

わが国における社会保険の問題点

小山進次郎

I 社会保険制度に関する総論的問題その他

わが国の社会保険における問題点は大別して三つに分類することができる。社会保障体系の中での位置づけ、社会保険制度の構成原理、社会保険体系内での部門間のアンバランス、を含む総論的部分がその 1、当面の危機を発生させている諸要因、これから派生する諸問題を含む医療保険部門の諸問題がその 2、そしてその 3 は、成熟促進問題の解決、経済成長に対する年金制度のよりよき適応、積立金の運用方式の改革等を含む年金保険部門での諸問題である。私は本稿において医療保険の危機と呼ばれているものの実体を明らかにするために、少くとも私のいわんとするところを誤解されることを防ぐために、本稿の中で相互の部分が持つべきバランスを無視して、与えられたスペースのほとんど全部を医療保険部門の叙述に使ってしまった。そこでこの項においてはその他の部門にどのような問題があるかという点とそれについての私の判断を書き加えるに止め、そのうちのあるものとともに厚生年金の合成年金構造の持つ問題点などについては、他日時を得て、厚生省関係の機関紙などを借りて私の考を述べることにしたい。

(1) 社会保障体系の中での社会保険体系の位置づけ

わが国社会保障体系の成立および整備における特徴の一つは、まずそれが公的扶助部門の改造、整備から始められ、かつ、昭和 30 年以前においてこの部門はすでに一応の水準に達したということである。公衆衛生部門は着手の時点においては前者とほぼ時を等しくするが、その受け持つ問題が余りにも多いため、ヘルス・サービスの面にお

いて今なお多くの問題を残している。このような部門を両側に配しつつその中央に社会保険部門が位置しているわけであるが、この部門における年金部門の未成熟および不十分さのため、この部門が全体として国民生活および国民経済の運行に不可欠の存在となるまでに至っていない。また社会保険類似制度として先進国がいずれも具えている児童手当制度を欠いていることも大きな問題である。

次に社会保険制度の構成原理をイギリスに倣ったものに発展させるか、西ドイツによって代表される大陸諸国に倣ったものに発展させるかは、わが国の社会保障制度の在り方を左右する問題であるが、大方の学識経験者は戦後約 15 年間は意識においては圧倒的に前者に傾き、最近 5 年間は後者への傾斜をみせつつある。ただし制度の発展の実際からみれば多少の出入はあっても後者の途を歩んできたとみるべきであろう。

(2) 社会保険体系内での部門間のアンバランス

わが国の社会保険がまず医療部門を充実させ、ついで年金部門の充実に取りかかろうとした順序そのものは是認するべきであろうと思う。問題はかくして発展させられた医療保険が国民生活の運行に余りにもよくビルト・インされたため、国民生活の必要に対して非常なスピードで自律的發展を起し、重点を年金部門に移すゆとりを与えなかった。医療バイアスといわれる現象の底にあるものがこのようなのだとすれば、この自律的發展の仕方に何らかの働きかけをしない限り、社会保険各部門間の適当なバランスの実現は不可能とみる外はない。わが国には医療保険ももっとやれ、年金部門は飛躍的に発展させよ、児童手当も大規

横に発足させよ、という意見が多いが、少なくとも学識者と目される人は、このままでいくと昭和 46 年度には国民総医療費が対国民所得比で 6.2% を超えることになるという事実の上に立って、自らの主張を再検討されることを希望する。

(3) 厚生年金の構造と経済成長への対応の問題

厚生年金がかなり高い均一給付部分とそれほど高くない比例給付部分を持っている構造になっている点は、所得再分配の見地からはきわめて高く評価すべきであるが、このためこれを経済成長に対応させるためには高度の技術的工夫を必要とすることになった。これに成功しない限りこの問題の処理はよしあしは別として恣意的となり、非連続的となり、したがってまた安定したものとはなり得ない。年金制度が国民生活の運行にビルト・インされるためにはこの問題の解決は不可欠の前提となるものである。学者の積極的協力を期待したい。

II 医療保険の問題点

(1) 現状の評価

今日わが国の医療保険は現象的には迫りくるいろいろな問題のむずかしさと重さに押しつぶされそうになっている。昭和 32 年度以来わが国の医療保険をリードしてきた国民皆保険政策が深刻な批判にさらされ、その存廃にかかわる試練を受けていることは否定すべくもない。心なき人々はあの時点における国民皆保険への発進そのものが間違いであったかのごとき発言をするが、それは部分にとらわれ大局を忘れたものであろう。しかしそれはそれとして、国民皆保険の路線が、今までのどちらかといえば量的な面の解決に重点を置いていた段階から、質的な問題に対決すべき段階にさしかかっているという意味において、一つの曲り角に立っているという自覚は、政策を立てる側においても、これを批判する人々の側においても、どんなにはっきりしてもはっきりしすぎることはないというほどに必要である。医療保険の問題はその意味においてすべてがこれまでの国民皆保険

路線の行き詰りとより高い段階への発展の必要ということに帰着するわけであるが、その究明に立ち入る前にわが国の医療保険の水準をごく簡単に確認しておきたいと思う。

まず医療保険の coverage からいえば 40 年 9 月末日現在で総人口 9,827 万中 9,700 万が、つまり率にして 98.8% が、その適用を受けていることになり、他の医療扶助等と合せ考えればまさに完全適用というべきであろう。

次に受益の経済的内容からいえば 39 年度の国民総医療費 9,890 億、うち医療保険制度を通じ保険者の負担するもの 6,132 億（前者の 62% に当る）、ほかに生活保護、結核予防、精神衛生等の諸制度を通じ公の費用で負担するもの 1,221 億（総医療費の 12.3%）があるので、結局患者が直接負担するものは 2,537 億、総医療費の 25.7% となっている。

さらにその受けている医療内容からいえばこれを端的に示すことは大変困難であるが、治療に当る医師の技術水準は世界一流の下を下ることなしとされており、患者の受療における安易さからいえば医療水準の高い国としてはまさに世界一というのが定評である。

以上のきまりきった、いわば初歩的とでもいふべき事実をことさら述べたのは、今日、医療保険の危機をいうの余り、あるいは、今後解決を必要とする問題の多きを強調するの余り、わが国の医療保険の当面している問題の高さの程度を無視して、わが国の医療保険がいかにも初歩的な意味で問題山積であるかの印象を与える言動をして恥じない——自らの無知を暴露するか、目的のために事実を曲げるという意味で——人々が少からず見受けられるからである。国民の全部が cover されており、それを通じて比較的手軽に、高い水準の医療を受けられるという状態——たとえ受益の実際上の程度にある程度の格差が残されておろうとも——それはそれだけで国際的にみて相当高い水準であって、よりよき前進のためのきびしい内省は当然としても、それをお粗末な医療保険などといって得々とするは決して正しい態度ではない。われわれはむしろ終戦によって一時潰滅状態

に陥った健康保険や国民健康保険を、終始積極的な考え方でリードしてきた関係者の努力を高く評価すべきだと思う。このことは同じく終戦によって潰滅状態に陥った年金保険が、より困難な条件の下に置かれた事実はあるとしても、関係者の消極的な考え方によってその後の発展が大きく遅らされた事実と対比することによって、よりよく理解される。一は、終戦を機として飛躍的に発展し、他は終戦によって 10 年の遅れを結果した——これが比較的最近の時期に両方の行政を交互に担当した私のいつわらぬ実感であるが、医療保険が今日国民生活の運行に不可欠の存在となっているという意味で、国民生活にビルト・インされているのに対し、年金制度が今なお国民生活の運行に滑油剤以上の役割を果し得ないでいる原因の一つもここにあるように思われる。

(2) 国民皆保険における残された問題

国民皆保険政策の根底をなすものは受療における機会均等を国民的規模において実現することであった。そしてそのきっかけとなったものが昭和 28, 29 年に始った政府管掌健康保険の財政危機であったこと、また、その政策を決めるに与って力あったのが昭和 30 年のいわゆる 7 人委員会の報告であったことは、忘れてはなるまい。そして昭和 32 年度当初に国民皆保険の方針を確定してからは、国民健康保険の全国普及を目指してまっしぐらに進んできたのであるが、その当時から関係者の頭の中にあったことは、その次の段階は国民健康保険の給付率を 7 割にすることであった。そのような事情からその後における医療保険の進め方は極言すればいかなる機会をとらえて 7 割給付への歩みを進めるかに終始したといえることができる。こういう際に出されたのが昭和 37 年の社会保障制度審議会の「社会保障制度の総合調整に関する答申」であるが、この答申は医療保険部門については、各種制度間の格差の是正、そのための財政プール制の採用、究極の目標を 9 割給付とすること、医療給付における現物給付一辺倒の緩和等を提言しているが、この時以後各制度間の格差是正こそ国民皆保険における次の目標だと

する認識が広く行きわたったように思われる。そして勢の赴く所是正されるべき格差を多く残しているわが国の医療保険はよほど悪いものであるに違いないという誤解が生まれ、それを実現する方途との関連を切り離してただひたすらに格差是正というヒステリックな態度のみが目立つようになってきた。

伝えられるところによると、厚生省は医療保険の抜本対策を考える基本的な目標として、財政の安定とともに給付および負担の公平をあげているそうであるが、それはそれらが国民皆保険における残された問題であった以上当然であろう。この問題は人の好んで論ずる問題でもあり、私もそう変った考えを持っているわけでもないで、この際きまりきった資料を掲げてきまりきったことを述べる繁を省くが、この種の議論の際比較の基準を同一にすること（特に健保と国保の比較において）、是正の必要だけでなくどうしても是正するかの方策を明らかにすること、それが医療保険の危機の原因の一つになっている保険医療における日本的偏向とでもいうべき傾向にどのように作用するかの方面からの検討をも十分にやり抜本対策の内容を最終的に決める場合の調整に手落ちのないようにすること、を忘れてはならないことを付言しておく。

(3) 医療保険における財政危機

1. 政府管掌健康保険の財政破綻の発生

国民健康保険の全国普及、ついで給付率の 7 割への引上げ(形式的には自己負担の 3 割への引下げ)、それからいよいよ各種保険間の格差是正の問題へと予定していた国民皆保険の進行路線を大きく狂わせたのが政管健保の財政状態の決定的悪化であった。この傾向は表 1 にみられるとおりすでに昭和 36 年度から忍び寄っていたものであるが、医療費の動きを予測する技術的研究の開発が著しく遅れておりつねに結果として現れた事実を、しかも約 1 年に近いタイムラグをもって、知るにすぎない態勢におかれていたこと、概括的にみて保険の関係者は将来の予測が不得意であること、何よりも 280 億円前後の積立金がいよいよの意味で事態を明らかにするのを阻げたこと、加うるに 37 年

表 1 政管健保の1人当り保険料額および
保険給付費の推移

区分 年度	1人当り 保険料額		1人当り 保険給付費		1人当り 医療給付費	
	金 額	対前年度 増加率	金 額	対前年度 増加率	金 額	対前年度 増加率
36	12,034 円	10.5%	11,689 円	14.8%	10,145 円	15.4%
37	13,697	13.8	13,730	17.5	11,878	17.1
38	15,318	11.8	16,346	19.1	14,320	20.6
39	16,980	10.8	19,648	20.2	17,419	21.6
40	18,889	11.2	23,160	17.9	20,731	19.0

7月から行われた社会保険関係の行政改革の結果がこの問題を保険局長が知る時期をやや遅らせた傾向があること、等の事情のため、この問題が警戒を要するものと感じられ出したのが39年2月頃、事態の決定的性格が明確となったのが同年の7月頃であった。遅すぎた騒ぎ方、遅すぎた対策着手、というのが今回の事態に対する私の自らに加えた鞭であるが、省みて今なお自責の念切なるものがある。

2. 問題の性質

今日政管健保の赤字額は、昭和40年度末の累積赤字で669億、41年度における単年度赤字額200億以上、合せて年度末の累積赤字で1,000億にもう一步という状態に達していることはもはや周知の事実といってよからう。人はこの赤字の額の大きさに驚きこれは大変だというのであるが、問題がこれに止まるならば事態はそれほど破局的なものではない。政管健保の規模は36年度から40年度に至る5年間に支出ベースで1,107億から2,710億へと約2.4倍に、収入ベースで1,140億から2,210億へと約1.9倍に拡大している。つまり5年で約2倍ということであるが、このペースでいくとすれば45年度の規模が5,000億を超えることはほぼ確実であろう。さらに10年先になればその規模が1兆円をはるかに超えることはより確実であろう。したがって5年から10年の間この赤字を長期資金で借り、その間毎年65億の利子補給をすればそれでしのげる程度の事態である。

問題の核心は赤字の額そのものよりもそれを発生させている原因とその性質にある。そのやや掘

り下げた究明は次の項目で扱うのでここでは表1に現れたところからだけで、言及するが、一言にしていえばこの赤字が、早すぎる支出増大のテンポ、大きすぎる支出の伸び率によって発生させられていることにこそこの財政破綻の特徴があり、それがある程度構造的とでもいうべき性格を具えているところに今回の事態の深刻さがある。先に私は厚生省の公的な見解がこの事態の発生を37年度からとしているのに対し、これを承知の上で36年度からと述べたのであるが、それは私にとっては保険料額、保険給付費ともその収支の額よりもその伸び率つまり増加のテンポの方がより本質的なものと映るからである。いずれにせよこういう趨勢が続くとすればある時点において収入と支出をバランスさせても、それは翌年度以降すぐに崩れるであろう。歴史的にみて医療保険の収支は長期の傾向としてはつねに保険料率を引上げることによってバランスをとってきた。これはわが国だけでなく、大陸型と呼ばれる医療保険制度のひとつとして通ってきた道であって、それは一般的には近代国家の租税負担増大の傾向と相通ずるものであり、その限りにおいてはあえて異とするに足るものではない。それにしても一度バランスをとるように調整された状態は、少なくとも5年間程度は続くというほどのことは制度の安定した運行を確保するために必要であろう。先の通常国会で改正された政管健保の料率は政府提案の1,000分の68が65に修正され、そのこと自体はまことに遺憾なことであったが、仮に68であったとしてもこれでしのげるのはせいぜい41年度1年間、それも辛うじてという状況であったであろう。

それでここでは二つのことだけに言及しておきたい。その一つは政管健保に代表的に現れていることであるが、わが国では医療保険の給付費における傷病手当金の割合が33年度の15.9%を最高として39年度で11.8%というように、問題にならぬほど低く、ここ5年間程度の情勢を考えると、つまり支出問題の究明は医療給付費の問題に絞ってよいということである。

他の一つは保険料率の高さである。わが国の保

保険料率が異常に高いものであるかの錯覚を一部の人は今なお持っているようであるが、これは改めなくてはならない。わが国の保険料率を外国と同じベースで比較する場合には 0.8 ないし 0.75 をかけなければならない。そこでこういったいわば当然のことを前提として現在西ドイツの代表的な疾病金庫で採用されている料率をわが国流に直してみると、1,000 分の 95 という西ドイツの料率は、傷病手当分を控除してみると、1,000 分の 75 ないし 80 に相当することになる。西ドイツでは家族も本人と等しい医療給付を受けていることを考えると、わが国が現に当面している収入のテンポが支出のテンポに追いつかないという事態が、保険料引上げの一応の上限と考えられている線に意外に近いところで起っているということに気が付き、改めて事態の深刻さに打たれるのである。このことは国民総医療費が 40 年度で国民所得対比で 4.9% に達したことと照応するものであるが、医療保険の抜本対策においては、収入対策として総報酬制の採用などが考えられるのは当然であるとしても、そうして収入対策がその主役をなすものでないことを、端的に示しているものである。

以上政管健保に即して赤字問題を一瞥したのであるが、事態は健康保険組合や共済組合においてもまったく同様である。それは今回の問題が収入の額の問題ではなくて収入と支出における増大のテンポの違いによるものであることからくる当然の結果である。要するに医療保険制度はおしなべて破産寸前の状況にあるといつてよい。

(4) 保険医療の日本的偏向

1. 保険と医療

医療保険を全体的に襲っている現在の危機を理解するのに大まかに分けて二つの態度があるように思われる。その一つは問題をすべて保険制度の在り方として理解しようとする立場をとるものである。「こうなったのは保険が分を超えて荷物を背負いこんだからだ。現物給付主義をとる以上こうなるのは宿命だ。一部負担がないからだ。点数単価制で出来高払い制度をとればこうなるのは当り前だ。対策は保険に還れだ。」まあこういった

考え方や主張の多くは保険と医療を分別し、医療の在り方は素人の関与するところに非ず、社会保険学者その他学識経験者の任務は、保険制度の在り方を論議することに終始すべきである、とする立場に立っているとみてよいようである。他の一つは問題を保険医療の在り方と関連させて理解しようとするもので、保険医療における乱診乱療に現在の危機のすべてをみ、それは医師の在り方が改めればただちに正常に服すると考えるものである。そしてこれまでのところでは、わが国の学者の大部分が少くとも公には前者の立場をとっている関係上、前者の態度こそ良識ある者のとるべき態度とされてきたのであるが、私は最近この考え方に若干の疑問を持ち始めてきた。それはこのような考え方は保険制度の在り方に対応する保険医療の在り方、対応の仕方は国が違っててもほぼ同じだという前提に立っているが、そのような共通なものよりも、国によって違った対応の仕方をする面の方が、より多いのではあるまいか、かりに多くないにしても、その面にこそ現在の危機の真因を解明するものがあるに違いない、こう考えるに至ったからである。そして医療の在り方と離れて保険の在り方を論ずることに、ある種の空しさを感じ出したのである。今日国民総医療費の 93% 強までは、それが保険者によって負担されるか、患者自身によって負担されるかの別はあるとしても、医療保険制度によりある種の規制を受けつつ授受されていることは否定すべくもない事実である。厳格な現物給付原則によって運営されているわが国の場合、このことは医療保険制度が単に費用の決済に働いているだけでなく、国民医療そのものの在り方に強く作用していることを物語るものであるが、逆に医療保険制度はその費用のほとんど全部を持たなければならない国民医療の在り方によって、強くその在り方を規定されている。このような緊密な両者の関係において生じてくる問題を、一方の側の問題としてだけ理解し、処理しようとするのが無理なのである。ましてや問題の核心がこの相互作用の結果生まれた保険医療の日本的偏向とでも呼ばるべきものにあるとすれば、とかく実務者や保険者の持つ浅はかな考えである

と軽視されがちな後の立場の掘下げこそ、大切なものではあるまいか、およそ以上の問題意識に立って試論を展開してみたいと思う。

2. 保険医療の現象的特徴

医療保険制度によって現物給付として行われている医療を保険医療と呼ぶとすれば、この医療の特徴は、患者の側からいえば安易に医師にかかり、気軽に入院することのできる医療であり、医師の側からいえば数でこなす医療である、と要約することができよう。次にこの医療に現れている現在の特徴的傾向を挙げてみると次の四つになるように思われる。

第1にこの医療は早過ぎる投薬、注射という傾向を持っているようである。およそ患者が医師を訪れた場合、仮にまだ診断を下すべきでないと考えたときでも、とにかく投薬、場合によっては注射も合せ行われることが多い。ことの良し悪しは一応別としても、このようなことは先進国の医療では見受けられないことだとされている。

第2にそれは投薬、注射の多過ぎる医療である。この点は周知のことでもあるので委しく言及することを避けるが、実感としては薬剤の錠剤化が普及するようになってから特にはなはだしくなったようであり、かつ、次第にしかも確実にその程度を増している。

第3にそれは医師があまりにも忙し過ぎる医療である。医療保険の普及と浸透は、医療の需要を、表2に見られる通り、ここ10年間に飛躍的に増大させた。これに対し診療に当る医師数の増加はそれほど多くなかった。医師は診療時間を延ばすこと、1人当りの患者に当てる診療時間を短縮することで事態を処理してきた。数でこなす医療は医師を疲れさせ、技術向上のための氣力を減退させ、今や粗雑化された医療となろうとする危険をはらんでいる。

第4にそれは医師と患者との関係を著しく流動化させ、次第に浮動化させていく医療である。最近都会地で見られる患者の医師遍歴はその勢を強めつつあるといわれている。もちろん最近の傾向として、家庭医と患者との間の古典的な、定着した関係を期待することは無理であるとしても、わ

表2 受療日数の推移 (昭和32=100)

	被用者保険	国民健康保険	計
32年度	100.0	100.0	100.0
33	101.3 (1.3)	114.7 (14.7)	107.8 (7.8)
34	113.1 (11.6)	140.7 (22.7)	136.2 (26.3)
35	120.8 (6.8)	171.4 (21.8)	146.8 (7.8)
36	129.3 (7.0)	188.1 (9.7)	159.2 (8.4)
37	136.0 (5.4)	189.5 (0.7)	162.3 (1.9)
38	146.0 (7.4)	200.7 (5.9)	171.8 (5.9)
39	156.7 (7.3)	213.8 (6.5)	182.8 (6.4)

注 1. 受療日数=被保険者数×被保険者1人当り受診件数×受診1件当り診療日数。

2. () 内は対前年増加率(%)。

が国の保険医療に現れた両者の浮動性は明らかに一つの特徴的な傾向として指摘すべきものを持っており、保険医療は主治医不在の医療であると極言させるまでに至っている。

およそ以上の四つが保険医療に現れた傾向であるが、もしこの傾向が現在の医療保険の危機との間に不可分の関係を持っているとすれば、この傾向の存在と離れて医療保険制度のあり方を論ずることは、一見それが良識的で、分を心得た態度であるかのごとく見えようとも、決して事の核心にせまるものではないといわざるを得ない。またこの傾向が将来ますます拡大して行く性質のものであるならば、この傾向の底に流れる必然的なものと、しからざるものとを分別し、必然的なものに対してはそれをそのまま受け入れる態度で臨み、しからざるものに対してはこれを縮小させるための対策を講ずる必要があることになる。そこで順序として次にこのような傾向を持った保険医療がどのようにしてその成型をとげ、それを固定化してきたかをたどってみよう。

3. 保険医療型医療の成型

保険医療が先に述べた特徴を持った医療の成型をなしとげたのはそう古いことではない。医療保険制度はわが国では約40年の歴史を持っているが、保険医療が保険医療型医療とでもいうべき一つの医療形態に到達し、そしてそれがそのまま現在における国民医療の存在形態であるかのごとき

状態に達するまでには、おおまかにいって二つの段階があったように見受けられる。第1の段階は昭和2年の健康保険制度の発足以来終戦を経て昭和22、23年に達するまでの間であり、第2の段階はそれ以後今日に至るまでの間である。第1の段階においても保険医療は明らかに他の一般の医療と区別して考えられていた。しかしこの段階では保険医療はそれ自体積極的な特徴を具えてはいなかった。いわんやそれがその当時における国民医療の存在形態であるというような関係は全然なかった。保険医療はそれと離れ、いわばそれ以前に存在していた普通一般の医療の程度の低いもの、手抜きしても差支えないところを切り捨てたものと考えられていた。それは薬剤において当時の一般医療では水薬、散薬の2剤であるのに対し、保険医療においては1剤でなければならぬとされていたことに代表的に現れていたように、一般の医療との対比において粗診粗療であるというのが当時の保険医療に加えられた一般の評価であった。かくて第1段階における当局の努力はいかにして保険医療から粗診粗療といわれる面を取り除くかに向けられ、事実保険医療の内容は逐次向上してきたようであるが、それでも保険医療を評価する基準が一般医療であって、前者がまともな医療であるかどうかは前者がどの程度まで後者に近づいているかによって評価されるという基本的関係には何等の変化がなく、一般医療が保険医療によって影響を受けるというような関係はついに成立しなかった。

終戦によって事態は大きく変ることになった。医療保険制度も年金制度と同じく一時は終戦によって潰滅状態に陥ったが、国民生活の窮乏化は医療保険の普及を大きく推進した。またそれはこれまで国民の一般医療として行われていたものを医療保険の枠内で満すことを強く要求した。当局もまた医療保険を潰滅状態から救い、これを普及させる必要上この要求に全面的に応ずる考え方で制度の運営をリードしていった。かくて昭和23年頃から保険医療の中に当時高価薬、貴重薬などの名前と呼ばれていたペニシリンその他の新薬が活発に取入れられることになった。保険医療はもは

や粗診粗療ではなく、必要にして十分な医療を与えるものであり、適正医療であることを期することになった。この間の事情について、昭和30年のいわゆる7人委員会の報告は健康保険が保険であることを忘れたものとして当局の無思慮を非難しているが、そのことの当否は別としてこの道は一つの必然であったと認めざるを得ない。

その後も保険医療における新薬の採用は活発に進められてきたが、それでもなお言葉の正確な意味における国民の受けている医療と保険医療との間には若干の開きがあった。しかしそれは前期におけるように国民一般が受ける医療なるものが厳然と存在し、それとの関係においてのみ保険医療が存在するというようなものではなく、保険医療なるものが存在し、それで満し得ない部分を何等かの方法で医師と患者との関係において補うものとして国民一般が本当に受ける医療なるものが存在したという関係である。薬剤に関する差額徴収が日常茶飯事として横行し、保険医療の制限診療性がとくに論議されたのはその現れである。かくて昭和35、6年頃になると保険医療は、7人委員会の報告の示す方向、すなわち国民の一般に受ける医療とは別に保険なるがゆえにもつべき限界を明確に守る規格医療への道を歩むか、それとも国民一般の受ける医療と保険医療とを一致させる道を押し進めるか、の岐路に立つことになった。そしてこの場合とられた道が後の道であったことは改めていうまでもない。この頃になると国民皆保険も一応完成し、また日本経済がちょうど高度成長を初めた時期でもあった関係上医療需要は激増した。しかもそのほとんどすべてが医療保険を通じて顕在化されたため、今や保険医療は国民医療のほとんど全部を覆うものとなり、先にのべた特徴を持った医療保険型の医療が急速に形成されてきた。そしてそれがそのまま国民医療の現段階における存在形態となるに至った。

4. 保険医療における日本的偏向の成立要因

わが国で現に行われている保険医療が正常な医療という観点からはかなり偏向したものであることは、ほとんどすべての人が感じていることであるが、これまでその成立の要因をもっぱら保険制

度側の要因から見ようとする態度が一般的であったため、保険医療＝国民医療の日本的偏向の問題は散発的にしかふれられない傾向があった。保険医療に大きな偏向の生じたのは医療保険制度のあり方にその原因の一半があることはもちろんであるが、同時にそれはわが国の医療制度のあり方、あるいは医療慣行の中に保険制度のあり方と対応して、そのような偏向を生じさせ拡大するものがあつたからであることを忘れてはならないと思う。

(i) 医療保険側の要因

医療保険制度のあり方が保険医療における偏向を引起し、かつ、拡大している関係については、すでに多くの人が論じており、私もまたそれらとほぼ等しい理解に立っているので、ここではそれらの要因を簡単に挙げるに止めよう。

① わが国の医療保険は医療のニードを医療需要として顕在化させる場合、医療の対価を患者にとって感覚的には無料またはそれに近いものとする方向で、かつ、急ピッチでそのことを進めてきたが、この方法は医療需要の増大にはきわめて効果的であつた。他面受診の便宜の多い地域や対象も、その少い地域や対象も、同じやり方でやつたため、後者においては今なお及ばざるところが少なくないにもかかわらず、前者においては患者に野放図に近い「医師選択の自由」を認めていることや診療報酬の仕組が互に作用し合つて、明らかに医療の浪費、医療費の浪費を発生させている。

② わが国の医療保険制度が一貫してとつてきた現物給付原則は、医療保険による医療の普及を、少なくとも大半の国民に対する関係においては、その受ける医療の水準を高めつつ実現したという点において、十分評価さるべきであるが、保険の自動調節機能を著しく狭め、特に保険者の持つべき制度の運営をコントロールする力を支出との関係において極度に弱めさせ、保険の運営全体をかなり硬直的なものとしてしまったことは認めざるを得ない。

③ 診療報酬体系の組み方が医療費の浪費を誘発しやすい素因を具えている。

A 点数単価制で出来高に応じて支払う現行の方式は、医師の許に患者として現れる者があ

る限りたとえそれが特に医療を必要としないと考えられるものである場合でも、それに何らかの医療行為が加えられる限り、医師に収入を得ることを可能にしている。またそれが医療上必要な注意をすることで足り、かつ、それがもっとも適当な医療行為である場合でも、現行制度の仕組は必要を超えた医療行為をすることを一概に非難できない欠点を持っている。医療よりも摂制と静養を必要とする者が医師の門をたたきすぎることが医師が価値なき多忙状態に置かれる一つの原因であるが、逆にあまりにも多忙であることが医師をしてむしろ手のかからないこれらの患者を歓迎するような心理状態に追いこんでしまう結果となっている。

B 医師の技術に対する対価と物に対する対価が混淆しており、前者が後者に関連して支払われることの欠点は、すでに世の常識となっていることであるが、このため不必要な医療行為が誘発されやすい。

C 医療行為の価値とそれに対応する診療報酬の額が正しく対応するように組立てられていない。このため必要な医療行為をした場合、とかくそれに対応する報酬の額の低さに対する不満だけが残し、そういう場合の補償上それとの見合いで便宜上作られている採算上有利な医療行為の存在を忘れてしまい、さらに一転して今度はこの種採算上有利な医療行為を多くしようとする態度を誘発する。

D 医療行為の効率が考慮されていない。取り扱った患者の数と行われた医療行為の量と使用された材料、時間がすべてを決定する。医師の稼働高と年齢の関係についてプロレス曲線という自嘲的な表現のいわれる所以である。

E 病院の診療費と診療所のそれが十分、かつ、合理的に区分されず、どちらかといえば診療所のそれを基準として決められるため、配分が結果として病院にとってややきつすぎるものとなる傾向がある。かくて病院は絶えず収支の不調に悩み、それが原因となって病院にはやや不足な、診療所には（あるものにとって

は) やや過ぎた診療報酬の引上げが応急的に
行われることが多い。医療費が総体として必
要以上に膨張させられる素因の一つはここ
にある。

(ii) 医療制度、医療慣行側の要因

保険医療に現に起りつつある偏向の多くが、医
療保険制度のあり方だけによって生じたものでな
いことは、このような偏向が健康保険、国民健康
保険の両者を通じてまったく同じように現れてい
ること、同じような医療保険制度の仕組が保険医
療における偏向を引起している度合が外国に比べ
わが国がはるかに強烈であること、などから考え
ても、ことを素直に受取る限り認めざるを得ない
ところであると思う。わが国の医療制度や医療慣
行にこのような偏向を引起す素因が本来的になか
ったのであれば、医療保険制度のあり方がどうで
あろうともこれほどはなはだしい偏向、いわば日
本的偏向とでもいわざるを得ないほどのものを引
起すことはなかったはずである。おそらくことの
理解においては学識経験者の大半はそう考えてい
るに違いないのであるが、こと一度いかにすべき
かということになると、議論を医療保険制度のあ
り方、特に一部負担のあり方や療養費払いの併用
など保険技術の問題だけに終始させようとする顕
著な傾向を示すことは不思議という外はない。次
に医療側からみて現在のような保険医療における
偏向を引起す原因となったと思われるものを挙げ
て見よう。

① わが国においては医療の発展において、国
民一般が受ける医療に関する限り、医療技術がそ
れ自体として尊重される体制は、自由診療時代
においても、遂に確立されることがなかった。診
断だけでもとか、指導だけでもということで尊ば
れたのは、文字通り限られた数の少い一流水準の
医師達、それも傾向としては大学病院において指
導的役割をしていた医師に限って見られたことで
あって、一般国民の受ける開業医の医療において
は、それ等の行為は薬価に含めて評価されるのが
一般の例であった。保険医療が医師の技術をそれ
自体として評価する仕組になっていないのは、医
療保険制度がそういう仕組をつくり出したので
はない。

それまでわが国で行われていた仕組をそのまま
継承させられたものなのである。批判さるべく、
改革さるべきは医療保険制度のあり方であるよ
りも、むしろその底にあってこのようなあり方を
必然的たらしめたわが国における医療制度や医
療慣行のあり方(医薬分業が行われていないこ
と、専門医制度が確立していないことなど)その
ものなのである。

② わが国の医療には薬剤多用の傾向が本来
にあったように思われる。診断よりも投薬を有
りがたがるという患者の傾向は、患者が造り出
したというよりも、医療のあり方そのものに患
者をしてそのように思わせる素因があったから
だと見るべきであろう。したがって薬剤使用に
関する経済的制約が一度緩められると、薬剤多
用の途をわが国の医療はまっしぐらに進むこ
とになったのである。この間の事情を考えない
で、薬剤多用はそれが現在の診療報酬の仕組の
許では医師の収益を多くすることからだけ理
解しようとする向きが多いが、恐らく事の正し
い理解には到達し得ないであろう。問題は薬
剤多用の医療のあり方そのものにある。しかも
この問題の本源は開業医の医療のあり方にあ
るのではなくて、大学病院の医療のあり方に
あるのだという認識を持つことが、問題把握
の鍵であることを忘れてはならない。

③ ことの性質上そうならざるを得ない傾向
のある要因ではあるが、わが国においては医学
教育または医学研究の費用が医療サービスの
費用に混入して調達される程度が特にはなは
だしい。この傾向は国民皆保険政策の推進に
よって著しく強められたものであるが、その
根源は何ら特別の工夫を講ずることなく大学
病院の医療サービスを保険医療に取入れたこと
にある(この点の無思慮の責を当時責任者の
1人であった私はもちろん免れることはでき
ない)。元来医学研究と医療サービスとは、薬
剤の使用や検査の実施においては、ほぼ反対
の関係に立つ。前者はその量を制限されな
いことが望ましく、後者は無駄があつては困
るのである。それにもかかわらずこの両者は
大学病院においては同時に生産されることが
多い。当然の結果として医療サービスの面か
らみる限りそこに少なからぬ過剰、浪費が
みられることは避けがたいところであ

ろう。しかも問題はそれに尽きるのではない。このようにして生産されたやや過剰な医療サービスの手法は、製薬業等の媒介的活動もあって、驚くほど速やかに一般の病院や開業医に普及する。かくて投薬や検査を多用する医療の慣行が保険医療の全域に形成され拡大される。事態はもはやそこまできているように思われてならない。

④ 病院の機能と診療所の機能の区別が確立していないことを、わが国の医療制度における欠点の一つであると考えすることは、多くの人に共通している点であるが、この点が先に述べた保険医療における偏向を引起している大きな原因の一つとなっている事実は、もっと注目されてよいと思う。病院、診療所の機能未分化という条件の上に、野放図な「医師選択の自由」が行われているために、医師と患者の結び付きは著しく流動的となり、ついに浮動化する傾向さえも示してきた。保険医療においては主治医なるものはもはや患者との関係においては存在せず、疾病毎にのみ存在する状態であるとさえ極言されている。病院外来への患者の殺到もその現れであり、患者の医師巡りもその極端な現れに過ぎない。これらの傾向の中にある必然的なものと明らかな偏向とを区別することは、それほど容易であるとは思えないが、それにしてもこれが医療の効率を低め、医師を必要以上に多忙にさせ、医師の責任感を損ない、医療費に少なめ浪費を生じさせていることは間違いない。

(5) 医療保険危機の本質

わが国の医療保険制度はわが国の医療制度や医療慣行が本来的に持っていたいくつかの問題点に特別の有効な対応手段を講ずることなく、その普及と充実を進めてきた。そしてその間に保険医療における偏向は、医療保険の覆う範囲が広まり、それが役に立つ制度となる度合を増すに応じて、次第に形成されてきた。それでも戦後 20 年の前半では、この偏向はだれの目にもそれと映るほどには明らかでもなく、普遍的でもなかった。わずかに注射が多すぎる傾向が指摘されていたにすぎず、それももっぱら当時の診療報酬の仕組の結果と考えられていた。後半の 10 年、特に最近の 5

年に至りこの傾向はもはやだれの目にもそれと映るほどにはなはだしくなってきた。それは一般の開業医に現れているだけでなく、病院らしい病院にも同じく現れている傾向である。この傾向を悪いというならば病院での医療も診療所での医療もひとしく批判されなければならないのである。

そこでまず第 1 に行われなければならないことは、先に私があげた保険医療における現象的特徴、すなわち早すぎる投薬、注射、多すぎる投薬、注射、忙しすぎる医師、浮動化しつつある医師と患者の関係、が真に存在するかどうか、それは果して偏向というに値する程度のものかどうかの判定を、ゆるぎのない根拠に基づいて下すことであろう。この点については大方の見解は私の述べてきたところと同じく結論のみが先に立ち、論証がやや不十分であるという弱点を持っていることを反省する必要がある。特に現在定説となっている多すぎる投薬、注射説をとっている者にとっては、表 3 の岩城栄一氏の日独の比較についての現地視

表 3 日独の 1 人当り医療給付金額
西独 Ortskrankenkassen (1963)

医療の種類	加入者 1 人当り金額 (DM)	家族を含む加入者 1 人当り金額	%
総 数	249.66 (22,469円)	141.84 (12,766円)	100
医 師 (入院外)	81.74	46.44	32.8
薬 剤 給 付	53.46	30.37	21.4
入 院 治 療	83.69	47.55	33.5
歯 科 医 師	20.96	11.91	8.4
歯 科 補 正	9.81	5.57	3.9

注 加入者 1 人当り家族数 0.76 人とした。

日本 政管保健保

医療の種類	本人家族合計 1 人当り金額	%
総 数	7,093円	100
入 院 外 診 療	3,877	54.7
内 薬 剤 以 外	2,373	33.5
誤 薬 剤	1,504	21.2
入院診療(薬剤を含む)	2,303	32.5
歯 科 診 療	913	12.9

注 『厚生指標』, 41 年, 3 号, 岩城栄一。

察に基く報告は、ことがそれほど安直に断定さるべきものでないことを示しているかにみえる。しかしそれにもかかわらず、私は保険医療に現れているこれらの傾向は、偏向といわれる程度に達し、

かつ、保険医療の中にこのような偏向を必然的に生じさせる慣性が確実に作られつつあると判断する。

表 4 政府管掌健康保険における薬剤点数の推移
入院（甲表）

	35年 5月	36年 5月	37年 5月	38年 5月	39年 5月
総 点 数	72.13点	81.42点	102.34点	107.87点	124.00点
薬 剤 点 数	10.58	15.34	20.61	23.86	33.80
そ の 他	61.55	66.08	81.73	34.26	90.20
総点数中薬剤点数の占める割合	0.147	0.188	0.201	0.221	0.273

外来（乙表）

	35年 5月	36年 5月	37年 5月	38年 5月	39年 5月
総 点 数	16.86	18.00	22.15	26.49	31.45
薬 剤 点 数	4.32	5.28	6.56	9.90	13.06
そ の 他	12.54	12.72	15.59	16.59	18.39
総点数中薬剤点数の占める割合	0.256	0.293	0.296	0.374	0.415

表 5 国民健康保険における

(1) 診療内容 1 件当り点数の増加率 (39.5 対 40.5)

	入 院	入 院 外	平 均
診 察			
初 診	3.38	2.60	2.63
再 診	0	1.10	1.10
往 診	0.67	0.93	0.93
計	2.17	1.73	1.75
投 薬	1.32	1.26	1.27
注 射	1.17	1.11	1.13
検 査	1.28	1.39	1.38
レントゲン	1.14	1.25	1.22
処置および手術	1.13	1.05	1.08
入 院 料	1.37	—	1.40
そ の 他	1.02	1.36	1.03
(薬 剤 料)	(1.24)	(1.32)	(1.31)
計	1.285	1.273	1.281

(2) 診療内容別 1 件当り点数増加寄与率

	入 院	入 院 外	平 均
診 察			
初 診	0.7	32.0	22.4
再 診	0	0.6	0.4
往 診	△ 0.0	△ 1.1	△ 0.6
計	0.7	31.4	22.4
投 薬	11.8	46.6	34.5
注 射	13.2	9.1	10.3
検 査	4.1	6.6	5.8
レントゲン	1.1	3.4	2.6
処置および手術	4.4	1.4	2.4
入 院 料	64.6	—	20.4
そ の 他	0.2	1.4	0.2
(薬 剤 料)	(21.4)	(48.9)	(40.3)
計	100.0	100.0	100.0

第 2 に保険医療におけるこれらの傾向はどうなるかということであるが、医療における必然の流れはそのいずれをも自然に弱める方向に向いていないことだけは動かないところのようである。薬剤多用の傾向がますますその度を強めている事実は表 4、表 5 に動かしがたいほど明らかに現れているが、医療が今までよりも薬剤を多用する傾向に向っていることは世界共通のものようである。医師と患者の関係にしても、医療が高度化し、専門化する程度が強まるに従って、多様化し、流動化する傾向を示している点は各国共通のようである。そうしてみれば私が偏向として指摘した傾向は、多かれ少かれ世界各国の医療に現れている共通の、かつ、必然の流れに沿うものであって、これを日本的偏向として問題にする私の理解そのものが誤りであり、その上に立つ主張は一つの偏見にすぎないということになりそうである。恐らく医療担当者的大半はそう考えるであろう。しかしそうした反論を承知の上でなおかつ私は私の仮説に執着する。それは先に述べた偏向といわれる傾向が、その程度において余りに強すぎるだけでなく、医療経済の循環においてそれを拡大している事実と論理を看過することができないからである。簡単にいえば医師のあまりにも忙がしい状態が診断に用いる時間をますます短縮させ、使用する薬剤により多く頼る型の医療を行わせる。本当に医療を必要とする患者は得心のゆく医療を求めて医師を遍歴する。医療の本山ともいべき大学病院の医療の在り方は大げさで、薬剤をより多く使用する医療を普及させる方向への歩みにおいてすこぶる活発である。医療保険制度や診療報酬の組立はこの傾向を助長するのみである。かくて一見医師にも患者にも都合のよい条件で医療が行われているようにみえながら、そこに在るものは粗雑化されつつある医療であり、真の医療は保険医療では早や見られなくなるという連命である。表 6 は現状のままでいくと医師はどれだけの患者を扱わなければならないかを示したものであるが、昭和 39 年現在で診療所外来で 49.9 人を、病院外来で 20.6 人を、1 日当り 1 人の医師が診ている現状そのものがすでに問題であるのに、

表 6 医師 1 人当りの外来患者数

	昭 30	35	39	46(推計)
病 院	17.6人	18.6人	20.6人	22.2人
診 療 所	28.8	41.5	49.9	63.9

1. 医師数の年次推移 (年度末)

昭 30	94,563人 (100.0)
35	103,131 (109.1)
39	108,102 (114.5)
46 (推計)	118,060 (124.8)

2. 患者数の年次推移

	病 院		診 療 所	
	入 院	外 来	入 院	外 来
昭30. 7. 15	426,000人 100.0	599,500人 100.0	44,400人 100.0	1,505,400人 100.0
35. 7. 13	545,900 128.1	754,300 125.8	62,900 141.7	2,420,900 160.8
39. 7. 15	714,400 167.7	926,200 154.4	82,300 185.3	3,045,800 202.3
46(推計)		1,017,617 169.7		4,257,293 282.8

それが 46 年には前者で 28% 増の 63.9 人、後
 者で 7% 増の 22.2 人という恐るべき状態が待っ
 ているのである。しかし問題の本質は数に在るの
 ではない。どういう状態の下でこのような数が処
 理されるかということである。文字通り「処理」

されるかである。今やわが国の保険医療は、帰す
 ところ国民医療は、その持っている偏向をます
 ます強めつつ、医師は殺到する患者をとにかく
 にもさばくことに終始する状態へと、かなりのス
 ピードで直進しつつある。

医療保険がこのような状態の下で動かざるを得
 なくなることは、それが医療保険を襲っている危機
 の本質である。したがってそれはかつての政管
 健保の危機のように政管健保だけを襲っているも
 のでないことはいうまでもない。また危機の及ぶ
 ところが制度の財政が破綻するということに止ま
 るものでないことも知らなくてはならない。実に
 それは医療保険制度がそれではまともな医療が受
 けられなくなること、まともな医療を受けるため
 には多かれ少かれ保険放棄を余儀なくされるに至
 る危険をはらんでいる危機なのである。この意味
 において健保の一部負担制度の操作によってこの
 危機が解決すると考えるのも楽観にすぎるが、他
 方一部負担の拡大といえば機械的に社会保障の後
 退だと考える理解の仕方は、たとえそれが一部の
 学者によって支持されようとも、この本質に対
 する洞察を欠いたものといわざるを得ないのであ
 る。