



# 米国医療事情と日本へのインプリケーション

株式会社双日総合研究所  
調査グループ 主任研究員

かわぐち  
川口

めぐみ  
恵



医療の問題は、いずれの先進国でもアタマの痛い問題である。英国の公的医療制度（NHS）は無料だが、医療財政は悪化の一途をたどっているし、国民は迅速に必要な治療を受けられないという問題がある。ドイツでも公的医療保険の構造的赤字が政治テーマになり模索が続いている。

そのような中、日本は国民皆保険制度の実現と長寿という成果によって世界保健機構（WHO）でも高い評価を受けている。商社マンの方々なら、各国のお国柄が如実に出る医療事情を身を持って実感し、日本の医療事情に及第点を付けたいという向きも多いだろう。

今年の前半、私はインターナショナル・ビジター・リーダーシップ・プログラムという米国務省の企画で米国の医療政策を幅広く観察する機会に恵まれた。ここではそこで見聞してきたことの一部をご紹介します、われわれへのインプリケーションを検討したい。

## 1. 米国の医療事情

米国の医療事情というと、市場主義、救急車で運ばれるとまず支払能力を確認される、等といったところが代表的なイメージだろうか。

実際、米国民の約16%、4,600万人もの人々が医療保険を掛けておらず、多くの無保険者が病

気になっても医療費が支払えず医者にもかかれない状態にある。しかし、そんな状況にもかかわらず、米国の医療費はGDP比16%（1.9兆ドル）と日欧に比べ突出して多く（例えば日本や英国はGDP比約8%程度）、ヘルスケアセクターは巨大産業である。

確かに米国では、高度医療の選択肢が豊富で、お金さえ出せば存分に医療が受けられる。「リアル・ミリオンダラー・マン」と呼ばれていた男性は、糖尿病を患い昏睡状態に陥ったものの、本当に100万ドル以上支払って生還したのだという。今も糖尿病と闘っている彼が奥さんの頼んだデザートにスプーンを伸ばす様子を見てしまうと、すべてがお金次第という米国の現実を思い知らされる。

もっとも、医療費の高騰は医療技術の進歩、最新治療の適用などの結果でもある。米国の膨大な医療費が世界の医療の進歩をファイナンスしてくれていることを忘れてはならない。

米国の健康保険制度を簡単に紹介しておこう。

### ●公的保険

○**メディケア** 65歳以上が主たる対象者（連邦政府が中心となって運営）。パートAからDまでである。

・**パートA**：入院費用

- **パートB**：医師の診療報酬
- **パートC**：“Medicare Advantage”

メディケア・パートA/B双方に加入している者が加入可能。

民間の保険者が政府に代わってパートA/Bの給付を請け負い、加入者1人当たり定額の報酬を保健福祉省（HHS）内メディケア&メディケイド・サービス・センター（CMS）から受領したうえで、給付内容・サービスに係る競争を行い、パートA/Bと同等以上の給付を行うというもの。例えば、パートA/Bで給付対象外となっている予防検診などの給付が認められている。しかし、民間保険者が経費圧縮のために医師や医療機関へのアクセスを制限することが多いため加入者は少ない。

- **パートD**：薬剤費（2006年導入）

○ **メディケイド** 貧困者対象（州政府が窓口となり、連邦政府と共同で運営）。

● **民間保険**（雇用主経由の団体保険や個人加入保険等）

日米の医療事情を比較してみるとおおよそ下表のようになる。

|           | 日本                            | 米国               |
|-----------|-------------------------------|------------------|
| 医療費の対GDP比 | 8%                            | 16%              |
| 医療保険      | 国民皆保険<br>＋<br>任意加入の<br>民間医療保険 | 自分で任意に<br>選択して加入 |
| 治療費       | 一律（安い）                        | バラバラ（高い）         |
| アクセス      | 良好                            | 不十分              |
| クオリティ     | △～○                           | ×～◎              |

米国には高齢者向けメディケア（連邦政府が担当）、貧困者向けメディケイド（州政府が主に担当）の制度があるものの、一般勤労者向けの公的な医療保険制度はない。自分で保険を探

してきて買うか、企業を通して保険に入るか、といった選択肢があるのみである。

公的医療保険が働く中流層をカバーしないため、企業が掛ける医療保険は従業員にとって最も重要な福利厚生であり、労使交渉の大きな争点にもなる。

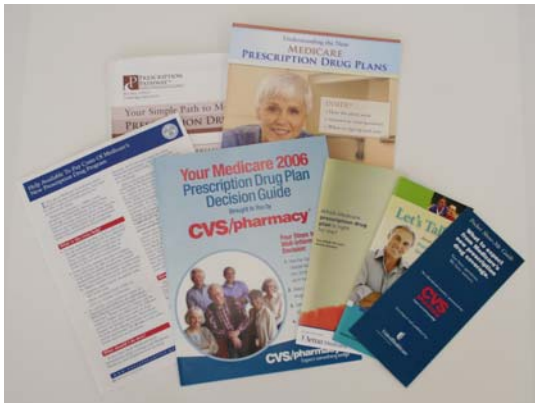
多くの場合、企業経由の医療保険契約は社員の退職後も継続し、年金負担とともにレガシーコストとして企業に重くのしかかる。GMの経営悪化の最大要因のひとつが医療費負担などのレガシーコストにあることが話題になったが、米国ビッグスリーの場合、1台当たり約1,100～1,500ドルが医療費に当たると計算されている。

2006年のトピックスは『メディケア近代化法』によるメディケア・パートDの導入だった。入院や外来の診療報酬が対象だったメディケアにおいて外来での投薬が保険対象として加わる画期的な改革だ。患者が必要な薬を入手しやすくする…患者のために前面に押し出せば世論の支持は集まりやすく、一方でこれを否定する反論が難しい。パートDの導入は「患者中心の医療制度」を旗印にした製薬会社の攻勢の成果でもあった。

ところが、期待の新制度だったにもかかわらず、パートDのリリース当初の加入の出足は鈍かった。あまりの不人気ぶりに、大統領自ら加入を呼びかける会見を開いたり、病院や薬局にパンフレットをずらりと用意して相談会を設けたり、普及活動が盛んに行われた。パートDの不人気は、仕組みの分かりにくさもさることながらマネージドケアに代表されるパートCの悪評も少なからず影響していたようである。パートDもパートC同様、民間保険会社が給付の窓口になるからである。

当初は制度開始以前から処方されていた薬が突然購入できなくなるなどのトラブルもあったが、政府の懸命の対策と広報の甲斐があつてか、

図1 メディケア・パートD告知のパンフレット



薬局などにずらりと並べてある

最終的には3,800万人の人々がパートDの加入者となった。

メディケア・パートDの導入は、製薬企業の勝利でもあったが、本当に患者のための制度であり続けられるか、その成否は適用薬剤の範囲など今後の運用にゆだねられていると言えよう。

## 2. 無保険者と地域医療

米国では、病院の合従連衡が盛んである。経営が悪化して他病院に買収される病院も多い。無保険者の存在や、治療を続けるうちに医療費の累積があつという間に高額になって支払えなくなる患者が少なくないこと、あるいは診療方法における見解の相違で保険会社が保険料の支払いを拒否するケースが後を絶たないといった理由で、費用の未収・貸し倒れが増え、病院経営を圧迫するのである。

マサチューセッツ州政府によると、州内の病院数はこの20数年間全く増えておらず、むしろ地域医療の維持のために経営が行き詰まった病院を経営してくれるオーナーを州政府が代わって探し、M&Aの仲介をするケースさえあるという。医療が主力産業のひとつである同州にあっても、このような状態であることに注目してほしい。

同州ではこの4月に米国初の皆保険制度となる『医療保険改革法<sup>ii</sup>』が成立した。州民全員に医療保険加入を義務付け、保険に加入していない社員がいる企業にペナルティを科すものである。この法律の成立は、医療保険の機能の劣化と無保険者の増加が一般市民のための地域医療をも圧迫していることと無縁ではない。

クリントン前大統領の抜本的医療制度改革の頓挫はともかくとして、医療費負担が増加し、米国内での自己破産者の約半数が病気の治療費が原因（しかもその大半は中産階級で医療保険加入者である）との報道がなされ、また、年々無保険者が増加しているとあって、いよいよ医療問題は米国民にとって最大の関心事となりつつある。『メディケア近代化法』はその一里塚でしかない。

ただ、米国では、幸福を追求する権利＝選択の自由を保障することに厳しく、一方で、結果は保証されないという自己責任論が強いため、多くの人々が保険を選択できるというシステムを放棄すべきではないと考えている。それどころか医療保険を掛けない権利も保証されるべきとの考えも根強い。ベビーブーマーの高齢化による財政への影響もあり、2008年の大統領選の重要な争点となりそうな雲行きだ。

翻って日本ではどうか。

実は、保険料の長期滞納によって有効期限が短い「短期保険証（短期証<sup>iii</sup>）」に切り替わっている人が増えているのはもちろん、短期証を受け取る際に保険料が請求されることを恐れて短期証さえ受け取らない無保険者が増えている。短期証を受け取っている人も、そのまま滞納が続けば、短期証は医療費を窓口でいったん全額負担しなければならない「国民健康保険被保険者資格証明書（資格証）」となり最終的には無保険者になってしまう。2002年6月に22.5万だった資格証明書の交付世帯は、今や32万（全世

帯の1.3%)となっている。国民皆保険制度は崩壊の危機にあるのではないかとさえ言いたくなりそうだ。

実際に現場では医療費が払えないからといって治療を拒む患者もいるという。しかし、日本では医師法により病院や医者が自ら診療を拒否することが厳しく制限されている。

無保険者が増加しているという現在の状況は病院の経営を悪化させ、地域医療を蝕む。これが高ければさまざまな医療機関に自由にアクセスできるというフリーアクセス制度も揺るがされかねない。米国の例を他人事とみるのではなく、日本でも無保険者の増加が大きな問題をはらんでいるということ、国民全体がもっと理解しておく必要がある。

### 3. 政府の役割

ところで、米国が国民皆保険ではないことをもって、医療における米国政府の役割が小さいと誤解する人がいる。医療分野でも米国は小さな政府を忠実に実行しているというわけだ。しかし、現実はいろ、メディケア、メディケイドを核とした最大の保険者＝顧客として大きな役割を果たし、さまざまな医療政策の実効性を上げている。

例えば、保健福祉省（HHS）

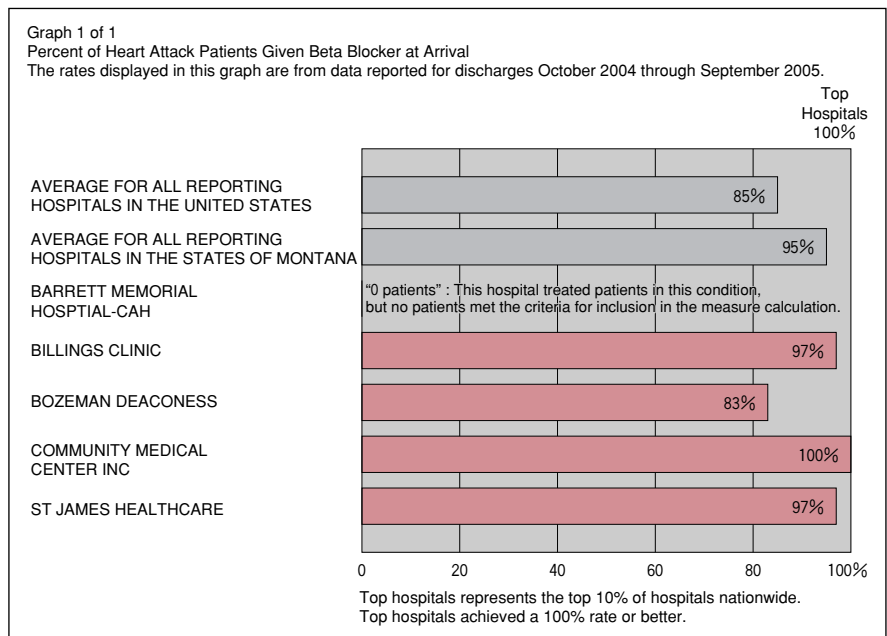
内にあるメディケア&メディケイド・サービス・センター（CMS）は一部の疾患について治療法や薬の処方標準的なパターン（プロトコール）を決め、その方法に沿った治療を病院が行っているか否か、実施率を指標化している。

CMSはその指標の上位20%の病院に対して、保険料にボーナスを上乘せして支払うことにしており（P4P = Pay for Performance）、決まったやり方を病院に守らせることで医療の質を高めようとしているのだ。さらに、実際にどの病院がどの程度指標を達成しているか、複数の病院間の比較などもCMSのホームページで誰もが自由に確認できる（図2）。

米国の医療提供者は最大顧客である政府（HHS/CMS）の動向に大変敏感である。プロトコールは科学的根拠にのっとり決められているものの、人間を相手にする以上、個別性が高いものをどこまで一律に見るのかという議論は

**図2 CMSのウェブサイトから**

（心臓発作の患者に対する病院到着後24時間以内のベータブロッカー処方の比率）



指標ごとに上位10%の実施率と全米平均、州平均、当該病院の実施率が分かる。他の病院との比較も可能。なぜ、その指標が重要なのかの説明もサイト内でされている

図3 ポーズマン・ディコネス病院の資料から

(同病院内での心筋梗塞に関する8つの指標の総合管理表)

| Hosp Quality Measure              | Jan          | Feb         | March       | April       | May         | June         | July        | Aug          | Sept         | Oct         | Nov         | Dec         | Total       |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Acute Myocardial Infarction (AMI) |              |             |             |             |             |              |             |              |              |             |             |             |             |
| ASA @ arrival                     | 83.3%<br>n=6 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 65.7%<br>n=3 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2  | 87.5%<br>n=8 | 75%<br>n=4  | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 80%<br>n=27 |
| ASA @ Discharge                   | 100%<br>n=2  | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2  | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2  | 100%<br>n=2  | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 |
| ACEI for LVSD                     | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 |
| Beta Blocker @ arrival            | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 66.7%<br>n=3 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2  | 87.5%<br>n=8 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 |
| Beta Blocker @ Discharge          | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 |
| Smoking Counselor                 | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   |
| T-Jytics within 30 min            | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1  | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 | 100%<br>n=1 |
| PTCA within 120 min               | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1   | 0%<br>n=1    | 0%<br>n=1   | 66.7%<br>n=3 | 100%<br>n=2  | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 100%<br>n=2 | 71%<br>n=7  |

CMSが定める指標に対し、各月各指標ごとの達成率を総合的に管理している

もちろんある。しかし、ここで病院からの表立った反発はほとんどない。病院団体の担当者はCMSに積極的に協力したと誇らしげに語り、行政側の担当者も、病院はとても協力的だと認めている。

私が訪問した病院のひとつモンタナ州のポーズマン・ディコネス病院でも、担当医師を選任のうえ、実施すべき内容と達成率を一覧表化して定期的にレビューするなど熱心に取り組んでいた(図3)。

上位20%に入るのは難しく、上乘せされるボーナスは対象会計の1~2%とわずかだが、対応には全力を尽くすというのが多くの病院の態度である。一方で、消費者たちは公表されたデータをただうのみにするのではなく、きちんと分析するだろうという信頼感を持っている。

これが日本であれば、治療はケースバイケースで適切に判断されるべきであって、地域性やその病院の性質、個々の患者ごとの多様性を無視して一律に病院を数値化したり、各病院の治療内容が他の病院のデータとともに素人に簡単に比較できることは誤解を招くとして反発を招きかねない。

確かに日本でも、例えば(財)日本医療機能評価機構が「病院組織の運営と地域における役割」「患者の権利と安全の確保の体制」といった内容について定性的な5段階評価を行って公開し

ている。東京都などでもウェブサイトにて特定機能病院の治療実績(実施件数)などを掲載しはじめている。しかし、医療の内容や治療方法まで踏み込むことはしておらず、行政が行う情報公開のレベルは、米国とは雲泥の差と言える。

疾病ごとの治療の標準化の是非の検討、また標準化の作業自体も学会にゆだねられているのが現状である。

一人一人の患者に適した治療を行うことは非常に重要である。専門的な内容は専門家に任せの方が良いという場合もあるだろう。しかし、日本では、疾病ごとにどのような治療法があって、どこでどのように受けられるのか、そういった情報の発信は学会や個別の病院を中心とした医療供給サイド、あるいは完全な第三者であるマスコミや民間のウェブサイトに頼りすぎているきらいがある。医療の透明性を確保することは優秀な医者、優良な医療を評価することにつながる。日本の医療行政が行うべきことはまだまだたくさんありそうではないか。

#### 4. おわりに

日本では、6月14日に医療制度改革法が成立し、昨年12月に発表された政府・与党による医療制度改革大綱の施策実現の一步を標した。少子高齢化の進展と財政逼迫<sup>ひっばく</sup>の中で、国民の健康という最も基礎的な部分をどう担保していくのか、われわれは制度も含めて理解を深め、政府の果たす役割を問うていかななくてはならない。

- (注) i Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA)  
 ii MA Health Care Reform Law of 2006  
 iii 国保を1年以上滞納した場合、保険証の有効期限は切れ、返還したうえで1~6ヵ月有効の短期証が交付される

