

アメリカの医療改革、アメリカが日本から学べること

Leonard Rodberg¹, 勝井伸子²

1 ニューヨーク市立大学 クィーンズカレッジ 都市問題学科

2 奈良県立医科大学医学部看護学科

Recent Health Care Reforms in the United States, and What the US Can Learn from Japan

Leonard Rodberg¹, Nobuko Katsui²

1 Department of Urban Studies, Queens College, City University of New York

2 Nara Medical University School of Medicine Faculty of Nursing

1. はじめに

2014年10月20日に、ニューヨーク市立大学クィーンズカレッジ都市問題学科教授レオナード・ロッドバーグ博士をお招きして、アメリカの医療政策、医療費支払問題をテーマに講演と討論の機会を持つことができた。ロッドバーグ博士はマサチューセッツ工科大学で物理学博士号を取得後、地球温暖化問題から、都市問題、とりわけ医療費支払問題に深い関心を抱き、Physicians for a National Health Program (PNHP)の創立者の一人として、過去30年間に渡って医療制度改革運動に関わり、主として民主党政権において政府への働きかけを行ってこられた。来日を機として、日本における医療費支払制度からアメリカが学ぶ点は何かということをも是非知りたいという意向を知って、奈良県立医科大学において、アメリカの医療政策、医療費支払制度について講演をしていた。日本に医療職者から日本の経験について意見を頂くとする趣旨で、看護学科から濱田薫教授、医学科健康政策医学教室から今村知明教授、附属病院臨床研修センターから赤井靖宏准教授、元保健師近藤さおり氏、ニューヨーク精神科インスティテュートのアーリーン・ヘイマン医師を始め、学部生、大学院生、教員のみなさんを迎えて、講演と討論の機会を持つことができた。

ここで、当日の資料の一部を公開すると

共に、帰国後ロッドバーグ博士から寄稿頂いた原稿を、翻訳を付してここにご紹介できることは、私の喜びとするところである。資料には、理解のために若干の解説と訳を付している。ロッドバーグ博士にお寄せいただいた原文は訳文の後にあわせて掲載しているので参照されたい。

2. アメリカにおける最近の医療改革、アメリカが日本から学べること (訳)

レオナード・ロッドバーグ

過去5年に渡って、アメリカは非常に重大な政治的影響を及ぼす医療改革を行ってきた。そして、それは、アメリカの医療システムの性格と財政に、ゆるやかだが、きわめて興味深い影響を及ぼしている。

医療改革は1990年代後半に始まる医療費の急激な高騰の結果として、アメリカの大きな問題となった。1999年から2008年にかけて、雇用主ベースの保険料(このタイプが大半のアメリカ人の保険である)の平均は125%増加したが、一方この10年間での労働者の賃金の上昇は30%にとどまっている。「手ごろな医療費法」(Affordable Care Act: ACA)あるいは、オバマケアと呼ばれる改革法は、実際費用を抑制するという点にはほとんど作用せず、実験的なプログラムに過ぎないもので、どれもが実際に費用を抑える見込みは薄いが、無保険の人を減らすことにはなると

思われる。その数は、オバマ大統領が選出された2008年には5000万人にも上り、人口の六分の一を占めていた。

新法の結果として、無保険者は1500万人減少し、そのうち半数は政府の補助金を得て私企業の保険に加入し、残りの半数は政府が低所得層に提供するプログラムであるメディケイドによる医療費扶助を受けている。

前述したように、大多数のアメリカ人は雇用主が加入する保険の適用を受けるか、もしくは個人で私企業の保険に入っている。

アメリカ人の28%は高齢者、障害者向けのメディケアか、低所得者向けのメディケイドの適用を受けている。しかし、医療システムの資金の50%以上は政府がその財源となっている、というのは、メディケアとメディケイドが最も多くの疾患を抱える人々の医療費をカバーしており、この二つの費用がすべての医療費の半分にあたる。

すでに政府が医療の支払いに大きな役割を果たしているので、オバマ大統領は公共部門にプログラムを設立することもできたはずである。実際、以前に、彼は単一保険者による全国的な医療保険を支持すると明言しており、大統領選挙中には、私企業保険に対抗する政府による保険である「パブリック・オプション」を推進することを明言していた。にもかかわらず、選挙後、彼は「パブリック・オプション」を捨て、その代わりに、労働者階級や中流階級にも私企業保険を拡大することと、それとともに、低所得者へのメディケイドの対象を拡大するという選択をした。彼は、保険企業には政府と競合することがないことを保証し、製薬企業には、政府は薬価を下げるよう交渉はしないと保証し、医師と病院には報酬の支払いは減額されないことを保証した。これは魅力的な妥協の産物となった。

その結果、大多数の人々においては、依然として雇用主が加入する私企業の保険に依存することになり、市場原理が保険料、

定額控除額、患者の負担額を決定するという状況が続いている。違法移民以外のすべてのアメリカ在住の人々は、保険に加入することが義務付けられ、保険会社は全員を受け入れることが義務付けられている。オンライン上の「保険市場」は、無保険者が保険を購入して、保険料、定額控除、負担額に対する政府の補助金を受け取ることができるようにしている。その結果、システムは途方もなく複雑なものになり、様々なタイプの保険者による医療保険の適用を様々なグループの人々が受けることになり、無数の別々の保険プラン、医療者ネットワーク（ある特定の保険適用を受け入れる医師と病院のリスト）、無保険者が保険を購入することができる、新たに政府が成立した「保険市場」において、政府の補助金を受けられるかどうかを決定する複雑極まりないルールが存在する。

これはアメリカの医療システムの問題解決とはならないだろう。2000万人を超える人々が未だに無保険のままに残され、保険に加入している人々も、保険がますます高額になり、定額控除額も負担額も高騰することになる。そして、国家的支出は増え続け、インフレ率をはるかにしのぐ速さで増加する。その原因は、医療提供者が依然として患者と保険会社に対して自由に費用を請求できる点にある。つまり、費用高騰を抑制すると言えるプロセスは存在していないのである。

我々の多くが支持する解決策は、医療改革へ向かう「公的」なルートである。つまり、国民医療保険の単一保険者制度であり、現在のアメリカのメディケア制度を拡大し、改良して達成できるものである。この制度は全国民を対象とし、税金を財源とするもので、現行のメディケアにおけるように、医療機関との交渉のプロセスにより医療提供者への支払いは固定されているものである。それは現在日本で行われている方法とかなり似たものである。ヴァーモント州、ミネソタ州、カリフォルニア州、ニューヨーク州を含む多数の州における、この公的単一保険者制度の支持者たちは、

州レベルで日本と似た制度を創設しようと試みている。というのは、アメリカ議会(下院)は近い将来、その方向へ向かうとは思えないからである。

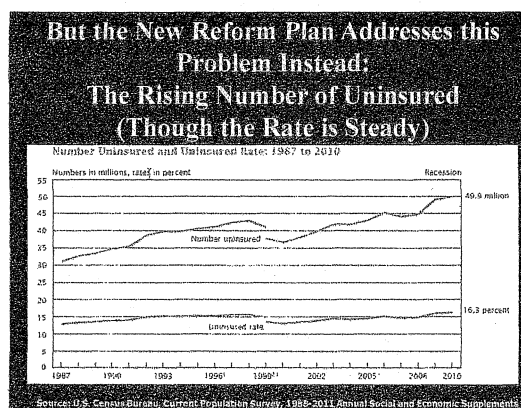
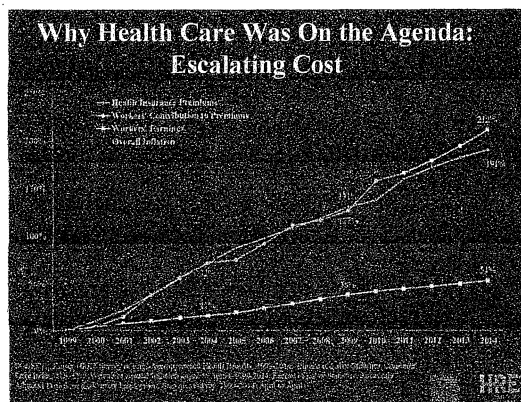
日本が医療制度の財源を確保している状況を垣間見て、私はアメリカ人が検討する価値が多いにある興味深い方法であると考えた。日本には多くの保険者が存在する—企業主体の保険(社会保険)、市町村の保険、国民健康保険制度などである。だが、日本では医師も病院も支払いについては単一の支払い機関を通しており、その費用も中央政府によって規制されている。これはアメリカよりもはるかに効率的かつ公平なシステムであり、それから我々が学ぶべき点は大いにあると考える。

3. 当日の資料の一部紹介

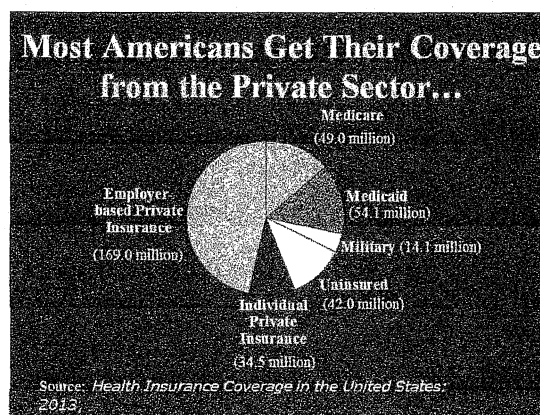
出席の方々には、あらかじめロッドバーグ博士の関心を知ってもらうために、「Why does U.S. health care cost so much?」(「何故アメリカの医療費はこんなに高いのか?」)と題する論説を紹介した。この中で博士は、アメリカの医療政策の抱える問題が、第三者機関による払い戻し制度にあるというよりは、医療サービスを企業的な活動と捉え、「提供されるべきサービスとしてよりは、購入する商品」と捉えている、自由市場至上主義のアメリカの現状に、医療費の高騰の原因があると論じている。

当日のスライドの一部を以下に紹介する。2. で述べられたロッドバーグ博士の考えを理解する一助になることを期待している。

次のスライドで示されているのは、1999年から2014年において、給与は54%増加しているのに対して、医療保険料は212%の増加となっているという、医療保険費用高騰の状況である。給与の推移と保険料の推移が乖離しているということが見て取れる。

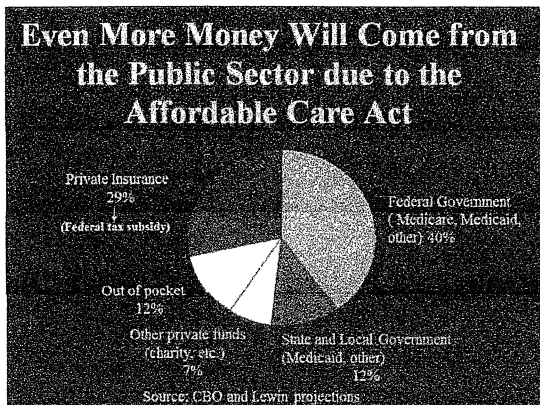


このスライドは、新しい医療改革が医療保険費用ではなく、無保険者の増加問題に取り組んでいるとしている。2010年のデータでは、医療保険に入っていない人は人口の16.3%、4990万人となっている。



このスライドが示しているのは、大多数のアメリカ人は雇用主がその医療保険料を負担するという2013年のデータである。グラフの左側がそれにあたり、1億6900万人となっている。この医療保険は私企業の保険会社のものである。右上のメディケ

アは 65 歳以上の高齢者に対する医療補助制度、その次のメディケイドは貧困層としようがい者を対象とする公的医療扶助制度であり、それぞれ 4900 万人、5410 万人がその対象である。



このスライドは、ACA (オバマケア) により、政府の負担金 (メディケア、メディケイド) が増大することを示している。

次に、オバマケア (Affordable Care Act : ACT) の内容に触れている。

In Deciding on a Plan, The President Made a Fateful Choice

- He could have chosen to
 - (1) build on the public sector, which now spends more than half the money, or
 - (2) expand the private sector.
- He chose instead to build his program by
 - (1) enlarging Medicaid for the poor, and
 - (2) expanding coverage by private insurance for the rest of us

このスライドは、計画策定時、オバマ大統領は致命的な選択をした、としている。
 (1)現時点でも半分以上を政府が負担しているのだから、公共部門 (政府) に制度を設立するか、あるいは(2)私企業部門を拡大するという選択ができたかもしれない。だが、彼が策定したプログラムは、
 (1)メディケイドの対象者の拡大と、
 (2)私企業による保険の適用範囲の拡大であった。

The Great Dealmaker

The Obama Administration made a series of deals to pass the ACA:

- The insurance industry: Everyone required to buy their product – and no public option, even though it had been promised
- The drug industry: No negotiation on prices
- The AMA: No cut in physician fees
- Hospitals: No cut in reimbursements, only slower growth in payments
- Employers: Continued control of health benefits
- Nervous members of the public: “You can keep what you have” – which was not actually the case

このスライドは、オバマ大統領が ACA 方を通過させるために、様々な取引を余儀なくされたことを指摘している。

- 保険会社：全員に加入義務
- 製薬会社：価格の交渉なし
- 医師会：医師への支払い削減はなし
- 病院：払い戻し削減なし。
- 雇用主：医療給付に対するコントロール権は継続
- 大衆に向けて：「今持っているものは維持できる」－実際はあてはまらず

The New Reform Plan: Affordable Care Act (ACA)

- Continued reliance on private insurance
- Employment-based insurance unchanged
- Market competition determines premiums, co-pays, and deductibles
- Experimental pilot programs to reduce costs

Result: About 10% of the population will get covered, the rest will see little change.

<改革案：ACA 法で生じたこと>

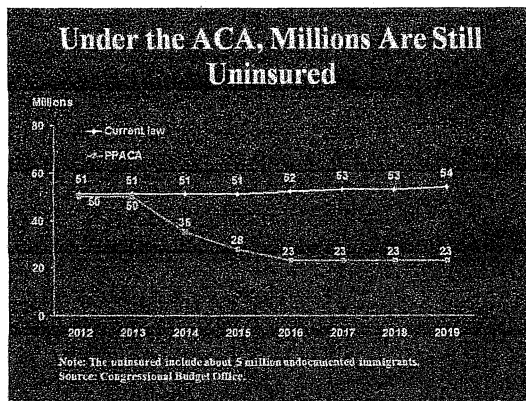
- 私企業保険に依存している点は継続
 - 雇用主単位の保険制度は不変
 - premium (保険料)、co-pays (個人の一部負担金)、deductible (控除額) は市場競争によって決定。
 - コスト削減のための実験的プログラム
- 結果：人口の 10% はカバーされるが、残りの方々の状況はほとんど変化なし
 (注) deductible (医療保険の給付開始前の) 定額控除額。つまり、医療保険が医療費を

カバーする前に患者（従業員）個人が負担しなくてはならない一定金額の医療費部分をさす。deductibleが高ければ高いほど企業（雇用主）の医療費負担は軽減される。200ドル以上の企業が全体の約3割。

ような条件になる。こうした条件の悪い保険は、個人で加入する場合に、大企業ほど強い交渉ができないという事情によるものである。また、保険が医療費をカバーしても、患者の自己負担額が50%、すなわち5割負担となっている場合も多い。

How does the Affordable Care Act Work?

- Individual mandate: Citizens and legal immigrants required to be insured. Penalties up to 2.5% of income
- Guaranteed issue: Insurers must take everyone
- Insurance "exchanges" or "marketplaces" for uninsured individuals and small employers
- Premium subsidy up to 400% Federal poverty level, so premium is less than 9.5% of income
- "Hardship waiver" if premium too expensive → Can remain uninsured!
- Medicaid for all below 138% poverty level



＜ACA法はどう機能するか？＞

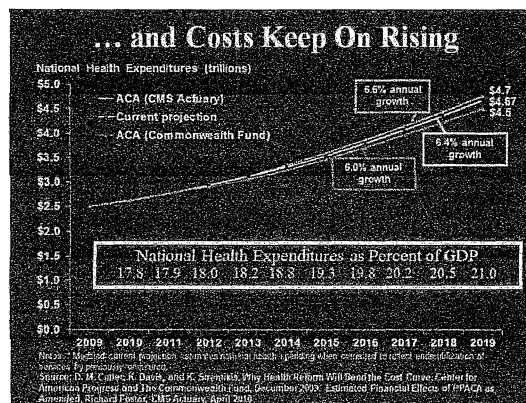
- ・国民、合法的移民は全員保険に加入義務。違反すれば収入の2.5%以下の罰金
- ・保険会社は受け入れ拒否できない。
- ・連邦貧困レベルの4倍までは保険料の補助金あり、保険料は収入の9.5%以下。
- ・保険料が払えない人は「適用免除」あり ⇒無保険のままでもできる
- ・貧困レベルの138%以下はすべてメディケイド対象となる。

(注) 貧困レベルとは

2010年の米国では、65歳未満を対象とした貧困線は年収11,334ドル、4人家族で子供が2人の世帯では年収22,133ドルであった。米国国政調査庁は、2011年7月13日に、2010年の国民貧困線は15.1%であると発表した。

このスライドはACA法（オバマケア）における無保険者数を表している。従来の制度では約5000万人が無保険者であるが、ACA法のもとでは、それが半数以下に減ることが予測されている。言い換えると、それでも2000万人程度の無保険者は残ると推測されているということになる。

ここで問題となるのは、皆保険と言っても、もし企業に雇用されていないような場合は個人で保険会社の保険に入る義務が生じるが、その場合、保険料を個人で負担するが、医療費が発生しても、しばしばannual deductible（年間控除額一人\$3000 家族\$6000）という条件であることが多く、保険料を払っていても、家族で60万円強までは完全に自己負担しなければならない金額となる。小規模企業も同じ



一方医療費は高騰し続けることが予測されている。グラフが示すように、それはACA法であれ、従来の制度であれ、ほぼ同じ程度の上昇が推定されている。


Principal Consequences

- Little change for most Americans, who get their insurance from their employers
- Those using the Exchanges face costly premiums, deductibles and copays and limited choice of doctors and hospitals
- Millions will remain uninsured
- Costs will continue to rise

<主な結果>

- 雇用主の保険を受ける大半のアメリカ人にとってほとんど変化なし。
- 個人や小企業の従業員は保険料、控除額、負担金が高く、医師と病院の利用にも制限がある。
- 無保険者が 2000 万人以上残る。
- 医療費は高騰し続ける

The Public Route to Health Care Reform: Conyers' Expanded and Improved Medicare for All Single Payer HR 676



- Extend Medicare to cover everyone
- Comprehensive benefits
- Free choice of doctor and hospital
- Public agency processes and pays bills
- Pay for it through progressive taxes
- Spend no more than the US is now spending

ここでロッドバーグ博士は一つの提案を示している。Single Payer HR676 と名付けられた、すべての人にメディケアを拡大的に適用しようという案である。

その趣旨は次の通りである。

- メディケアを全員に
- 給付対象を包括的に
- 公的機関が支払処理を行う
- 累進課税で賄う
- アメリカ全体の医療費を上げない

ここで、ロッドバーグ博士は、ヴァーモント州が着手した、包括的公的保険システムを紹介している。それは “Green Mountain Care” と名付けられた単一保険者制度 (single payer system) である。

Green Mountain Care (2017) "single payer system"

- Implemented with ACA waiver, incorporate Medicaid and Medicare
- All Vermont residents eligible to enroll
- Private insurers prohibited from duplicating coverage
- State fund will be the sole source of health care finance
- Cost sharing (co-pays) set each year by State Board

メディケアとメディケイドを統合し、ヴァーモント州の全住民を対象とする制度で、州予算を唯一の医療財源とし、負担金は毎年州議会で決定するというものである。

4. 講演後の討論

近藤氏が厚生労働省の資料をもとに、日本の医療保険制度の成り立ちを日本語英語で対照した資料を作成して、参加者に配布し、それを参照しつつ、質疑応答および意見交換を行った。今村教授から、日本の現行の保険制度も徐々に皆保険制度に移行したのもので、そうなるためには、かなりの時間を要したという解説があった。参加者からのコメントや質問があり、活発な意見交換が行われた。ご多忙の中、ご参加いただいた先生方に感謝している。学生にとって、良い学びとなったのであれば何よりであると考えている。

(原文)

Recent Health Care Reforms in the United States, and What the US Can Learn from Japan
Leonard Rodberg

During the past five years, the United States has carried out a process of health care reform that has had very significant political consequences and modest, but quite interesting, impacts on the character and financing of the US health care system.

Health care reform became an

issue in the US as a result of the rapid rise in the cost of health care beginning in the late 1990s. From 1999 through 2008, the average cost of employer-based insurance (the type that most Americans receive) rose 125%, while workers' earning rose only 30% in that 10-year period. The resulting reform law, referred to as the Affordable Care Act or, increasingly, as Obamacare, actually does little to contain cost – it simply creates some pilot programs, none of which is actually likely to save money – but it will reduce the number of Americans who have no insurance. That number stood at nearly 50 million, one-sixth of the population, in 2008 when Obama was elected. As a result of the new law, the number of uninsured has fallen by about 15 million people, with about half of these purchasing private insurance using government subsidies, and the other half being covered by Medicaid, the government program that provides insurance for the poor.

As I noted, most Americans receive coverage through their employer or by purchasing private insurance.

About 28% of Americans receive coverage through Medicare, the Federal program for the elderly and disabled, and Medicaid, the program for the poor. However, more than 50% of the money in the health care system comes from government, since Medicare and Medicaid cover the sickest portion of the population and together account for nearly half of all spending.

Because the government already has a large role in paying for health care, President Obama could have chosen to build his program on the public sector. Indeed, in the past, he had declared himself to be a supporter of single payer national health insurance, and during

the election campaign he had declared his strong support for a “public option”, government insurance that would compete with the private insurance market. Nevertheless, after the election he dropped the “public option” and chose, instead, to expand private insurance for the working and middle class, along with broadening eligibility for Medicaid for the poor. He assured the insurance companies that they would not face any competition from the government, the pharmaceutical companies that government would not negotiate lower drug prices, and doctors and hospitals that their reimbursements would not be reduced. This proved to be a winning set of compromises.

The result is continued reliance, for most people, on private, employment-based insurance, with market forces determining reimbursements, premiums, deductibles, and copayments. Everyone but undocumented immigrants is required to purchase insurance, the insurance companies are required to accept everyone, and online “marketplaces” have been established to enable the uninsured to buy insurance and receive subsidies for their premiums, deductibles, and copays. The resulting system is enormously complex, with different portions of the population continuing to receive their coverage from different types of carriers, with hundreds of different plans and provider “networks” (lists of doctors and hospitals that will accept a particular type of coverage) and complex rules for determining eligibility for government subsidies in the new government-established “marketplaces” where the uninsured can purchase insurance.

This is not going to solve the problems of the American health care system. More than twenty million people will still have no insurance, and those that do have insurance will find that it is increasingly costly and has high and rising deductibles and copayments. And total national expenditures will continue to rise, far faster than the general rate of inflation. This is because health care providers are still free to charge whatever they can get from their patients and the insurance companies – that is, there is no real process that will restrain the increase in costs.

The solution that many of us advocate is what might be called the “public” route to health care reform, that is, a single payer form of national health insurance, achieved through expanding and improving the existing American Medicare program. This would cover everyone and be funded through the tax system, with provider payments set, as they are now in the Medicare program, through an administrative process involving negotiation with provider organizations, much as takes place in Japan. Advocates in a number of states, including Vermont, Minnesota, California, and New York, are attempting to create such a system at the state level, since the US Congress is unlikely to move in that direction in the near future.

In looking at the way Japan finances its health care system, I found it to be an interesting approach that Americans would do well to examine. You have many sources of coverage (industry-based insurance societies, municipal insurance, the national health insurance society), but doctors and hospitals have to deal with only a single payer or payment fund, and fees are set

by the national government. This is a far more efficient and fair system than we have in the US, and we could learn much from it.

Reference

Rodberg, Leonard. Why does U.S. health care cost so much? The hidden-in-plain-sight answer.
https://www.google.com/url?q=http://pnhp.org/blog/2013/07/24/why-does-u-s-health-care-cost-so-much-the-hidden-in-plain-sight-answer/&sa=U&ei=sqT-U_ZNar38AHsmYHoAg&ved=0CAoQFjAC&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNHqZMaBXipQYqJt9kYwU_5TNHlpPA