

Title	「医療保障制度に関する勧告」の批判
Sub Title	Some critical analyses on "Recommendation on medical security plan"
Author	園, 乾治
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	1957
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.50, No.4 (1957. 4) ,p.231(1)- 256(26)
JaLC DOI	10.14991/001.19570401-0001
Abstract	
Notes	論説
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-19570401-0001

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

書評及び紹介

S・A・アパスによる東南アジア発展所要資金の算定……………	白石 孝(七)		
ピレンヌ著『中世ヨーロッパ経済史』……………	渡辺 国広(一〇〇)		
高村象平他訳『中世ヨーロッパ経済史』……………	飯田 鼎(一〇一)		
ウィリヤム・Z・フォスター著『世界労働組合運動史概観』……………	堀経夫著『イギリス社会思想史概説』……………	水田洋著『社会思想小史』……………	同 著『社会思想史の旅―イギリス―』……………
白井 厚(一〇五)			

「医療保障制度に関する勧告」の批判

園 乾 治

一、医療保障の意義

(一) 社会保障の意義および構成

医療保障はいうまでもなく社会保障の一部面を形成するものである。それ故に医療保障を理解するためには、何よりもまず社会保障の本質を闡明しなくてはならない。そして社会保障の本質に関しては、学者によって種々の見解が展開せられるが、少なくとも次の諸点については、諸学者の見解が一致している。それは社会保障が、(一)すべての国民を対象とするものであること、(二)最低生活を確保するものであること、(三)国が国民に対する責務として行うものであること、の三点である。

そして具体的にいえば社会保障は、(一)社会保険、(二)公共扶助、(三)社会福祉、医療および衛生に関する制度をもって構成せられる。これらの諸制度はいずれも国民の特定の階層もしくはすべての国民を対象とし、労働能力もしくは労働の機会を失う結果、収入の一部を

「医療保障制度に関する勧告」の批判

減少もしくは全部を喪失する上、労働能力もしくは労働の機会を回復するために支出の増加を招来する場合に、その収入を補給して支出を可能ならしめ、あるいは支出を節約し、直接に労働能力の回復に役立つ医療その他の給付を行うものであり、これに要する費用を国が調達することを本旨とするのである。

しかし社会保障を構成する諸制度のうち、社会保険のみは自立制度といわれるように、その運営に要する費用に充てる財源として、受益者が少なくとも一部の出捐を行うことを条件とするものであって、この点が爾余の公共扶助、社会福祉と相異なる点で、後者の諸制度においては、その支給を受ける者は一定の条件を充す者に限られるとはいえず、それらの者がこの制度の運営に要する費用に充てる財源に対して、直接貢献することを必要としないものである。

そして社会保障は、受益者の出捐を必要とする社会保険をその中核とすべきであるか、あるいはそれを必要としない公共扶助および社会福祉を中核とすべきであるか。これについては昭和二五年一〇

月、社会保障制度審議会が採択した「社会保障制度に関する報告」は、その冒頭の総説において、社会保障の中心をなすものは、自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめること、の社会保険でなければならぬと述べ、更にこれにつづいて公的（共）扶助には補充的機能をもたしむべきであり、併せて公衆衛生および社会福祉を拡充しなくてはならないと述べ、社会保障は社会保険、公的（共）扶助、公衆衛生、社会福祉の諸制度が相互に連繫を保ち、総合的一元的に運営せられてこそ、その窮極の目的を達成することができるとあるという。

ただし卑見をもつとすれば、社会保障制度は、すべての国民に対して最低生活を確保する国の責務を履行することを存在の理由とするものであり、この点からみれば、財源に対して受益者が直接出捐しなくてはならない社会保険よりも、直接には国費および狭義の公費をもって財源が調達せられる公共扶助および社会福祉を中核とするのが妥当であると信ずる。

もちろん国費もしくは狭義の公費は、終局においては租税の形態で国民に賦課せられ、その負担によって構成せられた財源であり、経営に要する財源を受益者もしくは利害関係者が出捐し、自立的といわれる社会保険も、それが国民のすべての階層を対象とするに至れば、それらの者が費用を負担する能力には限度があるから、保険に対しても国費もしくは狭義の公費による出捐を余儀なくせられることになる。その結果、社会保険と公共扶助および社会福祉の限界

はいよいよ近接し、遂には差異を見出すことができなくなり、そこに渾然一体をなす社会保障の本然の体系が成立するのである。

(二) 社会保障の分類—医療保障

社会保障はすべての国民に対して、最低生活を確保する国の施設であるが、それは種々の基準に従って分類することができる。今、その主なるものを列挙すれば、次のとおりである。

一 社会保障はその対象とする経済不安の原因別に従えば、疾病（および傷病）保障、老齢保障、廃疾保障、遺族保障、失業保障、生活保障、出産保障、葬祭保障、住宅保障、教育保障、災害保障などに分類することができる。これは経済不安の原因別に従う分類であって、災害保障と住宅保障とは、物的事件に対する保障であるが、そのほかはいずれも人的事件に対する保障である。

二 社会保障の確保する手段を基準とすれば、金銭保障、現物保障、役務保障に分類せられる。社会保障においては金銭をもって最低生活を確保するのが最も普通である。しかし場合によっては、食、衣、住に関する現物をもって最低生活を確保することがある。たとえば食料品または被服そのものを提供し、あるいは住居もしくは一定の施設に収容することなどがそれである。

医療保障は事件の対象からみると、いうまでもなく傷病に対する保障であるが、それについて金銭すなわち医療費を提供する場合には金銭保障である。しかるに傷病の治療に必要な薬剤、治療材料、診察、処置、手術、看護、移送などに関する医師、歯科医師、看護

婦、その他の役務を提供する場合には、現物保障と役務保障を兼ねたものといふべきである。普通には現物保障を広義に解釈し、役務保障を含ませるようであるが、役務と現物（現品）とは区別することを妥当とする。殊に無形の役務の重要性が増大する傾向があり、それぞれに対する評価の問題が喧ましく論議せられることになった現在においては、両者を区別することは絶対に必要である。

三 社会保障はすべて最低生活を確保することをその目的とするが、その直接に確保するところからみれば、医療保障と所得（生活）保障とに分類することができる。医療保障は疾病または傷病を治療する直接の手段たる種々の現物および役務を確保するものであり、所得保障は、疾病、傷病はもちろん、その他の人的および物的事件によって収入の減喪、支出の増嵩を招来する場合に、収支の均衡を維持するに必要な金銭をもって所得を確保するものである。

医療保障は疾病または傷病に対する治療手段を確保するものであり、現物および役務を提供するのが最も普通の慣行であるが、金銭をもって確保すること、換言すれば医療費を保障することも行われる。医療費を提供するのでは、適切な医療が確保できない場合が少なくないので、わが国の健康保険その他の社会保険の医療ならびに公共扶助制度における医療扶助は、多くの場合において医療そのものを提供することを原則とし、それが実行不可能であるか、または緊急やむを得ない場合に限って、例外的に医療費の支給すなわち金銭をもって、医療給付を行うことが認められる。

「医療保障制度に関する報告」の批判

このように現状においては、医療保障は現物および役務をもって提供せられることを原則とし、金銭をもってする医療費の提供は、例外的に行われるに過ぎないが、適切な医療そのものがいづれの方法によって最もよく確保せられるか、根本的にこれを再検討することも徒爾ではないであろう。それは医療報酬の支払方法ならびに支払金額の多寡と医療の品質、医療担当者および医療機関の整備に関連する重大問題だからである。

尙、医療保障という言葉と、疾病保障という言葉は、しばしば同義語として混同して使用せられる。それは疾病、傷病に対する治療手段を確保する点において、両者に共通するところがあるからである。しかし医療保障という場合には、疾病、傷病に対する治療手段、すなわち医療そのもの、もしくは医療費を確保するだけに止まるが、疾病保障という場合には、このように医療そのものもしくは医療費を確保する以外に、疾病、傷病によって労働能力を減喪し、そのために失われる賃金、その他の労働所得に代わる金銭——いわゆる傷病手当金もしくは休業補償金をも確保するものである。従って疾病保障においては、医療保障におけるよりも保障する範囲が広汎である。

(三) 医療保障の重要性

医療保障は社会保障のうちにおいて、いかなる地歩を占めているか。もはや戦後ではないという言葉は、最近における一種の流行語となったが、これはもちろん戦争によって根底から壊滅した産業、経済、社会の諸状態が、最近に至って漸く復興再建を完了し、戦争

による打撃の痕跡を留めないまでになったことを意味する。しかしこの言葉を国民生活に当てはめてみたとき、果してどうであろうか。

統計の示すところによると、国民の消費平準は昭和九一一年度の平均を一〇〇とすれば、昭和三〇年度のそれは一一五で、これをもってみれば、戦前よりも国民の消費平準は向上したといわなくてはならない。しかし消費平準を地域別もしくは国民の集団別に仔細に観察すると、農村における消費平準の回復は、誠に目ざましいものがあり、都市のそれは農村に比較すれば甚だ緩慢である。もちろんこれには戦前における農村の消費が著しく低下していたことも考慮しなくてはならないが、それにしても都会においては、戦前の消費平準に完全に回復していないと推定しなくてはならないようである。

次に国民の消費生活を所得階層別に観察すると、上位あるいは中位にある階層の消費平準は、著しく向上しているのに対して、下位にある階層のそれは停頓し、明白に回復から取り残されている。このことは都市における企業の経営規模別にみた賃金の較差に明らかであらわれているばかりでなく、農業の経営規模別の経済にも明らかにあらわれている。

わが国の下位にある所得階層は、独自に国民としての最低生活を維持することのできない階層で、いわゆる生活困窮者と、最低生活を辛うじて維持するに止まる低所得階層、すなわちいわゆる「ボーダー・ライン」層を包括する。そしてここに最低生活の平準というのは、都市における勤労者世帯の平均生活平準の約四〇%にあたる

もので、このような低所得階層に属する者は、全国を通じて一九二万世帯、九七二万人を算するといわれる。

そしてこの階層に属する者は、耕地面積三反以下の零細農家が約三三%、資本金五万円以下の零細企業の経営者が約九%、低賃金の常用労働者が約二四%で、これを合計すると六六%、すなわち三分の二に達し、そのほかには日雇労働者が約一六%、家内労働者が約二%、その他失業者および無職者が約一六%で、残りの三分の一を占めている。そしてこの低所得者階層の約二〇%は、母子世帯と老齢者世帯で、それはそれぞれの世帯の四〇%にあたっている。

昭和二九年の調査によると、生活保護を開始した世帯のうち六〇%弱が、世帯主または世帯員の傷病に原因している。これを更に分析すると、(一)支出の増加は全体の二三・七%で、そのうち世帯主の傷病が七・六%、世帯員の傷病が一・二・八%、その他が六・四%であり、(二)収入の減少は全体の七六・三%で、世帯主の傷病が三〇・二%、世帯員の傷病が九・三%で、失業その他によるものが二九・四%である。これをもってみれば、世帯主または世帯員の傷病がいかに重大な困窮の原因であるか判然し、またいかに医療保障が重要であるか推して知られよう。

二、医療保障の現状

(一) 医療保障の体系

医療保障はわが国の社会保障としては最も発達し充実した部面であ

あって、それは(一)社会保険の医療、(二)公共扶助(生活保護)の医療、(三)社会福祉の医療、(四)結核対策の四つをもって構成せられている。

(一)社会保険のうちには医療に関係のないものもあるが、医療に係のあるものを成立の年代順に列挙すれば、次のとおりである。

- (1)健康保険(大正十一年、法律第七〇号)
- (2)国民健康保険(昭和十三年、法律第六〇号)
- (3)船員保険(昭和十四年、法律第七三号)
- (4)労働者災害補償保険(昭和二十二年、法律第五〇号)
- (5)国家公務員共済組合(昭和二十三年、法律第六九号)の保険
- (6)日雇労働者健康保険(昭和二十八年、法律第二〇七号)
- (7)私立学校教職員共済組合(昭和二十八年、法律第二〇四号)の保険
- (8)市町村職員共済組合(昭和二十九年、法律第二〇四号)の保険
- (9)公共企業体職員等共済組合(昭和三十一年、法律第一三四号)の保険

これらの医療に関する社会保険は、一般の社会保険を分類する基準に従って、これを分類することができるが、そのうちで実質的意義のあるものは、被保険者の階層による分類と、傷病の原因の業務と関係の有無による分類である。これによると、前述の社会保険のうちで国民健康保険は被用者以外のいわゆる一般国民を対象とし、主として市町村を単位とする地域保険であり、その他のすべての保険は被用者を対象とする被用者保険で、職域保険ともいわれる。

「医療保障制度に関する報告」の批判

次に労働者災害補償保険は、業務上の傷病のみを対象とする保険であり、これに対して健康保険、日雇労働者健康保険および各種の共済組合の保険は、業務外の傷病のみを対象とする保険である。この間において船員保険は業務上の傷病および業務外の傷病の両者を対象とする保険である。尚、業務上の傷病に対しては、労働基準法によって事業主の補償責任が規定せられ、この責任を円滑に履行するために、労働者災害補償保険(労災保険)が設けられているのである。そして一般の被用者、日雇労働者、私立学校教職員、市町村職員の業務上の傷病に対して、この労災保険が適用せられる。しかしこのような業務上の傷病に対しては、保険でない特殊の保護が別途に講ぜられている。それは珪肺および外傷性脊髄障害に関する特別保護がその一つであり、また国家公務員の業務上の傷病に対する国家公務員災害補償制度がそれである。

(二)公共扶助の医療については、生活保護(昭和二十五年、法律第一四号)に生活、教育、住宅、出産、生業、葬祭のほか、医療に対する扶助を規定している。

(三)社会福祉の医療については、次の諸制度に規定せられている。

- (1)災害救助(昭和二十二年、法律第一一八号)
- (2)児童福祉(昭和二十二年、法律第一六四号)
- (3)身体障害者福祉(昭和二十四年、法律第二八三号)
- (4)戦傷病者戦没者遺族等援護(昭和二十七年、法律第一二七号)
- (5)未帰還者留守家族等援護(昭和二十八年、法律第六一号)

これらの諸制度は、一般医療もしくは更生医療などを規定する。
(例)結核医療については、結核予防(昭和二六年、法律第九六号)がある。

(四)また公衆衛生部面では、医療保障に関連して

(1)優生保護(昭和二三年、法律第一五六号)

(2)精神衛生(昭和二五年、法律第一二三号)

がある。このほか、癩、性病、伝染病、寄生虫、トラホームの予防をはじめ、予防接種などにそれぞれの法律が制定せられている。

(二) 社会保険の医療給付

各種の医療保障のうち社会保険の医療給付の代表的なものとしては、(イ)傷病に対する療養の給付または療養費の給付および家族療養費の支給、または療養の給付と傷病手当金があり、(ロ)分娩に対する分娩費、出産手当金、哺育手当金、配偶者分娩費、(ハ)死亡に対する埋葬料または埋葬費の支給と、家族埋葬料がある。

健康保険における医療の内容は(イ)診察、(ロ)薬剤または治療材料の支給、(ハ)処置、手術、その他の治療、(ニ)病院または診療所への収容、(ホ)看護、(ヘ)移送であり、給付期間は三年で、受給には特別の条件はないが、いわゆる一部負担として被保険者は初診料を、また被扶養者は療養費の半額を支出しなくてはならないのが原則である。国家公務員、その他の共済組合においてもこれに倣っている。しかし国民健康保険においては、療養の範囲を一部分制限することがあり、また給付期間、受給条件、被保険者の負担などにつ

に対する受給者の負担のないのは当然であり、事務費および保険料は、すべて事業主が負担することを建前とする。そして事業主の負担する保険料は、事業の危険性ならびに事業主の安全に対する関心を反映して、一二・八〇%から〇・一〇%と大幅の懸隔がある。

尙保険ではないが、業務上の傷病に対する保護として労災保険と関連のある珪肺法においては、事務費に対する国庫負担はないが、給付費に対して半額の国庫の負担があり、また国家公務員の業務上の傷病に対する、いわば労災保険に相当する役目をもつ国家公務員災害補償は、この制度の本性からみて、事務費および給付費の全額を、国庫が負担するのは当然のことである。

これらの医療保障の費用に充てる保険料もしくは掛金は、事業主と被保険者もしくは組合員とが折半し、等額を負担するのを原則とし、現行の政府管掌の健康保険においては、保険料率六・五〇%を、三・二五%ずつ事業主と被保険者とが分担する。保険料率もしくは掛金率は保険者によって相異なるが、国家公務員共済組合においては、平均して六・四〇%を三・二〇%ずつ、私立学校教職員共済組合においては五・八〇%を二・九〇%ずつ、公共企業体職員等共済組合においては五・二〇%を二・六〇%ずつ、事業主と組合員とが分担する建前である。

しかしこの保険料もしくは掛金折半の原則は、必ずしも固執せられない。たとえば健康保険組合の管掌する健康保険においては、組合によって保険料率と分担割合が区々であり、その平均を求めると

「医療保障制度に関する勧告」の批判

いては、保険者が決定するので、一率一体ではなく、区々とならざるを得ない。次に日雇労働者健康保険においては、療養の範囲および一部負担は健康保険と同じであるが、給付期間は一年で、受給条件として診療を受ける月の前二箇月間に二十八日以上、または六箇月間に七十八日以上保険料を納付しなくてはならない。

医療保険においては、国庫が全額の事務費を負担するのが建前である。しかしそれについては、労災保険および市町村職員、私立学校教職員、公共企業体職員の共済組合は例外である。それは労災保険は事業主の補償責任の保険であり、共済組合は事業主が事務費を負担することを建前とすべきであるという理由に基くのである。

次に医療保険の給付費に対する国庫負担としては、国民健康保険においては二〇%、日雇労働者健康保険においては一〇%がある。いずれも被保険者の保険料(または保険税)を負担する経済力が限定せられていて、国庫がその肩替りをする必要があることに由来するが、給付費に対する国庫負担は、このような消極的理由の外に、国民生活を安定する国の責務を履行するため、換言すれば、国民の生活権を確保するために、当然なさねばならないことであるという積極的理由がある。社会保障のあるべき本来の姿はこのような積極的理由に基き保険給付に対する国庫負担を伴うものでなくてはならない。

尙、労災保険においては、この保険は事業主の補償責任に対する保険であるから、事務費および給付費に対する国庫の負担、保険料

六・三六%で、事業主四・〇八%、組合員二・二八%の分担であり、政府の管掌するものとの間に可成りの較差が見出される。また市町村職員の共済組合においては、掛金率とその負担割合が区々で、事業主は三・五〇%、組合員は一・七〇%、四・八〇%を分担する。

そして船員保険においては保険料は八・七〇%で、船主五六・三五%、船員二・三五%を分担する。それは船員保険においては、業務外の傷病および業務上の傷病の双方の傷病の外に、老齢、廢疾、失業に対する保障を目的とするから、保険料の負担割合が折半でないのは当然である。

(三) 公共扶助と社会福祉の医療

社会保険に次ぐ重要な医療保障の制度は公共扶助で、わが国においては、これに属する制度として生活保護がある。そして生活保護における扶助は(イ)生活扶助、(ロ)教育扶助、(ハ)住宅扶助、(ニ)医療扶助、(ホ)出産扶助、(ヘ)生業扶助、(ト)葬祭扶助の七種で、医療扶助における医療の範囲は健康保険におけると大体同様で、その支給期間は制限せられていないが、扶助を受ける者は困窮のため最低限度の生活を維持することができない者に限定せられ、それを判定するために資力審査(ミーンズ・テスト)が行われる。そしてこの医療扶助に要する費用は、全額広義の公費によって支弁せられるが、それは国庫が八〇%、都道府県、市または福祉事務所を有する町村が二〇%を分担するのである。

次に社会福祉制度における医療としては、まず(イ)災害救助制度における被災者および従事者ならびに協力者に対する一般の医療と助産、(ロ)身体障害者福祉制度における身体障害者に対する更生医療、(ハ)児童福祉制度における身体障害児童に対する育成医療、(ニ)戦傷病者戦没者遺族等援護制度における戦傷病者等に対する更生医療、(ホ)未帰還者留守家族等援護制度における帰還患者に対する一般医療の支給があり、その医療の範囲は特別に制限されない。

これらの社会福祉の医療のうち、災害救助制度における医療と助産に関する費用については、救助費の総額と標準額との比率に応じた一定の割合で国庫がこれを負担し、国庫負担金を差し引いた残額は、都道府県がこれを負担するのである。そして身体障害者に対する更生医療および身体障害児童に対する育成医療に関する費用については、国庫が八〇%、都道府県、その他が二〇%を負担し、戦傷病者に対する更生医療、帰還者に対する医療に関する費用については、国庫が全額を負担する。

結核予防制度における医療費については、法令の定める範囲における結核医療費に限り、これを国庫が負担するのであって、その医療は一定基準によって肺結核、肺門淋巴腺結核、粟粒結核、結核性脳膜炎、喉頭結核、気管支結核、結核性膿胸、腸結核、骨関節結核、腎臓結核、膀胱結核に対して行う(イ)指定薬品による化学療法、(ロ)肺結核の内科的虚脱療法、(ハ)同外科的虚脱療法および直達療法、(ニ)骨関節結核の装具療法および手術的療法、(ホ)腎結核の手術的療法、

る者の数は、昭和二五年度末の四、八二五万人から、昭和三〇年度末の六、一二四万人に達している。これはこの間における被用者、被扶養者、一般国民などの人口増加の傾向を考慮に入れても、医療保険の普及率は五九%から六八%に上昇しているのであって、誠によろこばしい現象であるといわねばならない。しかし社会保障はすべての国民を対象とするものであるから、医療保険にまだ加入していない者が総人口の三〇%以上もあるということは誠に重大な問題である。

統計の示すところによると、昭和三〇年度末の被用者総数は一、七〇〇万人、保険加入者は一、二六〇万人、従って差し引き四五〇万人は未加入者である。これらの未加入者は、その従事する事業が保険の適用が強制されない種類のものか、あるいは従業者五人未満のいわゆる零細企業であるか、もしくは臨時の従業者であるために保険が適用されないもので、その被扶養者を合計すると、約一、一六五人が被用者保険から取り残されている勘定になる。このような被用者保険のほか国民健康保険についてみると、これに属する総数四、五六〇万人のうち既に加入している者は二、八七〇万人で、差し引き一、六九〇万人は未加入者である。

従って昭和三〇年度末における全国民の総人口八、九八〇万人のうち保険に加入している者は六、一二四万人で、差し引き二、八五六万人は保険に加入していない者という勘定になる。しかし健康保険その他の被用者保険の被扶養者で、国民健康保険に加入している

「医療保障制度に関する勧告」の批判

(ハ)結核性膿胸の穿刺および排膿による療法、(ト)(ハ)の医療に必要なX線検査(チ)(ハ)(ホ)までの医療に必要な処置、その他の治療、(リ)(ハ)(ホ)までの医療に必要な病院または診療所への収容(食事、寝具を除く)については、国庫が費用を負担するのである。そして支給期間は継続することができるが、二六六箇月に限定せられる。そしてこの公費負担を受けるについては、結核検査協議会の診定を受けて承認を得た者に限られる。そして一般の患者においては、公費負担を確認せられた結核医療費の二分の一は公費負担となるが、それより外の費用は、患者が負担しなくてはならない。但し社会保険の被保険者または生活保護の医療扶助を適用せられる者は格別である。また命令によって入所した者で、医療費を支出することが困難な者に対しては、本人負担の一部または全部を免除せられる。

(四) 医療保障の普及

最近における医療保障の加入状況をみると、昭和二五年度末においては、被用者、被扶養者、その他の一般国民をあわせて四、八二五万人であったが、毎年増加の一途を辿り、昭和三〇年度末においては六、一二四万人となった。これは普及率からみると、総人口に対して、昭和二五年度末においては五九%であったが、昭和三〇年度末においては六八%で、医療保険の普及率は、人口の増加の趨勢を凌駕していることを物語っている。

社会保険に加入する者の数は年々増加し、その普及が年々拡大せられている。被用者、被扶養者、その他の国民で保険に加入している者が推計によると一八〇万人あるといわれる。これらの二重加入者を考慮すると、わが国の医療保険に加入していない者は三、〇三五万人に達し、総人口の三分の一以上に及ぶ勘定である。

次に昭和三〇年度における医療扶助の受給者は平均一九三万人で、全国の総人口の約二・二%にあたっている。そして受給者総数および医療扶助以外の扶助の受給者は、昭和二五年以来、横ばいもしくは減少の傾向を示しているにも拘らず、医療扶助のみは人数が四〇%以上増加し、金額も著しく増加している。

(四) 医療保障の費用

社会保障のうち医療保障費の推移をみるに先立って、最近における国民の医療費の負担状況をみると、国民医療費の総額は、昭和二五年度以来毎年増加し、一、一五四億円から、昭和二九年度二、八二億円、昭和三〇年度九月一日現在で二、二二二億円である。そしてその公費負担、保険負担、個人負担の内訳をみると、公費負担と保険負担との増加が特に顕著で、いずれも二・八倍あるいは二・七倍に近いが、個人負担は昭和二八年以来漸次減少の傾向にある。これは一方において医療保障に関する制度の発展があり、他方において個人経済に依存する必要が減少したのと、その余裕がなくなってきたことを意味するものである。

次に最近における医療保障の総費用は、昭和二五年度末における総額八七三億円から、毎年大幅に増加し、昭和三〇年度末においては二、四六一億円に達し、二・八倍に近い増加である。昭和三〇年

度末における二、四六一億円の内訳をみると、社会保険一、九九八億円で、医療扶助二三〇億円、結核その他の医療および公衆衛生二二四億円、社会福祉の医療九億円で、国民一人あたりの金額は、社会保険二、二四二円、公共扶助二五八円、医療および公衆衛生二五一円である。

昭和三〇年度における社会保険の医療費の総額一、九九五億円をそれぞれの保険別にみると、組合管掌の健康保険五四九億円、政府管掌の健康保険五四三億円、次いで国民健康保険二九三億円の順であるが、加入者一人あたりの金額は、組合管掌の健康保険五、七九八円、政府管掌の健康保険は四、三六九円で、国民健康保険は一、〇八四円である。それは医療費の半額に相当する一部負担などによるのである。

次に生活保護における医医扶助費の総額は二二九億円で、国民一人あたり二五七円である。

内 社会保険の医療給付

社会保険における医療給付費の総額は、昭和二五年度における四五六億円から年と共に増加し、昭和三〇年度においては一、三四八億円に達したが、その増加の趨勢をそれぞれの保険別にみると、政府管掌の健康保険と国民健康保険とが最大で、昭和二五年度から昭和三〇年度までにおいていずれも三倍以上である。被保険者一人あたりの医療給付費は、二・二倍または二・七倍である。但し医療給付については、被用者保険の被保険者と、その被扶養者および国民

健康保険の被保険者の間に、その給付率に可成り懸隔のあることに留意しなくてはならない。その原因と考えられる事情としては、疾病の種類、医療給付の内容および受診率の相異によるものが少なくない。

国民健康保険の給付水準の低いのは、健康保険などの被用者保険のそれと比較すると、給付の範囲が可成り制限されているためである。この点は近年改善の跡がみられるが、なお著しい遜色がある。

七 医療保障の財源

わが国の医療保障の費用を支弁する財源の一つとして国庫の負担がある。社会保険以外の部門すなわち医療扶助、社会福祉、医療および公衆衛生における国庫の負担は、それぞれの総費用の六〇〜九〇%の高率に達するが、社会保険においては事務費に対する国庫負担のほか、国民健康保険、日雇労働者健康保険、珪肺法における給付費の一部に対する国庫負担があるだけで、社会保険においては、保険料が依然として重要な財源である。そして昭和二五年度以来の医療保障費の総額ならびに国庫負担額をみると、いずれも増加しているが、殊に昭和二八年度以降の国民健康保険および昭和三一年度以降の健康保険における国庫の負担額は顕著に増加している。

次に結核医療に対する国庫の負担は、結核対策が特に緊急の重要問題となるに至って、顕著な増額をみた。たとえば昭和二五年度の二二億円から、昭和二八年度の五四億五千万円を最高とし、その後やや減額せられ、昭和三一年度には四八億円であるが、それでも二・

二倍の増加である。

最後に医療保険の収支状況をみると、昭和三〇年度の政府管掌の健康保険においては、保険料四四四億円、国庫負担金一八億円、その他の収入を合せて合計五二七億円の収入に対して、保険給付費五〇八億円、事務費一〇億円、その他の支出を合せて合計五二二億円の支出、差額積立金五億円である。次に昭和三〇年度の組合管掌の健康保険においては、保険料四〇三億円、国庫負担四億六千万円、その他の収入を合せて合計四九二億円で、これに対して保険給付費三六四億六千万円、事務費一五億円、保健施設費四億七千万円、その他の支出を合せて合計四三九億円の支出で、五億円以上の積立金である。

このような現状については、満足することができないのはもちろんであって、その拡充整備が急務とせられる。

三、「医療保障制度に関する勧告」

(一)「勧告」の成立

昭和三十一年一月八日、社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」を採択した。社会保障制度審議会は昭和二八年一月法律第二六号をもって内閣総理大臣の下に設置せられたもので、国会議員、関係官庁の官吏、学識経験者、関係諸団体の代表者、各一〇名、合計四〇名の委員をもって構成せられ、社会保障に関して諸問を受け調査審議すること、社会保障の立法に関して助言および

「医療保障制度に関する勧告」の批判

勧告を行うことをその使命とする。

これより先、終戦直後における産業機構の毀滅、極度の生活物資の欠乏、貨幣価値の暴落による窮乏、経済生活の不安に処するため、昭和二二年三月政令をもって、厚生省に諮問機関として社会保険制度調査会が設置せられ、これまでの社会保険の統合整備、失業保険の創設、社会保障の調査研究が行われた。しかしその後アメリカから派遣せられたウイリアム・エッチ・ワンデル博士を団長とする社会保障調査団の報告に基く総司令部の指示に従って、社会保障制度審議会が設置せられることになったのである。

そしてこの審議会は今日に至るまで、わが国の社会保障の拡充整備のために貢献するところが少なくないが、なかんずく、昭和二五年一月一日「社会保障制度に関する勧告」を採択した。これは第二次勧告といわれ、早急に実現すべきわが国における社会保障に関する総合的の制度に関する計画を描いたもので、当面の諸問題を解決するほか、若干の理想をも織り込んだものである。そしてその後においては、わが国の公共扶助に関する唯一の制度である生活保護制度の全面的改革、結核対策の充実などについて勧告し、そのほか社会保障に関する諸問題について有効適切な指針を示しているが、最近特に重要性を加えて来た医療保障制度に関して、この「医療保障制度に関する勧告」を採択するに至ったのである。

医療保障に関する諸問題を総合的の見地から検討することは数年来の懸案であったが、漸く昭和三〇年三月に至って特別委員会を設置

して、審議の目標と事項を定め十五回にわたって研究討議を重ね、その後三つの専門部会を設置し、それぞれの問題に対して徹底した検討を加えることとした。専門部会はそれぞれ十数回の会合を重ねたが、特別委員会は昭和三〇年七月八日以来、昭和三十一年一月一日まで会合すること前後四八回に達した。

特別委員会においては一、医療保障の体系、二、零細企業に対する健康保険の適用、三、健康保険の運営、四、国民健康保険、五、医療給付平準、六、診療報酬支払制度、七、保険医制度、八、医療機関の整備と医薬品、九、国庫負担と本人負担、一〇、結核医療制度の諸問題について、毎回熱心に審議検討せられ、殆んどあらゆる角度から、種々の見解が余すところなく開陳せられたのであった。次にその要旨と思われるところを摘記しよう。

一、医療保障の体系

すべての国民を対象とする医療保障の基本体系としては、医療保険を中核とするものと、公営医療を中核とするものと二つの形態がある。そのいずれを採るべきかについては意見がわかれるが、当面の問題としては、現在の被用者(職域)保険と国民健康(地域)保険の二本建て、国民皆保険を実現すべきであることにまよった。

現在の被用者保険は健康保険、共済組合の保険、船員保険などそれぞれ別個の法体系の下にある。これはできるならばこの際一本に統合することが望ましいが、一挙に実現することは困難であるから、国民皆保険が達成せられた後の問題とするこもやむを得ないとい

うことであった。

被用者保険と国民健康保険の二本建てする場合、貧困階層の取り扱いに関連して、医療扶助は国民健康保険に統合または代行せしめることも考えられるが、この場合においても給付基準や費用負担、資力審査の手続などの問題がのこるから、医療保障の完成せられるまでは、医療扶助を存続せしむべきであるということになった。最後に失業者に対する医療保障については、離職後一年以内に限り、失業保険において費用を負担して、本人および家族に対する医療給付を行うことになった。

二、零細企業に対する健康保険の適用

零細企業すなわち従業員五人未満の企業の従業員に対する医療保障を確立しなくては、国民皆保険はあり得ない。そしてこれらの者に対して健康保険を適用するか、国民健康保険を適用するかについては、それぞれ利害得失があるが、もしも零細企業の従業員に健康保険を適用するとすれば、対象すなわち事業所と被保険者を把握することが困難である。しかしこれらの者に国民健康保険を適用すれば、五人以上の従業員を有する企業との間に、著しい不均衡を生ずることになる。それ故に零細企業の従業員に対しては、一率に被用者(健康)保険を適用することを原則とすることに大体意見が一致したが、現在の健康保険をそのまま適用するのは無理であるから、これらの者に対しては、現在の健康保険と異なり、保険料を均一制とし、印紙貼布の方法をもって徴収し、金銭給付も均一制とし、給

三、健康保険の運営

ここでは経営主体および運営機構の問題が論議せられ、経営主体については、現在のように国が直接経営するいわゆる政府管掌の方式をとるか、あるいは組合——健康保険組合または共済組合による経営方式をとるかが主題となった。経営主体を政府とするか、都道府県とするかは、昭和二五年の第一次勧告を討議したとき激しい論議の闘わされたところで、現在の政府管掌については、(イ)十分の責任体制が採られないこと、(ロ)経営と監督とが明確に区分せられないこと、(ハ)規模があまり大き過ぎること、(ニ)運営の機構と経費とが十分確保せられないこと、(ホ)被保険者は保険の構成者としての自覚を欠如することなどの欠陥が指摘せられた。しかし社会保険の本来あるべき方式としては組合は妥当でないが、国民皆保険を実現するためには、組合主義を支持すべきであるという意見に大体まとまった。

しかし現在の健康保険組合や共済組合には、労務政策としての色彩があり、保険料の大部分を事業主が支出したり、附加給付のなかには賃金を上まわる場合もあり、社会保障としてこれをみれば、明らかに行き過ぎであるという意見があった。

また組合方式をとり、第一種および第二種健康保険組合の設立を推進するとしても、組合の設立にはおのずから限度があり、取り残される者を生ずる。それ故それらの者のために、依然として政府管掌の必要が存することになるとも考えられ、あるいは公社、都道府

付平準および療養の給付期間は、健康保険のそれを幾分か下まわるものとし、また財源に大幅の国庫負担を有する第二種健康保険を創設することを提案する。そしてこの第二種健康保険の創設せられた既においては、現在の日雇労働者健康保険を、これに吸収統合することが望ましいというのである。

この第二種健康保険を適用する範囲については、原則として労働基準法の適用せられる範囲とするが、業種によっては例外を認め、国民健康保険を適用することも許すこととした。しかし零細企業の従業員が第一種健康保険に加入することを希望するときは、これを拒否すべきではなく、事業主がこれを圧迫することのないようにすべきであるということであった。

零細企業の事業主およびその家族は、被用者と同一種類の健康保険に加入させることが実際的であるが、希望によっては国民健康保険に加入する途も拓いておくべきであるということであった。

次に第二種健康保険に家族を包括する場合における家族の保険料は、均一制をとる限り、徴収するのが適当であると考えられるが、これに反して第一種健康保険におけるように、本来の保険料で解決することが望ましいという意見もあった。

最後に零細企業に健康保険を適用するについては、即時強制するのと、暫時任意制とするのと二つの意見があったが、結局、できるだけ勧奨する措置をとり、年次計画をたてて適用を逐次拡大し、終局においては強制すべきであることに意見が一致した。

「医療保障制度に関する勧告」の批判

県を地域とする組合をもって当らしめることも考えられる。

組合方式に代わるものは、監督と経営を分離する妙味と財政上の便宜があるが、これまでの公社の実例に徴すると、必ずしも有効適正な運営が期待されるとは考えられないという意見があった。

また組合主義を徹底させようとするれば、都道府県を単位とする直営によらず、これを地域組合の経営とすることも考えられるが、組合意識を欠如し、直営と大差ないものとなるであろうという意見があった。また都道府県単位の経営は、直営方式だと組合方式だとを問わず、都道府県間において、本来均質なるべき医療に、大なる較差を生ぜしめる欠陥を暴露するという意見があった。

このようにして経営主体の問題については種々の経営方式が考えられるが、利害得失が相半し、決定的な結論を得るに至らなかった。

次に運営機構の改善に関しては、現在の政府管掌においては監督と運営の責任が明確に分離していないから、この際これを分離し、一方においては自主的経営の体制を確立すると共に、他方において政府は、医療保障に関する全般の企画、調整、指導に専念するように革むべきであることに意見が一致した。そしてその具体的方式としては、中央に現業庁を設け、地方の社会保険出張所を出先機関とするような構想が示され、また経営主体を政府とする場合においても、都道府県毎に関係者をもって構成する協議会などを設けることについて意見が述べられた。

四、国民健康保険

医療保険の適用せられない国民約三千万人のうち約二千万人は、被用者でない、自営業者、無業者、その他である。これらの者に対して医療保険を適用するためには、国民健康保険を拡充整備することが必要であり、しかもこれは緊急に措置しなくてはならない問題である。そしてこの国民健康保険については、その強制設立、経営主体、医療給付の限度などの問題が、審議の中心であった。

国民健康保険の設置が思うように進捗しないのは、この事業の赤字を穴埋めするために、多額の経費を保険財政に繰り入れなくてはならないこと、医療給付の平準は五割程度であり、そのために患者は可成りの自己負担を余儀なくせられていることなどに原因する。従って国民健康保険の普及徹底を図るためには、経常費に対する国庫負担を引き上げ、国民健康保険の創立準備費その他についても助成の途を拓き、また給付平準を引き上げて極力勸奨し、その上、三年乃至五年の年次計画を樹て、それまでに強制する措置を講ずるべきであるということに意見が一致した。

次に国民健康保険の経営主体については、これを都道府県とする意見と市町村とする意見があったが、住民の健康管理と一体の運営を行うためには市町村が適切と考えられ、それに伴う市町村間の財政力の不均衡なことについては、国庫補助金の配分を改善すること、都道府県単位の国保連合会を強化することによって、その欠陥を補い、且つ都道府県で運営する長所を採り入れることができるから、

現在のように市町村を経営主体とすることに落着いた。

現在の国民健康保険の医療給付は、多くの場合に五割で、残りは個人の負担となる。それで貧困者階層がこの制度を利用することは困難となり、保険の効果を減殺し、また傷病を治療する目的を完遂せず、健康保険との懸隔が甚しくなるのである。従って国民健康保険を通じて国民皆保険を実現するためには、給付率を少なくとも七割程度に引き上げ、健康保険の被扶養者に対する家族療養費と均衡するようにすべきであることに意見が一致した。尚、健康保険の被扶養者が国民健康保険の被保険者となる、いわゆる二重加入は、認むべきではないということに意見が一致した。

五、医療給付平準

ここに医療給付平準というのは、医療の内容、医療給付の範囲、医療給付期間、医療給付の給付率を含む概念で、更に医療というのは、診察、治療、投薬、注射、その他治療材料の支給や、各種の検査、予防措置のほか、病室、手術室などの施設、レントゲン装置、手術台などの設備を含み、単に診療のみをいうのではない。

そしてまず医療の範囲は、それぞれの制度の目的に従って、差別のあることは是認せられるが、医療の内容は、すべての保険の給付のみならず、医療扶助をも通じて、一切同等でなくてはならないという考え方があり、しかしこれについては、受益者の出捐を建前とする保険の医療の内容と、国または公共の出捐を建前とする公共扶助の医療の内容とが同等であることは、国民感情からみて承服し兼

ねるといふ意見があった。しかし医療は必要で且つ最も効果的でないならばならないものであり、現在の医療保険の給付内容は、贅沢なものや高度のものではないから、もし公共扶助の医療がそれを下まれば、不十分な医療になるので、結局、医療の内容は均等であるべきものということに意見が一致した。

次に医療の内容は、医学、医術の進歩をできるだけ助成し、その成果を活用すべきであることに異論はない。しかし従来、最新の医術を採り入れるについては、財政的制約に囚われて消極的であったが、場合によっては積極的に財政措置を講ずるようにすべきであるということが主張せられた。

予防給付については、医療保険の本来の使命からみても、その保険財政に対する効果からみても、また社会保障に関する国際条約における最低基準にこれを採り入れることからみても、また健康保険組合において現にこれに類する給付を保健施設などによって行っていることからみても、医療保険に予防給付を採り入れることに異論はなかった。しかしその範囲については、発病の防止に限るべきであり、その内容についてもこれを限定すべきであることはいふまでもない。

次に医療給付の範囲については、国民健康保険は健康保険におけるよりも制限的であるが、これは好ましいことではなく、漸次同一の平準に引き上げべきであるといわれた。

医療給付の期間については、健康保険は雇用関係の持続する限り

転帰までとすべきである。これに制限を設けることは、保障に空白を生ぜしめる虞があるという意見があった。

医療給付の給付率は、健康保険と国民健康保険の双方において統一的であるべきであり、国民健康保険の被保険者および健康保険の被扶養者に対する給付率は、この際これを七割程度に引き上げ、そのためには国民健康保険に対する国庫の負担を増額すべきであることが強く主張せられた。

六、診療報酬支払制度

現行の診療報酬支払の方式には多くの欠点があり、何等かの改善を施す必要のあることには異論がなかった。そして新しい支払方式については、事務が簡素で、無駄な診療を排除し、医術の向上が期待せらるべきことを要請し、これまで施行せられた一切の方式について検討を加えたが、具体的にいずれの方式を可とするかについては意見が岐れ、経営主体が多種多様であるから、数個の方式を併用するのが最も妥当であるということに大体意見が落ち着いた。

医療に個人の技術差を認めることは、理論的にも実際的にも必要であり、その客観的評価方法については、患者の評価、経験、試験、専門医制度、医師会の判定など色々考えられるが、実行可能の方法としては、初診料に段階を設けて医師の選択に任せる方法が唯一の方法のように考えられる。しかし地域によってはその施行が困難であり、現行の支払方式と結び付けて技術差を認めることは妥当でない。しかも技術差の評価は是非実現しなくてはならない問題であるが、そ

の実行方式については、今後の検討に待つこととなった。尙、設備差の問題も論ぜられたが、何等の決定をみななかった。

支払基金制度については、審査機構と支払機構とを分離し、審査機構を強化し、公的資格を明確に打ち出し、苦情処理機関を設け、基金に独自の支払資金を保有せしめ、また資金を借入れる権限を附与することなどが述べられた。

七、保険医制度

現行の保険医制度には多数の欠陥があり、改善しなくてはならない。そしてこれに関して次のような新しい構想が提案せられた。それは私的医療機関においては原則として自由診療の建前を採り、また公的医療機関においては、原則として国の定めた標準医療を給付することとする。そして私的医療機関であつて、国の定めた標準医療の支払を受けて医療を提供することを希望する者に対しては、保険機関との任意契約によってこれに参加することができるようにするのである。保険者は被保険者に国の定めた一定の標準医療費を、いわゆる療養費として給付するのであつて、医療の給付を行う公的医療機関、あるいは私的医療機関のいずれを利用するか、自由診療を建前とする開業医を含む私的医療機関を利用するかは、患者の自由意思にまかせるのである。

このような方式の長所としては、(イ)現在の制度の下において保険者と診療担当者その他との間に起こる多くの紛議を回避することができること、(ロ)患者は医師を自由に選択することができ、医療

機関に対して自然的な評価が行われること、(ハ)医師相互の間および公的医療機関と私的医療機関の間において自由競争が行われ、技術のすぐれた医師に対しては妥当な報酬が確保せられ、行き届いた医療機関に対しては多額の報酬が支払われ、医術の進歩を促すこと、(ニ)保険者は標準医療費を基礎として保険財政の収支の均衡を期し得ること、(ホ)政府は医療制度の企画、整備、指導などの本務に専念し得ること、(ヘ)公的医療機関は医療費を算定し、医術の進歩を採り入れることなどによって、指導的性格を強化することなどの長所があると考えられる。

しかしこの新しい保険医制度の構想に対しては、次のような根拠から激しい反対論があり、多数の賛成を得ることができなかった。それは(イ)いわゆる療養費が大幅に認められ、現在の医療そのものを給付する制度の長所が没却せられ、被保険者の早期受診を抑制すること、(ロ)差額徴収が公然行われ、患者の負担が増大し、保険診療を低下せしめること、(ハ)低所得者階層は現物給付を受けるほか途がなく、技術のすぐれた医師、高性能の病院を利用することができない虞があること、(ニ)この構想については公的医療機関の整備拡充が前提となるが、それは早急に実現できるとは考えられないこと、(ホ)標準医療費の定め方によっては、大多数の医師が保険診療に参加することになり、現行制度の弊害を根本から除去することにならないこと、(ヘ)医療そのものの給付に伴う多数の長所を失わしめることなどである。

「医療保障制度に関する勧告」の批判

そして新構想においては、医療そのものを給付する建前が崩れ、患者の負担が増大することは避けられず、運営のいかんによっては社会保障の重大な後退を招く虞があるので、この新構想は棚上げし、現物給付の原則に立つ現行制度を前提として、保険医制度を検討することとした。そして特に保険医の配置指定および指定取消、保険医療、診療報酬について、現行制度の欠陥もしくは問題点を種々の観点から論じたが、具体的対策は決定せられなかった。

八、医療機関の整備と医薬品

医療機関の設置乃至配置については、これまで統制が行われなかったため、一部の都市に集中し、僻地には依然として無医地区があり、国民の医療を受ける機会が著しく均等を欠いている。従つてその整備は絶対に必要である。

まず(イ)無医地区を解消するため、公営診療所を設置することなどを積極的に推し進めること、(ロ)私的医療機関を規制することは問題であるが、少なくとも公的資金によって設置される病院は規制すべきであること、(ハ)公的医療機関については、経営方法を改善し、採算のとれるような診療報酬の基準を定め、それを開業医の標準報酬とすることなどが大切であるという意見があった。(ニ)国立病院は医療網の基幹病院として整備強化すると共に、その地方の中央病院とすること、(ホ)高度の治療施設や検査設備は、その病院の専有物とせず、共同に利用することを図るべきであるという意見があった。

医学、医術の専門分化につれて、学位制度を改正するとともに専門医制度を早急に施行する必要があること、薬局や薬剤師を十分活用するように検討する必要があることが述べられた。

最後に国民医療費のうちで医薬品および衛生材料の価格の占める割合が非常に高く、その社会的使命を考えあわせると、その価格、規格、品種の統一、販売の規制などについて、有効適切な措置を講ずべきであるという意見があった。

九、国庫負担と本人負担

医療保障を国の責任において施行するについては、国庫の負担が必要であることに異論はない。しかしわが国の財政の現状からみれば、全面的にこれを行うことは困難であるから、その必要が最も緊急であり、有効であると考えられるものに重点を置かざるを得ないことになる。

まず健康保険などの被用者保険における国庫の負担を均一率とすることについては疑問があり、むしろ低所得者階層と結核医療費に対して重点的に国庫の負担を行うべきであるといわれる。そしてこの場合まず考えねばならない対象は、第二種健康保険の被保険者であり、同じ考え方は賃金平準の低い政府管掌の健康保険、一部の組合保険にも応用せらるべきである。

次に国民健康保険に対する国庫負担については、今後少なくともこれを三割に引き上げること意見が一致した。それは(イ)また施行していない市町村は財政事情に原因があり、また給付内容が低

要であり、保険財政の赤字を穴埋めするため、保険料または課税の増徴が望めないとき、やむを得ず利用せられるのが本人負担である。

(ロ)健康者と病弱者、入院患者と在宅患者、医療機関の地域による完否などによって、被保険者間の負担と受益の不公平を生ずるから、これを調節するために一部負担を行うことは妥当である。(ハ)社会保険であるから十割給付を行わねばならないという理由はない。

(ニ)軽微な損害は保険で引き受けないことは、保険において一般に承認せられる原則である。(ホ)被用者保険における被保険者と、被扶養者または国民健康保険の被保険者との間の給付平準の均衡を図る上に、一部負担は是認せられるのである。

しかし一部負担については、次の理由から反対せられる。それは(イ)一部負担は本来好ましい制度ではない。(ロ)一部負担は健康者と病弱者の均衡のために是認すべしというのは、相互扶助の精神に基く保険の目的に反する。(ハ)一部負担は受益の公平のために是認すべしというが、診療は損害の填補であって、受益ではない。(ニ)保険財政の赤字は国庫負担をもって賄うべきで、それを一部負担によるのは、すべてを患者に転嫁するもので妥当でない。(ホ)一部負担によって家族の給付率を引き上げようとするのは誤である。(ヘ)国民健康保険と健康保険とにおいて均質の医療を行うために、健康保険に一部負担を認めるのは、悪平等であることなどによる。

本人負担の具体的方法については、種々の議論があった。(イ)軽微の初診料は現に行われているからやむを得ないという意見があっ

「医療保障制度に関する勧告」の批判

いために被用者保険との間に均衡が保たれないこと、(ロ)現在の医療給付に対しては五割程度の本人負担があり、そのために低所得者階層が国民健康保険を利用することを困難にしていること、(ハ)給付期間は原則として転帰までであり、病弱者や被用者保険の給付期間の満了した者が被保険者となること、(ニ)被用者保険の事業主負担に見合う保険料収入を欠如すること、(ホ)市町村の財政力および住民の富力によって市町村の間に負担の公平を欠如すること、(ヘ)給付率を少なくとも七割に引き上げるためには、少なくとも三割程度の国庫負担が必要であること、これは国民皆保険を勧奨するためにも必要であると思われる。このほか医療費を支払う資金の不足を緩和するために、都道府県における貸付金庫制度の基礎を確実にし、且つこれを助成し、普及せしむべきことが考えられる。

次に国民健康保険の被保険者および被用者保険の被扶養者に対する給付は五割程度で、残り五割は本人負担である。また被用者保険の被保険者に対しては初診料について、いわゆる一部負担が行われている。これも本人負担の一種である。このほか給付範囲が制限せられていたために、いわゆる患者負担があり、技術差、設備差によるいわゆる差額徴収がある。これらはいずれも本人負担の一種である。このように本人負担の形態は種々あるが、本人負担は医療保障における保障外のもので、本人の負担に帰するのである。

本人負担は是認すべきであるか、否認すべきであるか。是認する理由としては、(イ)医療保険においては収支の均衡を保つことが肝

だが、これは診療を濫りに受けることを防止する効果はなく、効果を期待できるほどの額であれば、正当な診療を抑制することになるから、初診料に対する本人負担には賛成できないという意見があった。そのほか診療行為別、たとえば往診、投薬、注射、入院中の食事などに一部負担を行うことについては、それぞれに賛否両論があり、決定的な意見には到達しなかった。

差額徴収は、広義においては本人負担の一種であるが、狭義のいわゆる一部負担とは異なる。そしてこの差額徴収は、医療について技術差、設備差があり、医療保障制度の保障には自ら限界のある限りやむを得ないこと、差額徴収によって新しい医療を医療保障制度に採り入れ得ること、歯科補綴については特に差額徴収を認めるのが合理的であるという意見などがあつた。しかし歯科補綴とか、保険診療に採り入れられるまでの新薬に差額徴収を認めることなどの外は、これを認むべきでないという反対の意見があつた。蓋し給付平準を高めることによって差額徴収の必要は解消すること、差額徴収は早期または正当な診療を阻害すること、また現物給付の建前を破壊することなどによるのである。

一〇、結核医療制度

結核の医療は個人の責任と負担の限界を超えた社会病もしくは国民病で、それはひとり医療費の問題だけでなく、産業上の問題でもあり、国家の重大な問題でもある。しかも結核の医療は最近の化学療法が発達、その他によって、事情が変化しており、一定期間を限

って重点的に経費を投入し、強力に対策を行えば、これを撲滅することもでき、将来の国民医療費を軽減することができると考えられる。そのためにはまず医療保障の適用から洩れている者にこれを拡大し、強力で積極的な国の対策を樹てることが必要であるということに意見が一致した。

しかし結核対策として結核基金または結核保険を創設することは、それは恒久的な問題でないから適切でない、むしろ結核予防制度を拡充、強化することが適切であるという意見があったが、更に現行制度の拡充だけでなく、予防、治療、再発防止の措置を制度、機構、資金の三方面にわたって総合統一する根本的改革が必要であるという意見があった。

いずれにしてもその経費については国および都道府県の広義の公費負担を徹底的に拡大すべきであり、予防は結核対策の第一歩であるから、健康診断・予防接種の費用は全額を公費負担とすることにについては異論がなかった。次に医療費については、公費負担となる医療の範囲をすべての結核医療費の八割とするか、対症療法および入院中の食費を除いた全医療費に拡大し、少なくともその八割を国庫負担とすべきであるということ、また現在の結核予防法の公費負担については、都道府県の負担を義務化し、財源の裏付けをする必要があることに大多数の意見がまとまった。また現在の保健所の組織や運営についても改善すべき点が少ないことが論ぜられた。

そして結核医療制度については、年次計画の下に一貫した体系を

樹て、徹底した政策を集中的に行うべきで、巨額の経費を要するが、それは一時的のもので、現在の如く微温的施策をつづけるのは却って浪費となる虞がある、また結核対策を強力に推進することによって保険財政の安定を図ることができるという意見があった。

結核医療に関する考え方は、(イ)予防費は全額を国庫負担とすること。(ロ)医療費のうち結核審査協議会で診定した者の対症療法および入院中の食費を除いたすべての医療に公費負担を拡大することがある。そして公費負担は全額を国庫で負担するか、または都道府県にも責任を持たせるために二割を都道府県の分担とする、但し被用者保険においては、二割を保険者の負担とするのが適切と思われる。結核対策の費用の処理については、特別会計または基金を持つこととし、財源としては、結核税のような目的税を一定期間賦課することも考えられ、行政官庁としては、中央に結核庁というような機構をもって関係行政を統合一元化し、地方機構、特に保健所などを整備強化することなどが論議せられた。

四、「勧告」とそれに対する批判

社会保障制度審議会の医療保障に関する専門部会および特別委員会における審議の要旨は、前段に述べたところであるが、昭和三十一年一月八日の総会において正式に採択せられた「医療保障制度に関する制度」の前文は、次の通り要請する。

一、前文

る運動に乗り出している。国民生活を安定確保するには、少なからぬ国庫の財政上の出捐を覚悟しなくてはならないが、これは民主政治の基本的要請で、政党政派を超越した問題である。それ故に区々たる党利党略によって阻害せられることなく、実現の日の速かなことを、衷心から冀うてやまない。

第一章 医療保障の体系

ここでは被用者に対しては健康保険——ここではこれを広義に解釈し、船員保険や各種の共済組合の保険なども包括するものと信ぜられる——があり、住民に対しては国民健康保険があるが、それらの保険の不備は医療扶助に依存する度合を高める所以でもある。理想論は別として、現実の問題としては、医療保障は社会保障制度において、公共扶助は補完的役割に終始すべきものであり、社会保険を中核とし、被用者保険もしくは職域保険である健康保険と、地域保険である国民健康保険との二本建とするのである。それはわが国の医療制度が開業医制度を中心とし、医療公営を急速に断行するには適当でないこと、しかも医療保障を実現することは、緊急の要務であり、当面の事情は一元化を許さないからであるという。

但し被用者保険——広義の健康保険——においては、健康保険（狭義の被用者健康保険）、船員保険、各種の共済組合の保険のほか、労災保険がある。これらの保険のうち船員保険と共済組合の保険は本質においては一種の組合保険であり、労災保険は労働基準法の関係があるので、統合は困難であるという。しかし卑見をもってすれ

まず医療保障の現状を述べ、その欠陥を速かに打開改善する必要から、医療保障の問題を採り上げた所以を明かにし、第一に健康保険を拡大して零細企業にこれを適用して、その従業者とその家族を包括し、第二に国民健康保険を年次計画に基いて強制設立する途を講じて、国民皆保険を実現するのであるが、健康保険の被保険者と、その被扶養者および国民健康保険の被保険者との間における保険給付の不均衡を是正し、後者の医療給付は少なくとも七割に引き上げることがを要請する。

次に結核対策については、昭和三十三年三月「結核対策の強化改善に関する勧告」を政府に致したが、顧みられないので、改めて抜本的な対策を樹て、結核の予防と治療を通じて、行政的にも資金的にも一貫した施策を行うため、特別の機構を設けるとともに、当面の必要な措置を直ちにとることを強く要請するのである。

これらの要請を実現するについては、医療行政の運営、監督、診療報酬支払制度、保険医制度、医療機関、その他について思い切った施策が必要であるが、国の財政負担も増加せられることを覚悟しなくてはならない。しかし医療保険における不正不当、もしくは無用の支出を改革し、医療費の合理化を図らなくてはならないことなどを述べている。

この前文における国民皆保険について、なかならず、ここに指示せられる通り特に国民健康保険の徹底した普及について、当局は昭和三二年から四箇年計画をもって、全国の市町村に洩れなく設置す

「医療保障制度に関する勧告」の批判

ば、一本の被用者保険に統合すべきものである。ここに統合というのは法律的、形式的統一ではなく、進捗する法律は個別であってもその規定する重要な内容の統一を意味するのである。従って労災保険は労働基準法に基づく事業主の業務上の傷病に対する補償責任を円滑に履行することを使命とする保険であっても、その医療内容については、健康保険その他の被用者保険と統一することが決して不可能ではないと信ずる。尙、差し当っては、社会保険を中核として医療保障制度を推進することはやむを得ないところであるが、そういう考え方のために、緊急に要請せられる公共扶助を拡充する途が塞がれることは、十分戒めなくてはならないことである。

第二章 零細企業に対する健康保険の適用

ここにおいては、零細企業に雇用せられるという理由だけで、健康保険の適用から除外せられる従業員が三〇〇万人程度あり、その家族を合わせると、恐らく一、〇〇〇万人に達すること、これらの者に対しては国民健康保険を適用することが実際に即した方法であるという意見もあるが、健康保険を適用するのが本筋であるとし、いわゆる第二種健康保険を創設してこれを適用するのである。それはこれらの者の賃金は一般にきわめて低いと推定せられるから、現在の健康保険に収容するときは、保険料を低率とし、それを補足するために、膨大な国庫負担を行うか、他の被保険者と事業主の負担を一層加重しなくてはならないことになる。そこで保険料を普通の健康保険より低額の均一率とし、印紙を貼付して納入せしめること

にする。これに対して療養の給付期や、傷病手当金などの金銭給付などは均一率とする。そしてその給付水準は普通の健康保険と同一にすべきであるが、当分の間ある程度差別することはやむを得ないとする。そして第一種健康保険の強制適用せられない被用者をこの第二種健康保険に強制加入せしめ、更に現在の日雇労働者健康保険をこれに統合することが望まれる。

零細企業に対して医療保障の手段を講ずることは緊急の要務であり、それについては委員会において仔細に審議をつくし、健康保険による場合と、国民健康保険による場合と、更に健康保険の総合組合による場合と、特別組合による場合の利害得失を比較検討した結果、いわゆる第二種健康保険の方式によることになったのである。

零細企業に対して、第一種健康保険を適用することが適当でないとき、第二種健康保険を適用することはやむを得ない、また妙味のあるやり方であるが、それは医療保険の経営を統合する根本方針に反するのみならず、第二種健康保険の経営主体として、組合を結成するには自ら限界があるから、政府管掌とならざるを得ないことを知らねばならない。

第三章 健康保険の運営

ここにおいては現在の政府管掌には運営面に幾多の欠陥があること、そしてその対策としては、公社の経営に切り替えることも考えられ、また思い切って組合方式に移すことが望まれるが、現在の健康保険組合は、その大部分が一企業内の組織であり、労務管理の色

彩が濃厚であるから、時には社会保障の一環であることを忘れる嫌がないでもない。このように組合主義を尊重し、第一種および第二種健康保険にも組合の結成が奨励せられるが、それにはおのずから限度があるから、政府管掌の方式が存続せられることになるが、この場合においても監督と経営との分離を図らねばならないという。

健康保険の運営ならびに機構については、当面の最大の目標である国民皆保険を円滑に実現する方策としては組合方式が妥当であり、これを重点的に推し進めることに大方の意向が一致した。しかしこれは医療保障のあるべき本来の姿または将来の方向からすれば、或は逆行の譏があるかもしれないという前提のあることを見逃してはならない。そして都道府県単位の組合のほか、都道府県の経営、公社経営の形態、なかならず公社の経営について詳細に再検討すべきであることを提案する。

第四章 国民健康保険

ここにおいては、国民健康保険に対する国庫負担を増額し、給付内容を充実し、大多数の国民がよろこんで加入する体制を確立すべきであり、三年乃至五年の年次計画をもって、速かに強制設立が実現できるよう万全の措置を講ずるのが適当であるという。そして国民健康保険の経営主体は、市町村の経営による方式を推し進めるのが適当であり、給付率は早急に七割まで引き上げることが必要であるという。またいわゆる二重加入はこれを避け、健康保険の被扶養者は国民健康保険に加入させないことが望ましいという。

「医療保障制度に関する勧告」の批判

これらの諸問題については、委員会における審議に委曲をつくしておるのであって、その結論に対しては敢て異議を挿む必要はないものようであるが、二重加入の問題に関連して論断せられた、健康保険における被保険者の被扶養を健康保険の給付対象とすることは、健康保険の労働政策もしくは労働管理的色彩を濃厚にし、同時に社会保険としての使命から逸脱する所以でもあるから、健康保険は被用者本人のみを対象とし、純粹の被用者保険とし、被扶養者は住民を対象とする国民健康保険の対象とすべきものであると信ずる。この場合に被扶養者の傷病に対する療養費に相当する保険料部分だけ引き下げられ、事業主と被保険者の負担は軽減せられることになるが、他方において被扶養者は国民健康保険の保険料もしくは保険税を負担しなくてはならなくなるが、国民健康保険は被保険者の増加によって、経営の合理化が期せられる。もちろんこの場合においては健康保険の被扶養者の給付と、国民健康保険の被保険者の給付には差異のないことが前提条件であり、そのためには現在の国民健康保険の充実が約束せられなくてはならない。

第五章 医療給付水準

ここにおいては、医療給付水(平)準の意味を明確にし、それは医療の内容、給付の範囲、期間および給付率を含み、また医療には医師の診察、治療、注射、その他治療材料の支給、各種の検査はいうまでもなく、予防措置を含み、更に病室や手術室の施設やレントゲンなどの設備を含むことを述べ、医療内容は、財政難があるとは

いえ、生命尊重の本義を忘れてはならないし、当事者の醸出を前提とする保険医療であっても、公費で一方的に賄われる医療扶助であっても、内容が異なってはならない。この点においては労災保険の医療も決して例外ではない。しかし医療保障が社会保障の一環である限り、医療の内容は必要にして効率的であること、すなわち効果的で無駄のないことが要請せられ、そのためには各科別に治療指針を作つて、指導することが必要である。また医療保障は傷病を治療し、生活の不安を防止するものであるから、傷病の予防をも重要視すべきで、予防の費用たとえば結核における健康診断や発病防止の費用の如きは、給付に加うべきであるという。

次に給付の範囲は理想としては均一であるべきであるが、実際問題としては、ある程度の差異はやむを得ないであろう。また給付の期間は転帰まで給付するのが適當であるが、もし現在のように一定期間を劃するならば、期間を経過してなお治癒しない者に対しては、廢疾として処理することが望ましい。また給付率の不均衡は是正することとし、国民健康保険の被保険者や健康保険の被扶養者の給付率を、健康保険の被保険のそれに近づけるため、少なくとも七割程度に引き上げるべきであり、そのためにはいままでもなく国庫負担を増額することが必要であるという。

これらの諸点については、いずれも同感で批判の余地はない。
第六章 診療報酬支払制度
ここにおいては、現在の診療報酬支払方式においては、医師の技

の診療担当者の制度も別個の制度となるであろうという。そしてここで主として採り上げるのは、健康保険や船員保険に行われている現行の保険医制度の欠陥、特に医療費払でなく、医療そのものを給付する、いわゆる現物給付に伴う保険医に関する諸問題である。

医療の現物給付は、医療保障の理想的形態であり、被保険者にとって最も好ましい形態であるが、それは公的医療機関もしくは保険者の直接の管理の下に行わなければならないもので、現在の健康保険の現物給付は、医療を保険者の管理の下にない開業医と患者の自由取引に放任し、事後において保険者が費用を支払うのであって、そこに幾多の重大問題を生ずるのである。現在の支払制度においては、容易に医師と患者の要望が一致し、医療費が過大に膨脹する虞が多分にあり、殊に本人負担のない限り、これを抑制するには医師の良識にまつ外ないのであって、このままで保険財政の安定を図ることは真に至難である。

しかもその具体的対策は種々提案せられるが、決定的対策は殆んど皆無に近いが、一つの新しい方法として考えられるのは、一方においては、公的医療機関を整備し、これに国の定めた標準医療をもつて現物給付を行わしめ、これに対して開業医などの私的医療機関は自由診療を建前とし、そして私的医療機関であつて、保険者から標準医療費の支払を受けて、医療の現物給付を患者に提供することを希望する者は、保険者と契約を結んでこれに従事するのである。患者は国の定めた標準医療費を保険者から支給せられることとする

「医療保障制度に関する勧告」の批判

術差は殆んど評価せられないとか、薬品や注射の使用量などの外的条件によって支払われるような重大な多くの欠陥があり、改善を加えることが必要であるが、医療保険の経営主体が政府、市町村、組合というように種々あるから、数方式を組み合わせて採用するとか、数種のものを選択することを認めるとかの措置が必要であり、できれば政府において一つの基本方式を示すべきであるという。

いずれにしても数方式を採用すれば、診療報酬支払基金の性格も変革せられることになる。そして支払機関と審査機関とは分離し、審査機関の公的性格を加重することが望ましい。支払基金の資金を調達する途を拓くことも必要である。また診療報酬の決定機関には、利害関係者のみでなく、広く国民全般の利害が反映するようにならなければならないという。

尙、診療に関する技術の個人差を採り入れるよう考慮すべきであるが、それをいかにして評価するかは容易ならぬ問題で、早急には解決することができないという。

これらの診療報酬支払方式に関する見解は、概ね妥当であり、特に附言すべき事柄は見当らない。

第七章 保険医制度
ここにおいては、現在の保険医制度は健康保険に特有の制度で、国民健康保険と労災保険にはそれぞれ別個の指定医制度があり、国民皆保険となつても、これらの保険が個別に存続する限り、このような保険医もしくは指定医制度は存続し、また生活保護の医療扶助

のである。しかしこれに対する利弊は既に指摘した通りであつて、この制度には速かに賛意を表し難いのである。

第八章 医療機関の整備と医薬品
ここでは、医療保障を確立するにあたって最も力を注がねばならないのは、公私の医療機関網の整備であることを述べ、公的医療機関の整備、保険者の直営診療機関の職能などを論じ、医療関係者の養成と、専門医制度および医薬品の取扱などに言及しているが、特に採り上げべき見解はない。

第九章 国庫負担と本人負担
ここでは国庫負担の理論的根拠を挙げ、実際問題として差し当り考えられるものは、(イ)低額所得者に対する国庫負担、(ロ)国民健康保険に対する国庫負担、(ハ)結核医療費に対する国庫負担の三つであるとし、(イ)一定の標準医療を給付するために必要な経費に見合う保険料を負担することができない低額所得者のために必要な国庫負担は、第二種健康保険の計画をもつてすれば、加入者三〇〇万人、給付水準を第一種健康保険の八割とし、保険料率を五% (第一種健康保険の保険料率は六・五%) とすれば、昭和三〇年度の数字で、年額七五億円の国庫負担に合うという。

次に(ロ)国民健康保険に対する国庫負担としては、現在給付費の二割に相当する金額があるが、給付率を七割とするために国庫負担を少なくとも三割に引き上げる提案に対しては、年額およそ八〇億円と六〇億円の国庫負担の増額が必要であると推算している。

最後に、いわゆる一部負担に言及し、現在の健康保険に初診料の一部負担があるから、その金額が軽少であり、納得のできる形のものであるならば、やむを得ないといひ、差額徴収も限られた範囲でこれを認めることは、国民皆保険のためには、やむを得ないのであるまいかと述べている。しかしこの点は委員会の審議にもあらわれていないように、多くの問題をのこしてあり、簡単に解決できないものといわねばなるまい。

第一〇章 結核医療制度の確立

ここにおいては、医療保障の確立如何は、一に結核対策の効果にかかるといふ。そしてこの病氣の特質からみて、一時に思い切つて膨大な経費を投入し、その撲滅についでとまった施策を行わねばならないとし、(イ)予防に要する費用は全額公費で負担し、(ロ)医療費についても公費で負担する医療の範囲を、対症療法と入院中の食費を除いたもの全医療に拡大する。そして公費負担となつた医療費は、国庫で全額負担するか、あるいは国庫八割負担、都道府県二割負担とするか、いずれかを選ばざるべきで、後の場合には地方負担について国で十分保障することが必要であるといふ。尙、病床の増加、医療機械の整備、研究の奨励のほか、国民大衆に結核に関する教育を徹底せしめる必要がある。

最後に財源の問題としては、初年度に四〇〇億円以上の国庫負担の増加を見込まなくてはならないであろうと推算せられる。そして

(昭和三十三年二月二十五日)

その財源を何処に求めるかについては、健康保険、国民健康保険、その他から保険料の一部を共同勘定に入れ、一種の再保険基金を作ることや、また厚生年金、共済組合、健康保険組合などの積立金から一時借入れる方法などが一案として示される。そして結核対策については、年次計画によつて、根本対策を樹てることが必要であるが、当面の問題としては、結核予防制度を改正して公費負担を拡大し、医療保険と医療扶助に直接これを流し込むべきであるといふ。これらの点については異議がないばかりでなく、その実現の一日も早いことを嚮望してやまないものである。(完)

〔附記〕 本稿は、刻下の緊急の要務たる医療保障の問題について、医療保障の意義、医療保障の現状、「医療保障制度に関する勧告」の成立、「勧告」の内容、これに対する若干の卑見を述べたもので、医療保障の現状、「勧告」の成立ならびに内容に関しては、社会保障制度審議会編「医療保障制度に関する勧告」(社会保障懇談会刊)を資料とし、それを自由に取捨した。

いふまでもなく本稿は、学生を対象として起稿したものであるが、大判四〇〇頁を超える膨大な資料の要約もしくは鳥瞰図として、同攻の君子のために些かでも役立つことがあるならば、それは洵に望外の倖である。

経済政策の目的と価値判断

加藤 寛

科学としての経済政策学が逢着する最大の難問は、その目的として何を設定するかという問題である。その設定する目的が客観的でないなら、いかに巧みな手段を選択しても、主観的であるとして科学の座から降りなければならなくなる。G・シュモラーが社会政策の理想をかかげ、M・ウェーバーからその科学性を問われて、価値判断論争を巻きおこしたのは余りにも有名な事実であった。以後、科学的に経済政策をあつかうものは、いかにして政策目的を客観的に設定するかに關心した。ある者はウェーバーにならつて政策論を技術化した。周知の如くウェーバーによれば経験科学的認識と価値判断とは異質的なものである。科学は価値判断から自由でなければならぬ。故に彼の政策論は、(1)目的に対する手段の適合性 (2)目的達成における副結果(犠牲) (3)背後理念の眼前化 という問題であつたこととなる。こうして目的を所与として技術のみを論ずる

経済政策の目的と価値判断

二七 (二五七)

政策論、種々なる目的の効果を判断していかなる政策であるかを教示する政策論がうまれた。しかしその反面、事実と価値との領域は峻別すべきであるが、哲学的に政策目的を設定すればよいではないかという政策論もある。大雑把にいつて技術的政策論は社会科学の一分野として、目的論的分析をおこなうものであるが、目的は恣意的に与えられるから実践的には忠告者たるにとどまる。これに反して後者は、現在の矛盾を克服して新たな存在を作りださんとする意識的努力として「在るべきもの」に關係する。その言う所は両者はなほ対立的であるが、翻えて考えてみれば、前者の恣意的目的といへども決して単に恣意的ではない。諸目的が相互に交渉しあつてある目的を作りあげていることはこの立場の人々も認める所である。ただその目的をあく迄も主観的として當為たらしめることを拒否するにすぎない。そこでもし客観的たり得る目的が設定されるなら、それに従つて手段を検討することのできるものは明らかである。しかし後者のように哲学の領域で設立できるとしても、それは経済