

# 医療保険制度の意義と限界

——国保世帯の給付と負担の実態をふまえて——

お茶の水女子大学家庭経済学研究会

## I 研究の目的と方法

われわれの研究会は、本誌上において2回にわたり、「医療保険における世帯の給付と負担」と題する研究結果を発表してきた<sup>1)</sup>。この研究結果から派生する新たな課題についてまとめたのが本論文である。そこで、本論に入るに先立って、先の研究の目的とその結果から導き出された問題点を要約し、今回の研究の課題を述べたいと思う。

### §1 先の研究の目的

周知の通り、医療保険制度は、皆保険達成以後の諸条件の変化の中で、さまざまな問題を抱え、今や抜本的な改訂の必要に迫られている。改訂を促す直接の動機は、国民医療費の急激な増加に伴って保険財政が逼迫し、保険制度の運営自体が困難となったからであるが、その根底には、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化と、高齢者人口の増大という事態に適応しうる保健・医療体制と医療保険制度は何かという根本的な問題が横たわっている。

ところで、医療保険制度の改訂の必要性は、各種のマクロデータから得られた平均値を根拠にして主張されており、現に医療機関を利用したり保険料を支払っている人々が、どのような状況に置かれているかを明らかにするデータは皆無である。とりわけ、世帯がどれだけの保険料や診療代を支

払い、実際にはどれだけの医療費がかけられているのかという問題は、ほとんど解明されてはいない。本来、医療保険制度の改訂は、被保険者の給付と負担の実態、彼らの持つニーズやその充足、不充足の状況に関する詳細な資料をふまえて実施されるべきであろう。われわれの研究会が、「医療保険における世帯の給付と負担」というテーマに取り組んだ直接の動機はそこにある。

加えて、近年、世帯の家計費の中で、税金、社会保障費等の非消費支出が、消費支出の伸びを上回って増加する傾向がみられ、消費生活の範囲がいわゆる生活費(=消費支出)の範囲だけでは捉えられなくなっていることから、世帯がこれら税、社会保障費の見返りをどの程度受けているのか、それが世帯のニーズに合致するものになっているのかどうかを検討することは、是非とも必要な課題になっている。われわれの研究は、このような課題に対するひとつの試みでもあった。

研究は、国民健康保険加入世帯の実態調査<sup>2)</sup>に基づいて行なわれた。調査方法の詳細については、先の2報の論文を参照されたい。

### §2 給付と負担の実態と問題点<sup>3)</sup>

さて、これまでの研究から、以下のような実態と問題点が導き出された。世帯の受診額<sup>4)</sup>は、昭

1) 「医療保険における世帯の給付と負担(I)」『季刊社会保障研究』Vol. 16, No. 2, 「医療保険における世帯の給付と負担(II)」『季刊社会保障研究』Vol. 16, No. 4.

2) 調査の実施地域と実施時期は次の通り。一戸(岩手県)昭和51年度、西彼(長崎県)昭和52年度、掛川(静岡県)昭和53年度。

3) 先の2報では、給付、負担を次の意味で用いている。給付は、受診日数、受診額(点数×10円)の総称、負担は、保険税、自己負担、負担総額の総称である。本論文でも同様の意味で用いる。

4) ここでいう受診額とは、一般に医療費と呼ばれているも

和53年度<sup>5)</sup>で、平均して20万円から30万円、とくに上位3分の1の世帯では50万円から70万円にも達している。受診額の水準を決定する最大の要因は、世帯に老人を含むか否かであり、老人を含む世帯の受診額はきわめて高く、この上位3分の1に属する世帯の多くも老人や高額療養者を含んでいる。他方、世帯の負担総額（保険税と自己負担の合計額）は、平均10万円から11万円、受診額の上位3分の1の世帯では15万円から16万円である。したがって、受益額（受診額から負担総額を差し引いた額）は、平均10万円から20万円、上位3分の1の世帯では40万円から60万円に達している。この多額の受益を得ている世帯の多くは、受診額の高い、老人を含む世帯である。しかし国保加入世帯の中には、受益額がマイナスの世帯も4割強存在する。これらは主に世帯主が40歳以下の老人を含まない健康な世帯である。これらの世帯は国保の中で負担を担う世帯として位置している。

ところで、医療費の著しい上昇に伴う国保財政の逼迫を解消するために、われわれの調査期間中だけでも、毎年保険税の大幅引き上げが実施されている事実にも注目しなければならない。国民健康保険制度は、高齢者の受け皿となっているばかりでなく、さまざまな悪条件を背負って、現在の医療保険制度の矛盾を集中的に持っているといわれているが、われわれの調査結果からも幾つかの問題点を指摘することができる。第1は、老人を含む世帯の受診額は概して大きく、これらの世帯が国保に多数存在することを考えると、今後とも国保の医療費の増大は必至であろう。それに対応する形で、家族周期の前半期にある健康な世帯を中心に負担の増額が要求され、被保険者負担が際限なく増加していくとすれば、その負担は、おそらく相当大きいものにならざるをえないであろう。医療費の増大に応じた負担を、被保険者に転嫁するという方向は、病気をしやすい世帯とそうでない世帯の負担や受益の格差をますます大きいもの

にすると思われる。

第2に、現在、老人医療費の公費負担制度の見直し作業が進行しているが、受益者負担の原則に基づいて、膨張し続ける老人医療費の水準に準じた負担を世帯に課すとするならば、世帯の負担は相当な額に達するであろう。われわれの調査結果にみられた無料化対象前の60代の人々の医療費負担が、現在でもかなり大きいことを考えると、老人医療費の有料化を安易に打ち出すことに疑問を感じないわけにはいかない。

また、老人の受診抑制をはかるために新たに一部負担を導入することによって、医療を真に必要なとする人々の受診までもが圧迫されるようなことがあれば、それもゆゆしい問題であるといえよう。

第3に、国は、医療保険制度見直しの基本線を、保険税の引き上げ、一部負担の増加など、被保険者や患者に対する受益者負担原則の拡大に置いており、国民医療費の膨張という事実に対しては、医者の乱診乱薬の抑制を指摘する以外、実効性をもった検討も解決策の提示もしていないように思われる。しかし、医療費が急速に伸びていくことが避けられないことなのか、そして、そのことが人々のニーズに適うものなのかという点を、もっと検討する必要があるのではなかろうか。医療自体に対する不満や疑問が多数提出されている現在、医療費に対する人々の納得と合意の形成なしには、医療保険制度の維持は困難ではなかろうか。そのためにも、医療費の内容の検討と人々の医療に対する真のニーズの把握が必要と思われるのである。

以上の3点が、給付と負担の実態を明らかにする過程で、われわれが抱いた主な問題点である。

### §3 本研究の目的と方法

このような結果をふまえて、本論文では、世帯が現在の国保制度に対していかなる意識を持っているのかを検討する。すなわち、昭和36年以降の国民皆保険は、世帯の医療に対するニーズを満たすうえで大きな貢献をし、人々が比較的容易に医療給付を受けることを可能にした。しかしその反面、前述のように健康なゆえに負担を担う世帯と、老人がいることによって多額の受益を得る世帯の

のを指す。先の2報で受診額としているので、ここでもそれを踏襲する。

5) 一戸、西彼についてはマクロデータの伸び率を用いて修正。

間に、深刻な問題が生じている。われわれは、このような状況の中で、世帯が現在の国保制度によっていかなる利益を得ているのか、また、いかなる面で充足されていないのか、実際の受益額の大きさが世帯の受益感につながるものであるのか、もしつながらないとすればその原因はどこにあるのかといった問題を、世帯の負担、医療に対するニーズ等との関係で検討し、今後の医療保険制度のあり方に対して、何らかの提言をしたいと考える。

分析は、主に国保加入世帯の意識調査結果を用い、負担に関してのみ保健・医療関係費調査の結果をも参考資料として使用する。意識調査は、岩手、長崎、静岡の3地域で、医療費（レセプト）調査に引き続いて実施されたものであるが、本論文では調査時期が最も新しく、調査内容も充実している静岡（掛川市）の結果を主に用い、必要に応じて地域差にも言及する。

## II 国保制度の意義と限界

### §1 世帯の受益額の実態と受益感

日本の医療保障は、医療保険による医療費保障を基本にしている。昭和36年の国民皆保険の達成と、それ以後の給付率の引き上げ、48年の老人医療費の無料化とその後の高額療養費の支給実施によって、基本的には、経済的事情に左右されることがなく、誰もが医療を受けることができるようになったといえる。

意識調査結果によれば、診察料が高いために、医者に行きたいと思っても行けなかったことがある者は、各地域ともに、きわめて少数である。

表1 “国民健康保険にはいつていることによって、あなたは医者にかかりやすくなっていると思いますか”  
(掛川全地区)

| 地 域 | 総 数                | 非常にかかりやすくなっている | かかりやすくなっている | かわらない | わからない |
|-----|--------------------|----------------|-------------|-------|-------|
| 一 戸 | % 世帯<br>100.0(313) | 38.6           | 36.0        | 19.8  | 5.6   |
| 西 彼 | 100.0(192)         | 22.4           | 56.8        | 15.1  | 5.7   |
| 掛 川 | 100.0(389)         | 38.6           | 36.0        | 19.8  | 5.6   |

注) 掛川市街地と農村部は、先の2報では分けて分析したが、意識調査に関しては、ほぼ同一傾向とみなして合計した数値を用いた。以後同様である。

表1は、国保加入によって医者にかかりやすくなったか否かをまとめたものであるが、それによれば、国民健康保険に入ることによって、「医者にかかりやすくなっている」と答えている者は、各地域とも7割近くに達している。また表2は、表1の“かかりやすさ”意識と暮しむきの関係をみたものであるが、「非常にかかりやすくなっている」あるいは「かかりやすくなっている」とこたえている世帯の割合は生活程度の低い方で幾分高い傾向がみられ、逆に「かわらない」という意識は、生活程度が上がるにしたがって多少ふえている。対象世帯の過半数は、給付が負担を上回る世帯であることを考えると、国保によって医者にかかりやすくなっているという意識は、ある程度実態に即したものであるといえることができるだろう。このように、医療保険制度は、疾病時の経済的不安を大幅に解消したという点で、大きな意義を持っているといえよう。

では、国保制度は、世帯のニーズに充分こたえるものになっているだろうか。この問題を検討す

表2 暮しむき意識別医者へのかかりやすさ (掛川全地区)

| 暮 し む き                         | 総 数               | 非常にかかりやすくなっている | かかりやすくなっている | かわらない | わからない |
|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------|-------|-------|
| やっとその日を送っているが<br>このままでは暮らしていけない | % 世帯<br>100.0(13) | 38.5           | 38.5        | 15.4  | 7.7   |
| 食べるのに精一杯                        | 100.0(40)         | 32.5           | 47.5        | 17.5  | 2.5   |
| まとまったものには手が届かない                 | 100.0(143)        | 42.7           | 33.6        | 18.2  | 5.6   |
| 必要なものはほとんど買える                   | 100.0(175)        | 35.4           | 36.0        | 21.7  | 6.3   |
| 恵まれた生活をしている                     | 100.0(17)         | 52.9           | 23.5        | 23.5  | 0     |

注) 暮しむきとは、対象世帯の暮しむきを上の5つの選択肢から選ばせたものである。

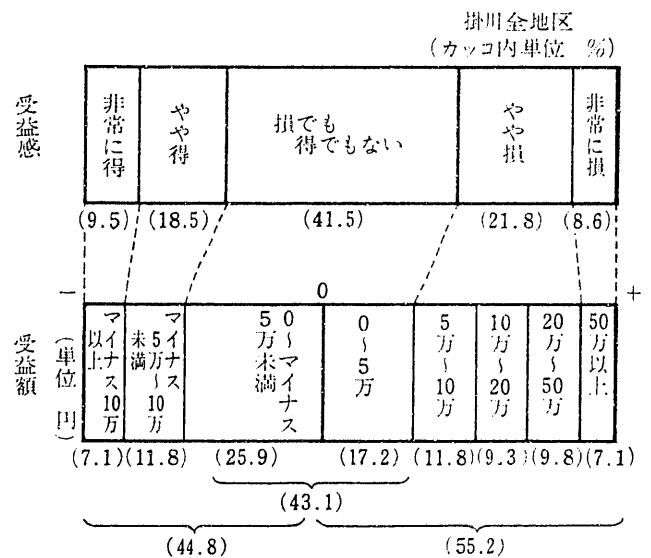
表 3 “あなたは保険税をはらって置いて、医者にかかった時の医療費の7割を  
保険で負担してもらってどう思っていますか”

| 地 域 | 総 数   | わからない、無回<br>答を除外した数 | 非常に<br>得をしている | やや<br>得をしている | 得でも<br>損でもない | やや<br>損をしている  | 非常に<br>損をしている |
|-----|-------|---------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| 一 戸 | 317世帯 | 100.0%<br>(254)     | 3.9%<br>21.6  | 17.7%        | 48.8%        | 24.0%<br>29.5 | 5.5%          |
| 西・彼 | 192   | 100.0<br>(149)      | 4.0<br>38.9   | 34.9         | 46.3         | 14.1<br>14.8  | 0.7           |
| 掛 川 | 389   | 100.0<br>(325)      | 8.6<br>30.4   | 21.8         | 41.5         | 18.5<br>28.0  | 9.5           |

るための予備作業として、世帯が実際の受益額に対して、どの程度受益と感じているのかを調べてみよう。これを受益感とする・受益感とは、“保険税を支払い、医療費の7割を保険で負担してもらってどう思っていますか”という質問項目を採用し、それに対して「得をしている」という回答を、受益感が大きいとみなした。ここで「得」とは、世帯が支出する保険税や自己負担に対して、受診額がそれを上回る状態（すなわち受益額がプラス）を指している。

表 3 は、3 地域の受益感の分布をあらわしたものである。「わからない」および無回答が2割前後を占めていたが、ここではそれらをひとまず除外して、構成比を掲げてある。「非常に得」「やや得」という回答を合わせて「得」と分類し、「非常に損」「やや損」を合わせて「損」と分類すると、3 地域ともに、「損でも得でもない」と考える世帯が40%台で最も多い。「得」と考える世帯は、3 地域の中では西彼が38.9%と最も多く、掛川がそれについて、30.4%、一戸が21.6%である。「得」意識の高い西彼は、老人を含む世帯が多いうえに、世帯当りの受診額も他地域に比べて大きかったことが、意識にも反映しているといえよう。他方、一戸は、受診機会に最も恵まれず、保険税を支払っていながらその恩恵に浴しえない状況が、受益感を小さいものに行っているというべきであろう。これに対し「損」と考える世帯は、一戸、掛川で30%弱、西彼では14.8%と「得」意識とは逆の傾向がみられる。

すでにI報において、一戸の場合、「得」という意識の割合が実際の受益額の上からみた分布



とは必ずしも一致しておらず、受益感が概して小さいことを指摘しておいた<sup>6)</sup>。表 3 でみると、受益感の分布にも地域差があるので、一戸の仮説が一般化しうるものかどうかを検討する必要があるだろう。そこで、ここでは、掛川に限って、受益額の分布をもとめ、それと受益感の分布とを比較できるように、図 1 を作成した。受益額がマイナスの世帯は、全世帯の44.8%を占めるが、その半数は負担額が受診額を5万円以上上回るマイナスの大きい世帯である。他方、受益額がプラスとなる世帯は、全世帯の55.2%を占め、その中で5万円以上の受益がある世帯は全体の38%である。これを受益感と比較するために、5万円以上のマイナス受益世帯を「損」、受益がマイナス5万円からプラス5万円の間にいる世帯を「損でも得でも

6) 前掲論文(I), p. 24.

ない」, 5万円以上の受益世帯を「得」という意識とそれぞれ対比してみよう。すると、「損でも得でもない」という意識の割合は, 受益額の実態にほぼ近い割合を占めているが, 「得」意識は, 受益額の実態をやや下回っており, 逆に「損」意識は受益額の実態を上回っている。このことは, 世帯が現実には相当額の受益を得ていながら, それに相応するほどには受益と感じていないことを示しており, 受益額と受益感との間にギャップがあることに注意する必要があるように思われるのである。

このように, 地域により若干の差はあるものの, 世帯の国保制度に対する受益感は概して大きくないと言えよう。保険制度は, その性格上すべての加入世帯がつねに受益を受けるものではないから, 国保加入によって「得をしている」という意識を持つ世帯が高率に存在すること自体, ありえないことではある。

しかし, 現実には受益を得ている世帯が必ずしも受益と感じていないということ, いいかえれば, 受益の額としての実態とそれを受けた世帯の実感との間にギャップがみられることは, 問題としなければならないだろう。国保制度をよりよく機能させ, より効果的に維持していくためには, これらのギャップをできるだけ小さくすることが必要と思われる。受益額と受益感の間のギャップを生じさせるものは何だろうか。そこには世帯の国保制度に対する認識や世帯に与えられる情報, 供給される医療内容, 世帯の保険医療関係費の負担等の要因が考えられる。以下これらの幾つかについて世帯の意識をもとに検討してみることにする。

## §2 世帯の受益感が小さいのはなぜか

### 1) 世帯が医療費の全容を知らされていない

人々の受益感を小さくしている第1の要因は, かかった医療費の全容が, 被保険者には知らされないことにある。医療保険や公共サービスの多くは, 市場取引でないために, 供給されるサービスの大きさが, 人々に十分に知覚されにくい性格を持っているが, 特に医療の場合には, 高度の専門知識を必要とするサービスであるために, そのこ

とがいっそう困難である。

一戸の意識調査に限り, 医療費の7割が国保から支払われていることを知っているかどうかをたずねているが, その結果, 「知っていた」世帯が64%, 「だいたいのことを知っていた」世帯が24%となっており, 世帯の約9割は3割負担のシステムを知っているとみなすことができる。しかし, そのことが必ずしも医療費の全容を理解していることを意味しない。まして, 全額無料の老人医療費に至っては, それがはなはだしい。

表4 “医師や医院, 病院に対して, あなたが望まれることがありますか”(複数回答, 掛川全地区)

| 要 望 事 項            | 世帯数 | 割 合   |
|--------------------|-----|-------|
| 病気や薬の説明をよくしてほしい    | 168 | 43.2% |
| 診療の受付時間をもっと長くしてほしい | 96  | 24.7  |
| 領収書がほしい            | 89  | 22.9  |
| 往診をしてほしい           | 62  | 15.9  |
| その他                | 42  | 10.8  |
| 別になし               | 121 | 31.1  |
| 計                  | 389 | 100.0 |

このような状況の下で, 加入者が自分の受けた治療や検査の内容, および医療費について, もっと詳しく知りたいという声はかなりあがっている。表4は, 医師や医院, 病院に対する加入世帯の要望事項をまとめたものであるが, その中で最も多いのは, 「病気や薬の説明をよくしてほしい」という要望で, 43%の世帯があげていることに注目したい。また, 「料金支払い時に領収書がほしい」を23%の世帯があげている。意識調査では選択肢を設けて要望を聞いているほかに, 自由記入方式で保険や医療に対する要望をたずねているが, そこには, 「丁寧な診断, 説明がほしい」「薬の内容をはっきり書いてほしい」「医療費の内訳を知らせてほしい」という意見があがっている。

今日, 医療費の4割は薬代であるといわれているが, 薬に対する人々の不信や不安も相当ある。自由記入欄には, 「薬が多すぎる」「薬の説明をよくしてほしい」という声が多数あげられている。現在のように, 患者に対して薬の説明がないために, 医学的な効用も不明のまま代金を支払わねばならなかったり, また薬代が保険税にはねかえっ

て、年々より多くの保険税負担を強いられるような状況の中では、いかに保険給付が大きくとも、それを受益と感ずるには至らないであろう。そのうえ、年々引き上げられる保険税や窓口負担に対する負担感の強さが、ますます受益感を小さくしている。

政府は近年、医療費増大を抑制するためのひとつの方法として、患者（老人）自身のコスト意識の醸成をあげており、その一環として、55年度から政管健保では、「医療費のお知らせ」を出すことによって、医療費についての患者の認識をうながそうとしている。また、地方自治体や健保組合の中にも類似の動きがみられる。しかし、医療が人間の生命にかかわるものである以上、医者にかかるかからないの判断が、コスト意識によって、安易に左右されてよいのだろうか。しかも、医療費の決定は医師の手にゆだねられており、被保険者は、どれだけの医療費をかけるかという決定には、全く関与することができないのである。

人々が必要としているのは、自分にどれだけの医療費がかけられ、そのうちどれだけが保険から給付されたかを知ることではなく、行なわれた治療内容を知り、それが適切なものであったと納得できることにあるのではなからうか。このような納得があってはじめて、医療保険に対して相応の受益の意識が生まれるものと思われる。

後述するように、保険税に対する世帯の負担感はかなり強いが、本来被保険者は、医療保険のシステムを十分理解し、支払う負担が合理的根拠のあるものと確認できる立場に置かれるべきであろう。そのためには、医療費が適正に使われるように個人的にも、社会的にも十分チェックできる体制がつくり出されねばならないといえよう。

## 2) 世帯間に負担の格差がある

### ① 負担の実態

世帯の受益感を小さくしている第2の要因は負担の問題である。受益感は給付と負担のバランスに関係し、給付が負担を上回るほど受益感は大きくなるはずである。しかし現実の世帯の医療費負担は、保険税にしても窓口での自己負担にしても、前述のように、施される医療内容や、医療費の全

容を知らされない状況の中で行なわれている。しかも保険税は、受診の有無に関係なく、世帯の所得や人数に基づいて賦課されるものであり、その金額も自己負担よりはるかに高額である。これらのことが世帯の負担額に格差をもたらすとともに、負担と感じさせることによって受益感をより低いものにしていると推察される。

そこで、調査結果より世帯の負担する医療費と、負担と感ずる意識（＝負担感）の両面から、この点についてみてゆくことにする。表5は世帯の受診額と負担総額の関係<sup>7)</sup>を示したもので、負担率は各地域ともに50%弱と、受診額の約半分を自己負担と保険税で負担している。この世帯の負担を構成する自己負担と保険税は、平均しておよそ1対2の割合で保険税が自己負担を大きく上回り、自己負担に関する限り受診額の12～15%と低く、世帯間や地域間の差も小さい。しかし保険税の負担は、世帯間や地域間の差が大きく、その背景には各世帯の所得や人員数の差、地域による賦課構成割合<sup>8)</sup>や給付水準、給付内容の違い、さらには保険者の費用負担の差異<sup>9)</sup>などが存在している。

表5 地域別1世帯当り負担率

| 地 域  | 世帯数 | 平均<br>世帯人員 | 負担率   | 自己負担<br>負担率 | 保険税<br>負担率 |
|------|-----|------------|-------|-------------|------------|
| 一 戸  | 495 | 4.82       | 41.9% | 14.8%       | 27.1%      |
| 西 彼  | 333 | 4.41       | 33.3% | 12.1%       | 21.2%      |
| 掛川 { | 市街地 | 296        | 50.1% | 15.2%       | 34.8%      |
|      | 農 村 | 301        | 49.4% | 14.8%       | 34.6%      |

注) 1. 各地域の数値は一戸 昭和51年度、西彼 昭和52年度、掛川 昭和53年度である。

2. 各項目の定義は次の通り、詳細はI、II報参照のこと。

負担率＝負担総額／受診額

自己負担負担率＝自己負担／受診額

保険税負担率＝保険税／受診額

7) 詳細はI、II報参照。

8) 保険税の賦課方式は3地域ともに「4方式」を採っているが、保険税算定額の構成比には、次のような差異がある。

| 地 域 | 年 度    | 所得割   | 資産割   | 均等割   | 平等割   |
|-----|--------|-------|-------|-------|-------|
| 一 戸 | 昭和51年度 | 40.8% | 10.9% | 34.0% | 14.3% |
| 西 彼 | " 52 " | 41.2  | 9.1   | 35.0  | 14.7  |
| 掛 川 | " 53 " | 59.8  | 9.9   | 20.2  | 10.1  |

9) 被保険者1人当り医療費に占める昭和52年度の国庫支出金の割合は、一戸70%、西彼75%、掛川56%である。

表 6 “医院・病院の窓口で治療代を払う時、どう感じますか”

| 地 域 | 総 数                 | いつも負担が<br>重いと思う | ときどき<br>思う | めったに<br>思わない | 全く<br>思わない | わからない    | 無 回 答    |     |
|-----|---------------------|-----------------|------------|--------------|------------|----------|----------|-----|
| 一 戸 | % 世帯<br>100.0 (313) | %<br>14.7       | %<br>36.1  | %<br>23.3    | %<br>16.0  | %<br>2.9 | %<br>7.0 |     |
| 西 彼 | 100.0 (192)         | 3.6             | 35.9       | 30.2         | 20.8       | 7.3      | 2.2      |     |
| 掛川  | 市街地                 | 100.0 (242)     | 13.2       | 39.3         | 15.3       | 12.4     | 12.8     | 7.0 |
|     | 農 村                 | 100.0 (147)     | 13.6       | 35.4         | 23.1       | 11.6     | 12.2     | 3.4 |

表 7 “今払っている保険税は高いと思いますか”

| 地 域 | 総 数                 | 高 い と<br>思 う | 高 い と は<br>思 わ ない | ど ち ら と も<br>い え ない | わ か ら ない | 無 回 答    |   |
|-----|---------------------|--------------|-------------------|---------------------|----------|----------|---|
| 一 戸 | 100.0 (313)<br>% 世帯 | 71.9<br>%    | 10.5<br>%         | 13.4<br>%           | 3.8<br>% | 0.4<br>% |   |
| 西 彼 | 100.0 (192)         | 56.3         | 12.5              | 9.4                 | 16.1     | 5.7      |   |
| 掛川  | 市街地                 | 100.0 (242)  | 64.0              | 5.4                 | 26.4     | 4.2      | 0 |
|     | 農 村                 | 100.0 (147)  | 59.9              | 8.2                 | 28.6     | 3.3      | 0 |

## ② 自己負担に対する負担感

このような負担の実態の中で、世帯はどの程度の負担感を持っているだろうか。意識調査結果を用いて、まず自己負担に対する負担感をみると表 6 のようになる。医院や病院の窓口で支払う治療代に対して、「いつも負担が重いと思う」世帯は 10 数%、これに「ときどき負担に思う」を加えると、各地域ともにおよそ半数の世帯が負担を感じている。さらにこの自己負担を家族周期段階、所得階層<sup>10)</sup>との関係でみると、負担に思う世帯の割合は、概して直系家族世帯より核家族世帯で、その中でも 50～60 代の無料化対象以前の中高齢者を含む段階で、また高所得層より低所得層が高い。これらは、窓口での自己負担が 1 世帯当りの平均でみる限り、保険税よりはるかに低く、受診額のわずか 15% 前後にすぎないにもかかわらず、世帯の状況によっては、必ずしも小さな負担とは考えられていないことを示している。とくに I、II 報で報告したように、個人の受診額は 50 歳代から加齢とともに増加する傾向があり、70 歳以上の全額控除年齢に達するまでは、3 割の自己負担ゆえに受診抑制とも取れる現象もみられる。

他方、医療費の負担に対する要望として、37%

の世帯が、「窓口で支払う医療費を安くして欲しい」を挙げており、保健医療問題の要望事項の 2 位にあること、高額療養費の自己負担分 39,000 円という負担額を、43%の世帯が「高いと思う」と答えており、さらに「2 ヶ月以上にわたる病気の場合、この負担が大きいので 39,000 円の限度額を下げたい」「現在の保険制度でも入院時の出費はかさむ」「医療保険制度間の負担の格差をなくして欲しい」などの意見が出ている。

医療保険制度は、疾病時の経済的不安を大幅に解消し、医者にかかるのを容易にしたと評価されてはいるものの、健康を損いやすい中高年層や低所得層にとっては、3 割の自己負担は決して軽いものではないといえよう。また、政府は国民医療費の増大に伴って、老人医療への一部負担制の導入や高額療養費の引き上げを検討しているが、これらはますます世帯の負担感を大きくするものと思われる。

## ③ 保険税に対する負担感

つぎに、保険税に対する負担感を表 7 でみると、地域により若干差はある<sup>11)</sup>が、60～70%の世帯が「高いと思う」と答えており、窓口での自己負担に対する同一意識の割合を大きく上回るものであ

10) 意識調査では、所得階層に代わるものとして暮しむきを用い、表 2 に示したように 5 段階に区分した。以下、所得階層はこの暮しむきを指す。

11) 西彼は他の地域に比して自己負担、保険税ともに負担感が低い。その原因は I、II 報に示したように、高給付・低負担のため受益額が大きいからである。

表 8 1世帯当り、1ヵ月間の保健・医療関係費（昭和55年7月、8月の平均）

| 地 区   | 世帯数       | 保健・医療<br>関係費総額      | 診 療 費           | 治 療 代          | 買 薬             | 栄 養 剤          | 他 の<br>医 療 費    | 予 防 費<br>そ の 他 | 消費支出    | 保健医療費<br>消費支出 |
|-------|-----------|---------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------|---------------|
| 掛川市街地 | 世帯<br>157 | 12,300円<br>(100.0)% | 5,257<br>(42.8) | 788<br>(6.4)   | 1,914<br>(15.6) | 1,158<br>(9.4) | 2,654<br>(21.6) | 529<br>(4.3)   | 174,290 | 7.1 %         |
| 掛川農村  | 95        | 10,791<br>(100.0)   | 7,030<br>(65.1) | 1,071<br>(9.9) | 1,755<br>(16.3) | 493<br>(4.6)   | 260<br>(2.4)    | 182<br>(1.7)   | 166,174 | 6.5           |

注) 1. 各項目の内容は次の通り。

診療費＝医療機関の窓口で支払った治療費

治療代＝針、灸、マッサージ、骨つぎ等

他の医療費＝脱脂綿、めがね、他の衛生材料品

予防費・その他＝人間ドック、予防接種

2. I報の一戸調査の結果のうち、診療費、治療代、買薬には、それぞれに要した交通費を含めたが今回は除外した。

る。前述の保険税負担率からすれば当然の結果といえよう。

保険税はその賦課方式から世帯の所得と密接な関係を持っており、保険税の絶対額では高所得層ほど大きくなるが、所得に対する保険税の割合は低所得層ほど大きい。それに伴って、世帯の保険税に対する負担感も所得階層によって異なり、掛川の場合には、「高いと思う」世帯の割合は、中所得層が65～75%と最も高く、低所得層54%、高所得層41%と、中所得層で最も負担感が大きいことに注意したい。すでにI、II報で再三指摘したように、所得に占める保険税負担の割合は低所得層ほど大きいとみられるものの、低所得層における課税対象所得は、過小に算定される傾向があることが指摘されており、低所得層の保険税負担が重いと一概にいうことはできない。また、保険税は、3地域ともに所得・資産に基づく応能割が50%以上を占め、保険税を通じての所得再分配効果は認められるものの、賦課限度額が一定であるため、高所得層の負担は所得に比して相対的に低いものになる。その結果、いきおい、中所得層の負担感が最も大きいものになっているともいえるだろう<sup>12)</sup>。

さらに、保険税の負担感と家族周期段階との関係は、「高いと思う」世帯の割合が、核家族世帯の夫年齢40歳代以下で70～80%と高く、核家族世帯の高年齢層および直系家族世帯では60%前後と若干低くなる。世帯の保険税に対する意見の中に

は、「保険税が高すぎる」(10件)や「保険制度を利用しない世帯は保険税を割引くか、還付金支払制度を設けて欲しい」などがみられ、保険税負担が相当大きく、健康でほとんど給付を受けない世帯にとっては、見返りのない保険税の負担に対する不満も存在していると推察される。

国保は、他の医療保険に比べて2～3倍の高齢者を有することから、加齢に伴う医療需要の増大と、無料化ゆえに増加する受診、出来高払制度に基づく医療供給側の問題などが原因して医療費が増大し、世帯の保険税負担を大きくする。その負担は概して中所得層や健康で若い年齢層の家計を圧迫し、これらの世帯を中心に国保加入世帯全体の保険税に対する負担感を強いものになっている。

#### ④ 世帯が直接支出する保健・医療関係費について

前項では、受益感の小さい原因を、医療費の負担感が大きいこととの関連でとらえ、窓口で支払う自己負担と保険税負担について考察してきた。しかし、世帯の負担する医療費には、これらの費用以外に、買薬、医療品等の広義の保健・医療関係費がある。ここではそれらを含めて世帯が直接支出する保健・医療関係費<sup>13)</sup>について、医療費調査の結果から、その負担の実態に多少ふれておこう。医療費調査は、一戸と掛川で実施したが、一戸についてはすでにI報で報告したので、ここでは掛川の調査結果に限ることとする。表8は昭和55年7月～8月に実施した医療費調査より、1世

12) 保険税を「高いと思わない」世帯の割合は、最高所得層で約35%を占め、他の階層の0～15%に比べると大きな差異がみられる。

13) 保険対象の有無にかかわらず、世帯が直接支出する保健・医療関係費すべてを意味する。



帯当り1ヵ月間の保健・医療関係費と、消費支出に占める保健・医療関係費の割合を示したものである。世帯が直接支出する保健・医療関係費は1ヵ月約11,000～12,000円、その中では入院費を含む診療費が約半分を占め、次いで買薬が比較的高い。診療費は保険対象の窓口負担のほかに、保険のきかない診療費が含まれているが、集計段階でこれらを区分しなかったため、本論文に報告することはできなかったことをおことわりしたい。保健・医療関係費が消費支出に占める割合は約7%で、これを総理府統計局の家計調査結果<sup>14)</sup>に比べると、われわれの調査結果のほうが若干高いが、調査の対象、時期の差異によるものと思われる。

ところで、保健・医療関係費は家族の年齢構成の影響を受けやすいため、世帯に60歳以上の老人がいるか否かで分けてみると、老人のいる世帯は、どの項目でみても、老人のいない世帯に比べて高い。病気にかかりやすい老人を世帯に含むことによって、診療費を中心に保健・医療関係費が増加しており、その背景には入院等に伴う保険対象外の諸費用の増加もあるものと推測される。また、老人を含まない若い世帯では、病気にかかりにくいために診療費の支出は低いものの、先の一戸の結果<sup>15)</sup>にみられたように、仕事が忙しいという理由で受診の代替として買薬等を利用し、保健・医療関係費を高くする傾向も認められる。しかし、いずれにしても何らかの理由で、高額な保険対象外の費用を必要としない限り、世帯が直接支出する保健・医療関係費は、一般にそれほど大きいものではない。

#### ⑤ 保険対象外医療費等に対する負担感

世帯の医療費に対する負担感は、保険に関わる自己負担や保険税のみでなく、保険の適用を受けずに、世帯が直接医療機関等に支払う費用に関しても存在する。意識調査では医療費の負担が重いと感じたことがあるか否かの質問をし、「ある」と答えた60%の世帯に、どのような場合かを具体

的に聞いた結果、歯科が最も多く全体の50%を占め、次いで入院時、入院外の順となる。これら歯科と入院時の差額ベッドや付添料は、従来から問題とされていた分野である。これを裏付けるように、自由記入欄には、歯科および入院時の負担がかさむことについての苦情と保険診療範囲の拡大に対する要望があげられている。例えば、歯科については「前歯にも保険がきくようにして欲しい」「入歯に数十万円かかり、高額療養費扱いもない。保険で賄うようにできないものか」などである。また、入院時については「入院時、間接的にかかる費用にも保険を適用して欲しい」などの要望がある。その他にもハリ、あんまへの保険適用の声があげられている。いずれにしても、病気の際に、保険によって補填されない重い負担が存在していると推測される。こうした保険対象外医療費等の負担が、国保の受益の低い層と重なれば、一層その負担感は増大するといわねばならないだろう。

ところで、世帯はこのような保険対象外の医療費等の負担に対して、普段から何らかの対処をしているであろうか。意識調査では病気やけがに対する備えの有無について質問をした結果、80%の世帯が「ある」と答え、その中の67%は生命保険の特約制度を挙げ、次いで預貯金となっている。生命保険の特約制度は、疾病入院、成人病入院、傷害、災害入院などに関するもので、医療保険による保障の不備を補う機能を果すものである。このような民間保険が、近年急速に伸びているのも、医療に対する経済的不安が大きいことの表われというべきであろう。現在の医療保険は、軽度の疾病に関しては経済的不安を大幅に解消したが、保険対象とならない費用負担が増加して、世帯の負担を大きなものにしていくと同時に、民間保険料等のいわば間接的な医療費支出を増大させている点に注意しなければならないだろう。

#### 3) 供給される医療が、世帯のニーズに合っていないこと

人々の受益感を低くしている大きな要因として3番目にあげておかねばならないのは、供給される医療そのものが、人々のニーズにこたえう

14) 総理府統計局の家計調査による昭和55年全国全世帯の年平均1ヵ月の保健医療費は5,865円、消費支出に占める保健医療費の割合は2.5%である。

15) 詳細はI報参照。

るものであるかどうかという点である。

すでに述べた通り、日本の医療保障は、医療保険による医療費保障を柱としており、医療そのものの供給は、民間の開業医や病院の手にゆだねられている。国民皆保険の達成以降、高齢者人口の増加や医療技術の進歩と相まって、医療需要は飛躍的に拡大したが、医療供給の側は、民間医療機関の自由な営利活動にまかされている部分が多く、医療需要の変化に合致する医療体制の整備が社会的に行なわれなかったために、医療に対するさまざまな問題が噴出している状態にある。

医療に対する人々の要求について、主に掛川での意識調査の結果を検討してみよう。

調査票の巻末の、医療全般に対する意見や要望の自由記入欄には、多数の記入があった。その内訳は、掛川市の医療行政および医療体制への要望が33件、老人医療に関する要望が51件、医療全般に関する要望が24件である。これらの内容を検討しながら、医療に対して人々がどのような問題を感じているのかをみることにしよう。

#### ① 医療機関の整備と適正な配置に対する要望

表9は、“保健医療問題へのあなたの要望”として選ばれたものをまとめたものである。この中で最も多いのは、休日・夜間診療等の救急医療対策への要望で、51%の世帯があげている。救急医療は、現代医療の盲点のひとつといえるものであるが、国や地方自治体の公的施策なしには決して実現できないものであろう。

次に、医師や医療機関の増設への要望は21%を占めている。掛川市街地は、一戸や西彼に比べ

ば、開業医数は一応の水準に達しているようにみられるが、その上に立って「総合病院がほしい」「医療施設の整った病院がほしい」「すぐ入院できる病院がほしい」「老人専門病院がほしい」「乳児専門病院がほしい」というように、総合病院や専門病院に対するニーズは相当大きいのである。

現在市内にある市立病院の状況を、自由記入欄の回答を総合して記述すれば、「待ち時間が長くて通院に1日がかかりであり、ベッド数が少ない上に、そのベッドも老人によってふさがれているため、入院するのが容易ではない。幸い入院できたとしても、早々に退院させられてしまう」というものである。このような現実の下で、病院に対する人々のニーズは、非常に大きなものになっているといえるのである。

しかし、掛川の医療機関は、一戸、西彼などの町村部に比べれば、相対的には恵まれているのも事実である。I報で詳しく述べた通り、一戸では、総合病院はおろか開業医にすら恵まれず、貧弱な設備しかない診療所にも、長い時間をかけて通わねばならぬ状況にある。一戸の意識調査によれば、医療について困っていることとして、医院や病院の不足や設備の悪さ、交通の不便さをあげているのは全世帯の25.9%である。また、待ち時間の長いことをあげているのは39.0%である。これらの数値は、低いものとはいえないとはいえ、客観的な条件を考え合わせると、これでもなお低すぎる数値といわざるをえない。おそらく、貧困な医療に馴らされて、人々のニーズそのものが生まれに

表9 “保健医療問題へのあなたの要望があれば、  
いくつでも選んで○をつけて下さい”(掛川全地区)

| 要 望 事 項               | 世 帯 数 | 割 合   |
|-----------------------|-------|-------|
| 休日、夜間診療等の救急医療対策をすすめる  | 198   | 50.9% |
| 窓口で支払う医療費を安くする        | 145   | 37.3  |
| 検診の機会をふやし、病気の予防に力を入れる | 91    | 23.4  |
| 医師や医療機関をふやす           | 80    | 20.6  |
| かかった医療費を通知する          | 63    | 16.2  |
| その他                   | 13    | 3.3   |
| 別になし                  | 91    | 23.4  |
| 計                     | 389   | 100.0 |

表 10 “現在老人の医療について困っていることは何ですか”（複数回答、掛川全地区）

| 要 望 事 項        | 世 帯 数 | 割 合   |
|----------------|-------|-------|
| 困ることはない        | 133   | 53.7% |
| 世話をする人手がない     | 33    | 13.3  |
| 差額ベッド代・付添料が高い  | 26    | 10.5  |
| 治療代がかさむ        | 23    | 9.3   |
| 病後の健康保持施設がない   | 15    | 6.0   |
| すぐ入院できる医療施設がない | 11    | 4.4   |
| その他            | 5     | 2.0   |
| 無回答            | 2     | 0.8   |
| 計              | 248   | 100.0 |

くい状況にあるように思われるのである。

西彼の場合には、町内に開業医は少ないが、隣接市町の医院や病院利用によって、ある程度の充足をみている。しかし、総合病院利用が進んでいることが、西彼の医療費を他地域に比して相当高くしていることを考えると、合理的な医療供給のためにも、地域の医療体制の計画的整備の必要性が感じられるのである。

#### ② 病気・診療内容・薬に対する説明、および丁寧な診療に対する要望

前掲の表 4 によれば、医師や医院、病院に対する要望事項の中で最大のものは、「病気や薬の説明を良くしてほしい」ことで、43%の世帯があげている。それに関連して、自由記入欄には、「丁寧な診断、説明をしてほしい」「薬の内容をはっきり書いてほしい」「医療費の内訳を知らせてほしい」という声もあがっている。これらの声は、今日多くの人々が、信頼ができ納得のゆく親身な医療を、いかに切実に求めているかをよくあらわしているといえよう。現在の保険医療は、出来高払い制であるために、数をこなさなければ利益をあげることができないというのに、投薬や検査をしなければ点数に結びつかないため、いきおい医師と患者の間に人間的な関係が生まれにくい状況が存在している。医学や医療技術は高度の発達を遂げ、1人当たり10万円の医療費がかけられていながら、多くの人々が、人間的な医療を渴望しているという現実が何を物語っているのかを、深く問う必要があるのではなかろうか。

なお、「薬づけ医療」に対する不安や不信が大

きいことについてはすでに述べた。しかし“医院や病院でもらった薬は全部飲みますか”という設問に対し、75%の人が「ほとんど飲む」と答えており、「たくさん残る」者は13%である。薬に対する不安や疑問はあっても、医学や薬に対する知識の乏しい一般の人々は、医師の指示に従って飲むしかないということであろう。

#### ③ 健康診断、予防、リハビリテーションに対する要望

表 9 によれば、23%の世帯が「検診の機会をふやし、病気の予防に力を入れる」ことを要望している。

成人病が主な疾患となっている現在では、予防、早期発見や病後のリハビリテーションが何よりも重要であることは、多方面から指摘されている。しかし、医療保険制度は急性疾患中心の時代そのままに治療中心の点数制度によって成り立っているため、点数とはならない予防、リハビリテーションなどは、常にネグレクトされる傾向にある。しかも組合健保加入者の場合には、職場で実施される健康診断の機会もあるが、国保加入者の場合には、そのような機会にも恵まれていない。このように、予防が個人にまかされている限り、相当の出費と時間を割いて健康診断を受けることは容易なことではないだろう。したがって、多くの人は、健康に不安を抱きながらもなすすべなく過ごし、発病して初めて受診するのが大勢であるといえよう。

#### ④ 老人医療に対する要環

医療に対する意見や要望の相当部分は、老人の医療問題と多かれ少なかれ関連しているといえる。表10は、60歳以上の世帯員のいる世帯に対して、老人医療について困っていることを聞いた結果である。全体の54%の世帯は「困ることはない」と答え、困っていることをあげた世帯の割合は、必ずしも高いとはいえない。困っていることの中では、「治療代がかさむ」ことをあげた世帯はわずか9%と少なく、老人医療費の無料化が、老人医療における経済的問題を大幅に解決したことを物語るものといえよう。しかし、自由記入欄には、老人医療に対するさまざまな声が寄せられている。

その数は全部で51件に達しているが、うち41件は老人医療費に関連するものである。その中で17件は無料化の拡大に賛成するものであり、24件は見直しを求める意見である。老人医療の内容や質についての意見は10件で、老人医療費問題に比べると少ない。

老人医療費無料化に対する見直し論は、医療費無料化に伴って、医療機関が老人によって占領されてしまい、一般の人々がそのしわ寄せを受けなければならない現実から出ているものが多い。

48年の老人医療費無料化の実現は、それまで医者にかかりたくとも経済的事情で容易にかかれなかった多くの老人を救うのにきわめて大きな力を発揮した。しかし、同じ時期に、老人人口の増大は、老人に特有の慢性疾患に適応した医療体制の整備を必要としていた。しかし、こうした整備がほとんどなされぬままに、従来通りの治療中心医療に医療保険を接木した結果、膨張した老人医療需要の受け入れのために、医療機関は老人でふくれあがる結果となった。しかも、治療中心の保険医療で老人を扱うために、本来健康相談に入るような行為すら、治療として扱われることによって、いたずらに医療費を膨張させることになったのである。

しかし、このような本質的な背景に対する認識は十分とはいえないようである。老人が経済的不安なしに医療を受けられるという状態は、本来望ましいことであるにもかかわらず、医療機関が老人によって占められたり、医療費が膨張して保険財政を圧迫している現実を、老人医療費の無料化と短絡的に結びつけて、有料にすべきだという論理が、自由記入欄に寄せられた「見直し論」の中心である。

しかし、一方では、無料化対象年齢の引き下げを期待する意見は、老人層を中心に17件あげられている。これに関連して、“老人医療費の無料化は、何歳からにしてほしいと思いますか”という設問に対して、現行の70歳としたものは、43.7%、70歳以下としたものは48.2%で無料化実施年齢の引き下げに対する要望は、依然として非常に強いのである。

ここにみられるような、医療をめぐる老人とその他の世代の深刻な対立の事態を解消するには、老人にとって望ましい医療体制を早急に整備することが必要ではないかと思われる。自由記入欄に老人専用病院の設置を望む声が5件あったことに注目すべきであろう。

老人医療に対するもうひとつの要望は、老人に対する人的サービスの整備である。先の表10でみると、“老人の医療について困っていること”として「世話をする人手がいない」ことを、13%の世帯があげており最も多い。老人の場合には、病気になるると容易に慢性化、長期化し、治療が必要であると同じくらいに、日常生活における看護や介護が必要となることは周知の通りである。医療保険は、こうした看護や介護を全く考慮に入っていない。今日、医療における人的サービスの不足は、最大の弱点ではなかろうか。

また、「差額ベッド代、付添料が高い」ことをあげた世帯は10.5%と2番目に多い。家庭内には病人を世話できる者がおらず、付添いを他人に依頼すれば、その費用はきわめて高い。このように、老人医療費無料化の背後には、入院を要する病気になった時の経済的不安が、依然として解決されないまま残っているのである。

### III 国保制度の課題

本論文と、これに先立つ2報の論文を通して、医療保険における世帯の給付と負担、および加入世帯の意識の実態についての分析と考察を行なった。

国民医療費が、国民1人当りに換算して年間10万円に達するという今日、世帯は医療保険制度によって、経済的負担の多くをまぬがれていることが基本的には確認された。軽度の疾病に関する限り医療費の心配なしに受診できるという点で、医療保険制度の意義は大きい。また、昭和48年の老人医療費の公費負担実施以降、老人医療における経済的不安は大幅に解消したといえるだろう。

しかし、それにもかかわらず被保険者の医療保険による受益感はずしも大きいといえず、逆に

負担感が相当大きいという状況に、われわれは現在の医療保険制度の限界をみるのである。本論文を通してみてきた通り、人々の受益感が小さいのは、主に3つの原因によってもたらされている。

第1は、市場経済にない医療費のメカニズムが、一般の人々にはとらえにくく、人々の知らないところで急速に膨張して、納得しがたいものになっているという事実である。医療費の中味を知りたい、領収書がほしいという声が、未だ少数であるとはいえあがっていることは、医療費のメカニズムに対する人々の不信の表われといえないだろうか。

医療費の膨張する原因のひとつに、患者のコスト意識の不足があげられ、それが医療費の公費負担や、一部負担が少額のためと見なす考え方があるが、われわれはそうは考えない。それよりも、医療費が、医療保険財政を通して支出されてゆくプロセスが、何らかの形で社会的に公開され合理的に監視できる体制ができれば、医療保険に対する人々の理解と合意をとりつけることも可能になるに違いないと考えるのである。

第2は、保険税および医療費の負担が相当重圧と感じられていることである。医療費の膨張による保険財政の逼迫を解決するため、保険税は年々引き上げられているが、それに伴って、世帯の保険税に対する負担感は相当大きなものになってきている。特に、中所得層に負担感が強いことに注目したい。昭和40年以降、国は受益者負担原則を強く打ち出しているが、とどまるところを知らぬ医療費に対応して世帯の負担が強化されてゆくなれば、受益のない世帯を大量に生み出して、社会保険としての医療保険は破綻をきたさざるをえないであろう。

しかも、保険の適用を受けない医療費等の負担が増大しており、入院を要するような病気にかかった時の医療費への不安は強い。医療保険機能の代替の意味を持つ入院特約、疾病特約民間保険の急上昇は、人々のこのような不安の表われであるとともに、世帯の医療に対する支出が、間接的な項目においても増加していることを表わしている。

第3に、医療費保障の枠内では解決できない、

医療そのものに対する多様な要求が存在していることがあげられる。

昭和36年の皆保険の達成は、基本的な医療費保障を実現した。しかし、本来これと並行して行なわれるべき医療供給体制の整備拡充は、民間医療機関の手にゆだねられ、公的な施策はほとんど講ぜられなかった。今日、人々は、いつでもどこでも適切な医療を受けることのできる体制と、信頼と納得のゆく親身な医療を切実に求めている。

被保険者の受益感を小さくしている主な原因は、以上の3点であるといえよう。ところが、国の医療保険制度の改定に対する姿勢は、これらの原因を除去する方向に向かっているとはいいいがたい。その基本的姿勢は、例えば大蔵省発行の『歳出百科』によく表われている。そこでは、財政危機の打開のために、医療保険制度に対して、第1には、保険税の引き上げ、一部負担の増加などの受益者負担原則の拡大、第2には、医者の乱診乱薬抑制を主たる改定内容とした上で、患者のコスト意識を醸成することによって受診を抑制することを基本方針としている。ここでは、医療費がなぜ膨張するのか、そこに問うべき問題はないのかという点については全く不問に付している。

しかし、国民医療費の急増にもかかわらず、人人の医療に対するニーズが十分に満たされる状況にはないことや、国民医療費の約4割が医薬品で占められ、相当部分が不必要なものであることなど、今日多方面から指摘されている深刻な状況については、ほとんど具体的な提言や方針を持っているとは思われないのである。医療費の膨張→財政危機→受益者負担の拡大という短絡的な解決策を講ずれば、医療費の膨張はとどまるところを知らず、それに応じて世帯はより多くの負担を余儀なくされるであろう。その結果、世帯の負担感の増大と受益感の一層の縮小は避けられず、また、医療への不信感を解消することは困難であろう。

医療保険制度の改定論議を、“適正な負担問題”に矮小化することなく、医療制度そのもののあるべき姿を模索する作業の中に位置づけてこそ、みのある成果をあげることができると思われる。

後記 本調査研究は、昭和53年度トヨタ財団、および  
52, 54年度生命保険文化センターの研究助成金を受けて  
実施した。ここに謝意を表する。

研究会のメンバーは以下の9名である。

伊藤 秋子 (お茶の女子大学)

磯村 浩子 (国民生活センター)

小野 信寿 (お茶の水女子大学)

金田 聡子 (お茶の水女子大学)

鬼頭由美子 (湘北短期大学)

馬場 紀子 (共立女子短期大学)

福田 協子 (お茶の水女子大学)

宮本みち子 (千葉大学)

横田 明子 (お茶の水女子大学)