

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。

効な類型が、「各人に対し完全な無料医療を提供するもの」を模範にするといった、簡明ではあるが曖昧な価値観念にしたがって理念型に転化されて、直載に体系の優劣を判定する基準に使われることには、たとい結果からみてそれが正しくても、多少の覚束なさを感じざるをえない。こうした類型がそのまま医療保障の序列になりうるかどうかは、要するに、保険方式に比してのサービス方式の一般的優越が、決定的な妥当性をもっていえるかどうかにかかっている。しかし、この問題を抽象的に論じて、例の医療費の保障か医療の保障かの論争が示すように、有益であってもあまり生産的ではないようである。

そこで、私のこの試論では、類型という制度の質的な違いが、現実の医療給付費の規模とトレンドの上にどの程度に投影されてくるのかを検討しようと思う。いいかえれば、医療保障の発展について、計測可能な費用の側面から国民経済との関連および社会保障全体との関連を観察し、そこに見出される傾向を手掛りにして、もう一度類型のもつ意味を考えようというのが、報告の主題になる。このことによって医療保障の体系化の問題が解明できる範囲には、能力の限界はもちろんであるが、方法上の制約がある。だがまた、少なくともこの種の量的な分析は、体系化を扱うときにまず整理しておかねばならない条件のひとつであることも確かである。

II 医療保障における類型の意味

医療保障の組織原則にみられる保険方式とサービス方式の差は、大雑把にいて医療社会化の方向と程度にかかわるものであろう。一般に、医療保険の機能は、医療費支払いの共同負担機構を設けて医療の共同消費化を実現するところにあり、医療需要を社会化しても医療供給には間接にしか作用しないのに対して、保健サービスは、医療制度の整備運営の責任を公共の手に移すことで、需給両面にわたる社会化を完結するとされている。こうした点にサービス方式の優位がいわれる大きな理由があるのだが、現実の制度の形成と展開の過程をみると、医療保障の実施をまず医療施設

の準備から始めねばならないような後進諸国でのサービス方式多用を別にすれば、方式の理念上の優劣の認識から直線的に政策選択が行われたわけではかならずしもない。むしろ、それ以外の発生的事情とか、所得保障の形態とかの四囲の条件の方が強く作用して、その国の医療保障のタイプをきめているように思われる。

なぜなら、社会保障について先進的な西欧資本主義諸国の医療保障展開方式は、保健サービスにかぎらないのであるが、それと所得保障のタイプを組合せてみると、きわめてはっきりした連関が浮び出てくる。つまり、周知のように、医療保障が「保険方式」を中心にして編成されている国では、おおむね所得保障は「比例型」の社会保険を土台にして行なわれて、全体としての社会保障の組織原理は能力主義的になる。他方、医療保障が「サービス方式」を指向しているところでは、ほぼ確実に所得保障は「均一型」に依拠して、全体の色彩は平等主義的になるのが普通である。こうした結び付きが生れた理由は、医療保障の内部あるいは理念では、とても求めえないと思う。要約すると、所得保障が均一型で組織されている制度、換言すれば、全国民に最低限の必要を画一的にカバーしようとする制度においては、そのニーズが個別に現われて、しかもオプティマム・ベースにしたがっても、ミニマム・ベースには元来乗せえない特性をもつ医療の要請に応ずるため、当然の、あるいは必然のコースとして、その医療保障体系は、多かれ少なかれサービス方式への傾斜を生ずることになる。これに対して、所得保障が応能的である場合には、その比例型社会保険の仕組みの延長線に乗せて、かなりニーズに即応した弾力的な医療サービスの吸収が可能になる。

このかぎりでは、医療保障の類型を分けた要因は、社会保障のそれまでの体質にあり、その逆でもなければ、それから独立しているのでもないといえる。さらに遡ると、比例型が基調になった背後には、職域・労働保険の発達という形で社会保障が進んできた経緯があり、一方、均一型が定着する背景には、地域・住民保険の歴史が続いているのが一般である。このようにして、各国の社会保障

の性格、それゆえ医療保障と所得保障の類型は、基本的には、その国の資本主義発展の特殊性がもたらす産業構造や社会構造の違いによって規制されると考えられる。とくに、そこでの労資の関係や労働運動のあり方、社会問題・労働問題の現われ方、それへの対応の仕方などが強く絡んでくるとみられる。

では、このような医療保障をはじめとする社会保障の諸類型——比例型と保険方式、均一型とサーヴィス方式といった組み合わせないし結び付きが、給付支出の量の上にどのように反映しているか、また国民経済の水準とどのような関連にあるかを、ILOの資料¹⁾によって具体的に検討してみることにする。したがって、その資料のもつ制約と限定は二重の意味で大分きびしいものになる。まず、制度の範囲がILOベースで整序され、任意制・選択制の制度および法令にもとづかぬ制度は排除される²⁾。ついで、保険方式の医療保障ならば、本来の医療保険と労災や公的扶助の医療給付費を区分できるが、サーヴィス方式は本性上これらを一括して扱って弁別できない。そこで部分と全体を比較する誤りを避けるためには、保険方式も給付の性格的相違を無視して、あえて医療給付費の全体をまとめざるをえない。

いま63年度の国民所得水準が1人当たりGNPで

1,000ドル以上である国について、医療保障類型のサーヴィス方式4例、保険方式4例を選び、これらに日本およびその中間に位するイタリアを加えて、医療給付費(B_m)と社会保障給付費総額(B_t)の対GNP(Y)比をとってみると、表1の結果をうる(報告の際には時間の制限等により、事例も半数、数値も一部の摘記、あるいはきわめて概略的図示で説明したものである。したがって、以下では報告時よりやや詳しく述べることになる)。なによりも、こうした比較を成立させるためには、不可欠の前提として、医療保障を含めての社会保障の進展が国民経済の水準に規制されるという作業仮説を立てねばならない。両者の間に相当有意の相関があることは、すでに確認済みで、また表1の $B_t/Y(\%)$ が類型別に各年度とも Y (GNP/ N ドル)の順に大体並んでいること、さらに各国別に年度経過をみても時を追って、それゆえ所得水準の高まりに応じて比重が増していることから認められよう。

問題は類型の特徴であるが、総体に均一型の B_t/Y が相対的に低く目に出てくるところにみられる。これはいうまでもなく、非医療諸給付がミニマム・ベースであることの自然の帰結である。ただILO統計では、全国統一協約による補足制度の除外や福祉関係部分のトリミングがあり、若

表1 医療給付費(B_m)と社会保障給付費(B_t)の位置と比重

(単位 %)

(会計年度)		B_m/B_t			B_m/GNP			B_t/GNP			GNP/ N 63: (\$)
		55	60	63	55	60	63	55	60	63	
サー ヴ ィ ス 型	スウェーデン	26.29	27.32	28.50	2.84	3.31	3.84	10.80	12.10	13.48	2,081
	デンマーク	29.00	29.73	30.01	2.73	3.18	3.58	9.41	10.68	11.93	1,597
	イギリス	33.08	31.81	29.79	2.99	3.26	3.33	9.05	10.26	11.18	1,583
	ノルウェー	33.48	32.94	30.76	2.44	3.00	3.26	7.30	9.11	10.59	1,531
保 険 型	フランス	17.69	18.90	23.65	2.26	2.40	3.45	12.77	12.72	14.58	1,674
	西ドイツ	18.17	18.73	19.62	2.38	2.80	3.00	13.11	14.93	15.28	1,635
	ベルギー	16.25	16.27	16.24	1.89	2.19	2.24	11.62	13.48	13.82	1,502
	オランダ	19.21	16.15	15.13	1.47	1.67	1.92	7.63	10.32	12.66	1,151
イ タ リ ア 日 本	イタリア	16.05	20.31	21.59	1.63	2.44	2.77	10.17	11.99	12.82	898
	日本	49.30	46.68	52.39	2.35	2.18	2.74	4.76	4.66	5.24	619

注 1) 型類ごとの各国の排列は、63(62)年度のGNP/ N (人口)を単純ドル換算したときの順位による。

2) デンマークは54・59・62年度の数値、ノルウェーは54・59・63年度の数値。

資料 ILO, *The Cost of Social Security* の58・61・64・67各年版より補整算出。

1) ILO, *The Cost of Social Security*, 1958, 1961, 1964, & 1967 ed.

2) ex. ILO. *ibid.*, 1967, p. 2.

干実勢をアンダー・エスティメイトしているが、傾向を変えるほどのものではない。ところが、これが医療給付になると状況はまったく逆転し、比例型の B_m/Y の方が低くなる。これは、前とは逆様に ILO 統計の性格上、比例型の国の公衆衛生関係部分がややアンダー・エスティメイトされる傾きのあることもあるが、根本的には、 B_m/B_i にはっきり現われるように、その国の社会保障編成においていかなる部門に力点をおいて制度が構成されているかという、政策選択の差に帰するであろう。そして、 B_m/Y と B_m/B_i から観察できるかぎりでは、サービス型は医療の国民的ニーズに国家がよりよく対応し充足する方式を備えている可能性が強いといえると思う。もっとも、医療の特質——形式的な名目だけの限定的制度実施では実効性を失う点で、所得保障以上にきびしい条件にある特質よりして、一定水準以上の国の給付にはおのずから形と範囲に下限が作用するようであり、 B_m/Y や B_m/B_i も他の種目の場合ほど極端に低いものはなくなる。また、サービス方式と保険方式の差にしても、西ドイツのように整備されてくると、北欧に計数が近似してくる。所得保障では比例と均一の間の格差は、はるかに大きい。

もちろん、医療保障給付費が高ければ、直接無媒介に制度が完備しているとは断定できない。国民の健康水準に絶対的落差があれば、むしろ高い方に問題がある。いま挙げた西欧諸国にそうした事情が働いているわけではないから、制度の格差とみてよかろう。また、保険型医療保障の場合には、同一レベルでも、制度構成が大きく扶助に傾いていれば、劣った制度となるのは自明である。常識化している批判点でいまさら繰り返すのがためられるが、日本がこれに相当し、児童手当の欠如や年金の弱体等の結果としての医療保障の独走がまずみられ、しかも、そのうち医療扶助の占める割合の大きいことが、この計数のうしろにある。いずれにしても、医療保障とか社会保障の水準やバランスをいうときに、いまみたように類型によっていちじるしい相違があることを軽視してはならないであろう。それと同時に現在の社会保

障の2類型を固定して考えることも危険であり、どちらかの側への接近あるいは両者の融合の動きがないかどうか見定めなくてはならない。

III 医療給付の回帰分析と弾力性係数比較

現行の社会保障制度は、高度に発達しているといわれる諸国にしても、まだ完全な成熟に達しているところはない。類型的にいても同様で、サービス方式をとるとみなしてきた北欧では、病院医療は公共サービスであるが、一般診療は償還制の保険方式によっているのが通常であり、より徹底しているイギリスでも G.P. サービスは公営化されていない。所詮、類型は原則の問題であって、発展のもつ強い性向を示すものである。それかあらぬか本年よりスウェーデンは、償還制を廃して全面的に医療保障を国民保健サービスに切り換えたと聞いている。晚かれ早かれ北欧医療保障が進む途はこの方向であろう。いわばサービス型の諸国は「純化」の過程にある。これに対して所得保障には一種の融合現象が顕著である。典型的にはイギリスは均一型から比例型へ転換したし、北欧も補足的比例制度を年金等について任意から強制へ移すことがみられる。一方、本来比例型の大陸諸国では、未適用層へ均一制度を布いて全国民適用を達成し、それだけ比例型は薄められている。

医療保障の場合には、医療保険が高度に発達した国で、グループ・サービスとしての公衆衛生活動に加えて、パーソナル・サービスとしての保健福祉活動摂取が進んでいることは事実であるが、保険方式のサービス方式への接近あるいは収斂傾向は顕在化しておらず、類型がはっきり分離したままである。こうして定在の形をとっている医療保障の類型の長期傾向を観察して、特徴を洗い出してみる。

さきにも述べたように、一般に、社会保障の構成要素としての医療給付費と国民所得の間には高い相関がある。この2変量間の関係は、明らかに因果関係を持ち、そのとき Y が原因、 B_i またその一部としての B_m が結果であって、逆はありえないから、回帰関係が成立する。そこで Y を独立

表2 医療給付 (B_m) と社会保障給付 (B_i) の対 GNP (Y) 回帰パラメーター

(49~63年度)

		$\log B_m = a + b \log Y$		相 関 係 数 (r)	$\log B_i = a + b \log Y$		相 関 係 数 (r)
		a	b		a	b	
サ ー ヴィ ス 型	スウェーデン	-4.326	1.593	(0.9990)	-2.974	1.427	(0.9997)
	デンマーク	-8.917	2.637	(0.9996)	-2.462	1.325	(0.9997)
	イギリス	-1.606	1.026	(0.9998)	-2.083	1.249	(0.9998)
	ノルウェー	-4.017	1.549	(0.9991)	-4.293	1.720	(0.9992)
保 険 型	フランス	0.338	0.636	(0.9984)	1.661	0.524	(0.9991)
	西ドイツ	-3.051	1.273	(0.9995)	-1.918	1.199	(0.9998)
	ベルギー	-2.661	1.166	(0.9998)	-1.643	1.127	(0.9990)
	オランダ	-5.284	1.760	(0.9977)	-3.933	1.453	(0.9993)
	イタリア	-6.899	1.719	(0.9994)	-4.417	1.477	(0.9999)
	日本	-3.239	1.225	(0.9997)	-3.004	1.235	(0.9998)

注 1) デンマークは48~62年度, ノルウェーは途中の会計年度変更のため48~63年度, フランスと日本は50~63年度。

2) これらの回帰方程式における B_m , B_i , GNP の単位は, いずれも当該国の通貨単位100万である。

資料 表1に同じ。

変数, B_i あるいは B_m を従属変数とみると, 一種の成長曲線に乗る。しかし各国の貨幣単位が異なるので, 直接比較ができるように, 両方を対数変換して線型回帰方程式をあてはめると, 資料の利用しうる最前年の49年度から最新の63年度までの, 各国の Y に対する B_m ・ B_i の回帰パラメーターは, 表2となる(報告時には変数を Y/N のドル換算額および $B_m/Y\%$, $B_i/Y\%$ としたが, 元来推計値である Y をかみならずとも実態を示さぬ為替レートで換算し, しかも少数桁の%と乗除算を繰返せば現実離れが幾何級数的に募るから, 実勢にもっとフィットするよう実額に改めた。この手続きは, もちろん分析の内容, 結論をなんら変えるものでない。また報告時の省略部分, 略図で代用した部分も示してある)。こうしてみると, B_m , B_i ともに Y に対して正の相関をとるのは当然としても, その r が小数3位まで9という, かえって異常なほど密接な相関を示すことが判る。その一斑の理由是对数変換にあり, また古い時期のILO資料が2年刻みのためサンプルが減っているところにある。

ここで問題となるのは, 方程式の回帰係数 b である。この場合定義により $b=\eta$ であるから, Y に対する B_m と B_i の弾力性係数を類型別に高い順に再整理すると, 表3をうる。これによると, 医療保障がサービス型の国では, イギリスを例

外として, 弾力性は1.5を上回り, 保険型はオランダを例外として1.3を下回る。その理由は, 第一に, 医療保障体系の体質の差に求められると思う。保険型は予防・予後の包括的医療をやはり十分には包摂しえないところがあり, サービス型は国民的ニーズの対応に素直なのではないかと思われる。理由の第二は, さきにも一言ふれたように, 北欧では制度がまだ流動的であり, たとえば, もっとも立遅れているノルウェーの全被用者適用は53年, 全国民適用は65年といった事情が映っている。他の2ヵ国も, 償還制から保健サービス全面化の道程をたどりつつあるという意味では, よしんば程度の差はきわめて大きくても, 状況は

表3 給付のGNP弾力性係数

		B_m	B_i
サ ー ヴィ ス 型	デンマーク	2.637	1.325
	スウェーデン	1.593	1.427
	ノルウェー	1.549	1.720
	イギリス	1.026	1.249
保 険 型	オランダ	1.760	1.453
	西ドイツ	1.273	1.199
	ベルギー	1.166	1.127
	フランス	0.636	0.524
型	イタリア	1.719	1.477
	日本	1.225	1.235

注 1) 類型ごとの各国の排列は医療給付の弾力性値の順による。

2) その他は, 表2の注参照。

資料 表1に同じ。

ィ似ていよう。それに比べて、かなり徹底したサービス方式を戦後ただちに採用したイギリスは、 B_m の伸び率が Y の伸び率と一致して、いうなれば落ち着いた動きを示している。もっとも、これは、例の国民保健事業費増嵩問題のなかで、ベヴァン保健相辞任、ティトマスやエイブル＝スミス等の委員会の GNP 対比による増嵩否定報告などを織り込みながら、無料医療が次第に後退して有料化するという人為的抑制が影響していることも確かである。

つまり、サービス方式は、それに徹底すればするほど、費用支弁の可能性を一般財政事情のもとに従属させ、イギリスのごときケースに陥る危険をもつ。しかしまた、保険型は、ひとくちにいつて拠出と給付の総体的対価関係を保つ制度であるから、給付率がしばしば拠出にしばられる傾向がある。比例型においては、拠出が自然、賃金・所得水準に比例してくるので、間接的であっても、給付は国民経済の水準や伸びに制約されやすいことになる。これが、制度の基調が確立して安定的なものと並んで、 B_m の弾力性係数を一般にサービス型以下にする主因と推測される。ここでオランダのみが弾力的なのは、まったく制度の後発性に由来し、医療給付の導入が1941年であり、また給付も制限的であること、それを急速に改善しようとしていることにもとづくのである（それゆえ表2の B_m/Y が低い）。ベルギーとフランスの非弾力性は、おそらく償還制にともなう患者自己負担分の存在から説明されると考えている。

さらに、日本についてみると、考察対象時期の後半はまさに皆保険推進期であったにもかかわらず、高度の経済成長率に埋もれて、 B_m の伸びが低くなっている。これは日本の社会保障全体に通じていえることだが、その伸びが経済成長の影に覆われししまうことも事実であれば、それだけ社会保障を伸ばす余力が出てきていることも確かであろう。かといって、ここで、医療保障が国民所得の伸びに比してパラレルであればよいとか、あるいはどの程度上回れば十分だということをいっているのではない。こうした政策判断を下せる根拠は、私のこの分析からは出てこない。とくに医療給付

の内容と水準の当否は、全体として国民経済の枠に従いながらも、むしろ生活の構造、疾病構造、あるいは直接的には医学医術の水準によって規制されるのであって、私の試論の範囲外にある。こうしたことの諸結果として現われる医療給付費の座標は、類型すなわち体系の性格によってどう移り、どういうベクトルをもつかが論点である。

この医療給付の動向のもつ影響は意外に大きくて、社会保障給付費総額の類型別趨勢に波及している。表3において、均一型の B_t の GNP 弾力性係数が、比例型の係数を凌いでいるのは、もともと均一型所得保障は固定性が強いと考えられるだけに、 B_m の係数が大幅に B_t の係数に響いているとみなさざるをえない。また、両類型を通じて多くの場合、 B_m の係数は B_t より大であるが、類型と国とを問わず、どの医療保障制度も財政問題に当面していることを思い合わせさせるものがある。反対に B_t の係数が小な3ヵ国のうち、ノルウェーは医療保障の後発に比して年金などが先行していること、イギリスは保健サービスが現状維持のままなのに、所得保障の改正が続いたことなどの事情があり、日本は旧軍人恩給等が途中より ILO 統計に加わったというデータ的特殊理由がある。

医療保障の体系化とは、要するに、国民の医療ニーズを前にして国家が整える供給体制のあり方の問題である。とすれば、供給の形態と水準の問題のほか、その費用支弁のあり方がもうひとつの重要なポイントになる。社会保障の歴史を通じてみれば、本人の直接費用負担通減が基本的トレンドである。そして、これを代位するのが比例型においては事業主、均一型においては中央・地方の政府であった。ところで、最近の傾向として、比例型では適用の被用者以外の階層への普及、均一型では補足の上積み制度の導入などをモメントにして負担の3者構成への漸次的な収斂がみられるにいたっている。この間にあって医療保障は、比例型の場合、保険方式の周辺に配置される福祉サービスによってこの傾向を助け、均一型の場合、サービス方式の強化によってなにほどにか傾向を弱める役割をすると、一般的にいえるであろう。

結論をいえば、医療保障にかんしては、現在および予測可能な将来にわたって、類型の明確な融合は起りそうにない。保健サービスを指向する制度はそれへの接近を急ぐであろうし、医療保険方式はそれを中心に確保しながら、弱点を補う公

衆衛生・保健衛生活動を拡充する形をとるであろう。結局、私の報告はつとに知られている事柄を、ごく大雑把な量的比較でなぞり、「確かなことを二重に確かにする」にとどまったようであるが、これで報告を終らせていただく。

コメンター 橋本 正巳

I 公衆衛生の立場から

私は戦後一貫して公衆衛生という立場で研究と教育などに従事しているので、ただいまの2つのご報告に対して予防ないしは公衆衛生という立場から若干の意見と、問題提起をしてみたい。

まず日ごろから痛感していることを最初に問題として申し上げると、先ほどから社会保障の中の医療保障の位置づけということ、あるいは医療保障制度そのものについての理解の仕方も、専門家の間で必ずしも、統一的な意見がないということがしばしばいわれているが、私は医療保障というのは、公衆衛生という立場からすれば、所得保障とは別の体系が必要とされるというように考えている。それは医療保障の対象である健康ないしは疾病というようなことの性質から、しばしばいわれているように、ニーズが非常に個別的に現われて、しかも最適基準にはなじむけれども、最低基準にはなじまないということがあるからである。

もう一つのことは、医療保障とか医療保障制度の議論の中でいつも感ずるのであるが、予防とか公衆衛生ということは、一応言葉としては出るが、実際の討議の中ではほとんど素通りされているということである。

そこで私の申し上げたいことは、医療保障について論ずる場合——医療は包括的な医療だということは常識だということを、先ほどおっしゃったが、予防、治療、リハビリテーションとか公衆衛生、一般医療、病院医療ということが、大づかみに、その要素として出てくるわけであり、それを考える場合に、今日の段階では予防というのはどうい

うことなのかという認識がきわめて重要と考えられるのである。大づかみな言い方をすれば、いずれの国についてみても、いわゆる産業革命はなやかなりしころには、急性伝染病の大流行が重大な問題であり、細菌学を主体とする予防医学が発達して、急性伝染病の予防に大きな成果をあげている。しかしその後、資本主義が高度化して、いわゆる独占段階にはいってくると、疾病としては慢性伝染病であり社会病である結核などが大きな問題になる。医療保険がスタートするのはまさにこの時期であるが、この時期における予防ということは、急性伝染病の場合とはかなり質的に違ったものとなっている。さらに今日私たちが当面している段階というのは、いわゆる老人病というか、伝染性でない慢性的な退行性疾患あるいは病弱が大きな問題となりつつあるが、これらは一度そういう変化を起すと、元に戻らないような性質の病変なのである。こういう段階においては、予防ということはいっそう医療保障なり、医療保険の中できわめて重大な意味をもつわけであり、その明確な位置づけと認識に立って議論されるべきものと考えられる。ところが実際にはそのへんのところが正しく認識されず、はっきり位置づけられていないのではないか。このため議論をしても、非常に抽象的な議論で終わってしまっているのではないか。これが私の問題意識である。

II 大村報告について

まず大村先生のご報告について二、三、そういった視点から感じたことを申し上げる。たとえば疾病予防については、対人保健サービスに限定する、医療は包括医療ということで、これは常識だ

とおっしゃっておられたが、予防は対人保健に限定するという場合に、やはり具体的な問題としては、非常に個人ベースの、いままでの医療に近いような条件での予防というものと、一方、集団というか、社会的な予防というものを大きく、少くとも二つに分けて考えないと、費用負担の面とか、いろいろな面で、これはかなり性質の違ったことになるのではないかと考える。

それから医療保障の目的のところでは、これはかなり具体的に説明があったわけであるが、その四つの目標の中でも、予防というのはどこに位置づけられているのか、それぞれにはいっているようにも考えられるが、どうもそうでないような気がする。

特に四の能率のところでは、経済というか、財政というか、そういう観点からのお話があったわけであるが、医療保障の能率を論ずる場合、その能率というのはどういうことなのか。これはさきほどの議論にも関連があると思うが、医療を供給する側、あるいは経済的な能率ということはもちろんあると思うが、やはりニードを持っているクライアントというか、主体の側の能率ということとは、とかく簡単に経済的とか、機械的な能率では片づかないものが大きく残るのではないかと思います。

もう一つは、大変くどいようであるが、ここでも医療保障の体系というものが、もし構想されるならば、それは機能しているうちに、自然に予防の原理が貫かれるような体系あるいはシステムでなければならぬ。予防の原理というだけでは、“計画的ならざる視点”としてお叱りを受けるかも知れないが、やはり全体の機能、システムの中で、予防の原理が機能していなければ、疾病像が変わって、これからのような問題になってくると、そこに大きな問題点が一つ出てくるのではないかと考えるのである。

つぎに同じようなことであるが、医療サービスの種類の中にも、やはり患者という言葉が出ており、予防ということは一応別に給付のところでは取り上げられている。やはり包括的とはいいいながら予防は別なんだなというふうに受け取れる。それ

から疾病予防のところでは、医療保険が普及している国では、疾病予防は政府の別の部局の所管になっているといわれているが、まさに現象的にはそのとおりであるが、歴史的に見ると、先ほどのように第一次産業革命前後の、急性伝染病が猛威を振ったところに、公衆衛生はスタートとしたわけで、医療保険が一般に出てくるのは、それからかなりあとで、産業革命が一応完成して、資本主義体制が高度化して、既存の相互共済制度では事がすまなくなった時に、社会保険というのが出てくるわけで、順序としては公衆衛生はそういう形で出発しておったので、医療保険を考える時に、それは別にして、医療保険というものができてきたのではないかと考えられる。しかしそれは今日の段階で見直した場合、それでいいのかということとは、一つの問題として、出してみたいと思う。

それから疾病予防を IDP で給付することは理論的には可能だけれど、実際的には非常に困難だという説明があったが、私もその点は同感である。しかしその場合の疾病予防の給付ということも、厳密に使う場合と、そうでない場合とあると思う。また、予防活動のうちマスとして取り扱うとか、社会的な予防ということは、これはサービスの政府の活動としてやるのが適当と考えられるが、今日要求されている予防というのは、社会的、集団的なものだけではなく、日常生活の中で、いつも健康をたしかめながら、早期診断、早期治療に持っていくということが重要であり、そういう個人的な予防というのは、やはり、IDP であっても——アメリカなどは任意的保険であるが、いわゆる前払い制度として、予防の費用まで積算して前払いしている例もよく知られているが、いちがいに予防の給付は IDP になじまないということはいえないのではないかと考える。

III 藤沢報告について

つぎに第2の藤沢先生のご報告であるが、ここにお示しになった、医療保障の体系化についての、量的な、ことに費用的な側面からのアプローチということについては、私は公衆衛生の国際比較ということで、比較制度論的、あるいは歴史的なア

プローチといったことを若干手がけているが、そういうとりくみについて一つの有力な手掛りをお示しになっていると考えるものである。その具体的内容については、私にはコメントするだけの力がないので、後のお二人の専門家の先生におまかせしたい。

ただ最初申し上げたような、予防、公衆衛生という観点で藤沢先生のご報告のうちで、レジメにお書きになったところを主に読ましていただいた所感を二、三述べてみたい。たとえば医療サービス体系化の道を、社会保険方式と、保健サービス方式で選ぶということが、再々いわれるわけであるが、それはそのとおりだと思うが、その場合にも予防というのはどっかにいってしまうのではないかという気がする。保険方式では予防ということとははじめからはいってこないわけで、総合的な保健サービスということになればはいっているのだと思うが、それならば社会保険と予防とを組み合わせたものか、あるいは総合的な保健サービスか、どちらかを選ぶということでない、首尾一貫しない。これは ILO の資料を見てもそういうふうになっている。

つぎに保険は予防せずという、極論かもしれないが、ごく単純な言い方をすれば、火災保険は火災を予防しない、失業保険は失業を予防しないと同じように、医療保険は、もともと病気になってからの事後処理という性格が強いと思う。それならばよほど保険と密接に連繫した予防の機能が備っておらないと、かえって、むやみにニードを出してきて、むしろそれを増大させるような危険すらあるのではないか。それが伝染病時代のように、はっきり元のように癒えるような病気ならばよいが、成人病、老人病ということになると、一度病変を起すと、それが元に戻らない。そのところはよほど予防の歯止めというか、そういうものが制度として、機能として、しっかりと位置づけられて、それが保険なら保険と噛み合って動いておらないと、大局的に見て、はなはだ無駄の多いことになるのではないか。単純な考え方ではあるが、そういうことを強調したい。

つぎに文章の中に「保険的制度と並置されてい

る公衆衛生的、あるいは社会福祉的医療サービスの動向などに徴して、十分検討すべきだ」とあるが、公衆衛生の結核とか、精神障害の公費医療ということ、医療保障の体系化という中で、どんなふうに評価をされ、あるいは今後の位置づけ、発展の意義を考えておられるか、そういうことをできればうかがいたい。

ここでは公費医療は、たとえば最近では、精神障害の通院医療費まで、公費で負担するような、非常に新しい、質的に違う制度的実例が出ているわけであるが、このような公費医療は、扶助とはまた違って、権利としての健康とか、権利として医療という、市民意識の向上につれて、そういうような考え方が導入されていると考えられる。医療保障の体系化については、やはりそのへんを理論的に詰めていくことも、これから大事なことでないかと考えている。

さらに報告の中で、財政面から見ると、保険方式というのは、確立した基金を設け得る。それに対してサービス方式というのは、費用支弁の可能性を、一般財政事情のもとに従属させるということで、いついかなる場合でも、保健サービスが優位であるかどうかは、疑問だということ指摘されている個所がある。この点についても、どちらかというのではなくて、これは報告者のお言葉の中にも融合形態とか、保険からの脱皮とかということが、最近の傾向として見られるということ、指摘されているわけで、私の意見としては、保険か扶助か、保険かサービスかという理論的な、一般的な割り切りは必要であるが、実際問題としては、いろいろ組み合わせたような形を考えなければならぬと考えている。すなわち、医療制度、医療保障の体系というものは、優れて社会的、歴史的なもので、同じ人頭式の GP サービスといっても、これは発展過程をつぶさに点検すると、その国でそれが成り立つもろもろの条件というものが発見されるわけで、そういう意味で二者択一というふうなことではなくて、あるいは必ずしも過渡的という捉え方でなくて、非常にきめ細かく、それぞれのタイプの持っているいいところを生かしながら、マイナスをカバーしていくような、きめ

の細かいやり方、組み合わせというものが、必要なのではないかということを考えるわけである。

ご報告によれば、比較制度論で補足しながら、費用面の国際比較を進めていくということで、先ほどの数字の比較についても、なぜその弾性値がこう違うのかというご説明があり、なるほどああいうふうに補足していくのかということが、若干わかったわけである。

さらに欲をいえば、社会的な費用というか、医療そのものの費用だけでなく、たとえば健康保険のカバーしている人口の率であるとか、あるいは人口の老齢化の程度であるとか、傷病像の伝染性のものと、老人性のものととの比率であるとか、産業構造とか、国によっていろいろ相違があるわけであるが、従来の比較制度論で重視される、歴史

的、社会的な動向、推移を極力指標化して、そういうものを費用の面からのアプローチに噛み合せて、ただ、事実を点検するというだけでなしに、少し指標化してやるようなことはできないだろうか。たとえば、日本の昭和30年代というのは、皆保険によって医療需要が急速に社会化されたわけであるが、その時期に人口の老齢化が進みはじめる、医療技術革新の中に突入するという、三つの問題が、わずか数年の間に、同時に起った例というのは、世界中にあまりないと思う。そういうふうなことが少し数量的に、あるいは指標的に示せるようなことを考えると、この国際比較ということにも一つのヒントが得られるのではなかろうかということをご報告をきいて感じたしだいである。

コメンター 小山路男

小山 ただいまの両先生のご報告について、コメントするに当たって、医療保障の体系化という問題の困難さを痛感している。どういうコメントをしていいか自信がないが、思いつき程度の感想を述べさせていただきます。

まず大村先生のご報告では、ダイレクト・パターンとインダイレクト・パターンの両者の長所、短所の静態論的な比較がなされたわけである。この場合、医療を社会的に提供しようという、保険あるいはサービスの仕組みが登場してきたところの歴史的な段階の差というものを、私は思わざるを得ない。たとえばイギリスで請負制が保険制度創設の最初から出てきた。その基盤にはプアーロー・ドクターとか、あるいは友愛組合の一部で行われていた請負診療というものが存在していた。さらにまた、1910年ぐらいの段階では、医師の社会的な地位が低かったという事実がある。医療組織のパターンが、そのまま保険方式やサービス方式と結びついて議論できるかはいま少し詰めてみる必要がある。開発途上の諸国では、医療そのものが不足しているために保険でありながらダイレクト・パターンをとっている場合も少なくはない

のである。このような歴史的なからみ合いとか条件の中で、インダイレクト・パターンなり、ダイレクト・パターンなりが形成されてきたわけである。

そういうことを考えて、さて日本の問題でどうかというと、日本の場合には医師の社会的地位が当初から高かった。明治以後の西洋医学の摂取の過程で、医師は官僚や当時の学者と同じような評価を受けていた。したがってダイレクト・パターンで出発するなどということは、まったく不可能であったという事情を考えざるを得ない。そういう事情を考えると、どうしてもパターン論をやる場合には、これは大村先生のことについて申し上げているのであるが、橋本先生と同じように、歴史性というものを考えて、その国の置かれている歴史的な独自性というもので判断せざるを得ないわけである。これが一つの感想である。

それから藤沢先生のご報告は、これまた非常に興味深く承ったのであるが、だいたいどの国でも、イギリス、北欧型、いわゆる福祉国家型であろうと、西ドイツ、フランスのような保険中心主義の国であろうと、医療給付のための費用の対国民所得比がほぼ一定である。ほとんど3.5%から

3.8% ぐらいのところ、大した開きはない。これは非常に興味深いところである。日本の社会保障給付費も、63年をお取りになったからこの数字であるが、いまはずいぶん上って、3.5% を上回っているはずである。

そこでこれはコメントの範囲からやや踏み出したことになるが、私が思っているのは、医療を社会的に提供するということが実にむずかしい。それはサービス型であれ、保険型であれ、どういうことでやろうともいつも問題を持っている。ことに日本のように皆保険をやり、しかも医療技術が急に変ってくる、医師の絶対数が少い、こういう状況で、医療費のものすごい爆発が昭和36年度から、40年度にかけて1度起り、いままたはじまっているような感じがする。この場合に、われわれとして考えなければいけないのは、医療の需要の増大に対して、供給側が硬直的だという条件である。つまり、医師になるための、新規参入の障壁が非常に高い。そこへもってきて、他方では医療需要は、皆保険後急速に増大しつつある。こういう矛盾、その矛盾が医師の多忙となってあらわれる。現在日本の医師は、一人当たり平均1日50人診ている計算になる。都会地では150人ぐらい診ている例は決して少くない。こういう医師の多忙がもたらすものはなにかといえば、一つは薬剤の多投与等によって、医療の省力化が行われる。しかしその医療の省力化ももはや限度にきて、現在では看護婦等のパラメディカル職種の要員の養成確保をどうするかという、こういう問題にまで深刻化してきている。この問題が根っこにあるんだということを、われわれは忘れてはならないと思う。

つぎに医療保障の体系化という場合には、結局保険とサービスをどう結合していくか、どうリンクさせていくかということに帰着するかと思う。現在わが国では母子保健対策は、45年度の予算を見ても、A、B階層からC₁階層まで拡充するという方向に発展してきている。だいたい母子保健対策については、サービス化の傾向がかなり明瞭になりつつあると判断できるのである。

それから午前中からの問題であった、高齢医療

についても、これはすでに日本医師会の医療総合対策に関する意見でも、やはりかなりサービスの方向が打ち出されているようである。結論的にいえば、在宅療養を中心にしながら、そこへホーム・ヘルプ・サービスを導入する。それから入院を要する病人については、これは社会福祉的な施設、たとえばデイ・ホスピタルを考える。あるいは一時入院をしなければならないような人は、特別養護老人ホームの変形のようなもので考えている。いずれにしてもそういうことである。すなわち、根っこになるのは保険であっても、ライフサイクルの前と後で、どうやらサービス化の傾向が日本においても、もはや否定し得べくもなくなってきている。こういうことである。

そういう中で、やはり保険制度自体の持つ問題、医療制度自体の持つ問題というものが、現在非常に大きく取り上げられている。保険制度についていえば、ご存知のような抜本改正という問題が深刻である。抜本改正で保険のサイドをいじるということは、実はまた医療のあり方にもはね返る問題である。決して一方だけの問題ではない。こういう感じできょうの報告を承っておったわけである。

なお藤沢さんの場合、ちょっとコメントをしておきたいのは、均一型の社会保障給付費の伸びが5対3ぐらい割り、比例型より高いのだというご説明であった。しかし均一型といわれているものが、実は比例型に近づきつつあるような制度改正を、何べんも繰り返しつつある。イギリスの適用除外の問題とか、スウェーデンの比例制年金とかがその例である。そういうことで均一型が高いのは、ある意味では当然である。比例型が低いのはそれではなぜかといえば、いくところまでいってしまったということである。だいたい対国民所得費で20%近い給付水準を維持すると、社会保障はもはやそれ以上は伸び得ない。先進資本主義諸国の場合、何かそこに限界があるような気がする。たとえば西ドイツのここ数年を見ていると、だいたい20%である。フランスがそれに近づきつつある。もはやこれ以上は伸びえないであろうと思われる。

であるからどうも逆観論でいうと、対国民所得費の2割ぐらいというのが、自由資本主義国家における再分配の一応のメドではなかろうか。そういう観点から見ても日本の医療というものはある程度まで伸びてきた。対国民所得費で見ると、もはや国際水準である。そこであと期待されるのは、所得保障レベルが早く成熟化してくれることである。それまでの中間項という意味でも

コメンター 中村 正文

中村 二人の先生が十分言い尽くされたので、私の申し上げることがなくなったような気がいたすが、若干感想めいたものを申し上げて、責めをふさぎたいと思う。

大村先生は医療制度の側から体系化の問題を上げになった、藤沢先生は費用、経済の面から、体系ないしパターンの問題に接近された。こういうようにお聞きしたのであるが、医療保障の体系化という場合に、まず、われわれの考える思考基準をどこにおくべきか、言い替えると価値判断の立場をどこにおいたらいいのか、こういう問題が最初にあるのではないかと思う。

これにはいろいろな立場があると思う。——歴史的沿革を尊重する立場とか、利害関係を持たれている——各関係機関ないし関係団体の立場というものもあるだろうし、あるいは医療効率というような観点もあるかと思う。しかし社会保障または医療保障、こういうものの理念なり、本質を考えると、やはり国民とか、被保険者の立場というものが、一番基本になるのではないかと思う。そうすると医療を義務教育と同じように、社会権として認める考え方があるのではないか。ロンドン大学の T. H. マーシャルという人がいっているが、医療を社会権として認めるというような立場も、おいおいと認められてくるのではないかという気がする。

その問題は別の機会にさらに述べさせていただくとして、そういう問題意識を持ちながら、大村先生のご報告をお聞きしたのであるが、大村先生

各種の対策を講じなければならない。そこにおける医療保障の問題というのは、もはや保険サイドの問題ではなく、実はそれからもう1歩進んだサービス方式の部分的な採用に進まざるを得ないし、その方向にいくであろう。そういう感想を持っている。非常に簡単であるが、これでコメントに代えさせていただきたい。

のご意見には私、全く同感である。ただ二、三それに関連して質問を申し上げたいと思うのは、たとえば DP 対 IDP を、サービス対保険と言い替えることができるのかどうかという点である。それからイギリスを DP というふうに規定されたのであるが、ゼネラル・プラクティショナーの場合、これをやはり DP と考えるべきなのかどうか。こうした点をまずお尋ね申し上げたい。

ところで次に、大村先生は、医療保障の医療は包括的医療を指すのが常識だと書いておられる。また疾病の予防は、IDP では給付することは困難だともいっておられる。そういうような理由によるかと思うが、日本をはじめ多くの国では、診療は IDP、保健衛生のほうは DP というような形で行われている。ところで、もしこの診療と保健というものを統合するとするならば、DP が好都合だ、あるいは優れているということもいわれた。また財政的には DP が経済的であるというふうにもいわれた。

ところで日本の場合には診療は IDP 方式、保健のほうは DP 方式でという二本立てが現行の方式であるが、この二つを融合して、実施する方式というものが日本で可能なのであるかどうか。先生は私のお聞きしたところでは、いささかむずかしいように云われたのであるが、たとえば開業医が保健活動、ヘルス・サービスを行うことが、本質的にできないのかどうか。保健所のいろいろな健康診査、あるいは市町村の保健衛生課の予防接種等におきましては、現実に開業医の方が参加されている。その開業医が保健活動に参加するとい

う方向を、さらに推進できないものであるかどうか。現在の保健所では、私ども部外者の目には十分な保健活動は期待できないように見える。第一お医者数の数が少ない。そのうえに欠員もあり、その補充すら意のままにならぬ。保健所は高度な特殊な保健サービスは行うが、そのほかの一般的な保健サービスは手放すほかない、というような傾向が見られると聞いているのであるが、そうなるといよいよもって一般保健サービスに対して、開業医を動員するというような方向が、今後考えられないか。もしこれが考えられると、「抜本改革」においても、非常に大きな変革——医療制度の在り方や診療報酬の支払い方式における転換——の可能性が出てくるのではないかとひそかに期待されるのである。

それから大村先生も藤沢先生もともに、保健サービスと、保険医療というものにお触れになったのであるが、この際サービスというものを、もう少し突込んで考えてみたいと思う。サービスの意味を、もう少し正確というか、分析してみる必要があるのではないかと思う。というのは世上サービス、サービスといわれているが、それには二つの意味があるのではないか。一つはいわゆる公的サービスすなわちパブリック・サービスで、もう一つは医療サービスつまりメディカル・サービスである。この二つの用法が混同されたり、あるいはその人によっていずれかの意味に限定して使われているように思うので、サービスという用語の使用法について、もう少し厳密性が要求されるのではないかと考える。

公的サービスというのは、ニュージーランドのようなナショナル・ヘルス・サービスで、給付費用は原則として一般税、または社会保障税によって賄われる。こういうものをパブリック・サービスと私は考える。この意味のサービスであるならば、医療機関が国有でなくても、国営でなくてもかまわない。経費がただ国庫から、あるいは税金から賄われるというだけを意味するわけである。ちょうど専売制のようなものであって、従来塩は民間の塩田や工場で作られている。それを政府が一手に購入して、消費者に社会政策的な価格で

売り渡している。そういうような形のサービスが、このパブリック・サービスとしてのサービスに当る。したがってサービス方式であっても、ニュージーランドのように現金償還制というものすら採り得るのである。

なおわが国の国民健康保険は給付費の6割以上が公費で支払われているから、この意味のサービスと考えうる。

もう一つの医療サービスとしてのサービスであるが、これはサービスという医療現物を給付するものである。医療というものを包括的な医療と考えるならば、ヘルス・サービスと言い替えることができる。この現物サービスが治療だけに限定されるならば、保険方式でもやれるが、治療のみならず、予防、あるいはリハビリ、あるいは健康管理を含んだ、いわゆる包括的医療を意味するサービスの場合においては、一部は保険料で賄うことができても、概ね税金によらなければならなくなるだろう。

予防とか、あるいはさらに広く保健サービスというものと、治療とを一体化しなければいけないということは、先ほどのお話にもあったが、単に融合させる、有機的に連繫させるというだけでは、まだ弱い。終局的には管轄する主体を統一するところまでいかなければ、両者を融合する効果というものが少ないのではないと思われる。予防は予防で馬力をかけて金を使う、治療のほうは治療のほうで一生懸命やる。患者をたくさん創出して、治療費をどんどん使うというような、二本立てのやり方では、医療効果は上らず、医療経済も、成り立たなくなる。

そこで両者の主体を統一するとなると、前述のように財源においても、保険料というものから離れて、主として税金で賄わなければならなくなる。そこで包括的医療サービスつまりヘルス・サービスの場合、いわば必然的にパブリック・サービスともなるわけである。その例がイギリスのナショナル・ヘルス・サービスではないかと思う。

ともあれ、サービス形態にはパブリック・サービスとヘルス・サービスの二つがあり、両者は区別して考える必要があるということを指摘してお

きたい。ところでイギリス式のヘルス・サービスというメディカル・サービスにおいても、必ずしも医療機関は国有、国営である必要はない。たしかに国有、国営にすれば便利であるが、それが絶対的要件であるとは思われない。事実一般医の診療所はイギリスでも国有、国営ではないのである。他方医療保障を国民健康保険という保険制度によって行っているスウェーデンでは、病院はおおむね公有公営なのである。したがってサービス方式と医療機関の国有国営とか公有公営とは必ずしも結びつくものでないということも承知しておくべきであろう。

なお、医療保障というものの体系化を考える場合に、いわゆる需要側だけの体系化を考えるならば、これは保険の体系化を考えればいいわけであるが、いま申したように包括的医療ということでなければ医療の効率は上がらないということであると、やはり供給側も含めて、需要、供給両面を統一的に体系化する必要がある。こういう点から考えると、サービス化の必要性というものが、いっそう強く出てくるように思う。

次に藤沢先生のご報告に関連して。私のコメントが先生の提起された問題の核心からいささかずれるように思うので、「関連して」と前置きするわけであるが、さてこの表で、これは(3.5)国民所得で医療給付費を割って、医療給付水準というものを、お示しになっているのではないかと思う。この場合、そもそも社会保障というものは、国民所得全部が財源になって、実現できるものかどうか。結局そういう国民所得全体を社会保障の中につぎ込むことができるとすると、これは単なる貧困の再生産に過ぎなくなる。したがって社会保障に使われる財源というのは、国民所得の中から、各人の最低生活に必要な経費を引いた残り、これを私は余剰所得といっているが、その余剰所得を分母にして、給付水準というものを測定すべきではないか。と申す理由は、非常に国民所得の少ない国では、これを平等に配分しても、最低生活維持が精一杯、あるいはそれにも不足するありさまで、社会保障の余地というのはきわめて少い。余剰所

得が多くなればなるほど社会保障に使われる財源は当然大きくなる。であるからこの表わし方——はじめからわかっていることを給付水準として示す仕方——については、私は多少疑問をもっている。ひいてはこの伸び率、あるいは弾性についても、やはり余剰所得＝余剰財源との関係から考えなければならないのではないかと思う。(余剰財源の増加率が大きければ、医療給付の伸び率も大きいというのであれば当然のことである。)

なお医療の場合は他の社会保障項目と違って、これは生命にかかわることで、必需的性格を持っている。したがって、国民所得の少ないところも、多いところも医療費の絶対額というものは他の社会保障項目ほど差がないと思われる。しかし余剰所得がだんだんと増えてくると、医療自体が必需的な性格から、奢侈的性格を帯びてくる、したがってこの弾性、伸び率にもそれが現れてきやしないか、こういうことも考慮に入れておく必要がある。

それから、保健サービスか医療保険か、平等主義か能力主義か、あるいは、均一給付か比例給付かということでグループ分けされ、スウェーデンとユナイテッド・キングダムとをくくり、西ドイツとフランスをいっしょにしておられるのであるが、医療制度の面から見ると、スウェーデンはイギリスとかなり違っていて、最近外来診療について現物給付に切り替えられたということを聞いているが、この数字の当時においては、スウェーデンの場合は償還制の保険である。その点でむしろフランスに近い。それからドイツは現物給付であるが、フランスの場合は現金償還である。一部負担割合なども違う。そういうようにいろいろ細かく見てくると、能力主義、比例主義、あるいは平等主義、均一主義ということではくくれるのであるが、かなり性格とか、制度の違ったものをいっしょの枠の中に入れられている。そうするとこの国際比較というか、パターンの比較というものは、何を意味することになるのであろうか。

妄言はお許しいただきたい。

司会 これから約1時間ばかり一般討論を行いたいと思うが、いまの三人のコメントを聞いていると、大村先生、藤沢先生ともに、なにかものをいわざるを得ないという顔をしているようにみうけられる。いろいろ解釈上の問題また本質的な問題もあるので、できたら一般の方の許しを得て、まず大村先生から一言でも、補足していただきたい。

大村 それではコメンターの方がたの発言に対して、多少私の説明が不十分な点があって誤解を受けているところ、あるいは意見の相違をきたしているところがあるので、その点について簡単に申し上げたい。

まず橋本先生の公衆衛生というものを医療保障から除外するのはけしからんじゃないかという点。私も公衆衛生の重要性というものが高いということ、否定をしているわけではない。ただ体系を議論する場合に、いろいろ考えてみると、集団にしる、個人にしる、人を対象にした予防サービスというのは、治療と深い関係があるから、一体的に議論したほうが便利だと思う。たとえば食品衛生の監視とか、公害の予防ということは、これは関連制度としては重要であるが、議論の時には別に議論をしても、支障はないじゃないかという意味で、パーソナル・ヘルス・サービスに限定したわけである。

それから中村先生のご質問ですが、ダイレクト・パターンとインダイレクト・パターンが、いったい公的サービスと保険とイコールであるのかということ。これは先生もいわれたように、概ね費用が国から出ている場合、国立の医療機関を主体にしてサービスが行われている。その意味ではダイレクト・パターンである。しかしイギリスのGPのような場合には、インダイレクト・パターンである。しかし契約方法は非常にダイレクト・パターンに近い。たとえばポーランドのような国は、保険で医療費を払っているが、医療機関はみんな国営である。先生はニュージーランドを例に挙げられたが、こちらは大部分が公費であって、私立のGPに対して償還制度をとっている。これはインダイレクト・パターンである。したがってポーランドのような医療国営であっても、インダ

レクト・パターンが存在する。あるいは先ほど南米の保険の場合を例に挙げたが、保険であってもダイレクト・パターンというのがある。

次に現在の日本では、たしかにダイレクト・パターンのほうが、健康管理というものを医療サービスに含めることは容易である。しかし歴史的な観点からしても、現在の開業医の制度を前提として、治療と予防の融合をいかにするかということは、非常に難しいが方法はいろいろあると思う。たとえば母子相談や老人の健康管理というものには、開業医をもっと動員しなければ、保健所ではどうしても手が回らないという現状である。その場合にどういう形を取るか。パートタイムで開業医の方に参加してもらい、健康診断に対して料金を払うという方法、これはどちらかというとダイレクト・パターンのやり方である。そうではなくて妊産婦なり老人に、どこでもいいから開業医に年何回健康診断を受けられますよという、直接のサービスにおいて、その独立性を侵さないで、健康管理を依頼することができれば、これが一番いいわけである。

実は予防給付にしる、あるいは自民党の医療対策要綱でいう健康管理体制にしる、開業医制度と、健康管理とをどうつなげるのかという、具体策が欠けている。そういう点が一つの盲点であると思う。

藤沢 先ほどからサービス方式と保険方式についていろいろいわれているが、やはり医療保障の中心論題はそこにかかってくると思う。

最初に小山先生がいわれたように、サービス方式と保険方式は、絶対的な二者択一関係にあるものではないということは、現状から見て明らかである。

先ほどの表で示しましたように、保険方式を取っているところの弾力性が低く、硬直的であるということは、一つは医療のニーズをカバーするのに、保険方式の持っている限界が現われてきているのではないか。こういう点を一つ指摘できると思う。これは小山先生のいわれるとおりである。

したがって所得保障についていえば、均一型は

補足的に比例型を吸収していく。比例型はどうしても底辺において均一型をカバーせざるを得ない。つまり所得保障については比例型へ向う形をとることがいえる。

医療保障については保険の前と後をめぐる問題を中心として、保険で医療を行っている国々は、サービス型を吸収してくる。こういう方向がはっきり認められる。その一つの例が前述の α の係数にも反映しているのではないか。こういうことを申し上げたかったわけである。

それから橋本先生は国際比較の問題について、もっと広い視野からさまざまな指標をとるべきではないかという提案でしたが、それは私の限界を越えている。たとえば、国民医療水準が上がったのは、果して医療が伸びたからか、食物がよくなったからか、生活の内容がよくなったからか、医療水準がよくなったからか、はっきりしない。またこれらいくつかの相乗作用があるとすれば、それぞれにかかってくる係数は何か、という点についてはこれから追究していかなければならない。

それから中村先生も先ほど触れられているが、社会保障の規模は、国民全体の経済の状態に対して従属的であると考えたほうがよいと思い、そこで私はそれを一人当たりのGNP、あるいはGNPの総額、もちろんこれはNNPでも可能でありましょう、いろんな係数があるでしょうが、一つの方法としてそれを採用していくというだけのことです。したがってより正確な、より正しい指標があるならば、もちろんそれと差し替えるべきでしょう。

ただ先ほどいわれた剰余所得の概念が掴めない、たとえば再生産に必要な部分を償却したあとの残りが剰余なのか。あるいは最低生活費を控除したものが剰余なのか。それが剰余だとすれば、拡大再生産のための充当費はどの程度であるべきかということが、まず決定的に問題にされるべきである。最低生活費を引き、あるいは原価償却部分を償却したあとの部分が医療費を決定するというには、さまざまなクッションをおいて考えていかなければならない。現在は便宜的に欠点は重々承知の上で、止むを得ずこの指標を使っているのだという

ことをお答えしておきたい。

さらに類型の分け方であるが、均一型、比例型というのは、いうまでもなく比較の問題で、絶対の問題ではない。北欧諸国とイギリスの間には断層があることはたしかである。しかもなおかつそういう共通の側面が抽象できる。そういう大きな大枠でくくるのが駄目であるとすれば、類型に分けられない。そうすると類型論が無意味になる。しかし私は、統計数値の上から、類型の区分がはっきり確認できるという点で、比例型、均一型を分け、あるいは後進国型を分けてきた。

すなわち国民所得対社会保障給付費の割合などを取ってみると、はっきりグルーピングできる。そしてこれは決して地域の問題ではない。たとえばヨーロッパ大陸などによくいわれるが、その中にスイスがある。スイスは地域的には大陸でも、明らかに社会保障は北欧に近い制度である。そういう問題があるから、これは地域では分けられないし、いろいろな側面を考え合せていかなければならない。

なお類型論がしばしば陥りがちなのは、こういう類型だから、こういう結果になるのは当然だ、で終わってしまうことである。それから一步突き出るための第一の手掛りは類型の内容の検討であるという点を申し上げておきたい。

司会 橋本先生、小山先生、中村先生、まだ何かご発言ございますか。

中村 藤沢先生のご回答はよくわかったのですが、比較をされる場合モデルの設定という時に、単に一人当たりの国民所得ではなくて、原価償却費や、社会保障の場合には国民一人一人が最低生活に充当しなければならない部分だけは控除する必要があるのではないかと、ということを申し上げたので、このへん多少意見の食い違いがあったように思う。

それから医療を含めて、全社会保障制度の国際比較をされる場合には、ただいま行われたような方法で私はいいと思う。ただ、医療保障だけを取り出してやる場合には、そこに多少危険が伴うのではないかとこの点を指摘したかったのである。

司会 これで一応レポーターとコメンターとの

討議を打ち切って一般討論に入りたいと思う。

いままでのお話をずっと聞いていて、皆さんのご意見が、だいたい一致、あるいは近い見解に達しているのではないかと思われる。特に大村先生が明快にいつておられる開業医の制度と、健康管理をどのように結びつけるかということ、これはたしかに重要な問題だと思う。それから保険方式が限界にきているのではないかということ。これは裏返すと保険とサービスをどう結びつけるかという問題になる。その場合中村先生のように結びつけるのでは駄目で、一体化してしまわなければいけないという意見もある。このあたりに問題があると思うが、それだけだと藤沢先生に誠に相すまないことになるので、ちょっと補足質問をさせていただきますと、比例型とか均一型とかという時は、医療保障だけを問題にしているのであるか、それ

角田 医療保障では、物とか、人とかということとで考えていける面が多いが、その場合でも物については、大村先生の報告に出ていたような、リージョナル（地域的）な問題を考えていくことが、今後の参考になるのではないか。つまり、あとで近藤先生が、健康管理の例を取って指摘されていたが、全国的な観点からリージョナルな問題を考えていけるような状況をつくる必要があるように思う。

もう一つはそれと関連するが、青井先生や小山先生もいわれていた、今度の小委員会の報告にでてきた人間を養成するという問題。言い替えると、総合医療ということがある程度国際的にも、また今回のシンポジウムの討論の中でもはっきりしてきたが、それをどういうふうに人間の養成として受け止めていくかという問題が、今後の課題としては、大きいのではないかと思う。その中で、日本でいまのリージョナルの問題を考えていくということになると、まだ全国的な医療の計画ももたず、またそのこと自身が問題の時期であるから、総合医療を導入してどのように考えるかということには、非常に難しい点があるかと思う。しかし、

とも社会保障の型を問題にしているのか。

藤沢 その国の社会保障の持っている型です。

司会 そうすると仮に医療だけに限定した場合、統計の扱い方で、ちょっと中村先生との食い違いがあるのではないかと思う。すなわち、これは医療保険の部面だけでなく、公衆衛生を含めている。その含め方については先ほど説明があったが、その点で中村先生の考えとちょっと食い違ったのではないかと思う。医療の問題を出される時はむしろ、保険型かサービス型かという類型で議論をしたほうが、話がわかるような気がする。

最後に今回のシンポジウムでは歴史的問題があまり取り上げられていないのがちょっと不満だということをつけ加えておきたい。

ではこれで総括を終えて、一般討論にはいっていききたい。

現在はそういう方向についてもっと考える時期ではないか。このへんのことをできれば大村先生と小山先生からお聞かせ願いたい。

司会 それでは現状と、どういうふうに配置などを整備していくかということについて大村先生にお答え願いたい。機能的に整備していかなければいけないといわれたが、その前に私は、診療所と、病院と、保健所の機能がどうもあいまいだという感じを持っている。だから病院とは何かということからはじめないと、本当はわからないのではないか。そこで大村先生の独特の構想があれば、ひとつ聞かせてください。

大村 これは非常に具体的な質問だが、いろいろな方法があると思う。まず地域社会の開発計画と医療保障計画とはマッチしなければならない。現在の地域というのは行政区域で決まっている。保健所区域に、人口何万では、いくら以上の病床は認めないというような計画になっているが、それでは将来には適さないのではないか。もう一度まず地域というものを検討する必要がある。

そこでどういうふうに整備したらいいかという原則であるが、なにしろ医療機関というものには

金がかかる。果して私立の設備投資で将来の医療にマッチできるかということになると、はなはだ疑問である。それはまた診療報酬にはね返るということになるから、基幹的な病院には、どうしても公的な投資が行われなければならない。そのためにはある程度、それを促進する意味の財政措置が強化されなければならない。つまりよく医療費というが、実は診療報酬が膨大になり、それが私の機関の収入になるわけである。しかしそれが果して合理的に設備投資に回されているかどうかという証拠は全然ない。

それから都会、特に東京を中心として医療機関、医師が集まっているのであるから、そこになんらかの規制が必要ではないか。公的病院の場合には病床などで規制されているが、これでは意味がないので、私的な医師の分布などについても規制が必要なのではないか。それが結局医療機関の労働時間を適正にし、住民が平均していい医療を受けられるという条件になるのではないか。

司会 それではもう一つ小山先生に質問に対するお答えをお願いしたい。小山先生は経済審議会の小委員会の報告の中で公衆衛生、医療の問題を扱っているので、その点からのお答えをどうぞ。

小山 何を答えていいのかよくわからないが、リージョナル・プランニングとか、医療の地域化ということは確かに重要だと思う。しかし地域というものが、非常に激しく変動している中で、一定のリージョナル・プランニングといった構想をもつことが、いまの段階でいいのかどうかという問題が一方にある。つまり過密、過疎という状況が、今後も続くだろう。もっと端的にいうと、人口10万単位の医師数でいうと、最高が京都、最低が埼玉で、その差は2倍以上ある。非常に医療機関の分布がアンバランスである。そういった問題があって、それがどのへんに落ち着くのか。その見通しが立たない。たしかに医療というのは包括的なものだし、地域的なものでなければならないのだけれど、実現可能の条件分析という点では、まだわれわれは積極的にものがいえる立場にない。そういう感じがする。そのへんは単に予測とか、計画とかという問題を越えて、基盤自体が動いて

いるのだという認識が大事なのであろうと思う。

角田 地域の過密、過疎の場合、小中学校の問題に、少くとも市町村において努力されている。ところが都道府県の高등학교では進学率が高まっていて全体の地域の中でいくつあればいいということが分かっていても、計画は宙に浮いてしまう。すなわち過密、過疎の現象は非常に進んでいて、またそれと同時に医療のニードが進んできている。したがってリージョナルという問題を考える場合、全体の経済社会発展計画とともにそれに応じた都道府県、あるいは首都圏、近畿圏といった段階での計画がありうる。そういうことを考えると、学校が流動するのは当たり前だと思う。だからしゅっ手直ししなければならなくなる。医療についても同じだと思う。

司会 行政区画が前提になって、いろいろなリージョナルな整備が行われているのが、日本の現状であるが、教育は教育、ヘルスはヘルスと区画を別に考えなければならぬと思う。いま保健所の在り方が問題になっているが、これはまた別に機会を設けて議論しなければならない重要な問題だと思う。

東田 ただいま問題になっている、地域での合理的な配分について考えると、やはりこれは具体的な課題を中心として考えていただく必要があると思う。いわゆる政府の地域計画などがいろいろ出ているが、保健、医療の問題を担当している者にとっては、たとえば精神衛生、結核、伝染病予防、救急医療というそれぞれの課題があるので、その課題に応じて自ずからその地域というものが出てくる。それにどう応えていくかということが一つ。その場合、地方行政をどうするかという問題がある。私の考えでは地方自治体がやらなければいかんと思う。地方自治体にやらせるような体制をつくり、そして住民がそれに参加するような形態をとる。そのような身近な形で、地域での適正配置というものを考えていかなければ、空論になる。先ほど司会の近藤先生や小山先生のほうからも、社会的、歴史的に考えなければいけないといわれたが、同時に医療の問題は非常に政治的なもので、その点を抜かしてはいけないと思う。また

具体的な課題を中心に、体系化を考えていかなければ、これはそう簡単にいくものではない。ここでは、資本主義の体制の中での医療保障の体系化ということが問題になっているが、なぜ望ましい体系化というものが妨げられているか、あるいは少なくとも、いまの現状を突破するために、過去の誤りの中に何があったかということについて、二、三、端的に指摘しておきたい。第一は医療機関の設置に対する明治以来の政府の公共投資の欠如。これは絶対的だと思う。先ほど小山先生はお医者さんの地位は非常に高いといわれたが、これは確かである。しかし同時に、明治政府以来、医療機関等を配置する公共投資なり、活動をどれほどしてきたかという、これはきわめて問題がある。それがはね返って、医師会と、あるいは地域医療機関と話し合いをしなければ国民医療というものはできないというところに追い込まれている。そこに今日の問題がある。

第二は開業医の先生方にも保健活動、予防活動をやっていただかなければならないし、その可能性もある。では何がそれを阻んでいるのか。私的資本でやっている限り、マージンという点からしても、安い費用の予防はできない。現在の日本政府は、安い予防方法を主体に考えている。だから受けられないことがある。そうなるとこれは当然公的なサービスでやらざるを得ない。そうするとそれを地方行政、地方自治体の活動としていかにできるかということを考えなければ、仕組、制度がいくらできても、実際には難しい。たとえば精神衛生にしても、なしくずし的に市町村段階から始めている。第三は、先ほどの地域の適正配置の問題にしても、たとえば地域に病院、専門病院を設置するとか、また救急医療体制を整備する場合、地方行政の中から考えていかなければ体系化はできない。第四の問題は保険の問題である。明らかに医療保険によって、治療サービス・アフターケアが行われているわけであるが、ただ問題は保険者と医師あるいは政府と医師団、事業体と医師団との間の取り引きは行われているのに、被保険者団体になると、なるほど労働者団体の代表が入っているが、生の被保険者、あるいは国民が、医療

の問題について、医師と顔を突き合せて話し合うような仕組みになっていない。つまり、被保険者、国民不在の医療保険の仕組みになっている。もっと突っ込んでいうと社会保険の経営における官僚主義的支配という問題である。そういうものを解きほぐすことによって、それぞれの仕組みの矛盾を解決していく。だいたいの筋道はついていると思うが、阻んでいるものがあまりに強過ぎて、それをぶち破るところのものが、いつも混乱している。だから戦う主体、勝ち取る主体というものが浮かび出てこない。それが結局医療費の膨張、薬屋が儲かるという形になってくるのではないか。そういうことで現在の諸矛盾を、もう一度見直して、一つ一つ解きほぐすということが、体系化への道ではなかろうかと思う。

黒住 大村先生にうかがいたい、リージョナリゼーションの問題などに関連して、やはり医療の供給側の要因が問題になるのではないかと思う。特に医療担当者の問題が大きいのではないか。医療担当者の養成の問題は、最近では看護婦さんの問題になっているが、看護婦さんだけではなしに、医師そのものの養成にも、量的にも、質的にも大きな問題があるのではないか。

大村 これは医学教育に関する問題で、非常にいろいろな要因があるが、先ほど述べたように、近代医学にマッチした、実際に役立つ医者を養成する必要がある。その場合技術的な面はもちろんのこと、社会的諸制度にマッチするというか、いわば医者倫理、価値観念というものが問題になる。特に私ども公衆衛生に関係する医者が痛切に感じているのは、役に立つ、社会制度にマッチした医者、倫理観念を持った医者を養成するには、外国のようにヘルスを所管するところと、医者の養成を所管するところが同じ省であるというのが、非常に都合がいいということである。そういう意味で、社会医学的な教育が非常に不足し、社会が非常に変わったにもかかわらず、倫理がこれについていていないという点を指摘したい。

黒住 それから開業医制度との関連であるが、特に無医地区などの問題を考えると、やはり一人前の医師になるのには、現在の制度ではエクスペ

ンシブである。そういう点に関して、何らかの手は打てないのか。つまり医師の養成に対する国、あるいは地方団体の投資という点で問題はないのか。

大村 それは日本の医学教育の恥部に属することで、非常に金がかかる。したがって、儲けるのは当たり前だ。端的にいうとそういうようなことで、裏口入学があったり、医者らしからぬ人が医者になったりはなはだ疑問な点がある。それを解消する方法はいくらかもあるが、現実にはいろいろの事情があって解決がむづかしい。理論的には非常に簡単なことであるが。

司会 いまの大村先生の話を書いて、従来は社会医学的教育が不足していたから、医師の倫理観が、外国の場合とだいぶ違うのだというように私は受け止めた。しかし公衆衛生関係の学生諸君や、先生方の意識と、臨床をやる先生方の意識とでは非常に違う。意識調査をやったわけではないが、資本主義的な意識の強さにおいては、医学部の学生諸君は一般人以上であるという。最近の新聞を見ても、医学部に対する入学希望者が非常に多い。これはお医者さんになれば儲かるのではないかという考えがあるからである。もちろんなかには副業で儲けているという場合も相当あるが、その源資は医療から出ているのであるから倫理観の問題は大きい。それにはやはり社会医学教育をもっと大学などに取り入れて、それを十分マスターしない者は、国家試験の時に落すというくらいのやり方を、厚生省や文部省がいっしょになってやらないといけない。私は医学教育が一番ガンだと思う。

嶋田 私は医療制度を体系化するには、クライアントを中心に考えていくことがまず第一に必要だと思う。第二にはコミュニティ・ケアという考え方を持たなければ、医療の近代化はあり得ないと思う。第三にはプロフェッショナル・ケアというものの質を高めていくということをしなければならないと思う。

日本医師会は、自由主義経済の中で医療制度を改革するということを標榜しているが、私はこういう問題は、事実を通してものを考えなければならないと思う。というのは日本の医療制度は、国

際的な水準においては、多くの費用を使っているということは、ご指摘の通りである。しかしその中での金の使い方が問題だと思う。また現在の階層的な所得格差という、社会的な実態の中で、医療制度がどう応えるかということを考えなければならない。今回そういう話があり出なかったことは、医療制度の体系化というものを考える場合、大きな問題を残しているように思う。いまの自由主義経済の中では、医療という絶対需要、有効需要として表現しなければならないということから出てくる、大きな制限がある。それに対して医療というものは普通の場合と違うのだ、ちょうど義務教育と同じように、これは国家、社会が責任を持って行っていかなければならないのだ、ということをはっきりさせていかなければならないと思う。

先の東田先生も指摘されていたが、やはり地域の住民の健康というものを本当に維持するために貢献できて、同時にそれが本当の意味でプロフェッショナル・ケアでなければならない。そういう意味ではいまの点数単価方式を中心とした保険方式が、本当に医師の技術を代弁しているのだろうか。医師の技術を、本当に社会的に評価するものであるかという点については、疑問を持たざるを得ない。医療制度改革という場合、医者をいじめるといふことのほうがむしろ多くて、制度が悪いために、医者は止むを得ず、ああいっただことになっていく。人間の欲望を否定してはいけないので、その欲望が素直に出ていけるような方向に、制度を建て変えなければならない。

最後にもう一つだけ付け加えたいのは、コミュニティ・ケアの問題である。予防の問題で橋本先生は、これは医療制度の体系化の中で十分考えていないのではないかといわれたが、そのご心配は私もよくわかる。先ほどお話があった対人的な医療の中では、英国の制度のほうが、日本の点数単価方式よりは、予防に役立つのではないか。対人医療の問題でもそのことを考えておく必要がある。さらに公衆衛生と対人医療の問題を、よりよく結びつけるには、日本の制度を改革しなければならないのではないかということ、次第に強く感ず

るようになってきた。

中鉢 ただいまの嶋田先生のご発言の地域的な参加の問題、それから東田先生が先ほど指摘になった公共投資の不足の問題、こういうことを結び付けて考えてみると、医療制度というか、あるいは医療保障におけるフローとストックの問題でいえば、ストックの問題、ここに帰着すると思う。

これは先ほどの藤沢先生の分析に出てくる医療費の中で、純粋にこれがフローとなって回っている体制の国と、日本のようにこの中から大部分のストックが投資されている国とでは、同じようにそれが3%前後に出てきたといっても、内容がだいぶ違う。このへんが近藤先生の歴史的な分析というところに結び付いていくと思う。私もかつて昭和32、3年ごろに、医療保障委員というのをやらされていて、そこで医療金融公庫という問題が出てきたことがある。これはまさにフローとストックを切り離して、フローからストックを蓄積するという形を、なるべくこれからの医療費の配分の中から制御していこう、ストックはストック、フローはフローという形で、計画的な医療の投資を行っていくことはできないものであろうかという点がその時の一番のポイントであった。ところがこれができなかった。目前においてはそのほうが安上がりなのである。ところがタダより高いものはないのであって、ここを俟約したことがその後における無計画的な医療費の膨張を来たしてしまったのではないか。こういうことをいま痛切に感じている。ただこの場合、ストックを、フロー

とは別につくっても、これをいかに配分するかということになると、政治的な問題が、これに結びいてくる。ここがポイントになる。これは実は医療だけの問題ではないので、国民総生産、GNPの配分の中で、民間設備投資の分が大きくなって、公的な投資がこれに追いついていかない。そしてそれを経済計画の立案者がいわばあきらめてしまって、一応民間設備投資に回った中から、何とかストックの再分配を考えたいということになる。どうもあの保険方式云々という言葉の中には、こういった現在の経済計画の持っている一般的な性格がにじみ出ているとしか思えない。

それではいったいどこを獲得し、これを配分していくという、この構造をどうするか、しかし配分の問題になるとこれを本当に合理的に、筋を通して運営していくことができるのか。そこにどのように参加という、民主主義の原則が実現していくのか。そして先ほどの論理的に首尾一貫し、しかも将来を見通し得るような、まさにコンシステントなモデルをつくることができるのか。ミックストエコノミーの総合計画をどうコンシステントにはめ込んでいくことができるのか。そこに一番大きな問題があるのではないかと思う。

司会 ストックの問題が非常に重要だということとは、きわめて明らかであるが、それが私的なストックか公的なストックかというところで、全部私的なストックに持っていかれる恐れがあるので注意しなければならない。いずれそういう問題も検討していかなければならないと思う。

——発言者紹介(ただし報告者、コメンターは除く)——

ひらた とみたろう 平田 富太郎	早稲田大学教授
なかはし たけし 高橋 武	ILO東京支局次長・専門委員
いべ ひでお 伊部 英男	厚生省社会局長
すみだ ゆたか 角田 豊	同志社大学教授
ひがしだ としお 東田 敏夫	関西医科大学教授
くろぐみ あきら 黒住 章	大阪女子大学教授
しまだ けいいちろう 嶋田 啓一郎	同志社大学教授