

アメリカの医療問題 ——大量の無保険者問題を中心に——

日野 秀逸

無保険者問題はアメリカ医療の重要な課題

世界最高水準の医学研究を誇り、湾岸戦争で示したように依然として資本主義世界の盟主であり、かつ、GDPの11.2%（1987年）という世界でもトップクラスの保健・医療費を支出しているアメリカの医療が示した教訓を考えてみよう。

株式会社化と健康の自己責任論・医療の民活路線を国の政策として進めてきたのがアメリカであるが、その結果は、社会的弱者に耐えがたい困難をもたらし、一般の現役労働者ももはや現状で我慢出来ない状態に追い込まれ、さらに大企業自身も高い民間医療保険料負担に悲鳴をあげ、その上に大量の無保険者を生み出したと特徴付けられよう。

広範多岐にわたるアメリカの医療問題のうちでも医療費の高騰と大量の無保険者（uninsured）の存在が最も深刻かつ重要なものであるという認識が一般化している。1991年5月31日の日本経済新聞に、「病状重い米医療経済」と題するニューヨーク特派員のレポートが掲載された。このレポートは、国民の6人に1人、約3700万が公的保険にも私的保険にも入っていない、「無保険者」であることを問題にしている。

カリフォルニアのパイオエシクス・コンサルタント・グループの会長（エシシストは私的医

療供給者と私的消費者の間の私的契約関係として医療サービスの提供・購入がなされるのを原則とするアメリカにおいて、契約の当事者としては弱い立場に置かれがちな患者の諸権利を保証するための専門家として医療機関に勤務する職種。医療機関から賃金・報酬を受けるが独立性を保って患者にアドヴァイスを与える）であるゴレンスキ博士は、1991年4月20日に開かれたGHC（アメリカ最大手の健康保持機構。すなわち会員制の前払い制医療共済の組織で、医療機関を自ら運営することも多く、営利的なものとは非営利的なものがある。GHC=Group Health Cooperativeは全米で第12位の会員数を持つ健康保持機構であり、アメリカ最大の保健・医療協同組合である。シアトルを拠点にして活動を展開している）年次総会での挨拶の中で、自分を最も悩ませている問題を次のように述べた。

「アメリカ合衆国の全人口の約3分の1が適切な保健・医療サービスを手に入れないでいます。それなのにアメリカは工業国の中で保健・医療に対して最も多額の支出をしています（1人あたり）。このことは深刻な矛盾であり、夜も眠れないくらいに私を悩ませる原因です」。

GHCの名誉会長オーブリー・デービスは、「我々の社会の保健・医療システムの主要な問題が野放しの医療費と数百万人の無保険者であるとい

うことは共通の認識である」と語った。(以上はGHC 機関誌 Review, 1991.7/8)

グレンスキもデービスもアメリカ医療界のオピニオン・リーダーである。彼らのような見解は学者も含めて一般的な認識になりつつある。

無保険者問題の制度的背景

アメリカの最も重大な医療問題の1つである無保険者問題について考察するのがこの小論の課題である。まず行論にとって最小限必要なアメリカの保健・医療制度の特徴をスケッチする。

アメリカでは、65歳以上の高齢者と一部の障害者を対象とするメディケア（高齢者・障害者医療保険制度）と、貧困者の医療扶助制度であるメディケイド、この2つが公的医療保障の中心であり、併せて国民の4人に1人強が加入している。この他の一般の人々は、企業と従業員との間の協約として取り決められる民間医療保険に加入するか、個人レベルで民間医療保険に加入するか、それとも無保険状態になるか、という3つの道を選ぶことになる。

総括的に言えば1981年以来のレーガン行革下の保健・医療費抑制策によって最も深刻な影響を受けたのは、公・私いずれの医療保険・医療扶助によってもカバーされない人々であった。こうした無保険者は1977年の2500万人から1983年の3500万人、そして1990年には3700万人と増え続けた。

アメリカの医療保険の中心は民間保険であるが、その大半は職場を通じて加入するものであり、失業すると保険は適用されなくなることが多い。アメリカの医療保険非加入者の増大の主因は失業である。レーガン行革の下で進行した10%台の高失業率が、まず無保険者を大量に生み出す理由となった。1984年6月にアメリカ議会合同経済委員会に提出された報告では、失業

率が10%増すと死亡率が1.2%上昇し、精神科入院者が4.2%増えると述べられていた。保健・医療サービスの客観的必要性を増大させる失業が、保健・医療サービスを入手するための主要手段である民間医療保険からの排除をもたらすのである。

他方で、従来はメディケイドの適用を受けていた貧困層が、適用不許可となったために無保険者になるという事態も同時に進行した。貧困層の医療を支える最大の制度がメディケイドである。メディケイドは州が実施主体であり、連邦政府が費用の半ば程度（州の財政事情に依って補助率は異なる）にのぼる補助金を提供していた。ところが1981年から1983年の間に連邦政府の補助金削減によって60万人がメディケイドの適用から除外された。適用基準の厳格化と資産調査の徹底によって減らしたのである。この結果1976年には貧困ライン以下の65%に適用されていたものが1983年には52%にしか適用されなくなった。国民の批判の高まりによって1980年代後半から90年代にかけて適用率はやや上昇したが、1970年代の水準には回復していない。

つけ加えれば、メディケイドを適用されない貧困層が頼りにしていたのが、隣保保健センターであった。これは1965年の経済機会均等法によって設けられた施設で、連邦が建設費を負担し、運営は非営利の地域の民間理事会が行い、運営費に対して連邦が資金補助を高率に行っていた。貧困地域に設立され、医療と保健サービスが無料あるいは低廉な価格で提供され、特に母子保健（産婦人科や小児科）や歯科など民間医療保険では歓迎せず貧困層にとって利用しにくいサービスに重点を置いた。メキシコ系の人口の多いところではスペイン語を利用できる体制をとるなど、地域の実状を踏まえた貧困層へのプライマリ・ケア（外来診療や予防活動な

どを中心とする身近な日常的医療)を提供する拠点の役割を果たした。レーガン政権は隣保保健センターへの運営補助金を大幅に削減した。貧困層の多い地域に建てられた施設なので、利用料収入には多くを望むことはできず、連邦の補助金を頼りにしていたため、1982年だけで250を超えるセンターが閉鎖された。貧困層の産科受診抑制や食生活の困難は、新生児、乳幼児の健康悪化につながっていく。保健・医療政策の後退は妊産婦と乳幼児のところで目に見える形となって敏感に現れた。公衆衛生学では社会的生活条件の悪化はまず、抵抗力の弱い乳児や妊産婦にもっとも早く影響が発現するというの是一般に認められたプロセスである。総括的には乳児死亡率の従来からの減少傾向が停滞したり、貧困層の多い地域によっては逆に乳児死亡率自体が絶対値としても上昇したりした。1982年から1984年をとってみると、乳児死亡率のうち生後1ヶ月については順調に低下しているものの、2ヶ月から12ヶ月までは死亡率が上がった。これは、この種の統計を取り出してから初めてのことであった。

これは、生後直後の新生児に対する生命救助的な高度技術的医療は有効に働いているが、その後の栄養や保健の面で問題があることを示している。つまり栄養や母子保健ケアの面での社会経済的な条件が悪化していることを反映したものである。ちなみに1988年の段階でアメリカの乳児死亡率はシンガポールよりも高く世界で22位とされている。母体の側でみると妊婦の貧血がレーガン時代になって顕著に増えた。その直接的理由は食料スタンプの適用大量除外と、隣保保健センターで適切な医療上の指示を得られなくなったことである。1981年以降3年間で41%増えているという報告もある。さらに妊婦の貧血は低体重児出産につながる。低体重児は

死亡率や発達障害発生率を高める。ところで出産前の妊婦健診を受けることによって低体重児の出産を未受診者の3分の1に減らすことができる。もともとレーガン行革はスタートして間もなく、貧困層の健康に集中的に否定的影響をもたらしたのである。

無保険者の実態

次に無保険者の人種別構成割合や無保険期間など、実態を検討してみよう。表は商務省がバックアップして作成した無保険者に関する統計である。

この表によれば1988年の10月から12月にかけての3カ月間の間、何等の医療保険に入っていなかったアメリカ国民が全人口の13%、すなわち3150万人であった。全体数に関しては次のようなことを語るべきであろう。

まず、四半期でみた無保険者は1979年の2840万人から1985年の3700万人を経て1988年には3150万人に減少したが、この年の減少は統計の方法が変更されたための一時的な人工的変化で、1990年にはまたも3700万人になっている。

しかし、1985年2月から1987年8月という2年6カ月間継続して無保険者であった者は人口の4.3%、1042万人であり、23人に1人の割合である。つまり、ある一時期に無保険者であっても大半は比較的短期間にまた保険に加入しているので、3700万人という数字を固定した集団とみなしてはならない。同時に、見逃せない事実として、無保険者になる可能性が広範な国民の中に存在するということである。表が示すように、1985年2月から1987年8月までの間に1ヵ月以上無保険者であった者の数は延べで国民4人に1人強の6785万人に達した。アメリカの医療保険が企業に依存した民間保険を中心に行っているために、景気変動と企業の都合で、一般に

表 無保険者の特性（数値は各母集団に対する％）

特性	無保険期間		
	1988年 第4四半期	1985年2月から 1987年8月までの全期間	1985年2月から 1987年8月までの1ヶ月以上
全体	13.0	4.3	28.1
人種			
白人	11.7	4.0	26.4
黒人	20.2	5.9	37.7
ヒスパニック	26.5	11.3	52.0
年齢			
0-15	15.3	5.1 ^a	34.5 ^a
16-24	21.9	6.0 ^b	51.9 ^b
25-44	13.9	4.5	27.7
45-64	9.9	4.3	19.9
65-	0.3	0.1	0.7
地域			
北西部	8.3	1.9	22.1
中西部	9.2	3.6	24.2
南部	17.1	5.9	32.6
西部	15.2	5.2	32.1
所得（貧困基準に対する倍率）			
-1.0	n . a	14.8	55.3
1.0-1.99	n . a	8.5	45.7
2.0-2.99	n . a	3.0	29.9
3.0-3.99	n . a	1.7	19.2
4.0-5.99	n . a	0.7	12.8
6.0-	n . a	0.5	8.9

Source : Charles Nelson and Kathleen Short, "Health Insurance Coverage, 1986-1988", Current Population Reports, Series P-70, no.17 (Department of Commerce, 1990), pp.4,5,9,17.

N.A. Not Available

a. 0-17years

b. 18-24years

Henry Aaron, Serious and Unstable Condition—Financing America's Health Care, The Brookings Institution, Washington, D.C. 1991 74ページから引用

は傷病に陥りやすい低所得労働者層が、まずは解雇によって、さらには企業が民間医療保険の提供を縮小・廃止することによって、無保険者に追い込まれてしまうというのが、この6785万人の背景である。企業と営利の論理が生存権・健康権の論理に優先しているところに無保険者問題の根がある。

次に、人種や年齢や所得について検討しよう。白人と比べて黒人やヒスパニックに無保険者が多い。特にヒスパニックに無保険者が多い。これはヒスパニックが最近大量にアメリカに移入したこと、彼らの流動が激しいこと、そして医療保険を提供できない小企業、零細企業に雇用されている者が多いこと、などを反映している。年齢的には、65歳以上のアメリカ人の98%が連邦の制度であるメディケアの適用を受けているので、この層には無保険者は極めて少ない。16歳から24歳の青年層は、他の年齢層と比べて最も無保険者率が高い。この層は転職の機会が多いので、雇用者が提供する民間医療保険の適用から一時的に排除される機会も多いのである。また、民間医療保険を提供できない零細企業で働く青年が多いことも一因である。

注目すべきことは、15歳までの児童・少年の3人に1人が少なくとも1か月は無保険者であったという事実である。この層は扶養者の家族として保険に加入するのであり、扶養者の経済状態に左右される。成人よりも無保険者になる可能性が高いのである。傷病と縁の深い児童・少年層に無保険者が多いのは、アメリカの保健・医療システムの弱点を現している。

所得と無保険者率の関係は見事なまでに負の相関を示している。所得が上がるにつれて無保険者率が低下する。アメリカの医療保障が、主要には、個人の所得によって規定されていることが雄弁に示されている。「金の切れ目が命の切

れ目」という状況である。

企業の医療保険負担

さて無保険者が多いのは、日本のような全国民を対象とした公的医療保険制度が無くて、個人として民間医療保険に加入するか、主に企業がスポンサーとなって従業員を民間医療保険に加入させるシステムをとり、この民間医療保険料が高くて支払えない個人や中小企業が多いからである。1990年のアメリカの保健・医療費の29%は民間企業が、35%は個人が、18%は連邦政府が、15%は州・市町村政府が支払っている。個人と企業が主たる負担者である。

こうした無保険者を、生命の危険が無い限りは、病院は診療を拒否できる。彼らは、重篤になってから主として公立病院の救急部門にかけ込む。結局は、かれらは請求を踏み倒してしまうので、いわば「貸し倒れ引き当て金」的に、民間医療保険会社は、支払える人々の保険料に上乗せをして、安全経営を計ることになる。しかも、アメリカの傷病発生は後述のようにアメリカ資本主義の構造的産物という性格を持ち、量質ともに深刻化の途をたどっている。

かくして最終的には、従業員の保険料の8割程度を負担する企業に付けが回るという仕組みになってしまった。アメリカの有力な調査会社のA.フォスター・ピギンズの推定では企業が負担する従業員1人当たりの年間医療負担（大半が保険料）が1990年には3161ドルとなり、1988年の2160ドルから46.3%上昇しているという。全米で最も民間医療保険料の高いロサンゼルスの場合是一般的な民間医療保険でも企業は従業員1人あたり年間約8400ドルを負担している。

ところでアメリカの大企業が負担する私的医療保険料が、アメリカ企業の国際競争力を弱める要因になっているのが、最近の医療費をめぐ

る論議の顕著な傾向である。1990年1月31日の日本経済新聞に「医療コスト 米企業の競争力を阻む」と題する特派員からのレポートが掲載された。これによるとアメリカの製造業が従業員1人当たりにかかる医療費は2370ドルになり、1988年よりも15%増加した。プリンストン大学のラインハルト教授は「米国メーカー製の自動車は、1台について500ドルから700ドル、従業員の医療コスト分を上乗せしている計算になる」と指摘した。この段階ではクライスラーなどの自動車メーカーをはじめ大企業は、医療費抑制を強める社内の従業員向け医療保険プランを導入した。もちろん競争力を強める目的で企業の医療費負担を減らそうという話である。

もともとは、アメリカの財界が、公的医療保険ではなくて生命保険会社を中心とする今日の民活型を支持してきた。その路線を大企業自体が持て余しているのである。1991年に入ってから象徴的出来事が発生した。もはや従業員向けのシステムを放棄するという例である。

例えば、自動車のゼネラル・モーターズは、自社の社員と家族をメンバーとする会員制の、医療機関も所有する健康保持機構(HMO)という組織——特定会員で組織する非営利医療保険会社で、医療機関も運営する——を通じて医療サービスと医療費をまかなうシステムを持っている。こういうタイプは大企業の典型でもある。ところが、1991年1月から、アメリカ全土に25あるシステムのうちの医療費の高いニューヨーク、ニュージャージーなど6州の組織を解散する事にした。ゼネラル・モーターズは14万世帯を全土でカバーしているが、そのうちの1万2600世帯が、従来のシステムが停止することによる影響を受ける。ゼネラル・モーターズに限らず、特に中小企業では民間医療保険料全額労働者負担というところも少なからず出ている。

さてGMの狙いは、自動車のコストを下げて国際競争力を強めようというもので、GMの場合、新車1台当たりの医療費が600ドルに相当し、医療費が低く、企業負担の少ない日本企業との競争に不利な条件になっているという問題意識が強くなっている。1990年は医療費抑制型の社内医療費負担システムへ向かって動いたが1991年はそのシステム自体を放棄するというのである。国際競争力は、個々の企業レベルの問題ではなく、国レベルでの貯蓄性向や消費性向などが大きく関わるし、企業レベルでもても労働者の質や生産性や労働時間や医療のみでなく社会保障全体の企業負担の割合などを考慮すべきであり、単純に医療費負担のみで論じることは不正確である。

しかしながらアメリカの企業が、急増する従業員向け民間医療保険料の負担に悲鳴を挙げだしていることは事実である。アメリカ厚生省の最新の調査によると、1990年に民間企業が従業員向けに支出した保健・医療費は間接賃金(フリンジ・ベネフィット)の45.5%に達し、1965年の22.4%からほぼ2倍になっている。また、この支出が税引き後利潤に占める割合は107.9%になり、1965年の14.0%から大きく跳ね上がっている。(Katharine R. Levit, Cathy A. Cowan; Business, Households, and Governments: Health Care Costs, 1990, Health Care Financing Review, Volume 13, Number 2, 1991 Winter, U.S. Department of Health and Human Services)

また、求職動向をみても、民間医療保険に従業員を加入させる企業であることは、選択のポイントになっている。アメリカ雇用者福祉研究所(EBRI)は7月16日、ギャラップ社に委託して4月に行った年次従業員福祉問題意識調査結果を発表。雇用者の65%は健康保険制度を持つ

企業への就職を最も優先させることが分かった。調査はアメリカ国民1000人に電話で行われたが、回答者の65%が「就職時の判断材料として健康保険が最も重要」と答え、57%が「健康保険が適用されない仕事には就かない」と回答した。企業における民間医療保険の存否と給付内容は労働者の求職行動を規定する最大の要因にまでなったのである。換言すれば、社会的弱者とは言い難い一般現役労働者までもが、アメリカの行革型政治の進行の結果、保健・医療の矛盾を自らの深刻な課題として受けとめるに至ったのである。

アメリカの医療の仕組みは、大企業自身も、悲鳴を上げる代物になっている。こと医療に関しては、支配される側がこれまで通りでやっていけなくなったのに加えて、支配する側もいまままで通りのやりかたではやっていけなくなるという、大規模な変動の条件を備えつつある。

アメリカ資本主義の構造的矛盾のあらわれ

重要なことは、現役労働者にも企業側にも医療問題が重要な社会問題あるいは経営問題として登場している背景には、アメリカ資本主義の経済・政治・社会の構造的矛盾が厳然と存在していることである。

読売新聞のロサンゼルス特派員は1991年11月13日の「海外テレスコープ」欄で、民間医療保険料高騰の背景として次のことがらを指摘している。

「どうしてこんなに保険料が上がるのか。車社会による交通事故の多発、臓器移植の拡大、エイズ患者の増大、妊娠中に麻薬などを使った母親から身体的、精神的に障害を持って生まれる『ドラッグベビー』の急増などに加え、『訴訟社会』が拍車をかけている。医療ミスで訴訟した場合を想定して医師が保険に入る。保険料が高

いから医療費を上げる。裁判で不利にならないように、最新の医療機器や検査機器を購入する必要がある。スタッフも十分すぎるほど雇わないといけない。これらが医療費のアップにつながる。医療保険の高騰は、アメリカ社会がはらむ様々な問題の縮図である」。同様の報道はわが国の様々なマス・メディアにおいて繰り返されている。最近では91年11月10日の『赤旗』に、ホームレスの中で精神障害や麻薬中毒が急増し、自治体の対応能力は限界に達しつつあり、連邦政府の無策を強く批判するという内容の「米国市長会議」報告が紹介されている。

ひとこと付け加えれば、医療訴訟の件数の多いことと、賠償金額の極めて高いことは、アメリカの医療が私的供給者と私的購買者の間の私的契約関係として成り立っていることにも大きく規定されている。イギリスやスウェーデンなど、医療費が公的保障のもとに賄われている国々では、単純に訴訟で決着をつけるということにはなっていない。しかるべき公的な調整機関が公的に設置され、原則的には無料で患者の訴えに関する事実調査と調停、救済の実務に携わっている。(拙著、『世界の医療・日本の医療』労働旬報社、および『赤旗』1991年11月13日「主婦がみた患者の権利 ヨーロッパでは」参照)。

普遍的医療保障を求める世論の高まり

「金の切れ目が命の切れ目」という医療の仕組みは、病院の営利的資金調達方法によって加速された。アメリカでは医療機関が株式会社として資金調達を行うことを当然視する政策を1970年代から強力に進めてきた。これが貧困層など社会的弱者に厳しい状況をもたらしたことは知られているが、いまや普通の労働者にとっても極めて負担の大きいものになっている。既にのべたように「就職時の判断材料として健康保険

が最も重要」と答える者が65%であり、57%が「健康保険が適用されない仕事には就かない」と回答した。アメリカ国内でも公的な全国民を網羅する健康保険が必要だとする世論は高まりつつある。「コンシューマー・リポーツ」1990年8月号と「パブリック・シティズン」（これはラルフ・ネーダーが設立した消費者団体の機関誌）1990年7・8月合併号がそれぞれアメリカの医療を特集している。医療保険を扱う保険会社も民間企業であるため利潤追求を目的としていて、医療費の負担が予想される人とは契約しようとしな。保険料を支払う人数の少ない小企業ほど保険会社との契約がむずかしくなる。消費者運動の2つの機関誌は、アメリカでも公的な国民全体を包括的に対象とする健康保険を求める声が高まっていると、強調している。

先に述べたGHCでは、1991年2月に電話による組合員意見調査を行った。その結果は次の通りである。GHCの組合員の多数(74%)は、そのために税が増えるにしても州民の全てに基本的な保健・医療サービスを保障する制度を望んでいる。GHCの組合員は連邦レベルでの保健・医療改革も要求している。すなわち、たとえ増税につながるにしても、アメリカ国民全体を対象にする包括的な国民健康保険を望む組合員が70%を占めた。GHCの調査結果は、同様のテーマでロサンゼルス・タイムスが実施した全国調査の結果と酷似している。多くの設問について2つの調査を比較してみても、5ポイント以上の違いがあるものは殆ど存在していない。例えば「あなたは連邦の保健・医療システムが健全なものだと思いますか」という設問に対して、GHCの調査では52%が「ノー」と答えているのと比較すると、ロサンゼルス・タイムスの全国調査では55%が「ノー」と答えた。

消費者団体だけではない。1991年7月に日本

で開催された第1回医薬品産業・経営戦略シンポジウムでエドワード・アレラ元FDA（米国食料医薬品局）法律顧問は、3700万の無保険者が存在するアメリカで、医療保障制度の問題が、国全体の論議に浮上する可能性を明らかにし、日本などが皆保険体制でしかもアメリカよりは少ない費用で制度を運営している事実から、政治家に対するこの問題での政策的姿勢を明確にせよという圧力が高まっていると報告した。そして、既に紹介したように今年の大統領選挙における最大の選挙行動決定要因として、医療政策への候補者の態度が83%の人々から最優先順位を与えられ、まさに医療問題はアメリカの中心的政治課題になりつつある。

アメリカでは既にハワイ州が、従来の企業がスポンサーになって従業員に民間医療保険を保障する仕組みを強化した上に、独自の州政府が運営する健康保険制度を1989年に発足させ、基本的な医療サービスについては公的あるいは民間医療保険によって州民全体に保障する制度を実施している。また、同様の構想は州による独自性を含みつつも、マサチューセッツ州で1988年に法制化されている。極めて丹念に各種保険制度の得失を検討し、コンパクトであるがアメリカ医療の全体像と政策的争点を明晰に提示している名著「Serious and Unstable Condition」の著者ヘンリー・アーロンは、アメリカがとるべき道として、全国民を普遍的にカバーし、企業の財政的責任を強化した、「universal-access single-payer health plan」を提起している。紆余曲折はあろうが、アメリカでも国民の健康を権利として保障する医療保障制度、医療供給制度に向かって歩まざるを得ないであろう。

（常任理事・東京都立大学教授）