

米国の医療の歴史と制度

九州大学大学院医学研究院
医療経営・管理学講座
馬場園 明

米国の医療問題

米国には国民皆保険制度が存在していない。主な公的医療保険は高齢者向けのメディケアと低所得者向けのメディケイドに限定され、それ以外の国民は、民間医療保険に加入しているが、その多くは雇用主が購入する民間医療保険である。そして、多くの国民は無保険者のままに放置されている。

また、米国の国民医療費はGDPの18%にも達し、他の欧米諸国の2.6倍の高水準にある。その結果、米国は最先端の高度医療技術では世界をリードしているものの、保健指標(平均寿命や乳児死亡率)では先進国の中でも最低レベルに甘んじているのである。なぜ、このような現状になっているのか米国の医療制度の歴史を振り返ってみよう。

米国における国民皆保険改革の歴史

- ①1910年代：米国労働立法協会による皆保険運動
- ②1930年代：ルーズヴェルト政権のニューディール改革：医療改革は盛り込まれず
- ③1940年代：トルーマン政権による皆保険の試み
- ④1965年：公的医療保障制度であるメディケアとメディケイドが成立
- ⑤1970年代：ニクソン政権と民主党側がそれぞれ皆保険導入案を提出
- ⑥1990年代：クリントン政権による皆保険の試み
- ⑦2009～2010年：オバマ政権による皆保険の試み（成功）

参考：天野拓：オバマの医療改革，勁草書房

皆保険制度運動の始まり

1900年代初め頃までは、米国における病人の25～40%は医療を全く受けられなかったといわれる。このため米国労働立法協会が、1915年に年収1,200ドル未満の低賃金労働者とその被扶養者を対象に医療、傷病手当、葬祭費を支給する疾病保険の導入を提案するに至った。これは州政府が所管し、雇用主と従業員が支払う賃金税(保険料)によって財源が賄われ、州政府の追加的な支援を受けるといった制度であった。

皆保険制度の始まり

しかし、皆保険運動は、米国医師会(AMA:American Medical Association)、労働組合を含む各種団体の反対と大企業の企業内福祉事業導入などによって盛り上がりを欠いた。しかも企業が私的な企業内福祉活動を積極的に推進するようになり、国による医療保障の必要性は薄れていった。

民間医療保険の始まり

1920年代には保険不在の自費診療制度の下で、医療費の未払い問題が深刻化した。しかし社会保険の導入はAMAや労働組合などの反対によって困難であったので、代わりに入院保険であるブルークロス(B/C)と医師診療保険であるブルーシールド(B/S)が創設され、その後急速に発展していった。それは組合員から一定額を徴収してプールし、病院がこの資金を用いて組合員に医療を提供するという仕組みである。

民間医療保険の始まり

こうした職域保険の結成は病院財政の再建を目指していた米国病院協会(AHA: American Hospital Association)の支援を獲得し、NPOとしての特典も認められて、全米に拡大して行った。それは組合員から一定額を徴収してプールし、病院がこの資金を用いて組合員に医療を提供するという仕組みである。こうした職域保険の結成は病院財政の再建を目指していた米国病院協会(AHA)の支援を獲得し、NPOとしての特典も認められて、全米に拡大して行った。

民間医療保険の始まり

こうした職域保険の結成は病院財政の再建を目指していた米国病院協会(AHA: American Hospital Association)の支援を獲得し、NPOとしての特典も認められて、全米に拡大して行った。それは組合員から一定額を徴収してプールし、病院がこの資金を用いて組合員に医療を提供するという仕組みである。こうした職域保険の結成は病院財政の再建を目指していた米国病院協会(AHA)の支援を獲得し、NPOとしての特典も認められて、全米に拡大して行った。

ニュー・ディール期の動向

1929年に入り大恐慌が勃発すると、社会保障制度の整備を求める声は急速に高まる。労働勢力が興隆し、民主党の党勢が拡大した。この時期は、公的医療保障制度導入のための絶好のチャンスといえた。1934年に、ルーズヴェルト大統領は、社会保障問題についての調査機関として、新たに「経済保障問題に関する委員会」を創設し、社会保障制度の導入に本格的に乗り出した。しかし、米国医師会などの反対などもあり、医療保険問題をめぐる確執もあり、年金保険など、他の社会保障プログラムの導入の失敗を回避するために、ルーズヴェルト大統領は、公的医療保険制度の導入を断念した。

第2次世界大戦と医療保険

第2次世界大戦によって労働者の給与が凍結され、医療保険を含む従業員給付は労使交渉の正当な一部となった。それ以降、医療保険は戦後の従業員給付の恒久的な一部分を構成することになった。以後、雇用主提供医療保険は急速に拡大し、長期的あるいは深刻な病気や怪我に対する保障を提供する最大の医療保険としての地位を確立する。連邦政府は、第2次世界大戦後から積極的に全米の医療問題を取り上げ始める。

第2次世界大戦後の動き

1946年、「新たに病院が建設や修復をする際、米国外科学会の病院機能評価認定基準を満たしていれば、連邦政府は財政援助を行う」と規定されたヒル・バートン法 (Hill-Burton Act) が制定された。

ワグナー及びミュレイ上院議員, デインジェル下院議員が1943年に国民皆保険法案を議会に提出した。雇用主と従業員が保険料を連邦社会保険信託基金に払い込み、基金が医療費を医療提供者に支払うという制度であった。しかし、成功はしなかった。

メディケア・メディケイドの登場

ルーズベルト大統領は1944年に同法案に支持を与え、トルーマン大統領も翌年に同法案に賛成し、1948年大統領選挙の公約にも掲げたが、1949年には法案の成立をみたが、成功には至らなかった。

1965年には、先の年金法修正条項として高齢者の医療保険制度（メディケア）と低所得者に医療費の補助をするメディケイドが付加され、メディケイドとメディケアを管理する医療保険財政管理局（HCFA: Health Care Finance Administration）が設立された。この組織は2001年に改名され、メディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services: CMS）となっている。

クリントンの医療制度改革

1992年、クリントンは米国の医療制度改革を掲げ、大統領戦に勝利した。議論された論点は受診保障の問題と高医療費の問題をどう解決していくかにあった。受診保障の問題は、「国民皆保険制度をとるか」ということと「どういった方法で受診保障をするか」ということであった。医療費の抑制の方法としては、総枠予算制(Global Budgeting)をとるのか、管理競争(Managed Competition)をとるのかが議論された。しかし、この制度が最終的に多くの国民から反対を受けた理由はこの制度の導入のために、大幅な増税が必要となることであった。

米国の医療制度

米国の医療保険制度は、公的医療保険と民間医療保険とによって成り立っている。公的医療保険に加入していない米国人は、企業を通して、あるいは自分自身で民間医療保険を購入しなければならない。国民の約6割は雇用先が提供する民間医療保険に加入するなど、雇用主提供医療保険が中心的な役割を果たしている。一般的に提供されている公的医療保険には、65歳以上の高齢者と65歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者を給付対象とするメディケア(Medicare)と、低所得者をカバーするメディケイド(Medicaid)があり、加入者はそれぞれ4,890万人(人口比15.7%)、5,090万人(同16.4%)である。

米国の医療制度

他にも個人で民間の医療保険を購入する個人購入医療保険(同9.8%, 2012年)や, 軍人向け公的医療保険(トライケア)(同4.4%, 2012年)がある. 一方, 医療保険がない無保険者も人口比で15.4%(2012年)存在している.

米国の医療費は2000年以降1,200億ドル/年(年率約6%)ずつ上昇し, 2011年には2兆7,007億ドルに達し, 対GDP比でも17.9%を占めるに至っている. 米国の1人当たり医療費は年間8,508ドルとOECD加盟国の中でも最も高く, 日本の年間3,213ドルの2.6倍である.

米国の医療制度

1999年を基準とした医療保険料(Health Insurance Premiums)は2013年には182%増と、米国の医療費高騰の原因の大半は、高齢化というよりもむしろ、医療技術の進歩によるものである。さらに、年間の医療訴訟件数は日本の10倍以上と多く、医師の多くは高額の保険料を払って医療過誤保険に加入しており、訴訟によるリスク回避を意識して防御的医療が行われることも、医療費高騰に影響を及ぼしている。

米国の民間医療保険

米国の民間医療保険は、出来高払い型保険 (Indemnity Health Insurance) とマネジドケア型保険 (Managed Care Insurance) の2種類がある。出来高払い型医療保険は、被保険者が医療機関を利用するときに医療保険会社からほとんど制限なく医療と医療費を受けることができる医療保険であったが、姿を消しつつある。マネジドケア型医療保険が普及するまでは主流であったが、医療費の高騰が掛け金の値上げにつながったことで、このタイプの保険は最近ではほとんど見られなくなった。

3種類のマネジドケア型医療保険

マネジドケア型医療保険は、大きく分けてHealth Maintenance Organization: HMO, Point of Service: POSとPreferred Provider Organization: PPOの3種類がある。医療保険会社から厳しい制限を受けるのはHMO, POS, PPOの順である。以前は、制限が厳しい医療保険ほど保険の掛け金が安価であることが多かった。しかし最近では被保険者の医療費の自己負担額、保険会社の年間保険免責金 (Deductible) の金額も保険の掛け金に影響を及ぼすようになってきたことから、HMOだからといって一概に掛け金が安いとは言えなくなってきた。

HMO

HMOタイプの医療保険は、被保険者は掛かりつけ医 (Gate Keeper; Primary Care Physician) に掛かることが原則である。そして、掛かりつけ医の判断により専門医の診断・治療を受けることができる。その他に特徴的な制限として、病院、検査センターなどの医療機関の利用に関しては、ネットワーク医療機関 (Network Provider) と呼ばれる保険会社から渡されたりリスト (医療保険会社と契約している医療機関の一覧表) にある医療機関を利用しなければならない。

POS

POSタイプの医療保険は、HMOとPPOのハイブリット型医療保険である。被保険者の判断で高めの自己負担金を支払うことで直接専門医やネットワーク外（Out of Network）の医療機関を利用することができる。POSは、HMOの規則に準じているが、必要な時（ポイント）に直接専門医やネットワーク外の医療機関を利用することができる保険である。

PPO

PPOタイプの保険は、被保険者の判断で直接専門医にかかれたり、ネットワーク外の医療機関も利用できたりといったことで、制限の少ない医療保険である。PPOとPOSは類似しているように感じるが、POSはあくまでもHMOを主体とした保険であるために、直接専門医に掛かったりネットワーク外の医療機関を利用したりする場合の自己負担金はPPOより高く設定されている。そのために、被保険者が自分の判断で医療機関を選ぶことが多いのなら、PPOに加入しておいたほうが年間の総自己負担金が安くなることがある。

オバマの医療制度改革

2009年、バラク・オバマは医療制度改革を掲げて大統領戦を戦い、勝利した。オバマ大統領は医療改革の目標を3点に絞った。第1に、医療保険に加入している人々により多くの医療保障と安定性を提供すること、第2に、無保険者に医療保険を提供すること、そして、第3に、医療費の伸びを経済成長に合わせて抑制することとしたことが勝利の要因となった。

オバマの医療制度改革

オバマ政権の医療改革は、既存の（雇用主が提供している）民間保険中心の医療制度に依拠しつつ、無保険者を削減し国民皆保険（に近い状況）を実現しようとするものであり、affordableに象徴されるアクセスの改善とaccountable象徴される価値の改善に集約できる。

医療制度改革法の アクセスの改善に関するポイント

アクセスの改善による医療の質の改善

保険加入の義務付け

医療保険取引所の設置

低・中所得への財政的支援

低所得者保険の拡大

民間保険の規制

アクセスの改善に関するポイント

オバマ政権の医療改革は、既存の（雇用主が提供している）民間保険中心の医療制度に依拠しつつ、無保険者を削減し国民皆保険（に近い状況）を実現しようとするものであり、以下の点にまとめることができる。

① 保険加入の義務付け(individual mandate)

米国市民および合法的居住者は、民間保険プランであれ公的なプログラムであれ、何らかの保険に加入することが義務付けられる。加入しない場合には、ペナルティ(penalty)が課される。

② 「医療保険取引所(health insurance exchange)

民間保険を購入するための市場(マーケット)を創設し、個人および中小企業が、手ごろな値段で、また自らの自由な選択を通じて、保険を購入できるようにする。

医療制度改革法の

アクセスの改善に関するポイント

- ③ 低・中所得者層を対象とする財政的支援の提供。
「医療保険取引所」を通じて保険に加入する低・中所得者を、財政的に支援するための、税額控除(tax credit),補助金を提供する。
- ④ 公的医療扶助制度であるメディケイドの拡張
連邦の貧困レベル133%（のちに138%に修正された）以下のすべての国民に、受給資格が付与される。
- ⑤ 民間保険の規制
病歴や健康状態によって、保険加入を拒絶したり、保険加入を打ち切ることなどを禁止する。

医療制度改革法の アクセスの改善に関するポイント

⑥ 主な財源

財源は、高額保険プランに対する課税、メディケア社会保障税の引き上げ、製薬産業、民間保険業界に対する資金拠出の義務付けや医療機器に対する課税、メディケア予算の削減などによって賄う。

⑦ 不法移民

不法移民はメディケイド加入も医療保険取引所の利用も禁止される。

しかしながら、2014年現在、共和党などの反対もあり、メディケイドの拡張と民間保険の規制以外はうなくいつているとはいえない。

医療制度改革法における 医療の価値の改善策

医療の価値とは費用に対する生産性である。医療の価値が重視されるようになった理由は、これまで医療を出来高で支払っていたために、医療の質を改善できなかったという反省からきており、accountableに象徴される改革の狙いは以下の3点に絞ることができる。

第1に、医療機関が情報技術を活用して自らの医療の質を測定すれば、医療の質を改善する方法を学習できる。
第2に、医療機関は過剰診療や過少診療によって利益を上げるのではなく、患者にとっての価値を尊重するようになる。第3に、生産性を改善するために改善を積極的に実行する医療提供者を支援することができるとしている。

医療の価値を改善する仕組み

①バンドリング(bundling)

④比較効果分析(comparative effectiveness research)

②責任医療組織(Accountable Care Organizations: ACOs)

⑤患者中心の医療ホーム(Patient-Centered Medical Homes)

③パフォーマンスに応じた支払(Pay-for-Performance: P4P)

⑥医療情報技術(health information technology)の促進

⑦予防医療の重視

オバマケアの受難

2012年6月、連邦最高裁判所の判決が示された。判決では、個人の医療保険加入義務の実効性担保のために規定される罰金は、課税規定とみなすことができ、合憲とされた。一方、メディケイドの拡充自体は合憲であるものの、拡充に応じない州政府に対し、連邦負担分を拠出しないことは違憲とされた。共和党の公的保険制度への拒否感は強く、雇用主による従業員への医療保険の提供義務化を1年延期するなど対策に遅れが生じていた。2013年10月から始まったオンライン上で保険を購入する手続きサイト「エクスチェンジ」でも技術的なトラブルが続いた。政府は基準に満たない保険契約でも1年間の継続を容認する修正案を発表するほか、中小企業向けオンライン保険市場の稼動も1年先送りするなど対応に追われた。

オバマケアの成果

しかし、2015年3月の時点において1,410万人が新たに医療保険に加入し、無保険者率は13.2%に下がった。特に、マイノリティの無保険者率の低下が顕著であった。ラテン系アメリカ人の無保険者率は、2012年第1四半期～2013年第3四半期における基準値の41.8%から29.5%に低下した。アフリカ系アメリカ人の無保険者率は同期基準値の22.4%から13.2%に下がり、白人アメリカ人の無保険者率9.0%に近づいた。

オバマケアの成果

また、2007年～2009年にかけてのリーマンショックからの経済の回復後も医療費の伸びは抑えられている。これはメディケア改革による医療費の削減に加え、オバマケアが質の高い統合医療の促進を目的としている上に、医療提供者への支払インセンティブの改善にも力を入れていることが、大きく影響しているものと思われる。さらに、オバマケアは予防治療を重視した医療保険の導入を行っており、長期的に医療費の伸びが抑制されることが期待されている。

医療のパラダイムの転換

Ten Commandments, Crossing the Quality Chasm, Donald Berwick 2002



	旧パラダイム	新パラダイム
医療の対応	患者受診による対応	継続的な関係の構築
主体	医師が医療を管理	患者が疾病のコントロールの主役
優先順位	医師の自由裁量の尊重	患者のニーズや価値を尊重
診療の指針	研修と経験	根拠に基づいた診療
診療の内容	プライバシー優先	透明性の尊重
専門的な連携	困難	必要不可欠
情報の役割	記録・保存	公開・共有
ニーズへの対応	要望への対応	計画的な対応
安全	個人の義務	組織の責任
コスト	横断的な個人的な対応	継続的で組織的な対応

医療制度改革の背景にある思想

米国の医療制度の背景にあるのは政治的思想である。おおむね3つに分類できる。まず、保守派である共和党支持派の思想である。政府や企業ではなく、個人が自由と責任のもとに直接保険を購買し、自ら医療費を拠出・管理するシステムを重視する。そのため、個人購買保険の促進、医療貯蓄口座の創設、コスト・シェアリングの増額などを図る。消費者がコスト意識を持って、そして自由な選択のもとに、医療サービスを購買するシステムの導入を図る。

二番目が、国家が社会保障を充実させる立場をとる福祉国家主義者である。民主党リベラル派であるエドワード・ケネディが提案したカナダ型の医療保険制度を支持する。

医療制度改革の背景にある思想

国家が社会保障を充実させる立場をとる福祉国家主義者である。政府による公的医療保障制度の拡張によって、すべての国民が平等に保険に加入するシステムを構築する。政府のもとでの一元的な国民皆保険制度を構築(さらに公的規制を強化)し、管理運営コストの削減を図るなど、システムの合理化・効率化を図ることによって医療費の抑制を図るが、大きな政府モデルであり、多額の税金投入を必要とする。

三番目が、民主党穏健派であり、企業に社会保障の役割も負わせていこうとしてきた。公的医療保障制度(や公的規制)は必要最低限度に抑え、企業雇用者が提供する民間保険制度の維持・拡充を図る、

医療制度は政治・経済と深く関係

その際、とりわけ税額控除の提供といった政策手法を重視するものであった。市場競争の促進、公的医療保障制度の公営化、財政均衡の実現にも積極的である。クリントンもオバマも民主党穏健派であった。これは米国が最も成功した資本主義国家であり、医療保険の最大のスポンサーが企業であったのは、当然のなりゆきであった。

まとめ

個人の自由と選択を尊重する保守主義と個人の権利を国家が保障するリベリズムは、思想的には一致しない。医療に関して、どのようなルールで折り合っていくことができるか、米国では試されていくであろう。

今回の改革で、最低限の医療サービスを全員が受けることのできる医療保険のシステムを作ったことは、大きな第一歩であったことは間違いないであろう。