

わが国医療保障の現状と課題

佐 口 卓

I 医療保障の考え方

まず結論的なことを一つだけ述べておく。日本で現在医療保障という言葉が使われているが、医療保障というものはサービスである。つまり財源を税金、あるいは国家財政ないしは公的財源に依存して、医療を無料サービスで国民に与える制度を医療保障と呼ぶと考える。したがって、日本の現行制度が医療保険であるということは、まだ日本には医療保障がないという議論になる。しかしながら私は、医療保障というものの究極のあり方としては、そういう医療サービスを考えているが、現段階においては医療保険というものを軸としながら医療保障は成り立ち得るというふうに考える。国民が医療の保障を受けるについては、いろいろの制度の組み立て方があるが、そのいろいろの制度が一体となって組織されているということであるならば、それをとりあえず医療保障と考えていいのではないだろうか。だから現在の日本では医療保険を中心にして、医療保障を考えても差しつかえはない。ところがその医療保険がバラバラであり、あるいは、少くとも医療を行う以上は、医療制度、私の言葉でいえば、医療の供給側の制度がいろいろ問題を持っているので、それらを解決していくことが必要である。医療保険は医療のいわば需要側の問題になるから、需要側と供給側をいかにマッチさせていくかということによって、はじめて医療保障が成り立つんだと考えることができる。現在の日本の医療保障の段階は、ご存じのように、36年から皆保険を実施しているが、これは、たまたま日本の国民がいずれかの医療保険制度の中で、医療需要というものに対しての立場から保障を受けるのであって、医療を供給する側の医療制度そのものにはなんらの改革も加えられ

てはいない。こういう状態では、たとえ保険を中心としても、これを医療保障と呼ぶことはむずかしいのではないか。こういうふうに考えているわけである。

II 医療保険の赤字

そこで医療保障制度というものを考えていくならば、国民に医療を提供する保険をはじめとする関連の諸制度というものが、体系づけられているというところに一つ必要とされる点がある。それらに近づくためにはどうしたならばいいだろうかということが、次の問題になってくる。しかしながら、その場合にいま一番問題になっているのは、医療保険の赤字問題で、すでにいろいろのところで数字があげられて論じられているので、すでに十分ご存知のはずである。表1に、政管健保についての財政収支状況を掲げたが、政管健保は、37年から赤字が出て、その赤字が16億、131億というふうになっている。累積は38年度0になっているが、これは積み立て金があって、そのとりくずしをした関係上0となっている。そして単年度ごとの赤字が16億から131億、363億というふうに加速度的にふえているということがわかる。それから累積赤字にしてもまた非常にふえてきている。ところが42年度のところに、*印の745億となっているが、これは予想赤字である。そして*印(109億)というのは、昭和42年8月に成立し

表1 健保(政管)の財政収支
(単位 億円)

	37	38	39	40	41	42	43見込
赤字額	△16	△131	△363	△497	△309	△58 *(△109) (△745)	△104
累積0		0	△173	△669	△978	△1,099	
国庫負担	5	5	5	30	150	225	225

表2 薬剤点数の総点数中に占める割合(政管健保)

年 月	35.5	36.5	37.5	38.5	39.5	40.5
総 数	21.5	25.1	28.7	31.9	36.8	38.2
入 院	13.3	16.4	18.1	19.7	23.6	22.1
入院外	27.1	30.6	35.4	38.8	43.5	46.7

た健康保険の臨時特例法によって予想された年度赤字であり、さらに42年度の単年度決済は赤字が58億になった。この点、累積赤字は1,099億であるから、ようやく42年で1,000億円の大台に乗ったのである。このように特例法の影響から、42年度単年度あたりの赤字は当初の予想745億から58億に急速に減ったわけで、特例法の成立で109億に減るはずが、さらに実際は小さく58億に減ったという問題がある。これでわかるように昨年8月、臨時国会まで開き成立した特例法には非常に大きな意義が保険財政にあったと理解ができ、いうならば当局の言葉でいう財政効果が非常にあったわけである。

III 赤字の要因

一体このように赤字が増加しているのは、なぜなのかということが問題であるが、これにはいろいろの理由があり、その理由の中で最大の問題は、次の表2「薬剤点数の占める割合」(政管健保のみ)をみると、総点数中に占める薬剤点数の割合が、40年5月では38.2%で、入院外が46.7%と多いわけで、つまり約過半数近くが薬代であることが大まかにいえる。38.2%を41年、42年、さらに現時点にまでこの増加傾向を引きのばすと、ほぼ50

%近くになる。特に入院外を引きのばすと完全にこれは50%以上になるわけである。つまりいいかえると、現在の政管健保の受診率には大きな変化がなく、1件当り診療日数は減少し、1件当り医療費は増加しているなかで赤字が異常にふえつつあるなかでは、薬剤の使用に問題があるということが少くともいえてくる。なぜ薬剤の使用傾向が高いかということは、一つは薬を国民が欲しいという理由が常識的にあるが、それは別として、第1にはやはり新薬の開発とその使用にあるということがいえる。第2には、治療方法が化学療法、あるいは薬物治療によって、薬剤の使用、ことに大量投与で病気をなおすことが増加傾向にあると一般的に指摘されている。外国の例をみても、薬剤の使用傾向は最近ふえており、その理由はいま私が二つ上げた理由につきると考えている。特に抗生物質の採用が、大きく現れているというのが普通である。ところが、外国の場合のこうした保険とか保障の中で占める薬剤の割合を調べた場合、ほぼ20%ないしは多くて30%が薬剤の占める割合である。日本の場合はこれを越して、約過半数が薬剤に使われているということで、日本独自の問題がそこにあるのではないだろうかということが想像でき、日本的な条件というものがたしかにあるということがわかってくる。その一つは、前述の国民が薬好きであるということによって影響されていると思う。

表3は世帯種別、市郡別、治療方法別割合を厚生省の統計から引いたものである。こまかい点を

表3 世帯種別・市郡別治療方法別割合(40年10月)

		総 数	医 師			歯科 医師	あんま・き はり・柔 道整復師	処方箋 調剤薬	買 薬				そ の 他
			総数	通院	入院				総数	薬局	配置薬	その他	
総 数		100.0	53.3	50.7	2.5	8.4	3.7	0.6	33.2	22.2	8.4	2.6	0.9
世帯 種別	被 保 護 世 帯	100.0	77.6	63.9	13.7	2.3	2.7	—	16.9	9.1	2.3	5.5	0.5
	医療保険加入世帯	100.0	53.0	50.7	2.3	8.5	3.7	0.6	33.2	22.2	8.5	2.5	0.9
	国 保 加 入 世 帯	100.0	48.4	46.2	2.2	8.1	4.8	0.8	37.2	22.1	12.3	2.8	0.7
	国保以外加入世帯	100.0	55.4	53.0	2.4	8.7	3.2	0.5	31.2	22.3	6.5	2.4	1.0
	そ の 他 の 世 帯	100.0	25.8	24.7	1.1	6.5	5.4	—	61.3	54.8	4.3	2.2	1.1
市郡 別	7 大 都 市	100.0	49.9	48.1	1.8	8.9	3.9	0.5	36.2	33.5	1.9	0.9	0.5
	そ の 他 の 市	100.0	54.6	52.1	2.5	8.8	3.6	0.6	31.2	21.5	6.3	3.4	1.2
	郡 部	100.0	53.8	50.6	3.1	7.3	3.8	0.5	33.9	14.5	17.0	2.5	0.7

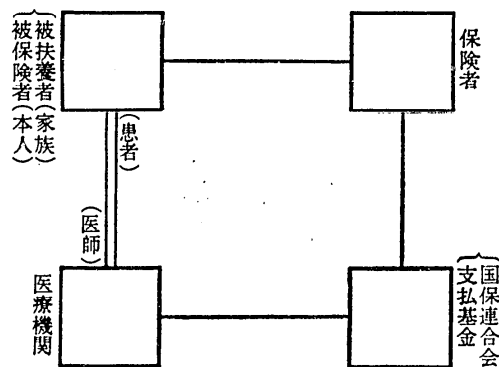
抜きにして、総数だけについてみよう。私たちが現在医療と考えているものは、医師ないし歯科医師によって診療を受けたものであるが、それにもかかわらず売薬のところをみると33.2%、つまり現在治療をしている者の中で、処方せん調剤によるものは0.6%であるのに対して、薬局あるいは配置売薬（置き薬）も含めて約3分の1に該当する33.2%が売薬で治療していることが示されている。もちろん、売薬が多いのは国民皆保険であるのに、実際には保険医療を受けないで、自分で薬を飲んで治療をしているという例が非常に多いことを物語っている。しかももっとおもしろいのは、市郡別では、7大都市のほうがかえって売薬依存度が高いということがわかる。これは何を示すかということ、つまり医療機関は都市集中だから保険で医療は受けやすいに違いない。しかし売薬の依存度はこの点においては高いということで、やはり日本の国民が保険を使わないで薬屋へかけこんで、それを使っているということの問題を提起しているとみることができる。そういう問題以外に、制度上の問題がある。何であるかということ、これは現在の医療保険というものが赤字になっているの、日本の医療保険が現物給付になっていることに問題があるとともに、もう一つは医療機関に保険のほうから支払う社会保険診療報酬に問題があるのだということがわかってくる。特に現物給付であるということを考えた場合、給付率によっては家族などには自己負担がかかる。あるいは、本人は10割給付であっても、一部負担というものが若干であるとはいえかかってくる。保険経済の運営管理からいえば、これによって受診率が多くなるのをチェックするという意味がある。それにもかかわらず、受診率はとくに減少しておらず、むしろ、1件当たり医療費が非常に多くなっているという問題がある。医療機関側からい

うと、いまの診療報酬の支払方式のもとでは、医療機関が患者をたくさんとることによって収入がふえるし、さらに投薬を多くすることによって、収入がふえる。それのみでなく、いわゆる保険で支払っている薬の値段と、医療機関が実際に購入している実勢価格との間に利差益が出ているわけである。この利差益が同時に医療機関の収入になるという大きな制度上の問題をみのがすことはできない。

IV 医療保険の性格

さてこうなると、医療保険はなんとも面倒な制度であることがわかり、医療保険の本質ということがどのようなものであるかが問われねばならない。需要側の社会化としての医療保険、給付形態や本質的性格というむずかしい問題がある。これはいまの日本の医療保険や医療保障等を議論しているとき、あるいはもっと大きな立場から国民の保健衛生を考える場合にどうしても出てくる問題である。これを簡単にいうと、機構的というか、構造的というか、制度を図示すると下のとおりで

ここにいわゆる社会保険支払基金という診療報酬支払機関がある。これは保険者で厚生省とか健保組合、共済組合である。国保の場合は支払基金を使わないで都道府県ごとの国保団体連合会がその支払いにあっている。それと、被保険者には通常被扶養者があるが、被保険者とは通常いう本人、被扶養者は家族である。これらの関係のなかで医療保険には二つの方法があって、現物給付で



受ける方法と、現金給付で受ける方法がある。日本の場合には現金給付は原則的には認めない。つまり療養費払いと称するものは原則的には認めてなく、保険証を持って本人ないしは家族が医療機関にいて、そして診療そのものを給付として受ける——こういうふうな仕組みになって、これは現物給付になっている。ただ実際には被保険者の場合ではなくて、家族の場合には、窓口で自己負担分を払うのであるが、ほんとうのやり方は、これは現金給付のやり方であるが、日本は制度上の便宜によって現物給付になっている。保険証を持っていけば、その場で医療を受けられるという方法になっている。ところが国によっては、医療機関で自由診療を受け、請求された診療料金を患者として支払ってしまい、あとで保険者からその料金のうち給付に該当する分だけのお金をもどるというやり方がある。日本の場合、医療機関を介在させ、ここで現物給付の医療を受けて、医療機関は保険者から預託された支払基金、ないしは国保団体連合会に請求して診療報酬を受ける。こういう現物給付の方法をとっているのである。

普通の民間の保険では、火災保険でも生命保険でも、保険者と被保険者の関係で、たとえばある建物が燃えれば保険金は100万円と契約しておけば、火災で燃えれば100万円払うということが決めてあり、100万円の保険金をつけるには、保険料が1,000円だといえれば1,000円収めておけばいい。つまりあらかじめ給付と保険料の大きさをきめることができるわけで、100万円という保険金とそれに対応する保険料1,000円を決めておくことができる。その保険料1,000円と100万円の保険金との相関関係というものははっきり出ているわけである。ところが社会保険は強制加入であるから、この保険に加入するものの負担能力が問題になってくる。だから必要な、給付に見合うだけの保険料を取ることはできないということが生じ、これが社会保険の一つの大きな問題となる。したがって最近のように医療費が増加傾向を示すとき、ただでさえ医療費のコストが高くなってきているときには、すべての費用を国民全体に保険料としてかぶせることができなくなってくる。

国庫負担をどうするか、受益者負担をどのように考えるか、実際に医療を受けた者にどういう負担を課すか、あるいは一部負担をどうするか、自己負担をどうするか、という問題が起きてくる。これらは社会保険の特徴なのである。そういう保険者、被保険者の関係において、あらかじめ約束された保険事故が発生すると、保険は給付をするというのが普通の一般保険なのである。医療保険となるとどうすることがそこに起きるかということ、本人や家族が患者として医療機関に現れないかぎりには医療は行われない。つまり給付は開始されないということになる。しかも医療機関の中においては、ここに医師という者があって、医師と患者がはじめて出会うことによって保険給付が始まり、給付内容が決まるという仕組みになる。だから、ある建物が燃えて、100万円という保険金であったら、100万円以上が再建や復旧にかかっても、100万円の保険金しか払わないという契約なら100万円だけ払えば保険会社はいいわけである。ところが医療の場合にはその約束ははじめからなく、一応保険診療のワクはあるが、いまでは制限診療が昭和38年からなくなり、規格診療という保険のワク中であればどのようなものであろうとかまわないのである。医師は保険診療のワク内で自己の判断と患者の状態によって治療をするということである。だから給付の発生は、被保険者ないしは被扶養者が患者として医師の診断を請うときにはじまる。

したがって、私がかかりにいま身体のぐあいが悪いという場合に、おれは医者はいくらだ、薬はいくらだ、といって医療機関にいかなければ、保険の給付は発生しない。ところが身体は丈夫なんだが、医者に行くことが楽しみだ、あるいは薬をもらうことが好きだ、という人がやたらに保険証を持って医療機関へ行くことがある。これは保険給付の発生となる。そこで忙しくて行かれない人と、ひまで楽しみで行く人がでてくることになる。老人の医療保険が問題であるが、老人医療をやる場合に非常に問題になるのはその点なのである。おじいさん、おばあさんがお医者さんに毎日行くのが楽しみであるという場合がある。したがって老

人健保等をやる場合に、ベッド・ワーミング (Bed Warming) といい、病院なんかでおじいさん、おばあさんが入院してしまうと気楽で退院しなくなってしまう。外国ではその例が起きている。日本でもその問題が老人に予想され、今でも好きな人は朝、昼、晩と医療機関を浮気して歩いて、どこが親切だったとか、薬はどこがいっぱいくれたとか、かってなことをいっている人がある。これはやむを得ないことで悪いことではなく、日本の場合には無差別に医療機関に行くことができる制度で、1ヵ所だけでなく、日に3ヵ所も受診ができるようになっているからである。だから保険給付の発生ということは傷病という事故の発生と結びつかないのである。そして、傷病の有無と関係なく保険給付は本人の主観的判断で決まることになる。これが決まらないのは子供だけで、親が子供の様子を見て、おかしいといって連れていく。それ以外はどうも胃が痛い、頭が痛い、カゼひいたらしい、という自分の判断において医療機関にとんでいくわけで、はじめて保険給付が開始される。こういう特徴が医療保険にある。このように、わが国では現物給付であり、それだけに本質的な性格としては一般の保険等と異なり、あるいは社会保険の中でも非常に違う状態や条件をそこに持っていることがわかるのである。

V 診療報酬支払い方式

今度は医師のほうのことをみると、医療をやって、その診療報酬を支払基金、ないしは、国保団体連合会に請求する。支払基金はその請求によって、はじめて支払いを医療機関にする。この

診療報酬支払方式一覧

-
- (一) 自由診療
 - (1) 慣行料金
 - (2) 償還払い方式 (現金給付)
 - (二) 保険診療 (現物給付)
 - (1) 能率給的支払い方式
 - (i) 出来高払い方式
 - (2) 請負的支払い方式
 - (i) 件数払い方式
 - (ii) 人頭払い方式
 - (3) 俸給払い方式
-

支払う場合の方法が社会保険の診療報酬の支払い方式であり前述の薬価の問題や投薬がひっかかってくる。その診療報酬の支払い方式は保険のない自由診療である場合は慣行料金となるし、保険であってもいわゆる償還払い方式という現金給付になることもある。しかし保険診療であり、しかも現物給付でやる場合には、医療行為の量に応じた能率給的支払い方式となり、日本の場合はまさにこれで、しかも出来高払い方式なのである。だから患者をたくさんとって、医療行為ごとに点数が決まっているから、その点数の積み重ねに対して、現在1点単価は10円であるから、10円をかけたものが診療報酬額になる。患者をたくさんとって、医療行為をたくさんやり、たくさん投薬すれば収入がふえるという単純出来高払い方式を日本ではとっている。したがって医師の技術差であるとか、あるいは経験差とかいうものは何ら評価されないために、若い医師が体力でたくさん患者を数でこなすことによって診療報酬額がふえ、むしろ時間をかけて、ていねいに患者をみた場合には、収入が下がるという問題がある。それから経験、技能のある先生方がみた場合であろうと、インターンを終わった医師がみた場合であろうとも同一の報酬が支払われる悪平等が起きており、これが実はさっき述べたように、薬を投薬すれば、それだけ差益が収入としてついてまわるといふことと関連をしてくるのである。

なお、外国では、わが国と異って現金給付のやり方をフランス、ベルギー、ノルウェー、スウェーデン、フィンランドという国々ではとっている。また、請け負的な支払いの場合は、件数払いと人頭払いがあるが、件数払いの場合は1病1件、つまり病気の治療が開始されてから終了するまでに、定められた均一額が支払われることで、これはオーストリアにあり、現在では評判が悪いようである。おなじ件数払いでも、もう一つは、1日1件方式で、患者が受診すると1人幾らという定額が支払われる。実際には、ニュージーランドがこの方法をやっている。患者が診療所に顔を出すごとに1人について7シリング6ペンスが支払われるので、1ドル程度である。日本金で約400円

程度が支払われて、これはどのような治療をしようとその難易や内容にかかわらず定額の7シリング6ペンスしか支払わないわけである。これら件数払いという方式は、請け負い方式であるから、医療内容の質が問われないという問題があるために、若い医師が、自分の技量をみがかないでどんどん患者をとって、件数、つまり量的にこなしてしまうという悪い面が出るという批判がある。

それから人頭払い方式、これはイギリス、オランダ、デンマークの一部でしか現在やっていないが、一定地区内の医師をあらかじめ住民が選り登録をし、その登録数に応じて1人いくらの定額の報酬が支払われるから、何ら医療行為とは関係ない前払い方式である。患者がいくらきてもそれにたいしての報酬はない。このやり方は、家庭医制度と結びついてできる人頭払い方式である。日本ではファミリードクターという、家庭医といってホームドクターと呼ぶが、これは「かかりつけのお医者さん」という意味であって、外国でいうこの場合、家庭医制度というものとは異ったものである。一般の方々がよくいう家庭医というものと、家庭医制度とはっきり制度上違いがあるのである。イギリスの場合には、医療サービスというやり方でこれをやっており、オランダの場合とデンマークの場合は医療保険の制度の中でこれをやっている。こういう点が違う。よく日本ではイギリス式とよぶ医療の保障が医療サービスだというが、これは財源を国が主として持ち、現在でも約70%である。最初は無料であったのを、財政が苦しくなり国民に対して目的税的なものを均一で取るという方法に切りかえ財源を調達するようになった。しかし、なお国の一般財政から70%程度が出ており、残りの30%程度が目的税の拠出分である。このサービスによって、国民が前もって必要な自分の地域の医師を選んで登録をしておき、病気になったり、医師にかかるときには、その医師に行き無料で診療を受けるというやり方である。政府は、このサービスに参加する医師について登録の住民1人当りに大体1,000円程度(現在では19シリング)を払う。そして1人の医師につき住民を3,500人まで受け付けられる。イギ

リスの開業医で、国民の医療サービスに参加している医師は95%で、医師は1人で平均2,300人の地域住民の登録を受けている。しかし実際には受診に2,300人がくるわけではない。受診にくる患者にどのような医療をしても、何人きても、それは収入とは関係がないというやり方である。これが人頭払いの仕組みであり、家庭医制度というものと結びついたやり方である。

VI 医療サービス

こういう医療サービスによる医療の保障のやり方は、諸外国の中では、社会主義国が原則として行っており、社会主義国の中でも医療保険制度をもっているのがあがるが、社会主義国での医療保険と呼んでいるのは、日本でいう傷病手当金、ないしは休業保障金に対する保険という意味である。日本でいう療養の給付という医療の給付に関しては、サービスが原則である。日本の場合には、健康保険とか共済組合等の被用者保険の場合に、傷病のときに失う賃金に代る傷病手当金であるという考え方が健康保険が昭和2年から発足したときにあまりなかったで、健康保険という場合には、これは医療を受ける保険だと思っている。ところが、ほんとうは社会主義国あたりでも、傷病手当金を保険でやっているように本来の給付の中心は、傷病手当金を、賃金を得られない代りに支払うという出発なのである。それは言葉でいうと、疾病保険と呼んでいるのはこの形である。ところが日本では経営家族主義等の影響があって、ちょっと休んでも実際には賃金を支払う、あるいは有給休暇のふりかえができるということで、病気やケガで欠勤しても、賃金カットはやかましくしないということから、傷病手当金というものが特に大企業では問題にならなかった。こういう伝統があるので、いま日本では健康保険といえはすぐ医療の問題だと思っており、終始一貫して現物給付をとったために、何でも医者にかかれば医療が受けられるというふうになっている。けれども、外国の場合は必ずしもそうではない。この医療サービスという形態をとっているのは、資本主義国の中ではイギリス、アイルランド、アイスランド、

それからニュージーランドというような国であり、そのほかの多くの国は医療保険の方式をとっている。ただし、カナダとオーストラリアは保険ではあるが、むしろ国のサービスがくっついているので、保険とみるか、サービスとみるかは非常に議論が出てくる。

それから、その中間に北欧型という保険とサービスを結合したものがあって、初診の段階は保険で、病院に入院する、通院するという病院医療を受ける段階ではサービスに代るというやり方である。それから保険サービス方式（任意加入医療保険）とでもよぶべきやり方があり、オーストラリアとカナダである。両国とも任意加入の医療保険にはいつているときにしか国の医療サービスは適用されないという条件付きのやり方になる。

これらの国で一貫していえる一つの特徴は、どこも無差別に歯科診療を取り入れてないという問題で、たとえばイギリスあたりも、医療は無料を原則としているが、1ポンドつまり1,000円以内については自己負担になる。だからイギリスでは1本の歯が痛くなると、もう1本の歯は痛くなるまで待てるという笑い話があるのは、これは1回医者にかかると、1,000円までは自分が払い、それ以上をサービスで給付を受けているからである。北欧あたりの制度は進んでいるとはいいいながら、学童についての無料歯科サービスがあって、成人は口腔外科とか、特殊な状況での歯科診療以外は認めてないのが原則である。ニュージーランドあたりでも、定期の歯科の健康診断を受けない者には歯科の給付はしていない。このようにどの国でも必ずしもすべての歯科を含んではいない。日本では歯科サービスが無差別に提供されているという点で外国と事情がかなり違っている。

VII 受診の組織化

最後にもう一つ付け加えておかなければならないのは、日本の場合にはどこの医療機関にいつでも無差別に診療を受けることができるが、外国の場合にはそうはならない。重要な点は、患者というものが最初に必ずいわゆる開業医、一般開業医に行くことになっていて、一般開業医によっ

てはじめて専門開業医、ないしは病院へ回されるということである。この関係、すなわち受診し医療を受けるための患者の流れを必ず守るということになっている。だから患者は必ず一般開業医に行くが、一般開業医で病院へいく必要がなければ追い返される。一般開業医で必要とあらば、専門医のところへ行けとか、あるいは病院に、入院であれ、通院であれ行かせる。そういう意味で、日本のように一般開業医であろうが、専門開業医であろうが、病院であろうが、どこへでもかけこめるといえるようにはなっていない。その点では日本ほど医療の受けやすいところはないといえてよく、前述のように、朝、昼、晩と違った病院、診療所をかけめぐってもいい。ところが外国ではこの点がかかなり統制されているので、地域の中で患者と医療機関が組織化されてくる。北欧の例でいうと、都市の大きな病院、つまりセンター病院、それから次に大体中小都市等にあるところのスリー・ディビジョン・ホスピタル、3科病院というべき病院がある。これはいわゆるローカルな病院で、3科というのは内科、外科、産婦人科の三つをさす。そういう3科病院、さらに村の病院がある。これは普通コテージ・ホスピタル、簡易病院とか村の病院といわれ、10ベッドとか20ベッドくらいの規模で、医師が1人いたり、いないときには開業医がくるという病院がある。このように病院が地域に組織化、分化され、ほかに開業医がいる。だから患者は開業医にきてから必要なところへふり向けられるという段階制をとっているわけである。地域医療ということを経験しているが、これは一定の地域内の住民サービスとして、主として大きな病院、中小病院、さらに有床診療所、あるいは無床診療所、開業医というふうに組織化をして、この流れにそってしか医療が受けられないということに原則的になるという点を考えるべきであろう。スウェーデンでは組織化の場合に、隣の県の病院に行く方が便宜が距離的にみてよいとか、こちらの医者にもてもらえという指示があったとかは別であるが、個人がかってに行った場合は診療費が高くなっているようである。つまり、同一地域内で医療需要をいかに消化

するか、ということにかかっている。日本の場合には国民健康保険がようやく都道府県単位に認めていて、他の府県での受診は特約している医療機関にしか認めないという原則がある。不便だといわれているが地域内の医療需要を地域内に適正配置されている医療機関に集中化していくためならば徹底していてよいともいえる。そのかわりに地域内で医療需要が必ず消化されるように医療機関の組織化と配置が考えられていなければならない。ということは、医療の需要側の社会化という言葉に結びつく。医療というものを受ける、医療保険においての給付を受ける、医療保障でサービスを受けるという場合には、医療機関にいてこそ医療というものを受けることができる。そのためには、たんに皆保険にしてもだめで、医療を提供する医療機関の配置の問題を地域内で考えていかなければ絶対にできないわけで、日本はこの点が全然でたらめになっている。まず医療機関の機能分化と日本でいうように、病院で行う病院医療、専門医で行う専門医療、一般開業医が最初みたる初診の段階、あるいは傷病について、いろいろと患者と医師が対話をするという機能をそれぞれの医療機関が持って分化していることも必要である。この場合一番必要なことは、かかりつけの医師で相談ができるようになっていっていることであろうが、そういう機能を都市では一般開業医自体がだんだん失ってきている。これは現在の支払い方式が患者の数に依存しているし、量的に医療を拡大することで投薬すればいいようになり、結局忙しいので、ゆっくり相談もしてられないからである。逆に患者も保険だからどこへいってもいいと考え、薬さえもらえればよいと考えている。そのために、医師と患者の結びつきが失われてきていることが指摘される。前述の家庭医制度は、この点でよく考えられている。しかし反面この制度は、医師の技術が十分発揮できないで、ただ患者の相手をするにすぎないとか、医療行為に報酬が関連しないので医師の意欲がなくなるとか、の批判がある。

VIII む す び

これらが最初に述べたいいわゆる組織化、あるいは体系化の問題であって、医療の保障は保険であっても当面はよろしいが、保険の守る分をきちんときめて、その周囲にこうした問題が整理され制度が確立されるときに医療保障といえると考えてよいであろう。もちろん、将来医療サービスになればそれにこしたことはない。とりあえずは今の医療保険制度を改革し、医療の供給側である医療機関等の問題を考えていく必要がある。

さて、そういう日本の医療保険にはいろいろ問題があり、そのいろいろな問題を解決していくことを今日では抜本改正と呼んでいる。これは長年の宿題になっていて、日本の医療保険の仕組みを根本的に改革して、いまのような矛盾をなくしていくことであり、そのためには私の意見では、供給側の医療制度をどう改革していくかということとむすびつけて考えねばならないと思う。それに対して、とりあえず健康保険の赤字、あるいは増加傾向にある医療費、その医療費をある程度抑制するということからすすめられたのが42年8月の健保特例法である。この特例法は、保険料率の引き上げをはじめ、ご承知のように在来からある被保険者の入院時、初診時の一部負担を引き上げたことと、もう一つは15円以上の薬については、1日1剤15円以上の薬剤について定額15円の一部負担をつけるということを新しくきめた。それと低所得者対策として、診療報酬の月額が低いものは薬剤の一部負担を免除するという事になった。とにかく特例法のねらいは薬の使用をチェックするという、間接的方法によって医療費抑制をこうじたのである。その効果が、前述の42年度の赤字が単年度で急に58億という異例な決算として出てきたとみてよいわけである。それだけ特例法の健保の財政対策としての役割が評価されるわけであるが、反対にそれだけ受診を抑制し国民負担を増加させたことにもなる。

それはそれとして、42年の11月17日に厚生省が自民党の医療基本問題調査会にお目にかけるという形で、抜本改正の試案というものを公表し

た。以後最近にいたるまで、この抜本改正の厚生省の試案をめぐって、自民党の医療基本問題調査会、会長は前の厚生大臣の鈴木善幸氏が就任して、関係諸団体の意見を聴取し、43年の夏以来は、医師団体との対話を数回試みたりした。この抜本改正の一つの焦点は、結局、現行制度をどうするかということである。現行制度のまま考えるといういわゆる調整論、つまり現行制度のなかで保険財政を制度間で調整していくことになるか、あるいは、現行制度を統合してできるだけ一元化してしまうか、被用者保険だけでも統合するか、使用者保険も国民健康保険も一本化するか、の統

合論もある。かくて統合論か、調整論か、という大きな問題が体系上の整備としてあるわけである。しかし、大きな問題はこのほかにもいろいろあるのであって、それがどのように出てくるか、が注目されてよいのである。その意味は、関係団体の意見がどのようにとり入れられているかという興味本位のことではなく、これからのわが国で国民の医療をどのようにして保障していくか、その内容や方法が、医療保険の改革のまえに、大前提としてどう考えられているかが明らかにされることになるからである。