トピックス

米国の健康（医療）保険の歴史と現状・・・管理医療、HMOを中心に

沖縄総合通信事務所長　　大寺　廣幸

1　はじめに

厚生労働省は医療制度改革試案を発表した。試案の焦点は高齢者を中心に増え続けている医療費の抑制で、医療保険財政の破たんを防ぐのがねらいのようである。

わが国では、1997年に健保加入者の本人負担が１割から２割となり、高齢者の負担も大幅に引き上げられた。この結果、97年度の医療費の伸びは1.９％と前年度の5.８％から大幅に下がった。ところが、98､99年度は2.６％、 3.７％とふたたび増加基調に戻ってしまった。

このような状況を踏まえ、厚生労働省は、患者負担を引き上げ、過度の受診を抑えコスト意識を持たせる効果を期待する案を発表した。

厚生労働省の医療制度改革試案では、民間保険の拡大に言及していない。任意加入の民間保険の導入については、その導入の結果として所得格差が医療サービスの給付格差が生じるのではないか、との懸念があるからであろう。これに対し、経済財政諮問会議や規制改革会議では、現在、室料差額や高度先進医療などに限られている民間保険について、拡大を求める声があがっている。「良質の医療サービスを求める消費者ニーズを満たすため、公的保険の対象となる基礎的医療を上回る医療サービスを、医療機関と民間保険会社との自由な契約で供給できるシステムを実現すべきである。」というのが民間保険拡大の理由だ。

わが国の医療保険は、「国民皆保険制度」だ。原則としてすべての国民が医療保険制度に加入。被用者を対象とする政府管掌健康保険や組合管掌健康保険などの被用者保険制度と、自営業者や無職者などを対象とする国民健康保険制度の２本立ての体系を基本とし、さらに、70才（寝たきりの方などについては65才）以上の高齢者については、老人保険制度を設けている。

医療保険制度の加入者（平成12年３月現在）

政府管掌健康保険	3,732万人	29.3%	共済組合	1,009万人	7.9%
組合管掌健康保険	3,212万人	25.2%	市町村国保	4,224万人	33.1%
法69条の７被保険者	5万人	0.0%	国保組合	434万人	3.4%
船員保険	24万人	0.2%	その他（生活保護）	104万人	0.8%

被用者保険の加入者：本人（被保険者）及びその家族（被扶養者）
国民健康保険の加入者：被用者保険の加入者以外の者全員（被保険者）

国民健康保険（市町村）、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険の比較

	市町村国保	政管健保	組合健保
加入者数（12年３月末）	4,224万人	3,732万人 本人（被保険者） 1,953万人 家族（被扶養者） 1,779万人	3,212万人 本人（被保険者） 1,539万人 家族（被扶養者） 1,672万人
加入者平均年齢（10年度）（注１）	51.3才（43.3才）	36.9才（34.5才）	33.6才（32.3才）
老人加入割合（12年３月末）（注２）	25.3%	5.7%	2.8%
一人当たり診療費（10年度）（注３）	16.4万円	12.3万円	10.2万円
1世帯当たり年間所得（10年度推計）（注４）	179万円	246万円程度	383万円程度
平均標準報酬月額（12年３月末）		29.1万円	36.9万円
国庫負担（医療分）	給付費等の50％、保険料軽減分の1／2	給付費の13.0％（老健拠出金は16.4％）	定額（予算補助）
平成13年度予算案	3兆577億円	9,592億円	262億円
１世帯当たり保険料認定額（10年度）（注５）	15.4万円	15.2万円（30.3万円）	15.9万円（36.4万円）

（注１）（　）内は70才以上の者を除いた場合
（注２）65才以上の寝たきりの者等を含む
（注３）老人医療受給者を（国保は退職被保険者等も）除いた数値である。
（注４）国保は旧ただし書き方式による課税標準額であり、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計したもの。
（注５）（　）内は事業主負担分を含む。

これに対し、米国の医療保険は、
公的保険と民間保険の混合体制で

１）65才以上の高齢者や身体障害者など約39百万人を対象とするメディケア（Medicare）、
２）低所得者や公的支援が必要なさまざまな人たち約41百万人が対象のメディケイド（Medicaid）と、
１）勤務先の会社などが従業員にベネフィットとして給付する民間保険（被用者保険）
２）自営業や自由業の人たち、雇用先は健康保険に入っていない従業員、早期退職者などが個人で加入する民間保険

がある。

民間保険は、AetnaやCignaなどの民間保険会社やKaiser Permanenteなどの民間の非営利健康保険法人が提供している。

このほか、保険料負担や保険のカバー範囲、雇用環境などが原因で、米国では、一年中あるいは何ヶ月間か無保険の人たちが相当数、常態的にいる。

65才未満の米国人の健康保険付保の比率

	1994年	1998年	1999年
被用者保険	64.4%	65.8%	66.6%
公的保険	12.9%	10.8%	10.8%
その他の個人付保保険	5.6%	5.0%	5.2%
無保険	17.1%	18.4%	17.4%

GAO（米国会計検査院）「Health Insurance Characteristics and Trends in the Uninsured Population」より

この小稿では、民間保険が健康（医療）保険制度で主要な役割を担っている米国で、健康保険の歴史と現状を、管理医療（Managed Care）とその中核を担うHMOを中心に述べてみたい。

2　従来型の健康保険・・・「fee-for-service（出来高払い）」システム

昔から慣れ親しんできた健康保険の仕組みは、診療行為ごとに診療費を負担するもので、米国では「fee-for-service（出来高払い）」システムと言われ、90年代初めまで米国でもこの仕組みが一般的だった。

米国の歴史を振り返りながらこの仕組みを簡単に述べてみよう。医師に診察を受け血液検査をしてもらうと、当然、診察代を請求され支払う。健康保険制度が導入された当初、健康保険は外来を扱わず入院だけであった。入院が健康保険支払いの前提であった。その後、外来も対象となった。保険支払いは一つひとつの診療行為に対して行われた。当初は診察代といっても高が知れたものだった。

「fee-for-service」システムでは、個人と医師は、相互に選択の自由をもつ。患者は医師にどのように治療してほしいか希望を述べることができ、また、医師のほうでも、どのレベルまでの治療が必要か、患者にアドバイスできる。言い換えれば、医師の医学的なアドバイスが患者個人の立場に全面的に立ったものであるとの保証がある。どこの病院へも行くことができる。仕事や健康保険プランをかえても、これまでかかっていた医師に診てもらうことが可能だ。健康保険プランを支払う保険会社の側は、医師が行った診療行為すべてに関し通常かかる費用を支払う。患者は、健康保険の支払い側で負担できない「差額分」を自ら支払うことになる。患者は、診療のときはまず自分の財布から診察代全額を支払い、後から、保険でまかなうと決められた診察費を保険会社に還付請求する。この仕組みは、医療費の増加を抑制するメカニズムを持たず、過剰医療や医療費増につながることになった。さらに、診療を行うサイドにおいては、高性能医療機器の導入、新薬の登場、X線技師などの新しい医療関係者の増加などによって、医療サービスはますますコストがかかるものになった。

この医療費増加に拍車をかけたのが、人種問題、貧困問題を解決しようとしたジョンソン政権の「偉大な社会」計画の一環として創設された公的診療支援制度である。1965年、連邦議会でメディケアが制度化された。65才以上の高齢者は、ほとんど自己負担なしに医療サービスを受けることが可能になった。メディケアに医療サービスニーズの増大を抑える仕組みが組み込まれておらず、低所得者層などを対象とするメディケイドとともに、この二つの公的診療支援制度により、医療サービスへの公費負担が急速に膨張していくことになった。

3　管理医療（Managed Care）システム

「fee-for-service（出来高払い）」システムにかわるものとして登場してきたのが、管理医療である。

管理医療は、医療・介護サービスの提供とそれに要する費用の負担について、前もって保険加入者、保険会社、医師の間で取り決めておく健康保険プランである。医療費、入院費、診察代、緊急処置費、家庭介護費、病気予防コストなどがプランに盛り込まれている。

管理医療の始まりは意外に古い。1930年代後半、Kaiser Permanenteなどの非営利の健康保険法人が建設業の労働者向けに前払いのグループ健康保険プランを提供しはじめた。しかし、40・50年代は、この前払いグループ健康保険プランはほとんど使われなかった。医療機関は、「fee-for-service」プランを支持した。

1970年代に入り、企業は、従業員へのベネフィットとして負担する健康保険料の膨張に耐えきれなくなってきた。医療費の対国内総生産（GDP）の比率がどんどん大きくなり、医療費抑制が誰からも求められるようになった。医療費抑制のためには、「fee-for-service」システムを見直す必要がある、との認識が一般的になった。診療コストをコントロールするため、ニクソン政権時の1973年、健康維持法人支援法（Health Maintenance Organization Act）が成立した。この法律により、健康維持法人（Health Maintenance Organization：HMO）の概念が確立し、25人以上の従業員を雇用する企業は、従業員に健康保険を付与する場合、HMOの選択肢を従業員にあたえる義務を負うことになった。また、HMOに対しては、この立ち上がり時期に連邦政府から財政支援を行った。この財政支援は、支援の前提条件をHMOにクリアさせることで、健全なHMOを育成する効果ももった。1974年、民間企業等が提供する従業員のベネフィットプランを規制する従業員退職手当保護法（Employee Retirement Income Security Act：ERISA）が施行された。ERISAは民間の年金システムへの国民の不安が広がっていた当時、従業員が退職時に給付されるベネフィットを保護するため作られた。保護の対象に、グループ健康保険などの従業員ベネフィットプランが含まれた。また、この法律によってHMOは、ほとんどの医療過誤訴訟から保護されることになった。

70年代末になっても、管理医療は、米国の医療体系のなかではまだ少数派で、５％の米国民しか加入していなかった。80年代、医療費の増加が顕著になり、民間企業は医療コスト抑制の有効な手段として管理医療を認識しだしたことから、HMOなどの管理医療への加入率は増えてきた。HMOへの加入数は、1980年に900万が1990年3,600万になった。米国健康保険協会（Health Insurance Association of America）の調査によれば、1987年、従業員の27%が、企業が給付する管理医療プランに入っていたのが、1996年には74%に急増した。まさに、80年代後半から90年代にかけ管理医療システムが広く受け入れられ、今では、管理医療が当たり前になった。健康保険をもつ米国民は、AetnaやCignaなどの保険会社等のHMOに加入している。

管理医療サービスを提供する管理医療法人（Managed Care Organization：MCO）は、健康維持法人（Health Maintenance Organization：HMO）、選択プロバイダー法人（Preferred Provider Organization：PPO）などである。さらに、HMO・PPOの仕組みを折衷したPOSプラン（Point-of-Service（POS）Plan）もある。管理医療法人は、健康保険プランの加入者にかわって医療機関などと交渉する。管理医療法人と提携す

る健康・介護サービスの提供者、すなわち医師、病院・医院、診断検査研究所などに対して、そのプランに加入する多数の個人がかならず顧客になることを保証する。その見返りに、健康・介護サービスの提供者は、プランであらかじめ決められた医療・介護単価、診療費支払い上限額のなかで、プラン加入者に健康・介護サービスを提供する。

管理医療法人のなかでもっとも一般的なものがHMOである。HMOは、医療機関や医師、企業（ときに個人）との間で契約を結び、個人への医療サービスを提供する。

HMOを選ぶにあたって主に考慮される要素は次のとおりであるが、これらの要素からHMOの特徴が透けて見えてくる。

1）月額保険料
2）提供医療サービスの内容
3）HMOの指定病院以外のところでの診療代をHMOが面倒を見ることができるか、その場合のHMOの負担額
4）指定病院の数、所在地、評判
5）HMOと提携する医師の数、専門診療科目
6）診療報酬の医師への支払い方法

保険加入者は、月額保険料をあらかじめHMOに支払う。医療費は、基本的にはこの保険料から出される。患者自身は、個々の診療にあたって特に自己負担しないのが普通だ。診療サービス・行為の内容は、あらかじめメニュー化されている。HMOは営利法人が多い。HMOは、医療サービスの上限を定めており、医師はその範囲内で患者に医療サービスを提供する。HMOのプランに加入すると、このHMOに所属する医師にしかかかれない。個人は、HMOの所属医師リストから最初に診察してもらう第一次診察医師（Primary Care Physician）を選ぶ。この医師はファミリードクターで、「gatekeeper」とも言われている。医師は、医療行為の範囲を定めるプランのメニューにある医療サービスを提供するか否かを判断する役割をもつ。また、一般的な診察や、かぜ・インフルエンザなどの日常起こりがちな病気の処置を行い、胸部X線検診や大腸がん検診などを受けているかどうかをチェックする。病気が自分の手に負えないと判断するときは、HMOと契約する専門医を紹介する。この専門医へ紹介すべきかどうかを決めることから「gatekeeper」と呼ばれているわけだ。不必要・過剰な「専門医への道」にゲートを設けることで診療費アップをふせぐという考え方なのである。HMOの診療の哲学は、病気にならないよう予防処置を重視し、また、不必要な過剰診療を避けることである。医師自身、医療行為の範囲を定めるプランに拘束され、そのプランで決められた条件、範囲で診療する。HMOの医師への診療報酬の支払いかたは、患者に施した処置すべてをひとくくりにして一定額を払う（capitation）ところと、処置の一つひとつが適当かどうかをHMOと医師との間でチェックしながら個々の処置ごとに定められた報酬額の合計額を支払うところとがある。病院の選択もプラン次第である。多くのHMOは、診療する病院をいくつか特定しており、この指定病院では割引がきき医療費が少なくてすむ仕組みになっている。居住地から離れたところで具合が悪くなったときそこにHMO指定病院がないと後が厄介である。もし、症状がHMOの定義する「緊急事態」に該当しないのであれば、HMOは、入院・治療費用を負担しない。

さらに、多くのHMOは、医師のほかに検査・研究機関や薬局もネットワークに組み入れており、医学検査や処方薬のコストアップを抑える努力をしている。また、HMOは、病気にならないようにと予防医学に力を入れており、定期的なコレステロール値検査、インフルエンザ予防接種、婦人

検診、血圧検査、糖尿病検査、身体測定などのサービスを保険加入者に提供している。フィットネスクラブの経営やフィットネスクラブ会員権の割引提供を行っているところさえある。

PPOは、HMOと基本的な仕組みはかわらないが、PPOで決めた医師や病院以外のところでも受診できる点が異なる。当然、患者個人の自己負担分が多くなり、PPOへの診察代還付の請求書類も自分で作成、送付する手間ひまがかかることになる。また、POSプランでは、最初に診てもらう医師は、そのPOSプランであらかじめ指定された医師であるが、専門医は、POSプラン指定医師に限らない。個人は、診断、治療してもらう医師を自由に選ぶことができるものである。

管理医療のタイプ別プランの概要

	プラン選択	支払い
大企業	会社は、コンサルタントなどのアドバイスを受けさまざまなプランを比較検討。プランを複数選択しリスト化。 従業員は、そのリストからプランを選択。	会社は、その従業員のためプランの保険料を支払う。 会社は、従業員の給与から個人負担分を天引きする。 従業員は、診療の際に自己負担分やプランに含まれない診療費を支払う。
中小企業・個人	中小企業経営者や個人は、代理店が用意するプランを比較検討し、プランを選択。	個人・中小企業経営者はプランの保険料を支払う。 中小企業は、従業員の給与から個人負担分を天引きする。 個人・従業員は、診療の際に自己負担分やプランに含まれない診療費を支払う。
メディケア	政府は、複数のプランを選択し、プランプロバイダーと契約を締結。 契約を結んだプランプロバイダーは、メディケア利用者に売り込み。 メディケア利用者は、それらのプランから自らに合ったものを選択。	政府は、対象となる個人のため個々の契約プランの保険料を支払う。 メディケア利用者は、契約プランプロバイダーに、その他の追加的な所要の保険料を支払う。 メディケア利用者は、診療の際に自己負担分やプランに含まれない診療費を支払う。

HMOの管理医療プランの具体的な事例を知ってもらうため、調査時期は1995年と古いがBetter Business Bureauが調査したニューヨーク市とその近郊地域の管理医療プランの一部を紹介してみよう。いかに千差万別かが理解していただけるであろう。

		Aetna	Cigna	Empire Blue Cross Blue Shield	HIP	Oxford
第一次診察医師数		2,700名	2,417名	3,050名	760名	7,751名
専門医数		3,250名	4,475名	7,950名	1,084名	14,382名
提携病院数		68	65	118	21	181（その他協力病院250以上）
加入者数		315,000名	400,000名	374,000名	870,000名	850,000名
サービス地域		ニューヨーク市、ウエストチェスター郡、パットナム郡等	ニューヨーク市、ウエストチェスター郡、パットナム郡等	ニューヨーク州全域	ニューヨーク市、ウエストチェスター郡、パットナム郡等	ニューヨーク市、ウエストチェスター郡、パットナム郡等
外来受診費		10ドル	5ドル	10ドル	本人負担なし	10ドル
医薬処方費		3ドル/処方	50ドル控除、その後5ドル/処方	5ドル/処方	50ドル控除、その後処方費の20%負担	5ドル/処方
入院費		本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし
緊急治療室		25ドル	50ドル	50ドル	本人負担なし	50ドル
救急車サービス		本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし
薬物乱用	外来	10ドル/外来（年間60外来）	5ドル/外来（年間60外来）	10ドル/外来（年間60外来）	本人負担なし（年間60外来）	本人負担なし（年間60外来）
	入院	本人負担なし（年間30日）	本人負担なし（年間30日）	25ドル/日	本人負担なし（年間30日）	本人負担なし（年間7日）
メンタルヘルス	外来	25ドル/外来（20外来）	5ドル（年間30外来）	25ドル（年間20外来）	25ドル（年間20外来）	50ドル（年間30外来）
	入院	本人負担なし（年間30日）	本人負担なし（年間30日）	25ドル/日 本人負担なし（年間30日）	本人負担なし（年間30日）	本人負担なし（年間30日）
妊娠ケア	外来	10ドル/外来	初診5ドル	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし
	入院	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし	本人負担なし
月額保険料	単身	200.96ドル	234.34ドル	196.20ドル	164.91ドル	212.22ドル
	家族	529.29ドル	674.19ドル	588.60ドル	457.30ドル	636.66ドル
	カップル	428.80ドル	468.67ドル	412.00ドル	310.04ドル	409.37ドル

管理医療の普及で医療費はどうなっただろうか。確かに、米国は、99年の診療費の対GDP比率が12.0%前後とOECD加盟国のなかで最も高い。しかし、診療費負担の傾向を追っていくと面白い傾向に気づく。92年までほぼ一本調子に対GDP比率が上昇した。それが92年以降90年代一貫して定常状態になったことである。消費者物価指数の伸びが落ち着いていたのに加え医薬品・医療機材の価格アップも抑制がきき、さらに管理医療への加入者数が増え、一般的に診療報酬支払う側の医療機関への交渉力が高まったことが、この対GDP比率がフラット化したのである。

ちなみに、管理医療が医療費抑制に効果があるとわかったことから、公的健康保険であるメディケア、メディケイドにも管理医療のシステムを導入する動きが顕著になった。

個人診療費の対GDP比率

（単位：%、十億ﾄﾞﾙ）

年	比率	個人診療費	GDP	年	比率	個人診療費	GDP
1980	7.9	216	2,722	1989	10.2	548	5,364
1981	8.2	251	3,060	1990	10.8	612	5,660
1982	8.8	282	3,200	1991	11.6	677	5,835
1983	9.0	310	3,432	1992	12.0	738	6,133
1984	8.8	340	3,849	1993	12.2	788	6,440
1985	9.1	375	4,127	1994	12.1	831	6,868
1986	9.4	409	4,344	1995	12.1	876	7,232
1987	9.6	448	4,650	1996	12.1	921	7,630
1988	9.9	497	5,037	1997	11.9	966	8,103

厚生省健康保険金融局（Health Care Financing Administration：HCFA）より
注：HCFAはCenters for Medicare & Medicaid Servicesに組織・名称変更

米国では、HMOが医療制度で圧倒的な存在になっているが、HMOに問題がないのか、というとそうではない。

指定医師の数が少ないため、医師の予約をとるのに時間がかかり、病院でも待ち時間が長いという苦情がある。専門医の診療を受ける前にファミリードクターにかからなくてはならないので、すみやかで適切な処置をうけることができない場合もある。HMOが指定する医師については選択の幅は限られている。指定医師以外の医師の診察を受けることを認めるHMOのプランもあるにはあるが、保険料は高い。HMOは、個々の診療サービスに「合理的で通常の」サービス水準と単価を設定しているので、これを超える診療では、超過費用は個人が負担しなくてはならない。また、治療入院の日数は以前にくらべ短くなったとの声や、医師は多くの患者を診なくてはならないので、患者一人当たりの診察時間は短くなったとの声もある。

また、残念ながら、最近管理医療で期待された医療費の抑制がむずかしくなり、医療費の増加に歯止めがきかなくなってきた。管理医療ビジネスの収益の伸びは低くなった。さらに、HMOや医療機関がプランの約定をこえるとして診療を拒否したケースで訴訟にもちこまれる事例が増えてきている。医師は、HMOに対抗するため組織をつ

全米診療支出予測（2000ー2010）

	1980年	1990年	1999年	2000年	2010年
GDP（十億ﾄﾞﾙ）	2,795.6	5,803.2	9,299.2	9,987.3	16,616.3
診療費総額（十億ﾄﾞﾙ）	245.8	695.6	1,210.7	1,311.1	2,637.4
一人当たり診療費（ﾄﾞﾙ）	1,067	2,737	4,358	4,681	8,708
GDPに占める診療費の比率	8.8%	12.0%	13.0%	13.1%	15.9%
人口（百万人）	230.4	254.2	277.8	280.1	302.9
65才未満（百万人）	204.6	222.7	242.9	245.0	263.6
65才以上（百万人）	25.8	31.5	34.9	35.1	39.3

厚生省健康保険金融局（Health Care Financing Administration：HCFA）

くり、診療行為として適当か否かを判断する、医師のプロフェッショナルとしての裁量を、HMOがおかしているのではないか、と問題提議するようになってきた。

4　米国の医療・介護の課題

ここで、米国の医療・介護システムが抱える課題を概観してみよう。

概観するにあたって参考になる報告書がある。それは、「健康・介護産業における消費者の保護と質に関する委員会」最終報告である。この委員会は、クリントン大統領が1996年９月、患者が適切な看護を受けられるための政策を検討し大統領に勧告するため設置したものだ。委員会は1998年３月に最終報告を大統領に出した。

この報告書では米国の健康保険の特色を４つあげている。

１）青壮年層を対象とし雇用企業が保険料の大半を負担する保険（被用者保険）を中核としてさまざまな保険制度が並立している。（多元主義）

２）多数の国民が保険でカバーされておらず、その人数が増加傾向にある。

３）保険料を支払う企業、一般国民の負担が増加している。

４）管理医療へのシフトとグループ保険市場での積み立て基金プラン（self-funded plan）の増加が顕著である。

報告書からは、米国がかかえる健康保険や医療システムの問題点が浮き彫りになっている。健康保険がない米国民が数多くいることと、医療・介護サービスの質、水準が適当とはいえないことが懸案として指摘されている。具体的には、

１）１千万人近くの子供を含む4,170万の米国人が健康保険をもたず、そのほか数百万の人たちは健康保険の対象となっていてもカバーの範囲が不十分である。無保険の人々もその多くはフルタイムの職をもつ人たちとその被扶養者である伴侶、子供である。Employee Benefit Research Instituteの98年のデータでみると、65才未満の人口の18.4%、43.4百万人の米国人は健康保険に入っていない。保険非カバーの比率が高いのは、地域的にはアリゾナ州（27.2%）・テキサス州（27.0%）・ニューメキシコ州（24.0%）、人種的にはヒスパニック（37.1%）・アフリカ系（23.8%）、所得階層では貧困レベルの所得層がもっとも多い（35.9%）。しかも10年前88年は32百万人であるから10年間で１千万人以上増えた。このほか、早期退職した人たちで元の勤務先

（百万人、%）

州	人口	雇用企業等が契約購入する保険（被用者保険）の適用を受ける人口の割合	個人が契約購入する保険のベネフィットを享受する人口の割合	メディケア、メディケイドの適用を受ける人口の割合	保険のベネフィットを享受していない人口の割合
ニューヨーク	16.0	60.7	5.3	17.9	19.7
カリフォルニア	29.9	56.0	6.7	16.2	24.4
テキサス	18.0	57.9	6.0	12.6	27.0
フロリダ	11.9	60.7	8.5	13.6	21.3
イリノイ	11.0	69.6	5.7	11.2	16.6
ハワイ	1.0	71.9	3.9	23.1	11.6
メリーランド	4.4	71.7	6.1	7.1	18.9
ワシントン	0.4	56.1	6.8	25.0	19.2

厚生省健康保険金融局（Health Care Financing Administration：HCFA）

の健康保険が切れメディケアの適用をまだ受けることができない人々もいる。障害を持ったり日常生活の枢要な活動に手助けのいる人たちの多くは、急性の発症や長期の介護に対する健康保険のカバーが不十分である。

2）医療・介護の質・水準の実態は次のとおりである。

○治療の過程で病気にかかったり傷ついたりする米国人が想像以上に多い。ときに死亡してしまう患者もいる。ニューヨーク州の病院で治療を受けた患者の実態調査によれば、3.7％の患者が症状を悪化させ、そのうち13.6％の人が死亡し、また、2.6％が一生治癒できない障害に苦しむことになった。これらの症状悪化の人たちの４分の１が医療サイドの過失によるものであった。全米規模の調査では、1983年から1993年にかけて医療過誤が原因での死亡者数は２倍以上になり、1993年だけで7,391名が死亡した。

○数百万の人たちが十分な治療を受けておらず、不必要な合併症に苦しんでいる。このことが医療費増や医療サービスの生産性低下の一因となっている。たとえば、心筋梗塞のメディケアの患者に対する調査では、わずか21％の人たちしかベータブロッカーを投与されていなかった。投与された患者の死亡率は、そうでない患者より43％少なかった。推定１万８千人の人が有効な救急処置を受けられずに心臓発作で毎年死亡している。

○他方で、数百万人が必要もない過剰な医療・介護サービスをうけ余分な医療費を支払っている。７つの健康プランが子宮摘出手術のケースを分析したところ、６つに１つが不必要であったとのことである。

○医療・介護処置は、地域的に千差万別である。これは、全米共通の医学的根拠に基づいた適切な処置を医療現場で行っていない証左である。

5　患者の権利章典（Patients Bill of Rights）

今、米国連邦議会でもっとも熱い議論が展開されているのは、「患者の権利章典」（Patients Bill of Rights）法案である。医療・介護サービスが患者のニーズを十分満たしていないのではないか。特に管理医療、HMOへの消費者の不満が背景にある。クリントン大統領が設置した「健康・介護産業における消費者の保護と質に関する委員会」そのものが、米国民の医療サービス水準のアップと患者の権利の確保をねらったものである。98年発表の委員会報告には、「患者の権利章典」のドラフトが添付されている。98年以来、幾度も法案化のチャレンジが試みられては廃案に追い込まれ、やっと、今年に入り、連邦議会上院は、６月29日、「患者の権利章典」法案を可決した。

この法案は、管理医療システムの弊害から患者を守りHMO加入者にその健康プランを訴える広範な権利を付与するものである。この法案に対し、管理医療を提供する側では、新しい医療機器や新薬の使用を求められる結果、健康保険料の引き上げになるのではとの危惧や、訴訟対策などをさらに講じる必要から診療行為に好ましくない圧力が医療関係者にくわわる可能性を懸念する声があがっている。

もっとも大きな憂慮は、この法案によってHMOを被告とする損害賠償訴訟が多発し、HMOが多額の和解金を支払う事態に立ち至るのではないか、という点である。全米最大手の保険会社Aetna Inc. は、今年第一四半期損失を計上したと報じられ経費が保険料収入を上回ったそうである。また、Cigna Corp. は、今年度は収益が予想を下回る見込みである。たとえば、ジョージア州では、United Health CareやAthens Area Health Plan、Humanaなどの州内の多くのHMOが収益の大幅な下方修正を迫られている。

基本的な問題は、病院や医師へのHMOのコスト削減が限界にきており、コストが上昇基調のところに、この「患者の権利章典」法案が現実問題として登場してきたことである。

「患者の権利章典」に関する上院の法案に対して、従業員にベネフィットとしてHMOの健康保険プランを給付する企業が最も危惧することは、これらの企業が、HMOとともに医療過誤の責任を負うことである。現在のところ、この条文は削除され、企業は診療対象範囲の決定プロセスに直接参画していなければ訴えられないことになっているのだが、今後の審議の過程で条文が再浮上する可能性が残っている。仮にこの条項が認められると、特に健康保険をかける中小企業に深刻な影響が出るであろう。連邦議会予算局（Congressional Budget Office）は、「患者の権利章典」は診療コストを４％アップさせると予測している。たとえば、ハワイ州の従業員20名規模の企業の場合、保険料は年間２千ﾄﾞﾙ増えるとの予測がある。Employment Policy Foundationは、健康保険をめぐる訴訟は、診療費を79～163億ﾄﾞﾙアップさせると見込んでいる。

管理医療への不満の一つは、最善の治療を行ってほしいとの患者の意向が厳しく制約を受ける点である。HMOは患者の選択の幅を広げることに努めてきた。しかし、選択の幅の拡大は、保険コストの低廉化にリンクしなかった。保険加入者に対しより多くの医療機関へのアクセスを確保することは、個々の医療機関からすると採算ベースにのる患者数の確保が困難になることを意味する。HMO・医療機関間の診療報酬引き下げ交渉は難航する結果となった。HMOが訴訟当事者になる確率が大きくなり、これがHMOのコスト増にはねかえってきている。最悪シナリオは、保険料アップ、損害賠償負担をきらって企業が従業員に健康保険のベネフィットを与えなくなることだ。

「患者の権利章典」が成立すれば、限定寄与プラン（defined contribution plan）のような健康保険プランになびく傾向が顕著になるであろう。この限定寄与プランは、従業員が給与の一部として税制の特典のある一定金額を企業から支給され、その原資をもって自らの健康保険プランを購入するものである。限定寄与プランは従業員の個々の事情に合ったプランの選択が可能になるとして評価する向きもある。

「患者の権利章典」法案については、なお下院での審議が待っている。

6　終わりに

今の米国は、クリントン前大統領が目指したが挫折した国民皆保険への道を追求することはとりあえず横において、医療サービスの質の向上、消費者たる患者の権利保護の実現を目指している。医療サービス市場での自由競争を大前提に、医師・患者・保険会社間の関係で弱い立場に立たされるおそれが強い患者の立場を法的に強化する枠組みが、「患者の権利章典」である。

医療サービスは、患者誰もがあまねく満足できる診療を可能な限り安いコストで受けることができることを理想とする。しかし、この理念型を充足することは極めてむずかしい。チッソ、リン酸、カリの３要素が調和よく施されてはじめて植物が順調に育つように、医療サービスも、一定の前提条件下で、医療機関へのアクセス、患者の診療満足度、診療コストの３要素間の調和をはかり、相対的な最適解を模索していくしかないのだろう。

私たちは、米国の医療・介護サービスに関する民間保険や、医療費抑制に果たしてきた管理医療、HMOについて、医療制度・体制の歴史的変遷を踏まえ、これまでの機能、役割、成果とこれから取り組むべき課題に対し冷静な判断が必要であろう。全面否定でも全面肯定でもなく、米国の民間保険、管理医療の長所をうまく日本の医療制度に取り入れていくべきであろう。