

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ば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ば、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て、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、保険でやることが適当な給付と、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

を回避する方向が1つだけある。それは財政能力の劣った集団に思い切って国庫負担を投入するというやり方である。しかし、もしその方式をやるとすると、現行のままで私がちょっとの間試算してみたら1,200～1,300億円の国庫負担を導入しないと政管健保の財政収支はとられない。これは昭和48年ぐらいのことを頭に置いているのだが、そういうような形で国庫負担の導入が果して可能かどうかという問題が一方にある。

それから財政調整をやるにしても、たとえばただ単に標準報酬と法定医療給付費との関係から、いわれているような $\frac{1}{2}$ 財政調整というやり方がいいのか、それとも別の方法たとえば定年退職者の継続療養給付というものは共通に見てしまうというやり方がいいのかとか、いろいろ詰めてみなければならない問題があまりに多く残っていて、ただ単に財政調整をやるのが、特定の利害集団の利害にどうからむかという問題では、これは議論をしてはいけなのではないか。

財政の長期安定という観点に立って考えると、たとえば財政調整が行われたとしても、保険では医療は見切れないという時期が間もなく近づくのではないか。そうすると保険医療というのは最低医療に止まらざるを得なくなって、医療それ自体が所得に応じて手厚く行われたり、あるいは粗略にされたりする。つまり保険医療が最低医療に落ちてしまっていて、その上に個人の自由診療的な部分がいってくるというか、そういう関係になるということが国民医療の確保という観点からいって果して望ましいのかどうか。そういうことになると冒頭に申し上げたように、保険で見切れる医療としからざる医療とを分けて公共的に投資していかなければならない部面、つまり先ほど申し上げたような疾病群について公費負担をする。その公費負担を実施すると同時に、医療の供給体制がそれに応じて再編成されていく。こういうことでないとも保険方式が中核にはなっているのだが、屋台骨がぐらついているので、いつまでたっても財政問題に振り回されるだけで積極的な改善方式に結びつかないことを恐れる。

上げたいことはいろいろあるが、私がちょっと地主さんの報告のコメントというか、解説みたいなことを上げるとこういうことである。

〈コメント〉

東 田 敏 夫

レポーターから総括的に問題点を指摘されましたので、

私はそれぞれの問題点を繰返して申上げるよりも、今日の医療保険制度の改正案の背景には昭和44年の自民党の「国民医療対策大綱」というものがあり、その路線が着々と進んでいるという現実を踏まえて、その中で医療問題、あるいは保険の問題をどういうふうに取り上げていくかというところに視点を絞りたいと思う。私は公衆衛生畑の人間で、社会保険は専門でないが、結論的にいうと、従来国民医療という問題は主として経済的な側面を中心として論議をされてきた。それは主として医療を提供する側あるいは売る側からの論議であって、医療を受ける側からの論議は不毛の状態であった。今日、健康保険そのものについては財政その他の難問題があっても、国民が生に受取っている医療に対する不満、矛盾というものに、かみあうような解答が出ないということになっているのは、そのためではないかと思う。

その点は先ほどからコメンターからいろいろ申されたこと、ことに小山さんが「社会保険の限界」というものにお触れになったことに同意を表するのであるが、合わせて申したいことは、「経済問題としての医療」について多く論ぜられているが、これも必要であるが、同時に医療を受ける者の側からいうと「人権問題としての医療」こそが重要であり、そのような発想の転換がない限り、「今日の医療問題」に対する解答は出てこないと思う。そういう意味で、私は医療を受ける者の側から提起している問題を踏まえてまいりたい。その場合、健康保険あるいは社会保険主義の限界というものを明確につかまなければいけないと思う。

すでに国民の人権意識が高まり、いろいろな医療に対する要求が高まっている。しかし、一方では明治この方、日本の政府は医療に対して公共投資をまったくサボってきた関係上、私的医療機関、私的資本にもっぱら依存してきた。そこで当然、この社会の体制として資本の論理が貫かれる。その限りでは医療費が膨脹するのは必然であり、これをいかに規制しようとしても、そういう仕組みである限りは、医療費の膨脹を抑えることはまず無理な問題である。

医療の供給手段における公共投資、公的な手段による医療供給の仕組みというものが、西洋諸国においては多少とも初めから用意されていたが、日本ではそれがあまりにも少なかった。その矛盾が今日露呈している。この難関をいずれは突破しなければ「経済問題としての医療」についても打開できないであろうし、私がこれから指摘する国民医療の質的な欠陥、すなわち医療における差別、空白、受けたくても受けられない、しかも予防が