

アメリカ合衆国の総保健・医療費

(1950—66)



アメリカにおいて、1966年には保健医療に関する費用の財源が個人負担から公的な負担にかなり大幅な移動が見られた。この傾向は、1966年7月1日に始まった老人健康保険（メディケァ）の施行、新医療扶助制度（メディケイド）、その他公的諸制度の拡大等によるものである。この論文は、国民総保健医療費について、支出と財源について年次的な推移について、詳細な資料を示している。

1966年国民総保健医療費

1966年保健医療のための国民が支出した総額は454億ドル、前年より45億ドル、11%増で、1人あたり231ドル、国民総支出の6.1%

にあたる。

財 源

1966年より大きな公的制度のいくつかが始まり、国民総保健医療費のなかで公的財源による支出の比率が増加し、メディケァのみで半年に約12億ドルになっている。すなわち、公的支出は、前年の25%（102億ドル）が28%（129億ドル）に上昇し、この増加27億ドルの内22億ドルは連邦によるものである。逆に私的支出は18億ドル増にすぎない。

公的支出を連邦政府によるものと、州および地方政府によるものに分けて見ると、連邦政府によるものは、前年半分以下であったも

のが、1966年には56%となっている。なお、それらの支出の内訳を見ると、州および地方政府の支出の93%（52.1億ドル）は保健サービス、供給 health services and supplies のため、連邦政府財源は約4分の3（55.2億ドル）が保健サービス、供給に支出され、残りは、研究（14.0億ドル）、施設建設（3.6億ドル）に支出されている。

私的支出は325億ドルで、1966年国民総保健医療費の4分の3に近い。その内容は、消費者支出301億ドルで対前年増18億ドルで、これには個人消費者の直接支出以外、私的健康保険、雇用主（公的、私的ともに）による支払費用を含んでいる。残りは、慈善団体15億ドル、その他10億ドルである。

私的支出と公的支出ともにその内訳に大きな違いがあり、私的財源からの病院医療への支出は28%、公的財源は約半分であり、私的財源の38%は医師その他の専門職種へのサービスに、公的費用はわずか7%であり、薬品眼鏡等の占める割合も公的財源では少ない。

支出の構成

最も大きな支出項目は、病院医療で全体の

3分の1強を占め、入院・外来サービスを含め154億ドル（前年は138億ドル）、そのうち消費者57%（前年61%）、連邦政府19%（14%）、州および地方政府21%（23%）、慈善団体は残り2%（2%）である。

さらに病院の所有者別に見ると、国防省、傷痍軍人、公衆衛生サービス等の施設を含む連邦施設（16.7億ドル）はほとんど連邦政府の財源（13.7億ドル）によるが、州および地方政府病院（44.5億ドル）は州および地方政府の財源約5分の3（27.7億ドル）連邦政府によるもの6%、残り31%（14.0億ドル）は消費者またはその保険等によるものである。篤志病院その他私的病院（93.0億ドル）は74億ドル、79%は消費者より、16億ドル17%は公的財源、3億ドル、4%は慈善団体からである。なお1965年は公的財源は9%に過ぎなかった。この傾向は、1967年にメディケアが1年間実施され、さらにメディケイド施行の州の増加によってさらに拡大されるであろう。

医師サービスは、94億ドル21%、その9割強は私的財源によっているが、公的財源の増加がみられる。1965年は5.5億ドルが1966年

には40%増加し7.8億ドルになった。

保健サービス、供給のなかで、公的財源の占める比率の最大のはナーシングホームで15億ドルの45%、6.7億ドルが公的財源から支出されている。なおメディケアによる療養施設による給付は1967年1月から開始されたので含まれないため、1967年にはさらに公的財源の役割は大きくなるであろう。

医学研究の支出は16億ドル、前年の11%増。政府財源から89%（14.6億ドル）である。なお、製薬、医用品、医用電子等の工業における研究5.3億ドルは、それらの製品に価格が含まれているために、研究支出には含まれていない。

医療施設建設費は20億ドル、対前年増わずか0.4億ドルである。

公的制度による保健支出

1966年保健サービス供給支出（418億ドル）のうち政府制度によるもの107億ドル、うち連邦政府によるもの55億ドルである。

1966年に始まったのはメディケアで12億ドル、メディケイド（社会保障法第19章医療扶助）を含め、公的扶助（医療扶助のみ）は5億ドル

増加して20億ドルである。

国防省病院等医療14.0億ドル、インディアナ保健医療を含む、公衆衛生事業庁病院等医療27.6億ドル、傷痍軍人病院等医療12.2億ドル、母子保健サービス2.9億ドル、学校保健1.4億ドル、その他の公衆衛生活動8.1億ドル（その内には総合保健計画およびサービス制度、地域医療制度など新制度の支出が含まれている）である。

連邦制度での支出の大きなものは、国防省（14億ドル）傷痍軍人行政（12億ドル）メディケアの三つで、連邦費用の7割弱を占めている。

州および地方政府の制度は一般病院等の医療主として、精神病院である（26億ドル）と、医療扶助（10億ドル）の二つで、7割を占めている。

以上公的財源による保健サービス、供給は約6割が病院医療（63.2億ドル）である。メディケアの74%、傷痍軍人行政の90%が病院支出であるが、母子保健制度はわずか18%が病院支出である。

史的な資料

保健医療費の傾向

1950年には129億ドルが1966年には454億ドル年平均8.2%の増加を示した。とくに1965年から66年は11.1%の増である。国民総生産に占める割合も4.5%から6.1%と増加した。

1950年から支出の構成にも変化がみられ、病院医療は1950年の30%が1966年に34%、ナーシングホームは1%から3%となり(1967年はメデイケアでさらに増加することが予測される)、医学研究は1%が4%と増加した。一方施設建設は7%が4%、その他の公衆衛生活動は7%が5%に減少した。

1950年からの国民総保健医療費の増加には、多くの要因が考えられる。1つは人口増、他には単価の上昇、1人あたりの利用率の上昇、新技術、医薬品、処置の進歩によるサービスの水準と範囲の上昇が考えられる。

人口増による因子を除くために1人あたりの支出をみると1950年85ドルが231ドルと173%増加し、年平均6.5%の増である。

物価上昇の因子を除くために、1966年価格

に置き換えると、1950年147ドルとなり、57%増加、年平均2.9%の増となる。なおこの増加の多くは最近5年間によるものである。

保健サービス、供給の支出より、基金的なものおよび一般保健サービスを除く意味で、前払金(私的保険金等)および行政費、政府の公衆衛生活動、慈善団体によるその他の保健活動の費用を除いたものを個人医療費とした。これは社会福祉支出に関して用いられている定義によったものである。この個人医療費は1950年111億ドル、1965年352億ドル、1966年391億ドルとなり、その18.3%(51億ドル)は人口増、46.3%(130億ドル)は物価上昇によるもので、残りの増加分35.4%(99億ドル)はサービスの利用度の増加と新医療技術の導入によるものである。

消費者の支出

保健サービス、供給における個人消費者の支出は、前述のとおり、個人が直接支払以外健康保険による支払いを含み、それには雇用主による保険金も含んでいる。しかし、メデイケア、労働災害、その他公的健康保険、医療扶助は含まれない。

個人消費の支出(1950年85億ドル、1966年301億ドル)は、個人可処分所得の1950年4.1%から順次上昇し、1965年6.0%となったが1966年は逆に5.9%と減少した。1人あたりの支出は、1950年56ドル(1966年価格98ドル)、1965年147ドル(154ドル)、1966年155ドルで、前年に比し、物価補正によりわずか1.5ドル増である。

第三者の支払い

第三者の支払いには、私的健康保険による支払い、老人健保を含む政府支出、慈善団体の支出および企業内保健施設のための企業主の支出を含む。

個人医療費において第三者の支払いによる支出が増加し、1950年にわずか35%であったものが、1960年45%、1966年は50.1%となった。

第三者の支払いの構成においても変化が見られている。すなわち、1950年政府23.3%(第三者の3分の2)私的保険8.9%(4分の1)慈善団体2.9%、1960年政府21.7%、私的保険21.0%、1965年政府21.4%、私的保険24.8%、1966年政府24.8%、私的保険23.4%とな

り、1966年には再度政府が私的保険を上回った。私的保険の比率が減じたのは特に病院医療で、これは、老人健保によるものである。

個人医療費の第三者の支払いによる残りは自分でポケットから支払わなければならない。この費用の合計は年とともに増加はしているが、個人医療費のなかで占める比率の減少傾向は続くのではなからうか。

定義、方法および資料

暦年で得られない資料は、その他の資料により推計し、私的支出、消費者支出等は公的支出等の残りとした。資料：病院協会、所得統計、予算書等の資料を用いた。

Dorothy P. Rice and Barbara S. Cooper "National Health Expenditure, 1950~66", *Social Security Bulletin*, April, 1968, pp 3-22.

(西三郎 国立公衆衛生院)

主婦年金—問題点と提案

西ドイツ



ドイツ連邦共和国では、就業していない妻は、家庭での家事従事を基礎にして社会保険給付の請求権を有することはできない。就業していない妻は、以前に社会保険に加入していたか、または夫の被扶養者である場合にのみ、それを有することができる。

最近、いわゆる主婦年金というかたちでの主婦の社会保険給付請求権の導入への要求が高まっている。この要求の主要な動機は、憲法上の考慮と社会政策的配慮である。

I

連邦憲法裁判所は、主婦および母親の労働を、就業活動と同等におき、この同等であるということから、主婦および母親としての婦

人労働は、経済的価値をもち、世帯に寄与するものであるという理解をしている。世帯での婦人の労働の法律的軽視に終止符をうつことは、立法者に対して主婦の社会保険給付請求権の創設の要求が、基本法第3条からおこなわれうるかどうにかかっている。

就業にもとづく報酬の喪失の問題を世帯喪失の可能性に結びつけるとき、社会保険法改正に際して主婦活動の経済的価値を認め、主婦によりよい社会保険給付を与えることができる可能性がある。いまや、基本法第3条の同等性への言及のもとにのみ、社会保険法の中に主婦の諸給付について正当な考慮を払うことを要求することができる。また、本質的に不平等であるがゆえに、平等な取扱いを要