

CLAIR REPORT No.288

Council of Local Authorities
for International Relations



財団法人自治体国際化協会

“CLAIR REPORT” の発刊について

当協会では、調査事業の一環として、海外各地域の地方行財政事情、開発事例等、様々な領域にわたる海外の情報を分野別にまとめた調査誌“CLAIR REPORT”シリーズを刊行しております。

このシリーズは、地方自治行政の参考に資するため、関係の方々に地方行財政に係わる様々な海外の情報を紹介することを目的としております。

内容につきましては、今後とも一層の改善を重ねてまいりたいと存じますので、御叱責賜れば幸いに存じます。

本誌からの無断転載はご遠慮下さい。

お問い合わせ先

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル19階
財団法人自治体国際化協会交流情報部国際情報課
TEL:03-3591-5482 FAX:03-3591-5346
E-Mail:webmaster@clair.or.jp



古紙配合率100%再生紙を使用しています

米国における医療制度の現状と公立病院の果たす役割について

(財)自治体国際化協会 CLAIR REPORT NUMBER 288 (Aug 31,2006)

財団法人自治体国際化協会
(ニューヨーク事務所)

目 次

はじめに

概 要	i
第 1 章 米国の医療保険制度	1
第 1 節 公的医療保険制度	1
1 メディケア (Medicare)	1
2 メディケイド (Medicaid)	3
3 州子供医療保険プログラム (State Children's Health Insurance Program)	4
4 統計で見る公的医療保険関連の連邦、州、地方自治体の支出	6
5 誰が無保険者で誰が一部保険者か	8
(1) 無保険者	8
(2) 一部保険者	12
第 2 節 民間医療保険プラン	13
1 マネージドケア	13
第 2 章 米国におけるセーフティネット	17
第 1 節 セーフティネット (Safety Net)	17
1 セーフティネットとは	17
2 セーフティネットの位置づけ	18
第 2 節 セーフティネット提供機関が提供する医療	19
1 非返還型医療 (Unreimbursed Care)	19
2 非補償型医療 (Uncompensated Care)	19
第 3 節 セーフティネット提供機関はどのように運営されているのか	20
1 コストシフティング	20
2 非補償型医療に対する基金	22
3 メディケア不均衡負担病院助成金	22
4 メディケイド不均衡負担病院助成金	23
5 メディケア間接医療教育助成金	25
第 3 章 米国における公立病院	27
第 1 節 公立病院の概況	27
1 公立病院はいくつあるのか	27
2 患者の保険別構成及び収入内訳	28

第2節	公立病院の複合的な任務	30
1	救急病院、トラウマセンター、火傷治療センターの運営	30
2	医療改革の拠点	30
3	全米救急対応センター（テロ、流行病、天災等への対応）	31
4	教育指導病院としての役割	31
5	所在地域への貢献	31
6	文化的、言語的ギャップの架け橋	31
第3節	公立病院を取り巻く環境の変化	32
第4節	公立病院の運営形態	33
第5節	公立病院の現状と課題	34
1	外来診療の増加	34
2	一部保険者、無保険者数の増加	35
3	資本不足	36
4	公立病院に対するネガティブなイメージ	37
5	セーフティネット共同監視構想	38
6	病院の提携、ネットワーク構築	39
7	方針転換	39
8	ヘルシー・コミュニティー・アクセス・プログラム	41
第4章	ケーススタディ	42
第1節	マイアミ及びタンパ（フロリダ州）	42
1	フロリダ州の医療環境	42
2	地域の医療施策	44
3	コメント	45
第2節	エルパソ及びヒューストン（テキサス州）	46
1	テキサス州の医療環境	46
2	地域の医療施策	47
3	コメント	48
第3節	ワシントン D.C.総合病院（ワシントン D.C.）	49
1	ワシントン D.C.総合病院の状況	49
2	公立病院運営から官民パートナーシップへの方向転換	50
3	DC 総合病院の閉鎖時の状況	51
4	公立病院の閉鎖及びパートナーシップがもたらしたもの	52
5	コメント	53
総括		54

はじめに

「世界最高水準、かつ最も高価な医療制度¹」。これが現在の米国の医療制度に与えられている評価である。米国は確かに世界最高水準の医療技術、医療設備をもち、最高水準の医療を国民に提供している。医療研究についても多額の資金がつぎ込まれ、米国民はもとより、全世界の国民がこの成果の恩恵に与っている。しかし、その一方で、多くの問題も抱えている。とりわけ、医療費の高騰は深刻であり、国民総生産（GNP）に占める医療費の割合は先進諸国の中でも突出している²。このような医療費の高騰の原因は最高水準にある医療の恩恵に与るための必要な費用という見方もあるが、市場原理に任せた診察費の高騰、処方箋薬の高騰が原因であるというのがその一般的な見方である。連邦政府は医療費を引き下げる、もしくは医療費の高騰を止める様々な施策を実施しているが根本的な解決には至っていない。

本レポートでは、まず、米国の医療制度に重大な影響を持っている米国の医療保険制度について報告し、米国の医療制度の中のセーフティネットに焦点をあてその意義、運営方法を報告すると共に、その核となっている公立病院の果たす役割について報告する。

本レポートが米国の医療保険制度および医療制度、とりわけセーフティネット（安全網）と呼ばれる、医療保険を全く持たない、または十分な医療保険を持っていない国民に対しての医療アクセスを保証するシステムと、そのシステムの中核をなす公立病院の存在を知る上で参考になれば幸いである。

なお、本レポートの作成にあたっては、アメリカ州政府協議会インターナショナルセンターのジョージ・ウィン所長とエイミー・ロバートソンさん、ロチェスター大学医学部内科学教授心電図検査部長秋山俊雄先生のほか多くの方々に多大なご助力をいただいた。ここに改めて厚くお礼を申し上げる次第である。

(財)自治体国際化協会 ニューヨーク事務所長

¹ Bureau of Labor Education University of Maine “The U.S. Health Care System: Best in the World of Just the Most Expensive?” 2001

² 米国はコンスタントに 12%以上であり、他の先進諸国は 10%以下となっている。日本は 7%台。

概 要

第 1 章 米国の医療保険制度

米国は、先進国の中で唯一国民皆保険制度を導入していない国である。人々は、自分の医療保険を購入するか否かの選択を自分の財政状況を考えながら行うことになる。このため医療保険を全く持たない国民（以下「無保険者」という）や、生活に不可欠な医療を十分にカバーできない医療保険しか持たない国民（以下「一部保険者」という）が急増しており、無保険者数はある調査によれば 4 千万人を超えるといわれている。

高齢者の約半数が無保険者であると言われた時代を経て、米国政府は 1965 年、公的医療保険、メディケアとメディケイドを創設した。メディケアは、65 歳以上の高齢者もしくは特定の慢性疾患を抱える人々に対する公的医療保険である。受給者のほとんどが高齢者であることから、一般的には高齢者のための公的医療保険として認識されている。一方、メディケイドは、低所得者³のための公的医療保険である。この 2 つの保険が創設された時点では、もう米国には医療保険の問題は無くなり、全ての国民が医療保険の有無を理由に医療サービスを受けることをあきらめるようなことはなくなると考えられていた。

しかし、現実には無保険者の数は年々増加し、医療へのアクセスは難しくなる一方である。この章では、メディケア、メディケイドという米国における公的医療保険の説明を行うと共に、米国における医療保険の主流である民間医療保険についても説明を行う。

第 2 章 米国におけるセーフティネット

米国は、国民皆保険制度を持たないことから、多くの無保険者、一部保険者を生み出し、彼らを適正な医療アクセスから遠ざけているが、社会として彼らを見捨てているわけではない。無保険者らは、緊急医療措置法⁴などにより法的にも守られているが、最も彼らのよりどころとなっているのは、患者の支払い能力の有無に関わらず患者を診療するという使命に基づいて活動している医療機関の存在である。これらの医療機関は、セーフティネット提供機関(Safety Net Providers)と呼ばれている。米国のセーフティネットの歴史は古く、1700 年代にまでさかのぼる事ができる。セーフティネット提供機関であるか否かは、その医療機関が「患者の支払い能力の有無にかかわらず診療する」というオープンドアポリシーを掲げているか否かで判断される。このようなポリシーを掲げて運営されるセーフティネット提供機関を援助するため、様々な助成金が整備されている。この章では

³ メディケイドには 25 の対象者カテゴリーが存在し、次の 5 つに大きく分けられる。全て所得レベルが一定の基準以下であることが条件となるが、妊婦、扶養家族を抱えた成人、障害者、65 歳以上の高齢者、子供。

⁴ Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA) 1986 年に成立。Anti-Patient Dumping Law (患者放棄防止法)ともいわれ、病院に患者の支払い能力の如何を問わず救急医療を提供しなければならないことを義務付ける法。

セーフティネット提供機関を取り巻く現状を報告する。

第3章 米国における公立病院

米国のカイザー財団（The Henry J. Kaiser Family Foundation）の報告書（1999）によると、米国のコミュニティ病院の25%は公立病院で、1,223病院があると報告されている。しかしながら、同報告書では同時に、公立病院は急速な勢いで閉鎖や合併や民営化を行っているとも報告されている。同報告書によると1985-1995の間で、公立病院の数は約14%減少し、毎年100病院につき1つの病院が閉鎖し、2つは民間経営へと切り替わっている。また全米病院協会（American Hospital Association）が2004年に集計したところによると、公立病院数は1,117病院となっており、カイザー財団の報告を裏付けている。

公立病院がこのような急速に減少している原因は、セーフティネットの中核として「患者の支払い能力の有無にかかわらず診療する」運営方針が、激しさを増す病院産業市場で大きな障害となっていることや、自治体運営であることで運営の自由度が低いことなどが挙げられる。この章では公立病院の現状と社会的な任務及び直面している課題について報告する。

第4章 ケーススタディ

フロリダ州のマイアミ及びタンパ、テキサス州のエルパソ及びヒューストン、ワシントンD.C.のワシントンD.C.総合病院における地域公立病院の抱える問題点について報告する。

第 1 章 米国の医療保険制度

第 1 節 公的医療保険制度

米国は、先進国の中で唯一国民皆保険制度を持たない国である。ただし、米国にも高齢者、障害者、低所得者向けの公的医療保険は存在する。国民はそれらの公的医療保険に加入するか民間の医療保険を購入することになる。後述するように連邦や州政府が提供する公的医療保険は大きく分けて 2 つあり、それぞれメディケア（Medicare：高齢者（65 歳以上）および特定の慢性疾患患者を対象とした医療保険）、メディケイド（Medicaid：障害者、低所得者を対象とした医療保険）と呼ばれている。これら的高齢者、障害者、低所得者等を対象とした公的医療保険が発足する 1965 年以前は高齢者の約半数が無保険者であった⁵と言われている。

米国では現在、国民の 7 人に一人が医療保険をまったく持たない無保険者と言われている。無保険者は医者にかかる際、その医療費を全額自己負担しなければならない⁶。また、何かしらの医療保険に加入しているが、その医療保険が必要な医療費を全額カバーしないことから自己負担額がかさみ、生活を圧迫するか、受診をあきらめる国民も存在する。彼らは一部保険者と呼ばれる。これら無保険者、一部保険者は医療費のコストがかさむことを理由に医者にアクセスすることを避け、本当に重病になるまで病院を訪れることが出来ない。そのような人々が全米に溢れ、セーフティネット提供機関（主に病院や診療所等）の救急室（Emergency Room）はいつも満員の状況である。米国の医療制度を理解する上で、米国の医療保険制度を理解すること、及び誰が無保険者で誰が一部保険者であるか、また彼らへの医療費がどのように処理されるかを理解することは必要不可欠であると思われる。

1 メディケア（Medicare）

メディケアは 1965 年、社会保障法（Social Security Act）の一環として設立された主に高齢者を対象とした公的医療保険である。1966 年 7 月に創設された際には 19 百万人が加入し、連邦統計概要(Statistical Abstract of the United States)によると図 1 に示すように 2003 年現在では、約 41 百万人が加入している。連邦政府が運営する点で、後述する州が独自に運営するメディケイドとは大きく異なる。加入資格は、社会保障や年金などの受給資格のある 65 歳以上の高齢者。末期肝不全患者など、ある慢性疾患を抱える 65 歳以下の国民にも加入資格はあるが、その割合は少なく、一般的に高齢者のための公的医療保険とみなされている。

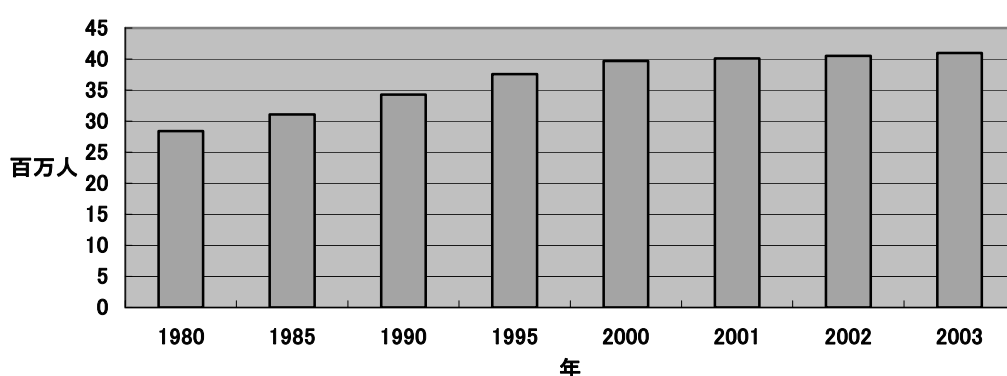
メディケアは 2 つの分野から構成されている。パート A といわれる、入院した際などに発生する病院に対する入院費用を保障する分野と、パート B といわれる、入院の際に発生する医師への医療費支払いや外来医療費を保障する分野である。

⁵ Center for Medicare & Medicaid Services “Key Milestones in CMS Programs”

⁶ メディケイド適格者となり、メディケイドから支払いをしてもらうことも可能であるが、その際には自己財産をメディケイドに加入できるレベルまで「落とす」必要が生じる。

65 歳になって社会保障や年金を受け取る国民は、全て自動的にパート A に加入でき、保険料を支払う必要はない。しかし、パート A 加入者が入院した際には、発生した入院費に対する免責額を支払う必要が生じ、その免責額は年々増加する。一方、パート B は任意加入保険で、毎月の保険料を支払う必要がある。保険料は多岐にわたり、免責額も存在する。免責額以上の医療費に対しては、メディケアがその 80% を支払い、残りの 20% を自己負担額として本人が支払う。メディケアではメディケアが承認した病院、施設での医療費のみを支払うこととなっているため、メディケアが承認していない病院で医療サービスを受けた際の治療費については、全額自己負担しなければならない。また、風邪をひいたので医者に診てもらおうといった簡単な治療（Routine Physicals）や、歯科診療に対しては保障しない。ただし、インフルエンザの予防接種は保障する。このようにパート B では、保障可能な医療と保障不可能な医療が細かく区分されているため、加入者は医者にかかる前にまず、その病院がメディケアの承認を得ている施設（メディケアが医療費を支払う施設）であるか否か、またその治療が保障の範囲内か否かを確認する必要がある。またある一定の貧困レベルの高齢者に対しては、政府の特別援助プログラム⁷が設けられている。

図1 メディケア加入者推移



また、医療サービスに対する保険ではないが、メディケアプログラム開始以来最大の改革といわれ、国民から期待されている制度改革がメディケア・パート D と呼ばれる処方箋薬に対する保険である。米国の医療費高騰の直接的原因のひとつといわれる処方箋薬費用の高騰に対応するため、2003 年のメディケア処方箋薬改善近代化法（Medicare prescription, Improvement, and Modernization Act of 2003. 通称 MMA）の一環としてパート D は設立され、2006 年 1 月 1 日より施行された。見込みでは国民のうち 1,100 万人が対象となると見られ、その中の 600 万人はメディケイドとの同時資格者であるといわれている。運営予算は年間 374 億ドルから 427 億ドルが見込まれている。パート D 加入者は免責額である 250 ドルを支払った後は、購入処方箋薬の総額が 2,250 ドルにな

⁷QMB(Qualified Medicare Beneficiary),SLMB(Specified Low-Income Medicare Beneficiary)といわれるプログラム。それぞれ個人、家庭の所得総額や連邦貧困レベル(FPL: Federal Poverty Level)との関係により参加の適否が判断される。プログラムに参加すると、メディケア・パート B への保険料の支払いがある程度減額される。

るまで購入代金の 25%を支払うだけで、残りの 75%はメディケアが支払うことになる。処方箋薬購入額が 2,250 ドルを超えるところから、3,600 ドルまでは参加者個人が再び負担しなければならず、「ドーナツホール (Doughnut hole)」と呼ばれている。参加者個人の処方箋薬購入代金が 3,600 ドルを超える場合は、1 処方箋薬につき 2 ドル、もしくは 5 ドル、もしくは購入額の 5 %のうちの最も高い額を支払うこととなる⁸。いずれにしても制度が発足したばかりのこの時点では、制度自体も非常に複雑ということもあり、各州の担当者も参加者も非常に混乱している。

2 メディケイド (Medicaid)

メディケイドは 1965 年、社会保障法 (Social Security Act) の一環として設立された。メディケイドは全部で 25 を越えるカテゴリーが存在するが、これらは次のとおり 5 つの区分に大別できる。それはある一定の所得レベル以下という条件での子供、妊婦、扶養者を抱える家庭、障害者、65 歳以上の高齢者である。しかし、一般には、低所得者層のための公的医療保険と認識されている。メディケイドは、生活保護 (public assistance) を受ける資格のある人々や、収入は生活保護を受けるほどではないが医療弱者とみなされる人々を保障する公的医療保険である。全米統計概要によると図 2 が示すように、加入者は年々増加し、1998 年にはじめて 40 百万人を突破した。

メディケアは連邦政府により運営されているが、メディケイドは各州で組織され、州と連邦の資金を併せて運営されている。加入者が医療サービスを受けた病院からの請求額に対して、州と連邦で負担割合を決めて支払うこととなっている。その負担割合は、連邦が毎年の全米所得平均に対する各州の所得平均の比率によって決定している⁹。このように、連邦の負担割合は各州によって異なることになるが、その割合は 50%から 83%の範囲内に予め制限されている。連邦は各州のメディケイドの運営資金についても補助を行っているが、その補助率は通常 50%である。

各州ではそれぞれ独自のメディケイド適格者スタンダードを作成し、タイプ、支払額、支給期間、サービスの範囲を定めている。この結果メディケイドのサービスの質や対象範囲は州ごとに異なっている。2001 年以来、州の経済が悪化してきたこともあり、多くの州でメディケイドプログラムからの医療機関への支払いを削減、凍結したり、オプションサービスの適用範囲を削除、縮小したりするなどサービスの縮小化を図ってきた。この結果、2000 年から 2003 年にかけてのメディケイドの一人当たりの医療機関への支払いの伸びは 6.9%となり、民間医療保険の支払いの伸び 12.6%に比べて著しく低く押さえられた¹⁰。しかし、この結果は加入者にサービス削減等の我慢を強いた結果でもあった。

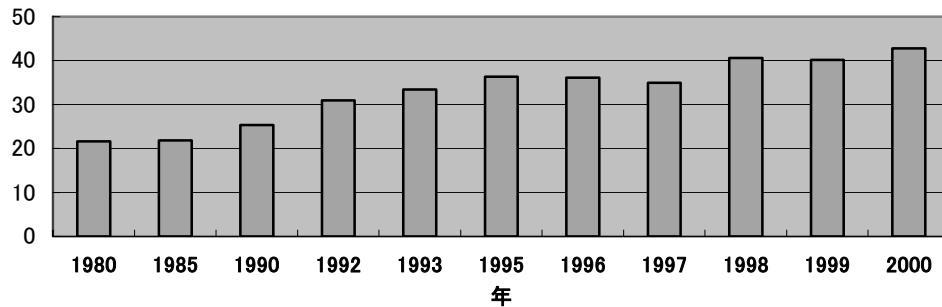
⁸ ジェネリックといわれるブランド処方箋薬と同等の効果を持つノンブランド処方箋薬や予め参加者が指定した処方箋薬は 2 ドル。それ以外の処方箋薬は 5 ドル。しかし、処方箋薬代金が 100 ドルを超えると 5 %の自己負担額が 5 ドル以上となるため、参加者は 5 %の自己負担額を支払う事になる。

⁹ FMAP : Federal Medicaid Assistance Percentage

¹⁰ Holahan and Ghosh 2005 and Kaiser-HRET Surveys 2004

図2 メディケイド加入者推移

百万人



最近、メディケイドのもうひとつの側面であるナーシングホーム（Nursing home）等長期療養施設に入っている高齢者の入所費用サポートがクローズアップされている。これは病院の医療費用ではないが、ホームに入所している高齢者が入所費を支払うなどして全財産を使い果たすと、メディケイド加入資格者となり、メディケイドが彼らに代わってホームの入所費をサポートすることになる。急速な高齢化の波にさらされている米国では、メディケイドは、もはや低所得者層に対する公的医療保険という側面だけではなく、高齢者に対するサポートとしての役割も果たしている。

こうしたメディケイドの高齢者サポート機能について新しい試みも行われている。フロリダ州では2005年に新しい60歳以上の高齢者をサポートするメディケイドプログラムの試行許可を連邦政府より得た。このプログラムはフロリダ・シニア・ケア（Florida Senior Care）と呼ばれ、フロリダ州の2つの地域¹¹で2006年に試行されることになっている。このプログラムによると、加入者はナーシングホームへの入所を極力さけるよう、自宅や地域でこれまで以上のケアをメディケイドプログラムによって受ける事が可能となる。そのケアの中には、プライマリケアの受診や専門医の診療が含まれており、長期養護施設やナーシングホームへ入所しなくて済むような医療サービスを、保険の範囲内で受けることが可能となる。このプログラムが成功すれば、メディケイドプログラムのナーシングホームへの入所費用支出は大幅に抑制されることになる。

3 州子供医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program）

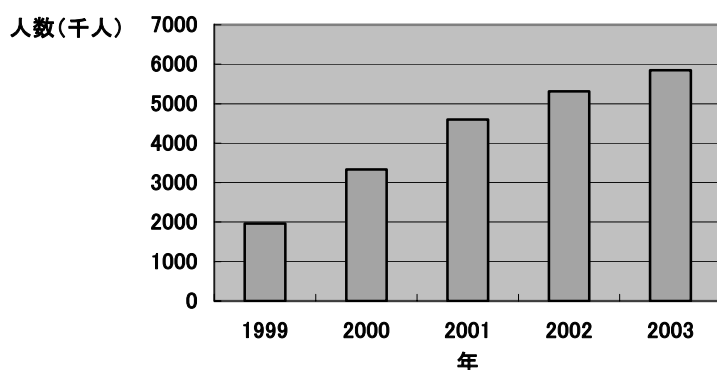
州子供医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program）は貧困レベルが連邦貧困レベル（Federal Poverty Level：FPL）¹²の200%以下の家庭の19歳以下の医療保険を持たない子供に提供される、1997年超党派の議員グループによって承認された公的医療保険プログラムである。この改革は、公的医療保険の歴史の中で最も大きな改革と言われている。彼らの家庭はメディケイドに加入するほど低所得ではないが、

¹¹ フロリダ州北西部（Escambia, Santa Rosa, Okaloosa and Walton counties）とフロリダ州中央部（Orange, Seminole, Osceola and Brevard counties）

¹² 保健社会福祉省が設定する、ある家庭が衣食住に必要な最低限の年間・月間収入金額。家族形態（1～8人）によって個別に設定される。インフレ率で補正され、毎年2月、貧困指針（poverty guidelines）の中で報告される。ちなみに2004年の年間連邦貧困レベルは1人家族が\$9,310、4人家族が\$18,850、5人家族が\$22,030。

民間の医療保険を購入するほど裕福でもない。州子供医療保険プログラムの最大の目的は、医療保険を持たない子供の数を減らすことである。ある研究機関¹³によると、1997年の州子供医療保険プログラムが導入される前には、連邦貧困レベルが200%以下の家庭の子供のうち23%が無保険者であったが、その数値は2002年には16%にまで減少している。全米統計概要によると、図3が示すように、2003年6月現在、このプログラムに全米の全州で約59百万人の子供が加入している。この数値は、2002年6月現在に比べて7.3%増であった。しかし、その増加率は1998年以降最低の増加率でもあった。2002年から2003年にかけて、全米の37州で加入者は増加したが、その一方で13の州では加入者が減少した。その理由は、州の財政悪化や加入者数に上限を設定したことによる。また、参加費用や保険料を値上げした州もあった。このようなマイナス要因は、将来490,000から650,000人の子供たちの同プログラムへの加入に影響を与えているとされている。

図3 州子供医療保険プログラムの加入者数推移



州子供医療保険プログラムは、州政府が負担した額に連邦が助成するシステムをとっている。連邦の助成率は、65%から85%に設定されている。この数値は、メディケイドの50%から83%より高く設定されている。州は、この連邦からの助成金を受けるための最低限の基準設定を連邦から要求されている。それは、メディケア・メディケイドセンター¹⁴に州の州子供医療保険プログラムの概要を報告し、その執行方法及び目標を明らかにした上で、同センターより事業執行の承認を受けることである。州によって、この州子供医療保険プログラムを単独事業として行っている州もあれば、メディケイドプログラムの一環として行っている州もあり、一部単独、一部一環として行っている州もある。2002年12月現在では、単独実施州が20州。メディケイドの一環で行っている州が16州。組み合わせて行っている州が15州となっている。

州子供医療保険プログラムは、1998年から2007年にかけて総額400億ドルを各州に配分することになっている。1997年10月から2000年10月までは各州の連邦貧困レベル200%以下（2004年現在、連邦貧困レベル200%とは、3人家族で年収31,340ドル

¹³ Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured

¹⁴ The Center of Medicare and Medicaid。メリーランド州のボルチモア郡に本部をおき、公的医療保険を管理している。

であることを意味している)の医療保険を持たない子供の割合に応じて、毎年各州に配分されていた。2000年11月からは各州の医療保険を持たない低所得者層の子供に加えて低所得者の保険を持つ子供もその割合の中にカウントできるようになった。報告¹⁵によると2004年7月現在、家庭の収入が連邦貧困レベル200%未満の子供に同プログラムの参加資格を与えている州は12州、連邦貧困レベル200%の家庭の子供に参加資格を与えている州は23州及びワシントンD.C、連邦貧困レベル200%より高い家庭の子供に参加資格を与えている州は15州となっている。

州子供医療保険プログラムは、政府からの単年度助成金を、州が当該年を含め3年度間使用することを認めている。何らかの理由で執行されずに残った助成金は翌年度以降2年間にわたって繰り越すことが可能であり、予算の弾力的な活用が可能となっている。

2003年の夏、ブッシュ政権は過去において不執行であった27億ドルの州子供医療保険プログラム用予算を復活させた。これは、予算不足でプログラムの執行に支障が出ている州を保護するための措置であった。

州子供医療保険プログラムは実験的にその対象範囲を広げている。具体的には、助成対象基準の連邦貧困レベルを200%からそれ以上に引き上げること¹⁶や、対象を子供以外に広げることである。しかし、対象範囲を子供以外に広げることについては、プログラムの本来の目的を危うくすることだとして批判する意見もある。

州子供医療保険プログラムは成功しているという一般的な評価を得ている。しかし、それでも全米にはまだまだ医療保険を持たない低所得者層の子供たちが大勢いて大きな社会問題となっている。

4 統計で見る公的医療保険関連の連邦、州、地方自治体¹⁷の支出

連邦全歳出に占める1987年から2000年までのメディケア、メディケイド、その他の医療施策の歳出額及び割合の変遷は全米統計概要によると図4、5のとおりである。連邦の医療施策にかかる歳出は2000年には2,371億ドルに達した。1987年当時の総医療施策歳出は685億ドルであることから、この施策での歳出の伸びは約3.5倍となる。1987年当時37%であった連邦の全歳出に占めるメディケイドの歳出割合は、2000年には51%となっている。メディケアの歳出は1998年に一旦減少したが、それは連邦政府がメディケアに対する州の不正請求、乱用を厳しく取り締まった結果である。大統領選挙をはじめ米国の大きな選挙の際には、常に大きな政治問題として取り上げられる医療及び医療保険施策や医療費予算は、米国のあらゆる行政レベルにおいて喫緊の政治課題となっている。

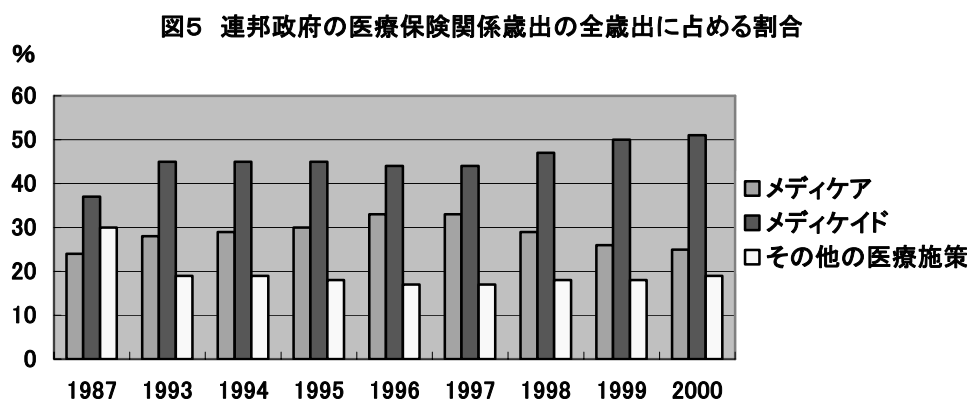
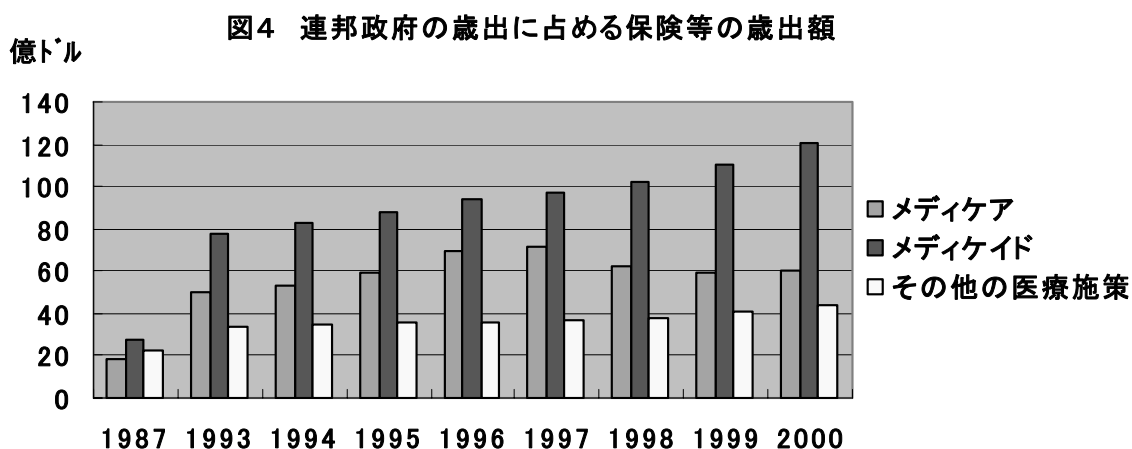
ブッシュ政権は2004年、2005年の連邦政府予算案において、メディケイドに関する連邦から各州政府への負担金を定額交付金(Block Grant)化しようと試みた。しかしながら、いずれも失敗している。連邦政府のメディケイド予算が定額化されれば連邦政府

¹⁵ “Enrollment Uninsured Low-Income Children in Medicaid and CHIP, Figure 4” March 2005
KAISER FAMILY FOUNDATION

¹⁶ カリフォルニア州は250%、コネチカット州は300%、ニュージャージー州は350%に試験的に引き上げている。

¹⁷ 郡、市町村を指す。

は急増するメディケイドの予算からある程度解放されることになる。この予算案からも、連邦政府の公的医療保険に対する態度を窺い知ることが出来る。



州及び地方自治体¹⁸の全歳出に占める 1987 年から 2000 年までのメディケイド、病院補助金、その他の医療施策の歳出額及び割合の変遷は全米統計概要によると図 6、7 のとおりである。医療関係総歳出は 1987 年当時総額 516 億ドルであったのが、2000 年には総額 1,479 億ドルとなり約 2.9 倍の伸びとなっている。その中でもメディケイドは 1987 年には 228 億ドルであったが、2000 年には 861 億ドルとなり、全歳出の 41%を占めると共に額も 3.8 倍と大幅に伸びている。これらの図からも明らかなように、メディケイドの歳出を減少させることが、州及び地方自治体にとって最優先の財政課題となっている。

¹⁸ 郡及び市町村を指す。

図6 州、地方自治体の歳出に占めるメディケイド等の歳出額

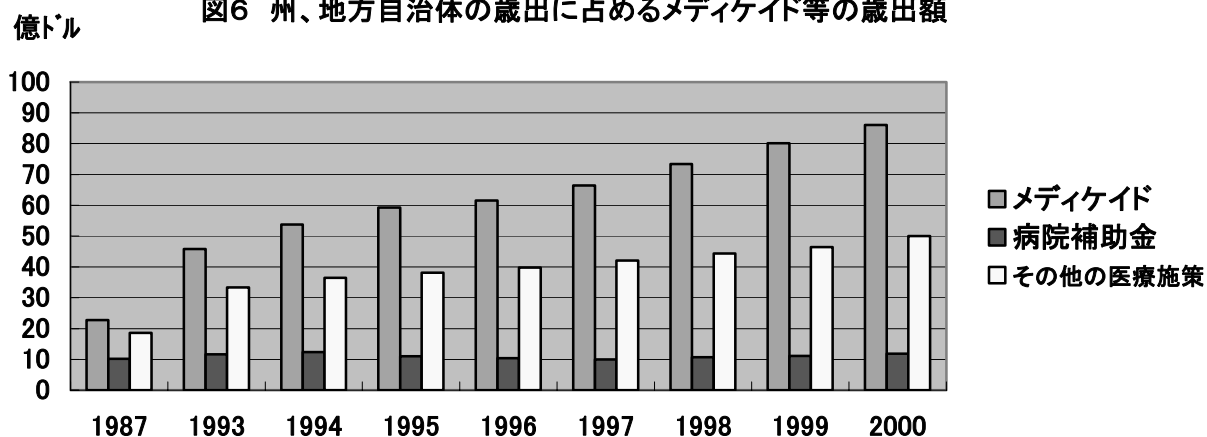
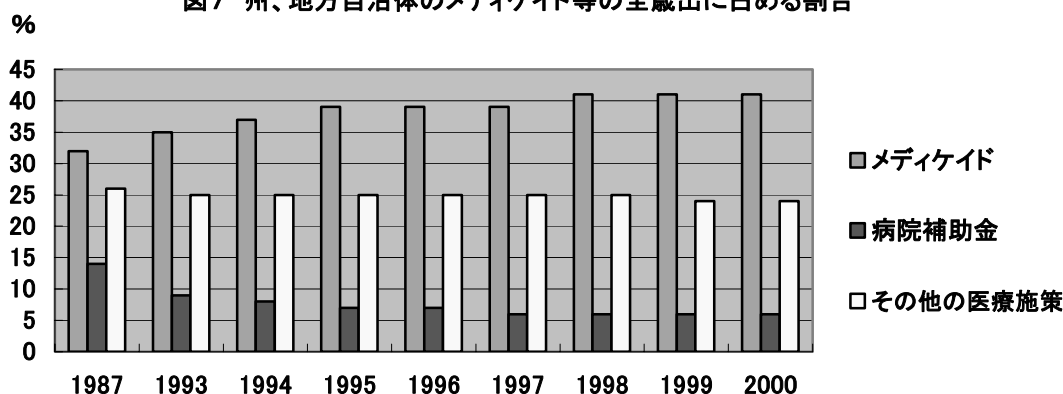


図7 州、地方自治体のメディケイド等の全歳出に占める割合



5 誰が無保険者で誰が一部保険者か

(1) 無保険者

米国は、先進国の中で唯一、国民皆保険制度を導入していない国である。このため、「無保険者」や「一部保険者」を抱え、その数は年々増加し続けている。2003年5月米連邦議会予算事務局（CBO：Congressional Budget Office）は、「医療保険がどれだけ不足しているか¹⁹」という資料を作成し、米国民の無保険者数を調査している。この資料によると、無保険者の数は流動的で、同じ調査期間の間でさえも調査時期によって大幅に変動する。その理由としては、国民の中に一旦仕事をやめ新しい仕事に就くまでの間、無保険の状態になるものがあることがあげられる。連邦議会予算事務局は、この資料の中で、無保険者の数を21百万人から31百万人と見積もっている。他の調査では40百万人超とも言われる²⁰無保険者であるが、調査方法、調査時期によってその数値は流動する。また、この中には一部保険者の数が含まれていないため、医療保険の不備、不足のため、また高止まりする医療費のため、必要な医療をあきらめる米国民の数は相当数に上ると推定される。

無保険者が誰であるかを規定する前に、米国民がどのような種類の医療保険に加入し

¹⁹ “How many people Lack Health Insurance and For How Long?” May 2003 CBO

²⁰ “Statistical Abstract of the United States:2004-2005” U.S. Census Bureau No.140 Persons with and without Health Insurance Coverage:2002 によると無保険者は全米で43,574千人（15.2%）

ているかを明らかにする。最も多いのは、雇用先の企業が福利厚生の一環として従業員に提供する民間医療保険である。この保険にしても、企業が従業員に無償で与えることは少なくなり、従業員は、企業が契約した特定の民間医療保険会社と交渉後の価格²¹で契約を結ぶことになる。調査²²によると図8に示すように、このような企業があっせんする医療保険の契約者数は、全米で1億74百万人、2004年人口で59.8%の国民が加入している。メディケアに加入する国民は39.7百万人で2004年人口の14%。メディケイド(含む州子供医療保険プログラム:SCHIP)に加入する国民は、37.5百万人で人口比12.9%となっている。無保険者は、45.8百万人で人口比16%となっている²³。

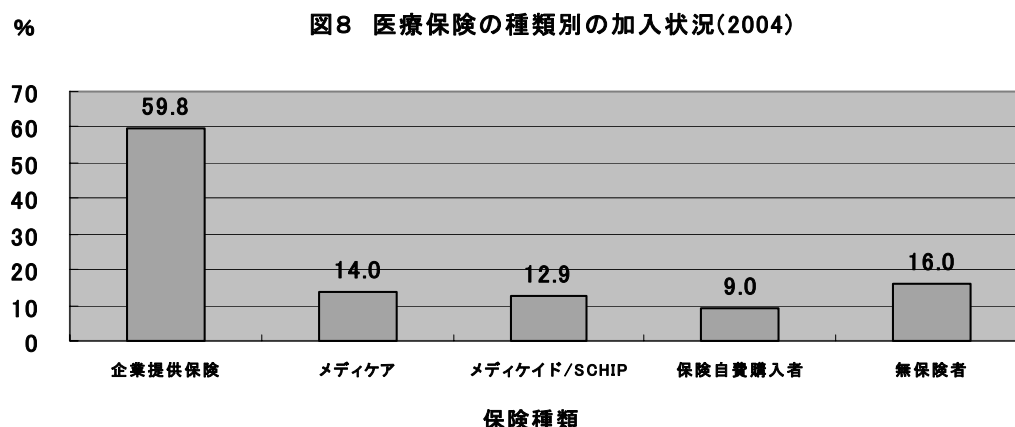


図9²⁴は連邦貧困レベル(FPL)別の無保険者の割合を示している。これによると連邦貧困レベル200%未満における無保険者の割合は全無保険者数の53%を占めていることがわかる。連邦貧困レベル300%未満の無保険者の割合は全無保険者の72%を占めほぼ無保険者の4人に3人が連邦貧困レベル300%未満に集中していることを示している。

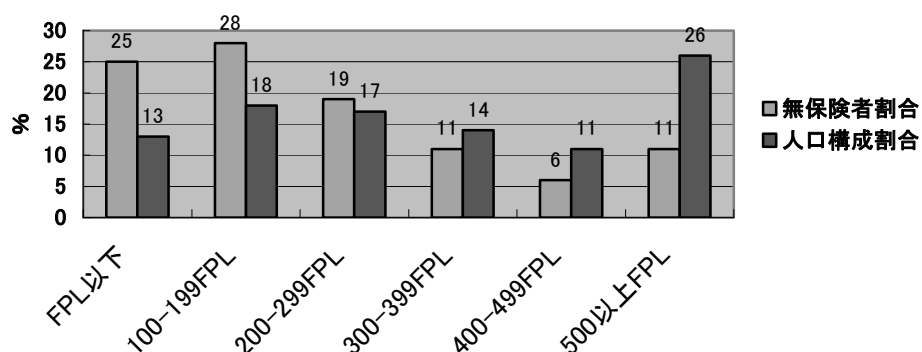
²¹ 従業員を大量に抱える企業は、大型の医療保険の契約を保険会社にもたらすことを理由に保険料の大幅な値引き交渉を行う。この結果、従業員は個人で加入するより格安で医療保険を手に入れることができる。しかし、医療費全体の急騰を受けて保険料は年々大幅に高くなり、保険料の企業負担額に耐えられなくなった企業の中には保険料の企業負担金額を引き下げたり、医療保険の従業員への提供自体を福利厚生から除く動きも起きている。

²²“Overview of the Uninsured in the United States: An analysis of the 2005 Current population Survey” Sep. 22, 2005 U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation

²³ 図8のパーセンテージの合計が100%を超えるのは、個人で複数の種類の医療保険に加入している場合があるためである。

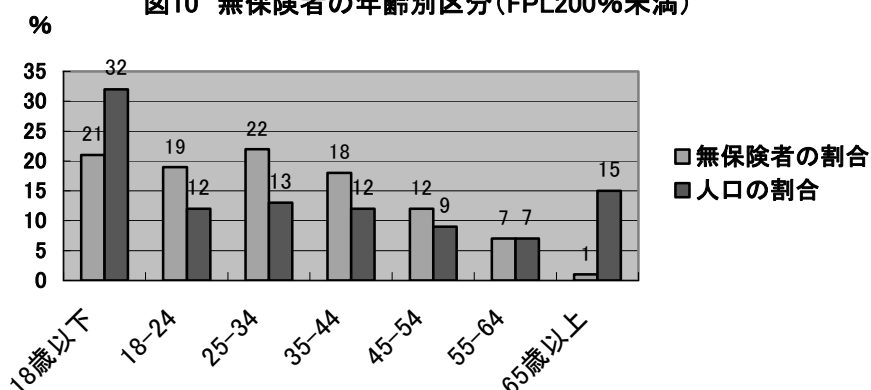
²⁴ 22と同じ。

図9 連邦貧困レベル(FPL)別の無保険者の割合(2004)



連邦貧困レベル 200%未満の無保険者年齢別区分は、図 10²⁵のとおりである。25 歳から 34 歳の区分が最も無保険者率が高く 22%。働き盛りの 18 歳以上 44 歳以下の年齢層の無保険者が、全無保険者数の 59%を占めている。65 歳以上の無保険者全体に占める無保険者率が約 1 %と低いのは、高齢者用公的医療保険メディケアが存在する効果である。

図10 無保険者の年齢別区分 (FPL200%未満)



無保険者のうち 85%の人々は、パートタイムかフルタイムの職についている家族と同居している。多くの無保険者は低賃金で働く人々で、その内の約 55%の人々は年収 2 万ドル以下の収入である。また、農業やサービス業や小売業や建設業に従事する人々は、他の産業の人々よりも無保険者になりやすい傾向がある。

²⁵ 22 と同じ。

割合(%)

図11 人種に見る無保険者の割合

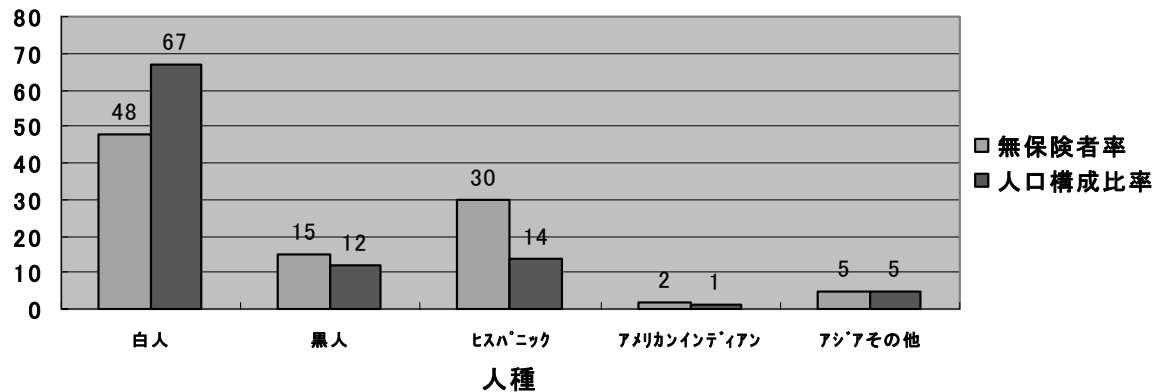


図11²⁶に示すように無保険者の割合を人種別にみると、人口構成比率の最も高い白人が無保険者人口も最も高く全無保険者の48%を占めている。一方、ヒスパニックは、人口構成比率(14%)に比べ無保険者の割合が高く、全無保険者の30%を占めている。ヒスパニックは建設業や農産業のように、雇用主負担医療保険を従業員に提供することの少ない産業についている人々が多いことから、ヒスパニックの無保険者率が高いのは貧困レベルに関係があるのではなく、就業産業傾向に影響があると言われている。

米国における無保険者数の社会構造に基づく増加原因としては、次のような要因があげられる。

- ① 生産分野（雇用者負担医療保険が主流）からサービス分野（雇用者負担医療保険は非主流）へと経済構造が大きく転換した。
- ② 大規模産業より小規模産業へと経済が移りつつある。小規模産業は十分な医療保険の提供を従業員に行う余裕がない。
- ③ 保険料負担を雇用者から従業員へとシフトさせる流れがある。その結果、多くの従業員が医療保険を持つことをあきらめることになった。米連邦労働省によると、中・大規模企業で従業員の保険料を全額負担していた企業は1980年当時74%あったが、1993年には37%にまで落ち込んだ²⁷。他の研究によると、1989年から1996年の間に保険料を雇用者が負担する企業は25%以下に減少した²⁸。
- ④ 企業負担医療保険は、従業員の扶養家族に対する医療保険を削減してきた。また、従業員自身も保険料負担率が高いことから扶養家族の保険料の支払いに抵抗を感じている。労働省のデータによると、1980年にはフルタイムの従業員の54%が扶養家族の保険料の全額負担を企業から受けていたが、1993年にはその割合は21%までに下落している²⁹。
- ⑤ 生活保護を受けている人々が、働き始めることによって医療保険を持てなくなるケー

²⁶ 22に同じ

²⁷ Fronstin, Source of Health Insurance, 22

²⁸ “Million more workers will be priced out of insurance, study predicts,” American Hospital Association News(23 Feb 1998), as cited in the Lewin Group, Inc. estimates(1998)

²⁹ Fronstin, Source of Health Insurance, 22

スがある。彼らは保護を受けている間はメディケイドの対象者であったが、働き始めると医療保険を提供してくれる企業に就職することが最初は困難であることから、雇用開始後数年間は無保険者となる傾向がある。青少年に関する研究によると、生活保護を離れた3年後の家庭では、69%の母親が雇用状態であるにも関わらず、62%の母親と53%の子供は雇用者負担医療保険に加入していなかった³⁰。

（２）一部保険者

一部保険者にはいくつかの定義方法があるが一般的には、仮に重症に陥った時に、彼らの収入の10%以上を医療費支払いにあてなければならない者を、一部保険者と呼んでいる。この定義に当てはめてみると、1994年当時では、65歳以下の国民の約19%は一部保険者とみなされた。これは29百万人に該当し、同じ定義では1977年には12.6%で、20百万人であった³¹。

無保険者や一部保険者の人口統計上の特徴は、低所得者に集中しているということである。あらゆるレベルの政府がいくら予算を使っても、連邦貧困レベルの200%から300%にある個人にとっては、彼らの脆弱な所得の中から医療保険料を捻出する余裕はない。加えて、現在の政府が取り組んでいる保険適用範囲の拡大提案の中には、無保険者層の主流を占める18歳から34歳の年齢層の人々は含まれていない。

このような状態で、無保険者や一部保険者は、彼らが必要とした時に必要な医療サービスを受けられるのであろうか。研究が示すところでは、彼らは十分な保険を持っている人々と同等の治療を受けることはできない。無保険者等が救急医療サービス以外の医療サービスを受けることや、一般診療室で治療を受けることや、入院を許可してもらうことは困難である³²。彼らは、後述するセーフティネット提供機関で治療を受けることが可能であるが、それでも依然として予防的医療を受けることは難しい。先に述べた無保険者数の社会構造における増加原因に加え、無保険者や一部保険者となりうる可能性が高い人々の特性は次のようなものである。

- ①メディケイド加入資格のない、働けない³³もしくは働いていない人々
- ②高額医療を必要とする慢性疾患を抱える人々
- ③親の保険に加入できない若い独身成人で、雇用者負担医療保険に加入できない人々
- ④雇用主から薦められた保険への加入を断った人々（おそらくは過度の負担金供出を迫られたため）

³⁰ Robert A. Moffit and Eric P. Slade, "Health Care Coverage for Children Who Are On and Off Welfare," *The Future of Children Welfare to Work* 7, no.1(Spring 1997): 92-93

³¹ Pazmela Farley Short and Jessica S. Benthin, "New Estimates of the Underinsured Younger Than 65Years," *JAMA* 274, no.16(25 October 1995): 1305-1306

³² Brenda C. Spillman, "The Impact of Being Uninsured on Utilization of Basic Health Care Services," *Inquiry*, 29(Winter1992):457-466; Paul W. Newacheck et al., "Health Insurance and Access to Primary Care for Children," *The new England Journal of Medicine* 338, no. 8(19 February 1998): 513-519, Karen Davis et al., "Health Insurance: The Size and Shape of the Problem," *Inquire*, 32(Summer1995): 196-203; Barbara A. Bartman, Ernest Mory, and Lawrence J D'Angelo, "Access to Ambulatory Care for Adolescents: The Role of a Usual Source of Care," *Journal of Health Care for the Poor and underserved* 8, no 2(1997): 214-225

³³ 一端大きな病気を患い、それが回復したとしても既往歴で保険料が高く設定される者は再雇用先を見つけることが困難なケースがある。

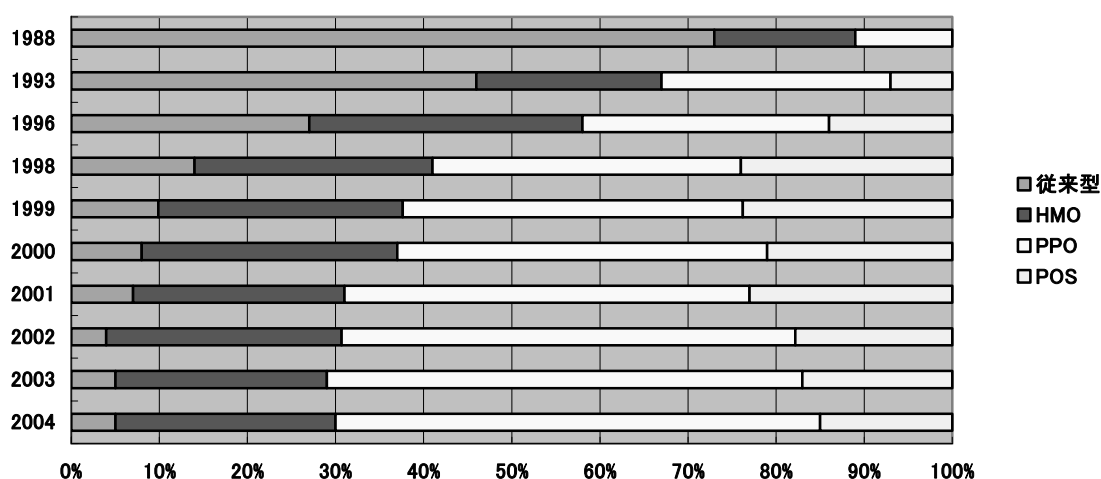
- ⑤移民（合法移民も不法移民も含めて）
- ⑥慢性疾患患者または障害者（支払いが彼らの保険適用を超える人々）
- ⑦精神疾患、薬物依存（他の保険適用と比較して精神疾患は制限される傾向にある）
- ⑧ホームレス

第2節 民間医療保険プラン

1 マネージドケア

国民皆保険制度を持たない米国では、医療保険は、民間保険会社から各自が様々な方法で購入すること³⁴が常識であった。民間保険会社は、様々な種類、適用範囲の保険を用意し国民のニーズにこたえてきた。1965年に高齢者、障害者、低所得者を対象とした公的医療保険（メディケア・メディケイド）が設立された後も、非高齢者、非障害者にとって医療保険は個人責任で加入するものであり、保険会社は病院側からの請求に基づき、保険加入者の医療費を支払ってきた。

図12 保険タイプ別加入者状況



ところが、1980年代に入ってこのシステムに変化が生じた。保険会社が、病院の言い値の医療費を支払うことを拒み始めたのである。理由は、高騰を続ける医療費の支払いに保険会社が不満を持ち、それに連動して発生する保険料の高騰を、企業も個人も喜ばなかったからである。こうした不満を背景に保険会社はマネージドケア（Managed Care 管理医療）という保険プランを編み出した³⁵。

マネージドケアの標準化された定義は存在しないが、一般的には、それまでは、医師や病院の判断に完全にまかされていた医療サービスと、その対価設定を保険会社で監視、

³⁴ 勤務する企業が福利厚生の一環として、無償もしくは費用補助して提供する医療保険を入手することを含む。

³⁵ マネージドケアは HMO（Health maintenance organization）や PPO（Preferred provider organization）、POS（Point of service）などの保険タイプの総称であり、そのなかでも HMO の歴史は古く、原型は 1929 年にロスアンゼルスで発足した。その後 1973 年の公衆衛生法の追加修正法で包括的な医療保障体制を構築すること、医療費を抑制することを意図して HMO 法が制定された。

管理することによって、医療費を下げながら質の高い医療を提供すること³⁶、ということになる。図 12³⁷に示すように保険タイプ別の加入者の割合は、1980 年以降大きく変化している。従来型として示した出来高払い方式は、1988 年の 73%から 2004 年には 5%にまで激減し、その一方で、マネージドケアは 1988 年の 25%（HMO³⁸16%、PPO³⁹11%）から 2004 年には 95%（HMO25%、PPO55%、POS⁴⁰15%）と激増した⁴¹。

このマネージドケアが新しい手法といわれるのは、医療機関はマネージドケアを扱う保険会社から患者を斡旋される代わりに、医療費を下げるための様々な要求を呑まなければならないということである。李啓充の「市場原理に揺れるアメリカの医療（医学書院 1998）」によると、様々な要求とは「①『門番』としての主治医制度、②利用度管理、③症例管理」である。

「『門番』としての主治医制度」とは、「患者に、保険会社が作ったリストの中から主治医を選定させ、入院、救急受診、専門医受診に際しては、主治医の了解・同意を得ることを義務付ける。また主治医に対しては、例えば頭割り（Capitation）の支払いを行うことで、医療コストを減らす経済的動機を与える。つまり、行われる医療内容にかかわらず、受け持ち患者数に応じて定額の支払いを保証し、何もしないほど医師の収入が多くなるようにするのである。主治医は保険会社の門番として「不必要」な医療が行われることを防止するよう期待される」。

「利用度管理」とは、「患者に提供される個々の医療サービスの内容について、その適切さを保険会社が判断する。「不必要」な治療が行われないよう、そして「必要」な治療がきちんと行われるように、保険会社が医師を見張るのである。例えば、「もっと安い治療法がある」とか、「この治療なら外来でできる」というご託宣が医師に伝えられる」。

「症例管理」とは、「問題のある（たいていは、医療費のかさむ）症例に症例管理者（通常は保険会社に雇われた看護婦）を選任し、「効率的」な医療が行われるようにする。例えば、在宅の喘息あるいは糖尿病患者と密接に連絡を取り、救急受診や入院などの結果を招かないようにしたり、末期の患者を受け持ち「不必要な」医療が行われないように監視する」（上記「」内は李啓充の「市場原理に揺れるアメリカの医療（医学書院 1998）」から引用）。

いずれも医療の内容にまで踏み込むものであり、患者を直接診る医師と、保険会社側でその症例について判断する担当者との間でいさかいが絶えない。医療費を下げることを目的に民間医療保険に積極的に導入され始めたマネージドケアは、全米統計概要によると図 13 から分るように、

³⁶ National Kidney Foundation “Managed Care: Questions and Answers”

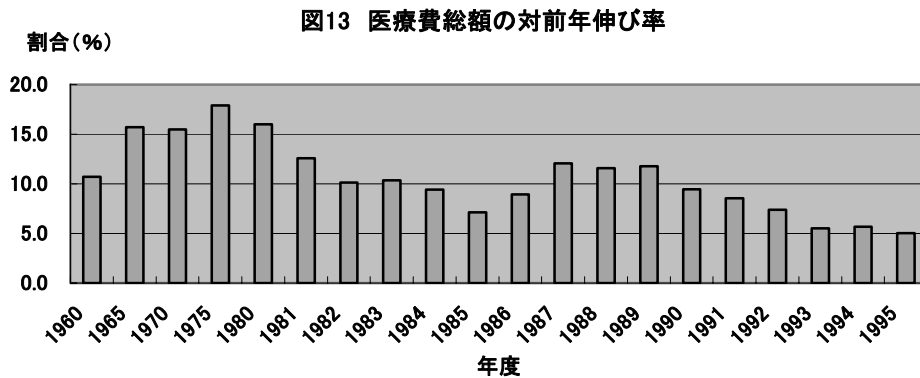
³⁷ “Trends and indicators in the Changing Health Care Marketplace. Exhibit 2.3: Health Plan Enrollment for Covered Workers, by Plan Type, 1988-2004” Kaiser Family Foundation

³⁸ Health maintenance organization の略。患者の医師選択の自由を制限する代わりに安価な保険料を提供する保険システム。

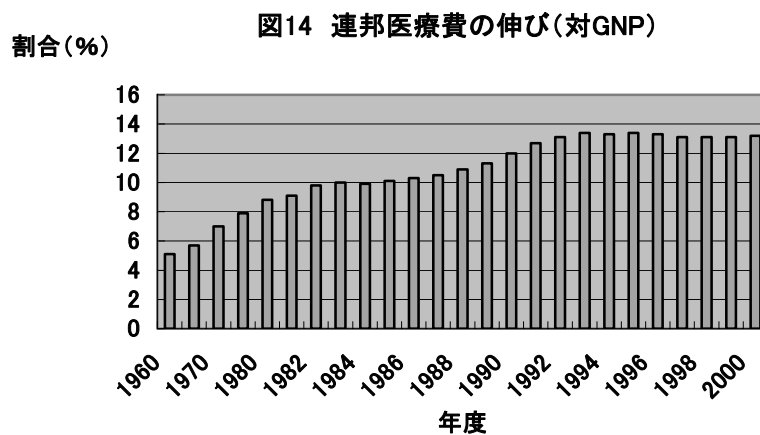
³⁹ Preferred provider organization の略。HMO に比べ患者の自由度の高い保険システム。

⁴⁰ Point of service の略。HMO と PPO の両面を併せ持つ制度。医師にかかるまで HMO と PPO のどちらの制度を使うか決めないでおく保険システム。

⁴¹ Kaiser Family Foundation “Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace” Exhibit 2.3: Health Plan Enrollment for Covered Workers, by Plan Type, 1988-2004

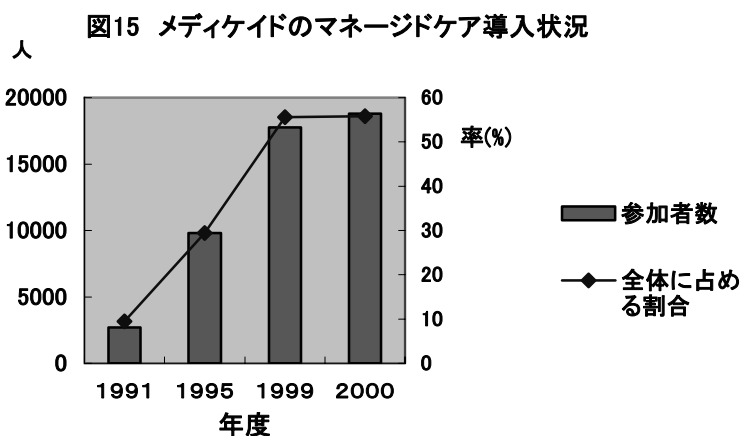


1980 年以降医療費総額の対前年度伸び率を低下させた⁴²。また、各年度の GNP と医療費をもとに医療費の対 GNP 比の比較を示したものが図 14 である。この図からも 1980 年以降伸び率が鈍っていることがうかがえる。

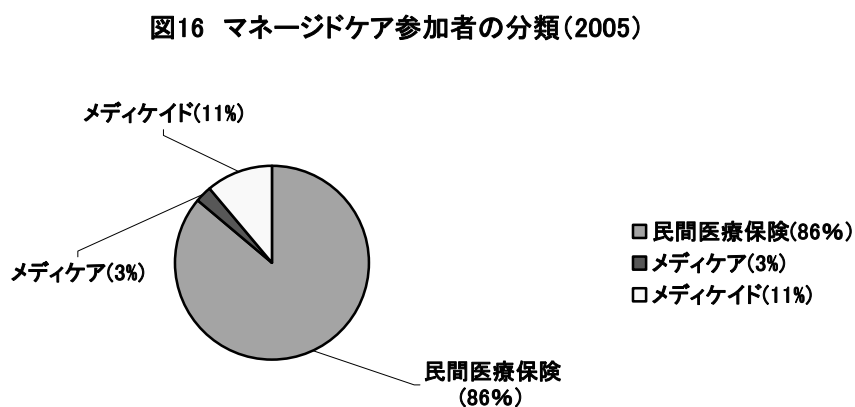


マネージドケアのシステムは、公的医療保険であるメディケアやメディケイドにも導入された。メディケイドにおけるマネージドケアの導入状況は全米統計概要によると図 15 に示すとおりである。1991 年、メディケイドにおける同システムへの加入者は 2,696 人で全体の 9.5%に過ぎなかったものが、2000 年には 18,786 人となり全体の 55.8%までに急増した。

⁴² 1960 から 1980 までは 5 年刻みの統計のため便宜上 5 年ごとの伸び率を 5 で割り年平均を算出した。



マネージドケア全体における保険の種類別の割合を示したのが図 16⁴³である。86%が民間の医療保険であり、残りの 11%がメディケイド、3%がメディケアとなっている。



⁴³ “Managed Care Enrollment” AIS Market Data

第2章 米国におけるセーフティネット

第1節 セーフティネット (Safety Net)

1 セーフティネットとは

米国は、多くの無保険者、一部保険者を抱え、彼らを医療アクセスから遠ざけているが、社会として彼らを見捨ててしているわけではない。彼らは緊急医療措置法⁴⁴などにより法的にも守られているが、最も彼らの拠り所となっているのは、患者の支払い能力の有無に関わらず患者を診療するという使命に基づいて活動している医療機関が存在しているということである。これらの医療機関はセーフティネット提供機関 (Safety Net Providers : 以下「セーフティネット提供機関」という) と呼ばれている。

セーフティネット提供機関を医療の最後の拠り所としているのは、次のような人々である。

- ① 無保険者や一部保険者（保険の適用範囲の十分でない人々）
- ② 移民やマイノリティの人々
- ③ ホームレス
- ④ 慢性疾患患者
- ⑤ 障害者
- ⑥ 周産期の妊婦
- ⑦ 幼児
- ⑧ 事件の被害者
- ⑨ 精神病患者
- ⑩ 薬物依存者

上記のほとんどが前章で述べた無保険者や一部保険者になりやすい人々と重なる。彼らは、医療へのアクセスが制限され、金銭的な問題から症状が重くなり、救急室に行くことになるまで医者にかかることができない。セーフティネットは、まさに彼らにとって健康のための最後の救護網である。

セーフティネット提供機関を明確に定義することは困難であるが、一般的には低所得者、無保険者、そのほか医療的弱者等、医療費の支払いが困難な人々に対して、必要な医療サービスを提供している医療機関と捉えられている。その医療機関がセーフティネット提供機関であるか否かは、その医療機関の運営形態によって区別されるのではなく、財政的理由や医療保険の有無を理由に医療へのアクセスを制限もしくは閉ざされている人々に、それらの状況如何に関わらず医療サービスを提供しているかということによって区別されている。

⁴⁴ Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA) 1986年に成立。Anti-Patient Dumping Law（患者放棄防止法）ともいわれ、病院に患者の支払い能力の如何を問わず救急医療を提供しなければならないことを義務付ける法。

米国医学研究所の報告⁴⁵によると、セーフティネット提供機関の中核を成している機関には次の2つの特徴があるといわれている。

- 1) はっきりとした使命に基づき、支払い可能な患者か否かの判断をすることなく患者を受け入れるという“オープンドアポリシー⁴⁶”を掲げている機関であること
- 2) その病院の患者構成において、無保険者、メディケア、メディケイド、その他医療弱者の患者を十分に受け入れていること

セーフティネット提供機関においてどの程度、医療弱者の患者が受け入れられているかを計るにはいくつかの指標が存在する。その指標が一定基準を超えると、その医療機関は十分に医療弱者である患者を受け入れていると判断され、政府がセーフティネット提供機関を助成するために創設したメディケア・メディケイド不均衡負担病院助成金等の助成金の受給資格を得ることになる。ただし、これらの数値基準を満たしていなければセーフティネット提供機関といえないというわけではなく、一般的な傾向ということであることを注意しなければならない。

2 セーフティネットの位置づけ

2000年3月に発表された「米国のセーフティネット：存在しているが危機に瀕している」という医学研究所（IOM: Institute of Medicine）のレポート⁴⁷のタイトルにもなっているが、米国におけるセーフティネットは制度的にもプログラムとしても、つぎはぎだらけで包括的でも統一的でもない。また、セーフティネットの制度自体の規模も充実度も各州において様々である。加えて、セーフティネット内の医療機関の脆弱な政治力や、それに付随する運営資金の減額・削減、一方でますます増加する無保険者、一部保険者数、競争が激しくなる医療市場による影響を受けて、セーフティネット内の公立病院や他の医療機関は存続の危機に瀕し、セーフティネット自体の存在を危うくしている。

ある調査⁴⁸によれば、米国民の96%は無保険者等が必要な時に医療サービスを受けられる医療機関が必要であると回答している。セーフティネットは、このような高い社会的ニーズに反して財政的には誰からも省みられない立場にある。無保険者や一部保険者に医療サービスを提供するという困難な命題を抱え込み、その一方でその命題の実現に必要な資金も奪われ、世間の厳しい批判にさらされている。そうした中で、セーフティネット提供機関の中核である公立病院等は、以前にもまして一層厳しい立場に立たされ、その結果閉鎖に追い込まれたり、民間の医療機関に吸収、売却されている。

⁴⁵ The Institute of Medicine's 2000 report, American's Health Care Safety Net: Intact But Endangered,

⁴⁶ 支払い可能な患者か否かを判断すること無く患者を受け入れる病院の方針。

⁴⁷ Institute of Medicine report "American's Safety Net: Intact But Endangered" March 2000

⁴⁸ NAPH "What does the American public think about safety net hospitals?"

第2節 セーフティネット提供機関が提供する医療

セーフティネット提供機関で行われている医療は当然、セーフティネット外の病院で行われている医療と変わらない。しかし、次のような特徴をあげることができる。

1 非返還型医療（Unreimbursed Care）

保険会社から病院へ支払われる返還額（保険金額）が、病院が請求した請求額を下回る場合の医療を非返還型医療という。米国の医療費は長い間、病院側の設定基準に基づいて医療費が設定され、個人や保険会社に請求され支払われてきた。いわば病院側の言い値に基づいて医療費が決まり、保険会社等は支払いを行ってきた⁴⁹。しかし、前述したマネージドケアの浸透に伴い、保険会社は病院の言い値での保険金支払いを拒み始め、医療費というよりは医療の質、内容にまで病院側、医師側に注文を出し始め、結果として医療費の請求額を管理することとなった。病院は、これまでの病院側にとって都合の良い医療費設定の権利を剥奪されたことから、これまで通りの医療費を請求しても保険会社からの返還金が病院からの請求額を下回るケースが生まれた。

「第3章 米国における公立病院」の「第1節 公立病院の概況 2 患者の保険別構成及び収入内訳」で後述するように、ニューヨーク州の病院における救急医療室では、患者一人当たり平均約400ドルかかっているが、メディケイドが病院に支払う金額は約95ドルと試算されている。この医療サービスが非返還型医療であり、生じる差額の約305ドルが非返還型医療費ということになる。

非返還型医療で注意しなければならないのは、この非返還型医療費が病院の収入額（保険会社からの支払額）と費用額（適正な医療費請求）との差に算出の根拠を置いているのではなく、むしろ病院の収入額（保険会社からの支払額）と請求額（病院側が決める医療費請求）との差に根拠を置いていることにある。

2 非補償型医療（Uncompensated Care）

低所得者、無保険者、一部保険者の医療を説明するのに使われる最も一般的な用語である。医療費の支払いを期待できない患者に対する医療サービスであり、ボランティアケアもしくは、チャリティケア（「無料診療」と呼ばれる医療サービスの総称である。非低所得者や支払い能力がありながら支払わないという患者に対する医療サービスにも適用される場合があるが、医療費を支払える能力がありながら医療費を払う意思の無い患者によって生まれる負債は悪性負債（bad debt）と呼ばれ、基本的には区別される。

非補償型医療であるか否かの基準は、州ごとに異なっている。例えば、マサチューセッツ州では連邦貧困レベルの400%以下の患者に対する医療サービスを、非補償型医療とみなしている。また、バージニア州やオハイオ州では、連邦貧困レベルの100%以下の患者に対する医療サービスを、非補償型医療の対象としている。病院には、患者の医療費を非補償型医療とみなす前に請求医療費の徴収努力を行っている病院もあれば、徴

⁴⁹ 出来高払い（pay-per-service）と呼ばれる支払い方法。しかし、この形式はマネージドケアの台頭により崩壊した。

収努力も行わずに非補償型医療とみなす病院もある。このような病院は請求医療費の多寡に関わらず、患者の支払い能力を見て非補償型医療か否かを判断している。一部保険者の支払えなかった医療費の多くは、悪性負債として処理されるが、一部保険者の支払えなかった医療費は、患者の貧困レベルによっては非補償型医療の一部となり得る可能性もある。それを病院側がしっかりと選別せず悪性負債として処理することは、正確な非補償型医療に費やした費用を計算する上で障害となる。しかし、この判断を厳格に行うには、患者の貧困レベルの把握を厳格に行うことが前提となるため、医療以外の複雑な問題も含まれてくることから現実には厳格に対応することは困難である。

第3節 セーフティネット提供機関はどのように運営されているのか

セーフティネット提供機関は、非補償型医療の資金確保のため様々な対策を講じている。その主な対策は、民間医療保険会社へのコストシフティングや、メディケア、メディケイド不均衡負担病院助成金などの連邦政府助成金や、州や地方自治体からの助成金や、他のプログラムから直接助成などである。公立病院及び健康機構全米協会（National Association of Public hospitals and Health Systems(NAPH)）⁵⁰によると、メディケア不均衡負担病院助成金なしでは、同協会の会員病院は、メディケア患者の治療費に対して82%しか費用回収できず、メディケイド不均衡負担病院助成金なしでは、同協会の会員病院は、メディケイド患者の治療費に対して80%しか費用回収できないとしている。下記に述べる資金調達手段は、セーフティネット提供機関にとってどれも非常に重要なものばかりであるが、マネージドケアや病院産業全体の価格競争、合併を含む医療市場の変化や、非補償型医療に対する政府施策の変更等によって大きな影響を受けている。

1 コストシフティング（Cost Shifting）

コストシフティングは、無保険者や一部保険者に対して医療サービスを行う際に発生する未・不回収医療費を、病院側が民間医療保険会社への医療費請求額に付け替えることである。コストシフティングによって民間医療保険会社は、その保険会社の医療保険加入者の実際の医療費より多くの金額（コストシフティング分）を、病院側から請求されていることとなる。一方メディケア、メディケイドは、病院からの請求額の全額を病院に支払っているわけではない。この請求額に対する不足金を他の民間医療保険に加入している患者の医療費に上乗せ、すなわち、コストシフティングし、民間の医療保険会社から支払いを受けることによって、病院側は非返還型医療や非補償型医療によって生じる歳入の不足分を補ってきた。

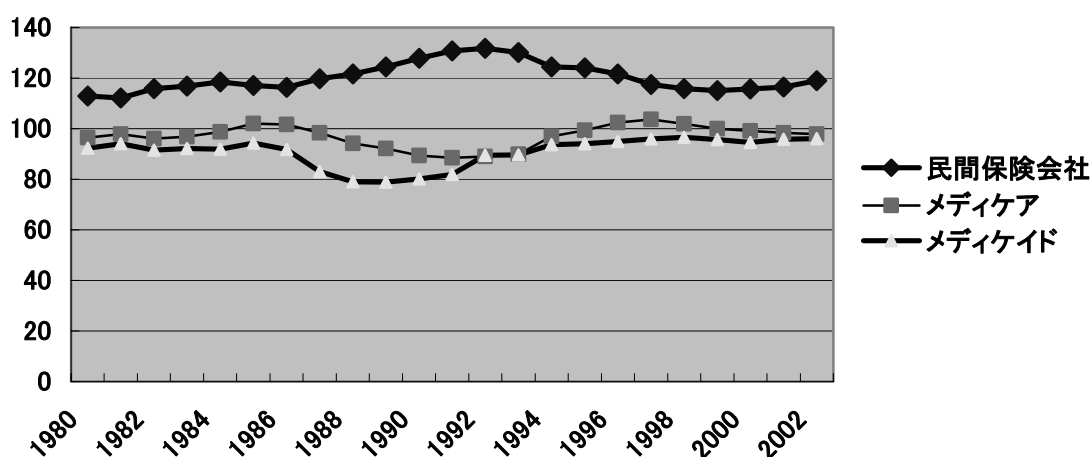
図 17⁵¹が示すように、病院の実際の医療費に対する民間保険会社と公的医療保険の返

⁵⁰ 1980年7月に設立。会員病院数82（2002年現在）。公立病院の支持団体として大きな意義を持ち、メディケア・メディケイド不均衡負担病院助成金制度の確立に大きな役割を果たした。

⁵¹ “Trends and Indications in the Changing Health Care Marketplace, Exhibit 6.9: Community Hospital Payment –to-Cost Ratios, by Source of Revenue, 1980-2002” Kaiser Family Foundation

還率⁵²には大きな開きがあった。1992 年民間保険会社の返還率は 131.8%であり、その一方、メディケアの返還率は 89%、メディケイドの返還率は 89.5%であった。1996 年から 1998 年はメディケアの返還率が 100%を超えた（1997 年が最高で 103.7%）が、メディケイドは 1980 年から一度も 100%を超える返還率となったことはない（1998 年の 96.6%が最高値）。一方、民間保険会社の返還率は、1992 年の 131.8%をピークに減少し始めたが、100%未満となったことはない。それでもマネージドケアという保険プランが病院産業に広がり、病院の医療費の請求に制限をかけ、一定期間の定額保険支払額を前払いするなど病院への支払い方法を変更したことから、病院側のコストシフティングの余地は減少したと言われている⁵³。

図17 保険別の医療費に対する返還率



一方で、病院側よりコストシフティングされている民間医療保険会社は、この実費以上の余分な医療費の支払いを、加入者の保険料に上乗せすることによって会社の利益を賄っている。2005 年、雇用者負担の医療保険の保険料は、このコストシフティングのために年間 922 ドル余分に支払っており、個人購入分の医療保険の保険料では、年間 341 ドルの余分の支払をしているという調査結果がある⁵⁴。当然、無保険者も医療を受ければできるだけ自己資金でその医療費を支払おうとしている。同調査によると、無保険者への医療、すなわち非補償型医療費の約 35%は無保険者本人からの自己負担によって賄われている。では、残りの約 65%はどうなるのか。概ね、その 3 分の 1 は政府の助成金等で補填される。そして残りの 3 分の 2 は民間医療保険会社によって賄われる。すなわちコストシフティングされる。それはいずれ企業、個人の保険料に上乗せされることにな

⁵² 保険会社からの返還額を実際にかかった医療費（病院の利益を含まないもの）で除したに数値。実際は病院側が利益を乗せたり、コストシフティングした請求額を保険会社への請求するため請求額とおり支払えばその値は 100%を超える。グラフに使用した数値は The Lewin Group analysis of American Hospital Association Annual Survey data, 1990-2001

⁵³ Michael A. Morrissey, Hospital Cost Shifting, A Continuing Debate (Employee Research Institute, December 1996) によると、コストシフティングはこのような保険の新しい形、病院市場の価格競争により死滅するだろう、と報告された。

⁵⁴ Families USA New report from Families USA June 8, 2005(revised July 13, 2005) “Paying a Premium: The Increased Care for the Uninsured”

る。

2 非補償型医療に対する基金

いくつかの州（マサチューセッツ州、ニューヨーク州、ニュージャージー州、オハイオ州及びフロリダ州）では、無保険者の医療費を本人に代わって病院に支払うための基金を設立している。この基金は、州によってその名称等は異なる。ここでは非補償型医療基金(Uncompensated Care Pool)と呼ばれているマサチューセッツ州の事例をもとにこの基金の説明を行う。

マサチューセッツ州の非補償型医療基金のまとめた報告書⁵⁵によると、同州の非補償型医療基金は 1985 年に設立された。この基金は、「無料医療基金 (Free Care Pool)」とも呼ばれ、医療保険を持たない、または財政的な理由で医療へアクセスできない低所得者層の医療費を、本人に代わって病院に支払うことを目的としている。州民のうち所得レベルが連邦貧困レベルの 200%以内の者⁵⁶が受ける医療は、「完全無料医療(Full Free Care)」と呼ばれ、この基金によって彼らの医療費が肩代わりされている。所得レベルが連邦貧困レベルの 200%から 400%の者は「部分的無料医療 (Partial Free Care)」の対象者とされ、その医療費の一部が基金によって援助される。家族収入の 30%を越える医療費を支払わなければならない、十分な財産も無い家庭に対しても、州は同基金が援助する事を認めている。彼らは「医療的困難(Medical Hardship)」の対象者と呼ばれる。また、病院が無保険者に対して救急医療を提供し、その医療費を患者本人から徴収できなかった際の病院の負債に対しても、同基金からの援助がある。

2001 年にはその基金の約 80%が完全無料医療によって使用された。残りの約 19%は無保険者に対する救急医療に対して使用され、1 %を少し上回る率が部分的無料医療に使用され、0.1%が医療的困難に使用された。

同基金は 3 種類の財源で成り立っている。一つは病院からの負担金収入、もう一つは患者が医師へ支払う医療費⁵⁷への上乗せ金、最後は政府の拠出金である。2001 年病院からの負担金収入は 215 百万ドルで、政府からの拠出金は 30 百万ドルであった。医療費への上乗せ金は上限が 100 百万ドルと設定されており、年度によって、その上乗せ率が異なっている。2001 年は 1.8%、2002 年は 2.15%、2003 年は 1.85%であった。

3 メディケア不均衡負担病院助成金

(Medicare DSH Payments : Medicare Disproportionate Share Hospital Payment)

メディケアの病院に対する支払方法が、病院からの請求額に基づく支払いから、包括支払方式⁵⁸へと移行していった 1980 年代に、メディケア不均衡負担病院助成金が成立した。メディケア不均衡負担病院助成金の目的は、低所得メディケア患者に対する医療を、

⁵⁵ the Massachusetts Health Policy Forum “The Uncompensated Care Pool: Saving the Safety Net” 2002 Oct 23

⁵⁶ マサチューセッツ州には 2000 年現在、116,850 人の非高齢者の同カテゴリー対象州民がいる。

⁵⁷ 医療費の中でも、病院での診療費と外来手術センターの医療費に限定されている。

⁵⁸ 具体的には DRG/PPS (Diagnostic Related Groups, PPS: Prospective Payment System) と呼ばれる保険料支払い方式。疾病をグループ化し、これを年齢、医療行為等で細分化し、医療行為に対して一定の金額を予め設定しておく方法。1983 年にメディケイドに導入され、医療費の抑制に効果をあげた。

均衡を欠くほど行っている病院に対して十分にその医療費を補償することと、彼らの治療へのアクセス方法を確保することである。メディケア不均衡負担病院助成金は、例年約 470 億ドル支払われている⁵⁹。

メディケアが連邦運営の公的医療保険であることから、同助成金受給対象病院であるか否かの基準や助成方法は、全米統一基準で法令化されている。ただし、その基準は病院の立地（例えば、郊外部、都心部、地域で唯一の医療機関であるか等）や病床数によって若干変動する。現在は、その病院がどの程度低所得者の治療を行っているかを表す「不均衡負担患者割合(the disproportionate share patient percentage)」によって助成金の受給適否が決定され、そのカテゴリーは 16 段階に区分されている。不均衡負担患者割合は、次の計算式によって導かれる。

$$\text{不均衡負担患者割合} = \frac{\text{メディケア受給者のうち生活保護を受けている患者⁶⁰の入院日数}}{\text{メディケア受給患者の入院日数}} + \frac{\text{メディケイド受給患者の入院日数}}{\text{総入院日数}}$$

全米の急性期病院⁶¹のうち約 40%がメディケア不均衡負担病院助成金を受けているが、助成金額は特定の病院に集中している。メディケア不均衡負担病院助成金の約 95%以上が都市部の病院に助成され、また、助成金の半分以上が全米の約 250 病院に集中している。

1997 年に成立した財政均衡法⁶²により、病院に対するメディケア不均衡負担病院助成金は 1998 年から 2002 年の 5 年間で毎年 1 %ずつ削減されることとなった。加えて、連邦議会は保健社会福祉省⁶³に患者選別と、メディケア不均衡負担病院助成金の計算方法の見直しを求めた⁶⁴。現在の計算方式は、メディケイドと生活保護を受けているメディケア患者のみを低所得者とみなし不均衡患者負担割合を算出して、無保険者の低所得者を計算から除外している。公立病院及び健康機構全米協会では、現在の計算方法では病院が扱う低所得者層患者の実数を反映していないとして、非補償型医療患者の数も計算に含めるべきだと主張している。

4 メディケイド不均衡負担病院助成金

メディケイド不均衡負担病院助成金は、1980 年代に著しい数のメディケイド患者や低所得患者を診療する病院をサポートするために設立された。メディケア不均衡負担病院助成金とは異なり、メディケイド不均衡負担病院助成金は、各州によってそのシステムが異なる。共通したメディケイド不均衡負担病院適格基準もなければ、統一した助成方

⁵⁹ NAPH “What are Disproportionate Share Hospital (DSH) payments?”

⁶⁰ Medicare Supplement Security Income (SSI)

⁶¹ 入院が必要である患者や手術など、高度な医療を必要とする患者を主体に対応する病院のこと。また 24 時間開院していることを義務付けられている。

⁶² Balanced Budget Act 1997

⁶³ U.S. department of Health and human Services

⁶⁴ 2005 年現在、計算方法に見直しは行われていないが、2001 年 4 月より不均衡負担病院の認定にメディケア DRG（疾病別定額制）支払いによる補正が行われることとなった。

法も存在しない。州は、メディケイド不均衡負担病院助成金を創設する責任すらない。しかし、州がその助成金制度を設け、病院に同助成金を支払えば、連邦も州が病院に助成した額と同額の助成金を病院に助成することとなる⁶⁵。州によっては、事実上州内の全ての病院をメディケイド不均衡負担病院に認定している州もある。これに対して連邦では認定における最低基準を設けて、次の要件を満たす病院は必ずメディケイド不均衡負担病院に認定しなければならないことにしている。

- 1) その病院の低所得者利用率⁶⁶が 25%以上であること、
- 2) メディケイド利用率⁶⁷が、その州の平均メディケイド利用率よりも 1 標準偏差以上高いこと。

各州には、不均衡負担病院助成金をより多くの病院に行き渡らせるために多くの病院を不均衡負担病院に認定する自由裁量がある。加えて、各州には、同助成金をどのように不均衡負担病院に振り分けるかについて自由裁量がある。各州ではメディケイド入院患者率を参考にしたり、低所得者利用率やメディケイド利用率を参考にするなどして、その振り分けを行う。カリフォルニア州では 2004 年、州の不均衡負担病院の認定方法を改正し、認定方法を病院の患者構成によるのではなく、ある特定の治療（例えば新生児医療）を行っているか否かで判断することとした。一方、他の州では、連邦より緩やかな既定を設けて、州にある多くの病院を不均衡負担病院に指定し助成を行っている。

メディケイド不均衡負担病院の認定に関する州の幅広い自由裁量は、1990 年代の前半に同助成金の乱用を招いた。州政府は病院への課税や、病院にいったん流した資金を政府に戻し入れることにより、州の助成金を病院から吸いあげ、連邦からの助成金すらも病院に助成せずに他の行政ニーズに回していた。1988 年、メディケイド不均衡負担病院助成金は合計 4 億ドルであったが、このような州政府の助成金乱用もあって 1995 年にはその総額は州と連邦を併せて 190 億ドルに急増した。連邦政府は、連邦政府の財政負担を軽減すること、及び不均衡負担病院を資金的に援助するという同助成金の本来の目的を明確にするために州の裁量権を制限した。

現在、メディケイド不均衡負担病院助成金には 2 つの助成額受給制限が設けられている。一つは病院に対する受給額制限⁶⁸で、もう一つは州に対する受給額制限⁶⁹である。1997 年に制定された財政均衡法により、メディケイド不均衡負担病院助成金は 1998 年から 2002 年までの 5 年間で 104 億ドル削減されることとなった。しかし、この計画は 2000 年に成立したメディケア等改善保護法⁷⁰により一時的に緩和された。このメディケア等改

⁶⁵ 制度上は州政府が 50 ドル出せば連邦政府も 50 ドルを出し、不均衡負担病院は 100 ドル受け取れる。

⁶⁶ LIUR:Low-income utilization rate のこと。その病院のメディケイドによる収入を総収入で除した率と無料入院患者請求額を総請求額で序した率との合計。

⁶⁷ メディケイド患者の入院日数を総入院日数で除した率。

⁶⁸ Hospital-specific DSH caps と呼ばれ、その病院で行われる非補償型医療費の 100%に設定されている。

⁶⁹ State DSH allotment と呼ばれる。1991 年の州の不均衡負担病院助成金プログラムの規模によって定められている。理由は 1991 年がこの制度の発足年であったからである。その年の州のメディケイド関連支出のうち不均衡負担病院助成病院(DSH)への支出が 12%以上であった州はその後いかに同 DSH への支出が増えようとも 1991 年の支給額に助成金配分の上限が設定されるが、1991 年にその州の DSH への支出が州のメディケイド関連支出の 12%以下だった州は 12%になるまで州の助成金配分上限は上昇する。

⁷⁰ The Medicare , Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000 通称 BIPA。

善保護法は、削減が続く同助成金に苦しむ公立病院を救済することを目的に、一時的⁷¹に病院に対する受給額制限を自院の非補償型医療費の 175%までに拡大設定した。ただし、この緊急措置に該当する病院の中には、民間営利病院は含まれていない。2003 年以降の同助成金の州に対する助成制限は、各州の都市部消費者物価指数（CPI-U：Consumer price index for urban consumers）によって設定される。

様々な歴史的変遷を経たが、メディケイド不均衡負担病院助成金は現在もセーフティネット提供機関にとってその使命を果たすために最も重要な資金源である。

5 メディケア間接医療教育助成金（Medicare Indirect medical Education (IME) Payments)

セーフティネット提供機関のうち、公立病院はその多くが教育病院として、多くの医療関係学校卒業生や外国からの研修医に対して医療関係教育を行う機会を提供している。そこでは、専門性の高い患者診療に対する医療教育や研究が行われている。教育病院では、彼らへの教育や研究目的にあわせて、最新かつ最も先進的なサービスや設備を提供する必要があり、非教育病院と比べ追加コストが必要とされている。教育病院の使命は、病院の運営コストを引き上げ、ひいては教育病院における患者一人当たりの医療費を引き上げることとなった。連邦政府は、このような教育病院の追加コスト負担を認め、メディケアプログラムにおいて包括支払方式⁷²を採用する病院に対して、メディケアの上乗せ支払いを行うことを認めた。1982 年、このメディケアプログラムからの支払額に対する上乗せ金は、メディケア間接医療教育助成金として立法化された。

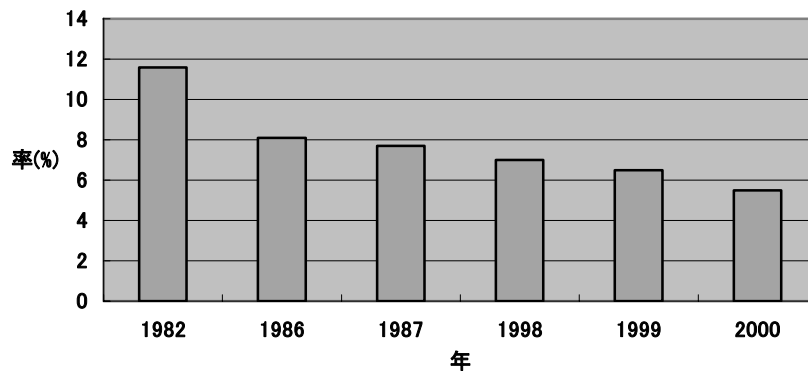
保健社会福祉省はこの上乗せ率を定めるにあたり調査を行い、病床数に対する研修医等の割合⁷³が 10%上昇するごとにメディケア入院患者にかかる費用は、約 5.79%上昇するという結果を得た。しかし、この報告の 2 ヶ月後、連邦議会予算事務局が、保健社会福祉省の報告は低すぎ、現実には、そのほぼ 2 倍に該当する 11.59%も費用が上昇していると報告した。この結果、最初の上乗せ率は 11.59%と定められたが、その後、この上乗せ率は幾度か引き下げられてきた。この上乗せ率の変遷を図に表すと図 18 のようになる。また、2003 年には上乗せ率は 5.5%まで引き下げられている。

⁷¹ 2002 年 9 月 30 日以降に制定される会計年度で 2 年間。

⁷² Prospective Payment System (PPS) と呼ばれる保険の医療費支払方式。日本のように実際に患者にかかった費用による出来高方式とは異なり、予め一定の診断名や症状をひとまとめの医療として金額を算出し、一定の診療費（保険金）が支払われる制度。医者は患者への診断に必要な以上の費用をかけすぎると予め定められた医療費より実際の医療費がかかってしまうため、無駄な医療を防ぐ動機付けが働くとされている。病院医療費を抑える効果があるといわれ、米国で DRG（疾患別関連群）と共に 1983 年立法化以降急速に広がった。

⁷³ Interns and Residents per hospital Bed (IRB)。病床 100 床当り 5 人の研修医がいれば IRB は 5%ということになる。

図18 メディア間接医療教育助成金の上乗せ率の変化



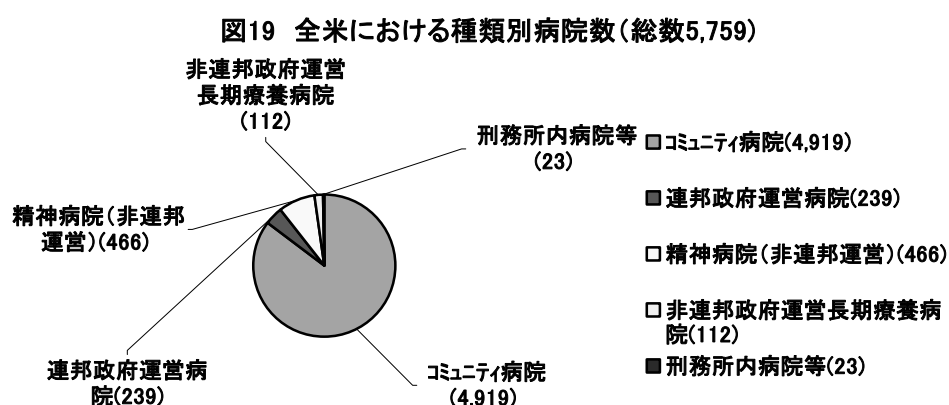
全米の大学病院を含む大規模教育病院では、この助成金がなければ研修医等を病院内で教育することは不可能である。多くの教育病院は、1年間に研修医一人当たり20万ドル程度の助成金の受け取っており、そのうち5万ドルから7万ドルが研修医の給料等となり、それ以外の金額が受入病院のために使用され、施設の充実費や教授陣への支払いや病院運営費に回されることになる。

第3章 米国における公立病院

第1節 公立病院の概況

1 公立病院はいくつあるのか

米国において、公立病院はいくつあるのだろうか。全米病院協会⁷⁴ (American Hospital Association) によると米国内には 2004 年現在、図 19 に示すように 5,759 病院があり、そのうちの 4,919 病院がコミュニティ病院と分類されている。コミュニティ病院とは、非連邦政府運営、短期療養病院であり、産婦人科、耳鼻科、口腔その他特殊専門病院もその中に含まれる。この分類から連邦政府運営の病院（239 病院）や精神病院（466）がはずされるのは、その対象とする患者が特殊または限定されており、国民のだれしものが受診できるものではないためである⁷⁵。

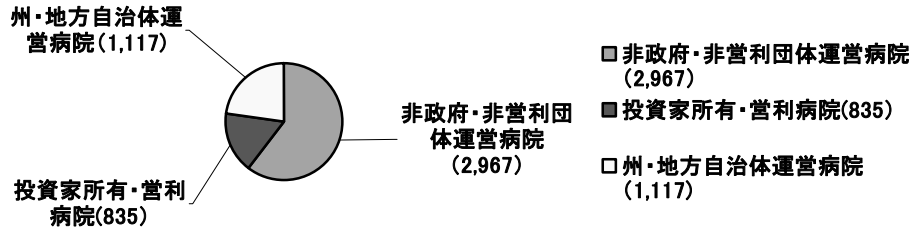


4,919 のコミュニティ病院のうち、図 20 に示すように 2,967 病院は非政府もしくは非営利団体運営コミュニティ病院である。1,117 病院は州立もしくは地方公共団体立コミュニティ病院である。残りの 835 病院は投資家所有、もしくは営利団体運営コミュニティ病院である。

⁷⁴ The American Hospital association(AHA)。1898 年に設立。全米 5,000 以上の病院、診療所等、37,000 名以上の医師が加盟する最大規模の団体。

⁷⁵連邦政府の病院はその対象患者が退役軍人、軍関係者、ネイティブアメリカン、等に著しく制限されている。

図20 コミュニティ病院内の運営形態別病院分類
(総数4,919)



また、公立病院の民営化に関するカイザー財団の報告書⁷⁶(1999)によると、コミュニティ病院のうち25%は州または地方自治体運営の公立病院で、その数は1,223病院。しかしながら、同報告書では同時に、このような公立病院は急速な勢いで閉鎖や合併や民営化を行っているので、正確な数を把握することは難しいとしている。同報告書によると1985-1995の間で、公立病院の数は約14%減少し、毎年100病院につき1つの病院が閉鎖し、2つは民間経営へと切り替わっている。全米病院協会集計による公立病院の数が2004年現在で1,117病院、カイザー財団の報告書における公立病院数が1999年現在で1,223病院であり、5年間で106病院が何かしらの理由で減少している事実は、毎年多くの公立病院が減少していることを報告したカイザー財団の報告書を裏付ける結果となっている。また、全米統計概要によると1980年には1,778病院あった公立病院が2002年には、1,136病院となり、642病院(36.1%)が減少した。

2 患者の保険別構成及び収入内訳

2000年、公立病院及び健康機構全米協会の会員病院は、一病院当たり入院患者と外来患者診療の合計で、平均4億10百万ドルの医療サービスを提供していると計算している。保険種類別に発生医療費の割合を見ると、図21⁷⁷に示すように、33%はメディケイド患者、28%が自費診療または無保険者となっている。メディケア患者は20%、民間医療保険加入患者は19%となっている。一方、病院には平均で約2億30百万ドルの歳入がある。図22⁷⁸に示すように、2000年歳入の40%がメディケイド、18%がメディケアの支払い、17%が連邦及び州政府からの補助金であり、合計75%が連邦や州、地域からの収入であった。また、18%は民間医療保険から、残りの7%は自費もしくは無保険者からの収入であった。

⁷⁶ “Summary of Findings : Privatization of Public Hospitals,” January 1999, prepared by Economic and Social Research Institute for the Henry J. Kaiser Family Foundation

⁷⁷ National Association of Public hospital and Health Systems(NAPH) www.naph.org

⁷⁸ 77に同じ。

図21 NAPH加入病院の保険別医療費

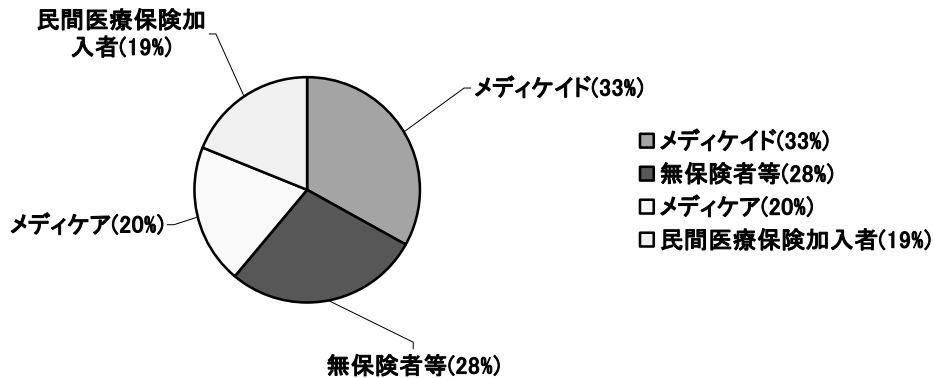
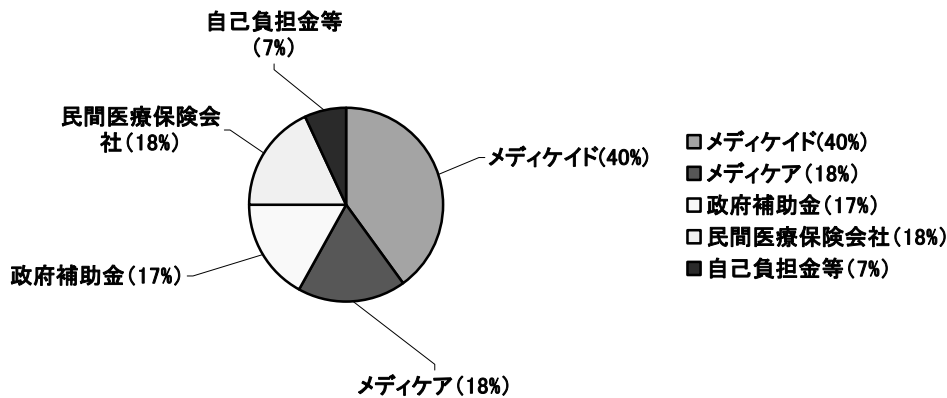


図22 NAPH加入病院の保険別医療費内訳



提供された医療サービスと、実際に病院が得た収入の差は、この報告によると、一病院当たり毎年約1億80億ドルということになる。創出された医療費が、実際の費用（支出）ということになれば、その病院は差額分の巨額の赤字を抱えることになるが、実際はそんなことは生じない。しかし、純粋に上記のような差額による赤字ほどではないにしろ、病院は赤字に悩んでいる。その理由としては、病院経営に必要な利益率が著しく低いことが挙げられる。病院医療エコノミストによると、病院が患者への医療の充実を図り、施設の近代化を図るのに必要な最低利益率は4%である。しかし、多くの病院がこの利益率の確保ができていないどころか、損益がマイナスとなっている病院もある。この理由として真っ先にあげられるのは、救急医療室でメディケイド患者を診た際の保険による返還金が著しく低いということである。

ニューヨーク州の非営利団体であるニューヨーク州ヘルスケア・アソシエーション（Healthcare Association of New York State）の調査⁷⁹によると、同州の3分の2の病院は損益がマイナスで、利益率は1%かそれ以下である。なお、同州の90%以上の病院は、利益率が4%以下と報告されている。同州の病院の救急医療室で患者を診た際の平

⁷⁹ “hospitals on Life Support – Seven Straight Years of Losses–“ January 2006

均経費は、約 400 ドルとされている。これに対し、メディケイドが病院に支払う金額は 95 ドルであり、対コスト比で約 24%である。すなわち、病院側は、患者を救急医療室で診療するたびに約 305 ドルの損失を出していることになる。また、1997 年から 2004 年までの間に、同州のメディケア入院患者の病院への支払いは 14.2%上昇した。一方、病院の入院患者にかかる費用は、同期間で 32.4%上昇している。メディケア・メディケイドセンターによると、病院の入院医療にかかる資材や人件費などの平均入院経費は、一年当り 3.6%上昇しているのに対して、入院費用の支払いは 1.7%しか上昇していない。このようなことが病院の経営を圧迫、劣化させていることは明らかである。

第 2 節 公立病院の複合的な任務

公立病院はセーフティネット提供機関の大きな柱として社会的・医療弱者に医療サービスを行うばかりでなく、いろいろな方法で地域や医療分野に貢献している。

1 救急病院、トラウマセンター、火傷治療センターの運営

24 時間体制で治療を受け入れているトラウマセンター⁸⁰、火傷治療センターの維持、人員体制の確保には大変コストがかかり、利益も薄いことから営利追求病院はトラウマセンター等の医療サービスを積極的には行わず、公立病院が地域で唯一のサービス提供機関となっている場合が多い。全米の 23 地域では、公立病院がレベルⅠからⅢのトラウマセンターを運営している。また、全米 16 地域では公立病院が火傷治療センターを運営する唯一の病院となっている。チャタヌーガ（テネシー州）、ラスベガス（ネバダ州）、メンフィス（テネシー州）、マイアミ（フロリダ州）では、トラウマセンターと火傷治療センターの両方を公立病院が運営している。

2 医療改革の拠点

公立病院は、非常に広範囲にわたる多様な患者の医療サービスを提供する必要がある。営利追求病院では経営的な選択の結果、診療を行わないような多種多様な医療サービスも提供している。その医療サービスの例を挙げると、新生児集中治療、伝染性疾患（エイズ、肺結核）、慢性疾患（喘息、糖尿病、高血圧、精神疾患、鎌状赤血球病）などである。その結果、公立病院では、特定分野での症例数が増え、医療技術が進み、その分野での医療革新の先駆者となってきた。公立病院及び健康機構全米協会によると、下記の医療革新が公立病院においてはじめて行われた。

- ・ 肺結核の治療と対処法
- ・ ペニシリンの治療実験
- ・ 認可血液の保存技術と米国での最初の血液銀行の確立
- ・ 妊娠前の女性の葉酸摂取による胎児の先天性異常防止

⁸⁰ 救急医療サービスを行う施設を備えたセンター。特に緊急手術が施せる施設、スタッフが整っていることが求められ、医療サービスの提供も 24 時間、365 日体制で行わなければならない。施設の充実度により 4 つのカテゴリーに分けられていて、レベルⅠの包括的医療からレベルⅢの最低限医療までである。

- ・ 人工心臓の技術開発・発展

3 全米救急対応センター（テロ、流行病、天災等への対応）

公立病院のトラウマセンターは、以下のような理由から地域救急対応ネットワークの中心となっている。

- ・ 立地が主要大都市にあり、テロの危険対象地域に近い
- ・ 地域の保健所等と緊密な関係があり、地方政府と協働していることから、警察、消防、緊急医療サービスと共に事件・事故の第一報告対応者となり事態に対応する（公立の機関であることから、他の公立機関と緊密に働くことが可能）
- ・ 病気の最新の動向を常に監視している

4 教育指導病院としての役割

公立病院の 80%が教育指導病院であり、研修医、医療関係学生、看護師、歯科医師、検眼士、薬剤師、セラピスト等、様々な医療関係研修生を受け入れ、彼らに医療関係教育を提供している。公立病院は、医科大学や健康科学大学と強く結びついている。約 50%の公立病院が医学研修受入センターとして指定され、4 つないしはそれ以上の専門分野での研修プログラムを提供している。

5 所在地域への貢献

公立病院は、地域の医療関係行政機関等と医療を推進するプログラムや交流を推進、改善するために密接に連携している。公立病院は関係機関と連携して、住民の住宅問題⁸¹、栄養問題、十代の薬物使用問題、周産期問題に取り組んでいる。加えて、公立病院は地域の最大の雇用供給拠点（時としてまた職業訓練や教育の供給拠点）となったり、病院運営に必要な資材の購入等により、地域経済の大きな牽引役となっている。

6 文化的、言語的ギャップの架け橋

2001 年の研究によると全米のセーフティネット提供施設から退院した患者の約 2 / 3 が人種的、民族的少数派であり、その多くは英語ではなく他言語を話す人々であった。そもそも、公立病院は人種的民族的に多様な人々の治療を行っていて、次のようなシステムを利用して言葉や文化の壁を取り外す努力を行っている。

- ・ 2 言語以上を操る医療従事者の育成
- ・ 医療通訳者の手配⁸²
- ・ 標識や器具の多言語翻訳化

⁸¹ ニューヨーク市では、公立病院を退院後ホームレス化しそうな退院患者については、病院福祉機構（Health and Hospitals Corporation :HHC）からニューヨーク住宅公団（Housing Authority）に連絡がされ、公共住宅への入居順位に優先権が与えられる。

⁸² 2000 年大統領令 13166 号をうけて連邦保健社会福祉省（department of Health and Human Services）が、“Strategic Plan to Improve Access to HHS Programs and Activities by Limited English Proficient(LEP) Person”を策定し連邦政府から何らかの資金援助を受けている医療機関に対し、無料で医療通訳を提供する義務を課した。連邦保健社会福祉省の公民権オフィス（Office of Civil Right）は、言語も National Origin の 1 つの要素であるという認識を示している。

- ・ 言語サービスバンクや電話サービスといった、病院外の地域サービスの提供
- ・ 職員に対する多文化教育（患者の医療に対する考え方や行動を職員に理解させるためのもの）

第3節 公立病院を取り巻く環境の変化

市民団体により運営されていた地域病院がもととなっている公立病院は、1700年代以来米国にとって必要不可欠な存在である。1836年、ジュエル・バーロウ・シュジャーランド国会議員が公立病院の設立と財政的支援を求めた下院決議案 393 を提出した。「各州及び地域にひとつ以上の病院を、病気や障害に苦しむ人々、一時的に住んでいる移民、その地域を訪れた旅人のために建設する・・・」。

1946年、ヒルバートン法（PL97-725）が国会を通過した。この法案は、ヒル議員（Lister Hill）とバートン議員（Harold Burton）に支持されたことからそう呼ばれるが、正式名は「病院調査建設法⁸³」である。本来の目的は、大恐慌や第二次世界大戦を経て資本投資不足から荒廃し始めた病院を近代化するため、連邦助成金を生み出すための法令であった。実際に、全米 4,000 地域以上で、約 6,800 の施設がこの法律の恩恵に与り、15 億ドルの政府貸付金、46 億ドル以上の政府助成金が支給された。しかし、この法令が成立したことで、何より重要なことは、この連邦からの資金援助の見返りとして、この助成を受けた病院は非補償型医療サービスを行うことが義務付けられたことであった。1972年には、助成対象病院には最低 20 年間非補償型医療サービスを提供することが義務付けられた。1975年、ヒルバートン法は改正され、公衆衛生法⁸⁴が成立した。この改正によって、政府助成金を受けている病院は、永久に非補償型医療サービスを提供することとなった。また、法の執行責任も、州政府から連邦政府に移され、監視と法の遵守が徹底された。あわせて、助成開始から 20 年以内に助成対象病院が助成対象外の病院に売却されたり、法の趣旨と異なる目的に使用されるようになった場合には、連邦政府はこれまで助成した金額を取り戻す権限を得た⁸⁵。

また、1965年には、メディケア、メディケイドの公的医療保険が設立された。その時点で公立病院、セーフティネット提供病院は、もはや必要ではなくなるとの見込みがあった。それは、この「偉大なる社会（Great Society）」プログラム⁸⁶によって、高齢者でも、障害者でも、低所得者でも民間医療保険に加入している人たちと同じように質の高い医療を安心して受けられると思われていたからであった。しかし 1980 年代になるとそれがはかない夢であることが明らかになった。メディケイドは、初期の目的であった最貧層の国民すらカバーできなかった。メディケアは多くの高齢者層をカバーしたが、低所得者層の高齢者を取り残した。1970 年代の後半、公的医療保険が取りこぼした人々を救うための法改革が議論されたが、議会の承認を得るには至らなかった。一方で、医

⁸³ Hospital Survey and Construction Act of 1946(P.L. 79-725)

⁸⁴ Title XVI of the Public Health Service Act

⁸⁵ Health Resources and Services Administration website “The Hill-Burton Free Care Program”

⁸⁶ 第 36 代大統領 Lyndon Johnson の一般教書演説のなかで用いられた用語。その演説の中で社会保障の一環として高齢者への医療提供を援助すると述べている。

療費の高騰は続き、無保険者、一部保険者の数は増加し続けた。

公立病院は、こうした社会のひずみを正面から受け止める形で地域の医療の最後の砦となって奮闘したが、1970年代後半から1980年代の初めにかけて、多くの地方自治体が運営する病院は巨額の負債を抱え、サービスの縮小化や閉鎖に直面した。この財政的問題は、前述したような政府の医療問題への取り組みの遅れにより、メディケイドの対象となるほど貧窮していないが、民間医療保険に入るほど裕福でもない医療弱者によって、公立病院の救急室の使用頻度が上昇したことと共に、これまで公立病院の経営を支えていた比較的健康（症状が軽い）で、保険に加入している患者が、民間営利病院に通うようになったことに起因している。

こうした状況の中で、公立病院及び健康機構全米協会が1980年に設立された。それは、公立病院が政治的な発言力を持つためであり、多くの無力な患者達を守るためであった。この支援団体のもっと特筆すべき成果の一つは、メディケアとメディケイドの不均衡負担病院助成金のコンセプトを生み出す一翼を担ったことである。この助成金により公立病院は数十億ドルの追加資金を手に入れることができた（ここ最近の20年間で、公立病院及び健康機構全米協会の加入病院に限っても200億ドルを手に入れている）⁸⁷。

第4節 公立病院の運営形態

公立病院はその運営形態により一般的に3つの大きなカテゴリーに分類される。

- 1) 直接、州や地方自治体によって運営されていて、行政から法的に独立していない病院。この病院は運営委員会を持っている場合と、いない場合がある。この運営形態は現在の病院産業において、最も問題を抱えていると考えられている。それは、この運営形態には市場のニーズに即座に対応する能力や、運営方法について柔軟性がほとんどないからである。この運営形態の病院は、住民サービスという慈善要求、地域自治体の調達に対する慣行、病院活動を全て明らかにすることを定める自治体の情報開示（サンシャイン）法⁸⁸（この法律により競争環境の中で病院が戦略的な対応をすることが基本的に制限される）によって運営手段が大幅に制限されている。
- 2) 公立の立場を保ちつつ、法的には州や地域の自治体から独立し、州や地方自治体とは別に運営されている病院。多かれ少なかれ自立した委員会（自治体からの何らかの力が働くようになっているが）を有している。次のようなケースがある。
 - a) A Separate Board：日々の病院運営を任された独立委員会をもつ
 - b) A Hospital Taxing District：病院税特別区（地理的に区分された地域内の住民不動産に対して財産税を課す課税権を有する州政府から独立した地方団体）
 - c) A Hospital Authority：病院公社（地方自治体から独立して病院の運営や維持を行う独立公共機関。独立委員会によって運営され、時として地方自治体に組み入れられる）

⁸⁷ NAPH website “History of NAPH”

⁸⁸ “Sunshine laws” 会議記録や決定について一般公開が義務づけられている連邦及び州法。政府の情報開示を求める声を受けて1970年代中頃に創設された。

- d) A Public Benefit Corporation：公益法人（ある特定の公共利益を生み出すために存在する特定公益法人。多くの場合は非営利団体である）
- 3) 非営利団体による運営。地域の教会や慈善団体などにより運営されている病院。オープンドアポリシーを掲げ、無保険者ら医療的・社会的弱者への医療サービスを行う。

第5節 公立病院の現状と課題

これまで述べてきたように、全米の公立病院や他のセーフティネット提供機関はどんどん消滅の危機に瀕している。支払能力に関係なく全ての人々に医療サービスを提供するという使命が、競争の激しい米国の病院市場に馴染まないことや、慢性的な財政問題から、自己防御のために、州や地方団体からますます距離を置こうとする連邦政府のスタンスにその原因がある。これに加えて、現代の医療技術の進歩も医療費の高額化といった形で病院運営に影響を与えている。ここでは、今日の公立病院に大きな影響を与える、いくつかの主だった問題を取り上げる。

1 外来診療の増加

この十年来の米国医療を取り巻く環境の中で最も大きな変化は、診療形態が入院治療から外来治療に大きくシフトしてきたことである。入院診療（病院に留まること）はこれまで病院サービスの主要な地位を占めており、最大の医療費創出の要因であった。

医療サービス提供の機会、病院の外来診療部門や近隣のクリニックや地域の診療所や開業医にどんどん持ち出されてきている。この医療サービスの提供場所の変化要因はいくつかあるが、第一に挙げられるのはメディケアの償還金方法の変更である。

先に述べたように、メディケア包括支払方式は 1980 年代初頭に開始された。この方式によると保険会社からの支払いは、保険加入者を診療した病院からの請求による医療費に基づくのではなく、診断群別（DRGs：Diagnosis Related Groups）に予め予想される標準費用を算出し、その金額に基づいて支払いをすることが基本となる。例えば、ある患者が、その診断群で定める標準在院日数以上病院に留まった場合、その余計に在院した部分の費用については、メディケアが保険金支払いの対象から除外し、病院は保険会社からの支払いを受け取ることができなくなる。この新しい償還方式が導入されて最初の 3 年間で、メディケア患者の在院日数が 17% も減少した。このように、病院は患者の入院日数を減らし、なるべく外来に患者を呼び込むような努力を始めた。注意すべきは、このシステムの導入により患者が病院から、より早く、より弱った状態で放出されるという、医療にとっては重大な問題を生んでいるということである。

1990 年代のマネージドケア（メディケイドマネージドケアも含め）の成長に伴って、患者を外来診療へ転換する現象は定着してきた。マネージドケアは予防診療及び初期診療を重視し、参加者の在院日数を短縮することにより利益を生み出そうとした。

加えて、1990 年代の診療、療養機器や薬理学の進歩は、従前は手術を必要とした慢性

疾患や検査を入院させずに診療したり、手続きをしたりすることを可能にした。

こうした一連の外来診療への方向転換への動機付けは、公立病院にとって問題を多く含むものであった。理由は、公立病院の資金源が、こういった変化に適応していなかったからである。彼らの入院医療費を支えていた公的医療保険の返還金や政府助成金システムは、それだけで病院を運営していくには十分ではなく、また、外来診療化の流れには適応していなかった。公立病院の患者は、ほとんどがメディケイド患者で、州によっても異なるが、一般的に外来診療は、入院診療に比べてメディケイドの返還率が低かった。また、公立病院の外来患者は入院患者に比べて無保険者率が高い傾向にある⁸⁹。

多くの公立病院では、外来診療サービス拠点を院外に作っている。公立病院及び健康機構全米協会のメンバー病院の外来診療の約 1/3 は、独立した近所の診療所や、地域の学校、公営団地、ホームレスシェルター、などの病院外で外来診療を行っている。これらの診療所等の 2/3 は初期診療と専門治療の両方を提供している。その他は初期診療か喘息や糖尿病といった、ある特定の病気に絞った専門治療のどちらかを提供している。

このような診療所がある基準⁹⁰を満たせば、それらの診療所等は「連邦が承認する診療所 (Federally Qualified Health Centers : FQHCs)」として位置づけられ、メディケアやメディケイドからの割増返還金のような、連邦政府からの補助金等⁹¹を受ける権利を有する。これらのシステムは、外来患者の資金問題に悩む公立病院を救う可能性を持っている。

2 一部保険者、無保険者数の増加

全米で約 158 百万人の人々が、雇用者と契約した保険会社が持つ医療保険に加入している。しかしながら、彼らのうちの 3 千万人は一部保険者であり、彼らが所有する医療保険は彼らが必要とする医療サービスを全額カバーできない。彼らは高い免責額や、薬品の個人負担額や医師への支払い等、対応しきれないほどの自費診療費を支払うことになる。このような一部保険者は、約 1,250 万人が民間の医療保険加入者で、約 2,510 万人が公的医療保険加入者である。様々な統計数値が存在するが、少なくとも 4,000 万人以上の無保険者が全米には存在するといわれている。この数字は、ここ最近の 10 年間で少なくとも 11 百万人増加した⁹²といわれている。無保険者や一部保険者のような医療弱者は、もはや貧困者層や無職の人々ばかりではない。多くの働いている人々が、十分な医療保険や医療保険自体を持たず、医療アクセスへの不安を抱えながら生活している。

アメリカ健康保険協会 (HIAA : Health Insurance Association of America) の 1999

⁸⁹ 1999 年の公立病院及び健康機構全米協会の調査によると外来患者の無保険者率は 44%、入院患者の無保険者率は 28%。

⁹⁰ メディケア、メディケイド返還金受給資格を持っていること。また公衆衛生法の 330 条に基づき補助される助成金を受けている団体も対象となる。また立地等に対する条件として医療サービス不足地域。

(Medically Underserved Area: MUA) に立地し、医療サービス不足人種 (Medically Underserved Population : MUP) に対して医療を提供しなければならない。週に 32 時間以上開院していなければならない。

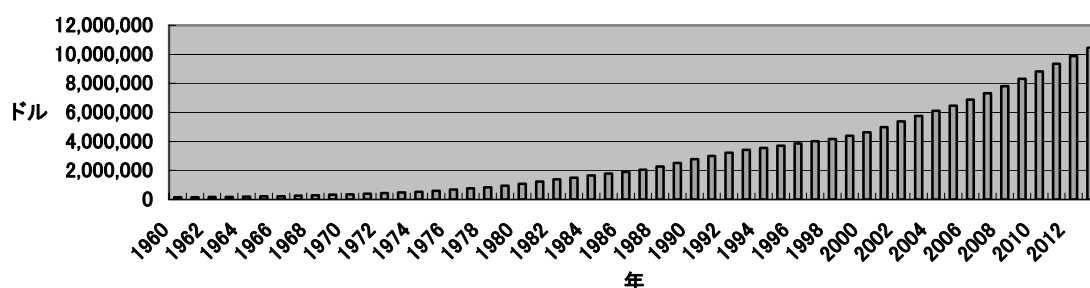
⁹¹ そのほか、処方箋薬、非処方箋薬を安価に購入するプログラムや、連邦不法行為請求権法 (Federal Tort Claims Act) により医療過誤保険に加入できる。

⁹² National Conference of State Legislatures publication "Health Care Safety Net: A Fragile Patchwork of Providers" by Laura Robler, July 2000, p.3

年の報告書⁹³によると、44 百万人の米国民が、1998 年現在いかなる医療保険の適用も受けていない無保険者であるとしている。またその報告書では、雇用者が提供する医療保険加入者数は安定し、ここ 4、5 年では増加に転じているが、無保険者の数も引き続き増加している。それは、メディケイドがカバーする国民の数が減少してきているのも原因の一つであると思われる。その報告書では、経済が引き続き成長するとしても、保険の適用範囲は今後大きな問題となるだろうと予想している。仮に経済がつかずいて、医療保険の保険料が予想以上に急激に上昇した場合、2008 年には 6 千万人、すなわち、非高齢者層の 4 人に 1 人が医療保険を持たないということになると警告している。

報告書は、また、次のようにも述べている。医療費が家庭の収入増加率と同様に上昇し続けた場合、医療保険料は、とても家庭で負担しきれる額ではなくなり、医療保険の問題は貧困者層にとってばかりではなく、米国の中流社会にとっての問題にもなってくる。この報告書は 1999 年に作成されたものであるが、この懸念は現実のものとなり 2002 年現在でも医療費は全米統計概要によると図 23 に示すように上昇を続け、国民一人当たりの医療費も 2002 年に年間 500 万ドルを超えている。この医療費は当然、民間保険会社や公的医療保険が支払う金額を含んでいるが、医療費の上昇は必ず保険料や自己負担額に跳ね返る。この図において 2003 年以降の医療費は米政府の予測値であり、人口についても 2003 年以降は、2001 年から 2002 年の増加をもとに試算したもので細かい数字については変化があろうが、政府が今後有効な施策を打ち出せない限り医療費が上昇し続けることはほぼ間違いない。

図23 国民一人当たり医療費



3 資本不足

医療サービスを行う上で絶対に必要とされる医療機器の購入、より高度な情報システムの導入、老朽化施設の更新、災害時対応、政府からの強制的な規制への適応、サービス内容の拡大に対する財政的な対応能力が、公立病院の中で大きな懸案事項となっており、このための資本力の強化が求められている。しかしながら、公立病院は支払い能力の乏しい患者数の増加や、利益追求病院との競合や、新技術への対応に取り組みにより、収入はどんどん減少している。

公立病院における資金調達の主な方法は、次の 2 つである。一つは病院運営収入。も

⁹³ "Health Insurance coverage and the uninsured: 1990-1998," by Dr. William S. Custer and Pat Ketsche, MBA, at the center for Risk Management and Insurance Research, Georgia State University, 1999

う一つは地方自治体によって担保される一般保証債（地方債）、もしくは収益事業債（公営企業債。病院収益により返済される）である。病院収入が落ち込んできたことから、収益事業債に対する償還金も不足してきている。自らもまた財政困難に直面している地方自治体は、その病院が償還の負担に耐えられないことが明らかである場合、病院事業債を引き受けようと思わない。債権格付会社は、病院産業にはますます資本を増やすことが困難な時代が来ると予測している。このことは、必要不可欠な病院の維持管理や施設の充実に必要なお金を調達することが難しくなっていくことを意味している。

4 公立病院に対するネガティブなイメージ

公立病院の直面している漠然としているが重大な問題は、病院に対するネガティブなイメージである。このイメージのために公立病院が多く患者を失い、その結果、その経営を苦しめている。ネガティブなイメージとは次のようなものである。

- ・ 公立病院は危険である。治安の悪い地域に立地し、社会的に最も問題があるとされる人々（麻薬患者、ギャング等）を治療している。
- ・ 公立病院の病院施設は老朽化し荒廃している。
- ・ 公立病院は効率的な運営をしていない。
- ・ 職員のモラルが荒廃していて、患者に対する虐待が行われている。

実際、多くの公立病院でこれらの問題はすべて現実の問題となっている。しかし、これらのネガティブなイメージの一部は、無保険者や貧困者に医療を施すことが使命である公立病院にとって避けられないイメージでもある。それらは、慢性的な資金難が原因であったり、利益追求病院でも同様の問題が生じているがあまり強調されていないだけかもしれない。

公立病院の抱える問題の中には自治体が運営することによる不可避な問題もある。それは、すばやい意思決定を阻む官僚制であったり、働かない職員を解雇することを困難にしている職員への強い身分保障制度であったり、資本を増加させることができない法規制等であったりする。皮肉にも、自治体立の公立病院は彼らを設立した自治体から全額補助されていないばかりでなく、その自治体によって運営上の制限を設けられ、病院が荒廃を招く大きな原因ともなっている。このような理由から、自治体立の病院を自治体から独立させ、公益法人化したり病院税特別区を設けるなどの運営の試みが行われている。

財政不足や施設の荒廃、職員のモラルの低下などによるネガティブなイメージは、公立病院への患者の足を遠のかせ、それがより一層の財政不足や荒廃を招くという悪循環に陥っている。公立病院に対するネガティブイメージの増大が続くと、最終的には病院の閉鎖や民営化を引き起こすことになる。

様々な要因の結果、最終的に民営化されて生まれた新しい病院に以前のような無保険者や貧困層を診療するセーフティネットの役割を求めることは難しい。顕著な例としては、コロンビア HCA 社が上げられる。1997 年現在同社は全米 38 州で 350 病院を所有

する全米で最も大規模な営利病院チェーンであり、同社が所有する病院のほとんどが以前公立もしくは非営利の病院であったことに特徴がある。同社は経営の安定化のため、経営の抜本的改革（Reengineering）を図り、代替看護師の非看護師化を含めた看護師の人員配置、業務分担を検討し、「クリーム・スキミング（Cream skimming）」と呼ばれる、支払請求可能な患者だけを診療することを目的とする巧妙な患者選別を行った。この結果、同社は多くの州から問題視されることとなった。インディアナ州の保険管理局からは同社の人員不足を理由に罰金を課せられ、カリフォルニア州のサンホセにある1996年に同社の傘下に入ったグッド・サマリタン病院（Good Samaritan Hospital）の医師や看護師からは同社の営利至上経営に対して激しく非難を受けている。フロリダ州リーカウンティで行われた調査によると、1994年同カウンティにある公立病院では1,300億ドルの無料・非補償型医療が行われているにもかかわらず、同カウンティにある同社傘下の3病院では合計で100億ドルしか同様の医療が行われていない。

5 セーフティネット共同監視構想

医薬品協会⁹⁴による米国の医療セーフティネットの現状を調べた2000年のレポートは、セーフティネットに対する世間の関心を喚起し、多くの追加研究と調査が行われた。連邦政府機構であるヘルスケアリサーチ&クオリティ（AHRQ）と保険資源事業局⁹⁵は、共同でセーフティネットやその提供機関、またそのセーフティネットが医療を提供する人々に基本的な情報を提供するためのセーフティネット共同監視構想を立ち上げた。

この構想は、問題を多く抱える米国のセーフティネットの現状を分野別にまとめたデータベースを作ることにより、セーフティネットに注目している研究者や政治家を援助することを目的としている。具体的には、全米30州及びワシントンD.C（この地域は全米の75%の人口をカバーすると考えられている）を抽出し、その地域内の90の大都市と1,818の郡のセーフティネットの現状をモニタリングする。モニタリングの調査点は、以下の通り。

- ① セーフティネットを必要としている人々の現状把握
- ② セーフティネット内の病院の財政状況
- ③ セーフティネット内の病院の概要
- ④ セーフティネットが支える地域の概要

これらの項目をモニタリングした上で、データベースとして大都市編と郡編の2冊にまとめ、調査・研究の助けとする。

6 病院の提携、ネットワーク構築

経営に苦しい病院はそれぞれの成功目標を設定して、厳しい医療市場の中で生き残っていくために運営を再構築することに取り組んでいる。彼らは、運営効率、経営や情報

⁹⁴ The Institute of Medicine (IOM)

⁹⁵ Health Resources and Services Administration (HRSA)

システム、患者サービスを強化することにより生き残りを模索している。ある病院は新しい業務提携先を模索したり、より充実したサービスを提供するためにネットワークの構築を模索している。また、一方では、彼ら自身の生き残りと彼らの使命である医療弱者への医療提供とのバランスを取るために、医療弱者以外の患者（医療保険を持っている患者）を多く獲得するために彼らの対象患者の裾野を広げる努力を行っている。

○ケンブリッジ医療提携⁹⁶(Cambridge Health Alliance)：セーフティネット提供機関の統合

ケンブリッジ医療提携は、いかにセーフティネット提供機関が環境変化に対応し、医療市場の中で生き残っていくかを示す一つの例である。マサチューセッツ州のケンブリッジ、サマービル、ボストンメトロノース地域の住民のために、3つのセーフティネット病院（ケンブリッジ病院、サマービル病院、ウィデンメモリアル病院）が合併⁹⁷し、この地域にある20以上の初期治療診療所とケンブリッジ福祉局とともにケンブリッジ医療提携を構成した。この提携は財政的に独立した団体、地域医療連携財団と、独自のメディケイドマネージプランである「ネットワークヘルス」を有している。この提携により地域には、専門医療、手術専門診療、産科診療、全ての年代に対する初期診療を含む多様な医療サービスが提供されている。

7 方針転換

様々な理由から公立病院が経営主体を変える場合がある。その際には次のような方法が考えられる。

○賃貸 (Leases)

ある一定期間財産の使用や占有を他者に許可する契約。場合によっては、公立病院の全ての財産が貸し出される。またある場合は、その建物だけが貸し出される。

(例)

ブラッケンリッジ病院と子供病院は、テキサス州オースティン市によって所有、運営されていた。1995年、オースティン市は、チャリティ全米ヘルスシステム婦人会によって運営されている地域の非営利病院であるセットン医療ネットワークに、両方の病院の全財産を貸し出すことを決定した。30年の更新可能賃貸契約で、セットンは両病院の財政面と運営面の責任を事実上引き継いだ。

○合併 (Mergers)

2つ、あるいはそれ以上の病院が合併することをいう。通常、一方の病院が他方の病院に吸収される。

⁹⁶ カテゴリーは **Separate Public Entity** とされ、公立の状態を保ちつつ、法的には自治体から独立している病院群。自立した委員会を持ちながら、自治体からも一定の干渉を受ける。

⁹⁷ まず地域医療機関であるケンブリッジ病院（1917年創設）とサマービル病院（1891年創設）が1996年7月に合併し、続いて2001年7月にウィデンメモリアル病院（1897年創設）が合併した。

(例)

1996 年、教育病院であったボストン市立病院と、公立長期診療病院であったボストン専門診療リハビリ病院と、民間の非営利教育病院であったボストン大学病院が合併して民間非営利のボストンメディカルセンターを形成した。

○売却 (Sales)

ある一定金額、もしくは同価値の物と引き換えにその病院の一部もしくは全体財産を譲ること。基本的に、病院が完全に売却される場合、自治体はもはやその所有にも経営にも口を出せない。

○マネジメント契約 (Management Contracts)

既存の医療団体、もしくはマネジメント会社に運営を任せること。マネジメント契約の長さや、政府の関わり方の度合いは多岐にわたる。

○統合 (Consolidation)

2 つ以上の機構が 1 つの機構に統合、提携すること。

(例)

ミシガン州のディアボーンのオークウッド医療システムは、オークウッド病院(非営利地域病院)と、デトロイト近郊で 20 以上のコミュニティの医療サービスを管轄していたピープル・コミュニティ・ホスピタル・オーソリティ(5 つの公立病院で構成)が、1991 年に統合したことによって生まれたものである。

○閉鎖 (Closure)

公立病院が一時的に、または永久的に経営をやめること。通常、施設は他の機関に売り払われ、昔の病院名は、もはや使われることはない。

○PPP (官民パートナーシップ) (Public/Private Partnerships)

既存の民間病院との連携。通常、引き続き地方自治体の管理化および責任下に置かれる。

○附属 (Affiliations)

2 つ以上の団体が別々に管理運営されながら、非常に親密な関係を結ぶこと。

8 ヘルシー・コミュニティ・アクセス・プログラム

連邦政府の初期診療の担当事務局である保険資源事業局は、セーフティネットの将来モデルとして「ヘルシー・コミュニティ・アクセス・プログラム (HCAP)」を 2002 年に発足させた。同プログラムの目的は無保険者や一部保険者に対して医療を提供する公

立病院と民間病院の共同組織を財政的、技術的に支援することである。同プログラムは2000年に発足した「コミュニティ・アクセス・プログラム」を引き継ぎ、2002年に発足して以来、45の州及びワシントン D.C の228の地域に助成金を交付してきた⁹⁸。この共同組織が同助成金を受給するためには、下記の要件を少なくとも1つは満たしている施設が共同組織に含まれていることが必要とされる。

- ・ 連邦で認めた診療所
- ・ 低所得者利用率が25%以上の病院
- ・ 政府の公衆衛生局
- ・ これまで無保険者や一部保険者に対して医療提供をしてきた実績のある公共もしくは民間医療提供機関

また、同プログラムの助成金は、共同組織を立ち上げることを計画している団体には助成せず、既に組織を立ち上げ、実際これまで政府の助成金なしに運営を行ってきた実績のある組織にのみ助成する。「多くの人々に安価でよりよい医療を」をモットーとする同プログラムは、地域における医療提供の改善の底上げを目的としている。

⁹⁸ 2005年現在の数字。2000年には25百億ドル、2001年には125百億ドル、2002年には105百億ドル、2003年には104.7百億ドル、2004年には103.7百億ドルの計463.4百億ドルが共同組織に交付された。

第4章 ケーススタディ

第1節 マイアミ及びタンパ（フロリダ州）

ここでは、地方自治体の限られた地域医療予算の振り分け方次第によって、その地域の公立病院の存続が決定されるという事例を、フロリダ州の2つの病院の例をもとに報告する。

1 フロリダ州の医療環境

フロリダ州は1998年現在、無保険者率が19.2%で、全米平均の15.5%と比較して最も無保険者率の高い州のひとつである⁹⁹。同州のメディケイドへの加入資格は、全米に比べて厳しく設定され、同州の連邦貧困レベルの150%以下では約40%の人々しかメディケアに加入していない。同範囲における全米平均は51%となっている。連邦貧困レベル100%以下の収入で民間医療保険に加入している人の割合も、全国平均より低い。1998年に発足した州子供医療保険プログラムや、その前身の「ヘルシーキッズプログラム」は、18歳以下の低所得者層の子供に医療保険を提供し、無料診療の要望に応じてきたが、同州の無保険者人口は全国でも高い部類に留まり、多くの低所得層の女性や子供たち、とりわけ、メディケイドの受給資格のない不法移民は、医療サービスを受けられない状態が続いている。

フロリダ州法では各カウンティに貧困者層の人々に医療を提供することを義務付けている。1930年代以降、同州は市やカウンティに特別医療税区（Special health care taxing districts）の設立を認めてきた。この特別区では消費税や財産税により毎年2百万ドルから9千万ドルの歳入がある。多くの特別区では、その収入をその地域の主要な公立病院のサポートに使用しており、地域の住民はその病院で医療サービスの提供を受けている。ある特別区では、その収入の同区内で非補償型医療を提供する全ての病院に提供している。フロリダ州には、現在21の特別医療税区が存在する。

フロリダ州のマイアミのダーデカウンティのジャクソン記念病院（Jackson Memorial Hospital）は、同カウンティの中でもっとも大きなセーフティネット提供機関であり、6つの主要な診療所と、多数の小規模診療所も運営している。同州のタンパにあるヒルスバローカウンティでは、タンパ総合病院、セント・ジョセフ病院と連邦の承認する診療所が無保険者への医療を提供している。

ダーデカウンティでは、集められた資金はほぼ全て公共福祉信託（Public Health Trust）へ預け入れられる。この信託機関が、ジャクソン記念病院を所有し運営している。

ダーデカウンティとヒルスバローカウンティの医療は、1ドル当たり0.5セントの消費税でまかなわれている。ヒルスバローカウンティでは、ヒルスバローカウンティ医療プラン（HCHCP: Hillsborough County Health Care Plan）により、同カウンティの無保険者に医療サービスが提供されている。1991年の発足以来、このプランはカウンティの

⁹⁹ 2002年現在、全米の無保険者の割合は15.2%、フロリダ州の無保険者の割合は17.3%となっている。

中の予算範囲内で4つの医療機関ネットワーク（カウンティ内を4つ分け、各地域ごとに1つずつ）と契約し、地域の住民に入院・外来サービスを提供している。このプランは4つの医療機関ネットワークにタンパ総合病院（同カウンティで無保険者に医療を提供してきた主要な医療機関）と業務契約を結ぶことを求めている、それと同時に、タンパ総合病院には、この4つの医療機関ネットワークのための初期トラウマセンター施設となることを要求している。このシステムは、タンパ総合病院に集中しかねない非補償型医療負担を軽減する役割を果たし、4つの医療機関ネットワーク内の医療弱者に対する医療サービスの負担配分も行っている。また、このシステムはカウンティ内の患者をミックスし1つの医療提供ネットワークに患者が偏らないようにしているが、この患者の中にはトラウマセンターでの特別治療を必要としない患者も含まれている。

フロリダ州の州民一人当たりにおけるメディケイドの支出は全米で46番目である。言い換えれば、全米でメディケイド事業に予算を最もつぎ込んでいない州のひとつである。また同州はマネージドケア導入に非常に積極的な州でもある。1997年に議会を通過した法律により州のメディケイド事務局は、新規適格者をメディパス¹⁰⁰もしくは前払い方式の医療保険に強制的に加入させる権限を得た。同州議会は、また、政府から保険会社への支払上限を引き下げる決定を下したが、これは結局医療機関への保険会社からの支払いが削減されることへとつながった。同州はセーフティネット提供機関と契約を結んでいる保険会社に対して特別なインセンティブを与えているが、マネージドケアへの保険プランへの移行は、セーフティネット提供機関にとっては収入の減少を意味している。

フロリダ州のメディケイドプログラムのもうひとつの問題は、最近の競争的入札への変更にも現れているように、州全域の連邦承認診療所が支持する保険プランをはじめ、多くの新しい保険プランが同州内に生まれているということである。そして、それぞれの保険プランへ加入できる人々の数は限られ、加入競争も激しいことから、セーフティネット提供機関が採用する保険プランにとって、メディケイドプログラム参加者数を十分に維持することは大変に難しくなっている。同州政府はその上、セーフティネット提供機関が要件を満たすことが困難な基準¹⁰¹の導入を行った。

フロリダ州では、不均衡負担病院助成金によりセーフティネット提供機関をサポートしている（1997年には約3億69百万ドルが同助成金として支払われた）。しかし、依然として、州の不均衡負担病院助成金の支出は全米標準に比べて低く（全米全体では12%の支出に対して、同州総支出に対するメディケイドへの支払い率は5.5%となっている）、不均衡負担病院助成金の45%は精神病院へ充当されている。同州の急性疾患対応病院への資金対策は、他州に比べて小規模である。

¹⁰⁰ MediPass 1991年にフロリダ州で設立されたメディケイド加入者に対する初期診療疾病管理プログラム。参加者に適正な初期診療へのアクセスを促すと共に、医療サービスの不適切な利用を抑えることを目的としている。このプログラム加入者は24時間初期診療を受けることが可能となり、場合によっては専門家医や総合病院への紹介を受けられる。メディパス参加患者を受け入れた医療機関はハンドブックに則った返還金を受け取ると共に、患者一人当たり月額3ドルの報酬を受け取る。州は疾病管理機構(disease management organization) 2001年現在8つの機構と契約している)と契約し、特定慢性疾患を抱えるメディパス参加者に疾病管理術を提供している。

¹⁰¹ 保険プランを、商業認可を得た保険プランとすること、またそれらの保険プランのためには多額の準備資金を保有すること。

州政府の医療へのサポート体制は脆弱であるが、市や郡のセーフティネット提供機関へのサポートは力強く、この10年間でそのサポートは増加している。市や郡や地域の病院税特別区(Health Taxing District)は、同州におけるセーフティネットシステムの根幹である。セーフティネット提供機関を援助するための多額の資金が、地域の消費税や財産税を通じて生み出されている。マイアミにあるダーデカウンティ、タンパにあるヒルスバローカウンティは、1990年代の初めに医療サービスの提供のために1ドル当たり0.5セントの消費税を制定した。そしてこのシステムを通じて、医療弱者への医療サービスへの年度助成額は3倍となった。

ダーデカウンティでは、ジャクソン記念病院と同病院を運営する公共福祉信託（パブリックヘルストラスト）は1996年、合計約8千4百万ドルに上る消費税による収入を得た。ジャクソン記念病院における7億5千万ドルの年間予算の残額は病院経営やメディケアやメディケイドからの収入、不均衡負担病院助成金、そして連邦や州政府からの年間約1千万ドルの助成金で賄われている。

2 地域の医療施策

フロリダ州のマイアミとタンパにおけるセーフティネット提供機関は、巨大な営利病院の影響を受け、成熟したマネージドケア市場との間で熾烈な競争にさらされている。営利病院の攻勢とマネージドケア市場の成長は、営利追求病院と公共病院の患者の奪い合いがすさまじいことを意味している。

両地域の医療機関は、生き残りをかけて発展的連携を望んだ。例えば、タンパでは、タンパベイ地域の7つの病院が巨大なネットワークを形成するために1997年に統合し、ベイケア医療保険システム（Baycare Health Care System）と名づけられた。そのシステムは、この地域のすべての非営利病院を含んでいた。この提携により、保険プランの設定や、患者をどこに送り込むべきかを決定する際の交渉を有利に進められるようになった。

メディケイドや民間医療保険をもつ患者を引き止めるための努力として、両地域のセーフティネット提供機関は、既存の保険プランや前払い方式医療プランとの連携や、他の医療保険会社とのネットワーク構築を通じて、自前の保険プランや前払い方式医療プランを築き上げることを計画した。

マイアミのジャクソン記念病院は、競争力を保つために多種多様な指標づくりに取り組んだ。

- ・紹介ベースの初期診療患者を拡大する（病院では現在、ジャクソン記念病院に患者を紹介する初期診療を行う6つの診療所を所有もしくは提携している）。
- ・既存のマネージドケア・プランであるジャクソン記念病院医療プランを拡大する。
- ・民間のマネージドケアとマイアミ大学病院と連携することによって、新しいマネージドケアの商品を作成する。
- ・病院のベッドを（外来患者のために使用できる）振替ベッドに変更できるように、「必要性の証明（Certificate of Need）」制度を変更するための働きかけを州に行っ

た。

- ・約 1,000 人の従業員を解雇することによって人件費の削減を行った。

このような取り組みの結果や、ダーデカウンティの公共福祉財源がジャクソン記念病院に集中的に注入されたことにより、ジャクソン記念病院は、他の地域の公立病院やデーダカウンティ地域内の他の診療所ほどは困難には直面していない。

デーダカウンティの四つの主な診療所は医療選択ネットワーク（Health Choice Network）を形成し、資材の共同購入を行い、経営情報や財政システムを集約し、医療指揮システムを構築して民間医療保険会社と交渉を行っている。このネットワークは資材や保険医療プランの契約において多くの成果を上げたが、連邦や州政府の助成金が減少していることや地域の福祉予算のほとんどがジャクソン記念病院に流れていることから、依然として困難な状況が続いている。

1990 年代の中頃から後半にかけて、タンパ総合病院はジャクソン記念病院と同じような経営手法をとった。それは地域の他の主要病院と提携を結ぶこと、南フロリダ大学病院と合理的な経営のために協力体制をとること、独自のメディケイド保険プラン（ヘルスイーズ）を創立すること、外来診療プログラムとサービスを発展させることである。このような努力や、タンパ総合病院における患者の不均衡を是正するためにヒルスバローカウンティ医療プラン（HCHCP）を実施したにもかかわらず、タンパ総合病院は 1998 年に民営化に踏み切り、病院施設は 450 床の新たな教育病院として生まれ変わった。

3 コメント

同様の経営手法を採った両地域の病院が異なった末路をたどった理由として次のことが考えられる。近年、連邦と州政府からの資金は縮小化の一途を辿ることから、地方自治体の医療予算の配分が地域のセーフティネット提供機関の存続において非常に重要な要素となっている。

限られた地域医療予算を地域の様々な医療機関に振り分けていたヒルスバローカウンティ医療プランは、結果として地域の中核的公的医療機関であったタンパ総合病院を民営化することとなった。一方、ダーデカウンティでは、ほとんど全ての医療予算をジャクソン記念病院につぎ込み、地域の他のセーフティネット提供機関をいわば放置した結果、ジャクソン記念病院は運営を続けているが他の医療機関の経営は非常に厳しい状況に置かれている。

このことが示すのは、自治体の地域医療予算の振り分け方法が、地域の病院の存続を左右している状況である。病院運営を地方自治体の医療予算に頼らなければならないということは、経営的に不安定な状況に置かれているということである。有力な財源である地方税はそう何回も引き上げることはできず、州政府レベルでも、政府の他の公的サービスの民営化への強い働きかけから、公立病院を維持していこうという意気込みは全く感じられない。一旦、地域の医療予算配分が変更となると、地域の公的医療機関にとってはその存続が左右されることとなる。

第2節 エルパソ及びヒューストン（テキサス州）

ここでは、テキサス州の2つの地域を例に取り地域の公立医療の存続に何が必要であるかを明確にすると共に、国境を抱える地域の特殊医療問題も指摘する。

1 テキサス州の医療環境

テキサス州は、全米でも有数の無保険者を抱える州のひとつである。高率な無保険者割合の主な原因は、テキサス州ではメディケイドの認定を受けることが非常に難しいということにある。同州でのメディケイドへの加入率は、連邦貧困レベル(Federal poverty Level)の150%レベルで36%となっていて、このレベルでの全国平均値は44%と比較して著しく低くなっている。また、同州の雇用主が提供する医療保険の加入率は58%で、全国の平均値66.2%に比べて低く、全米でも最も低いレベルの州のひとつである。

セーフティネット提供機関に対する主なサポートは、市や地域の病院税特別区で行われている。テキサス州では、公立病院の多くがこの病院区で運営されている。この病院区は政府機関から独立している一方、州法によって管轄の医療対策を行うために消費税の課税を認められた特別区である。この特別区は、州から直接資金援助を受けていない。彼らの歳入の多くは地域から生み出されるか、もしくはメディケイドプログラムから受けている。テキサス州の102の病院区は113のカウンティにおいて低所得者層に医療サービスを提供している。テキサス州には他に病院区を持たない141のカウンティが存在するが、その地域における医療弱者への医療サービスの提供は、病院区ではなくカウンティが直接行っている。

同州のヒューストンでは、無保険者への医療は、主にハリスカウンティ病院区(HCHD: Harris County Hospital District)が運営する公立メディカルセンターが担っている。同病院区には、2つの総合教育病院（ベン・トーブ及びリンドンBジョンソン病院）が存在している。一つはリハビリテーション病院で、外来診療、歯科診療、エイズ診療を行う11の独立した診療所と提携している。これらの施設がヒューストンの他の全ての医療提供機関が行う無料診療(チャリティケア)の2倍の量の無料診療を行っている(1994年度は約4億ドル)。

同州のエルパソは住民の約3分の1が無保険者という、同州の中で無保険者の多い地域である。エルパソにおける無保険者に対する医療サービスの提供は、R.E.トマソン病院が主にその責を担っていて、プロビデンス記念病院とコロンビアメディカルセンターもサポートしている。メディケイド患者や無保険の患者の外来診療には、主にテキサス工科ヘルスサイエンスセンター附属クリニックや、多くの独立した地域のクリニックが対応している。

テキサス州のメディケイド不均衡負担病院助成金は、必要とされている量に達していない。しかしながら、セーフティネット提供機関にとっては依然として非常に重要な収入源となっている。同州の不均衡負担病院助成金支出は、1995年度15億ドルであった。

これはメディケイド関連総支出額の約 17%に相当する¹⁰²。不均衡病院負担助成金の約 20%は精神医療施設に使用されている。州の無保険患者一人当たりの急性期医療における不均衡負担病院助成金の年間充当額は 301 ドルで、全米平均 423 ドルに比べて低額である。不均衡負担病院助成金は 1996 年度のハリスカウンティ病院区の患者収入の 20%を占めている。

しかしながら、非セーフティネット病院である民間営利病院がメディケイド患者を積極的に取り込み始めたことから、不均衡負担病院助成金はセーフティネット病院にとって確実な収入源ではなくなりつつある。この不均衡負担病院助成金は、メディケイド患者への医療サービスを提供した病院に配分される¹⁰³ことから、メディケイド加入患者が治療のために非セーフティネット病院を選択した場合、同助成金は非セーフティネット病院にも支払われ、公立病院は彼らが無保険患者に医療サービスを提供するのに必要不可欠な収入源を減らすことになる。一方で、民間営利病院は、メディケイド患者が確実に収益につながるということで医療サービスを提供しているのであって、無保険患者に対してまでも十分な医療サービスを提供するとは考えられていない。

1996 年度、ハリスカウンティ病院区の歳入の約 38%と、トマソン病院の歳入の約 16%は地方消費税であった。病院区の歳入の多くは地方税でまかなわれていることから、区の運営は地域経済の変化や、政策の変更に大きな影響を受けることになる。経済が悪化したヒューストンやエルパソの地域の病院の地方税収入は大幅に減少することとなり、病院経営を深刻に圧迫した。

2 地域の医療施策

テキサス州では 1990 年代メディケイドマネージドケアへの加入者が増加し、2000 年にはほとんどのメディケイド加入者はマネージドケアに加入させられた。メディケイドマネージドケア加入者が急増したヒューストンやエルパソでは、メディケイド患者を積極的に取り込もうとする営利病院が著しく増加した。

両地域のセーフティネット提供機関は、競争を増す市場と拡大するメディケイドマネージドケアに対応する準備が十分ではなかった。ヒューストンでは、ハリスカウンティ病院区（HCHD）が地域の診療所を増やしたり大きくしたり、病院外で可能な診療の範囲を広げることで初期治療能力を大きくし、治療の新しい監視システム、稼働率の調査、手順の進歩、治療のコーディネートに関する新しいシステムに取り組んで来た。同病院区内の病院は現在マネージドケア契約を行っていないが、病院区ではもともと独自の保険プランを持っていた。同病院区は 2 つの地域医療学校（バイローとタウブ学校）から職員の提供を受け、新しい保険プランの土台となると見込まれた独立非営利団体を立ち

¹⁰² 同支出は 2002 年度予算では総額約 14 億ドルで、メディケイド関連総支出の 10%(85%は保険金支払い、5%が運営費に充てられている)。

¹⁰³ 2002 年度には連邦・州支出合わせて約 14 億ドルが、不均衡負担病院助成金として州内 169 病院に支払われた。連邦の負担割合は 60.17%、州の負担割合は 39.83%であった。169 病院の内訳は 92 病院が公立病院、45 病院が民間非営利病院、32 病院が営利病院であった。不均衡負担病院助成金の受給資格は、連邦法に準拠する施設の利用方法（メディケイド患者の入院割合や低所得者利用率）を満たしている上で、州が独自に定める次の 2 つの要件を満たしている必要がある。①総入院日数の 1%以上がメディケイド患者で占められている。もしくは②2 名以上の産科医がメディケイド患者を特別に診療することに同意している。

上げたが、この独自サービスは一向に実用化されず実質的に機能しなかった。

一方、エルパソのトマソン病院では多くの経費削減策を立てた。それにはその病院初の初期診療センターの開設、救急ではない患者を同センターに送ることによって救急室の費用を下げるなどが含まれていた。同病院はスタッフの解雇も行い、時間外手当も廃止した。しかし、これらの対策をもってしても、懸案である営利病院との競争に対して現実的な効果は生まれなかった。トマソン病院が外来部門を持たないという理由から、ヒューストンのハリスカウンティ病院区より窮地に陥っている。

3 コメント

ヒューストンやエルパソのセーフティネット提供機関の存続は次の4つの要因次第である。

- 1) 地域のサポート：だんだん弱まっているように思える（消費税による歳入はこれまでどおりか減少している。同州のカウンティの中には公立病院による医療弱者に対する医療サービス提供に制限を加えようとしている。またあるカウンティ内の公立病院では民営化の動きがある）。また、地域経済の活性化、建て直しも地域の消費税収入に頼っている公立病院としては重要な問題であるといえる。2006年の1月にはベビーブーマー世代が60歳となり、退職年齢となる。個人消費力のある彼らを地域に迎え入れて、地域の振興策として全米の避寒地である同州でも商工会が先頭にたって彼らの呼び込みに躍起となっている。彼らにはある程度の個人資産に加えメディケア給付金や社会保障給付金も見込め、地域の病院や経済を潤す事が期待されている。
- 2) 不均衡負担病院助成金（DSH）による歳入：公立病院の頼みの綱であるが、マネージドケアが浸透し、民間医療保険会社からの収入が制限された営利病院がメディケイド加入患者も積極的に診療することになったため、営利病院に助成金が流れ始めている（しかしながら、営利病院においてチャリティケアが十分に行われるとは考え難い）。
- 3) 州がメディケイドマネージドケアを導入するスピードと、その過程におけるセーフティネット提供機関に対する州の援助（テキサス州政府は、メディケイド事務局に対して、マネージドケアプランを持つ公立病院と契約を結ぶことを働きかけることによって、公立病院の存続を図っている）。
- 4) 移民法の改正¹⁰⁴：テキサス州は、地理的な理由から移民に対する医療は大きな問題となっている。同法の改正により、移民にとって必要な治療を受けることが難しくなっている。このため、彼らの健康状態は悪化し、移民たちが最終的に駆け込むことになる地域の急性期及び救急医療の費用がかさむことになる。セーフティネット病院にとってはその費用負担が喫緊の課題である。

一方で2005年、ブッシュ政権は不法移民に対する医療サービスを提供した結果、その医療費を回収できなかった病院と医師に対して助成金を支払うことを発表した。

¹⁰⁴ 1996年の移民法改正により、移民に対してメディケイドが適用されなくなった。

この助成金は 2008 年の 9 月まで継続される。総額 10 億ドルに上る同助成金は、不法移民が治療に訪れた医療機関が政府に請求して支払われることになるが、そのためには、その患者が不法移民であることを本人に確認する必要がある。この手続きのためにかえって、不法移民であることを恐れる移民の足を病院から遠ざけることになるという危惧も指摘されている。テキサス州選出のケイ・ベイリー・ハッチンソン共和党上院議員は、この助成金の創設を喜ぶ一人であるが、彼女は移民への医療問題の進展を喜んでいるのではなく、逆にこれによって「国境が守られる」ということで喜んでいる。国境を抱える同州にとっては、移民に対する医療問題は単に医療問題に留まらず外交、治安問題とも直結する複雑な問題でもある。

第 3 節 ワシントン D.C.総合病院（ワシントン D.C.）

公立病院が閉鎖され、公立病院が担ってきた地域の医療弱者に対する役割が民間病院に移された際に生じる問題点を、ワシントン D.C.総合病院のケースをもとに報告する。

1 ワシントン D.C.総合病院の状況

かつて「市の病院システムの要」とも呼ばれたワシントン D.C.総合病院（以下 DC 総合病院という）は、常に財政面、運営面の問題を抱えてきた。地域の一部に非常に愛され、また他の人々からは厄介者扱いされながら、2001 年にワシントン D.C.（以下「市」という）の議会と財政運営委員会(Financial Control Board)によって閉鎖に追い込まれるまで、市の医療弱者に対して医療サービスを提供し続けてきた。そして、その閉鎖を受けて新しく創設された「D.C.ヘルスケア連携（DC HealthCare Alliance）」が生み出す問題は、DC 総合病院のような地域に密着した歴史ある病院を閉鎖することへの疑問を浮かび上がらせている。

ワシントン病院(The Washington Infirmary)という名前で 1806 年に創設され、1846 年に現在の場所に建設された同病院は時代によってワシントン・アスラム病院（～1921 The Washington Asylum Hospital）、ガリンジャー市立病院（1922～1952, Gallinger Municipal Hospital）とも呼ばれた。建設当時から病院の使命は地域の「孤立者」に対して医療を提供することであった。「孤立者」とは生活保護者や路上生活者、障害者や天然痘患者等であった。DC 総合病院はワシントン D.C.を 4 分割（クオドラント（Quadrant）と呼ばれる）した南東部に位置し、同地域は D.C.でも最も人口の密集した、また貧困者層の多い地域でもあった。

同病院の創設期においてでさえも、病院の患者への治療や職員のモラルに対する批判は存在した。1943 年には、議会の小委員会で次のような証言も取り上げられた。「DC 総合病院はまるで恐怖の館です。そこでは患者がベッドに縛り付けられ不衛生な状態で監禁されていました」。また 1953 年に同病院に勤務していた医師からは「同病院では常に医薬品が不足し、慢性的な職員不足を抱え、1 年目の研修医に非常に難しい救急医療を任せるような誤った指導が存在していた。」との報告もなされた。

メディケイドやメディケアが設立された 1965 年当時、同病院の財政状況は著しく悪化していた。そのため指摘されていた職員不足、医療医薬費の不足、サービスの劣化等の病院の問題は未解決のままであった。1960 年代から 1970 年代にかけて同病院では患者の減少が始まった。1959 年には 6,373 人の赤ちゃんが同病院で産まれていたが、1973 年にはその人数は 2,588 人にまで減少した。1975 年、市における病院の質に関するランク付けを行うヘルスケア認定委員会は、DC 総合病院の認定の取り消しを決定し、その決定は 3 年にわたって継続された。1980 年代には薬物の蔓延と銃による犠牲者の増加によって DC 総合病院の患者数は増加した。しかし、この現象はそれまでもあった同病院に対する悪い評判を助長することにもなった。同病院が薬物依存者や暴力の犠牲者を治療することにより、DC 総合病院といえば薬物と暴力という悪しき連想を引き起こした。

1995 年、前述の財政運営委員会は DC 総合病院に対して厳しい財政緊縮計画を課した。それは職員 260 名を一時解雇（レイオフ）し、病床数を 250 床まで減少させるというものであった。1996 年には、市の議会は DC 総合病院と市が運営する近隣のクリニックを統合し医療公益法人とすることを可決した。この法人は準独立法人であり、統合された病院等を運営し、財政の健全性を保つことを求められた。しかし、統合によっても病院職員を保護する公務員保護法は堅持されていたため、新しい法人にとって人員削減は困難であった。同病院の医師はしばしば民間医療保険を持つ患者を優先的に選択診察し、それによって訴えられもしたが、法廷に出頭さえしないこともあった。

2 公立病院運営から官民パートナーシップへの方向転換

DC 総合病院には労働者団体や地域の聖職者たちなどの熱心な支持者もいた反面、中傷者もかなりいた。彼らは DC 総合病院に関する次のような数値を使って同病院の批判を行った。

- ・ 高い新生児死亡率と低い出生時体重
- ・ 地域のアフリカンアメリカン男性の寿命（57 歳）が全国平均（67 歳）より 10 歳も若い。
- ・ 糖尿病合併症で死亡する恒例患者の率が全国の約 2 倍
- ・ 癌や心臓病での高死亡率

アンソニー・ウィリアムス(Anthony A. Williams)市長と財政管理委員会も、DC 総合病院の度重なる運営の不手際と市予算への財政依存度の高さに悩んでいた。その依存度の高さは、同病院への財政支援のため市の他の医療施策が滞るほどであった。市当局は、外来診療サービスが主体となっている病院市場において、多額の人件費と資金のかかる公立病院経営は難しいと感じていた。

DC 総合病院を閉鎖に迫り込みたい市側は、市の地域医療に官民パートナーシップを持ち込むことを提案した。それが「D.C.ヘルスケア連携」である。この連携は市全体に存在する多くの民間病院の共同体であり、地域の住民は速やかにこの医療連携システムの会員に加入でき、初期診療や必要な医療サービスを近隣の診療所を通じて受けることが可能となる（住民は、望めばこの連携に参加しているどの医療機関へも行くことがで

きる)。

とりわけ、グレーター・サウスイースト地域病院(以下 GSE 地域病院という)は、DC 総合病院と同じ地域(クォドランツ)にあり、この新しい医療連携の中心的役割を果たす民間病院である。同病院は、他の医療機関の助けを借りて DC 総合病院の入院業務を引き受けた。また DC 総合病院にあったトラウマセンター機能は GSE 総合病院に拡張され、そのほかにも5つのトラウマセンターと市側は契約を取り交わした。

DC 総合病院には救急医療室と外来診療部門が残されたが、その他の施設は閉鎖された。すなわち DC 総合病院はいわゆる総合病院ではなくなり、外来専門病院のひとつとなった。市所有の救急車両は DC 総合病院に残された。それは同病院に来院する患者に、他の総合病院での治療が必要と判断された場合に備えてである。また、DC 総合病院の存在する地域の住民のために、市の消防救急医療局は5つの救急医療部隊を配備した。

市の福祉局は、市の無保険者に対して十分な医療サービスを提供するという、官民パートナーシップにおける契約が遵守されているかを監視する責任を持っている。同局は市のメディケイドプログラムへの参加者拡大対策に、この医療連携に登録している住民データを使用している。

DC 総合病院や同病院を含む医療公益法人では、同病院に対して新しい運営組織、情報システムの確立、地域診療所との統合、再編成を行って、存続及び入院機能、外来機能など全てを備える「総合」病院化することを強く希望していた。彼らによると、DC 総合病院は地域から十分な投資を得ていなかったため、病院の抱える問題を解決することが出来なかったのであり、地域から十分な資金援助が得られれば、シカゴのクックカウンティ病院やマイアミのジャクソン記念病院などのように、施設も整い十分な医療サービスを提供することができたということである。

市民らのハンガーストライキを含む抗議活動や議論の最中、DC 総合病院はついに2001年に閉鎖され「D.C.ヘルスケア連携」が始められた。

3 DC 総合病院の閉鎖時の状況

DC 総合病院の閉鎖時には、同病院は地域医療に対して次のような役割を担っていた。

- ・ 市の医療費支払い不能患者に対する治療(非補償型医療)の大部分
- ・ 周産期医療
- ・ エイズ医療
- ・ 外来診療センター
- ・ 救急医療
- ・ レベル1トラウマセンター(DC 総合病院は、生物化学兵器、核兵器などの大量破壊兵器から一般市民を守るための施設や、浄化装置などを備えた国防総省により認定された全米で2つしかない地域病院の内のひとつであった)
- ・ 小児レベル2トラウマセンター

DC 総合病院は、ロバート F.ケネディスタジアムの近くに意図的に建設されていた。それは、同スタジアムで大規模なイベントがあった際の緊急医療に対応するためであった。また、同病院は医療教育の現場でもあった。主にマイノリティの研修医を受け入れ、病院職員もアフリカンアメリカンを積極的に雇用していた。同病院は市から年間約 4,500 万ドルの助成金を得ていたが、その助成金で施設の維持から非補償型医療費の補填までを賄わなければならない、約 65,000 人もの医療保険を持たない住民を地域に抱える同病院には十分な金額とはいえなかった。

4 公立病院の閉鎖及び官民パートナーシップがもたらしたもの

DC 総合病院は閉鎖時に次のようなことを行っており、これらは DC 総合病院の閉鎖後 GSE 地域病院と他の連携契約病院に引き継がれた。

- ・ 年間 10,000 人の患者（4,000 人の無保険者、1,500 人の重篤患者（10 分以内に緊急手術が必要な患者 200 人を含む））
- ・ 往診の必要な患者
- ・ メリーランド州警察や、公園管理局や FBI や移民局から依頼される何らかの犯罪に関与していると疑われる患者の診療や検査（DC 総合病院はこれまでこれらの依頼を無料で行っていた）。

市内の医療弱者への医療サービスの提供を DC 総合病院に代わって引き受ける代償として、5 億ドルの契約金を得たにもかかわらず、GSE 地域病院は少なくとも破産申告を行った 1998 年以来、度々深刻な財政問題に直面してきた。それまでも GSE 地域病院は業者への支払いを滞らせることがあり、医薬品の納入に支障をきたすことがあった。同病院は 2001 年に 2 千万ドルの税優遇策も受けているが、それでもなお、年間 600 万ドルの損失を計上し続けている。

地域セーフティネットへの影響を調べた報告¹⁰⁵によると、GSE 地域病院の人員計画や市が莫大な費用をかけている同病院の運営に問題があると指摘している。病院の質に関するランク付けを行うヘルスケア認定委員会は、GSE 地域病院が「医療に必要な最低限の質」をクリアしていないとして判断した（ちなみに DC 総合病院はその閉鎖時期には 94 点を取得していた）¹⁰⁶。2002 年 11 月、GES 地域病院は小児科病棟と婦人科病棟を閉鎖し、高齢者への処方箋薬処方サービスを停止した。無保険者に対する医療サービスにも 200 ドルの支払いを求めるのではとの噂話までも持ち上がった。これは明らかに市側と結んだ委託契約に対する違反であった。この契約では無保険者に対しても最大 60 日間、彼らの支払い能力がはっきりするまでは無料診療を行うことになっていた。

¹⁰⁵ “Suggested Questions for Mayor Williams, Status of the Health Care Safety Net as of 11/20/02- Greater Southeast Hospital, DC General and the Alliance,” DC Watch website, dcwatch.com

¹⁰⁶ 現在の同委員会の病院評価は星数で標記されており点数による評価は 2004 年までであった。2002 年の GSE 地域病院の評価は 100 点中 76 点。同年の病院の評価分布は 90-100 点が 71%、80-89 点が 28%、70-79 点が 1%、0-69 点が 0%。であったことから同病院の評価が低いことが窺われる。同病院はその後指導を受け点数を 83 点にまで上げている。

2002 年、市議会は DC 総合病院跡地に新しい病院を建設するための法案を提出した。それは DC 総合病院跡地に新病院が必要であるとする民間レポートの影響でもあった。そして DC 総合病院を閉鎖して 1 年後、市議会は新病院建設のための基金設立を提案した。

GSE 地域病院は、貧困者層への医療サービス提供を少しずつ減らしてきた。市から求められていた同病院への要求は、連邦貧困レベル 200%以下の患者に対する無料診療というそれほど厳しくない要求であったにも関わらず、このチャリティ医療のサービス規模は DC 総合病院が行ってきた非補償型医療の一部分でしかない。その上 GSE 地域病院は 7 つの外部病院に医療サービスの外注を行っており、その 7 つの病院が次々に市に支払いを要求してきた。費用がかさみ医療サービスの無保険者への提供先が限定されるにつれ、市民の中に次のような疑問が浮かんできた。もし仮に、予算を増やして運営組織を一新して DC 総合病院を存続させていたら、地域の貧困者はより良い医療サービスを受けられたのではないか。この問いに対する答えを出すのには今はまだ少し早いかもしれない。それでも市が新たに打ち出した福祉計画が GSE 地域病院に大きく依存しているという事実はとても楽観視できる状態にはない。なぜならば、GSE 地域病院は DC 総合病院がその最も悪い状況にあったときとほとんど変わらない経営状況にあるからである。

5 コメント

なかなか運営の改善がなされず、経営が悪化し、自治体の財政問題を引き起こす主な原因のひとつとなっている病院運営を自治体があきらめるケースは全米全体でよく見られる光景である。今回取り上げた DC 総合病院の閉鎖に至る過程は、他の自治体のケースと大きく異なるものではない。ワシントン DC 政府は、この事例に見られるように、公立病院の担ってきた社会的な任務、セーフティネットとしての責任を、官民パートナーシップという方法で官から民へと移行しようと試みている。しかし、民間病院へと移管された医療弱者に医療サービスを提供するというセーフティネット機能は、以前 DC 総合病院が行っていたレベルはもちろんのこと、それ以下のサービスすら保つことが困難となっている。これは移管された GSE 地域病院に特別原因があるということではなく、民間病院、利益追求病院が持っている「利益を追求するという本能」に従ったがゆえに生じる結果でもあろう。官民パートナーシップという官の意向が強く残る形での民間委託であったとしても、地域の住民に提供されるセーフティネットとしての質は低下することが避けられない。従って完全に民営化されれば、その後の病院に以前のようなセーフティネットとしての機能を求めることは無理であろう。翻って、公立病院の存在価値は地域の自治体への財政負担等ではかるのではなく、その病院が地域にどれほどの恩恵をもたらしているかというサービスの質ではかるべきである。

総括

米国政府によって国民皆保険制度が提供されない限り、医療費を支払う余裕のない人々に対する医療サービスの提供手段は確保されなければならない。公立病院は長い歴史の中でその役割を担ってきた。運営に必要な資金が減少し、自治体の雰囲気も民営化に傾くような状況下で、国民皆保険制度が実現するまで公立病院が米国内に存在しえるかということは、甚だ疑問である。

それでも次のことははっきりしていると思われる。いかなる医療システムでも機構でも最終的に地域で医療弱者に対するセーフティネットとしての責任を果たすためには、安定した十分な資金が必要であるということである。対価を期待できない医療サービスに対する医療費を十分に補助できるだけの財源なしには、セーフティネットは機能しなくなる。それはそのセーフティネットを公立病院が中心になって機能させようと、民間営利団体の手にゆだねようと同じことである。

病院の民営化を進める支持者は、「市場原理」こそ、いかなるシステムに対しても最も確かで最も安全な対策であり、自由市場でやっていく能力のない組織はその産業市場から退場すべきであると信じている。しかしながら、公立病院は市場原理に基づく世界に飛び込むには資本的に脆弱すぎる。公立病院がその経営方針、経営理念としてターゲットとする患者（公立病院の存在意義として医療サービスを提供する患者たち）は公立病院をビジネスの世界にとどめておく能力はない。なぜならば、彼ら医療弱者には医療費を支払う能力がないからである。公立病院に対して競争が激化する病院市場において「泳ぐか沈むか」を要求することは、論理的ではなく、むしろ彼らの使命にも矛盾する。

一方、公立病院は営利病院と競える同じ医療レベルが維持されるべきであり、同じ医療サービスが提供されるべきである。しかし、医療費の支払いのできない患者を診ながら、保険を持っている患者を主に診療する営利病院やヘルスセンターよりも優れた設備を持つという「二重構造」は成立し得ない。現実的な打開策としては、公立病院は他に行き所のない患者だけではなく、もっと支払い能力のある患者らをもとりこむ施設となるための努力を行うことである。

それでも医療市場の競争は、公立病院に長期の積極的な改革を促した（例えば、施設のグレードアップ、地域との結びつきの強化、労働力再編、メディケア、メディケイド、有保険患者獲得のための積極的な取り組み、統合された医療システムの開発、利用価値の高い他病院との連携など）。これは全て進歩への一歩と考えることができる。しかしながら、全ての公立病院がこのような対策を行う余裕をもっているのではなく、州政府や地方自治体からの十分なサポートもなく、多くの病院が閉鎖等の危機に瀕している。公立病院が閉鎖していくのは、決して彼らの存在が社会的に必要なからではなく、無償医療や返還金などに対して十分な財政的援助がないからであり、無保険患者を治療することを求められていない病院との市場での競争に勝てないからである。彼らの社会における必要性は無保険者、一部保険者が増加し続ける現在、一層高まっているとさえいえる。

結局、公立病院を存続させるか閉鎖させるかは、各州や地方自治体の裁量による。彼らの財政的な援助なしには地域の公的医療施設の経営が成り立たないのは、ケーススタディでも明らかなおりである。他の行政サービスと同様に、病院の存続を決定するのは住民の地域医療に対する要望や、自治体の政策や財政状況などによるが、残念ながら住民の決定の多くは民営化であったり、閉鎖、売却である。しかし、このレポートで報告したコロンビア HCA 社の例にもあるように営利企業に売却されたり、民営化された公立病院は利益を上げるために、これまで行ってきた無料診療や非補償型医療をあきらめる、ないしは著しく減少させることになる。増え続ける無保険者、一部保険者、低所得者層など医療弱者は増加する一方で、彼らを支えてきたセーフティネットの中核をなす公立病院の減少は、社会の大きなつげとなって返ってくることは明らかである。

病院市場に自治体管理の公立病院は馴染まないと考える人々は、直接的に病院を運営し住民に医療サービスを提供する代わりに、医療保険の適用範囲を拡大することに政府の限られた財源をつぎ込むべきだと主張する。それと同時に、医療弱者に対するセーフティネットの維持に営利病院と提携することを奨励している。しかし、巨大チェーン営利病院ですら、増加する無保険患者と利益率の減少に直面している現在の病院市場において、営利病院が、利益にならない患者を診ることを求めるセーフティネットの趣旨を遵守することを誰が保証できるだろうか。また、彼らが 24 時間の火傷トラウマセンターや他の費用がかかり、その割に利益の薄い医療サービスを住民に提供し続けられるであろうか。緊急時対応の地域医療の中核としての役割を果たせるだろうか。言い換えれば、増加する公立病院が果たしている公共の利益を確保できるだろうか。今まで公立病院が社会に主張することなく守ってきたセーフティネット（安全網）の必要性は、縮小されるどころか増すばかりである。

【参考文献】

該当箇所に脚注として標記

【執筆者】

(財) 自治体国際化協会ニューヨーク事務所 所長補佐 小泉 嘉透

CLAIR REPORT 既刊分のご案内

NO	タ イ ト ル	発刊日
第288号	米国における医療制度の現状と公立病院の果たす役割について	2006/8/31
第287号	米国地方債の概要とその活用事例	2006/8/31
第286号	オーストラリアの電子政府	2006/8/11
第285号	GLAの現状と展望	2006/8/11
第284号	パリッシュの動向	2006/8/11
第283号	英国の情報開示と保護－情報自由法とデータ保護法を中心として－	2006/6/15
第282号	英国政府報告書②	2006/6/15
第281号	英国政府報告書①	2006/6/15
第280号	オーストラリアにおけるボランティア	2006/3/17
第279号	韓国の雇用政策－若年層及び高齢者に対する施策を中心として－	2005/12/27
第278号	英国の地方政府会計制度詳解－経常会計と資本会計の改革の実態－	2005/12/27
第277号	韓国の地方分権政策－地方分権5カ年総合実行計画策定－	2005/10/27
第276号	フランスの広域行政－第4の地方団体－	2005/10/27
第275号	カンボジアの地方自治	2005/10/27
第274号	ポルトガルの地方自治	2005/10/14
第273号	米国の地方自治体(市)における経済振興施策の現状について－企業支援施策を中心に－	2005/10/14
第272号	英国の地方選挙風景(地方版マニフェストの実績)	2005/10/14
第271号	アメリカの産業廃棄物処理について	2005/9/7
第270号	地方都市への中国人観光客の誘致可能性について	2005/9/7
第269号	2005年 英国議会下院・統一地方選挙	2005/9/7
第268号	中国都市交通の現状と課題	2005/7/15
第267号	中国から日本の地方都市への航空直行便開設	2005/7/15
第266号	フランスの新たな地方分権その2	2005/7/15
第265号	米国の市民参加－交通計画における合意形成手法－	2005/7/12
第264号	米国における災害対策－地方政府内外での行政機関の連携－	2005/7/12
第263号	米国の州政府及び地方団体の公金管理	2005/7/12
第262号	シンガポールの教育2005	2005/6/10
第261号	米国の州政府・地方団体における行政評価と結果志向行政	2005/6/10
第260号	韓国の国会と第17代総選挙結果分析について	2005/6/10
第259号	米国の街づくりにおける非営利団体の役割	2005/4/19
第258号	オーストラリアにおける航空機を活用したへき地サービス	2004/10/29
第257号	フランスの都市計画－その制度と現状－	2004/6/30
第256号	米国のEガバメント	2004/6/7
第255号	オーストラリアの政府間財政関係概要	2004/5/28
第254号	韓国の教育自治	2004/5/28
第253号	英国の地域再生政策	2004/5/28
第252号	シンガポールの情報化政策と電子行政	2004/3/10
第251号	フランスの新たな地方分権 その1	2003/11/28
第250号	タイにおける地方分権化の動向	2003/11/26
第249号	中国の年金制度改革	2003/10/23
第248号	中国の企業誘致政策	2003/8/29
第247号	米国のコミュニティー協議会(ネイバーフッド協議会／近隣協議会)	2003/6/26
第246号	米国における地方公務員制度	2003/6/26

CLAIR REPORT各号に関する最新情報は、当協会のホームページ(<http://www.clair.or.jp>)をご覧ください。