

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ふ。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ふ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、厚生省の構想と申しますのは、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つてよいと思つておりますが、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示唆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知りませんが、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い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わり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。この問題につきまわっては、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事は、今日の日本の社会におきましてはなかなか珍しいことではありますが、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、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ありますが、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にあります。

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にありますから、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知れませんが、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，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の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、ということでもあります。

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、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もあります。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ってよいと思ひまますが、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ひておひまます。

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ひまますが、国民健康保険の制度改正も同時に行うことにしまして、次期通常国会に改正案を提出して昭和55年——さ来年でござひまますが——早々にスタートさせたいと思ひておひまますが、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考えております。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、いまず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らせている社会保障の後進部門、あるいは後進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。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ら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て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ら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いく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しますが、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お願いします。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。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もあります。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。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す。全国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齡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齡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、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、高齢者が多数を占め、しかも高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がありますが、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して。

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、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して、医療制度の構造を問題にしているのではありません。

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あってよろしいかと思えます。

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しておりますが、果たしてそうできるのかということでもあります。それで保険制度は今日皆保険であります。一方医療供給体制の方はいわば放置されておまして、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もあります。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もあります。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

