

資料

アメリカの医療保障制度と看護事情
～カリフォルニア海外研修を参考に～

The medical security system of America and nursing circumstances in America.
From the Oversea-Training program in California

馬橋和恵¹⁾

Kazue Umahashi

Ⅰ. はじめに

今日の日本における看護教育界の変化は著しい。それは、ナースプラクティショナー（以下、NPと称す）の教育開始や専門看護師（以下、CNSと称す）などの上級看護師の誕生、また大学院による助産師教育開始など看護教育の高度化などである。このような日本の現状と、かつて私がニューヨークの病院研修で体験したこととが重なり合い、私は、今後、日本はアメリカのような社会になっていくのではないかと思う。

その理由として、医療費の高騰化、社会保険未加入状態での非正規雇用者の増加、さらには海外の富裕層を患者として受け入れ外貨を稼ぐという医療ツーリズムの開始に見られるように、日本経済の悪化が予想されるからである。そこで、その不安定な日本経済を支える一つ的手段として、政府も述べているように、医療・看護が重要な役割を担うことになるのではないかと考えた。

また近年、患者の意識も変わりつつある。以前は、主治医の診断を忠実に受け止めることが当たり前であったが、今日では、診断に関して批判的に考えるため、別の医師の見解を求める「セカンド・オピニオン」が常識になりつつある。加えてメディアの発展により、「質の高い医療」に関する情報を患者が入手するようになり、医療にも競争原理が働きつつある。このような患者の権利意識の高まりは、看護の質に対する評価も生み出すのではないかと思う。

上記のように、競争原理の激しいアメリカ社会に近づきつつある日本の医療・看護を見通す上で、私は、本学のカリフォルニアでの海外研修の活用を考

えた。カリフォルニアは「人種の坩堝」と言われ、多くの移民に対応できる医療・看護が行われていると考えられ、また、アメリカの医療・看護のホットな諸事情を学ぶ絶好の機会であるとも考えた。私はそのような目的でカリフォルニアでの海外研修に参加した（平成22年9月）。本稿は、この海外研修で学んだことの報告である。

Ⅱ. 日米における医療保障の比較¹⁾

1. 日本の医療保障制度

日本は、貧困者であっても医療が受けられることを目的に、戦後、皆保険制度が制度化された。会社に勤務する場合は、社会保険の半分を事業主、その半分の勤務する者が折半し、現役世代が60歳までお金を払い続ける。それによって、現役時また定年退職後の医療保障もなされている。また、自営業者は国民保険加入によって、社会保険同様、現役時または60歳以降の医療保障もなされている。さらに、現役世代で疾病に罹った場合の医療費に対しては、一定額を超えれば高額医療という形で、社会保険・国民保険加入の両者において医療保障がなされる。しかし、ここで問題なのは、国民保険者の場合である。なぜならば、国民保険者は現役時の掛け金が少ないため、老後、それ相応の医療保障しか受けられず、医療費が生活費を圧迫し、貧困生活に陥る場合も少なくない。なぜならば、国民保険者は、国民年金者でもあるからである。国民年金者は老後の国民年金を受給するために現役時、国民年金にお金をかけている。しかし、その金額が厚生年金より少ないために、老後の年金も厚生年金者より少額である。国民保険

1) 上武大学看護学部

者は老後の医療保障が少ない上、国民年金額も少なく、貧困生活に陥りやすい。このように保険をセーフティネットとして考えると、医療保障と年金の関係は重大である。

また、ここ数年、不況から国民保険に加入するお金さえ払えない現役世代も急増している。そうした場合、生活保護という福祉制度に救済をもとめ医療保障を得ていれば問題はないが、そのような制度を活用できていない若年層が問題となる。今までは会社に勤務すれば、おのずと社会保険に加入できたが、ここ数年の不況のため、社会保険に加入しない状態での雇用、つまり「非正規雇用」が急増している。そのようなことから考えると、日本は皆保険制度ではあるものの、セーフティネットとしての本来の目的を果たしていない状態になりつつある。また、一方では公的医療保障だけでは、疾病時の生活保障を十分に得られない「不安」から、個人が民間医療保険に加入する場合も多いのが現状である。これらのことから考えると、日本の医療保障はアメリカの医療保障の状況に近づいてきているのではないかと思う。

2. アメリカの医療保障制度

1) アメリカの医療保障制度の概要

アメリカの医療保障システムは民間医療保険と連邦政府や州・地方政府が管轄する公的医療保険・医療扶助からなっている。そしてアメリカの医療保障制度は、日本のように社会的なセーフティネットとして機能していないということが理解できた。つまり、公的に国民全体を対象とした医療保険制度がないのである。公的医療保険の受給資格を持つのは65歳以上の高齢者と障害者のみで、アメリカ人が医療保障を得る手段としては、自分が勤務している会社が提供してくれる雇用主提供医療保険が主体となっている。以上のことから、長谷川（2010）は、アメリカは先進諸国で唯一、国民皆保険体制を持たない国となったと述べている。

また、アメリカでは日本と違い、雇用主は、被用者やその家族に医療保険を提供することを法的に義務付けられていない。さらに、被用者側も医療保険に加入する義務がないのである。

つまり、雇用主は民間の保険会社と提供して、被用者に医療保険を提供するという方法をとっているのであった。被用者はそのような雇用主が提供する

民間医療保険に加入し医療保障を得ようとする。その一方で民間医療保険会社は、保険のプランや掛け金など、自分たちの保険会社の裁量で決めることができ、それを民間医療保険会社独自の機能として謳うことで、顧客を得ようとしているのであった。以上のことから、保険加入者は、保険に掛ける金額の高低は勿論のこと、多種類のサービスや保険プランから、自分が加入したいという保険を自由に選ぶことができる。雇用主は、このような民間医療保険会社と提携し、被用者にそのメリットを謳うことで、被用者に対し万全の医療保障を提供しているのかのように見せかけているのではないかという、雇用主の医療費削減を目的とする戦略が伺えた。しかし、その背景には、アメリカにおける皆保険制度の未整備、そして、公的医療保険がセーフティネットとしての役割を果たさないアメリカの医療保障制度の不安定さを物語っているものとも考えられる。

2) 雇用主提供医療保険の実情

前述のことと関わり、アメリカでは民間医療保険会社が病院側と契約を結んでいる。例として、自動車で有名なGM社（General Motors）は、Ford社、Chrysler社などアメリカの自動車産業の中でも市場の9割中の半分をシェアしていることから、従業員の数も多い。GMでは優秀な労働力を確保し利益を得ることを目的に社員に医療給付を提供してきた経緯があった。つまり、福利厚生の意味で社員・またその家族に医療給付を行ってきたわけではないと理解することができた。

3) アメリカの医療保険の種類とそのシステム

アメリカの医療制度は公的保険制度と民間保険制度に大別される。さらに公的医療保険には65歳以上の高齢者・身体障害者が対象である。それには現役世代が強制加入で社会保障税の義務を伴い、定年退職まで給与から天引きされる保険のメディケア（Medicare）と、公的医療制度と州政府プログラムで低所得者が給付対象となるメディケイド（Medicaid）がある。それ以外は民間医療保険制度があり、日本のような手厚い公的医療制度が未整備のため、アメリカ人は個人で民間医療保険に加入している。

アメリカの病院は、もともと慈善事業で、貧しい人を入院させ医療を受けさせてきたという歴史的背景があった。そのことから、アメリカ人は病気になる

ると病院には行かず、まず、診療所を受診するのがアメリカ人の生活水準を表す一つのステータスとなっているのである。そのため、患者は先ず診療所を受診するが、問題はその後の医療である。それは、自分が加入している民間医療保険の種類によっては、保険会社と病院が契約していることから、保険加入者が受診できる病院が制限される場合があるからである。また、医療保険会社が直接病院を保有し医師を雇用するケースもあり、経営不振に陥った病院の倒産は少なくない。このように保険加入者は、民間保険会社が提供する医療保障内容のメニューを比較し、より豊かなサービスや医療機関受診に制約の少ない医療保険を求めて加入するため、保険会社に競争原理が働いているのである。

勤務先の事業主が社会保険に加入していない人は、民間医療保険に加入せざるを得ないが、その支払い金額は高く、何の医療保険にも加入できない現役世代が増加している。そのような人は、公的医療保険の費用さえ支払えずにいるため「無保険者」となる。もともと公的保険の財源は現役世代が支払う資金で賄われていることから、その基となるお金が少なくなれば、公的医療保険の予算も少なくなるといふ悪循環が生じているのである。

4) メディケイドの現状

メディケイドの実例として、見学したKEIRO NURSING HOMEはカリフォルニアの老人施設であり、インターメディケイドといわれる中間施設であった。管轄はカリフォルニア保険局がそれを担っており、メディケア（65歳以上）の対象施設であった。しかし、特例として60歳から入所可能であるが、その場合の費用は自費であった。通常の入所料金は\$188/日で、年金が少額の生活保護受給者の入所は政府が決定していた。さらに、ナーシングホームでは、65歳以上でメディケア入所の場合、100日までがメディケアの給付期限であり、20日間の入院であれば病院で医療・看護が受けられるが、残り80日間の80%が政府、20%が自己負担であった。入所者の事例として、年金が100,000円であった場合、ナーシングホームに96,000円で、残りの4,000円が入所者のお金になるとのことであった。

III. カリフォルニアの看護事情を見て

1. 老人施設：KEIRO NURSING HOMEにおいて

1975年設立であり、最初はユダヤ人のホームであった。現在入所中の老人たちの親世代は、パイオニア一世であり、日本からカリフォルニアに来て多くの苦勞をして亡くなっていった。今入所している方々は老人となり、一世であるが、三世は日本で教育を受けているとのことであった。また、入所の条件として歩行器の必要な人や認知症がある人は入所できず、入所費用は自費であるとのことであった。

入所者の多くはICF「WHO（機能障害と社会的不利に関する分類）」による生活機能障害で入所していた。さらに、糖尿病（以下、DMと称す）などの慢性疾患は正看護師（レジスタントナース、以下、RNと称す）がモニターし、退院決定などの調整もRNの裁量にまかされていた。また、入所にあたっては必ずRNがアセスメントし、入所の判断は、自分たち看護師がトレーニング可能な患者かどうかであった。入所は、メンタルな問題を抱えていたり、アルツハイマーの人のケースが多かった。

また、段階別看護を行っており、日本にはケアマネジャーが存在するが、ここではファシリティーRNがその業務を行っていた。

そして、スキルナーシングといって、患者自身がDMコントロールできるように教育することや、Home Care Nursingが、吸引などの手技を家族がマスターできるように指導するなど、スキルに関する指導を行っていた。しかし、これには高度なアセスメント能力が要求されるとのことであった。

職員数はRNが40名であり、99%ドクターが不在で、殆どの医療・看護行為に関する判断がRNに任されていた。しかし、入所者の家族から、その体制への理解・納得を得るのがとても困難とのことであった。

入所費用は、ICNで入所した場合、135\$/日で、一日のうち一人の患者にNSを1.8時間あてており、必要なNSの人数は時間数で出していた。また、カリフォルニア州ではお金がない人はベーシックな内容の介護、看護、医療しか受けられないとのことであった。

施設の看護職員の説明によれば、多くの会社が65歳までのメディケアに加入しているが、会社によっては民間医療保険会社への加入であること、その場合、保険のランクに差異があり、またケガをした場合、保険の審査や判定までに時間を要し、その間に病状が悪化する例もあるという。そのことから医療

保障に民間の医療保険会社が介入することによる弊害が生じていることがわかった。

2. UCLAロナルドレーガン・ホスピタル

今回研修したUniversity of California Los Angeles（以下、UCLAと称す）ヘルスシステムのロナルドレーガンメディカルセンターでは、RN、LVN（准看護師）、CCP（Nsの秘書）、リフトチームという看護職種があった。リフトチームとは、身体の重い患者などをNsの指示のもと運ぶスタッフであり、看護師が腰痛などを生じ労災になることを考えるとリフトナースの人件費のほうが安いとのことであった。さらに、チルドレンホスピタルでは、妊娠8ヶ月から小児科医師が決められること、また、出産後の管理では母親は産婦人科、赤ちゃんは小児科と、日本と違い明確に分かれていた。

ICUでは、Nsが主体で機能し、医師の治療方針にも意見を言うこと、さらにモニター管理において薬剤投与量が表示されるなど、日本の病院設備との違いに驚かされた。さらに「アキュート」と呼ばれる重症患者1人を3人の看護師がケアする体制があることや、看護師が食事中の場合、余分に別の看護師を要員として確保してある点においても、日本の看護状況と異なっていた。また、モニターなどの器械操作のために6ヶ月のトレーニングが必要とされるなど、日本の現場教育との違いもあった。

3. UCLA看護学部

看護学部（アンダーグラジュエイト）、大学院（プライセンス）や、大学院の中でも高度であるアーバインライセンスがあり、博士課程もあった。看護学部学長は「ルックリサーチ、とにかくリサーチしなさい。その結果を出すことにより患者に最高のケアが提供できる」と述べ、常にエビデンスを求め業務を行う重要性を語られていた。また、UCLA看護学部の入学試験の倍率が19倍であること、さらに高校の評定が「A」以上でなければならないと聞き、看護学部入学が狭き門であると痛感した。

IV. アメリカの薬品市場を見て

「薬品会社の市場」見学の目的でWal-Martを訪れ

た。同社は「エブリディ・ロープライス（EDLP）」と言われるように、毎日低価格で品物を売る戦略を掲げていた。店舗は僻地にあり、顧客は車での移動に時間を要すが、商品の大量購入を促すことで企業側の利益やコストダウンへ繋げる戦略であった。

特徴的だったのは、食品の隣に洗剤、野菜の隣にドレッシング、さらにワインの隣にチーズなどと種類の違う商品を陳列するブルテゾーンであった。これは、客の追加購買、来店客を購買客にかえることがねらいである。また、薬品においてはジェネリックなどを一番多く扱う店であった。WM社自身も薬品会社と同様に同じ成分で低価格の薬品を製造し、それを製薬会社の商品と同じ棚に陳列することで、客にあえて比較させ、安いWM社の薬品を購入させる戦略を目の当たりにした。さらに、調剤までの時間、店内が見えるよう配置された椅子で待たせることによって、客に安い商品が目に入る工夫がなされていた。

今回のカリフォルニアの海外研修では、上記のような日本とアメリカの医療・看護の違いを学ぶことができた。しかし、短期であったため、NPなど上級看護師の教育現場をみるができなくて残念であった。NPやCNSにおける看護教育について学ぶことを今後の課題としたい。

引用文献

- 1) 長谷川千春（2010）：アメリカの医療保障，昭和堂，1-7.

参考文献

- 1) 長谷川千春（2010）：アメリカの医療保障，昭和堂.
- 2) 河野圭子（2002）：病院の内側からみたアメリカの医療システム，新興医学出版社.
- 3) 河野圭子（2006）：病院の内側からみたアメリカの医療システム，新興医学出版社.
- 4) 渋谷博史（2006）：アメリカの年金と医療，日本経済評論社.
- 5) 李 啓充（2002）：アメリカ医療の光と影，医学書院.