

によって年金請求権が得られるものとする。これらの者のばあいの後納の保険料は、任意継続被保険者に適用される保険料率に準ずるものとする。

- (4) その他のこれに相当する保険への加入の証明があるばあひまたは経過期間中にあまりにも高年齢であるばあひには、適用が免除される。

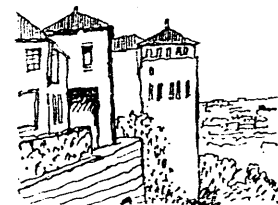
(注) 現在、西ドイツには自営業者が約302万人(1967年)おり、農林業に93万人、製造業に72万人、商業に75万人、自由業に62万人が従事している。全体の数は、1950年の325万人に比べて減っているが、商業および自由業の自営業者の数は増加している。減少しているのは、農林業および製造業の自営業者である。

(K. Schmücker, "Auch Selbständige sind schutzbedürftig", *Arbeit und Sozialpolitik*, 11/12, 1968, ss. 359~360.)

(石本忠義 健保連)

病院利用と病院費用の国際比較

——カナダと合衆国，1948年～1966年——



さいきんの病院費用の急増は、合衆国における深刻な関心事となってきた。国民1人あたりの一般病院への平均支出額は1962年から66年まで年に約10%ずつの増加をみせている。こういう状況の下で、経済制度や病院組織のうえでは類似しておりながら病院費用調達のうえで異なる制度をもつカナダとこの面の比較をすることは意義あることとおもわれる。

合衆国での病院費用の支払いの一次的手段は民間の健康保険である。これによる支払いは一般病院費用中約7割に相当する金額に達する。1966年から租税を財源とするいわゆるメデケァが発足したが、これの支払い額はごく限られた金額でしかない。他方、カナダに

おいては、1958年から連邦の財政援助の下で州営の病院保険制度が発足し、ケベック州の1961年1月の実施をさいごにこの制度は全住民に適用されることとなった。この保険では、入院費用だけを対象とし定められた病室にしか入院できないが、入院期間に制限はない。この制度においては、七つの州では一般の租税を財源とし、他の三つの州では州の一般会計プラス保険料もしくは入院税を財源としている。

両国における病院保険は、病院の経常費をコントロールする点でも異なっている。合衆国では、ブルークロスもしくは民間の保険会社が、一般に病院から請求のあった金額そのものを制限なしに支払うやりかたをとって

る。そのためどうしても病院費用はますます高価の一途をたどることになる。また、合衆国の現行制度のもとでは、各病院間の施設・設備の重複投資の回避策はとられていない。これにたいし、カナダでは、病院保険制度のもとで、各病院を「予算評定」基準でもって経理するやりかたをとっている。各病院は、患者数や職員状況などの資料をつけたくわしい経年的な資料と予算書を州に提出する。州当局は費用管理の観点からこの計画を検討しときには支出規制をする。

〈病院利用〉

人口1,000対のカナダの「公的」一般病院病床数は6.1床、合衆国の非連邦病院のそれは4.3、床であり(1966年)、その伸び率もカナダの方がいちじるしい。人口1,000対入院患者数も、カナダ152、合衆国140で(同上年)、1948年から1966年までの伸び率は前者が37%、後者は33%である。平均在院日数は、カナダでは11.9日から11.8日へ、合衆国では10.3日から8.7日へと変化してきたが(48年-66年)、カナダでは、病院保険が発足した

1958年のあとより長い日数を示している。合衆国では、メデケァ施行の影響であろうか、1966年以降若干の伸びをみせている。入院率の地域差は、カナダの方が大きい。

両国における入院利用推移の異なるパターンをもたらした要因としては、カナダの病院保険制度による入院しやすさがあげられるべきである。しかし、両国の病院利用の差異は、この制度発足以前にもあったのであるから、この入院しやすさ以外にも種々の要因があると考えられる。カナダにとくに入院日数が長いことの要因としては、この国にナースングホームが少ないこと、病院保険の内容のちがい、人口密度や医師分布のちがい、さらには冬の期間の長短とか医師の診療上の習慣などが考えられる。なお、グループプラクテスをとる前払い保険においてはより短かい入院日数がみられることから、両国のいずれにおいても不必要入院があると指摘する人もいる。

〈病院費用〉

患者1人1日あたり費用は、1966年カナダ

で35.7ドル、合衆国では45.5ドルである。このような差をもたらす要因としては、たとえば生活水準のちがいなども考えられるが断定はできない。一部には、合衆国病院が大規模でありそれが費用高額化につながる、ということがあるのかもしれない。この1日あたり費用は、1948年を100とする指数でみると、1966年には、カナダでは362、合衆国では296であるが、カナダではとくに1959年以降の増加がめだっている。1959年以降の医療のレベルアップと職員数の増加の帰結である。また、住民1人あたり(年間)一般病院経常費用は、カナダでは1948年に10.1ドルだったものが、1966年には64ドルへと急増した。合衆国においては、同期間に12.5ドルから55.2ドルへと増加した。このようなカナダにおける急増は、1人1日あたり費用の増加の反映というよりも、むしろ入院率・平均在院日数延長のもたらしたものである。GNPに占める病院費用割合は1948年にはカナダが0.9%、合衆国0.7%、1966年にはカナダ4.2%、合衆国3.7%であり、これまたカナダの方に増加が顕著である。州ごとの1人1日あたり費用

をみると、1966年カナダの最低はプリンス・エドワード・アイランド州の27ドル、最高がケベック州の44ドルである。合衆国での最低はイースト・サウス・セントラル州の36ドル、最高はパシフィック州の56ドルである。

〈むすび〉

カナダの方がより高い入院率、長い入院期間を示すことが知られたが、これはカナダの病院保険制度施行前にもみられた傾向である。カナダにおける入院保険は入院費用の伸びを促進した。この点で、病院費用をコントロールするものとして導入された「予算評定」のやりかたがどの程度効をそうしたのかを結論することは難しい。入院利用の差異をもたらす理由や、そのような差異が医療の質とどうかかわりあいをもつのか、という点などは今後検討すべき課題である。

(Louis S.Reed &. Willine Carr, "Utilization and Cost of General Hospital Care; Canada and the United States, 1948-66", *Social Security Bulletin*, Nov. '68 Vol. 31, No.11)

(前田 信雄 国立公衆衛生院)

(15ページからつづく)

ところで、ベルギーでも、最近では、急速な技術革新が進行し、また、1人当たりの所得も上昇し、雇用の構造も変化してきた。しかも労働力化される以前の青少年層では、学校や訓練所で就学する期間が長くなり、他方、人口の老齢化も進んできた。しかも、筋肉労働者数の増加率は鈍化し、減少の傾向が現われ、この傾向は、鉱山労働者にとくにいちじるしい。これらの事情から、賃金労働者の3グループの年金制度では、財政的な危機が現われてきたが、その危機感を促がした要素の1つに、それらのグループが労働力の減少傾向にもかかわらず、賦課方式を採用しているということであった。

これらの事情からして、今回の改正で、最も重要な意義をもつのは、財政的統一であったといえよう。つまり、この統一は財政的な公正の実現と賃金労働者グループに現われる保険料収入の減少に対する相殺を、基本的な目的とするものであった。財政的不均衡の例として、1967年末現在の状況をみれば、頭脳労働者の制度は

190億BF（ベルギー・フラン）のバランスを示しており、給付に対する支出は58億BFであった。これに対して、筋肉労働者では、給付支出が178億BFで、収支残高は14億BFにすぎなかった。とくに、鉱山労働者では、バランスが赤字となっていた。かかる事情のもとで、改正が行なわれ、その結果、賃金労働者のグループに対して、俸給取得者から83.6億BFが提供され、しかも、後者には、まだ106.4億BFが残ることになった。

これら財政的調整に対して、前述した拠出負担の較差是正では、たとえば、賃金取得者の拠出率は引上げられるのに、俸給取得者の拠出率は1970年まで、据えおきとされている。たとえば、1968年1月から、労使双方の負担分を合せた拠出率を、鉱山労働者は10.5%から12.5%に、海員は12.0%から12.5%に、それぞれ引上げられた。また、所得の最高額の統一は、1974年に実現されることになっており、その時点で、拠出率と所得の上限が検討される予定となっている。(53ページへつづく)