

医療保険の発展と医療サービス

前 田 信 雄

I 問題の範囲と所在

医療保険と医療サービスについての範囲を、まず人間の健康と医療にかんする社会的な施策あるいは社会政策に限定する。病気の診断・治療にかかわりの強い分野として論を進める。環境衛生と公害・環境破壊による健康問題は、いちおう別の分野とするが、医療と健康保持とは切り離せないので公衆衛生は含むものとする。

医療保険といえば、ふつう社会保険を指すが、民間の医療保険にも関連する問題があるので、外国の制度を論じるさいに、一部それにもふれるであろう。集団的な保険料拠出によって、医療もしくは医療費の給付をなす制度を、医療保険として広く取り上げることにする。

医療サービスといえば、イコール公共的な医療提供と解する場合もあるが、本稿では、公共的なそれには、「公共的」をつけて表現したい。というのは、医療というのは、公的か私的かということの以前に、何らかの社会性をもっていたものである。近代社会において、医師の免許制や法的抑制あるいは施設や医師以外職種との協同が拡大してくると、医師の個人的医療はみられなくなる。医療サービスとは、そういう社会性をもった医療が国民一般もしくは不特定多数人に提供されること、とみなすべきものと考えられる。

この論文では、医療保険の発展が医療サービスに対してどのような影響を及ぼしたか、を中心に論じてみたい。国によって、さまざまな影響がみられるので、国際的な比較分析を中心として、最終的には、日本の医療保険の発展と医療サービスとの関係を明らかにすることにつなげたい。

なお、従来から、医療保険の進展は、ついには医療の公共的サービスに転化する、という主張

もあるが、この論文では、その点を直接に解明する以前の分析である。資本主義社会のなかで、医療保険がどのような発展をし、その発展が医療サービスにどのような影響を与え、転化するとすれば、いかなる契機がそれを必然化させるのか。最終的には、以上の点に問題視角をおくが、医療保険と医療サービスとの関係が、広い意味の問題の所在である。

II 発展途上国の医療保険

発展途上国といっても、これにもさまざまなタイプがあって一概にタイプわけはできないが、はじめに医療保険を基幹産業労働者・公務員など一部の層へ適用する国が多い。1970年にジュネーブで開かれた ILO と WHO の合同委員会の報告書によれば¹⁾、適用者拡大に三つの型がある。一つは、はじめはある種の産業労働者から出発し、次に鉱山労働者、商業、運輸労働者へと拡大し、最後に農業労働者・農民を包括する型である。第二は、ある所得基準以下(上)と制限していた枠を次第に拡大する型、第三は、労働者本人から労働者家族への拡大という型である。その適用人口割合は、たとえばラテンアメリカの諸国(コスタリカ、ヴェネズエラ)では、1955年から1965年までに、およそ1割から2ないし3割へと拡大したのが実情である。中東諸国も、社会保障あるいは社会保険でもって医療を供給することに力を入れてはいるが、その範囲や内容が限られていることはいうまでもない。インドの被用者に対する州営の保険公社制度 The Employees State Insurance Corporation Scheme 加入者は、1955年から1966年までに2倍になったとはいえ、その全人口に対

1) ILO/WHO 合同委員会「対人保健と社会保障」WHO, 1971(前田信雄訳)日本公衆衛生協会刊, 1973年。

する割合は、1%から2%への増加にすぎない。全人口でなく、被用者人口対比でもその適用率は低い。

ラテンアメリカ諸国の医療保険は、1924年のチリでの初めての制定以降、1940年代にかけて、各国で社会保険としての創設があいつぐ。表1で示したように、ラテンアメリカの全部の国家20のうち、現在も社会保険未制定の国は、アルゼンチンだけである。しかし、このアルゼンチンにおいても、婦人労働者のための出産の社会保険は古くから(1934年)あり、一般医療への保険は、民間もしくは非公営的な一種の共済組合的なものでもって、かなりの人口をカバーしている。

表1 ラテンアメリカ諸国における医療保険制度設立年次

1924年	チリ	1946年	コロンビア
1934年	ブラジル	1946年	ガテマラ
1935年	エクアドル	1947年	ドミニカ
1936年	ペルー	1949年	ボリビア
1940年	ヴェネズエラ	1949年	エルサルバドル
1941年	コスタリカ	1954年	ホンジュラス
1941年	パナマ	1955年	ニカラグア
1942年	メキシコ	1958年	ウルグアイ
1943年	パラグアイ	1963年	キューバ
		1967年	ハイチ

原資料 Social Security Programs through the World 1969. U. S. Social Security Administration.

ラテンアメリカ諸国の医療保険では、チリで法制化された1924年の国民強制保障基金 Caja de Seguro Obligatorio が早い時期につくられた医療保険である。この基金は、労働者、事業主、政府の拠出で構成され、労働者本人の医療を確保しようとするものであった。同じくチリでは、1937年に「予防医療法」Preventive Medicine Law が制定される。保険加入者はすべて、年1回健康診断をうけることができ、医療保険と伝染病と成人病対策と結びつく制度がつくられる。このようなチリ独特の流れが、1952年の国民保健事業設立につながるわけである。この年、医療保険と公衆衛生、慈善病院とが統合された。イギリスとの比較は、社会経済的背景がちがうので、安易に行なう

べきではないが、同じ国営医療もしくは保健事業 health service であっても、チリの場合は、かなり公衆衛生重点の方向で、医療保険からの公共的保健事業への移行があったとみるべきであろう³⁾。

こういったチリの発展とはちがった動きが、メキシコその他でみられる。1942年に設立されたメキシコ社会保障協会 Mexican Institute of Social Security の制度がある。これは、主には工業労働者を対象にしてつくられたものであるが、一部は農業労働者も加入していて、全人口の12%に相当する加入者をもつ。実際の医療は、この協会が開設した新しい医療施設から与えられることになる。ここで働く医師らの給与も、他の医療施設や公共的サービス事業のそれよりは格段と高くなっている。医療保険がはじめてから医療サービスを保有し、しかもその自治的運営の利点と、比較的高賃金の被保険者をもつことから財源にも恵まれ、全く独自の発展をしている例である。

アジアの開発途上国では、医療保険の発達はいわめて遅れていて、農村地域人口や低所得者層に対して、公共的な医療サービスが行なわれている。たとえば、マレーシアの農村保健サービス Rural Health Service Scheme は、保健所と助産ステーションのネットワークを農村にはりめぐらす計画であって、国際協力のもとに着々と進められているものである。地域ごとに、国立・公立の総合病院を少しずつ配置していき、無料もしくは軽費診療を直接提供するやり方が東南アジア諸国でみられる。医療保険の未発達という面もあるが、医療サービスと、公衆衛生と結びついた展開が、困難な経済発展のなかで追求されている。

開発途上国の医療保険発達過程をまとめてみると、一定の工業発展が古くからあった国では、工業労働者中心の医療保険が早くからつくられ、一般的にいて、正に労働力確保のための医療保険が拡大傾向をたどり、農業中心の国では、それがほとんど不可能だったことである。医療保険とその国の経済発展、産業構造との間には、強いつな

2) M. I. Roemer: Social Security for Medical Care, *International Journal of Health Services*, 1 (4) 1971.

3) Hall & Diaz: Social Security in Chile, *International Journal of Health Services*, 1(4) 1971.

がりがある。経済水準の低い国では、政府と企業主とが保険制度を導入したくとも、労働者側に保険料の拠出能力がないし、政府自体も保険料を折半する財政力にも欠けている。また、第一次産業に多く依存し、不安定な雇用形態をとることの多い国でも、医療保険の拡大は困難である。それと、開発途上国では、未だ伝染病のまん延、平均余命が短いという事情がある。チリにおける予防重視の背景として、きわめて高率の乳児死亡率に代表される衛生事情を考慮すべきだし、インド、マレーシア、その他でも同様である。まず、伝染病対策や人口政策、環境改善などの緊急でかつ治療以前の課題がある。その状態のままでの医療保険は、その国の大多数に対しては、財政的にだけみてほとんど成立しえないことはいままでもない。

しかしながら、このような遅れた産業と経済が一定の発展をなしとげ、国民の衛生状態の改善が進み、「人口爆発」も極端には出現しない状況のもとでは、開発途上国においても医療保険の採用と拡大が進むものと考えられる。それには、国によっていくつかの方向とタイプがあろうが、医療保険の進展が医療そのものの普及を助長するという方向が一つである。端的に言えば、かつての先進諸国がそうであったように、医師・医療従事者の自国への定着、特に農村部や経済力の低い階層の住む地域への医師等の定着を促進するものであろう。医師などへの診療報酬の安定化・受診量の拡大をもたらすことになるからである。

いま一つの方向としては、国民の健康維持が、基本的人権の重要な一つとしてくるなかで、医療の普及が緊急的に求められてくる。開発途上国で

は、その実現には長い日程が必要であろうが、アフリカ諸国の一部に例をみるように、開発途上国でこそ、国民全体の医療確保についての公的責任が強く求められてこよう。そのなかで、経済力の不足ひいては財政支出の限界から、過渡的にも、拠出制に基づく医療保険への期待が高まってくるものと考えられる。

III ヨーロッパ大陸における医療保険の発達

古くから医療保険を強制適用してきたドイツ連邦共和国において、今日最も加入者の多いのは地区疾病金庫である(表2)。その他企業疾病金庫、鉱夫共済疾病金庫などの強制加入の金庫に加えて、任意のものがあり、それらを合わせると、全人口の9割近くが保険加入者だということになる。よく知られているように、これらの金庫は、政府からの一定の監督はうけながらも、事業運営上はかなりの自治的権限を与えられているものである。

ドイツの医療保険の発達のなかで、第二次大戦後の重要なできごとは、1955年の保険医法であり、これは、「各ラントにある疾病金庫にたいして、被保険者の医療サービスについて責任を負う団体である保険医協会を正式に設置し、医師が保険診療に参加するばあいの原則を規定した」(ホガース『医師の報酬』、(江間訳) p. 204)。全体的にみれば、戦後ドイツの医療保険は、このような診療報酬をめぐる問題へ直面してきたことであり、その意味では、やはり、開業医制度や病院近代化問題とのかかわりあいさがけられなくなってきたことである。

いま一つの問題は、医療給付範囲拡大、すなわ

表2 ドイツ連邦共和国疾病金庫の被保険者数

(千人)

年 度	総 数	地域疾病金庫	農業疾病金庫	企業疾病金庫	手工業疾病金庫	鉱山疾病金庫	海員疾病金庫	職員共済疾病金庫	労働者共済疾病金庫
1958	26,088	15,430	510	3,439	836	1,352	66	4,252	204
1960	27,060	15,433	469	3,600	936	1,402	70	4,919	231
1963	28,070	15,391	424	3,749	1,117	1,344	69	5,710	267
1965	28,740	15,442	418	3,874	1,244	1,319	71	6,082	290
1966	28,945	15,394	421	3,875	1,293	1,288	72	6,301	302

木暮保成：西ドイツをたずねて(2)「健康保険」1969.11.

ち予防と長期疾病医療への給付拡大がある。あわせて、家族への給付拡大が論じられ、財政的対策も含め、被保険者の医療費一部負担の導入が、1958年10月、労働、社会省から提示されたのである。しかし、これらは種々論議はされてきたけれども、ドイツの医療保険を根本的に変えるようなものではなかったし、戦後の年金改革に比べると、改革運動そのものも弱いものだったといえよう (Gaston V. Rimlinger: *Welfare Policy, and Industrialization in Europe, America, and Russia*, p. 186, 1971)。部分的には、1962年の疾病保険の適用範囲拡大、1970年の疾病保険の改正などによって、加入範囲と給付内容の充実が進んでいるが、自営農民の未加入、在宅心身障害者医療など、懸案事項も残されている⁴⁾。

フランスの医療保険の発達も、比較的長い歴史をもっていて、第二次大戦後は急速に全国民を包括する方向をたどったものである。医療にかんする拠出と給付は、独立した制度ではなく、家族手当や労災補償などと一緒の社会保障制度のなかに含まれている。歴史的にみると、被用者を中心として発達してきたものであるが、次第に自営業者にも加入の拡大が進み、1960年代には、これへの加入者（家族を含む）は全人口の9割以上となった（表3）。

表3 フランス社会保障適用者数 (千人)

年度	被 用 者		非被用者	被扶養者 総 数	全人口に 対する適 用割合
	一般制度	特別制度			
1961	13,540	2,235	4,765	23,400	91.3
1965	13,820	2,135	4,540	26,700	96.0
1966	14,210	2,095	4,435	24,600	91.3
1967	14,380	2,061	4,330	25,000	92.1

上村政彦：主要国における社会保障計画(4)「国際社会保障研究」
1971.8.

強制加入と地域単位の社会保障金庫、そして医療費償還制を特色とするフランスの医療保険も、他国におとらぬ改革をめぐるの大きな政治的論議をまきおこしている国である。時にはそれは、政権や経済変動あるいは医療費高騰の影響も強く

うけているものであった。

1960年には、診療報酬＝医療料金の協定方式をめぐる、医師団体と政府・金庫との対立抗争があり、これがさらに1971年の改正法で再度もちあがり、結局、以前の県単位の料金協定に代わって、全国一本の協定をする法律が採用された。医師団体のなかでも、これへの賛成と反対と両方がだされ紛糾したが、結局は、今後4年間この新方式が実施されることになり、フランスにおける「自由医療」の原則についても何らかの変更がせまられていくものとみられる。

フランスの医療保険は、一般開業医と病院外来にかんしては償還制が適用され、患者は窓口で医師からの請求額の全額を支払う制度である。しかし、病院医療については別個のやり方で、患者は入院医療費用のうち2割だけ窓口支払いをすませればよく、残り8割は保険金庫から支払われる。しかし、この公立病院は旧態依然たるもので、医師不足、パートタイム医師による不安定な運営、人事停滞、時代遅れの設備などの問題をかかえていた。医療保険改革と必ずしも直接関連はない点もあるが、いずれにせよ、1970年の病院改革法を糸口として、今日フランスの医療制度は変動の渦中にあるといっても過言ではない⁵⁾。

大づかみにフランスの医療保険の発展をまとめてみると、「大陸型」とタイプ分けされるその「間接型」医療給付制度も、開業医師ならびに病院の不均衡分布または経済的階層分化の問題と、いずれは調整をとらねばならなかったものである、と指摘できる。保険診療の協定を結ばないことや、さまざまな戦術で医師団体が対抗してきたとき、政府や金庫側では、かつての歴史にはなかった自らの医療施設＝保健センターを設立し拡充しようとした。この傾向は今日でも進みつつあり、結局、公私間、治療と予防との間、診療所と病院、農村と都市、公立病院と大学との間の医療保健分野の調整が、フランスにおいても大きな課題となってきた。

4) 詳しくは、小山・藤沢編著『経済発展と福祉社会』所収、第3章「西ドイツ社会保障の発展と構造」(石本論文)を参照されたい。

5) 上村政彦「フランスの医療保険と医療制度」社会保険旬報 No. 1046, 1972.7.

IV アメリカ合衆国の民間医療保険の発達

アメリカ合衆国には社会保険はないので、ほかの国と同じような次元をもって医療保険の発達を論じることは、ある意味では見当ちがいかもしれない。しかし、同じ資本主義経済体制の下で、しかも、社会保険制度がしばらく以前より提案され、今日その成立をめぐる激しい論争がなされている国だということを考慮すれば、いわば、社会保険直前の国として位置づけることもできる。少なくとも、その発展の極に達したとみられる民間医療保険の傾向を把握し、はじめての社会保険ともいふべき老人健康保険 Medicare 成立の流れを分析しておく必要はある。

戦時中の 1940 年から約 20 年間の急速な入院保険と外科診療保険の増加は、図 1, 2 でとらえることができる。ブルー・クロスは早い時期に伸びるが、第二次大戦後、入院保険と外科診療保険は、ともに集団加入制の保険会社への加入者の増加が著しい。企業・自治体・公法人あるいは労働組合などの団体加入の傾向が増してきたことに注目しなければならない。かなり高い保険料で、しかも個別の給付しかしない民間保険への加入者

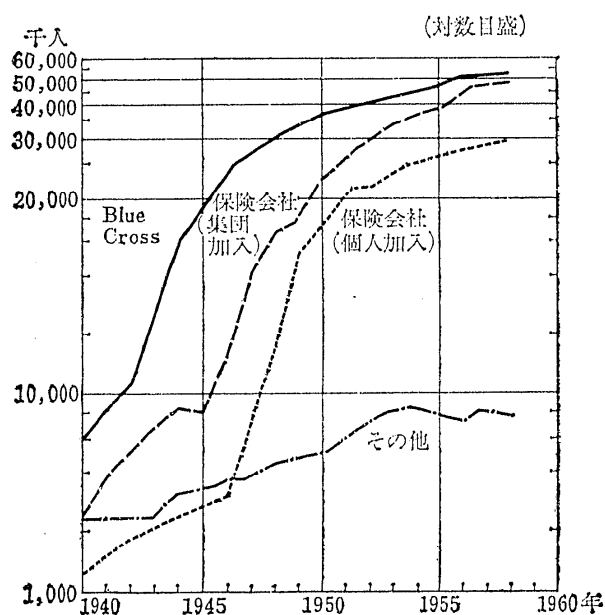
は、1960 年代に至って頭うちになる。その動きは、表 4 で示す医療費の推移でみると、はっきりしてくる。この保健費用は、管理費用や公共的保健事業や全くの私的機関の保健事業費用を除いたものである。患者が直接医療機関等に支払う金額は、1950 年には、全体の約 6 割だったものが、1968 年には 4 割ちょうどに減った。民間医療保険が支払う金額は、一時期全体の 1/4 に達するが、1960 年代後半よりそれは下降線をたどっていて、約 2 割台である。代わって、政府支出が 2 割台から 3 割台へと伸びている。1965 年から施行の老人健康保険法の成立が、このような政府支出増に大きく影響していることはいうまでもない。

老人健康保険法は、二つの給付内容をもって、そのうちの Part A が、入院・給食、手術室使用、看護等を給付する病院給付である (Hospital Insurance Plan)。Part B は、診察、手術、検査等を給付する保険で、これを Voluntary Supplementary Medical Insurance Plan と称している。

病院給付日数には制限があり (90 日まで)、自己負担金は、Part A, B ともに必要であるが、財源は、被用者・自営者、使用者、政府による拠出金から成り立つ。各国の強制的医療保険 (社会保険としての) と類似した制度とみることができる。

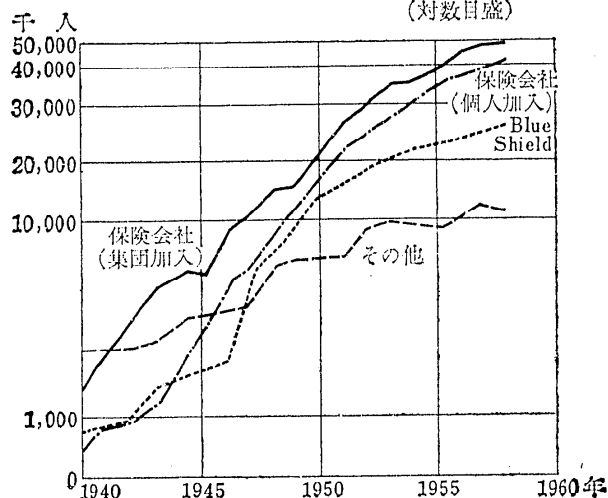
この健康保険に、合衆国の資格ある 65 歳以上人口のほとんどが加入した。1966 年 7 月に、1,910

図 1 アメリカの入院保険加入者数



原資料: Statistical Abstract of the United States, 1960, p. 476.

図 2 アメリカの外科診療保険加入者数



資料: 図 1 と同じ。

表 4 アメリカ合衆国の保健費用

(単位: 百万ドル)

年次	保健支出 総額	患者直接 支払額		第 三 者 支 払 額							
				総 額		民間医療保険		政 府		慈善的費用・ その他	
		金 額	%	金 額	%	金 額	%	金 額	%	金 額	%
1950	\$ 11,109	\$ 7,209	64.9	\$ 3,900	35.1	\$ 992	8.9	\$ 2,588	23.3	\$320	2.9
1955	15,933	9,271	58.2	6,662	41.8	2,536	15.9	3,705	23.3	421	2.6
1960	23,758	13,068	55.0	10,690	45.0	4,996	21.0	5,157	21.7	537	2.3
1965	34,942	18,171	52.0	16,771	48.0	8,729	25.0	7,345	21.0	697	2.0
1966	38,794	19,374	49.9	19,420	50.1	9,142	23.6	+ 9,534	24.6	744	1.9
1967	44,202	19,342	43.8	24,860	56.2	9,545	21.6	+14,550	32.9	765	1.7
1968	49,895	20,348	40.8	29,550	59.2	11,310	22.7	+17,445	35.0	785	1.6

注 +はメデケアを含む。

原資料: Rice, D.P., and Cooper, B.S., *National health expenditures*, 1929—68, Soc. Secur. Bull., Jan. 1970. p. 17.

万人, 1970年には2,040万人が, Part A に加入した。加入者千人対年間入院患者も200人台から300人台へと上昇してきている。入院30日未満の患者が全体の8割を占めているように(1968年), まだまだ十分な医療を受けられる内容ではないが, 老人層に著しかったいわゆる医療による貧困者 medically indigent になることを防止するうえで, この医療保険がきわめて有益だったことはいうまでもない。

ここ数年の新しい民間医療保険の動きとして, 民間保険が医師・医療機関グループと契約して, 予防から診断治療・入院など, 一括的な医療を提供し, 医師らは人頭請負方式で支払いをうけるという形態のものが急速にふえてきている。これは, 総称的には, Group Practice Prepayment Health Plan といわれるもので, 1930年代から成立をみているものである。ニューヨーク市職員の加入する HIP, 西部各州に数百万人の加入者をもつ Kaiser Foundation Health Plan がよく知られている。呼び名は, Prepaid Group Practice とか Prepayment Health Plan などさまざまであるが, 共通な点は, 前払方式, グループ・プラクティス, 包括的医療, 人頭支払方式などである。連邦政府は, この民間制度が種々の利点をもっていることから推奨し, 官庁用語として, Health Maintenance Organizations (HMO's) という表現を用いている。営利的医業を中心とし, 特に自由で高額の報酬を得ているアメリカ合衆国の医師が, 特定のグループを組んでこの前払い式保険と契約して,

その加入者向けの医療を行なう制度がつくられてきた。医師は, 患者から直接に報酬を受けとらず, しかも出来高払い制でなく, 一種の給料的なかたちの報酬を受けとる人がふえてきている。一般化していえば, 医療保険が医療施設を保有し, 「直接型」的に医療を被保険者に現物給付するしくみが発達しつつあるわけである。こういった新しい民間医療保険の展開の延長線上に, いま激しく論議されている社会保険法案があるわけである。

V 先進諸国と日本との比較

以上限られた国の例だけであるが, 医療保険そのものは, 国全体の各層に広がりをもっていくものであることの確認が一つできよう。仮に, 小集団自治方式をとるにせよ, 保険である以上, 大数法則に基づいた危険分散が心要だという技術的理由と, 地域と産業ごとに未加入者はやはりその恩恵を認めて加入したいという理由もあろう。家族への加入範囲拡大を含め, 一国の医療保険適用率は, その国の産業構成と賃金レベル, 行政組織, 医療機関の発達との関連できまってくる。ただし, アメリカのように, そのような諸条件はありながら, 社会保険が最近までできなかった例をどうみかであるが, この国の医師ならびに医療そのものの供給体制, 健康保持についての自己責任原理といわれるものとの関連が無視できない。

いずれの国でも, 医療保険は医療施設, 医療従事者との強いつながりの中で発達していることも明らかである。カール・エヴァングや冒頭に紹介

した ILO と WHO の合同委員会の報告では、医療保険が直接医療を供給する型と、伝統ある開業医や病院にいわば代行させて間接的に給付する型への区分を意識的にしていたが、北と南のアメリカ地域では、この直接型の創設がめだつ。

このようにみえてくると、日本の医療保険の発達はいまだかなり独特である。全国民強制適用で任意のものの余地がないし、ヨーロッパ大陸に似た間接型であるが、若干の保険立病院も有している。現物給付、出来高払い、病院（入院）・診療所（外来）の同等扱いもユニークといえよう。医療費急増は、内容的にはフランスやアメリカに似ているが、投薬料、検査料などの占める割合がとびぬけて高い点は、他とちがうところである。診療報酬の引上げをめぐる医師団体との衝突が激しくなってきたことは、日本と他の国と大きくちがわない点である。拠出制に基づく保険と医学・医療との矛盾対立が顕著になってきたのも、各国共通の傾向といえよう。

医療保険の発展は、国によって一様ではない。各国の伝統もしくは経済の発展段階に対応して、法律体系と運営がきわめて個別的である。ILO や特定国から、最近よく国際比較の資料が刊行される理由も、この個性性にある。日本の医療保険もはじめは、ドイツの制度を模倣したといわれるが、今では法制や実際運営・財政事情など、きわめて独特なものとなっている。戦後をとってみれば、全人口適用を短い期間で達成した国であり、治療費を中心とする国民総医療費でみても、約 6 割強が医療保険制度の下で支払われる。患者自ら現金で支払わねばならない医療費は、正確には不明だが、多くても 2～3 割というあたりであろうから、国全体の平均値でみれば保険医療といわれる公費医療が中心を占めている国である（表 5）。

表 5 日本の医療保険の概況

年次	医療保険加入率（総人口対比）	国民総医療費中の医療保険負担割合（%）	国民総医療費（億円）	国民所得対総医療費の割合（%）
1955		43.7	2,715	3.72
1960	96.6	54.6	4,426	3.34
1965	98.7	63.4	11,737	4.52
1970	100.0	67.8	25,534	4.32

資料 厚生省統計調査部：国民総医療費，ほか。

VI 各国の保健費用の増加

各国の医療保険費用は増加の一途をたどっている。相互に比較できる年次推移のデータを得るのは容易でないで、とりあえず、1人あたり保健支出について、1950年から1966年までの増加率をみると表6のとおりである。医療保険を含む国とそれがない国とがあり、正確な医療費比較にはならないが、スウェーデンでは6倍近くになっており、日本のデータは国民総医療費のため、これまたちがう概念の数値だが、表示した国の期間の半分で約5倍近くになっている。医療需要に加え、医療の公共施設や入院サービスでも、思いきった社会化をしているスウェーデンにまさるとも劣らぬ費用急増が日本の特色である。イギリスの保健費用が低く押えられていることは定評のあるところであるが、合衆国のここでの数値は、低く見積もられているようである。図3で、1人あたりでなく、総保健費用でみると、1955年には170億ドル、1965年には10年前の2倍強の373億ドルとなった。1970年代に700億ドル台という膨大な金額になっている。そのうち、特に病院費用の増加に特別の注意を払う必要がある。

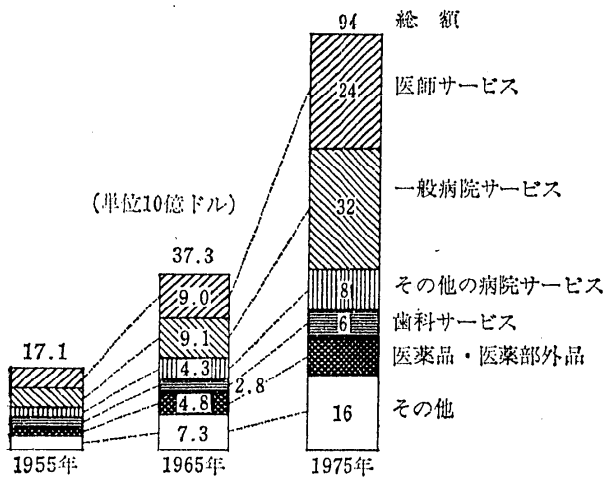
これは、老人健康保険法とか、長期疾病への適用拡大とか、医療保険サイドの給付拡大によって助長される面をもつことはいままでのない。ドイツや日本の場合は特に入院医療が医療保険から現物給付されるしくみなので、被保険者数拡大があれば、直接的に入院患者数ひいては入院費用はふくらんでくることは明白である。平均在院日数も長い。従来は、医療保険の制度化と給付内容の拡大が、新しい需要の顕在化につながった、とみら

表 6 一人あたり保健支出の国別増加率
(1950—1966年)

国名	増加率(%)
アメリカ合衆国	174
スウェーデン	614
イングランド	137
日本(1955—1966)	470

資料 Anderson: Styles of Planning Health Services, *International Journal of Health Services*, (1)2 p. 114. 日本は国民総医療費より計算。

図3 アメリカ合衆国総保健費用 (1975年は予想)



原資料 Report of the National Advisory Commission of Health Manpower, Washington, D.C., Nov. 1967. (R. F. Rushmer: *Medical Engineering*, 1972. p. 70 より)

れる。しかし、同じ病院費用といっても、薬剤費や検査費用の極端な増加が各国で見られる。このような医療費用の増加は、逆に、医療保険財政を逼迫化する方向に作用するようになってきている。すなわち、医療サービスの变化が、医療費構成に大きく影響する傾向が強まっている。成人病の増加と高度・専門的診断治療が、入院治療として広く求められている。

VII 医療サービスの展開と開業医制

資本主義国においても、その医療サービスは、「社会」保険と同様、「社会的」になされる部面が多い。医師等の免許制、施設の許認可、往診などの応招義務、診断書・処方箋交付の義務などがある。個人開業医でも、患者の紹介先や医薬品購入、医師団体への加入、地域での予防活動など、さまざまなことで「社会的」たらしめるをえない状態になってきている。

しかし、国ごとに医療サービスの形態や制度あるいは運営の実情をみると、医療保険以上に多様でかつ歴史的なものの影響を受けている。前章で、多少この医療施設体制についてもふれたので、国別にみるよりも、大きな特徴的な展開過程を総括的に把握することにする。

医療保険の普及は、自由開業制に対しては直接

にその欠点の是正をせまることはない。「保険あれど医療なし」はどこでも経験することであるが、それは公立医療施設の設置や診療報酬への配慮でいちおうの解決が可能である。問題は、一般医もしくは開業の専門的医師の都市集中である。都市では、この開業医を無視して保険診療を進めることはできない。被保険者とその家族のいちばん近くにいてのは、この開業医である。しかし、過度の都市集中と、農村部での慢性的な一般医不足がでてくる。医療保険そのものは、この医師の地理的分布にかんしては、特別の対策を用意できない。その部分は、財政負担が多いので、結局は、公衆衛生サービスでカバーするか、公立小診療施設を設けるか、連邦もしくは中央政府の直轄事業とするか、である。

保険医療の普及は、診療報酬のうえで規格的なものを医師に対して強いることになる。長年の経験と技術の評価がうすくなるが、他面では、医師の階層内での地位等の格差を小さくする作用をもっている。その逆に、現金給付、窓口自由料金徴収の国では、開業医の間に、いわゆる「貴族医師」と「労働者医師」的な分解をもたらすことがでてくる。なお、強制的医療保険がなくとも、人頭請負方式の民間保険の制度においても、それと契約する開業医は自由開業ではあるが、自由料金によらず、ときには一定の俸給的な報酬をうる場合がある。とりわけ新しい開業形態であるグループ・プラクティスは、人頭請負方式と結びつくとき、急速な進展をみせて、結局は、開業医師を特定施設に固定化していくであろう。

VIII 病院の発達

開発途上国では、保険団体が自己の病院をもつことを指摘したが、古くから病院をもつ国では、医療保険とのつながりが複雑である。公立病院中心の国では、その資本部分と運営費とを医療保険がどれだけでもつかが問題である。フランスのように規格的な1日費用でそれを算定するとき、医療保険と政府の緊縮財政とがあいまって、病院近代化にブレーキをかけることになる。スウェーデンのように、保険と全く別個にすれば、病院の発達

がある程度円滑になろうが、イギリスの国営医療では必ずしもそうはいかない。

北アメリカやカナダの例にみるように、病院の農村部への普及や他機関との連携、あるいは専門病院化と総合病院としての機能充実などのためには、連邦、自治体の強力な計画的支出が不可欠であって、それは医療保険とは別のところで実行されねばならない。

医療保険自体のもつ財政上の制約を反映したり、公費医療もしくは社会的疾病・低所得者医療提供の場としての病院の伝統をふり切れなかったりということ、ほぼ 1960 年代頃まで、いずれの国でも、根本からの病院改革は具体的日程にはのぼらなかった。これを促進した要因としては、やはり医療技術、各国の医療設備、建築の現代化の要因がある。検査設備、装置、手術室、快適な病棟、自動化設備、事務機械化などであるが、一定の規模拡大がいわゆるスクラップアンドビルドの方向で進められたことは否定できない事実である。医療保険普及と公費負担医療の拡大が入院医療需要を増し、ひいてはこのような傾向をうながしたという面もある。

病院の発達、ただ建物、設備を新しくすることだけではない。病院網整備と関連あることは、どの国にも共通している。競争・乱立の規制もあるが、農村と都市、末端と中心、専門病院と総合病院、または特殊病院と一般病院とのつながりをスムーズにする目的をもっている。一部の私的病院もしくは経営主体が多数ある病院をもつ国では、このような病院網の整備は困難である。アメリカの Regional Medical Program は、救急医療体制とか、がん、心臓病対策といった特定プログラムでの連携を糸口として、連邦がこれに財政援助を与えている。これらの点では、日本は、医療保険の赤字対策に追われているためと民間病院優遇策のためか、連携の点ではきわめてたちおくれている。

今後人口の老齢化と成人病その他慢性患者の増加によって、入院医療の比重が高まっていくであろう。そのとき、これに対し、医療保険からの支払い分が、どれだけ病院設備・看護・診療の高度化に寄与しうるだろうか。入院部門は保険と別枠

でカバーされるいき方を、もっと十分に検討していく課題がある。

IX 医療の包括化

予防からリハビリテーションまで、一貫して滞りなく、サービスが提供されることがのぞまれている。医療機関網の確保とその連携はこの観点からであるが、この包括化もしくは総合化は、さらに予防すなわち保健所等の業務あるいはリハビリテーションやときには福祉的中间施設との良きつながりを実現しようとするものである。治療だけだと片手落ちになり、ひいては治療そのものへの過重な負担を余儀なくさせる。リハビリテーションという積極的社会復帰の努力が欠けるなら、病院という治療の場は、不治の病の人たちの収容施設と化してしまうおそれがある。そのさい、医療保険はどのような役割を担えるのか、あるいは担い手となりえないのか、が明確にされねばならない。ドイツ、フランス、日本などでは、たとえば予防やリハビリテーション面にも医療保険給付を拡大することは、理論的には可能であろう。各種の健康保険組合が、労務管理策の一つとして、健康管理施設を運営することも可能である。自治体が各種の集団健康診断施設をもち、医師会が共同の臨床検査センターをもつことも可能であろう。しかし医療保険は、現物給付するにせよ現金給付をするにせよ、こういった予防とリハビリテーションと施設それ自体の相互の調整がなくては、期する目的である包括化を実現することはできない。あるしかるべき集団で、つまり、職域もしくは企業・産業別に、地域もしくは地方自治体ごとに、これらつながりをもった保健医療の機能分担が積極的におし進められなければならない。

施設の所有と運営との両面で公有化され、十分な公共的資本もしくは財政援助のあることが、包括化を計画的かつ迅速に進めるための必要条件にはなろう。しかし、公有化イコール包括化となるとは限らない。かなり進んだ包括化が実現するためには、そのほかに従事者の確保、運営の民主化などの条件がさらに必要である。(本稿は第 45 回社会政策学会で発表したものである)