

デリック・フルチャー著

『医療保障制度』

Derick Fulcher, *Medical Care Systems:
Public and Private Health Coverage in Selected Industrialised Countries,*
International Labour Office, Geneva, 1974.

山 崎 泰 彦

I

本書は、ILO の 1973 年度のプロジェクトによる、産業化された国々における医療保障制度に関する調査研究の成果をまとめたものである。

研究のメイン・テーマは、(i)各国の医療保障制度間の相対的なメリットの比較、(ii)私的医療保険および私的医療の役割、(iii)高額医療費に対する対応、の3点であった。

研究対象として取上げられた国は、日本、西ドイツ、イギリス、オランダ、オーストラリア、ニュージーランド、ベルギー、スウェーデン、スイス、デンマークの10ヵ国、調査時点は1973年であった。

本書の構成では、第1部で上記の3つのテーマにもとづく包括的な議論が展開され、第2部で各国の個別的な状況が述べられている。

この書評では、本書の全般にわたって扱う余裕がないので、上記のテーマのうちの(i)について簡単にふれたあと、(ii)を重点的に紹介したい。

II

著者は、10ヵ国の医療保障制度を2つの類型に大別している。すなわち、適用の仕方を尺度として、一元的な制度によって全国民をカバーするシステム（ユニバーサル・システム）と、多元的な制度によって各々特定の領域をカバーするシステム（セパレート・システムズ）である。これは、通常行なわれている財源調達的方式を尺度とした類型化——医療保険方式と公的保健サービス方式——と違うことに注目したい。

この10ヵ国のなかでは、ユニバーサル・システムをもつ国は、イギリス、ニュージーランド、スウェーデン、デンマークの4ヵ国である。他方、日本、オーストラリア、ベルギー、スイス、オランダ、西ドイツの6ヵ国が

セパレート・システムズをもつ国である。ただし、本書の刊行後、オーストラリアでは、1975年7月のメディバシンの創設によって、一度は完全にユニバーサル・システムへの転換がなされ遂げられた。しかし、1976年10月からは、高所得階層については民間保険の選択を認めることになり、ユニバーサリティの若干の修正が行なわれている。このように、オーストラリアに関しては、本書の記述は完全に古くなっている。

社会主義国を除けば、現状では、セパレート・システムズをもつ国のほうが圧倒的に多い。このことは、社会保障の歴史的発展過程と深いかかわりをもっている。いずれの国でも、任意の相互扶助組織が先行していた。そして、この既存の組織を利用しながら、ニーズが高く、また適用が容易な特定の階層や職域に、強制的な制度を段階的に導入するというプロセスを経て、社会保障が発展してきた。したがって、この発展過程で、ドラスティックな改革が実行されない限りは、自然のなりゆきとして、セパレート・システムズによる多元的な制度が形成される。

もっとも、セパレート・システムズの形をとっていても、国によっては、ユニバーサル・システムと実質的な相違はない場合もある。たとえば、ベルギーでは、約2,000の金庫が存在している。しかし、被用者と自営業者との間の相違を除けば、拠出、給付および会計処理などの面で、全ての金庫が同一のルールにもとづいて管理運営を行なっている。同様にオランダでも、約90の金庫があり、強制適用者と任意適用者との間の相違はあるが、強制適用者については、金庫間の格差はほとんど存在しない。

けれども、セパレート・システムズの形をとる場合、しばしば制度間の格差が発生する。西ドイツ、スイス、日本、オーストラリア（1975年6月まで）ではいずれもそうである。しかし、著者のいうところでは、このうち

西ドイツとスイスでは、制度間格差に対する批判はそれほどきびしくないという。これに対して、日本とオーストラリアでは、この問題をめぐって、激しい論争が行なわれている。実際にオーストラリアでは、その後前述したような改革が行なわれたのである。

平等化の要求に応えるには、租税負担により財源を調達するユニバーサル・システムの採用が望ましい。また、そうすれば、保健・医療サービスの面でのセントラル・プランニングも容易になる。しかし、その場合でも、教育や国防など他の領域との資源配分をめぐるよりダイレクトな競合関係が発生するとか、一方的な官僚統制の強化を招きやすい、といったデメリットがある。

他方、セパレート・システムズにもメリットがある。制度の民主的な管理運営、自発性の発揮、企業を単位とする場合の労使関係の面でのプラスの効果、地方レベルでの医師の協力を得やすいこと、予防活動による医療費の節減、などである。

このように著者は、双方のメリットおよびデメリットを取上げて比較検討しているが、総合的にみた場合、システム間の優劣をつけることは不可能だという。客観的な指標である国民1人当たりの医療費（あるいは総医療費の対 GNP 比）、管理事務費の比率なども、優劣を示す指標にはならない。

著者が重視しているのは、以上のような議論や指標ではなく、事実としての、ユニバーサル・システムに向かう歴史的なトレンドである。たとえば、セパレート・システムズを採用している場合であっても、制度の統合や調整が進展しつつある。その他、適用の拡大が進み、典型的にはベルギーのように、10 年足らずの間に適用率が 60% から 100% へと拡大した例もある。適用が国民に拡大された場合、セパレート・システムズを存続させる根拠は弱まらざるをえない。

また、実際にユニバーサル・システムに転換した国が増加しつつある。イギリス——1948年に、1911年法による国民健康保険から NHS へ。スウェーデン——1960年代初期に疾病金庫から政府機関の管理へ。デンマーク——1973年に疾病金庫から地方自治体の管理へ。これに加えて、オーストラリアが1975年にユニバーサル・システムへの転換を行なったし、本書では扱っていないが、イタリアでも1975年に国民保健サービスへの改革が実行された。もちろん、ユニバーサル・システム自体にも問題があることはたしかである。しかし、いったんユニバーサル・システムを採用した国の場合、再びセパレート・システムズに復帰するという可能性は今のところ

らないのである。

ILO のプロジェクトによる研究という制約もあるためか、著者は論争を避け、歴史的なトレンドという控えめな言い方でもって、ユニバーサル・システムの「優位」を主張している。けれども、著者は一切ふれていないのであるが、ユニバーサル・システムへの転換をもたらした個々の国々の事情はどうであったのか。このことに私は興味をもつ。セパレート・システムズの最大のウィーク・ポイントは、著者が指摘するように、制度間格差の発生であり、これが平等化の要求の高まりのなかで、ユニバーサル・システムへの転換の「引金」になる。しかし、現実の転換のプロセスは、決して単純な図式では説明できないはずである。格差の発生は、より劣った制度のインタレスト・グループからの改革要求を強める。しかし、反面、より優れた制度のインタレスト・グループは、この格差を保持しようとする態度をとる場合が少なくない。さらに、こうした対立をめぐる医療関係者の反応や、政権の座にある政党の政策も、決定的な重要性をもつ。現実には、制度間格差の調整という課題に直面しながら、一向に事態の打開がみられないわが国の現状をみると、より広いコンテキストのなかで、改めてこの問題を検討してみる必要性を痛感するのである。

III

医療という最も基本的なヒューマン・ニードについては、程度の差はあれ、先進諸国では一般に、相当な部分がパブリック・セクターによって充足されている。しかし、その反面、本書で取り上げている 10 ヶ国では、何らかの形でプライベート・セクターの存在を許容している。医療の分野でのプライベート・セクターの役割を検討することは、それ自体としても興味あるテーマであるが、それと同時に、パブリック・セクターの役割を考える際の 1 つの手掛かりになるのである。

各国の医療におけるプライベート・セクターの状況については、私的医療保険や私的医療の実態からうかがうことができる。以下では、著者のサーベイを要約して紹介する。

まず、私的医療保険についてみると、日本とスウェーデンの 2 ヶ国では、事実上、存在しないとみられている。デンマーク、ニュージーランド、イギリスの 3 ヶ国は、租税負担によるユニバーサル・システムを採用している国であるが、いずれも私的医療保険が普及している。デンマークでは、一般医の医療および一般医の紹介による専門医の医療に関しては、高所得階層（人口の 15% を占

める)についてのみ、償還方式を採用しており、医師の請求する料金と協定料金との差があるため、このギャップを埋めるべく、約22万人(人口の約4%)が私的医療保険に加入している。ニュージーランドでも、私立病院(全病床数の16%)および病院以外の一般医・専門医の医療については、給付率(または償還率)が低いため、近年、急速に私的医療保険が普及しつつあるという。イギリスでは、若干の一部負担があるものの、全住民に事実上無料で医療が提供されている。しかし、それにもかかわらず、専門医の私的医療やNHS病院のペイ・ベッドへの入院を求める患者が増加しつつあり、現在約220万人(人口の約4%)が私的医療保険に加入している。

セパレート・システムズの形をとる国のうち、西ドイツ、オランダ、スイスの3カ国は、いずれも医療保険の強制適用を人口の一定部分に限定し、強制適用外の人口の一部について任意適用を認めている。西ドイツでは、総人口に対して、強制適用率が76%、任意適用率が14%であり、残る10%が未適用人口となっている。この国の現状をみると、医療保険未適用人口のうちの460万人、適用人口のうちの540万人が私的医療保険に加入している。私的医療保険の加入率は、総人口の17%である。オランダでは、強制適用率が50%、任意適用率が20%である。医療保険の未適用人口の大部分と適用人口の10%、すなわち総人口の40%近くが私的医療保険に加入している。スイスでは、強制適用率はわずかに23%であるが、任意適用率は66%に達している。私的医療保険の加入者数は約50万人(総人口の8%)であり、そのうちの約15万人が医療保険適用者である。

ベルギーもセパレート・システムズをもつ国であるが、現在では事実上、全人口に医療保険が適用されている。この点では、わが国に類似している。しかし、ベルギーの場合、一般制度が包括的な医療給付を提供しているのに対して、人口の18%をカバーする自営業者の制度では、入院、手術および特定の重症疾患に対してしか、医療給付を行っていない。後者はいわば「高額医療費保険」となっているといつてよい。このため、自営業者の55%が、一種の私的保険である相互扶助組合に加入している。

次に、私的医療の実態について紹介しておく。私的医療について、著者は、国との契約関係なしで提供される医療、と定義している。すなわち、医師自身が医療サービスの料金を決定し、患者が受診時に直接医師に料金を支払うシステムである。したがって、患者が受診後に医療保険から償還を受ける場合も、本書では私的医療とし

て取扱われている。

日本では、医師の大部分が保険医療機関において、保険医として診療に従事している。そのため、私的医療を受ける患者もごく少数であり、全患者の約3%である。

スウェーデンの医療は、しばしば「社会化医療」と称されている。たしかに、入院医療については、公立病院が全病床の大部分を占め、しかも公立病院では私費病床も存在せず、文字どおり無料化されている。しかし、入院外の医療では私的医療がかなり存在している。この国の入院外医療の受診件数の25%は個人開業医によって提供されているが、都市部ではこの割合が高く、とくにストックホルムでは50%を占めるという。個人開業医の医療については、償還方式によって給付が行なわれており、実際の償還率は50%程度である(しかし、その後の改革により、1975年現在では、個人開業医の医療についての患者負担は一律に20クローネとなっている。なお、病院の外来、地区医療官の医療では、患者負担は12クローネである)。前述したように、公立病院では私的医療は存在しないが、病院勤務医の20%程度が、病院を離れて勤務時間外に私的医療を行なっている。

スウェーデンと同様にユニバーサル・システムを採用している、デンマーク、ニュージーランド、イギリスでも、程度の差はあれ、私的医療がかなり行なわれている。

まず、デンマークでは、前述したように、病院以外の医療では、高所得階層について私的医療がベースになっている。これに対して、病院はすべて公立であって、所得階層を問わず無料化されている。ただし、その場合でも病院の医長については、勤務時間外の私的医療が認められている。ニュージーランドの場合、病院以外の医療は全て私的医療がベースになっている。この場合、国からの償還率(給付率)はかなり低く、一般医では約30%、専門医では約50%である。公立病院の医療は、入院および外来ともに無料化されているが、私立病院では私的医療が行なわれている。イギリスの私的医療は、一般医ではほとんどなく、病院のコンサルタントの間で広まっている。コンサルタントの場合、パート・タイマーの形でNHSの診療に従事し、残りの時間をNHSのペイ・ベッドの入院患者や外来患者の私的医療にあてることが認められているからである。現在では57%のコンサルタントがこの勤務形態をとっている。ペイ・ベッドは全病床の1%であり、私的医療を受けている患者は、患者総数の2%程度と推定されている。

次に、セパレート・システムズを採用しているヨーロッパの4カ国の私的医療の現状についてみてみよう。

西ドイツでは、人口の約 10% が医療保険に適用されていないので、私的医療はかなり存在しており、金庫医の所得の約 20% は私的医療によるものと推定されている。病院勤務医の場合は俸給制であるが、医長のみは私費患者をもつことが許されている。オランダでは、人口の 30% が医療保険未適用であること、また、大部分の病院が慈善病院あるいは私立病院であるため、私的医療の範囲はかなり広い。スイスでも私的医療がかなり行なわれている。それは、人口の 10% が医療保険未適用であること、金庫加入者のうち高所得階層については医師が自由に料金を決定できること、病院の医長には私的医療が認められていること、病床数の約 1/4 は私立病院であること、などの事情による。ベルギーでは、医師の 10% が公定料金を認めず私的医療を行なっている。また、公定料金を受け入れている医師の場合も、公定料金による診療日および時間を指定し、その他の日時では私的医療を行なうことができる。病院にも私費病床が設けられており、私的医療が行なわれている。

以上のサーベイにひきつづいて、著者は、プライベート・セクターの役割をめぐるさまざまな議論を紹介している。プライベート・セクターがパブリック・セクターと共存していることについての、支持論と反対論は次のように要約できる。

第 1 の争点は、提供される医療の質をめぐる問題である。すなわち、批判者は、プライベート・セクターを許容することによって、パブリック・セクターの医療が二流の医療に転落してしまう、という懸念を抱いている。一方、医師の側はこれを否定するのが通常である。

第 2 のより実際的な争点は、受診上の便宜 (convenience または timing)、あるいは快適さ (comfort) をめぐる問題である。現状では、必ずしもより高度の医療を受けたいというのではなく、むしろよりスピーディにタイミングよく、かつ快適に医療を受けたいという患者側からの欲求がある。そうして、この欲求に対応した形でプライベート・セクターが存在しているという側面も否定できない。これに対する批判は、いずれも待期リストのとび越し (queue-jumping) をついでいる。つまり、このとび越しが、受診の遅れ=待期の存在、に拍車をかけているというのである。一方、この問題については、次のような主張もされている。まず、待期の存在の基本的な原因は、全体的な医療資源の不足というよりは、資源配分の不均等な配分にあること。また、病院経営の観点からみて、ベッドの効率的な回転を図るためには、ある一定の待期が必要である、という指摘である。

以上の 2 点は、いずれにしても、かなり主観的な、道徳的判断あるいは公平性の概念にかかわってくる論議である。これに対して、私的医療保険をめぐる批判は、より客観的な根拠にもとづいている。それは、多くの場合、保険料が課税控除されているため、事実上、低所得階層から高所得階層への所得の再分配が行なわれている、という点をついでいる。

その他の、プライベート・セクターの存在をめぐる支持論と反対論を、著者は次のように要約している。

支持論——(i) 医療に対する公共支出の減少に寄与する。(ii) 消費選択の自由により需要が拡大し、医療資源を増加させる。(iii) 私的医療による稼得機会が与えられることにより、全体としての医師の診療時間が延長され、患者の受診機会が拡大する。(iv) 私的医療の機会を許容することにより、ファースト・クラスの医師をパブリック・セクターの医療の内部にひきとめることができる。(v) 私的医療のバイタリティーが医療の発展を刺激する。(vi) パブリック・セクターの医療が確立するためには、医師の協力が不可欠である。そのためには、リーゾナブルな範囲での、私的医療保険および私的医療は必要である。

反対論——(i) 医療資源に制約があるので、プライベート・セクターに対して資金を投入することは、一般大衆の受診機会を制約してしまう。(ii) 公立病院の上級医師の私的医療を認めることは、上級医師と下級医師の間の所得格差を不当に拡大し、下級医師の不満を高める。また、上級医師の下級医師に対する監督がおろそかになったり、一般患者の診療時間が制約されてしまう。(iii) 私費患者の便宜や快適さの水準が、パブリック・セクターに対するペース・セッターとして作用するとは考えられない。

以上のように、プライベート・セクターの役割をめぐる議論を、著者は要領よく整理している。しかし、本書がそこまでとどまっていることに、私は若干物足りなさを感じる。そこで、やや荒削りではあるが、別の視点から問題を考えてみたい。

社会保障一般の発展のパターンがそうであるように、医療についても、パブリック・セクターの拡大にともなって、プライベート・セクターの役割は次第に縮小される。ところが、こうした展開は、医療にプラス・マイナスの二重の作用を及ぼす。いうまでもなく、医療は医師—患者関係のうえに成立している。したがって、プラスの作用とはこの関係のよりスムーズな展開を、逆にマイナスの作用とはこの関係の阻害を意味する。

パブリック・セクターの拡大による医療需要の社会化によって、医師と患者の間の「経済的障壁」が除去ないしは縮小されるという点では、両者の関係にプラスの作用を及ぼす。ここで経済的障壁とは、患者が金銭的な理由により十分な医療を受けられないとか、逆に医師の側でも十分な報酬が得られない、といったことである。しかし、このことは反面、医師―患者関係に対する公権力を背景にした第三者の干渉が強まることでもあり、その意味では両者の関係にマイナスの作用を及ぼす。すなわち、第三者の介入は、程度の差はあれ、医療という本質的にパーソナルなサービスを規格化してしまう。また、この介入は、医師の所得を制約するし、患者の医師選択の自由をも拘束する場合が少なくない。

医療保障の適用面でのユニバーサリティ、および給付面でのコンプレヘンシヴ・メディスンを求める強い社会的要請があることはたしかである。しかし、その方向に向かってスムーズな展開が図れないのは、それが医療の

本質と矛盾する要素をともなうからである。現実には、本書で取り上げている先進資本主義国の全てが、なおプライベート・セクターを存続させている。このことをあえて積極的に評価するとすれば、プライベート・セクターが、この矛盾・緊張関係のなかで、「緩衝装置 (shock absorber)」の役割を果たしているということであろう。医療の社会化の代償といってもよい。

最後に、日本の現状についてであるが、著者のサーベイによれば、私的医療および私的保険ともにほとんど普及していないのは日本だけである。たしかに表面的にはそうであろう。しかし、問題はむしろ、緩衝地帯が明確化されていないことにあるのではないだろうか。そのために、乱診乱療や差額徴収が一般化するなど、パブリック・セクターのなかに事実上の私的医療が潜入している。その意味では、緩衝地帯をより明確にすることが、医療の社会化を促進するうえでも重要なことではないか、と私は考えている。