

〔調査〕 医療保障の長期動向と国際比較

はじめに

1973年の第1次石油ショックを契機として、世界経済は資源制約のもと低成長経済へと移行したが、日本経済もまた同様に、昭和50年代に入って、実質GNPの対前年増加率が5%に満たない低成長を続けている。このことは、政府歳入はもちろん社会保険料の伸び率を鈍化させることになるが、他方歳出面の諸経費や給付費には法律の執行に伴って生じる義務的経費ないし当然増経費が多く、本来景気非弾力的な硬直性をもっている。むしろ現状は戦後営々と拡充されてきた福祉的施策の成熟段階を迎える情勢にあり、このような制度面からの要因が高齢化社会の進行と相乗効果をもたらし、関連経費の持続的増加への圧力となっている。その中心が社会保障費であることはいうまでもない。

社会保障費は、これを狭義に解するとき、公的扶助、社会福祉、社会保険、公衆衛生および医療の4分野から成り立ち、広義ではこれに恩給と戦争犠牲者援護が加わるが、これらを別の面から区分すると、①医療給付費、②「その他の給付費」および③制度の管理運営のための費用と、大きく3つの部分に分けることができる。これらのうち、①は医療保障、②は公的年金に代表される所得保障と理解することができる。社会保障をめぐる財政収支は、以上に述べたように、1つは低成長下の財源伸び悩みと、他は社会保障需要の成熟化への進行とによって、厳しい状況にあり、そのことが医療や年金財政の制約となって両者を含む社会保障のあり方に、1つの転換を促す基調を醸成しつつあるように見られる。

しかしながら、社会保障は、憲法第25条に謳われているように、国民の生存権にかかわるものであり、戦後一步一步築かれてきたものであるだけに、その軌道修正については、短期的対応では取り扱いにくい性格をもっている。しかし医療も年金も財政構造の安定化という視点に立てば、それらが21世紀に向かっての最も基本的なターゲットであることはいうまでもない。そこで筆者は、これらのうち医療保障に焦点をあて、医療保障のこ

れからのあり方を考えるうえでの過去からの動向、なかならず第2次大戦後の制度発展の段階的整理と、わが国の保障体系を諸外国との対比で位置づけるための国際比較を計数的に試みたいと考える。

1. 医療保障の体系

筆者は、かつてこの『経済研究』「調査欄」(第24巻第2号、April 1973)で、「社会保障費の長期動向と国際比較」を執筆したが、今回は社会保障費のうち医療保障だけを取り上げるので、まず最初に医療保障の内容を明らかにし、ついで社会保障に占める比重の推移を見ることから始める。

表1は、昭和55年度における「社会保障関係総費用」を示したものである。表頭に掲げた3つの保障形態のうち、医療給付費がここでいう医療保障であり、その費用額は狭義の社会保障概念で10兆5100億円、広義のそれで10兆5333億円で、それぞれ社会保障関係費用の40.4%、37.0%を占めている。保障形態のうち最大の比重を占めているのは年金を中心とする所得保障であり、狭義の社会保障の45.3%、広義のその48.3%を占めている。狭義、広義のいずれを問わず、社会保障関係総費用の最大の比重は社会保険であるから、その総費用に占める所得保障の割合が医療保障のそれを超えているのは、医療保険以外の社会保険の給付、すなわち年金保険、雇用保険、その他の保険における現金給付の計が、医療保険の給付を昭和54年度以降上回るようになったためであり、その主たる理由は年金給付が高齢化と年金制度成熟化との複合効果によって、近年急テンポで増加傾向を示していることによる。このことから、わが国社会保障の費用構造は、医療から年金へとその比重を移し、漸次先進国型の構造に進む傾向を示している。しかし高齢化社会の進行は、同時に老人医療需要の増大にはね返るから、今後は年金、医療が相並んで社会保障費用上昇への持続的圧力となるものと考えられる。

いま医療給付費合計を100とすると、そのうちが86.9%が医療保険を通じるものであり、したがって医療保障

表 1 社会保障関係総費用(昭和55年度)

(単位 100万円)

	医療給付費	その他の給付費	そ の 他	合 計
I 公 的 扶 助	672,996	481,696	24,263	1,178,955
1 生 活 保 護	672,996	481,696	24,263	1,178,955
II 社 会 福 祉	480,819	691,965	925,762	2,098,546
5 老 人 医 療	451,401	—	4,728	456,129
7 心 身 障 害 児 等 対 策	15,483	100,764	32,900	149,147
III 社 会 保 険	9,152,404	10,554,185	1,021,322	20,727,911
IV 公衆衛生および医療	203,783	54,999	1,768,333	2,027,115
34 結 核 対 策	64,156	7,608	534	72,298
35 精 神 衛 生 事 業	105,835	—	3,183	109,018
42 公 害 対 策	32,287	34,960	7,882	75,129
狭義の社会保障(I~IV)	10,510,002	11,782,845	3,739,680	26,032,527
V 恩 給	—	1,711,725	9,637	1,721,362
VI 戦 争 犠 牲 者 援 護	23,730	243,181	2,768	269,679
広義の社会保障(I~VI)	10,533,732	13,737,751	3,752,085	28,023,568
VII 住 宅 等	—	—	318,418	318,418
VIII 雇 用(失 業)対 策	—	18,536	125,911	144,447
社会保障関連制度(VII~VIII)	—	18,536	444,329	462,865
合 計 (I~VIII)	10,533,732	13,756,287	4,196,414	28,486,433

構 成 比 (%)

I	(6.4)	57.1	40.9	2.0	100.0
1	(6.4)	57.1	40.9	2.0	100.0
II	(4.6)	22.9	33.0	44.1	100.0
5	(4.3)	99.0	—	1.0	100.0
7	(0.1)	10.4	67.6	22.0	100.0
III	(86.9)	44.2	50.9	4.9	100.0
IV	(1.9)	10.1	2.7	87.2	100.0
34	(0.6)	88.7	10.5	0.7	100.0
45	(1.0)	97.1	—	2.9	100.0
42	(0.3)	43.0	46.5	10.5	100.0
(I~IV)	(99.8)	40.4	45.3	14.3	100.0
V	(—)	—	99.4	0.6	100.0
VI	(0.2)	8.8	90.2	1.0	100.0
(I~VI)	(100.0)	37.6	49.0	13.4	100.0
VII	(—)	—	—	100.0	100.0
VIII	(—)	—	12.8	87.2	100.0
(VII・VIII)	(—)	—	4.0	96.0	100.0
(I~VIII)	(100.0)	37.0	48.3	14.7	100.0

(資料) 総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障統計年報』昭和57年版。

(注) 1) I; II, IVに掲げた内訳は、医療給付の多い項目の事例である。

2) 「その他」は、施設整備費、施設運営費、事務費、その他の計である。

の分析対象の中心が医療保険に向けられることはいうまでもない。このことは医療保険が“国民皆保険”の立場に立って一般国民を対象とするものになったからである。しかしながら、国民のうちすでに生活上困窮の状態に陥っていたり、特殊の疾病状態にあってふつうの抛出能力を持ち得ない人々の医療需要に対しては、医療保険によらない方法で医療給付が行なわれなければならない。それらは、公的扶助(生活保護)の中の医療扶助、社会福祉の中の老人医療、公衆衛生・医療の中の結核対策や精神衛生事業などがそれであり、表1のI, II, IVのカテゴリーに関する医療給付費が該当する。これらは、医療給付費の合計に占める縦に見た構成比では相対的に小さいけれども、横の構成比に現れたそれぞれの費用の内容は、当然のことながら医療給付費の比重が圧倒的に大きく現れる。

これから考察する医療保障は、表1の狭義の社会保障に包括される医療給付が中心であり、詳細にはそれを4つの保障種別に即して、それぞれの保障規模と保障内容、それらの時系列的推移を分析するのが至当である。しかしここでは基本的動向を見るのが目的であるため医療保険を中心にして進める。これに対し、一般に医療保障という用語で論ずるときは、医療保険だけではなく、公的扶助や社会福祉、公衆衛生・医療など、4つの保障種別に含まれる医療給付をすべて包括して考える時である。

2. 医療保障に対する2つのアプローチ

社会保障を大きく2つに分けて、医療保障と所得保障とするとき、医療保障には単なる経済保障に止まり得ない要因ないし背景があることを最初に指摘しておかねばならない。端的にいえば医療保障は、疾病にかかった時にそれに要した医療費を保障することなのか、それとも疾病治癒のための医療を保障することなのか、ということであり、それは従来から「医療の保障か医療費の保障か」という形で争点になっている。一般の社会保障学者は、医療保険の機能を中心に考えて、疾病という不確実な発生現象に対し個人のこうむる経済的リスクを保険のしくみによって分散すること、すなわち医療費の保障ということを基本に考えている。疾病そのものの原因にまで遡ってそれらを除去することは、医学の発展に依存するものであって、医療保障が直接コミットすることではない、という立場であろう。しかしながら、患者個人の立場に立って考えれば、疾病にかかった時は誰しも治癒の一日も早からんことを冀うわけで、今日では費用のことは2の次の問題であろう。すなわち何よりも医療その

ものの保障であることを願うわけである。しかし疾病は、たといそれが同一の病名であっても、その態様は患者のもつ健康上および社会的・風土的属性(性、年齢、既往歴、家族、住宅状況、地域の生活環境、職場の労働衛生環境など)によって千差万別である。したがって患者によって、治癒の難易度や所要費用はさまざまであろう。これに対し、医療保険は、年々の保険料収入で保険給付をまかなうという収支相等が原則であり、したがって保険給付に見合う医療費を保険料財源の枠内に止めようという財政運営が指向される。したがって、給付内容の標準化・規格化が得られれば、それによって保険財政の年々の予算計画も立てやすい道理となる。

以上のことから医療活動においては、一方において疾病現象そのものへの科学的対応と、それを医療供給として患者に適用するための技術・方法の絶えざる改善があり、他方ではそのような医療供給が円滑に行なわれるための経済的受け皿、ないしは財政運営の安定化が強く求められることになる。したがってこれら2つの立場をどのように調和させるかが医療保障政策上の基本問題となる。この場合、前者の医療供給のあり方を規定するのが医療制度であり、後者の医療需給に伴う金銭的収支を取り結ぶ機構が医療保険制度である。したがって、これら医療制度と医療保険制度は相互に影響し合う密接な関係にあることが理解される。この場合、現行の保険制度の枠内で、制度の定める保険事故の発生に対し、それに見合う保険給付を保障するのが医療費の保障であり、その費用面の保障の内実として、疾病の治癒回復に関する技術的水準の向上に努力し、その成果を付与することが医療の保障とあってよいであろう。したがって、医療保障政策としては、医療費の保障をしてたえず医療の保障に近づける努力が求められると考える。

以上のように考えると、医療保障の考察には、医療費に直接関係する医療経済の分析のみならず、その背景として人間の疾病現象に対する医学的・生物学的接近に対する理解をもつことが必要となるであろう。ここに医療保障が年金などを中心とする所得保障と異なる根本的理由がある。ついでに付言すれば、医療保障と所得保障との差異は、たとえば医療保険と年金保険との事例を比較すれば明らかなように、次の諸点をあげることができる。

①年金の場合は、保険者と被保険者の二者の関係で成り立つが、医療の場合は、これら二者のほかに医療担当者としての保険医(さらに保険医療機関)が加わった三者間の関係となり、しかも被保険者についても被用者保険の場合、被保険者本人と被扶養者(家族)の区分が行なわ

れる。

②年金の場合、年金給付の水準としてナショナルミニマムの確保が唱えられ、それはたとえば従前所得の6割というような基準を一律的に定めることができるが、医療の場合のニーズは個人差があるから、これを一律に定めることはできない。

③年金は、一定の拠出期間を経て受給期間を迎え、両期間の区分が明確であるが、医療の場合は、被用者または世帯主として保険料を拠出する一方、給付を受けうる期間は国民として出生から死亡までの一生涯にわたる期間である。

以上のことから、医療保障の分析としては、医療保険を中心とする医療経済的アプローチだけでなく、生体としての人間に対する生物学・医学的アプローチによって、疾病構造の変化とそれに対する医学・医術、薬学の進歩がもたらした成果について、大まかな理解を得ておく必要がある。なぜならこれらの諸要因が医療マンパワーや施設、医療機器を含む医療資源の規模や、医療サービスの内容と供給体制に影響を与え、それにもとづく医療活動の実際が医療保険機構を通じて医療給付の大きさを規定し、国民医療費を形成してゆくからである。

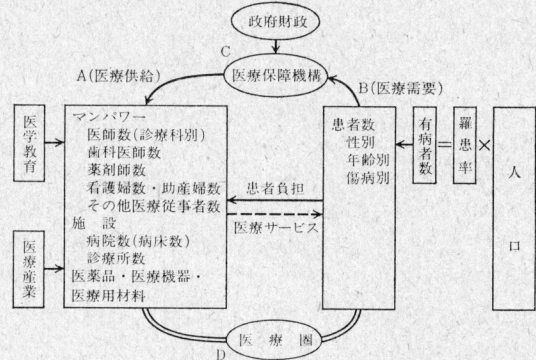
3. 人口関連指標と疾病構造の長期的変化

一国における医療需要の基礎的要素は人口の規模とその年齢構成であり、したがってまずこれら人口要素に関し、年々の出生率と死亡率、平均寿命、主たる傷病の状況などについて、その長期的動向を観察することから始めなければならない。そのうえで、第2に、これらの人口・傷病関連の長期的変化に対して、医師数や医療施設数などの医療供給体制がどのように整備されてきたかを明らかにし、第3に、国民のうち傷病にかかった人々に対してどのような医療保障が打ち立てられてきたか、ということ考察するのが順序であろう。

そこでこれら医療に関連する需要・供給要因およびこれら需給がどういう媒介項によって取り結ばれるかを簡単な図によって示そう。

図1は、左のAブロックに医療供給、右のBブロックに医療需要があり、これら需給を媒介するものが、Cブロックの金銭の支払機構と、サービスそれ自体の需給が出合う場としてのDブロックの医療圏である。前者の支払機構は、昭和36年度以降の“国民皆保険”の定着した現在、医療保険機構を中心とし、それを公的扶助としての医療扶助と社会福祉の中の医療関連福祉が補完し、さらに国民共通の保健衛生基盤としての公衆衛生がこれ

図1



に加えられる。あとの三者は政府予算(大部分は国の予算)によって支えられている。また需給をつなぐ場としての医療圏は、患者から見れば医療機関へのアクセスの範囲であり、医療機関から見れば、個々の病院、診療所が守備範囲としている医療供給の圏域であるが、一般的にはそれは一定の行政圏を単位とする医療供給体制によってカバーされると見なされる。ところで医療供給の維持・発展を背後から支えているのはマンパワーに対する医学教育(ここでは看護教育を含めて考えると)、医療を行なうための補助手段である医薬品・医療機器・医療用材料などを供給する医療産業である。他方医療需要は、まず一国全体の人口に罹患率を乗じたものとして考えられる有病者数があり、この有病者数のうち現実に医師の前に現れて診療を受けた患者数で捉えることができる。そこで長期の医療保障を考察するためには、図1のA、B両ブロックを構成する諸指標の変化に対して、Cブロックの機構がどのように対応してきたかを明らかにすることにある。ここではそれに先立って、Bブロックの人口・医療関連指標の長期的変化の考察から始める。

医療需要をもたらす基本的変数は総人口であるから、まず観察時点の人口ストックと、年々の動態を規定する出生率と死亡率、さらに入出国の差による社会増加の諸要因が注目される。このうち日本における社会増加は、戦中戦後の人口流出や復員引揚げが大きな影響を与えたのみであるから、人口増加はもっぱら出生と死亡の差によってもたらされた。わが国人口は明治5年の3480万人から約60年後の昭和10年で6925万人と約2倍となり、昭和20年の一時的減少を除いて第2次大戦後も年々増加をつづけ、昭和55年には1億1706万人と昭和10年の1.7倍となっている。明治以降100年の人口増加率は、平均してほぼ1%強で比較的安定した推移を示し

表2 人口動態・疾病関連指標の長期的推移(1872~1980)

	総人口 (千人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	平均寿命 (男)	死因順位と死亡率(人口10万対)				
						①	②	③	④	⑤
1872	34,806	16.3	—	—	—	—	—	—	—	—
1880	36,649	24.1	—	—	1891~1898 42.8	—	—	—	—	—
1890	39,902	28.7	—	—		—	—	—	—	—
1966	43,847	32.4	20.8	155.0	1899~1903 43.97	A 226.1	B 163.7	C 159.2	D 133.8	F 131.0
1910	49,184	34.8	21.6	161.2	1909~1913 44.25	A 262.0	B 230.2	D 213.4	C 131.9	F 120.2
1920	55,963	36.2	25.4	165.7	1921~1925 42.06	A 408.0	D 254.2	B 223.7	G 193.7	C 157.6
1930	64,450	32.4	18.2	124.1	1926~1930 44.82	D 221.4	A 200.1	B' 185.6	C 162.8	F 118.8
1940	71,933	29.4	16.5	90.0	1935~1936 46.92	B 212.6	A 184.8	C 177.7	D 159.2	F 124.5
1950	83,200	28.1	10.9	60.1	1950~1952 59.57	B 146.4	C 127.8	A 93.2	D 82.4	J 77.4
1960	93,419	17.2	7.6	30.7	65.32	C 160.7	J 100.4	H 73.2	F 58.0	A 49.3
1970	103,720	18.8	6.9	13.1	69.31	C 175.8	J 116.3	H 86.7	K 42.5	F 38.1
1980	117,060	13.6	6.2	7.1	73.35	C 138.6	J 138.1	H 104.0	L 45.1	A 39.1

(注) 1) 死因 A=肺炎および気管支炎, B=全結核, B'=胃結核, C=脳血管疾患, D=胃腸病, F=精神病の記載のない老衰, G=インフルエンザ, H=心臓病, J=悪性新生物, K=不慮の事故, L=損傷, 中毒。

2) 1981年に、ガンが死因の1位になった。

(資料) 『日本帝国統計年鑑』各年版, 『日本統計年鑑』各年版, 厚生省・医務局編『医制百年史・資料編』ぎょうせい, 昭51。

ているが、人口増加の要因である出生と死亡の動向には大きな変動が見られる。すなわち、明治後半期から大正にかけての多産多死型が大正期後半から出生率、死亡率がともに低下傾向に転じ、戦時中の多産奨励期および戦後のベビー・ブーム期(多産少死型)を経て、昭和20年代後半から少産少死型に移行したという諸段階を辿ってきたことは周知の通りである。

このような人口動態と医療・公衆衛生との関連を考えると、もっとも注目すべきは年々の死亡数とそれを規定する死亡率および乳児死亡率である。これらの指標は、その死因と合わせて医療需要に結びつくものであるが、死亡率の水準は同時に一国の衛生水準を反映する指標でもあり、したがってこれら指標の低下は医療・衛生水準の進歩・改善を示すものと考えられる。ところで日本における人口動態に関する統計が整備されるようになったのは、明治33年以降であるので、それ以前の分析には資料的制約がある。ここでは医療需要の関連指標として、基本的なものだけを並べ大まかな変化を捉えておきたい。取り上げるのは、総人口、出生率、死亡率、乳児死亡率、平均寿命、主要死因とその順位であり、これら6項目について、10年置きの時系列変化を整理する。

表2の死亡率に着目すると、1920年(大正9)に25.4と高まっているが、これは大正7年頃から全世界的に大流行したインフルエンザ(スペイン風邪)の影響である。

このスペイン風邪の鎮静化とともに日本の死亡率は漸次低下の方向をたどったが、それを主導したのは、乳児死亡率のそれであり、とくに戦後は劇的ともいえる低下を示し、1980年現在の日本の値は、表3に見るように世界のトップに位置している。この乳児死亡率の低下が全体の死亡率の低下をもたらした大きな要因と考えられる。他方、平均寿命(男)は戦前期には42~44歳近傍で推移している。ちなみに健康保険法が公布された大正11年は42歳であったと見てよい。それが戦時を経て、戦後35年のあいだに急速に伸長し、これまた世界の首位に位置するに至った。平均寿命はいうまでもなく零歳児の平均余命をさすから、その伸長は乳児死亡率の減少に負うところが大きい。ただここ数年に見られる現象としては、全体の死亡率の減少に対して老年層の平均余命の伸びによる寄与も大きく、したがって高齢化社会の本格化が看取される。これら乳児死亡率と平均寿命は、経済成長に伴うおしなべての生活水準の上昇にもとづく部分もあるが、医学・薬学の進歩と医療供給体制の整備による効果が大きく寄与したことはいうまでもない。その意味で、これら2つの指標は、医療活動(インプット)と対比されるアウトプットの指標と見なすことができるであろう。

このような指標と関連のあるのが、死因別順位である。それについて、死因別順位統計が得られる明治33年以

表3 乳児死亡率と平均寿命(男)の国際比較

	乳児死亡率 (1980)		平均寿命(男)
日 本	7.1	日 本	73.79(81)
イスラエル	14.1	韓 国	62.70(78~79)
シンガポール	11.7	シンガポール	67.70(75~80)
米 国	12.5	フィリピン	59.10()
イギリス	12.2	米 国	69.50(78)
イタリア	14.3	ブラジル	60.70(75~80)
オランダ	8.6	イギリス	70.00(76~78)
スウェーデン	6.7	イタリア	69.69(74~77)
西ドイツ(1979)	13.5	オランダ	72.40(79)
フランス	9.9	スウェーデン	72.76(80)
オーストラリア	11.0	西ドイツ	69.60(78~80)
		フランス	69.89(77~79)
		エジプト	53.60(75~80)
		オーストラリア	70.79(79)
		ソビエト	64.00(71~72)

(資料) UN『人口統計年鑑1980年』『統計月報1982年8月』。

降について、大まかな推移を考察しよう。まず明治後期は肺炎・結核が1, 2位を占め、大正から昭和にかけて胃腸炎が上位に入り、戦中・戦後は結核が首位になったが、戦後は、脳血管疾患、悪性新生物(ガン)、心臓病の三者がこの順序で上位三位までを占めている。このことは戦後の死因がいわゆる成人病中心になったことを意味する。この死因構造は基本的には疾病構造を反映したもののといってよいから、以上のことは疾病構造それ自体が戦前・戦後で大きく青年型から成人・老人型に移行したと表現してもよいであろう。このような疾病構造の変化は、たとえば表2の肺炎(A)について、その順位を時系列的にフォローしていけば、1900~1920年=1位、1930~40年=2位、1950年=3位、1960年=5位となり、1970年は表2では示されていないが6位、そして1980年には再び5位に戻っているが、この80年間に上位の疾病からつぎつぎ降りていったことは明らかである。同じことは結核についても同様であり、戦前における疾病の主役であった結核は、現在ではようやく10位に顔を出しているにすぎない。ここで重要なことは、死因の順位もさることながら、死亡率の数字自体が減少をつづけていることであり、それは死因順位1位の死亡率についても、肺炎だけのそれについても明確に看取されるところである。

これら疾病構造の変化をもたらした要因については、①人口・生物学的要因、②需要側の要因、③供給側の要因、④医療保障と費用負担面の要因の4点をあげることができよう。①は、たとえばガンの発生が平均寿命の伸長と関連づけて説明されるような場合で、老年層の比重

がふえれば、当然のことながら疾病構造においても老人病の割合がふえるというものである。②は、工業化の発展に伴う産業構造や労働衛生環境の変化、あるいは都市化の進展に伴う生活環境や生活様式(とくに食構造)の変化など、労働や生活上の変化が健康に及ぼす影響からくるものである。③は、公衆衛生の普及、医学・薬学の進歩、医学教育の向上と医療マンパワーの充実、病院・診療所など施設の増大と装備の近代化などによって、以前には不治・難病と見られた疾病が克服できるようになったという供給体制の拡充によるものである。④は、医療保障の充実によって、近代医療の成果が広く一般に均てんするようになったこと、加えて経済成長に伴う個人所得水準の上昇、生活環境の改善などが相まって、かつての“疾病と貧困の悪循環”が断ち切れるようになったという、費用負担力の向上要因である。もちろんこれら諸要因の寄与の度合いは、表2の80年間に及ぶ各段階で当然異なるであろう。しかし疾病構造が戦前と戦後で著しく異なることから見て、以上の要因の整理は、社会保障が本格的に展開した戦後の時期によりよく妥当するものといってよい。戦前に関しては、長期統計的観察では不十分であり、たとえば明治中葉からの日本資本主義の発展と産業構造の変化、労働条件の劣悪化と工場法の施行、女工を中心とする結核の伝播、そして健康保険法の成立とその背景、といったような歴史的考察によって、統計のもつ具体的な意味内容を内面から裏づける作業が求められよう。しかしそのためには、1冊の「日本医療史」が必要であり、本調査ではスペース的にもそこまで踏み込む余裕はない。したがって統計数字の解釈にさいして必要に応じて歴史的説明を補うだけに止める。

さて表2に関連して、死因別順位統計が得られない明治前期の疾病構造についてふれておかねばならない。これについて象徴的なことは、維新前の安政5年(1858)に発生したコレラが、明治期の前半にわたって、間接的に発生・蔓延をつづけ大きな社会不安をもたらしたことである。このコレラの猖獗については、主な年次だけでも安政5年(死者3万人余、以下カッコ内は死亡者数)、明治10年(8,027人)、12年(10万5786人)、15年(3万3784人)、18年(9,329人)、19年(10万8405人)、23年(3万5227人)、28年(4万150人)などの記録が見られることである。その死者数は当時の人口対比で見て、きわめて憂慮すべき事態であったと思われる。たとえば、明治12年のコレラ患者数162,637人は同年の人口36,464千人の約0.5%に当るが、限定された発生地域の人口対

比ではこの比率は著しく高まるからその防退体制をも含めて社会的不安動揺(例えばコレラ一揆)は大きかったと思われる。しかも伝染病はコレラだけではなく、赤痢、腸チフス、痘そう、発しんチフス、ジフテリアなど多くのものがあり、とくに前二者は患者、死者ともに多数を記録している。これらの伝染病は、その発生地が上海、長崎など、西日本から全国に伝播したケースが多く、鎖国を解いて諸外国との交易が活発になるとともに侵入してきたものと見られる。ほかに米国から来た流行性感冒(明治23年)、維新後の白米常食によって激増した脚気(明治11年)などがある。要するに社会体制の変革、開国に伴う内外人の出入国の急増、食構造の変化などが相まって、新たな疾病がもたらされたわけである。したがってこのような伝染病を主体とする疾病への防疫体制の確立は、近代国家の基盤造成にとっても喫緊の課題であったが、それは主として公衆衛生活動の普及定着に依存するものであった。発展途上国の医療が、まず公衆衛生から出発することは、国際比較によって実証できる点であるが、日本においても明治前期はまさにその段階にあったといえる。それが明治30年代に入るとともに、伝染病による死亡者数が急激に減少に転じたが、それは社会経済体制の大きな転換に対し、新しい秩序が徐々に定着し、それにつれて人々の生活構造の順応も進んだ、という背景があろう。しかし直接的には公衆衛生活動の成果と考えられる。それは、1つは、海外に発生源をもつ伝染病の場合、病原菌を貨客の海からの上陸時に撃滅することが肝要であり、この意味で明治32年日本が欧米列強と平等条約を結んで自主的な海港検疫を実施することができるようになったことの効果は大きい。第2は、明治前期に行なわれた保健投資の効果があったことである。ここで保健投資というのは、人的投資もさることながら、避病院の建設、上下水道など衛生関連社会資本の造成によって、衛生環境の改善が進んだことである。それに関連した事項を摘出すれば、飲料水注意法の示達(明治11年)、東京神田地区に下水道布設(明治17年)、上下水道布設促進の建議提出(明治20年)、水道条例公布(明治23年)などが見られる。

4. 医療マンパワーと施設数の推移

4-1 医療従事者数

医療保障を進めるうえで、以上に見てきた人口動態や疾病需要の変化に対応してきたのが医療供給要因として

表4 各種医療従事者数の推移(1874~1980)

	医師数 a	歯科医師	薬剤師	看護婦 b	人口10万人 対医師数	a/b
1874	28,262	—	—	—	81.2	—
1880	38,322	—	—	—	104.6	—
1890	40,215	—	2,689	—	100.8	—
1900	40,924	(1903)700	3,362	—	93.3	—
1910	38,055	1,125	4,643	11,574	77.4	0.304
1920	45,488	6,164	8,420	34,838	81.3	0.765
1930	49,681	16,065	19,107	75,735	77.1	1.524
1940	65,322	23,214	31,094	138,346	90.8	2.117
1950	76,446	27,429	45,715	130,272	91.9	1.704
1960	103,131	33,153	60,257	185,592	110.4	1.799
1970	118,990	37,844	79,393	273,572	115.4	2.299
1980	156,235	53,602	116,056	487,169	133.6	3.118
1980 1910	4.10	47.64	24.99	42.09	1.72	

(資料) 厚生省『医制百年史』, 1980年は『社会保障統計年版』昭和57年版。

(注) 明治39年医師法が制定され、医師の資格と業務に関する規制が集大成され、限地開業医制度が廃止された。1910年の医師数が1900年のそれより減少しているのは、制度改正が関係していると見られる。

のマンパワーと施設数であり、うち医療マンパワーの長期的推移について表4を掲げる。もちろん医療関係職種はこれだけではなく、とくに近年においては、医療技術の高度化にしたがって各種の専門技術職種が加わっている。また、たとえば医師の範疇で合計数が示されていても、明治初期においては新政府による免許制度以前であり、その大部分が江戸時代から引継がれた漢医であったことや、免許制度が施行されたあとも幾種類かの免許取得資格が混じっていたことが認められる。また看護婦が現れていない明治期において、助産婦数はすでは明治11年から数字が得られるので、あるていど助産婦が代替的機能をもっていたものと考えられる。いずれにしても、人口増加傾向や各種疾病の発生にもとづく医療需要が医療マンパワーを必要としたことは当然であり、いずれの系列も、この期間に着実な増大傾向を示している。ただし、その増加倍率について、1980年の人数を各職種の数字が出揃う1910年のそれで割ってみると、歯科医、看護婦の倍率が著しく抜んでおり、薬剤師がこれにつき、医師数は4倍強にしかすぎない。したがって人口10万人当り医師数は、漢医と洋医とが混在した明治前期において100人を超えた時期を除いて、戦前から第2次大戦直後にかけて80~90人台でほぼ横這いであったわけであり、それは人口増に辛うじて対応していたことを示す。この比率は現在のエジプトの水準(1976年92人)に近似している。ところで、このように医師数の伸びが相対的に少なかったのは、医療関係職種の中で医師は専門技術度が高く、その質的水準を維持する必要から

表5 病院数の推移

	総 数	一般病院	精神病院	結核病院	伝染病院	その他
1874	52	—	—	—	—	—
1880	363	289	3	—	—	71
1890	577	—	—	—	—	—
1900	866	—	—	—	—	—
1910	2,475	792	—	—	1,515	168
1920	2,972	1,336	1	—	1,443	192
1930	3,716	2,115	91	54	1,262	194
1940	4,732	3,226	163	195	979	169
1950	3,408	2,936	133	326	(1949)260	13
1960	6,094	4,921	506	595	58	14
1970	7,974	6,869	896	160	35	14
1980	9,055	8,003	977	39	20	16

入学者数を弾力的にふやすことには制約があったものと考えられる。他方医学・医術の進歩によって、医療が専門化するにしたがって、医療行為と補助行為とが区分できるようになれば、後者はこれを看護婦が分担するという協業関係が成り立ち、それによって増大する医療需要に対応したとみられる。看護婦だけではない。現在の医療は、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士など、技術・技能関係の従事者とのチームワークによって、医療の専門化・高度化が進んでいることが認められる。

このような専門化・高度化は同時に、医師の診療科別の分化を促している。

4-2 施設数の推移

医療施設は病院、診療所(一般と歯科)から成るが、明治初期から数字が得られるのは病院だけで、診療所数が得られるのは昭和9年からである。明治初期の病院は、ふつうの病院(本病院、支病院)のほか、数は少ないが癪狂病院のほか、梅毒、脚気、癩、種痘、眼科など、当時の疾病構造を反映した病院名が見られる。ほかに貧民病院が存在している。そのうち梅毒病院が一番多い。このような病院名は低開発国型の病院の種類といえよう。ただしこれらの分類は明治15年で終っており、あとは明治42年まで病院総数しか示されず、43年以降に現在の病院分類の原型が見られる。ただし現在見られない分類名として、施療病院、娼妓病院の2つがあり、前者は先の貧民病院、後者は同じく梅毒病院の機能を引き継いだものと見られる。これらのうち貧民病院→施療病院は文字通り貧困層を対象としたものであり、細々ながら、今日の公的扶助のうちの医療扶助の機能を果していたと見てよい。

いま病院数とそれに見合う病床数とを比較し、同時に

診療所数についてもその推移を示す(表5)。まず病院数は、初期の52院から明治期を通じて急増し、その後漸増して戦時体制下に拡充したが、戦争末期から終戦直後にかけて激減したあと、第2次大戦後の人口増や医療保障の拡充と相まって着実な増加を示している。注目されるのは、明治末から昭和初期にかけて伝染病院が一般病院と並んで大きな比重を持っていたこと、それが戦後は急速に縮減に向かったことであり、これはすでに述べた疾病構造の変化に対応するものである。この点結核病院も多少の遅れはあるが同様に低下傾向を辿り、現在は表5の病院数から判断して、伝染病、結核はほぼ克服し得たものと見られる。これ

に対し精神病院は第2次大戦時の落ち込みはあるとはいえ、第1次大戦後から一貫してその数をふやしており、経済成長とそれに伴う社会機構の高度化・複雑化が精神病の増加に相関をもっているものと推測される。

病院の収容力はもちろん病院数ではなく病床数によりよく反映される。表6は、病院総数で見て1病院当り病床数が1913~1980年のあいだに10倍になったことを示しており、病院の大型化傾向が明瞭に看取される。一般病院のそれはさらに増加倍率が高く約16倍にもなっている。これは総数の中に含まれている結核病院の平均病床数の数倍に及んでいるうえに、結核病院自体が減少してきたため、それだけ総数の倍率を低めることによる。

表6 病床数の推移

	総 数	一般病床	1病院当り病床数	
			総 数	一般病院
1913	37,861	6,708	14.2	7.1
1920	39,465	7,862	13.3	5.9
1930	121,945	68,892	32.8	32.6
1940	188,655	101,883	39.9	31.6
1950	275,804	183,649	80.9	62.6
1960	686,743	302,495	112.7	61.5
1970	1,062,553	601,978	133.3	87.6
1980	1,319,406	895,494	145.7	111.9

表7 診療所数の推移

	一般診療所	歯科診療所
1934	42,731	9,483
1940	45,808	10,898
1950	43,827	21,380
1960	59,008	27,020
1970	68,997	29,911
1980	77,611	38,834

(資料) 表5~7は表4に同じ。

病院に劣らず一般医療の供給にとって重要な一般診療所も1934~1980年のあいだに1.8倍に増加している。同一期間の一般病院について求められる倍率2.8倍に比較すると低い、それは長期的に見て医療供給力の基幹部分が漸次病院に移行しつつあることを示すものといえよう。これに対し歯科は後発のうえ、独自の病院もなく、しかも単科であるから同一期間の増加倍率は4.1倍と大きい。

いずれにしても、長期的に見て医療供給体制はマンパワー、施設ともに、一貫して増大傾向をつづけてきており、それは人口増→有病者数増という医療需要の増加傾向に対し、経済成長によって資源の可利用性も高まり、その増大が医療分野にもふり向けられるようになったことである。それによって患者の受診機会がふえ、長期的に見て国民の健康水準の向上に寄与したことは確かであろう。ただし疾病構造の変化と医学・医術・薬学の進歩との相互関係によって、その間の医療内容に著しい変化があったことはいうまでもない。

5. 医療保障の長期的動向

5-1 保障制度の主たる変遷

以上に述べた医療需要と医療供給を仲立ちするものは、医療サービス享受者がそれを供与した者に対する金銭の支払い機構である。国民皆保険後の現在は、社会保険制度としての医療保険機構が制度ごとに、保険料収入と保険給付のバランスを取る形で機能している。しかし戦前は健康保険法が施行されたのが昭和2年であるが、保険制度はあまねく普及することはなく、医療サービスの対価の支払いは自由診療が主流であった。したがって、そこに低所得層にとって、「貧困と疾病の悪循環」の現象が長く存在したわけである。いま、明治初年以來、医療保障について定められた主要な法律のクロノロジーを概観すると、明治期は、伝染病の予防に対する法的規制を打ち立てることに中心があった。すなわち、天然痘予防規則制定(明治9年)、コレラ予防心得制定(明治10年)、伝染病予防規制公布(明治13年)、種痘規則制定(明治18年)と明治10年代にわたって矢継ぎ早々に規則の制定が行なわれ、その後明治後期から末年にかけてそれぞれが法律となって、伝染病予防法公布(明治30年)、肺結核予防に関する件公布(明治37年)、種痘法公布(明治42年)の実現を見ている。このうち肺結核予防に関する件は、大正8年に結核予防法が公布・施行となっているが、近代国家としての公衆衛生基盤の整備は明治時代にほぼ完成したと見てよい。他方、貧困そのものの救済に

対しては、現在の生活保護法の淵源でもある明治7年の恤救規則が昭和初期までつづき、昭和7年の救護法に引き継がれている。これら恤救規則の内容において、医療そのものの扶助は表面的に打ち出されてはいないが、もちろん医療扶助的な部分が多かったと考えられる。それが明示的に示されたのは、昭和11年の医療救護法であろう。他方社会保険の範疇としては、大正11年に公布された健康保険法が最初であるが、関東大震災の勃発で延期され、実際には昭和2年から施行されたわけである。したがって明治大正期における医療保障としては、恤救規則の中に含まれている医療扶助の系統と、伝染病対策としての公衆衛生活動の2本立で対応してきたわけで、健康保険法による医療保障は昭和に入ってからである。

その後昭和10年代の準戦時・戦時体制の下で、医療・公衆衛生の分野では、保健所法公布(昭和12年)、国民体力法・国民優生法公布(昭和15年)、国民医療法・同施行規則の公布(昭和17年)があり、また健康保険の分野では、昭和13年の国民健康保険法の公布・施行(昭和17年に大改正)をはじめとして、各種共済組合の創設・統合が見られる。これらは当時の国策に沿った“健兵健民”対策の一環としての性格が強く、医療保障の名にふさわしい新しい出発は、第2次大戦後のことに属する。

現在の社会保障制度の基本的フレーム・ワークが形成されたのは昭和20年代の前半であり、社会保障制度審議会(昭和23年12月23日同設置法・施行)の行なった昭和25年勧告の中で、社会保障に関する財源調達方式として、社会保険と公費負担の2つを認めたが、医療についても医療保険と公費負担医療の2系統が整序されることになる。しかし20年代当初における医療保険は他の社会保険と同様、戦後の混乱で壊滅状態に陥っていたわけで、その中からまず戦争でその普及が中断していた国民健康保険の改正が行なわれ、市町村公営原則によって、再建への手がかりを掴んだことが認められる。ついで昭和20年代後半に至り経済復興を背景として、労使双方の保険料拠出能力が漸増してくるにつれて、健康保険制度がその財政基盤を整えるようになる。ただし、それは組合管掌健康保険(以下組合健保)であって、政府管掌健康保険(以下政管健保)は20年代終りの不況の中で、大幅な財政赤字に陥り、30年代は当初から政管健保の赤字処理すなわち、財政対策について根本的検討を迫られることになる。

戦後の社会保障の理念は、憲法第25条の第1項に謳っているように、すべての国民について「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を保障することであった

から、政府の目標は“国民皆保険・皆年金”体制の早期実現にあった。政管健保の財政対策をめぐる論議の中から一部負担制の導入が主張されたことや、従業員5人未満事業所への健保の不適用などの取り決めは、皆保険財政膨脹に対する歯止め措置でもあったわけで、これらの地ならしによって、昭和36年度から国民皆保険体制がスタートする。このことは、医療保険が全国民を包括することによって、国民は誰しも疾病にかかった時(健康保険法等の法律で定められた保険事故に遭遇した時)、保険給付を受けられることになり、その意味で画期的なことであった。しかし他方皆保険は、次の諸問題を内包するものであった。

①歴史的経緯によって個々バラバラに成立してきた各種制度の条件をそのままにして皆保険の網をかぶせたものであるから、それら制度間には各種の格差が存在し、そのことは公平を原則とする社会保障の理念に反するものとして、その後つねに論議を呼んだ。

②医療保険は、医師を中心とする医療サービスの供与者と、それを享受する患者との関係を、保険制度の枠組みの中にはめ込むことになるから、前者は保険医(ないし保険医療機関)、後者は被保険者(被用者保険の場合はさらに被扶養者が加わる)という資格を帯びる。これら二者のほかには被保険者および事業主から保険料を徴収し、保険医療機関に医療費を支払う保険者が加わるから、それはサービスの授受関係と支払関係との複合構造を形づくる。そこで医療費の引上げをめぐる、引上げを主張する診療側と、それを抑制しようとする保険者側(さらには財政当局)とのあいだにしばしば「医療費紛争」を引き起すことになる。

以上のうち前者に関しては、社会保障制度審議会が昭和37年8月に提出した「勧告」において、社会保障の公平のためには「各種制度を根本的に再検討し、それら諸制度間のバランスを確立しなければならない」と述べているが、とくに注目されるのは、国庫負担への過度の依存を避けて制度間の財政の不均衡を解消するために、「保険者間においてプール制による財政の調整をはかる」ことが必要であると述べていることである。このことは社会保険に所得再分配機能を認めることを意味するが、そうであれば再分配の対象となる制度的範囲はひろいほど効果があることになる。それと同時に制度間に存在する格差の平準化については、給付のみならず保険料についても同様であろう。勧告は、このようなプール制の効果をあげる手順にもふれ、医療保険の場合、財源のプールについてまず組合相互間で行ない、ついで被用者相互

間、さらに国民健康保険の保険者相互間でそれぞれ行ない、将来は職域保険と地域保険の二大体系間で調整を行なうこととする、としている。「勧告」は国庫負担のあり方についても、「国庫負担は、最低生活水準を確保するために絶対的に必要とされる給付に対して一定水準の保険料が受益者の負担能力を超えるような場合、あるいはインフレーションによる積立金の不足のように国以外に責任をもつものがない場合に行われるべきである」(以上の引用は文献[10]に依る)と述べている。このうち後半の記述は年金に関するものであるが、要するに社会保険が分立する各種制度から成り立っていて、それら制度間で有無相通ずる調整をしないまま、赤字が出た制度のつけをそのまま国庫負担に求めるのは、社会保険が全体としてもっている保険機能を果していないことになる、という指摘であろう。

第2の「医療費紛争」は、「医療と保険との対立」として、医療保険制度を採っている諸国においてはほぼ共通に見られる現象である。医療費は、一般のサービス価格のように市場の均衡で決まるのではなく、わが国の場合中央社会保険医療協議会(略称中医協)において、ふつう支払側、診療側、公益側と呼ばれる三者の協議で決められる。支払側は保険財政の収支バランスを念頭において医療費引上げをできるだけ抑制しようとする立場であり、診療側は医学・医術の進歩を診療の実際に適用するため、なるべく早く保険点数に取り入れたいと考えることと、医業経営の経費面が自由経済の論理で動いているのに、診療報酬のほうは統制価格であることからくるギャップを埋めたいという主張に立って、引上げを強く主張することになる。これら2つの立場を調整するのが公益委員の機能であるが、協議会の実際の運営は、往々にして利害調整の性格を帯びることが多かったと見られる。

昭和40年代から50年代にかけて、医療保険の問題を考察するときには大きく3つの分野を考えることができる。

1つは、上述の医療費の決定を中心とする問題、第2は保険料の拠出と給付に関する問題、第3は保険制度の枠組みに関する問題である。第1の医療費については、国民皆保険が普及する過程において医療の潜在需要が顕在化し、国民医療費の伸びが目立つようになったこと、政管健保の赤字がいわゆる3K赤字の1つとして喧伝されるようになったこと、国家財政が昭和40年の不況で国債発行に踏み切り、「国債を抱いた」財政新時代を招いたこと、などの事情が重なって、昭和40年代初から医療問題は医療費問題を中心にして展開してきたこと

が指摘される。そこでは医療費節減という主旨からその効率化が要請され、出来高払い方式の検討や医師のビヘイビアが問題にされた。しかし医療費の効率化は、医療価格決定のレベルだけで有効になるものでなく、その受け皿となっている医療保険制度の効率化が同時に進められねばならない。この方向が上述の第3の分野に関連する。これについては、昭和43年頃から各種団体による医療保険の抜本改正案が次々公表されたことが指摘される。しかしそれらは分立した現行制度を再編成するというドラスタックな提案であったため、構想だけが先行し、具体的プログラムに降りないままに終わったといえる。第2の保険料・保険給付の問題で、画期的であったのは、昭和48年9月の国会で成立した健康保険法の一部改正において、①家族給付率の5割から7割への引上げ、②家族に対する高額療養費制度の導入、③保険料率引上げにおける弾力条項の設定、などが定められたことである。それ以前でも給付条件の向上やそれに伴う保険料率の調整は随時行なわれてきたが、48年のそれは、同時に行なわれた公的年金の改正、および同年1月から発足した70歳以上老人の医療費の原則無料化(3割の自己負担分を公費で肩代りする)と合わせて、同年を「福祉元年」と名づけたほどの給付改善をもたらしたことである。しかしながら、その直後に起った石油危機とそれを契機とする資源制約の下、世界的な低成長経済への移行という経済基調の変化によって、給付財源が厳しさを増す一方、医療需要のほうは、48年改正で引上げられた水準がペースになって膨脹したことおよび高齢化社会の急ピッチな進行によって老人医療費を中心とする医療費増大への持続的上昇圧力が増したことである。

昭和50年代の医療保障政策の中心は、低成長に伴う財源ひっ迫と、高齢化に伴う老齢保障需要の増大という2つの相対立する要因のあいだにあって、戦後營々と築きあげてきた医療保障の水準をいかに維持するか、ということであった。このような状況の中から数年の審議の結果ようやく成立したのが老人保健法(昭和57年8月10日制定、58年2月1日施行)である。この老健法には大きく3つのポイントが見出される。すなわち、

- ①医療と保健の統合的運営、
- ②現行健保制度から老人保健法で行なう医療の財源へ応分の拠出を行なう、
- ③老人医療費は原則有料化とする、

の3点である。①は医療を単に罹病時に対応とするものとしてではなく、予防活動を重視し、40歳からの予防給付を認めたことである。②は現行制度から70歳以上

老人の給付を切り離すと同時に、同年齢層の老人医療費について、国=20%、都道府県=5%、市町村=5%、保険者=70%という配分比率でまかなうことを決めた点である。とくに保険者の70%については、1/2は医療費の実績によって、残り1/2は老人加入率によって拠出され、後者において老人加入者の少ない組合はそれだけ高く負担する関係になっている。したがって②の点は、老人保健を仲立ちとして、健保制度間の財政調整が間接的に行なわれることを意味し、そのことも含めて老健法が医療保険のもつ所得再分配効果を強めた関係を示している。③は、70歳以上の老人についても受診にさいして一部負担をすることによって、コスト意識の喚起やそれに伴う価格効果をもたせ、また僅かではあるが医療費財源に資するなど、老人医療費増大傾向への歯止めとしたものと考えられる。医療資源も国民経済資源の一部であること、今後の高齢化傾向が急テンポに進むと予想されるなどの中で、老健法の施行は止むを得ない選択であったと思われる。ただしその実際の効果については、今後の動向を十分見守る必要がある。

現在の医療保障を論ずるうえで最後につけ加えておきたいことは、近年における目ざましいばかりのメディカル・テクノロジーの進歩と、それが医療経済にもたらす影響である。医学・医術の進歩や新薬の開発は、日本が西洋医学を本格的に導入した明治以降100年余にわたって続いており、それによって明治期に猛威を振った伝染病が終熄し、また長年多くの患者数を数えた結核を消滅させるなど、疾病克服に与えた効果は大きい。しかし昨今における医学の進歩は、ME(Medical Electronics)機器の発展に伴うものであり、それは治療技術の精密化・高度化に貢献している。それとともに、人工臓器の開発、人工透析、臓器移植、試験管ベビー(体外受精)などの適用が試みられる一方、延命効果と関連したいいわゆる植物人間、安楽死などの問題が社会的論議を呼ぶに至っている。問題はこれらのメディカル・テクノロジーの発展が人間にとって真の福音をもたらすかどうかという問題と、このような技術の普及が医療費増大にもたらすはね返し効果であろう。これらの問題はなお議論途上のものであり、その行方を注意深く見守らねばならない。

ここでは、過去100年間の医療保障について、その保障体制ないし機構の大すじの推移を略述したが、以下ではこのような保障に対して政府財政や医療保険機構を通じる医療費がどのように推移してきたかを計数的に辿ることが必要である。

5-2 国民医療費の推移とその負担区分

表 8 国民医療費推計額(昭和 55 年度)

	推計額 (億円)	百分率 (%)
国民医療費	119,805	100.0
公費負担分	14,752	12.3
保険者等負担分	91,839	76.7
医療保険	88,986	74.3
被用者保険	54,389	45.4
被保険者	30,313	25.3
被扶養者	24,075	20.1
国民健康保険	34,598	28.9
その他	2,852	2.4
患者負担分	13,215	11.0

現在国民が1年間に支払った医療費は国民医療費として、厚生省が年々その推計を公表している。昭和55年度の概要は次の通りである。すなわち同年の国民医療費(以下Mと略称)は11兆9805億円であり、それは同年の国民所得の6.2%、GNPの5.0%をそれぞれ占め、国民1人当りは102,500円と計算される。そしてその負担区分は、公費負担分が12.3%、保険者等負担分が76.7%、患者負担分が11.0%と示されている。まず総額の11兆9805億円を、第1節の冒頭に掲げた表1における医療給付費の10兆5337億円に比較すると、前者が1兆4468億円超過しているが、その差は表8の患者負担分1兆3215億円にほぼ近似する。これは患者負担分は国民医療費の一部を構成するけれども社会保障費からは除かれるからである。

この国民医療費の推計は、昭和29年度から得られるので、それを利用するとしても、問題はそれ以前の推計である。既存の国民医療費の3区分に対応させて考え

ば、筆者の知る限り利用可能な資料としては、表9に示されたようなものであり、したがってこれらの系列を集計して国民医療費の大まかな数字を試算するのが手取り早い方法であると考えられる。そこですでに叙述した明治以降の医療保障の発展を計数面から裏づけるために、その推計を試みよう。結果は表10に示す通りである。一見して次の諸点を指摘することができよう。

①明治以降第1次大戦までの医療保障は、生活保護費として貧困者に与えられた医療扶助と、伝染病対策を中心として国および地方で行なわれた保健衛生費の2本の柱で進められてきたということである。しかも保健衛生費にもとづく行政サービスは、地方政府が中心であったといえる。

②第1次大戦後の日本の社会経済の構造変化に対応して、国家財政の中に社会福祉の経費が立てられ、とくに健康保険特別会計(大正11年公布、昭和2年施行)がもうけられたことが注目される。この健保会計は、政府のほか健保組合が保険者になるが、当時の労働者のすべてをカバーしたわけではない。制度発足時の保険医数は32,155人(医師総数の7割)、被保険者数は約77万人と推定されている。このような社会保障としての医療は、明治大正期は微々たるもので、もっぱら医療扶助と公衆衛生を中心とするものであったから、自由開業医制の下における一般医療の費用はその大部分が個々の家計の負担において行なわれたと見ることができる。概算ではあるが篠原推計を用いて個人消費支出における医療費を算出してみると、公共的サービスに比して圧倒的に大きく、明治前期においては平均して95%近傍が民間自力でまかなわれたことを示している。この比率は、今世紀に入ってから傾向的に低下し、多少の起伏はあるとはいえ、

表 9 国民医療費推計のための既存資料

	明治初年 ~ 昭和 20 年 (1968 ~ 1945)	昭和 21 ~ 23 年 (1946 ~ 1948)	昭和 24 年度以降 (1949 ~)
財政支出	江見康一『財政支出』 (国) 「社会保障関係費」中の生活保護費、 健康保険国庫負担保健衛生費 (地方) 「普通会計」中の保健衛生費 (1879~1945)	(1) 左に同じ (2) 大蔵省『財政統計』 (2) 自治省『地方財政統計年報』	厚生省「国民医療費」の推計 ただし24~28年度は参考額
保険給付	(1) 江見同上「健康保険特別会計」の保険給付費 (2) 各健康保険、各共済組合等の「事業年報」の 保険給付費	(1) 厚生保険特別会計の「健康勘定」 (2) 左の(2)に同じ	
家計負担	篠原三代平『個人消費支出』中の医療費推計 (1909~1940)	総理府統計局『家計調査』	

(注) 特定層や特定地域に限定して行なわれた調査はあるが、マクロ的視点からのものは見当たらない。

表 10 国民医療費の第1次推計(1875~1980)

(1875~1945 単位 1000円)
(1950~1980 単位 億円)

	国・一般会計			地方・ 普通会計	健康保険 特別会計	その他の 医療保険	小 計	個人消費支出 における 医療費	合 計	b/M	M/GNP
	生 活 社 会 保 険 護 費 福 祉 費 衛 生 費 (医療扶助) (医療福祉)	(1)	(2)	(3)	社会事業費 衛生費 (4)	(5)	(6)	(1)~(6) =a	b			M =a-(1) +b
1875	—	—	76	—	—	—	76	1,478	1,554	95.1	—
1880	189	—	85	440	—	—	714	6,632	7,157	92.7	—
1885	78	—	140	400	—	—	618	11,724	12,264	95.6	1.6
1890	90	—	94	480	—	—	664	17,784	18,358	96.9	1.7
1895	101	—	307	1,320	—	—	1,728	23,459	25,086	93.5	1.6
1900	117	—	908	3,440	—	—	4,465	37,868	42,216	89.7	1.7
1905	130	—	645	2,800	—	—	3,575	31,159	34,604	90.0	1.1
1910	6	—	654	4,360	—	—	5,020	24,194	29,208	82.8	0.7
1915	—	—	463	8,560	—	—	9,023	58,378	67,401	86.6	1.4
1920	58	34	5,039	23,490	—	—	28,621	154,682	183,245	84.4	1.2
1925	23	48	4,977	38,010	—	—	43,058	187,469	230,504	81.3	1.4
1930	25	102	4,868	43,620	17,593	15,130	81,313	189,685	270,998	70.0	1.8
1935	2,774	183	5,630	32,100	24,815	26,289	91,791	421,186	510,203	82.6	2.8
1940	4,268	756	17,848	56,400	48,592	113,649	241,513	449,200	686,445	65.4	1.9
1945	...	...	...	98,400	62,072	...	...	...	...	...	...

	生 活 社 会 公 衆 衛 生 護 費 福 祉 費 保 険 費 a b c	政 管 健 保 d	そ の 他 の 社 会 保 険 e	患 者 負 担 f	国 民 医 療 費 a~f の 計 =M	M GNP	家 計 保 健 医 療 費 Hm	Hm M-f+Hm	M+Hm-f GNP
1950	73	5	—	114	308	574	1,094	2.77%	...
1955	244	5	31	386	799	923	2,388	2.69	...
1960	364	18	69	758	1,657	1,229	4,095	2.53	...
1965	750	68	654	2,443	4,999	2,312	11,224	3.35	3,800
1970	1,680	165	977	5,351	11,969	4,820	24,962	3.32	7,610
1975	4,210	2,481	1,780	13,870	34,063	8,375	64,779	4.27	15,664
1980	6,848	6,227	1,677	26,097	65,742	13,215	119,805	5.01	24,871

- (注) 1) 戦前については、生活保護費、社会福祉費のうち医療関係部分がそれぞれ60%、40%と仮定して算出した。地方の社会事業衛生費(のち労働衛生費と改称)については、1880~1915は40%、1920~1945は30%と仮定した。
- 2) 個人消費支出のうち医療費は、保健衛生費についての篠原三代平推計のうち、現在の国民医療費の概念に合わせるため、医療サービス費のみをとった。
- 3) 1875~1940のGNPは大川一司推計。
- 4) 1955~1980の国民医療費の推計は、厚生省推計を組み替えたものである。厚生省推計の公費負担分中の「その他」は便宜上社会福祉費に含めた。
- 5) 家計保健医療費は、家計調査・全国全世帯における年平均1ヵ月当りの保健医療費を12倍し、それに厚生行政基礎調査から得られる全国全世帯数を乗じたものである。
- 6) 1950年の数字については、筆者が財政統計、家計調査等を用いて推計したものである。
- 7) 戦前の生活保護費、社会福祉費等の内容については、資料江見を参照のこと。これらのうち現金給付分が個人消費支出と重複すると見られる。
- 8) なお戦前の保健衛生費には投資的な項目も混入していると見られるが、戦後の国民医療費は医療サービスの費用を対象としている。
- (資料) 江見康一『財政支出』東洋経済新報社、昭和41年、篠原三代平『個人消費支出』同、昭和42年、厚生省『医制百年史・資料編』厚生省統計情報部『国民医療費の推計』についての各年資料。

大正に入って平均85%、昭和に入って65~80%の間にあったことが認められる。このことは僅かながら医療に関する社会保障的なものが増加してきたことが示すものといえよう。にもかかわらず、個人消費支出をも含む国民医療費の対GNP比率は、昭和10年代で平均2%程度であったことが認められる。ただし、戦前の国民医療費推計については、特定の企業が自社の被用者に対して独自に行なったもの、民間の一部篤志家が社会事業とし

て行なったもの、さらに軍隊関係の医療・衛生活動が存在したと思われる。しかしここでは、それらの活動を計数的に捉えることは困難であるので、止むを得ず割愛したことを指摘しておかねばならない。

すでに述べたように、日本の社会保障が本格的に構築されたのは第2次大戦後のことであり、その一環としての医療保障活動の経済的集約指標は、厚生省推計による国民医療費として、昭和29年度から今日までの一貫し

表 11 医療保険制度別対象人員と医療費(昭和 55 年度)

(単位 対象人員 1000 人
医療費 億円)

	対 象 人 員				医 療 費		1 人当り保険医療費	
	本 人	家 族	計 (a)	%	(b)	%	(a)÷(b)	(a)÷(b)
政管健保	14,562	16,727	31,289	(43.2) 26.7	26,097	29.3%	83,406	109.7
組合健保	11,431	16,071	27,502	(37.9) 23.5	17,886	20.1	65,035	85.5
船員保険	212	460	672	(0.9) 0.6	591	0.7	87,946	115.7
日雇健保	318	200	518	(0.7) 0.4	828	0.9	159,845	210.2
国家公務員	1,200	1,841	3,041	(4.2) 2.6	1,927	2.2	63,367	83.3
公企体職員	807	1,265	2,072	(2.9) 1.8	1,399	1.6	67,519	88.8
地方公務員	2,902	3,901	6,803	(9.4) 5.8	5,163	5.8	75,893	99.8
私学教職員	321	282	603	(0.8) 0.5	497	0.6	82,421	108.4
被用者保険計	31,753	40,747	72,500	(100.0) 61.9	54,389	61.1	75,019	98.7
国民健康保険			44,536	38.1	34,598	38.9	77,685	102.2
医療保険合計			117,036	100.0	88,987	100.0	76,034	100.0

(資料) 『社会保障統計年報』昭和 55 年版, 厚生省『国民医療費の推計』(昭和 55 年度)。

(注) 医療保険を通じる医療費に労働者災害補償保険による医療費を加え, さらに公費負担分, 患者負担分を加えたものが, 表 8, 表 10 の国民医療費となる。

た系列が得られる。戦前・戦後を比較して注目される点は、次の諸点である。

①国・地方の行政的経費の中で、公衆衛生・医療関係の経費が相対的に少なくなっていることである。これは戦前に公衆衛生活動の中心的対象であった伝染病が克服されたことと、戦後の医療保障が集団保障的なものから個人のベネフィットに結びつく内容に比重が移ったためと見られる。

②戦後の一番大きな変化は、国民医療費の財源調達とその支払いが、大部分社会保険としての医療保険機構を通じて購われるようになったことである。戦前の健康保険特別会計を引き継ぐものは、現在の政府管掌健康保険であるが、現在の医療保険は、被用者保険として 8 つの制度を擁しており、他に地域保険としての国民健康保険を含めて全国民をカバーするに至っており、うち政管の占める医療費は医療保険医療費の約 3 割弱となっている(昭和 55 年度)。また国民医療費のうち実に 74.3% が医療保険によってまかなわれており(昭和 55 年度, 労働者災害補償保険を含めると 76.7%)、戦前の保険による医療給付費が国民総医療費の 20% 程度(昭和 10 年)にすぎなかったことに比し、戦後の医療保険の目ざましい拡大が印象づけられる。この医療保険の詳細な分析については後述する。

③国民医療費推計が得られる期間について、上記保険

者負担分の国民医療費に占める割合は、昭和 30 年度の 49.6% から 55 年度の 76.7% にまで拡大を辿ったが、この拡大につれて患者負担分の方は同じ期間に 38.6% から 8.9% にまで激減している。このことは昭和 36 年度からの「国民皆保険体制」をてことして、医療保険の普及・定着が進み、そのことが患者負担分の割合を一貫して押し下げてきたものと見られる。他方公費負担分は、同一期間について、11.7% から 12.31% と横這いしないし微増であり、公費負担が保険者負担の増と患者負担の減とのあいだにあって、調整的機能を果たしてきたことが認められる。

④いま上記の患者負担を家計負担に置きかえ、家計調査の保健医療費を用いて国民医療費を推計すると、1980 年で国民医療費は、13 兆 1461 億円となり、厚生省推計の約 1 割増しとなる。この点はさらに綿密な推計が必要になる。いずれにしても、戦前国民医療費の約 8 割前後をまかなった家計負担分が戦後 3 割台から現在は 2 割にまでその比率を下げていること、ここに医療費用に関する限り、家計から見て第 2 次大戦後の医療保障の成果を認めることができよう。

6. 医療保険の制度間格差

6-1 政管健保と組合健保

上述のごとく、戦後の医療保障は医療保険を中心とす

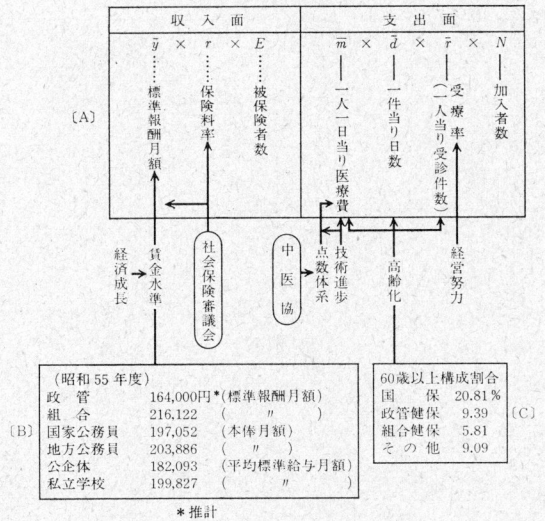
るものであるから、医療保障の理解のためには同機構を組み立てている各種制度の規模(対象人員と財政規模)とその推移を明らかにしておかねばならない。

表11を見ると、医療保険の対象人員は、昭和55年度現在被用者保険が7250万人、国民健保が4453.6万人で合計1億1703.6万人(昭和56年3月1日)は、昭和55年度国勢調査の人口1億1678.2万人(昭和55年10月1日)とほぼ一致する。文字通り国民皆保険が実現しているわけであるが、この対象人員数が総人口と一致したのは皆保険体制がつくられて数年後の昭和40年であり、いかにその普及が早かったかがわかる。対象人員総数のうち62%が被用者保険に、38%が国民健康保険にそれぞれ属しているが、前者は8つの大小さまざまな制度に分立し、そのうち最大のものは、政管健保(26.7%)、組合健保(23.5%)の2大制度であり、両者の対象人員は被用者保険の実に81.1%を占める。したがってこれら両保険に国民健保を加えた三大保険の対象人員の比重は、全医療保険のその88.3%を占めるから、日本における医療保険の大まかな動向については、これら三者の動向によって代表されるといってよい。

対象人員(N)の構成比に対して医療費(M)の構成比は若干異なっている。すなわちこれら2つの構成比を制度ごとにくらべたとき、 $M > N$ となっているのは、政保、船員、日雇、私学、国保の五制度であり、逆に $M < N$ は組合、国家公務員、公企体の三制度で、地方公務員は両者が等しい構成比となっている。したがって制度別の1人当り医療費は、当然のことながら $M > N$ グループは平均より高く、逆に $M < N$ グループは低く現れる。問題は、このような格差の生じる理由であるが、基本的にいえば、 M/N の高いのは、同制度に属している加入者の罹患率が相対的に高く、かつ個々の医療需要の内容が医療費をより多く必要とする種類のものであるということを示唆しよう。逆に $M < N$ グループにおいて罹患率が低くて済んでいるのは、加入者の健康度が本来的に高いということと、同グループの制度を運営する保険者が罹患率を低めべく健康管理面での経営努力をしていることの影響もあるであろう。しかしながら1人当り医療費の大きさが年齢と順相関の関係にあることから見て、1人当り医療費の高い制度は、当該保険集団に属する加入者の平均年齢が相対的に高いことが、最も基本的な理由であると考えられる。

問題は、支出面における医療給付のみならず、収入面における保険料収入の水準が、制度間で異なるため、收支双方を合わせたバランスの差によって、制度間に財政

図2 収入と支出の規定要因



(資料) 統計研究会『国民医療のマクロ経済的分析』昭和58年3月。

力格差が生じ、そのことが社会保険制度として医療保険制度の中に、黒字基調の制度と慢性的赤字傾向の制度とを併存させる構造的要因を作ってきた理由である。

そこで、制度別保険財政の収入面と支出面の大きさが、それぞれいかなる要因によって規定されるかを一般論として論じてみよう。

図2は、このことを説明するために描かれたものである。すなわち一般に保険財政の収入面は保険料収入と国庫負担金(ないし国庫支出金)、およびその他の収入から成り立っているが、その大宗は保険料収入であり、その収入の伸びが、収入面の基本的規定因である。それは図2で見ると、 $\bar{y} \times r \times E$ の積として求められるが、このうち r は社会保険審議会で定められるから、その中心的要素は \bar{y} であり、それは平均賃金水準と連動している。しかもこの賃金水準は、当該保険集団の属する産業(ないし企業)の成長力によって影響を受けるであろう。したがって成長性の高い産業で構成される保険組合ほど、保険料収入の基盤が相対的に強く、そうでない場合は弱体である。いま \bar{y} を示す標準報酬月額ないしそれに類似する指標を制度間で比較すると、政管が一段と低く、他はほぼ肩を並べているといえる。ここには日雇健保は掲げていないが、それは保険料の拠出方法が他と異なっているからである。しかし他の制度と比較するため、被保険者1人当り平均賃金日額から類推すると、それは昭和55年度で5,870円であるから、1ヵ月の稼働日数を20

表 12 被保険者数と平均標準報酬の推移：
政管健保と組合健保の比較

	事業所数	被保険者数		平均標準報酬月額		
		千人	うち男の率 %	円	円	
政管健保	昭和 40	527,769	11,681	64.8	26,150	31,283
	45	651,865	13,277	63.3	49,525	60,011
	50	752,749	13,377	63.8	110,447	130,458
	53	804,946	13,795	64.1	149,210	177,157
組合健保	組合数	1,320	7,097	71.5	30,955	35,058
	40	1,415	9,086	71.3	54,714	62,675
	45	1,616	10,962	73.2	125,592	141,203
	50	1,666	11,054	74.1	178,654	201,555
	55	1,656	11,193	73.9	199,888	225,930

(資料) 『社会保障統計年報』各年版。

(注) 政管健保は各年の10月1日現在、組合健保は各年度末現在。

日間とした場合、月額はいくつと比べて、政管健保のそれよりもさらに低い。

ここでは、被用者保険を構成する二大集団でありながら、互に格差のある政管健保と組合健保を取り出して、両者の過去約15年間の収入面の比較をしてみよう。

表12において、政管健保は事業所数単位、組合健保は組合単位となっている。このことは、両者を比較するさいに、前者は主として中小企業、後者は主として大企業の上にそれぞれ成り立つ健保として一般的な性格づけが行なわれていることと関係があるであろう。問題は保険料収入を規定する標準報酬が、昭和53年で比較して、政管健保は組合健保の83.5% (男子だけで見れば、87.9%) の低位にあることである。その理由の1つとして、被保険者数に占める男子の比率が、政管のほうが10%ポイント低いことである。それだけ政管には標準報酬の低い女子が相対的に多くまじっており、組合に比して83.5%の水準にある男子と合わせて、平均標準報酬月額

を低め、ひいては保険料収入の伸びを相対的に弱くしていると考えられる。そこでこの点をさらに一歩進めて、両者の産業構造を比較してみよう。

この産業構造については、政管健保は30業種を区分しているのに対し、組合健保のほうは12業種の区分となっている。したがって双方の対応性が明瞭で、その比較が可能と見られる代表的業種を選んで並べた。一見して、政管の被保険者数が集中している業種は卸売、小売業であり、ついで機械器具工業であるが、組合健保のほうはその機械器具工業がトップであり、第2位は金融、保険業となっている。このような組み合わせの中に、政管対組合が中小企業対大企業

の関係にはほぼ対置されるものと考えられるが、それは平均標準報酬月額の水準からも推定されよう。すなわち政管の平均標準報酬を100とすれば、組合のそれは、昭和43年で128.5、53年で119.7となって2~3割高くなっている。この両者の格差は、昭和43~53年の増加倍率の比較で見られるように、若干縮小したことが認められるが、両者のあいだに財政力格差が依然として存在することはいうまでもない。

もう1つの給付支出の格差の原因は、いうまでもなく被保険者・被扶養者の年齢構成において、中高年層の割合が政管のほうが組合より多いことであり、それはすでに図2で見た通りである。

医療保険における制度別財政格差が、基本的にはこれら収支両面の構造的要因に帰着するものとすれば、その是正は全体としての社会保険システムの効率化、公平化として考慮されるべきであろう。その1つの方向が、老人医療保障の別建てであり、それが昭和58年2月から

表 13 事業別被保険者数と平均報酬月額の時点比較

	政 管 健 保				組 合 健 保			
	被保険者数 構 成 比	平均標準報酬月額			被保険者数 構 成 比	平均標準報酬月額		
		昭和43年	53	増加倍率		昭和43年	53	増加倍率
織 維 工 業	7.6	28,572	113,053	3.95	3.3	32,504	126,052	3.87
機 械 器 具 製 造 業	11.5	40,209	150,107	3.73	25.4	48,274	180,663	3.74
卸 売 , 小 売 業	21.7	37,127	152,846	4.11	4.4	45,912	165,117	3.59
金 融 , 保 険 業	1.6	41,134	159,595	3.87	10.3	52,657	183,192	3.47
運 輸 , 通 信 業	6.4	45,923	169,514	3.69	7.7	49,448	191,399	3.87
その他とも計 (または平均)	100.0 (12,850千人)	37,935	149,210	3.93	100.0 (8,512千人)	48,763	178,654	3.66

(資料) 『社会保障統計年報』昭和44, 47, 54, 57年版。

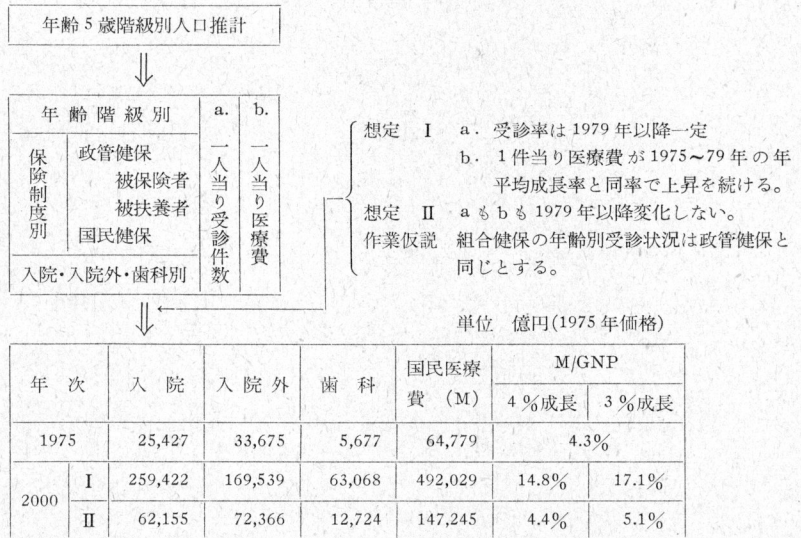
施行された老人保健法である。これによって、給付支出類の格差要因はかなりの程度除去されると見られる。しかし収入面の格差は依然として存在するが、これについては両制度に対する国庫負担の大きさを調整が行なわれており、昭和55年度で見て、国庫負担金額は政管に対し約5000億円、組合のそれが52億円と著しい開差があり、収入に占める比率は、それぞれ14.2%と0.2%となっており、後者の国庫負担は事務費が中心で、収入財源としては negligible と見られるほどのものである。

制度間格差を縮小する残った要因は、保険者の経営努力ということになるが、これは健康管理力といってもよく、これについても大企業の方が優位に立つものと考えられる。なお医療費そのものの適正化については、医療供給体制の効率化と併行してその効果が期待できるものとする。

6-2 国民健保の動向

医療保険制度を論ずるうえで、被用者保険と並ぶ地域保険としての国民健康保険(以下国民健保と省略)にふれないわけにいかない。それは第1に、国民健保がすでに昭和13年の国民健康保険法の制定によって発足していたとはいえ、戦中・戦後の混乱の中でその実施は十分に普及せず、戦後数次にわたる改正を経て、昭和33年に同法が全面的に改正され、その施行が36年度から全国的に普及するに及んで、「国民皆保険」の基盤がつけられ、今日国民の約4割弱を適用対象としているということである。第2に、その運営は、一部の国保組合を除けば、全国で3,272の市町村(昭和55年度)を単位として行なわれ、それら市町村の間で財政力や給付需要にかなりのバラツキがあること、第3に、それらを全国一本で表示した国保財政の収支状況で明らかのように、その収入の57.5%(昭和55年度)が国庫支出金に依存しており、それに都道府県支出金と市町村財政における一般会計からの繰入金を加えると、実に62%の国公費=租税財源が注入されているということである。このことは、社会保険における保険料による財源の自己充足性の原則から

図3 A 推計の推計手順



(資料) [6]。

見て、著しく原則から乖離した状況である。ちなみに上記国庫支出金は昭和58年度で2兆3126億円であり、それは同年度厚生省予算の25.5%を占めている。このことから国保財政の健全化が財政当局はもちろん国保運営の当事者からも要請されていたことである。第4に、国民健保は、その被保険者が地域的には全都道府県にまたがり、また年齢的にも0歳から80歳以上に至る全年齢層をカバーしているので、その統計資料によって医療保険適用の実態に関する情報が、最も包括的に得られるということである。国民健保の分析は逸することができないというのは、以上のような理由のもとづく。しかし国民健保の分析については、本『経済研究』(第31巻第2号, 1980.4)ですで行なったので、ここではスペースの関係で割愛することにする。

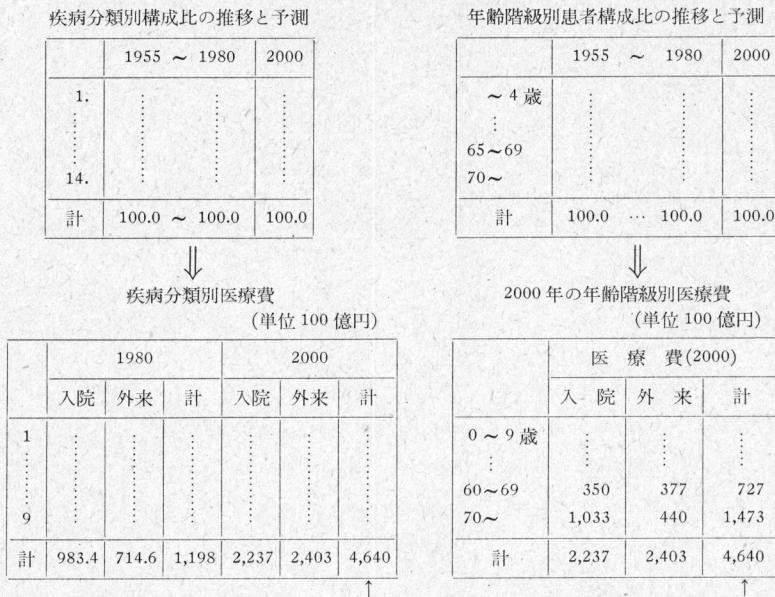
7. 国民医療費の将来動向

以上は近年における医療費の動向を、制度別の収支状況を中心に考察したものである。問題は、このような現状を起点として、将来の医療費がどのように増大するかについての見通し、ないしは予測である。これについては、そのような予測を行なった2つの事例を掲げ、若干のコメントを加えるだけに止める。

7-1 「21世紀の医療」研究グループの予測(A 推計)

1) 他に日本大学人口研究所および社会経済国民会議による推計があるが、ここでは将来推計に関する例示として2例だけを掲げた。

図4 B推計の推計関連図



このグループの予測手続きを簡単に図示すれば、図3のようになる。要点は、1975~79年の実績から、1件当り医療費を求め、その将来動向について、2つの想定をもうけて、2000年の医療費を予測している。このうち想定Ⅱは、受診率も1件当り医療費も1979年以降変化せず、人口の年齢構成の変化だけで医療費が変化するというもので、想定Ⅰと比較するための参考数字であるから、ここでは想定Ⅰに注目する。それによると、今後国民医療費は21世紀にかけて年率平均8.5%くらいのスピードで増加し、2000年の医療費推計値は49兆2029億円となり、それはGNPが4%成長(経済審議会長期展望委員会は4%と仮定)したとして、2000年にはGNPの14.8%(3%成長なら17.1%)という推定結果を弾き出している。これは、現在トップにある西ドイツの9.7%を遥かにしのぐ驚異的な数字である。注目すべきは2000年の49兆円は、1975年価格で表示されているということであり、もしこれが時価表示であればさらに医療価格上昇分だけふくらむわけで、2000年の名目額は、示された推計値の数倍にのぼると見られる。推計の過程には種々の想定や仮定が置かれているので、推計値はそれとの関連で評価されなければならないが、今後における医療費の増大が趨勢として避けられない要因があるとすれば、医療資源の効率的利用のために、このような推計のもつインプリケーションを十分読み取る必要がある。

7-2 「週刊社会保障」の医療需要予測(B推計)

もう1つの事例として、「週刊社会保障」研究グループの推計例を掲げる。これは、1955~80年における疾病分類別構成比の推移と年齢階級別患者構成比の推移にもとづき、それぞれの2000年の構成比を求め、他方医療費の伸びを近年の実績から7%と仮定して、これらの組み合わせとして2000年の医療費を46兆4000億円と見込んでいることである。これは一見A推計の49兆円に近似しているが、両者の比較には次の点の留意が必要である。

①A推計は1975年価格、B推計は恐らく1980年価格と見られる。

②A推計には歯科が入っているが、B推計には明示されていない。

そこでA推計の歯科部分を除くとA推計は約43兆円となってB推計より下回る。ただし基準価格を揃えれば、両者は接近するであろう。興味あるのは、総額の近似性というより、入院と外来のシェアが両推計で異なっていることである。すなわちA推計では入院が入院外を大幅に上回っているのに対し、B推計では逆に外来のほうが入院を若干上回っており、この点が注目される。この差は、1つはB推計が疾病分類別構成比の推移から医療費を求める方法を1つの柱としていることであり、それがもう1つの柱である年齢階級別患者構成比の推移から求めた推計と、最終的には一致するよう調整が施されていると見られる点である。これらの点については、推計課程に即して今後さらに検討したいと考える。

これら両推計では、現時点から21世紀までのあいだの制度的変化は考慮の外に置いてあるが、たとえば昭和58年2月1日から発足した老人保健法などの普及・定着が進めば、推計結果に影響を及ぼすであろう。われわれはこのような推計を手がかりとして、それをフォローアップしつつ医療保障の長期計画の策定に資さなければならない。

補論 医療費の国際比較

本調査では、日本の医療費の相対的位置を知るために、

表 14 主要国における国民医療費の範囲 (×は除外し、○は含む)

	基本的範囲	正常分娩	売薬	メガネ	マッサージ	その他
日本	医療機関における傷病の治療に対して支出される費用 (診療報酬額+薬剤支給額+健康保険等で支給される看護費・移送費)	×	×	×	×あん摩 ×マッサージ 指圧師 ×はり師	×健康診断 ×予防接種 ×義眼・義肢 ×室料差額 ×歯科差額
西ドイツ	国民保健支出のうち治療費	○	○	○	○	○リハビリテーション
フランス	家計の医療最終消費からメガネ等の医療器具費を除いたもの	○	○	×	○	○言語矯正
イギリス	国民保健サービスに関する政府支出+患者負担	○		○		○リハビリテーション ○地域保険サービス ○管理・運営費用
アメリカ	個人保健治療支出のうちナーシングホーム、メガネ等の医療器具類を除いたもの	○	○	×	○	

表 15 主要国の医療費の推移(1970~1980)

	日本 億円	西ドイツ 100万マルク	フランス 100万フラン	イタリア 10億リラ	オランダ 100万 ギルダー	スウェーデン 100万 クローネ	イギリス (イングランド・ ウェールズ) 100万ポンド	カナダ 100万 カナダ ドル	アメリカ 100万ドル	
1970	24,962	35,208	43,438	2,506	3,338*	12,618	2,046	6,087	56,691	
1971	27,250	42,882	49,965	2,135	4,770*	14,421	2,324	6,936	62,051	
1972	33,994	49,314	56,743	2,480	5,744*	15,788	2,681	7,543	68,908	
1973	39,496	57,787	65,064	2,999	6,663	17,055	3,038	8,430	76,031	
1974	53,786	68,742	76,686	3,735	8,060	20,047	3,948	9,906	86,645	
1975	64,779	78,492	95,413	8,366	9,749	24,371	5,290	11,888	99,743	
1976	76,684	84,853	111,770	10,117	11,222	28,343	6,216	13,551	112,804	
1977	85,686	89,534	125,197	11,880	12,519	34,400	6,870	14,702	127,661	
1978	100,042	96,093	148,861	14,513	13,802†	44,608*	7,785	16,182	142,993	
1979	109,510	102,762*	173,278	17,282	15,073†	52,326	9,400	18,034*	161,211	
1980	119,805	108,089*	202,484	22,110	16,508†	53,623*	13,823*	20,488*	186,700	
増加倍率	名目額	4.80	3.07	4.66	8.82	4.94	4.25	6.76	3.37	3.29
1980/1970	実質額	2.03	1.87	1.86	2.39	3.69	1.76	1.89	1.55	1.55

(資料) 日本は厚生省統計情報部の推計。

日本以外は厚生省企画室推計のものほか、厚生統計協会『国民衛生の動向』、石本忠義『世界の医療保障制度』および『世界の医療費問題』に掲載されている数字等を参考にした。なお、財政研究所『社会保障の国際比較』をも参照。

- (注) 1) *はOECDの保健総支出額の系列(1960-1981)等を用いて筆者推計。
 2) イタリアはOECDの系列をそのまま用いた。
 3) †印はオランダ保健環境保護省の予測。

医療費の国際比較を意図したが、紙数の関係で本格的な展開は別の機会に譲らざるを得ない。ここでは、石油危機を境として、医療費増高問題が欧米諸国にとって共通のものとなっているとの認識に立って、近年における主要国の医療費の動向、医療費増高の要因についての理解、抑制策の3点にしばって要点のみを整理し、次の機会への予備的考察としたい。

まず最初に欧米主要国の医療費の範囲について一べつ

すると表14のようになる。明らかに日本の「国民医療費」の範囲が一番狭いことが知られる。そこで国際比較のために、その分を推計すると、家計調査の保健医療費からの接近では、すでに見たように現行推計の約1割増しとなる。家計調査から洩れている部分を含めて推算すると15%増しとしたほうが妥当とする意見が有力であるが、ここでは1割増しと考えておこう。いずれにしても各国間で多少の差異があることを承知のうえで、1970

年代における各国の医療費の推計を示したものが表15である。

一見していずれの国も1970年代を通じて、医療費の増大傾向を示しているが、とくに1973~74年の第1次石油危機を境として、名目額が大きく伸びたことが看取される。各国の物価上昇率に差があるので、仮にCPIでデフレートした実質額について、単純に1980年の医療費の1970年のそれに対する増加倍率を比較すると、首位のグループはオランダ、イタリアと日本、第2グループは西ドイツ、フランスとイギリス、あとは少し下がって、スウェーデンがあり、一番低いグループとしてアメリカ、カナダが肩を並べている。このような増加倍率の差は、①初期時点における医療保障水準、②当該期間における医療需要増(高齢化の進行度、医学・医術の進歩とその導入、その他需要増につながる制度の改正など)、③医療費抑制策の強度、などの諸要因が複合して形成される。

これらのうち、①について、1970年における医療費の対国民所得比を見ると、アメリカ(7.19%)、西ドイツ(6.60%)、フランス(7.14%)などが高く、それは概して増加倍率の低い国であることが知られる。これに対し日本の対国民所得比は4.10%で相対的に低く、このことが増加倍率を高めた1つの理由であろう。換言すれば日本は1970年時点において、医療保障を含む社会保障に関してはなお後発国であったわけである。しかしその後1973年の健康保険法の大規模な改正、1970~80年の期間における老年人口比率の急テンポの上昇(7.1%→9.0%)などが重なって、増加倍率を高めたものと考えられる。

表16 主要国人口1人当り年間医療費

(単位 ドル)

	1973	1975	1978	1980
日 本	118	190	447	505
西 ド イ ツ	350	484	857	965
フ ラ ン ス	288	433	668	835
オ ラ ン ダ	249	376	503	548
ス ウ ェーデン	322	678	1,255	1,525
イ ギ リ ス	158	192	284	575
カ ナ ダ	382	515	581	732
ア メ リ カ	447	467	656	820

- (資料) 1. 医療費 表15に同じ。
 2. 人 口 UN『人口統計年鑑』各年版。
 3. 為替相場 IMF『国際金融統計月報』各年版。

- (注) 1) 表15の医療費を人口(年央値)で割り、さらに同年の対米為替相場(年平均)で割って求めた。
 2) 日本の数字は、試みに表15の値を1割増しにしたものについて計算した。

表17 日本と西ドイツの医療関連指標の比較

	日 本	西ドイツ	西ドイツ=100とする日本の指数
$\frac{Y}{N}$ (1980)	7,132 ^{ドル}	10,275 ^{ドル}	69
$\frac{D}{N/10万}$ (1977)	120 ^人	204 ^人	59
$\frac{B}{N/10万}$ (1977)	1,297 ^床	1,188 ^床	109
$\frac{A}{N}$ (1980)	9.0 [%]	(1979)15.5 [%]	59

いま表16にもとづいて、人口1人当り医療費を米ドルで示し比較してみよう。表を一覧すると、日本は1975年にイギリスの水準に追いつき、その後イギリスやオランダなどの水準に追従する段階にきたことが、示されている。しかし、西ドイツやフランスの水準に達するにはまだかなりの開きがある。この開きは、①1人当り所得水準、②医療供給要因(医師数その他のマンパワー、病院病床数など)、③老年人口比率、④制度的要因、などによって影響されるわけである。いま、④を除いて、①、②、③について、日本と制度類型が近似している西ドイツと比較してみると、表17のようになる。病床数を別とすればいずれの指標で見ても、日本は西ドイツよりかなり低位にあり、したがってこれらの指標が高まろうとする力が、今後における日本の医療費の上昇要因と考えられる。この上昇圧力をいかにしてゆるやかなテンポのものに制御しうるか、というのが④の制度的要因であり、これは医療費の拡大にも抑制にも作用するものである。

そこで、近年における低成長経済の中で、欧米諸国が医療費の抑制にどのように対応しようとしているかについて整理しておこう。

これについて、『EC諸国における医療費問題』(The Organization, Financing and Cost of Health Care in the E.C., 1979)に掲げられた「医療費用抑制対策」を一覧表の形で整理したものが表18である。これら抑制対策として掲げられている項目数(カッコ内)は、A. 病院(8)、B. マンパワー(4)、C. 疾病保険と関連行政(5)、D. 診療報酬(2)、E. 医薬品(5)、F. その他(7)のA~Fの6つのカテゴリーに含まれる項目であるが、この項目に対してEC9ヵ国がそれらを実施していると回答したカテゴリー別項目数は、A=28、B=5、C=8、D=1、E=11、F=14であり、Aの病院関係が断然多く、マンパワーを含めて供給要因の抑制に重点を置いて

表 18 EC 9 カ国「医療費用抑制対策」一覧表

	イ タ リ ア	フ ラ ン ス	西 ド イ ツ	イ ギ リ ス	ベル ギー	デン マーク	オ ラ ン ダ	ルク セン ブルグ	ア イル ラ ンド	計
A <病院>										
1 病院システムの合理化・位置づけ	○					○			○	3
2 入院に代わる代替ケアの奨励				○	○	○		○		5
3 資本支出の抑制・コントロール	○		○	○		○	○		○	6
4 病院病床数の抑制		○			○		○	○		4
5 病院運営予算のコントロール	○			○						2
6 大規模装置の抑制		○			○			○		3
7 病院設備の点検						○				1
8 1日当り入院料(増加)の抑制		○	○		○		○			4
B <マンパワー>										
1 医学校への入学制限						○	○			2
2 医師数の増加抑制		○								1
3 医療従事者の評価開発		○								1
4 一般開業医の業務範囲の明確化									○	1
C <疾病保険と関連行政>										
1 疾病基金行政費用抑制	○									1
2 保健委員会の実支出増加制限									○	1
3 償還額の抑制		○								1
4 保険による支払額抑制			○							1
5 患者負担の増額(強化)		○	○	○	○					4
D <診療報酬>										
1 支払方式の検討	○									1
2 医師報酬額の抑制										
E <医薬品>										
1 薬剤価格規制		○		○						2
2 製薬会社の宣伝規制		○								1
3 薬局の増大抑制				○						1
4 処方費用(または薬剤サービス費用)抑制	○		○	○			○			4
5 奨励される医薬品リストの作成			○					○	○	3
F <その他>										
1 予防活動の奨励・促進		○	○	○	○			○	○	6
2 健康教育の推進							○			1
3 医療サービスの体系化			○			○				2
4 保健サービス計画の確立				○						1
5 ナーシングホームの設立			○							1
6 協議会の設立			○							1
7 中央政府による地方政府の支出への干渉						○				1

(資料) 江見康一「医療供給体制と医療問題—EC 諸国と日本の比較」『社会保障制度の国際比較』財政研究所, 昭57・3。原資料は, *The Organization, Financing and Cost of Health Care in the E.C.*

(注) 1) 資料は1978年10月現在のものである。

2) 対策項目は、類似のものは1つにまとめた。

いるように見受けられる。とくに病院に関しては、A・3の「資本支出の抑制・コントロール」やA・2の「入院に代わる代替ケアの奨励」、A・4の「病院病床数の抑制」などに集中度が高く、現代医療の装備・技術の集積でもある病院における医療費が、“hospital inflation”の表現に見るように「高くつく」ことを示唆している点である。注目されるのは、同じく供給要因の抑制として、Bで「医学校への入学制限」を考えている点は、Aと合わせて、医療においては「供給が需要を作る」傾向が強いとみて、供給面からの抑制策を重視していると思われる。

表18に掲げられていないが、アメリカ、カナダはともに病院医療費を中心とする抑制策である。アメリカはここ数年「病院費用抑制法案」を議会に提出しているし、カナダは、病床の削減や病院の適正配置、老人の入院ケアから在宅ケアへの誘導などが行なわれている。スウェーデンについても、費用のかかる一般病床の削減、在宅ケアの拡充などが進められているから、各国とも抑制策には共通のものがある。

表18でもう1つ注目すべき点としては、F.「その他」のカテゴリーに含まれている項目は、単に抑制とか削減という発想ではなく、医療供給のシステム化、予防や健康教育の重視など、医療費の抑制という点からは間接的であるが、長期的視点から見て効果が期待できると思われる項目を挙げていることである。

日本の医療費は、高齢化社会の進行につれて今後上昇への圧力が強まると見られるが、昭和58年2月1日か

ら施行された「老人保健法」は、これを医療費抑制対策の性格をも内包したものと受け取られている。欧米各国の経験から学びつつ、国民医療の質的水準の維持のための財政基盤の安定化と効率化が望まれる。

江見康一

(一橋大学経済研究所)

文 献

- [1] 厚生省医務局『医制百年史・資料編』および付録「衛生統計からみた医制百年の歩み」ぎょうせい、昭51。
- [2] 江見康一・塩野谷祐一『財政支出』東洋経済新報社、昭41。
- [3] 江見康一「戦後日本の社会保障政策」荒・伊藤・倉林・宮沢編『戦後経済政策論の争点』勁草書房、昭55。
- [4] 統計研究会『国民医療のマクロ経済的分析』昭58・3。
- [5] 江見康一「高齢保障と地方財政」『経済研究』Vol. 31, No. 2, 昭55・4。
- [6] 沖中記念成人病研究所『21世紀の医療』昭57・3。
- [7] 「医療費の動向と今後の見通し——昭和75年における医療需要を予測——」『週刊社会保障』Vol. 37, No. 1227, 昭58・5・16。
- [8] 石本忠義『世界の医療保障制度』勁草書房、昭57。
- [9] 江見康一「医療供給体制と医療費問題」『社会保障制度の国際比較』財政研究所、昭57・3。
- [10] 社会保障研究所編『戦後の社会保障・資料』至誠堂、昭43。

農 業 経 済 研 究 第 55 卷 第 1 号

(発売中)

《論 文》

石田正昭：農家女子の就業行動

向井清史：両大戦間期沖縄における農民層分解

宮崎 猛：現代的農地賃貸借における実勢小作料の経営経済的形成要因と土地用役市場の特徴

《研究ノート》

佐藤豊信：既存大産地による新規参入阻止行動のモデル分析

長原 豊：農村協同組合組織論の理論的前提

——農民組織論のための覚書——

B5判・58頁・定価1000円 日本農業経済学会編集・発行／岩波書店発売