

い。エチオピアでなされた WHO のデータによると、人口密度が疎である地域での保健所への1訪問あたり費用は、人口密度が高い地域のそれより高価につくことが明らかであった。保健サービスの費用は、結局は人件費に

依存することが知られている。

### 3. 提案された調査 (略)

Milton I. Roemer : Evaluation of Community Health Centres. WHO. *Public Health Papers* 48. 1972. pp. 42.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 1971年私的健康保険の現状

(アメリカ)



### I

アメリカの社会保障について考える場合、私たちが常に念頭に置いておかなければならないのは、私的な保険制度や私的な社会福祉事業の重要性である。厳密な意味では、社会保障は公的な制度に限られるであろうが、国民生活のあらゆる局面で、その生活を支えている諸制度を包括的に捉え、その中で社会保障制度の意義を明らかにするためには、私的な諸制度についてもその役割を正しく評価しておく必要があるのである。

ことにアメリカのように私的な諸制度の役割が大きい国では、このことは一層重要性をおびてくる。この国では、1965年に老人を対象とした健康保険制度が制定されたものの、今なおその他の国民には公的な健康保険制度は存在していない。私的な健康保険制度の持つ意味がアメリカ国民にとっていかに大きいかは容易に想像できるのである。

ここに紹介する文献は、私的な保険制度が国民の医療に果たす役割を、いくつかの統計をもとに分析したものである。必ずしも私的

な健康保険の意義ないし限界を十分に解明しているとはいえないが、将来の公的な健康保険制定への動きを占なう上でも、一つの手がかりを与えてくれるものである。

### II

一口に私的な健康保険といっても、それには大きく分けて三種の種類がある。

第一は、ブルークロスとブルーシールドである、前者は主に入院時の諸経費をカバーする制度で、全米に約80の地域的な組織を持っている。後者は主に医師の診療費をカバーする制度で、やはり全米にほぼ同数の地域組織を持っている。両者は共に営利を目的としない組織である点が、次の保険会社とは異なる点である。

第二は、保険会社による健康保険である。各個人が保険会社と契約を結ぶ形も少なくないが、被用者等の団体による団体保険の形をとる場合がはるかに多い。

第三は、独立制度と呼ばれるもので、これには、被用者団体や労働組合が運営するもの、地域的な組織や消費者組織が運営するもの、医療団体が運営するもの等が含まれる。

## III

それでは一体これら私保険はどの程度利用されているのであろうか。医療費の主な項目別にその適用状況を1971年末の推定値で見ると、入院費を私保険でカバーしている人々は全人口の77%におよんでいる。また外科医診療費については全人口の74%が、入院時の医師の往診費については72%の人々が、レントゲン費・実験検査費は71%の人々が私保険を利用している。その他の診療費、処方箋薬剤費、看護費等では私保険を利用している人々は全人口の50%前後にすぎず、歯科医診療費にいたってはその適用率は8%弱となっている。

この数字でも明らかなように、健康保険の中心は比較的高額な入院費等の医療費であって、それ以外の医療費についてはまだまだ適用人口は限られているのである。最近の傾向としては、健康保険も次第に医療を包括的に捉えて、各種の医療費を一括してカバーする保険が重視されるようになってきている。例えばレントゲン費・実験検査費、処方箋薬剤費、看護費等については、私保険に加入している

人々の全人口に対する割合は、1962年以来約倍増している。また歯科医療費についてはその適用率は15倍にもなっている。しかしこうした傾向にもかかわらず、今なお私保険の総給付支出のうち64%が入院費によってしめられており、医師の診療費としては31%が支払われ、その他の医療費は5%程度にすぎない。このことは次のことから明らかである。すなわち、総医療費のうち私保険で支払われたものは42%におよんでいるが、入院費と外科医診療費を除いた医療費だけをとると、それら医療費のわずか6.2%しか私保険で支払われていなかったのである。健康そのものの維持ではなく、高額な経済的負担に対して予防することを目的とする私保険の考え方が強く現われている。こうしたことから、国民健康の維持を目的とする国民健康保険制度が各界から強く求められているのである。

さらに適用人口についても一つ注意すべき点は、どの健康保険にも加入していない人々の存在である、65歳未満の人々についてみるとその数は20%にもおよんでいる。それに対して65歳以上の人々についてはその数は3

～4%にすぎない。ほとんどの老人が公的な老人健康保険を利用しているからであって、老人健保の果たしている役割がこれらの数字にも明確に現われているのである。

## IV

私的な健康保険の中でも、最もよく利用されているのは保険会社によるものである。入院費を私保険でカバーしている人々のうち、ブルークロスやブルーシールド加入者は全体の36%、保険会社と契約を結んでいる者は60%、独立した制度に加入している人々は4%となっている。こうした比率はその他の医療費の項目についてもほぼあてはまる。例外としては、歯科医療費について、独立した制度に加入している人々の割合が全体の41%と高いのが目だつ程度である。また全体を通して、個人契約よりも団体契約の方がはるかに多いのは、多くの被用者が職場を通じて健康保険を利用しているからであって、将来何らかの国民健康保険制度が実施される場合にも、これらの団体保険がその中心になると考えられる。

保険の種類別分析で興味深い点は、その種

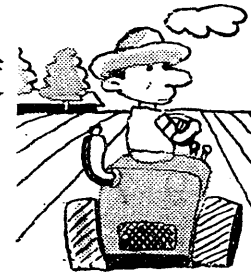
類によって、適用者一人当りの給付額、管理費等に違いが見られる点である。例えば適用者一人当りの年間支出を入院費についてみると、ブルークロス76ドル、ブルーシールド59ドル、保険会社の団体保険52ドル、保険会社の個人保険16ドル、独立制度の場合は60ドルとなっている。これは各保険によってカバーしている入院費の内容が異なるからであって、より包括的に入院費をカバーしているブ

ルークロス加入者の病院利用度が一番高く、したがって一人当りの入院費支出も一番高いのである。

Marjorie Smith Mueller, Private Health Insurance in 1971: Health Care Services, Enrollment, and Finances, *Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. 2, Feb. 1973, pp. 3-22.

(一圓光弥 健保連)

## 1971年の私的な労働福祉制度



(アメリカ)

各企業において、労使双方もしくはそれらのいずれかが実施する私的な労働福祉への財源調達支払いは、1971年には対前年比で16.1%の上昇を記録し、この上昇率は1950年以来の最高であった。つまり、任意方式による私的な退職、健康、生命、および一時的廃疾の各保険の財源に対する労使の支出は402億ド

ル(対前年56億ドル増)で、その増大は1971年における賃金や俸給の上昇を大幅に上まわっていた。このような増大は1971年8月の賃金・物価凍結の影響によるものと思われる。なお、給付に要した支出は約300億ドル(対前年36億ドル増)であった。

このような労働福祉は死亡、(1) 災害、疾病、退職、もしくは失業によって、定期的な所得を中断された場合の所得維持と、(2) 疾病や傷害によって生じた医療費を調達する諸給付に大別され、前述したように、任意方式の私的な制度をして実施されている。これらの制度に対して、上述したように、1971年には財源を調達するために、402億ドルが支払われており、これは前年よりかなり大幅な増大を示している。この増大の主要な原因は私的な健康保険の費用が増大したことである。退職給付制度でも、財源の調達に大幅な増大が記録されており、この部門の増大は対前年では18.8%増で、これは最近5年間における最高であった。その他の各部門でも、財源調達は膨張しているが、それらは健康保険や退職給付制度ほど大きくない。

これらの財源調達を賃金や俸給の支払総額と対比させた比率をみれば、1971年における健康保険では、財源に支払った支出は賃金や俸給の総額の2.9%(1966年では2.1%)で、退職給付制度では3.7%(同上2.9%)となっている。このような比率の上昇は、部分的に