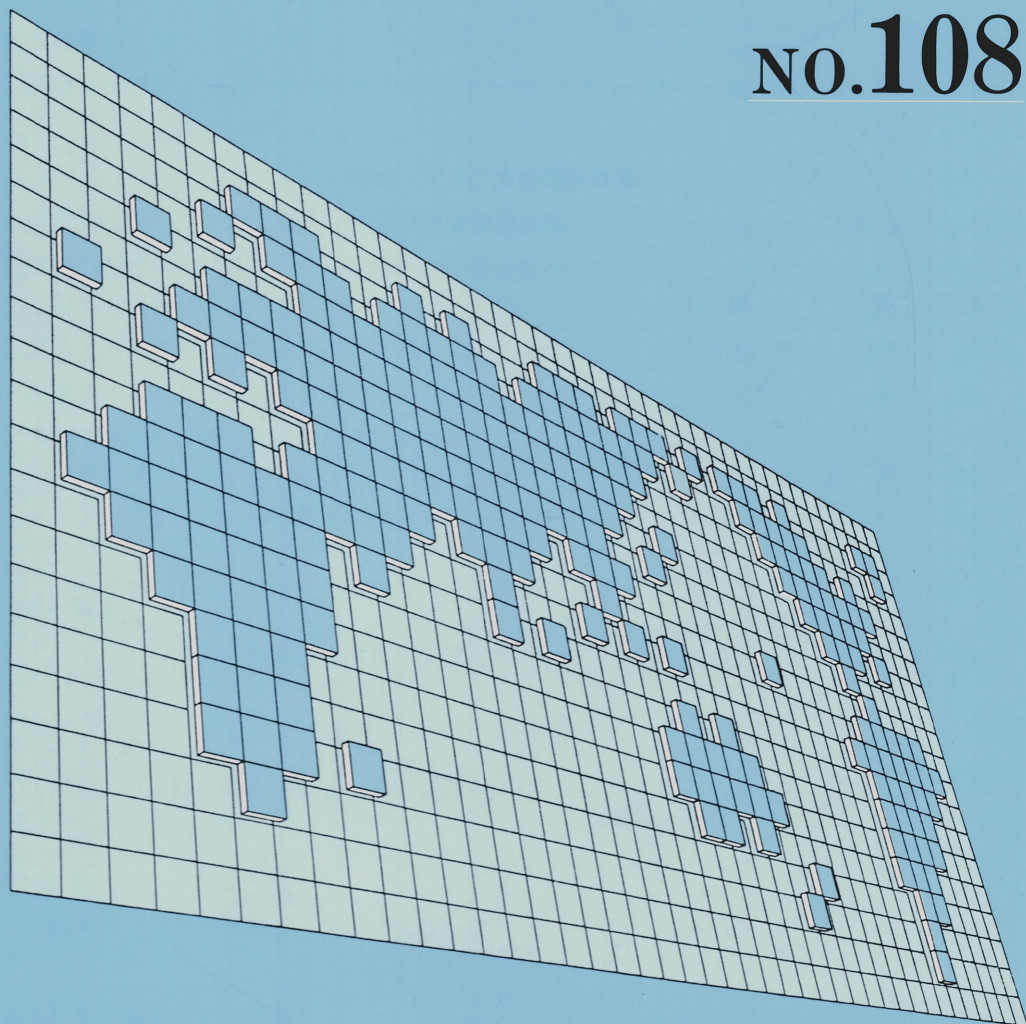


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1994

No.108



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

時代の眼

戦争と保障と

庭 田 範 秋

一時期流行った唯物弁証法なる論理も、このところ少しく色褪せた感がある。なにせ唯物史観と唯物弁証法で歴史が捉えられ、社会が組まれた社会主義国・共産主義国が経済的に左前となってしまい、政治的に崩壊の危機にあるから、学理もどうにも冴えないのである。しかしそのような現実的状况を別にして、単なる学問としてのみ分析・追究してみると、それなりに興味を引かれるところが多い。とりわけ〈正一反一合〉の手順で、今ある状態が是認されつつ徐々に矛盾が増大し、そこに相反する勢力・状況が発生しながらそれが強化拡大を続けて、遂に今あるものが否定されるに至り、崩壊をやむなくされながら新体制・新状況・新時代が誕生をみるに至る。その“新”なるものは、今ある要素とその否定の要素とのミックスされ、融和され、一体となったものとしての新である。よってこの新を“合”で表わす。

社会保障でいうところの“保障”とは、保護して危害がないようにすること、または安全をうけあうことなどを意味するが、この社会保障制度なるものがなんと戦争と決して無関係にはありえなかった、戦争を無視してはその歴史が語れないというところに、世の不思議さや皮肉さがあるのである。まずその場所場所・その時時の権力構造による社会の安全・安定があつて、そこに最大の混乱・破壊としての戦争が生じ、これを克服した段階でより高次元の安全・安定としての社会保障体制と福祉国家が登場してくるのである。まさに社会の場における唯物弁証法ではなかろうか。そのいくつかを取り上げて、分析してみよう。

①世界政治史上で特記されるに足るビスマルクは仇敵フランスを破るために、世に鉄血政策なる軍備拡張を強行した。そのための財源を豊かにするため重税を人民に課し、労働者を搾りに搾った。その結果、国内には過激思想が蔓延し、さらにせっかく軍備が整ったものの、それを使って具体的に戦争を遂行する壮丁・青年の健康破壊が著しく、体力低下が目についたので、そこで登場してきた一連の政策が“鞭と飴”のそれであつて、一方では社会主義や破壊活動を弾圧しながら、他方では一連の社会保険を強制して、最後にフランスとの戦争に勝つたのであつた。これぞ政治的〈正一

反一合〉を実践したものである。

②これまた世界政治史上で不滅の地位にあるチャーチルは、第二次世界大戦の末期にベバリッジをチーフとする委員会設置、そしてベバリッジ報告書を提出させ、それをもとに社会保障の実践を開始したのであるが、その狙いとするところは、イギリスはかつて第一次世界大戦でドイツに勝ちながら、世界ともども戦後処理の施策を誤まり、結局は大恐慌を経て第二次世界大戦にまたまた突入してしまったのである。今度こそ大戦に勝った暁には、社会保障政策を中心に据えた福祉政策を遂行して国民生活の安定を図り、所得再分配による有効需要の喚起、そして完全雇用の達成と社会経済の安定的発展を期したのである。希望どおりとまではいかなかったものの、とにもかくにも国民は生活を楽しんでいる。戦勝—混乱—戦争—安定生活—そして今やまさに老大国的衰退との歩み。そこに〈正—反—合〉が具現されているとしても、あながち間違いとはなるまい。

③現代のアメリカは、依然として自由市場経済と自己責任の社会・国家の体質を保持し続けていて、国営・公的な社会保障はその水準と範囲において、文明・先進の国々にあって少しく見劣りがしよう。人々は働けるだけは働いて、または退職しても老後が食えるだけの蓄積・準備ができ上がればさっさと引退するであろう。体力・技能において低下すれば即失業・即引退とはなりかねないものの、公式には老齢年金支給開始年齢はこのところ67歳、かつてでも決して早いものではなかった。というのも、第二次世界大戦以後ごく最近まで世界の警察官・警備隊・エリオットネスを気取って、常に臨戦体制を組み続け、一旦緩急あれば義勇公に報ずるため、若・壯年層が大量に戦地に出征するから、その留守を守って生産活動に従事させるためにも定年年齢を引き伸ばし、高齢者に働く習慣を付けさせるべく年金支給開始年齢の遅らせでもあったのである。ここにも戦争が影を落とし、やはり〈正—反—合〉の図式がある。

④わが日本国でも社会保障はその歴史で戦争の尾を付けている。それは公的年金が軍人対象で始められたことでも分かる。社会保障がそれぞれの時代で戦費調達に利用されたり、戦時経済下のインフレ抑止に利用されたりしたのであった。そして本来の国民生活の維持安定の本質を思う時、やはり〈正—反—合〉の変転を否定しきれないであろう。

(にわた・のりあき 慶応義塾大学名誉教授)

保障の拡大・コストの削減：米国の医療制度改革

西村 由美子

1. 医療保障法

1993年11月、いわゆる「クリントン法案」が米国議会に提出された。ここで「クリントン法案」というのは、ジョージ・ミッチェル上院議員等によって上院に提出された法案（S. 1757: Health Security Act）と、リチャード・ゲッパード下院議員等によって下院に提案された法案（H.R. 3600: Health Security Act）である。これらはいずれもクリントン大統領と彼のタスクフォースの仕事に基づいて書き上げられた法案である。しかし、完全な三権分立を謳う米国憲法の下では、新たな法案の策定は立法府である議会の権限であるから、法案の実際の提出はこのような手続きを経て、議員によって行われなければならない。

さて、「医療保障法（Health Security Act）」と名付けられたこの法案は、国民皆保険の実現とメディケア・メディケイドからの大幅なコスト削減を主眼とする包括的な医療改革法案で、その概要は下記のとおりである。

(1) 国民皆保険制度は、あらゆる事業主に対して従業員への医療保険給付を義務づけること（Employer Mandate）、雇用されていない人々（個人事業主あるいは無職者）と従業員5,000人未満の企業には、州政府の主導によって一定の地域ごとに設置される医療保険共同購入組合で

ある地域組合（Regional Alliances）を通じて保険に加入させる体制をとることによって、その実現を期す。一方、保険会社は被保険者の既往症等（Pre-existing Condition）を理由として保険加入を拒否することを禁じられる。また、同一の地域組合に属する団体または個人には、同一の価格（Community Rate）で医療保険を販売するよう規制される。

(2) 保険給付は医師への支払い・病院経費・処方による医薬品購入費用のすべてをカバーするほか、長期療養費の一部・慢性疾患のための医薬品・精神病の療養費の一部および人工妊娠中絶のための費用も給付対象とする包括的なものであることとし、保険給付内容の全国的な基準として標準給付パッケージが設定される。

(3) 保険料については、原則として事業主が従業員の保険料の80%を負担し、被保険者個人は20%を負担する。ただし、事業主の負担総額は給与総額の7.9%（中小企業については3.5%から7.5%）を上限とし、超過分は国が補助する。さらに年間所得が連邦貧困基準の150%に満たない個人については、その保険料を補助する。

(4) 付加的な財源としては、メディケア・メディケイドのコスト削減によって浮く経費を充てるほか、タバコ税引き上げによる税収等をこれに充てる。

(5) 国家医療審議会（National Health Board）を設置し、これが国および地域の医療費

予算総額および標準給付パッケージの内容を設定し、また保険料の値上げ幅を制限するほか、地域組合の事業を掌管する。

(6) 医療関連の事務手続きを簡素化し、これによって経費節減をねらう。また医療過誤関連訴訟 (Malpractice) の弁護士経費に上限を設ける等の措置により、これにかかわる経費やそれに備えるための保険料の大幅削減をねらう等の包括的な改革を志向する。

2. 医療保障の拡大

「医療保障法」のねらいは、国民の医療へのアクセスの拡大およびその安定性の確保にある。その実現のために、無保険者問題の解決すなわち、現在何らの医療保険にも加入していない人々を保険に加入させる施策がとられるのはいうまでもないが、実は同時に、現行の医療保険の保障の範囲を拡大し、かつその安定性を高めることも重要な課題である。

2-1. 無保険者

米国民人口のおよそ14%にあたる約3,700万人は医療保険をもたず、医療への基本的なアクセスを欠いているといわれる。しかし、転職等に伴って一時的な無保険状態を経験する者までを含めれば、無保険者の数は5,000万人を越えるといわれている。

これら米国の無保険者の大半は、いわゆるワーキング・プア (Working-poor) とその家族である。調査によれば、無保険者の約半数は年間を通じてフルタイムで働いている労働者とその家族、約3分の1はパートタイムあるいは季節雇用等の不安定雇用にある労働者とその家族で、無業者とその家族は決して多数派ではない。

彼らの多くは、たとえば小さな飲食店やブティックに働いていたり、農作業の手伝い等の季節雇いの仕事について、人の入れ替わりの激しい労働市場に、しばしば不完全雇用の形で働いている。零細事業主である雇い主からは健康保険を給付されていないのである。しかし、彼らは自分と家族のために個人加入の医療保険を買うことができるほどには収入がなく、彼らは、そのために医療保険がない。

無保険者の多くが若齢層である事実から、彼らは若くて健康に自身があるために無理をしてまで医療保険を買う必要はないと考えて、他のことに金を使っているのだという意見がある。しかし、無保険者の3分の1は年収1万ドル以下で、年収2万ドルを超える者は3分の1に満たないという事実を考えれば、買わないというよりは買えないというのが、むしろその実情に近いであろう。収入だけからいえば、彼らは連邦貧困基準以下である場合も多いのであるが、しかし州のメディケイド適用基準は満たしておらず、そのため公的な医療扶助は受けられない。

一方、無保険者のなかには、本人あるいは家族の慢性疾患あるいは既往症のために加入できる医療保険がないという人々がいる。彼らは、もっとも医療保険を必要とする層であるにもかかわらず、いわば、その必要性の故に保険が得られないという逆説的な状況におかれている。多くの米国人にとって、こうした状況はもはや「ひとごと」ではない。米国では1990年に総人口の6%が既往症等を理由に医療保険加入の全面的あるいは部分的な拒否を経験したといわれており、また、現在は雇用先の企業から医療保険を給付されている人々でも、その半数以上は、転職によって現在の保険を失った場合には、既往症等のために新しい職場での保険加入を拒否

あるいは制限される可能性があるといわれている。

2-2. 安定性を欠いた保障

無保険者問題は、今日の米国民すべてにとって重大な問題となりつつある。米国には、高齢者のためのメディケアと、主として低所得層のための医療扶助であるメディケイド、および軍人等のためのいくつかの政府管掌の医療保険を除けば、公的な医療保険制度はない。医療保険は民間ベースの自由市場を基盤としており、人々はさまざまな方法で市販の保険を購入している。実際には、65歳未満の米国民の大半は企業を通じて医療保険に加入しているとはいえ、企業には従業員に医療保険を給付すべき法的な義務はない。

マーケット・メカニズムを基盤とする保険はリスク要因を排除しようとする。既往症等にかかわる規定がその第一で、多くの医療保険は、既往症や慢性疾患を理由に保険への加入を拒否したり、その疾病の治療費を給付から除外する規定を設けたり、あるいは該当の疾病の治療への給付を開始するまでに加入時点から一定の猶予期間を設ける等の制限を行っている。

また、各種の給付制限の問題もあり、特に保険会社の給付金額に支払い責任限度額が設けられていることは、重大な問題となりうる。保険会社による支払い責任限度額は疾病一件ごとに定められている場合もあり、年間当たりあるいは一生にわたる限度額として定められている場合もある。実際の金額にはばらつきが大きいですが、一生にわたる支払い制限としては25万ドルから100万ドル程度を上限とする保険が一般的である。

ところが、米国の医療費は高い。たとえば心

臓の弁の置換手術を受け、延べ4カ月入院したある患者に病院が請求した病院経費の総額は約100万ドルであった。この患者はメディケアに加えて、さらに市販のメディケア補足保険をもっていたが、それでも自己負担した金額は合計で10万ドルを超えた。

この例の場合には幸いにも保険が適用されたが、さらに高額になる場合ももちろん考えられ、あるいは請求額が保険会社の支払い責任限度額を超過する場合も当然ありうる。その場合にも、治療費の最終的な支払い責任は患者自身にあるから、保険会社の支払い限度額を超過した分の請求額は、当然患者自身の債務となる。企業のなかには保険会社の支払い限度額を超えた従業員の医療費を補助する保護制度をとっているところもあるが、そうした制度は必ずしも一般的ではない。したがって、多くの患者は、ここから先はまったくの自己負担を余儀なくされる。高額医療費補助の制度の設けられている日本では想像のつきにくい実態であろう。

つまり、もし重病にかかり、その治療費が保険会社の支払い限度額を超えた場合、多くの人はその余の治療費を自己負担することを余儀なくされることになり、この時点から先は無保険者と同じ状況におかれるのである。要するに、米国では、たとえ現在は企業から医療保険の給付を受けている勤労者といえども、一度きわめて高額な医療費を要する病気にかかれば、その病気の故に、ときには治療の最中からでも無保険状態に陥る可能性があるのである。このような事態は必ずしも一般的ではないかもしれないが、だからといって、決して起きないとは誰にもいえない。このような問題をもつ医療保険は、保障の安定性を欠いているといわざるをえない。

この意味で、米国民の多くは無保険者問題と無縁ではありえないのである。今日の米国で、医療へのアクセスの保障の問題がかくも重大視され、議会や行政府がその解決を迫られているのは、このような事実を背景にしてのことである。したがって、クリントン大統領のいうところの保障(Security)には、無保険者に医療保険加入への道を拓くという意味だけでなく、今日とはともかく明日の医療保険の保障はないかもしれないと感じざるを得ない国民一般の不安を解消し、より安定した医療保険制度を実現するという意味が込められている。

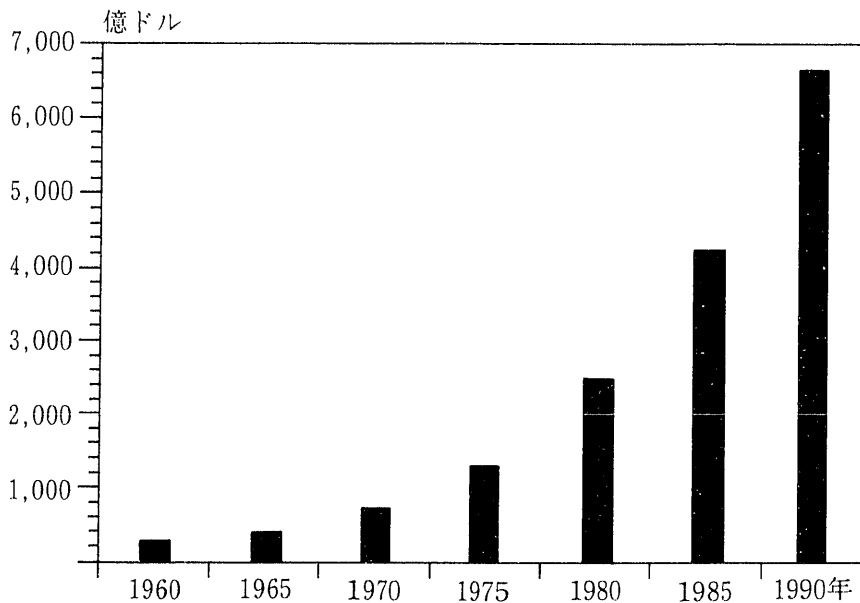
3. コストの削減

医療保障の拡大と並ぶ課題は、いうまでもなく、膨大な医療費をどう削減し、その伸び率をどう抑制するかである。

3-1. 膨大な医療費

1991年に米国が使った医療費の総額は7,580億ドルで、GDPの13.2%であった。この数値は他の先進諸国との比較においてもきわめて高い。しかも医療費は急激に上昇しており、もし現行の医療制度が改革されなければ、米国の医療費は今後もなお毎年13.5%の割合で増加し続けるものと予測されている。

米国の医療費がなぜこのように高く、またその増加率が大きいのかについては定説がない。一般的な説明としては、(1)高度先進医療を可能とするテクノロジーの導入とそれにかかる経費、また医師も患者もこのような最先端医療の実施を当然のことと考える文化、(2)人口の高齢化、(3)医療関連スタッフの賃金の上昇、(4)高額な医療費を消費する救急医療の対象となる事故や犯罪の多さ、(5)政府の医療費抑制策あるいは無保険者のために回収できないコストを、削減するのではなくに単に他の保険者に転嫁して回収することを可能とするコスト・シフティング



出典：Health Care Financing Administration, Office of the Actuary

図1 米国の医療費総額

の慣行等々があげられている。しかし、米国の医療制度がきわめて複雑であるために、たとえばこれらの要因の何がどれだけ医療費の増大に影響を及ぼしているのかを特定することはほとんど不可能である。

3-2. コスト・シフティング

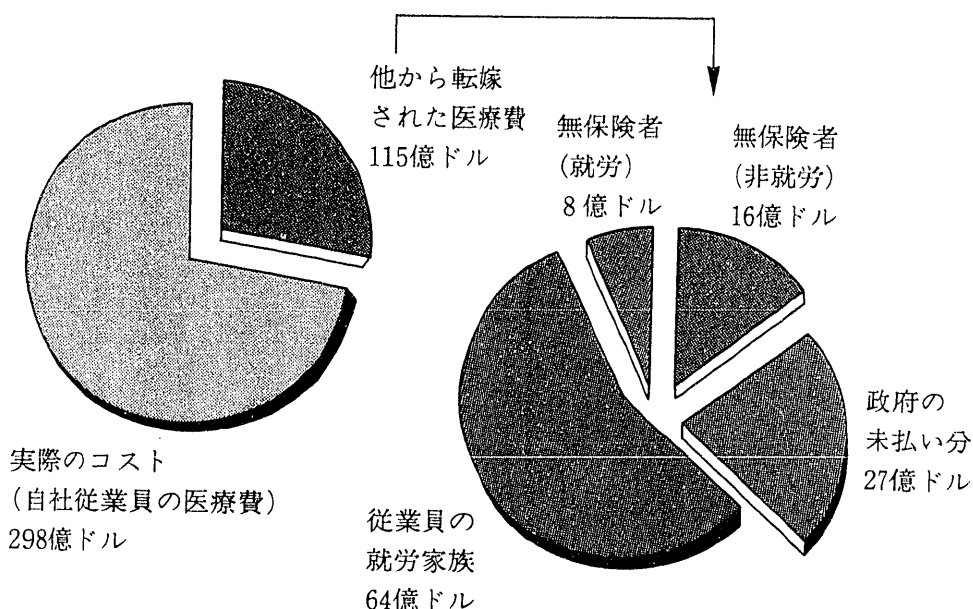
コスト・シフティングは、今日、二重の意味で国民の負担を重くしている。第1に企業間における保険料負担の不均衡の問題として、第2に病院等の医療供給機関内において行われている上乗せ請求の問題としてである。

企業間のコスト・シフティングの一例が図2に示されている。図は全国製造業協会（the National Association of Manufactures）が公表しているデータである。1991年に大手製造業者が従業員のために支払った医療費は年間413

億ドルであった。このうち直接に自社の従業員にかかった医療費は総経費の72.2%にあたる298億ドルだけで、残る115億ドルはコスト・シフティングによって他から転嫁された負担分である。この115億ドルのうち、約55%にあたる64億ドルは従業員の就労家族のための医療費負担、24億ドルは無保険者のために消費されて未回収となった医療費からの転嫁、残る27億ドルは政府管掌のプログラムからの未回収分からの転嫁であった。

ここにいう就労家族とは、他に仕事をもって働いている従業員の家族である。米国では、企業は従業員だけでなくその家族（主として配偶者と子ども）にも医療保険を給付するが、その際、これらの家族の就業上の地位は問われないのが普通である。したがって、従業員の家族は、他の企業に雇用されて働いている場合にも配偶

医療費負担



資料：米国製造業協会調べ

図2 製造業界へのコスト・シフティング (1991年度)

表1 患者への請求・患者からの支払い総額およびコスト (単位：千ドル)

	請求額(1)	回収額(2) (収入)	コスト(3) (支出)	請求率 (1)/(3)	利益率 (2)/(3)	回収率 (2)/(1)
1991年	636,211	358,956	344,146	184.9%	104.3%	56.4%
1992年	646,233	354,550	346,620	186.4%	102.3%	54.9%

資料：スタンフォード・ホスピタルの調査による。

者や親が勤める企業の医療保険に加入することができる。こうしたシステムをとるために米国では、給付内容のよい医療保険を給付している比較的大きな企業が、従業員を通じて、医療保険を給付していない企業あるいは給付内容の比較的貧しい企業に働いている家族にも医療保険を給付するという状況が生じている。

勤労者が自分の勤務先の企業を通じて医療保険に加入している割合は、雇用されている企業の規模と明確な相関関係があり、企業規模が大きくなればなるほど加入率は高くなる。従業員1,000人以上の企業では従業員の71%がその企業が給付する医療保険に加入しているが、24人以上100人未満の企業ではその数値は52%、10人未満の企業では25%以下である。これとは逆に、「配偶者あるいは親等の家族の医療保険に加入している者」の割合は企業規模が小さくなるほど高くなっており、従業員10人未満の企業では、全従業員の半数以上が家族の勤務先の企業を通じて医療保険に加入しているのである。要するに、米国では一般に、より小規模な企業の従業員のための医療費は、家族給付の形をとって、より大規模な企業によって支払われているのである。これらの企業の間には、明らかに医療費負担の不均衡がある。

ところで、スタンフォード大学病院を例にとって病院内で行われているコスト・シフティングの実態をみよう。表1は1992年度にスタンフォード大学病院が患者に請求した診療費の総額

表2 未回収の病院経費総額 (単位：100億ドル)

	1989年	1990年	1992年
メディケア	6.9	8.2	14.4
メディケイド	4.2	4.6	8.1
無保険者	8.9	9.6	11.9

出典：Lewin-ICF, April, 1992, ProPAC. Report to Congress, June 1992

とそのコスト、および実際の回収額等を示している。表に明らかなおと、請求額に対する回収率は55%に満たない。請求したにもかかわらず支払われなかった金額の大半は、保険者から「値切られた」ために生じた未回収分である。請求を値切るのはどの保険者にも共通の対応であるのだが、中でも、もっとも大幅な値切りを行っているのは政府である。スタンフォード大学病院の場合でみると、メディケアの支払い率は請求額の約50%、メディケイドはわずか約25%である。

このような多額の未回収が政府管掌保険から生じているのは、スタンフォード大学病院だけに特有のことではない。政府がメディケア・メディケイドの償還率を引き下げたことにより、米国では、多くの病院が政府から回収できない医療費コストを赤字として抱え込むようになった。さらに、各病院が無保険者の治療に要した費用も同様に未回収のままとなっている。これらの未回収の医療費は1992年には米国全体で合計3,440億ドルに上っており、しかもその額は年を追って急速に増大してきている。

4. クリントン大統領の医療改革構想

いわゆるクリントン法案が原案のまま実施されたとしたら、米国の医療制度はどのように変化するであろうか。「医療保障法」の構想に基づいてさまざまなシミュレーションを含む予測的な研究が行われてきている。そのひとつである「医療保障法の財政的インパクト」(Lewin-VHI, Inc., "The Financial Impact of The Health Security Act" Dec. 1993)を参考にしながら、クリントン大統領の医療改革構想を検討しよう。

4-1. 医療保険制度改革

「医療保障法」が実施された場合の保険加入の仕組み、選択できる保険の種類はどのように変化するであろうか。図3にその概要を示した。従業員5,000人未満の企業の従業員とその家族、自営業主とその家族、および無業者は、医療保険の共同購入のための地域組合を通じて医療保

険を購入する。従業員5,000人以上の企業は単独の保険者として市販の保険を購入するか、あるいは任意に他の企業と連合して購入団体となるか、または自社保険を給付する。メディケア加入者については従来どおりの制度を維持する。その際、加入者は、少なくとも3種類の保険の中から好みのパッケージを選択できるものとされている。

このような改革に伴い、保険者の構成が大きく変化する。図4は現行制度と医療保障法実施後の保険者構成を比較している。医療保障法が実施されると、地域組合を通じて医療保険に加入する者が、有業・無業合わせて全人口の4分の3以上を占め、企業単位の加入者は従来の56.8%から10.7%まで減少する。改革後には原理的には無保険者は存在しない。

すべての事業主に従業員への医療保険給付が義務づけられ、また地域組合の設立等により零細事業主にも従業員への医療保険給付が可能になれば、現行制度の下でみられる企業間のコスト・シフティングによる医療費負担の不均衡の

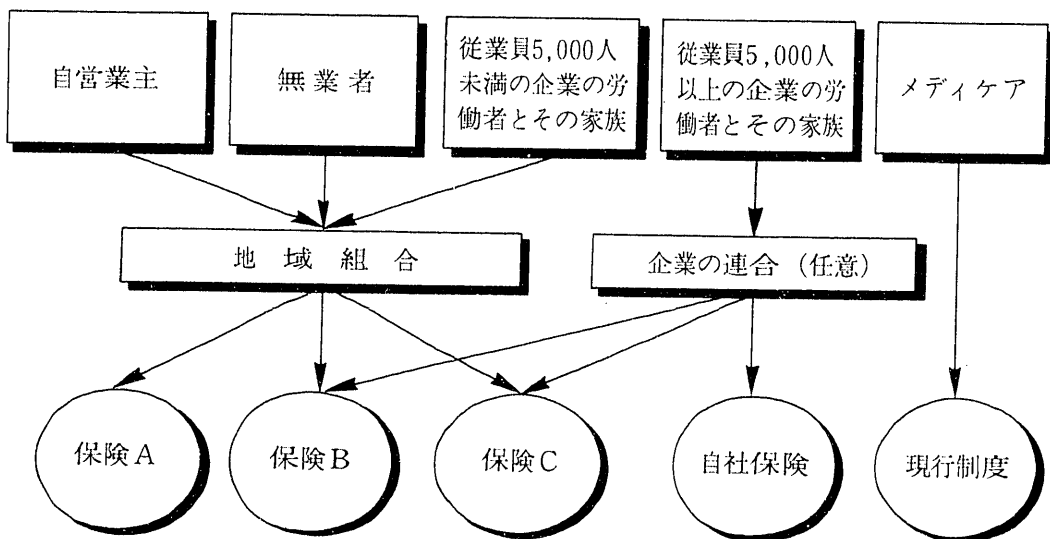
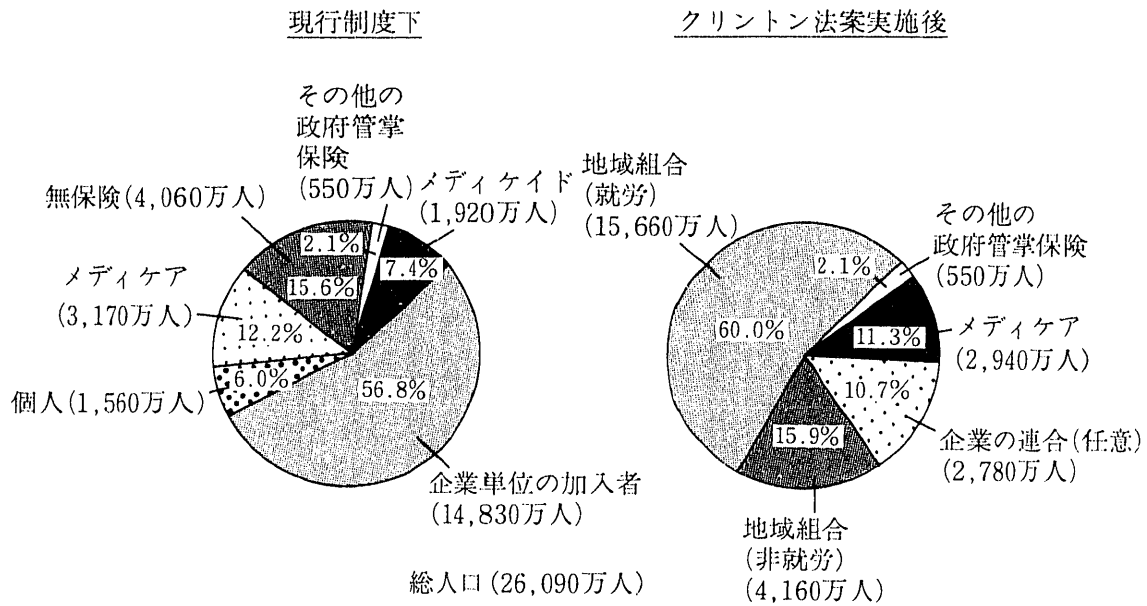
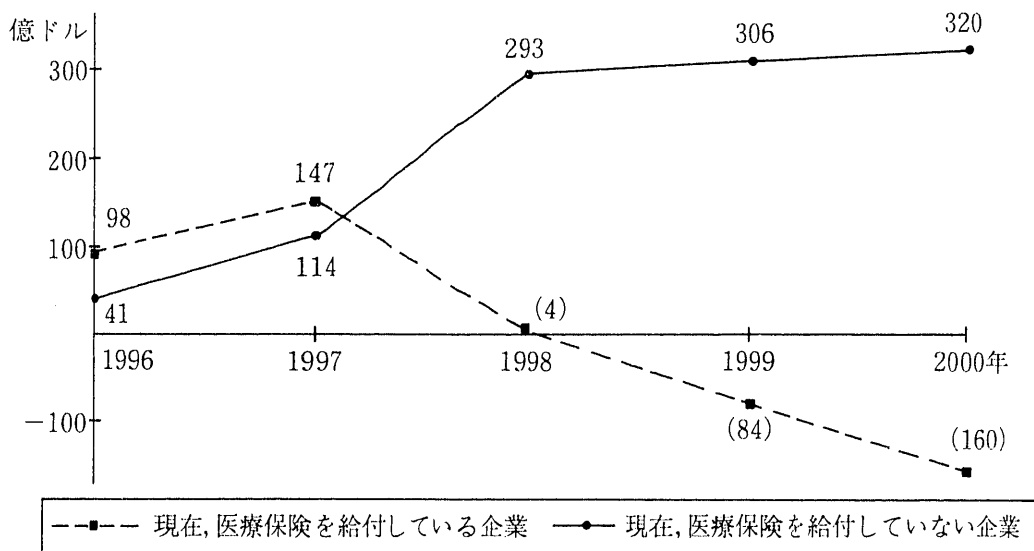


図3 クリントン法案下の医療保険制度



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図4 保険者構成の変化



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図5 企業の医療費負担 (予測)

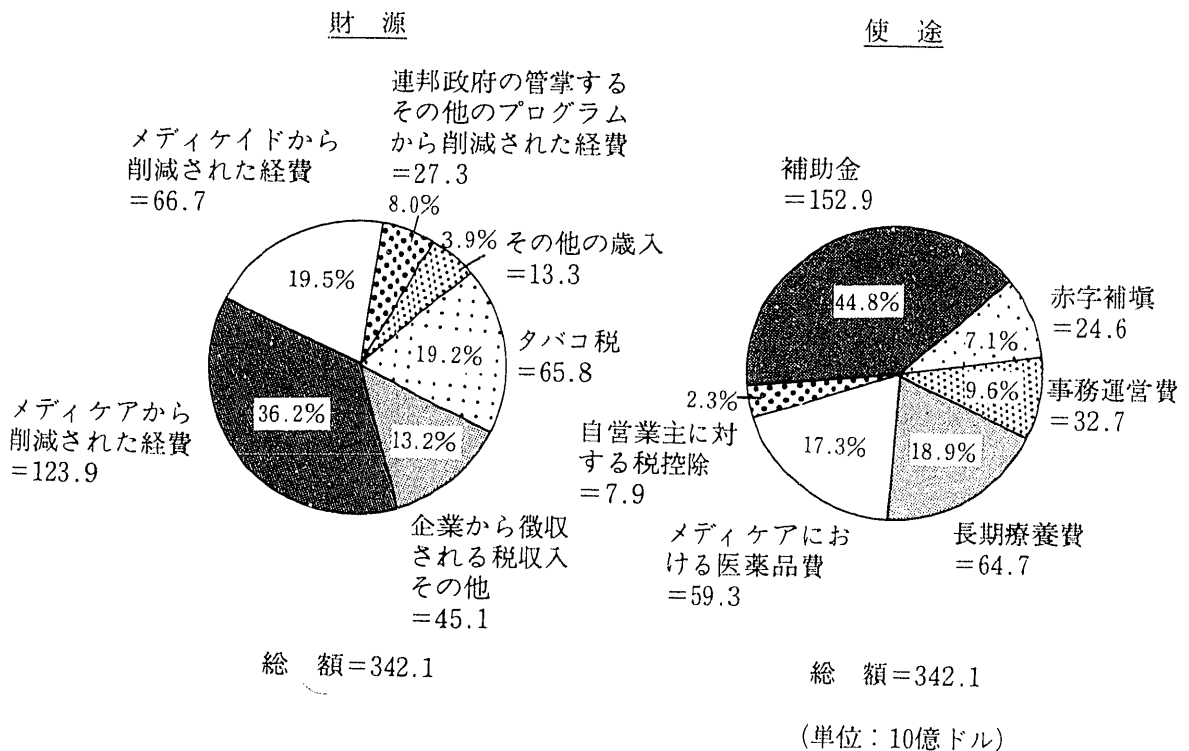
問題は解消することが期待される。しかし、これによって従来から従業員に医療保険を給付してきた企業の医療費負担は軽減するが、一方、当然のことながら、現在まで従業員に医療保険を給付してきていない企業の負担は増大する(図5参照)。

4-2. 医療費の抑制

クリントン大統領の医療制度改革は、基本的な財源をメディケア・メディケイドから節減された経費によって賄うことを期している。図6には、1994年から2000年にかけての医療費の財源とその用途についての見積もりが示されている。財源の63.7%はメディケア・メディケイドおよびその他の政府管掌保険から節減された経費、19.2%はタバコ新税、13.2%は企業からの

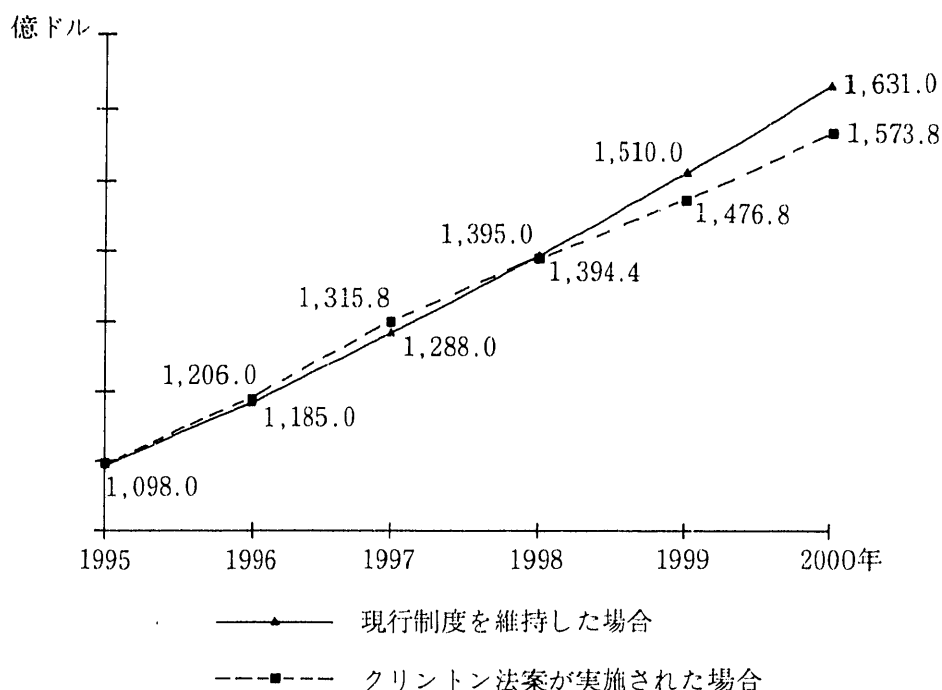
税収である。用途は、44.8%が企業あるいは個人に対する補助、18.9%が長期療養費、17.3%がメディケアに付加される医療品費給付に充てられることになっている。

ところで医療費の抑制であるが、予測によれば、医療保障法が実施されても、初めの1年間の医療費の伸びは現行制度を維持した場合とほとんど変わらず、抑制効果は翌1999年から初めて期待できるものと見込まれている(図7)。しかし、医療費の対GDP比に関する予測によれば、現行制度を維持した場合の2000年の医療費の対GDP比は18.7%であるのに対し、「医療保障法」下での2000年に医療費の対GDP比は18.0%と予測されており、その差は大きくない。



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図6 医療費の財源と用途



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図7 米国の医療費総額（予測）

5. クリントン構想への批判

クリントン大統領の医療制度改革構想に対する批判の論点を列挙してみよう。

(1) 当初から繰り返されているのは、改革の費用についての見積もりがあいまいという批判である。クリントン大統領のタスクフォースは、医療費は抑制できるという前提の下に、1999年の医療費を1,810億ドルと見積もっている。議会の予算局（CBO）はこれを批判し、少なく見積もっても2,258億ドルはかかるとの試算を発表している。しかし、多くの研究者あるいはマスメディアは、予算局の見積もりもまだあまいとして批判している。こうした批判とともにニュ

ーズ・ウィーク誌が発表した見積額は2,700億ドルであった（1994年2月21日号）。

(2) 改革に要する費用はメディケア・メディケイドから節減された経費で賄うことができるとの構想にも疑問を呈する声が高い。先ごろまで前ブッシュ政権でメディケアを統括する部局の責任者であったゲイル・ウィレンスキーは、筆者のインタビューに応え、この点について「これまでのメディケアのコスト削減の65%までが病院等への支払いを一方的にカットした結果であることを考えれば、これ以上のメディケアからのコスト削減はむずかしいというべきだ」と語っている。

(3) 事業主に従業員への医療保険給付を義務づけることには、医療費負担が企業活動を阻害

し、ひいては企業の国際競争力をも弱めかねないとして中小企業を中心に反対が根強い。実際、前述したとおり、現在まで従業員に医療保険を給付してこなかった企業については、その医療費負担は改革後に大幅に増加することが明らかである。

(4) クリントン構想における地域組合の規模を疑問視する声も高い。こうした批判の先鋒は、そもそも医療保険の共同購入のための地域組合という概念を提唱した医療経済学者のアラン・エントーベンである。医療保険市場を活性化するためには、地域組合に組織される企業は全体の30～55%程度までであるべきであり、そのためには地域組合に加入する企業は従業員100人未満までとすべきだというのがエントーベンの主張で、従業員5,000人規模までの企業に地域組合への加入を強制するクリントン構想では、市場を活性化させることができず、したがってマネージド・コンペティションがうまく機能しないので、市場原理に基づく医療費の抑制効果は期待できないというのが彼の批判である。

(5) クリントン構想の下で政府による統制が強まることも危惧されている。地域組合の規模が大きすぎるとの批判には、この組合が州単位のシングル・ペイヤーになるのではないかと危惧する声も高い。国家医療審議会の設置には特に批判が集中しており、医療費予算総額の設定や保険料の値上げ幅の統制など、あらゆる価格統制に対する批判が各方面からなされている。また、標準給付パッケージの内容の規制などを通じて医師等の医療行為に対する口出しが行われ、医療従事者の専門職としての自律性がそこなわれるのではないかと危惧から、医師の団体の多くがクリントン法案を批判している。

6. 議会における修正

本稿冒頭でも述べたとおり、米国では法律の制定に責任を負うのは立法府すなわち上下両院からなる議会である。新しい法案が成立するためには、その法案はまず上下両院でともに可決されなければならない、さらに大統領がこれに署名しなければならない。

上院あるいは下院に提出された法案は、まず管轄権のある委員会に送られる。法案を付託された委員会は、さらにその法案を該当の小委員会に割り振って審議させる。小委員会は証人を召喚して行う聴聞会等を開催しながら法案の審議を行い、審議結果と修正事項をまとめ、これを全体委員会に送付する。全体委員会はその法案を審議し、さらに法案を修正補足したうえで、これについての採決を行う。採決の結果採択された法案は、委員会の報告書とともに本会議に上程される。審議過程における法案の修正は、文字どおり一言一句にわたって厳密に行われるので、このようにして修正された法案が提出時の原案とは大幅に異なっていることも決して稀ではない。

ところで、本会議での審議は、下院の場合にはかなり迅速に行われる。議員のスピーチにも、下院では時間制限が設けられている。一方、上院には、審議に際しては討議を尽くすという長い伝統があり、議員のスピーチにも何らの制限も加えられないのが通例である。このため、上院の場合には、ある法案についての委員会案がまとまったとしても、この法案が具体的にいつ成立するか（あるいは成立しないか）を見通すのはむずかしい。

今期の医療改革法案の審議も上述のような過

表3 上下両院の修正案とクリントン法案

	クリントン法案	下院の修正案	上院の修正案
保険制度	1998年までに皆保険制度を実現。	1999年までに皆保険制度を実現。	任意の保険購入組合や保険市場の改革・政府の補助に上って2000年までに全国民の95%まで医療保険を普及させる。2000年1月1日までにこれが達成されなかつた場合には、代替システムが適用されない。2002年1月1日に95%の普及を達成していない州では、従業員25人以上の企業は、従業員への保険給付を義務づけられ、保険料の50%を支払う。
給付内容	包括的な給付内容をもつ標準給付パッケージの設定：精神病の治療費、処方薬、リハビリテーション、ホスピス、在宅医療・長期療養費の一部を給付、さらに人口妊娠中絶への給付も行う。	包括的な標準給付パッケージの設定：処方薬、精神病予防的なケア、長期療養のための在宅・地域ケア・プログラムの新設。人口妊娠中絶への給付については検討中。	標準パッケージには予防的なサービス、処方薬、リハビリテーション・サロニクス、精神病および薬物・アルコールに対する治療費、避妊指導および妊産婦への給付、ホスピスおよび在宅医療費さらに高齢者・障害者に対する長期療養費の一部を含む。
保 険 者	大多数の国民は地域ごとに設置される医療保険購入共同組合を通じて保険に加入する。従業員5,000人以下の企業はこの組合に加入しなればならない。65歳以上の高齢者については現行のメディケアを維持する。	事業主は医療供給者に関して選択の自由のある医療保険を最低限1つとマナージョングレイン・プランを1つ給付することと義務づけられる。従業員100人未満の中小企業の従業員は連邦政府の職員と同じ保険者を通じて保険を購入するが、あるいは新たなメディケア・パートCに登録できる。このメディケア・パートCは無業者・低所得層・バレー・タイム従業員および季節労働者にも適用される。	企業は最低3種類のプランを提供するようお願いされるが、保険料の負担は要求されない。従業員500人未満の企業は医療保険購入組合を通じて保険を購入することと認められる。州は少なくとも人口25万ごとに任意の医療保険共同購入組合を設置する。生活保護受給者、自営業主および従業員500人未満の企業に働く労働者は、連邦政府の職員に適用されるプログラムを通じて保険を購入することとできる。
財 源	事業主は従業員個人の保険料の約80%、また従業員の家族の保険料の約55%を負担（但し給与総額の7.9%まで）。個人は保険料の20%までを支払う、その他5,000人以上の企業が支払う保険税とタバコ新税（現行の1箱24セントから99セントまで漸次引き上げ）を財源に充てる。	事業主は保険料の約80%、従業員は約20%を負担する。大企業は1997年までに、従業員100人未満の企業は1999年に開始。その他タバコ税引き上げ（1箱24セントから69セントまで）、保険料への課税（2%）およびメディケアから削減経費。	主な財源にはタバコ税の引き上げ（1箱24セントから69セントまで）と銃砲税の引き上げ、メディケアからの削減経費を充てる。1.75%の保険料税を新設。
政府による補助	従業員75人未満かつその平均賃金が2万4千ドル以下である中小企業については、事業主の保険料負担を支払い給与総額の3.5%から7.9%までの範囲にとどめる。連邦貧困基準の150%以下の所得水準にある労働者については保険料の支払いを政府が補助する。	従業員50人未満の小・零細企業に働く低所得層および連邦貧困基準の2.4倍以下の所得層には政府が補助を行う。	政府は1997年から連邦貧困基準以下の低所得層の保険料を全額補助する。さらに、貧困基準の185%以下の低所得の妊産婦および19歳以下の子どももの保険料も全額補助する。また従来保険給付を実施してこなかつた企業への給付開始にあたっては補助金を交付。
コスト削減	国家医療審議会が国および地域の医療費総額を決定し、また保険料の値上げ幅を制限する。	5年以内に医療市場でコスト抑制が機能しない場合、予算を超過した病院に対して政府が価格統制を導入する等のコスト・コントロールを行う。	規定よりも速くコストが上昇した医療保険は25%の課税。連邦委員会は医療コストを監視し、コスト抑制方法を勧告する。
医療保険改革	保険会社は既往症等を理由とする加入制限を設けることができない。地域医療保険購入組合のメンバーにはすべて一律の保険料が適用される。	保険会社は既往症等を理由とする加入制限を設けることができない。従業員100人未満の企業は地域の平均保険料で保険を購入することとを保障される。	保険会社は既往症等を理由に保険加入を拒否することができない。国民は転載してても保険を継続できる。

程を辿る。医療改革法案は、現在、委員会での審議を終え、修正されて上下両院の本会議に上程されたところである。表3は、上下両院それぞれがまとめた修正法案と議会に提出された時点での「医療保障法」を比較対照している。表に明らかなおり、かなりの修正が行われた。クリントンの原案では1998年までに国民皆保険を実現する構想であった。これに対して、下院の修正案では1999年までに国民皆保険を実現する構想となつてはいるが、上院の修正案では皆保険実現は謳われておらず、2000年までに95%までの普及を目標とするものとされている。

事業主に従業員への医療保険給付を義務づけること (Employer Mandate) については、下院ではこの条項が残されているものの、上院では削除された修正案になっている。医療保険の共同購入のための地域組合については、上院案には残されたが、下院案では削除され、これに代わって無保険者や低所得者に医療保険を給付するための新しいプログラムであるメディケア・パートCが構想されている。

上下両院の修正案と「医療保障法」との大きな違いは、両修正案が、「医療保障法」のように法案の実施のために最初から政府による強い統制を打ち出すことをせず、そのかわりに、まず市場原理に基づく改革を実施するために数年間の試行期間ともいふべき期間をとり、この間に目標が達成できなかった場合にのみ、その後にはより強い統制策をとるという時限条項を盛り込んだ二段構えの改革案となっていることである。

7. 法案審議の今後

下院の修正案は7月29日に、上院の修正案は

8月2日に、それぞれ本会議に上程された。上下両院は今後、医療改革法案の採決に向けて精力的な審議を展開することになる。8月12日からは夏の休会が予定されている。したがって、審議に時間をかけないことを通例とする下院では、8月前半にも審議終了し、最終法案が成立する可能性がある。だが、上院での審議が今後どう展開するか、最終法案がいつ成立するかを見通すことはきわめてむずかしい。

もし9月中に上下両院で最終法案が採択されれば、その後両院協議会が召集され、両院それぞれの最終法案の内容的な調整作業を行うことになる。その結果、両院協議会が合意に達することができれば、協議会報告書が作成され、両院に送付される。上下両院では、改めてこの協議会報告を検討し、採択を行う。その結果、上下両院が同一内容の法案を採択することで合意できれば、合意された法案が事務方に送られ、法律としての体裁を完全に整えられてから大統領に送付されることになる。そして大統領がこれに署名すれば、法案として成立する。

最終的な妥協点がどこになり、どのような内容の医療改革法案が成立するかについては、いまだに議論が分かれている。しかし、大勢は中間選挙の前までに何らかの医療改革法案が成立するであろうとの見方に傾いてきた。

何と云っても、クリントン大統領自身が譲歩の姿勢を示しはじめている。実際、上下両院に上程された修正案のいずれについても、クリントン大統領は支持を表明している。法案提出以前から強く主張し、これを実現しない法案に対しては拒否権を発動するとまで主張してきた国民皆保険制度の実現についても同様で、上院に修正案が提示されてからは、最終的に、近い将来に皆保険が実現されるのであれば、当面は95

%の普及を目標とする法案でも許容できるとして譲歩の姿勢を示している。

この場合、最終的にどのような法案が成立したとしても、たとえその法案がいわゆる原案としての医療保障法から大幅に修正され、ある部分については原形をとどめないものであったとしても、この最終法案の成立によって、クリントン大統領が勝利宣言を行うことは間違いない。また、この法案が、歴史の上ではクリントン大統領の名を冠して呼ばれるものとなるであろうことも間違いないであろう。

主要参考論文・文献等

- 1) 今期の議会に提案されている主要な医療改革法案
 “American Health Security Act of 1993” :
 Wellstone, Senator Paul, *et al.* S. 491
 “American Health Security Act of 1993” :
 McDermott, Congressman Jim, *et al.* H.
 R. 1200
 “Health Security Act” : Mitchell, Senator
 George, *et al.* S. 1757
 “Health Security Act” : Gephardt,
 Congressman Richard, *et al.* H.R. 3600
 “The Managed Competition Act of 1993” :
 Breaux, Senator John, Durenburger,
 Senator David, *et al.* S. 1579
 “The Managed Competition Act of 1993” :
 Cooper, Congressman Jim, Grandy, Con-
 gressman Fred, *et al.* H.R. 3222
 “Health Equity and Access Reform
 Today” : Chafee, Senator Jim, *et al.* S.
 1770
 “Health Equity and Access Reform
 Today” : Thomas, Congressman Jim, *et*
al. H.R. 3704
- 2) 筆者自身による有識者へのインタビュー調
 査。これらのインタビュー結果の一部は、「イ
 ンタビュー／識者に聞く：米国の医療と医
 療改革」と題して雑誌「厚生」に連載中。
- 3) “Memorandum for Republican Leaders” :
 Republican National Committee/H. Bar-
 bour (ファックスで全米の登録会員に送られ
 ているニュースレター)
- 4) “Health Care Reform Weekly” Vol. 22,
 No. 36, Oct. 4, 1993 以降の全イシュー
- 5) Richard M. Sorian and the Editors of the
 Health Care Information Center, “A New
 Deal For American Health Care”, Fau-
 kner and Gray, 1993
- 6) 季刊“HEALTH AFFAIRS”所収の以下の
 論文
 Jon Christianson and Ira Moscovice,
 “Health Care Reform and Rural Health
 Networks”, Fall 1993
 James W. Fossett, “Medicaid and Health
 Reform”, Fall 1993
 Mark V. Pauly, “U.S. Health Cost : The
 Untold True Story”, Fall 1993
 Henry J. Aaron, “Commentary : Budget
 Limits and Managed Competition”, Fall
 1993
 Alice M. Rivlin, David M. Cutler, and Len
 M. Nicholas, “Financing, Estimation,
 and Economic Effects”, Spring (1) 1994
 “Economic Analysis of the Clinton Plan”,
 By Henry J. Aaron, Stuart Altman,
 Alain C. Enthoven and Sara J. Singer,
 Vivtor R. Fuchs, Jack Hadley, Joseph P.

- Newhouse, Mark V. Pauly, Uwe E. Reinhardt, Gail R. Willensky, Spring (1) 1994
- Karen Davis and Cathy Schoen, "Universal Coverage: Build on Medicare and Employers", Spring (2) 1994
- Frank B. McArdle, "How Would Business React to an Employer Mandate?" Spring (2) 1994
- Edward G. Grossman, "Comparing the Options for Universal Coverage", Spring (2) 1994
- Robert E. Moffitt and Sylvester J. Schieber, "Perspective on Mandates", Spring (2) 1994
- Stanley Jones, Donald M. Cohodes, and Barbara Scheil, "The Risks of Ignoring Insurance Risk Management", Spring (2) 1994
- Thomas R. Oliver and Emery B. Dowell, "Interest Groups and Reform: Lessons from California", Spring (2) 1994
- Lawrence D. Brown, "Commentary: Politics, Money, and Health Reform", Spring (2) 1994
- Jane E. Sisk and Sherry A. Glied, "Innovation under Federal Health Care Reform", Summer 1994
- David F. Durenberger and Susan Bartlett Foote, "Commentary: Technology and Health Reform: A Legislative Perspective", Summer 1994
- 7) 島崎謙治「米国の医療保障制度改革の展望(1)～(6)」『週刊 社会保障』No. 1795-No. 1800, 1994年6月27日号—1994年8月1日号
- 8) 拙稿「米国の医療改革を読む (1) 六つの医療改革案を検討する」『社会保険旬報』No. 1820, 1993年12月1日号
- (にしむら・ゆみこ
スタンフォード大学 アジア/パシフィック
リサーチセンターアシスタントディレクター)

米国の医療供給システム

——病院経営の変遷を切り口に公正と効率を考える——

田 中 滋

はじめに

本稿の主題は、経済学、なかんずく公正と効率の観点から見た米国医療供給システムの分析である。特に供給主体内でのコストシフト現象と、市場の基盤整備に対する政府の役割という2つの側面を詳しく説明する。一方、医療供給にかかわる単なる制度や出来事の紹介は、すでに世の中に多くの書物や論文が存在する以上、この特集で改めて記述する必要はないと考える。たとえば、いわゆるオープンシステム＝病院と医師との関係、病院の種類（国公私の別、コミュニティ病院＝非連邦立短期一般病院、営利と非営利の混在など）、専門医と一般医/家庭医の問題、等々の基礎的事項は了解済みと想定する。

アメリカ合衆国医療供給システムの問題点を分析する切り口としては病院経営を選択した。なぜなら米国の病院は資本投下額が日本と比べてはるかに大きく、しかも資本調達が多くが経営の自己責任に基づき、さらに高度な技術を体化した専門職をはじめ多数の人間が集約的に働いている点で、供給主体中でもっとも経済合理的行動をとらざるをえない存在だからである。分析資料については米国病院協会出版の「HOSPITALS 誌」の1980年～1994年前半の

全号を利用したり。

なお本稿は全体に公正と効率に関する批判的な記述が中心になっているが、米国医療供給のプラス面も指摘しておきたい。まず質の高さは広井氏の優れた著作に示されたとおりでである。加えてわが国の保険加入者・患者とは比べものにならない「選択の自由」—「自由」はアメリカ合衆国の価値体系の基礎である—が存在する。さらに保険者にもかなり行動と選択の自由が許されている（医療保険の目的にとってそれがよいかどうか疑問は残るが）。質の高さと選択の自由というプラス面は今回は取り上げていないので、忘れてはならない項目としてはじめに強調しておくべきであろう。

1. 日米医療供給システムの共通点

1980年代初頭における米国病院の主要課題は、経営戦略レベルというよりは、いわゆる病院管理論に分類できるテーマが中心であった。実際のところ HOSPITALS 誌には、ほとんどがまるで直近の日本の姿といっても通りそうな記事が並ぶ。年間の出現頻度の順に並べると、1980年には①高齢者問題、②看護婦不足、③給食サービス、④省エネルギー、④建築デザイン、⑥薬局運営であった（同じ数字は同数を意味する）。翌1981年には、①建築デザイン、②医療費

抑制, ③看護婦不足, ④情報システム, ⑤救急医療, ⑤リスクマネジメントとクオリティアシユアランスといった順である。

ではどうして米国病院の主要課題が近年の日本の病院経営課題と似ていたのだろうか。そもそも分析期間を通じて日米の医療供給システムに共通する一そして欧州やカナダとは異なる一最大の特徴は, 病院の“企業性”にある。その理由は, 医療需給にかかわる公正と効率を同時に目指す方向性である。

簡単に説明しよう。医療は, 公衆衛生的な部分を除き, 根本的には経済学の用語法では一消費過程の非排除性と非競合性, 生産過程の自然独占性, および外部性が一般に成り立たないので一私的財に分類される。ただし情報の非対称性と不確実性に関する対応は必要である。しかしたとえ後二者に対する一応の補正が資格制度と保険を通じて果たされたとしても, ある程度公的な費用保障制度を整備しない限り, 多くの場合, 購買能力を欠きがちな「医療ニーズを強くもつ人々」が「需要」側に参加できず, 市場から排除されている可能性が高い。メディケア, メディケイドが設立された所以である。

こうした補完がなされたうえで, “準”市場において自由選択と供給者間競争により効率を追求する方向を選択している点こそ, 日米の基本的類似性である²⁾。要約すれば, 『利用者側(の一部)については公的費用保障制度によって支払力を付与し, ニーズを需要に転化しうような支援策をとる。他方サービス生産側は非営利企業を中心とする多様な供給主体が, 資本投下のリスクを負い, サービスの質とコスト・技術革新をめぐる競争を展開する。こうして補正された市場において, 「需要」と「供給」の間で自由な取引を行わせ, 効率的資源配分を図る。』と

なろう。

しかし, 制度全体がどのように注意深く設計され, かつ運営されているか, 言い換えれば市場の“コミッショナー”機能がどう果たされているかについては両国で大きな差が見られる。この点は第4節で詳述する。

他方, 1980年代初頭までの米国と90年代初めまでの日本の間の共通点は, 経営環境, 取り分け医療収入の安定・成長であった。70年代の10年間に, アメリカ合衆国の医療支出は300%増を記録したし, 1980年の病床利用率は80%近い値を保っていた。こうした状況では, 病院は管理さえ誤らなければしかるべき経営が成り立つとみなしてよい。

2. 独占的買手としての政府

① DRG/PPS と病院経営

DRG/PPSの導入以後, HOSPITALS誌に現れる記事のタイプは, 支払制度に関するもの, 並びに新しい経営環境下での競争戦略, 中でもマーケティング戦略が中心となっていく。1983年には記事数の圧倒的な首位が「メディケアの支払方式変更」によって占められたのは当然として, 84年にも出現頻度は①PPSと病院経営, ②マーケティング, ③資本面の危機, ③PPO, ③病院CEO(経営者)の役割, となっている。85年もCEOによるプランニングがもっとも多く取り上げられた。

ところが1980年代後半, アメリカ合衆国医療の経済面に大きな変換が見られた。供給側(病院界/医師会)の交渉上の地歩の弱まりである。そしてこの事態の進展における大きな特徴は, 連邦政府が変革をめぐる悲喜劇の主役の一部(演出家ではない)となった点である—ただし

共通の脚本は存在しない劇ではあるが。

86年の記事記載数は、①不十分な DRG 支払、②農村部病院の経営悪化（この問題は数年間重要テーマとなり続ける）、③病院合併、と変わる。87年以降は「財務状態の悪化」がもっとも多く、それを受けた「病院連携のあり方」や、「ケアの質」などが並ぶ。また支払額の制限が少ない分野への進出増から、「外来サービス」や「独立医療センター」の記事も散見されるようになる。さらに厳しい内容では、「病院閉鎖」「病院経営者の雇用流動化」などが指摘できる。最後にマルチ・ホスピタル・システム（MHS）の発達もこの時代の特徴である。全米のコミュニティ病院のうち MHS に参加している割合は、1980年の30%から、85年の40%、そして90年の50%と上昇を続けている（うち営利のシステムに属する病院は約2割である）。

② 基盤整備を伴わぬ供給者間“競争”と医療費

このような変化を議会などで証言する際、米国政府は「政策変更の本質は規制緩和である」と説明してきた。また、支払者がサービス提供者と“厳しい”価格交渉を行う“競争促進”策が是とされた。そこには暗黙のうちに、「医療分野でも、市場が競争的になるにつれ、供給側に対し“質を保ちつつコストを引き下げるインセンティブ”が働く」との一結果としては誤っていた一前提が存在していた。

これは、それまでの“病院間競争”が、価格競争ではなくむしろ（経済的に弱い需要者を脱落させつつ）「質とサービスの一時に過剰な一向上競争、ひいては価格高騰」をもたらしたことへの反省を伴わないばかりか、「公益産業や準公共財供給セクターは（そもそも公共性や公正観ゆえに自由競争が好ましくない財であるにもか

かわらず）競争不足だから非効率である」との一安易な一断定に基づく。

“規制緩和の結果、旧来よりは競争度を増したはずの医療市場”において、米国厚生省は「最大の費用負担者としてのマーケット・パワーを武器に、医療費抑制を目指す行動主体」と自らを位置づけた。これは“コミッショナー”の役割放棄につながりかねない危険な選択である。別ないい方をすれば「市場に超越的権力をもって命令するのではなく、最大の需要者として立場の方向を定めている」と解釈できる。まさに（後述するように）独占的買手による市場分断の論理といえよう。

“競争強化策”が採られたとはいえ、現実には各自の最適化行動が全体の最適化につながるように公正な取引の「場」の整備がなされたわけではない。そのため、公的な老人医療費保障制度であるメディケアを含めた各保険者/支払者が、「自らの負担する金額」を減らそうとする交渉に成功しても、下げられた“費用”は病院や医師からの請求価格にすぎず、必ずしも実際の資源の費消は減少していない。

現代の医療分野ではサービス供給に要する資本費が大きい。その回収リスクを独立採算の供給主体に負わせ、かつ不完全競争下で一部の支払者/保険者からの1件当たり支払が現稼働率における平均費用を下回るとすればどうなるか。当然ながらサービス供給者にとっては、請求しやすい相手の価格を上げようとするインセンティブがきわめて強くなる。こうした状況下では、各支払者が自分の負担を小さくしようとする努力は、マクロレベルの効率化というよりは、社会全体ではすでに発生した費用の“押しつけあい”にとどまるだろう。このコストシフト現象については次節で詳しく説明する。

また、保険者による“マネージド・ケア（入院前審査、非緊急入院承認制、入院中の対診、退院計画など）”も、供給側の固定費用の発生そのものを抑えなければ、社会の総費用についてはコストシフトに似た結果（さらに場合によっては管理の錯綜による総費用増）を生みかねない点に留意すべきである。

最後に、クリントン政権下でキャッチフレーズとして多用されているマネージド・コンペティションも、有意義な帰結をもたらさるか否かは不明である。まして成果が単なる「交渉力の強いマネージド・ケアによる病院請求価格の割引」なら、本質的には保険者間の加入者獲得競争の一手段として役立つにすぎない。

3. コストシフト

① コストシフトの定義

アメリカ合衆国における医療サービス供給の経済分析の際、不可欠な用語のひとつに先述の「コストシフト」がある。しかしその用いられ方は必ずしも標準化されてはいない。ここでは「コストシフト」という分析概念を、経済学の観点から規定しておきたい。あわせて、見かけの上ではコストシフトと類似した現象をもたらす「価格差別」との対比も整理する。

はじめに一般化した形でコストシフトの定義を示す：

- a) 特定の需要者が何らかの事情を利用して市場分断に成功した結果、
- b) 買手独占的地位を占めたその需要者が（供給者との間の交渉を経て）成立させた価格が、
- c) （他の購入者への供給分を含めた）当該財貨サービスの生産量水準における

平均費用を下回る状態が発生し、

- d) その損失を補うため、同じ財貨サービスを求める他の購入者に対して供給者が平均費用より高い価格を課すこと。

ここでの供給者の行動目的は、産出量決定を通ずる利益極大化ではなく、長期の組織存続に要する費用の回収である。したがって供給者の意思決定にとって意味をもつ費用は、限界費用ではなく（補助金や寄付金等を調整後の）平均費用となる。また買手独占の成立の理由は経済面（たとえば規模の相対的な大きさや資金力、あるいは下請け/親企業関係）に限らず、政治力、行政権力、宗教的権威なども独占力の原因として働きうる。

② コストシフト成立に関する供給者側の条件

供給側の行動については、「供給の価格弾力性」と「操業停止の可能性」の2つが共に小さいことがコストシフト成立の必要条件である。

医療分野でこの条件を考えるためには、サービスの“買手”が誰であるのかを特定化しなければならない。医療については、患者などの最終消費者だけがサービスの対価を直接支払うわけではない。むしろ現代の各国では、医療サービス供給者が（定額の期間予算制で運営され、1件ずつのサービス供給に対する対価を求めないタイプの医療機関を除き）料金を“請求する”主な宛て先は、消費者が勤める組織の雇用主、保険会社/公的費用保障機構、もしくは政府などの第三者となっているケースが普通である。

したがって医療においては、これらの“第三者”支払者が、コストシフトの定義でいう「価格を交渉する」「買手”に該当すると措く方が適切であろう。アメリカ合衆国の病院にとっては、政府＝メディケア・メディケイドこそが、本節

でいう独占的支払者に他ならない。

ところで供給の価格弾力性は一般の私的財を提供する営利企業では限界費用曲線の傾きに依存する。これに対し病院においては、供給者の性質（“専門職の職業倫理”“非営利性”）や、それをサポートする経常外収入（寄付/無償貸与や、補助金/交付金など）の多寡が、供給の価格弾力性の大小に与える影響も無視できない点を指摘しておくべきであろう。

次に操業停止の可能性を左右する要因に触れる。限界費用曲線上での平均費用、ならびに平均可変費用との交点同士の相対的距離（＝固定費用をすべて回収できないにしても貢献利益が存在する範囲）は、上で触れた経常外収入のあり方を勘案した後の固定費の大小により定まる。固定費が大きいほど、ないしは固定費がサックコストになっている程度が小さいほど（たとえば期末に払わなければならない人件費や利子が存在するなど）、平均費用を割り込むような価格低下があった場合でも、操業停止点にいたるまでの“猶予幅”が大きい。

なお、独占的需要者がこれらの要素を明確に意識して行動しているか否かは、条件の内容には関係しない。しかし、いずれにせよ医療では上記の2条件を充足させやすい環境にあるといえよう。

③ コストシフト成立に関する購入者側の条件

加えて、コストシフトが成立するためには、「独占的買手以外の購入者」をめぐる2つの必要条件も充たされなくてはならない。第1はそれらの購入者に対して、(独占的需要者との取引で損失をこうむった)供給者が—情報の非対称性などを通じ—ある程度の独占力を保持すること、と表わせる。

第2の条件は、当該財貨サービスに関し「その他購入者群」がもつ需要の価格弾力性の低さである。たとえ価格上乘せに成功しても、その結果売り上げ額が減ってしまったら、独占的買手への財貨サービスの供給から生ずる損失をカバーしようとする供給者の目的に逆行してしまうからである。

前者の条件は、サービス財については独占的買手による転売が行えないため、物財に比べ相対的に守られやすい。他方、後者の条件は、アメリカ合衆国では保険購入企業/組織の人事労務および財務政策、ならびに私的保険者の営業政策上、「より給付条件の良い健康保険プランがより高い料金で販売される」事態が長い間容認されてきたという歴史的な事情も忘れてはならない。

最後に、供給者側が「独占的買手以外の購入者」同士の間を分断して実行する価格差別行動（後述）は一現に米国における病院ではそのような例が珍しくないとはいえ—コストシフト成立にとって特に必要条件ではない。

④ 価格差別との違い

コストシフトにより生ずる事態は、少なくとも事後的には、「価格差別」（＝「同じような財が限界費用に対し異なる比率をもつような価格で販売されていること」）と類似しているといえてよい。ただし価格差別とコストシフトの出発点はまったく異なっている。価格差別は、「売手側による市場分割、ないしすでに存在する部分市場利用の結果、買手間の連絡が断たれている状態」を基礎に、需要の価格弾力性の差を活用しようとする売手の行動の結果である。それに対しコストシフトは、独占的買手の行動が原因となって生ずる現象に他ならない。

そもそも供給者がすべての買手の間で価格差別を行えるほどの独占力をもつ場合には、コストシフトを必要とするような平均費用以下での価格成立は起きないはずである。もし買手の一部に対し費用を割り込む価格水準での販売が行われたとしても、それは長期の利潤極大化を図る供給者の経営政策の反映にすぎず（こうした行動は状況によりダンピングとして非難されよう）、コストシフトの原因とは呼びがたい。

⑤ 慈善ケアとコストシフト

「独占利潤の取得およびその結果としての所得移転を伴うケース」は、不当な（＝不公正かつ非効率な）価格差別に相当する。さらにそれ以前にコストシフトが発生しているのなら、独占利潤取得と需給両者間の所得移転が二重に（2方向で）存在することになる。反対に、「独占利潤が発生せず、所得移転がおきないケース」では、買手により価格に差が生じていても不当ではないと考えてよい。

非営利の病院やナーシング・ホーム、あるいは訪問看護団体などでは、慈善行為の対象とみなされる利用者に対し、無料もしくは低額でサービスを提供するケースが珍しくない。当然、“正規料金”を（第三者払いを含めて）支払う利用者との間に価格の差が生ずる結果となる。

しかしその場合でも、慈善サービスに要する費用が寄付や補助金、税制上の優遇等によって賄われ、他の利用者の価格に赤字分が上乘せされていなければ、たとえ価格差が見られても不公正、ないし非効率ではなく、コストシフト現象も起きる理由がない。

4. 医療に関する政府の役割

ここまで分析したような米国医療供給の混乱（＝非公正な取引による非効率）の主たる理由は、政府の機能の不完全さに起因している。なぜなら、米国医療の主要問題—無保険者の存在も、国際比較のうえで異常に高い医療支出の水準—も、いずれも1980年代、共和党政権による“規制緩和”“競争強化”の下で発生した現象だからである。そこで、医療供給システム論をまとめるにあたり、改めて医療にかかわる政府の役割を整理しておく必要がある。政府の役割は以下の5つに大別できる。

① 公共機能

a) 公共財の提供

医療分野における政府の古典的役割は公共財（地方公共財）、すなわち、「基本的には生産継続に要する費用をサービス提供によっては回収できないため、市場での私的供給が不可能」「かといって政府以外の非市場部門ではごく一部しか提供できない」「したがって、税金と財政支出を通ずる強制的資源配分を通じてしか必要量を確保する方法がない」財の提供と考えればよい。

代表例としては、公衆衛生、基礎研究、および医療サービスの質の評価方法ならびに評価基準の設定などがあげられる。質の評価については、政府が自ら実行する必要はないが、そのための方法と基準の基盤づくりには関与すべきであろう。

b) 医療サービスの利用を保障する仕組みの

設定と運営

社会保障にかかわる公的な諸制度のうち、医療と長期ケアに関連するものが相当する。具体

的には、メディケアとメディケイド、および退役軍人向けの保障制度（チャンプス）などが相当する。

② ヘルスケア・ポリシー

c) 医療に関する政府の役割のうち、今日では公共機能以上に重要な責務は、市場と非市場のいずれの経路に対してもサービス授受のルールを定め、それを監視する“コミッショナー”の立場である。つまり経済学の観点から見た「ヘルスケア・ポリシー」=『保健・医療・介護などにかかわるヘルスケア・サービスの授受について、社会の価値規範にのっとった公正な目標を設定し、それを資源の効率的配分を果たす形で実現するための基盤を整える政策』の実行に他ならない。

アメリカ合衆国は、私的な主体による自律的な行動に依存するヘルスケア・システムを採用している以上、本来はこうしたルール設定と運営は政府にとって第一の責務となるはずである。しかし支払者としての行動論理が、コミッショナーとしての役割より強く出てしまっている様子はこれまで見てきたとおりである。

③ 行動主体

d) ヘルスケア・サービスの供給者

公共セクターはまた、自らヘルスケア・サービスを提供する供給行動の主体ともなりえる。米国でも、連邦政府は軍人や退役軍人用の病院、州政府は精神病院、郡政府は貧困者用病院等を提供してきた。ただし本論文の文脈ではあまり重要なポイントではない（これに対し、面白いことに日本ではサービス供給主体としての行動について個別最適化の色彩が濃く、市場の公正にかかわる問題の主要原因の1つとなってい

る)。

e) 支払者

政府は公的費用保障制度からの支払を担当する。米国連邦政府はメディケア、そして州政府はメディケイドの支払者である。その際、医療全体の資源配分のあり方とは別に、当該制度の財政上の論理を優先させて行動していると評価せざるをえないのではなかろうか。米国における医療供給、取り分け病院の経営問題の根源は、前述のように支払者としての政府による「自分だけの最適化原理に基づく行動」から生じているからである。

おわりに

アメリカ合衆国の医療サービス供給に対しては、費用償還型（病院）と自由料金制（医師）の支払方式がとられ、しかも長らく価格規制が存在しなかった。したがって、もっとも重要な価値規範の表現形態の1つが「購買能力の許す限り最高の質を求める自由」である社会においては、医療技術の進展に伴って医療費が上昇していく強力なメカニズムが内在していたといつてよい（現在でも本質は変わっていない）。

そうしたメカニズムの下、普遍的な保障制度が存在しないまま、病院費用の上昇に対応して個別支払者による「コスト・コントロール=自分に対する請求価格削減策」が一専門家の族生と共に一異様に発達している状態にある。しかし全体として価格が公正で効率的に均衡していくとは思えない。

加えて、病院経営者の自己最適化努力の技法（「値切られることを前提とした」請求価格の増加、および質の向上と提示価格からの割引を通じた顧客獲得サービス競争）も—やはり専門コ

ンサルタントの多量の存在と共に一当然ながら“精緻化”の度合いを深めつつある。そして病院において発生する費用＝資源の（無駄な）費消そのものは減らされていない。

もし“準”市場機能を重視するのであれば、同時に市場基盤整備にかかわるコミッショナーとしての役割を政府が適切に果たさない限り、公正と効率は実現しないことをアメリカ医療供給の混乱は教えてくれる。わが国医療システムや高齢者ケア・システムの将来を考えるうえで

他山の石とすべきである。

注

- 1) 膨大な資料の整理要約は、慶応義塾大学大学院経営管理研究科田中研究室松原由美君の努力による。また資料探索段階では同じく研究室の根津淳君の助けを得た。共にここに感謝の意を記しておきたい。
- 2) 一方、費用保障制度やそこからの支払の仕組みの内容・性格は、日米両者でまったく異なっている。本号の他論文を参照されたい。
(たなか・しげる 慶応義塾大学教授)

クリントン改革とマネジド・ コンペティションについて

矢野 聡

1. はじめに

アメリカの医療保険改革は、1993年9月の大統領による「健康保障法（Health Security Act）」制定の表明以降、大きな波紋を国内の各関係者に投げかけている。現在までのところ、数多くの議員提案を含む代替案が医療保険改革の名のもとに上程され、各方面で論議されていることは周知のとおりである。しかし、論議の中心にあるのはこのクリントン案と呼ばれる、大統領の提案によるものである。

従来、民間医療保険が中心で機能してきたアメリカの市場に、公的性格の強い制度が導入される、ということから、医療保険改革の帰趨は、医療サービスの主流を占めていた民間部門の取り扱いに大きな感心が寄せられてきた。クリントン案においても、内容のなかでは、従来の医療保険の各制度が法案導入後も小さな変化で留まるような表現を用いているが、従来の医療サービスとの対比では、その内容はまさに革命的な意味を含んでいる。その本質を一言でいえば、公的制度の導入を求めずに、医療の需要の側の力を強める制度の追求、ということができる。

ところで、本法案の骨子はアメリカの特徴である医療サービスにおける民間を主体とした市場の論理を損なわない形で新たな制度を立ち上

げる、ということであった。良く知られているように、この「緩衝機能」ともいうべきものの最大の眼目は、「健康組合（Health Alliance）」¹⁾であるが、その骨子は、(1)民間医療保険の競争原理の基調を、リスクセクションから質、サービス、そして価格にする。(2)リスクの算定を経験上のものからコミュニティへと移すことによって公平性の拡大を図った。つまり、健康状態とか、雇用の状態による保険料設定の差異というものをなくしたということである。(3)消費者がよりよい医療供給者をより安い価格で選択できるように、プランおよび医師選択を最大化する。(4)購買力を集め、情報化を促進することによって購買者の力を強める。(5)消費者の選択というものを単純化し、明確化する。(6)消費者に、安い価格と高い価格を提示して消費者の費用自覚意識を促す。(7)組合が保険商品の購入、販売を特に中小企業向けについて行うことにより、高額な管理運営にかかる経費を削減する。(8)消費者が医療プランを仕事や家族の都合で変えなければならなくなったとしても、保険商品が中断せず継続できるようにする。(9)保険の加入前の状態による免責や待機待ちという制約を撤廃する²⁾。

この「健康組合」による医療プランの管理運営機構は、メディケア受給者を除くアメリカの全人口が対象となる。クリントン政権は、医療

サービスの内部機構に市場の論理を組み入れることによって、普遍性、公共性を維持しながら同時に競争原理をも確保しようとしている。つまり、従来の民間医療サービス機構を大幅に変化させることなく、改革を遂行しようとするアメリカ流の方式である。実際、1993年9月の医療保険改革の提案に先駆けて、大手のHMO(健康維持機構)、医療機関および医療保険会社は上述の方式に対して基本的な支持を表明していた。

しかしながら、この改革の基調をなす考え方は、医療保険改革の具体案を作ったワシントン内の全国から選ばれた作業部会のメンバーというより、外部の学者と民間会社や民間団体の代表によって構成されているグループの考え方が大きな影響を与えていたといえるのである。その学者とはアラン・エントーベン(Alain C. Enthoven)³⁾であり、またジャクソンホール・グループと呼ばれる、民間の医療サービスの代表者たちによる研究会の考え方である⁴⁾。

医療保険改革の基本構造を述べるに当たって、実際、前政権もクリントン政権もエントーベンおよびジャクソンホール・グループが提唱した「マネジド・コンペティション」という用語を用いて選挙戦を戦った、という経緯がある。その意味では、彼らの概念が民間の主導で成立しているアメリカの医療保険を改革する際のもっとも検討に値する指導的な案といえることができるのである。

2. マネジド・コンペティション

このように政策決定に重大な影響を与えている彼らは、しかしながらヒラリー夫人を長とする現政権による医療保険改革の、タスクフォー

ス・メンバーに選ばれはしなかった。だが、いずれにしてもアメリカにおいては彼らの示す大枠の中で、方向性が定まっているのである。それでは、彼らの唱える、マネジド・コンペティションとはどのような概念であるのかについて、若干の考察を試みよう。

この概念は、「ミクロ経済学の原理から導きだされた競争のルールを用いて、消費者と企業主にとって最大価値が得られるようにするための購買戦略」と定義づけることができる⁵⁾。ここは、被保険者のばらばらな集合体の代わりに、財源拠出者、例えば企業主や行政府や団体などの医療費支払に責任をもつ集団が、従来の保険会社等の保険者による価格競争の排除性、という状態を克服するために市場の形成や調整を行う、というものである。

この新たな役割の保険者は非排除性のルールを確立し、参加プランの選別を行い、適用状態を把握し、価格弾力需要を作り上げ、リスクセクションを管理する。つまり、マネジド・コンペティションとは、財源と医療供給を統合化した包括的なケア組織、すなわちHMO(健康維持機構)にみられるように高度な質で、対費用効果のある、あらかじめ定額で費用を徴収する仕組みを基礎にしている。

1973年にHMO法が成立する前後から、国民的な医療保険法案の提唱が現われているが、この法案に「民間内部の構造的競合(Structured Competition)」とか、「制限された競合(Regulated Competition)」という用語が用いられるようになった。競合というのはもちろん価格の競争を意味しているが、ここでいう価格とは、医療サービスに対する個々の価格、ということではなく、包括的な年額、ともいえる定額の拠出金のことである。医療サービスの場面における

患者＝消費者の供給者に対する決定的に弱い局面を、医療の包括性というコンセプトで補強し、さらに医療サービスの質と効率性を集団の範囲で競わせる、というのが、マネジド・コンペティションの概念である。

そこで、まずマネジド（管理された）という語句に注目してみよう。これは彼らの提唱する組織形態を現しているが、その特徴をいくつか列挙すると、以下のとおりになる。

組織論の第1に上げられるのは、非排除性のルールである。非排除性のルールとは、まず第1に適用可能な者なら誰でも加入できること、第2に一定の範囲をもった最低給付ラインを設け、加入者はさらに所得と需要に応じて付加給付プランを購入してゆく、というもので、第3に適用は継続性を持っていること、第4にそれぞれの地域によって価格が異なるべきであること、そして第5がリスク排除や制限診療があってはならないこと、である。

新たな保険者は、このほかに民間の医療プランを選別し、競争させること、被保険者の加入とサービス内容の情報を周知させること、価格弾力需要を喚起し、満足度の高いサービスを低価格で行わせるインセンティブを起こさせる、等の役割を果たすべきだ、としている。

彼らの想定によれば、新たな保険者集団は大企業にとっては容易に組織化が可能であるが、アメリカの就業構造では被用者全体の40%以上は従業員100人未満の中小企業であり、大数の法則から新たな保険者が発揮すべき機能を行わせる可能性は少ない。そこでジャクソンホール・グループは健康保険購買組合（Health Insurance Purchasing Cooperative: HIPIC）と称する、中小企業の業者向けの新たな保険者の組織化を提唱した。彼らによればHIPICは、

参加企業の企業主の代表によって構成する非営利団体であるべきで、被保険者を管理すると同時に域内の医療プランを選択し、消費者に正確な情報を提供する役割を持つ、というものである。

つぎにコンペティション（競合）の側面である。エントーベンによれば、医療サービス機能の有する特殊性からこの分野は、「50年間も費用増加のインセンティブにどっぷりとつかった、もっとも無駄で非効率なシステム」であるとされる⁶⁾。これに医療技術の進歩と高齢化の影響等を加味すると、今後これ以上の医療費の増加を引き起こすことは明らかで、競合のシステムを導入することによって、費用を抑制する仕組みにしていかななくてはならない、と考える。一方、同時にその制度は使用者本位の仕組みでなければならないが、専売的な公的サービスによってはその特徴は失われる、と述べる。

エントーベンが述べる競合の概念は、医療サービスを出来高払いに基づいた全く自由な競争状態に置くというのではなく、ある医療サービスシステムのパッケージごとの競合をいっているのである。つまり、この目指すところは、消費者による医療サービスの費用自覚を促すことであって、決して医療サービスの管理運営を公的なものにして支出を押さえ込む政策を意図しているものではない。

ここから明らかなように、彼らは典型的にはHMOやPPI（Preferred Provider Insurance）の組織形態を理念化し、この方式の推進によって全国的な普遍化を目指している、といっても過言ではない。しかし、一方ではこの制度がアメリカに導入されて10年以上を経過しているにも関わらず、アメリカにおける医療費の増加は押さえられるどころか、一層伸びている、とい

う批判がある。これに対しエントーベンは、現行制度の制約のもとでは彼の理想とするシステムとは程遠く、「真の意味でのコンペティションは、まだ行われていない」と反論する⁷⁾。

反論の根拠は、(1)1973年に制定されたHMO法は、基本的には従業員25名以上の従業員規模の企業で1つのグループHMOに加入するか、単独のHMOに加入するかしなければならない。それは当該地域にHMOがあれば、また企業がその申請をすればの話であるが、多くの企業がそれを行っていない。(2)HMOに加入している大企業の雇用主は、選択の余地を与える情報提供を行わない傾向がある。(3)従業員100人未満の中小企業ではリスクの分散がうまく機能しない。(4)雇用主がHMOを選ぶ仕組みになっていて、競争の動機づけが起きない。(5)従業員が支払う保険料には税制上の制約があって、雇用主の保険料に自由に付加するわけにはいかない、等を上げている。

つまり、彼の論法によれば、こうした現行制度上の障害を除去すれば、HMOは本来の機能を果たすことになる、というのである。

3. 政府案と対案

93年9月に発表された医療保険改革案は、その後各方面に影響を及ぼした。前述のように、この法案は多くの意見を折衷したものであったが、典型的にはマネジド・コンペティションの考え方を踏襲したものを見ることができる。しかしながら、エントーベンおよびジャクソンホール・グループとクリントン案は、根底で同様の考え方を取り入れながら、表面的には別の形で提案が現われている、ということから、同法案を批判の対象としたのである。

「健康保障法」は、彼らによれば「健康組合」の提示によって、市場の自動的調整力によってではなく、政府の規制によって費用の抑制を図るものである、とした。また、マネジド・コンペティションでは、雇用主の課税最低限下の医療プラン選択の特典を一律に削除したこと、一方で被用者の課税を一律に課することで、強い不満を示した。彼らが想像した以上の政府による管理、強制力の誇示による、市場性の弱体化を恐れたのである⁸⁾。これによって彼らは、市場インセンティブの力が弱まり、医療サービスに対する市場の操作性が働かない。

エントーベンらの考えでは、クリントン案を受け入れるには次の4点を修正すべきであることを主張していた。すなわち、(1)「健康組合」への強制加入は個人と100人未満の企業に制限する。(2)当該地域の最低価格の一定の質をもったプランには、雇用主の税の免除措置が受けられるようにする。(3)雇用主や被保険者の保険料に上限や下限の保証を行ってはならない。(4)プレミアム・キャップの提案の廃止、である⁹⁾。

エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案は、その後、企業の経営者の利害をより徹底して反映させる案として、ブロー/クーパー法案の名でアメリカ下院に上程された¹⁰⁾。彼らの案によれば、HIPICは医療プラン購買組合(Health Plan Purchasing Cooperative: HPPC)と名称を変えてはいるが、その機能、目的はHIPICと同様である。こうして、同案は公然とクリントン案とは一線を画す案として登場することになったのである。強調点が支払側の力の増大であることから、中小を含む事業主の連合体による保険者集団化を目指してはいるが、クリントン案の特徴である国民皆保険を明示しているわけではない。この点についてジャ

クソンホール・グループの案も、必ずしも明快なブロー/クーパー法案の制度の全体的比較は表1のようにではない¹¹⁾。その他、クリントン案とブロー/クーパー案となる。

表1 クリントン案とブロー/クーパー案の比較

1993年改革法案の骨子	クリントン案 S. 1757/H.R. 3600	ブロー/クーパー案 S. 1759/H.R. 3698
管理運営	地域および企業健康組合が保険をカバーし、連邦による標準の給付を行う。低所得層と中小企業の低賃金労働者向けの連邦補助制度あり。代行のアプローチとして各州が単一の支払機関となる。	個人と中小企業のために医療プラン購買組合(HPPCs)を作る。メディケイドは廃止。メディケアは部分的に残す。単一の支払機関はなし。
適用	1998年1月1日から全市民と法的居住者に適用される。メディケアは現行どおり。メディケイドの救急サービスは健康組合に統合。	適用についての規定はなし。
給付	健康組合の適用者は以下の給付を受ける。 ・病院サービス ・医療専門職サービス ・一時医療および予防サービス ・精神保健、薬物乱用者へのサービス(期限付き) ・義足、義肢、等 ・18歳未満の歯科ケア	独立した健康保険標準委員会(HCSC)が「効果的給付のセット」を作る。州による強制権を廃止。
自己負担	低額プランでは外来10ドル、処方5ドル、救急室25ドル。高額プランでは20%自己負担。予防には自己負担なし。地域、在宅老人介護サービスは別で、所得により最高40%までの自己負担。	自己負担は予防給付を除き徴収。
免責	高額プランでは、個人200ドル、家族400ドルまで給付の対象外。薬剤処方1人あたり250ドルの免責。	免責点は設けない。
分割払い	健康組合の被保険者には禁止	ヘルスプランの加入者には禁止
保険料	通常、雇用者は健康組合の標準保険料の80%を支払う。保険料は賃金の7.9%まで。(75人未満の中小企業は賃金の3.5%から7.9%) 被用者は通常自分の選んだプランと標準保険料と別々に払う。(上限3.9%) 自営業と無職者は全額を自分で払う。	雇用者は保険料支払をしてもよいが求められない。上限は特定しない。100人未満の小企業はHPPCに加入する。保険料に制限はないが、地域、年齢によって異なる。
他の財源	保険料に加えて、メディケア、メディケイドに使われている冗費の節減、道徳税の創設、賃金の1%の税を健康組合が徴収する。	行政の簡素化、雇用者の免責、メディケア受給者の冗費節約で浮いた資金によって、低所得者については保険料の補助制度あり。退職者医療給付の創設。

表1 (つづき)

予 算	「バックストップ」と呼ばれる予算が国および健康組合レベルで創設される。各々はインフレの対応がなされる。	なし。
病院支払	支払はHMO, PPO, また健康組合によって設けられた料金表に基づいて, 病院および他の医療機関に払われる。	特別な支払制度とか制限はない。
医療供給者への支払	支払はHMO, PPO, また健康組合によって設けられた料金表に基づいて, 個々の医療供給者に払われる。	特別な支払制度とか制限はない。
マネジドケア・プランへの支払	健康組合は, HMO に定額の保険料を支払う。健康組合は予算の範囲内で価格割引の交渉をする。	特別な支払制度とか制限はない。
薬 価	制限なし。	制限なし。
メディケア	メディケアは残す。薬剤処方給付を設け, 在宅ケアの質を高める。自己負担は残し, 分割は禁止。伸びを押さえ, 余りは予算にまわす。	メディケア報酬レベルを下げ, パート B 保険料を特定の集団について上げる。
メディケイド	救急ケアと医療の現金給付は健康組合に吸収。メディケイドは, 介護サービスと移送, 栄養指導等, 健康組合が行わないサービスを遂行。	メディケイドは HPPC の加入者補助制度にする。3年後に連邦の介護サービスを廃止。代わりに州が責任をもって介護サービスを行う。
退役軍人	現行の制度は残すが, 健康組合でプラン選択の余地を与える。	変化なし。
医療保険の役割	保険会社は地域, 企業保健組合にプランを提出。しかしほかで同じものを販売できない。自己負担による商品も提示する。	保険会社は現行どおり。
医療保険改革	保健組合のプランは全被保険者に受け入れられること, 他のプランに移行するまでそのプランに加入する保証があること, 加入のリスク選択がないこと, マーケティングが必要なこと, 等の要件を備える。	HPPC の保険者 (保険商品提供者) は, リスク選択の制限を受け入れなければならず, 個人および小企業の参加を受け入れなければならない。
消費者の役割	消費者は保健組合の正式なメンバーとして雇用者と同等の位置に立つ。苦情の処理のために消費者オンブズマン制度をたち上げる。	消費者は HPPC のメンバーの一員となる。

資料 : APHA., The Nation's Health, January 1994. pp. 14-16.

4. マネジド・コンペティションの評価

しかし、エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案にみられるマネジド・コンペティションの概念は、実際に彼らが主張するものよりも観念的で管理統制主義的な側面をもつように見える。医療サービスの「自由性」を排除する一方で、保険者同士に競合させ、同時に消費者の個人的選択の幅をもたせる、という彼の案の特徴は、長所の強調のように見えるが、実際の場面では、それぞれ局面が異なるところで主張されている。従って、異なった局面を組み合わせれば、ひとつの具体的なイメージが浮かび上がるのである。要点を整理すれば、彼らの主張点は第3者支払・管理機関による競合を完全かつ全国的な土俵のもとで行うこと、内部市場における医療供給サービスの部分的統制化、被用者の被保険者化を完全に進めること、である。

従って彼らの案にしたがえば、保険者の権限が今まで以上に強力になる半面、責任者の思惟性によって医療プランの選択が行われる危険性も生じてくる。さらに、既存の大手HMOやPPIによるサービスプランの優位性がますます増大し、この分野に新規に参入しようとする中小の医療プランにとって、極めて困難な状況が現われる恐れがある。

一方、同案には重大な欠陥を指摘することもできる。その第1は、国民皆保険化を必ずしも意図してはいない、ということである。ブロー/クーパー法案に見られるように、彼らの制度実現の眼目は経済の効率化と活性化、そして医療サービスの科学的分析に注がれていて、社会保障の大きな目的のひとつである制度の普遍化、

一般化には注がれていないようである。エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案の中味について詳細に吟味してみても、この理念の重要性を強調している項目は見当たらない。つまり、彼らの意図する制度の実現にとっては、最下層を含む、全国民を網羅する社会保障医療の実現は必ずしも適当ではない、ということなのである。

第2の問題点は、予防、公衆衛生の改善等の項目にあまり力を入れていない、という事実である。アメリカ国内の、基礎的な公衆衛生のサービスを必要とする集団の状態とその改善の方向を、エントーベンおよびジャクソンホール・グループは示してはいないし、示そうともしていない。全米公衆衛生学会によれば、クリントン案の「健康組合」の指導による、かなり思い切った予防給付、健康教育の実施案も不十分である。まして彼らの案は全く評価されていない¹²⁾。

要約すれば、クリントン案とエントーベンおよびジャクソンホール・グループの案との、根本的な相違は、市場の「政策」対「社会政策」の間の確執、と捉えることもできる。マネジド・コンペティションの概念は、社会政策の俎上に保険者の権力を付与することによって、従来の医療政策決定方式を変化させる意図があることは十分に理解でき、その意味では革新性に富んでいるといえる。一方、従来の非効率で不透明な医療サービスの構造に、科学的透明的な動機づけを行おうと意図していることに対しても、従来とは異なった革新性を見ることもできる。つまり、医療サービスの野放図な市場性に、ある政策的意図をもって介入する、市場の「政策」である。

しかし、同案はそもそもアメリカの危機的な

医療サービスの現状に対して、総合的な社会政策を推し進める一環として示されているわけではない。エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案は、彼らの長年に及ぶ純粹理論に基づいた医療サービスシステム改革案の到来程度にしか現状を認識する意図はなく、おびただしい無保険者や、妊産婦、乳幼児死亡率の多さに見られる一部の集団の医療サービスの不利益には、あまり感心が向いていないのである。つまり、現状のやや革新的な政治グループに許容できる程度の改革であって、より根本的な改革を狙うクリントン案とは、似て非なるもの、と自らが認めざるを得ないものであった、ということが出来る。彼らが唱える「政策」はこの点で、現行の保守的な医療サービスの基盤を揺るがすものでは決してなく、むしろ市場性の優位をこの分野に取り込むための便宜的な革新性の提示を行うに過ぎないものでしかない、ともいえる。

一方現政権にしてみれば、医療保険改革の目標は、医療費の効果的、効率的抑制であるがそれと同等かそれ以上の価値で、無保険者や公衆衛生水準の改善問題に取り組まねばならず、これが大統領就任前からの公約として果たさなければならぬ至上命題であった。大統領にとっては、「社会政策」は必要欠くべからざるものである。

同時にこの視点を現状の医療保険グループにも大きな反対もなく理解してもらわなければならないという事情があった。その視点からマネジド・コンペティションという用語が多用されたと考えることも出来る。しかし、論議が深まるにつれて、各々の利害と目標に対する相異性が明確になってきた、という経緯があるのである。つまり、彼らの案は保守主義者のうちの比

較的革新的なグループ、および革新主義者の中の保守穏健派からの支持が得やすい案である、ということになろう。実際、ブロー/クーパー法案を支持するグループは、民主党穏健派と共和党進歩派であるといわれている。

結論として、クリントン案の評価については別の機会に委ねるにしても、マネジド・コンペティションは、経済学者による指導的理念が社会経済を方向づける、という意味での重要性をおおいに評価するべきであろう。しかしながら、この理念が任意性に委ねた市場経済の理論的帰結で、現実のアメリカの医療（保障）政策についてどれだけの回答を示せるのか、すでに社会保険の運用に長い経験と実績を有する我が国の視点から見れば、やや疑問に感じられる点も多いといわざるを得ない。

注

- 1) Health Alliance は「健康同盟」, 「健康連盟」等の邦訳がある。確かに連邦政府は、ビスマルク型社会保険方式を採用する国々と対比させ、クオリティ・コントロールなど、注目すべき役割をこの中に付与している。しかし、実態はあくまで「保険者」であって、我が国の健保、国保の「組合」方式の発展型、という理解が正しい。「健康組合」は基本的には各州に1つ、大都市に1つ、そして常雇用の勤労者が5,000人以上いる大企業に1つ設置されることになっている。
- 2) Walter Azelman, The Rationale behind the Clinton Health Care Reform Plan, "Health Affairs", Spring (1) 1994., *op. cit.*, p. 17.
- 3) エントーベンは63歳。父はロンドン生まれのイギリス人, 母はパリで育ったフランス人。父は保険ビジネスでシアトルに住み着いた。カトリックのイエズス会系の学校で学び, スタンフォード大学で経済学を修め, ロードス奨学金でオックスフォード大学に学んだ後, MIT で経済学の学位を取得, その後サンタモ

ニカのランド・コーポレーションで特定の学問に拘束されない多目的研究を行った。1961年、当時のマクナマラ国防長官のもとで、武器弾薬使用の費用効果分析研究を行い、その後「ペンタゴンのシステム分析家」として知られるようになった。1969年に西海岸に戻り民間会社の副社長に就任、その後製薬会社の社長になった。

1973年スタンフォード大学の大学院に教授として迎えられ、その数年前からともに私的な研究会を行っていたポール・イルウッド (Paul Ellwood) の影響もあって、本格的な医療分析研究に取り組み始めた。同年彼はアメリカ最大のHMO組織であるカイザーパーマネンテの顧問にも就任している。

- 4) ジャクソンホール・グループとは、アラン・エントーベンを「教授」と呼ぶ民間大手の医療サービス団体および組織の代表からなるメンバーによる定例勉強会の集団である。イルウッド博士の所有する別荘の名を冠してこう呼ばれている。主なメンバーはブルークロスブルーシールズの幹部、メイヨークリニックの幹部、ハーバードコミュニティヘルスプランの理事、カイザーパーマネンテの代表、等である。上記2つの注の資料は以下による。The New York Times Magazine, July 18, 1993., *op. cit.*, pp. 24-39.

- 5) Alain C. Enthoven, The History and Principles of Managed Competition, "Health Affairs", Supplement 1993. *op. cit.*, p. 25.
 6) Alain C. Enthoven, *ibid.*, p. 40.
 7) Alain C. Enthoven, Why Managed Care Has Failed to Contain Health Costs, "Health Affairs", Fall 1993., *op. cit.*, pp. 27-43.
 8) Alain C. Enthoven and Sara J. Singer, A Single-Payer System in Jacson Hole Clothing, "Health Affairs", Spring (1) 1994., *op. cit.*, pp. 81-101.
 9) Richard Kronick, A Helping Hand for the Invisible Hand, "Health Affairs", Spring (1) 1994. *op. cit.*, p. 97.
 10) Breaux/Cooper S. 1759/H. R. 3698
 11) Alain C. Enthoven, *ibid.*, p. 82.
 12) Eugene Finegold, Health Care Reform—More than Cost Containment and Universal Access., "American Journal of Public Health" May 1994., Vol. 84, No. 5., pp. 727-8.

ちなみに彼はミシガン大学公衆衛生大学院教授で、全米公衆衛生学会の会長である。

(やの・さとし

東京海上メディカルサービス調査役)

医療改革をめぐる米国議会の動き

平 岩 勝

はじめに

米国において深刻な社会問題となっている医療問題の解決に向けて、多数の法案が議会に提出されている。医療問題への対応が今年の中選挙の重要な争点となることは必至であり、民主・共和両党の間で熾烈な論争が行われている。これまで、クリントン大統領の提出した法案は、常に議論の中心にあり、関係団体を含めその是非について議論がなされてきた。しかし、他の法案については、一部の例外を除き議論が行われていないばかりかその内容もよく知られていないものもある。そこで本稿においては、主要法案の内容の紹介およびそれぞれの法案についての分析を行うこととしたい。その後、議会での審議の模様を中心に医療改革に向けてのこれまでの動きを振り返ることとする。

I 主要法案についての考察

医療改革については、高騰する医療費の抑制と無保険者問題の解決が最重要課題といわれているが、この問題が難しいのは、医療の質を低下させないという条件がついているからである。また、今回の改革の議論は単なる学問上の論争ではなく、現実に実行可能なものでなければならぬ。こうした視点から、現在提出され

ている法案につき、①医療費を抑制できるか、②無保険者がどの程度削減されるかを検討し、その結果、③質の高い医療が提供されるかについて考えてみる。さらに、④事務処理面や費用負担面から、さらには国民性になじむか、という面から実行可能であるかについて検討することとする。(事務の簡素化や医療過誤訴訟改革による医療費の抑制等、各法案に共通する事項についてはここでは省略する。)

1 マクダーモット案

カナダで実施されているような州単位のシングルペイヤー（公営単一支払者）制度を設立し、国民皆保険を達成しようとする案である。各州政府は、入院費用、医師費用、地域型プライマリケア、予防ケア、長期介護（ナーシングホーム、在宅医療、在宅長期介護、ホスピス）、処方薬、歯科、精神保健、薬物乱用、診察検査等を含む包括的給付を提供する義務を負うことになる。財源は、法人税の引き上げにより賄うこととし、受診時の保険免責額、本人一部負担額は無い。

① 医療費を抑制できるか

シングルペイヤー制度では、政府のみが医療資源の配分について決定権を有するので、医療制度が非常に簡素化されるとともに、予算及び診療報酬を通じた医療コントロールが確実に行われるので、医療費の抑制が期待される。しか

し、無保険者に係る医療費の追加及び給付範囲の拡大により医療費が増加するので、全体として医療費が減るか否かが問題となる。仮に現在のメディケアパートBの診療報酬に基づく償還の仕組みによることとした場合、医療費は増加するというのが一致した見解である。もちろん、政府による強力な価格統制により医療費を下げることは可能であるが、この場合、後で述べるように医療の質の低下が心配される。

② 無保険者がどの程度削減されるか

全国民が医療保険加入を義務づけられることから理論的には無保険者は解消されることとなる。また、原則として、保険料負担や医療サービス受給時の本人一部負担はないことから経済的理由による無保険状態という問題は解決されることとなる。

③ 質の高い医療が提供されるか

①でみたように、医療費を抑制するためには、予算や診療報酬の制限に頼らざるを得なくなる。医療提供者は、価格が抑えられた場合、目に見えない部分である医療の質を下げざるを得ない。この場合の医療の質的低下が、過剰な医療を適正化するものなのか、必要な医療までが制限されてしまうのかについては議論の分かれるところである。

④ 実行可能であるか

州政府が制度の運営を担当するので、責任の所在が明確であり、行政機構の拡大や財政負担の増加が予想以上になった場合にも、民間主導の制度に比べ安定した運営が期待できるものと考えられる。しかし、アメリカ人の国民性には非常になじみにくい制度である。米国民は自立独立の性格が非常に強く、また伝統的に政府に対する不信感が大きいことも周知のとおりである。シングルペイヤー制度では、政府が医療に

強力に干渉することとなり、多数の国民の理解を得るのが最も困難な法案であるといえよう。

2 クリントン大統領案

クリントン大統領案は、個人や小企業にも大企業並みの購買力を付与する保健連合への加入を義務づけることにより国民皆保険を達成し、同時に、競争を促進させ、医療費も抑制しようとする。連邦政府は全国一律の内容の包括標準給付を決定するが、その内容は、医師の診療、入院治療、救急医療、ホスピス、在宅医療、医薬品、各種検査、視力・聴力関係医療、定期検診、予防接種、児童のための予防的歯科医療、妊娠関連サービスを含む広範なものとされている。国民は、低い負担で一定のネットワーク内の医療機関のみを利用するHMO方式、負担は比較的高いが自由に医療機関を選択できる出来高払い方式、優先的医療機関が提示され、それを受診すれば低額、それ以外を受診すれば高額の自己負担となるPPO方式のいずれかの型の医療保険に加入することとなる。事業主は、従業員の医療保険の保険料の8割を負担する義務を負うが、中小企業対策として、従業員数および平均賃金に応じて割引保険料が適用される。従業員は残りの20%を負担することとなるが、低所得者には補助金が支給される。医療費抑制は一次的には競争に依存することとなるが、歯止めとして保険料の伸び率に上限が設定される。

① 医療費を抑制できるか

クリントン大統領案はシングルペイヤー案とマネジドコンペティション案の両者の性格を兼ね備えている。病歴別保険料設定の禁止等の保険制度改革や保健連合の設立により消費者が購買力を取得するので、医療提供者や医療保険会

社間の競争が促進され、医療費の減少が見込まれているが、それだけでは不十分な場合、診療報酬の設定や保険料の伸びの上限設定等の政府による規制をも併せて利用することとしている。政府の規制に関する議論はシングルペイヤー案と同様であるので、ここではどの程度競争が促進されるかを具体的に見ていきたい。

競争の促進は保健連合の設立によるところが大きいが、地域保健連合および自家保険である企業保健連合のうち、特に前者に加入者を集めることに重点が置かれている。地域保健連合加入を免除されるのは従業員規模5,000人以上の企業であるが、他の法案では100~500人以上であるのと比べて著しく高い。また、保険料負担上限は企業保健連合には適用されないこと、企業保健連合に対する特別税等を考え合わせると、企業保健連合設立はかなり不利になる。議会予算局の推計によれば、企業保健連合を設立する場合、従業員1人当たり800ドルの費用が余計に必要となる。さらに、保健連合への加入は

義務的であるため、地域保健連合は相当大規模となるほか、従来の無保険者やリスクの高い者が加入しても健康な者の脱退が生じないため、保険集団内部のリスクの増大、ひいては保険料の上昇を緩やかに抑えることが可能となる。こうして消費者が実質的に購買力を得れば、医療保険会社間での競争はかなりの程度促進されるものと思われる。

② 無保険者がどの程度削減されるか

本案は法律上全国民に医療保険加入を義務づけるだけでなく、保健連合の設立、事業主による保険料負担義務づけ、低所得者や小企業向けの補助金、早期退職者に対する政府の負担等、財政面で国民皆保険の達成を担保する措置がとられている。病歴別保険料設定や医療保険契約更新の拒否の禁止等の医療保険改革が大きな役割を果たすことはいうまでもない。

③ 質の高い医療が提供されるか

保健連合の規模を背景に消費者が購買力を持つとすれば、競争原理を全く放棄したシングル

表1 クリントン大統領案を実施した場合の保険料水準推計 (単位：ドル)

区分	クリントン	CBO	EBRI	Wyatt	Hewitt	HIAA
単身世帯	1,932	2,100	2,202	2,285	2,440	2,509
夫婦世帯	3,865	4,200	4,404	4,570	4,880	5,419
片親世帯	3,893	4,095	4,008	4,603	4,619	4,270
両親世帯	4,360	5,565	6,210	5,155	6,946	7,278

出典：

Health Security : The President's Report to the American People, U.S. President
An Analysis of the Administration's Health Proposal, Congressional Budget Office, February 1994
 Simulations using the March 1993 supplement to the Current Population Survey : Employee Benefit Research Institute
The Economics of Health Reform : A Report Prepared for the Business Council on National Health Policy. The Wyatt Company, Washington, D.C.
 Testimony of Dale Yamamoto and Frank McArdle, U.S. Subcommittee on Health and the Environment, Committee on Energy and Commerce, November 22, 1993
Actuarial Memorandum - Premiums Under the Proposed Health Security Act, Health Insurance Association of America

ペイヤー案とは異なり、医療提供者は極端に医療の質を下げることはできないと考えられる。

④ 実行可能であるか

事業主の事務処理面および費用負担面での貢献度が高いため、政府の負担はその分少なくてすむ。しかし、給付の拡大や無保険者対策としての補助金や早期退職者への医療給付等、政府の負担はなお大きい。これを負担できるかは、保険料水準がどの程度になるかにかかっている。補助金等の政府負担額は保険料の水準によって決定されるからである。保険料水準については表1のようにさまざまな推計が出ている。数字のバラツキは、保健連合設立による効果が未知数であることから生じている。国民性について考えた場合、クリントン大統領案は、政府の役割に対する依存度がかなり高い部類に属し、合意形成は容易ではない。実際に、反対派のキャンペーンは、事業主強制負担、保険料上限設定、地域保健連合への強制加入の3点を徹底的に攻撃し、大きな効果を挙げた。また、仕組みが複雑すぎるとの批判も強い。

3 チェーフィー案

ホワイトハウスと共和党保守派の中間に位置しているのが本案であり、両者の妥協可能性の素地を提供する案と考えられる。

本案では、全国民に対して医療保険を購入することを義務づけることにより皆保険を実現する。事業主は医療保険を提供する義務を負うが、費用は負担する必要はない。保険購入組合は、個人および従業員規模100人以内の小企業の従業員に購買力を付与する任意加入の組織である。給付は、包括的標準給付と破局的医療給付の二本建てとする。包括的標準給付には、医師の診療、入院治療、予防サービス、処方薬、リ

ハビリテーション、在宅医療、精神保健および薬物乱用を含むものとする。破局的医療給付は、自己負担額が過剰となるのを防止するための保険であり、より高い保険免責額を設けるほか、医療費積立勘定（自己負担額および保険料のための個人積立）への拠出を認め、当該拠出については税控除を認めることとする。保険料については、低所得者には医療保険購入のための割引券（バウチャー）を支給する。事業主が保険料負担のため拠出を行った場合、その分は課税所得に算入されないが、こうした税制上の優遇を受けられる額は保険購入組合の地域内にある医療保険制度のうち価格の低い方から3分の1に属する医療保険の平均保険料額を上限とする（医療費控除の引き下げ）。

① 医療費を抑制できるか

チェーフィー案では、政府による医療費抑制策は利用されず、保険購入組合の新設や医療費控除に係る上限設定といった、専ら競争を促進させる方法により医療費を抑制しようとしている。しかし、チェーフィー案の保険購入組合は、対象が個人および従業員規模100人以下の企業の従業員であり規模が相対的に小さいこと、しかも任意加入であるため、ある程度リスクの高い者が集中してしまうことも避けられない。一方の医療費控除の上限設定については、無保険者対策にどのような影響を与えるかは別として、消費者が価格により敏感になり、競争を促進させることは予想されるところである。

② 無保険者がどの程度削減されるか

全国民が医療保険加入を義務づけられており、保険購入組合や補助金等の配慮もある。しかし、事業主による負担が義務的でないことや、医療費控除の上限設定等、必ずしも無保険者解消に望ましいとはいえない部分が含まれている

ことも事実である。

③ 質の高い医療が提供されるか

競争原理が機能することにより、極端に医療の質は下がらないと考えられる。

④ 実行可能であるか

事務处理的には事業主の貢献があり問題はないが、費用負担の面では事業主負担の義務づけがないため、従業員の保険料を負担する事業主の割合が少なければ、政府の負担が過大なものとなる。一方、国民性との整合性については、最低限の規制として個人レベルでの医療保険強制加入が定められているが、他の部分ではできる限り規制が排除されており、国民の支持を得るための配慮がうかがえる。

4 クーパー案

本案は、国民に医療への「アクセス」を保障する。任意加入の医療保険購入組合を設立したり、大企業の事業主に医療保険制度を提供する義務は負わせるが負担は強制しない点はチェーフイー案と似ている。しかし、本案は国民皆保険を保障するものではないという点でこれまでの法案とは一線を画する。さらに、本案は、現在の医療保険会社と医療提供者を統合し、従来のHMOやPPOを拡大した形態をとる適格医療保険制度に医療の配分を行わせ、医療費の適正化を図ることとしている。保険料については、低所得者を対象に補助金が支給される。

① 医療費を抑制できるか

クーパー案でも医療費抑制政策としては、専ら競争の促進に依存する形となっている。しかし、保険購入組合が任意加入とされ、医療保険加入義務もない以上、保険購入組合が医療費抑制に資するかには疑問がある。すなわち、従来の無保険者で本当に医療保険を必要とする者は

保険購入組合に加入するが、健常者は加入の必要がないため、高いリスクの者が集中する。すると、地域同一保険料制度により健康な者の脱退が促進されるという悪循環に陥るからである。医療費控除の上限設定についてはチェーフイー案同様である。

② 無保険者がどの程度削減されるか

医療保険加入義務がなく、無保険者は解消されない。保険購入組合の仕組みも①でみたとおりどの程度機能するかは疑問である。

③ 質の高い医療が提供されるか

改革後も残存する無保険者については質の高い医療を受けることは望めない。競争原理が適切に機能すれば、消費者は安くても医療の質が低ければそのような医療保険は購入しないと考えられるので、医療提供者および医療保険会社は極端に医療の質を下げることはできない。

④ 実行可能であるか

上述のいずれの案と比べても、事務処理および費用の面で負担は少なくすむと考えられている。また、規制は極力排除されており、米国民性にはなじみやすい。

5 ニクルス案

国民に自己負担額が年間5,000ドル以上になるのを防止するための破局的医療費保険の購入を義務づけることにより、皆保険を実現する。保険料が安いことおよび税控除の行われる医療費積立勘定への拠出が認められることにより、医療保険への加入が促進される。現行の事業主提供による医療保険制度は原則として廃止し、事業主の医療保険給付に対する税制上の優遇を個人または家族の医療保険購入および、医療費貯蓄勘定への拠出に対する税制上の優遇へと変更する。税制上の優遇は払戻可能なものとし、

その結果、所得税の課されない低所得者にも優遇相当額が医療保険用クーポンとして給付される。

① 医療費を抑制できるか

ニクルス案の背景には、事業主の提供する医療保険では税制上の優遇により低価格の医療保険を購入するインセンティブが働かず、医療が過剰に消費されているという認識がある。破局的医療費保険では、自己負担が一定額に達するまで給付されないため、医療の過剰消費を抑制するインセンティブが生じる。ただし、これらの効果はすでに医療保険を提供している大企業等のみで生じるに過ぎず、医療費抑制効果は大きくはない。

② 無保険者がどの程度削減されるか

破局的医療費保険の加入が義務づけられ、加入しない者には罰則として連邦税の計算にあたり個人的な控除を認めないこととしている。しかし、当該罰金は、従来から保険加入率が低い低所得の単身世帯の場合、保険料を大きく下回ることになり、実効性は薄いといわざるを得ない。また、破局的医療保険制度は保険免責額が高いため、実際に恩恵にあずかる者の割合は他の皆保険を目標とする案と比べると低くなる。

③ 質の高い医療が提供されるか

低所得者にとっては自己負担限度額が高すぎる場合もあり、そのような場合には現行の無保険者と状況は変わらないこととなる。

④ 実行可能であるか

現行の事業主を通じた制度を原則として廃止することから、事務処理および費用負担の面で混乱が生じるおそれがある。さらに、個人は事業主が従来医療費として拠出していたものを給与として受け取り、その昇給分で医療保険を購入することとしているが、このことによるメリ

ットがどの程度あるか疑問であるばかりか、従来から医療保険を提供されていた者に限定される。国民性にはなじみやすい案であると考えられている。

6 マイケル・グラム案

共和党保守派に属する彼らの案は、他の案のように政府の医療に対する干渉や医療制度の大規模な変化なしに医療問題を解決しようとする。その根本には、米国には「医療問題」は存在しても、「医療危機」は存在しないという認識がある。

事業主は適格医療保険制度を提供する義務を負うとともに、医療保険共同購入協定または州政府による医療保険制度加入促進制度を通じて購入可能な医療保険を提供するよう努めなければならない。ただし事業主は費用を負担する必要はない。また、個人に医療保険への加入を義務づけるものではなく、国民皆保険を保障するものではない。費用負担については、税控除の対象となるメディセイブ勘定を創設し、破局的医療費保険の購入および自己負担の費用積立を促進する。医療費支出以外の目的でメディセイブ勘定から引き出した場合には20%の追徴税を課すほか、メディセイブ勘定残高を保険免責額以下にするような医療費支出以外の引き出しには50%の追徴税を課すこととしている。

① 医療費を抑制できるか

破局的医療保険への加入とメディセイブ勘定の開設をセットで促進するものであるが、こうした政策の効果はすでに医療保険を提供している大企業等のみで生じるに過ぎず、効果はそれほど大きくはない。リスクの分散は行われなため、小企業は相変わらず相対的に高い保険料を支払うことが見込まれている。

② 無保険者がどの程度削減されるか

医療保険制度加入義務がないこと、無保険者対策よりも既存の保険加入者間での医療費抑制を重視していることから、無保険者の大幅な減少は見込めない。

③ 質の高い医療が提供されるか

改革後も残存する無保険者については質の高い医療を受けることは望めない。

④ 実行可能であるか

現行の制度を大きく変えるものではなく、米国の国民性にも適合する。

II これまでの動き

医療改革に向けての動きが本格化したのは、やはりクリントン政権が発足してからであるといえる。それ以降、今日までを大きく4つの時期に区分することができる。第1期は、タスクフォースで医療改革の方向づけについて審議が行われた時期である。しかし、改革の作業は当初の予定（議会からの攻撃が比較的少ない就任100日以内）より大幅に遅れ、メンバーがこれ以上本職を離れていることが困難になり解散してしまう。第2期は、医療改革の財源を捻出するための予算の成立からクリントン大統領による改革案の発表に至る時期である。第3期は、圧力団体による猛烈な反対キャンペーンおよびロビイング活動の時期、第4期は、議会での審議が本格化する時期である。本稿は医療改革に関する議会の動向というテーマであるので、特に議会関係の動きについて紹介していくこととする。

1 予算の成立（II期）

今後5年間の赤字削減を達成するための予算

の可決は、医療改革のための費用を捻出するという意味で医療改革の大前提であった。予算案は下院で1票差、上院では議長であるゴア副大統領の最終投票で決定という僅差で可決、成立した。赤字削減は当初、支出削減と増税（Btu Taxのような対エネルギー量課税）の2本建てで提案されていたが、増税に対する反発が強く、結局ガソリン税およびタバコ税のみ増税が認められた。支出の削減については、メディケア・メディケイドに対する政府支出削減がターゲットとされ、医者・病院・保険会社・患者の声を代表する団体が反対したが、医療改革に与える影響を考慮したのか、各団体ともそれほど強硬な行動をとらないまま、上述のとおり予算は成立した。

2 大統領演説

9月の中旬、医療改革に関するホワイトハウス文書がマスコミに漏れ、国民の関心が最高潮に達し、9月22日に大統領の見解が発表されることになった。それに対抗する形で共和党上院案（チェーフィー案）が、ちょうど1週間前に発表された。

9月22日、クリントン大統領は医療改革について演説を行い、改革の骨組みを6つの原則にまとめて説明した。第1は保障であり、包括的な医療給付の保障と国民皆保険の達成が必要であること、第2は簡潔であり、現行の複雑な医療保険制度を改正する必要があること、第3は節約であり、医療費高騰に歯止めをかけること、第4は選択であり、真に消費者を選択する立場につかせること、第5は良質であり、予防の重視や情報提供、研究の促進を通じて質の高い医療を提供すること。第6は責任であり、医療改革の費用は全員が負担しなければならないこと

である。大統領の演説の直後、共和党は、無保険者の解消、無駄の排除、医療過誤訴訟改革等には賛成だが、政府の規制、小企業の費用負担、医療費統制には反対であり、目標の達成についても、より穏やかな規制と安い費用で実現すべきと訴えた。その他関連団体については、AARP（高齢者）は満足、HIAA（中小の保険会社）は猛反対、NAIC（大保険会社）は管理競争でも生き残れると踏んでおり、それほど反対は強くない。AMA（医者）やAHA（病院）は、皆保険により支払が確保されるので好ましいが、専門医等は渋い顔といった様子。また政府による規制にはできる限り反対していく模様。大企業は、従来の負担を減らせるので好意的。一方、中小企業は、補助金をもらっても保険が買えるかについては懐疑的。以上が演説直後の関連団体の反応であった。

3 クリントン大統領案公表

その後も、賛成者集めや法案の内容についての最終的な調整が継続されていたが、10月6日には、ジム・クーパー下院議員を中心とする両党合同グループがクリントン案とチェーフィー案の中間に位置するものとして独自の案を示した。クリントン大統領は、外交問題に忙殺され、医療改革の遅れが支持率低下につながっていったが、それに歯止めをかけるため、10月27日、クリントン大統領の法案がついに公表された。議会への正式な提出ではないが、これ以上の遅れによるクリントン大統領案への支持喪失を防ぐためには、現段階で何らかの行動が必要であると判断、法案の公表に踏み切ったものである。したがって、内容の検討は法案公表後もさらに継続されることとなる。

4 クリントン大統領案の議会への提出

11月はNAFTA（北米自由貿易協定）成立に全力が注がれた。歴代共和党大統領が積極的に推進してきた政策を成立させ、医療改革における共和党の妥協を引き出そうとの思惑がうかがえた。その後、銃の規制を強化するブレイディ法が成立した。銃犯罪の減少による医療費削減という点で医療改革の一部といえるかもしれない。

こうした動きを経て、ついに、11月20日、医療改革法案は議会に提出された。

5 関係団体によるロビー活動（III期）—議会における重要な動きを一部含む

12月、AMA（米国医師会）は、事業主による保険料強制負担に反対することを決定した。この決定の背後にはNFIB（全国事業主連盟）によるロビイングがあった。AMAは医療に対する政府の介入には絶対反対ではあるが、従来から国民皆保険を主張してきたこともあり、クリントン大統領案に対する態度は曖昧であった。国民皆保険の達成を担保するには事業主による保険料負担が不可欠と考えていたからである。しかしNFIBは、個々の医師も事業主、しかも中小企業の事業主に分類される者が少なくなく、現在彼らが従業員の保険料を負担していないことに目をつけ、事業主保険料負担は医師にとって有害であることを積極的に訴えた。また、事業主の保険料負担が義務づけられるならば、事業主団体としては医師費用抑制を要求せざるを得ないとの警告を併わせて行ったのである。

1994年に入り、クリントン大統領は、年頭の演説において、医療改革、犯罪対策、雇用対策を3大課題として挙げたが、財政委員会の議長であるモイニハン上院議員（ニューヨーク）が、

福祉改革を進めないつもりなら医療改革に協力しないとして、医療改革を「人質」にとる行動に出たため、医療改革を福祉改革の第1段階と位置づけ、一般教書演説においては、福祉対策に長い時間が割かれ、医療改革、犯罪対策と並んで3大課題とされた。また、この一般教書演説では、クリントン大統領は、国民皆保険を保障しない法案については拒否権を発動すると述べた。

また1月中旬には、クリントン大統領はNAFTA締結を強行して以来、深い亀裂が存在していた労働組合の支持の取り付けに成功した。一方、医療関連業界ではクリントン大統領案に反対するキャンペーンの準備を進めていた。HIAA, AMAによるクリントン大統領案反対のキャンペーンが1月25日の後期議会開催に合わせて開始された。それぞれ、350万ドル、160万ドルをつぎ込んだ大キャンペーンであり、特にHIAAのコマーシャルはテレビの人気キャラクターを使用したため話題となった。

AMAは、事業主の保険料負担義務づけに対する支持の撤回に続き、自らの要求を実現するため組織的なロビイング戦略を作成し、クリントン大統領に対して37項目にわたる修正要求を行った。その内容には、国家医療委員会の規制の緩和、メディケア・メディケイドの支出削減総額の縮減、バランス・ビリング（差額請求）禁止の撤回、医療過誤訴訟改革の強化等が含まれていた。従来、患者の立場に立った医療改革の必要性を主張してきたAMAであるが、ここに来て自らの既得権保持の姿勢が明確になったといえる。

クリントン政権が、「医療危機」を盛んに訴えることに対して、ドール上院議員が、「医療問題は存在するが医療危機は存在しない。」とみつ

いたうえ、上院財政委員会議長であるモイニハン上院議員も同様の言動をとっており、いわゆる「医療危機論争」が起こったのもこの時期である。

2月に入ると、事業主団体が相次いで事業主の保険料強制負担に反対し、クリントン大統領不支持を表明した。全国の大企業200を代表するビジネス・ラウンドテーブルがクーパー案を支持したのを皮切りに、米国商工会議所（21万5千以上の企業（95%が小企業）の代表）、全米製造業者協会も不支持を表明した。

6 議会での審議（IV期）

(1) 最初の成案—下院の歳入委員会医療問題小委員会通過法案の通過まで

最初に草案作成に取りかかったのは下院の歳入委員会医療問題小委員会であった。ピート・スターク議長（カリフォルニア）は、元々シングルペイヤー制度支持者であるが、米国で本制度を実施する困難さを見通し、クリントン大統領案支持に回った現実派である。通常の法案の審議は、提出された法案をたたき台として議論がなされるが、今回は7法案も提出されており、たたき台となる法案の選択作業が必要となった。公聴会で各法案の内容につきヒアリングを行ったが、小委員会で可決を見込めそうな法案はなく、議長みずからがたたき台を作成し、それをもとに検討を進めることとなった。

彼の小委員会は民主党7人、共和党4人の合計11人で構成されている。合意を得るためには過半数の6人の賛成が必要となる。しかし、リベラル派のスターク議長が作成した法案に対して、共和党側からの支持が得られないことは明白であった。したがって、民主党議員の票は1票しか失うことができない。3月8日、スター

ク議長案をたたき台に、いよいよ審議が開始された。メンバーは保守派とリベラルが真っ向から対立する構成になっており、両者の合意を得るため作成されたスターク案は皮肉にも両者から厳しい批判をあびせられることとなった。保守派はスターク案の医療費統制に対して集中攻撃をかけた。スターク案では、連邦政府が医師や病院に支払う額に上限を設定するので、保険料上限設定という間接的手段を用いているクリントン大統領案よりも直接的な医療費抑制策といえ、保守派の批判は免れない部分である。一方、リベラルの代表であるジム・マクダーモット議員は、メディケアパートCが医療制度の抱える問題をすべて抱え込む「はきだめ」になる可能性があること、保障される給付範囲が狭いこと等について批判した。

やや細かくなるが、小委員会のメンバーを紹介すると、マクダーモット(民主—ワシントン)やルイス(民主—ジョージア)といったリベラル派は労働組合や知識人の声を反映している。レビン(民主—ミシガン)、カーディン(民主—メリーランド)、クレクツカ(民主—ウィスコンシン)といった民主主流派は事業主やミドルクラスの支持がある。特にデトロイトを選挙区とするレビンは大企業に負担を課すことに強行に反対することになる。共和党穏健派であるグランディ(共和—アイオワ)、ジョンソン(共和—コネティカット)は、保守派であるアンドリュース(民主—テキサス)とともに規制に反対し、競争に依存する方法を要求していくこととなる。ちなみにこのグループはクーパー案を支持している。最も保守的なトーマス(共和—カリフォルニア)やマックレリイ(共和—ルイジアナ)は農業関係者や石油産業の要求を代表する。以上のようにさまざまな利害が複雑に絡み合う

議員から合意を得るのは困難な仕事であることが分かる。

3月15日、いよいよ投票が開始された。投票とはいうものの、法案の是非を一括して判断するのではなく、各メンバーが訂正を要求した事項について、その都度投票を行うというもので非常に長い時間がかかる。一番の争点であった事業主保険料負担義務づけを削除すべきとの提案については、アンドリュース議員が修正に賛成したほかは、残りの民主党議員がすべて修正に反対したため、修正案は6対5で否決され、事業主強制負担は残ることとなった。また、事業主は従業員に対して選択を保障すべきとの修正案については、民主党議員のみでなく、共和党議員3人も賛成にまわり、可決された。現在、早期退職者の保険料を負担している企業は、引き続き早期退職者の保険料の8割を負担すべきとの修正案は、レビン議員が自動車のビッグスリーを選挙区に抱えていることもあり、6対5で否決された。翌日以降も小委員会における投票は継続されたが、おおむね、民主党保守派であるアンドリュースや地元で特殊権益を抱える民主党主流派議員がキャスティング・ボードを握っていたことは同様であった。スターク案の重要な柱のひとつである医療費コントロールを排除しようとの共和党議員からの提案も、アンドリュース議員を除く全民主党議員が一致して削除に反対したため、価格抑制策は生き残ることとなった。こうした多数の投票を経て、3月23日、スターク議長案全体についての投票が行われた。投票に先立ち、共和党議員およびクーパー案支持者であるアンドリュース議員の支持が得られず、もう1票も失うことができない状況にあったため、スターク議長は、特別税の導入を含む法案には賛成しない意思を表明してい

たレビン議員との妥協を図り、特別税の導入を断念した。この結果、スターク案は6-5で可決され、小委員会を通過する。余談になるが、この日はクリントン大統領案を含む複数の法案についても投票がなされた。特にクリントン大統領案については、正式に小委員会での拒否を表明し大統領に恥をかかせようとの共和党の策略の下で投票が行われた。その結果、クリントン大統領案は4-0（民主党議員はすべて棄権）で正式に否決されることとなった。ちなみにクーパー案、チェーフィー案は6-5、マクダーモット案は7-4で否決された。クリントン大統領は小委員会を通過した法案について満足である旨を表明した。

この間、エネルギー・商業委員会医療問題小委員会の審議は省略されることが決定された。この決定は小委員会の議長であるワクスマンおよび全体委員会議長ディンゲルの間でなされた。当小委員会は民主党15人、共和党9人から構成され、成案を得るには過半数の13票が必要だが、共和党の支持は得られないうえ、民主党でもクーパー（テネシー）や彼の支持者のホール（テキサス）およびローランド（ジョージア）議員の支持が得られない見込みであることから、過半数を集めることが不可能なため、小委員会での審議を省略したものである。しかし、全体委員会で直接審議するにしても後のない状況には変わりはない。全体委員会は民主・共和が27対17で過半数は23。民主党は4票しか失うことができないが、上述の3人のクーパー派の他にタージン議員（ルイジアナ）がクーパー支持であるため、もう1票も失うことができない。3月21日、ディンゲル議長は、小企業の負担、赤字削減、保健連合について特に配慮を払った草案を作成した案をたたき台とすることを決定

した。保険料は、従業員5人以下の企業には給与支払総額の1%という特別の保険料率を設定するほか、補助金も拡充する。また、クリントン大統領案よりも高い自己負担を設定し、本人一部負担割合を25%としたほか、年間の自己負担上限額も、2,500ドルとした（クリントン大統領案ではそれぞれ20%、1,500ドル）。保健連合については従業員規模1,000人以上の企業には自家保険の提供を認めることとした。ホワイトハウスは、一部後退した面があるものの、とにかく議会で審議に動きが生じたことについて歓迎を表明した。

議会での合意作成が難航している中、一部民主党議員の中には共和党との合意を優先しようとする動きが出てきた。ローランド議員は民主党15人、共和党15人の支持を得てすでに合意が形成されている部分のみを寄せ集めた新たな法案を提出した。

(2) メモリアルデイ休会を期限とした審議

5月に入り、上院および下院の委員会は、法案作成作業の期限を5月27日からのメモリアルデイの休会までとすることを決めた。5月下旬に入ると、医療改革関連の5つの委員会のうち3つが投票手続きに入った。

下院歳入委員会は24人の民主党議員と14人の共和党議員で構成されるが、成案を得るためには過半数の20票が必要である。このような状況のもと、カシック議員（共和-オハイオ）は、クーパー案およびチェーフィー案を組み合わせた案により成案を得ようとする動きに出た。民主党議員は数週間にわたり、投票手続き開始に向けて調整を行ったが、強制加入および事業主強制負担、政府による価格統制、標準給付の範囲そして歳入源をめぐる議論は対立しており、合意成立は困難を極めた。5月18日にはスター

ク案をたたき台に「非公式に」投票手続きに入ったが、ロステンコウスキー議長は、自らのマークアップを6月上旬に予定していた。しかし、議長自身は、公費の不正使用疑惑で重罪の起訴が行われたことにより議長の座を去り、シングルペイヤー支持者であるフロリダのサム・ギボン議員がかわりに議長を務めることになった。しかし、長年に渡り医療改革に従事するとともに、議長経験も豊富なロステンコウスキー議長の辞任が、本委員会での法案可決をより不確定なものにしたことは明らかである。

下院教育・労働委員会労務管理小委員会は、4月21日、投票手続きに入った。当小委員会ではクリントン大統領案およびシングルペイヤー案について投票を行うこととされた。5月25日のクリントン大統領案への投票では、各党がそれぞれ一致団結して投票した結果、17対10で一部修正版が可決された。修正部分には、標準給付の範囲が拡大されたこと、補助金の額を増加したこと、企業保険連合設立が可能な最低従業員数を1,000人に引き下げたこと等である。

上院労働・人材委員会は、5月18日に投票を開始したが、そのたたき台は議長であるケネディ議員がクリントン大統領案に修正を加えて作成したものである。主な修正部分には、従業員数5人以下の企業は事業主の保険料負担義務づけを免除すること、従業員数1,000人以上の企業を地域保健連合から排除し、支払賃金総額の1%の特別税を課すこと、標準給付の範囲を拡大すること等が含まれている。また、補助金の支給要件についても、企業の平均支払賃金額よりも労働者の賃金水準により重きが置かれることとなった。10対7という恵まれた条件にありながら、ケネディ議長が妥協案を作成したのは、両党合意案を通過させる目的があるからであ

る。

上院の財政委員会および下院エネルギー・商業委員会では合意作成作業が難航している。財政委員会は民主党議員11人、共和党議員9人から成り、モイニハン議長は成案作成に苦慮することが見込まれている。しかし、デュレンバーガー議員(共和—ミネソタ)、ミッチェル議員(民主—メイン)等といった医療政策に係わってきた議員が今期で引退を表明しており、彼らが医療改革法案を成立させ、引退に花を添えようと試みることは十分考えられる。下院エネルギー・商業委員会のジョン・ディンゲル議長は、クーパー派の説得を継続していた。

(3) メモリアルデイ休会以後

ロステンコウスキーの去った歳入委員会は、ギボン議長案について重要な修正を可決した。主な修正点には、小企業への補助金の増加、タバコ税の引き上げ幅の縮小等である。これらの財源を賄うため、長期介護の給付開始を3年間繰り下げることとしている。

上院労働・人材委員会は、6月9日、全体委員会としては初めて、医療改革法案を可決した。ケネディ議長がクリントン大統領案に修正を加えた当該法案は、民主党議員にバーモント州のジェフォード議員(共和党)が加わり、11対6で可決された。ただし、この案も、上院全体での賛成を得ることは難しいといわれている。

上院財政委員会では、モイニハン議長が、6月9日にたたき台草案を公表し、20人以上の企業では従業員の保険料の8割、1~10人の企業では給与支払い総額の1%、11~20人の企業では2%を負担すべきこととした。この負担義務は、1998年までに従業員の97%が保険加入を達成していない場合に適用されることとなる。モイニハン議長およびバックウッド共和党側代表

表2 各委員会における投票結果

委員会（議長）	内容	可決日	投票結果
下院教育・労働委員会 （フォード）	クリントン案の一部 修正（第1案）*1	6/23	賛成 26（民26, 共0） 反対 17（民2, 共15）
下院歳入委員会 （ギボンズ）	メディケアパートC の創設	6/30	賛成 20（民20, 共0） 反対 18（民4, 共14）
上院労働・人材委員会 （ケネディ）	クリントン案の一部 修正	6/9	賛成 11（民10, 共1） 反対 6（民0, 共6）
上院財政委員会 （モイニハン）	雇用主の負担義務づ けを伴わない案	7/2	賛成 12（民9, 共3） 反対 8（民2, 共6）

* 1 下院教育・労働委員会では第1案のほか、シングルペイヤー法案（第2案）を22対21で可決している。

* 2 下院エネルギー・商業委員会（ディンゲル議長）は、可決を断念。

はクリントン大統領と会見し、一定期限までに皆保険が達成できなかった場合にのみ強制負担を導入する方策について議論を行った。クリントン大統領は、最終的に皆保険が達成されることが保障されるならば妥協する余地があるとの見解を示した。

下院教育・労働委員会は、小委員会通過版をたたき台として、6月14日に投票手続きを開始した。

(4) 各委員会における審議の終了

当初のメモリアルデイという期限は、7月4日の独立記念日まで延期され、結局これが、最終期限となった。結果は以下のとおり（表2）。

III 今後の動き

上のように、各委員会の法案が出そろったわけであるが、それぞれ内容を異にしているため、キーパーソン（上下院の各党院内総務や下院議長等）による調整の後、上下院の本会議で、それぞれ法案の一本化が図られる予定である。

両院の法案が異なる場合（その可能性が高い）には、両院協議会を経て、議会を通過した法案

が大統領に送付されることとなる。

この時、皆保険が保障されていない限り、クリントン大統領は拒否権を行使するといわれている。議会としてもこの点を無視することはできないと思われる。

しかし、法案の成立に最も影響力を有する財政委員会の結果や関係団体による強力な反医療改革のロビイング活動、議員同士の駆け引き（11月8日の中間選挙（全下院議員および上院議員の3分の1が入れ替わる。）により強くアピールを行うため、法案成立を10月7日の会期末ぎりぎりまで引き延ばそうとする議員も存在する。）等を考えると、ゲタをはくまで結果は分からない、というのが真相だろう。

参考文献

- Health Security Act : Section-by-Section Analysis*, Government Printing Office
Economic Report of the President, Chapter 4
 White House
Comparison of Congressional Health Reform Proposals, American Medical Association
Health Care Reform : What's on the table, The Wyatt Company, Washington, D.C.

医療改革をめぐる米国議会の動き

Health Reform : Examining the Alternatives,
Employee Benefit Research Institute: Issue
Brief, March 1994
EBRI Notes Vol. 15 # 3-6 : Washington Update
Health Care Reform EBRI
Congressional Yellow Book : Winter 1994,

Government Printing Office
EBRI Databook on Employee Benefits EBRI
「アメリカ企業福祉のすべて」 EBRI
(ひらいわ・まさる
厚生省社会・援護局地域福祉課主査・
前大臣官房国際課社会保障制度調査員)

アメリカの医療政策と医学研究振興政策

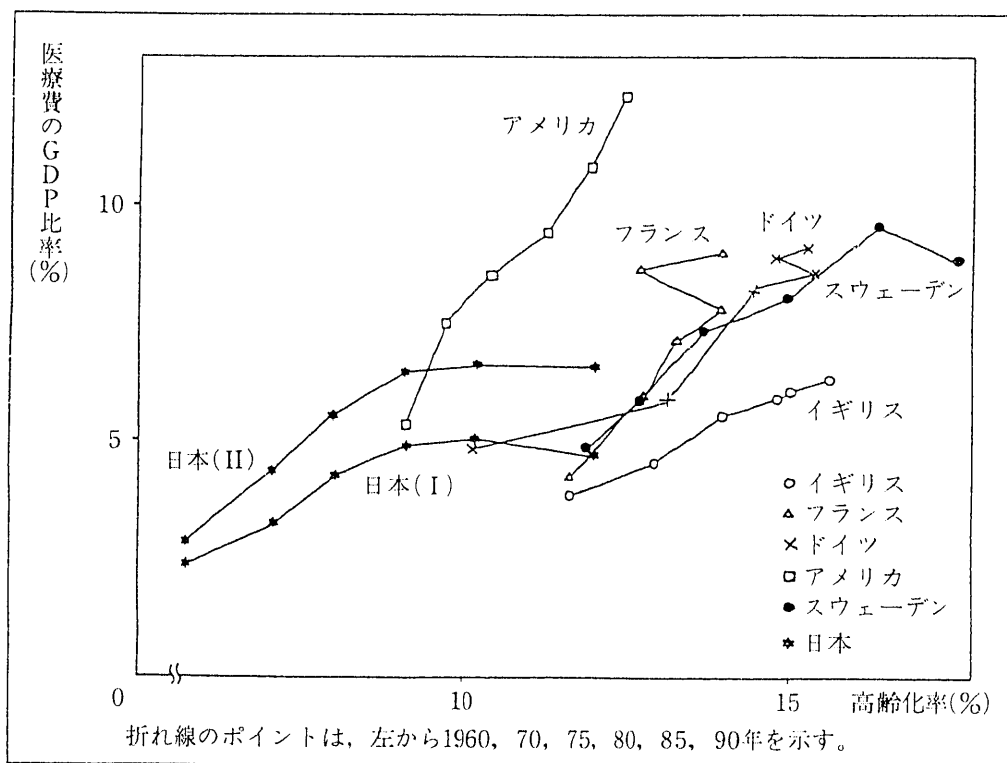
——日本は何を学ぶか——

広井良典

はじめに：もうひとつのアメリカ医療政策

昨今、クリントン大統領による医療保険改革案の動向を中心に、アメリカにおける医療政策について論じられる機会が増えているが、それ

らの多くは「ヘルスケア・クライシス（医療保障の危機）」という言葉が象徴するように“3,700万人もの無保険者を抱えつつ、なお世界最高の医療費の高騰に苦悩する国”というネガティブなものである。実際、医療費の対GDP比で比較するとアメリカの医療費の高さは（図1）にみるように先進諸国の中で際立っており、少なく



出所：OECDデータ（*Health Care Financing Review*, Summer 1992）。
注：日本（I）はわが国で発表されている「国民医療費」（厚生省統計情報部）の医療費データを用いたものであり、日本（II）はOECDデータにおける日本の医療費データを用いたもので、「医療費」の範囲について他国との一定の調整が行われている。

図1 高齢化率と医療費水準の相関関係の国際比較（1960～90年）

とも“できる限り効率的な方法で国民に医療へのアクセスを保障する”という観点からはアメリカの医療政策は危機的な状況に瀕しているといえる。

しかし視点を転じて、(高価な医療費を負担できる資力があるという前提のもとで)提供される「医療サービスの質」や医療技術の水準そのものに着目するならば、アメリカの医療が“世界最高”水準のものであることを否定する人は少ないであろう。患者当たりスタッフ数や病室環境等といった面における質の高さについてはアメリカの病院を訪れてみれば一目瞭然のことであるし、特に医療技術ないし医学という点についてみれば、例えばノーベル医学・生理学賞の受賞者は今世紀、特に第2次大戦以降、圧倒的にアメリカ人によって占められており(表1)、アメリカの医学が世界をリードし、同時に日本の医学を根本において方向づけてきたのは事実である。アメリカはNIH(国立保健研究所)に象徴される圧倒的な「医学研究大国」として、現在なお各国から医学・生命科学研究者を吸引する存在であり続けている。そして近年では、生命科学の飛躍的革新ががんを含む慢性疾患の遺伝子レベルを通じた診断・治療に新たな可能性を開く中で、ヒトの遺伝子構造の解明を目指

表1 ノーベル医学・生理学賞受賞者数・各国別

年 代	ドイツ	アメリカ	イギリス	フランス	その他	合計
1901~20	4	1	1	3	10	19
21~40	4	4	5	1	10	24
41~60	1	19	5	0	11	36
61~80	2	30	8	4	8	51
81~88	1	9	3	0	5	18

注：同賞を受けた唯一の日本人である利根川進(MIT)は1987年のアメリカにカウントされている。

出所：Nobel Foundation Directory.

す「ヒト・ゲノム解析計画」が展開されつつある。

一方における「最高の医学医療」と、他方で医療費の高騰・多くの無保険者に象徴される「ヘルスケア・クライシス」。本稿では、こうした一見パラドックスとも映るアメリカ医療の現状をもたらしたアメリカ医療政策の基本理念を、戦後アメリカの「医学研究振興政策(biomedical research policy)」をその「医療保険政策(health insurance policy)」と対照させつつ歴史的に振り返る中で明らかにし、これらを通じて日本の今後の医療政策の課題について若干の考察を行ってみたい。

1. アメリカの医学研究振興政策 —「医学研究大国」への選択

アメリカの医療は、医療保険制度あるいは医療「保障」という側面から見ると、先進諸国の中できわめて不十分なものであるが、アメリカが医療に関する分野で明らかに大きな力を注ぎ、圧倒的に世界をリードする成果を生み出してきた分野がある。それが「医学研究(広く生命科学を含む)」の振興である。

他の先進諸国に比してアメリカ政府は医学研究の振興に絶大な重点を置き、予算を投じてきた。イギリス、西ドイツ、フランス、日本と比べた場合、医学研究が政府の科学技術振興予算に占める割合はアメリカが群を抜いて大きく、それは軍事研究予算に次いで2番目の位置を占めている。また、より「サイエンス」としての性格が強い基礎研究分野に注目すると、保健医療分野が以下のように圧倒的な1位を占めている(表2)。

なぜアメリカがこのように「医学研究」の振

表2 連邦政府による基礎研究開発資金の分野別割合 (1992年度予算)

保健医療	41%
一般科学	21%
宇宙	13%
軍事	8%
エネルギー	7%
農業	4%
その他	6%

出所：NSB, Science and Engineering Indicators 1991

興については大きな力を注いできたのかを明らかにするためには、戦後アメリカの医学・生命科学振興政策を歴史的に振り返ってみる必要がある。

(1)第1期 (1950～64年)

＜急速な増加の時代；医学研究支援の飛躍的拡大と「国民皆保険」構想の後退＞

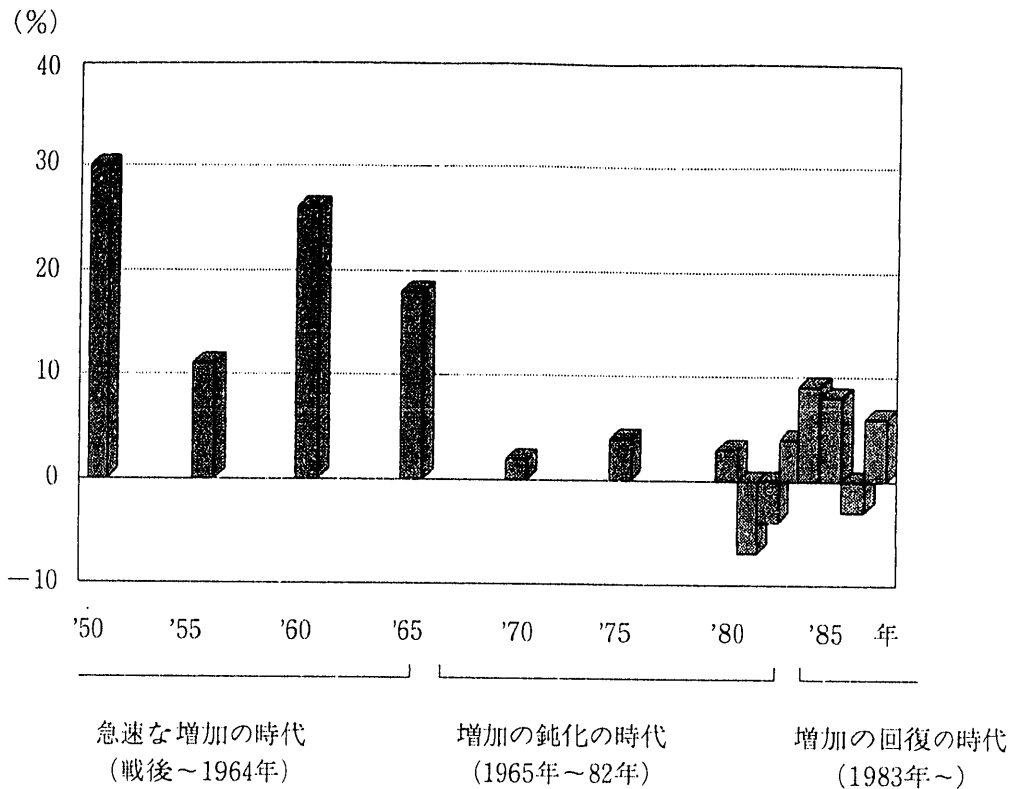
アメリカの医学研究に関する政策パターンは、基本的に第2次大戦直後の時期にその基本路線が敷かれたものである。こうした大きな変化を基本的に方向づけたのは、第2次大戦下において科学技術がアメリカにおいて戦略的にきわめて大きな役割を果たしたという事実であった。1940年夏、もとMITの副学長で当時カーネギー・インスティテュートの学長であり、政府の科学技術政策に大きな影響をもっていたバネバー・ブッシュが、ルーズベルト大統領に対し、大学での科学技術研究が外見上の非実用性にかかわらず新しい軍事技術の開発のためにきわめて有効であることを訴える。これは同年の国家軍事研究委員会、さらに翌年の科学研究開発室(OSRD)の設置となって実現し、これらは戦時下におけるアメリカの科学技術政策の決定機関として中枢的な機能を果たすこととなり、MIT

のラジエーション・ラボラトリーでのレーダー研究、そしてロス・アラモスでの原子爆弾の開発を導くことになる。こと医療に関しては、OSRDの中の医学研究委員会(CMR)が戦時下の医学研究を先導した。

この延長線上に戦後アメリカの科学政策は展開していくことになるが、その基本路線を描いたのがバネバー・ブッシュが1945年に発表した「科学 その終わりのなきフロンティア(Science; the Endless Frontier)」という大統領宛レポートであった(これはアメリカの科学技術政策史上の記念碑的な文書とされている)。ここでブッシュは科学研究こそが国の経済的繁栄や安全保障においてもっとも本質的な役割を果たすことを説くとともに、「疾病に対する戦争(war against disease)」を重要な課題として挙げ、戦時下における急速な医療技術の進歩やそれによる伝染病の発生率の急減は、それまでの基礎研究の長年にわたる蓄積のうえに初めて可能であったことを指摘し、政府による医療分野での研究への支援が、アメリカ国民の健康水準の向上に大きく寄与していくことを訴えたのである。

しかし同時にここにはひとつの大きな選択がひそんでいた。“国民の健康水準の向上”の達成というゴールは、「医療保険」の制度を充実させ、国民が誰でもその経済状態いかんにかかわらず安い費用で医療サービスが受けられるような制度——その典型が国民皆保険制度である——を作ることによっても、別の意味で可能なはずだからである。

しかしアメリカはこの後者の道をとらなかった。なぜならこの時代、アメリカはトルーマン大統領の“国民皆保険構想”にもかかわらず、国民の間での政府の介入の増大に対する警戒や、“医療の社会化(socialized medicine)”へ



出所：NIH Data Book より作成

図2 連邦政府の医学・生命科学開発予算の対前年伸び率 (実質, %)

のアメリカ医師会の強硬な反対から、公的な医療保険制度の成立を拒んだからである。そしてその分、政府は別の仕方で、すなわち医学研究への支援を急増させるというかたちで、“国民の健康水準の向上”のための政策を選んだ。これはアメリカ医師会をはじめ医療関係者にとっては明らかに政府による“介入”が少ないやり方であり、その方向ははっきりと支持された¹⁾。

この歴史的な選択により、これ以降議会は医学・生命科学にきわめて好意的な姿勢を示し、積極的に予算を配分していく。1930年に設置されていたNIH(国立保健研究所)は、1937年に作られていた国立がん研究所をすでに傘下に収めていたが戦後さらに拡大していき、1948年には新設の国立心臓研究所および国立歯科研

究所を加えて巨大化し、さらに以後ますます拡大していった。こうしてNIHは現在押しも押されぬ世界最高の医学・生命科学分野の研究機関となっており、多くのノーベル賞受賞者を輩出している。これらの研究機関を中心に、1950年から1965年の間、アメリカ連邦政府による医学研究振興費は実費で毎年平均18%の増という大幅な増加を示し、ここに“医学研究王国アメリカ”が生まれたのである(図2)。

(2)第2期(1965～82年)

〈増加の鈍化の時代；メディケア・メディケイドの成立と基礎研究の後退〉

しかし1960年代に入った頃から、そうした大幅な医学研究予算の増大に対し、果たしてその

見返り、すなわち具体的な成果は十分あがっているのかという疑問が出されるようになった。加えて、ケネディ暗殺後の1964年に地滑りの勝利で大統領選挙に勝ったジョンソンは、医学研究の振興よりもより現実的な施策、すなわち公的医療保険制度の充実に関心を向けたため、研究費の増大はこのころから鈍化することとなる。実際、メディケア・メディケイドが成立し、それが政府の医療関連予算の大きな部分を占めるようになったから、相対的な医学研究費の比重は低下せざるを得なかった。

1955年から1968年まで NIH の長官を務め、NIH 史に残る大きな影響力を持ったジェームズ・シャノン は、退官数年後に上院で発言を行った際、議会がメディケア・メディケイドの運営に大きな関心を注ぎその費用が膨張していくにつれて、医学研究に対する援助が削減されていくのではないかと の危惧を表明している。特に彼が懸念したのは、医療保険制度の充実のほ うがある意味で具体的な成果が見えやすいため に、議員としては選挙民の要請に応えるためにもそちらの方を優先し、その結果、短期的な効果は見えにくい が長期的には国民の医療水準を決定する要因となる医学・生命科学 研究への助成を後回しにするのではないかと、という点であった。

なるほどこの時期も連邦政府の医学・生命科学 研究費は実質で年平均2.1%の増加を続けているから研究費が減少傾向に転じたというわけではないが、こうした研究費の“低成長”時代を迎えた結果、自ずとそれをどう「配分」するかの問題が前面に浮かび上がってくるようになっていく。

1971年、ニクソン大統領は「がんと の戦争 (war on cancer)」を宣言し、“がん十字軍

(Cancer Crusade)”のキャッチフレーズのもと、NIH 中の国立がん研究所への大幅助成増を指示する。この結果、同研究所への予算は1971年には1.7億ドル、翌年には4.0億ドルと急増し、76年には全 NIH 予算の3分の1以上を占めるに至った。医学研究費低成長の時代にあつて国立がん研究所のこうした大幅予算増は当然他の研究関連機関の予算減という対価をともなつてなされた。そのため NIH の他の機関は、がん研究の具体的な成果の見通しがきわめて不確実なものであること、また狭義のがん研究に予算を集中するよりも幅広い基礎医学・生物学研究を基盤強化したほうがかえつてがん発生の機構解明に結びつく可能性が高いこと等を挙げて、国立がん研究所への重点配分に強く反対した。この訴えは結局功を奏し、その後 NIH 全体の研究補助費に占める国立がん研究所の割合は現在に至るまで低下傾向を続けている(1975年の33パーセントから86年には23パーセントまで低下)。

(3)第3期(1983~89年)

〈増加の回復の時代；医療費適正化政策の本格化と基礎研究の重点化〉

その後医学研究振興は1980年代に入って再びその増加率を高めることになる。これは時の大統領レーガンが、医療保険政策については83年における DRG の導入等医療費適正化政策の強化を図る一方、研究支援政策には国際競争力強化の観点(“強いアメリカ”)からも力を入れ特に基礎研究の充実 に大きな力を注いだこと、またインフレが収束し経済も着実に成長していったこと、がその大きな理由である。この場合、こうした「医療保険制度については抑制的、医学研究助成については積極的」という姿勢は、政府の果たす役割というものについての共和党

的考え方を典型的に示すものであることに注意されたい。こうした哲学のもと、NIHにおいてはより基礎研究に予算の重点配分が置かれるようになった。また他方においてはアメリカの“経済競争力”の低下への憂慮も背景としつつ応用・開発研究の振興に力を注ぎ始め、それは1985年からスタートしたNSF(全米科学財団)助成の工学研究センター・プログラムに基づく産官学共同の推進(例; MITにおけるバイオテクノロジー・プロセス・エンジニアリング・センター)や1986年の技術移転法(Technology Transfer Act. NIHなど国立研究機関から民間企業への研究成果の移転をはかるもの)の成立等に表れている。全体として、1983年から88年にかけての時期を見ると連邦政府による医学研究予算は年平均実質5.0%の大きな伸びを示している。

(4)第4期(1990年～現在)

〈医療保険制度抜本改革と「ヒト・ゲノム解析計画」の始動〉

こうしたアメリカ医学研究振興政策の流れの中で、とりわけ80年代以降になって顕在化するようになった分子生物学を中心とする生命科学の飛躍的發展を受けて登場したのが「ヒト・ゲノム解析計画」(Human Genome Project)である。

各省庁の独立性ないし分権性の強いアメリカにおいてはしばしばそうであるように、この「ヒト・ゲノム解析計画」についても、当初計画を先導したエネルギー省(DOE)、全米研究審議会(NRC)、NIH等が独立の動きを示し(表3参照)、どの機関のイニシアチブのもとでどのように研究を遂行していくかが問題となったが、91会計年度以降、NIHとエネルギー省との共同の

研究計画が実施に移されており、去る93年10月には全体の15年計画のうちの初めの8年計画(98会計年度まで)が改訂され目標の再設定が行われたところである。なお、「ヒト・ゲノム解析計画」のための研究費は表3にも示されているようにかつてのアポロ計画等の巨大プロジェクトに比べれば比較的小規模なものである(例えば、1991年度のエイズ研究費は約8億ドル)。

表3 「ヒト・ゲノム解析計画」の経緯

86年3月	DOE, サンタフェでの「ヒト・ゲノム配列決定ワークショップ」後援
同年9月	全米科学アカデミー、全米研究審議会が配列決定計画実施に関する報告を提出すべきことを決定
同年9月	OTA報告『ヒトにおける遺伝変異の検出に関する諸技術(Technologies for Detecting Heritable Mutations in Human Beings)』発表
同年	レナート・ダルベッコ(75年ノーベル医学・生理学賞受賞者)『がん研究におけるターニング・ポイント; ヒト・ゲノムの配列決定』を『サイエンス』誌に発表
同年10月	(87会計年度) DOE, ロスアラモスの国立研究所等への研究費助成開始
87年4月	DOEの保健環境研究諮問委員会(HERAC)報告書、配列決定計画を推奨
88年2月	全米研究審議会、「ヒト・ゲノムのマッピングと配列決定(Mapping and Sequencing the Human Genome)」発表
同年	ヒト・ゲノムに関する全米諮問審査機関を設置するための法案審議を通じ、NIHとDOEは共同して計画に協力すること等が合意される
90年10月	(91会計年度) NIHとDOEの共同研究計画開始

出所: OTA, Mapping Our Genes, 1988等をもとに筆者作成

参考：91～95会計年度の「ヒト・ゲノム解析計画」
予算（百万ドル）

会計年度	NIH	DOE	計	91年度時点での必要予測額
1991	87.4	47.4	134.8	135.1
1992	104.8	61.4	166.2	169.2
1993	106.1	64.5	170.6	218.9
1994				246.8
1995				259.9

出所：Francis Collins and David Galas, "A New Five-year Plan for the U.S. Human Genome Project," *Science*, Vol. 262, 1 October, 1993.

本計画の成果は、遺伝病やがん等の疾患の機構解明や治療、遺伝子の機能や老化メカニズム等の解明、分子進化学や集団生物学等への応用等に活用されていくこととなるが、単に科学上の問題にとどまらず遺伝情報の保護の問題、診断と治療のタイムラグの問題、出生前診断、優生学上の諸問題等さまざまな倫理的問題を含むものであるため、「倫理的、法的、社会的含意 (ELSI; Ethical, legal, and social implications)」の検討には計画全体の予算の3%を当てることとなっている。

現在のクリントン政権は、抜本的な医療保険制度改革を図ろうとする一方で、ゴア副大統領との連携のもと財政的な制約のなか科学政策にも重点を置いており、こうした傾向が続くとすれば、アメリカが今後も当分、世界最大の「医学・生命科学研究大国」であり続けることはまず間違いない。

補論：アメリカにおける医療マンパワー政策

以上見てきたような医学研究振興政策の問題は、医学教育の問題を介して「医療マンパワー

政策」とも結びつく。アメリカの医療マンパワー政策は、すでにみた医学研究振興政策の流れとも呼応しつつおおむね次のような政策的経緯をへて今日に至っている。

すなわち、医療マンパワーに係る連邦政府の政策的対応は、戦後から1970年代前半に至るまで、基本的にはその「量的拡大」を図っていくというものであった。この方向が抜本的に修正されるのが、1980年に発表された医師養成に関するいわゆる GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) 報告であり、そこでは明確に将来の「医師過剰」が宣言されるのであるが、同報告は、戦後アメリカのヘルス・マンパワー政策について以下のような総括的な時代認識を示している。

すなわち、戦後、とりわけ1954年から65年までの10年間は、アメリカの医療政策は一言でいえば「医学研究支援の時代 (Era for Support of Biomedical Research)」と呼ぶことができ、「科学」への絶大な信頼のもとで、医学研究への助成が医療政策全体の中心を占めていた。マンパワーに即していえば、この時代はそうした科学信仰という背景から、スペシャリスト志向のもとで「専門分化」が急速に進んだ時期として位置づけられる。これに対し、1955年から1980年に至る時期は、いわば「ヘルス・マンパワーに関する論争と助成の時期 (Era of Debate and Funding for Health Manpower)」と呼ぶことができ、ヘルス・マンパワーがなお絶対的に不足しているとの基本認識のもとで、その増加のための諸施策がとられていった。そして、そこでの方向づけは、①一般医や医療関連従事者数の不足、②スペシャリストがジェネラリストに比して不均衡に多いこと、③医師および医療施設の地域的偏在、の3つを是正していく、とい

うものであった。実際、アメリカではとりわけ1960年代から70年代にかけて、1963年の「医療専門職教育援助法」をはじめとしてヘルス・マンパワー養成促進のための多くの立法措置がとられている（1963年の医療専門職教育援助法、64年の看護婦養成法、66年の医療関連専門職種養成法、68年のヘルス・マンパワー法、71年の包括的ヘルス・マンパワー養成法、71年および75年の看護婦養成法等）。これらの措置の結果、ヘルス・マンパワーの養成数は戦後から70年代にかけて急速に増加していったのである。

ところが1976年の医療専門職教育援助法のあたりから、マンパワー数の成熟化の中で、こうした拡大方向は次第に修正を被ることとなる。こうした状況の変化の中で、厚生省（DHHS）の諮問機関として、有職者によって構成される上記のGMENAC委員会が同1976年に設置され、80年9月に報告書をまとめるに至るが、同報告は、①1990年および2000年に向けて医師の過剰が発生する（具体的には90年において7万人〔需要46万6千に対し供給53万6千〕、2000年において14万5千人〔需要49万8千に対し供給64万3千〕の過剰）ため、医学部の定員の大幅な削減が行われるべきことや、②医師以外の医療従事者も引き続き増加していくと見込まれるが、これは上記医師過剰と相まって深刻な問題を生むこととなり、医師を含めた養成計画へと統合されていくべきこと、等を指摘したのである。この報告は、我が国の医師養成政策にも大きな影響を与えている（厚生省に設けられた「将来の医師需給に関する検討会」最終意見が提出されたのが1986年6月である）。

いずれにしても、こうした戦後の基本的なマンパワー拡大政策の結果、日本とアメリカの医療マンパワー数を比較すると、それは（表4）

に見られるように、人口全体に占める医療関連従事者の割合は、アメリカは日本のほぼ2倍となっている。医療費の対GNP比が、アメリカの場合日本のその2倍強であることを考え合わせると、「日本と比較した場合のアメリカにおける医療費の高さは、医療関連マンパワーの数の

表4 日米医療マンパワー数の比較

	日本 ('90年)	アメリカ ('90年)
人口 (千人) A	123,540	259,571
医療関係従事者数 (千人) B	2,183	9,447
人口に占める医療マンパワーの割合 B/A	1.77%	3.64%
医師数 (対人口割合)	201 (0.16%)	601 (0.23%)
看護婦数 (対人口割合)	403 (正看護婦) (0.33%)	1,599 (RN) (0.62%)
准看護婦数 (対人口割合)	354 (准看護婦) (0.29%)	417 (LPN) (0.16%)
看護補助者数 (対人口割合)	178 (0.14%)	1,246 (nurse aides) (0.48%)

注1：人口はいずれも OECD, Health Data File, 92. 日本医療従事者数は医療施設調査・病院報告（平成2年静態調査）（医師・歯科医師については常勤のみ。それ以外については非常勤を含む）。アメリカ医療従事者は Health, United States 1990. ただし、医師数、RN数については OECD, Health Data File, 92. また、LPN および nurse aide については1980 Census of Populationによる1979年のデータ。

注2：アメリカの医療マンパワー数については、主要なもの（医師、RN等）については毎年のU.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Employment and Earnings または Department of Commerce, Statistical Abstract of the United States により把握できるが、それ以外については10年おきの Department of Commerce による Census of Population によらなければならない（90年分は未公表）。

多さと相関関係にある」ということが指摘できる（なおこの場合、人件費は医療費全体の約半分を占めること、また、人件費のマクロの合計を決めるのはマンパワー数及び各職種の給与水準であること、に留意する必要がある）。さらに、医療マンパワーの職種に立ち入ってみると、医師については人口当たり数はアメリカは日本の1.5倍程度に過ぎないが、その他の職種（看護補助者、パラメディカル、事務職等）において2倍またはそれ以上の差がある点が特徴的である。

こうした事実については、次の2つの異なる「評価」が可能と思われる。すなわち、一方では、アメリカにおいては、患者1人当りの医療マンパワーの密度、すなわちケアの密度が日本の2倍であり、かりに「医療の質」をマンパワーの配置の厚さで測れるとすれば、とりもなおさず「日米の医療費の差は両国におけるケアの厚さないし医療の質の相違を反映したものである」、との評価がある。しかし他方で全く逆に、医療マンパワーの数の多さが質の良さに直結しているとは必ずしもいえず、したがって、上記事実はアメリカの医療における少なくとも何らかの「非効率性」を示しているとの評価や、さらにこの背後には、医療の価格が公的にコントロールされてこなかったために、一種の市場の失敗が生じ、医療マンパワー数ないし市場が必要以上に拡大したとの評価もありうる。

いずれにしても、こうした医療関連マンパワーのあり方は、一方において医療や介護の質、他方において医療費全体のあり方に大きな影響を及ぼすものであり、特に今後老人を中心とした長期療養やケアの比重が社会の中で大きくなっていく中で、「どの程度の人材を医療や介護、福祉の分野に振り当てるのが妥当か」という問

題は、全般的な労働力不足の中で、社会全体として大きな問題となるものと考えられる。今後さらに立ち入った検討が求められている。

2. 日米医療政策の比較と日本にとっての課題—医療の「内容」面についての公共政策の確立を—

以上、アメリカの医療政策を、医療保険政策や医療マンパワー政策の流れとも対比しつつ医学研究振興政策を中心に概観してきた。これらの全体像をまとめたのが（表5）である。

こうしたアメリカの医療政策を我が国のそれと対比した場合、そこには基本理念に遡った根本的な相違があることを認めざるをえない。すなわちアメリカが「自由」ないし「卓越性の追求」の理念のもとに「最高の医学を実現すること」を医療政策の一次的目標とし、そのための具体的政策において本稿でみたような「医学・生命科学の振興」に大きな重点を置いてきたのに対し、日本の場合は何よりもまず「平等、公平」を医療政策の基本理念とし、「医療サービスへの国民のアクセスの保障」を医療政策の一次的目標としつつ、そのための政策として「国民皆保険制度の実現」とそこでの給付と負担の「公平」を追求してきた。さらに追加すれば、アメリカの場合、“世界最高の医学をアメリカにおいて実現すること”を目標としたうえで、現実にその“成果”ないし“恩恵”を各人が受けられるか否かについてはもっぱら個人の自助努力に委ねてきた（民間保険への加入など）。一言でいうならば、第二次大戦後、アメリカはまさに「サイエンスとしての医療」政策を追求し、日本は「平等としての医療」政策を追求したといえるだろう。

表5 アメリカ医療政策の展開 (総括表)

時代区分	年	医学・生命科学研究振興政策	医療保険政策	その他の医療政策 (医療供給, マンパワー等)	医学・科学, 科学政策, 疾病構造等
第1期	戦後~1964年	(特徴) 医学研究支援の飛躍的拡大と「国民皆保険」構想の後退		46年 ヒル・バートン法 (病院建設の整備助成)	53年 ワトソン・クリックDNAモデル発表 55年 全米科学財団 (NSF) 設立 57年 スプートニク・ショック 57年 血液化学自動分析機開発(→ME時代へ) 58年 NASA 設立
		医学研究助成の急速な増加 45年 Bush, "Science; the Endless Frontier" 48年 NIH 拡大	45年 トルーマン大統領, 国民皆保険構想を支持→実現せず 51年 民間営利保険加入者数がブルークロス, ブルーシールド加入者数を上回る		
第2期	1965~82年	(特徴) メディケア・メディケイドの成立と基礎研究の後退		65年 地域医療プログラム導入(三大慢性疾患の撲滅) 71年 包括的ヘルスマンパワー養成法, 看護婦養成法 74年 国家医療計画・資源開発法による医療計画導入 80年 将来の医師過剰問題等に関するGMENAC報告	62年 「沈黙の春」出版 67年 初の心臓移植 70年 カンザス州にて初の脳死立法 71年 アメリカ病院協会「患者の権利章典」 72年 議会に技術評価局 (OTA) 設置 72年 CT開発(英EMI) 73年 人工妊娠中絶合憲判決(最高裁) 73年 遺伝子組み換え技術(→76年 NIH ガイドライン) 81年 生命倫理問題に関する大統領委員会報告 81年 初のエイズ患者
		医学研究助成の実質伸び率の鈍化(→配分問題の浮上) 71年 ニクソン, 「がん十字軍」提唱(→国家がん法成立, がん研究への傾斜的配分)	65年 メディケア・メディケイド成立(←ジョンソンの「Great Society」構想) 68年 ホスピタル・コーポレーション・オブ・アメリカ設立(最大の営利マルチホスピタルシステム) 71年 ニクソン「新国民医療戦略」→HMOの提唱 82年 国民医療費, GNPの10%を突破		
第3期	1983~89年	(特徴) 医療費適正化政策の本格化と基礎研究の重点化		86年 医療計画廃止(←レーガンの「市場競争戦略」)	84年 全米臓器移植法 86年 技術移転法 89年 「成果研究」のための機関AHCPR設置
		医学研究助成の実質伸び率の回復(←レーガンの基礎研究重視政策)	83年 メディケアの病院医療費に係る診断群(DRG)別定額支払い制度導入 88年 メディケアの保障範囲拡大に関する破局的疾病保障法(→89年廃止) 89年 メディケアの医師報酬に係る診療報酬点数制度(RBRVS)導入決定(→92年施行)		
第4期	1990年~現在	(特徴) 医療保険制度抜本改革と「ヒト・ゲノム解析計画」始動			90年 初の本格的遺伝子治療(ADA欠損症)
		90年 NIHとエネルギー省によるヒト・ゲノム解析共同計画スタート	93年 クリントン医療保険制度抜本改革案発表		

出所: 筆者作成

日本において、「平等」を基本的な理念として何よりも公的保険制度の充実に力が注がれてきたこと自体は決して誤りではなかったと筆者は考える。このことは日本に身をおいていると

国民皆保険制度はあたかも「空気」のようなものであるため日本の医療システムのそういった長所は長所として気づかれにくいだが、現在のアメリカの医療をめぐる状況を見ればはつきりす

ることである。こうしたことを考えれば、公的医療保険のカバーする範囲を安易に減らそうとする単純な“医療の民活論”には十分に慎重であるべきである。

一方同時にまた、アメリカとの対照のもとに日本の医療政策を振り返るとき、それがほとんどイコール「医療保険政策」ないし医療「費」政策に終始しており、「医学・生命科学の振興」（およびそれを通じた疾病の機構解明～撲滅や人々の健康水準の向上）や「医療の質」の向上、あるいは医療技術を含む医療サービスの質の「評価」といった、医療そのものの「内容」についての政策が大幅に欠落していたことは否定できない。

特に医学・生命科学研究に関しては、本稿では紙面の都合もあり詳述はできないが、ヒト・ゲノム解析計画に代表されるような、疾病の発生機序の遺伝子レベルでの解明と治療を中心とする現在進行中の医学・生命科学の革新は、戦後医療における「第3次医療技術革新」というものであり(表6参照)、医療の質の向上のみならず、かつての抗生物質の開発による結核の撲滅とそれに伴う結核医療費の激減(昭和30年頃には結核に係る医療費は日本の医療費全体の4分の1以上を占めていたが、抗生物質による根治により現在では1%前後にしか過ぎなくなっている)のように、医療費の削減という観点からも有効なものであり、成熟経済の国として、本格的に医学・生命科学研究政策に着手する時期にきていると考えられる²⁾。

医療保険制度における「平等」の理念は我が国医療の最大の長所として堅持しながら、医学・生命科学の振興政策を含め、医療の「内容」面に関する「公共政策」を確立していくことが、日本の医療にとっての今後の最大の課題である

表6 医療技術革新の展望

	第1次 医療技術革新	第2次 医療技術革新	第3次 医療技術革新
時期	戦後～60年代	70年代～現在	現在～
主たる 内容	抗生物質による 結核等の治療 外科技術の進 歩(輸血・麻 酔等)	MEを中心と する診断・ 検査技術 (CT等) 治療技術(人 工呼吸器、 内視鏡利用 ESWL, レ ーザー, 放 射線治療等) 人工臓器, 移 植医療ICU	疾病の発生機 序の遺伝子 レベルでの 解明と治療
基盤と なる理 論科学 の革新	19世紀後半以 降の細菌学 ～生化学等 の発展	20世紀初頭～ 半ばの物理 科学の革新 と発展(相対 論, 量子力学 ～コンピュ ータ, エレク トロニクス)	分子生物学等 生命科学の 革新
対象疾 患	感染症	慢性疾患	
技術の 性格	純粹技術	途上の技術	純粹技術
医療費 への影 響	医療費削減型	医療費誘発型	医療費削減型?

ように筆者には思われる。

注

- 1) この間の経緯については, Stephen Strickland, *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of United States Medical Research Policy*, Harvard University Press, 1972.
- 2) 医学・生命科学における今後の技術革新の展望については, 広井良典「技術革新の巨視的展望と医療」『社会保険旬報』94年1月11日～21日号を参照されたい。

参考文献

【アメリカの医学研究政策について】

- Eli Ginzberg, Anna B. Dutka, *The Financing of Biomedical Research*, The Johns Hopkins University Press, 1989.
- Penick *et al*, *The Politics of American Science ; 1939 to the Present*, MIT Press, 1972.
- Richard Rettig, *Cancer Crusade : The Story of the National Cancer Act of 1971*, Princeton University Press, 1971.
- Bruce L. R. Smith, *American Science Policy since World War II*, The Brookings Institution, 1990.
- 【ヒト・ゲノム解析計画について】
- OTA, *Mapping Our Genes*, U.S. Government Printing Office, 1988.
- Daniel Kevles and Leroy Hood (eds.), *The Code of Codes ; Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*, Harvard University Press, 1992.
- Francis Collins and David Galas, "A New Five-Year Plan for the U.S. Human Genome Project," *Science*, Vol. 262, 1 October, 1993.
- 【アメリカの医学・医療及び医療政策全般について】
- Kenneth M. Ludmerer, *Learning to Heal : the Development of American Medical Education*, Basic Books, 1985. (アメリカの医学教育について)
- Paul Starr, *The Logic of Health Care Reform : Transforming American Medicine for the Better*, the Grand Rounds Press, 1992. (クリントン政権における医療保険改革について)
- 広井良典, 『アメリカの医療政策と日本 ; 科学・文化・経済のインターフェイス』 (勁草書房, 1992)
- (ひろい・よしのり
厚生省社会・援護局更生課課長補佐)

メディケアにおける診療報酬制度の改正

川 渕 孝 一

米国のメディケアの診療報酬制度が大きく変化した。

そもそもメディケアとは、連邦政府によって管理・運営される医療保険制度で、1966年7月1日に施行されたものである。病院保険および医療保険を、65歳以上の老人、障害年金受給者資格を有する65歳未満の障害者、鉄道従業員退職者制度に基づく年金受給者、慢性腎臓病を有する者に対し適用するものである。1973年以降は外国人と一定の連邦公務員および年金受給者も、月々の保険料を支払えば加入できるようになった。

メディケアには、パート A と呼ばれる病院保険 (HI)、パート B は、医師のサービス、各種医療サービス、その他パート A でカバーしきれない診療材料の費用などをカバーする。一方、パート A の財源は65歳未満の勤労者 (公的年金加入者) が支払う保険料 (特別源泉徴収社会保障税) で賄われている。これに対してパート B の財源は、加入者の毎月の保険料 (全体の25%) と連邦政府の一般歳入 (同 75%) で賄われている。

このパート A、パート B 両方の診療報酬制度が大幅に改正されたわけである。

具体的には、パート A においては、キャピタルコストに対する支払い方式が変更された。一方、パート B においては、RBRVS (Resource-Based Relative Value Scale) という新しい支

払い方式が導入された。

本稿では、この2つの改正の内容を具体的に紹介することにする。

I. パート A の診療報酬制度の改正

1. 歴史的経緯

従来はメディケアの資本関連費用 (Capital-related costs) は予見定額払い (DRG/PPS) とは別の枠組みで適正費用ベースという形で支払いが行われていた。それが、1991年10月より DRG/PPS でもって評価されることとなった。

資本関連コストを診療報酬の中でどう評価するかについて、米国においてもこれまで長い間議論されてきた。最初にそれが問題となったのは1972年のメディケア改正のときである。このとき入院費用について一定の上限が設けられたが、キャピタル・コストは結局そこから除外されることとなった。しかし、何らかの形でキャピタル・コストの支払に一定の規制をかける必要性は強く認識されており、議会は別の方法でその抑制を図ろうとした。それは、「地域医療計画」を活用した方法であり、州の承認なしに行われた病院建設については、メディケア・メディケイドにおけるキャピタル・コストの支払を取り消すことができると規制した。

その後、1983年に DRG の制度が導入されたときもキャピタル・コストの取扱いは大きな論

点となった。結局、このときもキャピタル・コストは予見定額払いの対象から外された。しかし、このとき併せて、厚生省長官は、議会に対し、このとき併せて、厚生省長官は、議会に対し、キャピタル・コストを予見定額払いの中に包括化する方法について報告することを求めた。

以後、1986年の法改正のときに、厚生省長官の報告を踏まえてキャピタル・コストの取扱いがまたしても問題となり、1991年10月1日までにキャピタル・コストは予見定額払いに吸収されることが定められ、実施に至ったところである。

これから、①米国の病院は、日本の病院と異なりキャピタルコストがきちんとてん補されている一方で、②それが、連邦政府にとって相当の負担になっていることがわかる。

また、資本関連費用に対する支払基本算定方式を示すと以下のとおりになる。

標準連邦価格 (Standard Federal Rate) × ① DRG 係数 × ② 地域調整係数 × (1 + ③ 大都市地域付加係数 + ④ 資本関連・間接的医学教育費用調整係数) × ⑤ 都市部の大病院に対する加算 × ⑥ アラスカ州およびハワイ州に対する特別加算 × ⑦ 特別調整係数

ここで留意すべき点は①資本関連費用の算定においても DRG 係数が用いられていること、②地域差が考慮されていること、③その他政策変数として、いろいろな係数を設けていることの3点である。

こうした変数については、後で詳しく説明するが、上記計算式のうち、1992年度の連邦標準価格は415.59ドルとなっている。また、地域調整係数は、都市部については都市圏ごとに、非都市部については州ごとに、定められている。

2. 米国における資本関連費用の“新”支払方式

1991年8月30日、HCFAは、メディケア入院患者の資本関連費用に対する予見定額支払方式の最終規定を発表した。1991年10月1日以降、メディケア入院患者の資本関連費用に対する現行の支払方式が廃止され、1件当たりの資本関連費用の全国平均に基づく予見定額支払方式に10年間かけて移行することになった。その結果として、予見定額支払方式(DRG/PPS)の適用を受ける病院および医療サービスは、この最終規定に従うことになった。しかしながら、外来患者の資本関連費用は現行の出来高払い方式で支払われる。また、DRG/PPSの適用対象外の病院(例えば精神病院)および特別病棟、さらには、プライマリケアに従事する地方の病院には、この新しい規定は適用されない。

主要な改正点は次の7点に要約される。

(1) 予算の中立性 (Budget neutral)

1990年の包括予算調停法 (Omnibus Budget Reconciliation Act. OBRA-1990) の規定により、1992年から1995年の4年間の支払は、現行の出来高払いで支払われる場合と同額でなければならないとされた。

いわゆる、予算の中立性が条件とされたわけである。しかしながら、1996年以降はこのような予算の中立性は要件とされていない。1996年からいかなる算定方式が採用されるかによって病院の投資計画が異なるので、その動向が注目される。

(2) 10年間の移行期間

移行期間が10年間あり、最終的には、損失補てん方式 (Hold Harmless Payment System) と予見定額払い方式 (Fully Prospective Payment System) の2つのタイプに分けられることとなる。なお、予見定額払い方式を選択した

病院では、その間①連邦政府が定めた標準価格と、②各病院固有のキャピタルコストとの加重平均額をもって支払われることになる。換言すれば、予見定額払い方式による病院に、100%の標準連邦価格が適用されるのは西暦2001年からだということである。

(3)支払方式

移行期間中の原則的な支払方式および例外的な支払方式は、図1のフローチャートに示されるように、主として既存の方式を採用している病院にとってどちらかが優位になるように作られている。

より具体的には、病院特定価格が1992年の標準連邦価格より低い病院は、①標準連邦価格と②1年ごとに変わることになる病院特定予想価

格との加重平均額で支払われる。すなわち、1992年度の支払は、(病院特定価格×90%+標準連邦価格×10%)という形で支払われる。さらに、その翌年からは病院特定価格の割合が1年ごとに10%減少する一方で、標準連邦価格の割合が10%ずつ上昇し、最終的には資本関連費用は標準連邦価格に一致する。

これに対して、病院特定価格が、1992年の標準連邦価格より大きい病院は、損失補てん方式で支払われる。損失補てん方式とは次の2つの金額のうち、いずれか高い方の金額をもって支払われる方式のことである。

①連邦価格

標準連邦価格100%が支払われる。

②“旧プラス新キャピタル”コスト

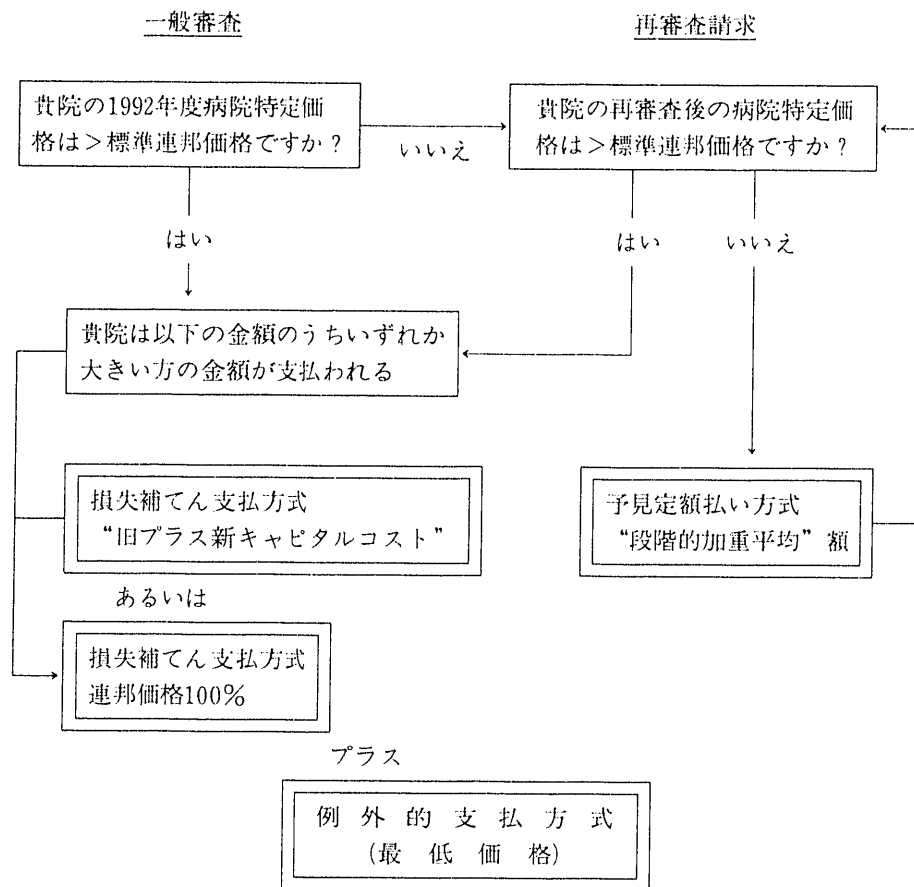


図1 10年間の移行期間中の支払方式

("Old Plus New Capital" Cost)

(“旧” キャピタルコストの85%+全メディケア入院キャピタルコストに対する“新”メディケア入院キャピタルコストの比率)×標準連邦価格

注1) ここで、“旧”キャピタルコストとは、1990年12月31日までに生じたキャピタルコストをいう。その構成要素としては①減価償却費②支払利息③同資産が使用されている間のキャピタルリース費(リースの更新は、同資産が使用されており、資産の耐用年数が最低3年で、リースの年間返済が最低1,000ドルである限り“旧”キャピタルコストと認められる)④賃借料⑤償却資産にかかる租税公課⑥損害保険料⑦土地等に関するライセンスおよびローヤルティ費

注2) さらに、①州の承認(CON)の手続きが思いのほか長びいている場合や、②1990年12月31日までに工事は着工したがまだ竣工に至らなかった場合(ただし、750,000ドルまたは総見積工事原価の10%のいずれかを超過している場合のみ)なども“旧”キャピタルコストの対象となる。

(4)最低価格 (Payment floors)

最終規定は、この制度の円滑な導入を図るために病院を3つに分けて移行期間中につき、次のような最低価格を保障している。

- ①当該地域に単独で存立するコミュニティ病院…実際のキャピタルコストの90%
- ②病院数を100床以上有し、不採算患者率すなわち、メディケア・メディケイドでカバーされない生活困窮者に対する補助金収入が全収益の20.2% (1992年は30%) を占める都市部の病院…実際のキャピタルコストの80%

- ③上記以外の病院…実際のキャピタルコストの70%

ただし、上記の比率は当該金額がメディケア総資本関連費用の10%を下回るように移行期間中、毎年変更される。

(5)改定 (Updates)

1993年から1995年にかけての標準連邦価格および病院特定価格の改定は、当該会計年度の4年前の会計期間を基準年度とする当該2年間における1件当たり移動平均コストに基づいて行われる。したがって、1993年度の改定は1989年度と1990年の移動平均額を使うことになる。

また、1996年以降の改定方法は、現在思案中であるが、HCFA (Health Care Financing Administration) によると、キャピタルコストの変化や新しい医療技術、既存技術の普及に起因する設備投資に関する諸要件などを総合的に評価して決定するとしている。

(6)調整係数 (Adjustments)

先にも述べたように、新しい資本関連費用の支払方式には次のような数々の調整係数が存在する。

- ①DRG係数…DRGの指標を用いたメディケアケースミックス係数
- ②大都市地域付加係数…100床以上の都市部の病院に対する不均衡調査係数で、 $(e^{0.2025 \times \text{不採算患者率}} - 1)$ という形で算出される。これは不採算患者率が10%増加するごとに、標準連邦価格は約2.0%増加することを意味する。
- ③地域調整係数…資本関連コストの地域格差を補足するための係数で病院の地域賃金係数(AWI)の指数関数として $(AWI^{0.6848})$ という形で導き出された。これは病院の賃金指数値が10%増加するごとに、連邦価格

は約6.8%増加することを意味する。

- ④資本関連・間接的医学教育費用調整係数
教育病院に対する特別調整係数で、
 $(e^{0.2822 \times \frac{\text{研修医数}}{\text{1日当たりの平均入院患者数}} - 1)$ という形で計算される。これは、当該病院における1日当たりの平均入院患者数が10%増加すると、標準連邦価格が約2.8%増加することを意味する。

- ⑤都市部の大病院に対する加算

DRG/PPSの中で、「都市部に存する大病院」として位置づけられた病院は3%を加算する。

- ⑥アラスカ州およびハワイ州に対する特別加算

物価が他の州と比べて著しく高いアラスカ州とハワイ州においては、DRG/PPSの中で使用されている生活費調整係数(COLA)を使って一定の加算がなされる。その加算は具体的には $(0.3152 \times (\text{COLA} - 1)) + 1$ という計算式で示される。たとえば、アラスカ州の1992年度におけるCOLAは1.25なので、アラスカ州に存する病院では連邦標準価格に $(0.3152 \times (1.25 - 1)) + 1 = 1.0788$ を乗じた金額が支払われることになる。

- ⑦特別調整係数

在院期間が過度に長びいたり、極端に大きな費用がかかったりした場合にのみ適用されるものである。このような特別調整は非資本関連費用である経常費用の支払に対してもすでに設けられていたので、資本関連費用に対しても、同様の根拠で適用されることとなった。HCFAの推計によると、こうした特別調整に対して支払われる金額は、総資本関連費用の5~6%の間に落ち着くとしている。

(7)報告義務

メディケアの資本関連費用の支払を受けようとする病院は定期的に支払機関に対して資本関連コストに関する報告義務がある。

支払機関は、その報告書を受けて、特別監査を実施して、当該病院に適用される支払方式を決定する。

さらに、新方式が導入されたことにより、“旧プラス新”キャピタルコストによる損失補てん方式の適用を受けようとする病院は、移行期間中の“旧”および“新”キャピタルコストを識別するために追加報告書を提出しなくてはならなくなった。そのため、“旧”キャピタルコストに関する支払利息や関連費用を絶えず記録に残しておく必要がある。

もし、当該病院がこの報告書を提出しなかったり、記録をとっていなかったりすると、自動的に標準連邦価格100%が適用されることになる。

3. 検討項目

以上、1991年10月1日から開始された資本関連費用に対する新支払方式の概要を説明したが、この新方式について、すでにいくつかの懸念が病院団体等から出されている。

まず第1は、支払価格の妥当性に関する懸念である。たとえば、1993年度から1995年度までの標準連邦価格を決定する際に、当該会計年度の3年~4年前に発生した患者1件当たりの資本関連費用を使用する一方、これをベース(2年間の移動平均額)に改定を行うことにしたが、それで妥当な支払いといえるかどうかである。

第2は、改定率が予測困難なことに対する懸念である。1996年以降改定率は、キャピタルコストの変化や新しい医療技術、既存技術の普及

に起因する設備投資に関する諸要件などを総合的に評価して決定するとしているが、どのように改定されるかは、依然として未知数である。病院の設備投資は、長期的な展望が不可欠なので、将来の改定方法や改定率が不明であるということは病院の将来の意思決定を不確実なものにしている。

第3は、最低価格に対する懸念である。最終規定に盛り込まれた最低価格の設定により、いくつかの病院には優遇措置が設けられたが、これはあくまでも移行期間中だけのことである。さらに、最低価格に対する予算の財源も予見定額支払金額の10%を上限とすることが決められているので、1992年度以降は変更される。したがって、最低価格による優遇措置も確実なものとはいえない。このように不確実な部分が多いと、最近改築した病院、あるいは、大きな設備投資を控えている病院にとって、将来の見通しがたたなくなる。また、入院患者が激減している病院は、短期間で資本構成を変える能力に限界があるので、打撃が大きいと考えられる。

第4は、予算中立性が1996年以降は、保管されていないことに対する懸念である。

これは、場合によっては、病院の資本関連費用も医療費の適正化の影響を受けることを意味するわけで、今後の動向が注目される。

そして第5は、病院の資本関連費用が旧方式から新方式に移行することによって報告事務や会計処理がますます複雑になるのではないかという懸念である。これによって、病院の事務費用はさらに増大するかもしれない。

以上、米国の病院における資本関連費用の支払方式を中心に述べてきたが、米国においてもわが国と同様その支払方式については苦慮している実態が読み取れたと考える。

II. パート B の診療報酬制度の改正

1. 歴史的経緯

メディケアの医師サービスに対する支払方法を変えるために、医療界と政府が10年にわたって努力を重ねた結果、1992年1月1日より、メディケアの資源準拠相対評価尺度に基づく医師支払方式が開始された。医師サービスをカバーするメディケアパート B に対する支払方式を変更することになったのは、メディケア支出の年間増加率が急激に上昇したことにも関係している。病院の入院サービスをカバーするパート A に対して、“予見定額支払方式” (DRG/PPS) が1983年に導入されたことから、パート B の支払方式の変更を求める声が一段と増した。

医師支払方式の改定を求める声が強くなった背景には、①煩雑な旧支払方式に対する不満、②安定した支払制度への期待、そして③パート A と対照的に上昇し続けるパート B の医療費の抑制などがある。

ここでは、これらの背景を具体的に論じ、RBRVS がいかなる過程を経て誕生したかについて述べることにする。

2. 医師会の RBRVS への関心

医師に対する支払は、メディケアパート B 費用の約81%を占め、残りは臨床検査、医療器具、病院の外来サービス、医薬品、在宅サービスなどとなっている。診療報酬体系を RBRVS に基づく体系に変更するということは、1966年度にメディケアが導入されて以来の大変更である。なぜなら、メディケア診療報酬料金は25年間に渡って“慣行的な、一般的、適正な”料金 (customary, prevailing, and reasonable

charges, CPR) 方式に基づいていたからである。

CPR 方式とは、医師の実際料金に基づいた方式で、これに政府が若干調整を加えたものである。多くは、民間保険会社が使っていた“通常の、慣行的な、適正”料金 (usual, prevailing, and reasonable, UPR) 方式に基づいていた。

メディケアの支払方式では“慣行的な”料金を、ある一定の期間の、ある特定のサービスに対する個々の医師の料金の中位数 (median) とした。また“一般的”料金は、メディケアで決めた地域における全医師が使用している慣行料金の90パーセントイルを使用した。そして、“適正な”料金とは、当該サービスに対する①医師の実際の請求料金、②慣行的な料金、③一般的な料金の中で一番低い料金とされた。

3. CPR 方式の問題点

CPR 方式では、同一のサービスでもいろいろな料金が存在するので、メディケアの支払に大きなバラツキが生じることとなった。

さらに、メディケアの保険代行者 (Medicare carriers) と呼ばれるメディケアパート B の請求事務を代行する保険会社も自ら独自の調整を行ったので、このバラツキはさらに広がった。たとえば、ある医療サービスに対して一種類の一般料金しか設定しない保険代行者があるかと思えば、各専門医ごとにそれぞれ異なる一般料金を設定している保険代行者もあった。その結果、地域や診療科ごとに大きなバラツキが生じることになった。

このような大きなバラツキ、すなわち、“一物多価”に対する不満が医療界内に絶えずくすぶっていた。特に、1970年代半ばから1980年代半ばにかけて政府がメディケア医療費の適正化政

策を打ち出したので、この不満はピークを向かえた。この医療費の適正化政策とは、具体的には、一般料金を慣行的な料金の90パーセントイルから75パーセントイルに漸次減少させ、最終的には政府の「賃金・価格凍結政策」を医師の診療報酬にも適用するというものである。

こうした賃金・価格凍結政策が解除された後、1976年には、一般料金の伸び率をメディケア経済指数 (Medicare Economical Index, MEI) の伸び率にリンクさせるという新しい適正化政策が採用された。メディケア経済指数とは、一般の経済動向のみならず、医師の診療費用の年間伸び率を測定することを意図して1973年に開発された指標である。

価格凍結および MEI 上限枠の狙いは、1970年代初頭に存在した「メディケア一般料金」の価格決定の基本的パターンを半永久的なものにすることであった。

このパターンは、1992年まで続いた。その結果、医療サービス1件あたりの支払いは、診療内容や医療技術の変化に対応しないものになってしまった。一般に新しいハイテク技術に対する支払いは、その数に制約があることもあって高い初期投資コストに比例して増えたが、外来や診療に対する支払いは増えず、メディケアの患者を診るコストと煩雑さだけが增える結果となった。新しい治療に対する支払いは、外来や診察に対する支払いに比べて、また経年的に見ても、相対的に高い水準で維持されたのである。そのため、各医療サービス間の相対価格は、著しく歪められた。

また、支払い金額は、「僻地に対する補正」がなされていなかったもので、新しい治療法が地方に普及しても、地方の医師への支払額には変化がなかった。

つまり、地域格差についても、1970年代初頭における料金表そのものを踏襲していたわけである。そのため、同じような物価水準を有する州や地域に位置する医師が同じ医療サービスを行っても、全く異なる料金が支払われるということが、しばしばあった。

このように、一般料金の時代錯誤が著しくなっていたので、プライマリケアを専門にする医師や地方に住む医師が中心となって、改革を求めるようになった。1980年代の新CPR支払い方式は、医師の実際料金を制限し、“過剰価格”とみなされるような外科的処置に対する支払い額を減らすことを目的とするものであった。第2回目の価格凍結とあわせて行われたので、専門医の中からも長期的に安定した医師診療報酬料金改正を求める声が生まれた。つまり、CPR方式が意図したものと全く逆の結果たる矛盾のみが生じるようになったのである。具体的には、CPR方式が有する矛盾とは、①メディケア医師支払い方式が複雑で混乱が生じやすく、②予測不能で、③医師の実際の診療報酬料金とは完全に遊離しているということである。

4. RBRVSの開発過程

そこで、こうした従来の支払い方式の問題点を解決するために、1992年1月よりRBRVS (Resource-Based Relative Value Scale) と呼ばれる日本の診療報酬点数表に似た方式が導入された。日本の点数表と異なるのは、米国の点数表は科学的なコストスタディに裏打ちされたものであるという点である。

そもそもRBRVSの開発にあたり、AMA(米国医師会)が強く参加の意を示した。具体的には、AMAは積極的に開業医や専門医を参画させるために、RBRVSを開発するための研究補

助金をHCFAに申請した。

HCFAは、当初AMAを参画させることに好意的であったが、独占禁止法に抵触することを恐れて、HCFAとAMAが直接に契約することはできないと判断した。

そこで、AMAはハーバード大学の公衆衛生学教室との共同研究でRBRVSを開発することで同意した。ハーバード大学の研究はHCFAの研究費を受けて1985年12月に始まった。

ハーバード大学における主任研究者はWilliam C. Hsiao PhDとPeter Braun MDの両氏であった。両氏は、以前からHCFAの研究費を受けRBRVSの基礎研究にも携わっていた。両氏は1979年の調査研究で、5つの専門科が提供する医師サービスを、各サービスに要する時間と、各サービスの複雑さの程度によって、27のランクに分類しようとした。しかし、サービスをランク付けするのに、所要時間と技術的難易度でもって判別するのは不可能ということが、研究の結果から分かった。そのため、研究結果は信頼性に欠けるということになった。1984年に両氏が行った第2回目の研究では、所要時間と技術的難易度でもって判断することを放棄して、サービスに含まれる全体的な仕事量を直接ランク付けした。この研究によってより安定したランク付けがなされたが、使われたスケールに問題が発生した。その問題とは、例えば、1から100までの整数値でもってランク付けしようとしたが、時間が長くかかる処置は常に不当に低く評価されることとなった。

そこで、もう少し包括的な調査を行うために、全国調査が1985年に始まった。まず、手初めに以下の12の専門科に対するRBRVSの開発が行われた：

①麻酔科、②プライマリケア、③一般外科、

④内科, ⑤産科および婦人科, ⑥眼科⑦整形外科, ⑧耳鼻咽喉科, ⑨病理学, ⑩放射線科, ⑪胸部心臓血管外科, ⑫泌尿器科

さらに, 関連する専門医学会の要請を受けて, 以下の6つの専門科がつけ加えられた。

①アレルギーおよび免疫科, ②皮膚科, ③口腔内外科, ④小児科, ⑤精神科, ⑥リウマチ科

研究の第1段階(phase 1)として知られるようになった調査対象は, 以前の研究よりも遥かに広いものであった。その目的は18の専門科の各々に対し, RBRVSを開発することであった。包括予算調停法 (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA 86. PL99-509) により, 厚生長官は議会に対してこのRBRVSの開発に関する報告書を, 1987年7月1日までに提出しなければならなかったが, 報告書の提出期限を1989年7月1日までに延長した。その翌年, 議会は長官に対してさらに15の専門科を研究するよう命じ, それがハーバード大学研究の第2段階 (Phase 2) となった。

第3段階 (Phase 3) では第1段階と第2段階の調査結果を再評価するとともに, RBRVSを残りの医療サービスに拡大した。第3段階は履行日の1992年1月1日までに完了しなかったため, HCFAは, 第1段階と第2段階でデータが得られなかった約800のサービスに対しては, 保険代行者医療部長 (Carrier Medical Directors, CMD) が仕事量相対評価単位を指定できるようにした。第3段階のデータは, 1992年11月25日の“官報” (Federal Register) の中の, 1992年度最終通知 (Final Notice) で初めて公表された。さらに, このデータは, HCFAが仕事量相対評価単位を改良する時にも使われた。

5. RBRVSの概要

RBRVSは, 基本的には各診療行為ごとの点数が, ①医師の仕事量②医業経費③医療過誤の3つの点数から成り立っており, さらにそれぞれに地域格差が加味されている。すなわち, 各診療報酬行為の報酬は, これら3つの点数に地域格差係数を乗じ, それらを合計した点数にさらに1点単価を乗じることによって算出される。

これを計算式で示すと次のようになる。

$$\text{診療報酬} = (\text{医師の仕事量に関する診療報酬点数} \textcircled{1} \times \text{地域格差係数 } w) + (\text{医業経費に関する診療報酬点数} \textcircled{2} \times \text{地域格差係数 } Pe) + (\text{医療過誤に関する診療報酬点数} \textcircled{3} \times \text{地域格差係数 } m) \times \text{点数単価} \textcircled{4}$$

注) ①医師の仕事量に関する診療報酬点数: 当該診療行為に関する医師の件費に関する点数

②医業経費に関する診療報酬点数: 当該診療行為に係わる診療所の開設・維持に関する経費, 医師以外の職員の賃金, 器材経費, 消耗品の費用等の診療に必要な間接経費に関する点数

③医療過誤に関する診療報酬点数: 医療過誤に対する医師賠償責任保険の保険料に関する点数

④点数単価: 1992年全国統一の点数単価は1点当たり31ドル0.1セント

例えば, 外来診療料は簡単, やや簡単, 普通, やや複雑, 複雑の5つに分かれるが, ロスアンゼルスにおける外来初診料 (普通) を例にとると, $(\textcircled{1}1.14 \text{点} \times 1.06 + \textcircled{2}0.57 \text{点} \times 1.196 + \textcircled{3}0.06 \text{点} \times 1.37) \times \textcircled{4}31.001 \text{ドル} = 61.144 \text{ドル}$ と計算される。原則として, このうち80%をメデ

ィケアが負担し、残り20%は患者が自己負担することになる。

なお、この3つの点数の全体の費用に占める割合は、それぞれ医師の仕事量に関する点数が約54%、医業経費に関する点数が約41%、医療過誤に関する点数が約5%となっている。

ここで、留意すべき点は次の3点である。

まず第1は、医師の仕事量を測定する際に、診療サービスにおける「時間」という要素が重視された点である。実際は、ハーバード大学の研究班は、医師の仕事量の要素を①医療サービスを行うのに要する時間、②専門技術および肉体的な疲労、③精神的な疲労および判断、④患者と対面することから生じる精神的なストレスの4つと定義した。この結果、これまで外科系偏重とされた米国の診療報酬体系が改められ、手術料が大幅に引き下げられた代わりに、一般内科医や家庭医等の内科的診療を再評価するものとなった。これによって、手術件数が非常に高かった米国の医療が、どう変化するか注目に値する。

第2は、医療過誤に関する点数が医業経費とは別に、新たに設けられたことである。米国の医事訴訟の多さはつとに有名だが、訴訟の頻度も医療費以上の地域格差があるので、独立点数項目とされたわけである。実際、最高のニューヨーク近郊と最低のアーカンサスとでは6倍以上の開きがある。具体的には、ニューヨーク近郊の医療過誤に関する地域格差係数が1.929なのに対して、アーカンサスは0.302となっている。

最後は、点数単価の調整で医師の診療報酬金額全体の伸びに一定のブレーキをかけようとしている点である。これは、政策誘導的色彩の強い日本の点数表と共通するところである。実際、この点数単価の設定に当たり、HCFAは、AMAの猛反対にあった。そこで、とりあえず、現行の医療費の水準を維持する形で、すなわち、予算中立性(Budget neutrality)を担保する形で、点数単価を設定した。今後、この点数単価は物価上昇率等を加味したメディケア経済指標(MEI)やメディケア診療量標準(MVPS)に応じて毎年改定していくとしているが、どうなるだろう。

いずれにせよ、奇しくも米国で標準的な点数表が導入されたことは、「医療費の適正化」が先進諸国の中心課題となってきたことを物語るもので注目に値する。

参考文献

- 1) 広井良典：『欧米諸国の診療報酬』財団法人長寿科学振興財団，1992年3月，p. 50-51
- 2) 川淵孝一：「諸外国における病院施設整備に関する制度」『病院』医学書院，1994年5月，p. 440-443
- 3) AMA：“A Prospective Payment System for Medicare Inpatient Hospital Capital Costs: The Health Care Financing Administration's Final Rule”，1991年10月
- 4) AMA：“Medicare RBRVS: The Physicians' Guide” 1993年2月

(かわぶち・こういち)

国立医療・病院管理研究所研究員)

デンマークの高齢者保健福祉政策に学ぶもの

関 龍太郎

デンマークの高齢者保健福祉政策から多くのことを学ぶことが出来る。著者は1989年、90年、92年と3回にわたってスタディツアーに参加した。一方、この間に日本ではゴールドプラン（2000年目標）を制定し、94年には全国の市町村で老人保健福祉計画が策定されている。今回は、デンマークの高齢者保健福祉政策について、日本と比較しながら述べてみたい。

デンマークは面積4万3,000 km²、人口約500万人の国である。面積では九州、人口では兵庫県とほぼ同じである。最高峰でも147 mで山らしい山がない。宗教としてはキリスト教ルーテル派であるが、宗教心の強い国とはいえない。89年の国民所得に占める割合をみると、サービス業66%（民間43%、公的23%）、製造業21%、建築関係業7%、農業5%、電気・ガスなど1%であり、サービス業の占める割合が大きい。資源の乏しいこの国では、輸出で外貨を獲得している。輸出のうち、農産物は12%にすぎなく75%が工業製品である。GNPは世界第5位であり日本より上位である（87年）。この国は、租税方式による社会保障をしている。また、保健、福祉、医療、教育は無料である。保育には利用者負担がある。67歳以上の高齢者には約6万円の年金がある。税金は所得税をみると国税23%、県税11%、市税21%（14～25%）である。付加価値税が22%である。なぜ、デンマークのような福祉国家が出来たかの質問を、しばしばした

が、「昔から貧しかったので平等意識が強く相互援助が発達した」、「デンマークの民主主義の成果である」、「女性の社会進出が老人福祉を発達させた。家事から女性を解放した」、「長期間、戦争がなかった」などの理由をデンマークの人々はあげていた。

市の行政は市議会が行い、財務、福祉、文化、環境、技術の委員会がある。市長は市議会より選出され、財務委員長を兼ねる。

1. 基本的な理念について

デンマークの基本的な理念としては、「基本的人権の尊重」をあげなければならない。どのような分野においても、基本的人権は尊重されていると感じた。また、基本的人権について浸透させる過程において、ものごとの処理が民主的に行われている。民主主義についても学ぶべき要素を多く持っている国である。

デンマークの主な出来事を見ると表1のようになる。59年以降をみると、59年にバンク・ミケルセン氏の起草による「1959年法」が出来ている。この法でノーマリゼーションという考えが打ち出される。日本が高度成長政策をとり、農村の崩壊の起こっているころの64年には、プライエム（デンマークでは日本の特別養護老人ホームをこのように呼んでいる。また、障害者も一緒に入所している）の法律の改正。ガイド

表1 デンマークの主な出来事

9～11世紀	デンマークでバイキングの活動が盛ん
1534年	クリスチャン三世、上からの宗教革命（ルター主義）
1849年	王政揺らぎ議会制に。憲法の制定
1800年代	デンマークに農業恐慌の襲来。酪農中心の農業に転換、任意の医療保険。疾病金庫が職人組合の手によって出来る
1870～1880年	デンマークにヨーロッパの中心部におくれて産業革命
1890年頃	福祉制度に力を・1891年救貧法、高齢者扶助法
19世紀末	左派政権
1914年	第一次世界大戦
1920年代	工業生産さかんとなる
1933年	「社会改革法」で老人対策が市町村に（年金かホームに） 1947年には67歳以上の20%がホームか年金住宅に
1939年	第二次世界大戦
1950年	国民所得に対する社会政策支出9.9%（1973年には25.5%） 戦後の工業化がすすむ（機械、電気工学、化学、食品加工）
1953年	新憲法制定、北欧会議発足
1955年	法律改正……政府の補助金を市町村まで拡大 実際は1960年ごろまでのホームは民営で営利的のものも多い
1956年	老齢年金法
1959年	1959年法、ノーマリゼーションという考えが出る （バンク・ミケルセン氏の起草）
1950年末	全所得者中農漁業者17.5%
1960年代	いわゆる北欧型社会保障制度の基盤整備
1961年	社会福祉省に委員会が組織される
1964年	プライエム（ナーシングホーム）の建設を法制化、医療費対策を考える。
1964年	法律改正……補助金に厳しい条件がつく ガイドラインが厳しく個人経営施設が消えてゆく 全室個室、居間部分が15 m ² 以上、バストイレ付き等
1965～1968年	28,500人（プライエムの入所者数）
1968年	高齢年金者福祉サービス法 慈悲型 → → → ケア型 社会民主党大敗
1969年	32,500人（プライエムの入所者数）
1970年	法律の一本化の方向の検討（1,388あった自治体を277に統合）
1972年	デンマークがEC加盟
1973年	国民所得に対する社会政策支出25.5%になる
1974年	生活支援法ができる……この時にホームヘルパーを制度化 失業者8.9%となる 公営医療制になる（国民保健サービスできる）
1976年	生活支援法発効
1979年	「高齢者問題委員会」が設置される（1982年に答申、委員長アナセン教授）
1979年	デンマークで「社会的入院」が注目される
1970年末	訪問看護制度スタート
1987年	50,000人（プライエムの入所者数）
1987年	市への補助金行政をやめ、地方交付税にふりかえる
1988年	プライエムの建設をやめるケア型 → → → 自立福祉型に
1989年7月	ホームヘルパーも全国で無料となる
1990年	ホルベック市ではプライエムをやめる試みをはじめ
1990年9月	一週間の労働時間が37時間となる

(関 龍太郎作成, 1990年)

ラインによって、全室個室、居間部分が15 m²以上、バストイレ付き等になっている。68年に「高齢者年金者福祉サービス法」の制定。老人福祉対策が「慈悲型」から「ケア型」になっていく。70年には自治体の合併が行われ1,388の自治体が277になる。74年には「生活支援法」が制定。この年にホームヘルパーが制度化される。79年には「高齢者問題委員会」を設置、87年には市への補助金行政をやめ、その予算を地方交付税にふりかえる。88年にはプライエムの新設をやめ、「ケア型」の福祉から「自立型」の福祉に転換している（表1参照）。

2. 「デンマークの高齢者福祉の三原則」について

「自己決定権」「生活の継続性」「自己能力の活用」はデンマークの高齢者福祉の三原則である。この三原則は79年に設置された「高齢者問題委員会」（委員長ベント・ロール・アナセン氏）の答申（82年）に基づいている。まず、「自己決定権」であるが、どのお年寄りでも「自分の老後の過ごし方は自分で決めたい」、「どんな老人ホームに入るのかは自分で決めたい」、「自分の起きたい時に起き、寝たい時に寝たい」、「個室の老人ホームに入りたい」、「自分の部屋は自分の趣味でもって飾りたい」、「歳をとってもおしゃれがしたい」、「息子と同居するかどうかは自分の意志で決めたい」、「自分の思うリズムで生活したい」と思っている。デンマークで保障されている、この「自己決定権」が日本で保障されているとは思えない。次に「生活の継続性」はどうだろうか。「自宅で生き自宅で死にたい」、「自分の友人のいる場所で暮らしたい」、「老人ホームに入所するとしたら個室で安心空間を

継続したい」、「自分の特技とか趣味を生かしたい」などがいかなる国においても老人の本音ではなかろうか。デンマークではこれらの点が保障されている。もう一つ原則である「自己能力の活用」はどうだろうか。デンマークでは、老人が自分の能力を最大限活用して生活することが基本になっている。例えば、料理をする力がある間は、不経済でも一日何回もホームヘルパーを派遣して一緒に料理をし、決して、配食サービスにはしない。日本の場合、自分の能力とか残存能力を生活の中で積極的に生かすという文化は弱い。島根県安来市に訪れたデンマークの訪問看護婦ダンボーさんの感想でも、「安来のスタッフは手をかけすぎる、本人が出来ることは、もっとしてもらいようにすべきだ」ということであった。日本には「なにか年寄り」を床の間に飾っておくような文化がある。いずれにしても、デンマークの高齢者福祉の三原則である「自己決定権」「自己能力の活用」「生活の継続性」は、今後の日本の高齢者の福祉をすすめるにあたって必要であると考えられる。

3. ホームヘルパーの重要性の確認

デンマークの高齢者の多くが在宅で生活出来るのは、フルタイムに換算して、約27,000人のホームヘルパーがいるからである（表2参照）。人によっては一日6回もヘルパーが来る。料理はもちろんのこと花木への水、猫の餌をやるためにも派遣される。日本においてはゴールドプランでホームヘルパーを10万人にするといっている。しかし、日本は家族が老人をみる考えが強く、ニーズ調査では目標に達しない市町村が多いといわれている。確かに日本には家庭の中に他人の援助を入れたがらない文化がある。し

表2 デンマークの高齢者福祉サービス資源
(1989年1月1日現在)

総人口	5,129,778人			
65歳以上の人口	789,986人 (15.4%)			
			職員数	
	施設数	許容量	延べ	フルタイム換算
プライエム	1,212	50,578(6.4%)	67,795	50,515
うちデイホーム		3,513(0.4%)		
デイセンター	415	26,999(3.4%)	*3,445	2,475
ケア付住宅	339	6,670(0.8%)	2,793	1,958
高齢者住宅		5,087(0.6%)		
その他の高齢者のための住宅		32,058(4.1%)		
施設外の社会活動職員			1,188	830
ホームヘルパー			34,023	26,696
訪問看護婦			5,349	3,977
県立補助器具センター	17		239	205
県立リハビリセンター	222		3,977	3,638
自治体福祉事務職員			20,904	18,895

*利用者は47,870人

資料：Danmarks Statistik, Den sociale ressourceopgørelse den 11. januar 1989, *Social sikring og retsvasesen, 1990* : 2, pp. 8-10, 19-21.
(伊東敬文氏資料)

しかし、核家族化、子どもの意識の変化、都市での子どもの就職、過疎化、同居率の減少等の要因はホームヘルパーの必要性を余儀なくしている。財政的にも、国が2分の1、県が4分の1、市町村は4分の1であり、他の補助金よりも市町村負担が少ない。基準額も92年より改善している。しかし、雇用される側からすると、賃金が安い、本採用でなくパート職員である、仕事内容が曖昧である、等の問題が残っている。しかし、このゴールドプランのホームヘルパーの数にしても、デンマークと比較すると約5分の1の数である。日本のゴールドプランとデンマークの現状を比較した(表3参照)。日本の100万人あたり、1,000人に比較してデンマークは5,300人と約5倍である。表4はデンマークの主要都市の高齢者の数、ホームヘルパーの数とプライエムのベッド数、スタッフの数等についてみたものであるが、ホームヘルパーは65歳以上の人口の2.5~4.5%にあたる。日本では現状で0.3%、ゴールドプランで0.6%である。このように、デンマークの主要都市のホームヘルパー数は日本のゴールドプランが実現したとして

表3 デンマークと日本の比較(100万人あたり)

65歳以上	デンマーク(1988年) 15万人	1990年の日本 11万人	→ → →	2000年の日本 16万人	
(在宅ケア)					
ケアつき住宅	1,300人分	2人分	→ → →	1,000人分	
ホームヘルパー	5,300人	350人	→ → →	1,000人	
訪問看護婦	700人	—		—	
保健婦	200人くらい	200人くらい		—	
補助器具センター	4カ所	なし		—	
(施設ケア)					
プライエム (個室, 団らん室, 作業療法)	9,300人分	特別養護 老健施設 病院	1,700人分 500床 2,500床	→ → → → → → → → →	2,400人分 2,800床 1,000~1,400床
		(雑居, 社会的入院)			
1人あたりの職員	1.1人	0.3人	→ → →	—	
1人あたりの費用	64万円(月)	20~35万円	→ → →	—	

(大熊由紀子氏資料を一部、関改変)

表4 デンマークの自治体の高齢者福祉資源 (1989年)

〈高齢化率順〉

自治体名	人口	65歳以上の人口	高齢化率 65歳以上	65歳以上100人あたりのホームヘルパー	65歳以上100人あたりのプライエム床数
ゲントフテ市	65,032(人)	15,673(人)	24.1(%)	2.5(人)	4.9(床)
コペンハーゲン市	467,850	101,991	21.8	3.1	5.5
グラスサックセ市	61,198	10,526	17.2	2.6	5.0
スベンボー市	40,868	6,948	17.0	3.8	5.3
カルンボー市	19,319	3,091	16.0	4.5	5.1
ネストベッツ市	45,182	7,139	15.8	4.2	4.6
ヴィズオーワ市	48,987	7,005	14.3	3.0	3.9
ホルベック市	31,084	4,383	14.1	2.8	5.7
スケヴィング市	4,946	579	11.7	3.1	0.0
ヴェアッリュエセ市	17,463	1,572	9.0	4.0	4.6
イスホイ市	20,525	1,170	5.7	3.6	4.8
アルバースルン市	29,281	1,142	3.9	4.0	5.6
デンマーク全国	5,129,778	789,986	15.4	3.4	6.0

〈福祉資源〉

自治体名	プライエム 施設数	プライエム 床数	プライエム 従業者総数	プライエム 養護介護者	訪問看護	ホームヘルパー
ゲントフテ市	15	761	961.1(人)	448.0(人)	32.5(人)	385.6(人)
コペンハーゲン市	74	5,646	5,489.9	2,832.8	371.9	3,161.6
グラスサックセ市	9	526	542.1	306.6	30.5	278.6
スベンボー市	10	367	414.2	241.6	24.1	260.7
カルンボー市	6	157	124.9	55.5	15.8	137.6
ネストベッツ市	7	329	360.4	203.6	26.2	296.3
ヴィズオーワ市	5	272	312.2	174.9	25.7	208.7
ホルベック市	4	252	246.4	125.8	21.1	122.5
スケヴィング市	0	0	0.0	0.0	43.2	18.1
ヴェアッリュエセ市	2	72	76.6	47.7	9.4	62.6
イスホイ市	2	56	65.5	39.9	10.0	42.6
アルバースルン市	2	64	78.4	50.5	10.7	45.5
デンマーク全国	1,212	47,065	47,613.2	25,424.8	3,977.7	26,695.9

注：デンマークが日本と比較して、プライエム、訪問看護婦、ホームヘルパーのどれをとっても充実していることがわかる。この後、さらに在宅ケアの充実の方向にむかっている。

資料：伊東敬文氏「デンマークの高齢者福祉利用対策」(エイジング総合研究センター)より

も、4～8倍である。確かに、デンマークの高齢者は子どもと同居する割合が少ない。子どもと同居しているのは3～5%といわれている。日本は57.1% (92年) である。しかし、日本において、今後、子どもと同居する高齢者は減少

すると考えられ、ホームヘルパーの支援は必要である。また、デンマークでは、ホームヘルパーの養成期間を従来の7週間から1年へ延長している (91年)。

4. 訪問看護活動について

デンマークの訪問看護活動の主役は訪問看護婦である。全国で約4,000人いる(表2, 表4参照)。これは65歳以上の人口の0.5%にあたる。訪問看護活動の主役は訪問看護婦である。訪問看護婦は精神的, 身体的な健康状態の観察, 血圧測定, 家庭医から投薬された薬の管理, 医師の指示に基づく注射や傷口の手当という看護業務をしている。注射, 傷の手当等が看護婦にまかされており, 日本よりは看護業務が広いという印象である。さらに, 各種の福祉サービスのニーズを判定するという重要な業務をしている。ホームヘルパー, 配食サービス, 補助器具, 住宅改造の必要性の判定と手配も訪問看護婦の業務になっている。訪問看護婦は, すべて市の職員(公務員)で「在宅ケア課」に所属している。近年ほとんどの自治体が「24時間在宅ケアシステム」を実施している。また, 退院患者が, いかに関在宅で生活するかを検討する「連絡会議(在宅と施設のスタッフで構成)」への出席も重要な仕事になっている。近年, 作業療法士を採用する自治体も増え, 補助器具, 住宅改善については作業療法士の業務になっている。また, しだいに分権化の傾向も出てきており, 市役所で集中管理するのではなく, 訪問看護婦1~2人, ホームヘルパー10~14人のチームに分権化し, 70~80人の対象者の処遇の判断権をまかすホルベック市のような自治体も増えてきている。この際も, 在宅ケアのコーディネーターは訪問看護婦である。しかし, 近年ホームヘルパーの養成期間の延長, 専門職意識の確立の中で相対的に数の少ない訪問看護婦の立場が厳しくなっている。

5. 施設ケア体制について

デンマークの施設ケアの実態をみると, 人口513万人の国で, プライエムが1,212カ所, ベッドが47,065ベッドある(1989年, 後述するように, その後, プライエムのベッド数は減少の傾向にある)。これは65歳以上の6.0%にあたる(表4参照)。人口100万人あたり, 9,300ベッドである。人口100万人あたりで比較してみると, 日本(2000年目標)は特別養護老人ホームが2,400ベッド, 老人保健施設が2,800ベッドで合計5,200ベッドであり, デンマークの2分の1程度である。このように, ベッド数が2分の1程度であることは認識すべきである。この点は主要都市別にみたベッド数においても裏付けられる。

しかし, ベッドの数の面だけでなく, いくつかの点でデンマークの施設ケアの方が充実している。第1にデンマークのプライエムは個室が原則である。89年現在, 10%が2人部屋である。プライバシーの尊重という意味から個室が当たり前になってきている。第2に部屋の広さである。64年の法改正により, 個室が居室部分15 m²とバストイレ4 m²以上となっている。したがって, それ以後に建設されたプライエムでは必ず, この基準が守られている。居室は個人のホームなので, 自分の愛用している食器とか椅子が持ち込まれ, 壁には自分の好きな絵とか家族の写真が飾られている。第3にプライエムのスタッフの数である。デンマークでは47,065のベッドに47,613人のスタッフがいる。看護, 介護のスタッフだけでも25,424人である。この数はひとりの入所者にひとりのスタッフという割合である。日本の場合は100ベッドで45人前後のスタッフである。第4に自己負担金は本人の所得のみ

表5 ホルベック市高齢者福祉プロジェクト財政計画(1989~1995年)

(単位=1,000 Kr, 1989年価格)

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
事務局	550	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100	0
情報活動	200	100	50	50	50	50	0
研修・教育	275	550	550	550	550	275	0
深夜在宅ケア	475	1,900	1,900	1,900	1,900	1,900	0
在宅ケア	29,540	29,540	36,599	43,662	65,487	65,487	68,540
補助器具	5,150	5,950	5,950	5,950	5,950	5,950	5,950
社会活動	7,502	7,502	8,302	9,800	10,800	11,800	13,014
プライエム							
市立	59,493	59,493	51,188	44,125	22,300	13,800	0
他市へ委託	13,376	13,376	10,058	6,726	3,400	3,400	3,400
県立へ委託	3,310	3,310	3,310	3,310	3,310	3,310	3,310
地域センター	0	0	850	1,500	2,500	2,500	3,500
委託賃貸住宅	0	0	660	660	1,243	1,903	1,903
住宅補助金	0	400	1,332	1,332	1,885	1,885	1,885
高齢者住宅 建設費の返済	0	0	2,000	2,472	2,472	3,385	3,385
高齢者福祉予算の合計	119,871	123,221	123,849	123,137	122,947	116,745	104,887
高齢者住宅数	0	0	195	241	241	330	330

(1992年スタディ・ツアー資料)

で決定されている。日本の場合は本人の財産、子どもの所得が自己負担金を決定する要素になっている。このほかにも、プライエム全体に各種の配慮がされている。共通部分であるフロアが広く花木があり、鳥が飼われている。入所者のニーズによって、美容室があり、車椅子の人のための花壇があり、売店ではアルコール類が売られている。食堂が広く美しく飾られており、地区の人も利用するようになっている。これらの結果、デンマークでは入所者ひとり当たりの経費が50~67万円になっている。日本では20~35万円にすぎない。

また、近年、デンマークにおいては、お年寄りを施設でケアするのではなく在宅でケアする傾向が強くなってきている。その動きはスケヴィング市とかホルベック市において顕著である。前述したように国全体においても、88年以降のプライエムの建設を認めていない。88年から始

まったホルベック市の変革は施設ケアを全廃して、完全在宅ケア体制に変えることである。その原因のひとつはこのまま施設ケアをすると後期高齢者の増加によって、21世紀初頭には88年の2倍以上の財源を必要とし、財政的に破綻することが明らかになったためである。プライエムの250人の入所者が全福祉予算の63%を費やしている。また入所者にとっても、入所したら一生いることになる、社会から隔離されることになる、自分のものの持ち込みが限られる、協調性が強要される、ケアが規格化される等の理由があった。88年、職員・市民・高齢者によるワーキンググループを12カ所に設置し、24時間在宅ケア、給食サービスの方法、住宅の問題等を検討。88年のホームヘルパーは122.5人、訪問看護婦は21.1人。プライエムは252ベッドである。89年、上記事項で「アイディアコンテスト」を実施、同年5月市議会可決、8月より職員500

人の配置替えと再教育、プライエムを廃止し高齢者地域総合センター（5カ所）に改造、高齢者住宅（床面積56～60 m²とプライエムの20 m²より広い）の建設等の施策の具体化がはじまる。表5は財政面からみた変革の計画である。11月には24時間在宅ケア体制を導入すると同時に、業務管理を市役所の集中管理からホームヘルパー（約12名）と訪問看護婦（1～2名）のチームに分権化。90年11月、選挙の結果、改革反対派が増加し、再評価が必要となる。92年1月現在ホームヘルパー197人、訪問看護婦39人、プライエムは151ベッドになる。88年に比較してホームヘルパーは75人、訪問看護婦は18人の増加、プライエムは101ベッド減少している。93年1月、コペンハーゲン大学より再評価の分析結果が出る。市民への情報提供の不十分、掃除の回数等の若干の問題はあるが、高齢者のニーズ、職員のニーズは満足していたという結果であった。93年8月現在、改革はほぼ順調であり、目標の7割を実現、費用は予定より600万クローネ（以下Krと略す）多くかかっている。

改革の必要費用は国の補助金と施設入所者を少なくすることにより捻出している。しかし、プライエムを全廃するといっても54ベッドのショートステイは存在している。また、500人のスタッフは決して削減するのではなく、施設から在宅への配置替えである。いずれにしても、人口3万人のホルベック市に「高齢者福祉」で働く公務員が500人いることに注目すべきである。このホルベック市の変革の中でもうひとつの注目すべき点は、住民・高齢者参加である。変革の過程で再三再四、住民・高齢者とスタッフと市が協議している点である。日本にとっても、学ぶ点である。

6. デイサービスセンターの充実について

デンマークではデイセンターは415カ所あり、フルタイム換算で2,475人が働いている（表2参照）。日本においてはデイサービスは「在宅福祉の三本柱」のひとつであり、2000年までに、全国で1万カ所を設置する計画である。デンマークのデイサービスは理学訓練のみならず、機織り、手芸、染め物、ケーキづくり、絵画、コーラスと多種多様な訓練が行われている。老人は自分の興味のあるものに参加している。スタッフも必ず作業療法士が確保されているし、作業療法士のもとに趣味の指導員というスタッフもいる。日本の場合、メニューが少ない。これは指導スタッフの数、対象者の選定の違い、経費、施設の広さと構造等の違いによるものと考えられる。したがって、すぐにデンマークのようなデイケアの実現は困難である。しかし、高齢者の増加するなかで、どのようなデイサービスが良いのか検討すべき時期にきている。

7. 社会的入院について

医学的な治療が必要でないのに病院に入院していることを「社会的入院」といっている。日本の入院期間は欧米諸国に比較して長い。OECD諸国の調査によると平均在院期間はデンマーク（82年）11.9日、スウェーデン22.7日（83年）に比較して、日本は55.1日である。アナセン氏の91年の講演ではデンマーク7.5日、日本約30日であった。この平均在院期間を短くする工夫として、日本では、老人の診療報酬において在宅重視の訪問看護・指導料、入院時医学

管理料，老人検査料，老人注射料などが設定されつつある(92年，94年の改訂)。しかし，それでも差は縮まっていない。その要因としては日本では退院患者を受け入れる在宅福祉が不十分であることと，病院医療が私的資本で占められていることである。ちなみに，入院率はデンマーク19.2% (83年) に対して，日本は6.7% (83年) である。このことは，日本はデンマークと比較して特定の人がきわめて長期間入院していることを示している。しかし，日本において社会的入院を少なくするといっても，それを受け入れる「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「ケアハウス」等の施設が少ないし，ホームヘルパー，訪問看護婦，作業療法士，かかりつけ医の在宅ケア等のスタッフが少ない。このような中では，今，社会的入院をしている患者を退院させると家族，親戚に重い負担がかかる。また，病院から退院しても，在宅で生活出来ずに，すぐに他の病院に入院していくケースもみられる。すなわち，社会的入院を減らすには在宅ケアの充実がないと不可能である。デンマークでは医療は県，福祉は市の責任で実施されているが，「社会的入院」が明らかな場合，要した経費は福祉の責任者である市が負担し，県に支払うようになっている(91年より)。

8. 保健福祉医療を総合的・継続的に実施することの意味

日本でも市町村の窓口を総合的にするという意味では，同じ課で事務がとられている。「高齢者調整チーム」が各市町村におかれているが，まだ十分に機能していない。これは在宅ケアのネットワークが十分に機能していないためである。十分に機能させるためには，ホームヘルパ

ー，訪問看護婦，保健婦，栄養士，作業療法士，歯科衛生士等の在宅ケアのスタッフの充実が必要である。さらに，保健福祉医療を総合的に実施するには「かかりつけ医」「病院」との連携をも欠かすことが出来ない。しかし，総合的というのは単に窓口を総合的にすることではない。保健福祉医療が総合的に運営されなければならない。デンマークの「慢性疾患治療病棟」では，定例的に2週間に1回の割合で「評価委員会」が主治医，看護婦，作業療法士等の「院内のスタッフ」とホームヘルパー，訪問看護婦，作業療法士等の「在宅ケアのスタッフ」で持たれている。院内のスタッフは地域に出かけ患者の住宅を見，改善計画を指示している。在宅ケアのスタッフは，入院中の患者を観察するために病院に出かけている。このように，病院と在宅ケアが密接に連携出来ている。しかし，このようにデンマークにおいて，総合的な保健福祉医療が出来ているのには，諸条件がある。第1に専門的な多くのスタッフがいることである。第2に業務が一元的に行われていることである。アナセン氏は「デンマークでは福祉の分野は民間の競争原理を使うよりも公的に行う方が効率的であり，総合的である」と松江市での講演で述べている。さらに，「デンマークでは福祉はみんなのものですから，現物給付のニーズがあれば，収入に関係なしに提供する。しかも，日本のように申請があればでなくて，サービスの網に落ちこぼれないようにどこかの公的な機関がサポートする。デンマークではニーズによって包括的，総合的に提供する。アメリカとか日本のように保険会社方式だと，ニーズがなくても権利があるから提供しなくちゃならないとか，あるいは本当はもっと必要なのにあるところまでしか提供出来ない。公的でないためにおこる欠陥

である。さらに、他の種類のリハビリを必要と思うと、アメリカでは、もっと高い保険を買う以外に方法がない。どうしても、保険方式は細切れになりやすい。デンマークでは総合的な公的なシステムになっている。住宅改造、補助器具、ホームヘルパー、訪問看護活動、デイサービス、ショートステイ等を総合的にするには、公的に一元的に実施した方が経費がかからない。」と述べている。保健福祉医療の連携を考える時に、デンマークのように個人の自己負担がなく、公的に保障されることは、総合的かつ継続性を保つ意味でもきわめて有効であると考えられる。

9. ネストベッズ市と益田市の比較

デンマークのネストベッズ市と人口の同規模の島根県益田市について比較検討を行った(90年)。表6にみられるように、人口、高齢化率はほぼ同じなのに、施設面では老人ホーム、配食センター、補助器具センターにおいて差がみられる。特別養護老人ホーム(プライエム)はネストベッズ市は7施設325ベッドなのに、益田市は2施設150ベッドである。ネストベッズ市のホームは個室なのに、益田市のホームは四人部屋を原則としている。ネストベッズ市のホームで働いているスタッフの数は360.4人であるが、益田市は71人である。その結果は経費にあらわれ、ネストベッズ市ではひとりあたり月に52万円をかけているが、益田市では20万円前後である。病院はネストベッズ市には473ベッドの県立病院があるが、益田市には赤十字と医師会病院があり512ベッドある。しかし、スタッフはネストベッズ市は1,223人であるが益田市は434人である。益田市の病院がいかに少ないスタッフで運

表6 ネストベッズ市と益田市の比較

		ネストベッズ市	益田市
人 口		45,187人	53,633人
高 齢 化 率		15.7%	15.8%
施 設	病 院	県 立	日赤と医師会立など
	補助器具センター	あり(県立)	な し
	配食センター	あり(460食)	な し
	老人ホーム	7カ所(329ベッド)	2カ所(150ベッド)
ス タ フ (地 域 保 健)	保 健 婦	9人(母子中心)	6人(母子と成人等)
	訪問看護婦	26.2人分*(30人)	3人
	ホームヘルパー	296.3人分*(450人)	11人
	作業療法士	6.3人分*(16人)	な し

(1990年スタディ・ツアー資料, 1990年益田市資料より
関作成)

*()は、実人数を示す。

営されているかがわかる。また、表にはないが、ホームドクターの数はほぼ同数である。ネストベッズ市にあって、益田市にない施設としては、配食サービスの施設があるが、ここでは年間365日、520人の在宅老人に対して、昼食のサービスをしている。スタッフは27人である。また、県立の補助器具センターがあり、10人のスタッフが働いている。デイセンターがあり、18.2人のスタッフが働いている。在宅ケアでは、差がみられるのはホームヘルパーである。ネストベッズ市がフルタイムに換算して296.3人に対して益田市は11人である。あまりにも差が大きい。訪問看護婦はネストベッズ市が26.2人に対して益田市は3人、ここでも差が大きい。保健婦はネストベッズ市では9人に対して益田市6人、作業療法士はネストベッズ市に6.3人いるが、益田市にはひとりもない。このように益田市は在宅ケアの面においても遅れている。しかし、これは益田市が遅れているのではなく、日本のどの市町村を比較しても同じような傾向を示す。

次に地方財政の面から検討してみよう。まず、

表7 ネストベッズ市と益田市との比較(歳入)

ネストベッズ市(1990年)		益田市(1990年)	
市税	32.6%	市税	35.2%
地方交付税	8.5	地方譲与税	3.2
利用税(保育)	16.2	地方交付税	25.6
施設、土地売買	2.1	分担金、負担金	3.1
利子	0.5	使用料、手数料	0.9
公債	2.6	国庫支出金	10.7
資産税	2.5	県支出金	5.7
年金などに対する特別補助	35.0	諸収入	3.3
		市債	8.5
		その他	3.7
188,080万 Kr (376億円)		129億8,150万円	

(1990年スタディ・ツアー資料, 1990年益田市予算書より関作成)

表8 ネストベッズ市と益田市との比較(歳出)

ネストベッズ市(1990年)		益田市(1990年)	
福祉関係費	63.2%	民生費	21.9%
教育、文化費	10.8	衛生費	7.0
水道、電気等	5.0	教育費	13.3
総務費	7.1	—	—
市街開発費	4.0	総務費	12.0
道路費	1.1	土木費	15.6
建物の維持費	6.0		
その他	2.9	商工費	2.4
		農林水産業費	8.3
		消防費	3.3
		公債費	14.0
		その他	2.2
188,080万 Kr (376億円)		129億8,150万円	

(1990年スタディ・ツアー資料, 1990年益田市予算書より関作成)

歳入からみてみよう。歳入総額はネストベッズ市は376億円(188,080万 Kr)に対して益田市は129億余円である。ネストベッズ市には年金会計の132億円が含まれ、これを引くと244億円となる。益田市にはこれ以外に特別会計があり、老

表9 ネストベッズ市の高齢者福祉関係予算

(単位: Kr)

	予算総額(%)	うち市の支出分(%)
ホームヘルプ	62,965,300(10.5)	55,625,500(58.7)
補助器具	15,017,300(2.5)	9,277,100(9.8)
社会福祉活動	11,957,200(2.0)	6,326,000(6.7)
国民年金	491,974,200(81.8)	4,992,800(5.3)
訪問看護	9,859,200(1.6)	8,663,700(9.1)
特別なプライエム	9,806,900(1.6)	9,806,900(10.4)
小計	601,580,100(100)	94,692,000(100)
普通のプライエム	107,673,500(—)	89,268,200(—)
合計	709,253,600(—)	183,960,200(—)

注: 普通のプライエムには、若年者も入所している。

単位: 1 Kr は約20円

(1990年スタディ・ツアー資料)

表10 65歳以上および市民1人あたりの金額(ネストベッズ市, 1990年)

(単位: Kr)

	65歳以上1人あたり	市民1人あたり
ホームヘルプ	8,902	1,394
補助器具	2,123	332
社会福祉活動	1,691	265
国民年金	69,557	10,889
訪問看護	1,394	218
普通のプライエム	15,223	2,383
特別なプライエム	1,387	217
合計	100,276	15,698

注: 普通のプライエムには、若年者も入所している。

(1990年スタディ・ツアー資料)

人医療、国保、競馬等の特別会計を加えても211余億円である。その差は33億円である(表7参照)。次に構成比であるが、表7にみられるように市税がいずれも3割強を占め、同じようにみえるがネストベッズ市には35.0%の年金等に対する特別補助が含まれており、これを除くと50.2%となり、歳入に占める市税割合は大きい。また、ネストベッズ市には国庫支出金、県支出金の補助金がない。これは、デンマークでは87

年より「補助金制度」が廃止されているためである。歳出をみてみよう(表8参照)。ネストベッツ市の内訳をみると、福祉関係費63.2%、教育文化費10.8%、総務費7.1%、建物の維持費5.0%等である。福祉関係費のなかに約98億円の年金が含まれており、これを除くと約50%が福祉関係費である。一方、益田市は民生費21.9%、土木費15.6%、公債費14.0%、教育費13.3%、総務費12.0%等である。

このように、ネストベッツ市は福祉関係費の占める割合が多い一方、土木費、農林水産費、商工費の歳出はない。ネストベッツ市の歳出のうち福祉関係費が63.2%を占めているが、この割合は他の市においても同様である。福祉関係費の内訳をみると高齢者福祉費55.2%、就労者福祉費14.9%、児童福祉費7.7%、事務および施設関係費22.2%であり、高齢者福祉費の割合が大きい。さらに、高齢者福祉の内訳をみたのが表9である。年金が全体の81.8%を占めている。注目したいのはそれぞれの部門の金額の多さである。ホームヘルプに6,300万 Kr (12億円強)、補助器具に1,500万 Kr (約3億円)、配食サービス、老人活性化事業に1,195万 Kr (2億円強)、訪問看護に986万 Kr (約2億円)、プライエム11,747万 Kr (23億円強)である。ネストベッツ市ではこれだけの経費をかけて、高齢者の福祉を実施している。表10は65歳以上および市民1人あたりの歳出をみたものであるが、ネストベッツ市では65歳以上の1人あたり100,276Kr (約200万円)の経費をかけている。

10. おわりに

デンマークでは高齢者保健福祉の三原則をもとにした行政が行われている。今回、日本と比

較検討を行い、次の点が明らかとなった。

- ①ホームヘルパーは65歳以上人口の2.5~4.5%であり、日本のゴールドプラン(2000年)の4~8倍である。訪問看護婦は0.5%である。また、在宅ケアをすすめるためにデイセンター、配食サービス、補助器具センター等も設置されている。
- ②施設では、プライエムが65歳以上の約6%におかれている。この数はゴールドプランの約2倍である。プライエムは個室であること、部屋が広いこと、スタッフの数の多いこと、美容院があること等、優れている点が多い。しかし、ホルベック市では、完全在宅ケア体制への変革が行われている。
- ③デンマークでは高齢者保健福祉医療の提供が公的に総合的に行われている。
- ④地方財政では、デンマークの方が日本より歳入総額は多い、福祉予算が全予算の50%をこえている、国とか県の補助金がない、等の特色がみられ、地方分権が徹底している。
- ⑤ホルベックの変革の過程にもみられるように、利用者、高齢者と職員の間で頻回に民主的に協議が行われている。また、ホームヘルパー等の配置にみられるように、自治体から地域への分権化も行われており、「生活レベルでの民主主義」の徹底がみられる。

この論文をまとめるにあたり、3回にわたるスタディ・ツアーのコーディネーターをし、資料の収集をはじめ、多くのご指導をいただいたコペンハーゲン大学の伊東敬文先生に厚く感謝します。

参考文献

- 1) エイジング総合研究センター：『デンマークの高齢者福祉医療対策』，1993. 11
- 2) 岡本祐三：『医療と福祉の新時代』，日本評論社，1993. 12
- 3) 大熊由紀子：『寝たきり老人いる国，いない国』，ぶどう社，1990. 9
- 4) 伊東敬文：「デンマークにおける地域ケアの動向」，GERONTOLOGY, 5 (2), 1993, 163-171.
- 5) 関 龍太郎：『デンマークにおける高齢者福祉の構築』，松江，1993
(せき・りょうたろう
島根県健康福祉部健康対策課長)

スウェーデンにおける高齢者ケアの現状

伊藤 周平

1. はじめに

21世紀には、4人に1人が65歳以上の高齢者となり、寝たきりや痴呆性的高齢者の数も大幅に増加すると予想されている日本において、高齢者福祉の充実はこれからの最大の課題といえる。こうした状況の中で、先進的な福祉国家として知られるスウェーデンの高齢者福祉の現状を知ることは、それなりに大きな意味をもっていると思われる。1993年10月15日から約2週間、私はスウェーデンのストックホルムに滞在し、The Swedish Instituteの紹介で、自治体の研究機関や老人ホーム、サービスハウスなど10余りの機関や施設を訪問し、視察する機会にめぐまれた。ここでは、訪問先での見聞をもとに、スウェーデンの高齢者ケアの現状の一側面を紹介してみたい。

2. 在宅福祉サービス

(1) 責任体制

スウェーデンにおける高齢者のケアについては、1982年に制定された社会サービス法が根拠法となっており、その全体的な責任は国家が負っている。基本的な社会サービスの供給主体は、286ある地方自治体(コミューン)で、各コミューンごとに福祉区が設置され、ケアサービス供

給の基本的単位となっている。

スウェーデンにおける高齢者ケアの基本的な理念は、高齢者がケアが必要な状態となっても、できるだけ住み慣れた地域や住居を離れることなく、暮らしていけるようにすることにある。そのため、ホームヘルプサービスを中心とする在宅福祉サービスが発達している。私が訪問したSwedish Association of Local AuthoritiesやStockholm Social Services District Hägerstenなどの行政機関、Stockholm Gerontology Research CentreやStockholm Social Services Administration Research and Development Officeなどの自治体の研究機関での説明をもとに、その現状を概観しておこう。

(2) ホームヘルプサービス

ホームヘルプサービスを受けている人の数は、1991年で、年金受給者(65歳以上の高齢者)の16%、80歳以上の年金受給者になると40%にのぼる。ホームヘルプサービスは、心身機能の低下により、ケアが必要な状態になった在宅の高齢者に対して、ヘルパーを派遣し、生活の自立を助ける制度であるが、通常、その申請は電話を通して福祉事務所に対してなされ、それに応じて、ホームヘルプアシスタントが高齢者を訪問し、話し合いの結果、サービスが開始される。その提供にあたっては、自己決定、人格の尊重、安全性、ニーズの総合的把握、活性化な

どの8つの基本原則が定められている。特に、自己決定の原則については、どの訪問先でも強調された原則で、ホームヘルプサービスのみならず、スウェーデンの社会サービス全体の基本的な理念となっていると思われる。その他にも、ナイトパトロールや移送サービスなどのサービスも充実している。

(3) デイセンター

デイセンターは、地域の在宅の高齢者に対するケアサービスや訓練の提供の場であり、同時に、高齢者の交流の場、ホームヘルパーの拠点にもなっている。従来、多くのデイセンターがサービスハウスや老人ホームに付設されている場合が多かったが、現在では、独立した住宅地の中に配置された住戸転用のものが増えてきている。

3. 住 宅

(1) サービスハウス

1991年の段階で、約4万1,000人の高齢者がサービスハウスに住んでいる。サービスハウスへの入居条件は、年金受給者であること、ケアサービスが日常的に必要であるが、一定の援助を得て自立生活が可能であることである。

サービスハウスは、住宅とケアサービスを総合した居住形態で、20から100の戸数の住宅ユニットから構成されている。サービスハウスの各住戸は、あくまでも独立した住宅で、住宅局の建設資金融資基準に定められた居住条件を満たしている。また、サービスハウスの共用部分に設けられたレストランや図書館は、公共性が高く、サービスハウス内の高齢者や地域内の在宅の高齢者ばかりでなく、他の世代の利用も考慮

して計画されている。多くのサービスハウスは、1970年代から1980年代にかけて建設されており、私が訪問した Blackeberg のサービスハウスも、やはりこの時期の建設であった。

(2) 老人ホーム

スウェーデンにおける老人ホームは、1918年の救貧法の中で、生活保護受給者を対象に、老人ホームの設置を他の福祉施設の設置とともに義務づけたのがはじまりとされている。1920年には、市民省から老人ホームのためのガイドラインが示され、これに従って、1920年代から1930年代にかけてかなりの数の老人ホームが建設されていった。戦後の一時期もこうした傾向は続いたが、1970年代ごろから、老人ホームなどの施設に収容するのではなくて、できるだけ住み慣れた地域で高齢者をケアしていく体制づくりがめざされるようになり、老人ホームの建設は減少し、多くがサービスハウスなどにとって代わられた。

老人ホームとサービスハウスの相違は、サービスハウスの各住戸は、あくまでも独立した住戸であるのに対して、老人ホームは、住宅局の建設資金融資基準に定められた居住条件を満たしていない点にあり、老人ホームでは、各住戸部分で十分に満たされていない炊事、食事、入浴等にかかわる生活空間を共用スペースの中で代替している。ただ、日本の雑居型の老人ホームと異なり、個室で、家具も持ち込める。私が訪問したのは Stadshagen の老人ホームと Brommaplan の民間老人ホームであったが、いずれも明るい雰囲気、入居している高齢者は80歳を超える人が大半だったが、寝たきりの人を見ることはなく、皆元気に共用部分を歩行器等を使って歩き回っていた。また、民間の老人

ホームといっても、地方自治体が委託して経営しているもので、自治体の監督が行き渡り、その責任体制も明確であった。

(3) グループハウジング (集合住宅)

あまり多くない居住単位が共有スペースを中心にまとめ、そこに24時間のケアスタッフがはりついた形の小規模ケア付住宅は、グループハウジングと呼ばれ、特に、知的障害者や痴呆性の高齢者のケア施設としてのその有効性が認められ、全国各地に建設中である。今回は、グループハウジングそのものを訪れることはできなかったが、老人ホームに併設されていた Stadshagen Guest-House が、比較的それに近い形態をとっていた。

4. 医療機関

(1) ナーシングホーム

1991年の数字で、約4万4,000人の高齢者が一般病棟と結びついた老人病院か、ナーシングホームに入院している。ナーシングホームでは、できるだけ薬や点滴を用いず、リハビリテーションを中心とした治療を行っており、食事もベッドではなく、共用の食堂で食べることが原則とされている。家庭的雰囲気が重視されており、自分の家具も持ち込める。私の訪れた Tanto Nursing Home は、ストックホルムでも古い部類にはいるものだったが、廊下のスペースも広

く、寝たきりの高齢者の多い日本の老人病院とは大きく異なる印象を受けた。

(2) デイケアセンター

デイセンターの中でも、特に医療的な治療、ケアを中心にするものがデイケアセンターであるが、これらの多くは、ナーシングホームに併設されている。私が訪問した中では、Tanto Day Care Centre for people with senile dementia がこれにあたる。主として、痴呆性の高齢者を対象にした少人数のデイケアセンターで、こうしたタイプのものは、グループハウジングとともに、痴呆性の高齢者の治療のために現在、各地で増えつつある。

5. おわりに

近年、スウェーデンでも長びく不況と財政難という現状の中で、保守党政権のもと、1992年のエーデル改革をはじめ高齢者福祉サービスの改革が進められつつある。しかし、民間市場や家族、ボランティアの役割が強調されている日本とは異なり、スウェーデンでは、あくまでも公的サービスこそが高齢者ケアの中心となるものと考えられ、受益者へのサービス向上をも意図した長期的視野に立った改革が進められているように思われる。

(いとう・しゅうへい 法政大学社会学部専任講師・
前社会保障研究所研究員)

伊部英男・早川和男編著『世界の社会政策』

(ミネルヴァ書房, 1992年)

城戸喜子

1

「はしがき」によると本書は、社会政策が(それぞれの)時代と場所の持つ問題を解決する努力、発展の社会的マネジメントであるとして、政治の文脈内で理解しようとする立場から書かれた。社会保障・福祉、それを含む公共サービスは、すぐれて政治的次元の問題であるから、われわれも当然こうした接近法に馴染まざるを得ない。しかし章ごとに多少の相違はあれ、本書全体としては各国社会政策の持つ政治的背景や事件、政策に関する政党間の意見の相違やそれらの調整等を、それほど詳述したものではない。むしろ各国における、あるいは複数の国々を貫く大きな歴史の流れを概観・概括したものとの色彩が濃い。編著者のひとりが引用するC. ジョーンズ氏の用語、比較史的側面を持っている。

最近、ニュージーランド学会で、「何故ニュージーランドは、福祉国家であることを止めたのか」という報告を聞いたが、その理由として先進国共通の財政・経済状況の悪化の他に、福祉国家という個人生活への国の干渉が、半世紀単位のサイクルを経て多くの国で自由主義に取ってかわられつつある現状、および同国建設時における思想的特色が表面化して来ていることを指摘していた。こうした見解の採否は別として、

一国あるいは複数の国における施策の展開を、超長期的な視点に立ち観察することは重要である。特に新しい世紀を前に困難な時代に突入しようとしている現在、自分たちあるいは他国の経験の意味を問い、将来に向けての展望の基礎を築く必要はある。章によってかなりの精粗の差はあるが、遠大な眺望を試みようとの企画には賛意を表するものである。

2

第1部「課題と取組み」ではまず、1970年代後半から1990年代初めまでの経済不振と政治変革の時代の中で、来るべき高齢化に備えドイツ、イギリス、およびスウェーデンの3国がどのような課題と取り組んで来たかが、国別に3章にわたり述べられる。執筆者はいずれも厚生省からの各国への出向経験者で、現地の事情に詳しい各人が手際良くまとめた内容となっており、学ぶところも多い。願わくば限られた枚数での記述が、その時期における社会政策の一部の領域に限定される場合、何故その領域を選んだかの理由を明記し、また他領域における重要な施策との簡単な関連を記して欲しかった。何故なら、各領域の施策は相互に無関係ではあり得ず、一領域の施策をベースに他領域の施策が成立するからである。すでに日本でかなり広く紹介されている、あるいはすでに執筆者が他の刊行物

で触れている領域の問題は、他の論文や著書によって欲しいとの気持ちも分かるが、社会政策を総合的に捉える必要がある以上、部分的な紹介にはそれなりの説明がなくてはならない。

続くアメリカの章は医療政策を巡る動向を扱い、副題の「多様性と公平性への途」が主題を的確に表現している。また同国の医療（費保障）政策は非常に複雑な仕組みであるが、それらの概略と動きとを実に分かりやすく解き明かしている点も評価したい。問題は医療供給体制についての説明がないため、何故この国の医療費単価が国際的に見て異常なほど高いのか、またこの国の医療供給は通常、市場機構に任されているというが、果たしてそうなのか、規制が多いためにそうなっているのではないかとこの疑問が生じる。例えば OECD の一連の保健医療費研究の中で、1990年刊行の *Health Systems in Transition* はアメリカとヨーロッパの医療体制を、相互に効率化の視点から検討しているが、アメリカ側代表は、アメリカ医療における市場規制の自由化の必要を指摘している。評者は一般に、医療費問題とはすぐれて保健医療供給体制の問題だと考えており、今後こうした点についての論文を執筆者に期待したい。

なおアメリカの章の付録「スタンフォード大学からの質問書」への回答文書は、日本の医療保険制度の発展、皆保険化の過程に関する簡潔で要領を得た解説である。厚生行政の現場でそのいきさつを目の当たりに見た者の証言として貴重である。個別の質問項目につき、何故そのような質問となっているかの解説があれば、一層興味を惹くものとなったであろう。

第5章は編著者のひとりによるニューヨークでの講演を基にしており、戦後日本における統合原理としての会社主義と、その破綻が語られ

ており鋭い観察と積極的な提案は評価するが、日本社会でこのような提言を実現するにはかなりの困難が予想され、実施のための具体策にまで踏み込んで欲しかった。また会社主義が企業福祉の累積を引き出し、それらが公的福祉・自発的福祉あるいは社会政策全体にどのような功罪をもたらしたか述べて欲しいと思う。なお前4章が比較的最近の豊かな時代、あるいは経済停滞以降の時期に焦点を合わせているのに対し、本章は第二次大戦以後のかなり長い期間を対象としており、やや異なった種類の論稿と思われる。評者の判断では、日本の問題を集中的に検討する第2部に入れた方が良かったのではないかと思われる。

第6章は、C. ジョーンズの国際社会福祉協議会における講演原稿を元に、講演者が加筆・訂正し、それを編著者のひとりが翻訳したものである。ここではイギリス、ドイツ、フランス、およびスウェーデンが取り出され、4国における福祉国家の起源と本格的な福祉国家への展開を、それぞれの国における産業革命の経験の仕方、それ以前からの救貧法や社会保険的仕組みと経験の影響、2つの世界大戦への国民の参加と破壊・混乱の程度、世界恐慌の影響等によって説明し、4つの福祉国家の類型の相違を描き出している。本章は対象とする空間と時間軸から見て壮大な試みであり、4国の社会政策の基本的性格を理解するには有効である。しかしこれらの国が、本格的な福祉国家の成立以後どのような課題に逢着し、それらにどのように取り組んだのか、その過程で基本的な性格は部分的に修正されたのか、また今後どのような方向に進むと考えられるのかは論じられていない。

我々は常に時代や社会から挑戦あるいは試練を受け、我々が作り出したものをそれらに合わ

せて改革してゆかねばならない。特に現在われわれが置かれている環境はそのようなものである。そうした意識の下ではこの種の論文は、ここから先が知りたいとの感じを持たせる。

3

第2部は国際比較と国際化と題され、第1章「社会政策の系譜」、第2章「社会保障の国際比較」、第3章「社会体制と住宅問題」、第4章「日米社会福祉比較」、第5章「社会福祉と国際化」、第6章「社会政策の新しい方向」から構成されている。しかし第2章は第1部の第5章と入れ換えて、第1部の前4章と並べた方が分かりやすくまた馴染むように思われる。何故なら第2部は主として日本の問題を扱っており、第1章も日本における社会政策の系譜であり、その他の章も日本の問題を中心に日米、または欧日比較を行っている場合が多いからである。我々にとっては、日本の問題をどうするかが最終的関心事であるのだから、第1部を海外先進諸国の課題と多国間国際比較でまとめ、海外の経験から学ぶこととし、第2部で日本の問題を集中的に扱った方が印象は鮮明だったのではないだろうか。

第1章は、第1～2節における社会政策の定義や社会政策の分類が、日本人の社会問題への対応の仕方の特徴—疎外・差別・排除を選好し再統合の原理を働かせない—、およびソフト・サービス（教育・訓練等）の欠如の指摘が興味深く思われた。執筆者は超長期的に鳥瞰することを得意とされているようであり、こうした接近法は貴重であろう。

第2章も手馴れた処理で要領の良い紹介であるが、技術的な側面で評者自身がかつての作業の中で抱き続けて来たいくつかの疑問にぶつか

った。しかし、統計的国際比較に必ず付きまとう資料の制約上、避けがたいことかもしれない。例えば何故これだけの国を比較の対象に選ぶのか、また項目によって比較する国の数と、種類を何故変えるのかである。従って節ごとにあるいは項目ごとに国の選択の基準・理由を明記した方が良いだろう。内容についてひとつだけ述べると、費用の支出サイドのみならず、受け手の側の状況を合わせて分析している点はすぐれている。ただ失業給付を取り上げる必要がなかったかどうかである。たとえ過去の日本にとって重要でなくとも、他の先進国の場合（スウェーデンを除く）、失業や失業給付の持つ意味は大きく、今後の日本にとって雇用保険の持つ意味を検討してほしかった。

第3章「社会体制と住宅問題」は、西欧における住宅政策が社会政策の基盤となっている事実の紹介、日本における住宅政策がまさにその反対の極にあり、社会保障・福祉の機能を困難化している事実の批判、従ってどのような住宅・土地・都市政策が必要かの指摘がなされている。評者としては、企業福祉で公的福祉が代替された領域として、両者の在り方についても例えば、第1部第5章との関連を明確にして欲しかったと思う。

第4章「日米社会福祉比較」は、戦後日本における社会福祉事業の形成過程とその後の発展を述べ、米国との比較によって日本の社会福祉の特色を明らかにしている。「国家中心主義は（日本の）社会福祉に安定性と財政基盤を保障した。今後は壮健者のケア、移民の統合、企業・地域の自発性をどう維持するかが課題である」、との「むすび」の記述には賛意を表すが、選別主義から普遍主義に転換を遂げて来た過程で、あるいは転換後の段階で、国家中心主義が

財政基盤を保障出来たか、また保障し続けることが出来るかは、日本の国家財政を振り返った場合、あるいは展望した場合に疑問に思われる。だからこそ企業・地域の自発性を主張されるのであろうが、もうひとつの大きな課題は中央・地方政府間の関係、および地方政府の財源問題ではなかろうか。

第5章「社会福祉と国際化」は短いながら、どの章にも見られる執筆者のユニークな指摘と提案一例えば、消費者の視点からの社会政策こそ重要であり、普通の世帯に対する施策はどの省が担当するのかといった指摘一が見られる。

第6章「社会政策の新しい方向」は、調査研究班の名称、班員と起草委員および起草委員長の氏名が記されているが、これは何回かの研究・検討会の結果を起草委員がまとめられたものと理解して良いのだろうか。

日本の社会保障・福祉が概念的にも政策的にもフローのみに限定され、ストックー社会資本ストックーとの有機的結合によって初めて機能し得ることを認識出来なかったため、いま新しいアプローチが必要とされるという主張から出発し、社会政策の起源と沿革を他の先進国に辿った後、日本における社会政策の流れを過去から現在にかけて整理し、さらに当面の課題および将来への展望を含む本章は通常、社会保障・福祉の領域で中心に据えられる年金・医療費の問題と、同じ領域で通常は周辺的に扱われる住宅・都市問題や、環境政策を同じ比重で取り上げている。そして「むすび」では、労働者ではなく生活者に対する施策の展開が必要であり、

そのため一般世帯・生活者省の設置を提唱している。また第2点として、国際社会における日本の役割として「ひとづくり」、外国人労働者問題への取り組み、アジア・中近東社会の在り方・価値観・宗教等について知ることの重要性を主張している。やや論述の展開に飛躍があるにしても、編著者を始めとする班員各位が本章および検討会・研究会において、日本の福祉政策における従来からの問題点を他国の経験との比較、および時間の流れの中で整理して明示したことには意味があろう。第3に関係各位が現在日本社会に起こりつつある現象に敏感に反応し、将来に向けての課題を提示されたことも、有意義である。

最後に注文を2点申し上げたい。第1は多くの執筆者からなる論文を集めた場合、各論文間の関連付けと相互の配置が重要だということである。評者自信も社会保障研究所に在職中、研究プロジェクトの幹事や編集の仕事に携わり、こうした作業が相当困難を極めることは承知している。しかし読後感を鮮烈にするためにはこうした努力が重要である。政策のみならず研究成果の体系的理解と刊行に当たっても、総合化と調整が必要であろう。

第2に、社会保障・福祉の政策はフローとストックとマンパワーの三位一体で進められるべきことを評者は1986年以来、主張している。本書の続編が刊行される場合には、是非そうした視点からの論稿の含まれることを期待したい。

(きど・よしこ 聖学院大学教授)

海外社会保障関係文献目録

1994年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

単行本

Cox, Robert H.

Development of the Dutch welfare state

Pittsburgh, University of Pittsburgh Press,
1993

xv, 257p 23 cm.

George, Vic/Miller, Stewart

Social policy towards 2000 : squaring the welfare circle

London, Routledge, 1994

vii, 256p 23 cm.

U.S. Dept. of HHS. Social Security...

Social security handbook 1993 11th ed.

Washington, D.C., 1993

v, 517p 23 cm.

専門誌

Cousins, Mel

The EC recommendations on social protection: a case study in EC social policy. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (4) Dec. 1993, p. 286-98.

Ross, Jane L. /Upp, Melinda M.

Treatment of women in the U.S. social security system, 1970-88. *Soc. Sec. Bull.* 56 (3) Fal. 1993, p. 56-67.

Saraceno, Chiara/Negri, Nicola

The changing Italian welfare state. *J. of*

European Soc. Poli. 4 (1) 1994, p. 19-34.

Shaver, Sheila

Body rights, social rights and liberal welfare state. *Critical Soc. Poli.* (39) Win. 1993-94, p. 66-93.

社会保険

単行本

Pratt, Henry J.

Gray agendas : interest groups and public pensions in Canada...

Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1993

xii, 241p 23 cm.

専門誌

Chulis, George C. et al.

Health insurance and the elderly: data from MCBS. *Health Care Financing Rev.* 14 (3) Spr. 1993, p. 163-82.

Lejour, Arjan M. /Verbon, Harrie A.A.

Labour mobility and decision making on social insurance in an integrated market. *Pub. Choice* 79 (1-2) Apr. 1994, p. 161-86.

Runner, Diana

Changes in unemployment insurance legislation in 1993. *Mthly. Lab. Rev.* 117 (1) Jan. 1994, p. 65-71.

Van Gelder, E.

La récupération des paiements indus dans le régime des pensions pour travailleurs salariés. *Rev. belge de Sec. soc.* 35 (3) 1993, p. 521-82.

社会福祉

専門誌

Garthwait, Cindy/Rolando, Jim

A survey of treats and violence directed against child protection workers in a rural state. *Child Welfare* 73 (2) Mar. /Apr. 1994, p. 173-80.

Grossman, Herschel I.

Proprietary public finance and economic welfare. *J. of Pub. Econ.* 53 (2) Feb. 1994, p. 187-204.

Lopez, Rigoberto A. /Pagoulatos, Emilio

Rent seeking and the welfare cost of trade barriers. *Pub. Choice* 79 (1-2) Apr. 1994, p. 149-60.

Meyers, Marcia K.

Organizational factors in the integration of services for children. *Soc. Ser. Rev.* 67 (4) Dec. 1993, p. 547-75.

Mowbray, Martin

Private agencies as public agents? : Developments in child welfare in New South Wales. *Soc. Ser. Rev.* 67 (4) Dec. 1993, p. 535-46.

Nugent, William R.

Differential validity in social work measurement. *Soc. Ser. Rev.* 67 (4) Dec. 1993, p. 535-46.

Rycrat, Joan R.

The party isn't over : the agency role in the retention of public child welfare case-workers. *Soc. Work* 39 (1) Jan. 1994, p. 75-80.

Schweikhart, Sharon Bergman/Smith-Daniels, Vicki L.

Location and service mix decisions for a managed health care network. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 27 (4) 1993, p. 289-302.

Soifer, Steven/Resnick, Hy

Prospects for Social work cooperative in the 1990s. *Admin. in Soc. Work* 17 (3) 1993, p. 99-116.

Vladeck, Bruce C. et al.

The changing face of long-term care. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 5-24.

高齢者問題

単行本

Gordon, David S./Donald, Sheenac

Community social work, older people and informal care

Aldershot, Avebury, 1993

x, 186p 23 cm.

Lock, Margaret

Encounters with aging : mythologies of menopause in Japan and North America

Berkeley, University of California Press,

1993 xlv, 439p 23 cm.

専門誌

Attias-Donfut, Claudine

Dépendance des personnes âgées : pour-

- voyance familiale et pourvoyance sociale. *Rev. franç. des Affaires soc.* 47 (4) oct.-dec. 1993, p. 33-52.
- Baltes, Margret M. et al.
Everyday competence in old and very old age : an inter-disciplinary perspective. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 657-80.
- Baltes, Paul B. et al.
The Berlin aging study (BASE) : Overview and design. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 483-516.
- Berrat, Brigitte
Les différentes composantes de la demande des services gérontologiques. *Rev. franç. des Affaires soc.* 47 (4) oct.-dec. 1993, p. 87-98.
- Clément, Serge/Drulhe, Marcel
L'entourage relationnel des personnes âgées et les services gérontologiques. *Rev. franç. des Affaires soc.* 47 (4) oct.-dec. 1993, p. 75-86.
- Clercq, B. de et al.
The over-85s of Brugge. *Soc. Pol. & Admin.* 27 (3) Sep. 1993, p. 211-220.
- Delhouse, B. et al.
L'incidence redistributive de la privatisation des retraites. *Rev. belge de Sec. soc.* 35 (3) 1993, p. 387-404.
- Döring, Diether
Old-age security for women in the twelve EC countries. *J. of European Soc. Poli.* 4 (1) 1994, p. 1-18.
- Frattini, Marie-Odile/Sipos, Irène
The elder citizens of Rennes. *Soc. Pol. & Admin.* 27 (3) Sep. 1993, p. 248-56.
- Gibson, Diane/Allen, Judith
Parasitism and phallogentrism in social provisions for the aged. *Policy Sciences* 26 (2) 1993, p. 79-98.
- Gollier, J.
Comparaison entre les systèmes de retraite européens. *Rev. belge de Sec. soc.* 35 (3) 1993, p. 405-16.
- Gonyea, Judith G.
The paradox of the advantaged elder and the feminization of poverty. *Soc. Work* 39 (1) Jan. 1994, p. 35-42.
- Helmchen, Hanfried/Linden, Michael
The differentiation between depression and dementia in the very old. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 589-618.
- Holzman, R.
La réforme des régimes de pensions de retraite. *Rev. belge de Sec. soc.* 35 (3) 1993, p. 459-98.
- Kane, Robert L./Blewett, Lynn A.
Quality assurance for a program of comprehensive care for older persons. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 89-110.
- Kuty, O.
Les besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées. *Rev. belge de Sec. soc.* 35 (3) 1993, p. 417-58.
- Laroque, Geneviève et al.
Présentation du rapport de l'IGAS sur la dépendance des personnes âgées. *Rev. franç. des Affaires soc.* 47 (4) oct.-dec. 1993 p. 127-30.
- Larragy, Joe

- Views and perceptions of older Irish people. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (3) Sep. 1993, p. 235-47.
- Leaper, Robert
Age speaks for itself in Exeter. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (3) Sep. 1993, p. 191-210.
- Lesemann, Frédéric/Martin, Claude
La protection rapprochée : approche internationale du rôle des solidarités familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Rev. franç. des Affaires soc.* 47 (4) oct.-dec. 1993 p. 113-26.
- Luckey, Irene
African American elders : the support network of generational kin. *Families in Society* 75 (2) Feb. 1994, p. 82-89.
- Mayence, Serge
Older people in Charleroi. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (3) Sep. 1993, p. 221-34.
- Mayer, Karl Ulrich/Wagner, Michael
Socio-Economic resources and differential ageing. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 517-50.
- Rushlin, Hirsch S. et al.
Resident medical care utilisation patterns in continuing care : retirement communities. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 151-68.
- Smith, Jacqui/Baltes, Paul B.
Differential psychological ageing : profiles of the old and very old. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 551-88.
- Steinhagen - Thiessen, Elisabeth/Borchelt, Markus
Health differences in advanced old age. *Ageing & Soc.* 13 (4) Dec. 1993, p. 619-56.
- Woods, John R.
Pension vesting and preretirement lump sums among full-time private sector employees. *Soc. Sec. Bull.* 56 (3) Fal. 1993, p. 3-21.
- 保健・医療**
単行本
Committee on energy and commerce
Medicaid source book : background data and analysis
Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1993
xii, 1127p 22 cm.
- Fuchs, Victor R.
Future of health policy
Cambridge, Harvard University Press, 1993
viii, 255p 23 cm.
- Gray, Bradford H.
Profit motive and patient care : the changing accountability...
Cambridge, Harvard University Press, 1991
xv. 440p 23 cm.
- Helms, Robert. B. ed.
American health policy critical issues for reform
Washington. D.C., The AET Press, 1993
xviii, 414p 23 cm.
- Spurgeon, Peter ed.
New face of the NHS
London, Longman, 1993
xiii, 267p 22 cm.

専門誌

Banerji, Debabar

A simplistic approach to health policy analysis: the world bank team on the Indian health sector. *Internat. J. of Health Services* 24 (1) 1994 p. 151-60.

Branch, Laurence G. et al.

Medicare home health: a description of total episodes of care. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1993, p. 59-74.

Donham, Carolyn S. et al.

Health care indicators. *Health Care Financing Rev.* 14 (3) Spr. 1993, p. 249-82.

Kenney, Genevieve M.

Rural and Urban differentials in medicare home health use. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 39-58.

Kuntz, Diane

The politics of suffering: the impact of the U.S. Embargo on the health of the Cuban people. *Internat. J. of Health Services* 24 (1) 1994 p. 161-80.

Miller, Robert H.

Containing use and expenditures in publicly insured long-term care programs. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 181-208.

Moscovice, Ira et al.

Access and use of health services by chronically mentally ill: medicaid beneficiaries. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994 p. 75-88.

Salter, Brian

Change in the British National Health Service: policy paradox and the rationing

issue. *Internat. J. of Health Services* 24 (1) 1994 p. 45-72.

Swan, James H. et al.

Trends in medicaid nursing home reimbursement: 1978-89. *Health Care Financing Rev.* 14 (4) Sum. 1994, p. 111-32.

雇用と失業

専門誌

Card, David/Levine, Phillip B.

Unemployment insurance taxes and the cyclical and seasonal properties of unemployment. *J. of Pub. Econ.* 53 (1) Jan. 1994, p. 1-30.

Chao, Chi-Chur et al.

Financial deregulation under sector-specific unemployment: a general equilibrium analysis. *Pub. Finance* 48 (1) 1993, p. 19-32.

Felmlee, Diane H.

The dynamic interdependence of women's employment and fertility. *Soc. Sci. Res.* 22 (4) dec. 1993, p. 333-60.

Ferber, Marianne A.

Women's employment and the social security system. *Soc. Sec. Bull.* 56 (3) Fal. 1993, p. 33-55.

Franklin, James C.

Industry output and employment. *Mthly. Lab. Rev.* 116 (11) Nov. 1993, p. 41-57.

Silvestri, George T.

Occupational employment: wide variations in growth. *Mthly. Lab. Rev.* 116 (11) Nov. 1993, p. 58-86.

Standing, Guy

Why measured unemployment in Russia is so low: the net with many holes. *J. of European Soc. Poli.* 4 (1) 1994, p. 35-51.

貧困問題

專門誌

Bazemore, Gordon

Resident adaptations in an alcoholics anonymous-based residential program for the urban homeless. *Soc. Ser. Rev.* 67 (4) Dec. 1993, p. 599-616.

Cowan, David S./Fionda, Julia

New angles on homelessness. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (6) 1993, p. 403-16.

First, Richard J. et al.

Homelessness in rural areas: causes, patterns, and trends. *Soc. Work* 39 (1) Jan. 1994, p. 97-108.

Groskind, Fred

Ideological influences on public support for assistance to poor families. *Soc. Work* 39 (1) Jan. 1994, p. 81-89.

Harris, Kathleen Mullan

Work and welfare among single mothers in poverty. *Amer. J. of Sociol.* 99 (2) Sep. 1993, p. 317-52.

Headley, Bruce et al.

Long and short term poverty: is Germany a two-thirds society?. *J. of European Soc. Poli.* 4 (1) 1994, p. 1-26.

Piliavin, Irving et al.

The duration of homeless careers: an exploratory study. *Soc. Ser. Rev.* 67 (4) Dec.

1993, p. 576-98.

家族問題

單行本

Colton, M. J./Hellinckx, W. ed.

Child care in the EC: a country specific guide to foster and...

Aldershot, Arena, 1993

x, 257p 23 cm.

Hendrick, Harry

Child welfare 1872-1989: England 1872-1989

London, Routledge, 1994

xv, 354p 23 cm.

Pedersen, Susan

Family, dependence and the origins of the welfare state: Britain and France

New York, Cambridge University Press, 1993

xv, 478p 23 cm.

專門誌

Bernier, James C./Siegel, Deborah H.

Attention-deficit hyperactivity disorder: a family and ecological systems perspective.

Families in Society 75 (3) Mar. 1994, p. 142-51.

Dillon, Dennis

Understanding and assessment of inter-group dynamics in family foster care: African American families. *Child Welfare* 73 (2) Mar./Apr. 1994, p. 129-40.

Ezell, Mark

Advocacy practice of social workers. *Families in Society* 75 (1) Jan. 1994, p. 36-46.

Farkas, Kathleen, J.

Preparing practitioners for child welfare practice with substance-abusing families. *Child Welfare* 73 (1) Jan. /Feb. 1994, p. 57-68.

Gleeson, James P. et al.

Developing child welfare practitioners: avoiding the single-solution seduction. *Admin. in Soc. Work* 17 (3) 1993, p. 21-38.

Gregoire, Thomas K.

Assessing the benefits and increasing the utility of addiction training for public child welfare workers: a pilot study. *Child Welfare* 73 (1) Jan./Feb. 1994, p. 69-82.

Halfon, Neal et al.

National health care reform, medicaid, and children in foster care. *Child Welfare* 73 (2) Mar. /Apr. 1994, p. 99-116.

Lightburn, Anita/Kemp, Susan P.

Family-support programs: opportunities for community-based practice. *Families in Society* 75 (1) Jan. 1994, p. 16-26.

MacEachron, Ann E.

Supervision in tribal and state child welfare agencies: professionalization, responsibilities, training needs, and satisfaction. *Child Welfare* 73 (2) Mar.- Apr. 1994, p. 117-128.

McDevitt, Suzanne

Case records in public child welfare: uses and a flexible format. *Child Welfare* 73 (1) Jan. /Feb. 1994, p. 41-56.

Rounds, Kathleen A. et al.

Practice with culturally diverse families of young children with disabilities. *Families*

in Society 75 (1) Jan. 1994, p. 3-15.

住宅問題

專門誌

Barlow, James

Reforming the housing system in Eastern Europe. *Policy Studies* 14 (4) Win. 1993, p. 53-62.

Buckley, Robert M.

Housing finance in developing countries: the role of credible contracts. *J. of European Soc. Poli.* 4 (1) 1994, p. 317-32.

Gibbs, Ian/Kemp, Peter

Tenure differences in income and housing benefit in later life. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (4) Dec. 1993, p. 341-53.

Harrison, Malcolm

The black voluntary housing movement: pioneering pluralistic social policy in a difficult climate. *Critical Soc. Poli.* (39) Win. 1993-94 p. 21-35.

Lund, Brian

An agenda for welfare pluralism in housing. *Soc. Poli. & Admin.* 27 (4) Dec. 1993, p. 309-22.

統計類

單行本

Central Office of Information

Britain 1994: an official handbook

London, HMSO, 1994

519p 25 cm.

Loprest, Pamela/Gates, Michael

- State level data book on health care access and financing*
Washington, D.C., The Urban Institute, 1993
x, 177p 30 cm.
- OECD, Dept. of Economics and Statistics
National accounts 1960-1992 Vol. 1 : main aggregates
Paris, OECD, 1994
155p 32 cm.
- OECD, Dept. of Economics and Statistics
Purchasing power parities and real expenditures Vol. 2, 1990
Paris, OECD, 1993
93p 32 cm.
- Sveriges officiella statistik
Statistisk årsbok för Sverige 1994 (Statistical abstract of Sweden)
Stockholm, Statistiska centralbyran, 1993
563p 25 cm.
- UNESCO
Statistical yearbook 1993
Paris, UNESCO, 1993
lv 31 cm.
- U.N. ESCAP
Statistical yearbook for Asia and the Pacific 1992
Bangkok, ESCAP, 1992
xxii, 468p 30 cm.
- その他
単行本
- Inter-Secretariat Working Group on N.A.
System of National Accounts, 1993
Brussels..., 1993
- xlvii, 711p 28 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Demographic, economic and financial consequences of raising...
Geneva, ISSA, 1992
93p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Financing of benefits intended for the family and their adjustment...
Geneva, ISSA, 1992
86p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Impact of changing life expectancy and retirement patterns...
Geneva, ISSA, 1992
123p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Occupational diseases and possibilities of preventing them
Geneva, ISSA, 1992
103p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Pension rights for migrant workers
Geneva, ISSA, 1992
85p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Principle of territoriality in the insurance against employment...
Geneva, ISSA, 1992
90p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...
Responding to changing needs
Geneva, ISSA, 1992
vii 168p 30 cm.
- ISSA. General Assembly, 24th...

海外社会保障情報 No. 108

Role of accident statistics in accident prevention

Geneva, ISSA, 1992

68p 30 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』秋・108号をお届けします。

本号では、「アメリカの医療保障」について特集を掲載しております。

現在、アメリカにおいては、高齢者や低所得者という特定層に限らず、全国民の包括化を目標とした医療保険の導入に向かって、医療改革が進められています。そこでは、公的な医療保険制度に市場機構のメリットをいかに組み入れるかが問題となっていますが、本特集は、医療改革の動向を中心に、それをとりまく医療保障全体をテーマとして、最新のアメリカの医療保障の動向を考察するものとなっています。アメリカの社会保障全般については、弊研究所編『アメリカの社会保障』（東京大学出版会、1989年）もあわせて御参照下さい。（西村）

編集委員長	宮澤健一	(社会保障研究所長)	都村敦子	(日本社会事業大学教授)
編集委員	井堀利宏	(東京大学助教授)	直井道子	(東京学芸大学助教授)
	貝塚啓明	(中央大学教授)	庭田範秋	(社会保障研究所監事)
	郡司篤晃	(東京大学教授)	橋本宏子	(神奈川大学教授)
	小山路男	(社会保障研究所顧問)	三浦文夫	(日本社会事業大学学長)
	塩野谷祐一	(一橋大学教授)	伏見恵文	(社会保障研究所研究部長)
	地主重美	(駿河台大学教授)	高木安雄	(社会保障研究所調査部長)
	庄司洋子	(立教大学教授)	小島晴洋	(社会保障研究所主任研究員)
	清家篤	(慶応義塾大学教授)	西村万里子	(社会保障研究所研究員)
	武川正吾	(東京大学助教授)	丸山桂	(社会保障研究所研究員)

編集幹事

海外社会保障情報 No.108

平成6年9月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会保障研究所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197
