

米国におけるへき地医療施策

(財) 自治体国際化協会 CLAIR REPORT NUMBER 034 (SEP. 20, 1991)

はじめに

- 1 アメリカの医療を取り巻く状況
- 2 アメリカのへき地医療の現況
- 3 へき地医療に対する取組み状況
- 4 ノースカロライナ州におけるへき地医療施策

おわりに

目 次

はじめに.....	1
1 アメリカの医療を取り巻く状況.....	2
(1) 医療保険制度.....	2
(2) 国民の健康水準.....	3
(3) 国民の医療費負担.....	5
2 アメリカのへき地医療の現況.....	7
(1) へき地の定義.....	7
(2) へき地住民の健康水準.....	7
(3) 医師の偏在.....	9
(4) へき地病院の閉鎖.....	10
3 へき地医療に対する取組み状況.....	12
(1) 連邦政府の役割.....	12
(2) 州の取組み.....	15
4 ノースカロライナ州におけるへき地医療施策.....	16
(1) ノースカロライナ州へき地医療・資源振興室の機能.....	16
(2) 医師確保事業.....	18
(3) 特別事業.....	19
(4) へき地保健センター事業.....	19
おわりに.....	24
注	25
参考文献.....	27

はじめに

「いつでも、どこでも、だれにでも」必要な医療を提供することは、行政の大きな目標の一つであり、いわゆるへき地に対する医療サービスについても、国や各地方公共団体によって各種の施策が実施されているが、医師の確保、医療施設へのアクセス等、改善されるべき課題はまだ残されている。

ところで、面積が日本の24.8倍であり、気候、地形等に大きな相違を有するアメリカ合衆国において、全国土に遍く医療サービスを供給することが、日本におけるより遥かに難しいことは想像に難くない。さらに、来年秋の大統領選挙の最大の争点の一つとなっている医療保険制度の抜本的改正についても、未だ国民の健康、医療の確保を国民全体が共同の負担で行うという共助の精神を確立するには至っておらず、この結果であると考えられるが、平均余命、乳児死亡率等医療統計の数字を見ても、現状では、日本の方が国民の健康水準は高いと言わざるを得ない。

日本におけるへき地医療対策については、各地方公共団体が血の滲むような努力を重ねて推進してきたが、来年（1992年）はその中心的存在でもある自治医科大学の創立二十年を迎えるときでもあるため、今回は医療供給の面に注目しながら、アメリカにおけるへき地医療の現状と州における取組みの一例について、レポートする。

なお、このレポートを作成するに当たり、James Bernstein 氏(Director)、John Price 氏ほか、ノースカロライナ州 Office of Rural Health and Resource Developmentの職員から多くの情報や示唆をいただいた。

1 アメリカの医療を取り巻く状況

へき地医療について述べる前に、アメリカ全体の医療保険制度、国民の健康水準等の現状について簡単に説明する。

(1) 医療保険制度

教育と医療の問題は、現在、アメリカの内政における最重要課題とされている。特に、国民医療費の増大は、雇用主の医療保険費負担の限界を越える状況となっており、加えて多数の無保険者の存在、高齢化の進展等も大きな問題である。

アメリカは、いわゆる先進国で唯一国民皆保険制度が確立されていない国である。公的医療費保障制度としては、65才以上の老齢年金受給者と、65才未満の障害年金受給者、慢性腎臓障害者を対象とするメディケア、低所得者（老人を含む。）を対象とするメディケイド及び退役軍人及びその家族のための医療保障制度、労災医療保障制度がある。この対象以外の国民は民間保険会社の医療保険に加入することとなるが、このいずれにも加入していない、無保険者が数多く存在し、国勢調査局の調査によると、無保険者数は28.4百万人（1979年）から31.5百万人（1988年）に増加しており、また、the National Health Interview Surveyという聞き取り調査（注1）による65歳以下の国民の医療保険加入状況は（表1）のとおりであるが、黒人等マイノリティの無保険者が特に多いことがわかる。

湾岸戦争終結後、アメリカにおける世論の目は内政問題に注がれており、次期大統領選挙も睨んで、医療システム、特に医療保険制度の改革の話題は、新聞、テレビ等のメディアを賑わしている。民主党は、上院で“Health America: Affordable Health Care for All American Act”、下院で“Universal Health Care Act of 1991”というメディケアに代わる国民全体を対象とした医療保険制度の創設を内容とする法案を提出しているが、まだ、準備委員会での検討段階にある。一方、共和党は、まだ法案としてはまとまってはいないが、抜本的改正については、国民全体のコンセンサスが得られていないとして、現行制度を維持した上での改革方針を検討しているところである。

各州レベルでも、全住民を対象にした保険制度の導入の試みがなされており、例えばマサチューセッツ州では、全ての雇用主に対し、雇用労働者に医療保険を掛けるか、または、州が管理する医療保険制度に負担金を支払うか、どちらかを選択させる制度導入を試みたが、その後の財政危機により、実施は不可能となっている。（注2）

また、メディケア制度についても、薬剤費、在宅ケア、長期入院、長期ナーシングホーム入所は対象となっていないなど、ニーズに十分答えられるものにはなっておらず、（表2）に示すように65才以上の老人の70％はなんらかの民間保険に加入している状況にあり、このメディケア対象外医療給付に対する老人の高額医療費負担が問題となっている。

この課題に対処するため、1988年にレーガン大統領は薬剤費を対象とすること、入院及びナーシングホーム入所費用の給付対象上限日数を延長すること等を内容とする老人

高額医療費保険制度を導入した。しかし、この制度は、老人のみで負担することを制度の根幹としていたため、既に民間保険で医療給付を受けているにもかかわらず、新制度導入により、給付サービスなしで大半の財源を負担すると推測される富裕高齢者層からの強い批判により、わずか15か月後に全面廃止に追い込まれた。

(表1) アメリカ国民(65歳以下)の医療保険加入状況 (単位:%)

	民間保険			メディケイド			無保険者		
	1980	1984	1989	1980	1984	1989	1980	1984	1989
全体	78.8	76.9	76.6	5.9	6.0	6.4	12.5	15.4	15.7
白人	81.9	80.0	79.7	3.9	4.1	4.5	11.4	14.2	14.5
黒人	60.1	58.9	59.2	17.9	17.5	17.1	19.0	22.3	22.0

(出典 Division of Health Interview Statistics and Division of Analysis,
National Center for Health Statistics: Data from the National Health
Interview Survey)

(表2) アメリカ国民(65歳以上)の医療保険加入状況 (単位:%)

	メディケア・民間保険併用			メディケア・メディケイド併用			メディケアのみ		
	1980	1984	1989	1980	1984	1989	1980	1984	1989
全体	64.4	70.9	73.5	8.1	5.4	5.7	22.7	20.0	16.8
白人	68.3	74.4	77.3	6.6	4.0	4.5	21.0	18.5	14.7
黒人	26.5	38.1	39.3	23.3	19.9	16.5	40.6	35.4	37.9

(出典 Division of Health Interview Statistics and Division of Analysis,
National Center for Health Statistics: Data from the National Health
Interview Survey)

(2) 国民の健康水準

アメリカにおける国民の健康水準の状況を統計で見てみる。まず、(表3)のとおり、1987年の平均余命は、男性71.5歳、女性78.3歳となっており、世界一の長寿

国である日本（男性75.6歳、女性81.4歳）と比較した場合はもちろん格段の差があり、世界で21位にとどまっている。特に、黒人等マイノリティの場合、男性64.9歳とかなり低くなっている。

また、乳児死亡率は出生千人当たり10.1人と日本の約2倍であり、世界でも24位（1987年）となっている（日本は4.8人／千人であり、世界一乳児死亡率が低い）。その割合は、大都市において特に高く、1984年から1988年までの年平均出生千人当たり乳児死亡率は、ワシントンDC21.10人、デトロイト20.38人、フィラデルフィア16.66人などとなっている。人種別で見ると（表4）のとおり、黒人の乳児死亡率は17.6人／千人となっている。乳児死亡率は近年上昇しているが、この原因としては、マイノリティ等低所得層の妊娠時の健康管理にあるといわれており、政府はこの事態を重視し、来年度予算において、乳児死亡率の高い都市を対象として、乳児死亡率改善のための新規プログラムを提案している。

（表3）平均余命

（単位：歳）

	全 体		白 人		黒 人	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
1970	67.1	74.8	68.0	75.6	60.0	68.3
1975	68.8	76.6	69.5	77.3	62.4	71.3
1980	70.0	77.4	70.7	78.1	63.8	72.5
1985	71.2	78.2	71.9	78.7	65.3	73.5
1987	71.5	78.4	72.2	78.9	65.2	73.6

（出典 U.S. Bureau of the Census: U.S. Life Tables）

(表4) 乳児死亡率

(単位:人/出生千人)

	全 体	白 人	黒 人		全 体	白 人	黒 人
1950	29.2	26.8	43.9	1980	12.6	11.0	21.4
1960	26.0	22.9	44.3	1985	10.6	9.3	18.2
1970	20.0	17.8	32.6	1988	10.0	8.5	17.6
1975	16.1	14.2	26.2				

(出典 National Center for Health Statistics: Vital Statistics of the United States)

(3) 国民の医療費負担

アメリカにおける国民の医療費負担の状況は、(表5)のようになっている。1970年と1988年を比較した場合、国民医療支出は7.3倍になっており、国民総生産の増加(4.8倍)をはるかに上回るペースで増大している。また、医療支出総額に占める公的支出の割合も、37.2%から42.1%に増大しており、メディケア・メディケイドに対する連邦、州政府の負担が確実に重くなっていることを示している。日本と比較した場合、国民一人当たりの医療費は2倍(日本は147.8千円:1987年)、GNP構成比も1.65倍である。これだけ高い医療費であるにも拘らず、前述したように低い健康水準にある、というのがアメリカの医療保険制度の最大の問題である。

アメリカにおける医療費負担がこのように高い原因は、全人口の約15%に当たる無保険者の存在とともに、医療保険システムの複雑さに由来する管理経費が指摘されている。これまでも、医療費の大きな部分を占める入院費用を抑制するため、PPS(症例定額支払い)制度、マネージドケアシステム(ある特定の加盟医療機関による医療を受けることを条件に、定額保険料の事前支払いを認め、少ない自己負担で総合的な医療を受診できるシステムであり、代表的な機関としては、HMO(Health Maintenance Organization)、PPO(Preferred Provider Organization)がある。)など新しい制度の導入を行い、ある程度の効果を上げてきたが、依然として増大を続ける国民医療費に歯止めをかけるためには、医療保険制度自体の抜本的改正が必要であるという声も大きくなっており、特にカナダの制度をモデルとした研究が盛んになされている。

(表5) アメリカにおける国民医療費の推移

	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988
(総額：単位10億ドル、() は全体に占める割合：単位%)							
国民医療支出	74.4	132.9	249.1	420.1	450.5	488.8	539.9
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
民間支出	46.7	77.8	143.9	245.2	259.8	280.5	312.4
	(62.8)	(58.5)	(57.8)	(58.4)	(57.7)	(57.4)	(57.9)
公的支出	27.7	55.1	105.2	174.9	190.7	208.3	227.5
	(37.2)	(41.5)	(42.2)	(41.6)	(42.3)	(42.6)	(42.1)
連邦政府	17.7	36.4	72.0	123.4	132.8	144.0	157.8
	(23.9)	(27.4)	(28.9)	(29.4)	(29.5)	(29.6)	(29.2)
州・地方政府	9.9	18.7	33.2	51.5	57.9	64.3	69.6
	(13.3)	(14.1)	(13.3)	(12.2)	(12.9)	(13.2)	(12.9)
国民総生産(単位10億ドル)	1015.0	1598.0	2732.0	4015.0	4232.0	4524.0	4881.0
人口(単位:百万人)	214.8	224.7	235.2	247.1	249.8	251.8	254.2
(国民一人当たり：単位ドル)							
国民医療支出	346.0	592.0	1059.0	1700.0	1806.0	1941.0	2124.0
民間支出	217.0	346.0	612.0	992.0	1041.0	1114.0	1229.0
公的支出	129.0	245.0	447.0	708.0	765.0	827.0	895.0
連邦政府	83.0	162.0	306.0	500.0	532.0	572.0	621.0
州・地方政府	46.0	83.0	141.0	208.0	232.0	256.0	274.0
国民医療支出の国民 総生産に占める割合 (単位:%)	7.3	8.3	9.1	10.5	10.6	10.8	11.1

(出典 U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, Office of the Actuary)

2 アメリカのへき地医療の現況

(1) へき地の定義

アメリカのへき地医療について述べる前に、へき地の定義について説明する。

日本においてはへき地の地理的定義を特に用いず、厚生省は、医師に恵まれない地域（半径4キロ以内に、50人以上住んでいる所で、医療機関がないか、簡単に利用できない地区）を無医地区（またはへき地）と定義し、それらの地域における医療サービス活動をへき地医療と呼んでいる。

これに対し、アメリカの場合、医師・医療に恵まれない地域として、医療従事者不足地域(Health Manpower Shortage Areas)及び医療サービス不足地域(Medically Underserved Areas)という2つの定義（注3）を有するほか、地理的にへき地(Rural)を表現するものとして、各種統計資料上、次の二つの定義が使われている。

一つは商務省国勢調査局によって使用されている'Rural Population'である。これは、都市部(Urban Area)を、中心となる市及び隣接する地域の人口が合わせて50,000人以上、または、町や村で人口が2,500人以上の地域と定義し、この都市部以外の地域に住む人々を'Rural Population'と定義している。

もう一つは大統領府管理予算局によって用いられている、'Nonmetropolitan Population'である。これは、Metropolitan Statistical Areas(MSAs)を、人口50,000人以上の市を有するカウンティ、あるいは単一のカウンティまたは複数のカウンティで合計100,000人以上の人口を有し、かつ50,000人以上が都市部(Urbanized Area)に住むカウンティと定義し、このMetropolitan Statistical Areas以外に住む人々を'Nonmetropolitan Population'と定義している。

国勢調査局による定義が、地方自治体単位の定義であるのに対し、管理予算局による定義がカウンティ単位の定義である点が異なる。MSAの定義は、カウンティという全米共通の基礎的地域を基本にし、時期による変動率が少ないため、各種データの収集についてより広範に用いられている。（表6 メトロポリタンエリア）

1988年現在、アメリカの人口（241百万人）のうち、約15%（36百万人）はいずれにの定義においてもへき地として定義される地域に居住し、約25%（60百万人）はいずれかの定義によってへき地とされる地域に居住している。

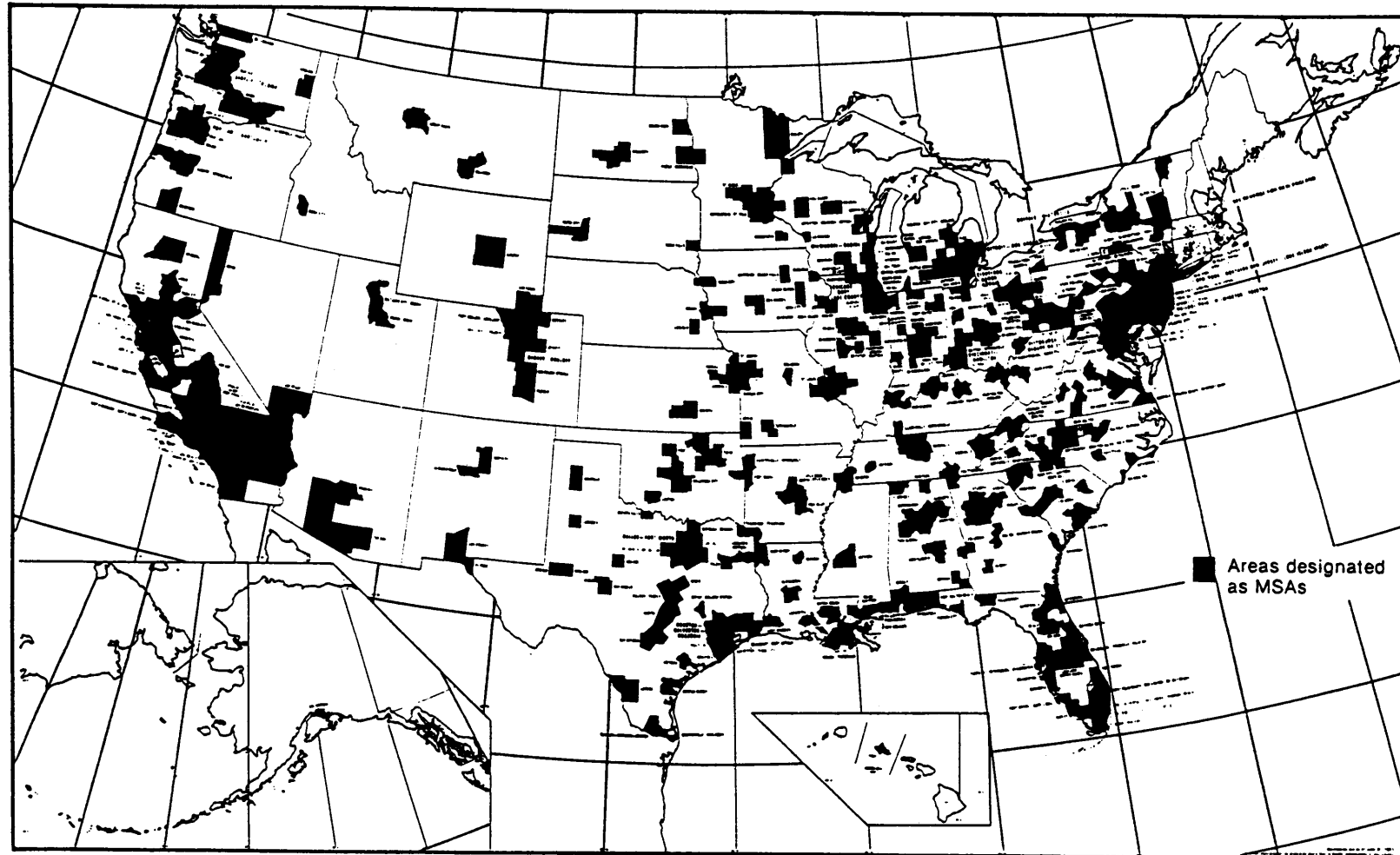
このほか、1スクエアマイル当たり人口6人以下のカウンティについて、“フロンティア”カウンティという定義を用いて表現することがある。

以下、特に表記がない場合、へき地とは管理予算局の定義によるものである。

(2) へき地住民の健康水準

へき地住民は、低い死亡率と高い慢性疾患罹患率に特徴づけられている。年齢、人種等あらゆる要素を考慮した死亡率は、都市部より4%低い、二つの例外がある。それは、

(表 6) Metropolitan Statistical Areas (June 30, 1986)



SOURCE: Adapted from U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, "Metropolitan Statistical Areas (CMSAs, PMSAs, and MSAs)" (GE-50, No. 84) Stock No. 003-024-06506-1 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986).

乳児死亡率（乳児千人当たり、へき地 10.8 に対し、都市部 10.4）と事故による死亡率（千人当たり、へき地 0.6 に対し、都市部 0.4）である。急性(Acute) 疾患罹患率は都市部、へき地に差はないが、慢性(Chronic) 疾患罹患率は、へき地人口千人当たり心疾患 99.3（都市部 77.4）、高血圧症 135.7（都市部 113.6）、動脈硬化症 12.9（都市部 9.0）、関節炎 158.9（都市部 123.8）等、へき地の方が明らかに高くなっている。

へき地住民の平均収入は、都市部住民に比べて低く、1987年の統計では、6家族のうち1家族は、いわゆる貧困層に属している。退職者の流入等により豊かになっている地域も若干見られるが、一般的に農業、鉱業を中心とした地域では、1980年代においても、かなりの収入減少が起きている。所得水準に関連していると思われるが、へき地住民の無保険者の割合は1986年で18.2%であり、都市部（14.5%）に比べてかなり高い。

（3）医師の偏在

アメリカの医師数は、562.0千人（歯科医（147.4千人）を除く。1988年）であり、人口10万人当りの医師数は、227.7人である。同年の日本の医師数は201,658人（人口10万人当たり164.2人）であるから、人口当りの医師数は、アメリカ全体で見ると日本より多いと言うことが言える。しかし、（表7）のとおり、へき地の10万人当たりの医師数は108.5人であり、地域間の格差が大きい。全体の医師数はかなりの割合で増加しているにも関わらず、いわゆる医師が一人もいないカウンティが1988年現在111（全米カウンティ総数3,042）あり、しかも、へき地における医師の4分の一は、今後5年間に退職する見込みとなっていると言う調査結果も発表されている。へき地における医療サービス提供の最大の問題は、地域に医師を引き付けるだけの魅力があるかどうかということである。この事情は、日本と同様であると思われるが、一般的に収入が都市部よりも少ないこと、専門家を志向する医学生が増加し、最新技術を備えた施設を希望する者が多いこと、50キロ四方に医師が自分一人しかいないことも珍しくなく、このため自由に休暇を取ることが難しいことなど、一般的にへき地で医療に従事する魅力は低いと考えられている。

(表7) 人口10万人当たりの医師数

	1 9 7 9	1 9 8 8
全国	188.4人	227.7人
都市部(Metro)	219.3	262.3
へき地(Nonmetro)	87.2	108.5
人口50,000人以上	116.3	146.7
25,000人～49,999人	86.8	106.2
10,000人～24,999人	62.0	74.7
0人～ 9,999人	48.6	58.2

(出典 U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Office of Data Analysis and Management)

(4) へき地病院の閉鎖

へき地における病院は、医療施設、特にへき地における病院の建設促進を目的とした、1946年のHill-Burton法(1974年廃止)の創設以来、急激に増加し、現在では、人口千人当たりのベッド数は、へき地4.0に対し、都市4.1とほとんど変わらない。しかし、へき地病院の空きベッド数の割合は、44.3%と都市部(31.6%)に比べてかなり高く、また、地域で唯一の病院であることが多いにもかかわらず、医療技術の進歩に伴う最新の設備を備えることができず、その経営状態は、全体患者数の減少、へき地全体の経済の低迷、医療費を十分に支払うことのできない患者の割合の増大によって、一般的に悪化している。その結果としての最近の地方病院の閉鎖の増加もへき地における深刻な問題である。(表8)にあるように、ここ5年間でへき地病院数は147(5.5%)減少しており、1988年時点で、今後数年間に600もの病院が閉鎖される見込みであると言われている。病院の閉鎖は、地域住民の健康維持に重大な影響を与えるとともに、そのコミュニティの経済的、社会的発展に対する大きな阻害要因となることはいうまでもない。

(表 8) アメリカの病院及びその利用状況

	1984	1985	1986	1987	1988	(1984-88)
病院数						
都市(メロ)	3,063	3,058	3,040	3,012	2,984	-2.6%
へき地(ノンメロ)	2,696	2,674	2,638	2,599	2,549	-5.5
一病院当たり平均ベッド数						
都市	256	252	248	246	246	-3.9
へき地	86	86	85	83	83	-3.5
総ベッド数						
都市	784,311	771,807	754,953	741,391	734,073	-6.4
へき地	232,746	228,871	223,422	216,912	212,624	-8.6
ベッド占有率						
都市	71.5	67.5	67.0	67.7	68.4	-4.3
へき地	60.7	56.0	55.1	55.3	55.7	-8.2
一入院患者当たり平均入院日数						
都市	7.4	7.1	7.1	7.2	7.2	-2.7
へき地	6.9	6.8	7.1	7.3	7.4	7.2

*この表における病院(Community Hospital)とは、非国立(Non-Federal)、短期入院用(Short-stay)、一般(Non-specialty)のものをいう。

(出典 American Hospital Association: Hospital Statistics)

3 ヘき地医療に対する取組み状況

質の高い医療サービスを受けられるかどうかは、地域コミュニティの経済発展にとっても重要な要素である。住民に対する十分な医療サービスが確保されていなければ、企業を誘致したり、新しい産業を振興することも困難となる。そこで、現在の厳しい財政状況の中でも、行政の各レベルにおいて医療サービスの向上は重要な政策目標とされており、各種の試みがなされている。

(1) 連邦政府の役割

連邦政府は、従来から全国民を対象とした医療保険制度を実施し、ヘき地に対する施策は州の責任と考えられてきたが、最近、この分野に対する連邦の関与が増大してきていると言える。連邦政府によるヘき地医療サービスに影響を与える施策は、大きく4つに分けられるが、このうち、第一と第二は、全国民、全地域を対象としたものであり、第三と第四は、ヘき地医療そのものを対象としたものである。すなわち、第一に、医療保険制度であるメディケア及びメディケイド、第二に保健医療サービスに対する包括補助金の支出、第三にヘき地そのものに対する医療サービスを向上させるための具体的プログラムの推進、そして第四にヘき地医療に関する全国レベルでの情報収集、施策企画機能の充実である。以下、それぞれについて若干の説明を加える。

ア メディケア及びメディケイド

メディケア受給者数は約3,400万人であり、全支出額は1990年度見込みで1,080億ドルとなっている。メディケア制度の中で、都市とヘき地に関する医療費がどのように異なって取り扱われているかを、メディケアの中で最も大きな比重を占める入院費用の抑制を目的として1984年に導入された、症例別定額支払い制度(PPS=Prospective Payment System)でみると次のとおりである。この制度は、メディケアからの病院に対する支払いが、症例毎に治療を受ける前に決定されるというシステムであるが、その標準支払い額は、大都市ほど高くなっており、また、教育機能を有する大病院に対しては、症状の重い患者が集まりコストが高くなる傾向があることを理由に増額調整が行われている。一方では、医療費支払い能力のない低所得者層を治療している病院への増額調整や、都市とヘき地の標準支払い額の格差の縮小の努力も行われているが、都市とヘき地の間では、依然としてメディケアからの支出額には大きな格差がある。たとえば、ニューヨーク市とアラバマ州のヘき地では格差が2倍以上にもなる場合があるという統計も出されている。

なお、連邦と州が共同で費用負担を行っているメディケイドについては、各州の平均所得によって、連邦との負担割合が決められるため、各州の負担額は一律ではなく、また、州により支払い基準額にも差があるが、メディケアのような都市とヘき地における大きな差はみられない。(注4)

イ 包括補助金プログラム(Health Block Grant Program)

これは、ある特定の分野に関する保健、医療サービスを向上させるため、連邦政府から州に対して交付される補助金制度であるが、特にへき地医療の向上を目的とするものではなく、各々の地域の需要に応じて支出されるものである。

具体的には、母子保健衛生(Maternal and Child Health)、予防保健衛生(Preventive Health and Health Service)、アルコール及び薬物濫用、精神衛生(Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Service)の3つに分けられている。

ウ へき地医療資源プログラム(Rural Health Resource Program)

メデイケア、メデイケイド及び各種包括補助金(Health Block Grant)を除いて、へき地医療サービスの提供は、基本的には各州が独自のプログラムにより実施するものとされていたが、最近の全国レベルの医療保険制度の創設の議論や各州の財政危機等を反映して、連邦政府の関与を要求する声が強まっており、緊縮財政の中、多くの連邦プログラムが実施されている。その中から、へき地医療に影響を与えるおもなプログラムについて簡単に説明する。

(ア) 全国医療サービス機構…National Health Service Corps (NHSC)

医師の確保をどうするかは、へき地における医療サービスを考える際の最大の課題である。日本の場合、自治医科大学による地域医療を主とした医師養成制度や、国公立大学医学部と地方公立病院との医師派遣に関する緊密な結び付きにより、かなりの効果を上げているが、アメリカにはこれと同様の制度は存在しない。

唯一、連邦政府によるへき地医療担当医師の養成制度として、このNHSCが存在するだけである。この機関の中心プログラムは、奨学金制度(Scholarship Program)である。これは、1973年にスタートしたもので、卒業後の一定期間、NHSCの指定する医療従事者不足地域(Health Manpower Shortage Areas) (注3)の病院等で医療に従事することを条件として、在学中に奨学金を給付するというものである。これは、医師の確保に困難を有する地域において期待された制度であったが、連邦の財政状況の悪化を反映して、1984年以降、予算が大幅に削減された。一時は、7,900万ドルであったのが、200万ドルまで削減されている。

なお、このプログラムは、各州による強い要望に答える形で、1991年度から予算の増額が決定されており、本年は2,000万ドル(見込み)となっている。

このほか、NHSCでは、1987年から、Scholarship Programと同様の条件で、大学就学期間中の教育資金の返済を肩代わりする、Loan Repayment Programを実施している。

(イ) 地域医療研修センター…Area Health Education Centers Program

へき地で働く医師にとって、最新の技術から取り残されるという不安は、かなり大きな

マイナス要素である。このため、医学情報、資質向上の機会を与えることは、へき地の医師を確保するために必要な施策である。1972年に創設された、医科大学が中心になって運営しているこのプログラムは、へき地で勤務する医師に対し最新の医学情報、教育の機会を提供する施設を整備するための補助金を交付するものであり、34州で実施されている。

(ウ) 地域保健センター…Community/Migrant Health Centers(C/MHC) Program

医療資源庁(Health Resources and Services Administration)内の医療サービス局(Bureau of Health Care Delivery and Assistance)が実施している、連邦が定める医療サービス不足地域(Medically Underserved Areas:MUAs)(注3)において、プライマリケアを行う医療施設を設立、運営するための補助金プログラムであり、Community Health Centersの場合は特に利用者の制限はないが、Migrant Health Centersは、特に移民もしくは季節農業労働者及びその家族に利用が限定されている。

1988年現在、526のC/MHCが連邦の補助金を受けており、そのうち319はへき地に位置している。C/MHCは、受診者の所得、家族構成に応じた費用徴収を行うこととされている。

(エ) へき地医療施設転換補助金

…Rural Health Health Care Transition Grant Program

1987年のOmnibus Reconciliation Actにより創設された制度で、保険医療財政庁(Health Care Financing Administration:HCFA)が主管している。これは、非営利の小規模のへき地病院を対象とし、その治療内容を地域のニーズにそったものにするための施設整備等に対し補助金を交付するというものである。このプログラムは、ミネソタ州のRural Health Transition Projectの成功から導入されることとなったものである。

エ へき地医療政策調査室 (Office of Rural Health Policy and Research) (ORHP)

各州の独自性を重視し、基本的に連邦政府の介入を最小限に止める傾向を持つこの国においては、へき地医療の分野も例外ではなかったが、医療制度の改革を中心とする議論の中で、連邦政府の関与の増大を要望する声が高まっている。1987年に設立されたORHPは、米国厚生省(U.S. Department of Health and Human Service(DHHS))の一部局である。ORHPの使命は、医療に関する各種情報を全国レベルで収集、分析、提供すること、連邦の他の機関、州、関係団体等と共同し、へき地医療機関に対する支援、医療従事者の確保等へき地医療サービス向上のための解決策を探ることにある。

また、ORHPのスタッフは、全国へき地医療助言委員会(National Rural Health Advisory Committee)のスタッフとしても機能している。18人の有識者により構成されているこの委員会は、厚生長官に対し、へき地における医療サービスの提供に関連した問題点

への戦略提言を積極的に行っている。

へき地医療の抱える問題の種類は、各地域によってさまざまであり、各州ごとに解決のための施策立案、実施を行うことが適当であるが、各州の問題解決能力もまたさまざまである。このため、連邦政府による調整、技術支援、情報収集・提供機能は、各州、各コミュニティがへき地医療のニーズに対応するために重要である。

（２）州の取組み

前述のとおり、最近になって、連邦政府によるへき地医療施策に対する関与が増大してきているが、これらの連邦施策等については、従来、へき地医療に対する具体的施策が、州レベルの責任と位置づけられてきたため、各州で実施された施策が有効性を認められて全国レベルの立法に至ったという例が多いようである。

へき地医療に対する州の積極的取組みは、へき地医療サービスの向上を主管する独立部局を設けていることに窺われる。１９７３年にノースカロライナ州が、初めてへき地医療担当部局としてへき地医療室（Office of Rural Health）を創設して以来、１９９０年までに２２の州が同様の組織を創設している。Office of Rural Healthの主な役割としては、へき地病院・医師に対する技術支援及び情報提供、へき地医療サービスを向上させるための州法、規制改正の検討、経営危機にあるへき地医療機関の閉鎖防止、インセンティブの提供・求人活動を含めた医療従事者の確保等が挙げられる。１９８７年に創設された連邦のOffice of Rural Health Policy and Research(ORHP)は、州のこの分野における取組みを受けたものであるといってよく、連邦は各州が同様の組織をつくることを奨励するための補助金制度を１９９０年に創設した。

なお、特に組織を設けていない場合でも、期間１年程度の委員会等の特別検討組織（タスクフォース）を設置している州（現在１２州）も多く、州のへき地医療のあり方に関する多くの提言を通じて、州の施策の方向づけを行っている。

4 ノースカロライナ州におけるへき地医療施策

州におけるへき地医療に対する施策の具体的事例として、ノースカロライナ州を紹介する。同州は、へき地医療対策に関して積極的対応を行っていることで知られているが、このことは、連邦政府がへき地医療担当部局としてOffice of Rural Health Policy and Reserchを設置した14年前の1973年に、国内で最初に地域医療対策を主管する同種の組織を創設していることに顕著に現れており、同州の実施してきた各種施策は、先進事例として他の州のモデルとなっているものも多い。同州には、デューク大学、ノースカロライナ大学等全米的にもレベルの高い医科大学を多く擁しており、医療に対する関心が高いことも、背景として影響を与えている。

DirectorであるJames Bernstein氏は、Officeの創設時からこの職に就いているが、彼は、National Rural Health Care Associationの理事、連邦のOffice of Technology Assesmentによるへき地医療サービスに関する調査に対する米国議会諮問委員会(U.S. Congressional Advisary Panel)議長等を歴任し、全米レベルの政策形成についても影響力を持つ人物である。

同州はアメリカ合衆国東海岸に位置し(表9)、面積約136 km²(全米27位。北海道と東北地方を合わせた面積に相当する。)、人口約663万人(全米10位)の経済的にも比較的上位に位置する州であるが、東部の湿地帯を含む海岸地域と西部のアパラチア山脈付近に、有力な産業を持たず、人口密度が小さく、平均所得の低い地域を有する。州の100のカウンティのうち、入院施設を有する病院がないカウンティは18あるが、それらはほとんどこの地域に集中している。

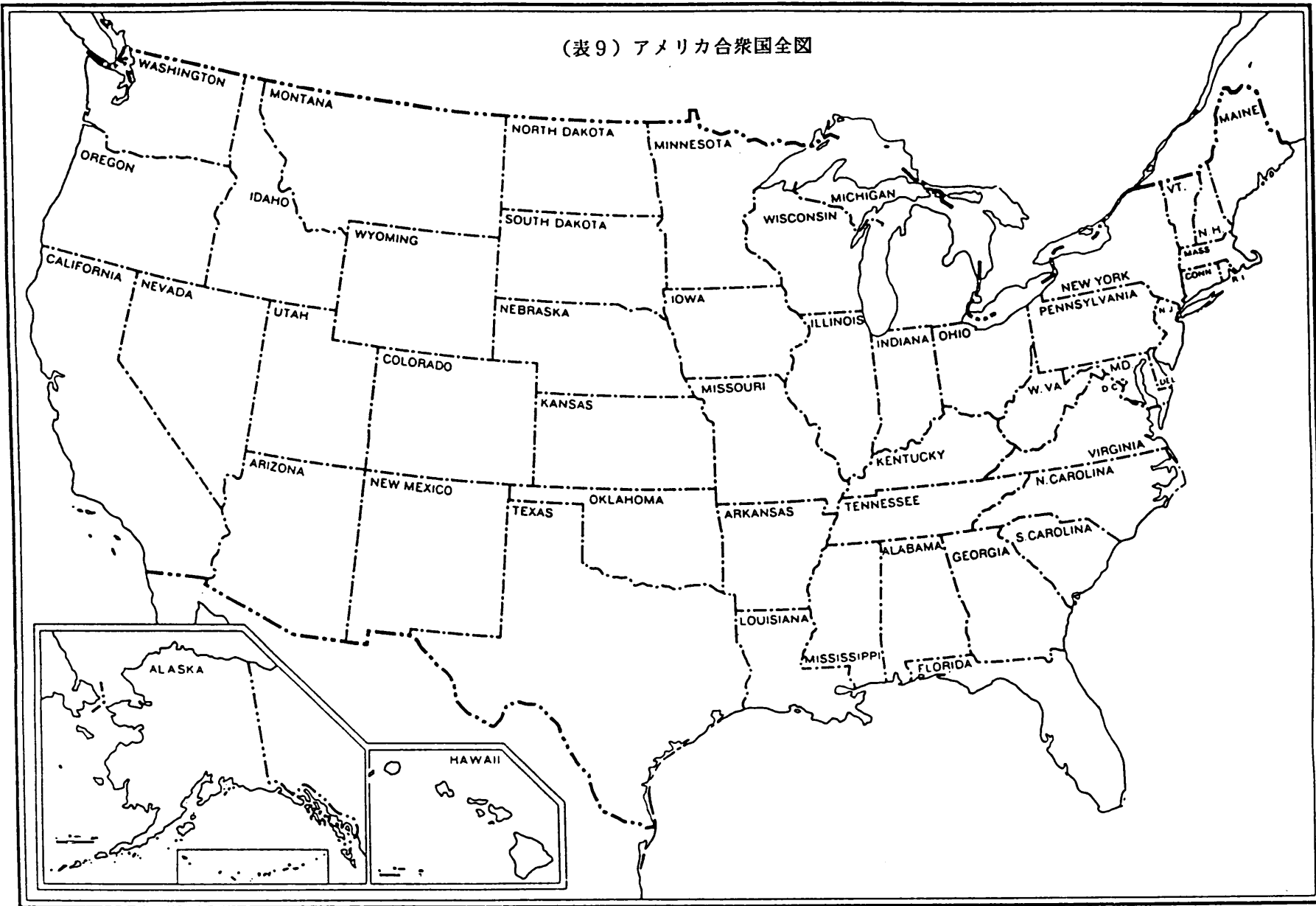
(1) ノースカロライナ州へき地医療・資源振興室(North Carolina Office of Rural Health and Resource Development)の機能

このOffice(以下ORHRDとする)は、人的資源部(Department of Human Resources)の一部局であり、その役割は州内のへき地住民に対し、容易にアクセスできるプライマリケアを供給することにある。1973年の設立当初は、Office of Rural Health Serviceという名称であったが、1985年に新たにへき地病院に対する技術支援という役割が加わったことにより、現在のように名称が変更されている。現在、約25人のスタッフを擁し、予算規模は200万ドル(1991年度)であるが、これはカリフォルニア州、アリゾナ州、アーカンソー州に次ぐ規模である。

ORHRDの具体的な機能は、

- ・医師数の過少な地域に対し、医師(特にプライマリケア)の求人活動を行うこと。(Physician Placement Service Program)
- ・へき地の小規模の病院に対し、技術支援を行うこと。(Community Hospital Technical Assistance Program, Technical Support Service Program)

(表9) アメリカ合衆国全図



- ・医療コストを節減し、医療サービスを向上させるための新しい試みを検討、実施すること(Special Project Program)
- ・Rural Health Center について、その設立から運営に至る必要な各種支援を行うこと。(Rural Health Center Program)

に大別されるが、以下この中の主要事業として、Physician Placement Service Program、Special Project Program、Rural Health Center Program の3つについて説明する。

(2) 医師確保事業…Physician Placement Service program

アメリカの場合、日本のような自治医科大学による地域医療を主とした医師養成制度や、国公立大学による当該地域の公立病院への医師派遣などは行われておらず、連邦レベルでは、前述したNational Health Service Corps.による制度があるだけであるが、1980年代に入ってこの制度は大幅に縮小されたため、現在では各州独自で医師を確保するためのインセンティブを与える施策を実施しており、これがへき地医療施策の中心となっている州も多い。

アメリカの場合、プライマリケアを行う医師として、Family Practice (家庭医)というカテゴリーがあり、へき地における医療サービスの担い手としても重要であるが、1990年の統計によると、Family Practice を選択する者は、医師全体の11%であり(1980年は14%)、しかもそのFamily Practice を選択した者の8.7%しか人口2,500人以下のタウンに住んでいない(1987年は11%)。このことは、へき地における医師確保がますます困難になりつつあることを示している。

ORHRD では、この医師の確保に対処するため、1975年からPhysician Placement Service Program を実施している。このプログラムは、まず第1段階として、全国のプライマリケアに関係する医師に対し、年数回ノースカロライナ州における就業の機会についての情報を送付するほか、医療関係の全国紙へ広告を載せたり、医師とコンタクトの多い協議会等の全国組織に積極的に接触したり、医師関係の全国会議等においてブースを設け宣伝を行なうなどのマーケティング活動を行なう。そして、第2段階として、興味をもって接触してきた医師に対し、コミュニティに関するより詳細の情報を提供し、関係者との面接のアレンジメントを行う。その際、夫人を含めて現地を視察するための費用を補助するという施策を採っている。この一連のプロセスを支援するため、ORHRDでは、求人を希望する医療機関及び所在地コミュニティに関する情報のほか、接触を行った医師のその後の経過をコンピュータで管理している。担当のRobbins氏は、リクルートは企業の誘致と同様の感覚を持って行なっていると語り、生活上のあらゆる情報を与え、不安を取り除くこと、特に地域での医療サービスは、コミュニティと一体になり公私の区別がつかなくなること、他に代わりになる人がいないことから、自由な時間をもてなくなることが、へき地で勤務することの嫌われる大きな原因の一つとなっているので、このような医師の側の気持ちに留意することが重要であると語っていた。また、医師の夫人が地域を気にいるかど

うかも大きな要因となるので、夫人の希望にも注意を払っているとのことである。

なお、インセンティブの種類としては、奨学金のほか、教育ローンの返済補助、医療過誤保険の保険料支払い等が一般的に行われているが、ノースカロライナ州では、今年度からORHRDの指定する医師の過少な地域で、最低2年間診療することを条件に報償金を支払う制度を創設した。

また、連邦の施策として紹介した、へき地の医師に対する医学情報及び教育機会の提供を目的とする地域医療研修センタープログラム(Area Health Education Centers Program)が、ノースカロライナ州でも1972年から実施されている。同州の場合、ノースカロライナ大学が中心となってこのプログラムを実施しており、9つのセンターによって全州をカバーしている。具体的な活動としては、各センターと本部のライブラリーをコンピューターで結ぶレファレンスシステムによる最新医学情報の提供、へき地の医師を対象にした資質向上のための各種セミナー等の開催のほか、現役医学生(インターン制度とは異なり、資格を取得する前の在学中の学生を対象とする。)に対し、へき地の病院との連携により、へき地で研修する機会を与えるという事業(Off-Campus Medical Training)も実施している。ORHRDは、医師確保事業の一環として、これらの事業と緊密に協力を行っている。

(3) 特別事業…Special Project Program

現在、ORHRDが実施しているデモンストレーションプログラムは、次の3つである。これらの活動資金としては、主に連邦補助金や私企業からの援助(基金)を利用している。

- ① Carolina ACCESS: メディケイドのコストを軽減するため、12のカウンティにおいて、実験的に州が管理するマネージドケアを実施するプログラム
- ② Maternal and Child Health Project: なかなか減少しない、乳児死亡率に歯止めをかけるため、妊産婦相談員(Maternity Consultant)を活用した健康管理等の情報提供を実施するプロジェクト
- ③ Hospital Transition Project: 空きベッド数を減少させるため、地域のニーズに対応して、急性(Acute-Care)患者用から、救急及びナーシングケア用に病院の構成を転換させるための各種支援を行うプロジェクト

(4) へき地保健センター事業…Rural Health Center Program

日本における保健所(一般的にHealth Centerと訳されている)は、地域住民の健康水準の向上を図るための、予防的保健サービスや意識啓蒙を主目的として活動しているが、ここで述べるへき地保健センタ(Rural Health Center)は、それとは異なり、基本的にはプライマリケアを提供する医療機関である。都市から離れた郡部地域では、医師が単独で開業する診療所が唯一の医療機関であることが多く、それが何等かの理由で閉鎖された場合、地域住民は医療サービスを受けるために何10kmも離れた都市まで受診に行かなければ

ればならないという事態が生じる。しかし、その地域に医師が新たに開業することを期待することは非常に困難であり、また、政府が新たに病院を建設するというのも現状ではほとんど不可能である。各カウンティの担当部局は、日本の保健所と同様の、予防、啓蒙的サービスしか提供しておらず、また、郡部における市町村は、行政としての機能が極めて限定されており、保健部門にはまったく関与していない場合がほとんどである。そこで、地域によっては、住民が自分たちの医療機関を求めて団結しようという動きが現れることとなる。

ノースカロライナ州は、この動きを支援するプログラムを1973年から実施しており、これがへき地保健センター事業(Rural Health Center Program)である。各コミュニティにおいて、ある一定数の世帯からの寄付が得られることを条件に、州は、当該センターを非営利団体に認定する。そして、集められた寄付金の額に応じて施設の建設整備費に補助するほか、運営費が赤字である場合に限り運営補助金を与えている。ORHRDは、州段階でこれを担当し、4人のフィールドスタッフが各センターに対し各種の援助を行っており、各スタッフは、定期的にセンターを訪問し、経営管理上の相談、医療技術上の助言等を行う。興味深いのは、ORHRDには2人の建築士がおり、センターの新規建設や改築に当たっての設計、デザイン等の助言を行っていることである。

現在、49のセンターが設立されているが、その規模は、参加しているコミュニティの規模により、一人の医師しかいないところから、複数の医療施設を有するかなり大規模なものまでさまざまである。このプログラムは、連邦の施策で説明したCommunity/Migrant Health Center (C/MHC) と基本的に同様のものであるが、連邦のプログラムはノースカロライナ州のこのシステムをモデルとして実施されたものである。

以下、現地調査を実施した2つのセンターについて紹介する。(表10参照)

ア Hot springs health program (Madison county)

マジソンカウンティは、ノースカロライナ州西部に位置し、テネシー州と境を接する、人口約17,000人、面積約1,150 km²のアパラチア山脈の山懐にあるカウンティである。面積は日本で最も面積の小さい大阪府(1,868 km²)の60%程度と大きくはないが、人口密度は、約14.8人/km²と日本で最も小さい北海道(67.6人/km²)と比べてもかなり低い。平均個人所得が、9,519ドルと州平均14,480ドルに比べてかなり低い、農業中心の山村地域である。

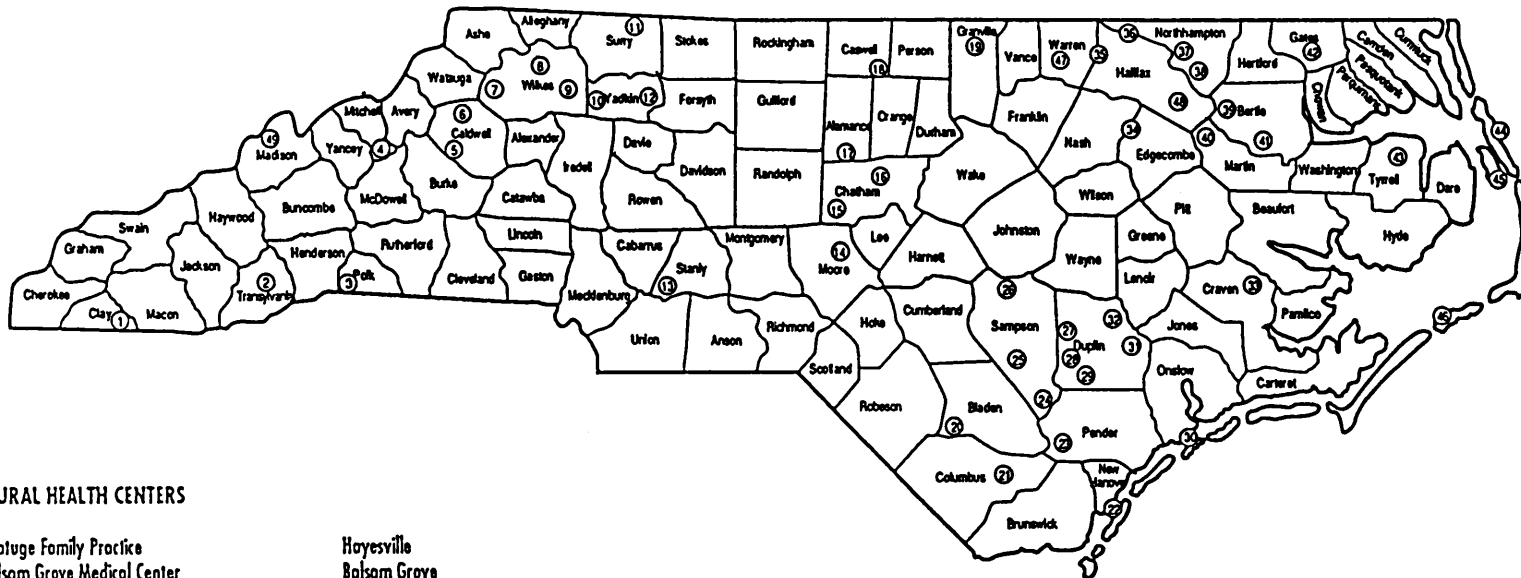
カウンティ内には入院施設を有する病院は現在も存しない。カウンティ内には、個人経営の診療所が1軒、Hot Springという山間のタウンにあっただけで、大部分の住民は、診療を受けるために、南に50 kmほど離れた州西部の中心都市であるアッシュビル市(人口約60,000人)、もしくは北に70 kmほど離れた隣州テネシー州のグリーンヴィル市(人口約15,000人)まで行かなければならなかった。

1970年代初めにその唯一の診療所の医師が死亡したため、カウンティ内には医師が

N.C. Office of
Health Resources Development

Rural Health Centers

(表10) ノースカロライナ州へき地保健センター所在地



○ RURAL HEALTH CENTERS

1. Chotuge Family Practice
2. Bolsom Grove Medical Center
3. Soluda Medical Center
4. Bakersville Medical Center
5. Colletsville Medical Center
6. Happy Valley Medical Center
7. West Wilkes Medical Center
8. Mountain View Medical Center
9. Clingman Medical Center
10. Jonesville Family Medical Center
11. Westfield Medical Center
12. East Bend Medical Center
13. West Stanley Medical Center
14. Carthage Medical Center
15. Goldston Medical Center
16. East Chatham Medical Center
17. Community Health Center
18. Prospect Hill Community Health Center
19. Stovall Medical Center

Hayesville
Bolsom Grove
Soluda
Bakersville
Colletsville
Patterson
Champion
Hays
Rhonda
Jonesville
Westfield
East Bend
Locus
Carthage
Goldston
Pittsboro
Snow Camp
Prospect Hill
Stovall

20. Bladenboro Medical Center
21. Waccamaw Medical Center
22. Federal Point Medical Center
23. Black River Medical Services
24. RMS Four County Medical Center
25. RMS Garland Medical Center
26. RMS Newton Grove Medical Center
27. Duplin Medical Association
28. Duplin Medical Association
29. Wallace Medical Village
30. Penslow Health Clinic
31. Duplin Medical Association
32. Duplin Medical Association
33. Vanceboro Medical Center
34. Whitakers Medical Center

Bladenboro
Lake Waccamaw
Carolina Beach
Aikinston
Horrells
Garland
Newton Grove
Warsaw
Rose Hill
Wallace
Holly Ridge
Beulaville
Pink Hill
Vanceboro
Whitakers

35. Lake Gaston Medical Center
36. Roanoke Amaranth Community Health Group
37. Roanoke Amaranth Community Health Group
38. Rich Square Medical Center
39. Lewiston/Woodville Medical Center
40. Oake City Medical Center
41. Bertie County Rural Health Association
42. Gates County Medical Center
43. Columbia Clinic
44. Outer Banks Medical Center
45. Outer Banks Medical Center
46. Ocracoke Health Center
47. Warren County Health Plan
48. Scotland Neck Health Program
49. Hot Springs Health Program

Littleton
Weldon
Jackson
Rich Square
Lewiston
Oake City
Windsor
Gatesville
Columbia
Hags Head
Manteo
Ocracoke
Warrenton
Scotland Neck
Madison

一人も存在しない事態となった。そこで、その診療所で勤務していたある看護婦が中心となり、コミュニティによる診療所の設立の働きかけをコミュニティ内部及び州に対して行い、1973年にORHRDが創設された際、最初に開設したセンターの一つとして、Hot Springs Health Programは発足した。当初は、人口800人のHot Springsのコミュニティのみで実施されたが、現在はカウンティ内のすべてのコミュニティ（4つのタウン）が参加しており、4つの施設を持つ、センターのなかでも有数の大規模なものとなっている。

センターの運営は、各地区から選出される、14名の理事で構成する理事会（Board of Directors）が管理することとなっているが、医師その他の職員の給与、人事管理も含め、実際のセンターの運営は、事務局長（Administrative Director）が取り扱う。この事務局長は、理事会で選任され、彼は毎月の理事会において経営状況等の報告を行う。センター訪問時、理事会に出席する機会を得たが、活発な意見交換が行われていた。

現在、診療所の一つを改築することを計画し、寄付を集めているところであるが、住民の協力状況は非常に良好であり、目標額は達成できる見込みであるとのことであった。

現在、医師7人（歯科医1人）、看護婦15人、事務職員16人、薬剤師8人、その他セラピスト・ソーシャルワーカー6人が、4つの事務所に分かれて勤務している。職員の確保は、事務局長の重要な仕事の一つであるが、ORHRDによるリクルート支援を受けるほか、センター独自でも積極的にネットワークづくりに努めている。医師の中には、自然に恵まれた環境の中で仕事をしたいと考えている人も多いが、へき地の場合、個人経営を行うことは採算上躊躇することが多く、また、他に代わる人がいないため、自由に休暇を取ることができないことがへき地での勤務が嫌われる原因であり、この条件をクリアできれば、リクルートすることは決して困難ではないと同センターの事務局長であるLewis氏は話している。

具体的な事業内容としては、一般的医療サービス（歯科を含むプライマリケア）、薬処方のほか、ホームケアに力を入れている。これは、通院の困難な患者を対象としたホームヘルスサービスと死期の近い患者を対象とするホスピスケアである。ホームケアの分野においては、特に老人世帯の訪問等、コミュニティ住民のボランティアによる協力も大きな助けになっている。

Lewis氏は、へき地にとって入院施設のある病院は必要ではなく、地域住民が安心して治療を受けられる診療所が必要なのであり、そのためには、短期間で医師が交替する状況は好ましくなく、この地を気にしてくれる人物をリクルートしたい、また、病気になってから治療するのではなく、病気にならないようにするのが本来のHealth Centerの役割であり、そのための施設を目指している、と語っていた。

イ Saluda Medical Center (Polk County)

ポークカウティは、サウスカロライナ州に接する人口約14,000人、面積約600 km²（人口密度約23.3人/km²）のカウティである。この周辺地域は、南部地域（サウスカロライナ州、ジョージア州等）の避暑地として知られており、また、退職者を中心とした、いわゆるリタイアコミュニティが形成されている地区もあり、高齢者の人口比率が高い地域である。人口800人であるタウン、サルダは、夏期間は避暑滞在者により人口が2,000人に膨れ上がるが、カウティ内にはカウティ庁所在地であるコロンバスに小規模の病院が一つあるだけである。それまで開業していた医師が、このタウンを離れることになった際、コロンバスからは15 km程度しか離れてはいないが、老人世帯が多いことから、近くに診察を受けられる医療機関が欲しいということで、タウンの住民が結束し、ORHRDの支援のもと、1975年にこのSaluda Medical Centerが作られた。

このセンターには、いわゆる医者はおらず、医師補助者（Physician Assistant (PA)）と呼ばれる中間的医療提供者（Midlevel Practitioner）が管理運営を含めて一人で行っている。このPAという職種は、特にへき地における医師不足が懸念された1960年代にノースカロライナ州のデューク大学における教育プログラムの一つとして創設され、その後全国レベルの制度として発展してきたものである。PAは、医師と共同で、または医師の管理のもとで基礎的な医療行為を行うことができるが、原則として単独で診療所を開設して治療行為を行うことはできないこととなっている。しかし、ノースカロライナ州では、その例外として、その治療内容を監督する医師を特定し、ある一定時間内に事後承認をうけること、また、ORHRDが定期的に診療内容をチェックすることを条件に、このセンターにおいてPAによる診療が行われている。PAの活用の程度は、州によって異なるが、ノースカロライナ州の場合、へき地医療の担い手として積極的な活用を図っている。

現在、全米で約20,000人のPAが活動しているが、当初の目的とは逆に、人口10,000人以下のコミュニティで従事しているPAは全体の13%にすぎない。PAを活用する利点は、PAがプライマリケアの教育を重点的に受けていること、所得が医師よりは低いいため、比較的求人が容易であることであるが、反面、治療内容のレベルが劣るのではないかという懸念があるのも事実である。プライマリケアにおける診断、治療程度では、医師との治療内容の差はほとんどないと言われてはいるが、住民の感情的信頼度としては、医師に劣るといわざるを得ず、現状では、いわば次善の策といわざるを得ないが、ノースカロライナ州において、PAはへき地におけるプライマリケアの担い手として有効に機能しているとのことであった。

おわりに

アメリカの医療に関しては、日本のプロ野球選手等が治療を受けているスポーツ医学や各種臓器移植等、世界の最高水準というイメージが一般的に持たれているが、国民一人当たりの負担する医療費が非常に高いにもかかわらず、実際の国民の健康水準は乳児死亡率、平均余命等をみてもかなり低い状況にあり、今回の調査で、国民の健康水準の維持に対する日本の国、自治体が行っている努力は世に誇れるものであると実感した。

しかし、アメリカにおいても国民の健康水準に関する関心が高まっており、最近の厳しい財政状況の中でも、行政の各レベルにおいて効率的な医療サービスの提供のための努力が行われていることもまた事実である。

今回調査を行った、ノースカロライナ州におけるへき地医療サービス向上のための多くの努力は、それだけ事態が深刻であるということを示すものであるが、そのなかで同州が実施しているへき地保健センター(Rural Health Center)のシステムは、コミュニティの自発性をうまく利用しているという点でユニークであり、参考となるべき点が多いと思われる。もともとアメリカの地方自治体自体がコミュニティの要請に基づいて成立してきたという経緯からも窺われるように、自分たちの必要と考えるサービスが、政府から供給されないのであれば、自分たちで供給しようというコミュニティの自立心が、このプログラムを支える根本である。各センターに勤務する医師の居住期間が比較的長いということも、このシステムが住民・コミュニティによる地域に根差した医療プログラムであるということを示していると考えられる。

(注1)

この調査は、全国レベルで抽出された世帯（1989年の場合、約60,000世帯・117,000人）に対して毎年行われている訪問、聞き取り調査によるものである。

(注2)

その他の州による最近の総合医療保険制度の創設等に関する取り組みの例としては、次のようなものがある。

・カリフォルニア州

メディケイド対象外の人々（無保険者、医療困窮者）に対し、州単独事業として医療扶助事業を行っているが、病院等の所要医療費の60～65%にしかならないため、医療拒否も行われていると言われている。（共和党の前知事Deukejianは、雇用主が雇用労働者の医療保険の責任を持つ考え方を示したが、これは従来の共和党からは考えられないものであった。）

・ニューヨーク州

現行の民間及び連邦・州の医療保険制度を前提とし、それを補充する形ですべての州民を対象とする保険であり、一定額以上の保険料は州が負担し、保険の対象となる医療給付水準は州が所管するという制度案を提案している。

・ミシガン州、イリノイ州

雇用主が常用労働者に医療保険をかけなければならないとする法案を審議している。

・ワシントン州

州民すべてを対象とし、州税を財源として州が管理する医療保険制度を提案している。

・オレゴン州

2年前に雇用主に常用労働者に最低限の医療保険をかける義務を課する法案を可決している。

(注3)

医療従事者不足地域は、NHSC（P13、3（1）ウ（ア）参照）の奨学金受給者の派遣先を指定する際の基準として使用されているものであるが、これは基本的にプライマリケアを提供するに適当なエリア（お互いが30分以内に通勤できる範囲であり、自治体単位である必要はない。）におけるプライマリケア医師の人数が、人口3,500人に一人以下である地域と定義されており、1988年現在、1,944地域が指定を受けている。

医療サービス不足地域は、プライマリケアへのアクセスが十分でない地域であり、乳児死亡率、65歳以上人口の割合、貧困者人口割合、人口当たり医師数の4つの要素を元に算定した指数が、全米平均である62以下の地域（カウンティまたは自治体単位）と定義されている。1981年現在、2,440地域が指定を受けており、主にC/MHC（P14、

3（１）ウ（ウ）参照）の設置を承認する際の基準として使用されている。

（注４）

メディケイドの対象者は、連邦によって義務付けられている生活保護（現金給付）受給者に加えて、ほとんどの州では対象者の拡大を行っているが、最近の州政府の財政事情から、対象者の範囲削減やマネージドケアの導入等コスト軽減のための施策が実施されている。

なお、人口はカリフォルニア州に次いで第２位であるにもかかわらず、メディケア支出額は第１位であるニューヨーク州（１０億２千万ドル。カリフォルニア州は５億５千万ドル。）では、財政節減対策として、メディケイド受給者に対しマネージドケアの利用を義務付ける法案をこの６月に成立させた。

* 文章中の機関名、施策名等の固有名詞は、特に日本語の名称がないものについては仮訳である旨ご了承ください。

<参考文献>

Health Care in Rural America

(Congress of the United States, Office of Technology Assessment)

State Initiatives to Improve Rural Health Care

(National Governors' Association)

New Alliances for Rural America

(National Governors' Association)

Health United States 1990

(U.S. Department of Health and Human Services)

Office of Rural Health Policy -Information Statement, May 1991

(U.S. Department of Health and Human Services)

Third Annual Report to the Secretary of Health and Human Services

(U.S. Department of Health and Human Services, National Advisory Committee on Rural Health)

Source Book of Health Insurance Data

(Health Insurance Association of America)

Physician Distribution and Rural Health Care in the states

(Intergovernmental Health Policy Project, the George Washington University)

Toward Improving Rural Health Care-A Report of the Task Force of Rural Health Strategies

(New York State Department of Health)

Physician Assistants -the Facts

(American Academy of Physician Assistants)

「CLAIR REPORT」既刊分のご案内

NO	タ イ ト ル	発 刊 日
第 3 4 号	米国におけるへき地医療施策	1991/ 9/20
第 3 3 号	「地方団体のための新税」協議書	1991/ 8/ 9
第 3 2 号	ニューヨーク州「納税者訴訟」制度－その制度と日米比較－	1991/ 7/ 5
第 3 1 号	英国の 1 9 9 1 年統一地方選挙	1991/ 6/14
第 3 0 号	ウィディコム委員会報告と 1 9 8 9 年地方自治住宅法	1991/ 5/24
第 2 9 号	米国の地方公共団体の種類と機能	1991/ 4/27
第 2 8 号	英国の公共支出計画と地方団体－ 1 9 9 1 年度予算案の概要－	1991/ 4/27
第 2 7 号	フランスの地方財政	1991/ 3/15
第 2 6 号	イギリスにおける少数民族対策	1991/ 3/11
第 2 5 号	米国連邦政府 1 9 9 2 会計年度予算案について	1991/ 3/ 5
第 2 4 号	ロンドンの公園とオープン・スペース	1991/ 2/28
第 2 3 号	ニューヨーク州財政及び 9 1 年度予算の概要	1991/ 2/ 8
第 2 2 号	イギリス中央政府の機構－地方団体に対する関与機構－	1991/ 1/18
第 2 1 号	ニューヨーク州の地方自治制度	1991/ 1/ 7
第 2 0 号	英国地方税財政の改革について	1990/12/20
第 1 9 号	1 9 9 0 年 米国中間選挙の概要	1990/11/30