

一を設置すべきである。これらの施設は、地域の実情——通常、病院に対する場所的關係を考慮して設置されなければならない。

資料・情報サービスシステム

各地域ごとに資料・情報サービスシステムが必要である。異なった調査結果や現状などが他の地域でも参考にされるべきである。このシステムは、地域ごとの資料・情報サービスシステムの間でデータの交換をすることが目的である。その際、患者の個人的秘密は守られなければならない。公的保健サービスは所与の任務を完全に果たすような状況におかれるべきである。それは伝統的な衛生業務とともに、青少年保健サービス、社会衛生サービス、保健福祉サービス、公害からの健康保護およびその他の予防業務を行うべきである。社会保障給付を行う各機関の社会医療サービス——相談医サービス、災害保険取扱医サービス、医療扶助等取扱医サービス、労働事務所医サービス——は、これらの機関から独立した共通の社会医療サービスに統括されるべきである。社会保障給付を行う機関の社会医療サービスとは、これらの機関と相談し、社会保障給付を受けている各人について保健的予防の可能性を医師の鑑定によって示すものである。それはさらにリハビリテーションについて指針を示す機能をもつべきである。企業医のいない小企業に対しては、同業組合の自治管理の枠内で組織し、費用をまかなっていく共同の企業医サービスが必要である。

薬剤サービス

国民に対して安い価格で薬剤を供給することは努力目標である。薬剤の安全性と効能を高めることへの要求が強まっている。新しい治療用の医薬品の開発は、国家的な研究および研究促進によって強力に進められるべきである。薬剤価格のコントロールが行われるべきである。このため、販売価格の引下げが、連邦カルテル局によるメーカー別の公表された原価計算を基礎とした、国内および国際的価格比較に基づいた生産者に対する強力な価格政策コントロールによって行われなければならない。

保健制度における医療従事者

新しい医療・社会専門職が保健制度における要員問題に役立つようにすべきである。すべての医師職およびその他の医療専門職について法律で定められた継続教育が行われるべきである。

新しい構造

保健制度における新しい構造をつくり、また任務を拡大するためには、労働組合および社会保険との密接な協働が不可欠である。統合的な制度について、社会保険の保険者、教会、病院、保健委員会などの代表に、まず国民の保健的需要にとって意味のある有効なものとして理解させなければならない。

費用の抑制

最後に費用増大の抑制を前提として以上のような諸提案が行われていることを忘れてはならない。1つの改革が国民のための保健制度の質を改善し、経済的なしくみを実現することが実証されるべきであろう。その際、とくに疾病保険における異常な費用増大およびそれと結びついた保険料の引上げが歯止めされるべきである。

Gesundheitspolitik im SPD-Langzeitprogramm,
Die Krankenversicherung, April 1975, S. 85-87.

(石本忠義 健保連)

年齢階層別国民医療費

(アメリカ)

I アメリカの国民医療費

ここに紹介する資料は1974会計年度におけるアメリカの国民医療費を、特に三つの年齢階層に分けて分析したものである。本文の紹介に先だち、日本の

医療費とのおおまかな比較をしておきたい。

アメリカの1974会計年度は1973年7月1日に始まり1974年6月末日に終る一年を指す、従って以下ではこれを1973年度と訳し、日本の昭和48年度の国民医療費と比較することにする。

ここで紹介するアメリカの医療費とは、医療施設建設費や医学研究費、公衆衛生関係費あるいは、公的な各種医療保障や私的医療保険等の事務費を除いた、いわば個人的保健医療費であって、ここではこれを国民医療費と呼ぶことにする。この国民医療費は、すべての医療費を含む総医療費の約87%をしめている。

厚生省が毎年発表している日本の国民医療費には、買薬費、正常分娩費、健康維持等を目的とする健康診断費、差額ベッド費などが除かれているから、日本の国民医療費の方がアメリカのそれよりそれだけ低く見積もられていることになる。

こうした点を一応無視して、昭和48年度ないし1973年度の両国の国民医療費を比較すると、日本は3.9兆円であるのに対して、アメリカは903億ドルでこれは約27兆円となる。

人口一人当たりの国民医療費は、日本が3.6万円であるのに対し、アメリカは約12.6万円(420ドル)で日本の約3.5倍となっている。

また国民総生産に対する国民医療費の割合は、日本は3.4%であるのに対してアメリカは6.7%であった。

II 年齢階層別国民医療費

全人口を19歳未満、19-64歳、65歳以上の三つの年齢階層に分け、それぞれの国民医療費の状況を見ると表1のようになる。

65歳以上の人口が全人口にしめる割合は1割にすぎないが、その医療費は全体の30%に達している。これとは逆に、19歳未満階層は全人口に対する人口の割合が34%に達しているのに対し、医療費の方は全体の15%にすぎず、この階層の一人当たり医療費は全人口平均一人当たり医療費の2分の1以下になっている。

表1 年齢階層別国民医療費

	医療費		人口割合 (%)	一人当たり医療費(ドル)
	実額(億ドル)	割合 (%)		
全人口	903	100.0	100.0	420
19歳未満	134	14.9	34.1	183
19～64歳	502	55.6	55.7	420
65歳以上	267	29.5	10.2	1218

65歳以上老人の一人当たり医療費は1218ドル(約365,400円)にのぼり、全人口平均あるいは19～64歳平均の3倍になっている。

アメリカに限らず老人の医療費は一般に全人口の平均よりも高くなっている。それは高齢になればなるほど病気にかかる率が高くなるからである。しかしたとえ罹病率が高かったとしても、収入の少ない老人のための何らかの医療保障制度がなければ、老人の受診率あるいは一人当たり医療費はそれほど高くない。

周知のようにアメリカには65歳以上の老人を対象とした老人健康保険がある。この制度が、65歳以上年齢層の一人当たり医療費を引き上げる上で少なからぬ影響を与えていたであろうことが想像できる。事実、老人健保が発足した当初(1965年度)の数字を見ると、一人当たり65歳以上老人医療費は446ドルで、全人口平均183ドルの約2.4倍にすぎなかった。ところが1973年度では表1でも明らかなように65歳以上老人の一人当たり医療費は全人口平均の2.9倍に達している。

そこで次に医療費の公私負担割合を、年齢階層別に見ることにする。

III 年齢階層別公費負担割合

年齢階層別に見た公私費用負担の割合は表2の通りである。

表2 年齢階層別公私費用負担割合(%)

	私費負担	公費負担		
		連邦政府	州及び地方政府	合計
全人口	62.1	25.8	12.1	37.9
19歳未満	73.1	22.9	14.0	36.9
19～64歳	71.0	16.4	12.6	29.0
65歳以上	39.7	48.4	11.9	60.3

人口全体で見ると国民医療費の62%は私的財源でまかなわれ、連邦、州、地方政府の負担は38%になっている。しかし年齢階層ごとに負担割合を見ると、65歳未満と65歳以上で大きな違いがある。前者では公費負担は30%未満にすぎず、後者では60%に達している。

19歳未満の階層について公費負担の中身を見ると、その半分以上(52%)は医療扶助でしめられている。またその21%は国防省の軍人家族医療保障の支出であって、他の17%は一般的な病院医療支出でしめられている。一般的な病院医療支出の内訳は、州立病院や地方自治体立病院の経常費から医療扶助による収入や患者負担分などを差引いたもの、ならびにインデアン医療サービス支出等の連邦政府の直接支出からなっている。

19歳～64歳の階層について公費負担の中身を見ると、医療扶助がその33%を占め、一般的な病院医療支出が21%、退役軍人医療保障による支出が15%、国防省の軍人およびその家族のための医療保障の支出が13%、労災補償支出が10%等となっている。

65歳以上の階層について、公費負担の中身を見ると、63%が老人健保の支出、24%が医療扶助の支出、7%が一般的な病院医療支出等となっている。

Ⅳ 私的医療保険の役割

表2でも明らかなように、国民医療費のうち私費負担分は約62%に達して

いる。しかしこの費用のすべてを患者が直接、受診に際して支払っている訳ではない。多くの国民は私的な各種の医療保険制度を利用しているからである。

この私的医療保険制度の支払が私費負担分にしめる割合は、全人口をとると41%、65歳未満の階層では48%、65歳以上の階層は13%となっている。65歳以上老人の私費負担にしめる私保険の比重が低いのは、老人健保制度の普及によるものと考えられる。また公的健康保険制度を持たない65歳未満の国民は、私費負担分の約半分を私保険を通して支払っていることになるのである。

最後に医療費の負担割合の年次別変化を表3に示しておく。患者自身が受診の際に直接支払う部分は次第に低下し、反対に公費負担分(政府負担分)は年とともに大きな比重をしめるようになってきている。こうした傾向に大きな影響を及ぼしたのは医療扶助の発展と老人健保の発足である。

表3 国民医療費の年次別負担割合(%)

年 度	患者の直接負担	私保険による負担	公費(政府)の負担	慈善組織と企業福利厚生負担	全 人 口				
1965	51.5	24.7	21.8	2.0					
1966	45.4	22.6	30.1	1.8					
1967	41.1	22.5	34.8	1.7					
1968	39.8	23.2	35.5	1.6					
1969	40.4	24.0	34.2	1.5					
1970	39.1	24.9	34.6	1.4					
1971	37.6	24.9	36.1	1.4					
1972	36.9	25.1	36.6	1.4					
1973	35.1	25.6	37.9	1.4					

年 度	患者の直接 負 担	私保険に よる負担	公費(政府) の負担	慈善組織と 企業福利厚 生負担
65 歳 未 満				
1965	51.1	27.3	19.4	2.2
1966	48.1	28.0	21.7	2.2
1967	46.0	28.7	23.3	2.1
1968	44.2	29.8	24.1	2.0
1969	43.3	31.0	23.9	1.9
1970	41.1	32.6	24.5	1.8
1971	38.4	33.0	26.8	1.8
1972	37.8	33.4	27.1	1.8
1973	35.5	34.2	28.6	1.8
65 歳 以 上				
1965	53.2	15.9	29.8	1.1
1966	37.0	5.9	56.4	0.8
1967	27.5	5.3	66.6	0.6
1968	28.0	5.4	66.1	0.5
1969	32.6	5.5	61.4	0.5
1970	34.2	5.4	60.0	0.5
1971	35.6	5.2	58.9	0.4
1972	34.8	5.2	59.7	0.4
1973	34.1	5.2	60.3	0.4

私保険の役割は65歳未満の階層を取ると増大傾向にあるが、65歳以上の階層の場合には老人健保が普及して以降はほとんど変化がない。慈善組織や企業の福利厚生による支出部分は減少する傾向を示している。そして患者が直接支払う一人当たり負担額は1973年度で、65歳以上の場合415ドル、65歳未満の場合117ドル、全人口平均で147ドルとなっている。

M. S. Mueller and R. M. Gibson, "Age Differences in Health Care Spending, Fiscal Year 1974," Social Security Bulletin, Vol, No.6, June 1975, pp. 3-16.

(一圓光弥 健保連)

主婦の経済的価値

(アメリカ)

疾病の経済的費用を把握するためには、社会の様々な成員の経済的価値が、かれらの生産性というかたちで数量的にははからなければならない。そのさい賃金とか給料とかのかたちでの報酬が支払われることのない主婦のばあいは、ユニークな問題がいくつかでてくる。

このような非市場部門での経済的アウトプットについて、1964年に、モルガンは、GNPのなかで38パーセントを占める金額であろうと予測した。同じようなデータをベースにして、シラーゲルディンは、1969年の論文のなかで、年間1家族のなかの非支払い部分はおよそ4,000ドル、可処分所得の約50パーセントと推計した。

最近の研究接近方法としては次のようなものがある。

- “支払うことがふさわしいもの”を用いた方法
- 機会費用による方法
- 市場価格方法