

アメリカ老齡者健康保険制度の 制定とその法規定

古 米 淑 郎

目 次

- I 老齡者健康保険制度の制定
- II 老齡者病院保険制度
- III 老齡者補足医療保険制度
- IV 老齡者健康保険法の体系
- V 老齡者健康保険制度の改変
- VI 老齡者健康保険制度の展開
- 付録 老齡者健康保険法

I 老齡者健康保険制度の制定

アメリカでは1965年に社会保障法を改正して、社会保険としての老齡者健康保険制度を創設した。

人口構成の高齡化が進むにともない、老齡者の潜在的医療需要が増大するにもかかわらず、医療費の高騰がその充足をさまたげ、老齡者の困窮を招いたところから、その対策の一つとして成立したものである。

社会保障法を改正して、その一部に病院保険および関連給付をとり入れようとする企ては、1952年以来、会期ごとにさまざまな法案として議会に提出されたが、成立にいたらなかった。

ただ僅かに、老齡者医療扶助制度が、1960年にできただけであった。この制度は、社会保障法による既設の老齡者扶助制度の被扶助者でなくとも、医療費の支払いができない老齡者に給付する特殊の公的扶助として新設され、連邦政

府の補助金により州が運営する仕組みであった。

もともと、それは事後的救済制度であるにしても、1963年8月現在の調査によると、高齢者の1%がこの制度により扶助を受けたにすぎず、急迫した高齢者医療問題の解決にはほど遠い実態であった。

ケネディ大統領は、1963年の一般教書をはじめ、引き続く二つの特別教書においても、高齢者健康保険制度の必要を力説し、その立法化を議会に要請した。そして、その後、多数の法案が議会に提出され、紆余曲折の審議のすえに、ようやく1965年7月30日に高齢者健康保険制度は制定へたどりついた。

自由診療をたてまえとするアメリカでは、医療の分野に社会保険制度を導入するについて、根強い抵抗があった。

その第1は、医師の開業と病院の自由企業制度に、政府が究極的には介入するのではないか、という主としてアメリカ医師会などの懸念であった。

こうした医療制度の社会化に対する懸念は、医療サービスの供給側だけでなく、需要側にも、サービス選択の自由を制約するものではないか、という疑いとして存在した。

第2は、医療にかんする民営の私保険制度が普及しているため、それとの関連が問題となった。民営の健康保険制度には、保険会社だけでなく、ブルークロスやブルーシールドなどの特殊な団体、さらには使用者または被用者の組合が経営するものなど、多くの種類があるが、圧倒的に多くの加入者をもつのは、保険会社の健康保険であった。

だが、これら民営の健康保険制度は保険料が高く、加入にもさまざまな制約条件があって、加入の必要性が最も高い高齢者はかえって加入しにくい事情があり、それなればこそ、そこに社会保険制度の導入の必要が生じたわけであるから、公私両制度の関連をめぐり摩擦が生じるのは、むしろ当然であった。

このような事情により、高齢者健康保険制度の制定には長い年月を要したが、それはまた、この制度に特異な性格と仕組みをもたらすことにもなった。

まず、基本的性格については、この制度の依拠する基本原則として、高齢者

健康保険法の冒頭に、医師の開業や医療サービスの供給・運営などに連邦政府が介入するものではないこと（1801条）、患者による医療サービスの選択の自由を保障すること（1802条）、他の健康保険に加入するのは自由であること（1803条）の3カ条をかかげており、医療制度の社会化と民営の健康保険制度への侵犯に対する歯止めを、ことさらにうたいあげたのは、自由診療制の基盤がいかに根深いかの反証といわねばなるまい。

つぎに、高齢者健康保険制度の仕組みであるが、高齢者病院保険と高齢者補足医療保険という二制度からなり、前者が実質的に全高齢者に適用する最低の基礎給付であるのに対し、後者は任意加入の付加給付であり、前者による支払範囲をせまく限定し、医師の診療報酬の支払いなどは後者に組み入れて、医療制度の社会化への批判をかわすとともに、両制度とも管理主体を保健教育福祉省長官としているものの、給付したサービスに対する支払実務などに民間の健康保険業者などを利用して、実質的には公私混合形態となっており、社会保険としては特色のある仕組みといえることができる。

II 高齢者病院保険制度

病院保険は、65歳に達して、社会保障法の老齢遺族障害保険制度、または鉄道退職法の退職制度により、給付をうけている者について、病院の入院サービス、病院退院後の予後保養サービス、家庭保健サービス、病院の外来診察サービスなどを給付し、労使および自営者に賦課する稼得収入税にもとづき独立の信託基金を設けて、それよりサービス供給者にサービスの対価を支払う社会保険制度である。

65歳に達して上記の年金を受けていない者についても、経過措置として、病院保険制度を適用するが、その者についての費用は国庫で負担する。

給付は1966年7月1日（予後保養施設のサービスについては1967年1月1日）に開始する。

病院入院サービスは、各療養期につき、90日まで支払対象とするが、はじめ

の60日については40ドルを患者負担として控除し、60日をこえる1日については入院控除額の4分の1(10ドル)を共同保険料として差引く。

この保険でカバーする病院入院サービスは、

- (1) 寝台および給食
- (2) 病院が入院患者の治療と処置のため通常供給する看護および関連サービス、病院施設の利用、医療社会サービス、病院用の薬剤、ワクチン類、補給品、器具、装備
- (3) 病院または病院の手配で第三者が通常供給する診察または治療のための品目またはサービス

であるが、医師のサービスと付添看護婦または付添人のサービスは支払対象としない。また、精神病院の入院サービスは、一生について190日までしか支払対象としない。

病院(少なくとも3日の入院を要す)退院後の予後サービスは、各療養期につき、100日まで支払対象とするが、はじめの20日を経過後は1日につき5ドルを患者が負担する。

病院の外来診察サービスは、1回につき20ドルを患者負担として控除し、さらに料金の20%を共同保険料として差引く。

病院(少なくとも3日の入院を要す)退院後または予後保養施設を退所後の家庭保健サービスは、各療養期につき、訪問100回まで支払対象とする。患者は退院後14日以内に医師の作成した計画のもとに、家庭保健機関のサービスを、原則として在宅で受けることになっている。

ここに1療養期というのは、病院に入院、または予後施設へ入所の初日に始まり、退院または退所のいずれかより引き続き60日経過後に終わる期間を意味する(1861条a項)。

病院の入院サービスと外来診察サービスについての患者負担は、1969年まで据置くが、それ以後は費用の変動に見合って調整することになっている。

サービス供給者への支払いは、妥当な費用の請求にもとづき、連邦老齢病院

保険信託基金より支出するが、実際には、サービス供給者の申請する民間の健康保険業者または団体または公的機関と保健教育福祉省長官が協定を結んで、支払額の決定や支払実務をそれらに委託しておこなう。

稼得収入税は、年額 6,600 ドルを課税の上限とする賃金、俸給、および自営収入につき、労・使・自営者すべて同率で課税する。その税率は 0.35% から出発して、年度が進むにつれて引き上げることに制定時ではなっている（その後の展開については、第 V 章を参照）。

III 高齢者補足医療保険制度

病院保険が最低の基礎給付の保障であるのに対し、医療保険はそれを補足する給付をカバーする社会保険であり、65 歳以上の者すべてを対象とするが、加入は任意である。

しかし、加入の申請には限定があり、65 歳に達して最初の加入申請期間（奇数年の 10 月 1 日より 12 月 31 日まで）後 3 年以上経過すれば加入できない。加入者が脱落した場合は、一度だけ再加入の機会を与えるが、それはさきの加入が終わった後 3 年以内に限られる。公的扶助の現金給付をうけている者を、州は州の負担でこの保険に加入させることができる。

補足医療保険は、病院保険で給付する以外のサービスを給付し、そのサービス供給者に支払いをおこなうが、その支払対象となる主なサービスはつぎのとおりである。

- (1) 医師のサービス
- (2) 医師の専門的サービスに付随して、医師の診察室で通常供給し、通常は無料で、医師の料金に含まれぬ種類のサービスと補給品、および外来患者に与える医師のサービスに付随する病院のサービス
- (3) X 線診断、試験検査、その他の診断検査
- (4) X 線、ラジウム、放射性同位元素による治療
- (5) 手術着、骨折脱臼の整復用添え木、ギプス包帯、その他の装具

- (6) 患者が在宅で使う鉄の肺、酸素テント、病院用寝台、車いす、などの耐久医療機器の貸与
- (7) 救急車サービス
- (8) 内臓器官の全部または一部をとりかえる補綴装置（歯をのぞく）
- (9) 足、腕、背、首の矯正器、および義足、義手、義眼
- (10) 年に訪問100回までの家庭保健サービス（前に入院を必要としない）。

これらのサービスについて、年控除50ドルをこえる額の80%を保険で支払う。ただし、精神異常、精神神経症、性格異常の病院外治療については、年間312.5ドルと費用の62½%とのいずれか少ない額しか支払わない。

補足医療保険制度の加入者は、月額3ドルの保険料を支払うが、その者が社会保障制度、鉄道退職制度、公務員退職制度などにより給付を受けている場合は、その給付から保険料を控除して徴収する。

政府は加入者1人につき月額3ドルを国庫の一般歳入より支出して、この保険財政を補助する。保険料と国庫負担金は、連邦補足医療保険信託基金に収納し、すべての給付支払いと管理費用をこの基金によりまかなう。

給付に対する支払いは、サービス供給者からの妥当な費用の請求にもとづいてなされる。

この保険制度の管理者は保健教育福祉省長官であるが、長官との契約にもとづき、給付についての査定や支払いの実務は、民間の健康保険業者または団体に委託しておこなう。

給付は1966年7月1日より開始する。

IV 老齢者健康保険法の体系

老齢者健康保険制度は、老齢者健康保険法にもとづいて制定されたが、同法は1965年社会保障法改正（PL 89-97）の一部分をなすものである。

この改正は4篇からなっており、老齢者健康保険法はその第1篇をなし、第2篇はその他の保険にかんする改正であって、〔第1部〕母子保健および肢体

自由児サービス（201条—208条），〔第2部〕知恵遅れ対策費の予算化（211条），〔第3部〕結核または精神病患者に対する公的扶助の改正（221条），および高齢者医療扶助の定義改正（222条），〔第4部〕子供の情緒疾患にかんする雑則改正（231条）などをふくんでいる。

第3篇は高齢遺族障害保険の改正（300条—344条）であり，第4篇は公的扶助の改正（401条—411条）である。

このように社会保障法の大規模な改正は，1935年に同法が制定されて以来のことであるが，そのなかでも画期的な改正は，高齢者健康保険制度の創設をみたことである。

ところで，その高齢者健康保険制度の法的根拠となる高齢者健康保険法（第100条）は，高齢者健康保険（いわゆるメディケア）と，医療扶助にかんする州への助成（いわゆるメディケイド）との，2部分から構成されており，前者は社会保障法に新たに第18章を追加し（102条a項），後者は新たに第19章を追加する（121条a項）形をとっている。

本稿でとりあげるのは前者であるが，この社会保障法第18章つまり高齢者健康保険の法規定は，まず高齢者健康保険制度の基本原則ともいうべき3カ条（1801—1803条）をかかげた後，〔A〕高齢者病院保険給付と，〔B〕高齢者補足医療保険給付と，〔C〕雑則との，3節で構成されている。

基本原則と，〔A〕〔B〕の両保険については，さきにその概要をあきらかにしたので，ここでは〔C〕雑則についてのみ，簡単にふれておきたい。

雑則は，用語の定義と，管理運営上の規定と，社会保障法の他の条項または他法規との関連規定とに，大別できる。

用語の定義（1861条）は，療養期（a項），病院入院サービス（b項），精神病院入院サービス（c項），結核病院入院サービス（d項），病院（e項），精神病院（f項），結核病院（g項），予後保養サービス（h項），病院退院後の予後保養サービス（i項），予後保養施設（j項），利用評価（k項），病院と予後保養施設との間の患者移管協定（l項），家庭保健サービス（m項），病院退院後の家庭保健

サービス (n 項), 家庭保健機関 (o 項), 病院の外来診察サービス (p 項), 医師のサービス (q 項), 医師 (r 項), 医療および保健サービス (s 項), 薬剤およびワクチン類 (t 項), サービス供給者 (u 項), 妥当な費用 (v 項), サービスの手配 (w 項), 州と合衆国 (x 項), クリスチャンサイエンスの予後施設における病院退院後の予後保養 (y 項) などについて, 詳細に定義している。

管理運営規定としては, 適用除外 (1862条), 州および他団体との協議 (1863条), 州機関の利用 (1864条), 認定の効力 (1865条), サービス供給者との協定 (1866条), 健康保険給付顧問会 (1867条), 全国医療審査委員会 (1868条), 決定, 再審申立て (1869条), 支払超過 (1870条), 省令 (1871条), 管理 (1874条), 調査および勧告 (1875条), 経過規定 (103条) などがあり, なかでも注目に値するのは, 適用除外 (1862条(a)項) において, 病院保険と補足医療保険のいずれの支払対象ともならないものとして,

常例的な身体検査, 眼鏡, または眼鏡の処方, 仕上げ, 取替えのための視力検査, 補聴器, または聴力検査, 免疫注射などの費用 (同項7号)

美容整形またはそれに関連する費用 (同項10号)

歯または歯を直接支える構造の治療, 処置, 充填, 除去, 取替えの費用 (同項12号)

などを規定していることである。美容整形を別にすると, 高齢者保健医療のうち最も必要度の高い視力, 聴力, 歯などの治療を適用外にしているところは, この高齢者健康保険制度の本質を示すものといえることができる。

他との関連規定では, 鉄道退職法改正, 内国歳入法改正, 社会保障法の信託基金規定改正, 社会保障顧問会の新設規定などがある。

こうした高齢者健康保険の法規定のうち, おもな条項を抄訳して, 本稿の末尾に付録する。

V 高齢者健康保険制度の改変

高齢者健康保険制度は1966年7月1日より実施されたが, その後の法改正の

結果、つぎのように変わった。

(1) 最大の変化は、1972年の改正（PL 92-603）により、社会保障法または鉄道退職法にもとづき、障害のゆえに現金給付を少なくとも24カ月受給している障害者（扶養家族はのぞく）と、慢性的腎臓病のため現金給付を受給している者（配偶者と扶養家族をふくむ）に、65歳以下でも、病院保険の適用を拡大するとともに、病院保険の65歳以下の被保険者に補足医療保険への任意加入を認め（1973年7月1日実施）、高齢者健康保険制度は高齢者および障害者健康保険制度へ発展したことである。

(2) 病院保険の給付については：

- 1) 病院の入院サービスの支払限度が、1療養期につき90日であったのを、一生につき60日の追加レザーブを設け、150日まで1療養期として利用できることにした（1967年改正）。
- 2) 病院の外来診察サービスを、補足医療保険へ移行させた（1967年改正）。
- 3) 元来、医師のサービスは原則として支払対象とせず、研修教育計画にもとづく医科、歯科、整骨科の研修医と実習医のサービスのみを支払対象として容認していたが、その原則を維持しつつも、足治療科（Podiatry）の研修医と実習医の研修教育計画にもとづくサービスを支払対象にふくめることにした（1972年改正）。

(3) 補足医療保険給付については：

- 1) 病院の外来診察サービスが、病院保険から移行した（1967年改正）。
- 2) 外来診察サービスを拡張して、理学療法をふくめることにした（1967年改正）。
- 3) 元来、患者が在宅で使用する耐久的医療機器は貸与をたてまえとしたが、必要に応じて購入も認めることにした（1967年改正）。
- 4) 治療士が治療室または患者の在宅で供給する理学療法（1暦年につき100ドルを限度とする）、指圧療法（脊柱の手操作にかぎる）を支払対象にくわえた。外来サービスに、施設内で、または施設の手配のもとで、供給

する言語療法をふくめることにした。眼科医によるレンズ調製のサービスを支払対象とすることにした(1972年改正)。

表1 法改正による病院保険税(料)率と課税限度額の推移

年度	1965年改正	1967年改正	1972年 7月改正	1972年 10月改正	1973年 12月改正	実施税率	課税限度
1966	0.35%	%	%	%	%	0.35%	6,600 ^{ドル}
1967	0.5					0.5	6,600
1968	0.5	0.6				0.6	7,800
1969	0.5	0.6				0.6	7,800
1970	0.5	0.6				0.6	7,800
1971	0.5	0.6				0.6	7,800
1972	0.5	0.6				0.6	9,000
1973	0.55	0.65	0.9	1.0		1.0	10,800
1974	0.55	0.65	0.9	1.0	0.9	0.9	13,200
1975	0.55	0.65	0.9	1.0	0.9	0.9	14,100
1976	0.6	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9	15,300
1977	0.6	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9	
1978	0.6	0.7	1.0	1.25	1.1		
1979	0.6	0.7	1.0	1.25	1.1		
1980	0.7	0.8	1.0	1.25	1.1		
1981	0.7	0.8	1.0	1.35	1.35		
1982	0.7	0.8	1.0	1.35	1.35		
1983	0.7	0.8	1.0	1.35	1.35		
1984	0.7	0.8	1.0	1.35	1.35		
1985	0.7	0.8	1.0	1.35	1.35		
1986	0.7	0.8	1.1	1.45	1.5		
1987	0.8	0.9	1.1				
1988	以後同率	以後同率	1.1				
1989			1.1				
1990			1.1				
1991			1.1				
1992			1.1				
1993			1.2				

病院保険税(料)は労、使、自営者とも同率。課税限度は被保険者の年間稼得収入に対する課税上限額。Social Security Administration, *Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement*, 1974, 1976, pp. 30-31 にもとづいて作成。

(4) 病院保険税(料)の課税上限額と税(料)率を、表1のとおり引きあげた(1967年, 1972年, 1973年改正)。

- 1) 税(料)率を1966年の0.35%から, 1974年の0.9%まで引きあげ実施。
- 2) 課税限度額を1966年の6,600ドルから, 1976年の15,300ドルまで引きあげ実施。

(5) 病院保険の患者負担を、表2のとおり引きあげた。

- 1) 入院患者控除は, 1療養期につき, 1966年の40ドルから, 1976年の104ドルまで増額。
- 2) それにともない, その控除を算定基礎とする入院患者の共同保険料日額は, 入院60日経過後につき1966年の10ドルから1976年の26ドルまで, 入院90日経過後につき1968年の20ドルから1976年の52ドルまで, それぞれ増額。
- 3) 保養施設入所20日経過後の共同保険料日額は, 1967年の5ドルから, 1976年の13ドルまで増額。
- 4) 病院保険任意加入者(1972年改正による)の保険料月額は, 1973年の33ドルから, 1976年の45ドルまで増額。

(6) 補足医療保険の患者負担と保険料を、表2のとおり引きあげた。

- 1) 年控除額を, 1966年の50ドルから, 1973年の60ドルへ増額(1972年改正)。
- 2) 保険料月額を, 加入者負担については, 1966年の3ドルから1976年の7.2ドルまで, 国庫負担は高齢者について1966年の3ドルから1976年の14.2ドルまで, 障害者については1973年の22.7ドルから1976年の30.8ドルまで, それぞれ増額した。

このように, 実施後約10年の間に, 高齢者健康保険制度は多くの改変をみたが, その基本構造に変化はなく, いろいろな問題をいだいたままで推移してきたのである。

表2 健康保険の患者負担と保険料

開始年月	病 院 保 険				病院保 険任意 加入者 の保険 料月額 1)	補足医療保険				
	入院 患者 控除 A	入院患者共 同保険日額		20日以後の共 同保険料日額		年控 除額	共同 保険	保険料月額		
		入院 60日 以後 $A \times \frac{1}{4}$	入院 90日 以後 $A \times \frac{1}{2}$					加入者 負担 2)	国庫負担	
									老齢者	障害者
1966年 7 月	ドル 40	ドル 10	ドル 3)	ドル 3)	ドル	ドル 50	% 20	ドル 3.00	ドル 3.00	ドル
1867年 1 月			3)	5.00						
1968年 1 月			20							
〃 4 月						4)	4)	4.00	4.00	
1969年 1 月	44	11	22	5.50						
1970年 1 月	52	13	26	6.50						
〃 7 月								5.30	5.30	
1971年 1 月	60	15	30	7.50				5.60	5.60	
〃 7 月								5.80	5.80	
1972年 1 月	68	17	34	8.50				6.30 ⁶⁾	6.30	22.70
〃 7 月	72	18	36	9.00	33	60	5)	6.70	6.70	29.30
1973年 1 月	84	21	42	10.50	36			8.30	8.30	30.30
〃 7 月	92	23	46	11.50	40			7.20	14.20	30.80
1975年 1 月	104	26	52	13.00	45					
〃 7 月										

1) 1972年の法改正にもとづく任意加入者。 2) 障害者については1973年7月開始。 3) 給付なし。 4) 入院患者に対する病理学および放射線医学の専門的サービスは、控除または共同保険の対象としない。 5) 家庭保健サービスは共同保険の対象としない。 6) 行政命令11723号により、1973年8月12日まで旧料率が有効。 Social Security Administration, *Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement*, 1974, 1976, p. 34 による。

VI 高齢者健康保険制度の展開

こうした経過のなかで、高齢者健康保険制度の被保険者数は、表3のとおり、逐年増加して、2,000万人をこえるにいたっている。病院保険の加入率は高齢者の99%、補足医療保険は96%であるが、連邦公務員については連邦公務員健康保険制度が別途にあるので、高齢者健康保険制度は実質的に高齢者の皆保険を実現するにいたった、とみてよいであろう。

表3 高齢者健康保険の被保険者数
(各年7月1日現在、1000人)

年	病院保険	補足医療保険
1966	19,082	17,736
1967	19,494	17,893
1968	19,770	18,805
1969	20,014	19,195
1970	20,361	19,584
1971	20,741	19,975
1972	21,115	20,351
1973	21,571	20,921
1974	21,996	21,422
1975		

65歳以上のみ。1972年の法改正による65歳未満の障害者はふくまない。 *Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement, 1974, 1976, Table 125* による。

この制度により、高齢者の医療サービス利用度は急速に高まり、表4のとおり、病院保険のなかの保養施設と、補足医療保険のなかの家庭保険サービスとが、不規則な動きを示すほかは、どの給付も件数・金額ともに、急激に増加の一途をたどってきた。

病院保険給付の大部分をしめるのは、病院入院サービスであるが、その利用状況は表5のとおりである。

表4 高齢者健康保険の

年	病 院 保 険							
	総給付支払		病 院 入 院		家庭保健		保養施設	
	件 数	支払額	件 数	支払額	件 数	支払額	件 数	支払額
1966	1,979	824	1,866	821	34	2	該当なし	
1967	7,105	3,135	5,388	2,864	348	23	784	241
1968	7,854	3,947	5,954	3,557	510	38	1,018	348
1969	7,682	4,485	6,128	4,101	629	49	922	335
1970	7,482	4,834	6,294	4,560	569	47	620	227
1971	7,373	5,355	6,425	5,137	494	42	454	176
1972	7,622	5,889	6,701	5,686	526	49	394	154
1973	7,953	6,440	6,895	6,201	607	59	449	180
1974	8,513	7,463	7,324	7,179	731	82	458	202
1975	9,302	9,334	7,790	8,959	1,000	134	513	241
1976	9,905	11,286	8,161	10,836	1,203	179	539	271

保養施設以外は1966年7月1日開始。年は暦年。 *Social Security Bulletin, Annual Statistical* 40, No. 7, July 1977, Tables M-18, M-20 による。

表5 病院入院の利用状況(病院保険)

年	1000人あたり入院件数	平均入院日数	1件あたり入院料金	1日あたり入院料金	支払率
1966	255.6	12.5 ^日	549 ^{ドル}	44 ^{ドル}	79.7 [%]
1967	277.8	13.3	663	50	80.2
1968	308.7	13.1	747	57	80.3
1969	306.2	12.9	846	66	79.2
1970	305.4	12.4	939	76	77.1
1971	308.3	11.9	1,041	88	76.1
1972	317.2	11.5	1,115	97	76.0
1973	322.5	11.3	1,189	105	75.5
1974	328.8	10.9	1,294	119	75.6
1975		10.6	1,531	145	75.1
1976		10.5	1,780	170	74.4

入院料金は請求料金。支払率は請求総額に対する支払総額の比率。 *Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement, 1974, 1976, Table 130, Table 133; Social Security Bulletin, Vol. 40, No. 7, July 1977, Table M-19* による。

支 払 件 数 と 支 払 額

単位：1000件 100万ドル

補 足 医 療 保 険							
総サービス		医師のサービス		病院外来サービス		家庭保健サービス	
件 数	支払額	件 数	支払額	件 数	支払額	件 数	支払額
995	63	934	61	24	不祥	11	不祥
24,364	1,080	20,167	1,000	2,547	不祥	367	不祥
31,444	1,342	25,627	1,221	3,499	44	485	22
39,941	1,783	33,508	1,614	3,556	68	573	31
39,696	1,751	32,850	1,573	4,031	85	430	22
44,947	1,956	37,109	1,748	4,528	105	297	16
51,754	2,227	42,165	1,975	5,688	136	278	15
43,508	1,919	34,272	1,656	5,603	147	266	17
67,995	3,190	54,190	2,676	8,026	304	477	38
83,106	4,110	64,505	3,269	10,479	462	641	62
87,116	4,565	66,598	3,497	11,740	585	742	84

Supplement, 1974, 1976, Table 127, Table 133, Table 137; Social Security Bulletin, Vol.

(1) 高齢者1,000人あたり入院件数は、1966年の255.6日から74年の328.8日へと30%ちかく増加し、平均入院日数はやや短縮化して、高齢者が手軽に入院する形で入院サービスの利用度が高まった。その結果、全人口の約10分の1にあたる高齢者が、全入院日数の10分の3、全治療日数の10分の2、をしめるに至った。

(2) 1件あたりの入院料金、および1日あたりの入院料金が、急激に騰貴した。

(3) 入院料金に対する保険による支払率が徐々に低下した。それは患者負担率が高まったことを意味する。

つぎに、補足医療保険給付の利用状況は、表6のとおりである。

(1) 利用率（被保険者のうち実際にサービスを利用した者の比率）が高まり、80%をこえるにいたった。

(2) サービス利用者が、その利用したサービスの料金について、控除（患者

表6 医療保険サービスの利用状況(補足医療保険)

%

年	利用率	控除適用率		総請求額に 対する控除 適用額の比 率	総請求額に 対する支払 額の比率	控除適用額 に対する支払 額の比率
		对被保険者	対利用者			
1966	66.1	22.6	34.2	84.9	51.3	60.4
1967	79.1	45.8	57.9	94.5	63.7	67.4
1968	68.0	28.4	41.7	88.9	55.8	62.8
1969	78.6	48.6	61.8	95.9	64.5	67.3
1970	79.1	50.1	63.3	96.1	65.4	68.0
1971	78.0	50.3	64.5	96.0	64.6	67.2
1972	79.3	52.6	66.4	96.3	65.1	67.6
1973	82.0	51.9	63.3	95.5	63.1	66.2
1974						

利用率は被保険者のうち医療保険サービス利用者の比率。控除適用は、サービス利用者が、その利用したサービスの料金について、控除(自己負担)の適用をうけること。控除適用額は、控除(自己負担)の適用をうけたサービス料金の請求額であり、控除(自己負担)額ではない。支払額は保険による支払額である。Statistical Abstract of the United States, 1969, Table 418; 1975, Table 478; 1976, Table 488 による。

負担)の適用をうける率が高まった。また、利用したサービスに対する総請求額のうち、控除の適用をうけたサービスの料金についての請求額のしめる比率がきわめて高くなっており、ほとんどすべての利用について控除が適用されていることを示している。

(3) サービス料金の請求額に対する保険による支払額の比率は、この制度が発足した1966年をのぞくと大きな変動がなく、総請求額に対して63—65%、控除の適用をうけた請求額に対して66—68%程度にとどまり、30%以上が患者負担となっている。

このように、高齢者健康保険制度は、利用率が急速に高まり、また給付に対する保険による支払の行なわれるケースの比率が高まって全利用者に及びつつあり、高齢者の医療と福祉に画期的な成果をあげてきた。

しかし、病院保険においては、控除額およびそれを算定基礎とする共同保険料の引き上げなどにより、患者負担が増加し、補足医療保険においても、患者

負担率は30%を常にこえている。

高齢者の罹病率は高く、しかも心臓病、関節炎、視力障害など慢性病が多いのに対し、保険による支払限度の期間が短いために、長期的療養の給付をカバーしきれない。

また、保険でカバーする料金と医師の実際の料金との差額負担も増大しつつある。

そのうえ、高齢者の保健医療で重要な位置をしめる歯、耳、眼などの療養は保険でカバーされない。わずかに眼については、レンズ調製のための眼科医のサービスが、1973年から保険の支払対象となったにすぎない。病院外の薬剤もカバーされていない。

このため、高齢者の個人医療費支出は、高齢者健康保険制度ができてから、むしろ増加しているのである。

もともと、高齢者健康保険制度は、医療扶助とは異質であり、老人医療の無料化をめざすものではない。しかし、その保険料は、さきにみたとおり、引きあげられたとはいえ、依然としてきわめて低く、その代償として、保険によるカバーの範囲がせまく限定され、患者の保険外負担に依存する部分が大きな構造になっている。

したがって、表7にみるような消費者物価を常に上回る医療費の騰貴は、患者負担をたえず増加させ続けてきたわけである。

高齢者の貧困率は高く、ボーダーライン層をもふくめると、全高齢者の4分の1が貧困またはそれに近い状態にあり、医療費は高齢者にとっ

表7 医療費の騰貴

年	医療費 (計)	医師の 料金	消費者 物価
1966	93.4	93.4	97.2
1967	100.0	100.0	100.0
1968	106.1	105.6	104.2
1969	113.4	112.9	109.8
1970	120.6	121.4	116.3
1971	128.4	129.8	121.3
1972	132.5	133.8	125.3
1973	137.7	133.2	133.1
1974	150.5	150.9	147.7
1975	168.6	169.4	161.2
1976	184.7	188.5	170.5

Social Security Bulletin, Vol. 40, No. 7,
July 1977, Tables M-41, M-42 による。

て重い負担となっている。

それゆえ、高齢者健康保険が当面する問題は、医療費の騰貴をいかにして防ぐか、また、患者負担に大きく依存する構造をどのように改めるかにある、といえるであろう。

付 録

1965年社会保障法改正（PL 89-97）

第100条 本章を「高齢者健康保険法」と称する。

第101条 [略]

第102条 (a) 社会保障法を改正して、第17章のつぎに新たに第18章を加える。

第18章 高齢者健康保険

（連邦介入の禁止）

第1801条 本章のいかなる規定も、医師の開業または医療サービスの供給方法、または保健サービスを供給する施設、機関、または個人の役員または職員の選任、在任資格、または給与を、監督または支配し、またはその施設、機関、または人の管理運営を、監督または支配する権限を、連邦の公務員または職員にあたえるものと解されてはならない。

（患者による選択自由の保障）

第1802条 本章による保険給付の受給資格者は、本章により参加の認可をうけた施設、機関、または個人が、患者にサービスの供給を引き受けるならば、どの施設、機関、または個人からでも、保健サービスを得ることができる。

（何びとも他の健康保険の保護を取得する自由）

第1803条 本章のいかなる規定も、保健サービスの費用に対する保護を、州が与えることを妨げ、または個人が購入もしくは取得することを妨げるものと解されてはならない。

A 節 老齡者病院保険給付

(保険制度の説明)

第1811条 本保険制度は、第226条に定める加入資格にもとづき、65歳またはそれ以上の者で、本法第2章または鉄道退職法による退職年金の受給資格者に対し、本節にもとづいて病院ならびに退院後の保養サービスの費用に対する最低限の保護を与えるものである。

(給付の範囲)

第1812条 (a) 本節の保険制度により被保険者に支給する給付は、次に掲げる給付につき、(本節の諸条項に従って)その者のために支払いが行なわれるものとする。

- (1) 各療養期につき90日以内の病院入院サービス。
- (2) 各療養期につき100日以内の病院退院後の保養サービス。
- (3) 1療養期の開始後、次の療養期の開始までの(第1861条(n)に定める1年間)訪問100回以内の退院後の家庭保健サービス。
- (4) 病院の外来診察サービス。

(b) 各療養期内に被保険者に給付するサービスのうち、次に掲げるものについては、本節による支払対象とならない。

- (1) 1療養期につき90日をこえる病院入院サービス。
- (2) 1療養期につき100日をこえる病院退院後の保養サービス。
- (3) 1生涯につき合計190日をこえる精神病の病院入院サービス。

(c) 項より (f) 項まで [略]

(控除および共同保険)

第1813条 (a) (1) 各療養期内に被保険者に給付した病院入院サービスについての支払額は、その者に支給したサービスに課した料金から、入院控除相当額を差引いた額とする。ただし、当該サービスの通例の料金が、実際の料金よりも高額である場合は、通例の料金額をもって当該サービスに課した料

金とみなす。病院入院サービスについての支払額は、その者に当該療養期中60日にわたりサービスを支給した後、同一の療養期内のその者に支給するサービスにかんし、1日（91日目以前の）につき、入院控除額の4分の1に相当する共同保険料をさらに差引いた額とする。

(2) 被保険者の診察中に支給する病院の外来診察サービスについての支払いは、(A) その診察と同じ暦年にはじまる療養期に適用する入院控除額の2分の1と、(B) その残額の20%との合計に相当する額を差引いた額とする。前段にいう被保険者の診察は、その者が第226条により病院保険給付の受給資格を取得して、病院の外来診察サービスの受診開始日（既往の診察をふくめ）より20日間、同一の病院により（またはその手配のもとに）その者に支給する病院の外来診察サービスをいう。

(3) 各療養期内に被保険者に支給したサービスについて、本節によりサービス供給者に支払う額は、当該療養期中にそのサービスの一部としてその者に供給した全血液量のうち、最初の3パイントの費用に相当する額を、さらに差引いた額とする。

(4) 各療養期内に被保険者に支給した病院退院後の予後保養サービスについての支払額は、その療養期中に20日間その者に支給した後なお給付を行なう場合、1日（101日目以前の）につき、病院入院控除額の8分の1に相当する共同保険料を差引いた額とする。

(b) (1) 本条 (a) 項に適用する病院入院控除額は、療養期または診察が1969年以前に始まる場合、40ドルとする。

(2) それ以後の各暦年に始まる療養期または診察の場合は、1968年およびそれ以後の各年の6月1日より10月1日までの間に、保健教育福祉省長官が本条 (a) 項に適用する病院入院控除額を決定して、公表するものとする。その入院控除額は、40ドルに、(A)公表の前暦年の病院入院サービスについての1日平均料率と、(B)1966年の当該サービスについての1日平均料率との比率を乗じて算定するものとする。〔以下略〕

サービスに対する支払いの条件と制限

(請求と証明の要件)

第1814条 (a) 被保険者に支給したサービスについての支払いは、本条 (a) 項に定める場合をのぞき、以下の要件により、第1866条の資格を具備したサービス供給者のみに行なうこととする。

(1) 長官が省令で定める書式、手続、日時、および請求者により、長官が不可能と認める場合をのぞき、受診者の署名した支払請求書の提出。

(2) 医師の証明 (期間をこえてサービスを支給する場合は、省令の定めに従い、症例と頻度、およびその症状に適切であることを裏づける資料を添付した再証明書。ただし、その期間の20日目までに第1回の再証明書の提出を義務づけられる病院入院サービスの場合は、この限りでない)

(A)より(E)にいたる証明内容規定は [略]

(3)号より(6)号まで [略]

(妥当なサービス費用)

(b) 本節により支払対象となるサービスについて、サービス供給者に対する支払額は、第1813条の諸規定を前提として、当該サービスにつき第1861条(v)により決定する妥当な費用とする。

(c) 項より (f) 項まで [略]

(サービス供給者への支払い)

第1815条 長官は、各サービス供給者に対し、その者が供給したサービスにつき、本節による支払額を定期的に決定し、サービス供給者は、当該決定額に既払分の過不足を調整した金額を、長官が適当と認める期日 (毎月1回より少なくない) に、会計検査院の監査または清算に先立ち、連邦病院保険信託基金より受領するものとする。ただし、サービス供給者が、その金額の支払期またはそれ以前の支払期につき、長官が本節によりその者への支払額決定のために要求する情報の提供を怠るときは、支払いを行わないものとする。

（サービス供給者への支払いを円滑化するため公的機関または民間団体の活用）

第1816条 (a) サービス供給者の集団または団体が、全米、州、その他の公的ならびに私的の機関または団体をとおして、本節による支払いの受領を希望し、そのための機関または団体を指定すれば、長官はその機関または団体との間に、当該サービス供給者への本節にもとづく支払額を、その機関または団体が決定すること（その決定は長官の審査を受けることを協定にさだめる）、およびその支払いを、その機関または団体が、サービス供給者に対して行なうこと、を内容とする協定を結ぶ権限を有する。〔以下略〕

(b) 長官は、以下のように判断した場合をのぞき、いかなる機関または団体とも、本条にもとづく協定を締結してはならない。(1) (A) 協定の締結が、本節の効果的かつ能率的な運営に適すること、(B) 当該の機関または団体が、第226条による病院保険の受給資格をもつ者に対する乱療防止措置の適用につき、サービス供給者を援助する意志と能力をもち、その援助の約定がなされていること、および、(2) 当該の機関または団体が、本条による協定の履行中に取得した情報で、長官が本節の職務遂行に必要と認めるものの提供に合意していること。

(c) 本条にもとづき各機関または団体と締結する協定は、長官が必要または適当と認める諸条件を約定し、その機関または団体に対し、それが本条(a)項にもとづいて行なう支払資金の前渡しを規定し、また、その機関または団体が協定の定める機能を遂行するに必要なかつ妥当であると長官が決定する額の管理費用の支給を約定するものとする。

(d) 項より **(g)** 項まで 〔略〕

（連邦病院保険信託基金）

第1817条 (a) 国庫に「連邦病院保険信託基金」と称する（以下本条では「信託基金」と呼ぶ）勘定を設定する。信託基金は本節に定める基金への預入金または国庫支出金をもって構成する。1966年6月30日に終わる会計年度およびそれ以降の各会計年度について、信託基金に対する国庫支出金は、国庫の他

に流用を許されぬ資金から支出を承認され、その額は下の租税の100%に相当する額とする。

- (1) 1954年内国歳入法第3101条 (b) および第3111条 (b) により賃金に賦課する租税。課税賃金は同法F編により1965年12月31日以後に財務省長官または代理人に申告した賃金とする。〔以下略〕
- (2) 1954年内国歳入法第1401条 (b) により自営者所得に賦課する租税。課税所得は同法F編により財務省長官または代理人に申告した所得とする。〔以下略〕

前段により支出を承認された額は、国庫の一般資金から信託基金へ時々振替え、その額は前段に特定する租税の国庫への収納にかんする財務省長官の見積もりにもとづいて決定する。〔以下略〕

(b) 項より (f) 項まで 〔略〕

B 節 老齡者補足医療保険給付

(老齡者補足保険制度の設立)

第1831条 65歳またはそれ以上の加入者に対し、本節の諸条項にしたがい、医療保険給付を支給するため、加入者の保険料と連邦政府支出の分担金とを財源とする任意保険制度を設立する。

(給付の範囲)

第1832条 (a) 本節にもとづき設立する保険制度により、被保険者に支給する給付は、次のものよりなる。

- (1) 被保険者に、または被保険者のために、支給する医療および保健サービスにつき、(本節の諸条項にしたがい) 支払いが行なわれること。ただし、(2)号(b)に掲げるサービスを除く。
- (2) 下のサービスにつき、(本節の諸条項にしたがい) 被保険者のために支払いが行なわれること。

(A) 1 暦年に訪問100までの家庭保健サービス。

(b) サービス供給者の、またはその手配による第三者の、供給する医療および保健サービス(医師のサービス以外のもの。ただし、病院の実習医または研修医のサービスはその限りでない)。

(b) 「療養期」「医療および保健サービス」その他の用語の定義は、第1861条にこれを定める。

(給付の支払い)

第1833条 (a) 本節により設立する保険制度の適用をうける被保険者が、本節にもとづき支払対象となるサービスにつき費用を負担する場合に、連邦補足医療保険信託基金より支払う額は、本条の以下の規定にしたがい、次の相当額とする。

(1) 第1832条 (a) (1) に掲げるサービスの場合、そのサービスの妥当な料金の80%。ただし、料金前納制により医療および保健サービスを供給（または供給すべきことを約定）する団体が、その団体に加入する者について、当該サービスの妥当な費用のうち、その者の自己負担20%のほかに、本条 (b) 項によりその者が支払うべき額を加算して請求する場合は、当該サービスの妥当な料金額の80%の代わりに、その者のために本節により支払対象となるサービスの妥当な費用の80%の支払いが行なわれることを選択できるものとする。

(2) 第1832条 (a) (2) に掲げるサービスの場合、そのサービスの妥当な費用（第1861条 (v) で決定する）の80%。

(b) 各暦年内に被保険者が負担した費用につき、本条 (a) 項を適用するに先立ち、その者がその暦年に負担した費用の総計額（本項がなければ、本条(a) 項にもとづいて支払いが行なわれる給付によってきまる負担費用）から、50ドルの控除を差引くものとする。ただし、(1) その暦年についての控除額は、前暦年の最終3ヵ月におけるその者の負担費用額（または本項(2)号により前暦年の最終3ヵ月に受給したサービスにつき当該前暦年の負担費用とみなす額）をまず差引いた後、本条によりその者に前暦年の控除を適用し、(2) 各暦年に受給した

病院の外来診察サービスにつき第1813条 (a) (2) (A) により差引いた控除額は、本節によるその年の負担費用とみなす。

(c) 本節の他の条項にかかわらず、被保険者が精神、神経、性格の異常に対する治療にかんして各暦年に負担した費用は、その費用を負担した時に入院していなかった場合にも、本条 (a) 項および (b) 項においては、次のいずれか少額を限度として負担費用とみなす。

(1) 312.5 ドル、または

(2) 当該費用の62½%

(d) 被保険者につき A 節のサービスが支払対象となる（または(a)項(2)号(A)以外の第1813条を除き支払対象となる）限り、その者に支給したサービスについては、支払いを行なわないものとする。

(e) [略]

（家庭保健サービスの制限）

第1834条 (a) 本節により支払いを行なう家庭保健サービスは、各暦年につき100回の訪問に限るものとする。前段で支払請求を制限する訪問回数に関連する品目およびサービスは、省令に従って決定する。

(b) [略]

（サービス供給者の請求の支払手続）

第1835条 (a) 被保険者に給付した第1832条 (a) 項 (2) 号に掲げるサービスについての支払いは、第1866条の資格を具備したサービス供給者が、つぎの手続をとる場合のみに行なうものとする。

(1) 長官が省令で定める書式、手続、日時、および請求者により、長官が不可能と認める場合をのぞき、受診者の署名した支払請求書の提出。

(2) 医師の証明（期間をこえてサービスを支給する場合は、省令の定めに従い、症例と頻度、および当該症状に適切であることを裏づける資料を添付した再証明書）[以下略]

(b) 国立のサービス供給者または連邦機関に対しては、それが地域社会の施

設または機関として、社会一般にサービスを提供していると長官が認定するサービス供給者をのぞき、本節による支払いは行なわないものとする。

[以下略]

（加入資格）

第1836条 本節により設立する保険制度の加入資格者は、つぎのものとする。

(1) 65歳に達し、かつ

(2) (A) 合衆国の居住者であって、(i)市民権を有するか、(ii)法的に永住を認められて、本節の加入申請月の直前5年間にわたり引き続いて合衆国に居住する者、または(B) A節による病院保険給付の有資格者。

（加入申請期間）

第1837条 (a) 本節により設立する保険制度への加入は、省令に定める手続と書式に従い、かつ本条に定める期間内に申請するものとする。

(b) (1) 本節により加入の申請ができる最初の申請期間の終了後3年以上経過すれば、本節による新規の加入申請をすることはできない。

(2) 本節のもとに加入を終止した者は、その終止の発効日後3年以内に始まる一般加入申請期間（本条(e)項に定める）に申請する以外、本節による再加入の申請をすることはできない。

(c) [略]

(d) 第1836条の(1)号および(2)号の要件を、1966年1月1日またはそれ以降に満たす者の場合、その者の最初の加入申請期間は、その者が初めて当該要件を満たした月に先立つ第3の月の第1日に始まり、7カ月後に終了するものとする。

(e) 本条(c)項に定める期間後は、1967年に始まる各奇数年の10月1日に始まり12月31日に終わる期間中に、一般加入申請期間を設ける。

（適用期間）

第1838条 (a) 本節により設立する保険制度のもとで被保険者が受給資格を有する期間（以下これを適用期間という）は、次のうちいずれか遅い時点に始まる

ものとする。

(1) 1966年7月1日。

(2) (A) 第1836条の(1)号および(2)号の要件を初めて満たす月に先立ち、第1837条(d)項に従って加入申請する者の場合は、その申請の第1日。または、

(B) 第1836条の(1)号および(2)号の要件を初めて満たす月に、第1837条(d)項に従って加入申請する者の場合は、申請の翌月の第1日。または
[以下略]

(b) 適用期間は、被保険者の加入が次の事由により終止するまで継続する。

(1) 第1837条(e)項に定める一般加入申請期間内に、本節により設立する保険制度に加入を継続する意志のない旨の通告を提出する。

(2) 保険料の納入を怠る。

[以下略]

(保険料の額)

第1839条 (a) 本節による加入者の保険料月額は、1968年までの各月につき3ドルとする。

(b) (1) 本節による加入者の1967年以後各月についての保険料月額は、本項(2)号にもとづいて決定する額とする。

(2) 長官は1967年およびそれ以後の奇数年の7月1日より10月1日までの間に、それ以後の2暦年のいずれにも適用する保険料月額を決定し、公表しなければならない。その額は、それ以後の2暦年の保険料総額が、その2暦年につき連邦補足医療保険信託基金から支出されると長官が見積もる保険給付と管理費との合計額に等しくなるに必要と長官が判断する額とする。

(c) 項および (d) 項 [略]

(保険料の納入)

第1840条 (a) (1) 第202条による給付を毎月受給する者の場合に、本節による保険料月額は、(本条(a)項に定めるものを除き) その者の老齢遺族障害保険給

付月額から控除して徴収する。この控除の方法および期日は、長官が省令で定めるところによる。

(2) 財務省長官は、連邦老齢遺族保険信託基金または連邦障害保険信託基金から連邦補足医療保険信託基金へ、本項(1)号により控除した総計額を、時どき振替える。その振替時期は、第 202 条の給付を該当の信託基金より支出する時期と関連させる。その振替は、保健教育福祉省長官の認証にもとづいて行ない、既往の振替分との過不足を調整するものとする。

(b) (1) 1937年鉄道退職法による年金を毎月受給する者の場合に、本節によるその者の保険料月額は、(本条(a)項に定めるものを除き) その年金から控除して徴収する。この控除の方法および期日は、長官が省令で定めるところによる。その省令を定めるにあたっては、あらかじめ鉄道退職委員会と協議を要する。

(2) 財務省長官は、鉄道退職勘定から連邦補足医療保険信託基金へ、本項(1)号により控除した総計額を、時どき振替える。〔以下略〕

(c) 〔略〕

(d) 本条(a)項または(b)項の適用をうける者が、保険料納入期の同項による控除額に、同項の給付額が不足する場合は、その不足分を本人の希望により長官に(省令にもとづき)納入することができる。

(e) (1) 公務員退職法、または公務員委員会の管理下に退職または遺族保障を定める法にもとづいて年金を受給し、本条(a)項または(b)項のいずれの適用も受けない者の場合、本節によるその者の保険料月額(およびその者の配偶者が本条(a)項または(b)項のいずれの適用も受けず、かつその者が同意する場合、その配偶者の保険料月額)は、保健教育福祉省長官より公務員委員会への通告により、その年金の分割給付額から控除して徴収する。〔以下略〕

(f) 本節により設立する保険制度に加入し、本条前項のいずれの適用をも受けない者、または本条(d)項の適用を受ける者の場合に、その者の保険料は、長官が省令で定める方法と期日に従い長官へ納入するものとする。

(g) 項および (h) 項 [略]

(連邦補足医療保険信託基金)

第1841条 (a) 国庫に「連邦補足医療保険信託基金」と称する（以下、本条では「信託基金」とよぶ）勘定を設定する。信託基金は本節に定める基金への預入金または国庫支出金をもって構成する。

(b) 項より (h) 項まで [略]

(給付を管理するため業者を利用)

第1842条 (a) 本節による受給資格者と、それにサービスその他要員を供給する者との、最も能率的かつ便宜な給付の管理を行なうために、また本法A節と本節との給付管理の調整を進める見地から、長官は、第1816条にもとづく協定を実施する業者をもふくめ、業者と契約を結んで、下の機能の全部または一部を行なわせる（契約に定める限り業者は他の団体を用いることができる）権限をもち、また長官は、医師のサービスに対する支払いをふくむ下の機能のいずれかにつき、できる限り契約を結ぶものとする。

(1) (A) 本節にもとづいて支払わるべきサービス供給者などに対する支払単価と支払額を、妥当な費用または妥当な料金（適用可能な）にもとづいて決定すること。

(B) その支払いにつき、資金の受入れ、払出し、および収支報告をすること。

(C) 本節による支払いの適正を確保するに必要なサービス供給者の記録を監査すること。

(2)号以下 [略]

(b) (1) 本条(a)項による業者との契約は、改正法令第3709条またはその他の法の競争入札を要求する条項にかかわらず、締結することができる。

(2) [略]

(3) 契約は下のことを定めねばならない。

(A) 本節によりサービスに対する支払いが、費用を基準として行なわれ

る場合は、その費用が妥当な費用（第1816条(v)で決定する）であることを確証するに必要な行動を業者がとること。

(B) 本節によるサービスに対する支払いが、料金を基準として行なわれる場合は、次のことを確証するに必要な行動を業者がとること。

(i) その業者の保険契約者および契約調印者に対する同等のサービスについて、同等の条件のもとで適用する料金を上回らないこと。

(ii) その支払いが、領収済勘定書にもとづいてなされるか、もしくは妥当な料金がそのサービスに対する料金の全額であることを条件に指定払いされること。

(C)より(D)まで [略]

本号による妥当なサービス料金の決定にあたっては、そのサービスを提供する医師その他が一般的に行なう類似のサービスに対する慣行的な料金、ならびに類似のサービスに対するその地域の相場的な料金を考慮に入れるものとする。

(4) [略]

(c) 本条により業者と結ぶ契約は、本節にもとづきその業者が行なう支払いのための資金の前渡しを規定し、また契約に定める機能を業者が遂行するに必要かつ適当であると長官が決定する管理費用の支給を約定するものとする。

(d) 項および (e) 項 [略]

(f) 本節で「業者」という用語は、次のことを意味する。

(1) サービスその他要員の供給者としては、団体保険契約、医療または病院サービス協約、会員制または予約制契約、または類似の団体協定により、保健サービスの供給、支払い、費用の補填を合法的に行ない、その報酬として保険料または定期料金を受領する任意の結社、団体、組合、その他の非政府団体をいい、被用者団体が正式に保証し、または保険債務を負う保健給付制度を含むこととする。

- (2) サービスのみの供給者としては、第1816条にもとづく協定を実施する機関または団体（本項(1)号に掲げる以外のもの）。

（公的扶助制度による現金受給者へ適用するための州の協定）

第1843条 (a) 長官は、1968年1月1日までに、州からの求めにより、本条(b)項に掲げる適用対象集団のいずれかに属する全有資格者（協定に特定する）を、本節にもとづき設立する制度に加入させようとする州と協定を結ぶものとする。

- (b) (a)項により州と結ぶ協定は、次の適用対象集団のいずれにも適用することができる。

(1) 州が本法第1章または第16章にもとづき認可を受けた制度により現金給付を受給する者。

(2) 州が本法第1章、第4章、第10章、第14章、および第16章にもとづき認可をうけたすべての制度により現金給付を受給する者。

ただし、第2章による保険給付の受給資格者、または1937年鉄道退職法による年金の受給資格者は、適用対象集団から除くものとする。

(c) [略]

(d) 本条により加入する者の場合の

(1) 州が負担する保険料月額は、第1839条により決定する。

(2)号および(3)号 [略]

(e) [略]

(f) 州が第1章、第4章、第10章、第14章、または第16章にもとづき認可を受けた制度により現金給付を受給する者について、本条にもとづいて結ぶ協定により、その者が本制度の受給資格をもつことを規定すれば、第1842条(f)項に定義する「業者」という用語は、州が第1章、第14章、または第16章にもとづき認可を受けた制度の運営の管理監督にあたることを、その協定で特定する州機関をも含むこととする。[以下略]

（政府醸出金および偶発損失積立金の負担支出）

第1844条 (a) 本節により徴収する保険料の総計額に等しい額の政府醸出金を、国庫の他に流用を許されぬ資金から連邦補足医療保険信託基金へ、時どき支出する権限を認めたものとする。

(b) 本節に定める給付の敏速な支給と、本節により制度を設立した当初の月にそれ以後の管理費用を確保し、かつ偶発損失積立金を準備するために、国庫の他に流用を許されぬ資金から信託基金へ、1966年7月までに加入しておれば本節にもとづき設立する保険制度の適用を1966年7月に受けうる人数（長官の見積もる）に18ドルを乗じた額に相当する額を、1967暦年中に利用可能とするために、償還前渡金（無利子）として支出する権限をも認めたものとする。

C 節 雑 則

（サービス、施設などの定義）

第1861条 本節の用語を次のとおり定義する。

（療養期）

(a) 被保険者にかんして「療養期」という用語は、下の継続期間を意味する。

(1) 開始は、(A) 被保険者が病院入院サービスまたは予後保養サービスを受けた（既往の療養期にふくまれぬ）第1日、および(B) A節による受給資格をえた月の第1日に始まる。

(2) その者が病院の入院患者でなくなった日、または予後保養施設の収容患者でなくなった日より、引き続き60日を経過後に終わる。

（病院入院サービス）

(b) 「病院入院サービス」という用語は、病院の入院患者に（本項(3)号以外は）病院が供給する下の品目およびサービスを意味する。

(1) 寝台および給食。

(2) 病院が入院患者の治療と処置のために通常供給する看護および関連サービス、病院施設の利用、医療社会サービス、および入院患者の治療と

処置のために通常供給する病院用の薬剤、ワクチン類、補給品、器具、
装備。

- (3) 病院が、または病院の手配で第三者が、通常供給するその他の診察または治療用の品目またはサービス。

ただし、次のものを除く。

- (4) 医師、実習医、研修医の供給する医療または手術のサービス。

- (5) 付添看護婦または付添人のサービス。

(c) 項より (r) 項まで [略]

(医療および保健サービス)

- (s) 「医療および保健サービス」という用語は、次の品目またはサービスを意味する(ただし、病院入院サービス、予後保養サービス、家庭保健サービスを構成する場合は除く)。

- (1) 医師のサービス。

- (2) 医師の専門的サービスに付随して、医師の診察室で通常供給し、通常は無料で、医師の料金に含まれぬ種類のサービスおよび補給品(省令にもとづいて決定し、自主決定の許されぬ薬剤とワクチン類をふくむ)、および外来患者に与える医師のサービスに付随する病院のサービス(省令にもとづいて決定し、自主決定の許されぬ薬剤とワクチン類をふくむ)。

- (3) X線診断、実験検査、その他の診断検査。

- (4) X線、ラジウム、放射性同位元素による治療、材料および技術者のサービスをふくむ。

- (5) 手術着、骨折脱臼の整復用添え木、ギブス包帯、その他の装置。

- (6) 患者在宅使用の鉄の肺、酸素 Tent、病院用寝台、車いすを含む耐久医療機器の貸与。

- (7) 被保険者の事情により他の輸送手段の利用が禁忌である場合の救急車サービス。ただし、省令の定める限度にかぎる。

- (8) 内臓器官の全部または一部をとりかえる補綴装置(歯以外)。装置のと

りかえを含む。

- (9) 足、腕、背、および首の矯正器、義足、義手、義眼、患者の肉体条件の変化により必要な場合は、そのとりかえを含む。

医師の診察室または病院とは独立の試験所で行なった診断検査は、(3)号に含まないものとする。ただし、次の試験所はその限りでない。

- (10) 州または自治体の法により、この種の試験所の設置認可を規定する州に所在して、(A) その法にもとづいて認可を受け、または(B) 州ないし自治体からこの種の試験所設置の認可権限を与えられた機関により、その認可基準に合格したことを認められた試験所。

- (11) 長官が必要と認める検査の遂行について、患者の健康と安全にかんし長官が必要と認める条件を満たす試験所。

(t) 項より (y) 項まで [略]

(適用除外)

第1862条 (a) 本節の他の規定にかかわらず、下の品目およびサービスのために生じた費用は、A節またはB節による支払対象とならない。[以下(1)号より(6)号まで、(8)号、(9)号、(11)号は略]

- (7) 常例的な身体検査、眼鏡、または眼鏡の処方、仕上げ、とり替えのための視力検査、補聴器、または聴力検査、免疫注射などの費用。

- (10) 美容整形またはそれに関連する費用。ただし、事故による傷害の早急な修復、または奇形の四肢の機能改善のために必要な場合は、その限りでない。

- (12) 歯または歯を直接に支える構造の治療、処置、充填、除去、取替えの費用。

(b) [略]

(サービス供給者の参加条件開発のため州機関および他の団体との協議)

第1863条 [略]

(サービス供給者が参加条件に合致するか否かの決定に州を活用)

第1864条 [略]

(認定の効果)

第1865条 [略]

(サービス供給者との協定)

第1866条 (a) (1) サービス供給者は、下の協定を長官に提出することにより、本節にもとづく参加の資格を与えられ、本節による支払いを受ける資格を与えられることとする。

(A) 本項(2)号に定める場合を除き、被保険者または他のいかなる者にも、本節により支払対象となる品目またはサービスについて、支払請求をしないこと。

(B) 被保険者または第三者から誤って徴収した金銭は、返却(またはその他の処置)をする適当な規定を作ること。

(2) (A) サービス供給者は、被保険者または第三者に次のものを請求することができる。(i) 第1813条(a)項の(1)号、(2)号、(4)号、第1833条(b)項、または第1861条(y)項(3)号により、当該の品目およびサービスについて課する控除額または共同保険料額(その供給者がその品目およびサービスについて慣行的に請求する額をこえてはならない)。(ii) B節により支払対象となる品目およびサービス、またはA節により支払対象となる病院の外来診察サービスについて、妥当な料金の20%に相当する額(その供給者がその品目およびサービスについて慣行的に請求する額の20%をこえてはならない)。

(B) サービス供給者が患者の要求に応じて、本節により支払対象となる品目またはサービス以上の高価な品目またはサービスを供給した場合、要求に応じて供給した品目またはサービスにつきその供給者が慣行的に請求する額と、本節により支払対象となる品目またはサービスにつきその供給者が慣行的に請求する額との差額を、そのサービス供給者は患者または第三者に請求することができる。

(C) [略]

(b) 項より (d) 項まで [略]

(健康保険給付顧問会)

第1867条 [略]

(全国医療審査委員会)

第1868条 [略]

(決定, 再審申立て)

第1869条 (a) 被保険者のA節またはB節による受給の適格性の決定, およびA節による給付額の決定は, 長官の定める省令にもとづき長官がおこなうこととする.

(b) A節またはB節による受給の適格性, またはA節による給付額につき, (a)項による決定に満足しない者は, その争いの額が100ドル以上の場合, 第205条(b)項の規定と同程度に長官による聴聞をうける権限を有し, その額が1000ドル以上にのぼる適格性または給付額の決定にかんする場合は, 第205条(g)項に定める聴聞後に長官がくだす最終決定を法廷審査にかける権限を有することとする.

(c) サービス供給者として認定しない旨の長官の決定, または第1866条(b)項(2)号に掲げる決定に満足しない施設または機関は, 第205条(b)項の規定と同程度に長官による聴聞(聴聞について妥当な告知と機会を与えられた後)を受ける権限を有し, 第205条(g)項に定める聴聞後に長官がくだす最終決定を法廷審査にかける権限を有することとする.

(被保険者のための支払超過)

第1870条 [略]

(省令)

第1871条 長官は本節により保険制度の管理を遂行するに必要な省令を定めなければならない. 「省令」という用語を本節で用いる場合, 長官の定める省令を意味する. ただし, 前後関係で別個の意味をもつときは, その限りでな

い.

(第2章の若干の条項の適用)

第1872条 [略]

(名称による団体の指名と公表)

第1873条 [略]

(管理)

第1874条 (a) 本節で別段の定めがある場合を除き、本節により設立する保険制度は、長官がこれを管理する。長官は本節による職務を直接に遂行し、もしくは前渡金契約により、弁済手段により、また長官が必要と認めれば、それらを割賦とすることにより、職務を遂行することができる。

(b) 長官は本節による職務の遂行に必要な特別の統計資料、保険数理情報、その他の情報を有償で入手するために、いかなる個人、機関、または施設とも契約することができる。

(調査および勧告)

第1875条 [略]

[以下略]

[付記] 法律の翻訳については、同志社大学法学部の安枝英諄助教授より貴重な助言を受けた。ここに記して謝意を表する。