

励され、あるいは医療の面に弊害をもたらす。たとえば薬が乱用されているということになると、それにブレーキをかけるように診療報酬の改訂をやればよい。そういう意味から医療内容の改善を図るという方向でわが国の診療報酬制度の改善を考える必要がある。

そこでいままでどういう経過をたどってわが国の診療報酬の体系が動いてきたかをちょっと申し上げたい。

健康保険の料金についていうと、年代的に第1期、第2期、第3期と分けられると思う。第1期は創設の時代から昭和18年、保険医の指定制度ができるまでで、これはご存知のように医師会と人頭請負式の契約をやっていた。これはドイツの制度をならったということになっている。1907年に出たアレキサンダー・ラーベという人の「エルツトリッヘ・ビルトシャフト・クンデ (Ärztliche Wirtschaftkunde, 医師の経済学)」という本がある。これはいま読んででもなかなか面白い本である。これにはボンシステムとプンクト・システムの2つがのっている。そのプンクト・システム (Punkt System) のほうをとったものである。それで点数単価式ということになった。ボンシステムというのは最初ボンの地区で始まったからかと思ったら、そうではなくボンというのはクーボンということで、初診券による件数払いのことである。第2期は単価変動時代で、昭和18年から33年までである。この時代にあっては点数というのは診療行為間のバランスを表わし、単価というのは他の経済指標と診療報酬のバランスを表わしている。そして第3期を私は合理化時代と呼びたい。新医療費体系によって現物と技術を分離し、診療料を評価した甲表が生れたが、平均して8.5%の引上げでは収入の減ずる保険医も生じたこともあって、従来の点数表は乙表として残された。しかしこれは画期的な合理化であったと思われる。それ以来単価は10円となって報酬引上げの際には点数の改正がされた。それゆえ現在は金額表示と本質的に相違はない。乙表についても漸次合理化が行われた。詳しいお話をする時間はないが、たとえば薬治療については、それまでは高い薬を使えば報酬が増えるということになっていたが、その後処方料といったものを一定にした。それから処方料については、昭和42年に投薬日数比例制を廃止した。その時に、いままで投薬をすると再診料がもらえなかったのを、再診料を払うという方式にした。今度の改正では調剤料の日数比例制をも改め、調剤ごとに支払うということになった。現在では乙表も甲表に近づき、その相違は注射や処方料、簡単な検査、処置の点数を診療料に含めて支払うかどうかという点にしばられてきた。

合理化時代においては点数の引上げに当たっても一率に点数を上げるということではなく、技術料を中心に引上げが行われた。その他にもいろいろな点で合理化が進んだが省略する。

今後供給側の体制が、どういうふうになるかということによって、診療報酬の体系がいかに変化してゆくかをあわせて考えなければならないが、よい医療を奨励して、現在の医療の弊害を、診療報酬の面から少しでもブレーキをかけるというような考え方から、診療報酬の改正を考える場合に、どういう改正が望ましいかということである。まず前提条件としてだんだん医療というものが複雑になってきて、それをシステム化しなければならない時代になってくるが、結論だけいうと、この報酬支払方法は、それぞれの医療機関に適合した、いろいろな方法をとってもいいのではないかと思う。具体的にいうと、むかし保険者の指定する者という制度があって、特別の医療機関には保険者との契約によってその医療機関の仕事を評価するのに一番適当な報酬の支払方法を設けた。それをもう一度考えてみる必要がある。あるいは医薬分業というものを促進したいと思うならば、医薬分業をする医者の診察料を2倍に上げることが必要だと思う。分業をすれば診察回数が少なくなるからである。そのほか健康管理の報酬の設定であるか、あるいは特定の医療機関に対して一定の資格とそういうものを認めて特別な料金を払う。たとえばリハビリテーションの料金などは、そういう設備と人員が設けられた施設にだけ払う。そういうようないろいろな改善が必要になるのではないかと思う。

まだ申し上げたいことがあるが、時間の関係もあるので、これだけ申し上げます。

<コメント>

籠山 京

時間がございませんので、レポーターが整理をされました中で、一番最初にいわれた医療の公共性ということと、供給と需要ということについてだけコメントをいたしたいと思う。

レポーターはこれらの問題についての、いろんな論者の論点を整理されたのであるが、まず第1に医療というものをどう理解するかというところで、従来の論者は医療は公共性の強いサービスであるというふうにいっていると指摘されたが、その公共性という言葉はきわめて曖昧な用語であると思う。いったい公共性というのは何な

のかということが土台よくわからない。しかも現行の医療保険制度が実は医療の公共性をつくり上げているということは具体的にいえばどういうことであるかといえ、率直に金がない者も金のある者も同じような病気になった場合には、同じような医療を受けられるという、そういう階層性であるというふうに思うわけである。ところが医療保険ができ上がってから、医療の公共性というのは、どうも医療の大衆化というか、結局医療全体の平均値というようなものにすり代っているように思う。それを私は医療の画一化といっているのだが、どの医者に行っても、同じ治療しか受けられない。極端な場合には病気の如何を問わず同じ医療しか受けられないというふうになってしまっている。そのことを実は公共性といっているように考えるのである。

それから次に問題の供給と需要であるが、医療問題を戦後いろいろ論じられている方々は、だいたい経済学の方が多いので供給と需要といわれている場合の供給なり、需要なりが、やはり経済学のカテゴリーになってしまっているのではない。そういうカテゴリーで医療問題を考えた場合に供給というのは医療機関であり、需要というのは患者だということにしているのだが、それが間違っているのではない。というのは医者と患者の関係は、さっき大村さんもいわれたように、非常に真面目な医者の間でも2つの意見があるということである。とにかく単一な関係であるということと、それからもう1つ非常に微妙なのは、いわゆる需要・供給のバランスがとれるような関係ではない、要するにまったく一方的な関係なのだということを、従来の論者はよく理解していない。それはどういうことであるかといえ、医者が診てまったく健康であっても、お前は手術をしなければ生命がないというような供給がなし得るということである。それは医者として非常におかしいのではないかという、倫理の問題もあるかと思うが、非常に突き詰めていけば、死体解剖を終るまでは、その医者のいったことが間違っていたかどうかわからないというのが医学者がいっていることだと思う。だから医療の上では、いったい供給と需要というものは、どういうふうにして成立つのであろうかということを、もういっぺん考え直さないと、すべての問題が間違ってしまうのではないかというのが、私の論点である。この点についてはすでに2、3のものに書いた論点なのだが、ここで改めて繰返し申し上げておきたい。

これはやや乱暴な言い方であるが、供給を医療機関と考えれば、需要というのはむしろ医療保険制度そのもの

だと思う。そういうふうにいま変ってきてしまっているのではない。医者が患者に対しての場合には、その患者がどういう人間であるか、最近の言葉でいえば、どんな社会階層に属している人間であるかということ来判断しながらその診断の病名をいい、治療する。これが一般の医者のやっていることだと思う。ところがそのことを医者がやりながら、一方で支払いを受けなければならないので、彼らの診療行為の中には、保険の基金なり、保険の支払方式なり、あるいは保険の指針なりが頭に浮かんでいる。そのところに単なる一般の商品市場で考えられるような供給・需要の論理では医療の問題というのは、まったく解決ができないのだということを強くいいたいのである。

したがって公共性が強いから、計画化、社会化という問題があり、あるいは自由化の場合にも規制という問題があるというふうにレポーターがいわれたのであるが、そのへんがすべて出発点でエラーが生ずるので誤りがきってしまうということを私はいいたい。

ところで私が一番このシンポジウムで強調したいのは、そのところを明確にする資料が現在ぜんぜんないということである。ではお前はどのような資料を求めているのかということであるが、医者が完全に保険制度なり、支払いというものからフリーになって、診療をしたとする。そういうことがテストとしてできるかどうか問題だが、その完全なカルテをつくっておいて、それからその医者が保険に請求するカルテをまたつくる。その場合そこにどういった差を生ずるのか、あるいは一致を見せるのか。そういう調査がどこかのモデルの医療機関で実施をしてみる必要があるのではない。それと同時にその診療を受けた患者がどういう人間であって、どういう要望を持っていたかということ記録をする。こういう3つのレコードをつくって、それを突き合わせてみるということがないと私のいっていることがただの冷やかしになってしまう。

しかしこれは私のような一介の調査屋のやれることではないので、そういう資料の持合わせはないが、若干の機関でいろいろ聞き取りをやってみるとどうしてもその間に違和がある。この点は普通の方という言葉が悪いが、医者でない方、特に保険制度のもとで開業医をやった人でないと、本当の理解ができない点ではなかろうかと思ったのであるが、これが私の一番コメントしたい点である。

要するに再言すると、供給と需要というふうの問題が、きょうのレポーターの場合もそこから出発するのである

が、医療問題については、そこが非常に間違っているのだと思う。したがって大村さんもいわれたように支払方式というものが、最終的には重要な問題になってくるのであるが、そこが間違っているの、現在のようにとにかく日本の医療保険では医者は不平不満であり、一方患者にとっては医者にかからなくてもいいような病気なら医療保険で十二分にカバーしてもらえが、本当に生命の危険にさらされるような病気の場合には、現行の医療保険のみならず、医療保障制度というのはまったく無効だという、この現実を打開することができないのではないか。このように思う。

やや乱暴な発言であったが、意のあるところをご了承いただきたい。

〈コメント〉

小 山 路 男

私のコメントは主として財政問題、ことに制度間調整の実現方式というところに関連して申し上げてみたい。

制度間財政調整がどうしても不可避になってきたというのは、実は昭和36年以後の医療費の急激な増大によって、医療保険の窮乏化がもたらされてきたその時点からである。それ以前の制度間の調整の問題としては、たとえば日本医師会の国民健康保険読本というのが昭和37年9月に出ているが、そこで家族を国保に移せという主張がされたのは、皆保険によって国保に低所得層が集中してしまう、そこで被用者保険の家族を向うに移せば財政的に楽になる、国民健康保険の財政が楽になるというねらいであの主張がなされたと思う。それ以後の動きを見てみると、多数の制度が乱立していて負担と給付の均衡が図れないという問題が、真剣な討論の対象になってくるのはどうしても昭和40年、例の中医協の空中分解あたりからであったと私は思う。そして健保の特例法以後の動きがそれに続くわけである。つまるところは保険財政がやりきれないので、何らかの意味で制度間の調整を図りたい、こういうのが現実的な財政調整の必要性、あるいはそれを促進しようとする動きとなって現われるわけである。

ところでそういった場合に道が若干あるはずである。1つは保険医療の対象自体を狭めていくという方向である。だいたい医療というのは保険になじみにくいものだと私は思うのだが、その中でもたとえば特定疾患に対して公費負担を行う。むずかしい病気、あるいは難病というか、非常に治療費のかかるような病気については、面倒を見ていく。あるいは公害等で、特定の原因者に帰因

させることができないような疾病も現れてくるのでそういうものを見ていく。ないしは最近ストレスが非常にきつくなって、精神病が増えてきているという場合にそれを何らかの方法で見ていく。あるいは最近の動きであるが老人医療については無料化してしまえというような方向で、保険の懐を軽くするというのが、財政調整問題以前に1つ議論されなければならない。

それはなぜかという、医療費の増加というものが国民所得の伸びを上回る可能性が今後とも続く。医療の方面でのコストプッシュ要因というものが今後も強く続くだろう。こうなってくると、保険医療による医療の購入というか、社会保険方式によって医療を買い切れなくなってきたというのが、現実の問題である。それをどう軽くするかという時に保険方式から切離していくというのが1つの道である。その場合に気をつけなければならないのは、切離すと同時に医療が十分な社会的効果をあげるためには、治療中心の医療だけでは不十分になってきたということである。

たとえば老人医療を1つとってみると、老人医療について、それが実効性を発揮するためには、社会福祉的な老人施設の拡充が不可避である。あるいはナースングというか、家庭を巡回して年寄りの世話をしてくれる巡回家庭奉仕員的なサービスが整ってこない、医療だけ、つまり病気の治療だけで老人の医療問題が片がつくかといえはそういうわけにはいかない。老人自体が老衰して身体が退化するわけであるから、老人医療の特質というものを考えれば、介護という面が非常に必要になる。そういう介護まで含めたケアというものを保険の中にセットできるかといえは、これははなはだむずかしい。ことに日本の医療保険というのは治療のための保険だという意識が強く、出産も給付対象にしていないし、予防も給付対象にしていない。こういうような在り方のまま、治療だけを一生懸命やったら、医療費のために財政が非常に困難になった。こういうことであるので、少なくともこの際われわれが考えなければいけないのは、保険でやるのが適当な給付と、そうでない給付とを分け、それについて保険で給付しきれない医療は、ソーシャル・サービスとして施設面で結びつく必要がある。それゆえ医療保険と医療制度の対立というよりは、実は国民の健康あるいは疾病の状況に応じたシステムとしての医療保険の有効性とか、その範囲というものを考える必要があらうかと思う。

そういう概念的な整理をした上で、次に保険財政について考えると、これは現実にはいろいろと利害関係の対立があって、非常にむずかしい問題であるが、財政調整