

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ぬ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いのではないかと。

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と。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分、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適し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。

申し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申し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

遅れているという日本の医療の質的欠陥に対して、「医療の在り方」というものを国民の生存権を保障するための事業あるいはサービスという認識に立った場合、医療における保険主義あるいは拋出主義では明らかに限界があると思う。公的な予防サービスと公的医療サービス、これは ILO の勧告の中にすでに出ているが、そういうものが十分に補強されない限り、国民の健康を守るための医療にはなり得ない。サービス提供業としての医療問題、あるいは労働者、市民の医療に対する不満を押えるための仕組みとしての医療制度については論じられても、住民がもめている医療と、患者がもめている医療とでは大きな断層がある。今日的な「医療保険合理化」については、このような論議は問題にならないかもしれないが、長期見通しではそれを踏まえなければ、国民的な要求には応えていけないと思う。

そういう意味で、私は第2に政府、自治体の医療に対する公的責任を明確にさせなければならないと思う。中でも私は自治体の住民の医療に対する責任というものを重要視するのである。いうまでもなく私どもは住民の生活といのちを守る仕組みとして「自治体」を持っているわけである。自治体の首長は住民の直接選挙で選ぶが、総理大臣は直接選挙では選ばれない。医療に対する要求は、実際のところ、地域の中でそれぞれの自治体の問題として次第に高まっている。ところが、それがナショナル・スケールの保険という議論のために、かえってぼやかされている傾向がある。

具体的にいうといろいろな自治体病院が赤字の状態になっている。しかしながらこれには国庫から何らの補助もなければ、負担もない。今日のいわゆる「地域経済の不均衡発展」、「高度成長」の結果として、過密・過疎という問題から、僻地医療というものがきわめて深刻な状態にある。ことに僻地自治体は、きわめて深刻な状態に置かれている。このことを受け止めるためには、自治体をどう支えていくかという発想の中から、同時に住民の医療をどう支えるかという発想が出てこないといけない。医療機関一般論では解決がつかないと思う。また予防サービスその他については、いうまでもなく政府、自治体の公的責任とするものであるが、当然これは地方行財政はどうか、あるいは自治体の保健衛生行政の内容はどうなっているかということとあわせて考えなければならない。健康保険の枠の中で健康診断をすとか、しないとかがというだけでは矮小化される危険があると思う。

最も重要なことは、医師、看護婦、その他の医療担当者の養成である。この点についても日本の政府はもっぱ

ら公共投資をサポートしてきた。特に戦後における欠陥は、今日、はっきり露呈している。私自身私立医科大学に勤めていてその矛盾をひしひし感じている。こういうきわめて身近な問題が解決されないままに放置しておくならば、当然国民医療における矛盾、私が申します質的欠陥、質的空白はもちろんのこと、経済的なアンバランスなり不合理も放任する結果になろう。

これらご承知の問題を打開するのに、どこで突破口を開いていくかということが出てこなければならぬ。ところが現実の政治力学の中では、それを実現するのは、われわれの学問体系によって実現されるのではなくて、それぞれの政党ないしはそれぞれの政治的、社会的な関係の中でつくられたポリシーが実現するわけである。したがってそれらの中に何が盛られているかということが重要である。しかし、それらについての議論はほとんど空白状態である。果してこれでいいか。学問というか、研究の領域としても、この現実の中でいかにその役割を果たしていくかということを考えなければいけないと思う。

実際には医療給付の内容をどうするかとか、医療報酬制度をどうするかなどが問題になろう。たとえばイギリスにおいて1966年の改正によって、従来の人頭式中心でなく、GPに一律1年1,000ポンドというサラリー・システムがとり入れられ、またGP引退後の年金制度がとり上げられたという、一大転換もあろうし、他にいろいろあろう。時間の関係で、そういう点はいっさい抜きにして、医療に対する公的責任というものは、それぞれの地域の中でそれぞれの患者の要求や問題点を通じて指摘していく、そういう積重ねが必要ではないかと思う。

第3の問題として、これもすでにいわれていることであるが、医療問題に対する患者や国民の医療参加がきわめて無視をされている。まったく考えられていない。実はこういうような政治力学的な問題がいろいろな理論的な問題、ないしはシステムその他の問題において、矛盾として現われてくる。それなどについて真剣にとり上げるべきだと思うが、私はその際、1つの突破口として、自治体の問題を振返ってみたい。すでに、老人医療費について革新自治体が無料化を進めてきた。昭和44年の方、自民党や日医では老人保険という仕組みで医療費を出していくという主張があったが、保険主義でなく、公費による医療費負担方式が、自治体によって突破口が開かれたわけである。また身体障害者、精神医療、リハビリテーションその他における医療の質的な矛盾や立遅

れをとりもどす努力が、自治体において積上げられつつある。

私もさきやかながら大阪で森永ミルク砒素中毒児対策の問題を中心として、地域の第一線医療機関と公的医療機関が、保険の枠からはずれたような住民の医療問題をどのように受け止めるべきかという課題に対する1つのトライアルとして、患者と自治体と医療機関が共同で取り組んでいるわけだが、これはただ単に有害食品被害者の補償問題としてではなくて、こういう住民の医療問題をいかに打開していくかという「発想の転換」として重要な意義があり、私たちは共同の姿勢でもって住民その他といっしょに語り合い、行動しているわけである。

以上、私の申したいことは、今日の国民医療問題に対する「発想の転換」であり、その中から今日問題になっているところの「抜本改正」ないしは「保険主義」の限界をつきとめると同時に、先ほどからお話のあったような政府・自治体の公的な責任を果すための医療サービスをいかにつくり上げていくかということ、追求する必要があると思う。

なお、レポーターの話の中で健康保険の「健康管理」というのがあったが、私は健康保険という社会保険の中に、健康管理という概念を入れること自体がすでに誤りであろうと思う。そういう概念を入れることによって、むしろ社会保険そのものの性格すらゆがめていくという、理論的な誤りを犯しているのではないか。具体的に申上げると、たとえば健康保険組合の「健康管理機能」というものについての論議があるが、これは「神話」に類するものではなからうかと思う。そういうような点を踏まえた上で、医療問題の論点を明確にして再出発する必要があると思う。

〈コメント〉

前田 信雄

皆さんがいろんなことをお話しいただいたので、私からこれからお話しすることは、だいぶ重複するかと思います。きょうレポーターが出された関心というのは、おそらく医療というものについて、誰でも必要な時に、どこにいてもすばやく受けて、早く病気を治さなければならぬという点では、誰でも一致するのだけれども、医療保険、あるいは医療制度とかいろいろな細かな問題、あるいはその実現方式とかになっていくと、非常に意見が分れてくる。そこでまずその分れたほうを、もう少し詰めてみようじゃないかということではないかと思う。

私もレポーターが整理していただいた線で、そういう分け方でいいか、あるいはその分け方の上で、どんな問題があるかを、私なりにお話ししていきたいと思う。

価値前提のところでは、私は地主先生の観点でよろしいように思うが、なぜ最近特に医療の社会化、あるいは自由化が強く問題にされなければならないかという問題があると思う。この場合出された幾つかの論点と合わせて、これは小山先生もご指摘いただいたわけだが、医療費用の高価化ということがある。たとえば人工腎臓の問題などが卑近な例であるが、それから成人病に対する健康管理の問題を含めていっても、すべて科学技術の発達に対応するわけだが、医療は急速に高価になってきている。これがいろいろな社会化を推し進める底の要因になっているという点を、私は重視したい。もちろん受ける側の権利意識の問題、公平原理の問題もある。いろいろな広がり、たとえば家族の中で平等にしていく、職域の中で、あるいは職域間、あるいは年代の間でといったような、いろいろな公平上の進め方があると思うが、それを特に最近強めたのは、やはり費用の問題ではなかったかと思う。それがまた医療保険というものの役割を、強める方向に作用したのではないかと思う。

自由化の問題はこれが大切な論点なのだが、私は消極的な、伝統的な自由化の主張が1つあると思う。フランスで伝統的な関係ということがよくいわれているが、そういったものを病院医療や、いろいろな社会化された中で、どう守っていくかという、そういったような消極的な自由化があると思う。これに対し、もっと積極的な自由化——社会化の中で、その欠点というよりも、合わせて社会化自体を進めるという意味の、つまりもっと患者の意思なり、医療技術の選択の自由を広げていくという意味の自由化、与えられる医療から、籠山先生のおっしゃった論点を、もう少し積極的に、求める医療への方向への転換の可能な時点だと、私は現時点を考えるし、そういう意味の論点というのも1つあるのではないかと思う。

次に、これは皆さんがお触れにならなかったのだが、午前中の論議の中に多少出た、所得の再分配の問題、医療保険の中でそれをわれわれがやるのが妥当なのかどうか、この問題をもう1つ視点として掘えることができるかもしれないと思う。その場合、現在では所得の水準的な再分配というものは非常に微弱であるというふうに、私がやった調査でもわかるし、そもそも医療にはそういう性質があるという問題を、どう考えるか。しかし、そういう性質を前提にして、その場合でも再分配を進める