

# 健康保持組織

## HMOを支持する

(アメリカ)



多くのアメリカ人にとって、国民の健康のうえでの危機は、階層によってちがうものであって、高額所得の都市居住者らは危機を余り感じないが、低所得で都心部居住者、あるいは医療に恵まれない農村居住者にとっては危機は存在する。医療費の増加を抑制し、すべての国民に保健サービスを提供できるようにするのが健康保持組織 Health Maintenance Organizations であると政府は主張するが、それは、地域単位の任意加入者にたいし、医師の診療、救急医療、入院と外来診療など医療全般を提供しようとするものである。

### 保健上の諸問題

1971年5月に保健教育福祉省の出した「1970年代の総合的保健政策をめざして」と題する

報告は、合衆国における主な保健上の諸問題を浮きぼりにさせたものである。

### 医師分布

人口対比医師数は、首都では10万対185であるのにたいし、それ以外の地域では76という格差を示す。上記報告書は「非常に多くの住民が医師の診療を受けることができないでおり、沢山の地域が少数の医師を招くことしかできず、病院施設が休業することさえある」とのべている。

1931年には総医師数は156千人に対し117千人の第一線医師だったのが、1967年には、総医師数303千人対第一線医師は115千人へと減少した。人口10万人対第一線医師数は、1931年の91人から1967年には73へと減った。

### 諸資源の利用

各地域の医師や病院の適切でない使い方も保健上の諸問題をもたらすものである。医師が現に行なっている仕事のいくつかは、看護婦や訓練を受けた医師補助者がやれるものだし、かなりの患者は、外来診療で済むものを入院してX線撮影や諸検査をうける。

病院入院患者のあるものは、中間的施設かナーシングホームに入った方が満足な処遇をうける人たちである。多くの病院は、まれにしか使われない高価な施設をかかえこんでいる。1967年に、保健教育福祉省の報告は、開胸心臓手術設備をもつ病院の31%は1年間に全く使われなかった、とのべていた。

### 医療費の増加

保健教育福祉省の報告によると、「1960年代の10年間に、医療の価格は一般物価よりもはるかに大きく上昇し、入院費用は消費者物価指数の4倍、医師料金は同じく2倍となった」。

1971年度、総保健医療費は750億ドルで、前年比10.7%増、国民総生産の7.4%になった。このような増加をもたらした保健の市場

の独特な特徴を、上述報告書は次のように書いている。「そこでは、情報の多くは消費者からかくされておられ、自分のうけとるサービスの内容に判断の及ばないもので、ふつうその値段を引き下げえないものである。あるものが一方的に価格を決定し、別の者がそれをうけとり、そしてちがう第三者がそれへの対価を支払う、という市場なのである」。

#### 健康保持組織の考え方

健康保持組織の考えは新しいものではなく前払いグループプラクティス組織につけられた名称である。グループプラクティスの効率性と前払い保険の経済的利点とを結びつけようとするものであった。したがって、いろいろな組織形態のものが健康保持組織とみなされた。それは、前払い式グループプラクティス保険、医学財団、医学校、病院、近隣保健センター、そして民間健康保険を含むもので、総括的な前払い保健サービスをやるものなら、労働組合と協同組合ともに健康保持組織となりえたものである。

歴史的にみると、グループプラクティス・プランは、20世紀の早い時期に、労働組合と企

業とで導入したもので、労働者に保健サービスを提供した医師にたいし、給料もしくは手数料を支払うというものであった。初期の頃は、この制度は鉱業や鉄道会社で行なわれていたのであるが、後に大がかりなものとして農民の保健協同組合のようなものもある(1929年)。今日アメリカで最大の前払いグループプラクティス・プランは、1942年につくられたカイザー基金医療プログラムである。6つの地域に約200万人の加入者を擁している。

#### 健康保持組織の考え方の売りこみ

ニクソン大統領は、1971年2月18日の保健教書のなかで健康保持組織の考え方を支持して次のようにのべた。「この組織の最大の利点は、単位価格あたりサービスそのものの価値を高める、ということである。第一に、これは、より多くの予防活動と一層の効率性に向っての財政的刺激をするからである。ほぼ700万人のアメリカ人が健康保持組織に加入しているが、彼らは低い費用で高い質の医療をうけとる(従来のものより1/4ほどの費用)。受診率も低いし、費やす時間も短い。

患者も医師もこの組織化の考え方を支持し

ており、従って、私はそのような勧告をつけ加える。受給権者が、健康保持組織に入っている医師らメンバーから現物給付をうけるような公的および私的健康保険制度を必要としている。この制度を樹立するために、新規に2,300億ドルの援助をする用意がある。この制度の主体となるものには、必要な資本、建物や施設などにたいしても、加入者の拠出でまかないうる時期までは財政援助をすべきである。そのために、初年度私的団体にたいして3億ドルの貸付金を用意する計画がある。

#### 健康保持組織の法制的経過

1970年の3月に、この組織とメデケアとの関連にかんする規則が提案された。メデケア費用の95%が健康保持組織から償還支払いされるという案であった。これは、1970年の5月21日に下院を通過したが、上院で承認されなかった。1971年6月22日に福祉改正法案(社会保障)が議会を通過した。これは、メデケア受給者で健康保持組織に入っている者にたいし、メデケア給付をなし、健康保持組織は人頭式で95%の費用償還をうける、という法であった。

### 種々の立法案

健康保持組織を連邦行政のなかにひきこむことは、議会のいろんな人によって試みられてきた。

P. M. エルウッド氏は、新しい健康保持組織についての考えの持主と目されている人であるが、連邦政府がこの組織の実行に手助けせねばならない理由に関して、次のように述べていた。「健康保持戦略は、政府の購買力をあげるテコとなり、競争的な保健産業をつくることであった」。

### 上院の諸法案

上院の労働福祉委員会の保健分科会で、7つの健康保持組織と保健諸資源とが考慮されている。この分科会はすでに12日間のヒアリングを終ったが、その後もひき続き行う予定である。

上院に提案が予定されている法案のうち主な3つは、施設・事業にたいする補助金と融資、地域の総合保健サービスへの援助等々に関するものである。そのほか、医学校や地方教育病院への補助金制度についてのものもある。

### 下院の諸法案

下院の公衆衛生・環境小委員会でも、健康保持組織についてのヒアリングをする計画をたてている。ここでも、種々の内容の法案が

用意されている。

*Congressional Quarterly*, Apr. 1, '72, p. 731-734.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 社会保障制度と社会制度



(アメリカ)

イギリスのロバート・ピンカー氏はその著『社会理論と社会政策』(Pinker, Robert, *Social Theory and Social Policy*, London, Heinemann, 1971)において、社会保障に対する多くの考え方を分類し、大別すれば residual model (残余としての社会保障) を主張する思想と、institutional model (制度, 組織を重んじる社会保障) を主張する思想とに分けられると述べている。しかし現実の社会保障制度は、思想上のこのモデルが示すほど明確に区分できるものではなく、このモデルを実際の社会保障にあてはめて分類することは不都合であるというのがピンカーの考えであった。

ここに紹介するシカゴ大学のシュロンスキ

氏は、いわばピンカーが思想上のモデルとして提示したものを、現実の社会保障制度を把握するための概念として用いているのである。

彼は現実の社会保障のうちあるものは最低水準の原則 (principle of minimum) にのっとり、また他のものは最適水準の原則 (principle of optimum) にのっとり実施されていると説いているのであるが、この論文のメリットは何故そのようにそれぞれ原則が異なるのかをある程度説明できている点ではないかと思う。ともあれこのような分類方法が次第に一般化しつつあるのが現状のようである。思想を分類するためのモデルとしてではなく、現