

日米保健費用の比較

前田 信雄

I 研究のねらい

1960年代に入って、いずれの国もなんらかの医療費上昇に当面し、その対策に苦心している。財政支出をまかないきれないこともあり、医療施設の運営に困難をきたしたり、患者や家族が大きな医療費負担を強いられたり、様々の局面がみられる。

米国と日本とは、いずれの国よりも急速に医療費用が増えた国である。名目上の貨幣単位ではかると、先進国のなかで日本は最高の医療費インフレーションをみた国の一つに入る。米国も日本に劣らぬ急上昇をこの10余年の間にみた国である。しかし、ひとしく上昇したといっても、その増加のしかたとなかみは、米国と日本で違うものを持っている。日本は、外来診療を中心にして、薬剤費や検査費用などが顕著であったのにたいし、米国では、需要増を契機として、病院費用を中心にして、労働費用等が著しかったのが特徴である。

ひとしく医療提供をしながら、国と国との間はどうしてこのようなちがいがあるのか。その説明には、医療の提供のしかた、施設の内容、医療制度の法制など様々の差異と因果関係の指摘が必要である。と同時に、両国の医療費増加のパターンに何か共通なものがあつたという理解も必要で、これによって差異を浮彫りさせることができる。

さいきん、両国のそれぞれについて医療費と医療制度とについて沢山の研究がなされた。米国とイギリス・スウェーデンとの医療制度比較もやられた¹⁾。しかし、資料の制約もあってか、米日中心の比較はなされていない。

本稿のねらいは、まず両者の実態を資料にもと

づきながら有意義で可能な限り米日両国の比較検討をすることである。あわせて医療費上昇に及ぼした要因を両者の制度上の差異を中心に指摘してみることである。そのなかで、両国の医療制度上の共通の問題点や解決の方向、将来的問題などが明らかにできるであろう。

II 資料の検討

米国については、主に総保健支出 National Health Expenditures (Barbara S. Cooper ほか)を使うが、これは保健サービスとサプライおよび医学研究・医療施設建設を含むものである。財源の方では、連邦・州など公共団体負担と民間健康保険負担および患者個人の支払いとにわかれる。

保健サービス支出のうち、公的事業は、保健教育福祉省はもとより他省のものも含む。民間事業における支出の推計は、はじめに各種サービス支出の総額を推計し、それから公的なものを差し引いた残りを民間支出とする方法をとっている。病院支出は、アメリカ病院協会が発行されたデータから推計したものである。民間の医師・歯科医師らのサービス支出は、データの得にくいものであるが、これは個人業の所得統計を元にしたデータからの推計にもとづくものである²⁾。

米国の総保健支出の枠組みにたいして、日本のデータをできるだけ類似の区分を用いて比較する

2) データの定義・収集方法および原資料については、Dorothy P. Rice and Barbara S. Cooper: National Health Expenditures, 1929~68. *Social Security Bulletin*, Jan. 1970, pp. 17~20. 最近の暦年のデータについては、N. L. Worthington による National Health Expenditures, 1929~73, *Research and Statistics Note No. 1*, 1975 (Feb. 19, 1975) を用いた。会計年のデータは若干異なってくるが、同上著者による1974年のデータは、*Social Security Bulletin*, Feb. 1975に掲載されている。

1) Odin W. Anderson. Health Care: Can there be equity? Wiley, Interscience 1972, pp. 273.

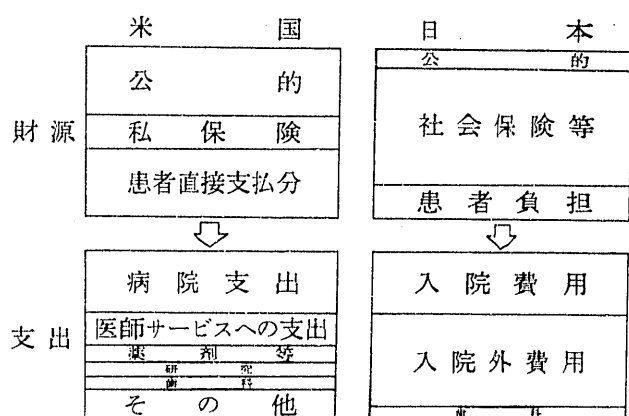


図1 米国の保健費用と日本の国民医療費の枠組み

と、図1のとおりである。

日本の国民医療費は、国または地方公共団体の公費負担分と社会保険の負担および患者自己負担分とにわかれる。大きな枠組みでは、米国の資料と同類の区分である。そして、この資料は、もともと負担面のデータを中心に厚生省統計情報部によって調べられたものである。皆医療保険が実現した1961年以降、社会保険および国民健康保険の保険料(税)を主とする保険収入の資料が次第に正確となってきたため、この負担面からの財源把握が可能ともなった。

日本の資料には、健康診断等の予防費用および差額徴収など、患者の保険によらない純然たる私費支払いが入っていないのが難点であるが、それ以外では、米国との比較は相対的に容易である。西・中村らの研究によると、これら広義の予防費用と患者の私費部分は、医療費総額にたいしおよそ約4割と推測されている³⁾。

この保険の支払面の範囲内でありながら、日本の国民医療費では、入院費用と入院外(往診を含む)費用および歯科費用の区分ならびに病院と診療所との区分が一応なされている。米国の病院支出とのなんらかの年次的比較照合が可能である。医師サービス部分については、日本の国民医療費にそのような区分はない。そもそもこの点では制度上の大きな違いがある。薬剤費も国民医療費か

らだけでは十分に把握できないが、他の資料によって補いながら米日比較はある程度可能である。図1のとおり、歯科費用についても、日本では私費支払部分が計算されていないことを別にすれば、比較検討は可能である。

なお、以下の文では、米国については保健支出、日本については医療費とし、両者共通のばあいは、単に保健費用と書き、両者の区別を表現することにする。用いた資料は、主に1971年まであるいは過去15年間のものである。新しいデータの発表が既にあるが、本稿では基本的な両国の推移の比較が目的なので、新しいデータについてはかっこ書きでもって言及した。

III 日米保健費用の増加傾向

1955年からのカレンダー年ごとの両国の保健費用は表1のとおりである。過去15年間ににおける米国の177億ドルから797億ドル(1971年)への約4.5倍の増加も驚異的であるが、日本は7億ドルから84億ドルへと約10倍の急増をみた。1960年までの両者にそう異同はなかったが、日本は1960年以降年間増加率約10~20%以上という高い増加率を示す。この間米国は1965年の社会保障改正までは10%以下、それ以降は10%以上の増加をみた。

日本のばあい、この増加は1961年からの国民皆保険による医療需要増と健康保険法改正等による医療費改訂が大きく影響し、米国のばあいも1965年のメデケアとメデケイDの導入が保健支出増加に大きく影響した。

保健費用の対国民総生産への比較もよくなされる。

同じく表1でみられるように、日本では、この国の経済活動の一指標であるGNPに占める医療費の割合が殆ど一定である。病院や診療所の活動あるいは薬剤といったことの供給面が、結局は日本の総体としての経済活動ひいては総供給量に比例して増加したということである。日本のばあい、薬剤費と検査費用の占める割合が半分以上であることを考えると、医療産業といわれる医療施設の供給量は化学や機械工業における生産量に影響

3) 中村文子：増加している総医療費の実状、雑誌「医療と人間」4号、p. 63. 1974年。

表 1 米国の保健支出と日本の医療費(暦年)

年	米 国			日 本			国民総生産に占める 保健費用の割合 (%)	
	保 健 支 出			医 療 費				
	10億ドル	指 数 1955=100	対前年比 (%)	10億ドル	指 数 1955=100	対前年比 (%)	米 国	日 本
1955	17.7	100		0.75	100		4.4	3.1
1956	19.2	108	8.8	0.81	108	8.0	4.6	2.9
1957	21.1	119	9.9	0.90	119	11.1	4.8	2.9
1958	22.8	129	8.1	0.98	129	8.9	5.1	3.0
1959	24.9	140	8.7	1.08	143	10.2	5.1	2.9
1960	26.9	152	8.0	1.22	163	13.0	5.3	2.7
1961	28.8	163	7.1	1.51	201	23.8	5.5	2.8
1962	31.3	177	8.7	1.80	239	19.2	5.6	3.0
1963	33.5	189	7.0	2.20	293	22.2	5.7	3.1
1964	37.5	212	11.9	2.73	364	24.1	5.9	3.3
1965	40.5	229	8.0	3.24	432	18.7	5.9	3.6
1966	45.0	254	11.1	3.73	497	15.1	6.0	3.5
1967	50.7	286	12.7	4.32	575	15.8	6.4	3.5
1968	56.6	320	11.6	5.15	677	19.2	6.5	3.5
1969	64.0	362	13.1	6.01	791	16.7	6.9	3.4
1970	71.6	405	11.3	7.14	939	18.8	7.3	3.5
1971	79.7	450	11.1	8.40	1,018	17.6	7.5	3.4

資料: (1) U. S. Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration, Office of Research and Statistics: Research and Statistics Note, No. 3, 1974.

(2) 厚生省統計調査部, 国民総医療費, 昭和48年。

表 2 国民1人あたり保健費用(米日)

年	米 国		日 本	
	実 額	指 数	実 額	指 数
	ド ル		ド ル	
1955	105.4	100	8.4	100
1956	112.3	107	8.9	106
1957	121.0	115	9.9	118
1958	128.8	122	10.7	127
1959	137.9	131	11.6	138
1960	146.3	139	13.1	156
1961	154.0	146	16.1	192
1962	164.9	156	18.9	225
1963	174.2	165	22.8	271
1964	191.9	182	28.0	333
1965	204.7	194	32.9	392
1966	224.9	213	37.7	449
1967	250.8	238	43.1	513
1968	277.1	263	50.8	605
1969	310.3	294	58.6	698
1970	341.6	324	68.7	818

資料: 表1と同じ。

されうることは、理論的には十分考えられることである。また、病院や診療所等の供給量の多くは、医師や看護婦らの従事者の賃金・給料にも大きく依存する。それらは、国全体の一般産業の賃金水

準の反映とも考えられる。あるいはまた、診療報酬の改訂が物価と賃金上昇とに何らかのかたちで比例してきめられてきたことにもよるであろう。日本のデータは、そのような諸関連の所在を十分に示唆するものである。

米国のばあい、GNPに占める割合は徐々にではあるが、増加の一途をたどり、1965年の社会保障法改正以降6%のラインを越えた。米国の国民総生産の増加率は、1966年から70年まで、年間平均7.3%であったのにたいし、保健支出の年間平均増加率は11%を越えるものであった。保健支出の総生産に占める割合はもともと高かったのであるが、1966年以降、結局は医療需要の拡大に押されて、保健支出の増加の方がより一層著しかったことになる(1975年推計値8.3%)。

両国のこの間における経済力の概況をまとめて

	米 国		日 本	
	1961~65 平均	1966~70 平均	1961~65 平均	1966~70 平均
経済成長率 (年間)	6.3%	7.3%	7.3%	17.3%
保健費用 年間増加率	8%	11%	20%	17%

示すと次の通りになる。

これらの数値をみると、米国は既に高い経済水準にあり、日本経済は、急成長しておりながらも、依然として相対的に国民1人あたりで見れば低い経済水準であることを考慮しなければならない。今後日本の医療費は、経済成長率とは別の伸び率で進むのか、あるいは依然として経済成長の後を追うのか、興味あることである。

国民1人あたりの保健費用は表2に示すとおりである。米国の保健支出は、1955年に既に100ドル台、その後15年間に約3倍強の300ドル台に達した(1973年463ドル)。日本の医療費は、ドル換算で、1955年には米国の10%以下であり、1970年によろやく米国の20%台の金額に達した(1973年129ドル相当⁴⁾)。なお両国の国民1人あたりの国民所得金額は、1970年米国3,935ドル(1973年4,921ドル)にたいし、日本はその約半分1,536ドル(1973年3,263ドル)である。日本の医療費は上述のように急上昇したとはいえ、未だ米国の20%台という低い水準にある。

しかも、以上は物価上昇を考慮せず、金額そのものをみた上でのことであり、もし実質の保健費用をとるならば、両国の差はさらに若干のひろがりを示す。保健費用の指数(1960年=100)から消費者物価指数での上昇をマイナスしたのもでって、仮りに実質的な保健費用をみる方法も考えられる(表3)。これによると米国の保健支出は1960年から1971年まで2.4倍、日本のそれは6倍である。

なお、日本における医療費上昇には、健康保険法等による診療報酬の引き上げが関係しているが、主な引き上げを1960年以降年代別に列挙すれば以下のとおりである(医科のみ)。

1963年… 3.7%

4) ドルへの換算にあたっては、U. S. Department of Commerce "Statistical Abstract of United States" のデータを用いた。

換算率は以下のとおり。1955年～1958年…360円=1ドル、1959年～1962年…361.8円、1963年…362.9円、1964年…363円、1965年…362円、1966年…362.5円、1967年…361.9円、1968年…357.7円、1969年…357.8円、1970年…357.6円、1971年…330円、1972年…302円(日銀資料)、1973年…281円(同上)。

表3 保健費用と消費者物価指数

年	A. 保健費用価格 指数 1960年=100		B. 一般消費者物価 指数 1960年=100		C. 消費者物価指数 により訂正した 保健費用指数 (A-B)	
	米 国	日 本	米 国	日 本	米 国	日 本
1960	100	100	100	100	100	100
1962	116	148	102	112	114	136
1963	125	180	103	126	122	159
1964	139	224	105	126	134	198
1965	151	266	107	135	146	231
1966	167	306	110	142	157	264
1967	188	354	113	148	175	306
1968	210	422	118	155	192	367
1969	238	493	124	164	214	429
1970	265	585	131	177	234	507
1971	281	689	137	187	244	601

資料：日本銀行統計局、「国際比較統計」昭和47年5月。

1965年… 9.5%

1967年…7.68%

1970年…9.74%

1972年…13.7%

しかし、中村文子の分析によると、受療率の増加の方がより一層医療費上昇に影響を及ぼして、医療費改訂はそう大きく影響していない⁵⁾。

以上種々の観点から米日両国の総額としての保健費用を比較してみたが、以下の総括的な要約ができよう。

共通点：両国とも健康保険・社会保障拡大によって総額が急上昇したこと

相違点：(1)米国は国民総生産の増加を抜いて保健費用上昇

日本は国民総生産と平行して増加したこと

(2)国民1人あたり保健費用では両国に依然として大きな格差があること

IV 米国は病院中心・日本は外来中心の増加

保健支出をサービスごとにわけてみて第一にめだつのは、米国に病院支出増加が著しかったことである(表4)。1955年59億ドルだったものが、15年後の1970年には279億ドルと5倍近くになった(1973年382億ドル)。医師サービスは36億

5) 中村文子、同上論文。

表 4 医療の種類別保健支出と医療費 (暦年)

年	米 国 (百万ドル)				日 本 (10億円)		
	病 院 ケ ア	医師サービス	歯科サービス	薬 剤	入 院	入 院 外	歯 科
1955	5,900	3,689	1,508	2,384	95	113	31
1956	6,347	4,067	1,625	2,686	105	125	28
1957	6,892	4,419	1,737	3,010	114	141	35
1958	7,548	4,910	1,850	3,242	132	150	41
1959	8,177	5,481	1,894	3,525	148	167	48
1960	9,092	5,684	1,977	3,657	164	194	52
1961	9,921	5,895	2,067	3,824	203	245	65
1962	10,658	6,498	2,234	4,095	234	303	76
1963	11,709	6,891	2,277	4,235	279	387	89
1964	12,697	8,065	2,648	4,446	335	500	104
1965	13,087	8,745	2,808	4,850	410	598	114
1966	15,583	9,156	2,964	5,309	455	719	126
1967	18,145	10,287	3,360	5,652	527	833	152
1968	20,926	11,099	3,623	6,165	620	993	188
1969	24,223	12,378	4,047	6,731	710	1,161	207
1970	27,961	13,600	4,440	7,211	880	1,371	245

資料: 表1と同じ。

注: 日本の医療費は買薬あんま等を除いたもの。

ドルから 136 億ドルへと約 4 倍弱である (1973 年 182 億ドル)。歯科医師サービスは、15 億ドルから 44 億ドルへと約 3 倍増にすぎない (1973 年 59 億ドル)。米国の病院支出には、独立して自分のオフィスを持つ個人開業医の病院における報酬は入らない。麻酔と X 線サービスは、ときには病院費用に入り、また医師サービスのなかに入ることもある。これは、報酬の帰属先をベースにした区分であるが、大きな差異はこの個人開業医の診療分だけといってよいであろう。

日本のデータのなかには診療所への入院費用が含まれているのが大きな差異である。このなかには、診療・投薬・検査および病院と診療所医師への支払分も含まれるが、ただし、これは入院患者が支払った分に相当するものである。

日本のデータは、1955 年以降 (あるいはそれ以前) 同様の分類をした入院サービスという広い概念で総括的に把握した数値である。外来は病院・診療所を含む。その面では、施設・人員サイドからでなく、サービスあるいは患者の側からみた点では、むしろある意味では画然たる区分内容ともいえる。

両国のこの二種類のデータの異同については、

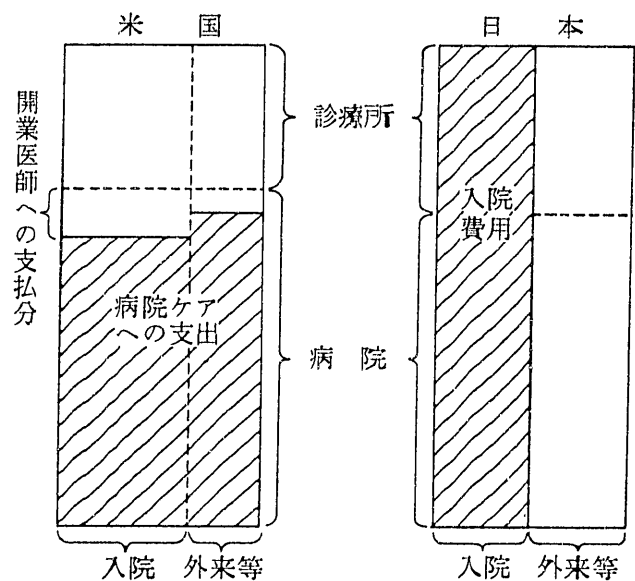


図 2 病院ケア支出と入院費用の区分の比較

図2で説明できる。これはあくまでモデル的にその区分を示したものであるが、病院制度や医師への支払制度が大きく異なる各国間の統計分析の上では、区分のちがいはさけられない。

1955 年 950 億円だった日本の入院費用は、15 年後 8,800 億円と約 9 倍であったが、同期間、外来費用の方は 12 倍の増加である。歯科診療分は

表 5 国民1人あたり保健支出と医療費(暦年)

年	米 国				日 本			
	総 額	病院ケア	医師サービス	そ の 他	総 額	入 院	入院外	そ の 他
金 額 (10億ドル)								
1955	100	35	22	43	8.5	2.9	3.5	2.1
1960	137	49	31	57	13.2	4.9	5.8	2.5
1965	188	69	44	75	33.1	11.5	16.8	4.7
1970	315	134	65	116	69.4	23.9	37.3	8.2
パーセント								
1955	100.0	35.0	22.0	43.0	100.0	34.1	41.2	24.7
1960	100.0	35.8	22.6	41.6	100.0	37.1	43.9	18.9
1965	100.0	36.7	23.4	39.9	100.0	34.8	50.9	14.2
1970	100.0	42.5	20.6	36.8	100.0	34.4	53.7	11.8

資料: 表1と同じ。

注: 日本については表4と同じ数値, 以下の表同様。

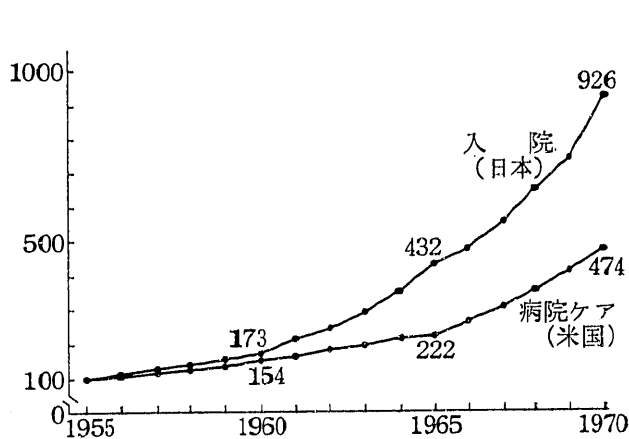


図 3 入院費用の増加指数 (1955=100)

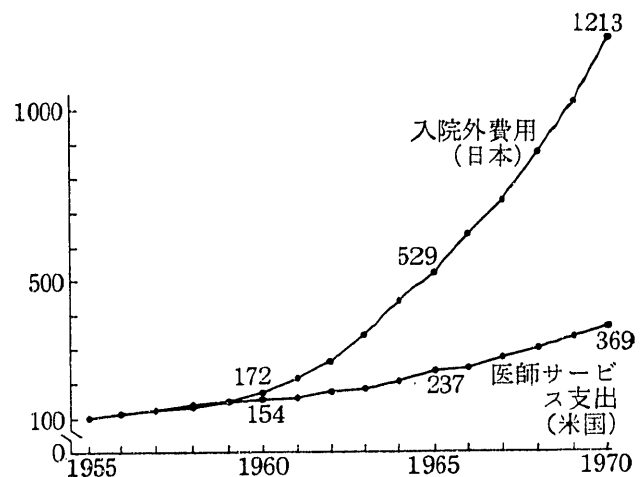


図 4 医師サービス支出と入院外費用の増加指数 (1955=100)

米国のばあいと同様, 日本でもその増加率は他にくらべて下まわっていて, 約8倍の増加率である。両国のサービスごとの増加率の推移を指数化して比較したのが図3と図4である。

病院もしくは入院サービスの面でみると, 両国とも1960年までの5ヵ年間はそう大きな差がなかったが, 日本は60年代に入って急上昇をし, 60年代後半にまた若干増加のきざしがみえた。しかし, 増加率の点では, 米国に, 前章でも指摘したように, 1965年からの急上昇が顕著である。1955年から1965年まで, 10年間で倍になったのが, 1965年から1970年の5年間で倍増という数値である。

しかし, 日本の外来費用の方がそれ以上に極め

て高い増加率である。1960年から1970年までの10ヵ年間で約10倍という急上昇である。米国の方は15年間で約3倍である。もっとも医師のサービスには外来診療以外に入院時の医師サービスも含まれる。いずれにせよ, 米国は入院という施設サービス中心の上昇, 日本は外来患者への診療, とくに薬剤・検査等の上昇が著しい。

これほどの上昇をみた日本の医療費は, 水準という点でみるならば, どの程度米国に追いつくものであったのか。その問題に接近するため, 国民1人あたりドル換算の費用をみたのが, 表5である。米国の病院支出は, 1970年国民1人あたり134ド

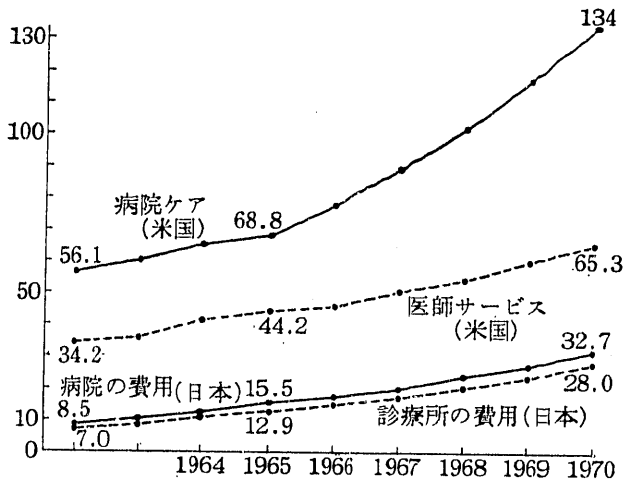


図5 1人あたり病院費用 (単位: ドル)

ルであったのにたいし、日本の国民1人あたり入院費用は、依然として23.9ドルである(1973年47ドル)。日本の入院費用の方はより広義の区分であっても、なおかつ米国の1/6弱である。日本のデータを、病院の費用(hospital charge)だけ、つまり病院における入院と外来とだけに限ってみると、若干多い金額になる(図5)。もっとも、最近にかけその差は縮まってきてはいるけれども、1人あたりの年次ごとの上昇率で過去数十年のトレンドを再びみれば、米国では、1965年を境にして急上昇に向ったのが、この図からも明らかである。

米国の医師サービスの支出は、1965年の44.2ドルから1970年の65.3ドルと緩慢な上昇である。日本の診療所収入とだいたい平行的な上昇だったのが注目される。また、この図から日本では病院と診療所という区分よりも、外来診療というかたちでの費用増加が著しかったことが、いっそう顕著である。

この急上昇した外来診療費用の国民1人あたり金額は、1970年、米国の医師サービス支出の約半分である。全体が日本の約5倍弱の保健支出である米国の水準にくらべてみると、この外来診療費用37ドルというのは相対的にはかなり近接した金額であるといえよう。

両国のサービスごとの費用での対照的な差異は、再び表5の構成比の推移でみることができる。米

表6 歯科費用の米日比較

年	米 国			日 本		
	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル
1955	1,508	100	8.96	86	100	0.9
1960	1,977	131	10.75	144	168	1.1
1965	2,808	186	14.20	316	368	3.2
1970	4,440	294	21.31	684	790	6.6

資料: 表1と同じ。

国の病院支出の全体に占める割合は、1955年の35%から1970年の42.5%へと増加した。他方日本の外来診療費用は、4割台から5割を越す構成比へと変った。

V 歯科医サービスと薬剤費の比較

両国のデータのなかで最も近似的な内容をもつのが歯科サービスのコストである。米国のそれは歯科医のサービスを中心とするので、たとえば、技工士への支払いなど若干のものが除外されるが、歯科医サービスが歯科産業の殆どをカバーする。日本のデータは、健康保険や生活保護法のような公費負担を通じて支払われたものを主とする。また、歯科に相対的に多い保険外の報酬、すなわち患者自己負担部分はこの数字から除かれているので、歯科部門の全体的数値ではないが、保険と公費がその殆どをカバーしていることも事実である。

米国は1955年1508百万ドルをこのサービスにふりむけていたのが、1970年には約3倍、日本ではそれが約8倍である。

国民1人あたり米国は約9ドルから1970年には21ドルへと、日本のそれは0.9ドルから6.6ドルへと増えた。

米国の歯科サービスへの支出が少ないのは、未だ多くの健康保険やHMOsにおいても給付の対象外としていることが、米国の歯科サービスの相対的にゆるい増加をもたらした要因と考えられる。

健康保険等による給付が早くからなされている日本では、この費用の増加は主に患者数の増加と新技術の導入とによったと考えられる。しかし、この間歯科医師数はさほど増加せず⁶⁾、また歯科

6) 1955年3万1千人、1970年3万7千人。

表 7 米国の薬剤支出と日本の薬剤生産額

年	米 国			日 本		
	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル
1965	4,850	100	24.53	1,262	100	12.9
1970	7,211	148	34.61	2,866	224	28.6

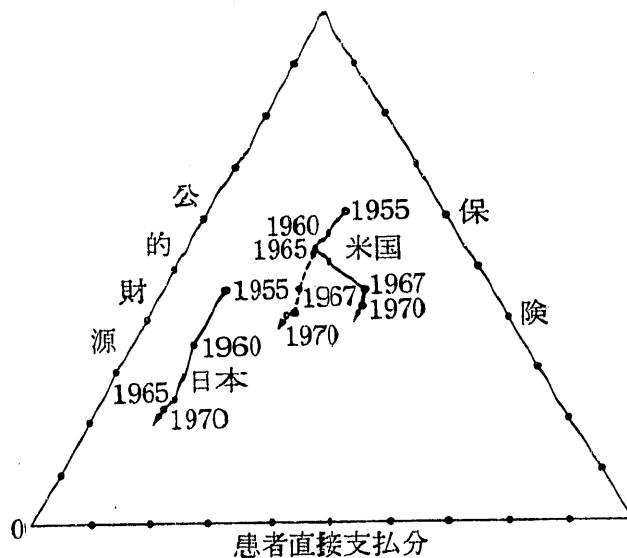
資料: 表1と同じ。

においては他ほど投薬・注射・検査に依存しない部門なので、一般診療ほどの増加にならなかったといえよう。

両国とも、他の外来・入院等一般医科診療にくらべてみて、歯科においては比較的のろいテンポの拡大だったのであるが、それらの原因については今後くわしい研究が必要である。

日本に最も典型的でかつのぞましくない傾向としてしばしば批判されてきた薬剤費用については、米国と直接に比較できる資料はない。国内生産プラス若干の輸入が日本のなかでの総消費薬剤額だと考え、しかも利潤と流通価格は一部のものと仮定して、きわめて大まかな傾向と水準を生産額を用いて比較しようとしたのが表7である。米国は1965年から1970年までの5年間に約50%増、国民1人あたり34.61ドルである。同期間日本のそれは約2倍強、1人あたり28.6ドルと米国とそう違わない数値である。国民1人あたり保健費用総額のうえでは約10倍の差であったが、薬においてはきわめて近接している点興味深い。

ただし、米国の薬剤支出 (Drugs and drug sundries) のなかには、病院での薬剤コストは入っておらないので、日本より若干狭いとらえ方をした金額である。これの原資料は、消費者支出推計額 (consumer expenditure estimates) と薬剤供給をする公的事業下の支出額と合計したものである。日本のデータのなかには、公衆衛生用薬、ワクチンなど、予防のための薬剤を含むが、医薬部外品 (たとえば化粧品) および衛生材料は含まない。また、医薬分業が普及している米国では病院での薬剤コストは限られている。これらのことを考慮してみれば、結局米日両国の表7のデータはほぼ似たカテゴリのものであり、多少の比較は可能な数値である。



破線は米国の「保険」のなかにメデケアを含めた数値

図 6 保健費用の財源配分割合

VI 公的財源と私的財源

両国の総保健費用は、健康保険もしくは社会保障の拡大によって増加してきた、ということは、その財源の構成をみると、さらに明らかである。

米国の対人保健サービス (personal health expenditure) 内に占める公的財源は、1955年36億ドルだったものが、1970年には218億ドルに増え (1973年318億ドル)、他方患者の直接支払分 (direct payments) は91億ドルから233億ドルへという増加である (1973年312億ドル)。第3の財源は私的な健康保険であって、この金額は、同期間に25億ドルから157億ドルへという推移である (1973年216億ドル)。日本のばあいには、1955年公的財源は279億円だったのが、1970年には2,822億円へと10倍増、健康保険等は、1,185億円から18,872億円へと約16倍の伸長をみた。健康保険の拡大によって、患者の自己負担分は、1,251億円から5,629億円へという極めてゆるい増加をみただけである (表出省略)。

これら両国の三種類の財源の構成比の年次推移は、図6の3角図表で特徴的に把握することができる⁷⁾。米国では、1955年から1965年まで、公的

7) 米国の患者支払分のなかには、保険費用中の私的部分とその他の財源を含めた。この図では、底辺から頂点に向かって割合が増加するように目盛りをとっている。この図表内のある点から各辺への垂線の合計は、いずれも100%である。

財源はほぼ不変だったのに、保険を中心として、あわせて患者個人負担も増えたが、1965年からその方向は大きく変わり、公的財源の増加が2割台から3割台へと大きく増加した。健康保険の占める割合も相対的には若干減少するほどの増加であった。これは、くりかえし述べたように老人保険法というべき内容のメデケアと貧困者対象のメデケイドの拡大によるものであった。

拠出制の健康保険であるメデケアは、診療をしたばあいの任意医師保険 (Part B) をも含む保険的性格のものである。日本との比較の上では、これはむしろ保険に含めるべきとも考えられる。保険に含めた割合でみると、米国の公的財源 (Public) も日本とほぼ同様の傾向であって、2割台という一定割合を保っていて、類似した傾向を示すのが興味深い。老人保険の増加分が、個人負担割合を大きく減らした。メデケイドの金額は、この図でも公的に含まれるが、その増加割合は、1950年代に公的財源が占めていた割合を、大きくふくらますほどのものではなかった。

日米の大きな財源負担の傾向は、この15年間できわめて相似したものであるのも興味深い点である。いずれも、拠出制の保険 (公共的と純私的との差異はあるが) の増加が中心であって、中央ならびに地方政府の一般財源だけによる負担割合は一定であったことである。日米両国のばあいとも、健康保険の拡大が非労働力人口 (65歳以上) と自営者 (日本の国民健康保険のばあい) を主たる対象として進められた。そして、この健康保険による拠出料のレベルは、その国の被保険者の経済力—所得—を反映するものである。米国の老人保険と日本の国民健康保険のように、政府負担が半額もしくはそれに近い内容の健康保険であっても、保険料の算定基礎には、被保険者の所得などがあるわけである。

とくに日本のばあいは、被用者保険の保険料は賃金水準に直接的に比例する。マクロ的にみれば、日本の医療費が国民総生産に極めて比例的なものとして決定的な偶然なことではなかったわけである。

両国の公私財源負担の水準の差は、国民1人あたり金額を示した表8でみることができる (ここ

表8 国民1人あたり財源別保健費用 (暦年)
(単位: ドル)

年	公 的		保 険		患 者 負 担	
	米 国	日 本	米 国	日 本	米 国	日 本
1955	27.0	0.8	15.4	3.7	55.3	3.9
1960	36.1	1.3	27.7	7.1	72.1	4.6
1962	41.7	2.3	34.1	11.0	75.9	5.6
1963	44.4	2.9	37.0	13.8	79.3	6.1
1964	47.4	3.4	40.9	17.4	88.5	7.2
1965	50.9	4.1	45.1	20.9	93.2	7.9
1966	64.1	4.5	46.7	24.3	97.9	8.7
1967	89.7	5.0	48.3	28.3	96.0	9.9
1968	105.7	5.8	56.9	34.0	97.2	11.2
1969	116.4	6.3	64.9	39.2	108.3	13.4
1970	128.3	7.6	77.2	46.7	114.3	14.5
1971*	142.3	9.3	87.9	54.8	127.6	16.3

資料: 表1と同じ。および B. S. Cooper et al., National Health Expenditures, 1929~73. Social Security Bulletin Vol. 37, No. 2, 1974, p. 15.

* 会計年度、米国のばあいだけ。

ではメデケアは公的へ含む)。米国では、公的財源が1955年すでに27ドルだったのに対し、日本のそれは僅かに0.8ドルで、15年後も、128ドル対7.6ドルと極めて大きな格差である (1973年148ドル対18ドル)。それに対し、保険負担の方は、1970年には、米国77ドル、日本は47ドルと極めて接近した金額である (1973年101ドル対91ドル)。日本の保険料負担が相対的に高いことが明らかである。日本における皆保険という制度の存在がこの接近した数字に表わされている。

米国の患者個人負担は相対的には減少してきたものの、依然として1人あたり年間114ドル (1970年) というのは、実感としても非常に重い支出である (1973年146ドル)。保険料の負担とあわせてこの患者負担があるわけであるから、米国の高医療費負担の実状は深刻であるというべき状態にある。保険といえども、日本でもその約半額は被保険者個々人の負担である (1971年当時)。これと患者負担を含めた広義の国民負担は、米国はおよそ150ドル前後、日本でも約40ドル程度という金額 (1970年) は、両国の同年国民1人あたり国民所得 (前出)—米国3,886ドル、日本1,536ドル—と比較してもかなりの金額である。政府の財政負担上の重荷のことも同様である。

表 9 診療種類別・財源別保健費用の割合(単位: ドル)

区 分		総 数		公的 %	保険 %	患者支 払分そ の他 %
		10億 ドル	%			
米 国 *1	病 院 ケ ア	32.5	100	53	38	9
	医 師 サービス	16.2	100	23	36	41
	そ の 他	23.3	100	25	5	70
日 本 *2	入 院(病 院)	2.6	100	28	56	16
	入 院(診療所)	0.3	100	8	71	20
	入 院 外(診療所)	3.1	100	4	76	20

資料 (1) B.S. Cooper et al., National Health Expenditures, 1929~72, Social Security Bulletin, Jan. 1973, p. 17.

(2) 国民衛生の動向, 昭和 38 年, 192 ページ。

* 1. 1972 会計年度。

* 2. 1971 (暦)年。

米国の病院支出の 53% は公的財源によってまかなわれていて、患者の直接支払いは 9% にすぎない (1972 年)。米国の病院支出 170 億ドルのうち、約 1/3 の 60 億ドルの金額がメデケアからの財源であり、30 億ドルがメデケイドによってまかなわれている (1974 会計年前者約 80 億ドル、後者 41 億ドル)。なお、日本の病院支出とちがうものとして、国防省関係病院と退役軍人病院への費用がある。そう多額ではないが、前者が約 15 億ドル、後者が約 16 億ドルである。

日本の病院における入院費用のうち 28% が公的費用でまかなわれている。健康保険等が 56% で最も多い割合である。日本の公費負担は、米国のそれと若干ちがう。全体の 5 割以上が公費負担で占められるところの結核と精神病による入院が、その中心的なものである。同じ入院でも診療所のばあい、公費負担の割合は 8% にすぎない。診療所の外来診療のばあいは、健康保険の割合が 76% とその大半を占めている。日本の医療費の増加は、主にこの健康保険負担による外来診療の拡大であったことは、表 9 の一時点におけるデータからも読みとられる。患者負担が入院と外来でさほど変わらないのも日本の特色である。いいかえれば、少なくとも 1970 年代前半までは、日本の一般の入院患者は相対的に重い経済負担を余儀なくされてきたことの証左である。米国の入院ケアにおける個人負担は 9% にすぎない。今後は主要疾病ご

表 10 疾病別総医療費 (日本) (単位: 10 億ドル)

年	一 般 診 療		精 神		結 核	
	金 額	指 数	金 額	指 数	金 額	指 数
1962	1.36	100	0.09	100	0.23	100
1963	1.68	124	0.13	131	0.26	112
1964	2.11	156	0.17	172	0.30	128
1965	2.59	190	0.20	206	0.31	131
1966	3.04	224	0.23	239	0.31	132
1967	3.60	264	0.26	261	0.32	134
1968	4.37	317	0.34	336	0.33	140
1969	5.08	369	0.38	378	0.35	147
1970	6.13	445	0.46	464	0.38	159
1971	7.27	487	0.56	517	0.42	162

国民衛生の動向, 昭和 47 年より計算。

とにわけてみた公私の医療費のデータが必要である。多くの国では、伝統的に公費負担の対象であった伝染病・結核への公費負担の制度を変えて、老人の病気や慢性疾患や、交通災害・公害等へ公的財源を投下することが予測されるからである。

日本の既存のデータとしては、精神病と結核ならびにそれ以外全体の医療費のデータがある。

表 10 は、最近 10 ヶ年間の推移をみたものである。一般疾病による増加は 4.8 倍、精神病のそれは 5.2 倍である。結核患者数は減少しているが医療費の絶対額は少しながら増加している。精神医療費が 1968 年から急増したのは、外来患者の治療費を国・公共団体が負担する制度が発足したためである。古いデータになるが、1963 年米国の結核医療費は約 2 億 4 千万ドル、精神神経系の病気の医療費は約 24 億ドルと推定された⁸⁾。同年の日本のデータと比べると (表 10)、結核については意外にも同程度の金額、精神病については約 20 分の 1 の金額の支出であった。

VII 考察——主要な点について

1) 保健費用と国民総生産との関係

保健費用総額の推移とレベルとに影響を及ぼす要因は非常に複雑に入りこんでいる。本稿でとり扱った範囲内のマクロの資料から、これらの要因を証明できることは多くはない。また、二国間の

8) U.S. Department of Health, Education and Welfare: Estimating the Cost of Illness.

比較となるとまたその違った制度や背景のいろいろについての関係もある。統計的な指摘とあわせて、理論的な整理の必要が出てくる。

対 GNP の割合については、既に指摘した点を更に布衍すると、二つの問題設定ができる。一つは、米国のように、病院を中心とする施設・設備への支出を中心とする国では、国全体の一般的な生産の伸長を上まわる資本投下を促進させたという問題。米国のばあい病床数や施設数の拡大でなく、質的な向上が中心で、しかもそれがかなり重複的非効率の提供であった。

高度の専門職への分化と新規職種の導入は違った動向ではあったが、施設の高度化の裏づけとして、いわば病院の「格」だけでなく、「名声」を得るために「超」専門医と資格をもち修練をへた職員が必要だった。

米国のばあい、Somers & Somers が 1960 年代はじめに指摘したように⁹⁾、1965 年以前は私的非営利健康保険の拡大が、医療産業（主に上述の病院と医師・歯科医師サービス）のインフレーションを促がした。患者の医療費負担の重かった入院保険と入院時の医師サービス保険に重きがおかれたのは当然であった。この需要側からのインフレ促進と供給側の拡大とは、互いに原因となりまた結果にもなり、相互に影響しあったとみるべきであろう。Marlin S. Feldstein は、最近、病院費用の増加が医療費増加のなかでも最も著しかったことを指摘したが¹⁰⁾、更にそのなかでも労働費用の追いつき現象 (catching up) と需要増とをあげている。健康保険の適用拡大が病院利用の増加をもたらした、この増加は病院の高価な諸設備と高度なスタッフの拡大につながった。そのことはまた入院患者の経済的負担の増大をもたらす。とくに貧困者や高齢者への社会的制度による医療費軽減措置が必要となる。

米国におけるこのような供給と需要の循環的影響関係は、GNP のレベルや動向と一応独立的に

経過するものだったという理解ができる。ブルー・クロスやブルー・シールドなどの供給側との連けの下での保険など、この循環的關係を示す典型例である。さらに、米国のばあい、医療費支払方式が診療行為別料金制 (fee-for-service) であるとか、病院の開業医師による利用などが、「高度医療」と診断・治療・収容施設の新規化につながったという特殊的側面もある。新しい医療技術や自動化も最近における病院高度化の実現要因であった。いずれにせよ、基本的な関係として、健康保険と社会保障とによる「購買力」拡大および医療産業「供給レベル」の上昇という相互関係を指摘できる。

第二には、日本のばあいは、外来診療中心の労働量中心の医療活動に大きく依存し、結局、医療費は GNP に比例する伸長を示したという問題がある。

日本の医療は、米国とちがって、相対的に数の多い開業医と低い賃金をうけとる労働力に支えられてきたのが特徴的である。診療所あるいは中小病院が入院サービス部門をカバーし、他方大規模病院も多数の外来患者へ一般診療を提供した。

国が法制でもって普及させた健康保険は、需要そのものを増加はさせたが、そのことは入院設備・諸技術・スタッフなどの面で米国ほどの高度化につながらなかった。入院期間を延長させる（あるいは従来通り）とか、外来受診頻度を増したりした。量的拡大中心だったのは、健康保険法等によってとりきめる診療報酬料金が法律改正によらなければ引き上げできなかったことも影響している。このことは、日本の医療費が国民総生産の伸び率以上に拡大はできなかった一つの理由になろう。両者の平行的増加については、はじめの章ですでに指摘したとおりである。

2) 日本の国民医療費増加の要因について

日本のこの対国民総生産比については、別の見方も成立つ。つまり、GNP に平行するというほどの「異常に高い」伸びを促進させたものは何であったかという見方である。ここでは、日本の GNP の増加をいわば「異常」とする前提がある。

9) Somers H. M. and Somers A. R.: Doctors, Patients, and Health Insurance, The Brookings Institution 1961, 特に第 5 章参照。

10) Feldstein M. S.: The Medical Economy. *Scientific Americans*, Sept. 1973, p. 151~159.

一つは需要側からの諸要因がある。国民皆医療保険、人口の老齢化、国民の意識の向上、疾病の増加、所得上昇などの諸要因がある。これらのうち、国民総生産となんらかの強い関係が考えられるのは後の二者である。産業災害による傷病、疲労からくる病気、交通傷害、公害病など産業と生産拡大による直接的な傷病の増加に加えて、都市化や過疎化による病気の増加がある。ニードとデマンドの両方からの諸要因が大きく作用したが、そのうちどれが主たるものであったかについての統計的な検証は課題となって残されている。

第二のグループの諸要因は、供給側のものである。いわゆる“Roemer's Law”¹¹⁾といわれるような、供給量が需要をきめるという現象がある。日本でも健康保険被保険者についての1人あたり費用をみると、大きな傾向として、対人口比医師数あるいは病床数の多い都道府県ほど、1人あたりの費用が高いという特徴がある。少しく単純化していえば、医療供給側は、どこでもある一定以上の収入をめざす、つまり、医師あたり人口が少ないと、被保険者1人あたり費用（保険）の増大に向うということである。需要や患者のニードにプラスして、医療の供給量の要因も働くのではないか、という問題である。

以上の需要と供給両面のうち、どちらが主要なインフレ促進要因であったかは未だ課題として残されている。とくに1973年以降老人医療（70才以上）費負担が軽減されたことにより、受診率はまた増加しつつある。米国にくらべてみて、老人にたいするホーム・ヘルスサービスの少ない日本では、老人の外来診療費と入院費用が、一時的とみられるが急増している。需要側の影響が強く出ているようにみられる。

しかし、長期的にみて、なぜ日本ではその拡大が病院施設の高度化に顕著に向わなかったのか。病床数の量的拡大だけでとどまったのは何故か。この理由としては、大規模病院建設の特別融資制

度、たとえば Hill-Burton Act と同じようなものがなかったことも考えられる。1961年から医療金融公庫が発足したが、民間中小施設への融資が中心であった。国と地方公共団体からの財政援助が少なかったこと、むしろ公的病床拡大と新規化が行政的に抑制されたこと、そして入院関係の料金が低くとりきめられていたことなどがある。各病院の独立採算的運営は、総額としての労働費用を低くおさえるため、新しく専門的な資格をもつ職員の採用をさけてきた。また、医師・歯科医師・看護婦などの再教育や修練の施設や機会を設ける努力も立遅れていた。

利益をもたらず診療行為での供給増大は強く志向されたが、米国のような病院の「格」や「名声」につながる面での供給体制や要員・設備の急激な上昇の方向とは別のものではあった。

日本のばあい医師・歯科医師の報酬、給料（賃金）の増加は著しかった。これは労働費用としてよりも、医師・歯科医師を中心とする所得の向上とみなすべきである。この向上は、医療費上昇の大きな要因の一つであったことは間違いないが、他の職種の労働費用となると、必ずしも“追いつき”現象というべきことはみられなかったといえよう。女子の全体が未だ低い賃金を得ている日本では、看護婦の賃金は最近になってようやく上昇するきざしにある。

3) 米日両国の国民1人あたり医療費レベルの差異と今後の展望

二つの国のあいだの病気の種類と構成にそう大きな差がなくなり（とくに伝染病と栄養障害など）、さらに医療技術のレベルが同等に近くなると、国民1人あたりの医療従事者数や医療の内容もそう大きく違わなくなってくる。従って、1人あたり医療費も近似的になってくると考えられる。しかし、このマクロ的な見方で総額としての医療費を比較してみても、米日両国には大きなひらきがあった。1人あたり国民所得のうえでの差が2倍（1970年）、医療費は5倍の差である。仮りに日本の医療費を広義のものとするため4割増としても3倍以上のひらきがある。

11) Roemer, M. I.: Bed Supply and Hospital Utilization. *Hospitals*. 35 (36) 1961. これをめぐる討論については Klarman, H. E.: Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs. *Medical Care*. VII (3) 1969 が詳しい。

この開きは、いままでの説明では次のようなものであった。

	米国	日本
1人あたり医療費	高 341ドル	低 69ドル
1人あたり病院費	高 134ドル	低 32ドル(入院費)
1人あたり薬剤費	低 34ドル	高(相対的に) 28ドル(生産額)
1人あたり医学研究費	高 25ドル	低 ?

両国ともこの高い医療費部分について、なんらかのコントロールをくわえる対応がなされている。米国では、公的病床数の削減と新規設備の規制そして1974年からの医学研究費の削減、専門的規準審査機関 (Professional Standard Review Organization) の導入がある。日本では、薬剤の使用額を下げるために、付添の禁止の措置がとられた。現実には薬の使用量の伸びは頭打ち傾向にある。また点数制による間接的なコスト・コントロールも見のがせない。しかし、日本のばあい、医学研究費は今後増加すると予測される。新しい医学校の設置がそれを促進し、高度医療への費用増加をプッシュすると思われる。全体としての今後の伸びは未だまだ続くものとみられるが、その内容・配分問題が課題である。

米国のばあい、価格凍結対策の重要な一環として「病院インフレ」問題が世上広くとり上げられた。医師や施設の不均等分布を是正し、「もっと外来診療や一般診療を拡大してほしい」という要望が大きくなってきている。健康保持機関 (HMOs) も政府のテコ入れで増加しつつある。部分的であるが、人頭請負方式の導入が現実に進んでいる。もしも新たになんらかの「国民的健康保険法」を制定するなら、それだけで数十パーセントの医療費増が予測されている。しかし、米国ではコストの問題にあわせて、医療の質向上への対策が強く志向されているのが特徴的である。

米国と日本とでは、医療組織と社会保険のちがいはあるが、他の点とくに医療費インフレーション

の一般的傾向では類似の国である。両国の比較研究から学び得るものが多い。本稿で分析しつくせなかった政府の財源構成の比較、保険関係データの利用、受療率や健康指標の比較などは今後の研究課題である。

参考文献 (引用したもの以外)

1. Baron D. P.: A Study of Hospital Cost Inflation *The Journal of Human Resources*. ix(1). Winter 1974, p. 33~49.
2. Cooper M. H. and Culyer A. J. (ed.): *Health Economics*. Penguin Books Ltd. 1973, pp. 396. このうち、とくに Mann J. K. and Yett D. E. "Hospital Costs" 参照.
3. Fuchs V. R. (ed.): *Essays in the economics of health and medical care*. Columbia Univ. Press, 1972, pp. 239 とくに Fuchs "The Growing Demand for Medical Care" 参照.
4. Holtmann A. G.: Prices, Time, and Technology in the Medical Care Market. *The Journal of Human Resources*. VII (2). Spring 1972, p. 179~190.
5. Klarman H. E.: Increase in the Cost of Physician and Hospital Services. *Inquiry*. VII (1). Mar. 1970, p. 22~36.
6. McCaffree K. M.: Price and Wage Controls and the Economics of the Health Care Industry, *Medical Group Management*. Nov./Dec. 1972, p. 9~15.
7. Pettengill J.: The Financial Position of Private Community Hospitals, 1961~71. *Social Security Bulletin* 36(11). Nov. 1973, p. 3~19.
8. Waldman S.: The Effect of Changing Technology on Hospital Costs. *Research and Statistics Note*. 4~1972.
9. Kohn R. and Radius S.: International Comparison of Health Services Systems—An Annotated Bibliography—. *International Journal of Health Services*. 3 (2), Spring 1973, p. 295~309.