

社会保障法における医療給付の展開：戦後三〇年の軌跡

荒木, 誠之
九州大学法学部教授

<https://doi.org/10.15017/1779>

出版情報：法政研究. 49 (1/3), pp.1-26, 1983-03-25. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：

社会保障法における医療給付の展開

—戦後三〇年の軌跡—

荒 木 誠 之

一 は し が き

社会保障法は、国民のあらゆる生活危険に対して必要な生活保障給付を行うことを目的とするが、種々の社会保障給付のうち基本的な重要性をもつのは、年金給付と医療給付である。最近の統計によってみても、医療部門に支出した費用は社会保障費全体の約半分を占めている。わが国の人口構造が老齡化を進めるのは必至とみられるだけに、年金と医療の社会保障における比重がますます大きくなるのは疑いない。

現代の医療は単に患者個人の関心事であるにとどまらず、社会的な関心事となっている。それは医療が国民の生存権保障の重要な内容をなすもので、国の立法、行政上の医療政策が社会保障としての実質にかかわるからである。実際面においても、いまや純然たる自由診療は極めて限られた範囲にとどまり、社会保障給付としての医療が現代医療

の基本的な姿となっている。しかし、わが国では他の多くの国と同様に、医療を担当する機関の多くは私営の病院・診療所であり、医師・看護婦等の医療技術者も大部分民間の医療機関に勤務する人びとである。公的な性格をもつ社会保障として医療が、民間の医療機関と医療技術者によって担当されているところに、いわゆる医療紛争の要因がある。しかし全般的にみると、社会保障としての医療は戦後着実に発展してきたのであり、年金部門にくらべると充実はかなり高い⁽¹⁾といえることができる。

わが国の社会保障医療は、戦前から存在していた医療保険、とくに健康保険と国民健康保険⁽²⁾を中心として、これを補充する形の生活保護医療（医療扶助）及び社会福祉医療によって構成されている。また最近では、老人保健法という新しい型の医療給付立法も出現した。戦後約三〇年の現在、社会保障としての医療は一応の量的拡大を終え、質的向上と制度的再検討の時期にさしかかっているように思われる。国民皆保険体制の下で医療の歪み現象が現われ、治療偏重の医療保険への批判も高くなっているが、これらの現象は医療保障が転換期に入ってきたことを象徴するものと思われる。

本稿では、第二次大戦後の社会保障としての医療関係立法の推移を、保障の原理との関連をみながら考察し、そこに社会保障法の具体的な展開の態様と問題の所在を検討しようと思う。筆者はかつて戦前における社会医療の進展について考察⁽³⁾を加えた。本稿はこれをふまえて、戦後の展開をみることになるが、戦後の立法は数も多くまた法改正も頻繁に行われており、文献も少なくないので、立法の背景や経過⁽⁴⁾について細かくふれることは避けて、基本的な動きをとらえることにした。叙述の方法で前稿とはやや異なることを付言しておく。

(1) 昭五四（一九七九）年度において医療給付費の社会保障給付費に占める割合は約四割四分であり、年金より上廻っている。（昭五五六年版厚生白書五五二頁による）。

(2) 被保険者数もこの二者で大部分を占め、健康保険が五、八七九万人、国民健康保険が四、四五四万人、両者併せて約八、三〇〇万人となっている。

(3) 荒木誠之「社会保障における医療」熊本法学一三三号所収。

(4) 荒木誠之「健康保険の五〇年（下）」健康保険三〇卷一二号、同「医療保険改革の系譜と意義」社会保障年鑑一九七九年版で考察を加えた。法学者の論文集として佐藤進『医事法と社会保障法との交錯』がある。官庁の資料として厚生省『医制百年史』、同『健康保険三十年史（下巻）』、同『国民健康保険四十年史』等。

二 社会保障法における医療の意義

一 社会保障給付としての医療

医療の社会保障化及び扶助化は第二次大戦前にある程度進められていたが、戦後の社会保障政策展開の時期になると、医療が社会保障の重要な分野として位置づけられ、その観点から新たな展開をみせるようになる。その具体的な展開の様子は次節にのべるとして、ここではまず、生活保障を要する傷病という事故について、社会保障がいかなる対応をするかを一般論として考察しておこう。それは個々の医療保障立法の意義、機能をみる場合の基本的な視点を提供すると思われるからである。

傷病について、社会保障法はそれによって生ずる要保障性を二つの側面からとらえる。その一つは、傷病による所得の喪失であり、他の一つは傷病による心身の機能の喪失である。前者は所得をおぎなう金銭給付により、後者は心身の機能を回復させる医療給付によって、生活保障のニーズが充足される。しかし現実の社会保障法は、この二つの保障給付を同一の社会保障で行うものもあれば、両者を別個の立法で分離して行うものもあり、さらには所得保障の

側面のみを法定する立法例もみられる。わが国は、医療の現物給付と傷病手当金を定める健康保険法が典型的に示すように、同一の医療保険で両面の給付を行う方式を採用している。イギリスでは、ビバリッジ報告に基づき、傷病時の所得保障は国民保険法により、傷病の回復のための医療は国民保険事業法によって行う方式、すなわち所得保障給付と医療給付の二分方式を採用した。フランスでは、医療の現物給付を認めず、いわゆる償還方式⁽¹⁾をとったから、医療の出費を補うという意味で所得保障方式のなかに医療を含めるとみてよい。このように社会保障法における医療給付に大別して三つの型がみられるが、医療給付そのものを社会保障においてどのように位置づけるかは、社会保障のとらえ方によって差違を生ずる。ビバリッジ報告のように、社会保障は所得保障の体系と解する見地に立てば、国民保健事業法は社会保障から区別されて、いわばその前提条件⁽²⁾とみなされる。また、フランスのように医療費の償還制をとるとき、医療そのものは社会保障給付とならず、したがっていわゆる自由診療を前提として、その医療費の側面のみが関心事とされるにすぎない。

わが国の医療保険法は、その成立の当初から医療の現物給付を定めていたが、その基本的な発想が医療費の負担軽減にあったことは疑いない。それは、健康保険法が労働者保護法と密接に関連して成立し、むしろその一部を形成していた事実を考えると、健康保険法の担った賃金保護的機能が重視されたことは明らかである。医療の現物給付方式をとったのは、金銭給付が必ずしも方法として適切でないことを考慮したからであって、必ずしも現物給付自体に特別の意義を認めたものではなかった。たとえば、職員健康保険法では現物給付としなかった事実⁽³⁾に徴しても、この点は首肯されよう。戦後の社会保障政策展開の時期になっても、しばらくは右のような発想が暗黙裡に継承されて、立法政策の重点は医療保険の適用拡大と医療給付にともなう一部負担率の軽減におかれていた。この段階では、立法形式上の差はあれ、基本的な発想としてはフランスの償還方式との違いはさほど大きくはなかったといつてよい。

皆保険以後の医療保険法の改正論議において、償還制の採用が主張され、或いは政府の改正試案にそれが現われたのも、決して唐突ではなく、その素地は医療保険の現物給付を所得保障の一形態とみる伝統的な考え方のなかに見出されるのである。

社会保障における傷病給付を所得保障としてとらえる立場が、それなりの合理性をもつことは否定できない。社会保障を所得再配分的側面において理解する社会政策ないし経済政策の見地からは、医療の現物給付も医療費の給付も本質的には同一視されるのは当然かもしれない。しかし社会保障法における医療は、単なる所得保障にとどまらず、それ以上の積極的意味を持つこと、或いはそのような意味を与えることも可能である。わが国でも、生存権の具体化としての医療給付の考え方がしだいに有力となり、所得保障をこえた医療給付の機能ないし意義が強調されてきた。その背景には、国民皆保険の達成によって医療保険の量的拡大が一段落し、またこの時期以降の経済高度成長と国民所得の上昇が、国民一般の生活意識を変化させ、安全で健康な生活の保持に大きな価値を認めるようになったこと等が、条件として作用していた。医療保障⁽³⁾ということが論じられるようになったのも、この時期以降であった。古い疾病保険の観念から新しい医療保障への観念への転換は、一般の人びとの間にもしだいにひろがった。医療保障というとき、各種の医療給付を含めた総称としての用語法もあるが、それに止まらず、これら各種医療給付形態ないし制度を統一する新しい理念的もしくは原理的なものを含んだニュアンスがうかがわれ、戦前の医療保険や医療扶助とは異った性格と機能を期待する態度がそこに表現されていたように思われる。もちろん、医療保障という用語が学問的に厳密な検討をへたものではなく、人によってさまざまに使われたとしても、そのことは自体のもつ新しい感覚は、社会保障の理念に貫かれた医療のイメージを想い描かせるものがあつた。

二 生存権保障としての医療

社会保障法が医療給付をその給付体系に含むのは、生存権保障（憲法二五条一項）にとって医療が不可欠だからである。傷病時には所得の喪失に対する経済的な保障の必要のほかに、心身の病的状態・損傷により生活機能が障害され、従ってまた生活能力も制約されるので、この傷病状態をできるかぎり除去するための医療の給付が必要とされる。機能上では、両者は部分的に相覆う関係にあるが、要保障性としてはそれぞれ独自の性格をもっている。前者を所得保障のニーズとすれば、後者は生活障害保障のニーズである。生活障害という観念は、傷病にかぎらず老齡、事故等による心身の機能喪失、幼児にみられる機能の未発達等も総括した概念として、筆者の提唱⁴したものであるが、医療は傷病という一時的な生活障害に対する障害保障給付としての性格を本来もっている。社会保障が問題とされない時代には、医療のもつ生活障害除去の側面が自覚されず、したがって社会保険の医療給付も医療費の補給の一手段と考えられたにすぎない。しかし生存権が基本的人権として定着され、「健康で文化的」な生活の保障が社会保障の目的として承認される時期には、医療給付のもつ生活障害保障としての性格と機能は必然的に理解されるようになる。そうすると疾病の予防給付と医療給付、さらに傷病が治った後の機能回復訓練等のリハビリテーションが有機的に結合した統一的な保健医療給付体系の必要が認識され、その方向への政策展開が要求される。そのような段階になると、医療が社会保険給付の方式をとるか、社会サービスの方式をとるにかかわらず、生存権確保のための公的施設（狭義の営造物の意味ではなく人的・物的要素を含めたという意味で）と解されることになる。単なる医療費の軽減ないしは補給とは異なる性格と機能が明確に認識されるのである。

さきに、医療給付にも所得保障的側面があり、機能上では部分的に相覆う関係にあると述べたが、具体的にいえばつぎのような相互関連が認められるのである。すなわち、医療の現物給付がなされ、その受給に自己一部負担がない

か、あっても極めて小額であるとき、医療に要する出費はゼロになるか、家計を圧迫しない程度のものとなる。その点では医療費の保障と結果的に同じ機能を果す。また、医療費の支給が行われるとき（典型的には償還制）は、被保険者が経済的心配なしに医療を受けることになるから、そのかぎりでは医療給付と同様な効果を期待しうる。そこに共通した機能を認めうるのである。わが国では、健康保険法は被扶養者に対して家族療養費を支給すると定めているが、実際の取り扱いでは医療の七割給付と称されているように、被扶養者は三割の一部負担金を保険医療機関に支払って医療の給付を受けているのである。ちなみに云えば、被扶養者に医療の給付ではなく療養費の支給としたのは、同法が労働条件保護法としての性格をもって制定され、本来の対象は労働者本人であるという前提に立っているからに外ならない。その点は、同じく三割の一部負担を定める国民健康保険法では、医療の現物給付としているのと対比すると、よく分るであろう。ともあれ両者の形式上の差違は、必ずしもその実際上の相違を生じていないのであり、健康保険の被扶養者の保険給付が実際には現物給付であることを誰も疑わなくなっている。わが国の医療保険法は医療の現物給付主義を原則としているにもかかわらず、一部に医療費の支給方式を採用しているのは、前述の所得保障的発想のほかに、両者の間に一定の共通した機能があるからにはかならない。それだからこそまた、医療費の支給が医療の現物給付の体系に矛盾なく組み込まれているのである。

しかし前述のように、社会保障法における医療給付と医療費の給付とは理念的に異なると同時に、医療制度に対する国の姿勢も大きく違わざるをえない。医療費給付制度では、医療の法関係や実態には手をふれず、いわゆる自由診療を基盤として患者の医療の出費を補給するにすぎないから、医療機関や医師は社会保障の構造に組み込まれず、いわばその外側に位置する。これに対して、医療給付の制度では、保険者（社会保険の場合）又は公的機関（社会保険によらない場合）が直接に、又は私的医療機関等との契約を媒介として、医療を提供しなければならぬ。そのため

には、給付される医療の態様を定め、ニーズに応じて医療機関や医師の適正な配置を行い、医療が本来の目的にそって給付されるよう、行政的なコントロールを加えなければならない。したがって、医療給付による保障においては、医療制度そのものが社会的なコントロールのもとにおかれることになる。社会保障としての医療がこの方式を基本として構成されているとき、さきに述べた部分的な医療費支給方式も、この基本構造のなかに組み込まれ、実際上は医療給付の一態様たるにすぎないのである。

わが国の憲法は、国民の「健康で文化的な」生活を生存権として保障することを定めた。これを具体化する法としての社会保障法が、医療をどのように取り扱うべきかを考えるとき、単に医療に要した出費をとらえた保障方式ではなく、必要とする医療を全国民に提供する方式が望ましい。それは医療の現物給付方式による保障となる。したがって、戦前からの現物給付方式は、社会保障の医療として改めて積極的な意味を与えられる。わが国で医療費の償還制が論じられることがあっても大勢を動かすに至らないのは、傷病時における生存権保障の態様として積極性に欠けるところがあるからである。

わが国の戦後の医療関係立法は、戦前からの社会保険医療を中心に、適用範囲の拡大、給付水準の引上げをつみ重ねて現在に至った。その過程で、社会保障の原理と政策が医療給付の法制度に浸透して行くのであるが、現実の立法は複雑な諸条件のなかで振幅をみせて推移する。次節において、戦後の医療給付法制の展開を社会保障法という観点から具体的に検討してみよう。

(1) フランスの医療保険制度については J. J. Dupeyron, *Droit de la sécurité sociale* (6^e ed.) p. 401 et suiv.

(2) ビバレッジ報告書では包括的な保健及びリハビリテーションサービス（治療を含む）を社会保障の前提条件の一つとしてあげた (W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, 1942. sec. 301. 山田訳一八五頁)。イギリスの官庁

刊行物でも National Health Service は Social Security によつて區別せらるゝ (see, HMSO, Social Security in Britain, 1970.)

(3) 医療保障論につき近藤文二「健康保障と医療」日本労働協会雑誌六九号、佐口卓「社会保障と医療保障」同誌六六号参照。

(4) 荒木誠之「社会保障の法的構造(二)」熊本法学十六号三二頁以下。

(5) わが国で医療費の償還制が主張された直接の狙いは、現物給付と出来高払いの診療報酬体系のもとでのいわゆる濫診濫療の弊害を是正する手段としての役割にあり、また償還制によって保険医療の担当をめぐる医師会との紛争も回避できるといふメリットが期待されたのである。現物給付制度の歪みが、カウンターバランスとして償還制の効用を想起させたといつてよい。

三 社会保障給付としての医療の展開

一 社会保障計画における医療

わが国における社会保障計画としてあげるに足るのは、昭和二五（一九五〇）年の社会保障制度審議会が発表した「社会保障に関する勧告」である。それ以前にも社会保障のプランとして作製されたものはあるが、立法に及ばず影響はほとんどなかったといつてよい。二五年勧告では、社会保障の中心に社会保険をおき、医療給付も社会保険方式による方向を提示した。また翌年の社会保障「推進」勧告では、当面の方策として医療保険の推進につき国民健康保険の年次計画による強制設立を掲げ、社会保険によらない方式——たとえばイギリスのヘルス・サービスの方式など——の可能性はほとんど考慮されなかった。その後の社会保障制度審議会の勧告でも医療保険方式が確定的な方針と

なり、昭和三一（一九五六）年の「医療保障制度に関する勧告」では、全国民を医療保険の適用下におく皆保険政策の実現を指示したのである。

これらの社会保障勧告が、医療を社会保障の重要な構成部分とみていることは明らかである。しかしこれを所得保障の系列にしているのか、それとは別の保障制度とみているのか、かならずしも明瞭ではない。けれども全般的にいつて、社会保険医療を中心とした医療保障を構想しているところからすれば、所得保障的観点を基本におきながらも、あえて「医療保障」（三一年勧告）という観念を打ち出したのが特徴的である。そこには単なる医療費の補償以上の意義を医療保険に認める姿勢が推測される。とくに三一年勧告が「現物給付の方法は、医療保障の理想的形態であつて、被保険者にとってはもっとも好ましい形態」と述べ、現物給付の徹底には医療給付を「公的医療機関ないしは保険者の直接的管理統制の下」におくべきものとしている（ただしその実現性には否定的見通しをのべている）点は、「教育と並んで、医療の機会均等は最優先的に重視されなければならぬ」という勧告の提言と照応して、そのいうところの「医療保障」のイメージが、純然たる所得保障とは相対的に区別されたものであることをうかがわせる。

医療保険の抜本改正が政策課題となつたのは一九六〇年代に入ってからであるが、その直接の動機は政府管掌保険の累積する赤字で、放置すれば制度の行き詰りは必至とみられる状況にあった。昭和三七（一九六二）年に社会保障制度審議会が行つた「社会保障制度の推進」勧告は、社会保険各制度の統合を理想とし、その手段として各保険間のプール制による財政調整の必要を説いた。そしてまず医療保険から着手すべきだとして、被用者保険相互間、国保相互間の財政プールを行い、さらにこれを拡大して被用者保険と国民保険との財政プールに導くことを勧告した。このプール制は「いずれ将来において各制度間の統合を行なうためにはとらねばならぬ方向である」と断言している。この推進勧告がその後の医療保険抜本改正についてのさまざまな構想やプランの出発点となつた。そこには単なる財政

対策をこえた、社会保障としての医療の基本的構想が示されており、その是非及び具体的方策をめぐって激しい論議を呼び、また立法運動も展開されたのである。

以上きわめて簡単に、わが国の社会保障政策における医療のとらえ方をみたのであるが、社会保障の各分野のなかで、医療がもっとも重要な位置を与えられてきたといっても過言ではない。それは、医療保険が戦前からの歴史と経緯をもって質量ともに社会保障の根幹をなしていたこと、また、傷病という国民の日常生活に密着した事故が対象であること、さらに、医師会や健康保険組合連合会に象徴される関係団体が強力な政治行動を展開したこと等による。生起する個々の立法構想や法改正運動等は、皆保険達成以後には社会保障としての医療のあり方の基本理念とかかわってきたことを忘れてはならない。

二 皆保険体制への途

第二次大戦後の社会保障医療の立法的展開において、国民皆保険の実現は一つの節目とみることができるといえる。それは皆年金体制と関連しながら、わが国の社会保障制度の基本構造を一応組み上げたものであった。以下に、その過程でみられる医療関係立法の具体的な展開と、それにとりもなして生じた問題の所在と意義をみることにする。紙数の関係上、立法の社会的背景、具体的内容、関係諸団体の動向等は必要最小限度にふれるにとどめる。

戦前・戦中をへてきた健康保険法と国民健康保険法は、戦後の混乱期に深刻な財政的危機に見舞われた。健康保険では政府管掌保険の財政的赤字が放置できなくなり、また国民健康保険は強制設立を実現しないまま、機能を喪失して崩壊の危機に直面していた。したがって、当面の緊急対策としてはこの医療保険の危機を克服することが課題となり、社会保障としての性格づけや制度的体系の整備は先に押しやられていたのが、戦後数年間の実状であった。その結果、医療保険法の体系は、昭和三〇年代に入って国民健康保険法の全面改正が実現するまで基本的な変化をみせて

いない。この間の、医療保険関係の主要な新立法をあげれば、つぎのものがある。昭和二二（一九四七）年に労働者災害補償保険法が成立し、従来健康保険法で行ってきた業務上傷病に対する保険給付はこの新立法によって分離され、健康保険法は業務外の傷病のみを対象とすることになった。国民健康保険のたて直しのため、国民健康保険再建整備資金貸付法が制定されたのが昭和二七（一九五二）年であり、翌年の国民健康保険法の改正ではじめて国庫負担二割が導入された。なお同法は戦後まもなくの昭和二三（一九四八）年の改正により、市町村公営が原則となっていたのではあるが、これら一連の財政的措置でようやく運営が軌道にのったのである。昭和二八（一九五三）年には日雇労働者健康保険法が成立、これ以降労働者をほぼ全面的に医療保険でカバーすることとなった。

医療保険によらない医療給付立法としては、戦後すぐに制定された昭和二一（一九四六）年の旧生活保護法が重要である。同法は要保護者に「医療」の扶助を定めた。これは戦前の救護法、医療保護法等の流れをくむものではあるが、医療の範囲は医療保険法上のそれとほぼ同様であり、戦後の国民生活窮迫期に果たした機能は無視できない。同法は昭和二五（一九五〇）年の全面改正により新生活保護法⁴となるが、その定める「医療扶助」は保険医療とならんで現在に至るまで、医療給付の二大系列の一翼を形成した。社会福祉法の出現にともない、いわゆる福祉医療も出現した。昭和二二（一九四七）年に児童福祉法が、昭和二四（一九四九）年には身体障害者福祉法が制定されたが、昭和二八（一九五三）年の両法の改正により育成医療及び更生医療が保険医療とは別個に新設された。したがって、前記の二つの系列のほかに、福祉医療が加わり三系統の医療給付体系が形成されたことになる。右の医療扶助と福祉医療は、医療給付としては共通した性質と機能をもつものであるが、これがあえて医療保険とは別個の制度とされたのは、保険医療のもつ制度的限界のゆえに、社会保障上必要とされる医療をそこに含むことができず、新たな方式でそれを実施せざるをえなかったからである。医療「保険」では拋出しが原則であり、また傷病を治療するのが目的とさ

れたから、生活困窮者が対象から除外され(医療扶助の必要性)、治癒後の医学的ケアが保険事故から除外された(福祉法による医療の必要性)ので医療保険のほかに二つの医療給付システムを生じたのであった。このような三本建ての医療給付体系がはたして合理的であるかは検討を要する問題である。

さきにのべた昭和三一(一九五六)年の医療保障勧告が出された頃に、政府は国民皆保険の実現を目標に国民健康保険法の改正に着手していたが、診療報酬と医薬分業をめぐる日本医師会の反撥⁽⁵⁾があり、曲折をへて同法の全面改正が行われたのは昭和三三(一九五八)年で、翌年一月から施行された。この全面的改正により一応全国民を包括した医療給付の体制が実現した。改正された国民健康保険法は、市町村と特別区を保険者とし、その区域内の住民は当然に被保険者——ただし被用者保険法の適用をうける者は除く——となった。療養給付は半額を自己負担とするいわゆる五割給付で、一〇割給付の被用者本人との格差があるほか、給付期間が三年に限定(昭和三八年改正で撤廃)され、出産、死亡等における給付⁽⁶⁾、傷病時の所得保障給付⁽⁷⁾においても、被用者保険との差があった。しかしともかくも一般国民に医療保険が強制保険として確立され、国の責務が明文化され財政的にも国庫負担が定率化されたことは、社会保障としての医療給付にとって大きな前進であった。

社会保障としての医療給付が範囲を拡大するにつれて、自由な契約による私的診療の分野はせばまり、皆保険体制下では医療のほとんどが社会保障給付として行われることになった。その過程で、保険者を代表する政府部局(厚生省)及び健康保険組合と、診療を担当する医師を代表する団体(日本医師会が中心)との間に、保険診療をめぐる条件について意見の対立が激化し、医師会側に保険医総辞退⁽⁸⁾、一日休診、中央社会保険医療協議会からの委員引き上げ等の行動⁽⁹⁾がみられた。これら医療紛争の経過は省くが、その要因はすでに戦前から存在していたのであり、皆保険体制下において対立が一層深刻かつ大規模な形をとって現われてきたのである。その根底には、社会保障給付として医

療のもつ公的・社会的性格と、診療を担当する医療機関（その大多数が自由診療を背景とする開業医）の主張する営業自由の原則との間に、矛盾があったことが指摘できる。

三 抜本改正論と法改正の方向

国民皆保険の実現によって、医療の給付体制は一応整ったのであるが、給付の裏付けとなる医療供給体制は十分な準備がないまま法の実施に入った。とくに医療機関の都市偏在、医療需要の急激な増大に対応すべき医師・看護婦等の医療専門従事者の不足は、都市と農村部とでそれぞれ皆保険にともなう矛盾を顕在化した。医療機関の都市集中は皆保険体制によりかえって促進され、他方農村や離島では無医村化に拍車がかけられた。都市では待つこと三時間、診療わずか三分という現象も出現し、農村では保険証が有名無実となるところもみられた。全般的な傾向として、医療保険の現物給付方式と診療報酬の出来高払い方式との結合により、医療の物量化が顕著になり、それが年々医療給付費の増大となって現われた。とくに薬剤費の比率¹⁰が他国に例がない程高いものになったのは、種々の要因があるとしても、出来高払いの診療報酬体系、医薬分業の不徹底、薬価基準の市場価格をこえる高値設定など、保険医療の基盤となる諸条件に不備があったことは否定できない。これらの諸条件の整備は医療行政に委ねられた部分であるが、行政当局は医師会の強硬な現状維持の姿勢と改革を求める保険者側の要求との間にあって主導的な役割を演ずることができず、問題の所在は明白でありながらその対策は進展せず、やがて医療保険全体の抜本改革をとり上げざるをえない状況に立ち至った。

医療保険の抜本的改革が政策日程に上った直接の契機は、日本医師会の提唱した被用者と一般国民の医療保険二本建て制への批判、とくに健康保険組合に向けられた批判であった。それは被用者保険の実質的解体と国民保険への一本化、さらに老人医療保険の創設を展望するものであった。この医師会の構想には、健保組合に対立する診療側団体

としての医師会の戦術的要素がなかったとはいえないが、給付水準の格差是正、保険財政の不安定（とくに政府管掌保険の慢性的赤字）要因の除去を含む点で、医療保障の確立という大義にそったものであった。それが医師会の政府に対するプレッシャーとなり、右の医師会案をめぐって抜本改正論が沸騰するにいたった。その間に、医療保険各法の部分的な改正は続けられて行ったが、それらは主として保険財政の赤字対策に終始したといっても過言ではなく、給付面での改善も赤字対策と組み合わせて、むしろ保険料引上げの緩和剤として行われたのであった。しかし、皆保険による医療需要の急激な増大に対応する供給体制の改善はなく、都市部では医療機関の過密と過当競争がみられる反面、農山村地帯では無医村化が引き続き進行した。また、医療の歪み現象も皆保険体制のもとで拡大され、保険医療と医の倫理が問題とされることになった。このようにして、皆保険後一〇年余にして、医療保険の抜本的改革⁽¹¹⁾は社会保障としての医療に避けられない立法課題⁽¹²⁾となったのである。

抜本改正の問題につき、公的機関が示した見解として注目されるのは、昭和三七（一九六二）年に社会保障制度審議会が出した「社会保障総合調整」答申である。その大要は、医療の給付率を全体としてさし当り七割とし、その裏付けとして各保険の財政プールを提唱した。厚生省はこれにそった総合調整試案⁽¹³⁾を策定して各方面の反応をうかがったが、反対論が強く立法作業に至らなかった。被用者保険に一方的な犠牲を強いるような財政プール案では、実現の可能性は少なかった。翌年に国民健康保険法では、世帯主につき七割給付を実現し、被用者の保険では療養給付期間の三年までという制限を撤廃し、継続給付についても改善を加えた。この間にも、医師会と政府との間に診療報酬等をめぐり対立が繰り返えされ、遂に政府は抜本改正の実施を迫られたのである。

日本医師会の抜本改正案は昭和四三（一九六八）年に発表された。その大要はつぎの通りである。従来の被用者保険及び一般国民保険の二本建て制を解体する。新たに地域保険、老齢健康保険及び産業保険の三種の医療保険を設け

る。産業保険は主として労働災害に対する純然たる労働生活上の医療保険とし、その他の場合には被用者も地域保険に包含する。老齡健康保険は、七〇歳以上の老人を対象とし一般医療保険とは別の制度とする。以上の改革構想は、やがて自民党の国民医療対策要綱、さらに厚生省の医療保険制度改革要綱試案に受けつがれ、ここに抜本的改正が現実的課題として浮上したのである。この改革要綱試案では、医療保険制度の再編による国民保険及び勤労者保険と老齡者医療の三本建てを提唱し、新設の老齡者保険制度は七〇歳以上を対象として外来在宅診療は七割、入院診療は一〇割の医療給付とし、財源は右の二つの保険からの拠出金と国庫負担を充てる、というものであった。これが後年の老人保健法の基礎となる。注目されるのは、一定の範囲で医療費の償還制を採用する方向を示した点である。それは昭和四二（一九六七）年に成立した健保法等臨時措置法で採用された薬剤費の患者一部負担制⁽¹⁴⁾を、さらに一歩進めようと企画したものと見える。この時期に各団体から競って抜本改正に対する見解やプランが発表され、医療保険制度のかかえている問題点とその解決策が多面的に検討された。それらは直ちに立法につながらなかったとはいえ、その後の立法に与えた影響は無視できないものがあり、また一般国民の医療に対する関心も急速に盛り上がった。

このような情勢のなかで、社会保障制度審議会は昭和四六（一九七一）年に抜本改正について政府に答申した。その骨子は、従来の被用者保険と国民保険の二本建て制維持を前提とした上で、細分化されている被用者保険の統合をはかるべきこと、また療養費払い（償還制）の部分的採用、あるいは現物給付における差額徴収制の採用に言及した。そこにも医療費増大への歯止め策が具体的な形で示されたのである。しかし抜本改正は、従来の医療保険制度の根幹にふれるだけに、利害関係団体の見解の対立は深刻で、政府はこれを押切って根本的な改革を実行する力を有しなかった。したがってその後の法改正は、部分的に、しかも長期的にみれば抜本改正の方向を見定めながら行われていった。その主要なものをあげると、つぎの通りである。

まず昭和四八（一九七三）年に関係各法の改正で、高額医療費の支給が新設され、一部負担の不均衡が著しく改善された。これは給付率の均一化への接近であった。またこの年の改正で被用者保険の被扶養者医療給付が五割から七割へ引上げられ、国民保険の七割給付——これは昭和四一（一九六六）年に五割から七割となった——と同列にならんだ。ついで昭和五二（一九七七）年の被用者保険の改正では、政管健保の赤字対策として、懸案となっていたボーナス保険料の徴収を応急的に実現し、他方、給付面での傷病手当金の支給期間の延長——六カ月から一年六カ月へ——を行った。やや本格的な改革を試みたものとしては、翌年に政府が発表した健康保険法改正案要綱¹⁶があった。この要綱は、従来の改正からみるとかなり大胆なものといえることができる。要点は、(一)本人・扶養家族ともに医療は一〇割給付とする、(二)薬剤・治療材料は現物給付から除外して、一定の基準にもとづく償還制をとる、(三)療養費支給要件を緩和し、指定機関以外での療養にも支給を認める、(四)ボーナスも保険料算定の基礎とする、(五)健康保険組合相互間の財政調整の実施、(六)健保組合の付加給付の廃止、(七)育児手当金、配偶者育児手当金の廃止、以上の諸点であった。しかしこの要綱も法案作成段階で微温的となり、修正された政府原案も国会上程から二年半にわたり廃案、継続審議をくりかえした。反対勢力の中心は日本医師会であったが、健康保険組合や労使団体も付加給付の廃止、手当金の廃止には反対の立場をとった。昭和五五（一九八〇）年によろしく、当初の要綱とはかけ離れた改正法案が一部修正の上国会を通過した。その内容はもはや抜本改正といえるものではなく、部分的な修正にとどまった¹⁷。

制度の基本にかかわる改正は、昭和五七（一九八二）年の老人保健法によってはじめて着手された。老人医療についての立法構想はその前年から具体化されており、その年の健保法改正は老人医療問題と事実上関連していたとみられる。その時期から抜本対策はこの老人医療の取扱いに焦点を移してきたのである。

- (1) 主要なものとして昭和二二(一九四七)年社会保険制度調査会の「社会保障制度要綱」、昭和二三(一九四八)年米国会保障制度調査団の「社会保障制度への勧告」(ワンデル報告書)があげられる。
- (2) 勧告では医療保険を被用者保険と一般国民保険の二本建てとし、予防給付を含めていた(社会保障研究所編『日本社会保険資料』I一九〇頁以下)。
- (3) 勧告は国民皆保険への途として、国民健康保険設立の強制化、国保の扶養家族の給付率の七割への引上げを提唱した。そして二本建の医療「保険」とするのはわが国の医療制度が「英国のような公営医療を実現し得るような体制になっていないことに基づく」と説明した。前掲日本社会保険資料I二二三頁以下参照。
- (4) 新しい生活保護法によって、医療扶助の権利性が明確となり、「性行著しく不良なる者」(医療保護法一三条三号)または「素行不良なる者」(旧生活保護法二条二号)というような道徳的欠格条項は姿を消した。
- (5) 日本医師会はその見解を表明した『国民健康保険読本』(昭和三七年)を発表、昭和三一(一九五六)年には健保法改正、診療報酬体系の改訂反対等で保険医総辞退を決議、昭和三三(一九五八)年に診療報酬に甲、乙二表の採用を獲得した。乙表は以後開業医の大多数が採択することになった。
- (6) 出産、死亡に対する給付は保険者に義務づけられず、これを「行うものとする」と定めて、実施することを原則としたが、市町村の財政状況によってはこれを行わないことも容認した(五八条一項)。改正法発足当時において、その実施状況をみると、昭和三五年(一九六〇)年三月末現在で、保険者の設立数そのものが全体の八九・六%にすぎず、そのうちで助産費の支給が八七%、葬祭費の支給が七九%の保険者によって規定されていた(社会保障年鑑一九六一年版六七頁)。
- (7) 傷病手当金は全くの任意給付とされ、新法発足当時の状況では、これを保険給付として定めた保険者はほとんど見当たらない。助産費や葬祭費の支給が先決問題となっていたからである。
- (8) 旧法では療養給付費の二割以内の国庫補助が定められていたにすぎなかったが、新法では二割の国庫負担と五分の調整交付金を法定した。また事務費も国庫負担(従来は補助)とした。これらの改正は、定率が未だ低きにすぎるとはいえ、国民皆保険政策の根底にある国家責任の思想の具体化といえる。
- (9) 日本医師会は昭和四六年夏に全国で一斉に保険医総辞退を実施した。しかし知事が登録抹消の申出を正式に受理したのは青森、宮城、愛知、和歌山、香川、高知、宮崎、鹿児島以外の八県にすぎず、他は預かりの形で保留した。またこの総辞退戦

術に対して日本労働組合総評議会は、東京都医師会長等一三人の医師を相手方として、診療義務存在確認の訴を東京地裁に提起した。訴訟は総辞退の終了によって取り下げられたが、法律的には問題が解決されたわけではない。健康保険組合連合会は公正取引委員会に対して、総辞退は独占禁止法違反の疑いありとして申告を行った。上村政彦「保険医総辞退をめぐる法律上の問題点」健康保険二五巻八号一〇号参照。

(10) 厚生省が発表した昭和四六年度の国民総医療費によると、注射と投薬の両者が医療費に占める割合は五七・一%であった。その割合の推移をみると昭和四〇年度が三九・二%、四二年度は四二・二%、四四年度は四一・九%となっている。

(11) 抜本改正論の内容と推移について社会保険法規研究会編『医療保険制度抜本改正の解説と資料』(昭和四四年)参照。
(12) 荒木前掲論文・社会保障年鑑一九七九年版参照。

(13) 総合調整に関する厚生省の試案は、医療保険調整基金を設け、離職者医療、老齢退職者医療、家族給付率の引上げ等を実施することとし、その財源は各保険者から受け入れるという内容であった。しかし労働団体、日本医師会等の関係団体からの反対論が強く、また当時は政管健保の財政対策が先決問題とされる状況にあった。

(14) 試案では、診療報酬体系の適正化として、物と技術の分離、甲乙二表の一本化を、支払方式については、現物給付と出来高払方式を原則としながらも、特に医療機関からの申出があった場合には一定の条件のもとに、償還制又は現物給付と償還制の併用を認め、大学附属病院では原則として償還制を建前とする、等の内容を含んでいた。この試案は、医療保険の基本構造に関する限り、日本医師会の案、自民党の国民医療対策大綱をふまえたものであった。

(15) 特例法による薬剤費の一部負担制は、薬剤の支給を受ける際に、一剤一日分(厚生大臣の定める薬剤では一単位分)の額が一五円をこえる薬剤につき、一剤一日ごとに一五円を受診者に支払わせるもので、薬剤の過剰投与を抑制することが狙いであった。しかし同法は二年の期間満了で更新されることなく失効した。その内容につき荒木誠之「健康保険法・船員保険法の改正」法律時報四一巻一二号参照。

(16) 健保法改正法案要綱の背景と問題点につき荒木誠之「健康保険法の改正をめぐる諸問題」季刊労働法一一〇号で考察を加えた。

(17) 昭和五五年の法改正の要点は、家族療養費の入院時給付を七割から八割への引上げ、保険料率の引上げ、及び健保組合相互間の財政調整規定の新設であった。結局この改正も、保険の財政対策にすぎなかった。

四 老人保健法の制定

一 立法の背景

わが国の医療保険の歴史で画期的ともいえる変化が、昭和五七（一九八二）年夏の老人保健法の制定によって生じた。それまで被用者保険と国民保険の二本建てで運営されてきた医療保険に、独立した老人医療の部門を新たに設けて三本建ての方式とし、さらに疾病予防のための保健事業を老人医療と結びつけて制度化したのが老人保健法であった。この法律が「保険」法ではなく「保健法」としたところに、従来の医療保険法とは異なる構造をもつことが象徴されているが、その基盤には伝統的な医療保険法が予定されており、また立法経過からみても、国民皆保険体制下の抜本改正問題の一応の決着と位置づけられるものであった。

老人医療を一般人のそれとは別に、独自の老人保険を立てる構想は、さきにもたように最初は日本医師会の医療保険三本建て構想として現われ、やがて厚生省試案にも盛り込まれたが、実現にはいたらなかった。しかし老人問題が切実な課題として浮上してきた一九七〇年代になると、まず東京都などの自治体で老人の医療保険自己負担分の公費肩代りが行われ、これが自治体全般に普及するに及び、政府は昭和四七（一九七二）年の老人福祉法の一部改正によって、同法の福祉措置として、七〇歳以上の老人の医療保険自己負担分を老人医療費として支給（一〇条の二）することを定めた。ただし受給には一定の所得制限を設けた。いわゆる老人医療の無料化立法である。しかしこの法的措置は医療保険の外側で福祉措置を定めたにすぎず、医療保険そのものには全然手をふれるものではなかった。老人保健法が立法の日程に上る直接のきっかけは、老人医療費の増大であり、その背景には濫診濫療、薬剤の過剰投

与、検査の濫用等があるのではないかという指摘^①もあった。皆保険体制下の医療の「歪み」が、老人医療に集中的に現われているのではないかというのが一般の見方であった。この世論を背景に政府は、老人医療費の増大に歯止めをかけ、また診療報酬体系の見直し、疾病予防の制度化を主たる狙いとした老人保健法案^②を国会に上程（昭和五七年）した。その具体的な方策として、老人医療を既存の医療保険から切り離した独自の制度とし、これに中年以降の保健事業を組み入れること、無料化の原則を修正して一部負担を導入すること、診療報酬体系の見直しを老人保健審議会^③で検討することを、法案に盛り込んだ。国会では大筋において法案通り可決されたが、診療報酬については従来通り中央社会保険医療協議会で審議することに修正し、その根本的な見直しは困難視されるにいたった。

二 老人保健法の内容と意義

老人保健法は、その内容に大別して医療給付と保健事業の二種類を含む。医療給付は従来の医療保険のそれと本質的に異なるはずはないが、老人の心身の特質に適した医療の給付という観点から、そこに老人医療として独自性を認め得る可能性があり、診療報酬のあり方がそれと関連して問題となる。給付対象は七〇歳以上又は六五歳以上で法定の障害者である。これらの高齢者はほとんど国民健康保険の被保険者であったから、実質的には国保の老人被保険者が対象とされたといつてよい。また一部負担金は従来の実質無料給付の後退ということになるが、現実的にどのような機能を果たすかによって評価の分れるところとなろう。医療給付費の七割は各医療保険からの拠出金により調達されるから、被用者保険と国民保険との分担比率のとり方いかんによって、実際上は財政プールの効果を生じる。程度の差はあれ被用者保険の拠出負担が増大するのは避けがたいものと見られる。

診療報酬については、法は老人医療独自の基準を設けず、中央社会保険医療協議会（中医協）の意見をきき厚生大臣が定めることにした。当初の老人保健審議会に付議する政府原案では、従来の出来高払い方式の再検討が企図され

ていたのであるが、中医協に付議することに修正されたことにより、大筋において医療保険一般の診療報酬体系が老人医療にも適用される可能性が大きい。一部負担の導入と診療報酬の見直しを連動させて、いわゆる医療の「ひずみ」是正を期待したのであったが、一部負担のみの立法化に終わったことは、老人保健医療制度の積極的意義を低下させるものであった。

保健事業は従来の医療保険法には全くなかったもので、保健のための教育、相談、診査のほか、リハビリテーションや訪問指導を含むヘルスサービスが、医療給付と有機的に結びつけられる建て前となっている。対象は四〇歳以上の者で、市町村が実施主体となる。保健所の協力も予定されている。この保健事業の新設により、抜本改正論で指摘されていた予防―治療―リハビリテーションの一貫した包括医療体系が、老人医療については一応形がつけられたことになる。その意味では、立法史上特筆すべきものといえるが、実質的にどの程度の保健サービスが実現できるかが、施行後の問題となるであろう。なお、医療給付以外の保健サービスをうけるには、本人又はその扶養義務者からの費用徴収があり、その点は社会福祉各法の福祉サービスと同様である。事業費用の各三分の一を国と都道府県が負担し、残りが市町村負担となる。被用者については事業所で定期の健康診査等が行われているので、主たる対象は国民健康保険の被保険者と被用者保険の扶養家族となる。保健事業に被用者と一般地域住民との区別は形式的にはないが、実質的には当分の間は地域住民対象の保健サービスとなるであろう。

以上のような内容をもつ老人保健法の成立は、その成立背景とそれまでの法改正の沿革をみると、いわゆる医療保険抜本改正の一応の仕上げとすることができる。医療保険の三本建て、被用者保険と国民保険との財政プール、予防からリハビリテーションまでの包括医療等々の抜本改正論で論議の焦点となったところは、老人保健法によってある程度は法制化されたのである。ただ、対立のはげしかった保険診療報酬の見直しは、当面見送られた。今のところ

一応の仕上げと評するのが適當であろう。しかし、老人保健法を実施して行く過程で、既存の医療保険の改正をも含んだ新たな基本的改革の必要が生じないとはいえず、むしろその可能性も少なくないと予測される。そうなれば、老人保健法の成立は、抜本改正の一応の仕上げであるとともに、新たな抜本改正への一步をふみ出したものとして、その立法史的意義を与えられるであろう。

三 法の実施上の問題

老人保健法は昭和五八（一九八三）年二月から実施の予定である。同法の実施に関して、いくつかの重要な問題が提起されているが、本稿の主題である社会保障医療の展開という観点からの問題点につき、若干の考察を加えておこう。

第一に、地方自治体が独自で行ってきた高齢者への医療費支給（いわゆる無料化）と、老人保健医療との関係がまず問題となる。七〇歳以上の老人について無料化を維持するかどうか、また六五歳以上の老人を無料化している自治体では、七〇歳以下の老人と保健医療を受ける老人とを区別するならば、七〇歳になるまでは無料、七〇歳に達すると一部負担が課せられるという不合理な現象を生じる。厚生省はこの「上乘せ」無料化の廃止を自治体に要望したが、現在のところ現状維持の方針をとる自治体が少なくない。そもそも老人医療無料化は地方自治体が先行し、国が後から法制化した経緯があり、自治体の無料化は住民運動の成果という一面をもっているから、地域住民の意向にかわりなく国の方針によって廃止するのは、地方自治の本旨にもとることになる。老人保健制度がどのように運用され、従来の医療のひずみがいかに是正されるかを見定めた上で、住民の意向をくみながら自治体としてのとるべき方策が決められることになる。

第二に、老人保健サービスはその性格、機能において、老人福祉法による福祉サービスと共通するところが少なく

ない。また、身体障害者福祉法及び精神薄弱者福祉法による福祉サービスとも無縁ではない。老人の心身の衰えからくる生活上の障害に対しては、医療給付と保健サービス及び福祉サービスの有機的な連携作用を効果的に考える必要がある。家庭奉仕員の派遣、老人ホームの設置運営等が老人福祉の措置とされているが、これらの福祉サービスと老人保健事業との間には共通するところが少なくない。老人に身体の自由を失う人が少なくない点からいえば、障害者福祉サービスとの連携も必要となろう。老人保健法の制定にともない、老人福祉法の一部改正があり重複の調整と両法の関連についての規定を設けた⁽⁵⁾。運用面において保健サービスと各種福祉サービスとの連携をいかに確保するか、重要な課題となる。医療機関、保健所、福祉事務所が従来の分担領域にとられず協力態勢をとることが肝要であり、これを促進する行政措置がとられなければならない。

第三に、被用者保険では継続被保険者の制度があり、退職後も被用者保険により医療を受けられるが、老人保健法の制定により、従来から健康保険組合連合会を中心に主張されてきた「退職者医療」問題⁽⁶⁾が、改めて立法課題⁽⁷⁾として提起されるに至った。被用者保険から国民保険へ、更に老人保健へという退職労働者の医療給付上の処遇を改め、退職後も被用者保険上の権利を認めて老人保健へ接続⁽⁸⁾させるのが退職者医療制度の狙いである。その背景には、老人保健費用の拠出金問題があることは否定できず、その意味では、退職者医療問題の提起は被用者保険と国民保険の分立と調整（とくに財政調整）という年来の課題に、新たな検討を迫ることになる。

(1) 社会保険審議会は老人保健制度に関する諮問の答申（昭五六・四・二五）において「老人の特性に見合った診療報酬体系とするため、現行の出来高払い制度を見直すべきである」と述べ、社会保障制度審議会の意見（昭五五・一一・一一）も「診療報酬支払方式の基本的見直し等の抜本的対応」の重要性を指摘した。健保連の意見（昭五六・一〇・一五）では「現行の歯止めのない出来高払い方式が医療費の無駄を誘発する最大の要因」と断定し登録人頭請負方式の導入等の根本

的な改革が先決問題と指摘した。

(2) 法案の内容と問題点につき荒木誠之「老人保健制度の意義と課題」ジュリスト七六六号、立案段階での考察として佐藤進『医事法と社会保障法との交錯』一〇七頁以下参照。

(3) 日本医師会は昭和五七(一九八二)年五月厚生大臣に法案に対する意見を提出したが、そのなかで、診療方針及び診療報酬は健康保険の例によるべきこと、その審議は老人保健審議会ではなく中医協で行うべきことを明示し、これを国会議員にも送付した(日医ニュース昭和五七年五月二〇日号による)。

(4) 厚生省は都道府県の担当者への説明会(昭五七・八・二四)において、翌年二月の老人保健法実施までの間に、老人医療無料化の廃止を含めての再検討を要請した。

(5) 老人福祉法の健康診査と老人医療費支給規定を削り、その代りに、老人の心身の健康保持の措置については、同法のほか老人保健法の定めるところによる旨の規定を設けた(同法一〇条)。

(6) 荒木誠之「退職者の医療問題」健康保険二九巻四号に背景と経過等を検討した。

(7) 法案審議過程で退職者医療の問題が指摘され、国会の付帯決議の一項目として、退職者医療の制度化にむけて社会保険審議会にはかることを掲げた。

(8) 現行法では任意継続被保険者の制度があるが二年が限度(健保法二一条)である。定年延長や高齢者雇用促進等により六〇歳以上の在職者が一般化すると、退職から七〇歳までの期間の医療を被用者保険でまかなうことも現実的基礎をもつであらう。

五 展 望

以上に、社会保障における医療の性格と、わが国の医療給付立法の展開過程を考察してきた。戦後三〇年余の立法展開には、二つの節目があったように思われる。その第一の節目は、国民健康保険法の全面改正による国民皆保険体

制の実現であり、第二の節目は、老人保健法の制定による被用者保険と国民保険の二大系列の再編及び保険方式によらない包括的医療給付の採用であった。時期的にみると、前者は経済高度成長期の社会保障も順調な発展が期待された頃であり、後者は経済高度成長が去り社会保障の前途に悲観的な予測が立てられはじめた時期であった。内容的には、前者の医療の量的拡大に対して、後者は質的向上が目標とされていた。現在、この第二の節目にさしかかったばかりであって、それが果たして本格的な節目となるのか、断言はできない。しかし大勢としては、皆保険体制以降の医療給付のあり方に基本的な見直しの時期が到来しているといっても誤りではないであろう。

今後の医療給付立法が目指す目標は、社会保障法としての基本的要請である二つの点、すなわち、第一には医療給付に対する平等な権利の確保、第二には「健康で文化的な」生活を支えるに足りる質的水準の確保、この二つである。第一の要請には、単に医療給付水準のアンバランス是正にとどまらず、医療受給機会の不平等の是正が必要であり、これは医療機関・薬局の機能分化と適正配置、医師・看護婦・技師など医療専門技術者の即応態勢が確立されることによって実現されるはずである。第二の要請には、疾病予防給付の充実と、医療における診療側と受診側の信頼関係の回復が基本となる。それを支える条件の整備が、今後の立法・行政の課題となろう。高齢化社会の到来が喧伝される今世紀末期にかけて、生存権の確保に医療給付が担うべき役割はいよいよ増大する。社会保障としての医療の明確な到達目標とその実現方法が国民的合意を基盤として確立され、それが立法・行政に具体化されることを期待したい。