

## エイズ患者の医療費負担問題

マーサ・N・オザワ  
ウェンディ・F・アウスランダー  
ベレド・スロニム＝ネボ  
訳：小島晴洋

### I 摘 要

エイズ患者の医療費負担問題は、危機的な大きさに達している。エイズ患者の多くは、民間保険から拒否されるか、または、単純に支払うべき医療費がないという状況にあるが、アメリカは、彼らの医療費を支払うためにどのように対処しようとしているのだろうか？

この論文は、アメリカの医療費保障システムの各構成員が、いかにエイズのための支出を減少させようとしているかについて論じている。それから、これまでの文献によって提案された、この問題についての解決策を紹介している。そして最後に、この破局的な (catastrophic) 疾患にかかっている人々を取り扱う現在のシステムの欠陥を指摘している。

### II エイズ患者の医療費負担問題

後天性免疫不全症候群(エイズ)に苦しむ人々の数が増加するにつれて、民間医療保険会社の経営者、ワシントンの政策担当者、そして一般の人々も、エイズ患者の医療費負担の危機について認識するようになってきた。危機の認識の

増大は、エイズ患者のニーズと医療費保障システムが早い速度で衝突に向かって進んでいるという事実由来している。エイズ患者は、一般的には労働世代に属し、そして生きられるのはほんの数年と考えられており、だからこそ、彼らの医療費は、破局的なのである。

主として民間保険から成り、公的に支えられた制度によって補完されているアメリカの医療費保障システムは、これらの患者の必要性を満たすようには組み立てられていない。エイズ患者は、民間保険を適用するためには危険が大きすぎ、そして、高齢でも障害が長期でもないもので、メディケアは受けられないのである。さらに、エイズ患者の一部は、疾患の最終段階に至るまでメディケイドの対象になるほどは貧しくない——いずれにしても、メディケイドの給付水準は一定で非常に低く、治療の費用をカバーできない。このように、明らかに費用負担は厳しい分裂状態にある。

しかし、エイズ患者の費用負担問題は、この分裂状態に止まるものではない。これからみるように、システムの各構成員——民間保険、メディケア、そしてメディケイド——は、エイズ患者をその費用負担の範囲から除外するように組み立てられているのである。

国民がエイズ患者の医療費負担の危機に直面している間、アメリカにおける一般的な医療費支払方法に不満足な人々が増加している。このようにして、エイズは医療費保障システムというラクダの背に乗せられた重荷のように、システムの再編成の動きに火を付けることになるかもしれない。

この論文は、エイズ患者の医療費を負担するシステムの、切迫した迷路のような状態について論じている。

システムは、どのように機能しているのか？

システムのなかで各構成員は、どのように自らの経済的な利益を守ろうとしているのか、また、それは何故なのか？

このようなシステムの現在および将来のエイズ患者に対する影響は何か？

今までの文献で提案された解決策は何か？

この破局的な疾患にかかっている人々のためのシステムの基本的な欠陥は何か？

## 1. 費用負担問題の範囲

エイズとは、身体の免疫機構を破壊しつつある身体的状態である。免疫機構の破壊を引き起こすウイルスは、ヒト T 細胞リンパ趨向性ウイルス—タイプ III, または簡単にヒト免疫不全ウイルス (HTLV-III または HIV) と呼ばれている (Hoffman & Kincaid, 1986-87)。

エイズは、異なった 3 段階で進行する。

第 1 段階では、ウイルスに感染した人には、HIV 抗体が生ずるが、症状は現われない。すなわち、その人間は、「血清反応陽性」または「HIV 陽性」となるだけである。

第 2 段階では、体重減少、夜間発汗、持続性発熱、不快感、そして息切れなどの症状が引き起こされる。これは、通常、エイズ関連症候群

(ARC) として知られている (U.S. Public Health Service, 1985)。

第 3 段階では、リンパ腺症(リンパ節の肥大)、カポジ肉腫(血管またはリンパ管壁のガン)、ニューモシスチス・カリニ肺炎、そして胃腸障害などの種々の日和見感染症が発症する (Perkins, 1988)。カポジ肉腫は、ホモセクシュアルのエイズ患者の間に流行しており、ニューモシスチス・カリニ肺炎は、HIV 陽性で薬物常用のエイズ患者の間で流行している (Adams, 1989)。

調査によれば、HIV 血清反応陽性の者の 20~50%が、5~10年以内にエイズを発症すると推計されている (Clifford & Iuculado, 1987)。エイズと診断された場合、患者の生存期間は 10~15 か月と考えられている。これは、最初に診断された年によって異なる。1981 年では、患者は 10 か月しか生きられないと考えられていた。1987 年では、15 か月まで伸びている (Scitovsky, 1989)。ジドブジン (AZT) や他の延命薬の普及によって、エイズ患者の生存期間は伸びていくことが期待されている。最近の研究によれば、AZT による治療を受けている患者の平均生存率は、対照グループの 2 倍以上となっている (Moore, Hidalgo, Sugland, & Chaisson, 1991)。

患者が第 3 段階に至り、先に述べた日和見障害のいずれかを発症した場合に、アメリカ疾病コントロールセンター (U.S. Centers for Disease Control, CDC) は、公式にエイズ患者と定義している。1983 年以来、社会保障庁 (Social Security Administration, SSA) は、CDC によるエイズ患者の定義を採用しており、メディケイドの適格性を認定する場合に、定義された患者を障害 (disabled) と推定している。SSA は、

障害のこの定義を傷害保険(DI), すなわちメディケアの適格性を認定するためにも用いている。

1991年では, CDCは20万人近くのエイズ患者と, 11万以上のエイズ関連死亡を登録した。CDCでは, 1993年末までに, エイズ患者の累計数は39~48万人に, そして, エイズ関連死亡の累計数は28万5千~34万に達するであろうと推計している。1991年で, 100~150万人がHIVに感染した(CDC, 1991)。

エイズ患者は, 死ぬまでに, 平均して2~3回の入院をするものと考えられている。それぞれの入院期間は, 患者がカポジ肉腫を発症している場合には8.5日, ニューモシスチス・カリニ肺炎を発症している場合には11.4日である(Scitovsky & Rice, 1989)。エイズ患者の生存期間の平均推定医療費は, 調査がどのように, またいつどこで行われたかによって異なるが, 19,403~147,000ドルの範囲にわたっている(Scitovsky, 1989)。

エイズ患者の総医療費用は, 1993年で約70億ドル(1993年価格), もしくは, 同年の国民総医療支出の1%以下になるであろうと予想されている(Greenly, 1988)。Greenlyによると, それをエイズ患者の医療費の第1次支払者で分類すると,

- (1)民間医療保険40% (営利保険会社24%, 自家保険12%, およびHMO 4%) ;
  - (2)メディケイド40% ;
  - (3)メディケア 3% ;
  - (4)保険適用のない患者17%
- となる。

しかし, 最終的な費用の負担は,

- (1)民間医療保険37% (営利保険会社22%, 自家保険11%, およびHMO 4%) ;

(2)メディケイド26% ;

(3)メディケア 3% ;

(4)医療供給側(公的病院および民間教育病院) 29% ;

(5)患者負担 5%

というように変わるとしている。

エイズ患者がなお少数の州に集中しているため, エイズ患者の医療費用の支払は, 地域により, 非常に異なった状況がみられる。1988年には, カルフォルニア州がエイズ患者に対する公費の支出で全州のトップになり(5,800万ドル), 続いてニューヨーク州(4,000万ドル), フロリダ州(1,300万ドル), ニュージャージー州(800万ドル), そしてマサチューセッツ州(800万ドル)という順になっている(Rowe & Ryan, 1988)。

1人当たりの州単独支出では, コロンビア自治区の5ドル85セントやニューヨーク州の2ドル24セントから, オハイオ州の2セントやアイオワ州の10分の3セントという範囲にわたり, 全国平均では65セントである。

民間医療保険によって支払われた医療費の各州比較は, 情報として深みのないものであるが, エイズ患者の医療が, カイザー・パーマネンテ(Kaiser Permanente)——カリフォルニア州北部の有力なHMOであって, エイズ患者の医療によって重大な影響を受けた——に与えた財政的な影響は, 有益な情報を提供している。

1988年で, カイザー・パーマネンテの各病院における総入院人日数の2%(費用としては860万ドル)がエイズ患者の医療のためのものであった。その保険料率への影響は, 少なくとも会員1人1月当たり55セントであったが, それは, HMOの担当者たちを困惑させ, すべての被登録者に高水準のケアや技術を供給しながら, な

お保険料率の設定において競争的でないかについて考え込ませることになった (Hiatt, Fireman, Quesenberry, & Selby, 1988; Kramon, 1987)。

他方で、営利的な保険者の全国的規模での平均の財政的な影響については、まだ公表されていない。1987年のアメリカ生命保険協会 (American Council of Life Insurance) とアメリカ民間医療保険協会 (Health Insurance Association of America) の合同調査 (Hiam, 1987-88) によると、回答した民間医療保険会社は、平均して、個人契約者に対しては総額1,000万ドルの保険金を支払い、団体契約者に対しては、3,000万ドル分の支払いを行っている。これは、個人契約者分の支払総額の0.7%、そして団体契約者分の支払総額の0.3%に相当していた。

エイズの、より広範囲の財政的影響には、何があるだろうか？——それは、医療費だけでなく、エイズ患者への現金による扶助や、研究、そして教育や予防についての費用を含むものである。1992年では、アメリカ公衆衛生局 (U.S. Public Health Service) の総支出の12.9% (1988年7.9%) が、連邦政府の保健関係総支出の1.8% (1988年1.0%) が、そして保健関係総国家支出の1.6% (1988年0.8%) がエイズのためのものであると推計されている (Scitovsky & Rice, 1989; Winkenwerder, Kessler, & Stoleg, 1990)。

## 2. 医療費保障システムにおける切迫状態

医療費保障システムのなかで、現在のエイズ患者がどのように取り扱われているか、また将来どのように取り扱われるであろうかを理解するために、アメリカにおいて、民間部門の医療保険がどのように発展してきたかを概観するこ

とは、有益である。

ブルークロスおよびブルーシールドが1930年代に最初に医療保険を提供したときに、その第1次的な目的は、患者の医療費を支払うための財源をプールする機会を地域に与えることであつた。それらの保険の取り決めでは、ある一地域の加入者は、すべて単一の保険料率を支払うこととされていた。それは、年齢、性別、健康状態にかかわらず、家族—非家族、団体—非団体というように調整されたものであつた。このように、それは、保険給付によってハイリスクの者をローリスクの者が助成することを可能にしていた。

しかし、1940年代に、営利保険会社が医療保険市場に参入すると、すべての様相が変わってしまった。営利保険会社は、保険料率の算定に当たって経験料率を用い、その結果、ある一定の集団の保険料率の決定には、その集団だけを保障するのに必要な平均期待費用を基礎とすることができるようになった。このようにして、経験料率により、保険者は、ブルークロスおよびブルーシールドの保険料率と比較して、健康な集団に対しては、より有利な水準の保険料率を設定することができるようになった。

このような競争的な保険料率の設定は、被用者集団の保険によく適合していた。典型的な場合、彼らは、一般大衆よりも健康であつたからである。さらに、営利保険会社は、大規模な被用者の集団に対しては、さらに低い料率を提供することができた。なぜなら、これらの集団に保険を適用する場合、広告宣伝、保険料徴収、請求、制度の管理運営に要する費用など、会社に必要な総経費は、小さな集団に比べれば、少なくてすむからである。

営利保険会社はまた、個人保険契約を行うに

あたって、危険の格付けを導入した。加入申し込み者の年齢、性別、健康状態、経済状態、そしてライフスタイル（職業および趣味）を調べることにより、危険の程度を評価したのである（Kim & McMullin, 1988）。個人の保険契約者に要する総経費は高かったので、保険会社は、個人契約者には常に団体契約者よりも高い保険料率を設定していた（連邦議会予算局（Congressional Budget Office）, 1991）。

営利保険会社によって始められた競争的な営業の波に押し流されて、ブルークロスおよびブルーシールドも営利会社のようにふるまわざるをえなくなった。彼らも経験料率、そして危険の格付けを導入することを余儀なくされた。ただし、今日に至るまで、ブルークロスおよびブルーシールドの約3分の1が、なお「オープン登録期間」（訳注：健康条件にかかわらず加入を認める一定の期間）を毎年設けている。この期間、彼らは、地域料率に基づいて設定した保険料率を提示している。給付は狭いのに対し、より高い費用を分担しているため、その料率は高いものになっている（Congressional Budget Office, 1991）。

一定地域において地域料率を設定することになっているHMOですら、集団の構成メンバーの年齢および性別を考慮に入れた「修正された（modified）」地域料率を導入せざるをえなくなった（Greenly, 1988）。現在のところ、複数のHMOが州の保険当局や議会に対して、経験料率についても、その使用許可を求めて圧力をかけている（Greenly, 1988）。現行法においては、HMOは、危険の格付けを行うことは許されていない。

このような医療保険市場における営利保険会社の支配的な地位は、アメリカにおいて、被保

険者の取扱いがどのようなものになるかの傾向を決めてしまった。要するに、健康な者が支払う保険料は不健康なものよりも少なく、そして、より大きな集団に属している者は、小さな集団に属している者や個人で加入する者よりも、少ない保険料を支払うことになる。

事実、保険に関する規制は、すべての州において、公平な保険料率を設定できるように、危険を区分し格付けすることを、保険者に求めている。これらの規制は、1960年までに発展し、州法として施行されたが、それは全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners）が考案した不公正取引慣行法（Unfair Trade Practices Act）をモデルとしたものであった。

すべての州の法律が、各被保険者がその本人の危険の量に応じた支払いを行うべきであるという規制を強制し、標準料率という形で、健康リスクの高い個人や団体契約者——すなわち標準以下の集団——に対して過度の助成を行うことのないように、被保険者を保護するように組み立てられている（Clifford & Iuculado, 1987; Perkins, 1988）。この規制からの逸脱は、すべて不公正な取引慣行と考えられている。

ワシントン州は、最近、エイズに保険を適用するときにも、この法律を適用することを呼び掛けた。それは、HIV陽性の人々の料率に内部補助をするために、標準保険契約者により高い保険料率を設定することを、保険会社に特に禁じようとするものである（Hollowell & Eldridge, 1989）。

このような州法は、病気がちの人々には苛酷なようであるが、それを実施する根拠は2つある。

まず第1に、保険会社を規制する州法の第1

次的な目的は、保険者の資産および財政的な完全性を保護することであるからである (Hiam, 1987-88)。第2に、保険会社が保険料率を正確な危険の格付けをもとに計算しないならば、多くの不健康な人々が保険適用を求める結果、逆選択によって一部の会社の経済的な崩壊を引き起こすであろうというものである (Scherzer, 1987)。

簡単にいえば、民間医療保険会社が危険度の低い人々よりも危険度の高い人々により高い料率を課するのは、まったくの経済的な理由によるのである。

その間、いくつかの大規模な組織では、自家保険制度を開始していた。これらの制度では、事業主が従業員に対して、要した医療費を直接に支払う。自家保険制度が、1974年の連邦従業員退職所得法 (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) によって、民間医療保険市場を規制する州法の適用から除外されたため、自家保険制度を選択した組織は、従業員の医療費を節約できるだけでなく、一連の医療給付をより柔軟に供給することができるものと理解している。

それに加えて、自家保険制度は、連邦法によって規定されているため、民間保険会社に対して求められているような、州政府による保険料に対する課税や州のリスクプールへの拠出 (15州において存在する) が求められていない。さらに、他のタイプの保険が適用されている事業主には、障害のために雇用関係が終了した従業員に対して、29か月間医療保険の適用を継続することが求められているが、自家保険制度では、1989年の包括調停法 (Omnibus Reconciliation Act, P.L. 101-239. sec. 6701 and 6702; Faden & Kass, 1988) によって、その必要がないこと

とされている。

このような取扱いの違いによって、事業主が自家保険を選択する傾向がますます強められることになった。従業員のために医療保険を実施している全組織の約8%が自家保険制度を有しており、その数は175,000以上にのぼり、全労働力の50%以上に給付を行っていると言われている。組織が大きくなればなるほど、自家保険制度は普及している。従業員100~245人の組織では、24%が自家保険制度を有しているのに対し、5万人以上の従業員を有する組織では、その80%が自家保険制度を有している。その普及率は、特に、企業や組合の間で高く (McDonnell, Guttenberg, Greenberg, & Arnett, 1986)、そして、この制度を選択する組織は増加しつつある (Congressional Budget Office, 1991)。

アメリカにおいて、民間保険会社と自家保険を有する大規模組織とによって行われているゲームのルールにおいては、病気の危険が高く資力のきわめて少ない人々が医療保険の適用の主流に含まれる方法はない。民間医療保険市場ではカバーされない人々のために、議会は社会保障法 (Social Security Act) の追加条項を1965年に実施したが、それは、貧しい人々にはメディケイドを、そして老人および障害者に対してはメディケアを提供するものであった。

民間医療保険市場の運用によると、団体保険が適用されている個人は、エイズの医療費も保険者によって支払われるので安心してることができる (Hollowell & Eldridge, 1989)。人々が保険適用を拒まれたり、特別な保険契約をせざるをえなくなるのは、次のような場合である (Congressional Budget Office, 1991) :

- (1)個人で保険に加入しようとする場合、
- (2)オープン登録期間外に団体保険に登録しよ

うとする場合、

(3)小規模な従業員集団に属しており、保険会社が個人ごとの健康審査を要求するような場合。

さらには、のちに述べるが、自家保険制度から給付を受けている従業員にも弱点がありうる。潜在的に弱点のある人々の数は、個人保険契約者と無保険者だけでも、少なくとも3,300~4,750万人の個人保険契約者と、1,450万人の無保険者が存在している (Congressional Budget Office, 1991; Mount & Miike, 1988)。

#### (1) 議論のある HIV 抗体試験

保険会社にとって、HIV 抗体試験によって、ある個人が血清反応陽性かどうかを調べることは、保険契約のための重要な手段である。

年齢34歳で血清反応陽性の者は、1,000人について200人が5年以内にエイズを発症する、そしてその結果、7年以内に死に至るものと考えられているため、その死亡確率は、同年齢の血清反応陰性の人々の約26倍となっている。試験装置の技術的な進歩——ELISA テストの2回繰り返しと引き続く Western Blot テストのような——によって、血清反応試験の信頼性は、99.9%といわれている (Clifford & Iuculado, 1987)。保険会社にとって HIV 抗体試験は、冠状動脈疾患を有する個人に保険を適用する場合の危険度評価のための血圧測定と同様に、重要なものである (Hoffman & Kincaid, 1986-87)。

HIV 抗体試験がなされていない場合に、保険会社が血清反応陽性の人々を特定するために、他の方法を用いなければならないかについては、議論がなされている。しかし、他の方法、たとえば性的な嗜好や居住地の聴取、あるいは T 細胞テストの使用は、多くの血清反応陽性でない人々を誤ってハイリスクと特定してしまう

可能性がある。簡単にいうと、HIV 抗体試験は、血清反応陽性の人々を特定するもっとも客観的で有効な手段である (Hoffman & Kincaid, 1986-87)。現在、加入申込み者の審査のための HIV 抗体試験の使用に制限を課しているのは、数州にすぎない (Faden & Kass, 1988)。

しかし、この試験は、血清反応陽性の人々に激しい苦悩をもたらす。民間医療保険会社は、全国的に、血清反応陽性の人々の保険適用を拒む方針であることを明らかにしている。たとえば、1985年に325の医療保険会社を対象に実施した調査によると、回答した会社はすべて、エイズを「保険適用のできない (uninsurable)」状態であるとみなしている。さらに、99%の会社が、エイズ関連症候群 (ARC) を有する人々を保険適用できないものとし、また、血清反応陽性になれば95%が保険適用を拒むとしている (American Council of Life Insurance and the Health Insurance Association of America, 1985)。

危険の程度を測定して公正な保険料率を算定するために、HIV 抗体試験の結果を用いることと、その結果を用いて保険適用を拒むかどうかを判断することは別である。血清反応陽性の人々にとっては、HIV 抗体試験は民間の医療費保障システムから排除されてしまう道具——死刑判決にも等しいもの——となっている。リスクプールを設けていない州においては、血清反応陽性の人には、このような事態が待ち受けているのである。

さらに、秘密保持の問題がある。HIV 抗体試験の結果について、その秘密が守られるという保障はない。血清反応陽性の人々のプライバシーを守るために、保険情報及びプライバシー保護についての模範法律案 (Insurance Informa-

tion and Privacy Protection Model Act) を採用して施行している州は、10にすぎない。これらの州においても、保険会社が、なお情報交換を行うことができる場合がある。

さらに、保険会社の大多数が、保険申込み者の医療保険適用についての情報を入手するために、生命保険会社診査情報センター (Medical Information Bureau, 加盟企業の収集した情報の集中データベース) に加盟しており、そこで、普通なら政府の罰則付召喚令状を必要とするような情報を入手することができる。最後に、少なくとも6州においては、検査機関に対して、血清反応陽性者の氏名を州の保健当局に報告することを求めている。

## (2) 保険適用を減少させるための他の戦略

保険加入時に血清反応陽性の人間を特定できなかったとしても、保険会社は、エイズ患者に対する経済的な責任を最小にするために、他の手段を用いることができる。

まず、一定期間——通例9か月～2年間——は、既存欠陥として給付対象から除外することができる (Oppenheimer & Padgug, 1986; Perkins, 1988)。こうして、血清反応陽性の人間が、医療保険が購入された時点で存在していた健康状態に対して、医療費の支払いを請求したとしても、保険会社はそれを拒むことができる。

第2に、血清反応陽性の人間が、保険の申し込みの際、自らが血清反応陽性であることについて虚偽を述べていた場合には、保険会社は、被保険者が自らの状態を不正確に述べていたという理由で、エイズに関連した医療費の支払い請求を争うことができる (Perkins, 1988)。(もし、その人間が真実を述べていたならば、第1に、保険会社はまず確実に保険適用を拒否していたであろう。)

他方で、保険の購入から2年を超える期間が経過していけば、保険会社は、申込み者が血清反応陽性であることについて虚偽を述べていたとしても、医療費の支払いを争うことはできない。保険会社は、この争うことのできるタイムリミットについては、困惑しているようである。血清反応陽性の人々が数年間、エイズ関連の症状を何も発症しないこともある。もしこのような人間が、係争可能期間の終了後に、医療費の支払いを請求してくれば、保険会社はその支払いを行わなければならない。実際に、多くの保険会社がこの問題を心配しているのである (Perkins, 1988)。

第3に、保険会社は、「実験的な治療 (experimental treatment)」を含む医療の支払いを拒むことができる。エイズ治療の多くがなお実験的であるため、多くのエイズ患者がこのような取扱いを受けることになろう (Schatz, 1987)。

## (3) 自家保険制度の影響

多くの大規模組織が医療費を減少させ、従業員に柔軟な医療給付を行うために、自家保険制度を選択してきているが、この制度は将来のエイズ患者に不利な影響を及ぼす可能性がある。この制度は、州の保険法の適用を受けず、ERISA 法の下での従業員の賃金外給与 (fringe benefits) の一部と取り扱われているため、事業主は、エイズ——他の破局的な疾病も——を適用から除外し、また、支払いに限度額を設けることができる (Arno, 1987; Congressional Budget Office, 1991)。

複数の事業主が、すでに、このような防衛的な措置を開始している。たとえば、フロリダ州のレストランおよびホテル労働者の自家保険制度では、ガンまたは心臓病については請求に対して100万ドルに至るまでの支払いを行うが、エ



イズに関しては15,000ドルしか支払いを行わない。オレゴン州の大規模自動車ディーラーの制度においては、エイズは適用から除外されている (Greenly, 1988)。

#### (4) エイズ患者の「メディケイド化 (Medicaidization)」

エイズ患者のなかに無保険の薬物常用者の割合が増加している (New York City Department of Public Health, 1988) とともに、病気の進行につれ加入していた民間保険から除外されていくエイズ患者が次第に増加しており、そして、民間保険は血清反応陽性の人々には保険を適用しない結果、エイズ患者のためのメディケイドの経済的な責任は増大していかざるをえなくなっている。さらに、障害を受けた労働者にメディケアが適用されるためには、傷害保険 (DI) の受給資格の取得後24か月という待機期間が必要であるが、それによって、エイズに罹患して障害者となった労働者の医療費を、メディケイドが負担しなければならないという経済的な圧力が増大していくことになろう。

1983年から88年までの間に、エイズ入院のうち、費用がメディケイドによって支払われたものの割合は、ニューヨーク市で40%から55%に、サンフランシスコで19%から30%に、そしてロサンゼルスで10%から28%に、それぞれ増加している (Green & Arno, 1990)。同じ期間、民間保険の給付によるエイズ患者の割合は減少している。ニューヨーク市では、1983年にはエイズによる入院の43%が民間保険の支払いによるものであったが、それは、1988年にはほんの31%となった。同様の減少傾向は、サンフランシスコおよびロサンゼルスにおいても認められている (Green & Arno, 1990)。

大部分の州において、メディケイドの償還率

は、エイズ患者の治療費の60~70%にすぎないため、メディケイドに頼るエイズ患者が増加することによって、各地の公的病院では、大きな財政的な問題が引き起こされている (Pascal, 1987)。南部では、償還率は低く、ほとんど50%である (Andrulis, Beers, Bently, & Gage, 1987)。

DRG (診療群定額支払い方式) が用いられる場合にも、病院は不十分な償還しか受けられない。なぜなら、エイズ患者に適用される大部分のDRGでは、実際にエイズ患者に必要なものより、入院期間は短く、そしてケアの密度も低いものと想定されているからである (Clark & McCallum, 1988)。目下のところ、エイズ向けの特別なDRGはない。

開業医に対する支払いも十分ではない。たとえば、メディケイドは開業医に対して、エイズ患者の医療について、ニューヨーク市では民間保険会社の料金の15%、サンフランシスコではその33%を償還しているにすぎない (Green & Arno, 1990)。

さらにまた、エイズ患者のメディケイド化の傾向 (Green & Arno, 1990) およびメディケイドの償還が不十分なことは、エイズ患者が良質な医療を受ける可能性を閉ざしていくことになろう。多くのエイズ患者が民間病院やそこで働く開業医から排除され、そして救急室を通じて公的病院へ運ばれてくることとなろう (Ball, Kelly, & Turner, 1990)。公的病院にやってくるエイズ患者が増加するということは、エイズ患者が、公的病院の収容設備をめぐる、他の低所得の患者たちと争わなくてはならない、そして、公的病院に押しこめられ超過収容されることも意味している。そして、それは、ますますエイズ患者の医療の質を低下させることにな

ろう。

実際、エイズ患者の医療費は、最終的には各地の公的病院が負担することになるかもしれない。Greenly は、1993年にはメディケイドによるエイズ患者の入院費用の35%が公的病院によって負担されることになるだろう、と推計している (1988)。

### 3. 提案されている改革案

医療費保障システムについては、今まで、いくつかの文献において種々の改革案が提案されてきた。その中には、民間部門について取り扱ったものも、公的部門について取り扱ったものもある。

#### (1) 民間部門

##### ① 全州におけるリスクプールの設立

リスクプールの設立は、他の方法では保険を適用することのできない人々について、特別な方法で保険を適用しようとするものである。その具体的な方法には、少なくとも2つの選択肢がある：それは、

(1) リスクプールの対象となる被保険者を、州内の営業規模に応じて、医療保険の保険者に按分比例して割り当てるもの、

(2) 医療保険の料率に州税から赤字分の補填を行って、その資金（プール）を分離して運営するもの、

である (Clifford & Iuculado, 1987; Greenly, 1988)。

リスクプールの対象となる被保険者の支払うべき保険料率は、標準料率の150~200%になる (Oppenheimer & Padgug, 1986)。これは、標準料率に比べれば高いが、エイズ患者のようなハイリスクの個人に保険を適用する実際のコストに比べれば、なお低いものである。リスクプ

ールは、現在、すでに15州において運営されている (Greenly, 1988)。

しかし、リスクプールは、次の2つの理由から、十分な解決策とはいえない。第1に、その料率は、エイズ患者にとっては高すぎるのではないかと考えられる (Arno, 1987)。街の薬物常用者でお金のないエイズ患者にとっては、リスクプールは的外れなものである。第2に、自家保険制度がリスクプールへの参加および拠出を免除されているかぎり、民間保険会社は保険販売において、不利な地位に置かれることになるだろう。そうすれば、ますます多くの事業主が自家保険制度の選択に向かうことが考えられる。そこには、逆選択の悪循環が生ずることになるだろう (Hollowell & Eldridge, 1989)。

##### ② 自家保険制度の改革

この提案は、自家保険制度の取扱いを民間保険会社の制度と同じようにすべきであるというものである。そうすれば、自家保険制度には次のようなことが求められるようになる：

(1) リスクプールに参加すること、

(2) エイズによる雇用関係の終了後、29か月間、医療費についての保険適用を継続すること、

(3) 従業員が雇用されている間は、エイズに関連した医療費を給付すること。

疑いなく、自家保険の保険者とその他の民間保険会社との間で激しい議論が行われることになるだろう。事業主が自家保険制度を発展させてきたのは、まさに州の保険法の規定の適用を免れたいがためであった。

さらに、自家保険制度を改革しようとする試みは、連邦政府と州政府との間で、管轄権についての係争を引き起こす可能性がある。なぜなら、自家保険制度は、連邦法 (ERISA) によっ

て規制されているのに対し、民間の保険制度は州保険法によって規制されているからである。

## (2) 公的部門

### ① メディケイド

提案されている改革案の大多数は、メディケイドを運営している州が、エイズ関連の請求について、もっと十分な支払いができるように、メディケイドへの連邦の補助を増加させようというものである。

民間保険の保険料を支払うことのできなくなったエイズ患者が、その保険料を支払うために、メディケイドを利用することができるようにすべきだとの提案もなされている。スライド制のために民間保険会社では保険適用のできなくなった人々に対して保険を適用するために、メディケイドをさらに拡大することができるのではないか、との意見もある (Pascal, Cvitanic, Bennett, Gorman, & Serrato, 1989)。

### ② 傷害保険 (DI)

障害を受けた労働者にメディケアを適用させるための、24か月の待機期間を除去すべきである、という提案もしばしば行われてきた (Greenly, 1988; Oppenheimer & Padgug, 1986)。

メディケアが適用されるためには、障害を受けた労働者が傷害保険の受給資格を得た後24か月、またはエイズの診断後29か月を必要とするため、エイズ患者の医療費保障におけるメディケアの役割は、限られたものになっている。障害による雇用関係の終了後、29か月の間、雇用関係に基づいた団体保険契約から継続して給付を受けることのできる幸運な労働者を除けば、メディケアがエイズ患者の医療費支払いのために登場するのは遅すぎるのである——患者は、その時までには死んでしまっているかもしれない。現在のところ、メディケアの支払っている

エイズ患者の医療費は、全体の3%にすぎない (Greenly, 1988)。このように、24か月の待機期間を除去すれば、多くのエイズ患者がより良質の医療をより受けやすくなるだけでなく、現在メディケイドと各地の公的病院が直面している財政的な圧力を減少させることになるであろう。

しかし、医療財政庁 (Health Care Financing Administration, HCFA) ——メディケアを運営する連邦官庁——は、メディケアの支出の膨大な増加をもたらすことになるとして、この提案に反対している。エイズによって障害になっている者とその他の疾病によって障害となっている者との、異なる取扱いをすることは困難であるというわけである (Makadon, Seage, Thorpe, & Fineberg, 1990)。

### ③ 公的病院に対する「災害救助 (Disaster relief)」

各地の公的病院が、エイズ患者の入院費用の未支払いの請求の多くを抱えこまざるをえなくなっていることから、自然災害を受けた地域に連邦政府が行うような補助を、病院に対して行うべきであるというのが、この提案である (Greenly, 1988)。各地の公的病院に対するエイズ患者の医療についての災害救助は、エイズ患者の集中が著しい市や郡に対する財政的な救済を意味することになる。

Greenly は、医療費保障システムについての改革案は、すべて個別に判断されるかぎり、この迷路のような問題の万能薬にはならないだろうと論じている (1988)。問題の解決のためには、これらの解決策のうちのいくつかを、あるいはすべてを、同時に実行することが必要である。

#### 4. さらに大きな問題点：相互扶助の欠如

すでに述べてきたように、現在の医療費保障システムの各構成員は、エイズ患者の医療費のための財政的な負担を減少させようとしている。提案されている改革案によって、確かに、現在の医療費保障システムの穴をふさぐことはできよう。しかし、これらの改革案は、一時しのぎの対策にすぎないだろう。もし、さらにアメリカに、環境的に引き起こされる疾病のような伝染病の危機が訪れることになれば、医療費保障システムの一連の改革を、また新たに考案せざるをえなくなるであろう。

アメリカにおいては、医療の危機に対しては、それぞれ一時しのぎの対策を導入することによって対応せざるをえないのである（たとえば、1965年の老人および障害者の医療、1972年の末期の腎臓病患者の医療、そして現在のエイズ患者の医療など）。なぜなら、現在のシステムは、その組立てからして、健康な者から不健康な者へ、経済的に富裕な者からそうでない者へという相互扶助を十分に行うようにはなっていないからである。すなわち、現在のシステムは民間部門の保険を基礎としており、医療費支払いのための資金の源泉、および危険因子の両者において、分裂状態になってしまっているのである。

つまり、たとえばひとつの企業がその従業員のために自家保険制度を設立したとすると、その企業は、外部の者の医療費を支払うために財源を分担せずすむことができる。民間の保険者が、ひとつの組織の従業員に保険を適用するために経験料率を用いたとすれば、そこでは実際上、従業員以外の者の医療費をその組織が負担しないですむようにしている。さらに、個人が保険会社に医療保険の適用の申し込みを行った場合には、自分よりハイリスクな者を助成す

るために高い料率を支払うことはないということ、保険会社はその個人に保障しているのである。

このような保険の運用や組織の行動は、各州の不正取引慣行法および連邦のERISA法によってもたらされている。競争的な保険市場においては、その参加者は、自らの経済的な利益を守らなければ、その市場で経済的に強い状態を保つことができない。しかし、このような運用の給果として、危険および財政の分裂が避けられないものとなっている。各組織は、その集団の危険度に応じて自らの分だけを負担している。各個人も、自らの危険度に応じて自らの分だけを負担している。ハイリスクで経済的基盤も十分でない小規模組織（小企業のような）や個人は、民間部門の医療保障システムからは除外されている。

医療保険を適用し、保険料を支払っている組織の運営方法のなかには、相互扶助の欠如について、また別の次元の問題を引き起こしているものもある。

たとえば、典型的なものとして、ある大学が、その教職員に医療保険を適用するために保険会社（もしくは複数の保険者）と交わしている契約がある。大学が各教職員のために支払う保険料率は、彼らの所得にかかわらず同額になっている。経済学者（Brittain, 1972）が一般に信じるところによれば、医療の給付のような賃金外の報酬は、賃金の減額という形で最終的には従業員本人に負担されている——「経済的負担の移転（shifting the financial burden）」と呼ばれている——ということであるが、そうであれば、各教職員は、その所得の相違にかかわらず、医療費を支払うためにまったく同じ金額を提供することを求められている、という結論になら

ざるをえない。このような運用では、富裕な者とそうでない者との間の相互扶助を促進することにはならない。

### III 結 論

アメリカは、健康で裕福な者は、医療費保障システムにさほど拠出しなくても、良質の医療が保障されるという、独自の医療費保障システムを発展させてきた。このようなシステムは、政府の一般歳入か、あるいは被用者による所得比例的な拠出によって医療費を負担している他の先進工業国とは、異なったものである (Social Security Administration, 1990)。

もし、他の先進工業国のようにアメリカに国の医療保険制度があれば、エイズ患者の医療費の問題は、危機的な大きさまでは至らなかったことであろう。すでに述べたように、エイズ患者の医療費分の支出は、——急激に増加しつつあるものの——、全体では、1993年で8,000億ドル以上と予想されるアメリカの総医療費の1%にも満たないだろうといわれている (Greenly, 1988)。医療費保障のメカニズムが全国規模で機能すれば、この程度の総支出額は、危機をもたらすことなく吸収できるであろう。

#### 付 記

この研究は、国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health) の助成# MH45306を受けて実施されたものである。

#### 参考文献

- Adams, H.R. (1989). Financial problems inherent in the admission of AIDS patients into long term care facilities. *The Journal of Legal Medicine*, 10 (1), pp. 89-101.
- American Council of Life Insurance and the Health Insurance Association of America. (1985). *AIDS survey of member companies*. The author.
- Andrulis, D.P., Beers, V.S., Bently, J.D., & Gage, L.S. (1987). The provision and financing of medical care for AIDS patients in US public and private teaching hospitals. *Journal of American Medical Association*, 258, pp. 1343-1346.
- Arno, P.S. (1987). The economic impact of AIDS. *Journal of American Medical Association*, 258, pp. 1376-77.
- Ball, J.K., Kelly, J.V., & Turner, B.J. (1990). Third-party financing for AIDS hospitalizations in New York. *AIDS & Public Policy Journal*, 5 (2), pp. 51-58.
- Brittain, J.A. (1972). *The payroll tax for social security*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.
- Clark, J., & McCallum, D.B. (1988). The adequacy of hospital reimbursement for AIDS patients. *AIDS and Public Policy Journal*, 3 (1), pp. 1-7.
- Clifford, K.A., & Iuculado, R.P. (1987). AIDS and insurance: The rationale for AIDS-related testing. *Harvard Law Review*, 100, pp. 1806-1825.
- Congressional Budget Office. (1991). *Rising health care costs: Causes, implications, and strategies*. A CBO Study. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Faden, R.R., & Kass, N.E. (1988). Health insurance and AIDS: The status of state regulatory activity. *American Journal of Public Health*, 78, pp. 437-438.
- Green, J., & Arno, P.S. (1990). The 'Medicaidization' of AIDS: Trends in the financing of HIV-related medical care. *Journal of American Medical Association*, 264, pp. 1261-1266.
- Greenly, H.T. (1988). AIDS and the health care financing system. Working paper No. 44, John M. Olin Program in Law and Economics. Stanford, CA: Stanford Law School. (unpublished paper).
- Hiam, P. (1987/88). Insurers, consumers, and

- testing : The AIDS experience. *Law, Medicine & Health Care*, 15, pp.212-222.
- Hiatt, R.A., Fireman, B., Quesenberry, C.P., & Selby, J.V. (1988). *The impact of AIDS on the Kaiser Permanente medical care program (Northern California Region)*. A paper prepared for Health Program, Office of Technology Assessment, United States Congress.
- Hoffman, J.N., & Kincaid, E.Z. (1986-87). AIDS : The challenge to health and life insurers' freedom to contract. *Duke Law Review*, 35, pp.712-771.
- Hollowell, E.E., & Eldridge, J.E. (1989). AIDS and the insurance industry : The debate within the debate. *The Journal of Legal Medicine*, 10, pp.77-87, citing Washington Administrative Code 284-90-0101(2) (1986).
- Kim, R.E., & McMullin, K.R. (1988). AIDS and the insurance industry : An evolving resolution of conflicting interests and rights. *St. Louis University Public Law Review*, 7, pp.155-175.
- Kramon, G. (1987). Kaiser fears AIDS influx. *The New York Times*, November 17, 1987, p. D2.
- Makadon, H.J., Seage, G.R., Thorpe, K.E., & Fineberg, H.V. (1990). Paying the medical cost of the HIV epidemic : A review of policy options. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 3 (2), pp.123-33.
- McDonnell, P., Guttenberg, A., Greenberg, L., & Arnett, R.H. (1986). Self-insured health plans. *Health Care Financing Review*, 8 (2), pp.1-16.
- Moore, R.D., Hidalgo, J., Sugland, B.W., & Chaisson, R.E. (1991). Zidovudine and the natural history of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 324, pp.1412-1416.
- Mount, L., & Miike, L. (1988). *AIDS and health insurance : An OTA survey*. A Staff paper on OTA's Series on AIDS-Related Issues. Health Program, Office of Technology Assessment, U.S. Congress.
- New York City Department of Public Health. (1988). *AIDS surveillance Report*, February 1988.
- Oppenheimer, G.M., & Padgug, R.A. (1986). AIDS : The risk to insurers, the threat to equity. *Hastings Center Report*, (October 1986), pp.18-22.
- P.L. 101-239 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989), sec. 6701 and 7602.
- Pascal, A. (1987). *The costs of treating AIDS under Medicaid : 1986-1991*. RAND, prepared for the Health Care Financing Administration, May 1987.
- Pascal, A., Cvitanic, M., Bennett, C., Gorman, M., & Serrato, C.A. (1989). State policies and the financing of acquired immunodeficiency syndrome care. *Health Care Financing Review*, 11 (1), pp.91-104.
- Perkins, N. (1988). Prohibiting the use of human immunodeficiency virus antibody test by employers and insurers. *Harvard Journal on Legislation*, 25, pp.275-315.
- Rowe, N.J., & Ryan, C.C. (1988) Comparing state-only expenditures for AIDS. *American Journal of Public Health*, 78, pp.424-429.
- Schatz, B. (1987). The AIDS Insurance crisis : Underwriting or overreaching? *Harvard Law Review*, 100, pp.1782-1805.
- Scherzer, M. (1987). AIDS and insurance : The case against HIV antibody testing. *AIDS & Public Policy Journal*, 2 (1), pp.15-19.
- Scitovsky, A.A. (1989). Studying the cost of HIV-related illnesses : Reflections on the moving target. *The Milbank Quarterly*, 67, pp.318-341.
- Scitovsky, A.A., & Rice, D.P. (1989). Estimates of the direct and indirect costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991. In Daniel M. Fox and Emily H. Thomas (Eds.), *Financing care for persons with AIDS : The first studies, 1985-1988*, pp.205-228. Frederick, MD : University Publishing Group.
- Social Security Administration. (1990). *Social*

- Security throughout the world-1989*. The author.
- U.S. Centers for Disease Control (1991). *HIV AIDS Surveillance Report*, April 30. Atlanta : U.S. Centers for Disease Control.
- U.S. Public Health Service. (1985). *Facts about AIDS*. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.
- Winkenwerder, W., Kessler, A.R., & Stoleg, R. M. (1990). Federal spending for illness

- caused by the human immunodeficiency virus. *The New England Journal of Medicine*, 323, 1598-1624.
- (Martha N. Ozawa      ワシントン大学教授)
- (Wendy F. Auslander  
                                ワシントン大学助教授)
- (Vered Slonim-Nevo  
                                ワシントン大学準助教授)
- (こじま せいよう  
                                社会保障研究所主任研究員)