



アメリカ医療の トリセツ

取扱説明書



渡米してすぐの方も、長年こちらに住んでいる方も、米国医療に関することになると「よくわからない」「もっと知りたい」と感じている方も多いのではないのでしょうか。そこで、ミシガン大学の家庭医学科の先生方に医療に関する様々なトピックについてまとめていただき、連載でご紹介します。

5.17.2021

Vol. 06

アメリカの健康保険(1) 日本の保険との違いと、保険の種類について

アメリカの健康保険は日本と違って保険会社の数もプランの種類も多いうえ、転職や転勤の直後にじっくり考えたり相談する時間がない中で選ばないといけなことも多く、よく理解しないままプランを選んでしまい、思わぬ出費につながることもよくあります。このシリーズでは、健康保険について3回にわたって説明したいと思います。

日本には3種類の健康保険しかなく、個人負担の割合は違いますが、何に保険がきくかの基準はすべて一緒です。また、日本では、保険がきく医療と、きかない医療を同時に行って患者さんから自費分を請求することは混合診療とみなされ、禁止されています。そのため医師などの医療従事者は、どの検査や薬が保険で支払われるかを把握しており、保険がきかない検査や治療がオーダーされて、それによる予測しなかった多額の請求などが来ることは、入院以外では稀です。

アメリカの健康保険は、政府による健康保険の他に多くの民間会社による健康保険がありますが、どの保険でも保険会社に請求がいき、支払われなかった分は患者さん本人に請求がいきます。つまり、アメリカではすべてが混合診療なのです。そのため、自分が入っている保険では何が支払われるかをよく理解しておかないと、思わぬ高額な請求書を受け取ることがあります。

政府の保険

政府の保険には、

- ・**メディケア** (Medicare)
- ・**メディケイド** (Medicaid)
- ・**トライケア** (Tricare) があります。

メディケアは、65歳以上、障がい者、および人工透析患者が受けられます。**メディケイド**は、世帯収入が低い人達が主ですが、妊婦や子供は世帯収入がそれほど低くなくても受けられることも多いです。**トライケア**は、アメリカ軍隊に現在または過去に属していた人たちの健康保険です。

政府の保険の支払い基準はあまり頻繁に変わらないので、医療従事者も多少把握していますが、民間の健康保険会社は数多くあり、それぞれの保険会社が様々なプランを用意しているため、医療者側がそれぞれの支払い基準を把握することは不可能です。また多くの場合、保険会社に電話すると、本人でないでと守秘義務があるため、医療従事者が支払いの有無を確認することは困難です。

自営業や、雇用者から健康保険が出ない場合は、自分で健康保険を探して選んで申し込みをしなければなりません。この場合は、Healthcare.gov のサイトから、いわゆるオバマケアによって自分に合ったプランを探すことができます。65歳以上の退職者や障がい者など、メディケアが受けられる人たちは、メディケアのウェブサイトから申し込みができます。所得が少ない、妊娠している、子供の健康保険がない、等の場合は、メディケイドが受けられる可能性があるため、ウェブサイトを見てもみる価値があります。雇用者経由で健康保険を得る場合、雇用者によっては、何種類かのプランから選べる場合もあります。雇用者経由の場合、雇用者が一部負担し、本人が給料の一部から負担する形をとり、健康保険料支払い部分には、所得税はかかりません。

政府の保険でも、民間の保険でも、プランを選ぶ場合には、よくわからないまま自己負担が少ないものを選ぶと、逆に困ることもあります。

民間の保険

民間の保険は大きく分けて二種類あります。

- ・**PPO** (Preferred Provider Organization) **プラン**
- ・**HMO** (Health Maintenance Organization) **プラン**

PPOプランでは、保険会社が契約しているネットワーク内の医師や病院は紹介がなくてもかかれます。ネットワーク外でも医療は受けられますが、自己負担分が多少高くなります。専門医も含めていき医師に直接受診できる、という利点があり、日本人からみると、日本のように専門医に直接予約をとれるので人気があります。しかし、保険料の自己負担分は、こちらのほうが高いことが多いです。また、プランによっては、全額のうちの一部を払うというプランもあり、2割、3割負担は、日本人からみるとあたりまえのこのように感じますが、アメリカの医療費は日本とは比べ物にならないほど高いので、その3割負担、となるとかなりの自己負担分が予想されます。

HMOプランは、かかりつけ医を決めることが義務付けられており、プランのネットワーク内のかかりつけ医を選ばなければいけません。専門医にかかるには、かかりつけ医からの紹介が必要で、ネットワーク内の専門医にしかかかれないことが多いです。利点としては、月々の保険料は、こちらのほうが低いことが多いです。専門医に直接かかれないことが不安で、このプランを避けがちな人も多いかもしれません。ただ、かかりつけ医が義務付けられていなくても、かかりつけ医は持っていることが望ましいので、プランを選ぶ前に、希望のかかりつけ医がネットワーク内であることがわかっていれば、月額額は低めで、どちらにしてもかかりつけ医に最初にかかるのであれば、悪くない選択であるとも考えられます。ただ、HMOプランを選んだ場合、希望のかかりつけ医がネットワーク外だと、希望の医師には自費で診察を受ける以外なくなるので、よく調べてから選ぶことが大切です。

保険プランの変更

もし「選んだプランがよくなかったから変えたい」という場合はどうしたらいいでしょうか。結婚、出産、転職、失職、新しい仕事に就いたなど、ライフ・イベントと呼ばれる変化が起こったことによって健康保険を変更する必要がある場合は、起こってから比較的すぐであれば、変更できます。生まれた赤ちゃんや結婚した後に配偶者を現在のプランに追加する、転職直後に新しいプランに加入する場合などがいい例です。保険の種類や会社によって、どのくらいすぐ決めないといけなかの期限は違います。もし、そのような変化がない場合は、オープン・エンロール期 (Open enrollment period) というのが毎年秋にあり、翌年1月からの健康保険の会社やプランを変更することができます。会社によってW、時期は多少異なりますが、10月から11月に、1週間程度の期間が設けられていることが多いです。オバマケアでは、数か月間変更が可能です。

「プランを変えたい」と思う理由の例

1. 比較的健康的なため、月々の保険料が安い、入院治療と予防的診療がカバーされるプランを選んだら、マンモグラフィーで異常を指摘されて、詳しい検査を受けることになり、とても高額な請求が来た。
2. 選んだプランでは、日本語が通じるかかりつけ医にかかれないので、プラン、または、保険会社を変更したい。
3. 選んだプランでは、不妊検査が払われませんが、同僚が使っているプランでは払われているようなので、そちらに変えたい。
4. 雇用者からは、旅行傷害保険を使うように言われたが、持病の管理、ワクチンや、癌検診は支払われないので健康保険に入りたい。
5. 現在の健康保険では、入院できる病院が限られており、勧められた病院には入院できなかった。

今回は、保険の種類を大きく分類し、いつ保険を変更できるのかについて説明しました。次回は、プランを選ぶにあたって理解しないといけな用語について説明したいと思います。