

香川県立保健医療大学リポジトリ

日本の皆保険制度における無保険者の存在に関する
考察：アメリカの無保険者問題を通して

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 石村, 久美子, 井関, 敦子 メールアドレス: 所属:
URL	https://kagawa-puhs.repo.nii.ac.jp/records/289

日本の皆保険制度における無保険者の存在に関する考察 — アメリカの無保険者問題を通して —

石村 久美子¹⁾*, 井関 敦子²⁾

¹⁾ 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科, ²⁾ 三重大学医学部看護学科

Examination of the Uninsured within Japan's Universal Health Insurance System: A Comparison with the Uninsured in America

Kumiko Ishimura¹⁾*, Atsuko Iseki²⁾

¹⁾ *Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences*

²⁾ *School of Nursing, Faculty of Medicine, Mie University*

要旨

アメリカの医療保険の特徴は、皆保険制度 (the universal health care (insurance) system) がなく、無保険者が数多く存在することである。ところが2010年3月オバマ大統領の下、医療保険制度改革法 (The Affordable Care Act) が成立、7人に1人の割合といわれる無保険者の解消に向けて大きな一歩を踏み出した。

他方、皆保険制度である日本では無保険者が増加している。保険料 (premium) を滞納する個人の責任なのか、それとも制度や社会に問題があるのだろうか。長く無保険社会であったアメリカの歴史と原因を検討することによって、日本の無保険者解消への糸口になるのではないかと考えた。

検討の結果、国民の連帯なくして皆保険堅持は困難であることが示唆された。日本においては、職域・地域別に細かく分かれ、差別・不公平感のある医療保険を一元化させることによって連帯を強化し、無保険者を出さない制度へと変えられると考える。

Key Words: 医療保険 (health insurance), 無保険者 (uninsured), 一元化 (single payer), 連帯 (solidarity), 平等 (equality)

* 連絡先: 〒761-0123 香川県高松市牟礼町原 281-1 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 石村 久美子

* Correspondence to: Kumiko Ishimura, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences, 281-1 Murecho-hara, Takamatsu, Kagawa 761-0123 Japan

はじめに

日本は「国民皆保険」制度である。1961年、ようやく皆保険となり、2011年には50年を迎える¹⁾。ところが昨今、治療するための医療保険証が手元にない無保険者¹⁾が増加している(2009年1月22日付朝日新聞)。つまり、皆保険原則は経済論理である自己責任と連帯責任である「負担の公平性」(保険料納付者と滞納者の差別化)によって実質崩壊している。アメリカ同様、医療・健康もまた支払い能力に応じ格差が拡大している。

その背景には、医療制度の異なるアメリカを手本とする医療の効率・市場原理重視がある。その結果、国内での医療をめぐる分配論は、平等から経済優位の自由と効率重視へとパラダイム変換が長期的に進行している。その契機には、世界最速での少子高齢化、景気低迷に伴う財政的危機、医療費をはじめ社会保障費全般の抑止などがある。これらはすべて経済的要因である。

他方、不平等な医療の代表とされるアメリカでは、2010年3月医療保険制度改革法を成立させ、無保険者の救済が図られることになった。(2010年3月22日付朝日新聞)。今後、日本は実質的な皆保険へ向けて、命の経済化を阻止する対抗原理を見出せるのか、それとも医療費抑制のために自由と効率を重視する経済優位の合理的な改革を続け、無保険さえ自己責任と切り捨てるのだろうか。

日本が医療制度改革の手本としてきたアメリカは、先進諸国唯一、国民皆保険制度がない。無保険社会であった長い歴史と原因を検討することによって、日本の無保険者解消への糸口につながるのではないかと考える。そのためには、まずアメリカ医療制度の特徴及びその結果ともいえる7人に1人といわれる無保険者の存在と、その原因である医療保険制度について確認しておきたい。

1. 民間医療保険と限定的公的医療保険

アメリカでは、命を左右する医療でさえ個人の自由と選択に価値をおき、自由に購入するサービス産業の一分野であると考え、「医療サービス受療の公平性」の国際比較調査によると、アメリカの医療が最も不平等性が高いという結果である²⁾。それを端的に現すデータは、高所得者が健康と長命を享受するのに対し、低所得者は不健康と短命を強いられる。すなわち、アメリカでは健康と長寿は財力に応じて購入するものなのである。

従って、アメリカの医療保険は民間保険(private insurance)が中心となる。2003年の調査³⁾によれば、①国民の68.6%が何らかの民間保険に加入している。その医療保障の充実度によって保険料は異なる。つまり、医療保険料とは生命の安全と医療の質を反映する対価である。一般市民の平均賃金が2万7千ドルのなかで、家族医療保険料が8千~1万ドル(Washington Post, Tuesday, September 30, 2003; Census Finds Many

More Lack Health Insurance)。にも高騰すれば購入は容易ではない。従って、自営業者・自由業・雇用先が保険未加入の雇用者などの個人的加入民間医療保険は、保障内容よりも保険料の安いものを選択する傾向にある。また労使協定に基づき使用者負担のある雇用者(60.4%)などは団体加入民間医療保険に加入するが、一般に社会的地位の高い層ほど高福利の充実した医療保障かつ少ない自己負担という負担の逆進性となっている。

他方、限定的な公的保険(government insurance)がある。ひとつは、社会保障改正法の一部として1965年に成立、連邦・州政府共同の低所得者に対する医療扶助制度(Medicaid)である。2003年には、国民の②12.4%をカバーしている。しかし、日本の生活保護と同様に諸制限があり、貧困層ラインでもすべてが対象になるわけではない。また移民は対象外である。

二つ目は社会保障改正法の一部として1966年施行の高齢者医療保険制度(Medicare)である。対象は65歳以上・腎不全・身体障害者などで、2003年には、③13.7%をカバーしている。強制であるパートA(主に入院医療費)の財源は医療保険税(税率労使折半で2.9%)と自営業者2.9%で運営、任意であるパートB(医師への支払い・外来医療費など)の財源は、加入者の保険料月50ドル(国庫負担が約75%、保険料25%を占める)⁴⁾である。しかし、入院151日目からの費用は全額自己負担となるため自己破産の要因となっている。

その他として軍人を対象とした医療保険(Military health care)が同年、④3.5%を占める。貧困や栄養不良の子どもには、「国家子どもの医療保険プログラム: the State Children's Health Insurance Program (SCHIP)」がある。しかし、同年の18歳以下の無保険者数は840万人(11.4%)と多い。全体の無保険者(uninsured)の割合は、同年⑤15.6%も存在する。一部の富裕層が世界最高の医療を享受する一方で、医療へのアクセスを遮断されている無保険者が15%(4700万人)も存在するという状況は、根元的な人間の命の平等を問う社会問題である。

2. 国民皆保険が成立しない背景

1) 皆保険への挑戦と失敗

アメリカのような自由と自立を尊重する国においても、医療という特殊性から皆保険制度創設を何度も試みた。1911年、ウイルソン民主党政権が公的医療保険制度を意図したが、医師会・生命保険会社・企業主などが既得権益を失うことを恐れ、強行に反対し断念したことが始まりである。その後、ルーズベルト大統領が1935年に成立させた社会保障法に、国民皆保険に相当する制度を加えようと健闘した。しかし折しも大恐慌によって暮らしと経済を優先させ、所得保障だけの狭義の社会保障にとどまった⁵⁾。

1945年、次の民主党大統領であるトルーマンも国民

皆保険構想を打ち出した。しかし、今回も医師会の強い反対と、民間医療保険の中産階級への急速な普及によって、多くの被保険者たちが皆保険の必要性を認めず挫折した。連邦政府はこの時期、公的医療保険整備の代替として医学研究に対して積極的に投資・支援を行うとの意思決定を行っている⁶⁾。

国民皆保険はその後も民主党の悲願となり、歴代大統領の下で検討が繰り返された。初めて一部の特定の人々に公的医療を導入したのは、ジョンソン民主党政権によるメディケアとメディケイド(1965年)である。これは民間保険加入が困難な層、特に高齢者・低所得者への医療保障を目的とした成果である⁷⁾。

最近ではクリントン大統領が、1993年に健康保障法案を連邦議会に提出を試みたがまたも失敗に終わった。それは医療保険の供給制に関わる骨組みを制定し、すべての人々を保障する一つの医療保険の基本的な包括的給付パッケージを提供する制度であった。

その内容には、乳幼児と子どものための包括的な予防接種計画、様々な年齢層を対象に各々適切な間隔での日常的なスクリーニングや健康診断、50歳以上の女性に対しては2年毎の乳がん発見のために乳房X線撮影が含まれている。保険の対象外としては美容外科手術が代表とされ、保険の対象となる医療の分配基準は、それが必要かつ適切なものであるか否かとされた。しかし、どのような状況で何が治療の対象となるのか、その必要性と適切性については国家医療委員会に委ねられる計画になっていた⁸⁾。

その健康保障法案の特徴は、国民皆保険の実現と医療保険のコスト抑制という拮抗する二つの難問を目標として掲げたことである。皆保険制度によって恐らく上昇する医療費の抑制策として、連邦政府はまず監督と指導を行い、消費者の団体が医療提供側と交渉することによって医療保険プログラムを安く購入する管理競争システムを採用しようとした。また支払い能力のない中小企業の利用者には政府の補助金、個人営業者には税控除によって個人で医療保険を購入できるような策が講じられ、当初は国民の高い支持があった。

2) 不成立の構造分析

しかしながら、クリントンも失敗に終わった。その背景には複雑かつ多様な要因があった。まずアメリカ医療の抜本的な構造改革を提示しようとせず、基本的には市場原理に委ねつつ、政府の管理をともなう「管理競争」(managed competition)という曖昧な第三の道を示したことにある。連邦政府の規制によって「皆保険制度創設」と「医療費削減」という拮抗する目標を同時に実現させるためには複雑な体系を示さざるを得なかったであろう。

年々増大する医療費が国家財政を脅かす、その結果経済発展に支障を来すという「医療費亡国論」²⁾が根強く存在する。このような医療費増大が懸念される皆保険化

は、増税を嫌う国民に支持されず、その対抗策として政府の介入を最小限にとどめ、市場の競争(効率)を採用した。

その結果、民主党内のリベラル派からは、第三の道ではなく、カナダ方式(保険者の単一制度: Single payer)と呼ばれる政府による一元的な運営方式が提案され、賛同を得られなかった。他方、医師会や保険会社からは、経済的利益と活動の自由を脅かす厳しい規制だと反撃された。共和党は、国民に皆保険になれば医者も医療も自由に選べなくなると喧噪し、保険企業団体は、「保険料が高くなる上、政府が仕切るのでサービスも悪くなる」⁹⁾と不安をあおった。その結果、被保険者やメディケア受給者たちに現状悪化の懸念を募らせ、急速に皆保険への支持を低下させた¹⁰⁾。

整理すると、①共和党は「小さな政府」志向で医療を市場原理に委ね、有力かつ裕福な層に支えられ、自分の健康は自分の力と財力で守るものだと認識するイデオロギーの対立、②政府の介入を嫌って既得権益を死守しようとする保険業界・医師会などの存在、③医療を官でもなく民でもなく、その中間である第三の道に委ねたことへの不一致、など反対は根強かった。その中でも留意すべきは、医師会の根強い反対がある。本来、「医師の使命」である患者の医療アクセス権の擁護よりも自らの自由裁量権と自己利益を優先させてきたのである。

また民主主義の問題がある。よりよい環境と健康を保持し、公的サービスを必要としない富裕層が保守党に投票することが示されている。I. カワチ (Ichiro Kawachi) 教授らは一番の問題は政治参加の偏在で、サービスが行き届かない人々の声が代表者に届いていないことを指摘している¹¹⁾。つまり、経済格差は政治参加の平等性に影響を与え、「社会的弱者の政治的排除」が進む¹²⁾。

他にアメリカの特徴として、所得格差とその容認度が著しく大きいことがある。たとえば、貧困層であっても「政府が基本的所得保障をする」ことへの賛成は、日本やスウェーデンと比して33%と少ない。アメリカ人の多くは所得再分配を望まず、機会の平等と成果主義による原理を支持する¹³⁾。つまり、医療や社会保障などの安全基盤整備でさえ税を投入することには懐疑的である。

また保険業界は利権を失うことを恐れ、「公的保険の拡大は社会主義化だと国民を洗脳してきた」(2007年11月14日付朝日新聞)経緯がある。

次いでアメリカの特徴として忘れてならない健康権(right to health)の否定がある。日本や欧州では第二次大戦後、WHO憲章の「到達しうる最高基準の健康を享受することは基本的権利」であること、それを保障するのは「各国政府の責任」であることの宣言を受け、政策目標として医療へのアクセスを国民に平等に保障するため国民皆保険制度を整備してきた。しかしながら、アメリカでは、健康権を規定した国際人権規約の社会権規約

に批准も加入もしておらず、また日本の生存権に相当する条項が憲法になく、健康権は権利として一般的に承認されておらず、政策的課題とされ、しかも政府の責務は不明瞭である。大統領委員会の見解では、適切な医療レベルとは相対的で、資源が可能かどうか考慮しなければならない問題としている¹⁴⁾。

ジョージタウン大学の哲学教授である T. L. Beauchamp (ビーチャム) も、「医療政策の中核は政府の役割とされる。国民の大半は自然環境のリスク、外界からの災害、犯罪、火災、高速道路事故などのリスク、及びそれら同様のリスクから市民を防御することが政府の役割であることを認めている。しかし、医療が同様に政府役割の一つとして提供すべきものか否かには、異論があり長い間の論争である。たとえ政府に医療を提供すべき責務があったとしても、政府にできることとすべきことには限度がある¹⁵⁾」と慎重である。

つまり、医療へのアクセスや健康を享受することは人権問題ではなく、社会支出の正当化に関わる問題で、GDP (国内総生産) 費の 1/7 を占める総医療費の削減を国家的課題としている。なおかつ、自助自立型のアメリカの医療保障は無保険者の解消、医療費削減と医療の質の確保という矛盾したベクトルを何とか調和させようと、財政的・倫理的に妥当な介入としてどこで線引きをするかを模索している。

また連邦制のために州の権限が強いことが、結果的に医療保障制度にも影響を与えている。人々の社会経済的権利、医療・保健の諸問題を扱う権限は、憲法に明記されていないため論争があったが、現在では憲法修正第 10 条によって州の権限として根拠付けられている。「本憲法によって合衆国に委任されず、また州に対して禁止されなかった権限は、それぞれの州または人民に留保される¹⁶⁾」。しかしながら、憲法前文の「一般の福祉を増進し」という文言から、また社会保障である限定的公的医療制度に関して連邦政府の権限を認めていることから、政府の直接的関与を否定するものでは決していない¹⁷⁾。

最後に、ノーベル経済学賞受賞者である P. Krugman (クルーグマン) 教授は、なぜ国民皆保険制度がないのか、その最大の理由を以下のように指摘する。「すべての根源は、アメリカの人種差別問題にある¹⁸⁾」。保守派は人種差別を明に暗に煽り、公民権運動に対する白人の反発を利用してきた。その結果、非白人であるアフリカ系(黒人)やヒスパニックなどの医療費を白人が増税という形で負担することに反感を抱いているという指摘である。

それは一般市民感情だけではなく、病院の中においてもマイノリティが受ける医療の質や量にも示されている。Institute of Medicine (アメリカ医学研究所) による調査は、アメリカのマイノリティはたとえ同じ医療保険を持っていても明らかに受ける医療の質が低いことを明らかにしている。それは収入による差別ではなく、人

種差別があることを明示している¹⁹⁾。多民族国家であるアメリカには米国国籍を持たない移民も多く住んでいる。国民皆保険の「国民」をどのように認識し定義するのか。人種差別という長い歴史問題を「医療を必要とする同じかけがえのない命をもった人間」として見つめ直せるか、否か。安心を共有する一定の連帯や寛容がなければ皆保険は実現できないだろう。

それを示すかのように 2008 年 4 月の世論調査では、政府運営による公的医療保険制度を支持する人は 29% だった一方で、反対は 39% にも上った (2008 年 7 月 31 日付朝日新聞)。

3) 皆保険への兆し

ところが、李啓充医師によれば、最近 10 年間での医療事情の悪化が変化をもたらせていると以下のように指摘する。①総医療費が 1 兆ドル (1995 年) から 2 兆ドル (2005 年) に倍増していること、②無保険者の率はずっと人口の 15% 程度と横ばいではあったものの、その背景でメディケイド (医療扶助) 受給者が 3600 万人 (1995 年) から 5600 万人 (2004 年) と増加し、メディケイド支出は 1200 億ドル (1995 年) から 2600 億ドル (2004 年) と倍増したため、給付制限を行い、メディケイド受給者の「準無保険者」化が進行していること、③雇用主の民間保険料負担も 1580 億ドル (1993 年) から 3670 億ドル (2005 年) と倍増し、それが経営圧迫を招いていること、④テレビ CM で、無保険者に癌が見つかり、明日は我が身と不安を募らせ、公的資金の増大、無保険問題の解決と医療制度改革を促していることがある²⁰⁾。

無保険による死が年間 18,000 件にも上る (2007 年 11 月 15 日付毎日新聞) 現実と不安、そして各々への経済的損失があるべき医療制度へと近づけているのであろうか。

2008 年米大統領選は長い歴史を踏襲し、民主党オバマ候補は公的医療保険による皆保険の法制化を、他方、共和党マケイン候補は公的医療保険は解決策ではなく、増税と規制を招くだけであると否定的であった (2008 年 7 月 26 日付朝日新聞)。

2009 年夏、オバマ大統領は、公約であった無保険者救済のため、新たな公的医療保険制度を設ける改革案をめぐり苦境に立たされていた。社会主義であるとの批判がなされ、国民の賛成は 43% に対し反対が 49% と上回った (2009 年 8 月 23 日付朝日新聞)。その後、改革案は修正され、公的医療保険制度創設は見送られ、民間保険加入の基準緩和や保険加入のための政府の補助によって無保険者を大幅に減少させるという医療保険制度改革法 (The Affordable Care Act) が 2010 年 3 月僅差で成立した²¹⁾。しかし、中間選挙を前に米下院共和党は、国民皆保険を目指す改革は、「増税と医療費増加を招く」と改革阻止を掲げ、国民の支持を増やしている (2010 年 9 月 25 日付毎日新聞東京朝刊)。

3. 高い医療費・低い健康指標・無保険者を生じた問題点

1) 医療費の増大と健康指標

アメリカで医療費問題が注目され、医療の財源の適正分配や医療費抑制に関する議論が活発になったのは1980年代からである。この時期、アメリカのGDPに対する総医療費（対国民所得 national income : NI）は10%を突破し世界第1位となる²²⁾。87年には国家プロジェクトとして「ヒトゲノム計画」を発足させ、科学研究費が急増した結果、アメリカの総医療費は、89年の10.6%から翌年には11.6%、92年には12.8%（日本の約2倍）、その後96年までは横ばいを続け99年に12.2%まで減少、2000年12.4%²³⁾、2007年16.0%まで増加している²⁴⁾。

一時減少した理由には、患者のアクセスを制限するマネジドケア³（管理医療）手法の成果と、医療機関への診療報酬支払変更など医療保険改革の断行の結果である。その後、再び増加に転じたのは効率追求の制度や患者の受診制限が、手遅れによる患者死亡の悲劇を招き、一定の法的規制によって抑制されたことや、マクロ効率化の限界によるものではないかと考えられる²⁵⁾。

この長期的な医療費増加を招いた要因をブルッキングス研究所は次のように分析している。① 高齢者や低（無）

所得者、身体障がい者などの高い医療需要者の医療サービスの利用増加、②延命・緩和ケア・新しい技術革新（極めて高価な技術）の利用増加、③ 医療やサービスの急速な高騰、をあげる²⁶⁾。

他には R. Dworkin（ドゥオーキン）が専門医の高額給与、保険会社の非効率な運営、病院の高い管理運営費を指摘している²⁷⁾。つまり、医療保険が複雑・多種に分かれ、そのため支払い請求における人件費が病院の管理運営費を押し上げ、総医療費の1/4がこれに費やされている²⁸⁾。従って、医療保険が単一であるカナダや台湾・韓国（2010年9月24日付朝日新聞）のようになれば、この多大な管理運営費は節約できる可能性がある。この保険の一元化は日本にとっても参考にすべき点である。

世界最大の医療費を消費しながら国民の健康指標は、先進諸国の下位に位置する。WHOのThe World Health Report 2003によれば、総医療費対GDP比の7.6%のイギリスが78.2歳、同8%の日本が81.9歳に対し、同13.9%（第1位）のアメリカの平均余命は77.3歳である²⁹⁾。

また、世界の医療制度達成度（Health system attainment）をはじめて比較したWHOの「The World health Report 2000」によれば、アメリカの総合評価は

表1 WHOによる医療制度達成度（2000年）と医療支出

国	健康 寿命	乳幼児 死亡率の 地域格差	医療 満足度	アクセス の公平さ	費用負担 の公平さ	総合 評価	医療支出 対GDP比 1997→ 2001→2007	医療支出 対GDP比 の順位 2001→2007
日本	1位	3位	6位	3-38位	8-11位	1位	6.8→ 8.0→8.1	13→21
フランス	3	12	16-17	3-38	26-29	6	9.4→ 9.6→11.0	4→2
イギリス	14	2	26-27	3-38	8-11	9	6.8→ 7.6→8.4	16→19
ドイツ	22	20	5	3-38	6-7	14	10.7→ 10.8→10.4	3→4
アメリカ	24	32	1	3-38	55-56	15	13.0→ 13.9→16.0	1→1

出典：WHO：The World health Report 2000, 医療支出対GDP比の1997年は同2000版, 2001年は同2003版を抜粋作成。2007年のデータはOECD HEALTH DATA 2009より引用。
（注3-38位とは、同点である）

表1にあるように第15位である。特に乳児死亡率(出生千対)が6.9(2000年)、新生児死亡率は4.7(1999年)と双方とも先進国の中では最も悪い³⁰⁾。

乳児死亡率は、母体の健康状態・養育条件などの影響を強く受けるため、その地域の衛生や社会を示す指標として重視されるが、OECD加盟30カ国のなかでアメリカは25位である。OECDではその原因について、十代の妊娠の多さと無料の産前・周産期ケアの欠如を指摘している³¹⁾。

2) 無保険者

人口の15%といわれる無保険者の存在は、先進諸国では特異である。なぜ無保険者が多いのか、その理由には一般にメディケイド(医療扶助制度)の対象にはならないが、自費で医療保険を購入することはかなわない貧困層や移民層、保険のない小規模企業従業員の増加が挙げられる。本来ならばメディケイドの貧困ラインにありながら適用を受けられない貧困層や、疾病などのハイリスクによる医療保険への加入を拒否される人々がいる。他には健康に問題がなく、高額な医療保険を後回しにする若い人々の存在もある³²⁾。

利潤追求の保険会社は健康な人々には加入しやすい保険料を提示する代わりに、医療を必要とする人々には高額な保険料を提示するか、保険加入を拒否するか、その選択権をもっている³³⁾。つまり、無保険者問題とは、基本的に貧困層や移民層と疾病者を保険会社が排除する結果である。

上記の健康指標から、アメリカの自由や経済に基づく医療の分配は、国民の健康に芳しくない結果をもたらしている。またアメリカのように所得格差の大きな国では、あらゆる不平等の結果として、国民全体の健康状態が悪化することが指摘されている³⁴⁾。なぜなら社会において、他者と比較して相対的所得と地位が低いほど不幸観・不健康になる傾向が認められる。このような事実をR. G. Wilkinson(ウィルキンソン)が「相対的所得仮説」と称している³⁵⁾。

無保険者の存在は、1998年に4,340万人(16.1%)³⁶⁾で、Dworkinの紹介によれば、数年以内に全米で25%が疾病・解雇のために無保険者となる可能性をも示唆している³⁷⁾。無保険者数は調査方法によって誤差がある。2002年のアメリカ保健省調べでは4,060万人(14.4%) (日医ニュース第1049号2005年5月20日付)という数字であるが、Health Insurance Coverage in the United States(US Census Bureau)の調査によれば、2001年の無保険者数は4,128万人(14.6%)、2002年は4,357万人(15.2%)、2003年には4,496万人(15.6%)と増加傾向にある³⁸⁾。

また無保険状態の期間は、無保険者が3700万人の時点で、少なくとも2100万人(57%)が長期的無保険者で、1600万人(43%)が1年未満である。無保険者は、社会経済的地位・人種・年齢と深く関係している。貧困

層であるアフリカ系アメリカ人が無保険者の19.5%を占める。またラテンアメリカ系(32.7%)や若年の失業者(18~24歳が30.2%を占める)に無保険者が集中する。つまり、所得と無保険者の関係は負の相関で、所得が下がるにつれ、無保険者の割合(世帯所得25,000ドル以下が24.2%)が高くなっている³⁹⁾。医学研究所では、1994年すでに、「医療保障全般に対する欠乏は、非常に広範囲に浸透し、完全にアクセスの閉ざされたひとつの選択肢となっていると明言し」⁴⁰⁾ている。

保険はあるものの不十分でしかない2,000万人もの人々がいる。アメリカでの階層間の医療へのアクセスと健康状態には見逃せない格差が横たわっている⁴¹⁾。Lawrence O. Gostin(L.ゴスティン)はこの原因を、他の先進国では国民皆保険によって普遍的に医療保障をしているにもかかわらず、「アメリカでは、個人保険と公共プログラムを不統一に提供した結果、人口の相当数が無保険者や非常に不十分な保険しかない人々が存在している」と懸念している⁴²⁾。

しかし、無保険者が全く医療から遮断されているわけではない。無料病院や州の補助を受けた医療センターの他に、救急の場合の診療がある。緊急の診療拒否は生命に関わるため、1985年連邦政府の定めた「救急治療と対応法:Emergency Medical Treatment and Active Labor Act(EMTALA)」によって禁止している。日本とは異なり応召(招)義務⁴⁾のないアメリカでも、無保険者や貧困層を救済する目的で、救急室を訪れた患者には、保険の有無や支払い能力にかかわらず、臨床的に安定(stabilize)するまでケアを提供しなければならないと規定している⁵⁾。しかし、無保険者に提供される医療の質・量は被保険者のそれとは異なる。公的病院などは貧困層の受け皿として、支払い能力のない診療費は、他の患者へ上乘せとして採算をとってきたが、近年の厳しい病院の生き残り競争では、それも次第に病院の負担となっている。従って、「安定するまで」という条文は拡大解釈され、無保険者への医療は最低限の医療提供にとどまる⁴³⁾。

このようにアメリカ医療制度は、①皆保険制度がなく、7人にひとりの無保険者、②芳しくない健康指標、③高い医療費と保険料、など深刻な実態がある。すなわち、国民皆保険・健康長寿・低費用という三拍子そろった(過去の)日本医療の対極に位置する。

終わりに

今後、アメリカが無保険者問題を解決し、皆保険に近づけられるか否か、甚だ不透明である。なぜなら、個人が「自由」に選択すべき医療保険の加入や医療へのアクセスに関して、政府の介入を認め、増税につながるだけと反対する(自由と財産権の侵害)共和党の存在、国民の増税アレルギー、所得格差や人種問題による国民や州

民という一体感の欠落など乗り越えるべき大きな壁がありすぎる。共和党対民主党というイデオロギーの問題もあるが、人種差別や所得格差による生活と感情の分断が大きいと思われる。「なぜ彼らの医療費や保険料を自分たちが負担しなければならないのか。所詮、無保険者たちはそれを選択しているのだ。困っても自己責任だ。」という声は決して小さくはない。

だれが費用負担をしてだれが受益者となるのか？医療保険における「受益者」とは果たしてだれなのだろうか？経済の問題は、人間の徳として哲学上の問題を乗り越えられるのかどうか試練を与えられている。このようにアメリカの皆保険化への道のりは過去の歴史が物語ってきたように先行き不透明である。

アメリカの無保険者問題から、日本は何を学べるだろうか。まずその前に無保険者の存在を個人の問題（自己責任）として放置するのか、それとも社会の問題（公的責任）として対策を講じる必要があると考えるのかという対立がある。しかしながら、日本にあってアメリカにないものは、まず生存権保障と国民皆保険制度、そして医療を受ける権利（right to health care）を含む健康権への遵守義務である⁴⁴⁾。従って、それらがなくアメリカでさえ公的資金を投入して公的プログラムとして解決しようとしている折り、日本での解決は法的権利として、また道義的にも喫緊に対応しなければならない課題であるとする。

そこで15%もの人々が無保険であることが常態化しているアメリカから、日本の無保険者を解消させるためいくつかの論点を抽出したい。

まず一番重要であるとする点は、国民の分断ではなく連帯の強化である。とはいえ、国内でも容易なことではない。人口の約1/5である65歳以上の高齢者の医療費はH18年度で全体の53%を占める⁴⁵⁾。つまり、若年層が高齢者の医療費を負担していることになる。世界第1位の高齢社会である日本において、この事実は次第に世代間対立を深刻化させている。医療だけでなく、年金（国民年金の納付率55%）も含めて公的保障の魅力と信頼が縮小し、余裕のある人々は民間の私的保障を追加する。

公的医療保険の適用に世界標準でのがん治療や先端医療等を国民に期待させず自助によって民間保険を追加しようとさせる。これこそが公的医療保険の適用範囲を縮減し、支出を抑止したい政府の、そして厚労省の狙いではないだろうか。小泉政権以降、自助を過度に強調する社会保障は危ういとする。それは国民に不安を与え、自己責任論の拡大と、みんなで安心という連帯から個別民間型保障へと経済力による分断を強いる結果となる。

二点目は、世代間格差を乗り越え、ほころびかけている皆保険を堅持するためには、所得再分配機能を強化し、職域や地域によって3,500⁴⁶⁾にも分かれ、負担と給付が大きく異なる現行の医療保険制度を一元化⁶⁾にすべきで

ある。その意味するところは差別と不公平感の是正である。

加入者数が約3,900万人と最多である国保は雇用主負担がなく、高齢者が多いため保険料が高く、給付は他よりも劣る。その納付率は2008年全国平均が88.35%と皆保険開始後最も低くなっている（2010年2月3日付下野新聞参照）。加えて、同じ所得でも保険料が市町村によって最大5倍も異なる（2010年9月24日付朝日新聞）。これは憲法第14条1項の平等規定に反する。官民尊卑の影響で差別化していることが一元化を困難にしているが、年齢や職業、地域などで差をつけること自体が命を守る制度に必要だろうか。平等性を担保するということは被用者保険加入者の条件を悪くすることではない。3,500にも分かれている非効率な保険を全国統一にすればDworkinの指摘のように約1/4の医療費が節約できるかも知れない。それを平等な命を守る制度として運営すれば、無保険者を出さずにみんなの安心を確保できるだろう。

そのような合意に至れるのか否か、それは理念と民主主義の成熟の問題であろう。命の沙汰も金次第を是と認めるのか、それとも負担の割に少ない給付（医療サービスを受けること）であっても相互扶助として寛容な社会でありたいと願うのか、私たちは公共の問題に取り組み、何を選択するのか議論をする市民社会であるのかどうかを試されているのだと考える。

文 献

- 1) 石村久美子. 健康の不平等と自己責任化. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 14(1): 45-46, 2007.
- 2) 橋木俊詔. “セーフティ・ネットの経済学”, 日本経済新聞社, 東京, 133, 2000.
- 3) Income, poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003 (US Census Bureau), Issued August 2004, p16, <http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf> (2006/10/11).
- 4) 厚生労働省監修. “平成14年版厚生労働白書” 厚生労働省, 東京, 93, 2003.
- 5) 日野秀逸, 野村拓. “医療経済思想の展開” 医療図書出版社, 東京, 169, 1974.
- 6) 広井良典. 医療制度—マネジドケアを中心に—, “先進諸国の社会保障 アメリカ” (藤田伍一他編) 東京大学出版会, 東京, 173-174, 2000.
- 7) 前掲注6), 174,
- 8) Ronald Dworkin, “SOVEREIGN VIRTUE: The Theory and Practice of Equality”, Harvard Univ. Press, 307-308, 2000.
- 9) 李啓亮, 続アメリカ医療の光と陰 第136回, 週刊

- 医学界新聞第 2799 号, 2008 年 9 月 29 日.
- 10) 砂田一郎. 第三章 連邦制・地方自治・立法過程, “先進諸国の社会保障 7” (藤田伍一他編) 東京大学出版, 東京, 43-45, 60, 2000.
 - 11) Ichiro Kawachi, Bruce Kennedy, “The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health” 2002, The New Press, New York. [中山健夫他社会疫学研究会訳 “不平等が健康を損なう” (西信雄, 高尾総司, 中山健夫監訳), 日本評論社, 東京, 146-147, 2004.]
 - 12) Norman Daniels, Bruce Kennedy, Ichiro Kawachi, “Is Inequality Bad for Our Health?” 2000, Beacon Press, Boston. [福間聡他, “健康格差と正義” (児玉聡監訳), 勁草書房, 東京, 33, 2008.]
 - 13) 前掲注 11), 140-142.
 - 14) President’s Commission, Just health care and the right to health care, CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS 5th ed. by Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters, Wadsworth, 362-368, 1999.
 - 15) Tom L. Beauchamp, Justice in the Distribution of Health Care, CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS 5th ed. by Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters, Wadsworth, 355, 1999.
 - 16) 在日アメリカ大使館 アメリカ合衆国憲法, <http://aboutusa.japan.usembassy.gov/j/jusaj-constitution.html> (2010/4/8).
 - 17) 野口明宏. アメリカ法における健康の権利について, “健康とは何か” (勝目卓朗編) 新興医学出版社, 東京, 116・119, 1987.
 - 18) Paul Krugman, “The Conscience of a Liberal” 2007, W. W. Norton & Company, New York. [三上義一, “格差はつくられた” 早川書房, 東京, 18, 2008].
 - 19) 岩田健太郎. “悪魔の味方ー米国医療の現場から”, 克誠堂, 東京, 56, 2003.
 - 20) 前掲注 9), 参照.
 - 21) The WHITE HOUSE, <http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview#healthcare-menu> (2010/10/8).
 - 22) 市野川容孝編. “生命倫理とは何か”, 平凡社, 東京, 14, 2002.
 - 23) 医療保険制度研究会編, “目で見える医療保険白書 平成 15 年版”, ぎょうせい, 東京, 14, 2003.
 - 24) 厚労省「OECD 加盟国の医療費の状況 (2007 年)」, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken11/index.html> (2009).
 - 25) 李啓充 “アメリカ医療の光と影 - 医療過誤防止からマネジドケアまで” 医学書院, 東京, 116-118, 2000.
 - 26) 金子能宏抄. アメリカにおける社会保障制度の給付と財源, “先進諸国の社会保障 7” (藤田伍一他編) 東京大学出版会, 東京, 309-310, 2000.
 - 27) op. cit., supra note 8, p308.
 - 28) Lawrence O. Gostin, Securing Health or Just Health Care? The Effect of the Health Care System on the Health of America, CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS 5th ed. by Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters, Wadsworth, p395, 1999.
 - 29) WHO, The World Health Report 2003 Shaping the Future, pp.148. 152. 172. 176.
 - 30) 厚生統計協会. “国民衛生の動向 2003 年”, 厚生統計協会, 東京, 62, 2003.
 - 31) OECD, “Health at a Glance : OECD Indicators 2003” OECD, 2003. [伊藤友里訳 “図表でみる世界の医療 OECD インディケータ (2003 年版)” 明石書店, 東京, 14, 2004].
 - 32) 前掲注 25) 122-126.
 - 33) 前掲注 25) 129-130.
 - 34) 近藤克則. 公正な医療をめざす「健康の不平等」への取り組み. 公衆衛生 66: 53, 2002.
 - 35) Richard G. Wilkinson, Putting the picture together : prosperity, redistribution, health, and welfare, Social Determinants of Health, ed. by Michael Marmot and Richard G. Wilkinson, 257, 1999.
 - 36) 厚生労働省監修 “平成 11 年版 厚生白書”, 厚生省, 東京, 316-319, 1999.
 - 37) op. cit., supra note 9, p307
 - 38) Health Insurance Coverage in the United States: 2002 (US Census Bureau), Issued September 2003, p2. p15., <http://www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf> (2007).
 - 39) Ibid., pp 15. 16.
 - 40) op. cit., supra note 27, p395.
 - 41) Ibid., p395
 - 42) Ibid., p394.
 - 43) 前掲注 19), 52-53.
 - 44) 石村久美子. アメリカにおける医療へのアクセスと健康権. 藍野学院紀要 22: 31-42, 2008 別冊.
 - 45) 厚労省, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/06/kekka5.html> (2009/9/1).
 - 46) 厚労省医療保険, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html> (2010/10/5).

【注】

- 1 無保険状態の世帯数はH20年で約33万1千世帯(加入世帯の約1.6%)である。H12年の9万7千世帯から3.4倍に増加している。
- 2 国内で最初に「医療費亡国論」を論じたのは、当時厚生省保険局長であった吉村仁氏であった。最近では、医学書院「病院」2010年04月号に「医療の拡大がもたらす社会の厚生-医療費亡国論再考」特集がされている。
- 3 マネジドケアとは、保険会社によって管理された医療を提供することで、医療費削減を最大の目的とする。
- 4 医師の応召(招)義務とは、医師法第19条において「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定されている。
- 5 無保険者や貧困層を救済する目的で、臨床的に安定するまで支払い能力にかかわらずケアを提供する。
- 6 2009年現在、保険者数は合計3,575(国保1953, 組合管掌健保1497, 共済組合77, 後期高齢者47, 旧政管健保1)である。

Abstract

One characteristic of America's health care insurance system is its non-universality, and the existence of a high number of uninsured. However, with the passing of the Affordable Care Act in March, 2010 under the Obama administration, a large step was taken towards reducing the number of uninsured in the country, which some calculate to equal 1 in 7 Americans.

On the other hand, in Japan, which has universal health care insurance, the number of uninsured is increasing. This paper examines whether this trend is due to individual default on insurance premiums or this represents a larger systematic and social problem. By looking at the origins and history of America's non-universal health care system, an understanding may be found to reduce the number of uninsured in Japan.

This paper's findings point to the insistence of universal health care despite the lack of solidarity among Japan's citizens as a point of difficulty. The number of uninsured may be reduced by strengthening national solidarity under a single payer system, as well as systematic consideration of occupation/region and recognition of discrimination and unfairness within the current system.

受付日 2010年10月14日

受理日 2011年1月6日