

医療サービスの利用は世帯の所得と医師からの距離によって異なっていた。すなわち、所得が少なければ少ない程、また医師からの距離が遠ければ遠い程、医師を利用する機会は少なく、しかも、疾病の罹患率は高かった。最良の状態にある人々は医師の近くに居住し、高い所得を取得している者で、かれらの罹患率は低かった。女子は男子よりも医師の診察を受ける回数が多かった。農村地区の自治体では、医師は都市地区の医師より診察の回数が多く、南部より北部の方が医師の診察回数が少なかった。面接された人の医療費には大きな相違が現われていた。平均的な医療費(歯科医療を除く)は、疾病1日当たり6マルカ(1マルカ=0.31 U.S.ドル)で、所得が高くなるにしたがって医療費は多くなり、また逆も同様で、所得が低くなるにしたがって医療費は少なくなっていた。一般に、所得が減少するに従って、また医師からの距離が遠くなるにしたがって、罹患率が高くなり、しかも、医療サービスを利用する機会の少ないことと、経済的に困難なことが、疾病にかかる率を高めているということが注目された。

Sairastavuus Ja lääkintäpalvelusten Käyttö Suomessa ennen Sairausvakuustusta, Social Security Research Institute of the National Pensions Institute, Helsinki, 1967, pp.43.



(以上5編はISSAのSocial Security Abstracts, Vol 3, 1967, からとったものである——平石)

社会保障こぼれ話

アメリカの健康保険

アメリカ合衆国で連邦法により実施される公的な健康保険制度は、1965年に採用された高齢者の健康保険制度だけである。公的な制度として実施される健康保険制度の実現が要求されたのは、かなり古い話で、1935年の社会保障法 Social Security Act が計画された当初では、健康保険の採用も考慮されたが、1965年にいたるまで、公的な健康保険制度は採用されなかった。しかも、この公的な制度も、65歳以上の高齢者を対象として、病院保険による入院費の給付を支給するにすぎない。なお、1965年の社会保障法改正には高齢者を対象とする医療保険が採用さ

れていたが、これは任意加入方式である。

かかる事情に対して、任意加入方式による私的な健康保険が採用され、この制度がかなり普及しており、その給付も次第に広範な内容を含むようになってきた。1966年末現在で、全人口(軍人を除く)のうち65歳未満の者をみれば、約5分の4の人口が一つ以上のなんらかの型による任意制の私的健康保険に加入しており、65歳以上では2分の1が同様な制度に加入している。社会保障庁の調査によれば、私的健康保険により、全国における病院の入院費総額のうち70%以上が調達されており、診察に要した費用総額のうち約3分の1がまかなわれていたと伝えられており、私的な保険制度とはいわれながらも、かかる方式の制度が果たす役割はきわめて大きい。(50ページへつづく)

英雄」とひにくった (*News Week*. August 28, 1967) のであるが、いずれにしても、このような基本政策は、結局のところ、さきの第5次計画にみられたと同じように、フランス経済の国際競争力を強化しようとするドゴール政策の経済優先政策を具体化しようとしたものとみてよからう。その意味からすると、このような基本政策の上におかれたフランスの今回の社会保障改革は、社会保障目的そのものというよりも、むしろフランスの政治的経済的要因に支配されたものであることが注目されなければならない。

参考文献 (一部本文中引用のものと同重複)

1. *Journal officiel du 22 août 1967*.
Ordonnance relatives à la sécurité sociale
2. "La réforme de la sécurité sociale." *Revue de la sécurité sociale*. novembre 1967.
3. "Les ordonnance du 21 août 1967 relative à la sécurité sociale." *Bulletin mensuel C. A. F.*, août-septembre 1967.
4. "La réforme de la sécurité sociale et opioion". *Bulletin mensuel C. A. F.*, août-septembre 1967.

- × × ×
5. Dupeyroux, J.-J., *Sécurité sociale*.
Dalloz, 1967.
 6. Galant, H. C., *Histoire politique de la sécurité sociale française 1945-52*.
Librairie Armand Colin, 1955.
 7. Laroque, P., "Le plan français de sécu-

rité sociale", *Cahiers français d'information*, No.51, 1946

8. 上村政彦「フランスの社会保障」季刊社会保障研究 Vol. 2, No.1
9. 健保連編「社会保障年鑑1968版」(フランスの項)

社会保障こぼれ話

(43ページよりつづく)

私的な健康保険は (i) ブルー・クロス Blue Cross とブルー・シールド Blue Shield の両方式, (ii) 保険会社による方式, および (iii) その他の方式に大別され, (i) のブルー・クロスは入院費を, またブルー・シールドは診療費を給付内容としている。(ii) の方式はグループと個別の別に加入が分れており, (iii) の方式は地域社会の消費者組織によるもの, 労使双方によるもの, 私的なグループ診療によるもの, 歯科医師会によるものに分類される。かかる方式による私的健康保険の給付内容は入院, 外科的処置, 病院外来, レントゲン・精密検査, 診療所・往診, 歯科医療, 薬剤処方, 看護, 看護ホームの世話を含んでおり, これらの給付はそれぞれ個別的に, または組合せ方式で保険をかけら

れる仕組となっている。これらの給付のうち, 1966年末現在では, 前述したように, 全人口の81.2%が入院費に対する保険に加入しており, この保険の加入率が最も高い。これに次いで加入率が高いのは外科的処置の74.4%で, 最も低いのは歯科医療の2.2%である。なお, これらの給付内容に対して, 前述した各種の方式の状況では, 最もよく用いられるのがブルー・クロスとブルー・シールドの方式, および保険会社の方式で, いずれの給付においても, 保険加入者はほとんど全員がこの二方式のいずれかに吸収されており, 保険会社方式による被保険者がブルー・クロスとブルー・シールドの方式をやや下まわっている。入院費に対する保険の加入者がとくに多いのは, 入院費はきわめて高いことによるものである。

(U. S. Dept. of H. E. & W., *Social Security Bulletins* による) (平石)