

## 【論 文】

# アメリカの保健医療システム

ジョン・アイグルハート

訳：廣 井 良 典

アメリカの保健医療システムは日本と同様に複合的なもので、公的部門と私的部門が責任及び資源をそれぞれ分担しており、政府がすべてを管轄しているものではない。しかしアメリカにおいては日本の場合とは異なり、私的に提供、ファイナンスされる医療の大部分は政府の定める診療額やその方針に服するものとはなっていない。国際的にみると保健医療に関するアメリカ的なアプローチにはいくつかの際立った特質があり、その全てが好ましいものとは必ずしも言えない。すなわちアメリカの保健医療システムは世界で最も高価なものであり、それは治療や研究部門での日進月歩の前進の上で繁栄しているものであるものの、公平さという点から見れば欠陥を有するものである。約3,500万人のアメリカ人が、その雇用主が医療保険を提供しないか、または就業しておらず保険に加入するだけの余裕がないかのいずれかの理由で、医療保険を有しない状況になっているのである。

一般的にいつて医療ケアを国民に提供する方法に関して先進工業国において採用されているアプローチには3つの基本的なモデルがある。第1は国が病院や診療所を運営し、医療専門職は国によって雇用されるという国家主宰型のシステムである。次は混合型で、政府が医療ケア

のファイナンスを行うが、医師は私的領域にとどまっておりました患者は自由に医師を選択できるというシステムである。第3のモデルは大部分私的なもので、政府は脆弱な階層（例えば老人、貧困者）にかかるケアについては財政的な管理を行うが、医師は企業家的な形態で行動し、自らの診療所を運営して出来高払いの報酬を患者に要求するというシステムである。もちろん先進諸国で採用されているシステムには様々なバリエーションがあるが、それらは概して以上のうちのいずれかを採用している。アメリカのシステムは、日本と同様に第3のアプローチを採用しており、ただアメリカの場合、貧困者について、疾病の経済的な帰結についてその全てを保障しているわけではない。

他の多くの先進諸国と異なり、アメリカは、全ての個人が、雇用を通してか又は貧困である場合には何らかの政府の援助によって、医療保険の提供を受けることを義務づけるような公的政策を展開してこなかった。そうした保険システムを提供してこなかったことはますます先進国の中でアメリカにとっての頭痛の種になりつつある。なるほど大多数のアメリカ人——約87パーセント——は医療保険を有しており、このことは医療への普遍的なアクセス保障を求める動きを抑えてきたわけで、政府が大きな財政赤

字に直面し、また産業界も新たな責任を引き受けることに前向きではない時期においては特にそうだったのである。また国民皆保険実現へのもうひとつの障害は、相当多くの国民が公共の利益にかなうとみなす事柄についてですら、政府に大きな権限を付与していくことに対して、アメリカ人が懐疑的であることだろう。

## 政治と保健医療

多くのアメリカ人が相対的に現行の保健医療システムに満足の意を表明していることは、1988年の大統領選においてキャンペーン中その問題にほとんど言及しなかったブッシュが当選したことに表れている。保健医療関連の様々な問題（妊娠中絶、麻薬乱用、国民皆保険）がアメリカの有権者の関心事になってはいたが、大統領選を通じて保健医療政策が方向づけられるような明確な政策課題はほとんど示されなかった。1964年の大統領選で民主党側が圧勝し、リンドン・B・ジョンソンが老人向け連邦医療保険制度であるメディケアの早期実現を約して大統領に就任した時を最後として、医療政策が大統領選挙の結果に大きく影響されたり逆にそれに影響を及ぼすということにはなかった。このパターンは1988年の選挙についてもあてはまる。医療問題は民主党の候補であるマイケル・デュカキスに対するブッシュの圧勝の決定要因ではなかった。たしかにデュカキスは国民皆保険制度を提案したが、そのことを中心にすえて積極的なキャンペーンを展開したわけではなかったし、またブッシュのほうはずっと小振りの案を示すことによってこの問題を見えなくさせてしまったのである。そして選挙以降はブッシュ大統領はその案を積極的に進めていない。

ブッシュ自身が医療問題への個人的な関心をあまり示していないことを反映して、ブッシュ政権はアメリカ国民に医療への普遍的なアクセスを提供するような医療政策を追求することについて消極的である。その消極性は、ブッシュ自身が、基本的にアメリカ国民は政府が彼等の生活により大きく介入してくることよりもより少なく介入するほうを好む、と信じていることの反映である。1990年1月の彼の一般教書演説では、ブッシュは厚生長官（ルイス・W・サリバン博士）に対しアクセスの拡大に関する問題を調査し今年末までにホワイトハウスに提言を行うよう指示した。これを受けてサリバン長官——メディカルスクールの学部長の経歴があるが、ワシントンでの医療政策関係者の間ではきわめて限られた経験しか有していない——は、医療ケアをすべてのアメリカ人により妥当な値段で提供できるようにする、という点を検討する特別チームを省内に設置したところである。

1989年1月に大統領に就任して以来、ブッシュが懸案の医療問題に関しておこなったスピーチで取り上げた主要な問題としては後天性免疫不全症候群(AIDS)の問題が挙げられる。今年3月29日に開かれたエイズに関する全米ビジネス・リーダーシップ会議において、ブッシュはエイズ患者がどのようにしてエイズに感染したかによって差別を受けることなく、十分配慮ある、秘密保持に配慮したケアを受けられるべきことを述べた。ブッシュは上院に対して次のように呼びかけたのである。「下院議員はエイズ患者に対する差別をなくすような法律（障害を有する国民法）を成立させる仕事に乗り出すべきである。我々は疾病との戦いを行うのであって人に対する戦いの中にあるのではない。我々はシートベルトをつけていないで事故にあった被害

者をだからといってはねつけるようなことをしない。我々は喫煙をやめずしてガンにかかった患者をだからといって拒否しない。我々は彼等を愛し、ケアし、慰めるべきなのである。我々は彼等を解雇しない。立ちのかせない。彼等の保険をキャンセルしたりしない。」

アメリカはエイズ患者の数において世界一である。最も最近の推計を見ると、U. S. Centers for Disease Control (CDC) は1990年には5万2千人から5万7千人のアメリカ人がエイズを発症させると予測している。このエイズ患者の数はエイズ・ビルスに感染してはいるがまだ病気となっていない人々の数とは異なる。それについては100万人から150万人のアメリカ人がキャリアーであるところ数年いわれてきたが、同センターは最近その推定数を下方修正した。それによると、現在アメリカでのエイズ感染者は約100万人ということである。

### 医療費問題：国際的にみたアメリカの医療費

アメリカの保健医療システムにかかる総費用は他の OECD 諸国に比べてどうか？ アメリカにおける医療費は他の先進諸国のいずれにも増して速いスピードで増大している。1986年から1987年にかけて（これが現時点での最新データである）、アメリカにおける1人当り医療費は8.7%もの増加を見ており、カナダ、フランス、西ドイツ、イタリア、日本、イギリスを通しての平均5.6%を上回っている。また1987年においてアメリカの1人当り医療費は2,051ドルであるが、これは他の6ヶ国の平均1,033ドルの2倍である。この統計を別の角度から見ると、アメリカの1人当り医療費は以下の各国に

比しカッコ内に示された割合だけ上回っているのである：カナダ（38%）、スウェーデン（66%）、フランス（85%）、西ドイツ（87%）、オーストラリア（118%）、日本（124%）、イギリス（170%）、トルコ（1,285%）。

こうしたパーセンテージ上の問題を越えてアメリカの政策担当者を悩ませているのは、他の先進諸国の場合医療費の増加と国内総生産（GDP）の増加の間に比較的安定的な関係が維持されてきたことである。アメリカの場合はそうではなく、医療費の増加が国民経済の成長を継続的に上回っており、その結果多くの資源を消費することになってその分他の緊急の国家的課題、例えば教育改革やインフラストラクチャー（ハイウェイ、橋等）への投資、国際競争力の強化等への配分が困難になってきていることである。アメリカ政府、企業セクターともにアメリカの医療費の高騰が国際的市場におけるアメリカの競争力にどのような影響を与えるかについての慎重な調査をまだ行っていないが、この問題は将来においてよりくわしく検討されることになるだろう。

こうした西側諸国における医療費の動向についてもっとも面白い局面の一つは、どの研究者も何らかの精密さをもってその原因をまだつきとめていないことである。ジョージ・J・シーバーとジャン・ピエール・プリエの2人は、医療費の動向についての研究において国際的に知られる OECD 関係のエコノミストであるが、最近次のように書いている<sup>1)</sup> (Health Affairs 誌 89年秋号)。「残念なことに、医療費の相違を医療の成果やアメニティー（快適さ）や効率性の相違に帰することは、何人かの研究者がこの目的のために詳細なミクロ的研究を始めてはいるものの、可能なことではない」。アメリカ

カにおいて医療システムの国際比較研究に対する関心は、上記のような医療費の趨勢やまたアメリカ自身が医療制度の改革のための選択肢を模索する中で高まっていると言える。そうした関心のあらわれのひとつは、「ヘルス・ケア・ファイナンス・レビュー」誌の1989年版付録に示されており、そこでは「医療財政・(サービス)提供の国際比較: データと視角」が特集されている<sup>2)</sup>。この雑誌を発行しているのはアメリカ厚生省の中の医療財政庁 (Health Care Financing Administration) である。

### アメリカ医療の財源

アメリカの保健医療システムは様々な資金の流れを通して財政運営されている。およそ60パーセントが私的セクターからであり、40パーセントが公的な支出である。私的セクターについてみると、これには医療保険の保険料が含まれており、それは医療費全体の31%を占めている。こうした保険料は大部分雇用者が被用者のために支払っているものである。それは課税対象となる収入とはみなされないため、その総計は既往の税支出とみることができ、それは毎年400億ドルの負担として政府にかかるものとなる。

大部分の大企業においては医療費の大半を企業側が負担しているが、以前に増して被用者がより多くの保険料負担を求められるケースが多くなってきた。個人が自らのポケットから直接払う医療費は全体の28パーセントを占めている。こうした支払は、様々な患者負担分であったり、これらの保険プランでカバーされないサービス分 (長期ケア, 歯科医療, 眼鏡や機器, 外来処方薬剤, その他の個人的ケアなど) であ

ったりするわけである。

主要な公的施策としてはメディケアがあり、これは約3,400万人の障害者及び高齢者への急性ケアを提供するもので、年間推計1,160億ドルの規模とされている (1991年推計)。もうひとつはメディケイドで、これは2,600万人の貧困者 (連邦政府の定める貧困水準以下のもの。個人の場合年収6,280ドル, 夫婦の場合8,420ドルが基準) に対し急性及び長期のケアを提供するものである。メディケイドについての連邦政府負担は449億ドルである (1991年推計)。各州政府もまたメディケイドの費用を負担しており (計250億ドル)、連邦政府のガイドラインに従って制度を運営している。退役軍人の場合については連邦政府が運営する完全に分離した一連の施設と医療従事者によるケアを提供されている。そうした施設で患者を診る医師の多くは大学の医療センターと関係した医師である。こうした医師は評価の高い者であることが多いが、退役軍人向け医療施設自体はしばしば過密でありまた修理を要するような施設であることが多いこともあって、概して余り良い施設とは見なされていない。

アメリカでの医療ケアの大部分は単一又は複数の診療科で構成されるグループに属する私的な医師によって提供され、費用は出来高払い制で償還される。しかしこの20年間に多くの医師が、いまだ過半数には至っていないが、健康維持組織 (HMO) と呼ばれる代替的な医療提供システムに加入するようになってきている。HMO という概念はアメリカ医師会 (AMA) は未だ完全には認めていないものであるが、その下では医師は月単位の定額を支払う患者に対し一定の包括的なセットの医療を提供する。AMA にはアメリカの医師の約45パーセントが

加入しているが、概してそれは出来高払いの診療を行う単独開業の医師の利益を代表していると言える。HMO は私的な組織であって、その医師は当組織に雇用されているか、当組織につきサービスを提供するとの契約を結んでいる独立の医師であるかのいずれかである。出来高払いのシステムとは異なり、HMO 所属の医師が受ける報酬はその提供するサービスの量によって影響を受けないものである。現在約 650 の HMO が存在しておりその対象者は約 3,100 万人である。こうした人々の大部分は民間企業の被用者であり、その企業が従業者に包括的な医療サービスを提供する旨の契約を HMO と結んでいるわけである。連邦政府はほとんど 20 年にわたり HMO の考えを促進してきているが、HMO に自発的に加入した人の数は 70 年代初頭に政策的に企図された数よりは、はるかに少ないものである。

### 病院・医師費用償還システムの改革

こうした期間（1970年から1990年）、とりわけここ10年、政府は医療費の増大を抑えかつケアの質の向上を図る一連の様々な新政策を実施してきた。これらの改革は出来高払いで診療を行う医師、及び非営利であると営利であることを問わず急性のケアを提供する病院（非営利の病院がアメリカの大多数である）による医療に焦点を置いてきた。こうした改革にはメディケアにおける民間病院への費用償還方法に関する1983年の改革、及び同じくメディケアにおける医師への費用償還方法にかかる1989年の抜本改革が含まれる。

かつてメディケアが病院に費用を償還する方式は、当該診療についての“合理的な(reason-

able)” 範囲の費用を支払うというものであった。病院側はその費用の全てが償還されていたため、効率的な運営というインセンティブはほとんど働かなかったわけである。ところが1983年に政府はこの“合理的”費用償還基準に替えて、“疾病診断群”(DRG)と呼ばれる467のカテゴリーを基準にしたケース当り定額払い制度を確立した。こうした疾病ごとのカテゴリーに基づいた価格を定めることにより、政府は病院の行動様式を変え、医師がより保守的なかたちで診療を行う——絶対的に必要なケアだけを行う——ことを促進するような経済的インセンティブを導入しようとしたのである。

DRGのもとでは政府ではなく病院側が、費用がメディケアで事前に定められた支払額を上回る場合の財政的リスクを背負うことになる。メディケアがこの新しい対病院償還制度を確立して以来、政府は大幅な財政赤字を削減する努力の一貫として DRG の価格の上昇を厳しく抑えてきた。病院側は、こうした DRG 価格の抑制策は効率的な運営を行う病院に対して報酬を与えるという当初の約束を裏切るものであるとの非難を行っている。加えて DRG 方式は、医師のほうはいかかわらずケアを多くほどこすだけ大きな報酬を得られるのに対し、病院のほうは患者当りの費用が DRG 価格を上回れば経済的損失を被るため、病院とその医療スタッフとの間の緊張関係を生み出してきた。

1989年末、連邦政府は医師への償還制度を改革することによりさらなる大きな変更を行った。この改革の基本にあるのは資源立脚型相対評価基準 (Resource-based relative value scale) の開発である。この評価基準の目的は、プライマリ・ケアを行う医師（主として内科医と家庭医）と患者に処置を行う医師（例えば外

科医、心臓医) との間の報酬の不平等を是正する点にある。プライマリ・ケア医師の専門的収入は、外科医、心臓医、その他の診療の大部分が処置にある診療科目の医師に比べて相当程度低いものである。またこの新法(名称:1989年総括予算調整法)は以下のようなことを企図した規定も置いている: 高齢患者への医師サービスの増加の抑制; 公的制度が医師に対して償還する額を上回ってなされる医師の患者への直接支払請求へのより大きな制限; 臨床診療にかかる研究への追加的資源配分による、ケアの質の向上のための政府の努力の強化; である。

1980年代に実施された政府の医療政策の変更にもかかわらず、公的私的セクターともに医療システムが向かうべき将来の方向については未だ定まっていない。OECD 加盟国の中で、アメリカは国民全体に適用される医療政策をいまだ確立していない唯一の国であるだろう。アメリカにおいて大きな政策変更を最終的にもたらず圧力はその高いコストにある。医療システムがどのように改革されるべきかの議論においてしばしば登場する問題は、はたしてアメリカの医療システムが種々のものが併存するものにとどまるべきか、あるいはより中央集権的な政策が必要であって、(日本のように) 政府が医師の報酬額を定め、また病院への償還率その他の方針を定めていくようにするべきか、という点にある。

公私が財政を分担する併存システム(現行のアメリカのシステム)か、政府が全体的な政策を決定していくより中央集権的なやり方かの選択は、政治権力をめぐる争いの問題であると同時に価値観の対立の問題でもある。アメリカはその歴史を通じて、建国以来の考え方の反映である個人主義(インディビジュアリズム)、及

びそれに対する集合主義(コレクティビズム)の間の葛藤を経験してきたが、この対立が医療政策改革の文脈においても続いている。個人主義的な考え方を提唱する側(医療専門職や、より保守的な政治家や市民層、そしてやや皮肉なことに一定の企業)は、医療費を支払うことが困難な人々にケアを提供することには余り寛容でないような民間主導の医療制度を支持している。ここでは保健医療は社会的公正の問題ではなく経済的な生産物のようなものとして見られているのである。集合主義の側については、政府が中心的な役割を担い、国民全体の利益を代表して支払能力の有無に関わらず医療へのアクセスが得られるような政策を設定している。程度の差はあれ大部分の西側諸国はこうした政策パターンに従っている。

ロナルド・レーガンの大統領在任中(1981年から89年)連邦政府はアメリカ医療制度の広範な改革を決して真剣に考えようとはしなかった。政策の漸次変更主義がその10年の傾向であり現在に引き継がれている。レーガンの医療政策はそれまでの大統領が共和党であれ民主党であれ抱いていた考え方、すなわち経済的な地位の低さのために脆弱であると考えられる層——貧困層や老人など所得が政府の貧困レベルを下回る層——のみならず、国民全体に係る医療について政府が責任を担うという考え方からの後退を示していた。他方レーガン以前の近時の大統領(カーター、フォード、ニクソン、ジョンソン、ケネディー)は連邦政府が全ての国民をカバーする医療保険政策を確立する責任を有するとの考えは持っていたが、そうした表明も決して法律になるまでには至らなかったのである。

## ハイレベル改革検討委員会

アメリカの医療制度において公的政策の観点からみて何が深刻な問題であるかについて従来から模索がなされてきたことを受けて、議会レベルのハイレベル特別委員会が1989年から90年にかけて15ヶ月にわたり問題の検討を行った。この組織は1988年末に議会によって設置され、当初は包括的医療制度に関する超党派委員会と呼ばれたが、のち初代委員長であった故クロード・ペッパー下院議員にちなんでペッパー委員会と命名された。ペッパーは非常に影響力のある議員であり議会において老人層の利害をもっとも代表する声であった。上院議員のジェイ・ロックフェラー（ウエストバージニア選出の民主党議員）が、議会において大きな医療政策改革を議題として掲げようとの決意のもとにペッパーの後を継いだ。

1990年3月、15人のメンバーからなる同委員会——構成は上院議員6人、下院議員6人、レーガン大統領によって指名された民間3人——はアメリカの医療制度改革のための提言を発表した。委員会は制度改革のためどのような手順が取られるべきかについてははっきりと意見が分かっている。委員会の主要な提言は、あらゆる企業はその全ての被用者及びその扶養家族に対し一定の医療給付にかかる保険を提供するか、そうでなければそうした給付を提供する公的制度に金を拠出すべし、との内容のものである。給付には一次的ケア及び予防的ケア、医師及び病院でのケア、その他のサービスが含まれており、それらのサービスは一定の制約のもとで患者の費用負担を伴う、というものである。他方企業が直接その被用者にかかる保険に加入

するのではなく公的制度に金を拠出する方を選択する場合には、同様のサービスがその公的制度によって提供されるというものであり、これは現行のメディケイドにとってかわるものである。しかしながら、この提言は8対7の僅差で是認されたものに過ぎなかったのである。

長期ケアに関する同委員会の第2の提言についてはさほど意見は分かれていない。すなわち委員会は、大きな障害を有する者に対して年齢を問わず在宅及びコミュニティーケアを提供する公的保険制度を創設すべきとの案を、11対4の差で可決したのである。委員会はまた、自ら負担能力を有する個人についての長期ケアにかかる民間保険が成長することを政府が促進すべきことも提言した。この場合こうした保険は政府の基準と監督に服するものである。同委員会のこうした報告は今後の改革についてのさらなる議論において必ず取り上げられることになろうが、提言についてのコンセンサスが得られなかったことはその影響力を弱めることにもなるだろう。

## 医療ケアの価値に関する新たな研究

アメリカの医療においてますます重要になってくるであろう今一つの展開は、様々な場合に人々に提供される医療ケアの臨床的な見地からの適切さと効果について、公私共において関心が高まっていることである。この点についての政府の関心を明瞭に反映しているのは、1989年総括予算調整法に入れられた、医療政策及び医療研究にかかる政府機関を創設するとの決定である。この機関は現在ある「医療サービス研究及び医療技術のための国立センター」としてかわるもので、新しい機関はその主要な任務と

して、臨床医学において現在なされている検査についての研究を主宰する「医学的治療効果プログラム」を実施することになる。

このプログラムの主要な目的は、患者の生存、健康状態、機能面での能力、生活の質にかかる現行の医療サービス及び手続きの効果に関する科学的な情報を開発・普及し、それによって医療の効果および適正さを向上させようとするものである。このプログラムのもとでなされる研究は、「患者はそもそも医療ケアによって恩恵を受けているのか?」、「どのような治療がもっとも効果的か?」、「医療資源はうまく使用されているのか?」といった、医学的ケアの効用についての根本的な問題を問うものである。

当プログラムの研究は、医療ケアの過程（何がなされたか）ではなくその成果（ケアの結果どうなったか）に重点を置くものとなるだろう。これまで20年間になされた研究を通して、明らかに同様の患者に対してなされるケアに量質ともに相当なばらつきがあることが明らかにされているが、このプログラムはそうした研究の上に立脚するものである。この新しい機関によって助成をうける研究の大半は、連邦政府とは独立の、大学での医学センターにおける研究チームによってなされることになるだろう。アメリカ医師会のような医師がメンバーである組織も研究に関与していくであろうが、それが参加者の大半となるわけではない。

### 健康増進と疾病予防

アメリカは医療問題に関する時間、エネルギー、資源の大半を急性疾患ケアに関して費やしており、そのため長期ケアを必要とする人々の

数が増大しているのをどうするかとか、疾病予防と健康増進への比重をどのように増していくかといった、より一層の注意が払われるべき問題を軽視している。アメリカのシステムが急性疾患重視であることは、他の OECD 諸国の医療供給システムと異なるものではない。これらの諸国のほとんど全てが、その大半が老人である慢性的患者に対するケアをいかに提供するかという問題と格闘しているのである。

疾病予防と健康増進に関してアメリカがどのように対応しているかを知るには、この点についての最初の公衆衛生総監 (Surgeon General) レポート“健康な人々 (Healthy People)”が1979年に最初に発表されて以後どのような展開がなされたかをみればわかる。1979年のレポートは国民の健康水準を向上させるための国家的戦略の概要を示し、主要な保健医療上の問題を明らかにし、死亡及び障害を減らすための国家的目標を打ち出した。具体的には人生の5つの段階に応じて5つの国家的目標が示されたのである。すなわち、(1)乳幼児の健康向上を引き続き図り、1990年までに乳幼児死亡率を少なくとも35%減らし1,000人あたり9未満とする；(2)子供の健康を向上させ、最適な発達が可能となるようにし、1990年までに1歳から14歳までの子供の死亡率を少なくとも20%減らし10万人あたり34未満とする；(3)青少年の健康と健康習慣の向上を図り、1990年までに15歳から24歳までの死亡率を少なくとも20%減らし10万人あたり93未満とする；(4)成人の健康向上を図り、1990年までに25歳から64歳までの死亡率を少なくとも25%減らし10万人あたり400未満とする；(5)老人の健康と生活の質の向上を図り、1990年までに急性または慢性の原因により活動が制約される平均年間あたり日数を少なくとも20%減ら



し、65歳以上の者につきそれが30日未満となるようにする。

こうした包括的な国家目標の中で、1980年に公衆衛生局はアメリカ国民の健康を向上させるために採られるべき15の優先目標を示した。これらの目標はとくに個人に対する予防的サービス（高血圧コントロール、家族計画、妊娠と乳幼児の健康、性病）、一定のグループのための健康保護（有毒作用と放射線コントロール、職業上の安全と健康、事故防止と傷害コントロール、フッ素添加と歯科保健、サーベイランスと伝染病予防）そして一定のグループのための健康増進（喫煙と健康、アルコールとドラッグの誤用、栄養、フィットネスと運動、ストレス及び乱暴行動のコントロール）に関わるものである。

こうした目標を発展させるプロセスはきわめてトップダウン的なものであった。国立保健研究所 (NIH) や CDC といった政府機関が保健医療専門家による会議でのバックグラウンド・ペーパーを準備したのである。それから当専門家たちが合意を得つつ目標を発展させ、それは点検と評価のために2,000を越すグループに送られた。最終の報告書である「健康増進と疾病予防：我が国にとっての目標」は15の優先的分野から226の具体的目標を示し、これらの目標が1990年までに達成されるべきものとした。

1985年に公衆衛生局はこうした目標達成のための進捗状況についての中間審査を行った。そこでは頼もしい成果が高血圧コントロール、予防接種、性病（エイズは明白な例外）、有毒作用と放射線コントロール、事故防止、伝染病予防（エイズは例外）、禁煙、そしてストレスと乱暴行動コントロールの優先分野において見られた。

他方きわめて不本意な成果の分野としては、家族計画、母子保健、職業上の安全と健康、栄養、そしてフィットネスと運動が挙げられる。これらの分野のうちいくつかにおいて向上が見られなかった理由としては、イデオロギー的な反対があったことに加え、性教育、避妊剤の利用、胎児期のケアへのアクセス権、労働者の健康保護のための厳格な基準の妥当性といった重要な問題についての国民的コンセンサスが欠けていたことが挙げられよう。

1984年から89年にかけて、ハーバード・メディカルスクールのプライマリケア部長かつケンブリッジ病院（マサチューセッツ州）の医学部長であるロバート・S・ローレンス博士は予防サービス特別委員会の委員長を務め、同委員会は公衆衛生局の疾病予防・健康増進室に対し臨床上の予防措置に関する提言を行った。最近上院の政府情報及び規制に関する小委員会で行なわれた証言（1990年4月6日）では、ローレンスは人々が大部分自発的に参加した社会的疾病予防訓練の意義について次のような意見を表明している。「1990年目標は、アメリカ国民の健康のためにイデオロギー的な相違を論じつつ解消していくことの必要さを明確にするという点でよく貢献した。多数派とマイノリティーの間の健康水準の格差はあいかわらず納得いかないほど大きい。また乳幼児死亡率は、全国的にみてもマイノリティーだけをみても、恥ずかしいレベルにとどまっている。同時に我々は他の先進国のいずれにも増して GNP の大きな割合を医療に費やしており、かつまた医療保険をまったく有していないか不十分なものしか有していない者の数は増加し続けているのである」。

## 新たな健康増進目標の設定

公衆衛生局が属する厚生省 (Department of Health and Human Services) は現在2000年に向けての新しい健康増進-疾病予防の目標を作成しつつある。1990年秋に公式に発表予定のこの新目標は、前回のものと同様に包括的なものであるが、よりボトムアップ的な手続きに基づいて広範囲の社会的参加が取り入れられたものである。草稿での393目標を含む21の優先分野について7,000人以上の個人が意見を寄せチェックを行った。ローレンスは先の4月6日の証言で、「HIV (ヒト免疫不全ウイルス)、がん及び老人の身体機能に関する項目を追加することで重要な欠落が是正された。第4の優先分野としてシステムの改善ということが、予防的サービス、一定のグループのための健康保護、一定のグループのための健康増進という従来の目標を達成するために重要となる供給システムの問題を示すため追加された。」と述べている。

2000年目標に概略が示された価値ある目標を達成することは、アメリカのように自由、平等、そして資本主義という理念にコミットする社会にとっての大きな挑戦課題となろう。アメリカは、国民所得の多くをアメリカ以上に社会福祉の目標に費やしている多くの OECD 諸国の中では受け入れ難いような、一種の社会ダー

ウィニズムを実践している。他方において、長い間自由を希求してきた東ヨーロッパの人々は、アメリカを抑圧されている人々にとっての希望の象徴とみなしてきた。これからの10年は、アメリカの医療政策立案者が、医療ケアの高価な費用、何百万人も国民にとっての不十分なアクセスの改善、そしてアメリカがその全面的な資本主義へのコミットのいくばくかを全国民の間のより大きな社会的公正のために譲り渡さなければならないだろうという展望の間で、妥当な政治的バランスを模索していくにあたってきわめて活発な時期となるはずである。

### 注

- 1) George J. Shieber and Jean-Pierre Poullier, "International Health Care Expenditure Trends: 1987," *Health Affairs*, (Fall 1989): 169-177. Project HOPE, Milwood, Virginia, 22646.
- 2) *Health Care Financing Review*, "International Comparison of Health Care Financing and Delivery: Data and Perspective," 1989 Supplement, Office of Research and Demonstrations, Health Care Financing Administration (HCFA Pub. No. 03291), U. S. Department of Health and Human Services, 1A9 Oak Meadows Building, 6325 Security Blvd., Baltimore, Md., 21207.  
(John K. Iglehart Health Affairs 編集長)  
(ひろい・よしのり 厚生省保険局医療課;  
前マサチューセッツ工科大学大学院)