがとくに有病率の高い低所得者層に大きいことを忘れてはならない。

「社会全般に経済的余裕が大きく伸びているとき医療支出を拡大するにはやぶさかではなかったのに、低成長になった時、他の財貨やサービスの消費を切り詰めてまで医療の財源を確保しようとしなさい。」ために現在の政策が出ていると説明できるのだが社会の人々は、ここに至るまでの経過や国民的な要望と合意(生活と生命に対する)を振り返ってみる必要がある。そして、人的物的の投資が医療の場合そう簡単に方向を変えられるものでないことに気付かなければならない。

しかしながら、医療に関する費用とか施策が、国家的に再検討され大きく転換する必要に迫られているという時に、これまでの姿や考え方に固執するあまり頑固な否定と反対とを唱えるだけが我々医師会サイドの使命とも言えない。多くの疾病から開放されて社会復帰が可能となり、豊かに長寿が保障されることは大多数の国民が期待し、望んだ

事であったがため、高度医療が開発され学問、技術の研鑽が進み、それを社会に供給しうる施設が増え大きく作動して来た。そのために財政負担も増大し、医療と福祉も大きく様変わりしたのである。

又、社会の状況はといえば、国民の期待は次第にエスカレートし、健康の増進と疾病の予防、疾病の診断と治療、リハビリなど包括的に考えられるため、国民の大多数が中流を意識し平等の感覚と共に施設面の投資を煽る傾向を生んだ。このような経過がある中で医療と保険制度について論じる時、医療の質とが内容を云々するならば、その供給体制について現状の分析と将来への対応を的確に考えなければならない。何故ならば、前述のように展開されてきた医療は、それを施す人と、場と物とによってなされてきたのであるが、大規模なものは益々大きく高度のものが要求され、小規模のものが関与すべき第一線のことを忘れられかねない状況に在るからである。

高度成長の時期に、福祉が求められるままに実施に移され医療施設が増え疾病の治療と共に延命長寿の社会へと進んだ。しかし、感染症の抑え込みに成功し、次第に高度の医療が求められ、臓器医療と共に検査機器の開発が盛んになり、施設の広大さとマンパワーの増加が求められることとなった。このことが高齢化と共に医療費を大きく押し上げる原因となったのであるが、あまりにも急速に経過したため、資金計画、投資の償却が混乱し企業倒産に似た状況を呈している。これらの自由資本主義体制下の投下資本の回収が、患者を診断し医療を実施することにより可能とされるのであるが、現状の診療報酬体系は統制経済の低い枠の中にあるため、勢い頻度の多さを求める傾向となり、しかも患者数を集めることによってそれを期待するため保険制度上極めて具合の悪い問題を提起している。

このことが、一般的に病院としてのサバイバルの条件に関連することとなり、色々な科を扱う病院よりも、患者側が選び易い特徴を掲げるかどうかという事になりつつある。逆に言えば一般的な疾病を扱ってきた中小の病院では患者離れが進行し、窮地に立たされているといえよう。しかし、大中の都市における病院施設の投下資本は、そう簡単に方向転換できるものではないし、又マンパワーの養成には時間がかかるものであるから病院機能の専門分科とか、特徴付けとか言っても急速に実現する訳にはいかない。思い切った発想と感覚の転換の下で、今後5 - 10年位の時間をかけ方向付けをする必要がある。そのためには病院機能の思い切った転換であり、一方老人問題を中心とする包括的処理と、中間施設、リハビリの問題で、他方それらに連携する姿の一般開業医師のあり方が形作られなければならない。

即ち、病院においては急性、救急の医療や、また慢性、難病に対しては幅は狭くとも深く握り下げた医療が期待され、福祉的な施設では、延命長寿とターミナルケアが扱われ、第一線開業医師の現場ではそれにつながる医療と家庭におけるケアの問題には、開業医とその機能をサポートするケースワーカー訪問看護等がかかわり、それぞれの立場で皆が動くことで福祉と保健と医療の連携が保たれるべきである。これらを現実のあり

方から眺めると医療に関連する経済を無視したような報酬体系であるため、特殊技能のあるマンパワー、施設の不測な事態に対する準備のごとき一見ムダと思われるかも知れない要素に対して正しい評価がされていない。この辺に医療産業的な企業意識の進出が目論まれる素地があるのであって、医療の本質から考えて、経済優先とならない

供給体制を確保する必要がある、そのための報酬体系が期待される。このことは医療法に関連し、税制にも係わり、又不採算部門に対する助成の問題でもある。

いずれにしても、医療の始点は第一線の開業医であり、プライマリケアの技術、診断を高く評価すべきことと二次、高次との連携を重視することで医療の供給体制に定着参加することをまず考えるべきである。そして病院は、それぞれの特徴的な標榜によって運営され、外来処理によらないで維持出来るための、メディカルフィー、ホスピタルフィーを定めるべきであり、病院で扱われる医療の質が確認され、マンパワーの確保と共に評価されるべきである。又高齢者対策としての中間施設など福祉施設は、介護を主体とするものと考えべきで、しばしば必要となる医療を除き保険制度によらない福祉政策の中で捉えるべきであろう。

これらの体制作りは、急に実行しうるものでなく医師を含む国民全般に対する医療と福祉の認識を求めることからスタートし、5年位の間には施設の転換、マンパワーの養成と配備を徐々に実行に移し、高齢化社会への対応と共に、保険制度の統合とバランスのとれた医療供給体制の整備が必要である。

診療機能の実態と改善

大中都市の現状認識を分析すれば、開業医師による診療所と中小の病院が混然としているが、地区医師会の努力により地域医療活動を通じて、現在でも機能的連携は保たれていることが多い。しかし、近年の病院の過剰投資や診療報酬体系の変革のため、国公立を含む大病院が経営面を優先させることから、大規模なものが小規模のものを圧迫する結果を招き、患者層の大病院指向と共に医療費の配分や入院日数の問題が提起されている。地域医療が合理的であるべきためには、病・診の連携と共に開業医の積極的な保健への姿勢が期待される。また、国民の大病院指向はマスコミの影響を主軸として、国民意識の事大思想、医療機能に関する情報不備、医療機能分化の未熟などが関与し、そのために医療資源の過剰消費が起こっている。今後の情報の管理と共に国民に対する医療の本質についての教育が必要であろう。

二、三号機関（職域病院）の問題

大都市に存在する所謂職域病院の問題であるが、国の機関としてのもの、国又は公社により運営されるもの、共済組合のもの、健保組合、会社に付属するものなど多種類あり、既に健保取扱いの資格を有するものもあり、そうでないものもある。これら、職域病院は、特定の被用者及びその家族にとって開かれたものであるため、

対象とする被保険者が限定されており、一般不特定の人々は扱わないという性格のものである。又、施設面では「親方日の丸」的な感覚があり、高度成長時代の過剰投資とも言える重装備であるため、採算性が良くないことは容易に想像出来る。これが低成長期に入って臨調で取り上げられ、特定少数よりも不特定多数を診療することによって採算を図り、民間への移行や独立採算性の原則という至上命令によってできたのが職域病院の一般開放という問題である。

勿論、国民のニーズに応え遊休している施設や、マンパワーを開放することに反対するものではないが、地域開業の医師達との競合の問題を考えると色々な点で解決しておかねばならない事がある。

例えば、公的機関と私的機関との問題であるが、救急医療や不採算部門に対して、公的機関では労働条件等を理由として担当することを避ける姿勢がみられ、そのしわ寄せを私的機関が被っていると言われてきた。これは医療の公共的性格又は公益性から考えれば問題のある点であると共に、公的機関が国庫の財政的支援のもとで運営出来ること、私的機関が全く個人資力で運営、経営し、しかも税制上においても追い詰められている現状にあること等をみると大きな差別的処遇というべきであろう。

また、一号機関（一般保険取扱機関）と同じ条件ですべてが実施されるべきであるのに、契約する組合員については一点の単価が相違していたり、審査機構にもならず医療内容が不明のため保険ルール上基礎的知識が欠如している事例があったり、又自治体立病院でも地方財政の悪化から赤字に対する一般会計からの繰り入れが国策となり、外来診療への傾斜や主治医との連携を故意に欠く（患者を帰さない）などの問題が出ている。

更に、これらの職域病院等の使用する薬剤の購入、支払いの実情については、薬価基準の決定を全く無意味なものとする状況であるとも言われ、第二薬局としての批判と共に一般診療所等と比べ余りにも隔たりがあることが指摘されている。

このような差別的現状について、統合一本化の際整理しておかねばならない。

高度先進医療と特定承認保険医療機関

学問、技術の進歩は研究と実験の積み重ねによるが、その領域を担当する大学等における医療は、一面保険に馴染まないものがある。医療保険が実施された医療に対する支払いのための制度であるから、支払いが保障される限り、なるべく幅広い高度のものがその中で認められることが望ましいのは医療をうける者及び担当する者の願いであろう。

この辺に保険と馴染まない点が出て来るのであって、研究的な高度なもの、医師の善意と信念又は可能性に対する追及などは別の角度から保障乃至は認定されるべきである。少なくとも大学における医療で、利潤を追求することで大学や付属病院

の維持運営を図らなければならないという姿は避ける必要があり、文部省、大蔵省の十分な配慮を求めるべきである。

特定承認保険医療機関による高度先進医療が、保険制度の分に上乗せする形で認められることになったが、このことは保険制度が限界医療であって、完全医療を提供するものでないことを物語るものである。即ち、高度医療に要する費用に対して患者の自己負担を認め、その他の部分を特定療養費として実際には現物給付と同じ形で保険でみるというのは極めて変則的であり、皆保険制度下の医療に対する負担と給付の公平という根底に合致しないのではあるまいか。又、人工臓器及び臓器移植等にかかわる医療費と保険制度との問題もあり、ベターライフクリニックという考えや、私的保険の問題（私的保険については後述）が出てきており、検討を要する。

診療所（所謂家庭医）と医療過疎について

日本における開業医の立場は、専門医を兼ねた家庭医の形であり、歴史と伝統の中で地域の医療を担当して来た。

近年になって医療の開発と共に個の医療より、チーム、集団による医療が進められるに従い、又狭い分野ながら深い探求がなされる傾向から、医師の勤務医指向と開業医の老齢化が話題にされ、それに伴って提言されだしたのが家庭医制度と理解している。

日本の医療土壌は、診断即治療というのが患者のニードであったものだが、診断と患者を割り振りするコンサルタントという姿を家庭医に期待するならばそこにかんりのズレがあり、今後の教育の面で取り上げるとしても、制度化して資格、認定までもっていきこうというところに問題がある。

既に家庭医的なあり方を備えている現在の開業医は、教育の過程で各科をローテートして経験と知識、技術を習得し、その後に自分の専門分野を決めて地域医療に挺身しているのであって、内容的には極めて高いレベルにあるといえる。それが将来少なくなるであろうことを見越して2~3年の教育によって家庭医の認定を与える制度とする、とするならば、学問的、臨床的に極めて危険な考え方と言わざるを得ない。

医学、医術の進歩が次第に重装備の医療を生み出し、個の医療から、集団、チームによる医療へと進歩してきた。又、バイオテクノロジーの進歩と相俟って臓器医学が進み、全人的医療から離れる傾向を招いている。又、情報過多による患者の判断の誤りから人間関係より施設、装備を高く評価する傾向を生んでいる。そのうえ、厚生省の意図する家庭医制度はPC（プライマリーケア）の意義を都合よく解釈するためのもので、医療機関の機能に対応した診療報酬として家庭医に対する人頭払（件数払）を導入しようという意図がうかがわれ、しかもその認定権をもつという

事は官僚統制の強化である。家庭医というものは、生涯研修を通じて人格識見に基づいて高い評価を受ける医師の意味であり、現在、各専門学会で設立されつつある専門医、認定医の制度をふまえてライセンスを診療報酬体系に組み入れる考えについては慎重に対応すべきである。まして、家庭医のライセンスを与えることで人頭割制度を導入し、安上がりの医療をという点の懸念が十分あり、自由開業医制の存亡にかかわる点からも全く賛成出来ないものである。

更に、都市においては病・診の連携が強く言われているが、地方では異なった状況もある訳で、大都市の医療供給体制の考え方そのまますべてを持ち込むことはむずかしい。

郡部の広域な地域では、少数の医師又は先祖以来の医師が全科を担当して多くの患者の要望に応える形の医療が行なわれ、これこそ全くの家庭医即専門医の姿であり、人間的信頼関係に結ばれているのである。教育の過程でローテートする研修を課することで、現在の開業医的な家庭医を養成することは社会的なニードではあるが、家庭医制度を認定先行させる策には、全く反対せざるを得ない。

そして、先に述べた医療の供給体制が確立されない段階での家庭医制度は考えられないことであると同時に、科目によって認定医、専門医制度が発足しているが、これも統合一本化に合わせて考えてゆくべきである。

次に、医療過疎についてであるが、医師数の確保を考えた一県一医大の政策の失敗は、一定の人口対の医師数は数の上で整ったものの、未だに医療過疎地が解消されていない結果となっている。このような地域こそ公的病院を中心とする一般医療についての補完的役割が病・診連携の形で確保されなければならず医療情報のあり方、施設のスケール、病院のオープン化と医師の定着し易い条件の配慮などが検討されるべきであろう。(一方都会地における「ビル診」の増加は、家庭医のスタイルとして歯止めを必要とする段階にあるだろう。)

以上医療供給体制についてそれぞれの立場で期待される点を概述したが、要はこれらの個々のランクが相互に連携し、医療保険制度下でコストエフェクティブに運行されることが目的である。近年住民の教育レベルの向上や医学に関するマスメディアの発達も顕著であり、これに伴って医師の聖職性が次凝に失われつつあるといえる。このことは、医療の質の保証に対する国民の関心が高まっていることであり、質の高い医療をより安いコストでより受け易くするよう要求する社会的圧力が増大していると考えられるべきであり、それに応えることで医師の聖職性としての評価の回復を図るべきであろう。

関連する 2,3 の事項

生涯教育と研修について

医療の分野は、日常の診療、研究を考えると日々が研修であり、しかも一生を通じて継続されるものである。この観点から、日医を始めとする各地域及び地区医師会は、講習会、研修会を重ねて実施することでその成果を期待している。しかしながら、医学は学問だけでなく実地の教育と修練を必要とするため、殊に高度機器の開発により、技術面や情報処理にも生涯教育の必要がある。従って、「医師免許は生涯就職のライセンス」といった感覚はもはや通用しない時代であると言えよう。そのためには、研修の場と機会を経験することの実績が日医の中で又学会内で評価され、ライセンス修得、更新のための手段とされる等一考を要する方法であろう。その方法については生涯教育検討委員会で検討が加えられるが、「恒産なくして恒心なし」の言葉が示すように、医師の経済的地位を確保しながら、医療の包括性、継続性を保持し、その連帯の中で医師が研修、病・診の連携、グループプラクティスに参加出来る体制を樹立すべきである。

審査制度について

医療費の支払制度については多くの議論がなされ、それぞれの方法（出来高払い制、償還方式、人頭割請負制など）に一長一短があるが、診療の自由を確保し、学問と倫理に根ざした現行の出来高払い制が最も妥当なものとして実施されている。

しかし、出来高払い制の弊害とされる一面を殊更誇大に指摘することによって支払いの節減、抑制のために審査、指導の強化が取られつつある。これは極めて重大なことである。医師の診療に関する自由裁量権は保障されなければならないもので、いたずらに規準、指針が強調されるべきではない。しかし、皆保険制度の中で公金が支出される以上は、厳正な審査は必然であり、その基準となるものは普遍性をもった学問でなければならない。医療の高度化が進むに従い、国民の長寿と息災が評価される現在、医療の主体性を我々医師の手から離してはならないし、医療は、生命を中心に行なわれるものである以上、経済のために医療のあり方が左右されてはならない。

人間の生と死の問題、臓器移植のこと、ターミナルケアと延命の問題、医療の限界など取り組むべきテーマは多いが、医の倫理、患者の倫理に期待するもので審査の段階で最も核心に触れる問題と言えよう。

従って審査を担当する医師は絶えざる学問の研鑽につとめ、医療機関にも保険者にも信頼関係を採てるものでなければならない。

又、請求事務の煩雑さのためにも統合一本化が必要とされるが、レセプト処理のためのコンピューター化が医療情報管理、患者のプライバシー、医師の自由裁量権の侵害などと混用されないよう配慮が必要である。

私的保険について

国民皆保険の中であって、医療費の増高を理由として私保険の問題がでてきている。

厚生省当局者の言によれば、公費による支払い分が増大しなければ、医療費そのものは大きくなってでも差し支えない、としており、はっきり保険制度による国庫負担の増高を回避しながら、個人の負担によるならば介入しないことを語っている。

特定承認保険医療機関の問題もこれと軌を一にするものというべきで、その自費で負担する分は私保険で賄うとしている。

このように公的保険と私的保険の二重加入になると、結局はシビルミニマムの医療しか受けられないし、場合によっては貧しい人が豊かな人の命を長くするのに役立つということもあることを指摘したい。

又、民間活力の導入と称して私保険の活用を言っているが、外国の事例を取り上げ「質の良い医療を コストエフェクティブに遂行するためには、自由競争の概念、即ち市場競争を取り入れ選択の概念を医療に導入することで達成出来る。」と説明している。

しかし、日本の場合は公的保険一本であるため、彼等の言う保険者間即保険会社と被保険者の選択による競争を前提としたものとは異なるのである。

又、私的保険が導入されると当然標準医療が出てくるであろうし、医療機関に対してはコントラクトであり、系列化したもの、契約したところのみで医療をうけることになるであろう。

このような異質のものを敢えて導入しようとする考えは理解し難いもので、むしろ医療保険が皆保険制度で負担と給付の平等をうたう限り、或るレベル（給付額）を超える医療に対しては、別枠の保険を用意する方策などを考えるべきではないか。何れにしても私的保険の導入については、医療財源を確保するためとはいえ安易な策に走ってはならず慎重な検討を要する。

中間施設について

中間施設の定義さえ確定していないが、関連委員会の考え方を中心とし、今後の在るべき姿は出て来なければならないものと思う。今後の高齢化の社会で社会的ニードをどのように捉え、対応していくかであるが、この問題は、国家的福祉政策の中で処理されるべきもので、保険制度との境界がはっきりしないことが難点とはいえ医療保険との一線を画する必要がある。国公立病院の統合、老人病院からの転換などが考えられ、それに連なる高齢者の生活圏と社会への参加を考えた中間施設が必要となるのではないか。

中間施設に関する懇談会がその中間答申を行っているが、考えて実行に移すべ

き内容ははっきりしない。ただ利用するであろう時の基準、利用料、規制ないしは構造、人的スタッフなどが語られているに過ぎない。実際に我々医師が当面している現場のケースをどのように対処してゆくかについては十分意見を展開してゆく必要がある。

結論

高齢化の社会における医療と福祉が論議されている中で、医療費が高騰したことにより、負担の問題が大きく取り上げられている。我が国の医療保険制度は、国庫負担、患者、国民の費用負担が低いわりには効率よく、高度の医療が国民に平均的に保障されてきた。しかし、低医療費を強要されてきた医師にとっては事実不満の多いものであったし、又、国民の要望する高度医療や、高齢化に伴う費用の急増に対して国庫支出が対応しにくくなったのも事実である。このような状況の中で、包括的医療の中の対策としてどこに焦点をあてるべきか、そして、それをどう支えるべきかが重要な課題である。公平な負担と平等な給付のために、保険制度を統合し、又、整備された医療供給体制によって、効率よく運用されるためのあるべき姿勢について述べた。

そもそも、医療保険制度は、国民の医療のためのものであり、国民全体の福祉と健康のための国家的政策であるが、保険制度によって国が医療を統括し、医師を含む担当者を使用人として駆使するための政府、官僚の制度であってはならない。

日本医師会は、医療の質の向上、医師の生涯研修、高齢者対策、国民福祉向上のために抜本的改正案を提示し、医療とその保険制度に関する官僚主導を排除するための提言をする必要がある。

保険制度統合の中心となるべき3本建ての構想について、その考え方の基本を述べて来たが、今後、保険料の問題、福祉税的考え方及びその算定の基礎となるべき所得や、資産の把握等については議論のあるところである。

又、国民総生産、総所得に対する国民医療費の捉え方と考え方は保険料率の決定に大きく関係するものであり、保険制度運用の財源のための基本である。従って、今後の一本化に向かった作業の中で説得力のある構想の展開と共に、運営と負担のための数字的裏付けが必要となるのは当然である。

これまで実施されてきた財政調整の考え方から一步を進め、国民が不公平感をもたないで実施できる保険制度の実現を念頭におき今後の作業に期待したい。