

医療保障の体系化

大村 潤 四 郎

司会(近藤) 午前のシンポジウムで高橋長太郎先生が、医療保険と医療制度と健康管理というものを、ごっちゃにして議論をしてはいけないということ、さらには公の保障と私の保障との調整ということが、今後の大きな問題になるのではないかということをおっしゃったが、その問題提起はこれからご報告をいただく医療保障の体系化という問題に、非常に関連があるのではないかと思います。実は医療保障の体系化と、医療保障制度の体系化ということは同じなのか、違うことなのかという点ですが、不勉強でわからないので、ひとつそういう点も含めて、大村潤四郎先生からのご報告を承りたいと思う。

ま え お き

大村 本日の午後のシンポジウムの主題は、医療保障の体系化ということであるが、体系化というと、先ほど山田所長がいわれた体系的整備という意味にとれる。日本の医療保障、医療制度も含めて、バラバラであるという意見がある。アメリカにおいても、医学は世界最高水準といわれているが、医療にシステムがないということが、Dr. フィリップ・リー (Philip Lee) という最近まで教育保健福祉省の部長をしていた人によって嘆かれています。

そこでそれに体系を与えるにはどうしたらいいか。体系的整備をするにはどうしたらいいかということは現実的な問題として、非常な問題である。主催者の意図としては、その議論をすすめるのに医療保障の体系の国際比較をやってみて、議論の糸口を掴みたいということのようなので、その意味において、少し私の考えを述べて、議論の素材にしたい。

I 国際比較の基準

まずいろいろの制度を比較する場合に、物指が必要だと思う。私はここで私なりに一つの物指を考えてみた。その物指というのは、第一に保健サービスが包括的であるかどうかということ、第二は医療の質ということ、第三は医療の機会均等ということ、第四は、これは経済との関係があると思われるが、能率的であるかどうかということである。

まず第一の包括性、コムプレヘンシブ・メデシン、これは最近は常識的な言葉になっているが、病気の予防から、リハビリテーションまでを、調和のとれた、一貫したサービスとしてやる必要がある、ということだが、公衆衛生の分野においても環境衛生の分野は、別な制度として切り離して行われても、そこに医療サービスの能率の面で、無駄が行われるということは少ない。したがって、たとえばイギリスのナショナル・ヘルスサービスはコムプレヘンシブであるということを象徴しているが、環境衛生部門については、ナショナル・ヘルスサービスの域外になっている。ソ連は自分の国は予防と治療の差別をつけていないということをもって、医療制度の一つの特色として、高く掲げているわけであるが、ソ連においても、ポリクリニック、ディスペンサリー、あるいはメディカル・ステーションなどの医療機関において、いわゆるソ連が自慢しているディスペンサリゼーション、すなわち先ほど司会者の話にあった健康管理、住民の健康管理というものを、医療機関でやっている。これもパーソナル・ヘルスサービスに属することである。したがって一応、人に対するところの予防から、リハビリテーションまでのサ

ービスということを、コムプレヘンシブ・メディシンということで理解をしたい。

第二は医療の質という問題であるが、医療の質というのは、平易に言う、医学の進歩が促進されて、その進歩した医学を、国のすみずみまで享受できるということで、安い医療を買っても、それは何の役にも立たない。医療の質を問題にしたいということである。

第三番目の機会均等ということは、職業や所得階層の差別なく、またどこに住んでいても、必要な時には、必要な医療サービスが受けられるということである。

第四番目の能率の点は、経済的な面、あるいは労力の面、時間の面で無駄のない制度ということである。

II 医療組織の分類

私の報告は、主として医療体系の社会医学的な観点からの観察である。経済的な面からは、後ほど藤沢先生がお述べになると思うので、主として社会医学的な観点、しかも医療の供給側の観点に立って検討したい。

そうすると医療組織ということが問題になる。ILOが最近メディカル・オーガニゼーション・アンダー・ソシアル・セキュリティという報告書を出しているが、それによると医療組織のパターンを大きく分けて、ダイレクト・パターンとインダイレクト・パターンというように分けている。ダイレクト・パターンというのは、医療保障の主体が自分の経営している医療機関によってサービスを提供するシステムである。インダイレクト・パターンというのは、医療保障の主体が、独立した他の医療機関、そういうものとの契約のもとに、サービスを提供するやり方である。わが国の現物給付と称しているのは、医療機関に直接診療報酬を払う方法で、患者に医療費を償還する償還制度に対して、現物給付と称しているわけで、実際はこの分類によると、インダイレクト・パターンに属することになる。

そこでイギリスであるとか、ソビエトであるとか、いわゆる医療公営という制度を取っている国

では、ダイレクト・パターンであるが、医療保険という制度においても、たとえば南米諸国のように、直営医療機関でなければ医療給付をやらないという制度がある。そういう制度もやはりダイレクト・パターンである。日本の場合は国民健康保険の直営診療所とか、あるいは健康保険の病院がある。こういうのは保険の直営の機関であるが、不思議なことには日本においては、こういうような機関との契約においても、インダイレクト・パターンの形を取っている。これはなぜか。多くの国においては併用が行われているわけであり、そしてそこにはおのおのその特色があって、運用されている。日本の場合にはダイレクト・パターンの医療機関というものが、インダイレクト・パターンの契約方法を取っている。これはなぜかという問題であるが、私の考えでは、一つは私立の医療機関の立場で、受診の機会均等というものを阻害しないという主張が強いこと。第二はこれは経営者側の立場であるが、医療機関というものを、やはり収支関連した一つの企業として把握をするという習慣が、日本では強いせいではないかと思うのである。

III 直接方式と間接方式

ダイレクト・パターンと、インダイレクト・パターンの根本的な相違というのは、ダイレクト・パターンでは医療機関そのものを社会化してしまう。インダイレクト・パターンでは医療保険が患者に代って医療費を支払うことによって、医療の社会化をはかろうとする。ここに根本的な相違があると思う。

ダイレクト・パターンには英国のように、病院サービスだけをダイレクト・パターンでやって、一般の開業医のサービスは、インダイレクト・パターンでやっているという国もあるし、あるいは東欧諸国のように、すべてのサービスをダイレクト・パターンでやっている国もある。またインダイレクト・パターンを取る国においても、その契約の内容、すなわち診療の報酬の支払方法は、出来高払いという方法を取っている国もあるし、あるいは人頭請負式、あるいは件数払いというよう

な、むしろダイレクト・パターンの俸給制に近いような方法を取っている国もあって、その間に多くの移行型があるわけであるが、ここでは二つのパターンを両極にして、その利害得失を先ほど私のあげた一つの物差しで比較してみたいと思う。

IV 包括的医療という観点から

そこでまず疾病予防と治療の融合という点であるが、インダイレクト・パターンで疾病予防のための医療を給付するというのは、理論的に不可能なことではないとしても、非常にむずかしい問題である。ILOのレポートにも、そういう形で疾病予防の給付をするという例はないということが書いてある。ただ予防接種を開業医に委託するとか、あるいは直営の病院、診療所において、パートタイムで開業医に健康管理の業務を委託するとか、いろいろな方法はあるが、予病という仕事は、その性質上、私的医療機関に委託して行うということは、非常に困難であるというのは事実であるといえる。

医療保険の普及している国では、予防方面のサービスは、政府の別な部局、すなわち衛生部の担当になっていて、その体系はやはり俸給制であって、ダイレクト・パターンである。そこで医療保険の保健施設として、疾病予防を取り上げている場合も、先ほど述べた直営医療機関によるところの、ダイレクト・パターンの形のサービスである。そこで結論としてこの問題については、疾病予防、健康管理と病気の治療というものを融合して提供するという点については、ダイレクト・パターンのほうが、はるかに優れているということになる。

V 医療の質という観点から

第2の医療の質の向上という物指であるが、これははなはだ複雑な要素を含んでいる。いままでは医療保険の医療水準という点、主として給付率が問題であったわけであるが、ここではもっと本質的な医療の質というものを、問題にしてみたい。医療の質に影響を及ぼすものは、医療従事者の技術、倫理、これがまず第1に挙げられると思う。

そのほかに医療設備であるとか、あるいは医療の専門分化と、その間の協調、いわゆる組織医療の体系ができていくかどうか。さらには医療従事者の待遇、診療報酬の支払い方式というようなものも、間接的には医療の質というものに、影響を与えると考えられる。また医療には医師と患者の人間関係が重要であるといわれていて、医療には心理的要素が多分に含まれている。これは人間が精神的生活を営むところの、社会的生物であるということのゆえんであるが、医療が成功するためには、まず医師と患者の信頼関係が必要である。これには医師の倫理が確立していて、患者もまた自分の健康の回復について、医師に協力するという態度が必要である。このためには衛生知識の普及であるとか、あるいは民衆一般の教養というものが、かなり重要な要素を持っている。

VI 医師の卒後教育

医師の技術ということについて、医学教育の問題はこれは世界的な変動期にあって、大きな問題であるが、ここでは触れないことにする。ただ重要なのは、卒業後の医師の研修制度である。医学の進歩が急速であるから、卒業後の研修制度は、医療の質に影響を与える、きわめて重要な点なのであるが、ダイレクト・パターンという形では、その実行は比較的容易である。たとえばソビエト連邦においては、田舎の地区では、3年に1回2週間の再教育、都会の地区では5年に1回の再教育を義務づけている。またイギリスの制度においても、補修教育の手当の支給、それから補修教育を受けた者は基本給に加算をつけることによって差別をつけて、奨励をしている。ところがインダイレクト・パターンにおいては、卒業後の研修を義務づけるということは、非常に困難なので、実効を挙げ得ないという点がある。

次に組織医療という点について、ここで述べたいのは、グループ診療と、医療機関のリージョナリゼーションということである。グループ診療というのは、専門分化と協調という点から、またグループで医師が働くと、お互いに啓発されるということ、あるいは時間的な余裕ができて、医師に

勉強の余裕ができるというような点からいって、医療の質の向上に寄与できると、考えられている。これはどちらのパターンにおいても可能である。しかしたとえば、日本の現在の診療報酬のように、総合病院でなければ、二人の医者に診てもらっても、診察料は1回であるという取り扱い、グループ診療というものを阻害しているのではないかと思う。

VII リージョナリゼーション

医療機関のリージョナリゼーションというのは、医療の質という面ばかりではなくて、医療の機会均等、また医療資源の効率的な利用という意味で、制度の能率的な運用という見地から、非常に重要なことなのであるが、完全な病院のリージョナリゼーションはダイレクト・パターンにおいてのみ可能である。英国においては、一つのリージョンの単位とは、人口250万から300万ぐらいの地域が単位となっていて、その単位地域ごとに現在100ぐらいの小病院に分散しているが、それを20から30ぐらいに統合して整備をする。そしてその代りに、病院の規模は700から800ぐらいに大きくする。そういう強力なリージョナリゼーションの計画が進められている。これはインダイレクト・システムではとうていできないことである。そしてその病院のあるものは放射線センターであるとか、あるいは脳神経外科のセンター、あるいは腎透析をやるセンターとか、特別な技術を要するものは、スタッフ、設備の面で集約してその地域に必ず一つは整備をする。したがってその地域の住民は、どこにいても高度の技術を必要とする医療については、それらのセンターの医療が受けられるという状況になっている。

たとえば救急医療のユニットの一つであるCCUというのがありますが、これが地域的に整備されていて、心臓梗塞の発作が起った場合、ただちに救急車によって、その地区のCCUに運ばれる。CCUがあることによって、心臓発作の致死率は1/4減少するということが、専門家の意見になっているので、これがあるかないかということ、は、重要な問題である。医学機関のリージョナリ

ゼーションが医療の質に及ぼす影響は非常に大であるということが、こういう見地からいえると思う。

ソ連におけるリージョナリゼーションの例を述べると、職域と地域に分かれていて、大きな工場、プラントであるとか、あるいは鉄道などは、それぞれ職域単位の病院や、ポリクリニックを持っている。そのほかは地域単位で健康管理が行われているわけであるが、ソビエトの行政地域は、ご存知のようにリパブリックにはじまって、県に相当するクライ、またはオブラスト、その下の市町村の段階になるとレイヨンと呼ばれているが、そのレイヨンというのは概ね、10のウチャストークという地区に分かれている。一つのウチャストークというのは、住民の健康管理の面では最小単位になっていて、その人口はだいたい4,000、したがって一つのレイヨンというのは、このウチャストークが10集まって4万、こういう単位である。このウチャストークというのを単位としてポリクリニック、あるいはメディカル・ステーションが整備されている。病院というのは、通常このウチャストークが10集まったレイヨン単位に置かれている。その病院には、各ウチャストークの病床の割当てがある。英国に比べるとソ連では、地域の病院の規模は、それほど集約されていなくて、小さいものもかなりある。これは国土が広大で、人口がまばらな地域が多いので、そういうことになると思うのであるが、おもしろいことには1960年以来、ソビエトにおいても、50床以下の病院の建設を取りやめて中止をした。これは小さい病院は能率が悪いというためである。

いまはダイレクト・パターンの国を挙げたが、医療機関のリージョナリゼーションというのは、医療機関の経営主体がまちまちである国においても、医療機関整備計画として考えられている。日本においても厚生省が昭和35年に発表した、医療機関整備計画案、あるいは37年から実施されている、公的病院の規制などはそれに相当するものと思われる。米国においてもヒル・バートン法というのがある。これは病床不足地区に、病床を設けるために補助金を出すという制度で、最近そ

の結果末梢地域に小病院が非常に増えた。最近では病床を増やすだけでは何にもならないということで、このヒル・バートン法を廃止して、新しい構想に基づいて、整備計画を立てるということで、それをコムプレヘンシブ・ヘルス・プランニングとか、あるいはリージョナル・メディカル・プログラムというふうに呼んでいるが、要するにこのリージョナリゼーションというのは、病床の分布などを地域的に適正にするだけでは駄目で、一つの地域に医療のあらゆる機能が完全にできるよう組織的な整備をする、つまり言葉をかえていえば機能を中心に考えるという考え方になってきている。

そこで私的医療機関においては、設備投資というのは、診療報酬によって賄われているので、私的医療機関を、国の全体計画で規制するということは、きわめて困難である。日本の公的病院の病床規制というものも、先ほど述べたようにもう少し、病床の規制ではなくて、医療機関のファンクションというものをもう少し考えて規制をするという考え方が必要になる。いまのようなやり方は、機能的な面ではかえって整備を遅らせるというような効果をきたしているという点が挙げられるわけである。

しかしながら病院の経営主体が多様であるということは、一方、建設資金はいろいろなルートから出るという、建設資金の多様性という面においては、非常に有利ではないか。しかしながら計画が恣意的になって、投資の効果を減殺するという事実は否定できない。そこで将来の問題として、急速に都市化が進行している日本のような社会においては、まずそれにマッチしたヘルス・リージョンというものが設定されなければならない。それを基礎にして、機能本位のリージョナリゼーションというものが考えられなければならないのではないかという問題を提起したいと思う。

将来の問題をさらに考えると、医療技術はもとより、医療の分野にもいわゆる機械化、コンピューターの導入、これが進んできている。情報化、システム化というのは、医療の世界にも押し寄せてくる。したがって病院の内にも外にも、システ

ム化というのが進行した場合に、その医療機関のリージョナリゼーションというのは、将来に対して根本的な、非常に重要な意味を持つのではないかというのが私の考えである。

VIII 医療報酬

次は医療報酬と医療の質ということであるが、医師への報酬支払いというのはダイレクト・パターンでは多くの場合、俸給制である。インダイレクト・パターンでは出来高払いであるとか、人頭料金、件数払いなどがあるが、自由業としての医師が所得を得るためには、出来高払いというのがもっとも好まれている。ところが出来高払いというのは、医師の技術というよりも、医療の量によって高い収入が得られる。患者を多く集めたほうが収入が高い。こういう制度である。これに反して俸給制というのは、勤務時間に応じて報酬が払われ、これが適正に決められたとすると、医師の技術や経験、責任など、専門家の目からその仕事が評価されて、俸給が決まるということであるから、良い医師には高い俸給を与えることができる。しかしながら一方、階級制等に伴う欠陥もあるわけで、理論的にはそうであるけれど、わが国では患者の立場からも、あるいは医者の方の立場からも、そういう形というものに対して賛成する人は、きわめて少ないと思う。それはなぜかという、一つは勤務医師の所得は開業医の1/3である。患者の立場からいうと、勤務医師というのはどちらかという和不親切である。官僚的である。あまり働かないのではないかという意識が強い。実際国立病院などの医療職の職階制というものを検討してみると、たしかに待遇は悪い。悪いのだが実は半日ぐらいしか働かないで、半日アルバイトに出かけて行っても、俸給が安いということで、あまり文句はいわれぬ。それから勤務医師の場合は、その技術というものを報酬に反映させるという仕組みがなかなか考えにくい。すなわち日本の医師の俸給制というのは、勤務時間と技術が俸給に反映するという俸給制の特色というものをさっぱり出していない俸給制である。それ故、反対されるという点も多いと思う。

現在公的病院は医師の不足に悩んでいるが、そこで最近では医師の能率給ということが非常に問題になってきている。公的病院の医者にも、能率給という考え方を導入しなければ、将来病院に来る医者はいなくなるのではないか。こういうことがいわれている。俸給制というものが、理想的な形で行われたとしても、ある国ではそういう形が支持され、ある国では出来高払いがやはりいいという意見があるが、つまるところ医師の倫理観の相違によるものだと思う。

IX 二つの倫理観

それではこの2つの場合倫理観はどう違うか。医師と患者は古来単身融合ということで、患者は医者を求めて頼ってくる。医者はヒューマニズムに基づいて自分の最善を尽くす。この場合、医者も患者もおのおの独立した人格であり、それが信頼関係で結ばれる。そして患者が医者に報酬を払うのは、それは謝礼として払う。そういう習慣であった。医療によって患者が利益を得、患者の謝礼によって医者が生活する。これを二重効果などと呼んでいるわけである。そういう形は医者と患者の関係の原型である。したがってそういう倫理観に立つと、その間に第三者の介入というものはあるのは困る。そういうことになる。したがって極端な場合には償還制というものが、その点については一番いいということが主張される。

ところが反対に、社会的な責任を重要視する医師は、出来高払いというのは、医師の患者に対する差別待遇を助長して、医師のヒューマニズムをゆがめるのではないか。医者と患者との間に金銭関係がないという場合、もっとも医者の論理が保たれるのではないかと考えるわけである。そこで集団医療というものがだんだん発達してきて、先ほど述べた医師と患者の人間関係の原型というものはだんだん変わってきているのであるが、私の言いたいのは、医療体系の確立の前提として、それに応じた医師の倫理観というものが、まず確立される必要があるのではないか、ということである。

X 患者の態度

次は患者の満足度ということであるが、先ほど述べたように、医療においては心理的側面というのが非常に重要である。そこでインダイレクト・パターンとダイレクト・パターンではそれらに対する患者の態度はいったいどう違うか。患者の満足度というのを評価するのは非常にむずかしくて、これは患者の世論調査などによってやるのが普通であるが、全体主義の国では世論調査などという資料はない。そこでこれは非常にむずかしくて、自由と統制という問題を、民衆の立場でどういふふうに考えているかということにも、非常に関係があると思われる。

患者にとっては医師の意見が絶対だから、医師の意見が患者に反映する場合が非常に多い。医療についての世論というものは、その国のしかるべき医師の意見が患者に反映したものであると私は考える。そこで患者の立場からもっとも問題になるのは、医師の自由選択という問題であって、この点についてはインダイレクト・パターンがはるかに優れている。この点はダイレクト・パターンの最大の弱点です。したがって、そこにある程度の風穴をあけざるを得ない。ソビエトにおいても、ポリクリニックで医師を選択することはできる。ただし指名料を払わなければならない。英国においても登録医の選択は自由であるが、やはり不満がある。英国では医学的な医療の水準については、ナショナル・ヘルス・サービスで十分満足されるというのが、上から下までの意見となっているが、なぜ自由診療を求めるかという、それは医師の選択の自由の問題と、それからアッテンション、スペース・タイム、この三つが理由であるという。これは、より注意深いサービスを受けたい患者の自由な時間に特別な診察室で診療を受けたい、こういう意味である。

XI 医療の機会均等という観点から

それから医療の機会均等という問題は、先ほど述べたリージョナリゼーションと関連があるが、無医地区対策について一言付け加えると、これは

ダイレクト・パターン、インダイレクト・パターンにかかわらず、無医地区の問題というのは医師の分布の規制をいかに行うかということ、いかにうまく医師の分布の規制を行っているかということに、帰着していくと思う。この問題を一番うまくやっているのは、私の知る限りにおいては英国とノルウェーである。英国の場合には、メディカル・プラクティス・コミティによる開業の規制、それから僻地手当である。ノルウェーの場合には、地区の公衆衛生を担当する、デストリクト・メディカル・オフィサーを配置して、これに開業の自由を与えているという方法である。ソ連の場合には、学校を卒業後3年間の僻地勤務の義務があるが、この義務が終ると、都会に集まる傾向が出てきて、ソ連においては、いまもっていないかの地区では、非常に医師が不足し大きな問題となっている。これはほかの国に比べて、国土が問題にならないほど広大であるから、一概に論ずるわけにはいかないと思う。

XII 制度の能率という観点から

最後に医療保障体系の能率という物指について述べたい。まず経済的な面では、どれだけの医療費が必要であるかということ。医療費は医療の需要と深い関係があって、医療保障の体系と医療需要の関係というのは、これだけで非常におもしろいテーマである。ISSAの統計を見てみると、一般的にそれでいえることは、被保険者が年間何回医者にかかるかということ、医療のシステムによって非常に違うのではないかということである。一番低いのは償還性を取っているフランスの2.4という数字である。次はダイレクト・パターンを取っているソ連や英国で、これは年間5ないし6回である。英国の場合は、ナショナル・ヘルス・サービスの開始以来、この回数はあまり動いていないようである。一番多いのは出来高払いなどを取っている日本で、15回である。その他の人頭式などを取っている国では、オーストリアが10回である。そういうことで結局償還制というのが一番低い。これは出来高払いで現物給付を行う場合には、医師の意欲と、患者の意欲というものが、お

互いに反映して、しかもこれが増幅をして、財政膨張の原因になる。したがって、それをチェックする方法としては、一部負担という方法を取らざるを得なくなる。

一方、医師の取り扱い患者というのは年々上昇している。それに対しては医師の労働時間を延長するか、あるいは一人当りの診療時間を短縮するということになるが、日本においても最近10年間に、医師一人の取り扱い患者は30人から40人にと、10人ぐらい増えている。これはどういうかたちで増えたか。物を生産する場合には、そういった場合、生産性が増えたということができる。もちろん、そういう部分もある。たとえば抗生剤ができてから、一人で沢山の肺炎患者を容易に治療することができるようになった。あるいは診断方法が非常に簡素化されて、沢山の患者を効率を落とさずに診察できるという部面もある。しかし半面診療時間を短縮する、これが医療を低下させるという要素も含んでいるわけである。

ダイレクト・パターンの場合には、多くの場合医師の労働時間にノルマがある。たとえばソ連においては、医師は実働時間が1日6時間、そしてクリニックにおける内科医は平均して1時間に5人診る。したがって、1日30人外来患者を診るというのがノルマになっている。そこで6時間のノルマ以外は、どんな仕事に従事してもかまわない。いなかの地区では医師の不足したところが多いので、そういった地区では2つのポジションの兼職が認められているという実情である。

一般にダイレクト・パターンというのは、国の人的、物的医療資源というものを、国の計画にしたがって計画的に利用できることが1つの特色で、その意味で能率的であるといえるが、一方において統制と画一性、あるいはビュロクラシー、レッドテープといったようなことによって、能率を下げているということが指摘できるわけです。あるいは下部機関のサボタージュ、あるいは労働意欲の低下というものが能率を下げるということもある。この点は自由主義の立場からいうと、もっとも反対される点ではないかと思う。

そこでこの点を改善しようということで、ソビ

エトではフルシチョフになってから、できるだけ中央集権をやめて、地方分権に移し、イギリスの場合には委員会組織を活用し、医療国営の民主化というものがはかられた。いずれにしてもダイレクト・パターンというものを取る場合には、特に管理技術の近代化ということが必要であると思う。わが国においては、このダイレクト・パターンというのは多くの人たちが嫌っているようであるが、これは一つは官僚的運営に対する反感ということが先入観になっているのではないかと思う。

体系を論ずる場合には、その体系がどうかということのほか、その体系の運営というものが、どういう形で行われているかということが、かなり本質的な意味を持ってくるのではないかというのが、私の考えである。

む す び

一応、時間がきたので、私の話を終りたいと思

うが、冒頭で触れたように、日本の医療保障というものはバラバラである。供給側の体制というものも体系化されているとはいえない。これを将来いかなる方向に持っていくかということは、現実的な問題として、もっとも重要な問題であると思う。もちろんわが国の大部分の医療というものは、昔から開業医制度に依存しているわけであるから、これをただちに国営、公営の方向に持っていくことは、困難なことであろう。しかしながら欠陥もあるわけであるから、その前提に立った上で、それをいかに体系化していくか、その体系化のために規制ということが必要になってくるわけであるが、その規制をどの程度に行うか、これがわが国の医療保障の体系化についての、一つの問題点ではないかと思う。

医療保障の水準と類型

藤 澤 益 夫

I 問題の所在

医療保障の発展や進歩の度合いが、医療給付の組織形態だけを尺度にとって十分測れるものなら、医療保障体系化の問題も、少くとも理論的には紛れる余地なく、アプローチの方向と距離をきめることができるであろう。こうした立場を代表的にとるものに ILO がある。知られているように 1944 年の「医療勧告」では、包括的な医療サービス体系を実現する途として、社会保険方式と保健サービス方式とを並べて選択させているが、10余年後のブックレット「社会保障」が敷衍するところによると、「勧告は、大衆のための医療サービスの展開にあたって順次踏むべき段階に応じた一連の方式を想定しているけれども、窮極的

にはひろく全住民を対象にする公共サービスの確立を明らかに期待している」¹⁾ のだから、そこには保健サービス方式の優位が示唆されているという。そして類型に序列をつけて、国民保健サービス方式を上位に、社会保険の医療費償還方式を下位において、その中間に社会保険のいわゆる現物給付方式を挟む関係が成り立ち、制度発展の典型的なプロセスも大体この順序をとるとみなしている²⁾。

医療保障の各国の現行体系は、もっぱら扶助方式に頼っているようなところは論外として、一定の水準を保っている制度なら確かにこの類型によって分類できよう。とはいえ、説明概念として有

1) ILO, *Social Security*, 1958, p. 46. ILO 東京支局訳『社会保障』, 74ページ (ただし、引用は邦訳によらない)。
2) ILO, *ibid.*, pp. 43ff. 邦訳 69 ページ以下。