

アメリカの医療改革と公的保険の役割

マリアンヌ・C・ファーズ博士
通訳：小林しのぶ

社会保障研究所では、1994年6月30日に、ニューヨーク市立大学マウントサイナイ医科大学準教授のマリアンヌ・C・ファーズ博士を迎えて、第6回社会保障研究国際交流セミナーを開催した。本誌では、講演要旨の掲載にとどめ、セミナー参加者との一般討論は割愛した。

〔講演〕

本日は、アメリカにおける医療改革の予測より、経済学的な観点から、何が一番重要かということを中心にお話したいと思う。まず、アメリカの医療改革の歴史的経緯をお話して、次に現在議会で出されている法案を比較したい。そして社会政策的な視点から、いくつかのオプションが考えられるが、これらを経済学的な観点から分析したい。

I. アメリカ合衆国における医療改革の歴史的経緯

アメリカの医療改革は、一言でいえば、日和見主義的というか、あるときは競争主義を、あるときは規制強化というように、さまざまな政策が混合している。競争主義者は、現在のシステムの問題点として、コストを抑制するインセンティブがないことをあげている。保険会社、保険に加入している被保険者ともに、医療コス

トに無関心である。保険会社は、保険料があがっても、被保険者が保険料を支払っている限り、コストを抑える意識はない。患者も保険でカバーされてさえいればよいと、保険の費用をコントロールしようとしめない。また、事業主も税のかかる給料より、少しは利点のある保険に金を支払う方がよいと考えている。このような悪循環があるから、コスト節減のインセンティブを導入しなければならないというのである。

民主党は、できれば政府のコントロール、レギュレーションを導入したいと考えており、共和党はフリーマーケットがよいと考えている。

アメリカの医療の歴史は、60年代のケネディ、ジョンソン時代にさかのぼる。このとき初めて社会保険制度が導入されたが、メディケアは老人向け、メディケイドは低所得者向けで、被保険者は限定されていた。メディケア、メディケイドが導入されるとすぐに、コストが上昇し始めた。そこで70年代にニクソンによって、その価格をコントロールしようという試みがなされたが、それもすぐに破棄されてしまった。そして、ニクソン時代にHMOという新しい考え方が導入された。カーター時代に入ると、これまでと様相が変わってきた。カーターは民主党員だが、市場原理に基づいてコストをコントロールする考え方が出てきた。レーガンの時代になると、価格の抑制、レギュレーションがGRGに

対して行われ、これまでの医療改革のなかで最も大きな改革となった。

過去20年間にわたって、改革という名のもとに、競争が導入されてきたが、その結果は不成功に終わったといわざるを得ない。というのは、高いコスト、規制の増加、最も保険を必要とする人が保険に入れない、行政の非効率など、多くの悪い結果が出てきたからである。特に、アメリカの医療支出は、指数的に増えているといってもいい過ぎではないと思う。2030年にはアメリカ経済全体の32%が、医療費に使われるだろうとの予測がある(図1参照)。国民医療費の伸びよりもっと大きな問題は、無保険者がますます増加することである。さまざまな予測値があるが、約3,000万から3,700万人と予測されている。

クリントン政権は2つの政策課題を抱えている。1つは、国民皆保険である。2つ目は、マネジド・コンペティション、管理競争システムと呼ばれるものである。これは非常に複雑で難しいコンセプトだが、国民医療費の伸びを何とか抑えようとしている。

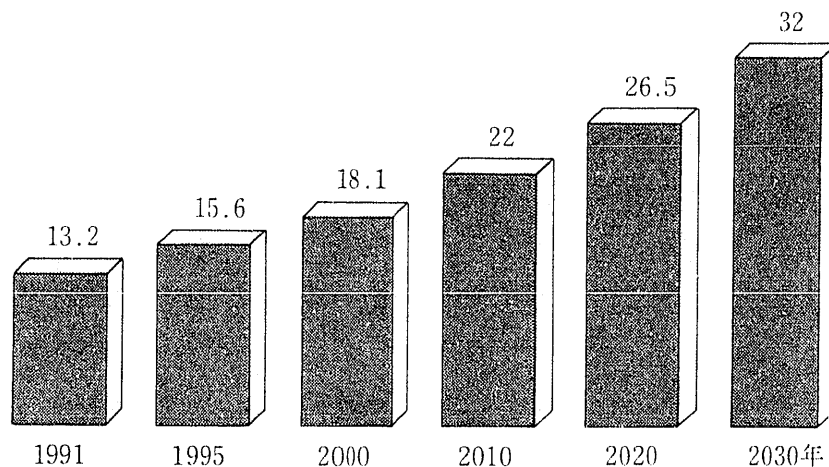
II. 米国議会で検討中の主要案の比較

次に、アメリカの議会では、どのような法案が討論されているかお話ししたい(表1参照)。

法案の共通点は、2つある。1つは、すべての人にヘルスケアに対するよりよいアクセスが提供されることである。もう1つは、医療費の伸びをできるだけ抑えるということである。

法案はすべて、5つの重要な委員会で審議されなければならない。上院では、2つの委員会、労働委員会と大変重要な財政委員会がある。下院には教育労働委員会、エネルギー商業委員会、そして非常に重要な歳入委員会と、3つある。

現在、医療改革法案は、議会の委員会のうちの2つを通過している。1つは労働委員会で、ケネディ法案を採択した。もう1つは、教育労働委員会で、ケネディ法案の1つのバージョンとマクダーモットとシングルペイヤー法案を採択した。下院のエネルギー商業委員会の方は、行き詰まりの状態にあって望みが無い。残りは、上院の財政委員会と下院の歳入委員会である。現



出典：Health Care Financing Admin.

図1 国民医療費の将来予測(対GDP比)
(1991年~2030年)

表1 ヘルスケア改革法案の主要な提案の比較

法案の起案者	皆保険	雇用主の拠出	給付	財源	シンタックス ("罪"税)	連邦負担
Clinton	YES	雇用主は保険料の80%を拠出	給付範囲(定義)の明示—自己負担を許可；長期ケアプログラムの拡充	地域保健購入連合への強制加入	タバコ税の値上げ1パック25セントから99セントへ	5年間に3,900億ドル米財政赤字を577億ドル減を見込む
Kennedy	YES	拠出, または給与税	クリントン案+精神的ケア	保健連合への加入は任意	同上, 1パック25セントから1.74ドルへ	(未提出)
Moynihan	妥協的方法	拠出, または給与税	クリントンマイナス	保健連合への加入は任意	同上, 1パック25セントから2ドルへ	(未提出)
McDermott	YES	無	包括的—自己負担なし, 長期ケアを含む	カナダ方式による単一の制度	無	年間3,700億ドルが税制度を通じて個人消費にシフトされる
Cooper	任意契約範囲の拡張	任意	範囲の明示なし, しかし長期ケアは含まず	個人保険料, 任意の地域保健連合への財源プール(州政府による運営)	無	財政的に中立(変化なし)
Chaffee	2005年までに皆保険	任意	範囲の明示なし, しかし長期ケアは含まず	個人保険料, 任意の雇用主拠出, 任意の地域保健連合への財源プール(同上)	無	財政的に中立(変化なし)

在のところでチェーフィー法案の形が上院の財政委員会を通過する可能性が一番高いが、モイニハン上院議員が議長として話合いが進められている。下院の歳入委員会は、ロステンコウスキー議員の力が落ちたため、ますます混迷の度を深めている。それで、彼のあとを受けて委員長となったギボンズ議員が、がんばっている。

現在のクリントン法案が掲げている目標は、ヘルスケア・セキュリティ、ヘルスケアの保障を目指した内容である。現在の医療制度はすべ

での側面において向上が必要である、より安心できる制度でなければならない、そして簡潔、節約、良質、責任のある制度にしなければならないとっている。クリントン法案が掲げているさまざまな主張の中の新しい部分の1つに、地域保険連合がある。これは基本的に非営利団体で、これを通じて個人が保険を買うことになる。そして、連合は個人、もしくは雇用主のほうから保険料を集めて、保険の内容やコストの情報を提供している(図2参照)。

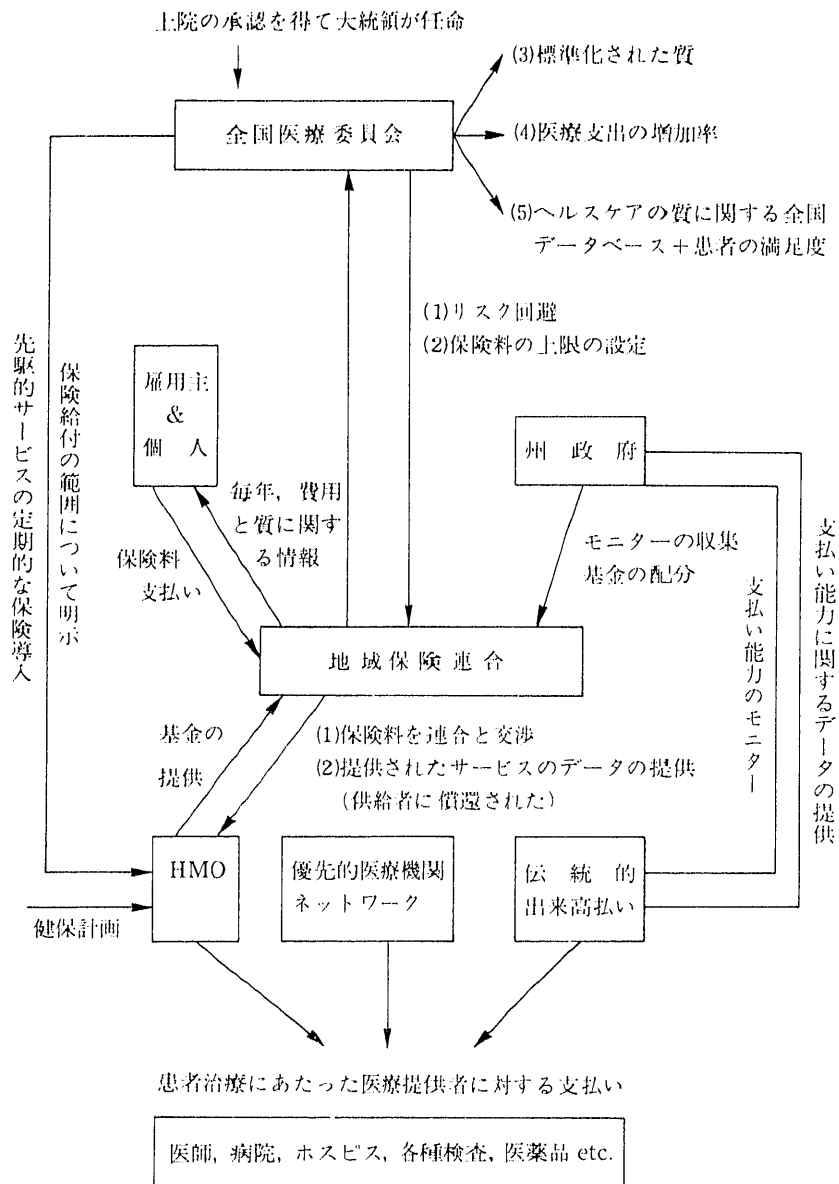


図2 クリントン大統領の管理競争型医療保険案

ヘルスケア法案が目指している目標の1つに、消費者により多くの情報を与えるということがある。連合は、この目的のもとで新しい州管理の非営利団体として作られる。あるいは州がベースとしてそういった連合をつくってもかまわない。そして、州は、連合がどのような形で情報を消費者に提供するかモニターするのである。

それから、もう1つ新しい組織が設立される。全国医療委員会と呼ばれるもので、委員は上院

の承認を得て、大統領が任命する。これは基本的には3つの役割を担う。1つは品質を標準化するためのスタンダードの設定、次は医療費の増加率をある範囲におさめるためのモニター、3番目はヘルスケアの質に関して全国的なデータベースをつくり、患者の満足が得られるようにモニターしていくという役割である。

クリントン法案の中でも連合という組織は、非常に重要かつ中心的な役割を果たす。というのは、個人が保険を買う場合には、必ずこの連

合を通じて買わなければならないとしているからである。クリントン法案以外の場合は、連合を通じての購入は任意である。

現在の保険のシステムでは、病気になると保険を失う、あるいはこれまでの病気の状態によっては、保険を喪失してしまうということが有り得るので、そういったことを改善しようというのが、ほとんどの法案のねらいである。

クリントン法案に比べると、ケネディ法案は、もっと気前がいいというか、長期ケアなども含んだ幅広い給付範囲になっている。共和党案のほうは、これより給付内容は狭くなっている。

III. 社会政策の視点から見る経済的課題

ここで、このようなヘルスケアの法案から、経済的には何が期待できるのか考えてみたい。以下、3つの問いに答えることで、これを考えることにする。第1は、現在のアメリカの医療ケアシステムの中に、いったいどのくらい無駄があるのかということである。第2は、医療にそれだけ高い支出をすること自体は、悪いことかどうかということである。第3は、健康に留意し、なおかつコストを最小限に抑え、しかも人々の健康と生産性を最大限にあげるという目標を達成するには、どうしたらいいかということである。

それでは、1つずつ答えていきたい。第1の問いは、大変重要である。というのは、クリントン法案の根底にあるのは、無駄を省くという考え方であるからである。現在のクリントン法案の骨子をつくったのは、ポール・エルウッド博士である。博士によると、現在、医療の場で行われていることの約半分は、効率が認められ

ないという。しかし、ここで注意しなければならないのは、効率が認められないケアと、いろいろなケア、不適切なケアは、必ずしも同義語ではないということである。

また、ランド研究所の報告によると、いまアメリカで行われている心臓、血管造影法の4分の1、胃腸内視鏡の4分の1、頸動脈内膜切除の3分の2は、医学的にみて適切かどうか疑われるという。しかし、同じランド研究所が用いた適切さのクライテリアを、別の機関で調査したところ、無駄は10%にしかすぎない、つまり償還の対象になるような不適切なケアは、全体の10%にすぎないという報告もある。

だから、無駄をはぶけ、はぶけというのが、実際無駄は少ないのだから、無駄を省くという政策は、あまり意味がないのではないかという意見もでてきている。そこで、無駄そのものに対する疑問がでてくる。いずれにしても、医療の場における効率ということが、もう少しはつきりしない限り、この質問に対する答えは出てこないと思う。

次に、2番目の問い、「医療費が高いこと自体は本当に悪いことか」を考えよう。アメリカでヘルスケアが政治的に議論されるときに、必ず持ち出されるのが、4つの神話または4つの考え方である。第1の神話は、医療費を削減すれば、ヘルスケアのサービスが減るだけということである。経済学の基本理念として、収入と支出はイコールとよくいわれる。けれども、医療は、非常に労働集約的な産業なので、各支出ごとに生まれてくる仕事は、非常に率が高い。特に、軍事産業のような資本集約的な産業と比較すると、医療産業は雇用を創出する割合が非常に高い。現在、アメリカ人の1,000人中37人が医療の分野にたずさわっている。ということは、

医療関係の予算の削除は、とりもなおさず、人々から仕事を奪うことになってしまうのである。

第2の神話は、企業による医療支出は、アメリカの競争力を低下させるということである。しかし、実際には、もっと競争力が落ちている分野があるので、これは1つの口実にすぎないと思う。最近はこのような神話の言い訳として、「デトロイトでつくられる車1台につき、500ドルから700ドル医療コストがかかっている」との比喩が、雇用主が保険の掛金として払っている保険料が、多額であることを示すために使われている。

しかし、医療コストそのものがビジネスの競争力を奪っているのではなく、実際は労働者に対して支払われるトータルの報酬のパッケージがアメリカのビジネスの競争力に関係してくるのである。報酬のパッケージというのは、付加給付プラス賃金である。労働者の側としては、付加給付が上がるのなら、少しぐらい収入が下がってもかまわない。そのため、全体的な報酬のパッケージは変わらず、競争力はこれまでと変わっていないのである。

第3の神話は、アメリカ全体のヘルスケアに対する支出が、アメリカそのものの競争力を弱めているという考え方である。しかし、実際、経済の富をヘルスケアに使っても、かまわないのではないかと思う。たとえ20%使ったとしても、アメリカの生産的なセクターに影響を与えることはないと思う。

第4の神話は、政府がヘルスケアに多額の出費をするから、アメリカの経済力が衰えるのだという考え方である。これは、妥当な点もある。アメリカの国民が、GNPの何パーセントしか公共費に支出してはならないと、パーセンテージを決めてしまえば、ヘルスケアに出費すれば

それだけ、それ以外に対する出費、例えば教育費が減ってしまうということも有り得るのである。アメリカの税負担は、対GNP比33%であるが、日本も含めた他のOECD諸国は、もっと高くて約40%台の中から後半になっている。

「アメリカではヘルスケア予算が大きい、ヘルスケアに対する出費が大きい」といわれるが、次のような数字を皆さんはどう思われるか。1987年で、アメリカではタバコに350億ドル、アルコールに610億ドル、宝石類に242億ドル、化粧品類に262億ドルの出費をしている。ヘルスケアに対する出費は、無駄なところに金を使っている、もっと生産的なところに金を使った方がいいという意見があるが、そうした人に、さきあげた出費をどう考えるのか、私は伺いたい。

最後の問は、人々の健康を保ち、なおかつ社会のコストを低くして、それでも生産性をあげていくためには、どうすればよいのかということである。アメリカの医療費は、年間8,000億ドルにも達し、これをマスコミは行き過ぎだと批判している。しかし、この出費は、病気に関わる社会全体の経済コストのほんの一部しか表していない。このような計算をする人たちは、病気が治ることによる社会の収益、生産性が上がる部門を全く考慮していない。というのは、こうした数字は、病気の時に使われるメディカルサービス、そして機器の直接的なコストしか表していないからである。もしもヘルスケアが非常に効率的に行われた場合には、そのヘルスケアを受けた本人の生産性が上がるだけでなく、家族もケアの責任から逃れることができるわけだから、その分家族の生産性も上昇する。このような収益、便益は経済用語でいう間接的な収益である。

このように、経済的効果ということを考える

場合には、直接的な医療コストだけでなく、病気による患者本人の失う生産性、家族やその周りの人間の失われた生産性も考えていかなければならない。特に、加齢による病気などについても考えると、直接的な医療コストは、本当に氷山の一角にしかすぎない。特にアルツハイマー病の場合には、アメリカでは年間約1,000億ドルもの金が、トータルな経済コストとして支出されているといわれている。その支出のほとんどの部分、65%が直接費ではなくて、間接費であるという。つまり、この病気にかかることによって、患者本人の生産性の低下だけでなく、家族や周囲の人々の生産性が失われることによって、毎年多額の金が支出されているのである。

リサーチの結果、アメリカでは病気による社会的なコストは、過小評価されているといわれている。けれども、病気によるコストの算出方法というのは、最近でできたばかりの分野であり、メソッドそのものを開発しなければならないし、応用、アプリケーションについては、これからの研究を待たなければならない。

ただ、このようなメソッドの基本的な考えは、病気が減れば生産性が上昇するという1つの効果だけではなく、経済上、さまざまな効果が現れるということを前提とした理念である。だから、現在のヘルスケアの支出として算出された数字は過大評価されているか、数字が1人歩きしていると思う。特に、真実の経済的なコストから考えると、現在の計算方法には、病気が減少したことによる生産性の向上から得られる便益が、まったく含まれていないことが問題である。

IV. 結 論

私自身、ニューヨークのマウントサイナイ・

ホスピタルのメディカルセンターで働いているヘルスエコノミストで、自分のことを理論家というよりも、実践家と呼んでいます。私の立場から申しあげると、クリントン型の、規制を増やしていくようなやり方の改革は、必ずしも正しい方法ではないと思う。ここで、1つ論理的な解決策を提案したい。将来的にヘルスケアのコストを削減するために、今ヘルスケア予算を増やすことが必要である。特に、加齢による病気への対策が、将来のヘルスケア予算の増大を防ぐ最もいい手だて、方法だと私は思う。特に、基礎的なバイオメディカルな分野における資金繰りをいま増やしておけば、非常に経済的な方法で、将来のヘルスケア予算の増大を防ぐことができる。しかし、予防的な措置をとることによるコストや、どの程度の成功が見込めるかも考えなければならない。

国際比較を行ったところ、アメリカと日本では大きな違いがでてきた。アメリカの医療費は対GDP比が9.9%で、日本は13.3%となっている。つまり、GDP比から考えると、アメリカのほうが日本よりも、メディカルケア購入のボリュームが少ないということになる。医療サービスの使用ということと、生活の質ということを正しく理解するためには、このような国際ヘルスサービス比較が必要になってくる。

現在のアメリカの医療改革の話合いというのは、非常に政治的な意味合いが強いのだが、なんとなくウエスタン・ロデオを見ているような気がした。法案は全部手に負えない暴れ牛、上に乗っているのが、カウボーイ、法案の草案者であるが、なかなか牛の手綱をうまくひけないので、すぐにふりおとされてしまうのである。最近、活字として現れる言葉もウエスタン・スタイルのロデオの口調になってきた。最近、

トリガーという言葉がよく使われるが、トリガーというのは、普通、引金を引くということで、ピストルの引金を引けば、弾が発射される。医療改革の場合、このトリガーは、ある一定の日付で、ある特定のゴールに届かなければならない、市場はそのゴールを達成しなければならないとなっている。市場が、ある特定の目的をある一定の日付までに達成できない場合には、それがトリガー、引金となって、政府の介入がはじまるわけである。

最近のウォールストリート・ジャーナルによると、今度はこのトリガーが2つに、ハードトリガーとソフトトリガーに分かれたということなので、皆さんにそれを紹介したい。ハードトリガー、硬質のトリガーと呼ばれているのは、モイニハン議員が提案しているもので、2002年までに95%の国民が保険でカバーされなければならないとしている。対照的なものが、ソフトトリガー、軟らかいトリガーである。これは、主に職場をベースにしたトリガーである。つまり、従業員100人以上の企業は、3年以内にその85%を保険でカバーし、従業員が25人から99人の場合には、4年以内にその80%をカバーし、従業員が25人以下の場合には、5年以内に75%を保険でカバーしなければならないという内容である。

最終的には、どのカウボーイが残るか。私の予測では、雇用主の拠出はたぶん駄目になるだろうと思う。そして、国民皆保険制度は導入されるにしても、非常に遅れて、最終的にはチェーフィー法案に近いものが出てくると思う。そのチェーフィー法案は、いま上院の財政委員会

で審議されている。

先ほどの説明の中で、ヘルスアライアンス、連合と申し上げたが、その説明が不十分であったので、ここで補足する。図2では、リージョナル・アライアンス、地域連合しか載っていなかったが、実際にはコーポレート・アライアンスといって企業連合も存在する。この企業連合というのは、従業員が5,000人以上の大企業の場合には、地域連合に加入しなくても、企業内保険をつくることも有り得るということである。実は、現在すでにそういう形態があるので、あの図では省いてあるが、形としては企業連合と地域連合と両方ありうるので、誤解のないように申し上げておきたい。

また、「アメリカの医療保険制度はだんだん日本型になっていく、日本のシステムに似てくるのでは」というご指摘があったが、全くそのとおりだと思う。企業内保険のシステムにプラスして、日本の場合には、政府が主宰している保険があるが、アメリカの場合には、地域連合がその肩代りをして保険を進めて行っている。

アメリカはいまこのような形で、医療改革を進めているが、忘れてはならない言葉があるので紹介したい。人類学者マーガレット・ミードの「ある社会がどれくらい進歩しているか、発達しているかを測る尺度は、その最も若い市民と、もっとも年を取った市民をどのように取り扱うかが、真の尺度である」という言葉である。

(Marianne C. Fahs PhD. ニューヨーク市立
大学マウントサイナイ医科大学準教授)
(こばやし・しのぶ フリー通訳者)