

月例セミナー (183 回)

# アメリカの医療保険制度から 日本の医療は何を学習するのか？

石川 義弘

横浜市立大学大学院医学研究科 循環制御医学 教授



石川 義弘 (いしかわ よしひろ)

横浜市立大学大学院医学研究科  
循環制御医学 教授

ニュージャージー州立大学医学部  
分子医学・細胞生物学・内科学(循環器内科)  
兼任教授・同大学付属病院指導医

## 講師経歴

### ■ 職歴

大学：エール大学医学部留学を経て横浜市立大学医学部卒業(1984年)。

マサチューセッツ総合病院循環器内科 研究員

コロンビア大学医学部内科学循環器科および薬理学教室 助教授

ハーバード大学医学部内科学循環器科 助教授

アリゲ二大学内科学循環器科、薬理学教室および心臓血管肺研究所 准教授

ペンシルバニア州立大学医学部内科学(循環器科) および分子細胞生理学 准教授

ニュージャージー州立大学医学部細胞生物学分子医学および内科学(循環器科) 教授、

横浜市立大学大学院医学研究科長などを経て現職。

企業：アメリカン・サイアナミド社レダリー研究所研究顧問(1990-95年)

### ■ 主な所属学会等

日本循環制御医学会(理事)、日本医療学会(理事)、日本循環器学会(評議員)、心血管内分泌代謝学会(評議員)、日本生理学会(常任幹事)、日本病態生理学会(理事)、日本心不全学会(評議員)、日本臨床生理学会(評議員)、日本内科学会、日本内科専門医会など  
アメリカ循環器病学会(上級会員)、アメリカ心臓協会(上級会員)、アメリカ医師会、アメリカ内科学会、アメリカ生理学会、アメリカ生化学分子生物学会など

### ■ 認定資格

日本および米国医籍登録(ペンシルバニアおよびニュージャージー州)

日本内科学会フェロー(総合内科専門医)

日本循環器学会認定循環器専門医 日本心臓病学会フェロー(FJCC)

米国内科学会・内科専門医会フェロー(FACP)

米国心臓病学会フェロー(FACC)

英国王立医学協会フェロー(FRSM)

## ■ 賞罰

- 1982年 国際ロータリー財団奨学金  
 1993年 Medical Science Achievement Award, American Cyanamid, Co. Ltd.  
 Young Investigator's Award, AHA, Mol. Biol of HBP and CHF  
 Fellow, American Heart Association, High Blood Pressure Council  
 1995年 Fellow, American Heart Association, Council for Circulation  
 1996年 Finalist, American Heart Association, Cardiovascular Prize  
 1998年 横浜医学会賞  
 日本心臓財団「高血圧と血管代謝」最優秀賞  
 SHR 学会 岡本研究奨励賞  
 1999年 Established Investigator, American Heart Association,  
 Cardiovascular Research(欧州心臓病学会誌/顧問編集員)、J. Physiol. Sci., 循環器専門医(日本循環器学会誌/編集委員)  
 など

## はじめに

ただいま紹介にあずかりました、石川でございます。今日は「アメリカの医療保険制度から日本の医療は何を学習するのか」というタイトルでお話をさせていただきます。みなさんよくご存じだと思いますが、2009年に「患者の保護と皆保険法案」といった内容で、オバマ大統領の医療制度改革の演説が行われました。同法案は2010年12月に上院の修正案が通過し、翌年の2011年3月には下院で219対212というスレスレの僅差で上院修正案が可決されました。3月23日にオバマ大統領が署名しました。このとき日本の新聞は、こぞってアメリカに皆保険制度が導入されたのは画期的なことだと書き立てました。それが今では、どうでしょうか。一部は実行に移されつつあるものの、この法案は憲法違反であるとして、何件かの訴訟が連邦裁判所でおこされています。日本では、そもそもこれがどのような法案なのかわかりづらいと思いますので、まずはそこからご紹介したいと思います。

## 医療制度改革をめぐる今の状況

## オバマ大統領の演説

今、流れているのは、一番最初に法案を出したときのホワイトハウスからのオバマ大統領の演説映像です。熱狂的に、いかにこれがアメリカで迎え入れられるべきかを訴えています。オバマ大統領は非常に演説がうまく、これだけ見ていると法案の内容にあまり違和感を感じません。しかし、よく中身を聞いてみると、日本人の感覚としては疑問がたくさん浮かびます。例えば、「病気の人や子どもでも医療保険に入れるようにする」と言っています。医療保険というのは、そもそも病気の人が入るものではないのか？ 子どもはずっと入れるものではないのか？ というのが我々の常識です。しかし、アメリカ人がこういう演説に熱狂しているということは、我々とずいぶん違う医療制度を持っているのではないかということが予測されます。

では、アメリカのどこが問題なのでしょう。か。「Health Care Reform Law」というマンガに、なぜアメリカの医療制度が悪いのかが紹介されているので見てみましょう。マンガの中では、まず家庭の中で払う医療費が増えてきたということを言っています。しかし、病気の人には医療保険には入れません。このことに「なぜ？」と思うのは我々日本人の感覚です。アメリカでは、ある一定の年になると医療保険には入れま

せん。「それはおかしい。ずっと入れるのが医療保険じゃないのか」というのも、我々の感覚です。ライフタイムリミットがついてくるのが、現状のアメリカ医療制度の大きな問題なのです。要するに、オバマ大統領は政府が医療費を出したり、保険会社が利益を配分することで、みんなが保険に入れるように、予防接種が受けられるようにしてしようと言っているのです。それでも保険に入れない人に対しては保険のプールをつくってあげよう。それでもダメなら罰金制度を作ろうということです。これだけ聞くといいように思えますが、医療費の費用はいったいどこから出るのでしょうか。マンガでは会計監査院が総額100兆円必要であるという金額をはじき出しています。では、誰がこの費用を負担するのでしょうか。アメリカ政府にいわせると、政府の赤字総額からすると微々たるもので、それくらいは何とかなるということです。しかし、実際はお金持ちや病院、医療機器関連会社、保険会社などから費用を徴収しようとしています。さらに、健康リスクを冒す作業に対して、もっと税金をかけようとしています。マンガの中にも出てきましたが、例えば日焼けサロンです。アメリカ人の場合、日焼けサロンで肌を焼くと皮膚がんになりやすいので、サロン経営者には追加料金を取り、それを医療費に充てようという案も出ているのです。

今回、政府の行おうとしていること自体は非常によいのですが、誰が費用負担をするかという問題があるため、先ほどの採決でも非常な僅差で可決されました。そして案の定、今、全米中で論争が起きています。反対勢力はなんとかして廃案に持ち込もうとしています。逆に、賛成派はなんとかして推進しようとしています。両派ともに、いろいろな場所でキャンペーンを行っています。そのキャンペーン映像をいくつかご覧いただきましょう。

## オバマ大統領反対派「Public Plan」/ 賛成派「Essential Service」

反対派のキャンペーン「Public Plan」です。ここでは医療保険を飛行機に乗ることにたとえています。飛行機会社にも、国営と民営があります。国営は税金で補っているから安い。そうになると誰もが民営から国営に乗り換えるだろうと。政府は今、民営にはたくさんの税金をかけて追い出そうとしています。だから、国営の飛行機会社に多くの客が殺到して、やがては国営はパンクしてしまうだろうと、このキャンペーンでは言っているのです。実際に、国営に人が集まりすぎるとどのようなことが考えられるかということ、最初に高齢者、次に怪我人や病人を追い出して、なんとか対処しようとするのではないのでしょうか。しかし、追い出された人がその頃になって民営に乗り戻そうようとしても、もう民営の飛行機会社はダメになっているので遅いというのが、このキャンペーンの内容です。これには一理あります。

では、次に賛成派のキャンペーン「Essential Service」を見てみましょう。ここでは、現状の民間保険会社に任せた保険はあまりにも営利主義になっていると訴求されています。というのも、経営陣の高い報酬や投資家に対するリターンなど、間接経費として2割近い費用を取り、それを利益に回しているからだ。投資家からお金を受けての営利会社なので、どうしてもお金儲けに走っている。だから結局、医療保険会社といっても顧客が病気になったときにお金を払わないのだ。実際、メディケアという老人保健にのっかって政府が保険制度を行うと、間接経費は2～3%程度になり、効率的に医療保険の運営ができる。だから、推進しようというわけです。おそらく将来的にみると、賛成派・反対派どちらの言い分も正しいと思います。それがアメリカの現実だといわざるを得ません。

まとめると、医療制度改革のポイントは、まず医療保険に入っていない人を少なくしようということ。そして、そのために何をすればよいのが第2のポイントです。たとえば、生活保護医療保険の拡大、いわゆるメディケイドを1800万人増やそうということです。ただ、生活保護

を受けている人たちへの保険を増やしたりすると、病院側は赤字になってしまいます。そのため、診療報酬をあげて、生活保護の患者さんを診ても赤字が出ないようにすることが大切となります。ここで日本人としては、疑問がわきます。日本では生活保護の方を診療しても、保険点数は一緒です。しかし、アメリカでは違うのです。生活保護の患者さんを診たとき、同じ医師が同じ病気を診ても、その患者さんが加入している保険が生活保護と民間、メディケアとで医療費が10倍、20倍、場合によるともっと違ってきます。つまり、生活保護の患者さんを診ると病院は赤字になります。なので、アメリカ人の医師の中には「生活保護の患者さんは診ない」と公言している人もいます。なぜなら、あまりにも診療報酬が低いからです。そのため、まずは診療報酬を上げないと医師が診ません。そのあたりの感覚は日本ではわかりづらいと思います。日本なら、生活保護でも、国保でも、社保でも、みんな診療報酬は同じですから。この前提を間違えると、アメリカの事情がわかりづらくなります。

## 今後の課題と目標

### 電子処方箋の導入方法

アメリカではなぜ医療費が高いのかというと、専門医が多すぎるからです。そのため、専門医を減らして一般家庭医を増やそうという動きがあります。日本の感覚としては、専門医が多いほうがいいではないかと思いますが、アメリカでは同じ病気を診ても専門医が診ると一般医よりも高くなるのです。また、医療事務の簡素化や小規模雇用者に対する従業員への医療保険給付強化も必要です。これも日本人にとってはよくわかりませんが、アメリカの零細企業では、医療保険が高すぎて入れない人たちがいるのです。そして、医療過誤対策も行わなければなりません。実は、アメリカでは医療過誤対策が病院の出費を増やしている主要因です。なんといってもアメリカは濡れた猫を電子レンジに入れて猫が死んだら、何億円も賠償になるような国です。患者さんが病院で死んだらいくら

賠償になるか想像してみてください。

ということで、医療制度改革の中身を一つひとつ見ていくと、我々の感覚では理解しづらい部分が多いのです。もちろん、現在のアメリカの医療保険を理解するとわかりやすくなるのですが、オバマのプランを実行しようとする、仲の悪いもの同士が協力しなければなりません。まさに、医療制度改革は、「トゲの出た座薬」みたいなもの。痛くてとても入れられない、というのが一般に共通した認識だと思います。

では、どのような方法で導入していくか。アメリカ政府のやり方は結構露骨です。たとえば、現在の医療費を安くするための対策として、紙の量を減らすというのがあります。電子処方箋のような形だと安く済むからです。そのために、政府は2009年に電子処方箋を書いた医療者にはメディケアの報酬を1%上乘せするという政策をとりました。電子処方箋を書いただけで1%余分にもらえるなら、医療者としてはやろうかなと思います。ところがその2年後には、電子処方箋を書かないと1%カットにするという政策に変わります。つまり、報酬インセンティブからペナルティになるのです。さらにそれまでは半年に10件書けばよかったのが、アメリカ政府は1年間で25件書かないと翌年から1.5%カットすると言い出しました。つまり、最初はニンジンぶらさげて、みんながくっついてきたら、今度はそれをペナルティにして行わない人から罰金を取る。さらに最終的には、ペナルティを大きくして全員に行ってもらおうという方式をとっているわけです。



## 医療の質の報告推進

これは電子処方箋に限ったことではなく、医療の質報告推進制度(PQRI)でも同様です。PQRIというのは、平たくいうとガイドラインで決められているいくつかのスタンダードな推進制度です。たとえば、糖尿病ならヘモグロビンA1cを測りましょう、心筋梗塞ならベータブロッカーを入れましょうといった、医療の質を指示するマーカーです。それがちゃんとクリアされているかどうか報告しましょうというものです。そして、その指数を報告すると、ボーナスが2%もらえます。これについても、これまでは何例か症例を選んで報告するだけで2%もらえました。具体的には、まず13の疾患グループから自分の患者さんが多く属するグループを選びます。病院には、LDL値、血糖値、蛋白尿検査といった推奨する検査項目のインデックスがあります。これらの検査はすべて行ったほうが医療の質は上がります。そこで政府は、医師が患者さんにこれらの検査項目をチェックし、その代表例を30症例くらい報告すれば、診療報酬を追加で2%出すという制度を入れました。確かに、これだけしっかりチェックすれば役に立つでしょう。ところが、肝心のボーナスは2011年には2%から1%になって、来年以降は0.5%に減額され、2015年以降はこれをしっかり行わないドクターには報酬減額が予定されているのです。ということで、最初はボーナスを出し、それをだんだん減らして行って、最後は罰金を科すというのがアメリカのやり方です。逆にいうと、こうした変化のたびに書類を変えなければならぬので、医療機器のメーカーはお金が入るようになります。しかし、同時に医療機器メーカーからお金が徴収されることにもなります。そうやって、アメリカ政府は企業に需要をつくるのです。企業の売り上げをのばし、伸びた売り上げは徴収されてしまう。非常に上手にできています。

## 誰が費用を払うのか？

たかさんのコストを誰が払うのか、ということのまとめをします。医療制度改革には、100兆円近いお金がかかります。その中で、まず医療保険会社による負担は、経営陣への報酬や事務経費に多くかかりすぎて、そのあたりを減らそうということです。医療保険という観点ではなく、生命保険や火災保険だと思えば、だいたい2~3割は間接経費でとっています。そう考えると、医療保険も2~3割とるのは当たり前なのですが、政府はそうしないようにとっています。生命保険会社も利潤が高い企業です。なぜなら年間1億円の生命保険料を集めても、誰かが亡くなって生命保険料を払う場合は1億円のうちの7~8割です。それでなければ儲けは出ません。誰かが、このことをパチンコ店と一緒にだというふうに言っていました。パチンコ店では玉を買ってジャラジャラ出すけれど、結局店が儲かることになっていると。いずれにしても、ある程度の事務経費や儲けを得ないと営利企業は存続できません。その儲け分を減らそうということです。そして、日焼けサロンや医療機器会社、製薬会社など、関連会社にも全部課税をする。ということで、オバマのプランはとてもよいけれど、お財布からお金を誰が出すかでもめています。当然ながら、保険会社は今、ロビー活動に莫大な費用をつぎ込んでいます。日本ではロビー活動というものが公になっていません。日本でロビー活動というと、政治家が生命保険会社の社長とどこかの料亭で飲んでいるといった感じですが、アメリカでは公にロビー活動を行います。その費用が何百億、何千億という莫大さです。その費用を減らすだけでも効果があるのではないかとされています。

## これから始まること

一方、患者さんにとってみると、医療制度改革にはメリットがたくさんあります。病気になっても医療保険を解除されることがなくなります。つまり、ある人ががんになったとしても、これまでのようにがんに対して医療保険が支払われないということがなくなるのです。病気持ちだからといって、国民保険や社会保険に入れないということがなくなるのです。また、子どもは19歳までは無条件に医療保険に入れます。おそらく、これは26歳までに延長されるでしょう。そして、老人医療保険でも処方薬の支給が拡大されます。お年寄りが病院にかかっても薬代にも医療保険が適用されます。さらに、医療保険で子どもの予防接種や女性のマンモグラムが受けられるようになります。非常によいことばかりです。と、ここまで聞いて、皆さんはどう思われましたか。「病気になると医療保険からはずされるの?」「病気があると医療保険に入れないの?」「子どもは医療保険に入れないの?」「予防接種が医療保険で受けられないの?」「老人の薬代に医療保険が使えないの?」などと疑問に思うのが、日本人としての常識ではないでしょうか。アメリカの常識は違うのです。たとえば、私がニュージャージー州立大学に勤めていて、がんになってしまったとします。最初のうち、治療費は大学の医療保険が出してくれますが、転地療法のためにフロリダに引っ越すことに決めました。そして、フロリダの大

学に移って、「実はがんを患っているので、治療をここで続けたいので保険に入りたい」と言ってみます。すると、フロリダの大学の保険会社は「いいえ、あなたは入れません」と言います。がん以外の医療保険には入れても、すでになんかになった人には、がんの治療に保険を適用することはできないということなのです。これが「既往歴に対する医療保険給付の否決」といわれるものです。

このように、日本の感覚とは違うことが、アメリカではずいぶんあります。皆さんの中には、これまで職場が変わった方がいらっしゃると思います。その際、自分の健康のことを気にかけたでしょうか。「私は高血圧と糖尿があるので、次の会社で医療保険を払ってもらえるかな」などと気にした方は、きっといらっしゃると思います。しかし、アメリカでは違うのです。「次に行く会社はどのような医療保険を払ってくれるのか」がつねに大きな関心事です。なぜなら、今言ったようなことがバックグラウンドにあるからです。だから、オバマ大統領は改革をしようとしたのです。

今回、ニュージャージー州立大学の脳神経外科学のピーター・W・カーメル教授がアメリカ医師会会長になりました。この教授は、昔から国民皆保険制度を上手に導入しようとしていた方です。私としても、なんとか大学と医師会と政府が上手にシンクロして、医療保険制度が変わっていつてくれることを期待しています。

## アメリカの医療保険制度の歴史

### 米国医療はどのように発展したのか？

さて、これまでの話からアメリカの医療保険が日本のものとずいぶん違うことがお分かりいただけたと思います。では、そもそもアメリカの医療保険がどのように発達してきたのでしょうか。まず、アメリカという国は若い国です。日本でいうと、松平定信の寛政の改革くらいの時代にできた国です。しかも、作ったのはヨーロッパのしきたりに嫌気がさした人、宗教的弾圧を受けたピューリタンたちです。つまり、アメリカという国は成り立ちからして規制が大嫌いなのです。なぜかという、イギリス人もドイツ人もユダヤ人もアラブ人もいる中で、どうやって規制をすればよいのでしょうか。多民族に通用するようなルールというのは、なかなか作れません。イギリスの風習に基づいてルールを作ってもアラブ人は反対します。そのため、もしルール作りを行うのであれば、誰もが納得できる一番シンプルなルールを導入するしかないのです。そうやってできた国がアメリカです。ですから、自由競争主義、フリーコンペティションがアメリカの成り立ちなのです。1965年にメディケアといわれる公的保険がはじめてできました。その後、1968年に病院経営の会社ができています。1983年には、DPCのもととなったDRGが導入されています。さらに、第二次大戦中には、政府が賃金凍結プランを出しました。そのため、会社は税金のかからない医療保険の給付を拡大しました。つまり、賃金としては

なく、福利厚生の一環として医療保険を会社が払うようになったのです。今でも医療保険の9割を払っている会社もあります。こうしたことから、アメリカにとっての医療保険とは会社の福利厚生なのです。いわゆる単身手当や住宅手当の類と同じで、しかも給付がリッチです。アメリカには非常にたくさんの医療保険会社があり、それぞれが企業と契約しています。

その結果、何が起こったのでしょうか。破綻したGMの例で見てみましょう。日本とトヨタとGMはどう違うのでしょうか。まずいわれるのが、退職者を含む従業員への医療給付です。どうということかという、アメリカでは従業員への福利厚生として費用を計上しすぎてしまいました。その結果、医療費に対する給付が会社の経営を圧迫するようになり、GMがつぶれたとさえいわれています。今から30年前に、クライスラーという会社がつぶれそうになりました。その当時すでにクライスラー社は、車1台を作るのに必要な鉄材より医療費のほうが高かったのです。日本でも医療費が高いといわれていますが、それでつぶれた企業はありません。

### 大企業従業員ほど医療保険加入率が高い

アメリカでは大手企業ほどよい医療保険が提供できます。というのも、年間保険料が100万円で、そのうちの8～9割を企業が負担するとしたら、80～90万円という金額になります。これは中小企業にとっては厳しい数字です。アメリカでは大手であるほど医療保険が出せ、中小であるほど出せないのです。だから、無保険者が出てくるのです。日本でもアメリカ人の無保険者という、マイノリティーで昼間からアルコールを飲んで公園などで寝そべっているような人を想像すると思います。しかし、実際のアメリカの無保険者はそうではありません。一生懸命働いていても保険を払うだけの収入がない人たちは、たとえば、タクシーの運転手や従業員が5人くらいの店舗経営者などです。彼らは生活保護が受けられる人と、民間保険に入れる人のちょうど板ばさみの状態にあります。それがアメリカ人の2割くらいいる無保険者なのです。なので、オバマ政権では生活保護保険加



入者を拡大して、無保険者を吸収しようと考えています。さらに、民間保険料を安くして、無保険者を入れるようにしようと。もし入れなければ保険会社に罰金を課すということをやっているわけです。

話を戻します。アメリカでの医療保険はこうした成り立ちなので、企業にとって都合が悪くなれば、福利厚生費は払う必要がなくなります。ある従業員が高額医療費を必要としても、会社の義務ではないので支払いをやめてしまえばよいわけです。つまり、平均的な従業員も大きな病気になったとたん、無保険者になりえてしまうのです。そうすると、無保険の子どもが虫歯治療を受けられず、脳に膿が飛んで死亡するといったことが起きてしまいます。これは実際にあったことですが、おそらく虫歯治療が受けられなかった子どものお父さんは一生懸命働いて、ある程度の収入があるために生活保護を受けられず、かといって民間保険にも入れないでいたのでしょう。日本なら考えられません。しかし、アメリカでは不景気だからといって従業員の保険負担額を増やすなどといったデモも行われています。不景気になると、これまで8割を会社が払っていたものを7割に落とすということが行われるのです。これでは従業員は大変です。また、先ほども言いましたが、病気持ちの人が新しい保険会社に移ると審査されます。さらに入社時の虚偽申請を防ぐために、入社後一定期間は保険を払わないという執行猶予期間も設けられています。私もアメリカで大学を何度か移ったので、何度もこうした給付制限措置を受けました。幸い持病がなかったのですが、アメリカで持病のある方が転職するのは大変です。会社を変えるのは、保険を変えるのとイコールなのです。

まとめると、アメリカ型医療制度の下では、医療保険は補償されたものではなく、景気によって左右されます。なぜなら、「医療保険とは商品」だからです。

それでも昔はうまく具合に回っていたのに、今なぜそれが問題になったのでしょうか。医療費が上がっているからです。あまりにもコストがかさみすぎて、今までのしくみではうまくい

かなくなってしまったのです。そこで入ってきたのが、マネージド・ケアです。これは、どうやったら医者にかからずに済ませるか、医者に自由裁量をさせないようにするか、がポイントです。

### 日本型医療システム/米国型医療システム

日本型医療システムを解説すると、こうなります。「高齢者が近くの診療所に通院しています。なんとなく目がしょぼしょぼするので近くの眼科に行きました。また腰が痛いので、整形外科にも行きました。そうこうしているうちに転倒してしまい、救急車で病院に運ばれました」。要するに、患者さんはいつでもどのような医師のもとにも行け、医師の診断によって入院もできます。一方、アメリカの制度はこうです。「患者さんは保険会社である保険に入りました。すると、その保険に所属している名簿リストから自分のかかりつけ医を一人選び、すべてのことをその医師に相談します。血圧が高い、目が痛い。どんなときもそこに行きます。その医師が眼科で診てもらってくださいといったときだけ、眼科に行くことができます」。つまり、すべてかかりつけ医(ゲートキーパー)を通さなければ診察を受けられない。それがアメリカのシステムなのです。

ニュージャージー州立大学のホームページには、医師のリストがあります。私自身をこのホームページで検索すると、情報が出てきます。日本人はそういう場合、まず学歴や専門を調べるのではないのでしょうか。アメリカ人はそうではなく、契約している保険会社名を見ます。患者さんは自分が加入している保険会社があるかを調べるのです。もし、加入している保険会社がなければ、その患者さんは私の診察を受けることができません。受けてもよいのですが、その場合の費用はすべて自費となってしまいます。



---

## 医療制度と市場原理

### アメリカ型医療制度の下では 「医療は商品である」

つい最近、アメリカ在住の日本人ドクターの家族が急なめまいで倒れてしまいました。救急救命センターで治療を受けて、なんともないと言われたのですが、そのドクターは自分が医師ということもあり、もう少し検査をしたほうがよいだろうと思ったそうです。しかし、どうしたら専門医までたどり着けるのか、まったくわかりませんでした。それで私のところに電話がかかってきたので、知り合いの専門医を紹介しました。すると彼は「紹介してくれるのはよいが、どうやってそこまでたどり着けばいいのですか」と聞きました。住所という事ではなく、保険の手続き上、どうすればよいかがわからないというのです。なぜなら、彼のゲートキーパーであるかかりつけ医がOKを出さないと、その専門医には診てもらえません。ゲートキーパーがNOといえ、NO。自由度が日本と比べると非常に少ないのがアメリカの医療制度なのです。本来、医師と患者さんの間に障壁はないはずですが、間に保険会社が入るので、こうなっています。保険会社は営利企業なので、いかにこの患者から利益をあげるかを第一とします。これは当たり前のことです。先ほども言いましたが、アメリカ型医療制度の下では「医療は商品」なのです。もちろん、医療だけが商品なのではありません。そうではなく、アメリカの社会制度の下では、数ある商品の一つ

が医療だということだけのことです。アメリカの医療が資本主義なのではなく、アメリカの資本主義の中の 하나가医療なのです。

何年前か前、日本でも市場原理を医療制度に導入するとよいだろうということが言われました。病院機関は競い合って質を改善し、コストを削減し、これによって多くの顧客を集めようとしています。市場原理に基づくサービス競争によって、国民は安くかつ良質な医療を受けることができるでしょう、と。これはまったくそのとおりです。ただ、日本で一切言われることがなかったのは、これは患者さんから見た病院ということです。資本主義には両面があります。「患者さんから見た病院」があるなら、「病院から見た患者さん」というのもあるはずですが。

消費者から見た市場主義では、企業は競って高品質低コストの商品を提供します。たとえば、吉野家、すき家、松屋など、牛丼愛好市民は安くておいしい店に行き、高くてまずい店には行きません。市場主義を導入することで、国民は安くておいしい牛丼が食べられるのです。しかし、当然、逆もあります。企業から見た市場主義では、市場主義経済下では、企業は競って優良顧客の開拓に努めます。たとえば、宝石商や高級車の販売では、高所得者を相手にし、そこに私が入ることはありません。なぜかということ、私はお金持ちではないからです。これは当たり前のことです。消費者から見た企業があるならば、企業から見た消費者もあってしかるべきです。

## 患者リスクによるコストシフト

100人の患者さんがいたとします。すると、その中で全員が同じ金額を医療費に使うわけではありません。医療費というのはごく一部の方が非常に多く消費をしています。反面、まったく消費していない人もいます。具体的には、上位1%の人が20%以上の消費をしているのです。つまり、このゾーンにいる人は非常に多くの医療費を使い、反対に下位の50%の人はまったくといっていいほど医療費を使っていないわけです。では、もし皆さんが医療保険会社だとすると、どちらを顧客にしたいかという、当然、下位の50%の人たちです。それは当然のことで、下位の人は保険料だけ払って、医療機関には行かないので、払ってくれた分がすべて利益となります。つまり、保険会社にとっては「損をする患者さん」と「得をする患者さん」に分かれているのです。このように下位50%の患者さんいかに保険に加入してもらうかが、アメリカでは問題になっています。

もう一つ、高齢者はハイリスクグループです。保険会社からすると、もっとも加入してほしくない人たちです。メディケアによる入院全額給付は20日間です。これは最近では少しよくなりましたが、高齢者が長く入院すると破産してしまいます。また、先ほども言いましたが、同じような診療行為をしても、その患者さんがどのような保険に入っているかによって、医師への支払いは変わってきます。たとえば、100ドル分の診察をしたら、日本だと100ドル全額をもらえます。しかし、アメリカではメディケイドだと、一割、メディケアだと半分くらい、民間保険だと行った医療行為以上にももらえます。これはかなり大雑把な数字ですが、患者さんがどのような保険に入っているかによって、医療機関の収入が変わってくるのです。だとすると、皆さんが診たいのはどの患者さんでしょうか。当然ですが、民間保険の患者さんということになります。実際、生活保護の患者さんはお断りと

いうことがアメリカでは多くなっています。さらにまずいのは、無保険者です。無保険者を治療すると医療機関の持ち出しになってしまうのです。なぜなら、この人たちは治療費が払えないからです。なので、無保険者の患者さんを診るときは病院は持ち出し覚悟、ボランティアとして診療します。

## 無保険者が増加した理由

リーマンショック以後、アメリカはどんどん景気が悪くなっています。景気が悪くなると失業者が増えます。すると民間医療保険の財政が悪化し、保険料を値上げせざるを得なくなります。そして、民間医療保険のカバーが縮小し、自己負担が増えて、払えなくなります。その結果、無保険者が増えるという悪循環が広がっています。ついこの間まで10%強だったのが、今は州によっては30%近くになっていると思います。それだけ無保険者が増えてしまったのです。ですから、オバマ大統領は保険制度改革を行ったのです。不景気になっても医療費は上がります。会社の負担もどんどん増えてきます。つまり、不景気なのに会社の福利厚生費だけが増えてしまう。一方、無保険者になると、健康状態で気になることがあっても先延ばしにするため、症状が悪化して多額な治療費がかかってしまいます。アメリカのデータでは、無保険者による死亡数が年間2万人ほどいるといわれています。ちなみに、無保険者が診察に行くと、医師から前払いを求められます。そして、とんでもない費用を吹っかけられます。これはよく出す例ですが、ある人が盲腸の手術をして2日ほど入院をし、2万ドル請求されました。これは普通の金額です。成田空港では、アメリカの医療費が高いので保険に入っていきなさいとパンフレットをくれます。それを見ると、うそだろうというくらい高いのですが、あの金額は本当です。逆に言うと、日本の医療費が安すぎるのです。

## 無保険者患者率

さて、では無保険者の人たちは病院に行けないのかというと、実は行ってもよい非営利病院というのがあります。まさに私が勤めているのは州立病院なので、無保険者の患者さんが来ます。その代わりに、われわれは州の税金が安くなるという措置を受けています。また、救急救命に関してはどのような病院も、無保険の患者さんを診なければなりません。実際には病院としては診たくはないのですが、診なければならぬ。「アンチ・ダンピングアクト」といって、患者さんを見捨ててはいけないという法律があるのです。2～3年前、マイケル・ムーア監督の『シッコ』という映画がありました。あの映画に確か、患者さんを捨てるシーンが出てきます。あれは違反です。ただ、営利病院に治療費が払えない患者さんが何百人も来たら、営利病院としては診たくはないでしょう。ちなみに私は、日本から留学する日本人ドクターに最初にこう言います。「万一、家族やあなたが救命救急センターに行くときには、パスポートをしっかりと見せること、背広をきてネクタイを締めておくこと。そうすると浮浪者と間違われずに、早く診てもらえるから」と。実際、救命救急に行くとき、まず保険は何を入っているかを必ず聞かれます。それで差別をしてはいけないことになっていますが、そういうときは自分の入っている保険をしっかりと告げることが大事です。そうすることで病院としても安心するのです。

無保険者がどれくらいいるかというと、テキサス州は4人に一人が無保険者です。ニューメキシコ州では5人に一人。これは数年前のデータなので、今はもっと上がっています。一番よいのはミシガン州やアイオワ州ですが、それでも10人に一人は無保険者です。無保険者が一般病院に行くと、どれくらい待つかというと、産婦人科で2ヶ月強、整形外科だと7ヶ月弱となっています。

## 慈善医療の申請手続き

これはニュージャージー州立大学病院の慈善医療の申請書です。こうした申請書を出して病院に認められると、医療費が免除になります。

ちなみに、横浜市立大学病院では、生活保護でも社保でも国保でも、みんな同じところで診ていますが、ニュージャージー州立大学病院では保険の有無で診察場所が違います。無保険者用のクリニックでは、研修医が診たりします。こう聞くと、そういうところでは医師がいい加減なことをするのではないかと、訴訟も多いのではないかと懸念も出てきます。そこで、ニュージャージー州の司法庁のホームページでは、ドクターの医師免許番号を入れると、その人の医療訴訟の状態がわかるようになっています。そのページは誰でも見られます。つまり、自分を診ているドクターに何か問題があるかどうかを、あっという間に調べられるのです。州によっては、治療成績まで開示しているところもあります。アメリカは収入はよいけれど医師にとってもつらいところだといえます。

ニュージャージー州立大学のあるニューアーク市から車で15分くらい行ったところにサミット市というところがあります。サミット市は大卒以上者がほとんどで、平均家屋価格は4700万円。一方、ニューアーク市は高卒以上者が6割で、家屋価格は1200万円です。アメリカでは、ネットからこうした情報も簡単に入手できてしまいます。公開されているデータには、結構面白い情報もあります。たとえば、その市の年間殺人件数や暴力犯罪件数なども公開されています。これだけ情報が開示されているのです。日本でこうした情報を集めてみようとしたのですが、集まったのはせいぜい「東京新宿区の治安はワースト1です」といったものくらいでした。

ということで、アメリカの無保険者というのは、いつ何時、会社が倒産したり、転職することで、引越しのたびに医療保険をなくしてしまい、圧倒的に高額な医療費の餌食になってしまうかもしれない。そういう不安定な中でさまよっている状況だということが言えます。

アメリカの無保険者に「あなたは医療保険のために職業を変えますか？」とアンケートをとると、ほとんどがYESと答えます。日本ではこういうアンケートは存在しません。しかし、アメリカでは非常に重要なことなのです。

## おわりに

### 同じ問題をどう解いたらいいのか

私はハンバーグが大好きでアメリカに行くたびに食べてきます。パンにチーズ、少しの野菜。しかし、日本でハンバーグを食べると、パンではなくご飯だし、添え物の野菜も変わってくるし、コーヒーではなくお茶でお漬物までつきます。これと同じように、日本でいう医療保険とアメリカでいう医療保険は似て非なるものです。ちょうどアメリカでいうハンバーガーと日本のハンバーグ定食のようなものです。しかし、日本人から見ると、アメリカのハンバーガーはおいしそうです。今でこそ若い人たちはみんなハンバーガーを食べていますが、今から40～50年くらい前を考えると、アメリカのハンバーガーをそのまま日本に持ってきても受け入れられなかったと思います。そのため、日本ではハンバーガーはハンバーグ定食となって普及していきました。日本の医療保険とアメリカの医療保険も、これと同じで「似て非なるもの」なのです。それは国としての背景が違うからです。アメリカの医療保険制度も今から20年前まではうまくまわっていました。しかし、問題がどんどん大きくなってしまい、日本のような国民皆保険制度もどきを入れようとしているのですが、日本のそれとは似ても似つかないものです。同様に、日本の今の国民皆保険制度も昔はよかったものの、今、破綻しようとしています。これはいったん壊れるともとは戻りません。逆にどういう形にすれば、綿々と続く日本の素晴らしい皆保険制度を維持することができるのでしょうか。日本の医療従事者はもちろん、関連企業や患者さんにとっても非常に大事な問題だと思えます。

最後に宣伝をお許してください。日本医療学会という団体があります。これは国民による国民のためのよき医療を作る学会です。代表発起人はいまだにお元気な中曽根康弘先生です。日本医療学会([www.jhcs.jp](http://www.jhcs.jp))で検索してもらおうと公式サイトに飛びます。入会金と年会費は無料です。ここでは国民の目線から何を提言し、どのようなシステムを作っていけばいいのか、それ

によって日本の医療をよくしていくための活動をしています。ご興味をもってくださいましたら、ホームページから会員になっていただければと思います。以上です。ご清聴ありがとうございました。

