九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

アメリカとカナダの医療政策

新井, 光吉
九州大学経済学部 : 教授

https://doi.org/10.15017/4362580

出版情報：經濟學研究. 66 (3), pp.303-334, 1999-12-31. 九州大学経済学会
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

アメリカとカナダの医療政策

新　井　光　吉

はじめに
Ⅰ　アメリカとカナダの医療保険制度
Ⅱ　カナダの医療政策
Ⅲ　アメリカの医療政策
Ⅳ　医療危機
むすびに代えて－日本の医療政策への提言

はじめに

今日，医療保険は福祉国家を支える中心的な制度となっている。とはいえ，ヨーロッパの福祉国家とは違って，アメリカやカナダの福祉国家は個人の自発性や機会をより重視した自由主義的な特徴を濃厚に維持してきた。これは両国がお互いに他の国よりも政治的経済的な類似性を持っていた結果であった。両国はほぼ同じような時期に工業化し，共に高い生活水準を維持してきた。政治構造も州権の強い連邦制を採り，強力な社会民主主義勢力や労働党が不在で，労働運動も概して脆弱な存在だった。このように両国は文化的特徴でも社会的価値観でも他のどんな国よりもお互いに似通っていたといってよい。

にもかかわらず，両国は福祉国家の発展，特に現代福祉国家の中心的政策である医療保険において全く異となった制度を採用した。即ち，カナダの医療制度が公的な資金調達と包括的医療保険を特徴としているのに対して，アメリカの制度は政府の介入を老齢者や障害者に対する医療給付(メディケア)と貧困者に対する州営医療扶助(メディケイド)に限定する極めて部分的なものとなったのである。

両国はもともと医療制度の構造，強力な業界団体の存在，物議を醸しやすい医療保険問題に対して消極的な有力政治家の姿勢など，お互いによく似た状況に置かれていた。しかし，その後の政策論争の過程で，アメリカでは国家の役割が社会の特定グループに対する医療給付に限定されざるを得なかったのに対して，カナダでは国家の責任が全国民に対して包括的医療保険と医療利用機会を保障するために拡大されるに至ったのである。

近年，医療費の膨張は先進諸国に共通して見られる頭痛の種となっているが，特にアメリカの医療費(対 GNP 比)は突出して高いといわざるを得ない。そこで，アメリカ政府は医療費の抑制と皆保険を両立させ得るような医療改革に取り組まざるを得なくなり，その目指すべきモデルの１つとしてカナダの医療制度に注目するようになった。というのも，カナダは文化的・社会的な背景においてアメリカとの類似性が高い上に，医療費抑制の面でも有効な国民健康保険制度を発展させてきたからである。そこで，本稿は類似した文化的・社会的な背景を持ちな

がら，何故カナダとアメリカが全く対照的な医療保険制度を採用するに至ったのか，両国の医療政策の展開過程を検討しながら明らかにして行きたい。

Ⅰ　アメリカとカナダの医療保険制度

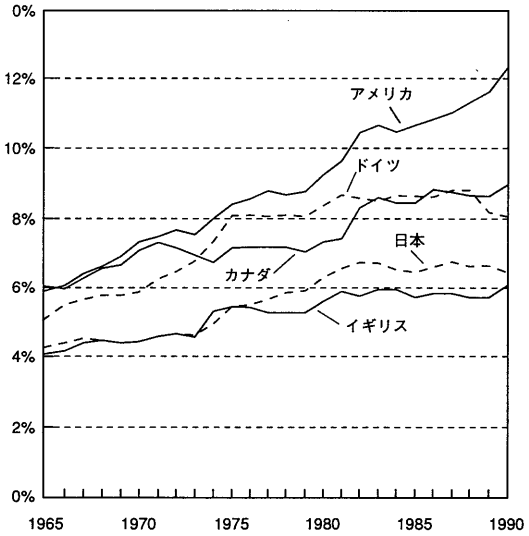
[1] 制度の実態

(1) 医療費の国際比較

周知のように主要国の医療費は急速に膨張し，その抑制が各国政府の焦眉の課題となっている。そこで，アメリカとカナダを含む主要５ヵ国の医療支出(対 GNP 比)を一瞥すれば，第１図のような推移を示している。その特徴を手短に指摘しておけば，第１にアメリカとカナダの医療費は1965年時点では GDP の６％前後で並んでいたが，1970年代半ば頃からカナダの安定とアメリカの急増が顕著となり，２ポイント以上の格差が恒常的に続くに至った。アメリカの医療費は1970年代後半以降にはイギリス，ドイツ，日本と比較しても特に顕著な膨張を示している。アメリカは国民１人当たり医療費でも第２図のように1970年代後半以降，他の４ヵ国と比べて急速な増加を見せているのである。

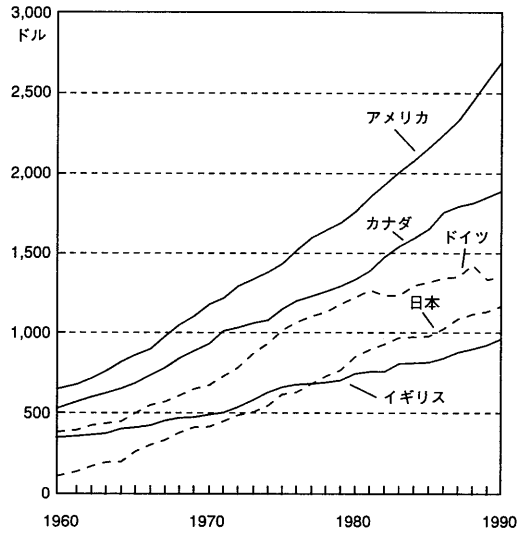
もちろん，こうした医療費膨張は医療内容の高度化，医療技術の向上や高性能医療機器・新薬の登場などの要因によってもたらされた結果だといえなくもない。だが，そうした高度の医療には必ずしも不可欠とは言えないような過剰な治療も含まれており，薬漬けや検査漬けなどといった弊害を伴っており，これら医療の濫用を抑制できぬ制度的欠陥が医療費の高騰を招いているという側面もある。しかも医師の診療報酬という点では，アメリカは医療制度の特質からカナダなどの諸国と比べて医師の報酬を抑制しにくい構造になっているといわれている。その点は主要国の医師平均稼得年収を示した第３図にも如実に反映されているといってよい。[1)]

次にカナダとアメリカの医療費がどのように



第１図　主要国の医療費推移（対 GDP 比）

（資料）U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means, *Health Care Resource Book Revised January 1993,* February, 2,1993. p.15.

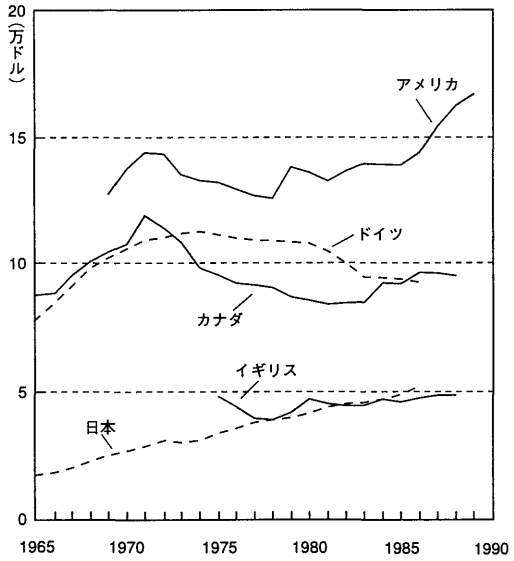


第２図　主要国国民１人当たり医療費推移
（1991 年ドル換算）

（資料）U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means, *Health Care Resource Book Revised January 1993,* February, 2,1993. p.13.

膨張してきたか，簡単に見ておこう。まず，カナダの医療費は第１表のように1960年の21億ドルから1975年の121億ドル，1990年の610億ドルと増加し，1994年には725億ドルに達している。医療費は対 GNP 比で1960年の5.5％から1970年に7.1％に上昇し，その後は比較的安定していたが，1980年代に８％台，1990年代には９％台で推移し，1991年と1992年には10.1％と２桁台に突入した。国民１人当たり医療費も1960年の120ドルから1985年の1,543ドルへと約13倍に増加している。また医療費に占める公費（連邦，州，地方政府）の割合は1960年代末に公的医療制度が整備されたのを反映して1970年代以降，70～76％にまで達するに至った。さらに医療費を費目構成別に見ると，第２表のように入院費は1970年まで増加するが，それ以降は減少し，医科診療費もほぼ同じ傾向を辿っている。

一方，アメリカの医療費は第３表のように1960年の237億ドルからメディケア，メディケ



第３図　主要国医師の実質平均稼得所得（1991年ドル換算）

（資料）U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means, *Health Care Resource Book Revised January 1993,* February, 2,1993. p.51.

第１表　カナダの医療費

年	医療費（億ドル）	対GNP比（%）	１人当たり医療費（ドル）	公費／医療費（%）
1960	21	5.5	120	43
1965	34	6.0	174	52
1970	63	7.1	293	70
1975	121	7.2	535	76
1980	224	7.4	929	75
1985	392	8.5	1,543	
1990	610	9.1		
1994	725	9.7		

（資料）民間病院問題研究所編『カナダの老人ケア・システム』1991年11頁，*Canada Year Book* 1994, p.152, 1997, p.110より作成。

第２表　費目別医療費構成比　（単位：%）

費目	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1994
入院	37.9	42.7	45.0	44.5	41.0	40.4	39.1	37.3
他の施設入所	5.7	6.1	7.2	9.8	11.9	11.3	9.4	9.8
医科診療	16.6	16.0	16.6	15.7	15.1	15.7	15.2	14.2
歯科診療	5.1	4.7	4.2	4.9	5.7	5.5	*	*
他の専門サービス	2.3	1.9	1.5	1.1	1.2	1.3	8.5	8.5
薬剤・治療用具	14.5	13.3	12.5	10.7	10.8	12.4	11.3	12.7
その他	17.9	15.3	13.0	13.3	14.3	13.4	16.6	17.5

（資料）第１表と同じ。＊は1990年以降他の専門サービスに含まれる。

1）カナダの医療制度における医療費の安定化については民間医療研究所編『カナダの老人ケア・システム』民間病院情報センター，1991年12-14頁。

第3表　アメリカの医療費

年	医療費（億ドル）	対GDP比*（%）	1人当たり医療費（ドル）	公費／医療費（%）
1950	109	3.8	72	22
1955	157	3.9	95	23
1960	237	4.5	131	22
1965	373	5.2	192	21
1970	651	6.3	317	34
1975	1,168	7.2	541	40
1980	2,472	8.9	1,086	42
1985	4,282	10.2	1,796	41
1990	6,975	12.1	2,791	41
1995	9,885	13.6	3,758	46

（資料）*Statistical Abstract of the U.S.* 1979, p.102, 1984 p.104, 1997, p. 112; *Economic Report of the President*. 1989, p.308, 1997. pp.305, 337. より作成。＊1950年と1960年は対 GNP 比。

イドの導入（1965年）を契機に1975年1,168億ドル，1985年4,282億ドルと急ピッチで増加し，1995年には約1兆ドルに達した。GDP に占める医療費の割合も1960年の4.5%からジリジリと上昇し，1985年には10%を超え，1995年には13.6%にも及んでいる。1人当たり医療費もまた1950年の70ドルから，特に医療保険・医療扶助制度導入後の1970年代に急増し，1995年には3,758ドルと45年間で52倍にも増加したのである。公費の占める割合は医療保険・医療扶助制度導入前までは20%強で比較的安定していたが，1970年には34%に上昇し，同制度が成熟した1975年以降は40%を超えるに至った。とはいっても，国民皆医療保険が採用されているカナダと比較すれば，アメリカの公費比率はかなり低いといわざるを得ない。さらに医療費を費目別に見ると，カナダとは際立って対照的な点は第4表のように医科診療費の比率がかなり高いことである。そこで，アメリカの医科診療費をカナダのそれと比較すれば，1960年の時点で8ポイントの差があり，1970年には4.3ポイントまで縮小するが，1995年には差が8.7ポイントまで拡大している。というのも医師の診療報酬をめぐる料金表の交渉で，アメリカの医師会はカナダのそれと比べて遙かに強力な交渉力を持っており，そのためにアメリカでは医療費の抑制がより困難になっているからである。

(2) 医療の成果

では，アメリカは高水準の医療支出を通じて国民の健康を維持するという面で，費用に見合ったような高い成果を挙げているのであろうか。もしアメリカが国民の健康維持の面で顕著な成果を挙げているのだとすれば，主要国の中でも高水準な医療支出は単に資源配分における選択の問題にすぎず，アメリカ社会における一定の価値観を反映したものにすぎないといえよう。だが，もし高価な医療支出が必ずしも国民の健康水準の向上に繋がっていないとすれば，

第4表　費目別医療費構成比　（単位：%）

費目	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
入院	37.4	37.4	43.0	45.0	47.3	44.7	41.7	39.8
他の施設入所	2.1	5.6	7.6	8.5	8.1	8.1	8.3	8.9
自宅療養			0.3	0.4	1.1	1.5	2.1	3.3
医科診療	24.6	22.7	20.9	20.1	20.8	22.2	23.8	22.9
歯科診療	8.6	7.5	7.3	7.1	6.2	5.8	5.1	5.2
他の専門サービス	3.7	2.8	2.3	3.1	2.9	4.4	5.6	6.0
薬剤・治療用具	19.1	20.5	16.6	13.9	11.7	11.6	11.4	11.1
その他	4.5	3.5	2.0	2.3	1.8	1.6	1.8	2.8

（資料）*Statistical Abstract of the U.S.* 1997, p. 113, 1992, p. 99, 1979, P. 101. より作成。

由々しき制度的な問題を抱えているといわねばならない。そこで，次にカナダとアメリカにおける医療の成果を確認しておくために，極めて大雑把な指標だが，両国の平均余命と幼児死亡率について瞥見しておこう。

まず，両国の平均余命から見ておくことにしよう。というのも，医療の充実は国民の健康水準を増進し，一般に寿命を長期化させると考えられるからである。例えば1971年生まれの者はカナダでは平均余命が73歳と予測されていたが，アメリカでは71.1歳と看做されていた。また1997年生まれのカナダ人は79.3歳の平均余命を享受できるものと予測され，79.7歳の日本人にほとんど追いつき，76.6歳のイギリス人，76.1歳のドイツ人，76.0歳のアメリカ人を大きく上回っていた。これらの統計数字から判断すれば，カナダの医療制度が国民の寿命を延ばすという面においてアメリカを遙かに凌駕するような成果を挙げてきたといっても言い過ぎではないであろう。[2)]

次に幼児死亡率を見ると，カナダの死亡率は1974年には1,000人当たり15人，1976年でも13.03人と依然として高かったが，1989年には7.13人にまで顕著に低下した。一方，アメリカの死亡率は1976年には1,000人当たり15人，1991年においても10.3人とかなり高い水準に止っていた。その後，カナダの幼児死亡率は1997年には1,000人当たり6.0人に低下し，日本の4.4人には及ばぬものの，ドイツの5.9人にほぼ並び，アメリカの6.6人やイギリスの6.3人を依然として下回っていたのである。

以上のようにカナダの医療制度は国民の健康を維持増進するという側面においてアメリカをむしろ凌駕する成果を挙げ，しかもより安価で効率的にそれを実現してきたように思われる。カナダの医療制度は①国民皆保険の下で一元的な医療費供給システムを構築し，ほとんど自己負担なしに国民に平等に医療を提供し，②医療資源の浪費や医療費の無制限な高騰を回避し，③1980年代初頭の不景気の最中にも慢性疾患患者や高齢者の地域ケアの努力を継続したなどの点で，優れた実績を示してきたといわれる。[3)]特にアメリカが医療費用の高騰に呻吟する中で，カナダはどうにか医療費の安定化を図ることに成功してきた。それはカナダでは，①包括的医療保険制度によって医療費の支払いが一元的に行われ，②支払いが州政府という適切な所管者によって行われてきたためであるといわれている。そこで，医療保険の政策過程を分析する前に，カナダとアメリカにおける現行の医療制度を予め瞥見しておくことにしよう。

[2] カナダの医療制度

カナダの医療保険は日本，ドイツやフランスなどの保険原理に基づいた制度とは異なって，州政府と連邦政府が財源の大部分を負担する公営保健サービス的な性格を持っている。

また医師の大部分は民間人であるが，病院の大部分(98%)は州政府が財政負担を行っている公営病院であった。[4)]カナダの医療保険は連邦政府が基本法(入院保険法，医療サービス保険法)を定め，各州政府がそれを基準として各州ごとに独自の立場から州の実状を踏まえて具体的な規定を作成して実施するという制度になっ

2) United States Department of Commerce, *Statistical Abstract of the United States*, 1997, pp.832-833, 1979, pp.70, 889, 1992, p.824; *Canada Yearbook* 1997, p.115.

3) 民間医療問題研究所編前掲書 12-14頁。

4) 健康保険組合連合会編『アメリカ医療保障制度の現状と課題・カナダ医療保障制度の現状と課題』1981年12月，20-22頁。

ている。従って，州ごとに内容が大きく異なり，例えば保険料や一部自己負担を課している州と課していない州とがあり，追加的な医療給付を独自に行っている州もあった。

医療保険(病院保険，医療サービス保険)の財源は保険料を徴収している一部の州を除き，原則的には連邦政府及び州政府の一般税収によって賄われており，その実態は保険制度というよりもイギリスの国民保健サービスに類似した公営医療制度としての内容を備えていた。病院保険は入院に伴う諸経費と外来患者サービス費用をカバーしているが，日本の制度とは違って医師の診療費等を含んでおらず，それらは医療サービス保険によって別途カバーされている。また給付は一部負担を実施している3州を除き，原則として自己負担を課されていなかった。

医療保険は連邦及び州が定めた基準(居住要件)に該当する全居住者に対して強制的に適用されてきた(実際には全居住者の99%に適用)。カナダ医療保険の大きな特徴は財源を保険料ではなく一般税収に求めた結果，保険料を十分に支払えそうにもない$\frac{1}{4}$の国民をも被保険者とすることにより，貧困者を含めた全国民が医療に比較的容易にアクセスできるようにした点にある。

しかも，カナダでは営利法人が病院を所有することを禁止されていたので，例えば1970年代末に存在していた約1,400の病院のうち，98%はコミュニティ(政府から独立した自治権を持つ非営利組織で州政府の監督下にある自治体)が建設・運営している病院であった。病院の財政は費用の大半を負担している州政府が実質的に管理していた。医師に対する診療報酬は基本的には出来高払方式であったが，この方式が不適当なもの(例えば集団検診等)に対しては給与または日当方式が適用されていた。しかし診療報酬は連邦の関与を排除し，毎年各州の州政府と州医師会とが交渉で料金表を決定する方式になっていたので，州ごとに異なっていた。

もちろん，カナダでも医療費の増大が大きな問題となり，延長療養施設や在宅ケアを増加させたり，入院費を可能な限り減らす努力がなされた結果，1970年代には医療費の対 GNP 比は7%台で比較的安定した推移を示すようになったのである。

[3] アメリカの制度

(1) 公的医療保険

アメリカの公的医療保険は65歳以上の老齢者と身体障害者を対象とするメディケア(老齢者・障害者医療保険，1965年設立)に限定されていたので，厳格な条件の下でメディケイド(医療扶助)を適用される貧困者を除く他の一般米国民は民間医療保険に加入するか，何らの保険にも加入しないままに放置されていたのである。メディケアの加入者は第5表のように1970年の2,050万人(全人口の10%)から1995年の3,750万人(同14.3%)へと増加はしているが，依然として国民のごく一部をカバーしているにすぎなかった。

メディケアは65歳以上の老齢者，65歳未満の身体障害者(身体障害者給付を24ヵ月以上受給している者)，及び慢性腎臓疾患のある者(人工透析や腎臓移植を必要とする者)を対象としていた。またメディケアは強制適用の入院保険(Hospital Insurance, Part A) と任意加入の補足医療保険 (Supplementary Medical Insurance, Part B)の2つの制度によって構成されている。入院保険が入院費用と退院後の延長医療サービス(ナーシングホームでの治療，在宅保健サー

ビスなど)の費用を支給する一方で，補足医療保険は医師の診療費，外来患者としての費用，その他入院保険でカバーされない治療費等を支給することになっていた。アメリカの医療では入院費用と医師費用とが明確に区別されており，入院費用は賄い，ベッド，看護婦等の介護，及び一般的な検査しか含んでおらず，入院中に医師から受ける診療の費用が別途必要とされ，外来患者として医師の診療を受ける時の費用と共にパートBから支給されていたのである。なお，パートA部分に要する費用は現在の現役労働者から政府が社会保障税として集めた資金から賄われ，一般会計からの国庫負担は皆無であった。

もしパートAの対象老人がメディケアに参加している病院に入院した場合には，入院に要する費用に関しては全額が支給された。しかし1980年1月以降，1日当たりの入院費に相当する204ドルの一部自己負担が実施された。また長期入院の場合には，60日を超える入院日数に付き1日50ドル程度の一部自己負担が導入されるに至った。一方，パートBは給付を費用の8割(自己負担2割)に設定しているが，それは政府が適正と認めた価額の8割ということであって，高めの価額を付ける医師に掛かった患者は適正料金を超過した分について自己負担しなければならなかった。もちろん，パートBへの加入は任意だったが，実際の加入率は96%にも達していた。しかも，パートB加入者は別途に月額11ドルの保険料を払い込まねばならなかった(1981年7月現在)。パートBに要する費用は保険料と連邦一般会計からの補助によって賄われていた。しかしメディケアはあくまでも治療を主目的としていたので，ナーシングホームへの入所がメディケアの対象となるのはリハビリによる改善効果が十分に期待される場合に限られた。これに対してメディケイドはメディケアの如き厳しい要件がなく，長期療養を必要とする貧困老人を給付の対象とすることができたのである。[5)]

メディケア給付額は1970年の71億ドルから1995年の1,815億ドルへと26倍にも増加しているが，特に補足医療保険給付額は1970年の20億

第5表　アメリカのメディケア制度（単位：10万人，%，1億ドル）

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
〈メディケア〉						
加入者数	205	250	285	311	342	375
（対国民比）	10	12	13	13	14	14
給付額	71	156	368	723	1,110	1,815
〈入院保険〉						
加入者数	204	246	281	306	337	371
給付額	51	113	256	484	670	1,149
〈補足医療保険〉						
加入者数	196	239	274	300	326	357
給付額	20	43	112	239	440	666

（資料）*Statistical Abstract of the U.S.* 1997, p.115, 1992, p.101 などにより作成。

5）健康保険組合連合会編前掲書9-11頁。浅野史郎「アメリカの老人医療」『国際社会保障研究』No. 28, 1981年10月，33-34頁。なお，パートAとパートBの重複加入者は1970年95%，1980年94%，1995年94%と常に極めて高率に上っている。

ドルから1995年の666億ドルへと33倍を超える顕著な伸びを示している。メディケアは保健人的サービス省(Department of Health and Human Services)外局の医療財政庁(Health Care Financing Administration)と州保険局(State Insurance Department)が所管庁となっていたが，保険会社や民間団体などが政府の委託を受けて実際の給付支払業務等を代行していた。なお，医療財政庁はメディケアとメディケイドの行政を統一的かつ合理的に行う目的で1977年に新たに設置された連邦政府機関である。

メディケイドは1960年のカー＝ミルズ法に基づく老齢者医療扶助制度を継承しており，州営という性格のために扶助内容が州ごとに異なっていた。というのも，各州が医療扶助プログラムの執行に必要な基本給付，付加給付の範囲，給付制限(一部自己負担)，特定給付の償還方法，対象者の範囲などに関する具体的な基準を定めていたからである。もちろん，入院サービス，病院外来サービス及び保健サービス，理学検査及びX線検査，専門看護施設及び在宅保健サービス(21歳以上の者)，初期検査・診断及び処置(21歳以上の者)，家族計画サービス，医師サービスなどは必ず支給すべき項目として指定されていた。しかし，これら基本給付以外の医療給付は付加給付としてその支給が各州の裁量に委ねられていたのである。

この制度の適用対象者は第6表のように母子家庭(AFDC 受給者)，身体障害者，高齢者や盲人などの低所得者に限定されている。母子家庭(AFDC 受給者)は受給者数では$\frac{2}{3}$以上を占めて圧倒的だが，給付額では$\frac{1}{4}$前後と頭数に比べて著しく少額の給付しか受けていない。一方，65歳以上の老齢者や障害者は受給者数では1980年に13％と16％，1995年にも11％と16％と比較的少なかったが，給付額では1980年に32％と37％，1995年にも41％と30％と非常に大きな比重を占めていた。これは盲人を含めてこれらの範疇に属するメディケイド受給者がいわゆる「給付に値する者」と見なされていたからである。メディケイドの財源は連邦政府と州政府が分担しており，連邦政府の分担率は州の財政状況に応じて50～77.55％の範囲とされていた。メディケイドの支出額は急速に増加し，1970年の63億ドルから1985年の422億ドルへと15年間で6.7倍に膨張している(同じ期間にメディケアは9.6倍に増加)。[6)]

もちろん，開業医に対する診療報酬は一定の方式に基づいて支払われた。即ち，診療報酬の支払方式には①慣行料金表による出来高払い，②連邦や州政府の定めた公定料金表による出来高払い，③人頭払い(HMO などで採用)などの方法があった。このうちメディケアやメディケイドなどで採用されているのは②の方式であり，

第6表アメリカのメディケイド制度

(単位：1万人，1億ドル)

	1980	1985	1990	1995
受給者	2,161	2181	2,526	3,628
対国民比(％)	10	9	10	14
65歳以上	344	306	320	412
盲人	9	8	8	9
障害者	282	294	364	577
AFDC受給者	1,421	1,528	1,723	2,427
その他	150	121	111	154
給付額	233	375	649	1,201
65歳以上	87	141	215	365
盲人	1	2	4	8
障害者	75	132	240	486
AFDC受給者	64	92	177	315
その他	6	8	13	27

(資料) *Statistical Abstract of the U.S.* 1997, p.118.
各範疇の受給者の間には幾分の重複がある。

6) *Statistical Abstract of the United States,* 1988, p.86.

公定料金表は慣行料金表の½程度の料金水準に設定されていたといわれる。①の方式は民間医療保険などで用いられていたが，現物給付ではなく償還払いで支給されていた。最後の③の方式は現物給付形式のグループ医療保険であるHMO などで一般的に用いられていたのである。

(2) 民間医療保険

アメリカでは，メディケアやメディケイドの対象になっていない者はそのほとんどが民間医療保険に加入している。例えば，医療保険に全く加入していない者は1976年には2,153万人で，国民全体の10.2%にすぎなかった。所得階層別で見ると，年収5,000ドル以下の層では17.4%，年収5,000～9,999ドルの層でも16.6%が未加入であった。年齢層別で見れば，65歳以上の層では加入が99%(民間保険のみ1.5%，公的保険のみ37.7%，民間・公的保険の両者59.8%)に達しているのに対して，19～24歳の層では加入は79.5%(民間保険のみ67.6%，公的保険のみ8.1%，民間・公的保険の両者3.4%)に過ぎず，未加入が20.5%に上っていた。また1985年には，未加入者は3,130万人で，国民全体の13.3%を占めたが，年齢層別で見ると16～24歳の層では21.4%が未加入であり，人種別で見ればヒスパニックや黒人ではそれぞれ27%，19.3%が全く保険に加入していなかった。さらに1995年には，未加入者は4,060万人で，国民全体の15.5%にとどまってはいたが，年齢層別では18～24歳の層(28.2%)と25～34歳の層(22.9%)がかなり高い非加入率を示しており，人種別ではりヒスパニック(33.3%)と黒人(21%)の非加入が高率に達していたのである。[7]

このように国民皆保険が未だ実現していないアメリカでは，民間医療保険が公的制度を補完する役割を果たしており，例えば1986年では個人医療費の30.4%をカバーし，39.6%を占める公的給付額に匹敵する大きな地位を占めていた。[8]アメリカの民間医療保険は保険会社，ブルークロスやブルーシールドのような非営利医療保険団体，HMO(Health Maintenance Organization)の如きグループ医療保険組織等によって担われている。例えば，第7表のように民間医療保険市場では，保険会社と並んでブルークロスやブルーシールドが重要な役割を果たしてきた。ブルークロスやブルーシールドはアメリカでも非常に歴史の古い最大手の民間医療保険組織で，1978年末現在において民間医療保険加入者約1億8000万人(人口の82%)の46%に相当する約1億100万人の被保険者を擁していた。また1975年にはブルークロスとブルーシールドは民間医療保険組織が支給した給付額の45%を占め，41%を占める保険会社を上回っていた(1985年にはそれぞれ33%，38%で地位が逆転)。[9]もちろん，この中にはメディケアの加入者や連邦公務員特別医療給付制度の対象者でありながら，給付の不足分や自己負担分をブルークロスやブルーシールドのプランによって補填しようと望んでいる人々も含まれている。

ブルークロスやブルーシールドは任意の非営利的メカニズムを通じて効果的・経済的な方法で国民各階層に質の高い適切な医療サービスを

7) *Statistical Abstract of the United States,* 1979, p.104, 1988, p.92, 1997, p.120.

8) *Statistical Abstract of the United States,*1988, p.89.

9) *Statistical Abstract of the United States,* 1988, p.90. 健康保険組合連合会編前傾書12-13頁。ブルークロスやブルーシールドはシカゴに本部を置く非営利の医療団体であり，1980年現在，アメリカ国内にそれぞれ69と70のプラン組織を設けていた。各プランは消費者，労働者，開業医，病院などの代表によって構成される理事会によって自主独立的に運営されていた。

第7表　民間医療保険の加入者　（単位：100万人）

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
〈入院費〉						
加入者数*	123	139	159	178	189	181
対人口比（%）	69	72	79	82	83	75
ブルークロス・ブルーシールド	58	63	75	86	87	79
保険会社*	69	78	90	100	107	100
団体保険	54	65	81	87	99	100
個人・家族保険	22	24	27	30	34	21
その他(HMOなど)	6	7	8	13	33	55
〈外科手術費〉						
加入者数*	112	131	151	169	178	
対人口比（%）	63	68	75	78	78	
ブルークロス・ブルーシールド	50	54	66	78	74	
保険会社*	65	75	86	92	101	
団体保険	56	66	82	88	101	
個人・家族保険	16	18	18	19	18	
その他(HMOなど)	7	9	11	16	37	
〈主要医療費〉						
加入者数*	33	70	104	134	154	163
ブルークロス・ブルーシールド	4	15	25	42	45	44
保険会社*	25	53	77	92	105	110
団体保険	27	55	82	97	113	120
個人・家族保険	2	5	5	7	7	6
その他(HMOなど)					28	48
〈医師診療費〉						
加入者数*	83	110	139	168	170	
対人口比（%）	47	57	69	78	74	
〈歯科診療費〉						
加入者数*			12	30	81	100
対人口比（%）			6	14	35	42

（資料）*Statistical Abstract of the U.S.* 1988, p. 92. *は重複を排除。

提供しようとしてきた。ブルークロスの各プランは契約病院等を通じて加入者に入院サービスを，またブルーシールドの各プランは契約医師を通じて保健サービスをそれぞれ提供している。ブルークロスやブルーシールドは国内の医師の約87%，病院等医療施設の約95%と契約し，加入者に対して現物給付方式で保健サービスを提供し，その費用を病院または医師に直接支払っていた。一方，営利目的の保険会社は補償表に基づいて加入者に直接支払う償還方式を採用していたのである。

これらに対して1973年の健康維持団体(HMO)法に基づく HMO は民間保険分野の中では新しいタイプの地域グループ医療保険であった。というのも，HMO は必ずしも純粋な保険原理には基づいてはおらず，加入者から毎月一定の拠出金を徴収し，それを財源にして診療担当者に給料または請負料の形で支払い，加入者に対しては一定の保健サービスを原則として現物給付方式で支給していたからである。そのために HMO は保険料が保険原理に基づいて徴収され，診療報酬が診療担当者に出来高払方式で支払われる通常の医療保険とは異なり，あまり顕著な費用の膨張を招かなかったといわれ

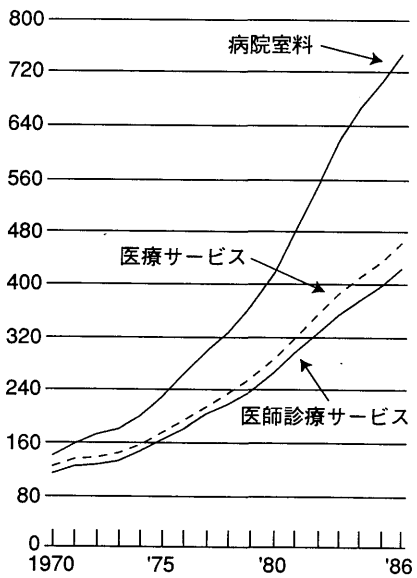
る。そこで，ニクソン政権は医療費を抑制するためにHMOの育成・強化を図り，カーター政権も政府補助金の交付条件緩和や政府貸付，雇主の保険料一部負担制導入など一層の育成策を実施したのである。HMOのプラン数は1976年6月の175から1980年6月の236，1985年12月の478を経て1989年1月にピークの604に達した後，1995年1月には550まで減少したが，加入者は1976年6月の602万人から1980年6月の910万人，1985年12月の2,100万人，1995年1月の4,620万人と一貫して増加傾向を辿っており，各プランの大規模化が進行しているように思われる。[10]

HMOはプランによって内容が様々であり，健康管理，予防接種，物理療法などを支給対象の保健医療サービスに含めていたが，歯科治療，眼鏡，言語療法，美容整形，臓器移植，血液などを一般に除外していた。HMOは1980年代初頭頃までは加入数が思ったほど急速に伸びず，財政的危機にも脅かされ，アメリカ医師会の反発を買ったりもしたが，それ以降は順調に加入者を増やし，民間医療保険の重要な一翼を担うに至っているといってよい。

(3) 医療費抑制

延長看護施設は退院後の回復期にある老齢者等を看護の対象としており，入院保険の給付対象にもなっている。老齢者が病院で長期間療養することは本人，病院，健康保険の保険者等の全当事者にとって大変不都合なことと考えられたので，病院医療費を節約するためにもこうした老齢者向け延長看護施設でのケアが重視されるようになってきた。因みに看護施設(nursing facilities)は1971年の22,004(120万ベッド)から1980年の23,065(154万ベッド)，1991年の33,006(192万ベッド)へと大幅に拡充され，それに伴って入院数も120万人から140万人，173万人と着実に増加している。[11]

アメリカ政府も1980年代末から医療費抑制に努めているが，ほとんど成果を挙げているとはいえない。例えば，医療費は第4図のように1970年代後半以降に顕著な増加を示している。特に入院費(病院室料)の高騰が目立っており，1981～82年には15%前後も上昇した。医師診療サービスは1970年代後半に年率9.7%，1980年代前半にも8.1%ほど上昇したが，入院費に比べればマイルドな上昇に止まっている。しかし入院費の上昇率は1984年頃から逓減し，1986年には6.0%と医師診療サービスの上昇率7.2%を下回っているが，消費者物価上昇率1.1%(1984-86年平均では2.9%)に比べれば依然として高率で



第4図　医療費の推移（1967 = 100）

(資料) *Statistical Abstract of the U.S.* 1988, p. 87.

10) *Statistical Abstract of the United States,* 1988, p.93, 1977, p.121.

11) *Statistical Abstract of the United States,* 1992, p.118, 1997, p.136.

あった。[12)]

連邦政府の医療費抑制努力は労働団体の支持があるのみで，医師会，病院協会や民間医療保険団体が挙って強く反対しているので一向に進捗していない。州レベルでは，1970年代末までに9州が独自の病院費用抑制法を制定し，強制的に入院費の抑制を行った。ブルークロスやブルーシールドも病院，医師，患者等と協力しながら医療費抑制のための基準やガイドラインを作り抑制に努めてはいる。しかし，ブルークロスやブルーシールドが契約する料金は一般に民間保険会社の場合に比べて病院で10%，医師でも5%ほど割高になっているといわれているのである。

Ⅱ　カナダの医療政策

[1] 医療保険への底流

(1) 改革勢力としての第三党

1930年代にアメリカ政府は政治的判断で医療保険の導入を断念したが，社会保障法を成立させ，社会改良政策における主導力を発揮した。これとは対照的にカナダでは，二大既成政党が社会改革に冷淡な上に，連邦・州間の権限問題という厄介な火種も抱えていたので，大胆な改革などは望むべくもなかった。そのためカナダの労働者はアメリカの労働者がワグナー法などの改良立法の恩恵を享受している姿を目の当たりにして，カナダ政府の無為無策に憤りを感じ，既成政党に対する不信感を募らせて行ったのである。そうした中で1933年に社会主義を奉ずるCCF(協同連邦党)が農民・労働者・社会主義者・知識階級諸団体などを支持基盤にして結成され，カナダにおける労農同盟への期待を高めるに至った。[13)]もちろん，これによって労働者の票が雪崩を打って CCF に投じられるようになったという訳ではないが，既成政党は以後絶えず CCF の潜在的な脅威に晒され，1940年代以降には積極的な社会改革綱領を採択せざるを得なくなった。しかもカナダでは，CCF の社会民主主義的綱領が次第に国民医療保険の主唱者達を結集させる基軸となって行ったのである。

アメリカでは，ローズヴェルト政権がより穏健な社会改良政策を先取りし，過激な潮流の芽を摘み取って有力な左翼政党の出現を困難にした。民主党政権が社会改良の推進を支持して労働者や左翼を積極的に取り込んだので，左翼政党はついに広範な大衆的支持を結集することができずに終わった。その結果，アメリカの労働運動指導者達は以後，医療保険法案に関する妥協も含め，社会立法の過程において民主党の主導権に全面的に従属せざるを得なくなったのである。[14)]

(2) 州政府の改革

自由党政府のM・キング首相は社会改良を戦後復興計画の重要な政策課題と看做し，医療・社会保険の実施を公約して CCF の社会民主主義的政策宣伝の魅力を失わせることができると

12) *Statistical Abstract of the United States,* 1988, p.91.

13) J. Struthers, *No Fault of Their Own: Unemployment and the Canadian Welfare State 1914-1941*, 1983, pp.95-96.; J. M. S. Careless, *Canada: A Story of Challenge,* 1970. 清水博・大原祐子訳『カナダの歴史—大地・民族・国家—』山川出版社，1978年367-377頁。K. McNaught, *The Pelican History of Canada,* 1969. 馬場伸也監訳『カナダの歴史』ミネルヴァ書房，1977年277-278頁。CCF はブリティシュ・コロンビアの諸港や鉱山，オンタリオの工場で支持を拡大したが，党勢の基盤はサスカチュワン州に集中していた。

14) A.Maioni, *Parting at the crossroads: the emergence of health insurance in the United States and Canada*, 1998, p. 64. ローズヴェルトは健康保険を強力なニューディール連合を維持するのに必要な求心力とは考えず，かかる物議を醸す問題が医療圧力団体との衝突を招き，経済保障法全体を廃案に追い込む危険に晒すのではないかと危惧した(*Ibid.,* p.65)。

期待していた。そこで，キング首相は1948年５月に州への年総額3,000万ドルの連邦医療補助計画を発表した。[15]当初カナダ医師会(CMA)は医療への国家介入を私益に適うものとしてむしろ歓迎していたが，職業自治が脅かされそうな雲行になるや否や，急に警戒心を顕わにするに至った。

しかし，ギャラップ世論調査に示されたように，国民医療保険に対する国民の支持は更に高水準に達した(不支持は1944年の20％から49年には３％まで低下)。特に労働組合が医療保険制度を強く要求するに至り，医療保険を含む社会改良政策は労働者層票を獲得するためには不可欠な主要な争点となりつつあった。しかもCCF が連邦や州の政界で地位を次第に高めると共に，社会改良は最大の国内問題となったのである。恐らく社民主義的第三党 CCF が存在しなかったならば，医療保険はカナダの政治日程から葬り去られ，普遍性や平等主義といった基本原則を貫徹することはほとんど不可能であったろう。連邦政府が財政調整をめぐる州との対立から社会保険分野における州の大幅な自治権を認めたので，CCF サスカチュワン州政府が社会民主主義的な医療改革の実験に踏み切り，他の州の追随を促して国民医療保険(national health insurance)の実現に展望を開く切掛となったのである。[16]

その一方で，国民医療保険が実現しなかったことから，1940～50年代には民間医療保険が入院費や治療費をカバーする必要性のために急速に発展した。例えば，非営利医療保険プラン(医師サービス会社，ブリティシュ・コロンビア医療サービス会社，アルバータ医療サービス会社など)は加入者を1951年の78万人(国民の5.5％)から55年の240万人(同15.2％)，59年の402万人(同22.7％)と急増させた。これに営利的保険を加えれば，入院保険の加入者は1956年にカナダ国民の43％，医療給付保険の加入者も37％に達していたのである。[17]だが，これら民間任意保険は著しい地域間格差，割高な保険料，非加入者の存在などの問題を解決できず，カナダ国民は入院費の半分と医療費の$\frac{2}{3}$を自弁せざるを得なかったのである。

そのためサスカチュワンの州営入院サービス制度が注目されることになり，連邦が入院保険(hospital insurance)に関与する促進剤となった。同州の CCF 政府は1945年に入院保険をめぐる連邦・州合同会議が失敗に終わった後も単独で計画を推進し，1947年に普遍的州営入院保険制度を導入するに至った。CCF 政府は既に州内自治体が地域医療政策として深く関与しており，医師会の抵抗も少ない入院保険から医療改革に着手した。それは給与制や医療サービスの公的管理を強く懸念する医師会との直接的な対決を避けるのに非常に有益だったからである。[18]

[2] 入院保険制度

(1) 入院保険の優先

サスカチュワン州で入院保険が実施されると，他の州もこれに追随した。例えば，ブリティシュ・コロンビア州では，自由・保守党連立政府が野党 CCF や労働組合の強い圧力に押されて1949年に保険料を税収から支弁する入院保険

15) C. D. Naylor, *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966,* 1986, pp.152-157.; M. Beigin, *Medicare: Canada's right to health*, 1987, p.49.
16) Naylor, *op. cit.,* pp.158-164.; Maioni, *op. cit.,* p.91.; R. L. Brown, *Economic Security in an Aging Population*, 1991, p.80.
17) Naylor, *op. cit.,* pp.159-160.
18) Maioni, *op. cit.,* p.93.; Begin, *op. cit.,* p.48.

制度を導入した。だが，同計画は運営上・財政上の問題に悩まされ，1954年に新政権(社会信用党)が売上税による財源調達方式に変更した。ともあれ両州の制度は他の州の制度よりも均等な医療サービスの利用と効率的な費用管理を可能にするに至ったのである。さらにアルバータ州でも，社会信用党政府が1950年７月に入院補助制度を導入している。こうした州の政策を背景にして連邦政府に医療補助よりも更に大胆な措置を要求する圧力が強まった。特に1950年代初頭の実態調査が入院サービスにおける顕著な州間格差を浮き彫りにしていたからである。[19]

だが，キングの後継者Ｌ・Ｓ・サンローラン連邦首相は依然として任意民営医療保険の拡充に固執していた。サンローラン首相はケベック州が医療国営化に反発することを懸念しすぎて医療における州の責任を強調するに至り，医療改革の公約を大きく後退させた。しかし連邦政府は1950年代半ば以降，国民医療保険の導入に対する世論の圧力を更に強く受けるようになった。閣内ではＰ・マーチン国民保健福祉相のみが首相や閣僚達の消極的な姿勢にもかかわらず，自由党の医療改革公約に対する国民の信頼を繋ぎ止めて置かなければならないと決意して国民医療保険を必死に擁護し続けたのである。[20]

ようやくして医療保険が段階的な実施の運びとなった時に医療サービス保険と入院保険のいずれを先に導入すべきかをめぐって意見の対立が生じたが，サスカチュワン州などにおける先例が決め手となって，入院保険が先行して導入されることになった。もちろん，入院保険は運営が容易で，医療団体組織との直接的な対決を避けることができ，導入に消極的な閣僚や首相の支持も得られやすいなどの利点を持っていた。カナダでは，給付対象を老齢者など特定層に限定するというアメリカ的発想は国民にほとんどアピールせず，皆保険が制度の基本原則とされるに至った。というのも，連邦 CCF が早くから一般税収を財源とする国民皆医療保険制度を政治綱領の中心に据えて国民に訴え，広範な支持を得ていたからである。

(2) 入院保険法

1955年末に連邦政府が国民入院保険法案を提出すると，カナダ医師会(CMA)は任意医療保険プランを代替案として提唱し，出来高払慣行と医師の職業自治を必死に守ろうとした。[21]カナダ病院協議会(CHC)も CMA と同様に，ブルークロス保険料や任意保険料を支弁できない低所得層への援護に政府の関与を止めるべきだと主張していた。医療関係以外の団体では，カナダ商業会議所などが国家の介入に反対し，任意医療保険を強く支持するに至った。一方，職能別労働会議(TLC，米AFLカナダ支部組合系列)やカナダ労働組合会議(CCL，米CIOカナダ支部組合系列)は1940年代には医療保険に対して沈黙を守っていたが，1950年代に入ると自由党政府に医療改革の公約を実行すべきだと迫る

19) Naylor, *op. cit.*, pp.162-163. サスカチュワン州が自治体による入院保険料徴収制度を採ったのに対して，ブリティシュ・コロンビア州は給与天引きと個別直接納付を併用して保険料を徴収しようとした。後者の制度から生じた運営上の問題は1952年に自由・保守連立政権の惨敗を招く公然のスキャンダルを惹起した。社会信用党新政権は当初その徴収制度を効率的にしようとしたが，1954年4月に保険料を全廃し，代わりに小売売上税の増税によって資金調達することにし，入院１日当たり１ドルの付保割合条件付保険料を維持することにしたのである(Ibid., pp.162-163)。

20) Maioni, *op. cit.*, p.95. オンタリオ州は1956年に連邦が州への入院費用補助を交付するように圧力を行使したという(Begin, *op. cit.*, p.50)。

21) Maioni, *op. cit.*, p.97.; Naylor, *op. cit.*, pp.163-167.

ようになった。彼らは連邦政府の介入を通じて公的医療保険に消極的な州に制度の導入を促し，十分な財源確保と全国一律の基準を達成したいと考えていたのである。なお，CCL は政党では CCF を支持していたが，TLC は非党派的な政治姿勢を堅持していた。そのため1956年に両組織の合同によって結成されたカナダ労働会議(CLC)は統一的な政治路線を打ち出すことができなかったが，国民医療保険の制度化という点では一致団結して CCF を支持したのである。[22]

オンタリオ州では，L・フロスト首相(保守党)が労働組合や州 CCF から公営入院保険を導入するよう執拗な圧力を受け，内心では反発しながらも中心的工業州の首長として抜け目なく支持を表明していた。とはいえ，フロスト州首相はサスカチュワンのように州単独でも制度の実施に踏み切るまでの覚悟がなく，連邦政府に費用の分担を求めた。その結果，サンローラン首相はフロスト州首相の要請とマーチン国民保健福祉相の進言を受け入れ，1955年10月の連邦・州合同会議で公営入院保険制度の導入を公式に支持し，翌年１月には入院保険及び診療サービスに関する連邦・州計画の構想を明らかにした。即ち，もし州が全住民を対象とした制度を導入すれば，その入院及び診療サービス費用の半分を連邦が負担するという内容の提案を行ったのである。しかし制度の発足にはオンタリオやケベックのような人口集中州のうち１つ以上の州と過半数の州が連邦・州費用分担計画の開始前に予め州営制度を導入することに同意していなければならなかった。しかもケベック州政府が政府の介入に強く反対しており，オンタリオ州政府も連邦・州合同会議後に計画に対する熱意を急速に失ってしまっていたのである。[23]

オンタリオ州のフロスト首相は依然として任意保険に固執していたが，1957年3月に世論や CCF の政治的圧力に屈して入院保険の制度化を受容した。こうしてオンタリオなど５州が制度の導入を承認した結果，入院保険及び診療サービス法(HIDS)案は1957年３月25日に下院に提出され，早くも翌月10日には満場一致(165対０)で通過するに至った。審議中に法案の細部について反対していた進歩保守党も総選挙を目前に控えて政治的配慮から法案への支持に転じたのである。[24]

総選挙後に登場したＪ・ディフェンベーカー進歩保守党内閣が HIDS 法を容易に施行できなかったので，CCF は過半数州承諾方式の修正案を議会採決に持ち込む姿勢を示して，この少数与党内閣にプレッシャーを掛けた。そこで，進歩保守党内閣は医療問題を次の総選挙の争点にされぬように1957年11月の連邦・州合同会議後に過半数州ルールを破棄し，翌年７月１日に国民入院保険制度(national hospital insurance program)を実施することにしたのである。その結果1958年３月の総選挙で進歩保守党は地滑り的な勝利を獲得することができた。[25]むろん，CMA は HIDS 法案に反対していたが，アメリ

22) Maioni, *op. cit.*, pp.97-100.; Naylor, *op. cit.*, pp.163-167. CCF は党勢のジリ貧状態を脱して政治的基盤を全国的に拡大するために特にCLC結成後，国民医療保険の制度化を掲げて労働組合への接近を図った。こうしたCCFの動きは医療保険の立法化を躊躇する自由党政府にプレッシャーを掛けることになったのである。

23) Maioni, *op. cit.*, p.103; Begin, *op. cit.*, pp.50-51.

24) Maioni, *op. cit.*, p.105; Naylor, *op. cit.*, pp.166-167. 法案通過の２日後に議会が解散され，総選挙の結果，22年にわたる自由党長期政権が終焉し，HIDS 法案を積極的に支持した進歩保守党が政権を獲得した。

25) 1958年夏にはブリティシュ・コロンビア，アルバータ，サスカチュワン，ニューファンドランド，マニトバの５州が，連邦法の定めた基準を満たす制度を設けており，その入院保険費用の50％相当額の

カ医師会(AMA)のように医療改革を主唱する議員の落選を狙った選挙戦術を展開することもできず，厳格な党議拘束というカナダの政治制度の中で為す術もなく，法案の通過を見守るしかなかったのである。

[3] 国民医療保険

(1) サスカチュワン州の制度導入

1961年1月，ケベックの参加によってカナダの全10州がHIDS費用分担制度に加わり，すべての国民は入院及び入院患者向け診察費用を保険でカバーされるようになった。しかも，この制度に基づいて交付された連邦補助金(州入院保険予算の45%相当額)はサスカチュワン州の財政に余裕を生み出したので，T・C・ダグラス州首相(CCF)は1959年に改革の第二段階として公営医療保険の導入計画を発表した。[26]即ち，ダグラスは租税と保険料を併用した事前拠出制，普遍的加入，質の高い医療サービス，公共機関による運営，医療の提供者と受給者の双方が受容できる計画，など制度の基本原則を示し，医師会が懸念する「医師の給与制公務員化」を明確に否認したのである。また医師達の支持を集めるために，診療報酬は給与制ではなく出来高払制に基づく方式を採用しようとした。だが，こうした譲歩にもかかわらず，同州の医師達は公的医療保険制度に強制的に組み込まれる懸念を払拭できず，次第にCCF政府との緊張関係を高めて行ったのである。[27]

ダグラスは遅くとも1961年末までに全州的医療制度を施行したいと望んでいたので，医療諮問計画委員会(APCMC, トンプソン委員会)を設けて最良の実施方法を諮問した。だが，1960年6月の州議会選挙が目前に迫っており，医療サービス保険は選挙戦における最大の争点となった。社会信用党と保守党はCCFのプランに反対し，代わりに医療補助制度を支持した。しかし，両党は同州では弱小な勢力にすぎず，自由党のみがCCF政権を打倒して16年振りに長年の野党暮らしから足を洗えそうな可能性を持っていた。同州の医師会もCCFが選挙で過半数を獲得すれば，医療保険の議会通過を阻止できなくなるだろうと判断していたので，大規模な反CCF政府の選挙運動を展開した。その結果，1960年6月の選挙は政府の医療保険計画に対する是非を問う住民投票的な性格を持つに至り，CCFは州議会で54議席中38議席，一般投票でも41%を獲得したのである。もちろん，CCFの勝利は速やかな計画実施に対する州民の強い意思を表示したものと考えられた。[28]

こうしてロイド州首相(NDP)は1961年9月に医療保険法案をサスカチュワン州議会に提出

連邦交付金を受け取る準備ができていた。6カ月後にオンタリオ，ニューブランズウィック及びノヴァスコシアの3州が制度に参加し，更に3カ月後にはプリンス・エドワード島が加わったが，ケベック州は1961年1月まで国民入院保険制度に加入しなかった。不参加の州は連邦交付金を受領できなかったので，ケベック州は不参加によって年4億ドルの交付金を喪失したと推定された(Begin, *op. cit.*, p.51)。

26) Begin, *op. cit.*, p.52. ダグラスのCCF州政府は北アメリカにおける最初の公的医療保険法を制定して長期にわたる政権を維持した。1961年9月に組合組織と協働して新民主党(NDP)が結成されると，ダグラスはW・ロイドを後継州首相に指名し，同党本部の指導者として転出した。NDPは連邦政治で一般投票の平均18%を獲得し，歴代政権に改革への圧力を掛け続けることになった(マクノート前掲邦訳書334-335頁，ケアレス前掲邦訳書336頁)。

27) Naylor, *op. cit.*, p.182. サスカチュワン州の医師達は伝統的に農村生活で主要な役割を果たし，1930年代の大不況期の深刻な経済的危機を経験して医療保険の必要性を痛感していた。だが，その後の経済的繁栄や都市地域を地盤とする医師達の勢力増大，イギリスの国民保健サービスを嫌って移民として流入して来た医師達の影響力拡大などが医師会の雰囲気を大きく変化させたといわれる(Maioni, *op. cit.*, p. 120)。

28) Naylor, *op. cit.*, pp.182-187.

し，医師会や実業界の反対と労働組合の抗議（保険料徴収や出来高払に反対）を退けて同年11月に通過させた。医師会は選挙や法案審議過程でCCF を敗退させられなかったので，今度は法律施行の阻止に全力を傾注した。その結果，施行日が1962年７月まで延期された。しかも医師会は同年６月の連邦議会選挙の際に実業家や自由党と共闘して NDP をサスカチュワン州で大敗させ，党指導者の T・ダグラスまでも落選させることに成功したのである。だが，同州政府が予定通りに1962年７月１日に医療保険制度を実施しようとしたので，これに反発した医師達は診療ストに訴えて抵抗した。結局，州政府が法律の部分的な修正に応じるに至ったために，翌年には実施の運びとなったのである。[29]

(2) 国民医療保険

サスカチュワン州の診療ストが酣の様相を呈し始めた頃，連邦では王立保健サービス委員会（1961年６月設置，サスカチュワン州主席判事 E・ホール委員長）が公聴会を開始し，ほぼ３年後の1964年6月に最終報告書を提出した。連邦政府はむしろ白熱した医療保険論争の沈静化をホール委員会に期待していたのだが，同委員会は CMA（カナダ医師会）が最も嫌悪していた普遍的かつ包括的な医療保険制度（州営医療保険への連邦補助）を勧告し，この論争に油を注ぐ結果となった。[30]

時の自由党政府は1963年の総選挙でようやく政権に復帰した少数与党政権であった上に，サスカチュワン州の診療ストやホール報告が惹起した激しい医療保険論争に直面して，明確な医療改革政策を示すよう迫られるに至った。自由党は1958年に保守党に大敗した後に党内保守派が没落する一方で，新指導者Ｌ・ピアソンが中道や中道左派の支持を得られるような新しい政策綱領を作成して支持基盤を拡大し，改革党としての再生を図って来た。党の新綱領は NDP の医療改革案を取り込み広範な選挙民の支持を獲得するために，５年以内に医療保険を導入するという公約を掲げ，政権復帰への原動力となったのである。[31]

もちろん，それ故に公約実現に対する世論の圧力も強まったので，ピアソン連邦首相は1965年７月19日の連邦・州合同会議において国民医療保険が最大の政治的課題である旨を明言し，州が医療保険制度の運営に必要な連邦補助（費用分担制度）を受け取るために遵守すべき基準を提示した。即ち，包括的適用，給付の州間移動継続，公共機関あるいは非営利機関による運営，均一な条件に基づく普遍的加入（最低90％以上の住民加入），の４つの条件である。この政府基準は入院保険制度やサスカチュワン州医療保険制度の先例，ホール報告，NDP の政治

29) Maioni, *op. cit.*, pp.121-122. Naylor, *op. cit.*, pp.203-213. 医師会は大衆の怒りに怖気づいて妥協に応じ，ストは３週間後に終息した。医療保険制度は普遍的で強制的な性格を維持したが，医師は不参加の自由と患者に直接高料金を請求することを認められた。CCF 政権は1964年の州選挙で野に下ったが，医療保険制度は廃棄されなかった（*Ibid.*, pp.122-123）。

30) Naylor, *op. cit.*, pp.221-223. CMA やカナダ健康保険協会（CHIA）は政府の医療への介入を拒否する一方で，任意医療保険や貧民医療保険補助を主張した。カナダ製造業者協会（CMA）は非政府任意保険を，商業会議所も地方自治体運営貧民医療保険を提案した。一方，ホール報告は任意保険やサスカチュワン州の妥協で是認された特別料金制を拒絶して，医療保険の即時実施を求める労働組合を活気づけることになった（Maioni, *op. cit.*, pp.124-126）。

31) Naylor, *op. cit.*, p.234.; Maioni, *op. cit.*, pp.128-129. ピアソン首相は NDP の政府支持を取り付けようとしたが，拒否され，NDP の意向を無視した立法提案が困難となった。一方，CCF（NDP）は自由党の左傾化に直面して，支持基盤を拡大するために社会主義を捨て穏健路線を歩むことになった（*Ibid.*, p.128）。

綱領，労働組合の主張などで最も重視された普遍性・包括性の原則を強く反映していた。しかし，これらの原則は医師会，保険業者，企業などの利害と真っ向から衝突することになった。この首相発言に仰天した州当局者達は「メディケアは州の権限に属する」と相次いで抗議の声明を発表した。CMA もこの提案に驚き，運営の細部について連邦政府から事前に協議を求められなかったことに憤慨した。そこで，政府も医療保険計画の施行には医師の協力が不可欠だと思い直し，1965年９月に CMA 代表と会い，普遍的医療制度の公金取扱を医師支援プラン(doctor-sponsored plans)にも認めることなどを請願した意見書を受理したのである。[32]

連邦議会では保守党や社会信用党が任意保険の導入を主張して公営保険に強く反対し，自由党内でも医療保険実施に伴う財政負担をめぐって対立が激化した。そこで，自由党は1965年11月に安定多数を確保するべく総選挙に訴えたが，予想外の苦戦を強いられることになった。自由党は進歩保守党と同じく２議席を増加させたが，NDP は４議席を増やして引き続き政策決定権を握り，ホール委員会勧告に反する如何なるプランも拒絶する姿勢を明確にした。だが，自由党の費用分担案に同調したのはサスカチュワン，ニューファンドランド，ニューブランズウィックの３州にすぎず，これに反対する州の人口の方が遥かに多かったのである。

1966年初頭に議会が再開されると，NDP は単独で医療保険法案を提出して，制度施行日を1967年７月に決定するよう政府に揺さぶりを掛けた。ようやくピアソン自由党内閣が1966年７月12日に連邦メディケア法案(federal medicare bill)を議会に提出したので，NDP は直ちに全面的な支持を表明するに至った。だが，1966年夏までにインフレがカナダ経済の活力を蝕み始め，自由党内はメディケアの1967年７月実施問題をめぐって分裂の様相を呈した。というのも，同年９月８日にM・シャープ蔵相(ピアソン首相外遊中の首相代理)が突然，財政的配慮から制度施行日を１年延期すると発表したからである。多くの自由党幹部がこの決定に強硬な抗議を行ったので，政府は二度と延期を行わないと約束してようやくこの混乱を収拾した。[33]メディケア法案は若干の修正を受けただけで，1966年12月に177対２で連邦議会を通過した。医療保険は圧倒的な国民的支持を獲得するに至り，議員達はその反対者と見られることを極度に恐れるようになっていたからである。

Ⅲ　アメリカの医療政策

[1] 国民健康保険の挫折

周知のようにニューディールの福祉国家は医療保険の制度化を戦後の課題として先送りするに至った。[34]第二次大戦が勃発すると，ローズ

32) Naylor, *op. cit.*, pp.234-236. ピアソンの４原則に従えば，CMA/CHIA/TCMP(全カナダ医療プラン)は締め出され，アルバータの計画は頓挫し，オンタリオ，ブリティシュ・コロンビアの発案は蕾のうちに摘み取られてしまうと懸念されたのである(*Ibid.*, p.234)。CMA はサスカチュワン州での失敗に懲りて診療ストを断念していたが，普遍性，公営や強制保険などの原則に反対し，計画の修正や延期を盛んに連邦政府に陳情した。というのも，カナダでは党規が議員の票決を厳格に拘束していたので，個別議員への陳情はほとんど効果がなかったからである。CMA は陳情の結果，特別料金徴収や保険料徴収の際に非営利医師支援保険者を使用することなどいくつかの重要な譲歩を獲得した(Maioni, *op. cit.*, p.133)。

33) Naylor, op. cit., pp.236-241. Maioni, op. cit., pp.134-135. ピアソン首相は自由党が分裂し，その一部が NDP へ合流するかも知れないと懸念して，法案の通過と新しい施行日の厳守を約束したのである(*Ibid.*, p.135)。

34) 拙著『ニューディールの福祉国家』白桃書房，1993年第３章，同「アメリカの福祉国家政策(1)「偉大な社会」以前」『経済学研究』第65巻5号，1999年３月，pp.12-21. を参照。

ヴェルトは議会の勢力バランスと戦争への対応に全精力を傾け，SSB(社会保障局)が提案する社会福祉立法を全面的に斥けるようになった。そこで，A・オルトマイヤーやW・コーエンなど社会保障当局者達は大統領の意思を完全に無視して自由な立場に基づいて行動し始めた。特に1942年12月に大統領が新社会保障法案の議会提出を拒絶すると，コーエンとI・フォークはワグナー上院議員(ニューヨーク選出，民主党)の事務所を訪れて法案の議会提出を依頼した。こうして1943年6月に国民健康保険計画などを規定したワグナー＝マーレイ＝ディンゲル(WMD)法案が議会に上程されたが，大統領の公式な支持もなく，公聴会すら一度も開かれずに廃案の憂き目を見たのである。

H・トルーマン大統領はニューディールの政治的遺産を継承するためには社会改革(フェアディール)の推進が不可欠だと痛感していた。そこで，彼は1945年11月に国民健康保険の制度化を勧告する特別教書を議会に送った。この勧告を受けてワグナー上院議員らは再び新しいWND 法案を議会に提出した。トルーマンは1946年1月の年頭教書と予算教書でも再び健康・医療制度の立法化を議会に勧告している。[35]しかし，1946年11月の中間選挙で共和党が両院を支配下に置くに至った結果，医療保険を含むトルーマンの社会保障改革勧告は議会によって完全に無視されることになったのである。トルーマンは1947年1月の年頭教書と5月の特別教書，また1948年1月の年頭教書と予算教書でも再三にわたり国民健康保険制度の導入を議会に訴えた。これに対して第80議会は大統領の勧告に全く応えず，逆に社会保障法の被用者規定を更に厳格化させて被保険者数を50万人も削減する内容の法案を大統領の拒否権を乗り越えて成立させたのである。

もちろん，トルーマンはこうした議会の暴挙を1948年大統領選挙の主要な争点として取り上げ，自らの再選を目指す選挙運動に抜け目なく利用した。例えば，ロチェスター市(ミネソタ州)での演説では，国民は十分な公的医療サービスを必要としており，特殊な利害ではなく国民全体の福祉を奉ずる議員を次の第81議会には送って欲しいと聴衆に訴えた。[36]その結果，トルーマンも民主党も苦戦という前評判を覆して勝利を掴むことができたので，社会福祉改革に対する機運が一気に高まった。だが，トルーマンは南部民主党(保守派)の離反を押さえ込む新たな政治連合を構築することができず，南部民主党と共和党の保守派政治連合の抵抗に遭って改革立法を思いのままに通過させることができなかったのである。

そこで，トルーマンは1949年1月の年頭教書では物議を醸しそうな火種を抱えた国民健康保険を敢えて勧告に含めず，公的扶助の膨張によって存在意義を問われていた老齢遺族保険の梃子入れを主眼とする勧告を行った。この勧告は結局，1950年8月に社会保障改正法として成立し，アメリカ社会保障史上における画期的な

35) *Public Papers of the President of the United States: Harry S. Truman* 1945, pp.475-491.; 1946, pp.52, 64, 83.; E. D. Berkowitz, *Mr. Social Security: The Life of Wilbur J. Cohen,* 1995, pp.49-55. 勧告の内容は病院等施設の建設，公衆衛生，医療教育研究，障害者現金給付，強制前払医療などからなる包括的連邦医療保険案であった(*Ibid.,* pp.482-490)。この医療教書はコーエン，オルトマイヤー，フォークの示唆を得てニューヨーク州判事でローズベルトの顧問であったS・ローゼンマンによって作成された(*Ibid.,* p.52)。AMA(アメリカ医師会)は1946年2月に医療における個人の責任，非営利医療プラン(ブルークロスやブルーシールド)や民営任意医療保険の活用などからなる独自の医療計画を発表した(Maioni, *op.cit,* p.81)。

36) *Public Papers of the President of the United States: Harry S. Truman* 1948, p.237.

法律の1つとなった。一方，論議を呼びそうな国民健康保険については4月22日の保健特別教書で別途に勧告を行った。しかし案の定，AMA(アメリカ医師会)が間髪を入れず猛烈な「国営医療化」反対運動を展開し，盛んに両院議員達に対する陳情活動も行って法案の棚上げに成功したのである。[37)]

トルーマン政権は1952年7月にも社会保障法を改正して社会保険(特に老齢年金)の基盤を確固たるものにするなど大きな業績を残したが，その一方では廃疾免除(freeze)制度すら導入することができず，また国民健康保険においては何ら見るべき成果を挙げることができなかったのである。しかも社会保障当局者達は党議拘束を欠く米国政治制度や非妥協的な議会という厳しい現実を前にして国民健康保険に関する合意形成の困難を痛感し，譲歩を重ねながら実行可能な医療改革を次々に導入するという漸進主義戦略へと後退せざるを得なかった。さらに労働組合は医療保険の中心的な擁護者であったが，第三党運動をアメリカの政治制度の中で発展させることができなかったので，民主党を政治的代弁者として支援する以外に選択の余地がなかった。そのために医療保険は民主党綱領の片隅に埋没することになり，議会で保守派の強硬な反対に遭遇した後には選挙公約からも棚上げの状態に置かれてしまった。こうしてアメリカでは，国民健康保険(皆保険)を導入しようとする試みはトルーマン政権の時代に完全に挫折してしまい，それ以降は老齢者や貧民など特定グループを対象とするメディケアやメディケイドの導入に焦点が完全に絞られて行くことになったのである。[38)]

37) A. J. Altmeyer, *The Formative Years of Social Security,* 1968, pp.167-171.

[2] 廃疾保険

(1) 終身廃疾保険

WMD法案が1943年，1945年，1947年と3度にわたって葬り去られると，医療保険立法は1950年以降，政府の提案からは全く消え去り，政策目標における優先順位を廃疾保険に譲るに至った。つまり連邦政府の医療政策は普遍的・包括的国民皆健康保険制度を一挙に樹立するという従来の方針を放棄し，特定層を対象とする医療保険を順次少しづつ積み重ねて行くことによってやがて全国民にまで拡大するという漸進主義戦略へと完全に転換したのである。

アメリカでは1940年代以降，民間医療保険が加入者を急増させたが，退職老齢者は従業員向け団体医療保険などの被保険者にもなっておらず，医療保険の保護からも完全に排除されたままに放置されていた。W・コーエンは1951年に老齢保険の国民的人気を公的医療保険実現の推進力として利用できるかも知れないと思いつき，対象を社会保障受給者に限定した医療保険の導入を提唱するに至ったのである。コーエン案のユニークさは従来のプランがWMD法案の如く全年齢層の人々を対象とした国民健康保険の導入を目指していたのとは対照的に，老齢年金受給者に対象を限定した医療保険を主張した点にあった。しかも，このアイデアは医療財政制度を再編成する必要がなく，単に社会保障(年金保険)を多少拡張するだけで済むと議会に売り込める利点を持っていた。特に連邦社会保障庁長官O・エウィングがこのアイデアの持つ妙味に痛く感心したこともあって，メディケア構

38) Maioni, *op. cit.,* pp.91-92.; M. Derthick, *Policymaking for Social Security,* 1979, pp.318. 福祉官僚達はこの挫折によって鍛えられ，医療保険計画を放棄せずに完全に戦略を変えた。彼らは包括的アプローチに代えて漸進主義的アプローチを採用するようになった。

想は一躍，政策目標として大きく浮上することになったのである。[39]

しかしながら，メディケア導入に着手する前に，社会保障当局はもう１つの重要な計画である廃疾保険を実現させて置かなければならなかった。連邦定期廃疾保険(temporary disability insurance)は成立の見込みがほとんど立たなかったが，終身廃疾保険(permanent disability insurance)は政治的に実現可能なように見えた。1948年に社会保障諮問委員会が提案した限定付終身廃疾保険制度は下院歳入委員会で支持され，下院本会議でも承認されたのではあるが，遺憾ながら上院財政委員会の手によって葬り去られてしまった。この終身廃疾保険法案は不運にも折からの白熱した国民健康保険論争の渦中に巻き込まれて大きな政治的問題へと発展してしまったのである。というのも，ＡＭＡ(アメリカ医師会)は終身廃疾保険が国民健康保険を導入する発端になるのではないかと懸念して，猛然と反対運動を展開したからである。そのために議会は医師会や保険業者と争うことに恐れをなして怱々に逃げを打ったのである。結局，終身廃疾保険法は社会保障の人気が隆盛となって，よもや議会も抗弁できず医師達も反対できなくなった1956年になってようやく法律となった。このようにアイゼンハワー共和党政権期にも社会福祉分野で顕著な前進が見られたのは，民主党多数の議会，労働組合との共闘，コーエンのプラグマティックな対応などの要素が上手く噛み合った結果であったといえよう。[40]

(2) メディケアへの胎動

社会保障委員会(SSA)当局は廃疾保険の導入後，ようやくメディケア法案の成立を目指して全力を傾注することになった。彼らはメディケアでも法案の通過を最優先させて政治的な妥協を繰り返し，1965年に法案成立という成果を挙げることができた。ところで，最初の本格的なメディケア法案は廃疾保険法成立の翌年である1957年にＡ・フォランド下院議員(ロードアイランド州選出)によって提出された。フォランド法案はコーエン，フォーク，Ｒ・ボールなど社会福祉当局関係者やＮ・クリュイクシャンク(AFL-CIO の利害代表)などのグループによって起草され，入院・外科手術・予後給付などに関する規定を含んでいた。だが，フォランド議員は下院歳入委員会の陣笠連にすぎず，最有力議員のＷ・ミルズ(まもなく歳入委員長に就任し，17年間君臨)や委員会多数派が同法案に同調することなど望むべくもなかった。特にミルズの反対は法案通過の最大の障害となり，コーエン達は以後８年の間，この障害と戦い続けざるを得なくなったのである。[41]

とはいえ，医療保険は対象を老齢者に限定するという合意が定着すると共に，議員達も医療保険を10年前に比べて遥かに政治的に魅力的なものと感じるようになった。しかも，リベラル派議員が議会で勢力を増大させる一方で，老齢人口の比率も着実に上昇しつつあった。1960年の選挙が近づく頃にはこれらの要素が重なって，老齢医療保険は一躍して主要な国家的政策

39) *Ibid.*, pp.319-320.; E. D. Berkowitz, *America's Welfare State; From Roosevelt to Reagan*, 1991, p.164.

40) *Ibid.*, pp. 164-165.; E. R. Kingson and E. D. Berkowitz, *Social Security and Medicare*, 1993, pp.43-44. メディケアのアイデアは1950年代にゆっくりと人気を獲得して行ったという(*Ibid.*, p.44)。この制度は社会保障支払給与税に基づく連邦の財政負担，州による運営，50歳以上に限定した給付などを特徴としていた。

41) Derthick, *op. cit.*, pp.320-322. コーエンらは下院歳入委員長Ｊ・クーパー(テネシー州選出のリベラル派)に法案提出を依頼しようとしたが，難色を示されたので，仕方なく歳入委員会の陣笠議員フォランドに依頼し，引き受けてもらったのである。

課題となったのである。この問題を政治的に利用できると敏感に感じ取ったのが1959年に上院老齢者問題小委員会の委員長に就任したP・マクナマラ上院議員(ミシガン州選出)であった。彼は1960年選挙での再選に執念を燃やしており，選挙民の耳目を惹きつけそうな話題作りに躍起となっていた。マクナマラは公聴会の証言を通じて老人医療が国家的問題であることを国民に認知させ，1960年初頭には社会保障制度を拡大して医療給付を追加すべきだと勧告するに至ったのである。[42]

だが，アメリカ医師会はたとえ対象が老齢者に限定されていたとしても，将来の皆保険に繋がる前兆になると懸念してメディケアに激しく抵抗した。特に廃疾保険が障害者扶養家族給付(1958年)や障害者給付の年齢制限撤廃(1960年)などを通じて漸次拡充されてきたことから，医師達は益々医療国営化の亡霊に恐怖を覚えるようになったのである。これに対して社会福祉当局者達は民営のブルークロスと同様に対象を入院給付に限ることによって医師会の警戒心を解き，社会保障の国民的人気を背景にしてメディケア法案を成立させようと目論んでいた。とはいえ，メディケアは現役労働者が退職老齢者の医療費を支払わねばならなかったので，老齢保険のように退職老齢者が在職時に積み立てたものを受給するといった擬制を維持することができず，アメリカ社会に根強い自助イデオロギーの頑強な抵抗に遭遇せざるを得なかったのである。

しかしながら，1960年の大統領選挙が日程に上るに従って，メディケア導入の気運は急速に高まって行った。民主党大統領候補のJ・F・ケネディは国内問題でローズヴェルトやトルーマンの衣鉢を継ぐ者として認知されるために，メディケアを公式に支持した。[43]共和党も民主党への対抗上から国民に代案を示さねばならなくなり，ニクソン副大統領(共和党)が選挙公約に利用できそうな医療保険案を急遽発表した。共和党案は入院費用(180日間)と医療費をカバーする給付からなる制度で，保健教育福祉省長官A・フレミング(アイゼンハワー政権のリベラル派)によって起草されたものであった。同案は老齢者自身が費用を負担し，州と民間企業が運営に当たるが，社会保険とは異なって貧富の差に応じた差別待遇を行うために収入調査を義務付けていた。

こうした医療保険熱の高まりに影響されながらも，W・ミルズ下院歳入委員長は経費が掛かりすぎるメディケアを忌避する一方で，共和党案にも政治的な理由から反対した。と同時にミルズは独自の代替案を示す必要を痛感し，R・カー上院議員(上院財政委員会で大きな影響力を持つオクラホマ州選出の有力議員)の支援を得て「老齢者医療扶助法案」を作成したのである。[44]

だが，このカー＝ミルズ法案はメディケアの主唱者達を甚だ当惑させることになった。例えば，R・ボールは社会保険と違って収入調査の恥辱を伴う公的扶助を嫌悪し，カー＝ミルズ法

42) Derthick, *op. cit.*, p.322. 1960年3月，政治的に最も好戦的な主要全国組合である UAW は民主党大統領候補ケネディが出席したデトロイト市の州共進会場で医療保険集会を後援した。ケネディはフォランド法案を称賛し共和党の反対を非難する熱弁で口火を切った。大きな反応があり，予てその問題に少なからぬ関心を抱いていたケネディは以後医療保険にコミットすることになったのである。

43) ケネディはハイド・パークにあるローズヴェルトの墓の見える場所で社会保障法25周年を祝福する演説を行い，メディケアを支持した(Berkowitz, [1991] p. 168)。

44) *Ibid.*, p.169.

案を共和党案と同様に一顧だに値しないものと切って捨てた。また，カー＝ミルズ法案はメディケアの代替案として十分に現実的なものだったので，メディケアを推進する上で大きな障害になるかも知れないと懸念する者もいた。これに対してカー＝ミルズ法案はたとえ医療保険問題の解決策とはならなくても改善策にはなり得るのでむしろ支持すべきだと主張する者もいた。コーエンもカー＝ミルズ法案が決してメディケアや国民健康保険の実現の妨げにはならず，むしろプラスになるかも知れないと直感し，法案作成のためにミルズとカーに手を貸したのである。実際カー＝ミルズ法(1960年社会保障改正法)は結果的にメディケアの通過をむしろ助長することになり，コーエンの先見の明を立証することになったといってよい。[45]

というのも，カー＝ミルズ医療扶助制度は多くの州が不参加を決め，参加した州も十分な扶助を提供できなかったので，失敗の烙印を免れ難かったからである。1963年までに36州が参加を表明したが，アリゾナ，コロラド，オハイオ，モンタナ及びロード・アイランドなどは不参加を表明した。また，インディアナとミズーリでは知事が拒否権を行使して不参加を決め，ネバダでは州民投票で参加が否決されたのである。このように州が老齢者医療に対して適切に対応できないとすれば，もはや連邦政府が介入する以外に方法がなかったのである。1960年大統領選挙でケネディが勝利した結果，アイゼンハワー政権の要職にあった医療保険推進派はようやくメディケアの導入を公然と主張できるようになった。しかし，ケネディ自身は選挙が決して快勝ではなく辛勝に終わったことから，メディケア実現の公約を必ずしも義務とは感じず，前任者達と同様に国際問題に政権の評価を賭けようと考えていたのである。[46]

(3) ケネディ政権

ケネディ政権発足後，保健教育福祉省(HEW)の次官補に任命されたコーエンは遅くとも1961年中にメディケア法案を起草していた。[47]しかし，ケネディは経済低迷への懸念から社会保障をむしろ財政的景気刺激の手段として使いたいと考えており，少なくとも1961年晩夏まではメディケアを最優先立法リストの中にさえ入れていなかったのである。

連邦議会では，ミルズ下院歳入委員長がメディケア導入の最大の障害物となっていた。ミルズは生来の保守主義からだけではなく社会保障制度の財政的健全性を維持したいという執念からもメディケアの実施に不安を感じていたのである。彼は医療保険が一般財源を社会保障に繰り入れる手段となり，社会保障税の頻繁な引上げの原因にもなるかも知れないと懸念していた。そこで，政府当局は給付対象を老齢者のみに限定し，老齢者以外のグループを民間部門に委ねるなどの譲歩を何度も重ねた。しかも，社会福祉当局はアメリカ病院協会(AHA)との協力関係を構築することに期待を抱いていたので，病院がメディケア関連事務をブルークロス

45) 同法は老齢者医療扶助と呼ばれる新しい公的扶助範疇に対する州への連邦補助制度を設けた。経済的困窮者のみに給付を認め，運営については州に大きな裁量権を与えた。1960年以降，医療保険論争は必ずカー＝ミルズ計画が上手くいっているかどうかの議論が中心的なテーマとなったのである(Derthick, *op. cit.*, pp.328-329)。

46) Berkowitz, [1991] p.171.

47) 給付は対象を65歳以上の社会保険の被保険者とし，90日以内の入院治療と180日以内の民営専門療養所療養に対して支給するものとされた。しかし病院で行われるX線撮影や麻酔を除き医師のサービスは給付の対象外とされた(Berkowitz, [1995] p.167.)。

などの民間仲介機関を利用して処理することを認める妥協を行った。またメディケアは地域ブルークロスのプランと同様に病院に対して「合理的な費用」（議会の定義によれば，適格な(competent)病院が医療行為で損失を出さぬように保証する金額）に基づいて払戻を行う方式を採用することにした。この払戻慣行の踏襲は病院が老齢者に対する医療サービスのコストを自主的に決定する権限を持つことを意味していた。こうしてAHAは病院業界の利害得失を慎重に注視していたが，メディケア法案が病院経営にとってむしろ利益になると確信できるようになったのである。

もちろん，これらの譲歩にもかかわらず，医師会はメディケアに対する頑強な抵抗を諦めなかった。ケネディも1962年7月頃には上院でのメディケア論争に大きな関心を持つようになり，7月17日に52対48の票差で否決された時には，在任中に被った最も失望すべき敗北だと憤慨したといわれる。ケネディ政権は1963年に教育法を成立させたが，メディケアではほとんど何の成果も挙げずに終わったのである。しかし，1963年のケネディ暗殺の衝撃と1964年選挙での民主党大勝という政治的僥倖がメディケアを内政における最大の政策的課題として急速に浮上させた。特に上院では，カー議員が落選してメディケア反対勢力が大幅に弱体化した。ついにミルズもまた1964年12月にはメディケアの導入が不可避であると認めるようになったのである。[48]

[3] メディケア・メディケイドの導入

1964年選挙で民主党が大勝した直後，ジョンソン大統領はメディケアを政府の最優先課題と位置付け，ミルズが法案を迅速に処理するようコーエンに周旋させた。というのも，ジョンソンはニューディールの顰に倣って大量の立法化を1965年中に集中的に実施したいと望んでいたからである。こうしてコーエンは1964年11月中にボール(SSAコミッショナー)やクリュイクシャンクなどと協力して，①受給者に3つの選択肢から1つを選ぶ権利を付与，②ブルークロスのような仲介機関の計画運営への参加，③ジャビッツ修正（民間医療保険会社協会がメディケア対象外医療サービス給付向けに非営利保険証券を販売することを許可）など，1961～64年の法案審議過程で提出された各種の修正案を取り込んで新メディケア法案を作成することになったのである。[49]

1965年を迎えると，メディケアは年頭から2つの幸先のよい出来事に見舞われた。まず，1月3日には社会保障諮問委員会がメディケアの導入を勧告した。また，ほぼ同じ頃にAP通信はミルズが1965年半ばまでに老齢医療保険論議に決着を付けたいと言明した旨を報じたのである。現にミルズは1月初頭に政府原案が上程されるや否や，下院歳入委員会を召集して猛ス

48) Berkowitz, [1995] pp.172-174, 224-225.; Derthick, op. cit., pp.328-329. コーエンとリビコフHEW長官は1962年1月初頭にメディケアに賛成するようミルズを説得しに行ったが，委員会を通過させる積りはないと拒絶された。彼らは1962年前半，ミルズが妥協できるように提案を次々と修正する一方で，B・ハリソン(ヴァジニア州選出民主党)のような下院歳入委員会の他の議員にも接近し，支持を得るために修正（病院が民間仲介機関を利用して診療代金を受領する権利）を受け入れた(*Ibid.*, p.172.)。

49) *Ibid.*, pp.330-331.; Berkowitz,[1995] pp.227-229. AMAもエルダーケア(Eldercare)と呼ぶ独自の法案を提案していた。同法案は州が窮迫老齢者の医師診療費や入院費を支弁するためにカー＝ミルズ計画を拡大するという内容のものであった。州の運営と収入調査という条件がつけられていたが，バーンズ案と同様にAMA法案は医師診療費と入院費の給付を共にカバーしていた(*Ibid.*, p.230)。

ピードで審議を推進し始めた。だが，共和党が代替案も一切提出せずに政府案を黙って通過させるなどという事態はとうてい考えられなかった。政府案は既にジャビッツ修正を取り込んでいたが，J・バーンズ下院議員(ウィスコンシン州選出)が1月27日に一般財源と拠出を併用して老齢者の診療費と入院費を保険から給付する任意保険を共和党の代替案として提出するに至った。同案は政府案が除外した外科手術給付を含むなど積極的な側面も持っていたが，コーエンは①任意制度，②一般財源による費用負担，③コストではなく手数料(charge)に基づく医師・病院への支払い，④退職後の保険料拠出，などの点で容認し難い提案と判断したのである。

一方，リベラル派の議員達はミルズの頑固な財政保守主義と委員会に対する圧倒的な影響力に気圧されて，1964年選挙の大勝後も医療保険を拡充する上でほとんど何ら活躍する機会を掴むことができなかった。その結果，政府案は再び相次ぐ譲歩を重ねることになり，医師の診療報酬が給付対象から外されるなど余りにも穏健な内容のものへと大きく後退するに至った。だが，皮肉なことに政府案は従来社会保険を医療分野に拡大することに頑強に反対してきたミルズとバーンズの両議員によって大幅に拡充されることになったのである。

ところで，バーンズが1965年1月に代替案を提出したのは，メディケアを頭ごなしに拒否するのは政治的に賢明な選択ではないと判断した結果であった。それゆえにバーンズ案が委員会で承認されるだろうと予想した者はほとんどおらず，共和党指導者やバーンズ自身も本音ではむしろ否決されることを望んでいたといってよい。だが，ミルズは主要な医療保険法案を慎重に検討した後，3月2日に最終的に腹を括り，突然にバーンズの診療報酬支払案と政府の入院保険案を折衷した提案を行ったのである。これは全くの青天の霹靂であった。もちろん，ミルズもハッタリと見くびってバーンズの挑発に乗ってしまったのだろうし，多くの者がバーンズは尻尾を巻いて引き下がるだろうとも見ていた。しかし，バーンズも然るものであって敢然として踏みとどまったので，ミルズは2つの案を折衷し，カー＝ミルズ計画を拡大する新しい草案を起草するよう SSA 当局に下命せざるを得なくなったのだといわれている。こうして政府案はメディケアのパート A(老齢者入院保険給付)，バーンズ案から入院保険を除外したものはパート B(老齢者補足医療保険給付)，そしてカー＝ミルズ計画の拡充はメディケイドとして結実することになったのである。[50]

それにしても理解し難い謎はミルズが何故バーンズもミルズ自身も決して望まぬ経費膨張を招くような譲歩を敢えて行ったかという点である。穿った見方をすれば，ミルズは老齢者や組織労働者や SSA が早晩，強制的診療保険の制度化を迫ってくるに違いないから，いわば機先を制してバーンズ案(任意制度)を採用した方が賢明だと判断したのだといえなくもない。また，バーンズが意外にも経費膨張を伴うような提案を行ったのは，国民が支払給与税という代償を支払って医療給付の権利を獲得したという誤った観念を抱くのを恐れたためだともいわれている。[51]

---

50) Derthick, *op. cit.*, pp.330-331.; *Ibid.*, pp.231-232. ミルズの行動はカー＝ミルズ計画を拡大したいという初期の願望と社会保障財源保護への関心によって予示されていた。医師診療費は任意拠出と一般税収により入院費とは全く別個の財源から支弁されることになった。ミルズが最も関心を抱いていたのは別個の医療保険課税制度であった(*Ibid.*,p.232)。

51) Derthick, *op. cit.*, p.332.

もちろん，ミルズはバーンズ案を取り込むことによって委員会案に対する超党派的な支持を期待してもいたのである。だが，共和党は予測不可能な入院給付費用が老齢保険の財源を蚕食するという理由から，入院給付を社会保険制度に組み込むことに頑強に抵抗し続けた。ミルズは争点を残しながらも委員会案を取りまとめて下院に報告し，4月初めの本会議で承認された。本会議で対案として提出されたバーンズ案は多くの南部民主党議員が同調したこともあって賛成191票，反対236票と驚くほどの善戦をしたが，僅差で斥けられた。しかし，その後も大多数の共和党議員は社会福祉問題では党派行動を続けることになったのである。

上院財政委員会では6月17日に，ミルズ提案を破局的な医療制度に一変させてしまう恐れのある厄介なロング修正がいったん採択されたが，コーエンらが奮闘して6月23日に委員会で否決させる大どんでん返しに成功した。[52]その後は心配された波風も立たず，上院は7月19日にメディケア法案を通過させ，直ちに両院協議会に持ち込んだ。その結果，妥協案が7月21日までにまとまり，両院を7月28日に通過し，大統領の署名を経て1965年社会保障改正法として成立したのである。むろん，同法はアメリカにおける社会福祉政策の頂点を象徴するものであったといえる。[53]

Ⅳ 医療危機

[1] アメリカの危機

(1) 医療費の膨張

医療拡充政策はメディケア受給資格を障害者にまで拡大する社会保障改正法が制定された1972年に最高潮に達した。特に1969年と1970年には民主党改革派のE・ケネディ上院議員(医療政策の専門家で兄のジョンとロバートの衣鉢を継ぐ)が国民大多数に無料で医療を提供する制度を提案した。この当時，国民健康保険が導入される可能性はかなり高かったので，ニクソン大統領も対案を提出する必要性を痛感し，使用者に最小限度の従業員向け医療保険パッケージを提供することを要求する「権限委託(mandating)」プランを提案したのである。[54]

だが，やがて医療保険はアクセスの保障よりも医療費の抑制が問題の焦点となった。医療保険経費は急速に膨張を続けた。これに対して議会は既に1967年にメディケア支出を制限する法律を成立させ，1972年には州がメディケイド患者の医療費一部負担制度を導入することを認める立法を行った。また同年，議会は不必要な医療行為の削減によって医療費を縮小するために，医療サービスの質と利用状況を監視する職業倫理審査機関(PSRO)を設置したのである。[55]

だが，メディケアは導入後最初の5年間に医療経費を以前の2倍の速さで膨張させた。例えば，アメリカ国民は1965年に医療に GNP の約6.2%を支出した。このうち民間支出が75%，

52) 個人の所得や費用分担規定と関連した変額控除(variable deductible)に対して，ロング案は無制限の医療，退院後延長療養及び在宅保健サービスなどの給付を認めていた(Berkowitz, [1995] p.234)。

53) 両院協議会が妥協案作りをしていた頃，コーエンはメディケアを成功裡に実施する上で必要な医師の全面的な協力を得るために，大統領と AMA 代表の会談を設定するよい潮時だと考えた。そのため，ジョンソン大統領が H・トルーマンの臨席を仰いでメディケア法に署名するという象徴的で無邪気な思いつきを公にした時には強く反対したが，宣伝効果満点の魅力に抵抗できなかった大統領によって押し切られたという(*Ibid.*, p236)。

54) なお，ニクソン政権は1973年の HMO(健康維持団体)法などにより民間部門の活動を鼓舞することで新たな医療改革圧力を相殺しようとした(Maioni, *op. cit.*, p.168)。

55) Berkowitz, [1991] pp.177-178.

残りを公的支出(地方，州，連邦)が占めていた。医療費は1970年には経済の高成長にもかかわらず GNP の7.6%にまで上昇した。しかも民間のシェアは63.5%にまで低下していたのである。医療費は1983年までに GNP の約11%にまで達し，公費がその42%を占めるに至った。こうして連邦政府の医療費支出に占めるシェアは1950年～1985年に13%から29%へと２倍以上の水準に上昇したのである。

その結果，1970年代末以降の医療保険提案はほとんど例外なく医療費抑制を主たる目的とせざるを得なくなり，被保険者の拡大と合理的な経費抑制という２つの矛盾した目標を調和させようと模索するようになった。こうして医療保険は1970年代末までに失敗と看なされるようになった。というのも，政府は絶えず医療支出の膨張に見舞われながらも，多くの人々を保険未加入のままに放置してきたからである。既に時は去り，国民健康保険案は再び世論の支持を結集することもできず，実現の夢を断念せざるを得なくなったのである。[56]

レーガン政権は国民健康保険を政策課題から排除し，メディケアを1983年社会保障改正法によって修正し，入院費に対して効果的な制限を課そうとした。即ち，旧制度では，病院は診療費に経常費(running tab)を上乗せして地方メディケア代表部に支払請求を行っていた。だが，新制度では，病院は「診療関連グループ(DRG)」区分に基づく料金表に従って診療報酬を受け取ることになった(予見的支払い制度)。これによって患者を早期に退院させ得るような効率的な病院は患者に多額の請求書を貯めさせるような効率性の低い病院よりも多くの金を稼ぐことができるようになったのである。[57]

しかし，医療産業の規制は必ずしも成功したとはいえず，医療費も抑制することができなかった。しかも，アメリカは1980年代末に医療保険未加入者を3,000～5,000万人も抱えながら，皆保険を実施していた国々よりも多くの医療費を支出していた。例えば，アメリカは医療に GNP の11%以上を支出していたが，カナダ，フランス，西ドイツは GNP の８～９%の経費で全国民に医療を提供していたのである。また，医療政策は1970年代以降アクセス重視から経費抑制重視へと転換し，医療分野の競争と民営化が促されることになった。とはいえ，この競争戦略は必ずしも医療費膨張を食い止めることができず，保険未加入者の医療アクセスにも悪影響を及ぼしてきた。国際比較が示しているように，現時点では普遍的な政府管掌医療保険こそがアクセスとコストのジレンマに対処する最良の方法であるということになるのであろう。[58]

(2) 危機の実態

アメリカの医療危機は老人医療費の膨張を焦点としていた。国民医療費は1980年に2,450億

56) *Ibid.*, p.179-180. 1978年に E・ケネディが提出した医療保険提案は効率性を促しコストを引き下げるために民間医療プランが加入者獲得競争を行うことを認めていた。なお，国民健康保険はカーター政権が政策目標として重視したのが最後となった。

57) *Ibid.*, p.183. レーガン政権はメディケイド補助を大幅に削減し，州に給付や資格基準の厳格化を強制した。メディケアは広範な超党派的な支持と老齢者の政治的影響力によって支えられていたので，医師や病院への支払いに直接制限を課すことによって経費節減が図られた。メディケア受給者は「優良な医療提供機関」を利用するように奨励されるようになったという(Maioni, *op. cit.*, p.168)。

58) T. R. Marmor, J. L. Mashaw, and P. L. Harvey, *America's Misunderstood Welfare State: Persisitent Myths, Enduring Realities*, 1990, pp.175-177. 1970年代にE・ケネディ上院議員その他がカナダ・モデルを普遍的アクセス，低費用と質の高い医療を結合したアメリカにとって現実的な実験と盛んに喧伝したが，民主党内が医療改革をめぐって分裂しており，共和党や医師会も頑強に抵抗したので，導入実現に至らなかった(Maioni, *op. cit.*, p.167)。

ドルで，そのうち40％が入院費用(うち56％が公費)であった。メディケアは入院費用の25％，医師費用の16％を占めていたが，特に入院費用の膨張が顕著であった。ナーシングホームの費用も激増し，公費，特にメディケイドの占める割合が急速に上昇している。しかも，医療費が膨張する一方で，老人の自己負担分も急速に増加してきた。というのも，メディケアは給付対象外の医療分野が多く，その費用は全て自己負担するか，他の民間医療保険から給付を受ける以外になかったからである。例えば，メディケアは在宅医療，ナーシングホーム入所，処方薬剤，予防医療などに対しては極めて限定的にしか給付を行っていなかった。そもそもメディケアはかなりの受益者負担を伴う制度だったのである。[59]

特にパートBの医師への支払いは年間60ドルの一部負担と2割の自己負担が伴っていた。しかも，医師が患者に請求する料金は政府の定める「適正料金」を上回ることが少なくなかったのである。メディケアに参加する医師はメディケア患者を診た時に請求書を政府(メディケア担当)に回すか，あるいは患者に直接渡すかを選択することができた。後者の場合，患者は一応医師に医療費を支払い，後にメディケアに対して償還請求をすることになるが，償還額は「適正料金」の8割にすぎなかった。患者への直接請求は8割以上のケースで請求額が「適正料金」を上回っており，直接請求を行う医師も増加傾向にあり，1980年代初頭には全国平均で半分以上にも達していた。こうした事情もあってパートBの対象者が受ける医療のうちメディケアから支払われるのは僅か31％にすぎなかったのである。また65歳以上の老人全体の医療費を見ても，メディケアの負担に係る部分は約4割にすぎなかった。しかもメディケアから在宅医療への支出は1975年～1981年に2億ドルから9億ドルに増加したが，全メディケア経費の2％にも満たなかったのである。

高齢化社会の進展に伴って老人の長期医療が深刻な問題となってきたが，アメリカではそれがナーシングホームへの過剰入所という形で先鋭化している。ナーシングホームの入所者が激増して公的医療からの支出を激増させているが，問題は本来ナーシングホームに入所せずに在宅医療で十分に介護できる老人が受け皿の欠如のために入所を強いられている点である。ナーシングホームは全米に約1万5,000箇所(7割が営利団体，入所料金は1977年に月平均689ドルと安価)あり，65歳以上人口の約5％に相当する約120万人の老人を収容していた。それに加えて日本の養護老人ホームに類似したボードホームやケアホームに入所している老人や障害者が60万人も存在した。ナーシングホームの経費は私費が46％，公費が54％を占めていたが，公費の大部分はメディケイドから支弁されていたのである。[60]

このナーシングホームの過剰入所傾向は，①メディケイドの仕組み自体の持つ入所助長傾向，②入所に代わるべきコミュニティ・サービスの欠如，③メディケイドの下における入所基準の不備，などに原因があった。メディケイドの入所助長傾向は州当局が長期療養を要する老人に対して在宅ケアをメディケイドの対象から除外していたことと密接に関連していた。むろん，生活保護世帯以外の老人はメディケイドの

59) 浅野前掲論文35-36頁。

60) 同上36-37頁。

対象とはならなかった。だが，もし老人が自費で在宅医療を受けるだけの資力を持っていなければ，まず私費でナーシングホームに入所し，資金を使い果たして生活保護対象者に転落した時点で改めてメディケイドから入所費の支給を受ければ済むのである。それゆえ急速な高齢化が進展する中では，長期療養老人のニーズに対応するには施設収容のみでは経費の点だけから見ても早晩行き詰まらざるを得ず，より安価な在宅ケアを促進して行くことが不可欠であった。実際，1980年にメディケアの在宅医療を拡充するための法改正が行われ，翌年７月から施行されるに至ったのである。[61]

いずれにせよアメリカ国民は一般に65歳までは民間医療保険に頼るしかなく，高い保険料を払いながらも不十分な医療保障しか享受できていない。しかも，65歳になってメディケアを受給するようになっても，メディケアがカバーするサービスは全医療費の僅か４割にすぎず，残りは様々な形で自己負担を強いられているのである。

[2] カナダの危機

カナダの州政府は連邦費用分担制度に基づき1970年代初頭までに医療保険制度を導入した。この公営保険制度は交渉によって医療料金表と病院予算を決定したので，ある程度まで医療費を管理することができた。アメリカでは政府が医療価格の決定に全く介入しなかったために医療費の高騰を招いたが，カナダでは幸にもそうした弊害を回避することができたのである。とはいえ，カナダの出来高払制は医療支出を膨張させ，1957年と1966年の無制限費用分担協定(州支出の約半分を連邦政府が負担)もそれを助長することになった。

そこで，1970年代半ば以降カナダでも連邦政府が医療支出の抑制に取り組み始めた。連邦政府は既定計画財源調達法(Established Programs Financing Act, 1977年)に基づき従来の費用分担方式に代えて GNP 成長率と連動した一括補助金方式を導入し，連邦の租税点数(tax point)を州政府に委譲してその財源を強化する一方で，医療費抑制の責任を州政府へ転嫁したのである。また，1984年保健法は入院保険と医療保険を１つの法律に統合し，州が医療への平等アクセス原則を遵守しなければ財政的罰則を科して基準を強制しようとした。これは連邦による州権限の侵犯だとする反発を呼び起こし，職業自治への介入だとする医師の抵抗を招くことになったのである。[62]

1984年９月には連邦赤字の削減を主張する進歩保守党が政権に復帰した。しかし，進歩保守党政権も普遍的医療保険制度に対する国民の強い支持があったことから大胆な削減措置を実施することはできなかった。公的医療保険制度は患者側だけではなく診療側ににおいても広範な支持層を生み出していたのである。そこで，保守党政権は保健支出の削減や1986年の一括補助金抑制及び1991年の凍結などによって財政赤字のツケを州に押しつけ，費用抑制の責任を更に効果的に州に転嫁しようとした。1993年に政権に復帰した自由党政府も国民統合の象徴として

61) 例えば，従来メディケアで在宅医療を受けるためには事前に３日以上の入院が要件とされていたが，撤廃された。往診回数制限も撤廃され，従来１疾病毎に100回(パートＡの場合，パートＢのでは１年毎に100回)と制限のあった在宅診療回数を無制限とされた。パートＢの60ドルの一部負担も在宅医療に限って撤廃された。また営利団体が在宅医療を行う際の要件も大幅に緩和されたのである(浅野前掲論文38頁)。

62) Maioni, *op. cit.*, p.173.

福祉国家，特に医療保険の重要性を強調する一方で，公共支出の抑制を積極的に推進せざるを得なかったのである。

むすびに代えて ── 日本の医療政策への提言

アメリカとカナダの医療政策は政治制度や政党制の相違によって大きな影響を被ってきた。例えば，カナダの分権的連邦制度は州が公的医療保険を先駆的に試みることを促進することになった。また，カナダ議会も連邦政府が医療への国家介入を全国的に普及させる上で主導権を発揮できるように機能した。一方，アメリカの場合には権力分立の制約や党派的結束強化の必要性が医療改革に対する合意形成を困難にした。党議拘束の欠如や圧力に対して脆弱な議会政治は普遍的医療保険に反対する圧力団体が活発に策動する広範な余地を与えることになった。こうして政治的経済的構造，そして文化的特徴や社会的価値観までも共通した側面を持っていたアメリカとカナダが医療保険においては全く対照的な制度を導入することになり，しかもそのパフォーマンスにおいてはっきりと明暗を分けることになったのである。

では，この米加両国における医療政策から日本は何を学ぶことができるのであろうか。その点に論及する前に，まず戦後日本の医療及び医療政策がどのような特徴を持っていたかを確認しておこう。その特徴を簡単に要約すれば以下のようになる。[63]即ち，①国家管理の強い医療財政制度と民間中心の医療供給制度(混合型制度)，②開業医優位の制度・資源配分，③初期段階における保健所等公衆衛生制度の整備，④国保という地域保険制度の採用によるインフォーマル・セクターの積極的な取り込み(国民皆保険)，⑤政府公定診療報酬制度による医療費の管理及び配分，⑥量とアクセスを重視した途上国型医療構造，などの特徴が指摘できる。

日本の医療制度は第8表のようにヨーロッパ型(公的財政・公的供給型)やアメリカ型(私的財政・私的供給型)とは異なる独自な混合型(公的財政・私的供給型)という特徴をもっている。もちろん，これは歴史的な経緯を別にすれば，日本政府が既存の開業医制度に極力手をつけずに保険制度を実施しようという方針を採ったために「開業医中心の医療供給，公的医療保険に基づく医療財政」という独特な制度を作り出すことになったのである。しかも，公立病院の整備は医師会が私立病院や診療所の経営を圧迫することになるという理由で強硬に反対してきたために妨げられ，全病床に占める国立病院・療養所病床の割合は戦後むしろ一貫して減少することになったのである。

ところで，医療保険制度が有効に機能するのは疾病構造が慢性疾患中心に転換してからのことであり，感染症中心の時代にはワクチン接種や衛生状態の改善等といった公衆衛生施策の方が遥かに有効に機能するといわれている。日本ではそうした健康転換(感染症から慢性疾患へ

第8表　医療システムの基本的比較

	イギリス	ドイツ	フランス	日　本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
	ほぼ全て	約90%	約70%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
	税	保険料	保険料	保険料+税	——

(資料) 広井良典『日本の社会保障』68頁
(注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院（国立・公立）の病床の割合。ドイツの場合は公益病院（宗教法人立・財団法人立）を含む。

63) 広井良典『日本の社会保障』岩波新書，1999年66-74頁。以下の日本の医療に関する記述は専ら同書に依拠した。

の疾病構造の転換)が生じたのは1950年代頃のことであり，国民皆保険が整備された時期とほぼ重なっていた。また開業医中心の医療供給体制の下では，診療報酬は当然診療所を基準とするものになり，医療費の配分も大病院よりは開業医が優遇される制度とならざるを得なかった。その結果，日本の病院は入院部門の大幅な赤字を投薬と検査の黒字で補填するという不健全な経営構造に陥ることになったのである。つまり，戦後日本の医療政策は質を二次的なものにして国民全体に安価で一定水準の医療サービスを提供することに最大の眼目を置いてきたといえよう。

このような「途上国型医療政策」を実現する基本的な制度こそが実は国民皆保険であった。その意味で，戦後日本の医療政策は途上国型医療制度としては理想的なものであったといえるし，現に低医療費と良好な健康指標の両立という高い医療実績を挙げて来たのである。だが，それゆえに現行の医療制度は高齢社会の到来という日本の現実に対して著しく後れを取った制度となってしまったといわざるを得ない。もちろん，高齢社会における最大の医療問題は急速な高齢化の進展に伴う老人医療に対する適切な制度を構築することにある。しかし，1970年代初期に実現された70歳以上老人の医療無料化(1972年６月老人福祉法改正)が濫診濫療を助長し，医療費の膨張を招いて一部自己負担の導入を余儀なくされたように，高齢化社会における日本の医療政策は老人票の獲得を目論んだ政治的人気取りといった側面が先行し勝ちで，必ずしも明確な見通しや展望を伴っているとはいい難い。2,000年４月から実施が予定されている介護保険も同様の欠陥を免れず，既に実施主体である自治体が様々な制度上の不備について相次いで深刻な懸念を表明し始めているのである。

もちろん，日本の老齢者は70歳で無料老人医療制度の恩恵を受ける前においても，最低7割給付の医療保険の保護を受けてきた。高額医療費制度も利用できたので，自己負担が月3万9,000円を超えることはほとんどなかった。最大の問題といえるのは付添いと差額ベッドであるが，もしこの問題が解決されれば，日本の老人は間違いなくアメリカの老人よりも遥かに恵まれた医療状況に置かれることになるだろう。

しかし，アメリカは高齢化率では12.6％(1993年)と日本の14.5％(1995年)よりもやや低いが，1965年に導入された公的医療制度が老齢者を対象としていたこともあって，高齢化社会における医療問題に対する取り組みが日本よりも進んでいるといわれる。例えば，アメリカのナーシングホーム入所者は1980年代初頭に老齢人口の約５％に達していたが，日本の特別養護老人ホームの入所者は１％にも満たなかった。また日本では特別養護老人ホームが著しく不足しており，家族による介護がこの不足分を補っているような状況にあるが，それに伴う当該家族の負担は甚だ大きなものとなってきた。一方，アメリカではナーシングホーム入所者が激増しているが，入所費用の47％が自己負担であるために入所者の大きな経済的負担となっており，政府の負担も耐えがたいほどの水準に達しているので，その活路を在宅ケアに求めようという試みが進められている。

とはいえ，アメリカでも在宅医療は甚だ不十分な水準にあるといわざるを得ず，着実な拡充がまさにこれから図られようとしているという状況にある。アメリカが在宅医療を促す新たな医療政策を実施するに至ったのは施設収容が急増してコスト面からもとうてい支えきれなく

なったからである。それゆえ，今後の日本の医療政策も在宅医療の充実を基本に据えた施策が本格的に実施されなければならないだろう。在宅ケアを軽視したりサポート体制の整備を怠ったりすれば，施設収容の爆発を招き，経費膨張によって深刻な医療危機に陥るのはアメリカの例からも目に見えている。日本政府はカナダと同様に党議拘束の利点を活用して，目先の選挙戦術に囚われず，長期的視点に立ってコスト抑制とある程度の質を両立させ得るような在宅医療政策を早急に策定し，円滑な立法化を図るべきである。もちろん，そのためには適切な自己責任原則，民間活力の利用，ボランティア活動を支援する財政措置など木目細かな政策的対応が不可欠である。その点からも，2000年に実施予定の介護保険は再検討を加え，大胆な改変を行うべきであろう。

むろん，その前に在宅医療には解決すべき課題も多い。そもそも施設収容と在宅ケアではいずれが安上がりなのか必ずしも明確ではない。また在宅医療の実施に伴う不正受給，不正請求，監査体制の不備などの問題も有効な解決策が示されている訳ではない。だが，日本が今後急速に進む高齢化を長期的に乗り切って行くためには，政府が積極的に在宅医療を質的・量的に向上させる政策を実施して行かざるを得ないであろう。現時点では，それ以上に有効と思われる高齢化対策はほとんど考えられないといってよい。家族の疾病老人看護が依然として主流となっている日本では，在宅医療を拡充する政策は恐らくアメリカほど高コストを招かず，当該家族の負担を軽減することにも繋がる可能性がある。もちろん，政府は医療市場に介入して常にコスト監視を怠らず，独禁法の罰則強化等を通じて医療産業の価格協定を未然に防止するなどの政策的対応も当然に必要となる。これらの政策的配慮を行った上で，在宅医療政策を推進して行けば，少なくとも日本ではアメリカ以上の成果が期待できるように思われるのである。

〔九州大学経済学部教授〕