

医療の社会化：病院の公営と医師の公務員化の提称

高田, 源清
九州大学法学部：教授

<https://doi.org/10.15017/1332>

出版情報：法政研究. 25 (1), pp.1-26, 1958-07-10. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：

医療の社会化

——病院の公営と医師の公務員化の提称——

高 田 源 清

目 次

- 一、はしがき
- 二、諸国における実情と問題の所在
 - (イ) アメリカ
 - (ロ) イギリス
 - (ハ) フランス
 - (ニ) ソ連邦
 - (ホ) 中 共
- 三、わが国の沿革・実情
 - (イ) 医療保障の諸制度
 - (ロ) 疾病予防・衛生向上の法令
 - (ハ) 医療機関の社会化
- 四、当面の問題と改正私案

一 はしがき

医学は人類社会から病苦を放逐することを目的とすべきである。しかし現実には、医学の進歩は、必ずしもこの理想実現への近道のみを歩いていないようである。

最近の医学の進歩は目覚ましく、それと並んで薬学の進歩も著しい。しかし一向に病人が減少せず、しかもそれが

進歩した医師の看護下におかれず、裏長屋に放置され、各種の病菌保有者が、雑踏の中を歩き廻ることが放任され、安心して食事のできない飲食店、飲食物が氾濫してさえいる。又新しい特効薬も、極めて少数の特権階級のみ使用に止まり、同じ種類の薬品が、相互に莫大な広告費を負担し、低廉化・普及化の方向には一向に動かぬ。これであるだろうか。幸いにして、国民皆保険の方向に、健康保険制度が動き初める気配を見せている。しかし他面医療制度の根本的改革には、触れないでいる。これでは、仏作って魂を入れないのと同じであり、問題の根本解決にはならぬ。

基本的には、わが国の臨床医学中心を、思い切って、予防医学中心主義に切替えること、そして国民皆保険と共に医師、医療機関の公務員化、社会化を断行することこそ急務であり、それ以外に問題の抜本的解決方法がないと信ずる。

英国は、社会保障の徹底により、医療サービスの無料化が原則的に実現しているが、開業医制度を残し、且つ予防医学の推進にさして熱心ではない。

アメリカは、予防医学に著しい進歩を見せているが、普及化の点において十分のものがない。ソ連は、予防医学の推進には、極めて熱心であり、積極的であるが、これは医療機関の国有化を徹底しているためではなく、医師の公務員化を断行したからである。しかし、その目的が、高遠な人類からの病苦の追放になく、もっと直接的に、労働能力の確保におかれている点が、淋しいと言わなければならぬ。われわれは、ソ連の如き医療の社会化を、日本の土地から、日本民族から病苦を追放することを目的として、早急に実現したいとの悲願を持つものである。

二 諸国における実情と問題の所在

(イ) アメリカ

その開国以来、極めて躍進的経済発展を遂げ、その豊富な資源と機械化に物を言わせて、近代経済文化の著しい花を咲かせているが、その社会保障制度については、割に占めておられるのが、アメリカの特色とも断じ得る。勿論、国民の一般生活水準は高く、他国に比すれば極貧階級の少ない同国では、従来その必要性を感じることが少く、ために、社会扶養制度、特に特志家のそれに依存し、国民の組織と拠出による社会保険による社会保障の確立の努力のおそかったのは、理由なしとしない。すなわち、同国の社会保障制度としては、一九三〇年には、大部分の州で労働者災害補償制度と母親扶助制度が実施され、一九三二年にウイスコンシン州で失業保険が、三四年には老齡年金制が九州で確立していたが、未だ総合的ではなく、漸く一九三五年に社会保障法 (Social Security Act) ^(一) が成立し、初めて確立されたのである。同法はその後、三九年、四四年、四八年、五〇年、五二年、五四年と改正を受けて現在に至るものであるが、同法も (一) 連邦政府が管理経営する養老及び遺族保険、(二) 各州が経営している失業補償制度に対する国庫補助金制度、(三) 各州が営む各種の公的扶助及び福利事業に対する国庫補助制度の三に止まり、後述の英国のそれの如く広汎なものでない。ただ米國では特志家による社会事業が著しく行われて、この公的社会保障の足りないところを補足している実情にあるわけである。^(二)

(一) 同法の正式の名称は、「連邦養老手当制度を確立し、更に各州政府をして、老齡者、盲人、被扶養子女並びに、廢疾の子女、母子の福祉、公衆の保健及び州失業補償法の管理に対し、更に適切なる施設を講じ得るようにし、以て公共の福祉を図る」とする法律である。

(二) このアメリカの社会保障制度については、清水金二郎氏「社会保障制度」(全訂版)五八一―七六頁、末高信氏「アメリカの社会保障」(「各国の社会保障」II所収)参照。

(三) アメリカの社会事業については

しかし、アメリカでは、行政組織としての予防医学の推進には、極めて注目すべきものがある。すなわち同国の公衆保健活動は、公共団体のそれを基底としている点に特色があるわけであるが、最初は公共団体が、個々の問題が生ずる毎に、それに即応した処置を講じていたのが、漸次、恒久的な地方衛生機構として確立した。州がこの推進に参加したのは独立後一〇〇年にして初めて行われ、一八七九年には国家保健委員会が設立されようとしたが徒勞に終り、漸く一九〇九年に「国力——その浪費と維持に関する報告」^(四)に初まり、Hoover 大統領の召集した一九三〇年の白亜館児童衛生保護協議会が、保健事業に対する国家的要請を明白に打出した。^(五)そしてそれが、一九三五年の社会保障法で、立法化し、その中の母子衛生と児童福祉のことは児童局に、公衆衛生業務は合衆国公衆衛生局に振当てられて、国家の直接任務とされ、とりわけ伝染病から社会、国民を守る努力を行うことになった。そして、国家は、(一)標準的公衆衛生措置、(二)医学的・看護学的手当及び病院における治療を受けることのできぬ貧困者にこの可能性を保障すること、(三)疾病保険の経営であるとされた。しかし、(一)と(二)の問題は、国家のみでは十分ではなく、州及び地方団体の参加を得なければならぬが、連邦からの財政援助の方法でこれを行うべきであることに多くの異議がなかった。これは特に一九四六年の Hill-Burton 法案として立法化し、推進せられた。^(六)しかし(三)の問題については、もっと早く、すなわち一九三二年に、そのための代表委員会が設置され、更に一九三八年のルーズベルトによる国民衛生協議会でも検討されたが、未だに実現していない。それには、米國医師会の反対も大きな原因となっていた。^(七)しかし、こうした論議検討の中に、疾病予防及び健康増進こそは、公共団体の総合医療計画の重要部分を為すべきものであることが発見され、これにも、医師の側の反対があったにも拘らず、漸次一般の支持を得るに至り、総合的衛生及び病院業務の遂行として、この方面への努力が著しく進められて来た。^(八)これこそが、米國の予防医学的施設

の拡充を招来したものである。^(九)

- (四) 本報告については、スマイル著、曾田氏外訳「アメリカにおける公衆衛生行政」六九六頁以下参照。
- (五) すなわち同協議会では、(一)公衆衛生及び母子衛生業務の強化、(二)国立病院施設の拡充強化、(三)年間総額の半分を連邦政府負担と、貧困者を対象とする国家医療計画などの提案をした。なお詳細は、スマイリー、前掲書七一〇頁以下参照。
- (六) この Hill-Burton 法案は、地方公共団体に於ける病院施設の強化に対する全国的連邦補助計画を実現するためのもので、一九四九年の国会通過で実現されたものである。同法案で、先ず病院と保健所に対する地方の要請を調査し、その調査結果にもとづき、病院建設の補助金として年額七、五〇〇万弗を計上し、連邦政府補助2に対して1の地方財源が計上された。その財源の運用は合衆国公衆衛生局の医務総監の手で集中的に行われたが、建設の主導権は州、市、郡などの地方公共団体側におかれてあった。この詳細については、W・G・スマイル著、曾田氏外訳「アメリカに於ける公衆衛生行政」七一四頁以下参照
- (七) この米国医師会の反対意見については、スマイル著、前掲訳著、七一〇頁以下参照。しかし都会では、任意保険組合としてこの医療費の保険が行われている。その著しいものに、ブルー・クロス(青十字)及びブルー・シールド(青楯)などがある。これらについては、未高信氏「アメリカの社会保障」(各国の社会信障Ⅱ所収)二六頁以下参照。
- (八) 合衆国公衆衛生局の立案になる総合的衛生及び病院業務の立案は、その機構の中心に、中央病院(Base Hospital)をおきそれは(一)指導、(二)研究、(三)相談を主要職能とし、地区病院は、恢復期の患者治療及び慢性病患者の治療のために、中央病院より放射状に適當の間隔をおいて配置する。そして保健所をその周辺上に置き、住民と直接接触させる。そして診断及び医療を含む全保健業務の九〇%以上が、保健所及び民間医師の手によるか、彼等を通じて行われる。地区病院は、保健所から廻って来た患者を対象とする。地区病院に廻って来た患者の一〇%以下は、その顧問格の中央病院に廻される。他面、訓練された医師と職員は、中央の訓練所から随時、周辺に送られ、診断及び治療は周辺の保健所より地区病院、中央病院と流れる組織である。なおこの点についての詳細も、前掲書七一七頁以下参照。又都市衛生行政については同著四九七

頁以下、農村衛生行政については、五三七頁以下、州衛生行政については 五六四頁以下に詳論されている。

(九) なお、アメリカのこれらの問題については、F. Goldmann, *Public Medical Care*, 1945; D. Michael, *America Organizes Medicine*, 1941. 公衆保健局「アメリカの公衆衛生」七五—二三三頁などがある。

(四) イギリス

英国は、いわゆる大国の中では、現在社会保障制度の最も徹底した国である。すなわち「揺籠から墓場まで」(From Cradle to Grave)を、スローガンとして、全面的社会保障をしているのであるが、その度合は、朝鮮事変を契機として発生した国際不安に应ずるいわゆる「バターと大砲」という政策転換により、多少後退したが、なおその保障度が理想に近いものと言え得よう。

すなわち、同国では、既に一九一一年の国民保健(健康及び失業保険)法(National Insurance [Health and Unemployment Insurance] Act)で、一六才以上七〇才未満の筋肉労働者と年収一六〇磅未満の非筋肉労働者を被保険者として、疾病手当の外に、無料の診断と投薬という医療給付制度を定めていた。ところが、こうした社会保障を全国民のそれにまで拡げるべきものとして、一九四一年六月に W. Beveridge 卿を委員長とする「社会保障及び関連諸事業に関する各省連合委員会」を設置して検討した結果が、一九四二年一一月の、いわゆるヒヴァリツヂ報告なのであるが、それを実現化したのが、一九四五年六月の家族手当法(Family Allowances Act)一九四六年七月の国民産業災害保険法(National Industrial Injuries Insurance Act)同年八月の国民保険法(National Insurance Act)同年十一月の国民保健事業法(National Health Service Act)一九四八年五月の国民扶助法(National Assistance Act)同年六月の児童法(Children Act)である。

とりわけ、この医療の社会化の面から中核的なものは、「国民保健法」であるが、同法では英本国に居住する一六

才（学校終了年齢）以上、男子六五才以下、女子六〇才以下の被用者、自営者、無業者の三種に區別するが、之等全員の強制加入とし、法定の保険料を徴収するが、勿論社会保険であるから、この保険料の外に、国庫補助金を加えて運営されている。その給付として、失業給付、疾病給付、出産給付、寡婦給付、保護者給付、退職給付、死亡一時金がある。

又「国民産業災害保険法」は、使用者、労働者、国家の三者による拠出による社会保険で、英本国の全被用者を適用対象とするものである。その給付は、傷害給付、癱疾給付（被用不能、特殊障害、常時附添、病院治療）、死亡給付の三種とする。

前記の社会保険法にもとづく医療給付を確保し、更に一般国民の健康増進と確保のために、確立されたのが、同国の「国民保健事業法」である。本法によって、英の全国民に対し、貧富の別なく、国民保険の被保険者であると否とにかかわらず、又地域的の差別も少くして、いわゆる無差別平等に、原則として無料の医療を提供することとなったのである。この運営の費用は、大部分は、国税と地方税によって支えられ、一部分だけが国民保健の保険料による国民保険基金から支弁される。このように大部分が税によって賄われているのであるから、保険制度のように濶出義務や給付資格の問題もなく、又扶助制度のように家計調査や資力調査を行うものでもなく、全国民がその一生涯を通じて、原則として無料利用できるわけである。すなわち、凡ての英国人が、凡ゆる疾病について医師の診断・治療を無料で受けられるだけでなく、病院やサナトリウムに入院して治療を受けることも無料であり、一切の医薬品、医療器具も無料で支給を受けられるのである。今、この英国の医療サービスを、九大産研教授清水金二郎氏の「社会保障制度」(全訂版)により抜記すれば次の如くである。

④ 一般診療及び薬剤サービス

(1) 一般開業医によるサービス 英国では、この国民保健事業法実施後も、個人開業医は自由な私的営業を行い得ることになっているが、大部分（一九四九年一月に既に全開業医の九八％が登録）の医師はこの事業に参加し、保険医として登録してこの事業の協力者となっている。国民は之等の登録開業医の中から、自己の担当家庭医を自由に選定して申込む。国民はこの一度選定した医師を自由に変更できるが、移住による場合以外の場合は、二週間前に予告すべきものとしている。他方、医師の方でも、こうした申込を拒否できるとしている。このようにして当事者間で選定できなくなったときは、関係機関が適当医師を割当てることになっている。而して、既に英国の九五％以上が、この登録を完了していると称されている。

医師の任務は自己の登録患者を治療することであるが、必要な医薬の処方箋を書いて与えることもできる。ただこの処方箋については、一九五二年六月一日以後は、その処方箋一枚毎に一志を患者が負担すべきこととなった。しかし辺鄙な地方では、医師が自ら調剤して薬剤を支給し、又医療器具も医師自身が支給することを認めている。

患者は自己の登録医以外の医師の診療は受けられないのであるが、旅行・休暇などで三カ月以内、他の地域にいるときは、一時居住者として、その地域の医師の診療を受け得るし、又緊急止むを得ない場合などに特別措置を希望する場合は、他の医師の診療を受けることができるものとしている。入院、又は専門医の治療が必要な場合には、担当医が、その病院又は専門医に依頼して治療を行ってもらうことになる。妊産婦は、産科医及び助産婦によって、産前、産後全般の手当を受けるが、患者の担当医が産科を扱はないときは、その医師又は地方保健当局が設置している中央保健所が産科医を紹介する。

而してこのような保健サービスに参加している開業医に支払はれる報酬は、その医師の担当患者名簿に登録されている人数（一人の医師に登録される患者数の最高限は三、五〇〇人）に、患者一人当りの人頭式料金、年一七志を乗じた額であるが、担当患者数が五〇一名乃至一、五〇〇名の場合には、患者一名毎に計一〇志が加算される。従来はこの外に、事業が小規模であったり、人口稀薄な山間僻地などにいる医師などの最低収入確保のために、右の人頭式料金に加えて年三〇〇磅の俸給を支給する制度となっていたが、一九五二年から廃止され、特定地域に限り新規開業手当を三カ年間支給する制度に改めている。

以上の他に、医師が前記の一時的居住者や緊急患者の診療をすれば、その診療費を受け得るし、辺鄙な地域では哩数式往診料を受けることができ、又助手を教育・養成する医師は助手手当が、出産を扱えば、一般医のときは五鎊五志、産科専門医では七鎊七志が支払われる。更に一般診療に従事する医師と助手のために特別な退職年金制度も用意されている。

なお、歯科医のサービスは、その医師の僅少の理由で、登録制を採らず、保健歯科医を自由に選択して治療を受け得ることとし特に高価なものや、必要以上のものを希望するときは、その余分の費用は自己負担とし、義歯は当初は無料であったが、一九五一年五月二日以後は半額患者負担となった。

又眼科は将来病院サービスとなる予定であるが、これまでの暫定措置として視力検査と眼鏡の供給が補助的サービスとして眼科医、眼科眼鏡商、眼鏡商の三者により行われるが、これも当初の無料主義が、一九五一年五月二日以後は、一定額の有料化した。但し一六才未満の児童は従来通り無料とされている。

次に薬剤と医療器具のサービスは、一般開業医が行う医療に必要な薬剤や医療器具は、医師の処方箋によって、本制度に加入している薬局から無料で支給され、辺鄙な地域では医師自ら支給することは前述の通りである。

⑥ 病院及び専門医のサービス 従来の英国では個人経営の病院、慈善病院、地方公共団体経営の病院など種々あったが、前記国民保健事業法によって、私立病院及び地方公共団体経営の病院などは、国有国营化され、保健相の管下におかれることとなった。更に同相が、必要と認める一般並びに専門の病院、結核サナトリウム、精神病院、授産サナトリウムなどを買収する権限も持つこととなっている。このようにして、病院の収容施設を拡充し、総合された医療サービスの普及向上を目的とする病院の管理経営の国家計画遂行を可能としたわけである。

そして、このような病院に於ける医療は、何人でもこれを受けることができ、専門医の治療、調剤、看護、医療器具の支給など一切が無料となったのである。そして入院も原則として無料であるが、設備に余裕があれば、有料で個人特別専用の病室を利用することもでき、若し新制度に不満であれば、医師と個人的に契約して、全費用を自己負担して専用病床を利用することもできるこ

ととなっている。こうした病院の専門医は、時間制又は専属制によって俸給を受けて、主として病院で診療に当り、必要に応じて保健所や患者の自宅にも往診するものとされている。

◎ 地方保健当局の保健サービス 地方保健当局すなわち州及び州邑は、中央保健所を設立し、これに医療設備をおき、一般開業医、歯科医、薬剤師をして治療に従事させる仕組としている。とりわけ (一)妊産婦及び五才未満児童の健康保護、(二)保健訪問、(三)免疫予防注射サービスなどを行うものとしている。

このような医療サービスの国家による提供により、英国民は、貧富の別なく、一応の医療を受け得るのであるが、他面、濫受診と不当診療の弊も少くなく、且つその財政負担も著大で、既述の如く朝鮮事変を契機とする国際不安に伴う国防充実のため、多少の後退を見せていることは、既述の通りである。^(一)しかし、これまでに徹した英国の医療制度が、一歩進めて予防医学の布陣への徹底に努力するところ少ないのは、如何なる理由か不可解とし、遺憾とするところである。

(二) この従来ならば殆んど医師を煩わすことのなかった軽疾又は病氣と称し得ない場合までも、医師の診療を求めらるる濫受診、又患者が希望するままに不要又は贅沢な薬剤又は治療を行う不当診療の弊並びに、財政上その他の英の医療保険をめぐる当面の諸問題についての詳細は、清水金二郎氏「社会保障制度」四六頁以下参照。

(ハ) フランス

仏の社会保障制度の発達も、割に早くから存するのであるが、その幅と深さにおいては、英国の如くではなく、しかも、その社会保険、産業災害補償及び家族手当の三部門共に、その財源を保険料で賄い、国家財政の援助を受けないものである点に特色がある。^(二)

そして、その社会保険の給付の中に、疾病保険給付が存するが、それは疾病の治療のため必要とされた医療費の償

還と、被保険者の療養中の収入欠如の補償とがある。その療養費として後に償還される経費の範囲は、一般及び専門医療費、入院費、薬剤及び実験費、歯科治療費、医療装置費（義手、義足など）、旅費（温泉治療など）とされる。そして被保険者は、自ら医師を自由に選択して治療を受けるのであるが、公立病院並びに一定の診療所を除き、必要な治療費は先ず自ら立替払いをして、後にその支払済の証明書によって、関係金庫から返済を受ける仕組である。ただその償還してもらえる金額は、通常は所要経費の八〇%とされるのである。

しかし、医療機関の国営化、社会化については、特別の措置を、英国の如く採っていないところに、前記立替払、八割償還などの点とともに、未だ理想に甚だ遠いものが存し、わが日本として多く学ぶべきところがないようである。

(一) なお、この仏の社会保障、特に医療保障については、清水氏、前掲書八〇頁以下、高橋武氏「フランスの社会保障」(各国の社会保障Ⅲ)一九五頁以下など参照。社会保障年鑑一九五八年版一七二頁以下参照。

(二) ソ 連 邦

ソ連邦は、失業のない国であり、社会保障も国家の責任として行う社会主義体制にあるが、同国でも、広義の社会保障の方法として、社会保険の系統と、狭義の社会保障の系統とが存する。前者は、国営企業・機関の現業勤労者及びその家族を被保険者として行われる貨幣的・現物的給付制度であって労働組合が管掌して実施しているものであり、後者はその広汎な国民生活の保全、公的扶助を担当するもので、国家の直営(ソビエト保健省主管)するところなわけである。而して、社会保険の給付としても、廢疾給付が存し、更にその企業管理部の下にその厚生施設として、病院、医院、診療所、夜間サナトリウム、休息の家などの経営にあたるものも現われているが、その利用は勿論公開されたものではない。故にここで注目すべきものは、狭義の国家社会保障制度としてのそれであるが、これにも一般

に老齢・廃疾・遺族扶助・勤続年金などが国家の一般会計予算から支出されているのであるが、重要なのは、この制度により経営される医療施設の公開利用である。すなわち、ソ連国家は保健省主管の一般会計予算によって、治療・予防の医療対策、公衆衛生及びサナトリウム・保養地・休息の家などの保健施設、労働者住宅・クラブ、体育・スポーツ施策、更には特有の母子福祉制度、すなわち多児婦及び多児寡婦への公的扶助、産院、乳幼児医療相談所、小児ミルク配給所、託児所、幼稚園や、要保護児童関係の児童の家、児童食堂、児童健康相談所、母性健康相談所、ピオネール・キャンプ（児童夏期施設）などの経営を行っているのである。^(二)

(二) ソ連の社会保険制度についての詳細は、平竹伝三氏「ソヴェートの社会保険」(各国の社会保険Ⅱ所収) 六〇頁―八五頁参照。

(二) ソ連の社会保険制度の沿革及び現状についての詳細は、平竹氏、前掲書八六頁以下、鷺谷善教氏「ソヴェートの社会保険」法律時報二九卷五号など参照。

しかし、更に根本的には、ソ連における保健医療制度に関する基本理念の特質こそ、特筆されるべきである。それは、第一次責任が個人にあるのではなく、国家が全国民の保健維持の第一次責任者と考えていることである。そこでは、医療は医師などの生活の手段であり、従って私営医業が許されるべくもなく、医療関係者は凡て国民に対する文字通り奉仕者である。そこでは、初めて疾病の予防に最重点を注ぎ得るのであり、病人の不発生こそ、医療関係者の第一の願望となるのであるから、疾病の予防と治療の境界がないことが、ソ連医学の特色と称されるわけでもある。^(三)

更にその予防医学中心が、積極的な体位向上、スポーツ奨励につながるわけであり、それが国家事業として強力に推進されるところにも、他国に見られぬ特色がある。^(四)ただ、惜しむべきことは、同国のこの保健衛生の政策が、急速な経済建設に不可欠とする労働力の確保培養を直接目的とし、人間を病苦から解放することを第一目的とするような高

遠な理想の下に指導されていないかに見える実情だけにあると言いたい。^(五)

しかし、ともあれ、医療関係者が、凡て、予防医学中心に動けるところに、基本的特質があり、これは既述の英国においても為し得ないところである。すなわち、これに徹し得る条件は、医療を家計収入の手段とし、営利企業として行うことを絶対に許さない同国の制度の下にのみ可能であるといふことである。^(六)

すべての病院その他の医療施設は、国家直営、又は企業附置の厚生施設のもので、収益手段ではなく、凡て一般国民に、その企業労働者に無料奉仕するものであり、医師その他の医療関係者は、凡て国家公務員なのである。例えば医師はその学歴、経歴年致などに応じて、一定の待遇段階が存するが、定額の俸給生活者であり、患者が多く発生すれば、それだけ苦勞が多く、時にはその責任を追求されるのであるから、彼等こそが、病人の不発生に全力を注ぐわけである。^(六)

(三) 一九五三年一月・二月の訪ソ日赤代表団の木崎博士の報告文(昭和二八年一月一日附、朝日新聞)では「ソヴェエト医療の大きな特徴は、疾病の予防と治療の境界を取り除いてしまつて、むしろ予防に重点をおいていることにある。」なおソ連の医療保障制度の詳細は、平竹伝三氏「ソヴェエト医療保障の現実とその経済的根底」社会保障一〇巻七号参照。

(四) この点についても、前掲木崎博士の報告文に「今一つは体育医学を非常に重視し、一九五三年度からスポーツ全部を、保健省の管轄下に置き、スポーツの指導管理を全部医師が担当するに至つたことである。近代医学が治療よりも、むしろ予防に重点を置き、更に体力の増強、能力の増進という方向に進んでいるのは、文明各国共通の現象だが、ソ同盟では適当なスポーツと休養とが、身体は勿論、性格まで訓練し、改造して、病氣に対する抵抗力を強め、保健と能率増進に役立つことを看破したのは流石である」とされている。

(五) ソ連の罹病率の低下は、極めて著しく、一九四七—一九四八年度の一カ年のみでも、労働者、勤務者の罹病率は一〇・六%

低下したと報ぜられて居り、更に逐年顕著な成績を示しているようである。

なお、平竹伝三氏、前掲書一一八頁以下参照。

このソ連の社会主義的医療の特質については、ライフエル博士の「保険の社会的・歴史的形態」(ソヴィエト科学院一九四七年版、一八二頁以下)に、詳しいが、次の諸条件を特に指摘し得るとする。(一)病院、医院、診療所、治療所及び各種の予防施設、サナトリウム、休息の家、保養地、母子健康相談所、或いは専門的な母性健康相談所、児童健康相談所など一切の医療給付は、凡て国営無料制であり、且つ男女の性の区別、人種、民族の差異を超越して、ソヴィエト勤労国民たる者は何人も直ちにその恩恵を享受できること、(二)凡ての保健事業は近代医学の原則に従って、病気の治療よりも、寧ろ疾病予防に重点がおかれること、(三)凡ゆる医療保健事業が、保健省によって、国家的、一元的に統一されているので、資本主義諸国のように各種保健機関相互の利害対立、矛盾がないこと。(四)国家計画の重要な一環として系統的に保健計画を遂行できることにあるとされている(前掲、平竹氏、一二四頁及び一二八頁以下参照)。なお、当面の問題については、平竹氏、前掲書一八四頁以下の「第五次五年計画の保健目標」参照。

(七) この医師及びその他の医療関係者の地位、待遇などの問題についての詳細は、平竹氏、前掲書一三九頁以下参照。

(六) 中 共

従前の中国は、不衛生国の第一級とさえ考えられていた国である。見事と言える位のハイの乱舞、所を嫌わぬ大小便の散乱、そしてあらゆる伝染病の巢窟、性病の蔓延、眼病の普及など、全く文明国と称し得ない状況にあった。

ところが、中共革命が成立して以来、同国が遂行した公衆衛生への努力と進歩は、世界史に特筆するに値いするものであると言えよう。

先ず、一九四五年四月に、毛沢東が、その「連合政府論」のなかで、「民族的、封建的圧迫にもとづく、人民の精

神と肉体を破壊する非衛生的な愚昧と疾病という重大な事態に対して、積極的な改革と救済方法を考え、国民衛生事業を推進すべきである」とし、^(二)それが一九四九年一〇月の中華人民共和国の共同綱領には、その四八条として「国民体育をすすめ、衛生医薬事業をひろめ、母親と乳幼児と児童の健康に注意する」と打出した。^(三)しかし中国の衛生事業の基本原則は、翌一九五〇年八月七日から一九日にかけて開催された第一回全国衛生会議で決定された「衛生活動の三大原則」に集約される。その三大原則とは、^(一)労働者・農民・兵士の方を向け、^(二)予防を主とせよ、^(三)漢方医と手を握れ^(三)である。そしてこの第一回衛生会議では、この三大原則の精神にもとづいて、「四項決定」を採択した。そのいわゆる「四項決定」とは、^(一)全国の衛生末端組織を健全なものにし、発展させること、^(二)衛生教育を発展させ各級衛生従事者を養成すること、^(三)医薬衛生事業における公私関係を調整すること、^(四)医薬界は団結し、助けあって学習すること^(四)がこれである。すなわち、この「四項決定」は、前記の三大原則にもとづいて、具体的問題を解決して行く方途を示したもので、これに従って、「全国衛生末端組織の健全化と発展に関する決定」^(四)及び「衛生教育の発展と各級衛生事業要員の養成に関する決定」^(五)、「医薬衛生事業に関する公私関係を調整することに関する決定」^(六)、「医薬界の団結し助け合って学習することに関する決定」^(七)が行われ、強力に実施されて来た。なお、中国の医師・医院関係の法令としては、「医師暫行条例」^(八)（五一年五月一日、衛生部公布）、「漢方医暫行条例」^(八)（五一年五月一日、衛生部公布）、「医院診療所管理暫行条例」^(九)（五一年三月一五日衛生部公布）が公布実施されている。しかし、既述のソ連と同じく、その新建設に必要とする労働資源の確保と培養のために、労働者の衛生保健には、特別に努力して居り、そのための法令としては、「工場衛生暫定条例」^(九)（一九五〇年五月三十一日、中央人民政府労働部公布）、「労働保険条例」^(九)（一九五一年二月二六日政務院公布）などが制定実施されている。

しかし、以上のような法令は、未だ衛生法令として、さして進んだものではなく、且つその対象分野、適用範囲に

においても、全面的・組織的ではないが、何よりも重要なのは、この衛生事業を、同国の教育と不可分に結びつけ、且つ全国民運動として展開推進している点にあると言ふべきである。すなわち学校教育は勿論、社会教育としての「学習」で強力に教育し、実践させていることであり、更に国民運動としての、「五害追放」の運動として、「ハイ」と「ネズミ」退治の強力遂行は余りにも有名であり、その結果は今日の中国に「ハイ」と「ネズミ」が居ないと誇称されるまでの状況を招来しているのである。^(一)なお、ペスト、痘瘡その他の伝染病に対する予防医学的措置も、医薬の増産と輸入により著しい効果を収めつつあることも特記すべきであろう。^(二)

他方、中国では体育の奨励に、極めて大きな努力を傾けているのである。同国では「体育は新民主主義教育の一部分である。それは人民の健康な体を鍛えることができるだけでなく、人民の勇氣・決断・機敏・樂觀主義・集団的精神の秀れた性質を育て上げ、喜んで、而も断乎として、祖国の建設と防衛のために奉仕するようにできるものである。だから体育スポーツの展開は、国防産業、生産労働、その他各種の建設にとって重大な積極的意義を持っている^(一)」として、推進しているのであり、「労働を準備し、祖国を保衛する」^(二)「体育制度（略称して労働制という）^(三)」なのである。この目的に対しては、にわかには賛成できないものがあるが、国家、公共団体、全国民をあげての体育奨励には、注目すべきものがあり、積極的予防衛生とも称し得るところである。

(一) なお、革命後、逸早く、中国赤十字社の改組を断行し、病院と救済機関の接收を行ったが、このやり方については、中国研究所発行「新中国の医療と衛生」（中国資料月報五五号）一四—一七頁参照。

(二) この法条自身は、ソ連憲法一二〇条に應ずるものであり、日本憲法二二五条とも比較できる。

(三) この衛生工作三原則についての詳細は、中国研究所発行「新中国の医療と衛生」（中国資料月報五五号）四頁以下参照。先ず労働者・農民・兵士に奉仕する衛生事業の遂行には、全国的に各級の衛生基礎組織をつくることとされ、それは、一切の治

療予防にあたる病院や診療所、医療工作隊などの衛生業務組織と、県や区の衛生課や衛生員のような衛生行政組織と、町や村や職場に組織される衛生委員会のような衛生大衆組織の三をふくめ、中央衛生部に統括される保健医療衛生の有機的な活動体とすることであるとされた。次に予防を主とするとは、各種衛生保持と予防薬の普及などによるものであるが、漢方医と手を握れとは中国には西洋医学を収めたものが、未だ少なかったので、従来の漢方医の長所を活かし、且つ之を再教育して近代医療に協力せしめることを意味するものである。なお、農村の衛生組織については、前掲書一〇頁以下、工場及び鉱山のそれについては一三頁以下参照。法令としては一九五〇年の「工廠衛生暫行条例」がある。なお、予防と環境衛生の遂行についての詳細は、前掲「新中国の医療と衛生」二〇―二八頁、漢方医との提携については同書二九―三九頁参照。

(四) 同決定は、一九五一年四月二日中央人民政府政務院の承認を経て、同政府衛生部から同月四日公布されたもので、次の如きものである。

「過去の反動支配下においては、衛生事業は長い間広汎な勤労人民から離れていた。衛生医療機関及び医療に従事する者の絶対多数は、大都市に集中して少数者にしか奉仕していなかった。

工鉱業地区では、当然必要とされる衛生安全施設を欠いていた。多数の都市では公共衛生の条件は極めて悪く、特に全人口の八〇%以上を占める広大な農村には、殆んど衛生事業の施設がなかった。その上衛生教育には注意する者がなく、このためまじない・祈禱が横行し、伝染病が流行していた。人民の死亡率（とくに嬰兒死亡率）は驚くべき高さに達していた。

広汎な人民の生命・健康を保障し、衛生事業を広汎な人民に奉任させ、国家の生産建設に呼応するため、中央人民政府は過去のそのような不合理な状態を一步步改革し、衛生事業が広汎な勤労人民に配慮を払う方針を貫かねばならぬ。人民政府は先ず全国の衛生末端組織、特に工鉱業地区の衛生末端組織を一步步発展させ、又健全にしなければならぬ。この目的のためには、全国の医療に従事するものを計画的に一步步動員し、衛生幹部を多数養成すると共に、各地の人民大衆と結びつき、協力してこの大切な活動を行わなければならない。これは当面の人民衛生建設において鍵となる問題である。このため特に次

のように決定する。

(一) 中央及び諸大行政区の衛生部は、全国に現存する県衛生院、衛生所を計画的に健全化し、發展させ、当面の衛生活動の方針と任務にこたえる。衛生末端組織をもっていない地区、先ず第一に西南・西北その他の少数民族地区では一歩々々県の衛生院・衛生所及び医療防疫隊を設ける。県の衛生院は、医療の任務を担当する外、全県の公共衛生活動（防疫、保健、母子衛生、衛生宣伝及び初等衛生要員の訓練を含む）を責任をもって処理し、指導しなければならない。（下略）

(二) 工場・鉱山地区では、工場・鉱山自身が一定の衛生施設と衛生要員を持たなければならず、比較的大きい工鉱業区では、医師・薬剤師・看護士をおく外、公共衛生医師・衛生技師・公共衛生看護士を適当に配置し、職業病の予防と治療、衛生安全設備の検査・指導監督・改善及び衛生宣伝と工鉱業衛生統計等の活動に責任を持つ。（下略）

(三) 衛生末端組織を完備・發展させるために、中央及び各大行政区の衛生部・教育部は、工場・鉱山・農村の衛生活動の骨幹として、三年又は五年以内に、全国各地で一定数の医務幹部を計画的に養成し、特に医師・助産士等の中級衛生要員を養成しなければならない。各地の專署と県（市）人民政府は、条件が許すならば、初級衛生要員訓練班を開設し、各郷村の婦女連合幹部・小学教師・新民主主義青年團團員等を選んで講習を受けさせ、工場・鉱山・農村の基幹部隊とする。この外、又旧式の産婆の訓練班を開設する。各地の漢方医に対して漢方医研修班を開設し、又は動員して、中・初級の衛生訓練機構に参加させ、新しい科学的方法を、元からの経験と結合して人民に奉仕できるようにする。（下略）

(四) 各地の薬品販売機構は、偏僻な県・町及び農村における薬品販売活動を重視し、普及に都合の良いように責任を持って、各地の町・農村の漢方薬屋に西洋薬の販売をも兼ねさせることができる。

(五) 一九五一年四月二日中央人民政府政務院承認、同四日公布。同決定では新しい衛生教育を高・中・初の三級に分ける。そして、(一)高等医学教育の学制を短縮して、速成教育をするものとし、内科・外科・小児科・産婦人科は五年制、眼・耳鼻咽喉・歯科・公衆衛生科は四年とする。(二)中等衛生教育は、医師学校・看護士学校及び助産士学校は初等中学生を入学させ、各二カ

年制とし、医師学校のみは別に実習六カ月を加える。(三)初等衛生教育は、郷衛生委員・村衛生員・母子保健員及び看護士の訓練を行うもので、前二者は三カ月、後の二者は六カ月修業とする。

(六) 五一年四月四日政務院公布。

(七) この決定は、五一年四月四日政務院公布のものであり、その内容とやり方については、中国研究所発行「新中国の医療と衛生」二九頁以下参照。

(八) 平野義太郎編「現代中国法令集」二二八頁以下参照。

(九) 「工場衛生暫定条例」第一条は「本条例は、労働者の健康を保護し、疾病を予防し、生産能率を高めるために制定する」として、第二条は、凡ての公私営企業に適用するものであるとし、環境衛生(三一―九条)、作業場所(一〇―一五〇条)、生活に必要な建物(食堂、浴室、洗面所、便所等)の設備(五一―一六六条)を定めている。

(一〇) この「五害追放」の運動については、范行準氏「中国予防医学思想史」及び、中国研究所「新中国の医療と衛生」三二頁以下参照。

(一一) 中国に於ける予防医学は、従来は外国人により、そして中国人のためではなく、中国在住の外国人の自衛のために行われたものが多く、多少中国自身のものもなはないが、大都市その他の極めて限られた地域にのみ行われたに過ぎないようである。なお、中国に於ける予防医学の研究に、范行準氏「中国予防医学思想史」(五五年人民衛生出版社)がある。

(一二) 中国の体育の奨励、その管理については、前掲「新中国の医療と衛生」四三―五一頁参照。

三 わが国の沿革・実情

(イ) 医療保障の諸制度

わが国においても、医療の社会保障の系統として、社会保険によるものと、公費その他による社会的医療扶助の部

面とがある。前者に属するものとしては、更に一定の職域の被用者を対象とする職域保険としての健康保険、日雇労働者健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、市町村職員共済組合、私学教職員共済組合などがあり、別に被用者の業務上の傷害に対しては、労働者災害補償保険、特殊制度としての「けい肺」に対する特別制度がある。之に対して後者としては、先ず公費によるものに、特定範囲の人々を対象とする児童福祉法、身体障害者福祉法、未帰還者留守家族援護法などは、部分的に医療保障を行うものであり、更に結核、精神などの特定疾病に対しては、結核予防法、性病予防法、精神衛生法などが存するところである。別に生活保護法による医療扶助の制度が存するのである。

(ロ) 疾病予防・衛生向上のための法令

疾病特に伝染病の予防のための法的措置は、わが国も比較的早く、最も早いものは、明治三年太政官布告三一三号で、種痘法が、一〇年にはコレラ病予防法心得方が、そして一般的なものとしては、一三年に「伝染病予防規則」が出来ていた。しかし之等の先駆的予防衛生法規は別としても、明治三〇年の法三六号「伝染病予防法」は、全く近代的衛生法規と言い得るものであった。それに引続いて、特定の疾病予防を目的とする立法が漸次制定され、別に今次大戦中の十五年には国民優生法が制定を見ていた。しかし、敗戦による経済困窮と食生活の低下の中で、国民の衛生保持と疾病予防の措置は、占領軍の命令忠告に因るものが多く、その間に多くの予防立法を成立させたことは顕著である。

而して現存の予防衛生の法規を列举すれば次の如くである。

(甲) 疾病予防的な法令

- (1) 伝染病予防法(明治三〇年三月法三六号) — 同法はいわゆる法定伝染病(コレラ、赤痢、腸チブス、パラチブス、痘瘡、発疹チブス、猩紅熱、チフテリア、流行性脳膜背髄膜炎、ペスト、日本脳炎)の予防法である。

- (2) 学校伝染病予防規程（大正一三年九月文部省令一八号）
 - (3) 予防接種法（昭和二三年六月三〇日法六八号）―痘瘡など一二種の疾病に対する予防接種を強制する法である。
 - (4) 結核予防法（昭和二六年三月法九六号）―工場・学校などの定期健康診断、予防接種、医師の患者届出義務などを定める。
 - (5) 性病予防法（昭和二三年七月法一六七号）―国及び地方公共団体はその治療予防に努むべきこと、医師の協力義務、届出義務などを定めている。
 - (6) トラホーム予防法（大正八年三月法二七号）
 - (7) 癩予防法（昭和二八年八月法二一四号）―国と地方公共団体に一定の義務を課し、国立療養所についても定める。
 - (8) 寄生虫病予防法（昭和六年四月法五九号）―日本特有の法律とも言うべきもので蛔虫・十二指腸虫・住血吸虫・肝臓チストマなどに関するものである。
 - (9) 狂犬病予防法（昭和二五年八月法二四七号）
 - (10) 検疫法（昭和二六年六月法二〇一号）
- (乙) 保健向上のための法令
- (1) 優生保護法（昭和二三年七月法一五六号）―優生上の見地から不良な子供の出生を防止し、母性の生命健康を守るために、優生手術、人工妊娠中絶などを認めるもの。
 - (2) 精神衛生法（昭和二五年五月法一二三号）
 - (3) 食品衛生法（昭和二二年一二月法二三二号）
 - (4) 栄養改善法（昭和二七年七月法二四八号）と栄養士法（昭和二二年一二月法律二四五号）
 - (5) 水道法（昭和三二年六月法二七七号）と下水道法（昭和三三年四月法七九号）
 - (6) 清掃法（昭和二九年四月法七二号）

- (7) 労働基準法（昭和二二年法四九号）と建築基準法（昭和二五年法二〇一号）
 - (8) 自然公園法（昭和三二年六月法一六一号）と温泉法（昭和二三年法一二五号）
- (丙) 薬品関係の法令

- (1) 薬事法（昭和二三年法一九七号）
- (2) 毒物及び劇薬取締法（昭和二五年法三〇三号）
- (3) 麻薬取締法（昭和二八年法一四号）
- (4) あへん法（昭和二九年法七一号）
- (5) 大麻取締法（昭和二三年法一二四号）
- (6) 覚せい剤取締法（昭和二六年法二五二号）

以上の如く、その法令の整備から見れば、多く批判する余地がないが、その実施と取締予防の確保については往々にして有名無実のものが少くないことが、根本的には、国民の無自覚にもよるが、医療関係者、薬品関係業者の不協力乃至その営利主義に因ることを無視できない。^(三)

(一) わが衛生法規の発展沿革については、拙稿「保健衛生法の発展とその法的特性」福岡商大論叢六卷四号八一八―八二九頁参照。尚お、医療保護事業の沿革につき、社会事業研究所著「近代医療保護事業発達史」三一―三九六頁参照。

(二) 又現行法規の解説批判については、拙稿、前掲、八三九―八五一頁参照。

(ハ) 医療機関の社会化

わが国でも、古くから医は仁術なりとして、医師の営利的経営を戒めて来ていたが、勿論私営の病院・医院などを認め、別に国営、地方公共団体経営、協同組合経営など、各種の経営主体を認める態度を持して来ているのである。

而して、既述のような社会保険が成立するに至って、その社会保険の医療を如何に担当すべきかが問題となり、多少の変遷を見ている。すなわち、わが国の「健康保険」の医療組織は、一九四三年までは、日本医師会との団体契約により団体自由選択主義を採り、別に官公立病院と契約を結んでいたが、四三年以来、個別契約の一と見做される指定制度に改められた。戦時中は都道府県知事の指定制度としていたが、四八年七月以来医療機関の意見を尊重して、指定に当っては医師の側からの申請によることとなり、又自由に辞任できる制度とした。而して、現在は、五七年五月一日に改められた制度によつてゐるのであるが、健康保険医療の担当は次の三種のものとしてゐる。(一)都道府県知事の指定を受けた病院若しくは診療所又は薬局(保険医療機関又は保険薬局)、(二)特定の保険者の管掌する被保険者のための病院・診療所又は薬局にして、当該保険者の指定したもの、(三)健康保健組合たる保険者の開設する病院、診療所又は薬局がこれである。

而して、之等の医療機関で健康保険の診療に従事する医師・歯科医師・薬剤師は、都道府県知事の登録を受けたものであることを要求してゐる。そしてこの種の者には、次のような義務があるものとしてゐる。(一)療養担当規則を守ること、(二)都道府県知事の指導を受けること、(三)保険医等の指定抹消を請求するときは、一カ月以上の予告期間をおくこと、(四)登録者が他県に移転した場合は、移転前の知事に一〇〇日以内に届出ること、(五)保険医療機関及び保険薬局の標識の掲示、(六)届出事項に変更があつたには届出ることがこれである。

次に「船員保険」の医療を担当する者、更に日雇労働者健康保険及び労災保険のそれは、各々別に行政庁又は保険者の指定するものとしてゐる。又共済組合の医療を担当する者は、(一)組合経営の医療機関、(二)組合が契約してゐる医療機関、(三)健康保険の規定による保険医又は保険薬剤師としてゐる。このように、各種の社会保険が、各々別個に指定医を持ち、或いは競合し、競争する関係にも存することは、後述の如く、改正すべき一点たるを失わぬ。なお、別

に、社会事業としての、医療の問題があるが、それはその事業体の直営の医療機関を利用するに止まることが多い。ただ生活保護法のそれについては別である。^(一)

(一) この現状は、社会保障年鑑、一九五八年版二六頁以下及び一〇〇頁以下参照。

(二) 社会事業としての医療扶助の問題については、松尾友重著「医療社会事業概論」(医療書院発行五六年)が存する。

(二) 医療給付の標準及び報酬

既述の如く、わが国では各種の社会保険は、その保険対象に応じた医療給付をすることになっているので、内容は区々であるが、最近の医療方法、薬剤の新発見などを十分に利用できなく、勿論医療費負担の著大化と濫費化を怖れて、多くの病気には治療指針の名の下に、治療限界を設けているのである。^(二)この点は、完全に医療社会化を行うソ連は勿論、英国の制度にさえ遙かに及ばないわけである。

(一) この社会保険による治療標準並に支払方法等は、本制度の理解並に批判の上に重要であるが、屢々改正される点でもあるので割愛する。社会保障年鑑一九五八年版一〇〇頁以下並に一〇四頁以下など参照。なお、この変遷、並にあり方については清水金二郎氏、前掲書一二五頁以下に詳しい。更に、一九五二年六月二八日国際労働機関総会によって採択された「社会保障の最低基準に関する条約」では、第二部(第七条以下)に医療について、第三部(第一三条以下)に疾病給付を定めているが、比較検討すべき点が少くないことだけを附記しておくに止める。

四 当面の問題と改正私案

全国国民保険の成立の目標年次は、一九六〇年と予定されて居り、社会保険の普及による経費増大と、医療内容の向上にもとづく扶助費の著大化は、極めて重大な社会的、政治的問題となっている。社会保障審議会の「医療保障特別

委員会」は、昨年一月に「医療保障制度に関する勧告」を發表して、政府に対しその改革を促したが、同勧告の指摘する問題は (一) 零細企業に対する健康保険の適用、(二) 健康保険の運営の改善、(三) 国民健康保険の普及、(四) 医療給付の水準、(五) 診療報酬支払制度、(六) 保険医制度、(七) 医療機関の整備と医薬品、(八) 国庫負担と個人負担、(九) 結核医療制度の九項目に亘るが、とりわけ国民皆保険の実現と抜本的結核対策の確立を打出しているのである。^(一)

しかし、既述の如く、健康保険の普及と医療内容の向上が、この医療社会化の財政的、家計費的負担を著大化し、極めて重大となっている反面、医師の側から診療費の点数と単価値上げが、極めて不明朗に且つ政治的圧力を持ってさえ強く押されているのである。^(二) 私は、ここで、この難問題を解決するために、何故に医療機関の完全社会化と、医師その他医療関係者の公務員化を企図しないのは不思議と考えるものである。これを解決すれば、この如き不明朗な紛争が一挙解決するわけであり、更にわが国の医学が治療医学中心から、予防医学中心に転廻できると信ずる。これは、英国の医療社会化が未だ為し遂げないために当面している問題を解決して、ソ連の如く、徹し得ることを保障するものである。

このため、先ず凡ての医療施設を公有化すべきことを提唱したい。これは極めて革命的提案のようであるが、既に極めて多くの大病院施設は、国営か、市営か、社会保険関係団体のもものになって居り、これに公益法人たる日本赤十字社の経営のもの、更に農協経営のものを加えるときは、残余は数は多少多いが、その医療活動量の点では、それほど重大ではなく、且つ既に医療法人化しているものも極めて多い。こうしたものを、公益法人化することを第一次とし、とりわけ農山村の個人経営の医院を市町村営に移すなど、五カ年計画位で、実行に移せないことがないと考えるものである。^(三)

しかし、最も困難なのは、之に画竜点睛すべき全医療従事者の公務員化であろう。しかしこれを敢行しなくては、

医療の全人民化、予防医学の徹底、日本社会からの病苦の追放は、不可能である。これは、医療施設の公有化と共に実施すべきであるが、一挙に一本の俸給化は酷であり、従って抵抗も多いであろうから、学校歴、経験年数、学位の有無などを標準として割り出した固定給に、臨時俸として、その開業医としての収入実績を考慮したものを一定期間支給する方法も考えるべきであろう。しかしその実績考慮には、その廃止時における水割申告を避ける方法として、過去五カ年位の当人の所得税申告の収入を基準とすべきであると考えるものである。而して、公務員化した医師が、官僚化し、不親切になることを防止するため国民による審判制を考えることも適當であろうが、ここでも、固定俸給の外に、歩合給を余り高い程度でなく考慮することが必要と考える。この点では英国のやり方に学ぶところがある。

なお、一般医師の外に、公衆衛生、予防衛生に専従する者の大量的養成を行うべきことを提案し、保健所におけるスタッフの素質向上と人的増員を行うべきであると信ずる。

更に薬品の価格統制と不当競争によるロスを排除する強力措置が急務である。全く同成分、同一薬剤と考えられるものが、各種のメーカーにより別名で売出され、その著大広告費を飲まされている実情は、何人としても早く脱却すべきである。

(一) 詳細は社会保障年鑑一九五八年版、二六頁以下。

(二) 極めて屢々、医師会と厚生省当局に、その他の関係団体、更にはいわゆる圧力団体の交渉として、政治問題化するのを常例とするに至っている。この標準を出すための基礎計算その他に多くの批判の余地があることは、既に指摘したところである。
(拙稿「保健衛生法の発展とその法的特性」(福岡商大論叢六卷四号) 四一頁以下)。

(三) 病院は、一九五六年末で、国営四二八(内、厚生省二七五、その他一五三)、府県立二九二、市町村七五九、日本赤十字社一〇八、済生会六三、農協一四三、社会保険関係団体一六四、公益法人二九六、その他の法人一六一、会社三三九、医療法人九四四、個人一七二一となっている。しかし、問題は、私営の医院、診療所の転換であると言えよう。