

## 医療保障の問題点

佐 口 卓

### I 社会保障と医療保障

私どもが医療保障ということをいっているけれども、この言葉は外国では必ずしもあてはまらないということがいえる。つまり医療保障というのは、きわめて基本的な表現であるといってさしつかえないと思う。というのは、たとえば医療保障という場合にあてはまる英語を探すと、medical care というような表現になる。それからもう一つは、health service といういい方にもなる。あるいは、保険方式を多くの国が使っているので、medical insurance という場合もなくはないが、多くは health insurance (健康保険)、あるいは sickness insurance (疾病保険)、というふうな使い方をしている。それでは、なぜ日本で医療保障という言葉ができたのか、ということになると、これは社会保障という体系のなかでの医療を扱うものだという考え方のなかから出てきたといってさしつかえないであろう。

その一つの手掛りは、社会保障はすべて所得保障である、といわれることにある。つまり、生まれてから死ぬまでの一生にわたり、所得がついて回るようにすることであると考える。もっと端的に言えば、義務教育終了までの年少者に対しては児童手当がついてくる、それから、義務教育を終えて労働市場に出てきて、労働力の売り手となって働く状態のなかでは、賃金と雇用という問題を前提として、なおかつ傷病であるとか、廃疾、傷害になったとか、失業したとかいうふうに所得を失う状態に陥ったときには、それぞれの社会保険制度から賃金、所得にかわるべきものが給付されて生活を保っていく、さらに老齢になり、もはや労働力を失うという状態が起きてくると、老齢年金が老後の生活を保障する、という仕組みになっている。それから、働いている間に死亡した場合には、遺族年金に振り替わって、配偶者あるいはその子供に生活を保障する仕組みをとるわけである。だから、生まれてから死ぬまでの間の一貫した所得の保障という体系が社会保障の中心をなすとらえていることになる。もちろん、こういって、そうした社会保障はあま

りにも経済的な立場からのみとらえすぎているのではなかろうか、あるいは、きびしく所得保障を限定してしまうことは、社会保障にいただいている国民の期待を裏切るのではなかろうか、などとの批判が寄せられるのは当然である。

もちろん各国の社会保障は、関連するその他の諸制度がこの所得保障を中心にからまってできている。が、その各国の社会保障のできた条件、あるいは、その背後にある問題というのは、これはやはり歴史的な、それぞれの国の事情によっている点が多いわけである。

入門的にいわれることとして、社会保障という問題をとらえたときに、救貧法の流れがあって、貧困者を対象にした生活保障の歴史がある。もう一つは、労働者階級とを対象にした社会保険の歴史がある。この二つが重なって国民全体に対する生活保障制度を打ち立てたときに、はじめて社会保障というものが成立した、と説明がなされている。事実、1942年の社会保障としては最初の文献になるILOの『社会保障入門 (Approaches to Social Security)』という本に貫かれている考え方は、公的扶助と社会保険とが合わさってできる制度という解説になっている。多くの国は、そういう社会保険と公的扶助を中心として展開をしているが、それは長い間の救貧法の歴史、あるいは、社会保険の歴史の積重ねのなかから出てきているのであって、その意味において、社会保障が歴史的形成体であるという議論が生まれているゆえんであると考えてよい。

ただ、しかしながら、もしそういう歴史をもたない国が社会保障をつくったらどういふものができ上がるだろうかということを考えてみると、その例はたまたまニュージーランドにある。現在では世界の国々ではきわめてまれな例になっていると思うが、ニュージーランドにおいては、公的扶助でも保険でもない制度のかたちをとっている。話が前後するけれども、わが国ではイギリスの社会保障を、資本主義のなかにおける一つの典型的なものであるというふうにとらえ、だいたい昭和30年に至るまでの間、つまり日本の経済成長が始まるまでの間の

政府その他の見解というものは、このかたちとしての社会保障に近づくという傾向があったとみられる。もちろん、経済成長のなかにおいては、この考え方は捨て去られて、現在では、「1970年代」といわれる時代の問題にたいする社会保障のあり方として、西ドイツのような方向に動いていこうとする傾向にあるものと思われる。この点は経済企画庁等の社会保障の計画等をみたときに、はっきりとあらわれている。

さて、そのイギリスが世界の資本主義国にさきがけて、社会保障をつくったという背景はなにかといえば、もちろん救貧法や社会保険の歴史の積重ね、そして戦後のイギリスの社会事情、政治事情から生まれたことは事実である。けれども、このイギリスの制度の見本となったり、あるいは、イギリスが制度づくりの実験をしたといわれるのは1938年にできたニュージーランドの社会保障である。どうも植民地で実験したというのは臆測であるが、重大な関心をよせたことはまちがいない。

思えば、戦前にあって、社会保障と名乗る制度をつくったいちばん早い国は、1935年のアメリカである。しかしながら、このアメリカの社会保障は、少し特殊なかたちをもっていたり、あるいは、いわゆる世界恐慌の跡片付けの一つとしてニューディール政策の一環としてルーズベルトが行なった政策である。したがって、私どもが考えている社会保障とは少しかたちが違っている。事実アメリカでは、1935年当時に社会保障法という統一法を出して社会保障をやったけれども、これに対して、各国はまったく反応しなかったといってよい。日本においても、たまたまアメリカに社会保険ができた、当時、社会保障法という名があったにもかかわらず、と理解したにとどまっていた。

ところが、1938年に同じく社会保障法という統一法の名において、ニュージーランドで社会保障制度ができたときには、世間はなんらの反応をも示すところではなかった。

ニュージーランドでは、どういうかたちの社会保障をつくったかという、一言でいえば、保険でも扶助でもない新しいかたちの社会保障をつくったのである。なぜ保険でもない扶助でもない新しい社会保障ができたのか。これは先ほどからいっている歴史がなかったという言葉で説明できる。つまり、ニュージーランドが独立したのはわずか100年前のことである。建国以来100年しか経っていない若い国なのである。1938年当時においては、建国以来半世紀にみたない時代で、農業国として、開拓移民が牧畜を中心に開拓を進めていった。この国では、

歴史の浅さから他の国にみられるような社会的制度はあまりもっていなかった。当時において、労働党が政権をとり、そして1938年にこの社会保障法を成立させたが、歴史的な事情を考慮して制度をつくる必要はなかったのである。

ところが、イギリスはこの制度に関心を示したが、結果としては、まったくニュージーランドとは異質なものをつくりあげたわけである。それは、国民保険と呼んでいる社会保険を中心とした制度であった。ここで注釈を加えておかなければならないのは、日本の人々の多くが、社会保障というと、すべて無料でなんでもサービスが行なわれるというように考えている点である。あるいは、イギリスの社会保障といえば、イギリスの市民はすべて無料でなんらのサービスを受けていると理解している場合が多いが、実際は社会保険を中心に行っているという実情をみておく必要があるということである。

さて、ニュージーランドの制度が、社会保障として新しいかたちを示して登場してきたときに、それが世界各国にどのような影響を与えたかということ、イギリスをはじめとして、戦後多くの国が社会保障に力を入れたにもかかわらず、ニュージーランドのような形式はとられていなかったのが実情である。ということは、すでに述べた歴史的な諸制度を先進国はすでにもっている関係上、ある程度の変更は許されるとしても、根本的にそれらの制度をくつがえすことはできなかったということである。

したがって、日本の場合にこの問題をあてはめても、いろいろの議論や提案が社会保障をめぐる戦後から今日まであったことは事実としても、いぜんとして戦前からの救貧法の流れをくんでいる生活保護は存在しているし、社会保険としての健保、国保、その他のいろいろなものが厳然として存在をしている。年金にしても厚生年金が中心であり、これに対して国民年金が新たに付け加えられてきたのである。やはり歴史的な背景のなかでは、こうした社会制度の改革はある程度できるかもしれないが、根本的にくつがえして新しいものにとって代わることができないことを示しているようである。

やはり、いずれの国においても、所得保障が中心であるということが事実であり、経済的立場からのみとらえすぎるのではないかといわれるが、中心は所得保障であって、それにどのような制度がからまってくるかということで、各国の制度の中身は相当違っている。

まず表1を見ると、これはアメリカの調査からとってある表であるが、各国の社会保障制度の制度別、年次別実施数がわかる。戦後の1940年（昭和15年）から1969

表1 各国の社会保障制度の制度別・年次別実施数

| 制度      | 年次 | 1940 | 1949 | 1958 | 1961 | 1964 | 1967 | 1969 |
|---------|----|------|------|------|------|------|------|------|
| なんらかの制度 |    | 57   | 58   | 80   | 100  | 112  | 120  | 123  |
| 老齢・遺族   |    | 33   | 44   | 58   | 64   | 78   | 92   | 97   |
| 疾病・出産   |    | 24   | 36   | 59   | 59   | 64   | 65   | 68   |
| 労働災害    |    | 57   | 57   | 77   | 100  | 110  | 117  | 120  |
| 失業      |    | 21   | 22   | 26   | 30   | 32   | 34   | 34   |
| 家族手当    |    | 7    | 27   | 38   | 60   | 62   | 62   | 62   |

年（昭和44年）までを制度別に並べたものである。なんらかの制度とあるのは、とにかく社会保障を考えられる制度という意味である。それをみていくと、戦前は57カ国が実施していたと考えられるのが、1969年には123国に伸びている。いま世界の国々のうち、99%の国がなんらかの社会保障制度をもっているということ、さらに戦前にくらべて、戦後急速にこの制度がふえていることがわかる。

次に制度別には老齢・廃疾遺族、疾病・出産、労働災害、失業、家族手当となっており、それぞれ実施している国の数をあげているが、まず注目すべきは労働災害である。それは戦前57カ国であったものが現在では120カ国になっている。やはり社会保障のなかにおいて、働くものにとっての業務上の災害の保障ということが中心になってることがわかる。

戦後、非常にふえているものは家族手当である。日本では民間企業の賃金の付加給としての扶養手当ないし家族手当とまちがいやすいために、はっきりと児童手当と呼んでいるが、国際的には家族手当という呼び方で通用している。それは戦前7カ国であったものが、1950年から60年にかけて急速にふえ、61年からはほとんどふえていないかたちであるが、その増加傾向は、戦後に激しいことがわかる。老齢・廃疾の1969年をみると、労働災害について97という数を示しており、1940年の33に対しては、約3倍の増加傾向を示している。ということは、年令というものが非常に重要視されているということである。それに対して、疾病・出産という医療に関するものが意外と少ない数であるし、増加傾向をみても年金には及ばない。したがって、これはあとからの問題になるように、一体、日本の社会保障は医療に片寄っているのかという問題を提起した場合に、どうも多くの国は、老齢・遺族等を扱う年金を非常に重要視しているのではないかということが、ここでわかってくる。

ついでに、それと同じような傾向を表2についてみると、これはILOの調査であって、社会保障の費用が上

表2 社会保障費の割合(1967年, ILO 調査)

|        | 疾病   | 労災  | 失業   | 家族   | 年金   | 公衆衛生 |
|--------|------|-----|------|------|------|------|
| 日本     | 62.3 | 7.7 | 11.2 | —    | 10.5 | 8.3  |
| イギリス   | 8.1  | 3.4 | 1.7  | 6.8  | 39.3 | 41.7 |
| 西ドイツ   | 30.2 | 5.2 | 1.9  | 2.9  | 59.3 | 0.5  |
| フランス   | 26.4 | 7.6 | 0.2  | 35.0 | 30.8 |      |
| イタリア   | 23.9 | 4.2 | 3.8  | 25.8 | 40.9 | 1.4  |
| ベルギー   | 26.9 | 9.9 | 9.9  | 21.2 | 32.2 | 3.2  |
| オランダ   | 30.3 | 3.1 | 2.1  | 18.0 | 46.5 |      |
| スウェーデン | 16.9 | 1.3 | 1.6  | 13.1 | 41.5 | 26.3 |
| デンマーク  | 11.2 | 2.2 | —    | —    | 48.5 | 26.7 |
| ノルウェー  | 31.2 | 3.7 | 3.4  | 9.0  | 34.9 | 17.7 |
| アメリカ   | 1.8  | 6.8 | 15.1 | —    | 64.0 | 13.3 |

に掲げた六つの制度に対して、どのような割合で使われているかを国別にみている。ILOの調査は80カ国近い調査であるが、ここでは日本からみて先進国といわれている国を引き抜いて表にしてある。日本は疾病62.3という数字を示して、社会保障のなかで医療には6割が投ぜられている。ほかの国では3割というのが多いほうである。ところが年金のところをみると日本は10.5であり、ほかの国では比重が高く40から60で、西ドイツのごときは切り上げて60というような比率を示している。多くの国が年金にウェイトをもっているということがわかる。もう一つは家族手当のところを見ると、フランス、イタリア、ベルギーあるいはオランダというような国は、社会保障費の3分の1ないし4分の1というようなウェイトであることがわかる。そうすると、この年金制度といい、家族手当といい、これはともに所得保障である。したがって日本の場合には、この表から結論づけられることは、医療にウェイトが高いという問題であって、外国の社会保障制度のたて方とは少しく違ったかたちになっている。それでは、日本の制度の医療の保障というのが、すっきりしたかたちをとっているかということ、これからふれるように必ずしもそうではない。

さて、少し前置きが長くなったが、医療保障はこうした事情で日本独得の言葉であるということがいえるのである。すなわち、社会保障において、所得保障に対比されるものとしての使い方である。

ただ、少し議論をすると、社会保障のなかにおいて、医療の保障もまた所得保障と同じであるという考え方がある。第1の場合は、医療を保障することは所得を得る機会を保障することだと考え、それは結局は労働力の保障という意味にもなるわけである。

第2の場合は、病人が出たとき、家計のなかから不時の出費として医療費を支出する、したがってその部分だ

け所得が足りなかったと考えて、あとから医療費に該当するものを所得して追加すればいいという考え方がある。これはまさに所得保障ではないか、というのである。現に、スウェーデンの医療保障の考え方は、スウェーデンの社会保障は所得保障であるということをまず明確にして、さらにその所得保障として医療保障をやるという考え方をとっている点が注目されるのである。

このように、医療保障という一つの体系を主張しないまでも、所得保障のなかに含まれているとみている国もある。日本のように、所得保障と医療保障は一応分けて考えている場合もある。

それでは、独立した一つの体系としての医療保障というのはどういうものか、ということになると、単に家計のなかにおける医療費の保障というものとどまらず、市民の健康の保持に役立つような社会的な組織をすべて医療保障と考える、というふうにとらえなければおかしい。その意味までは、最初にいったヘルスサービスというふうな拡大されたかたちになってくるだろう。あるいは保健衛生、健康管理、公衆衛生、そういうものをもいっしょに包括してとらえなければ医療保障とはいえないのではないか。そうした場合に、日本の現行制度にあっては、主として医療保険として一括されるものが医療保障に該当している。ところが、そのほかの関連諸制度がこれにうまく結合しているか、あるいは組織の観点からいって、うまく調整されているかという点、どうもそういう傾向はまだ不十分であって、いまのところまさに医療保険によってのみ国民の医療の保障が行なわれるということではしかないわけである。そういう点では、私も医療保障を理想的にとらえるならば、そういう方向へまだ向いていない状態が日本の問題ではないか、というふうに思われる。であるから、この問題は、医療が無料になるかならないかということよりも、そういう医療保険であろうとも、医療をささえる関連諸制度とどのように組織化されているか、ということのほうが医療保障にとっては重要である。けれども、現段階ではその組織化が進んでないというふうにとらえてさしつかえないだろうと思う。

## II 医療保険の本質

さて、日本の医療保険についての現実をみた場合には、表3にあるように、健保、日雇健保、船員保険、国民年金、共済組合というふうに、バラバラで一元的な制度にはなっていない。これは、一つの考え方として、どうせ国民全体に対して昭和36年から国民皆保険というよう

表3 社会保障制度一覧

| 対象<br>事故 | 被用者                                      | 一般国民           | 公務員等   |
|----------|------------------------------------------|----------------|--------|
| 傷病       | 健康保険<br>{ 政府管掌<br>組合管掌<br>日雇健康保険<br>船員保険 | 国民健康保険         | 共済組合   |
| 老令       | 厚生年金<br>{ 政府管掌<br>厚生年金基金<br>船員保険         | 国民年金<br>国民年金基金 | 共済組合   |
| 失業       | 失業保険<br>(日雇を含む)<br>船員保険                  |                |        |
| 労災       | 労災保険                                     |                | 公務員災害償 |

な政策をとったならば、制度が一体化していくということのほうが、社会保障＝医療保障にとってふさわしいのではないか、ということになる。けれども、現状はそれをはばんでいる。というのは、そうした一元化された運営というものは、社会保険にとってマイナスであるという保険経営論というべき立場からの反射が一つある。

もう一つは、共済組合、健保組合といわれるような組合管掌の場合に、保険経営論としては組合のほうがすぐれている。こういうふうな立場から、統合論、一元化という問題が当然国民皆保険の結論に理論上はなりながらも、現在政府が問題としている医療保険の抜本改革あるいは抜本改正というものが、政府自体が打ち出したものとしては、制度はこのままで保険財政についてのみ調整する調整論である。いま日本の医療保険には、統合論と調整論があって、現行制度のままに終わるというかたちが政府によって望まれているようである。調整論というのは、制度は現状のままにおいて、給付や財政全体を均衡をとって一様にすれば、統合しても同じことになるということからの調整論である。

以上のような現実の制度のあり方の問題があるのだが、それはそれとして根本に立ち返って、では医療保険というものは、一体どういう本質をもっているのか、ということをしみめる必要がある。

医療保険というものが保険である限りにおいては、病形やケガは保険で扱うところの危険（リスク）ということになる。通常の保険はこのリスクが生じた場合、すなわち保険と契約してある事故が発生した場合には、客観的に判断がつくが、傷病という状態は、外部疾患でケガをしているような場合はわかるけれども、内部疾患であ

る、あるいはガンが進行している、ということは第三者が外からみてわからないものである。つまり病気というものは、どこまで自覚できるかということが一つの大きな問題なのである。自分では元気だと自覚していても、客観的には病気であるかもしれない。診断を受けて、いろんな検査をしたりした結果、どこが悪いとわかるわけで、自覚症状が起きるところが直ちに傷病であることにはならないという問題がある。

それから、その次には、一体、病気であるものが直ちに患者となるか、ならないかという問題である。これも病気を自覚するのだが、その自覚の度合いによることや、あるいは、受診できる条件があるかないかによっている。つまり医療機関が身近にあるかないか、あるいは、勤めの帰りに気軽に寄れるか、休んでまでもいかなければならないか、などのいろいろ諸条件がある。それによって患者がはじめて受診をするが、受診したものがすべて病気であるとは限らない。受診したものが病気でない場合もあって、傷病の問題は、第三者が認知しにくいということと、たとえば傷病であっても、本人が受診という行動にでるかでないかは、また別であるということである。こういうふうな、ある意味では不確かな要素をもっている医療というものを、保険の仕組みのなかに折り込んでゆくということは非常にむずかしいわけである。

それを原則論からもう少し詳しくいうと、保険という仕組み一般は、リスクの発生というものをおよその見当として予測できる。つまり、一般に生命保険、火災保険、損害保険などのいろいろな保険制度があるが、そういう場合に発生する保険事故というものは、過去の統計からの予測が大体できることになっている。これは保険数理上の操作によって、その偶発的規則性が明らかにされる。ところが傷病の問題は、傷病率といっているけれども、過去の統計から割り出して、まあ大体そのとおりにおさまるかもしれないけれども、異常な事態が発生したり、あるいは、患者の行動に変化が起きたり、いま述べたような特殊条件があるから、それによってかなり変動は激しく起きるということになって、一般の保険のようにある程度の予測別推計なりによって運営することがきわめて困難である。そのために医療保険にははなはだめんどろなことが起きてくる。一部負担という特殊な制度をもっていたり、あるいは、家族の診療について法定では5割給付になっているという細かい制度上の制約が医療保険にはついて回るわけである。実はその一部自己負担によって、ある程度保険を安定させるという役割をもたせている。本来、病気になったら、すべて無料で必要な

医療が受けられるということを理想としながら、他方において現実に保険を運営していくということになると、患者負担というようなものをかけたりするのが現実となってくる。この点は必ずしも日本の問題だけではなくて、諸外国においても多く一部負担というものは存在している。

国民の医療については無料サービスを原則としている社会主義国においても、くすり代については、一部負担がついているようである。資本主義の国においても、保険であろうとなかろうと、この一部負担というものがついて回っている例が多い。とくに多くの国の一般な傾向としては、歯科の場合と薬剤の場合に大体集中しているようである。これは言い換えると、歯科や薬剤あるいは処方せんの発行に一部負担をつけていることは、直接的な狭義の医療そのものにつけていないという意味あいになる。

これらを結論的にみるならば、保険制度における管理のうえから収支のバランスをとるという一つの手段としてあらわれている。だから理想と現実が医療ほど食い違ってくるものはないのである。同時に医療保険においては、主として本人の自覚（主訴）によって医療を受けることになるから、その場合にはじめて給付が開始されるわけで、保険の多数（リスク）にあってはいるものが必ずしも給付を受けているとは限らない。つまり保険上の発生したリスクと、給付が実際に行なわれる場合とのズレがある。これがいわば不公平という問題にもつながって、医療保険は利用するものと利用しないものとあって、同じ保険料を払っていて不公平ではないか、との俗論が生じてくる。こういう性格のものを一つの制度のなかでやろうということになると、むずかしい問題が当然出てくるわけで、結論を急ぐとすれば、実は医療保険でもし医療の保障をしようとするのであるならば、限界があるといわざるをえない。

この限界というのは、いまいったような、一部負担というような患者負担が課せられて一種の受診の行動に対しての制約があるということはいままでもない。それから、もう一つは給付内容が現在の最高の医学水準をもってこれに当てるということができない。つまり社会的な妥当性という抽象的な表現ないしは大衆医療と呼ぶべきものになる。これらは医療保険そのもののもっている宿命であるといってもいいと思う。医療保険が不満である、医療保険では国民の医療が保持できないということであるなら、これは別な制度に切り換えていくより仕方がないのではなからうか、というような問題提起につながってくるということである。

### III 医療保障の国際的類型

まず第1点として、資本主義国と社会主義国に分けると、社会主義国はサービスを原則としている。医療サービスと普通いう場合には、公的な責任と負担において、国民が必要とする医療を無料で提供するという原則に立っているということになる。しかし、この医療サービスが行なわれるについてはもちろん条件があって、その条件の第1は、公衆衛生というようなものを相当強く展開しなければならないということである。傷病の前に予防という問題があるわけだが、相当予防面についての問題を取り上げなければならない。第2は、国が責任をもち負担をしてサービスを提供するという意味においては、医療の提供者は医師ならびに医療従事者であって、医療施設はもちろんのこと、人も施設も公的な制度と形態をとっていることが当然のこととされ、医療国営、あるいは医療の社会化が実現されている。こういう形態をとっていないと医療サービスはできないのである。日本の現在のように、医療制度全体が自由開業医制度という明治以来の考え方に立って行なわれているところでは、このサービスの実現はむずかしい。どうしても医療の提供の側についての社会化等が条件になる。

次に、資本主義国ではほとんど医療保険というかたちをとっている。しかも社会保険としての存在である限り、日本をはじめとするように、国の運営のもとに行なわれるのが、当然であると思われがちである。しかし国によっては、民間企業（生保会社など）の、任意加入で医療費償還制をとるいわゆる民間健保というようなものがある。あるいは、任意加入であるが国営または公営でやっている医療保険もある。

他方で、資本主義国で医療サービスでやってる国はどのくらいあるかということ、いま私が原則論として述べたような点では、イギリスを代表とするが、あとはアイスランド、それからニュージーランドがそうであるといわれる。その程度にすぎない。同じイギリス系であるところのカナダ、オーストラリア、あるいはアイルランドという国はサービスではない。そういう点で、むしろイギリスだけというふうに大まかにいってもいいかもしれない。それほどに資本主義国においては医療サービスが行なわれている例というのは、きわめてまれだと判断してよいと思う。

これらの国々での、ことにサービスと保険の場合での医療の水準はどうであるか、ということになると、医療の水準についての個人的印象やその比較を除いては国際

的な比較等はない。医療の効果については、ある程度の比較があるが、それは、いわゆる乳幼児死亡率だとか、平均寿命だとか、そういうものから国民の健康全体を巨視的にとらえて、これがどうなったかという判断をしているにすぎない。個々の患者に行なわれている医療の水準がどの程度のものであるか、どの程度国際比較ができるかということは、現実上不可能であると現在では考えてよいだろう。

さて、一応いままで述べたことを整理して、国際比較についての医療保障のパターンに、つまり一定の型に分類して、少し検討を加えてみたい。

資本主義の国を前提として分類すると、まず医療サービスというかたちのところは、通常日本あたりではイギリス式と呼んでいる。それから医療保険でやる場合、これはイギリスに対してヨーロッパ大陸の西欧諸国がやるということで大陸式と呼んでいる。それから任意保険でやる国もある、そうしたサービスも保険もしないで、公衆衛生だけを中心にするようなやり方のところもある。医療サービスの場合は、対象になるものは国民全体である。ところが医療保険を大陸式にやる場合には、全国民を対象にしているところもあるが、西ドイツ、フランスというように、昔からの社会保険によって被用者に限定しているところもある。それから任意保険の場合は、加入の意見によるので全国民を対象とするとはいえない。公衆衛生は、いわゆる住民対象であるが、全国民とみていいであろう。

こんどは給付形態がどうということになるか。医療保険では、医療そのものを給付する現物給付と、医療に要した費用を保障する医療費償還制度とに分けられる。日本は伝統的に現物給付を原則として、例外としてのみ現金給付である。もう一つめんどろなことが起きるが、国によっては入院と外来で給付形態が違ってくという問題である。なぜかということ、日本の現状だけではわからない。医療制度の違いによるのであり、その一つは医薬分業である。それから医療機関が機能分化して、一般開業医（G. P）と病院あるいは専門医が判然と分かれていて、患者は一般に開業医のところについて、それから病院または専門医に行くことになっている。このことは、法律的に規制されている場合、規制はされてなくても医療保険のほうで規制している場合、長い間の慣習となっている場合である。一般開業医といわれるものと、病院や専門医とは制度上区別され、患者はストレートに病院や専門医では受診できないのが普通であるために、必ず開業医（一般診療所）を経て、それから病院や専門医に

連絡のうえいくわけで、医療保険の給付の形態が違って  
くるわけである。したがって、医療サービスの場合は外  
来も現物給付であるし、入院も当然現物給付である。

ところで、全国民を対象にした場合に、外来が現金で  
そして入院がサービスになってしまう場合がある。それ  
から同じ被用者に対しても、外来については、現金給付  
の形態をとるが、入院になると現物給付に変わるところ  
もある。それから両方とも現物給付でいくところもある。  
これをはっきり分けると、私どもは第1の場合を北欧式  
と呼び、第2のほうはフランス式と呼び、第3のをドイ  
ツ式と呼ぶ。細かい分類になったけれども、このように  
医療機関の機能分化の関係において、サービスや給付の  
形態が変わってくるわけである。このほかに、任意保険  
であるオーストラリア、カナダ、アイルランド、アメリ  
カのような国では、任意加入で現金給付になっている。  
ただし民間健保であると一口にいうわけにもいかず、公  
的な保険制度と私的な保険制度に分かれる。前記3国は  
公的制度であって、国庫補助もある。アメリカは青十字  
組合（ブルークロス）という任意制度の医療保険組合が  
あって、政府が行なう健康保険というのは、65歳以上の  
老人に対する老人健保だけである。主としてアメリカの  
国民は厳密に公的というより私的な組合で医療の保障が  
行なわれている。

これらをもっと細かくいうと、外来の場合と入院の場  
合で保険制度が異なっている。すなわち、保険料や給付  
が違って、各自の選択によっての制度の加入をするとい  
うやり方である。たとえば入院の場合なども、部屋代  
（病室）についての給付とお医者さんの手術料に対する給  
付と分けてあるのが普通で、いわば保険をつける対象が  
いくつかに分かれている。この点細かくいうときりがな  
いので省略するが、自由診療で入院しても、部屋代と食  
事代と、さらにお医者さんの手術料というものが全部違  
っていて、診療費もそういう払い方になる。だから病室  
は一般病室に入って、手術だけは特定の医師にしてもら  
い、それなりの謝礼を払うこともできる。

医療保険できちんとワクを決め、そのワクのなかでし  
か、なにもできないというふうに、医療というものを規  
格にはめることがよいか、弾力性があつたほうがよいか  
という問題がある。その点は注意を要することで、たと  
えば、イギリスの場合には、いうまでもなく医療はサー  
ビスだが、そのときに病院をすべて国有、国営に全部切  
り替えてしまった、ということがイギリスの一つの中心  
になっている。イギリスの国立病院に入院していても、  
もちろん日本の差額ベッドにあたるようなよい病室には

いることもできるが、さらに上級のお医者さん（顧問医）  
に指名で自費患者になれる仕組みもある。

スウェーデンの場合でも、医長クラス以上は週に1回、  
病院のなかで自費患者を診療できることになっている。  
ドイツやフランスの大学医学部のプロフェッサーは、自  
分の病床を付属病院のなかにもっていて、自分を名指し  
てくる患者に対して自由診療をすることが認められてい  
るといわれる。こういう点では、西欧諸国では医療とい  
うものの扱いはきわめて弾力性をもっている。法律でか  
たくしばっているのは、医療というものが行なえないの  
だろうかという問題がここには示されているのである。医  
療を一つの社会的な制度にのせていくということのむず  
かしさは、さきほど述べたような保険原理といわないま  
でも、その実態のなかに見出されるようである。

最後にふれておくべきことに公衆衛生がある。先進国  
においては、いうまでもなく、公衆衛生を前提として、  
あるいは、その組織と組み合わわせて、医療の保障を行  
なっている。だが、公衆衛生しかやれない国がある。発  
展途上の国々といわれるのがこのかたちであるといっ  
てよい。言い方を変えると、社会保障のなかで最も必要  
なのは、現在発展途上の国々であるにもかかわらず、社  
会保障をまかなう財政や社会的条件がない。そういう国々  
が社会保障をやる場合に、まず最初になにをやるか、そ  
れは公衆衛生である。まず子どもの生活のいちばん基本  
にあたるどころの健康な生活の確保にあたるのがその  
理由である。まず必要なことは、住民の衛生知識を高  
めるということから始まり、伝染病や風土病をなくして  
いく。それから日常生活について清潔な飲料水を供給す  
るというふうな、生活環境の整備を保健衛生上から始め  
ねばならないのである。発展途上の国々では、まずそ  
うような対策をやって、社会保障の第1歩を踏み出し、  
医療保障のかたちを整えていくことになるのである。

これは経済的にみれば、公衆衛生というのは大量生産  
によりコストが安くなるわけだが、医療のほうは個別性  
によってコストが高いとみてよい。日本の場合でも、医  
療のコストはますます上がっていくというけれども、そ  
の理由はいろいろある。しかしその一つは、医師对患者、  
こういう関係で医療が行なわれる。個別性があり、患者  
の病状と、医師の判断において医療というものが決定さ  
れる。そういう点ではコストがどうしても高くなる。と  
ころが公衆衛生というのは、一種の大量生産で、個々の  
人間の特殊な事情に介入しないで、集団的に処理ができ  
る。そういう点では、最初にどうしても公衆衛生に手を  
つけるという必然性がある。

#### IV 日本の医療保険

まず日本の形態は医療保険であり、その意味では大陸式である。事実、日本の健康保険はドイツ流のやり方になっているから、被用者を中心にして入院も外来も現物給付で健康保険は出発してきた。現在でもその姿は根本的には変わっていない。

国民健康保険は一種の住民保険で、現物給付というかたちを形式上とっているが、本来は現金給付で、どちらかというとなら北欧式に近い。被用者中心と住民の二つの制度を合わせて、現在では全国民に国民皆保険を実現している。外来も入院もともに給付形態はドイツ流の現物給付である。いま、大きくは2本の柱による制度だといったが、これから分かれている諸制度をみると、非常に複雑なものになっている。もう一つは、重要なこととして注目すべきは、日本の社会保障のみならず、こうした医療保障についても、国際的類型という点からは混合型という定義づけになる。つまり、被用者保険や住民保険、あるいは現物と現金給付などのようにいろんな要素がはいってしまって、混合したかたちである。さらに、もう一つは、生活環境の整備はもちろんのこと、こういう公衆衛生などを前提として、はじめてこういう個人の肉体的な傷病への医療にはいるのが普通だと思うが、日本の場合には医療保険を先に普及させて、かんじんな生活環境の整備とか、公衆衛生上の配慮というのが遅れているということである。

そこで、日本の医療保障の問題ということであれば、当然現在の医療保険の問題になってくる。まず第1に政府管掌健康保険の財政収支をみると赤字である。単年度当りで昭和37年からずっと赤字が累積し、41年度を頂点として、そのあと急激に逓減している。これは42年から健康保険では特例法を実施して、その影響がここにあらわれているとみるのが一般的観測である。

ここで健保特例法のもつ意義がいかに大きかったかという評価になるか、ほかの要因があるかという議論が出る点である。健保特例法は2年間の時限立法であったため、政府は44年にその2年延長を提案したが国会で廃案となって、かわりに改正案、すなわち健康保険法の本法そのものを改正する案が成立した。しかし、その後はまた赤字が予想をこえて増加するなどのことがみられ、特例法の吟味が必要とされるとともに、日本の医療保険が政府管掌健康保険を中心として赤字を継続していく姿勢と、それに対する対策の問題が重要なこととされている。そして、その間の健康保険法の特例法といわれるものの

内容についてみると、重要なことは、外来投薬時の本人一部負担というものであり、健保の本法改正ではなくしてしまった。つまり特例法の中心であったのは外来投薬時の本人一部負担というものであり、これをはずしてしまったということができる。

なぜこの外来投薬時の本人一部負担をはずしたか、というところに今日の医療問題の一つの焦点があるとみられる。日本の医療保険のなかで、いちばん問題になっているのは、諸外国にくらべて薬剤の使用量が多いのではなかろうかということである。たとえば、イギリスでは医薬分業であるから、お医者さんに行き処方せんをもらって、そのうえで薬局に行き、くすりの現物給付を受ける。そして、それは過去5年間に於いて、ほぼ10%あるいは11%程度の横ばいになっているといわれる。ところが、日本の場合には、政管健保だけで、その割合が大きく増加率も激しい。この点だけでみたとすれば、なんとしても日本は薬が多いという問題になる。イギリスでは医療サービスであり、医薬分業であって、まあ10%ないしは11%である。そのほかフランスが26%、西ドイツが18%というようなことであるから、2割以内におさまっているといわれている。世界で多いといわれるのは、ニュージーランドで、大体30%ぐらいになっている。それでも日本よりはまだ低い。

このようになぜくすりの使用が多いのか。世界的に薬剤の使用傾向はふえていて、その理由は二つあり、一つは新薬の採用、抗生物質等の採用であるということである。第2には、抗結核剤、結核の療法等でおわりのように、あるいはビタミン剤の多量投与ということからわかるように、化学療法あるいは薬物治療という薬の大量投与による治療方法の変化である。この二つの理由によって、各国とも薬剤使用量がふえていると一般的にいわれている。

しかしながら、日本ほどふえているところはないと考えれば、その問題は当然日本の医療保険のなかで薬剤を使用することによって、医療機関側に収入がついて回るという問題があるということがみのがせない。その理由は、一つの問題としては、現在日本の医療保険が支払う診療報酬の支払方法が出来高払であるということにある。医療行為を多く積み重ねるほど稼働点数が大きく、診療報酬が大きくなる単純出来高払なのである。したがって多くの患者を吸収せざるを得ないと同時に、患者のほうも、国民皆保険であるから受診が促進され、こういうことが相まっている。もう一つは、日本は医薬分業でないで、医師自身が投薬ができるわけだが、この投薬をど

んどんすることによって稼働点数もふえるが、同時に、保険で定めている薬価と医療機関が実際にメーカー、卸を通じて購入している薬品の価格＝実勢価格との間に差が出て、この差が利益差として医療機関の収入になっていることである。こういうことからどうしてもくすりの投与が、さっき述べた二つの理由以外に、増加傾向をたどる要因となっているのではなからうか。

つまりくすりの利差益によって医療機関の経営が行なわれるということは、決して健全な姿ではない。医療保険の赤字が累積するのは、患者が多い、あるいは医療がどうなっているか、ということよりも、医療保険制度そのものに問題があると考えてみなくてはならない。医療保険における抜本改正とか、抜本改革といわれる問題が出てきている根本はここにある。44年の健康保険法の改正（特例法の廃止）という時点で、政府は社会保険審議会ならびに社会保障制度審議会に抜本改革の諮問をした。ところが、その内容は、日本の現行医療保険制度をそれほど大幅に修正するものではない。多少制度の体系を改革するにとどまっている。とはいえ、いまのところこれが医療保険の抜本改革であり、しかも早急になんらかの結論を出していくというふうには思われない状態である。

なお、政府の案は医療保険の制度のみの改革であり、問題であると述べてきた診療報酬の支払方式の改革にはほとんどふれていない。同じく、医療制度の問題に突っ込まないような抜本改革は、どうしても医療の需要側だけの保険の問題に終わりやすいし、それは目下のところ保険財政の対策にだけとどまりやすい。しかし現物給付であるときは、その給付を提供してくる医療制度と保険の本質にふれてこなくてはならないはずであって、保険制度のみの批判に終始してはならないのである。

さて、最後に問題になるのは、いまの医療保険制度は保険の機能を果たしているか、ということである。結論は果たしていない。というのは、重病になった場合に負担がかかり、むしろ軽い病気で利用するぶんにはまことに便利である。実際、重病になったらどこまで保険がめんどろみるかということ、政管の場合だと家族は5割であるから、医療費が高ければ、その半分を負担するということになる。あるいは、大きな手術をすれば当然その費用の半分は負担しなくてはならない。患者負担が、重い

病気には重くかかるというふうな問題がある。軽い場合にはまことに便利であり、国民がそういう利用法をしているとすれば、これはまさに保険といえるかどうか。保険というのは思わぬ大きな損害に対して保障するというものであれば、まったく軽微なものにどんどん保障が行なわれているならば、本来の医療の保障はもちろん、保険のほうからいっても本末転倒ではないか。その意味では、最近の私の考えは、もはやいまの医療保険を保険というべきではない。従来自分で売薬を買っていたのを、保険が肩代わりするにすぎないようなものになってしまった、と思うのである。そういう点では、抜本改革というのが、根本的な改革になりうるかということ、どうもその気配はない。

わが国の医療の保障は貧困対策として出発してきた。つまり貧乏人には病人が多い、病気になると貧乏になる。これは現在でも医療扶助の実態をみても、生活保護法の落層原因を調べても傷病にかかわる貧困化が歴然と証明されている。また逆に、生活保護法から離脱していく、保護打ち切りの要因のなかでも、やはり大きいのは世帯主ならびに世帯員の症病の治ゆによるもののウェートがいちばん高い。貧困と疾病という問題でこういう医療の問題が出発するのは当然であるが、それのみに問題は集中しないで、これから、やはり医療保障というのならば、いわゆる健康保障あるいは国民の健康保持という積極的な方向に向かうべきことが当然の結論になるわけである。その結論を具体化するとき、医療保険はそれなりの限界があるので、この周辺の諸制度をどのように組み合わせるか、ということが必要とされよう。だからといって、現行の医療保険制度がそのままであってよいということにはならない。したがって、いまの現状をいかに打開するかという早急な問題に対策が集中している。これが現状なのである。しかしそれのみで抜本改革だと断ずるわけにはいかないので、将来の、かかる方向をみつめたうえででの取扱いになる。ということは、それほど容易になしうるものでもないが、やらねばならぬのである。

#### あとがき

本稿は医療保険などに深くかかわっている人々に対する限られた時間の講演の要領である。より詳細な内容については、筆者の著書、論文で補ってほしい。