

給付の伸び率とやや同じである。そうするとこの期間にとくに医療の需要パターンが、急激に変わったといわれるのは、どういうことだろうか。

先生は、保険料の上昇率と、給付の上昇率との相対的な比率で議論されているわけであるから、それでいうと財政悪化の原因は給付のほうに劣らず、拠出のほうにあったのではないか。拠出のほうで、現実の賃金、俸給等の上昇を、遅滞なく、しかも適切に反映するような仕組みになっていなかった、ということにも、大きな問題があったのではないか。

最後に小川先生のご報告であるが、この内容については、私はまったくの素人で、コメントを申し上げる資格はないのであるが、ただ先ほど佐口先生もちょっと触れられたこと、つまり保険財政がやや安定した時期の国庫負担のデータを挙げられたところで説明があったと思うが、そういう時期の医療の供給側がどういうビヘービアを示し

たであろうかということである。つまり供給側に医療保険の財政的な均衡化をもたらすような、何か特殊な仕掛けがあったのかどうか、そこを私はおうかがいしたい。

もう一つは、労働党のもとで、英国の社会保障制度がいろいろと大きな手直しをうけている。実はビバリッジ報告が出た当時、こういった財政方式では、将来必ず問題が起るということを、ケインズがビバリッジに述べているのであるが、現在まさにそういった問題が、現実のものになっていると思われる。ただ現在労働党がやっているような、そういういろいろな改革——あるいは改悪——というのが、果して社会保障制度の後退なのか、あるいはまた社会保障制度を長期的に前進させるためには、過渡的にこういった方向をとらざるを得ない、ということなのか、そこら辺のことをお伺いしたいと思う。

一般討論

司会(近藤文二) 実はこれから、皆さん方の一般討論をお願いするわけであるが、午前の問題と違って、かなり技術的な問題なので、コメントをしていただいた先生方は、いろいろと質問的な発言をしておられるので、もしあまり時間を取らないようでしたら小山先生、小川先生に、それぞれ明快なご回答をお願いしたい。小山先生からどうぞ。

小山 最初に、佐口先生のいわば保険と医療の矛盾の問題について、供給側の問題、それから需要側の問題、それぞれに問題があり、それぞれの問題が矛盾を提起するというご指摘は、その通りであるが、ただこの報告はわずか40分なので、それからまた、それらについては、私も再三書いておるので、ここでは省略をしたとご了解願いたい。

次にもし高齢者のニーズを満たそうとするならば年金が賦課方式に移るだろう、あるいは移らざるを得ないだろう、ということを私が申したので

あるが、その場合に児童手当はどうするのだということになれば、それはその問題に対するナショナル・チョイスの問題だと答えざるを得ない。いわば社会的な価値判断が、どちらに振れるかで、その給付の問題は決まるだろう。

それから医療と年金の性格の違いとか、あるいはその特徴を比較をしたらどうであったかということ、佐口先生ならびに江見先生、ご両所ともご指摘になったのであるが、これは言葉足らずで、よく読んでいただければ、私はちゃんと統一しているつもりである。

次はかなり技術的なことであるが、江見先生と、地主先生から、私の弾性値計算とか、標準報酬の問題について、若干ご批評をいただきました。何分不馴れなもので、ミス・リーディングな表現のあったことは、お許しいただきたい。ただ標準報酬の双峰型分布については、実は男女別にかなりパターンが違う。それから産業別に違う。それらをもう少し詰めた検討を本当はしたかったのですが、何分準備不足で、いずれ改めてお教ををいただきたい。

それからストックの問題が重要だという、地主先生のご指摘は、まことにそのとおりであると私も思う。これは医療の問題についていえば、これは病院とか、医療制度の問題に非常にかかわる。それから年金についていえば、私が非常に大事だと思うのは、高齢者のための住宅とか、老人ホームの問題とか、いわばそういう問題の裏付けのない限り、社会保障の実質的な改善が非常にむずかしいだろうということは、かねてから痛感しているので、この点も私は賛成である。

それから小山の計算で、伸び率とか増加率だけで、35年からの財政悪化を指摘するのは行き過ぎであるということであるが、この点について実は私は前に論文を書いている。そこではこういう計算をしてみた。保険料に対する給付費の割合というものを計算してみると、昭和35年度ですでに93.50%であった。組管掌健康保険等では、この比率はだいたい80%が安定線だといわれている。いわば準備金的なもので、本来不可能なような支出を35年から、相変らず続けておった。したがってその割合が逆転して、100%を越えるのは37年度からである。そういうような若干のデータを、前に提示してあるので、ここでは弾性値だけに限った。なお勉強不足の点は、いろいろとまた、今後お教え願いたい。

なお一つ申し上げたいのは、医療の需要パターンが変わったと同時に、医療のビヘビアも変わったのだということである。薬剤費の多投与であるとか、医療費の爆発的増加をきたしたのは、いわば医療のビヘビアが変わったのである。医療のビヘビアが変わったという中には、疾病構造の変化もあるし、医師のインセンティブの持ち方が変わったということもあるだろう。いずれもこの点は、具体的にいうと、利害関係がからみ、いろいろさしさわりのあるので、このくらいでやめておきたい。

小川 いま三人の先生から、いろいろご指摘をいただきましたが、小山先生流に一つに絞ってお答えさせていただきたい。

第1番目の問題は、今度の労働党の社会保障の切下げ、あるいは国民保健サービスの切下げはどのようなのか、何もいってないではないかということ

であるが、実は今日、それを教えていただこうと思って、楽しみにしてまいったのである。ただ、この問題を考える場合、一つ留意しておかなければならないことがあると思う。というのは諸先生方がよくご承知のことであるが、国民保健サービス法というのは、いわば理想を描いた法律であって、あの法律に、現実はどういう中味を盛り込んでいくかということは、法律実施以後の努力にかかっている、という性格の法律であるということである。その点になると、先ほどご指摘のあったストックの問題が非常に大事だと思う。これは当研究所の谷先生がお訳しになった、例のティトマスの『福祉国家の理想と現実』という書物に書いてあるが、ちょうど国民保健サービス法の実施にいたるまでの15年間に、イギリスでは病院がぜんぜん建たなかった。新しい病院がぜんぜんできなかった。こういう現実から出発をしている。人間もストックといえるならば、医療関係の職員も非常に不足の状態で、発足しなければならなかった。ベバンの言葉を使うと、その弊害に制約されてわれわれは出発せざるを得なかったといっているが、たしかにそのとおりである。

そういうストックの問題と、もう一つは、今日のイギリスの労働党の中で、この国民保健サービスの在り方について、ずいぶん論議があるようであるが、特に論議が厳しく寄せられているのは、法律が46年にできて、そのあとご承知のように、医師の側から非常に激しい抵抗が出てきた。ベバンは何とか約束どおり48年の7月5日までに実施したいというので、いろいろ妥協を重ねている。その妥協がいいか悪いかは別にして、それが実は今日になると、いろいろ逆に問題点を残してきたと考えなければならない。

たとえば先ほど、義務教育のごとき意味での医療の内容というのは、いったいどういう意味なのかというご指摘もあったが、この点について労働党の大会ではいつも、ベバンの妥協を問題にして、早く国立病院における有料ベットという馬鹿げたものをなくしてしまえ、とにかくいまのままでは、医療に二つの種類があるのではないかということ、をはっきり指摘している。また例の開業医診療

の診療水準を上げるものとして期待された、保健センターの計画が、いつの間にか立ち消えになってしまった。こういうことも見逃し得ないと思う。

そこで今回の切下げの問題であるが、一方に、労働党内部に現在のやり方に対して、そういう批判があるということ、こういう現実と合せて考えてみなければならない。ただちにこれが後退であるのか、前進であるのか、私の力ではちょっとお答えできない。改めて勉強させていただきたいと思っている。またのちほど、いろいろ問題点があったら、お答えさせていただきたい。

それから先ほど時間がなくて、省いたのであるが、両世界戦争の間は、少くとも財政的には安定しておったのであるが、それに対する供給側の要因があったということであるが、たしかに人头割報酬の額をどう決めるか、これについては、しょっちゅうもめていた。そういう点がある。

もう一つは、先ほど指摘だけして、説明をしなかったのであるが、薬剤の費用、これは戦後の国民保健サービスでもそうであるが、これがともすれば上りがちである。これに対する歯止めは、医師が処方する平均的な薬剤の費用を取る、したがってもしある医師だけが、特別に高い処方箋を発行し続けるという場合には、こういう場合には警告を発しておるようである。そういう点からいうと、すでにここで必要に応じてという考え方は、破産しておったともいえる。

戦後もそれでやっておるが、当局者として困るのは、一地方と他の地方の薬剤の平均に非常な差があるということである。しかも産業的パターンのだいたい似たような土地だけを取ってみても、ずいぶん大きな開きがある。これだけはちょっと調整がしにくくて、非常に困っておったような状況である。

司会 これから一般討論に入っていただくわけであるが、午前のやり方とちょっと変えて、一問一答式でご討論を願ったかどうかと思う。皆さんの中から、本日のレポーターなりコメントをいただいた先生方に名指しをしてもらってご質問、あるいはご意見を述べていただいたらと思うので、

ひとつ活発にお願いしたい。

今井一男 小山先生にお願いしたい。これは今日の主眼点ではないが、皆年金と皆保険の完成によって、網をかぶせて、それにより防貧的な立場から生活保護の水準が上っていった、経過はそういうふうになっているが、それはたまたま偶然の一致だろうと思う。それほど皆年金、皆保険を評価されると非常に見過ることになる。そういうことと、両者の水準の間の関係について、どういって見解をお持ちであるか。簡単にいうと、私はあまり関係がないと思う。

小山 私の話は非常にきれいな事で、おっしゃるとおり、関係がないといえないと思う。けれども政策の面で見ても、いわば論理的な問題としてそういうことが成り立つ。実質的な、それを裏付けていた政治的なインプリケーションであるとか、あるいは制度の改正といったものが、各々の発想でなされたにしても、そこが一致してこざるを得ないようなところが、まさに 36 年が 36 年である所以であろうと私は思っている。

それから社会保険の給付、あるいは年金の給付と保護水準との関係、基準との関係については、やはりミニマムの維持は、扶助によってなされなければならない。そして保険による給付、プラスの個人の生活ということで、ミニマムが維持できないとするならば、やはり今度は保険のほうを上げざるを得ない。いわば扶助というものが、保険の最低のあるべき水準を規定するという、もっとも基本的な性格を持つのではないかと、したがって私は、扶助の水準の重要性というものが、社会保障の根底的な重要性を持つという考え方を取っている。

曾田長宗 小山、小川両先生も、地主先生のいわれた、ストックの問題については、賛成だといわれた。つまり拠出と給付ということの中味の中に、拠出と給付ということだけでなく、もう一つベットとか人のストックの問題があるということのご指摘を地主先生がされている。それをもう少し展開すると、そのストックということの中に、小川先生があとでいわれたような、サービスをする医療なら医療の場合の当事者を、さらに訓練し

ていくということも入ってくるという指摘があった。

そういうふうに考えていくと、日本と他の国を比較してみると、その社会保障のズレということを考えていっているのではないか。日本の場合は所得扶助、貧困をカバーするようなものを含めて、医療保険のほうに集中的にきてい



るということは、いうまでもないことである。そうするとその場合に、世界的な意味ではだんだんと社会保障という言葉の意味が、所得の維持というか、所得の安定というか、そういう方向のほうに若干絞られつつあって、それと並んで、あるいはそれと関連を持ちながら、サービスというものが、さっき地主先生がいわれていたような、福祉的なニードというものと関連させて出てくるのではないか。そしてサービスといっても、その中にはもちろんサービスだけではなくて、ストックといわれるような施設やサービスの問題が、別な形で出てくると思う。

そういう意味では社会保障の構造なり体系、そういうものが戦後すぐに考えられていたものよりは、はるかに展開をしてきているというふうに考えるとすれば、日本の場合には、そういうサービスに当るものは、医療のほかに非常に少い。それからストックのほうの問題も、これから緒につけなければならないという程度のものである。こういうことになってくると思う。

そういう意味で、午前からのひっかかりをつける意味でいえば、そういう全体の社会保障の拠出と給付という中で考えていって、その中の所得の維持と、医療サービスの問題に絞って、それを拠出金ということで話していただいた、こういうふうに理解したい。

その場合に、所得維持ということと、サービスとが分れてくればくるほど、一応は私たちがいったような意味での、保険における所得維持の形と、そのほかの公的扶助とか、社会手当とかといったような所得維持の形というものが、かなり分

化してくるし、その間の所得維持としての生活保障の共通性というものも出てくる。

同時に今度は、医療保険の問題を日本で扱う場合に、そういう展望の中で考えるならば、当然小山先生が指摘されたような、医療サービスをどういうふうな形でという問題になると思うのである。そしてその医療サービスという問題を考える時に、まずいままでの全体の体系の中でもって一つ考えていくという、そういう押さえをしておいて、その中で医療保険の現状として考えるということに絞ると、被用者の所得維持である傷病手当金やその他の手当金、これが抜本対策その他で問題になる場合、どういうふうに考えていくのかということになる。今のところは医療サービスの赤字の問題として考えられているために、抜けてしまうわけであるが、今後の問題としては、これは非常に大事なことが残っていくのではないか。

もう一つは組合健保と政管健保の赤字の原因の中には、ご指摘がすでにあったような、ことに104,000円以上の時には、所得格差が非常にはっきり出てくる。標準報酬における所得格差が出てくること自身が反映してくる赤字というものもやっぱり考えられる。もちろん保険料の増減が組合健保のほうにあるということは、ご指摘のとおりであるが、そうすると午前中の社会保障の周辺の問題ではないが、やはり社会保障、あるいは医療保険内部の赤字財政の問題を考えるということだけでなく、そういった低賃金というか、賃金格差というか、そういう問題をどう考えていくか、そして賃金の最低の保障をどうしていくか、あるいはさらに中小企業の事情からいえば、家族手当の

問題をどういうふうにしていくか、そういうことを詰めていってはいじめて、医療の保障、および医療保険における赤字財政の問題ということに取り組むことができるのではないか。長くなるので、所得のほうの問題だけに絞ってお聞きしたい。

小山 曾田先生のご指摘はごもっともだと思います。いわばインカム・メンテナンスというものと、ソーシャル・サービスとの関係というのは、非常に複雑で、軽々にここで議論をするよりは、いずれこういうテーマで議論をしたいくらいの大問題だと思うので、簡単にお答えはできない。

しかし医療保険における傷病手当金のようなものは、どうして日本では大きな問題を持たないのかというと、これは日本の雇用慣行というか、その中に根ざす問題が多かろうと思う。たとえば西ドイツなどの医療給付を見ると医療給付費と傷病手当金の比率は、ほぼトントンぐらいになり、傷病手当金の比率が高い。それは雇用関係が非常にドライで、3日以上休めば、傷病手当金にすぐ切り変えるというような形での、インカム・メンテナンスである。日本の場合は休んでいてもしばらくは事業主がかぶっている。かぶることが事業主の温情の表現であるという形の、社会的慣行の問題がある。つまり労使の雇用慣行、労使関係の在り方という問題と、インカム・メンテナンスの問題をひっかけて議論しなければ、簡単には結論は出ない。この問題は、実は今後の私どもの課題だと思う。

第2番目の組合と政管における所得格差、これは賃金格差の反映であるということは、もとよりのことであるが、そういった格差を形成しているファクターは何かというと、これは特に女子、あるいは男子の場合でも低いのは、家計補足的な家内労働的な就業、あるいは不規則就業、そういうものがかなり出ている。そのへんは時間の関係で省略したのであるが、たとえば標準報酬が3,000円の人が、4千何百人もいるという現実、これは雇用の非常に悪い面の表現である。したがってそういう雇用関係をなおすには、どうしても最低賃金のようなものが需要だということはわかるのだが、ただ最低賃金だけでいいのかどうか。むしろ

日本の産業構造に巣食ってる、いわば貧困を拡大再生産するような、産業の仕組が変わらない限り、この問題は非常にむずかしい問題だと思う。そのための政策的介入はどうあるべきかということは、われわれとしては、真剣に考えなければならないと思う。

もう一つは、賃金格差ばかりでなく、実は国民健康保険等においては、自営業者、あるいは農民等における低所得の問題といったものを考えないといけない。単に賃金格差だけの問題ではない。いわば全体としての所得の平準化ということ、あるいは下が上まで上ってくるという条件が出てこない、問題は簡単には解決できないと思う。

お答えになりませんが、問題としては私も曾田先生のご指摘のようなことを考えているということだけを申し上げておきたい。

曾田 1と2のうち、2の点はおっしゃるとおりで問題はないが、1の雇用慣行の問題だという点、これはそのこと自身、大事な日本の特質だと思う。最近の合理化とか、雇用慣行を変えていくとかという動きの中で、それがどういう矛盾なり、影響をもたらすかということが、今後の問題になるのではないかと思う。それから大企業と中小零細企業の差ということも、逆に出てくるかもしれないし、いろんな問題があると思うので、その点を補足させていただきたい。

3番目の国民健康保険の問題であるが、これは正直に言って、ある意味では手当金というようなものも、若干補足的に持ってる場所があると思うが、一般的ではなく、そういう意味では、こちらのほうは将来の展望としては、医療のサービスの問題がかなり重要である。当面被用者のほうは、これは将来においてもはずすことのできない所得の問題があるというふうに考えたので、そちらに集中して申し上げたのである。

吉田秀夫 曾田先生のご意見に関連しての質問なり、意見なりをのべさせていただく。ここ2、3年来政治的にも、健康保険を中心にして、社会保障ではなくて、社会保険主義でいくんだということが、かなり強調されている。したがって社会保障か社会保険かという場合、社会保険でいくな

らば、拠出や給付の関係をどうするのだという、そこに何か政治的配慮があって、こういうテーマが決まったのではないかと感じている。そこでこれは主として小山先生に対する意見であるが、先ほど佐口先生がいわれたように、社会保障、あるいは社会保険の費用を、誰が、どういう格好で負担するかということが、どうしてもひっかかる。たとえば賃金掛ける保険料という格好で、いったい増加する給付がまかなえるか、そのへんは現状からいって、非常に問題だと思う。いま小山先生がいわれたように、まさか標準報酬 3,000 円などというのはいないだろうと思っておったが、現実にいる。そうすると 1 万円以下、あるいは 15,000 円以下という労働者がかなりいるということになる。そういう実態の中で、拠出制を前提として給付をやっても、その人たちは拠出制という格好で保険料を払わなければならないという、そういう状況であるのかどうかということが、大変問題になると思う。そういう意味では、ヨーロッパの若干の国では、低賃金の労働者に対しては、保険料はなく、その分は雇い主負担だという姿もある。

もう一つはこれは戦後一貫していられているのであるが、社会保険は政府管掌健康保険、厚生年金、失業保険、さらには日雇健康保険にいたるまで、それから国鉄や専売、電々公社、国家公務員、あるいは地方公務員の共済組合の場合、保険料の労使の負担は折半である。この労使の負担が折半であるというのは、何か日本特有の原則で、これが正しいのだという、そういう宣伝がかなり行き届いている。その点に関しては、小山先生の先ほどの報告の中には、拠出の中味の点検があまりなかった。そういう点で、誰が健康保険なら健康保険の費用を負担するかということの解明が、もう少し欲しかった。小山先生の書いたものはたくさん読んでいるが、今日の公の発言の中では、その点が少かったと思う。

小山　あまり生々しい話は今日はしないつもりでいたのであるが、若干私のインテンションだけを申したい。それはこういうことである。収支均等の保険原則を貫徹させようとするれば、負担能力のない人に対しては、どうしても扶助原則を入れ

てこざるを得ないだろう。別な表現をすると、もし医療に対するニーズが十分であるとするならば、負担できる人は負担してもらわなければならない。あるいは負担できる人にはできるだけそういうふうに仕向る。しかし負担できない人、仮にそれが 1 万円以下とか、何とかという格好になると、そういう者には扶助原則というか、あるいは何らかの減免措置とかということで、いわば保険でもなければ、扶助でもないような格好でやっていく。そういうことで医療保険はいまや転換期にあるというようなことを、実は暗黙のうちに意識して、今日の報告をしたつもりである。

曾田　医療の関係について、一言だけ意見を述べ、またご質問という形にもしていただきたい。先ほどからのいろんな方々のご質問の中にもあったかと思うが、私どもとして、きわめて根本的な問題であると思うのは、医療の性質というものが、どういうものなのかということである。これが最低必需的な性格のものであるという主張が一方にあり、またいろいろと統計資料などを検討すると、非常にサービス費用的な性格も強いのだという意見もある。これはかつて中鉢先生などもそういうご報告をなさっておられたし、私どももかねがね感じておったのであるが、医療には、これは時代にもよるが、どうしても必要で、その所得にかかわらず、国民として本人もそうであるし、脇から見ても最低の水準だけは、その必要を満たさなければならぬという面がある。今日における医療費の使われ方の状況を見ると、やはり裕福な者は、より十分な医療を受ける。医療費にしても、所得に応じて、長く裾を引いていく。こういう姿がある。

この二つの性質があるので、始末が悪いというお話があったが、それではといって、それを二つに分けられるかどうか。たとえば最初の診療だけは、何としても受けやすくしておかなければならない、こういう考えが一方にあるかと思うと、はじめの一度や二度お医者さんに行くには、それほど困ることはなかろう、それより入院を必要とするとか、手術を必要とするような時こそ、保険なり何なりの医療保障を発動させなければならない、

こういう考え方がまたある。

私は臨床家でないので、大きい口はきけないが、たしかにミニマムの医療というものもある。たとえば入院する時に、大勢のつめ込み部屋でもいいのに、1人で部屋を専用したいという場合を考えると、最低の需要を満たすということは考えられる。しかしはじめて診てもらった患者が、これが本当に恐い病気の、最初の段階であるのか、じきに癒るものであるかということは、簡単に決めるわけにはいかない。そこで外来の初診のスクリーニングをやる時だけ保険で診て、あとはまた別問題だというように分けることは、実際問題として、非常に困難であると考ええる。ある程度のものは分けられると思うが、医療全体をながめると、性格は二つあるにしても、これを二つに分けるということは、きわめて困難ではないかと考える。

これがバックになるのであるが、そういうように考えていくと、先ほどからもお話のあったように、新しい医学の利用を十分に可能にするということのためには、どんどん医療費がふえていく。その医療費を押さえるにはどうするかということ、予防も治療もみんな入れたいいわゆる総合保健サービスというか、そういうことでやっていくのであるが、これについては小川先生から、あれは一つの目標をしめしたものであって、イギリスでは実際には効果は上っていないようなことをいわれたが、私はこれにはいろいろ細い点で問題があると思う。それにはここでは触れないが、いろいろと努力をしていると思う。それからヘルス・センターのお話もあったが、私が聞いてみると、このごろではヘルス・センターについても、考え方が幾分変って、いままで停滞しておったのが、また伸びはじめた、こういうことも聞いている。いろいろな例があるが、それらも省略したい。

結局所しい医療を取入れていくにつれて、経費がふえていくのだが、必要性ということだけで、その経費はついていけない。したがってそれをポリシーで決めていかざるをえない。しかしそのポリシーというものが、どういう性格のものであるかということになるかといえ、これは素人的に申すのであるが、国民あるいは国民の正しい代表、

この間でもって十分に論議をされ、そして今日の経済状況、社会状況からいくと、医療の必要というものは、こういうものであろうけれど、この程度のことしか、差し当たりは実行できないとかそういうことにならざるを得ないのではないかとということになると思われるが、それを決めるというのが、どういう方法で決めていけばいいかということが問題である。

私どもの医師仲間からは、自分たちの立場から、いろんな主張がある。また私は役人の片割れでもあるが、厚生省の役人はけしからん、保険関係の技術者はけしからんということが一方ではいわれる。これを国民の本当の論議の場に、どうして持っていけないのか。よその国では国会だけで議論されている。国会の討議、あるいは特別の委員会のようなものがあるようだが、そういうところではいろんな意見を反映しながら、議論が進んでいる。ところが日本の場合にはなかなかそれが進まない。そこでどうしたら、被保険者が病気になったら診てもらおうという国民の意見を反映できるか。そういう姿は考えられないのか。今まででも、近藤先生その他専門の権威者がお集りになって、いろんな委員会をやっておられるが、そういうところ、あるいは別の組織でもいいが、被保険者の意見がもっともっと反映されるようなことを考えなければならぬというご主張が広く行われたのかどうか。どうもそういうようなことを少し取り上げてお聞かせ願えないと、私どものように片足は役人であり、片足は医者仲間だという者は窮地に陥る。その最後のところだけでも結構であるが、ご意見があったらお聞かせ願いたい。

小川 大へんむずかしい問題が出ましたが、前のほうは座長さんのほうにお願いして(笑)、最後のところだけイギリスの状況を申し上げると、曾田先生のご指摘になったような点は、イギリスでも問題になっている。特にイギリスの場合、実際の保健サービスを、現場で管理する機関として、地区病院局とか、そういった機関がある。いま特に問題になっているのは、この地区病院局に委員さんが出るわけであるが、これが選挙でなく、任命制度になっている。そこでこれを任命制でなく、

選挙制に改めて、国民というか、市民の声ももっと民主的に反映されるような機構に改められるべきだという、こういう意見はずいぶん強い。

平田富太郎 これは座長のご意見もお聞かせ願いたいのであるが、小山先生は保険における拠出と給付、小川先生は社会保障における拠出と給付ということでした。そして今日の問題は社会保障ということであるので、年金と医療両方を総括的にお触れになっておられたようである。

ところで社会保障の体系は、普通所得保障、医療保障ということで例の一元論か、二元論かということが最近いわれている。医療の保障といっても、必要な所得を保障すれば、所得保障の中にそれは包括されるという意味では、社会保障は所得保障1本で整理できるのではないかというような考え方がある。

しかし医療というのは、ご承知のように特殊なものである。それを義務教育と結びつけて考えられておる人もあったが、義務教育あるいは大学教育は、ある程度基準を設けて、一定の基準内容というものを客観化し得るとしても、医療は最低保障、最高保障といっても、十分な医療という場合、最低、最高というものを客観的に決めることは困難な性格のものだと思う。

医療を必要とする場合、どうしてもお医者さんとの関係が出てくるわけであるが、そしてその場合、医師の選択の自由はあるけれども、いろんな偶然の機会とか、あるいは手に触れ得る範囲内において選択される。しかも医療を提供する側のお医者さんのほうからは、必要な医療というものが判断され、需要者側からの選択はできないという、非常に特殊な性格を持っている。したがって年金による老齢保障というものとは性格が違うとも考えられ得る。

しかし医療の性格からいうと、先ほど小川先生からお話がいったように、保険の仕組ではなかなかこれはむずかしい。ロイド・ジョージの場合、積立方式の問題が出たようであるが、そういう財政方式を取るにしても、保険の仕組ではなかなか困難で、行き先はどうしてもサービスのようなものにならざるを得ないのではないか。現実の制度

はいろいろ問題があるとして、医療の性格からそういうことになる。どうも医療というものは、教育の制度とか、住宅の対策と同じように、社会保障のむしろ前提条件として考える。いわゆるベバリッジの初期の考え方にあったように、社会保障前において行われるべき性格のものではないか。現実においては並行して行われるということも有り得るわけであるが、そこらへんを考えると、近藤座長は一元論を取っておられるようだが、問題整理のためにも、私の今後の勉強のためにも、ひとつご三人の方のご意見をお聞かせいただければ、非常にありがたい。

司会 二人の先生何かご意見がございますか。

小山 そういう大問題は時間もございませんし、手に負いかねるので、小川先生とも話しあって座長におまかせいたしたい。(笑)

司会 実はこのあとに司会者総括というのがある。これは今井先生をも含めておられると思うので、司会者総括のほうは私のあとで恐縮であるが、午前も午後も含めて今井先生にお願いして、司会者総括の一部として、感想めいたものを述べさせていただきます。

平田先生のおっしゃった一元論というのは、医療保障を社会保障制度の中に取り入れる場合には、医療費保障でなければ取入れられないというのが私の考えである。しかしそのことはたとえば医療施設とか、医療サービスとか、医療制度というものを軽視してよろしいというのではない。むしろ逆にそれが前提になるべきだと先生はいわれたが、そのとおりで、それが前提になる。前提である問題、すなわち供給側の問題を軽んじて、現行の一般の開業医制度というものを、そのまま是認して、そして医療保障云々というところに、私は問題があると思う。

これははしなくも午前のお話、あるいは先ほどの地主先生のお話の中に、社会福祉の視野から、あるいは社会福祉のニード、あるいは社会福祉資本ということをいわれた。これはどういうことからこうなったか知らないけれど、社会保障資本とか、社会保障の視野とか、社会保障のニードという言葉は出てこない。これは自覚しておられない

のかかもしれないが、社会福祉と社会保障というのは、概念的に明確に区別すべきものであるということを示唆しておられると私は解釈する。アメリカの社会保障概念も、社会福祉概念とは区別されている。いわば経済的な保障というか、所得保障というか、そういうものに限定している。それから



イギリスも広い意味では、サービスが複数の形で出てくるので、社会保障という概念との区別はついていないのではないかと思う。ところがわが国においては、やたらに社会保障、社会保障

というものの関心をあまり持っておられないように思う。二元論の主張者のごときは、そのもっとも代表的なものであると私は考えている。

そこで地主先生のお話の中にあつたように、社会福祉資本というものに当てられる支出がだんだん下ってきている。そして移転支出のほうが増えていく。これは非常に残念なことであつて、これを逆転させなければ社会保障制度というものは前進できないというふうに私は考えておるものである。

したがって医療制度と、医療保険との矛盾というものは、医療制度というものに手をつけないうちに私はあると思うので、どうしても供給側の社会化、これをやらないと、いわゆる医療保障制度は成り立たない。たとえば一般医と専門医の問題も出てくるだろうし、曾田先生からいろいろご質問があつたが、結核とか、精神病というものには、すでに公費で負担するという線が出ていく。これはまさに扶助方式である。そういうような形で曾田先生あたりが積極的に、これは保険でやる分野だ、これは保険ではやれない分野だとお決め下さつて、サービスのほうはわれわれわかりませんから、われわれには保険の分野だけをおまかせ願う。

先ほどの小川先生の報告にもあつたように、サナトリウムの給付が健康保険の中に入入れられているということであるが、健康という問題と、医

療という問題を結びつけると、医療は単なる治療ではなく、予防も含む、アフタケアも含むのだということになると、保険ではやれない。そのほうはあくまでもサービスでやる。その前提であるいわゆる社会福祉資本としての医療資本について、国がどんどん施設の強化に、協力しなければならない。今のところは開業医の先生が使いもしない新しい器械を購入しておられる。そして銀行をいたずらに儲けさせているというのが実情である。医療金融公庫から金を借りることができる、銀行もまた金を貸すということでお買いになって、それを払っておられるのが不思議である。元金も利子も5年ぐらいで全部償却しておられる。そこからあたりに私は問題があると思うので、そういう面はあくまでも、国の費用でやった方がいい。しかし保険で引受ける分はそこまでいなくてよいのではないか。だから結核とか精神病の公費負担を徹底させ、あるいは医療設備の改善強化を全部国の費用でやって、それを先生方に貸す。そういう方式を取れば健康保険の赤字はなくなる。ところがそっちのほうの問題をほつておいて、問題を展開されるから、いつまでたつても解決はできない。

そのほかに今日のご報告の総括ということになると、小山先生のおっしゃつた保険と扶助の問題が出てくる。吉田先生が先ほど、誰がいったい負担するのかといわれたが、吉田先生はいつも抛出という、労働者の抛出だけを頭に入れておられる。ところが抛出の中には事業主の抛出もあれば、国家の抛出もあるのである。この点を忘れないようお願いしたい。また国家の補助というなかに、日本では給付に対して何割持つというやり方をしている。本来イギリスなどの例は、保険料の一部を国が持つというやり方である。これをやっぱり抛出といっている。だからこの抛出という言葉をよく検討していただいて使わないと、えらい誤解を招く恐れがある。だから国が大部分抛出しても、計算が保険料の計算でやったならば、それは保険であるというのが、私の保険主義なので、その点誤解のないよう、この際お願いしたい。

そういう意味において、負担能力のない人が、

どうして抛出するかという問題の場合に、今日の小山先生のご報告にあったように、扶助の問題が出てくる。これが非常に大きくなって来るだろうと思う。そこでこの扶助が出てくると、いわゆる自由と平等の、平等に力点が置かれて、その扶助は自ずから、最低限度の扶助に引下げられる恐れがある。それが私は大切だと思う。

そこでこの平等と自由ということであるが、イギリスの場合、平等主義を取っていたのが、最近では能力主義というか、比例主義というか、そちらに少し移ってきた。そして社会保障制度を、保険を中心に見ると、現状では西ドイツのほうが優れているといわれている。あるいはイギリスの制度

が、西ドイツ型に近寄っているという見方もできる。そのへんも日本の制度を見る場合に、十分に検討をしなければならない。医療保険については、すでに厚生省の試案には償還制が出てきている。これは平等の原則から、自由の原理への移行を意味するかと思うのであるが、この自由と平等というものを、どのように日本の社会保障制度の中で組合わせるか、これが当面の課題であるということは、小山先生のご報告がよく示唆されていると思う。

司会者はあまりしゃべらんというのが、本来のやり方なので、このへんで今井先生に司会者総括をお願いしたい。

司 会 者 総 括



時間が予定より大変遅れて、皆さまにご迷惑をおかけしたことをおわびしたい。午前の部では大河内先生と、都留先生のご報告をお聞きし、その中で大河内先生は、社会保障の周辺ということをいわれたが、指摘された家計の構造変化、家計費のいわば社会化という角度から見れば、周辺ではなくて、むしろ社会保障を考える場合の基底に入ってくる考え方だと思う。特に同先生は、大へん忙しい学長の仕事をしておられる中をご出馬いただいたことを心から感謝申し上げたい。

都留先生は都留先生らしい、非常に大胆な取り組み方から、われわれ社会保障関係者がややもすると、ウェイトを低くする経済との関係についてご指摘いただいた。社

会保障の占めるシェアが大きくなればなるほど、経済との関係は重大視されてくると思う。そういう意味では、先生が最後に指摘された、トランスファのルートをいったいどうように省略していくかということは、一つの大きな示唆であったと思う。

当面ややもすると、社会保障の問題は、その時、その時のカレント・トピックスに負けて、全体の長期的な見方が見のがされやすい傾向がある。そういう時には、今日の午前中の両先生のお話を全面的に賛成するかどうかはご来会の皆さんに願うわけにはいきませんでしょうが、示唆するところはきわめて大であったと思う。

午後の部については、司会者が最後に非常に要領よくまとめられており、心から敬服した。私からは何も特別に付け加えることはない。

ではこのへんで閉会をさせていただく。(今井一男)