安田火災記念財団叢書 No. 8
昭和53年度版 Ⅷ

医療保険の現状と問題点

武蔵大学人文学部教授

五 島 貞 次 氏 講 演

財団法人 安田火災記念財団

医療保険の現状と問題点

武蔵大学人文学部教授

五島貞次氏講演

財団法人 安田火災記念財団



本書は，昭和53年12月11日安田火災海上本社ビルで開催された当財団主催講演会における武蔵大学人文学部教授五島貞次氏のご講演内容を収録したものです。

昭和54年３月

財団法人 安田火災記念財団

1. 医療保険の動き

ただいまご紹介を受けました五島でございます。本日は多数の皆様方の前で医療保険につきまして約1時間半のお話をいたすことになりましたが，初めに医療保険の動きというようなものをざっと申し上げたいと思います。

ことしから来年にかけましては，わが国の医療保険制度がきわめて重大な転換期に直面するものと思われます。と申しますのは，ご案内のように先般の通常国会と，これに続く臨時国会におきまして継続審議となりました健康保険法改正案は，次の通常国会においてとにかく決着をつけなければならない情勢になっております。それからその次は，かねてから懸案になっております老人保健医療制度につきましても，厚生省として恐らくこれ以上遷延するわけにはいかないという状況になっております。さらに老人の保健医療を別建てで制度化しました後の国民健康保険を一体どうするかという課題も解決を迫られております。いずれの問題をながめましても，日本の医療保険なり医療制度がどういう方向に動いていくのかという見通しがなかなかつかみにくい情勢になっております。

それで，まず老人保健医療制度につきましては，厚生省では，実は，ことしの9月中にも案をまとめて，社会保障制度審議会に諮問し，その次の通常国会に提出して，来年の秋から実施したいとしておりましたが，関係団体の反対で予定の実施はきわめてむずかしいようです。

それから，皆様もご承知のように，厚生省の構想といいますのは，昭和52年に厚生大臣の諮問機関であります老人保健医療問題懇談会がまとめた意見書を反映させたものだと言ってよいと思いますが，いま考えられております老人保健医療制度の内容は，70歳以上の高齢者を対象にしまして，給付は疾病の治療だけにとどまらないで，予防及びリハビリテーションまでも含めまして，いわばコンプリヘンシブ（包括的）な医療制度を考えておるようであります。それから実施主体は市町村，財源は国が50%，都道府県と市町村が各5%，事業主

と住民が20％を負担するものであると聞いております。

ところが，厚生省の構想に対しまして，日本医師会では去る８月の新聞記者会見で医療保険の抜本改正の構想を発表しておられますが，その中でやはり老齢保険の創設を提案しておられます。その内容を見ますと，対象年齢は40歳ぐらいからとしまして，予防に重点を置き，財源は25歳ぐらいの若いときから保険料を積み立てさせるというものであります。この医師会の構想は厚生省の構想と全く異なったものでありまして，その両者の間に調整なり妥協の可能性はまずないと見ていいと思われます。

また，新聞報道によりますと，この事業主の20％負担ということに対しましては財界で強く反発しておられる模様であって，容易にこの案が受け入れられるとは思われません。以上が医療保険制度の改革の前途が非常に多難であるということを予想させる第一の動きであります。

それから，次に指摘したいのは自民党の動きであります。もちろん自民党と申しましても，先般の総裁交代によりましてあるいは若干違った動きが起こるかもわかりませんが，自民党では，先の通常国会で継続審議となりました政府の健保改正案に対して，政府とは違った自民党独自の改正案をつくって，政府案と差しかえるという方針を立て，去る８月から医療基本問題調査会の中に田中正巳元厚生大臣を委員長とする健保法改正作業小委員会を設けまして，９月末までに５回の会合を開いて，取り組み方を論議されましたが，中で意見がまとまらないでストップしまして，結局自民党が政府の改正案を修正しようとする動きはまず挫折したと見ていいと思います。

次にもう一つの動きとして挙げなければならないのは，日本医師会と厚生省の関係であります。先の通常国会の終りに政府提出の健保改正案が継続審議になりましたときに，自民党内の医系議員の間でこれに反対して離党届をまとめる動きがあったことは報道されたところでありますが，その際，医系議員を支援する意味で，日本医師会は厚生省との関係を去る６月下旬に断絶するに至っ

たことはご案内のとおりであります。その後曲折がございましたけれども，現在でもなお日本医師会と厚生省の間のいわば断交状態は続いておるというふうに言うことができます。

2.　老人保健医療制度について

ところで，きょうの私のお話におきましては，まず老人保健医療制度について申し上げたいと思います。と申しますのは，これからの日本の老人につきましての医療保険制度をどのように改革するかということが，社会保障もしくは社会保険の中でのきわめて重要な問題であるからであります。この問題につきましては，すでに申し上げましたように，老人保健医療問題懇談会というのがある程度の構想を厚生大臣に示しているほかに，国民健康保険関係の各団体から一刻も早く老人保健医療制度を実施してほしいという要望が出されております。

国民健康保険等とは別建ての老人保健医療制度をつくることにつきましては，今日国民の合意がほぼ成立していると見てよいように思われます。国民の合意がこのように成立するということは，今日の日本の社会におきましてはなかなか珍らしいことでありますが，とにかく老人を現在の保険制度から引き抜いて別建ての制度をつくるということにつきましては，大体国民的合意が成立しておるようであります。また疾病の治療だけでなくて，予防とかあるいはリハビリテーションをも含めました，いわゆるコンプリヘンシブな保険医療サービスを給付するところのシステムに再編成することにつきましても，国民の間にまず異論はないと見ていいと思います。

それで，問題はその財源，お金を一体どうするかということであります。厚生省の構想によりますと，国が50％，都道府県と市町村が各５％，事業主と住民が各20％をそれぞれ負担することにしておりますが，私の考えといたしましては，ここで究明されなくてはならないのは，一体事業主が老人保健医療制度についての必要な原資を負担することが果たして妥当かどうかという問題であ

ります。

それで，一部の新聞では，日経連はじめ財界では，この不況のときに事業主負担がふえることは納得できないという反対の構えを見せていると報じておりましたが，私の考えによりますならば，不況のときであろうと，あるいは好況のときであろうと，納得できる根拠のある負担であるならば事業主といたしましても負担すべきであり，恐らく事業主側も一概に反対されないはずだと思われます。問題は，事業主負担に合理的な根拠があるかどうかという問題であります。そこで第一に指摘できますのは，なぜ事業主に老人保健医療費の拠出を求めなくてはならないのか，その根拠は一体何かということであります。

これについて私どもが注目しておりますのは，児童手当との関連であります。義務教育終了前の子供を１人以上含めて３人以上の18歳未満の児童を養育している者に現在児童手当というものが支給されていることはご承知のところだと思います。ところがこの児童手当制度を創設するにあたりまして，事業主に雇用されている被用者に対する児童手当の原資の70％を厚生年金保険の適用事業所の事業主に拠出させる理由として挙げられましたのは何かといいますと，児童手当の目的は児童の家庭における生活の安定に寄与するとともに，次代の社会を担う児童の健全な育成及び資質の向上に資することでありまして，こうして健全に育成され成長した生産年齢世代，労働力によりまして，企業はいわば受益するわけでありますから，そういう企業は，その将来生産年齢世代になりまして，労働力として企業に寄与できるその人間の児童のときに，その児童手当の原資の一部を企業に負担させるのは筋が通っているのではないかということであったわけであります。もちろんこの理論にも少し掘下げますと無理なところも出てくるかもわかりませんが，当時といたしましては一応国民の了解を得ることができたというふうに言えます。

それにはまた，児童手当をつくる論議がやかましく展開されたのが，ちょうど石油ショック以前の高度経済成長期であったことも，先ほど申し上げました

ように，企業に70％という大幅の高率の負担を何とか受け入れさせることができた要因であったと見ることができます。しかしそれならば老人保健医療費についてもこれと同じ論理がまかり通るであろうかという疑問であります。

社会保障とか社会保険，社会福祉のいずれの領域にいたしましても，社会連帯の精神や原理がすべての国民の中に基盤として定着し，存在していなければ発展し得ないことは申すまでもないところであります。老人の保健医療費につきましても，後で申し上げますように，老人自身も可能な範囲での応分の負担をする心構えは必要でありますが，労働能力や所得を有する国民，すなわち青壮年という生産年齢世代が老人の保健医療費をそれぞれの能力に応じて負担するという原則が確立されなくてはならないことも，これまた明らかであります。

しかし，このことがただちに事業主の負担を正当化する根拠にはならないように思われます。すなわち老人の保健医療費についての社会連帯の望ましい姿という場合は，年齢を異にした世代，稼働能力を持って現に稼働している世代と，そうでない非稼働世代との間の連帯ということであって，事業主という一つの階級と，そうでない被用者という階級との間の連帯の問題は，別の次元の問題として考えるべきではないかと考えます。

すなわち，事業主が負担をしなくても，大企業の役員も従業員も，中小零細企業の事業主や従業員も，あるいは公務員も，農業従事者や自営業者も，すべてが老人保健医療費を負担することによって社会連帯の原理に合致し得るのでありまして，事業主が拠出しなければ社会連帯の原理に反するというふうには考えられないと思っております。

もっとも，企業もしくは事業主に老人保健医療費の一部を負担させてもよいではないかとする意見の根拠として，次のようなことを強調する向きもあります。それは，企業は長い間労働者を使って利益を上げてきているわけであるから，それらの労働者が定年退職で健康保険組合や政府管掌健康保険を脱退した

後，老年になって医療を受けた場合の費用の一部は企業が負担してもよいのではないか，ということであります。

しかし，これは低賃金で長い間企業に使われてきた労働者に対する賃金後払いが退職金であり，退職年金であるという古い過去の発想をそのまま引き継いだ発想ではないかと考えられます。今日ではどうもそういう賃金後払いに似た発想でもって老人の医療費の一部を企業に負担させるべきであるという考え方は，この高福祉時代におきましては一般に通用しないように思われます。労働者の労働に対する正当な評価は賃金でなされるべきでありまして，それを老人になってからの医療費までもとの企業に負担させるというのは，余りにも企業責任というものを不当に拡大した論理ではないかと考えられます。

また，大企業の労使も，中小・零細企業の労使も，自営業者も，すべてその立場のいかんにかかわらず個人としてすべての老人の保健医療費の一部を負担することは，これまで幾つかの保険制度が分立しまして，相互に閉鎖的になっているのを打開するきっかけになるという点でも望ましいと考えられます。

それから次に提起できる問題は，老人保健医療の一部を事業主に拠出させると申しましても，一体その場合の事業主の範囲をどのように設定するかということであります。この点につきまして考えられる方法は，被用者に対する児童手当の原資の70％を賄うために現在拠出金を負担している事業主の範囲を老人保健医療費を負担する事業主の範囲とする方法であります。

その方法によりますならば，とりもなおさず現在従業員５人以上を使用している厚生年金保険の適用事業所の事業主が老人保健医療費についてもその一部を負担するということになってまいります。

そうしますと，従業員５人未満の事業所の事業主は，児童手当に必要な費用を負担するための拠出も現在しておりませんので，５人未満の事業所の事業主は児童手当の原資を賄うための拠出もしないで，その労使は児童手当の給付を受けることができる上に，老人保健医療費についても拠出金を負担しなくても

よいということになるのに対しまして，組合管掌健康保険の適用を受けている企業などの場合は，児童手当に必要な費用を賄うための拠出金を負担するほかに，健康保険の保険料につきましても60％を負担し，その上健康保険組合間のご案内の財政調整が実施されますと，それによる負担をさせられるほかになぜ老人保健医療費についてまで拠出しなければならないのかと問い詰められた場合に，その事業主を納得させ得る合理的な根拠を示すことは恐らくむずかしいのではないかと思われます。そうした疑問のある方法をとるよりも，住民もしくは個人として全国民が老人保健医療費をたとえ一部でも能力に応じて負担していくことが納得のいく方法ではないかと思われます。

また，これは後で触れますが，現在のような医療費の浪費，それから薬剤の多用による弊害，医療費の不正請求を放置しておきまして，老人医療費の負担を企業に求めても，恐らく理解と協力を得ることはむずかしいと思われます。

このように見てまいりますと，老人保健医療費の財源を国，都道府県，市町村に求めるのが妥当でありまして，住民である個人個人に負担させるのも，世代間の社会連帯という意味合いにおきまして当然といってよいと思いますが，企業に負担させる方法は将来の研究課題，あるいは検討課題として保留しておく方が望ましいのではないかと思っております。

こうした反対ないし試案を考慮したのかどうかはわかりませんが，去る12月1日付けの一部新聞におきましては，同日の記者会見で小沢厚生大臣は老人保険制度につきまして療養給付は70歳以上，健康増進サービスなどの予防給付は65歳以上，高額所得者の療養費はごくわずかな一部負担を取る，もしくは所得に応じて一部負担を取るなどの基本構想を明らかにしまして，この方向で関係機関との詰めに入るよう事務当局に指示したという記事が出ておりますが，国民健康保険の制度改正も同時に行うことにしておりまして，次期通常国会に改正案を提出して昭和55年――さ来年でございますが――早々にスタートさせたいとしておりますが，財源は国が45％，都道府県と市町村がそれぞれ５％，住

民が30%，事業主が15%とする意向と伝えております。これを見ますと，事業主負担が前の案よりも若干減っておりますが，その理論的根拠は私の知っておる範囲では明らかにされていないように思われます。

それで，この点につきましては，国民健康保険の元締めともいうべき国民健康保険中央会の研究会が確か昭和50年にまとめました案で，国と都道府県と市町村の三者が老人保健医療費を分担することとしておりますが，この構想の方がベターではなかろうかと考えられます。

さらに，私は，老人自身にも保健医療費の一部を負担能力に応じて負担させることを検討してもよいのではないかと思っております。先に紹介申し上げました老人保健医療問題懇談会が，昭和52年10月に厚生大臣に提案した意見書におきましては，いますぐ老人医療無料化を有料化すべきであるとは言っておりませんが，一定の条件が整備されれば老人医療費を一部有料化することもかまわないという意味の案を出しております。

そこで，私は老人保健医療費につきましては，老人自身もできる範囲内で応分の負担をすることこそ，社会連帯の原理や社会連帯の精神にかなうものでありまして，老人であるからといって自分でできることすらしないことは社会連帯に反するものと考えます。また老人が保健医療費の一部を負担することは，もし負担しなければそれだけ増加するに違いないはずの国民医療費への公の支出や他の世代の負担を少しであるといたしましても抑制し，そうすることによって国民所得を医療よりも著しく立ちおくれている社会保障の後進部門，あるいは後発部門に振り向けることができることになりまして，今日の日本の医療偏向型の社会保障の流れをより好ましい方向に変える要因として作用することが期待されるという意味におきまして，望ましいと考えております。

さらに，私は，たとえ老人でありましても，もちろん老人以外の世代集団の場合でも同じでありますが，無料ということは必ずしも望ましいことではないと考えております。無料ということが望ましいのは，有料であったならば負担

能力がないために人間にとってどうしても必要欠くことのできない一定の財貨，あるいはサービスを購入することができない場合に限るべきものであろうと考えております。

それで終戦から何年間かのいわゆる窮乏時代には，多くの国民がそうでありました。しかし負担能力のある場合には，たとえわずかでありましても料金を負担し，支払うことによって，みずからの必要とする財なりサービスを購入，消費するのが人間的なあり方ではなかろうかと考えております。またそうすることによりまして，人間は購入した財貨やサービスの価値，意義，ありがたさを感じ，認識，理解できるのではないかと思います。

今日のような豊富，富裕の社会や時代には，豊富，富裕の哲学がなくてはなりませんし，いつまでも終戦直後のように，たばこを半分に切ってきせるに詰めて吸っておったような欠乏や貧困の時代の哲学にとらわれていては逆に新しい時代の福祉を享受することはできませんし，無料でありさえすれば福祉であると思い込んでいること，つまり無料即福祉という信仰が福祉の前進をむしろ阻んでいるという皮肉なことになろうかと思われるわけであります。これからは年金によって老後の生活が守られる度合いがますます高くなってくることが予想されます。その老後の収入の中のごく一部でも老人医療費に振り向けることについて国民の合意が形成されるべきではないかと考えております。

それで，皆様方もご案内のように，社会保障と申しますのは能力に応じて負担し，必要に応じて給付を受けるべきものであるとよく言われております。健康保険におきましては所得が高く，標準報酬月額の高いものは低いものよりも高い額の保険料を支払い，疾病にかかったならば保険料の高い，低いに関係なく必要なだけの医療を受けているのは，まさにこの社会保障の原則を具体化しているものであります。

ところが老人医療の無料化はこの原則のように，能力に応じて負担し，必要に応じて給付を受けるというよりも，能力があっても負担せず，必要があれば

給付を受けるということになります。

それで，老人医療の有料化よりも，所得制限をもっと厳しくするという考え方もありますが，所得制限をうんと厳しくするのがいいのか，それとも総じて有料化をいたしまして，むしろ一部を無料化するのがいいかという問題がございますが，私はいまのところ一定以下の低所得階層の老人のみを無料として，それ以上の方々にはたとえわずかでも一部自己負担をしていただくことが検討されてよいのではないかと考えております。

3. 健保改正案について

以上，医療保険の抜本改正の一環といたしましての老人保健医療制度についての動きと，私なりの批判を申し述べてまいりましたが，次に健康保険の抜本改正の中心課題である健保改正案について，あるいは医療保険のあるべき姿につきまして各方面の考え方をご紹介した後，私のそれらに対する見解を申し上げたいと思います。

まず医療を行われる医師，医療担当者の方々が今回の健康保険法改正案をどのように考えておられるかということを申し上げます。次は，医療を受けられる患者，医療保険の保険料を納付される被保険者や事業主，あるいは給付を行う保険者といった方々，いわゆる支払い団体と申しておりますが，支払い団体の関係者の方々が，今回の健保改正案についてどう考えておられるかについて申し上げたいと思います。そして最後に，これが最も重要な問題でありますが，医療保険行政に責任を持っておられる厚生省当局が，健保改正についていかなる考え方や問題意識を持っておられるかということについて申し上げたいと思います。これらの考え方はすでにいろんなところで表明されておりますが，きょうのお話の順序といたしまして申し上げたいと思います。

(1) 日本医師会の見解

そこで，第一は医療担当者の考え方にもいろいろな考え方がありますが，ここでは最も代表的な日本医師会の公式見解ともいうべきものを見てみたいと考

えます。その考え方によりますと，まず結論として，医療保険にはいろいろな制度がありますが，これを一本化したいという統合論であります。すなわち，すべての国民が公平な負担をし，平等な給付を受ける健保制度を願っているということであります。そこで，ここで公平な負担とか平等な給付というのは具体的にどういう姿をいうのか，というむずかしい問題でありますが，これにつきましてはいずれ後で私の見解を申し上げたいと思っております。

さて，日本医師会は，いま申し上げましたような基本的立場に立ちまして，現在の日本の医療保健の状況をながめてみると，各種の保険が乱立しておりまして，全国民的立場から見ますときわめて不平等であり，その理由としては，現在医療に関する法律はたくさんありますが，これらの法律が時代の変化で起こる制度の陳腐化に対応していないことと，今日の法律が日本の人口の老齢化に対応していないことの二つが考えられるということをまず言っております。

このように，時代の変化や人口の老齢化に対応しない陳腐化した制度が乱立して不公平を生んでおりまして，具体的に申しますと，健康保険組合や共済組合，政府管掌健康保険，それから国民健康保険の三つの種類もしくはグループの制度でみますと，第一の健康保険組合や共済組合は，健康管理の行き届いた大企業で青壮年層が多いので，医療費も少なくて済むわけでありまして，定年の55歳で資格を喪失し，それまで納めた保険料の余剰部分が一人平均500万円，700万円といわれているものは健保組合に没収され，その退職後は体質の弱い政府管掌健康保険，国民健康保険に入らざるを得ない仕組みになっているのであって，平均寿命が45歳のころはこれでよかったけれども，平均寿命がそれよりも30年も延びました現在では，もはや時代おくれの制度であるということを指摘しております。

それで，よく小集団方式とか経営努力によるメリットを強調する向きがありますが，全国民の立場から見ますと，組合健保は特定の人だけの利益を守っているにすぎないので，社会保険の社会連帯性というものがなくて，企業内の相

互保障にすぎないのであって，健保組合の付加給付はもらう方からいえば非常に結構ではあるけれども，全国民的立場から見ると不公平を免れないということを指摘しております。

ところが，日本医師会の言い分によりますと，他方政府管掌の健康保険は中小企業を抱えて，労働条件が悪く，老齢者が多数を占め，しかも老齢化が着々と進んでおりまして，組合健保は定年退職55歳で脱退ということで，構成年齢は動かないのに対しまして，政管健保はその組合健保の企業を退職した退職者をその後受け入れるわけでありまして，しかも保険料は折半であります。また政管健保の中でも財政が豊かな企業は組合健保にどんどん移っていきますので，政管健保には常に立場の弱い弱小企業ばかりが残ることになりますので，政管健保が赤字になるのはこれは構造的な問題でありまして，低所得者と低所得者が保護しあう制度であるというわけであります。さらに日本医師会は，現在の厚生省の社会保険審議会には政管健保について意見を言う資格のある委員がいないということも問題にしているわけであります。

(2) 健保連の見解

以上が医療担当者の意見を代表していると見られます日本医師会の考え方でありますが，次にこれに最も鋭く対立しております支払い側の代表として，健康保険組合連合会が健保改正案について，あるいはその将来についてどのような考え方を持っているかを見てみたいと思います。

まず健保連では，今回の健保改正案におきましては，医療費の支払い方式，診療報酬体系の改善，医療供給体制の整備，それから医薬制度の根本改善といった，医療保険そのものよりも医療保険の基盤になる提案がないことを問題にしております。すなわち，今日の医療保険制度が問題となっているのは，医療保険そのものよりも，医療保険の基盤になる医療制度に問題があるからでありまして，医療費がこのように増大するのは，いま述べた意味での制度の構造的な問題があるからだというのであります。一例を挙げますと，わが国は自由開

業医制でありまして，かなり営利医療の面が強く出ているので，この医療の営利化という問題に手をつけないと，保険制度をどのようにいじくってみても基本は解決しないというわけであります。

以上の健康保険組合連合会（健保連）の見解を見てみますと，先に申し上げました日本医師会が医療費の増大や医療供給体制のことには触れないで，もっぱら各種医療保険制度の乱立とその制度間の給付の不平等や負担の不公平を問題にいたしまして，政管健保が赤字になるのは以上のような制度の問題から見た構造上の問題であるとしているのと，着眼しております点も，問題意識も非常に異なっておりまして，日本医師会も健保連もいずれも“構造的な問題”としている点では同じでありましても，日本医師会は医療保険制度の構造をもっぱら問題にしているのに対しまして，健保連の方は医療保険よりも医療保険の基盤になる医療制度や医薬制度，医薬分業の問題がその一つでありますが，医療制度の構造を問題にしているのであります。

そこで，これらの相対立する二つの見解の妥当性につきましては，いずれ後で私の見解を申し述べたいと思いますが，今日のわが国の医療保険をめぐる対立抗争の最大のポイントはここにあるといってよろしいかと思います。

それから次に，健保連の問題にしておりますのは，今回の改正案が給付の平等化，負担の公平化を図るといっておりますが，果たしてそうできるのかということであります。それで保険制度は今日皆保険でありますが，一方医療供給体制の方はいわば放置されておりまして，医療の需給の機会均等化が行われていないので，医療を受けること自体において非常な不平等があると指摘しております。無医地区のごときはその最も極端な例であります。

それから，第三に健保連が問題にしておりますのは，物と技術の分離ということであります。物と技術の分離ということについてはもちろん賛成しておりますが，その解決方法として，薬を償還制にすることにはかなり問題があるということであります。つまり薬につきましてはこれを払って後で保険者から償

還するという薬の償還制にはかなり問題があるということであります。

すなわち，薬剤の投与によるマージンが，つまり保険で医療機関に払う薬価の基準である薬価基準と，医療機関が購入する薬価との差額によるマージンが，医師なり医療機関の利益と一体となっているところに薬剤の乱用が考えられるので，年次計画を立てて医薬分業を実現すべきでありまして，もしどうしても医薬分業ができないとするならば，薬品配給公社といったものを考えるか，薬価基準についてもっと突っ込んだ検討をすべきであるという，そういうことを健保連は申しております。

それから，第四に問題にしておりますのは，被用者保険全体について保険者間の財政調整を行うという方針のもとに，当面は健保組合間の財政調整を行うとしている点であります。財政調整と申しますのは，申すまでもなく保険財政の豊かなところから保険財政の急迫しているところへ財源の一部を移転することでありますが，健保連の言い分によりますと，健保連でも健保組合間におきまして，組合制度を基盤とすることを前提として助け合う共助体制，言いかえれば財政調整を行う方針を決定しておりますけれども，健保連は，健保組合は自主独立，お互いが責任を持って自主運営する立場に立っておりまして，自主運営，経営努力が阻害されることになりますと，それは健保組合だけの問題ではなくて，わが国の医療保険全体の問題に発展することになりまして，医療費がどんどん増大して医療保険は破綻する恐れがあるとしております。そして，いわば政府管掌の健康保険の方がむしろ地域的な健保組合に編成がえしていく方が医療保険経営の方向としてはすぐれておりまして，その組合方式の上にお互いが助け合い，それに国庫負担を導入するとともに組合全体の中で財政調整を自主的に考えていくことが合理的であるという考え方をしているわけであります。

このように，組合方式が最も望ましいという考え方を健保連はとっておるわけでありますが，組合方式がなぜいいかと申しますと，それは医療のむだがな

くなるということであります。それも単に医者側の問題だけではなくて，お互いに自分の健康に責任を持ち，自分たちの保険料を大切にするよう心がけることから医療費の浪費とかむだが排除されるというのでありまして，また被保険者が組合方式によって保険に参加することによる健保組合の経営の民主化がメリットとして考えられるというわけであります。

それから第五番目に，健保連は付加給付につきましてはどう考えておるかと申しますと，健保組合というものは自主的にお互いに被保険者の健康を向上させることが本来の目的でありまして，そのためにお互いの保険料を出し合って，それをプラスしていくことは重要であると言っております。しかも社会保障という制度はすべての国民に非常に高い給付水準を保障することはできないのでありまして，健康保険の給付にプラスしていくことは必要であろうというわけであります。

この点に関しましても，組合健保には社会保険の社会連帯性というものはないのであって，企業内の相互保障にすぎないとして，組合健保が特定の人間だけの利益を守っているものであるとして，付加給与を厳しく批判している日本医師会の考え方と，組合方式こそ日本の医療保険全体の健全な発展のために望ましいという健保連の考え方が真っ向から対立しているわけであります。

(3) 厚生省の見解

以上，今回の健保改正や医療保険のあり方につきましての健保連の考え方を申し上げましたが，最後に厚生省の考え方を見てみたいと思います。

それで，健保改正案に関する厚生省当局の考え方は，厚生大臣や局長やそのほかの責任者からいろいろなところで折りに触れて発表され，一般のマスコミを初め専門新聞や専門雑誌で報道されておりますが，私の目に触れました中で一番注目しましたのは，厚生省の吉村医療保険担当審議官の見解であります。そしてこの審議官も幾つかの場所で，いろんな機会に見解を述べていますので，私はそれらの見解を総合しまして，厚生省の考え方と思われるものを整理

しまして，皆様方にご披露申し上げたいと思います。

そこで，第一に指摘しておりますのは，わが国の国民医療費は昭和53年度ベースで大体10兆円を越えております。それで５年後の昭和58年ごろには，それまでに年率15％の伸びによりまして，20兆円を越えると推定しております。ところが，一方，経済成長率は強気に見積りましても12.5％程度でございますので，この経済成長率を相当上回る医療費の増嵩に対してこれを保険料で幾ら負担し，患者が幾ら負担するかというふうに，どういう形でこの医療費を負担するかということが社会保障の問題であるということであります。これが第一の指摘であります。

それで，この指摘あるいは問題意識は，これからの医療保険のあり方を考えるにあたってきわめて重要なものであると私は思っております。と申しますのは，これまでは医療費というものをどういう形で負担するかが社会保障の問題であったのではなくて，医療保険の給付率を10割を目標としまして，まだ10割になっていない被保険者や被扶養者の給付率を10割に引き上げていくということ，それから一部負担や自己負担や保険料はできる限り低く抑えておくこと，それから財源が足りなければ，とにかく国民の税金である国庫負担や国庫扶助をふやしていくこと，給付率を引き上げるのはそれ自体善であり，負担をふやすのは悪であることなどが社会保障の問題とされたからであります。

それで，ただ給付に見合った負担という発想ではなくて，あるいは負担に見合った給付という発想でもなくて，給付率をとにかく引き上げることが至上命令であり，優先課題であり，関係者のひたすらの念願でありまして，これが正義であり，負担を抜きにした給付率引き上げ至上主義が社会保障の問題であったということもできると思うのであります。そして各政党も，関係行政当局もそのような願望や要求に押されて，給付率の向上にひたむきに力を入れてきたということができると思います。

それで，今回の健保改正案におきましては，この問題意識なり主目標が大き

く転換していると見ることができます。すなわち，これからは給付率の引き上げではなく，ふえていく医療費をだれが，どれだけ負担すればよいかということが社会保障の主たる問題であるというわけであります。つまり給付に応じて負担を考えるのではなくて，負担から給付を考えなくてはならないということであります。

次に，厚生省の考え方として挙げられるのは，今後の経済成長率なり老人医療費の負担，年金負担等を考えた場合に，医療保険の負担は現行の保険料負担率で推移するのがよいではないかというふうに考えまして，保険給付率を８割と考え，医療費10兆円のうち８兆円，20兆円のうち16兆円を保険料と国庫負担で賄いまして，あとの２兆円ないし４兆円を患者負担の方に回していくのが，保険料負担，国庫負担の方からいっても適当ではないかということであります。そしてこの考え方で国民のコンセンサスを得ることができるかどうかは国民の選択の問題だと言っております。以上の厚生省の考え方なり方針もきわめて重要な転換と考えます。

そして，厚生省が保険給付率を８割にしたいということを明確に提示しましたのは，８割が妥当かどうかということについてはいろんな意見があろうかと存じますが，そういうことを明確に出した態度なり姿勢は私は高く評価されてよいと考えているわけであります。これまでの一般の考え方や，多くの審議会の意見は，10割給付を目的としていることでございましたけれども，ここで厚生省が10割給付ではなくて８割給付を行いたいという考え方を打ち出し，しかもそれは国民に選択してもらいたいという持ち出し方をしている点を私は注目しております。

そこで，厚生省当局としては８割給付を提案しておりますが，この線で国民のコンセンサスを得られるかどうかは，国民の選択によるとしていることがきわめて重要な点だと私が申しましたのは，厚生省としては給付水準は８割，つまり８割給付がよいと思っているが，国民が８割給付よりも，いや９割の方が

よいと，あるいは10割給付が望ましいと判断して，そこで国民の合意が成り立つならば，それをとるのも国民の選択であるというわけであります。しかしながら，その場合は８割給付のときの負担よりももっと重い負担をする覚悟を当然しなくてはならないという意味を含んでいるといってよいと思います。すなわち，給付は上げてほしいが負担の増大は困るといった，これまでの一部の考え方なり態度はもうこれからは通用しないということを，厚生省は国民に訴えているというふうに私はとっているわけであります。

それから，第三に厚生省当局が表明しておりますのは，医療費の２割を患者負担にすると決めた場合に，その２割をどういう形で患者が負担するかという問題も，これも国民の第二の選択の問題だと言っております。すなわち２割を定率で患者負担にするという方法もあります。どんな場合でもかかった医療費の２割を患者が負担するというやり方です。それから非常に軽い，ちょっと風邪をひいて３日ぐらい寝て薬を飲んだら治ってしまったというような，そういう軽い少額の医療費は全額患者負担にいたしまして，そのかわり１年も２年もかかるというような重い病気，長期疾病，あるいは短期でありましても心臓手術のように非常に金のかかる医療，そういう高額医療につきましては保険給付率を高くするという方法もあります。それから薬剤費を自己負担にするという方法もあります。

こういういろんな選択の道がありますが，要するにその選択も国民はなし得るということであります。こういう国民の選択という概念なり考え方を厚生省が前面に押し出してきたことは，非常に注目すべき転換だと考えております。

なぜならば，高度経済成長期が終りを告げるまでは，医療費をどのような形で負担するかについても，負担と給付の関係につきましても選択という考え方は余りなかったわけであります。多くの国民は10割給付を目指して給付率を少しでも引き上げることを要望し，そのための費用負担もできる限り少ないものでなければならないし，給付率が上がることが善であって，負担が増大するこ

とは悪であるとする傾向が見られまして，10割給付，９割給付，８割給付の中のどれを国民が選ぶかといった選択の問題ではなくて，給付率は10割給付でなければならず，負担をどのぐらいまで容認するか，重い負担と軽い負担のいずれを選ぶかという問題ではなくて，負担は軽くなければならないという願望，願いの問題が中心であったといってよろしいかと思っております。そして厚生省としても，あるいは政党なり政府としても，そういう国民もしくは支払い団体の願望なり要望にこたえるために苦労をしてきたというのが，これまでの実情であったと思います。

そうした，もっぱら受身の立場にあった厚生省が，今度はむしろ積極的に国民に対して選択を求める立場に立たざるを得なくなったことを，今回の健保改正を契機に厚生省が明らかにしたと見ることができると思っております。

先に申しましたように，厚生省としては給付率を８割ぐらいにするのが適当だとしておりますが，しかしそれも国民の選択の問題であります。国民が10割給付を希望するのであれば，それも一つの選択であるとする考え方をとっているように思われます。しかし，現在の医療保険制度ですべて10割給付にすれば，たとえば政府管掌健康保険の保険料率は1,000分の111にしなければならないといっております。そういう高率の保険料率を国民が容認するかどうかという問題があります。このように国民の側は，従来のように給付率の改善を要求するだけでなくて，給付の改善を要求するのであれば，それに見合った負担を承知するか承知しないのかの態度決定をも迫られるようになったわけでございまして，要求するものから責任を負うものへと変身を余儀なくされていると思われます。

それから，その次に医療保険の制度の体系につきまして厚生省の考え方を見ますと，少なくとも老人保健医療は別建てといたしまして，その財源について全国民が負担していく制度にすべきであると考えているようであります。この点は恐らく国民の間に大まかながらコンセンサスが成立していると思われま

す。ただし被用者保険と地域保険をどうすべきかにつきましては国民の間に，国民健康保険のような地域保険を理想とする考え方と，組合主義を理想とする考え方があって，にわかに決着がつかないといっておるわけであります。

4.　医療給付の平等化について

それでは，大体時間が終りに近づいてまいりましたが，もう一つだけ重要な問題をなおつけ加えまして，最後に締めくくりのお話といたしたいと思います。

皆様方はこれまでに医療保険についていろいろとお考えになったと思いますが，いま一番重要な問題は，日本の医療あるいは医療保険につきまして，医療担当者である医師会なり医療関係者と政府との間の合意，あるいは支払い団体の中での合意，そういうものはございますけれども，あらゆる関係者，あらゆる国民を横断した全国民の大まかであっても合意というものが全く存在していないということであります。

特にその中で医療の給付の平等化という問題について合意が必要であります。それで医療の給付の平等化という問題は，日本医師会と厚生大臣とがことしの４月４日の会談で五原則というのに合意しております。それで五原則というのはちょっと申し上げますと，第一は給付の平等化を図るということであります。それから，第二は負担の公平化を図るということであります。第三は物と技術の分離を行うということであります。医師の技術を尊重し，物をいかに使ってもそれでは医療報酬はふえず，技術に対して医療報酬が保証されるという，物と技術の分離を行うということです。

それから，第四が家計の高額負担を解消する方途を別途考慮するということであります。それから第五が，審査機構の改善を早急に検討するということであります。これは医療機関が医療費を請求してきたそのレセプトを社会保険診療報酬支払い基金でもって審査する問題であります。

この中で一番むずかしい問題は，給付の平等化という問題であります。現行

の健康保険の被保険者本人，被扶養者，国民健康保険の被保険者の給付の平等化を図るためには，政管健保及び組合健保の被保険者本人の給付率を現行の10割から７割に引き下げまして，それらの健康保険の被扶養者及び国民健康保険の被保険者と同一水準にいたしまして，つまり低い方へそろえるのか，あるいは政管健保及び組合健保の被扶養者並びに国保の被保険者の給付率を10割に引き上げまして，健保の被保険者本人と同じ水準にいたしまして，つまり高い方へ，それも10割にそろえるわけでありますから，最も高い最高の線にそろえるのか，それとも現行の健保保険の被保険者本人の10割給付という給付率を引き下げるとともに，健保の被扶養者及び国保の被保険者の７割という現行の給付率を引き上げまして，８割とか９割という水準でそろえるのか，そのいずれかの方法をとればよいということになることは明らかであります。

そこで，よく給付の平等化といいますが，給付の平等化の一つの形態としての給付率の平等化のための以上申し上げましたいろんなやり方は，財政的もしくは政策的な実行の可能性という現実の問題を一応別にいたしますならば，論理的には筋が通っておりまして，妥当といってよいと思われます。しかし問題のむずかしさ，つまり給付の平等化を図るという原則，あるいは給付の平等化を図らなければならないという願望なり必要という問題が，決して単純には割り切れない，むずかしい問題であるというのは，いま申しました問題よりも先にあると思います。

その先にある問題は何かといいますと，いま申しました７割，10割，８割ないし９割といういずれの給付率をとるにいたしましても，同一の給付水準にそろえたならば，その限りにおいて給付の平等化の一形態としての給付率の平等化は実現されたということができるのですが，それでは10割という最高給付水準，最高給付率にそろえて平等化するのではなくて，７割とか８割とか９割というふうに最高にはまだ若干開きのある給付率にそろえて平等化しました場合に，現行の健保組合や共済組合の被扶養者に対する付加給付のように，特定の

集団が平等化された給付率にプラスアルファーすることによって給付率を引き上げることを給付率の平等化に反することとして認めないことにするのか，それともどの医療保険制度に加入していようと，一律に８割なら８割という給付率を平等に保障されているならば，まさにその限りにおいて給付率が平等化されているわけでありますから，平等化の原則に反しているとはいえないのであって，先に申しました健保組合や共済組合の付加給付は一律平等の保障水準の上に，さらにプラスされるものであるから認めてよいと考えるのか，そういう問題があるわけであります。

ここで，給付率の平等化という原則ないしは概念につきましては，もう一歩進んで，あるいはもう一歩深いところへメスを入れて，どういう性格の平等化というものを志向しているのか，それが究明されなければならないと考えるわけであります。

たとえば，給付率の平等化というのは，「水面」を，いわゆる最低保障水準もしくは適正保障水準と考えまして，「水面」から下の「水中」にいるものをすべて「水面」にまで一様に引き上げるという形においての平等保障であればよいのでありまして，「水面」よりもさらに上の「空中」の方に上昇することは，それは個々の保険集団の自主的な努力，あるいは判断，選択に任せることでよろしいんだというふうに考えるべきか，という問題であります。

それで，もし国家が責任を持つべき医療保険の給付水準は８割にするということで国民の合意が仮に得ることができるならば，あるいは国家がそのように決めることができたならば，それは一つの選択でありまして，それ以上のいわば「空中」のプラス，これは９ないし10割ということになりますが，この「水面」にまで国家の責任で保障すれば，「水面」からさらに上の「空中」に上昇することは，それは個々の保険集団，個々の集団の自由に任せるべきであって，この上に関しては国家は介入しない，干渉しないというふうにすべきなのか，それともこの「水面」までということについて一律平等でなくてはならな

いのであって，この空中上昇は容認しないという考え方で国民が合意をするのか，そういう問題があるわけであります。

いずれにいたしましても，国民の合意でありますから，どちらの考え方が絶対に正しいとか正しくないという真理の問題ではなくて，国民がどちらを選ぶかという選択と合意の問題としてこれをまず決めない限りは，医療保険の給付率の問題はいつまでたっても問題の根源が解決しないというふうに考えるわけであります。

そこで，それならば解決方法としての最高の給付率を一律平等に保障したらどうか，という意見もあると思います。つまり，国が国の責任で日本国民一億何千万全部に10割給付を行うという方法もあると思います。しかしそういうことを仮にやりますならば，今度は医療費の浪費という問題と，それからバランスの問題が出てまいります。社会保障の中で医療にだけそういう巨額の国民所得を回すことが国民の福祉のために望ましいかどうか，社会保障の中のいろんな部門，医療保険，年金，老人福祉，児童福祉，母子福祉，生活保護，いろんな社会保障の中の部門の間のバランスということから考えて，これにはまず多くの国民は賛成しないだろうと思います。一応医療のことだけを考える限りにおいてはこれが好ましいように思われますけれども，さて振り返って医療以外の問題を考えますと，恐らく大多数の国民の皆さんはこれには賛成しがたいのではなかろうかと思います。

そうしますと，一体この問題をどうするか，つまりこの「水面」の上の「空中」を認めるのか認めないのかという問題であります。その点につきましてもしこれを保険制度として認めないということであれば，これは禁止するということになります。そうしますと，それは，やりたければ全部民間の保険で勝手にやって下さいということになります。仮に８割給付以上は認めない，公的な医療保険制度で認めないということになりますならば，それじゃ民間の保険会社でやってくれということになるかもわかりません。そういう問題について国

民の間で大まかでも合意が成り立ちませんと，医療給付の平等化とか給付率の平等化というフランス革命のスローガンのような美しい言葉ばかりを並べておりましても，この問題は解決しないというのが私の見解であります。

5.　医療費の使い方について

それから，その次の問題は，抜本改正ということがよく言われますけれども，一体抜本とは何かという問題であります。今日の医療保険において抜本と申しますのは，給付率を引き上げることとか，国民の負担を軽くすることとか，あるいは格差をなくするという，そういうことよりも，むしろいまの医療費の使い方というものをもっと合理化することだと思います。そして医療担当者と医療を受ける国民，あるいは保険者，被保険者あるいは政府，そういうものが同じテーブルにつきまして，もっと謙虚に，もっとざっくばらんに話し合いを詰める以外に，私はいまの医療費の使い方を合理化することはなかなかできないと考えておるわけであります。

それで，皆さんもご案内のように，医療費の使い方につきましては，国会でもいま問題が提起されております。去る９月27日の参議院決算委員会で，新自由クラブの野末陳平氏が指摘したところによりますと，大阪のある病院は三日間の外来診療患者について70万円もの医療費を請求しております。それから78歳の老人が外来診療四日間で64万９千余円の請求を受けております。また姫路のある病院は１億円にのぼる不正請求を行なったことが，新聞に報道されて，国民に非常に大きな衝撃を与えております。

このような医療の姿を改めるには，これまでにも指摘されているように，医療担当者の団体である医師会が自主的に指導，規制する努力が先決ではなかろうかと考えます。もちろん地域によりまして，医師会におかれましても非常に自主的にそういう努力をなされているところもあるようでありますけれども，医師会とされましては単に傘下の医師や医療機関の利益を守り，外に対して要求するだけではなくて，国民によい医療を提供し，医の倫理を守るように自主

的な規制，指導を強化することこそ，われわれ国民の信頼にこたえる道だと考えます。

今回の医療健保改正案の中の薬剤の半額負担の導入は必要であると私は考えますが，医療の荒廃，医療というものが非常に営利のための手段とされて荒廃しているという，医療の荒廃というものをまず改めることに手を打つことが，私は今日の医療問題を解決する上の大きな課題であろうと考えるわけであります。

6. 給付と負担との関係

それから，私はこれからは国民が政府にこういうことをしろということを要求することも大事でありますけれども，こういうふうに要求するにはどれだけの負担が必要かという，給付と負担との関連というものに目を開く必要があると思います。年金につきましても同じであります。私どもは年金は高ければ高いほどいいとはいえないと思います。高ければ高いほど非常に大きな負担になってまいります。そうするとこれ以上は負担ができないから給付はこれぐらいでよろしいというような選択がこれからの問題になってこようかと思います。

医療につきましても，医療保険を10割にするのはいいけれども，こんなに負担がかかるのであれば，10割給付でなくて９割給付でよろしい，あるいは８割でよろしいというような，そういう選択がこれからの国民にとっての課題であろうかと考えるわけであります。

そして，社会保障全般を通じまして，私は，いままでは社会保障や社会保険を考えます場合に，われわれは受益者という立場で考えてきたわけであります。これからはいわゆる納税者という観点からの社会保障に対する観察が必要になってこようかと思います。つまり自分の納めている税金が，社会保障であるからといってこういうところに使われるのはおかしいのではないかという観察力，判断力，そういうものがこれからわれわれにとっては必要になってくるのではないかと思います。

現在所得税を収入の３割ぐらい納めておられる方が，医療保険は10割になり，年金もかなりよくなったけれども，いままで３割の税金が７割，８割になったといたしますならば，恐らくそういう福祉はご免こうむりたいという意見が出てこようかと思います。つまり，福祉というのは，年金にいたしましても，医療保険にいたしましても，あくまでも国民の負担との見合い，それから公的に保障されるべきものと，私的な努力でもって獲得すべきものとのそのけじめ，その範囲，限界をどう考えるかという，きわめて重要な問題にも関連してまいります。

そういう意味で，私はきょうは主として医療保険のお話をいたしましたが，年金にいたしましても，福祉にいたしましても，これからは国民が冷静に，だれがどのぐらいを負担し，だれがどの程度の給付を受けるのが望ましいか，公的給付と私的に獲得すべき，みずからの努力によって私的な世界において獲得すべきものとのけじめ，そのグレンツ（限界）というものをどう考えるかという，そういう問題がこれからの社会保障なり社会保険の世界においてわれわれが十分に考察し，十分に究明しなければならない課題になってこようかと考えるわけでございます。

本日は，予定の時間を過ぎまして，大変長時間になりましたが，皆様方が長時間にもかかわりませず終始ご熱心にお聞き下さいましたことをお礼申し上げまして，私のお話はこれで終りたいと思います。どうもありがとうございました。

（おわり）