

医療保障の現状と課題

小 山 路 男

I 医療保障の概念

医療保障の概念から話を始めたい。なぜ医療保障というものがこれだけ重大な問題としてわれわれの前にあるのかということを考える場合、私どもが常に悩んでいる問題は疾病というものが、非常に貧困とか生活の不安定というものに密接に結びついていることである。たとえば生活保護に落着く人の6割近くが疾病あるいは傷病によるものである。それゆえに、医療というものは、当然、そういう社会のニーズのために奉仕すべきものである。しかしながら、こんど立場を替えて、医師の立場から見ると、医療行為というものは、医師と患者の個人的信頼関係のうえで成立し、しかもそこで行われる医療行為が、非常に個性的なものである。これが医療の特質である。

ところが、傷病というものが、われわれの社会生活に非常に大きな圧迫を与えている。そうすると、これをなんとかして社会的に防衛しようという必要が出てくるわけであり、それがたとえば健康保険であるとか、国民健康保険であるとかという保険のシステムで医療を提供しようということにつながってくる。しかるにもし、保険のやり方で医療を国民に提供しようとする、どうしてもある程度の枠をはめざるをえない。医療の規格化というが、だいたい1つの病気については、これこれの療法あるいはこれくらいの費用がかかることを予測し、その費用を調達しなければならない。その場合には、どうしても医療のあり方にたいして、なんらかの意味で枠をはめる必要が生じ、そのため非常にむずかしい問題が出てくる。医師というものは自由なプロフェッションであるが、これにたいして、保険のサイドからは、1つの枠を要求せざるをえない。もしその枠を否定するということであれば、そもそも合理的な財政収支の計算が不可能になるわけである。したがって、医療というものをある程度標準化し、規格化して観察することが必要になってくる。けれども医師にとっては、規格化をされるということが、自分の自由を束縛されるというように受け取られ

る。そこに保険と医療の矛盾、基本的な矛盾があるわけである。保険という形ではなくて、あとでいうように、サービスという形で提供するとしても、およそ医療というものを社会的に提供しようとする限りでは、いつでもぶつかる問題、日本独自の問題ではなくて、これはすべての先進資本主義諸国共通の悩みである。その点がいわゆる社会保障一般と医療保障との決定的相違点になる。

社会保障というのは、これは主として所得維持である。所得維持というのは、なにかの事故が起った場合に、一定の所得を保障する。だから、社会保障は所得保障だというのが一般の通説である。たとえば失業の場合に失業保険金があるし、老齢になると年金がある。社会保障はなぜ所得保障であるかといえば、社会保障が保障するのは、一定の所得であって、一定の生活ではないからである。このことは非常に重要で、つまり所得を保障するということは、その個人の消費選択の自由を保障することであり、基本的人権にかかわる問題である。たとえば1万円の金があるとして、それをなにに使うかは、われわれ所有者の自由でなければならない。であるから、所得保障ということは、いつでも一定のノーマルな市民生活における消費の自由ということを前提にして成り立つわけである。

これに対して、医療を保障しようという医療保障の場合には、所得を保障しただけでは不十分である。というのは医療行為というものは、当然、消費生活を規制する。患者が医師の指示に従わなければ、医療保障というのは効果を発揮できない。そこでは個人の自由というものを一時的に制限せざるを得ない。そこが社会保障と医療保障を分ける非常に決定的なもう1つのポイントになる。所得保障ではなく医療の保障ということになると、このような問題が出てくるのである。

しかも所得保障の場合だと、われわれがいうところの社会的事故、失業とか老齢とか、そういう事故があると、すぐお金を払ってしまえばいい。これは保険であれ扶助であれ、ともかくその運営にあたっている主体と、それにカバーされている人とのあいだで、直接にお金のやり

とりがあればよい。ところが医療保障の場合には、保険なり保障の主体と、その対象である国民あるいは労働者の中間に、いつでも医師が介在するわけである。このことが、問題を複雑にする原因になる。ことに日本のように、点数出来高払い方式で、提供された医療の量に応じて医療費が支払われるという仕組みをとっている場合には、この問題がよけいややこしくなる。

基本的な相違はそういうことであり、医療保障の特殊性というのは、いまもいったように、主体と客体の間に医療という行為があり、その医療の行為を行う医師があり、病院があり、医療従事者がある。そしてその立場、利害というものは、それぞれ違った方向に向いている。これが医療問題を、科学的にというか、少なくとも理論的に考察する場合の最大の困難な点である。

その次に医療保障の中身について説明しよう。医療を国民に提供するやり方としては、たとえばイギリスのように、国民保健サービスといって、全部が国の責任で医療を提供するという、サービスとしての医療という形をとる国もある。けれども、大部分の国では、医療保険というものが主体になり、サービスというものがそれを補うという形をとっている。とくに日本ではそうである。そして最後には、貧困に陥った人の医療を守るために扶助という方式が出てくる。生活保護法における医療扶助がそれである。

そこで保険とサービスと扶助、この3者が一体化して国民の医療を守るというところから、医療保障という概念が生れてくるわけであるが、そのうちの保険について少し説明する。保険は、所得に応じて保険料を調達する。その所得というのは無制限ではない。日本の場合、たとえば標準報酬月額というものがあって、3,000円から10万4,000円までの36等級に分けて、それ掛ける1,000分の70を保険料として徴収する。そしてその徴収した保険料で必要とされる医療費をまかなうわけである。保険は、医療保障の中心的な制度である。医療保険あるいは社会保険方式が医療保障の中核でなければならないということがよくいわれるが、それはいま述べたように、所得に応じて保険料を納める。そしてその保険料の範囲で医療費を調達するということが、一般の税金によるよりは、はるかに自動的に、しかも賃金、所得の伸びに応じて弾力的に保険料を徴収できるというメリットをもつからである。

社会保障の財源を大きく税金に依存すると、どうしても国税の伸びの範囲に社会保障がとどまらざるをえない。あるいは地方税の範囲内にとどまらざるをえない。それ

はいいのであるけれども、税金の支払については、各種の行政需要が競合するわけである。たとえば橋をかけた、あるいは住宅をつくりたい、そういうような政策の要求と、医療に向ける財源をもっとふやしたいという要求、いろいろな関係が競合する。そのため税金に多くを依存するような国の社会保障というのは、あまり経済成長に弾力的には伸びていないのである。たとえばイギリスとか北欧諸国というような国は、国あるいは地方自治体の出す費用、つまり税金であるが、それに半分以上、財源を依存している。医療のごときはほとんどすべてが、イギリスの場合、そうであるし、あるいは北欧諸国の場合は、病院などは地方自治体が経営している。そういうやり方をしている国の社会保障の伸びというものはかなり限られている。あるいはあまり弾力的に伸びにくいということだけはご注意願いたい。たとえば対国民所得比でみると、イギリス・北欧型というのは、せいぜい13%から15%ぐらいの間であるが、他方、保険を中心にして社会保障を組み立てている国、たとえば西ドイツ、フランスといったような国では、国民所得の20%ぐらいを社会保障に振り向けている。そういうことが可能なもの、やはり保険方式を中心とするからである。

日本の場合には、いうまでもなく、医療保険というものが中心になっている。そして、サービスとしては、公衆衛生的なサービス、および特定の疾病にたいする公費負担制度がある。この公費負担制度についても、若干説明しておく。公費負担医療の特質の1つは、その疾病を、放置しておくと社会的に危険だという性格である。たとえば、結核や精神病などの場合には、個別的な保健の問題ではなくて、社会的に防衛しなければならない。さらに、これらの疾病はいちじるしく国民生活の不安定に結びつく。たとえば結核は貧困に結びつくような疾病であるし、精神病の場合も、やはり同じで、治療に長い期間かかる。そういう特殊性があるわけである。

このサービスと保険とのあいだをどういうふうに区画づけるかということは、非常に大きな問題である。ただ、現在のところでは、結核予防法や精神衛生法がありながら、本来それが受け持つべき医療も医療保険が持っているというケースが多い。この保険とサービスとの区画整理ができていないというところに大きな問題がある。それから医療扶助が最近非常にふえており、生活保護費の6割ぐらいが医療扶助で占められている。依然として病気が、貧困の固い核になっている。このことは、疾病のもつ要救護性をまざまざとわれわれに物語っている。

わが国は昭和36年から国民皆保険ということになっ

た。従来、市町村で行っていた国民健康保険と各事業所で行っていた健康保険あるいは共済組合、その他全体で8つの制度があるが、これら8つの制度から取り残されていた人たちが、30年代初頭で約1,000万といわれた。これらは、独立自営業者、5人未満事業所の従事者、サービス業、その他雑多な階層である。こういった人たちは、本来、医療の保護を最も必要としている。そこでこういう人びとをまとめて国民健康保険でカバーしようということで昭和36年に国民皆保険が成立した。

皆保険の成立のときに中心となったのは、なんといっても、東京、横浜、神戸、大阪などの大都市での国民健康保険の実施であった。農村のほうは、昭和33年の新法以来、徐々に実施して、ほぼ解決済みであったけれども、大都市における国保の適用は、非常に大きな地方財政の問題であったし、それどころか国の医療保障の政策の上からも、非常に大変な問題であったというように理解しているわけである。

そこでともかく皆保険が実現されたのであるが、問題は皆保険をやりっぱなしで、アフターケアができていないことである。現在、未適用人口というのは、ほとんどネグリジブルということになっているけれども、現にたとえば大都市のスラムなどでは、医療保険を全然適用されていない人もある。把握が困難で、たえず異動している、あるいは居所不定、不明といった人びともいる。

ところが、日本の皆保険は国際的に見ると、非常に特殊なものであることにご注意願いたい。皆保険が成立している国、たとえば北欧諸国、スウェーデンなどを例にとってみると、地域保険が広がっていった、国民全体の皆保険が成立する。つまり国民生活の中心が地域にあって、その地域の結合、地域の相互扶助的な保険のシステムが全国に広がった皆保険である。それから職域保険ということになると、従来のいう労働者保険の伝統もあり、そういう感覚が色濃く残っている。たとえば西ドイツのような典型的な社会保険中心主義の国においては、85%程度がカバーされているだけで、残りの15%の国民は未適用である。日本の特殊性は、自営業者というのが、農業をはじめとして、非常に零細で、しかも経済力が乏しいということから生じている。これに対して労働者保険の成立している国では、雇用者化が非常に進んでいる。これらの国では、そこに残されてくる自営業者は日本の場合と異なっている。自営業者を無視することが非常に大きな社会的問題をひきおこすということはない。

わが国では、いわゆる経済の二重構造といわれるものがあって、近代化されてきた労使関係の支配する職域と、

それから全然それが及ばない地域と、この2つがある。地域については、昭和13年以来、国民健康保険を実施してきた。最初のうちは地域の市町村の任意な組合運営であったものが、戦後は市町村営になる。しかも昭和33年の新法によって、その運営を強制することによって皆保険を実現した。その場合の地域というものは、だから、ヨーロッパで考えられているような意味での地域性、つまり地域共同体というような関係で、相互扶助の観点から医療保険が進められてきたというよりは、むしろ上から行政的に市町村に経営を命ずるという格好で皆保険ができた。このことが国保の問題を議論する場合の非常に大きな問題になる。いずれにしても、職域と地域の2本建てによる皆保険体制の確立というのは、国際的に見ても、かなりユニークな制度、特殊な制度である。これは決して1つの原理によって成り上がったものではない。昭和2年から実施された健康保険が、ドイツ型のものをふむとすれば、国民健康保険は、むしろ北欧的な地域保険の感覚である。そこにズレが出てきている。そのズレというものが抛出と給付の両面においていろいろな不均衡を巻き起す原因になっている。しかも、近い将来、解決されるという見通しもない。

さらに皆保険体制を実施する場合には、それなりの準備が必要であった。医療機関の適正配置、公費負担医療のあり方、医療費の支払い方式などについての詰めた施策が必要であった。ところが、皆保険を前にして、医療保障制度に関する勧告とか、若干の議論はあったが、日本の医療制度にたいするきめ手を欠いたまま皆保険を実施してしまった。けれども、当時の情勢を考えると、かなりむりをしてでも走らざるをえなかったという面もあるわけである。

その背景には、昭和35年の中ごろから深刻化してきた高度経済成長のひずみの問題があった。たとえば池田内閣の成立したときには、減税と公共投資と並んで、社会保障が1本の重要な政策公約であった。そこでやるべきことは少しぐらいむりしてでも、とにかく走ってしまおう。走るについては、どれだけ厚生省当局が、たとえば医師会の側に神経をつかったかということは、すでに歴史的に明らかである。そして、この36年の皆保険を境にして、保険と医療の相互対立関係というのが真正面に出てくる。結局、前提条件について、30年代の前半からかなり議論されたのにもかかわらず、当時の政治的な関係で、手も打たれないで皆保険が実現されたということである。

II 保険財政の全般的窮乏

皆保険の実現は、医師にとっても、非常に重要な意味をもった。というのは、従来は自由診療の余地があった。これによって、それぞれ医師と患者の個人的信頼関係に基いて、自由な診療報酬がえられたわけである。ところが、国民の医療のほとんどが保険で提供されるとなれば、こんどは保険で支払われる医療費がどれだけの額になるかというのは、医師にとっては死活にかかわる問題である。しかも日本の医師は、明治以来、自由開業医制を根幹にしている。であるから、医師というのは、結局、営利原則に基いて医業を經營する。こういうことで、とにかく医療は医療で自由な方向へ行こうとする。保険は保険で1つの全体のイメージというか、あり方論、社会保障の一環としての医療保険と、大上段にふりかぶった議論になってしまう。

そこではじまったのは、保険と医療の矛盾の激化である。しかも30年代後半から物価がどんどん上がり出す。労働力が不足しはじめる。しかもその間、疾病構造が変化してくる。30年代の前半までの日本における最大の問題は結核であったが、この時期になると、結核の比重は低下する。結核が、医療費のなかのきわめて大きなシェアを占める時代はすぎ去った。そして日本の医師たちは、皆保険を前にして、診療報酬の引き上げを要求した。それが36年からはじまる。こうして、保険と医療の矛盾、対立、診療報酬の引き上げ、疾病構造の変化、それからもう1つ薬剤の大量投与という医療のビヘービアの変化が加わった。

そのほかに医療技術が非常に長足の進歩をとげた。たとえば胃カメラや眼底カメラなどというものが普及するものこの頃である。よくきく薬も発見された。副腎皮質ホルモン、クロマイをはじめ、結核予防薬にしても、カナマイシンなどいろいろの薬が開発される。

そういうことで、矛盾の激化とともに、医療費を引き上げる諸要因が、36年から40年までを襲ったわけである。そこで出てきたのは医療費の爆発的増加である。昭和36年から40年までをとってみて、国民総医療費の伸びを見ると年間20%から25%の間である。このように医療費の伸びが高くては、保険で医療がまかないきれなくなる。賃金や所得の伸びが約年間12~3%であるのに対し、医療費が20%を越えて伸びれば、保険財政の悪化は必然的である。しかも国民皆保険をやり、国民健康保険の場合には給付率の改善もやった。そうすると、受診の量がどんどん増加する。

表1 単年度収支及び累積赤字額の年度別収支

(単位 億円)

	36	37	38	39	40	41	42	43
単年度収支	28	△16	△131	△363	△497	△266	△58	△88
累積赤字額(△)	—	—	—	△173	△669	△978	△1,099	△1,187

以上のように考えてみると、36年から40年にかけての医療費の増大がいかにもすさまじかったかということがわかるわけである。

表1でもわかるように、私は40年がヤマだと思う。40年ごろからややこれが沈静気味になった。ちなみに43年の赤字は、この表では88億となっているが、実際の赤字は24億である。あとは累積赤字の利息である。24億というと現在3,700~3,800億の政管健保の財政規模からみれば、もはや無視しう程度の赤字である。なぜこのように36年から40年に医療費が伸びたかといえば、これは私の造語であるが、医療のビヘービアが変わったことも大きな原因である。

ビヘービアということばは、医療の態度、態勢をさすが、そういうものが変わってきた。これが1つの原因になって赤字が出てきた。

そのほかに国民健康保険にいたっては、給付率の改善を年次計画でやった。全世帯員7割給付を実施したために、国庫負担だけでも来年度は3,000億を突破してしまうほどにふくれ上っている。組合管掌健保でも、ずいぶんいろいろなことで苦勞している。つまり、政府管掌健保だけでなく、医療保険全体が財政的に悪化してきた。このことは非常に重要な点で、これをなんとかしなければならぬということに、当然なるかと思うのである。

III 財政の相対的安定と健保特例法

財政の相対的安定と健保特例法についてのべてみたい。表2によると、36年から40年までは、保険料の対前年伸び率というのは、37年の13.8%を最高に、だいたい10%から11%程度である。一番右側の医療給付費の伸びは、36年の15.4%を最低にして、39年が21.6%と非常に高い伸びを示している。なお、保険給付費には、このほかに傷病手当金等、各種手当金に加わっている。問題は医療費だが、これをみるとどうも39年がヤマで、40年になるとやや鈍化し、41年、2年、3年と全体的にやや沈静化の方向に向ってきている。

ただこれだけを見たのではわからないので、そこで弾性値を見ていただきたい。これによると、40年までは1を上回っているが、41年以後は1を割っている。41年

表 2 被保険者 1 人当り保険料、保険給付費の推移

年 度	1 人 当 り 保 険 料		1 人当り保険給付費		1 人当り医療給付費		医療給付 費の保険 料弾性値
	額	対前年度 増加率	額	対前年度 増加率	額	対前年度 増加率	
36	12,034 ^円	10.5%	11,689 ^円	14.8%	10,145 ^円	15.4%	1.467
37	13,697	13.8	13,730	17.5	11,878	17.1	1.239
38	15,318	11.8	16,346	19.1	14,320	20.6	1.746
39	16,980	10.8	19,648	20.2	17,419	21.6	2.000
40	18,889	11.2	23,160	17.9	20,731	19.0	1.696
41	22,604	19.7	25,937	12.0	23,397	12.9	0.655
42	26,306	16.4	28,507	9.9	25,708	9.9	0.604
43	30,410	15.6	32,315	13.4	29,258	13.8	0.885

でなぜこんなに保険料が伸びたかという、健康保険法の改正があって、41 年からは、従来 5 万 2,000 円の頭打ちが 10 万 4,000 円までになったことが大きな要因になっている。ところが、42 年、43 年も、保険料の伸びはかなりいちじるしい。一方医療費の伸びは、これを下回っている。どうやらこの調子だと、保険料の伸びの範囲内で医療費が伸びていくというメドがつくのである。単年度収支が赤字だ、黒字だという議論、これも大切であるが、弾性値をみればいま赤字でも、実は基調は黒字基調だということが判定できるわけである。

いずれにしても、医療費の伸びが 41 年から鈍化傾向に入ってきているということは、十分注目してよしい。ただし、43 年の伸びがちょっと大きいのが心配であるし、44 年度は、医療費の緊急是正であるから、また上るのではないかという懸念もある。しかしいずれにしても、いまのところ、相対的に安定してきている。その安定してきた理由の 1 つは、これ以上医療費が上げられないという限度に達したということが考えられる。まず受診の量があまりふえすぎて、医者は多忙になりすぎている。また、薬剤や検査にしても、一定の限界がある。このようなわけで医療費の伸びというのは鈍化している。当面の問題は緊急是正の幅、これが財政的にどうハネ返るかということになる。しかし、36 年から 40 年までの間に見られたような、あの激しい医療費の増加というのは、まず期待されないだろうし、二度と起してはならぬと思う。

そういう意味でいうと、42 年の健康保険特例法が、薬剤費の一部負担をかけ、初診料を 200 円にし、入院料を 60 円にした。あの健康保険特例法のために臨時国会まで開くというような、激しい政治的対立の問題に医療の問題がなったということは、非常に注目すべきことである。薬剤費の一部負担をかけたという意味は、患者に

薬代の一部を負担させるだけで、ほかに意味はないというのが厚生省当局の説明で、これは単なる財政対策だということであった。いやそんなことはないだろうというのが野党側の追及であった。ともかく、この論争によって、日本の医療がいかにかたよっているか——現在医療費の 4 割が薬代であるというような、かたよった医療の矛盾というものが、明らかにされた。それまでは、医師は、自分が買っている薬の値段を調べることを拒否していた。医師というのはプロフェッションだから、プロフェッションの原価計算をきくとは何事であるかというのがその理由であった。ところが、42 年にあれだけ争ったおかげで、薬価調査をどうしてもものまざるをえなかったし、その結果 42 年の 10 月から 10.2% の薬価基準の引き下げが行われた。さらに 44 年 1 月には 5.6% 引き下げられた。このように、特例法をめぐる論争の過程で、これらの矛盾が指摘され、薬にかたよっている医療の姿が国民の前にいやというほど明らかにされたところ、特例法の効果があったと私は思う。いわば教育的な効果である。

その場合に、波及効果についても種々の議論が行われた。つまり当局がいうように、薬代の一部負担は 15 億にしすぎないというようなことはおかしい。15 億の財政が節約されるばかりでなく、薬代の一部負担をかけたら、きっと受診を抑制する。国民の欲する医療を、いつでも、どこでも、最良の医療を受けさせるのが医療保障だという立場からすれば、薬代の一部負担をかけるのはとんでもない話だという理屈になる。そこで国民の健康と福祉を害する特例法は天下の悪法だという議論もあったのである。そこで受診抑制の波及効果があったはずだ、その効果たるや実に大きくて、これは 200 億になるとか、300 億になるとかというような議論が非常に多かったのである。しかし、薬剤費一部負担の財政効果を正確

に推計することはむりである。なぜかという、1つは42年10月の10.2%の薬剤費の引き下げ、それから12月の7.68%の医療費の引き上げ、これで、医療費の支払い方式が変わっている。たとえば再診料を認めるとか、内科加算などで、最近の医療の特徴は、薬剤偏重という傾向はいぜんとして直らないけれども、検査がふえている。また、剤数日数比例方式を廃止した。

剤数日数比例方式のもとでは、薬の種類が多くなるほど、日数が長くなるほど、技術料をよけいに支払っていた。だから、たくさんの種類の薬を長期間にわたって投与することにより、医師はもうかっていた。ところが、これを1本化して、処方の場合には、剤数日数比例方式

というのは認めないことにした。調剤料には残っているけれども。

そういういろいろな要因が複雑にからみ合っていて、簡単に1日1剤15円以上の薬に対する一部負担が、そのまま受診を抑制したという理屈にはならない。しかも妙な減免措置が行われた。2万4,000円以下の方は、薬剤費の一部負担を払わなくてもいい、家族が1人ふえるたびに6,000円ずつ足す。そのような細かいことがあって、特例法の役割りというのは、そんな意味で一時的にショック療法を与えたと見たほうがよろしい。ショックというのは長つづきするものではないということである。であるから、私は、薬剤費の一部負担を残しても、それ

表3 都道府県別各種指標の順位(昭和41年)

	受診率 (A)	1件当り金額 (B)	1人当り医療費 (C)	医師数(D) (10万対)	1人当り標準報酬 (E)
北海道	35	3	19	38	12
青森	34	2	15	28	37
岩手	36	10	24	26	41
宮城	29	8	20	10	21
秋田	39	12	28	45	39
山形	33	43	43	43	40
福島	37	19	33	35	38
茨城	38	37	40	44	29
栃木	40	31	37	41	22
群馬	24	20	21	25	20
埼玉県	19	46	39	46	7
千葉県	9	45	34	33	6
東京都	46	34	45	6	1
神奈川県	26	44	41	31	2
新潟県	27	27	30	27	25
富山県	23	36	27	29	24
石川県	20	35	22	2	17
福井県	32	41	42	37	33
山梨県	43	40	44	39	28
長野県	28	29	32	22	30
岐阜県	41	28	38	34	19
静岡県	44	42	46	40	10
愛知県	45	7	36	20.5	9
三重県	30	26	29	19	14
滋賀県	31	22	31	32	15
京都府	13	1	1	1	4
大阪府	42	21	35	7	3
兵庫県	21	33	23	14	5
奈良県	6	13	8	15	13
和歌山県	15	39	25	18	8
鳥取県	22	18	16	3	45
島根県	7	38	17	24	46
岡山県	8	5	5	8	27
広島県	16	30	18	9	11
山口県	18	23	14	13	18
徳島県	2	15	2	5	36
香川県	14	9	10	16	35
愛媛県	12	4	7	36	34
高知県	3	14	4	17	26
福岡県	17	6	9	4	16
佐賀県	1	17	3	20.5	43
長門県	11	16	12	11	23
熊本県	4	11	6	12	42
大分県	10	25	13	23	32
宮崎県	25	32	26	42	44
鹿児島県	5	24	11	30	31

ほど大きな効果はなかったと見る。30 億から 60 億ぐらいの違いはあったかもしれないけれども、それ以上の大きな差はなかったろう。やはり薬剤費の一部負担の果たすべき役割りというのは、もはや終わったと私は見るのである。

IV 保険医療の地域的格差

医療費の地域格差について若干説明しておきたい。表 3 は昭和 41 年の都道府県別各種指標の順位で、これは非常に興味のある問題である。たとえば 1 人あたり医療給付費の一番は京都である。41 年の数字で、京都の 1 人あたり医療費が 3 万 4,801 円。最低は静岡である。42 年は東京になったけれどもだいたい東京、静岡というのは、毎年低い。静岡の医療費は 1 万 7,225 円である。ちょっと見ただけでも、倍以上の差がある。全国の平均で見ると、2 万 3,252 円。受診率が高いのは佐賀県である。佐賀県という県は、国保の受診率はそれほど高くないが、政管の受診率は非常に高い。医療費もしたがって佐賀は全国で 3 位である。1 件あたり医療費はそう高くないのだが、受診率が高いから、このようになる。

1 人あたり医療費が高い都道府県というのは、京都、徳島、高知、岡山、ついで奈良が入ったり佐賀が入ったり、熊本が入ったりする。このように、日本の医療費の地域差というのは、西高東低型であり、また貧困県、財政能力の低い県ほど医療費が高いという傾向が見えている。それも受診率が高いために医療費が高い県と、1 件あたり医療費が高いために医療費が高くなる県と、いろいろなタイプがある。1 人あたり標準報酬との関係でも興味深い。

では、なぜこのように大きな地域差が出てくるのかということになるが、実はこれはよくわからないのである。私はこの 2～3 年の仕事として、この原因を分析しようと思っているが、この順位にどうも関係がありそうな要因を調べてみると、一番大きいのは人口 10 万人あたりの医師の数らしい。医師の数が多いところほど、1 人あたりの医療費が高くなるらしい。逆にいえば、医療機関の分布のアンバランスが医療費の地域差を生んでいる要因の 1 つと考えられそうである。ただし、これには大きな例外がある。というのは、東京と大阪で、東京、大阪は、人口 10 万単位で見ると、医師の数は多いけれども、医療費は低い。それから医師の数が一番少ないのは、実に意外なことに、埼玉県である。だが、それがあまり大きな問題にならないのは、交通の便がいいからである。ところが、青森とか岩手などは、医師数は特に低いわけ

ではない。にもかかわらず、無医村地帯が問題になるということは、交通の問題、とくに冬季の積雪地帯の交通が不便だということが、やはり非常に大きな影響を与えるのではないか。

それから医師の数が少なければ少ないほど、1 人あたり医療費は下る傾向にあるが、しかし、医師の数は少なくても、1 件あたりでは高いところもある。医師の数が少ないから、需要と供給の関係からいって医師の力が強い。医師の力が強ければ、医療費は 1 件あたりについて上がるというようなこともある。それから京都は、医師の数は全国最高である。念のために実数をいうと、医師数は、昭和 41 年末で、全国平均で、人口 10 万対 111.8 である。ところが、最高の京都は 172.9 人もいる。最低の埼玉県にいたっては、71.9 人しかいない。こういう問題がある。この分析は、なにも医師の数ばかりでなく、病院の数とか、とくにベッドの数なども調べてみないと、はっきりしたことはいえないが、ともかくいかに日本の医療がちぐはぐかということがわかると思う。

つまり受診の機会に恵まれすぎているようなところもある。同様な平均的な病気にしてみても、1 件あたり金額でも、上と下ではやはり 2 倍ぐらいの差がある。受診率もそのぐらいの差がある。ある人にそのことをきいたら、県民性であろうというようなことをおっしゃる。あるいは地域の特殊性、冬寒いからだとか、そのためにゼンソクが多くなることかというのであるけれども、同じ寒いところを比較してみても、かならずしもそれが成り立たない。非常に不合理な要因で地域差が生み出されてきている。

ともかく私は、厚生行政全般あるいは社会福祉行政全般を、できるだけ計量化するとか、少なくとも計測しようということがだいじな時期にきているように思う。ところが、いままでの日本の厚生行政のあり方とか、あるいは実務家の感覚というのは、法律の施行は忠実にやる。だが、なんのためにそうやっているのかということについて、あまり反省がなかったように思われる。

V 抜本改正の必然性

現在の日本の医療保険の 8 つの制度というのは、健保、船員保険、日雇、国家公務員共済、公共企業体職員等共済、地方公務員共済、私立学校教職員共済、国民健康保険の 8 つである。これがてんでばらばらである。たとえば公務員共済の場合は、本俸方式で保険料を取っているはずである。頭打ちはないが、一種の官庁式の号俸の

頭打ちがあるから、頭打ちがあるのと同じである。それから健康保険はさきほどいったように、3,000円から10万4,000円まで、船保はまた違うし、私立学校共済も標準報酬のつかみ方も段階の切り方も違うし、料率のかけ方も違う。健康保険組合は標準報酬のかけ方は同じであるけれども、率が違う。事業主負担が多くて、被保険者の負担が少ない。現在健康保険組合の保険料は平均で1,000分の68ぐらいであるが、それを6対4の割合で負担している。それはなぜかという、健康保険組合には事業主の労務管理的部分が入っているからである。

このように、日本の医療保険制度は、目の当たるいいところにいる人にはよくできているけれども、負担能力が乏しく、医療の保護を最も必要とする階層に対しては、かえって手当てが薄いという問題がある。また国保まで7割の給付になったのに、政府管掌保険の家族だけが5割給付だというように、抛出と給付のアンバランスがある。やはり給付面の改善としては、政府管掌健康保険の被保険者の7割給付の実現は避けられないし、ぜひ実現しなければならない問題だと思う。保険料についてみると、健康保険組合は安い。政管は高い。医療保障という立場から見れば、できる限り財政能力を平均化する必要がある。そういうことからいま問題になっているのが、財政調整ということである。

財政調整というのは、一口でいえば、財政能力の豊かな保険から、財政能力の乏しい保険へ金を分けようということである。だから、こんどの抜本改正の中心的問題は、7割給付の実現、そのために財政調整により保険制度全体のバランスをとろうということ、もう1つは、老人医療の改善である。老人の医療面における保護をどうするか。これと老人福祉対策をどうかみ合わせるか。東京都のやり方はどうか。あるいは厚生省の提案している老人保険の構想ではどうか。いろいろな問題があるが、そういうことを議論せざるをえない。

そういう保険への手当てをやると同時に、一方、日本の医療制度の持っている矛盾をどういうふうに解決していくかという問題も当然出てくる。自由開業医制であるとか、医薬分業は行われていない、あるいは医師がほしいところに医師がこない。そういう医療制度の持っている矛盾をどうするか。あるいは健康保険の制度的手直し

をしても、保険料が伸びる以上に医療費が勝手に走られたのではたまらない。だから、国民の負担しうる範囲で医療費が伸びてくれるのはよい。ところが残念ながら、従来の傾向を見ると、かならずしも国民が納得しうるような形で医療費は伸びてきていない。ある程度、医学、医術が進歩するから、その分がふえるといっても、それが13%も自然増があったのではまったものではない。こうなると、本当の意味の自然増加というものと、どうもわけのわからないものとを区別してもらわなければならない。そういう問題がある。

私は医者ではないから、医療制度というのはどう改革しなければならないかという議論はあまりしたくないけれども、しかし保険をやっているもののサイドからいえば、医療費というのは、われわれの賃金、所得の伸びに応じて伸びてもらわなければ困るということである。

そういう医療制度の持っている矛盾ということをや、やはりなにかの形で手当てしなければいけない。当面の改革の方向というのは、いまいったような、保険の側の手当てであって、とくに地方の場合には、国民健康保険の改正が非常に大きな眼目になるかと思う。

国民健康保険は、ご存知のように、現在定率4割の国庫負担に、5分の財政調整交付金をつけているが、これは保険料と同額の国庫負担を行うというような改正になるらしい。つまり7割給付の半分を国保税あるいは国民健康保険料として取る。残りの半分は国が補助する。保険料にリンクして国が35%負担し、あとの10%相当分は財政調整交付金にまわすということである。しかし、保険料といっても、いろいろアンバランスがある。たとえば東京都の23区の国民健康保険の均等割は1人年間600円だから、月50円だったと思う。かと思うと山間へき地へ行くと、均等割がかえって高いというような問題がある。そこで保険料を標準化して、標準保険料という形で、医療費と所得に見合った保険料を負担していただく。こういう方向に改革せざるをえない。

いまの改革が保険制度の改革にかたよっていて、医療制度はなにもやっていないじゃないかという批評があることは事実である。けれども、ものというのは、そう一挙にいくものではないので、まず保険を改革し、その上で医療の手当てを講じていくことが大切であろうかと思う。