

任務は、被保険者と家族が医学の進歩の恩恵を全面的に受け得ると共に、経済的に耐えるように疾病保険を改めるにはどうするか、という問題を検討することにある。

Arendt は、疾病保険には今後ますます金がかかることをはっきり知ると共に、患者にせよ廃疾者にせよ、上昇してゆく一般の生活水準から取り残されることがあってはならない、と指摘する。連邦労働省では目下職員及び雇用主に関係ある法案を作成中で、現在月額1,200マルクの保険義務加入限度を引き上げると共に、これを賃金の上昇に応じて、一定の間隔をおいてスライド化する、というものである。

義務加入限度のスライド化については、連立与党間で了解がなされており、FDP（自由民主党）では年金保険の拠出測定限度（1970年、1,800マルク）の75%に上げることを考えており、これだと疾病保険では、1970年に1,350マルク、1971年には1,425マルクとなる。これと同時にこの法律は、義務加入限度以上の俸給の職員は、疾病保険の保険料について雇用主の拠出負担をも予定している。

このための費用としてはさまざまな要素を考慮しなければならないが、その中でも、職員の俸給はどのように階層づけられるか、任意継続保険の職員数の割合はどれくらいあるか、職員中既に雇用主の拠出負担を賃金その

他の形で受けている者がどれくらいあるか、等が問題である。

*Die Welt*, 14. Februar

（安積鋭二 国立国会図書館）

## 最近の医療制度の問題点



（アメリカ）

「1965年社会保障改正法」において確立された老人健康保険制度および医療扶助制度は民主党議員や老人層・貧困層などの非常な期待にもかかわらず、実施後1年にして信じられぬほどの不評をかってアメリカ国民を驚かしたことはあまりにも記憶に新しい。

もとより「医療の社会化」については、共和党や医師会は根強い反感をもっていたのであるが、同制度が実施されてからの同制度に

対する支出の急上昇および受益者の医療の濫用等の事実によって一般国民の反感をもちってしまったのである。なお、このような事態の影響はいろいろな形であらわれ、とくに医療費の上昇、医師および医療関係従業員の不足、医療施設の不足や不備等の現象を引き起したのであった（本誌第3号参照）。もちろんこれらの問題に関する効果的な施策については、政府や関係筋では真剣な検討を重ねて

きたものの、効果ははかばかしくなく、問題はさらにエスカレートする一方である。そこで今回は主として、さる2月9日に発表された上院財務委員会の老人健康保険制度および医療扶助制度に関する報告にもとづいて問題点を紹介しよう。

### ＜上院財務委員会の指摘および勧告＞

現在、老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムは、重大な財政的危機に直面しており、そのうえ、これらのプログラムは「安価な医療費」という当初の目的とは逆に作用している等の指摘が委員会によってなされた。

老人健康保険制度は、1966年7月1日に施行されたが、施行後1年もたたぬ中に、議会は、当初の予想よりもはるかに上回る病院費用の増加に適合させるために約25%の同制度の社会保障税の引上げが必要であることを認めねばならなかった。さらに大統領は今後の25年間に、同制度の社会保障税をさらに1,360億ドルを追加する提案を昨年9月に行ない、この提案はすでに予算案にくみこまれたので

ある。この税の追加がなくしては、老人健康保険制度の病院保険給付の財政は1973年までに破綻するだろうと予測されたのであった。というのは、老人健康保険制度発足当初の1966年7月1日時には病院保険給付の給付額は法の要請にもとづいて少くとも入院費用の最初の40ドルの支払い責任を有していた。それが1969年1月1日に44ドルになり、今年の1月1日には52ドルに上げられた。社会保障庁の首席保険数理士の言によれば、この給付額は、1971年には60ドルに、1972年には68ドルに、1973年には76ドルに、そして1974年には84ドルに上げられそうだとということであり、こうした事情から前述の社会保障税の追加が必要とされたのである。

補助的医療保険給付の財政負担もまた急上昇している。というのは、同制度発足当初の月額3ドルの保険料が現在4ドルに上ったことである。そしてこの財政は、個人の保険料と同額が連邦財務省の一般歳入から支出せしめることが規定されているため、保険料の引上げは連邦支出の引上げになるのである。昨年12月に保健・教育・福祉省長官は、この保

険料を1970年7月1日から月額5.30ドルに引上げる旨を発表した。この引上げ分は年額6億ドルになり、そのうち3億ドルは連邦支出から、残りの3億ドルは保険料の徴収分である。

現行法下で老人健康保険制度および医療扶助制度（大部分がそう）にもとづく保健サービスとしての施設処遇は、経費の如何にかかわらずいかなるサービスでも提供されている。そして医師報酬は、基本的には保険の償還という形で支払われている。それが大部分の地域は経済事情が異っており、医療扶助制度に関しては州負担が多くなるので、高価な保健サービスの提供を奨励しない所が多い。それと反対に病院および総合医療施設の医療は、保険の償還として連邦政府によって支払われるので、濫用という弊害に陥りやすい。

医療支出の迅速にして継続的な緩和策を講じなければ、老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムの拡大に関しては、現在同制度の恩恵をうけていない者からの圧力が増していくことを相当に予想しなければならない。

同プログラム拡大に関する圧迫は、現在ブルークロス、ブルーシールドおよびその他の民間の健康保険に加入している中産階級の市民から行なわれている。これらの者達は、老人健康保険制度や医療扶助制度によって引上げられた医療費の大勢に合わせて、それぞれの加入保険の保険料の引上げという憂き目にあっており、その負担は多くの労働者の経済能力をこえる段階にまで迫りつつある。現在労働者は以下の具体的事実と直面している。

- 1) 老人健康保険に対する社会保障税の引上げ
- 2) 現在加入している民間健康保険の保険料の引上げ
- 3) 医療扶助支出の膨張に伴う州および地方税の引上げ
- 4) 彼等の連邦税の連邦医療扶助支出への移行
- 5) 医療費の増加に伴う彼等の共同保険の保険料の引上げ
- 6) ほとんどが健康保険サービスでカバーされない歯科治療等の費用の急上昇に伴う彼等の支出の増大

現在のままで老人健康保険制度および医療扶助制度を単純に拡大することは、多額の経費と混乱を伴うことである。これは上昇する支出の問題解決にはならず、むしろ悪化させるものである。そして結局、各人はより高くなる保険料を払い、より高くなる税を払うことになるだろう。

老人健康保険制度および医療扶助制度を改善する観点にたつて、上院財務委員会のスタッフは、現在拡大しつつある医療的危機を回避するために次の重大な指摘と勧告を行なった。

つまり現行制度をより有効に発展させる鍵は、医師及びその社会であること。現時点において政府は、医療の実際を効果的に検討する能力もなければ、公的な財政プログラムをもって責任ある職能を医師に付与する能力もないこと。多くの医師の間に、その職務に関する効果的な政策および養成の必要の認識が広がっているか、それに関する策がまるで貧弱であること。医療サービスおよび支出の改善のために迅速な医療の再編成が必要であること。また、このような努力なしには、患者

および医師の正当な要求に対し、見当外れな現行手続の改善発展は望めないこと、などである。

### ＜老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムの支出の急上昇＞

老人健康保険制度が制定された1965年には病院保険給付プログラムの財源として社会保障税の1.23%が見積られた。しかし同制度発足のわずか3年後にして、医療費の値上りと当初の予測に反する保険サービスの濫用による支出の上昇等によって、この見積りは簡単に裏切られたのであった。最近では病院保険給付プログラムの財源は、社会保障税の2.27%が当てられている。

インフレーションの増進により1970年の予算は、31億ドルという当初の額よりもかなり増額されて58億ドルになっている。1970年以後は、当初の見積りと実際の支出との差が年々広がる一方であろう。

病院保険給付プログラムの実際の支出と、現行法にもとづく財源との差額は、今後25年間に1,310億ドルになるものと予想されてい

る。

また、各種の公的扶助プログラムにもとづく医療扶助プログラムの対象者および給付額の増大に伴い、州、地方および連邦政府の負担は莫大な額であった。

1965会計年度には、連邦—州の医療扶助プログラムの支出は全部で13億ドルであり、このうち連邦支出は5億5,500万ドルであった。それが1970会計年度については、保健・教育・福祉省は全部で55億ドルを見込んでおり、このうち連邦支出分には28億ドルを見込んでいる。まさに医療扶助プログラムに関する連邦支出については、1965会計年度から1970会計年度までに約5倍に膨張しており、州および地方政府の支出分についても同様な膨張ぶりがみられる。

#### <医療の濫用・その他>

老人健康保険プログラムの管理者は、通常民間保険会社が保険加入者に支払う以上の額を医師に支払ってはいけないとする法令の規定および明白な議会の意図は維持されなかった。議会での審議は、医師への支払いについ

での「相当な対価」は慣例や一般的報酬額にもとづくべきだとしている。実際、老人健康保険の規則によれば、医師への支払いはもっぱら慣例や一般的な報酬額にもとづいてなされるべきであり、民間保険の規則は老人健康保険の支払い額に関して何等影響を与えるべきでないことになっている。

それが結局、老人健康保険は、労働者の加入がその大部分であるブルーシールドが支払う以上に高い給付額を老人に支払うことを事実上認めており、かくして医師の収入は増加する一方である。この証拠として、多くの医師が自分等の保険の給付額を多くするために、必要以上にナーシング・ホームや入院患者を訪れている事実があげられる。そして1人の医師が1施設内で1日に30人から50人の患者を診察する結果を生んでいるが、患者のなかには医療の濫用者も含まれている。医師は患者1人につき300ドルから400ドルの請求書を、ナーシング・ホームを通じて請求している。そのうえ多くの医師に、以前には請求の対象にならない診療所への訪問料、実験室での病理検査等を別途に請求する傾向があらわれはじ

めた。こうした医師と患者との両側からの医療の濫用の禁止、医師の不当な請求に対する制限に関し断固たる措置をとることがこの際望まれる。

その他の問題点として、老人健康保険制度の龐大な保障範囲、不手際で、費用ばかりかさみ、そのうえ議会の意図とは矛盾する同制度の行政等があげられる。多額の公的資金を無駄に消費していることは最早疑いない。これらの無駄は、社会保障庁の警戒、認識および迅速な行政によって回避できうるものであるといわれる。

医療扶助プログラムに関しても、その運用行政・指導面での欠陥があげられる。典型的な医療扶助のパターンは、保健関係物品およびサービスに対する支払いが遅延していることである。

最後に重要な事項は、医療サービス行政に従事する職員の資質について、ダイナミックで高まいなリーダーシップの兼備が要望されることである。

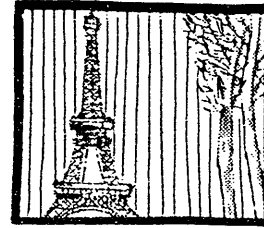
以上のような諸欠陥を克服し、新しい観点に立脚した大規模な現行医療制度の改革こそ

70年代のアメリカの医療に期待されるものであろう。

*The Christian Science Monitor*, Jan. 14,  
Feb. 11, *U. S. News and World Report* Feb. 16.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 医療の異常消費



(フランス)

最近発表された専門家の予測によると、フランスの社会保障一般制度疾病保険部門は、1970年度にほぼ9億フランに上る赤字を出すものと考えられている。この予測には、春には必至だとされている医療費の値上げが考慮されていないので、赤字の幅はこの額を上回することはあっても、下回ることは考えられない。1967年の改革によっていくぶん好転したかに思われた社会保障財政はこうして再び、疾病保険を中心とする財政危機を迎えようとしている。

このような財政悪化の背景には、当然のこ

とながら医療費の急激な上昇がある。いささか古い統計であるが、1964年度にフランスの国民総医療費は263億フランに及び、国民消費支出総額の8.9%を占めている。しかもその上昇率は年8%を超える勢いであり、10年でほぼ倍増するといわれている。

フランス消費調査研究センターが行った調査によると、この医療費年平均上昇率8%のうち7~8割が、医療技術の進歩にもとづくもの、1割が人口の増加によるもの、残りの1~2割がその他の社会・経済的要因に起因するといわれる。このうち人口増という要因

は、平均余命の伸びにより、罹病率の高い老人層がふえたことを意味し、社会・経済的要因というのは、生活水準の向上、人口の都市集中化等による医療需要の増大を示す。社会保障制度の整備とその適用人口の拡大による受診率の向上も、この社会・経済的要因のなかに数えることができる。しかしこれはほとんど無視してもよいほど影響力の低い要因だと考えられる。なぜなら、医療保障制度の適用範囲がきわめて限定されている米国のような国においても、総医療費の上昇率は、フランスとほぼ同率(7.7%)を示しているからである。

従って、医療費激増の主動因はなによりも医療技術の進歩だと考えざるを得ない。医療技術の進歩と一概に称される要因には、大別すると医学研究の高度化、医療施設の近代化、新技術の普及といった内容が含まれており、さらに具体的にいえば、医療内容の専門化(専門医に対する需要の増大)、生化学的検査およびレントゲン検査等による診断技術の高度化、外科的処置の増加、医療器具・資材の精密化、医薬品の多様化等があげられる。