

医療保険の危機と改革の方向

YOSHIDA, Hideo / ヨシダ, ヒデオ / 吉田, 秀夫

(出版者 / Publisher)

法政大学社会学部学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

社会労働研究 / Society and Labour

(巻 / Volume)

12

(号 / Number)

2

(開始ページ / Start Page)

20

(終了ページ / End Page)

39

(発行年 / Year)

1966-01-30

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00017691>

医療保険の危機と改革の方向

吉 田 秀 夫

はじめに

いまわが国の医療保険制度は、軒なみに財政危機にみまわれている。またわが国の公私医療機関をふくむ医療制度が、多くの矛盾と不合理をかかえながら曲り角にあるといわれてから久しい。この両者はかたくからみあつて、医療保険制度にしても、医療制度にしても、わが国の社会保障制度にしめる比重は、きわめて大きい。このことについては、あとに国際的比較で俎上してみたい。

医療保険の財政危機を背景にして多くのことが、政府側からも関係する諸団体や学究者のあいだでも、ことあげされてきた。積極的なものも、消極的なものも、糊塗的なものも、根本的なものも、いり交つてゐる。玉石混交といつてもさしつかえないであろう。このへんのところを整理し、ついで私見を加え、医療保険の改革の方向を考察しようというのがこの小論の目的である。正直なところ、これは著しく困難なことである。いかに困難なテーマであるかということは、これからのべる問題提起と一応の分析によつても、諒とされるにちがいない。そこでまず、わが国の医療保険、医療制度の現状はどうなのかから、ふれてみたいと思う。

医療保険の財政危機

戦後二〇年の推移のもとで、医療保険の財政が危機に見舞われたことは、いくたびもあつた。たとえば、政府管掌健康保険（以下政府健保）は昭和二三年暮から、二四、二五年にかけて第一次の危機、ついで昭和二九年の赤字、そして今回の三八年、三九年、四〇年の尨大な赤字の発生などである。政府健保は、なんといつても労働者や公務員のすべての医療保険制度の中核的存在である。その適用労働者の数も、財政的規模もずばぬけて比重が大きく、それだけ政府の責任が重い。この保険が法改正をうけると、原則として他の被用者保険がすべてこれに右にならうことになる。第一回の昭和二四年時は、保険料率を一年に四回も引上げ、保険医にたいする審査監査を強化して支出をへらしてのり切つた。第二回目ときは、三年もみつづけて労働者に一部負担をふやし、保険医への官僚統制を強化して三二年六月、法律を改悪した。この間はげしい労働者、医師の共闘による抵抗をうけた。

一貫してわが国の医療保険で財政危機に見舞われどおしなのは、日雇労働者健康保険と、市町村の国民健康保険である。前者は法定は国家が三割五分、（実質は四割と五割近い）後者は、二割五分から三割、四〇年度は三割五分の国庫補助を、医療費に支出してきた。にもかかわらず、日雇健保は尨大な赤字をかかえ、市町村国保の半分（一七〇一市町村）は、三九年度で赤字という現状である。

ところが、三九年、四〇年度にかけて事態はもっと深刻になってきている。これまで一度も財政危機という経験のなかつた国鉄、専売、電々公社の公企体職員、国家公務員、地方公務員などの共済組合の短期保険（健康保険）はもちろん、大企業の健保組合さえも、保険財政が全般的に苦しくなり、つぎつぎと保険料率、かけ金率を引上げ、保険給

付の改悪圧縮がなされてきたということである。この間の事情を詳述することは省略するが、公務員関係の共済組合で、もっとも高い保険料率（労使合わせて千分の一〇〇）をはらってもなおかつ財政危機だというのが、圧倒的に地方公務員のそれに多いことである。また大企業の健保組合でも、法律のワクの最高千分の八〇をもつてしてもなおかつ赤字だという組合が少くないということである。四〇年三月まで千分の八〇の健保組合が一三二〇のうち、一〇〇をこえるにたった。

さて三九、四〇年の二年ごし、社会的政治的な関心をあつめ、一転、二転、三転、四転した厚生省の赤字対策、法改正案をめぐって、はげしい物議をかもした政府管掌健康保険の赤字の実態はどうであろうか。

政府健保は、三八年度末で二五〇億円の剰余金をもっていた。ところがこの年一三一億の赤字を生み、この剰余金で埋めたが、三九年度末に三六三億円の赤字をのこした。四〇年度は七〇〇億円をこえる尨大なものになるというので騒ぎがはじまった。この額はその後見込より減って四〇年一月中旬に、赤字見込額五三五億円、四一年度は単年度のみで七五〇億円の赤字となると当局はいつている。いずれにしても健保創設いらいの尨大な赤字であることは事実である。日雇健保は三九年度で約一三四億円の赤字の累積額である。

ともかく、昭和二年に健康保険がはじまりすべての労働者、公務員（二、二四二万人）とその家族（二、八〇五万人）と一般農民市民（四、四三三万人）合計九四八〇万人（三九年三月末現在）が、いろいろな医療保険の適用をうけているのであるが、この医療保険が、ここ二、三年来のように、すべて財政危機におちいったということは、まさに史上未曾有のことであった。

医療保険財政危機の理由

① まず周知のように医療費が激増したことである。

その増大ぶりは三六年以後顕著となった。三六年度は、病院ストライキと、医師団体のユニークなたたかいを背景にして、七月と一二月に二回、②医療費が合計約一四・八%の引上げをみたからである。その後、三八年九月に地域差が撤廃され（それまでの乙地がすべて甲地の値段になり）約三・七%の上昇をみた。三七年、三八年三九年の三年間に③の医療費、単価、点数ともすえおきのままであつた。実はこの二年間に医療費は急増したのである。それはどういふわけであろうか。

厚生省の調査によると、医療費の増減をはかるには、三つの要素がある。一つは受診率であるが、これは国保に若干の上昇をみたが、被用者のそれは横這いである。二つは、一件当りの治療日数であるが、逆に減少している。三つは、一件当りの医療費であるが、これが激増している。この医療費のなかでも諸検査が外来で二二%、入院で二二%ふえ、圧倒的には、新規に開発された医薬品の使用の増大にあると。新規医薬品には、ビタミン剤、強肝剤、抗生物質製剤、アミノ酸、補血剤、高血圧剤である。また社会保険審議会での厚生省の説明によ

第一表 国民総医療費一人当り医療費、国民所得比の年度別推計

	国民総医療費	国民一人当り医療費	分配国民所得中の総医療費
昭 35	4,426億円	127,780	3.9
36	5,426 〳	150,569	3.9
37	6,511 〳	165,742	4.16
38	7,966 〳	189,157	4.36
39	9,533 〳	200,410	4.84
40	11,454 〳	230,070	5.05

- 注 1. 38年度までは厚生省統計調査部の発表
 2. 39、40年度は厚生省の推計
 3. 国民一人当りの医療費は39年以降筆者の推計

医療保険の危機と改革の方向

第二表 国民総医療費の内訳（昭和39年度）

負担区分	推計額	百分率
医療費総額	9,553億円	100.0
公費負担分	1,185	12.4
生活保護法	581	6.1
結核予防法	370	3.9
精神衛生法	174	1.8
その他	59	0.6
保険者負担分	5,992	62.9
政府健保	2,000	21.0
組合健保	1,238	13.0
船員保険	58	0.6
日雇健保	169	1.8
国家公務員共済	816	8.6
公企体共済		
地方公務員共済		
私学教職員共済	1,500	15.7
国民健保		
労災保険	211	2.2
その他		
患者負担分	2,356	24.7
医師、歯科医師	1,971	20.7
全額自費	100	1.0
公費又は保険の一部負担	1,871	19.6
買薬	300	3.1
あんま等	85	0.9

—厚生省統計調査部調—

ると、一日当りの総点数（医療費）中にしめる薬剤点数の割合は、甲表入院で、三五年五月の一六・〇％より三八年五月には、二五・八％ふえ、乙表の外来では、二五・九％から三九・九％にふえた。

もしも医学技術、薬学の進歩発展によって、検査が精密になり、新しい医薬品がどしどし使用されるようになって医療費が増大したとするならば、これは当然のことではないだろうか。ただあまり効率のうすい検査、医薬品が過剰に行なわれているというのでは問題がないわけではない。

もう一つの社会的要因を考えてみる必要がある。それはわが国の人口の老令化にともなう疾病構造の変化である。人間ドック、成人病対策が近年かなり強化され、諸検査にしても、治療にしても改善された。五〇才、あるいは停年五五才すぎても、もろもろの疾病が

多発するのは当然である。これは今後も医療費にかなりの負担をかけることはあきらかであろう。

なお国民総医療費といっても公費負担分と保険者負担分と患者負担分の三つに区分され、その内訳は、第二表のとおりである。

このうち公費負担分は、医療保険の財政には関係ない。これは、三七、三八、三九年と一貫して一二%台で変りはない。問題は保険者負担分である。全体の六一・九%、そのうち政府健保負担で二二%、ついで国保の一五%である。(政府健保が労働者家族で二、三三四万人、国保が四三七五万人、(三九年度末)を比較すると、国保の劣悪さが分るであろう)。

増大した医療費の行方、医療機関の現状

この増大した医療費はどこに配分されたか。医療費であるから、公私医療機関がこれをうけとった。買薬、あんま、はり、きゅうなどの四%を除いた九六%がこれである。(第二表参照)

ところが医療費の増大は、それだけ公私医療機関の収入になり、そのことが経営にプラスになったかといえ、そうではなかった。このことについては、厚生当局の公立公的病院を中心とした実態調査によって、医薬品の使用の増大は、経営にはプラスせず、素通りであったと、三九年春発表した。

正確な医療機関の実態調査は、日本医師会の抵抗により、ここ昭和二十七年来行なわれていない。日医の反対する理由は、医療機関といっても国立なり国が直接にタッチしている病院診療所がたくさんあるのであるから、それで間に合うはずだといっているし、また医療機関のみでなく、保険者の実態も、国民の所得も調べるべきだとしている。

日医の態度にも問題があるが、政府厚生省が十数年も、まともな医療機関の実態調査をしていなかったことは批難さるべきであろう。

三七年、三八年、三九年と医療費増大の推移のもとで、都道府県立、ないし市立病院を中心に、経営の苦しい実態が訴えられ、軒なみに赤字であることが指摘されてきた。とくに公立病院のばあいは、三八年四月より地方公営企業法を適用して、実質的に独立採算を強化してきたために、このことがさらに深刻化している。他の日赤、済生会、厚生農協連などの病院も、それぞれ経営難を訴えてきたところである。たとえ日医の抵抗によって私的医療機関の実態があきらかにされなくとも、この三七年から三九年のあいだに、診療報酬の地域差が撤廃になり、乙地が甲地に格上げされたのみで、一切の診療行為にたいする医療費、単価点数はそのままにすえおかれてきたのであるから、公立、公的医療機関のそれと本質的にかわりはないはずである。ただいえることは、診療報酬の乙表には、まだ投薬、注射にたいする若干の技術料に依存する度合いがたよよく、このウェイトをふやし、患者をより多数扱うことによつて稼動点数をいかに多くするかといったことによつて、医業を維持してきたということである。

つまり国民総医療費は激増した。ところがこれを取った医療機関、保険医がこの期間に経営に苦しみ、さらにすべての医療保険の財政が危機におこまれたということである。そのうえつけ加えておきたいことは、わが国の医薬品の生産と配給と広告の問題である。これらが全く野放しであったということである。資本主義自由経済のもとにあるから、自由放任は当然だということになるかも知れないが、それでも欧米諸国に全くみられないわが国の医薬品の特長は、医薬品の広告の野放しにある。広告費の首位をしめるのが、医薬品であるということである。数年前までは医薬品の生産額は、世界で第四位をしめていたが、三八、三九年の段階で、一躍アメリカについて第二位になった。昭

和二八年度（一九六三年）で年生産額三五六一億円、このうち約五割は大手一〇社の製薬資本であり、ここ数年来の不況をよそに、資本の集中化、系列化がすすみ、化学工業中最高の利潤をあげたものが、独占的製薬メーカーであると指摘されてきた理由はここにもあった。

健康保険による医療費、医療内容に、つよい国家統制をつづけているのに、医薬品が生産と流通と広告の分野で野放しにされているということにも盲点の一つがある。

放任されている医療保険の不合理

さてわが国の健康保険には、国際的に例のない不合理矛盾があるとされてきた。

① 健康保険の医療内容に一貫して制限診療、規格診療という公的な制約がある。保険医担当規則、主要疾病ごとに治療指針、健康保険で使用してもよろしいと定め掲載されている薬価基準の三つである。このほかに、昭和二三年秋の社会保険診療報酬支払基金の発足いらいつもりつもった疑義解釈という老大な通牒集がある。こうしたことにより健康保険の診療はたえず制約をうけ、畏縮し、作文請求にならざるを得ない仕くみにあった。

② 個々のすべての診療行為ごとの報酬はすべて厚生大臣がきめた④料金であり、そのうえ採用する建物のちがいで、甲表乙表の二本建てになり⑤料金がことなってくる。この⑤料金は戦後一貫して紛争をつづけてきたように政治的にきめられてきた。国際的比較からいっても低く、物価が人件費の上昇、医療技術者の技術料評価や医療施設機械の原価償却や拡大再生産といったことは全く考慮されていない。

この①②のためにわが国の健康保険は、複雑で繁鎖な事務と審査をとまなう。医は仁術でなく算術だといわれるゆ

えんである。先進諸国は④料金であれ協定料金であり、物価、賃金へのスライドをみとめ、また医師団体と支払者側との交渉によるひんばんな改訂をみとめている。わが国のような医療内容にたいする介入や事務の繁雑さはない。

③ 医療費の六割をうけとる病院が、ここ十数年来、大小の規模の医療合理化政策を強いられながら、依然として労働基準法も守れない非近代的経営にあること、そのうえ医療労働者の低賃金、労働強化、人員不足の実態はますます深刻さをましている。その代表的惨めさは、圧倒的な看護婦の不足である。準深夜勤務が、月のうち一五日ないし二〇日間つづき、一病棟に五〇人六〇人の患者を収容しながら当直の若い看護婦がたった一人という惨めさは、四〇年一月から九・五%の医療費の引上げをみた状態においても改善されない。四〇年七月人事院は全日本国立医療労働組合の提訴にこたえて、深夜勤務月八日以内、当直は二人以上が望ましいと回答をだしたが、これを実施しようにもできないほど看護婦が不足し、なり手がなない。

以上の三つの不合理とともに、すべての国民に健康保険皆保険政策がとられているにもかかわらず、依然として無医地域（三五年六月で一三五ヶ所、このうちどうにもならないところが三九八ヶ所）が存在していること、厚生省の健康調査によると病気になっても二回に一度しか医師にかかっていないという事実などがからみあっている。これらは国民総医療費拡大にはなっていない要因である。

医療保障改革の方向

周知のように、史上未曾有の政府管掌健康保険および日雇健保、船員保険のいわゆる保険三法の赤字対策が、三九年八月以来、一転、二転、三転、四転してきた。このなかで、もっと大がかりな改悪案は、第二次案として三九年一

一月にだされたものであった。曰く、保険料率の引上げ、標準報酬の最高を一〇万円にし、一切の臨時収入を保険料の対象にし、これで不足すれば年数回の臨時の保険料を徹収する、薬代の半額本人負担と、入院外来の労働者負担を一割にする、というのである。だからこそ、健保共済改悪反対の共斗会議が、社共両党から民社党も協力して約二〇〇近い労働団体、民主団体が結成され、四〇年春斗のなかで、四六都道府県のうち四三都道府県に県評、県労協中心でつくられていった。この案が、総報酬制と薬代半額負担にしぼられた(第二次案)が、この政府案も、医療費の異常な紛争と、労働者国民諸階層の抵抗によって、国会上程を見送らざるを得なかった。こうして四〇年十一月、社会保険審議会の答申をうけ、少数意見(公益代表)を採用して、政府健保の保険料率の千分の六三を七〇に引上げ、最高標準報酬の五万二〇〇〇円を一〇万四〇〇〇円まで引上げ、四一年一月より実施し、赤字を一時棚上げし、四一年に国庫より一五〇億円の補助をみとめるということにおちついた。(第四次案)これも日韓臨時国会の与野党激突、実質的な審議ストップのあおりを受けて成立不可能となり、通常国会にもちこまれるであろう。

以上は、健保の当面の赤字対策の曲折した推移である。問題は、しばしばこの過程で政府が言明しているように、このさいわが国の医療費、医療制度のあり方を根本的に改革する方向を、少くとも四一年六月をめどに見出し、それを実行したいということである。本小論のテーマの一つはここにあったわけであるが、紙面の制約で十分意をつくすわけにはいかなかった。それでこれまで医療保険、医療制度に関するもので、政府の常設ないし臨時の審議会調査会が何年何月に答申なり報告書、勧告をだしたか、また主要関係団体が意見を公けにしているかを、年代月ごとに羅列し、そのうち主要項目ごとに分類し論評し、私見をつけ加えてみたい。

一、政府の諮問機関系統のもの

社会保障制度に関する勧告（昭二五、一〇月）

結核対策強化推進に関する勧告（昭二六、一一月）

医療保障に関する勧告（昭三一、一一月）

社会保障総合調整に関する勧告（昭三七、八月）

以上社会保障制度審議会

七人委員会の報告書（昭三〇、一〇月）

五人医療保障委員会報告書（昭三四、三月）

医療制度調査会の医療制度の全般的改善に関する答申（昭三八、三月）

医療費基本問題研究委員報告（昭四〇、三月）

医療懇談会の諒解事項（昭三六、九月）

日本学術会議総会の決議（昭三六、四月）

二、関係諸団体の主なる意見と動き

日経連の社会保険統合案（昭二八、九月）

総評、国民平和会議の社会保障要綱（昭二八、一一月）

七人委員会に提出された日経連、健保組合連合会、日医、日留などの意見書（昭三〇、七月）

健保組合連合会の健保改正意見（昭三八、三月）

健保組合連合会発行の「問題だらけの医療費」（昭四〇、八月）

日経連の健康保険改善に関する建議（昭四〇、一月）

日本医師会の健保改革の四原則（昭三六、三月）

日本医師会の国民健康保険読本（昭三六、一〇月）

日本医師会のあなたの健康―図説国民医療読本（昭四〇、九月）

この関係団体の分については、この他に数えきれない小冊子があることをつけ加えておきたい。以上をみても、近々一五年あまりのあいだに、いかに多くの権威？がいかに多くのことを医療保障について語ってきたかが分る。まさに百花争鳴である。少くとも政府の各種の諮問機関は、そのときどきの時代を反映し、そのときの社会的紛争や政府の要請にこたえて、学識経験者を中心に各関係団体代表が、長年月の審議のすえに、つくられた意見、答申であるはずである。にもかかわらず、わが国の医療保障は、いま重大な危機にある。そのもつ不合理矛盾は放任されたまま、ますます深まろうとしている。諸権威の折角の労作は実のることがなかった。無視されてきたといっても差支えがない。

それはなにに帰因するのか、もちろん利害が錯綜しているからである。また政府とくに担当している厚生省が無力であった。もっとも重大なことは、政治の貧困と無関心さ、人命軽視の政治経済のあり方自身にその根源があるといつてよいであろう。さてこれらの過去のもろもろの意見を整理してみるとおよそつぎの二つに分れるであろう。医療保険体系と調整に関するもの、医療費とその支払い方法に関するものである。もちろんそれぞれの分野が相互にからみあっているものである。

医療保険体系と調整に関するもの

わが国の医療保険制度が、九種類にわかれ、さらに健保組合、公務員共済組合、国保と同じグループでも内容が異なる。このような制度の多様性と制度内容のおおどろくべき不均衡は早くから組上にのぼっていた。だから一般的にこれを総合一元化することがよいのではないかという考え方がでてくるのは当然のことといつてよいであろう。

社会保障制度審議会は、一貫して被用者保険と一般国民の保険（職域保険と地域保険ともいう）の二本建てにし、組合方式を堅持し、日雇労働者と零細企業をまとめて第二種健康保険をつくれとしたのが、昭和三二年の勧告であった。もっとも大胆な問題を提起しているのは、日本医師会である。健保組合、共済組合を解散し、一切の医療保険制度を、市町村のコミュニティを基磐にした国民健康保険に統合すべきだとしている。そのばあいの、健保組合、共済組合のもてる財産（海、山の家、保養所その他の剰余金）をあげてこの統合のために利用されるべきであると。その額を日医は、数千億円になるといっている。

この日医のいう統合論は主張しはじめて六年になるが、きめの細かい批判にたえる統合理論や具体策をあきらかにしているわけではない。

これにたいして日経連、健保組合連合会が終始反対してきた。しかし現実には、政府与党内にも、地方議会、市長会などにこれに同調する傾向が高まっていることも見逃しえないことである。医療保険の財政危機の進行するなかで、日雇健保を廃止して国保に統合するとか（三十年三月厚相談）、政府健保と日雇健保を統合し、市町村国保を都道府県一本にしたらどうかということも、大蔵当局からだされている（四〇年八月）。

ところが、三七年八月社会保障制度審議会が総合調整勧告を公けにしている、総合調整が大きな重味をもってきた。勧告の言分は国家公務員、地方公務員、健保組合、市町村国保とそれぞれのグループごと（国保は県単位で）に保険料の一部を中央にプールして（国保は県ごとに）それを財源にして、財政力の弱いところをお互いに助けあひしろと
いうのである。

それをうけて厚生省は、三九年六月医療保険調整基金構想なるものを公表した。五五才より六〇才までの退職高令者と失業労働者の失業保険受給期間中、十割の医療給付を、当該本人と各保険者からの掛金の拠出と国庫負担による財源で保障しようというのであった。ところが健保の赤字、医療費紛争のあおりをうけてたうえに強い批判をあびて
棚上げになった。

以上の意見をくわしく論評する紙面がない。各種意見のなかで一番問題なのは、日医のいう健康保険の統合論である。日医のいうように市町村というコミュニティが、いま高度経済成長政策のあおりをうけて地方財政が破たんし、地方自治さえ喪失しようとしている。そのうえ約四四〇〇万人を包ようする農民市民のうち、保険料（税）の減免されているもの三〇%、年間収入九万円以下が二三%、年間二〇万円以下が四四%もしめている事実（三八年度）、このような低所得貧困状態の打開は、社会保障以前の問題である。農市民の貧困は政治の責任で、労働者や公務員の低賃金とその社会保険によって救済されるべきものではない。このような統合によつて労働者階級の医療保険のもつ給付内容は大巾に低下し、その費用負担はいまよりも苛酷なものになるであろう。

総合調整にしても、統合にしても、要は国家と資本負担を少くして、労働者や国民大衆の負担をふやし、その内容を大きく引下げることになるであろう。

医療費とその支払方法について

医療費をめぐる紛争はわが国のみの特有な現象ではない。諸外国でも戦後しばしばくりかえされてきた。そのためには、フランスの医師の一切の証明記入拒否のストライキ（一九六〇年八月）、六三、六四年のイタリアの勤務医師のストライキ、六四年のベルギーの医師の国外逃亡による抵抗、イギリス医師会の保険医総辞退（六五年春）などここ数年のあいだにもひきおこされている。健康保険を実施している六四ヶ国（六四年度）とくに資本主義国においては大なり小なり医療費と支払方法については長い間紛争があった。

たしかにわが国の社会保険の診療報酬には、独自のいくたの矛盾があり、その低廉さは国際的に例をみないであろう。また医療費と支払方法とは切りはなすことができない。支払方法を国際的に類別するとつぎのようになる。

○出来高払い方式——大部分の国はこれである。

○償還方式療養費払い方式——フランス、スエーデンがこの典型の国

○件数払い方式——オーストリアが採用しているが成功していない

○人頭報酬支払方式——イギリス、デンマーク、オランダなど

○俸給方式——ソ連邦、など社会主義諸国、中南米、近東アジア諸国に多い

わが国は単価点数によって金額が表示され出来高払い方式である。この出来高払い方式は医療担当者にもっとも好まれる方式で、個々の医師の報酬は働いた仕事の量、医師の能力、努力熱意に反映し、その料金表は随時改訂される利点があるにたいして、難点としては医師団体と支払機関を納得せしむる診療報酬の決定がむずかしく、事務量が多く繁

雑であり、財政負担の予測困難、医師の収入の不安定などである。健保創設らしい、単価は経済要素、点数は各料別の診療行為の難易差をあらわすとされてきたが、昭和二六年に新医療費体系ができ、医師の技術料を分離しようと試み、厚生省はこの準備にかかったが、失敗し、この考え方が背景になって九年後に現在の甲表（実施は昭和三十三年一〇月）になった。その後医療制度調査会で適正な診療報酬の構成要素として医師の技術料と技術補助者の人件費と医療材料機械の三つにわけたが、これをいかに具体化するかはなんら明示せず、四〇年三月の医療費基本問題研究委員六人の研究でも、ついにまとまった結論には達し得なかった。いかにむずかしいものであるかはこれでも分るであろう。

しかし三六年九月医療懇談会は、甲乙二表一本化の方向をあきらかにしたが、これさえも具体化の緒にもついでない。しかしこれは早晩いずれにウエイトをおくにしても一本化への努力がなされるであろう。もう一つは医薬品の使用の増大によって医療費は急増した。このことが医療保険財政を圧迫している。ここにメスを振わなければ保険財政の再建はおぼつかないというのが、大方の見方になりつつある。とくに医療費のなかにしめる薬品の比重はかつての二割五分くらいから三割、四割をしめるとさえいわれているから、なおさらである。また薬価基準の改訂をめぐってはげしくもみあったのは四〇年の中央医療協議会であった。市場価格が大巾に値下りしているにもかかわらず、健康保険で久しく高い薬価基準で支払っているのは不合理だという支払い側の言分もたしかに一理があった。ところが乙表採用の九割の医療機関は、技術料をともに評価されないうままに、投薬注射のわずかなマージン（実際には処方せん料、調剤料など技術料に該当するもの）の集積によって、医業を維持してきたのであるから、一方的な薬価の切り下げはけしからんということになる。これも一面の真理であろう。

甲表のばあいは、初診、再診、入院に基本診療料金があって、これに簡単な投薬注射、処置がすべてふくまれる。四

○年一〇月までは薬価が一九円（三九年一二月までは一六円）から六〇円までの薬を使用すると、健康保険では一六円しか払わない仕くみだった。したがってこの間の薬をつかえばあきらかに欠損になった。乙表はかなり事態がちがう。乙表では一日分の投薬三四円（三、四角）のうち、技術料は二八円で固定している。（一五円以内の薬は六円の技術料）平均薬価というのがあって、一五円〜三〇円ときは二三元、三〇円〜四五円のは三六円、四五円〜六〇円ときは五一円とその薬価を計算する仕くみになっており、六〇円をこえるものは、甲表乙表とも、その薬価そのものがそのままかりとおる。つまり乙表はこの平均薬価にプラス技術料が加算される。以上は四〇年一二月実施の薬価基準改訂によってほんのわずか修正されたが基本はいさかもかわりはない。

三九年から四〇年にかけて、薬代の半額本人負担という改悪案が公けにされたが、このばあいの薬代とは乙表では、六〇円以内のときは技術料をのぞいた平均薬価としてもその半分、一一円、一八円、二五円五〇銭のことをさすことになる。二剤、三剤投与のときこのような計算が、診療の都度医療機関の窓口でなされることは、一そう事務量をふやし、支払基金の審査のばあいにもほとんど不可能に近いことになる。このようにみると、赤字対策として最大のきめ手とされていた薬代の一部負担は、実現きわめて困難なテーマだったことが分る。

さらに、またここ数年来再燃してきている問題に、医薬分業問題がある。日経連、健保組合連合会の年来の主張であった。

医薬分業には任意分業と強制分業の二通りある。いずれにしても調剤は薬剤師の仕事で、医師の仕事をはっきり分けるということである。再燃した医薬分業の方向は、法律をもって医師の調剤を禁止し、その処方せんによって専門家である薬剤師から調剤してもらって薬をもらうということである。これにあてはまるのは都市の薬剤師のいる薬局

のあるところに限られる。こうすることによって薬の濫用を防止し、医療費を圧縮できるというのが支払い側の意見である。ところがこれまで明治らしい強制分業に反対しつづけてきた日本医師会は、三九年はじめ医薬分業を促進するといひだしている。その真意のほどはあきらかにされていけない。医師の技術料評価を強調することからきているとみられる。この医薬分業の再燃は新しい社会的政治問題化するのであろう。問題は法の強制介入により国民の生命尊重、疾病の治療が保障されるかどうか。また医療費の圧縮がはたして可能か、高価薬による処方せん発行によって逆の結果が生ずるおそれさえあるなどの問題がある。

支払い方法では日本学術会議（昭三六、四月）の総会決議による現物給付と療養費払いの平行採用は、その後引きつづいてくすぶりつづけている。三七年八月の総合調整勧告がこれを支持し今後審議すべき一つの重要なテーマになっている。これはフランス式の償還方式にすることであって、労働者も家族も国民も自由料金で現金で全額医療機関の窓口で支払い、その代り領収費をもらって各保険者から、健康保険の④料金で後払いしてもらうことである。これは現金の貯えなしには、保険があっても医師にかかれなことを意味する。これとともに警戒すべきは、差額徴収の全面的制度化である。いま健康保険でみとめられているのは入院料のみである。これを診断、検査、投薬、注射、処置、手術すべての診療行為ごとに拡大しようというのである。また官給請求明細書の発行（政府が発行し、被保険者家族に配布し、病気になったら、そのつどこの官給請求明細書を被保険者証と一しよに保険医、医療機関に提出するようにする）とかが、健保組合連合会、日経連、一部の学者よりつよく主張されている。この狙いは受診率の制限にあることはいままでもない。

むすび

以上のようにわが国の医療保障はいま重大な危機と転換期にある。このままでは駄目だ、根本的に改革すべき時期であるということは政府も、与野党も、労資双方も健保連はじめ保険者団体、日医はじめ医療団体、マスコミ、心ある国民諸階層すべての人々が考え期待しているといつてよいであろう。そのために過去においていろいろの意見、プランもだされてきた。これもふくめて諸改革プランが公然化することが時間の問題といえよう。政府は社会保障制度審議会、社会保険審議会、中央医療協の各機関に諮問し、少くとも四一年六月ごろまで答申をえたいとしている。これらの機関がはたしてその能力と資格があるかということもありうるが、現状の仕くみでは致し方ないであろう。

しかし問題はわが国の社会保障制度の水準が依然としてチュニジャ、セイロン、キプロスなみといわれてほど劣悪である。その社会的経済的背景と基盤には、労働者階級の低賃金と農民市民の低所得、貧困があり、いまだに、国際的な全国一律の最低賃金制の確立もみていないところに問題がある。とくにここ数年来のように公共料金を中心に諸物価が高騰しインフレが憂慮されている状態では社会保障の実質的価値は大巾に圧縮される。医療保険の今日の危機は、このことが大きく影響している。なぜなら、すべての労働者の医療保険は、労働者の賃金にかけられる労資負担の保険料率をもって財源とする保険仕くみによって運営されている。市町村公務員共済組合や一部健保組合のように千分の一〇〇とか八〇という最高の料率をもつとしても、保険財政が維持できないということは、あきらかに低賃金のゆえである。労働強化による疾病の増大のためである。

中小企業対象の政府健保も同様である。低賃金に乗ずる保険料をもってしては近代的医療はまかなえきれなくなっ

たということである。とすれば、国の政治経済財政のあり方にこそ今日の医療の危機があるということになる。市町村の国保も同様である。国家が医療費の三割以上（約一二〇〇億円）を補助しても、なおかつ運営できないということは、農民市民の低所得貧困であり、このことは国の農業政策、中小企業政策の貧困と破たんによる。

したがって医療の危機の責任は国家と総資本にある。この両者の責任で対応する途が、社会保障への道であり、医療保障確立のルールでなければならぬ。

医療保険や医療制度の制度的技術的な改革をいくところみても、この根本を忘れては枝葉末節の手入れに終わってしまう。とくに社会保障、そのなかの医療保障の水準と動向をきめるものは、労資を中心とする対抗関係の表われである。とするならば、労働者階級を中心とするあらゆる国民諸階層の民主的統一戦線の関心ととりくみの強化にかか