

# 現代アメリカの医療政策と公的医療保険制度

## —メディケアをめぐる政策的変容を事例に—

天野 拓

### 目 次

- 第一章 はじめに
- 第二章 メディケアの成立とその特質
  - (1) メディケアの成立
  - (2) メディケア政策の展開—1980年代まで
  - (3) メディケアの特質と役割
- 第三章 メディケア政策の変容—1990年代以降
  - (1) コンセンサスの時代
  - (2) 民主・共和両党の政策的変容
  - (3) メディケア見直しに向けた三つの流れ
- 第四章 財政均衡法
  - (1) 法律の成立
  - (2) 法律の内容
  - (3) 民営化の本格的な開始
- 第五章 メディケア処方薬改善近代化法
  - (1) 法律の成立
  - (2) 法律の内容
  - (3) 民営化のさらなる進展
- 第六章 メディケアと国民皆保険制度改革：「改革モデル」としての意義喪失
  - (1) 「改革モデル」としてのメディケア
  - (2) 「メディケア・フォー・オール」から「保険加入の義務付け」へ
  - (3) メディケアからメディケイドへ
- 第七章 おわりに
  - (1) 「プログラム」から「市場」へ
  - (2) 改革の帰結
  - (3) 改革の問題点

## 1 はじめに

2009年の一月二十日、民主党のバラク・オバマが、第四十四代アメリカ合衆国大統領に就任した。民主党政権としては、クリントン政権以来、八年ぶりとなる。オバマは、選挙戦中から、「変革 (change)」をスローガンとして前面に押し出し、アメリカ政治の刷新を訴えており、医療に関しても、国民皆保険制度の実現というきわめて大きな変革目標に取り組んでいる。現在（本論文の執筆時点）のところ、改革案の審議は、上下院本会議で可決されるなど、正念場に差し掛かりつつある。

20世紀以降のアメリカの医療政策の歴史は、一言で言えば、国民皆保険制度を導入しようとする試みの挫折の繰り返しであったといえる。したがって、未だその先行きは不透明ではあるが、もしオバマ政権の改革が成功すれば、まさに「歴史的な偉業」の実現となる。しかし、反面、次の点も否定できない。それは、たとえ改革が実現したとしても、民間保険を中心とするアメリカの医療保障制度の基本的な構造に、大きな変化はないという点だ。オバマ政権の改革案は、基本的に現行の民間保険制度に依拠するものであり、公的保険制度の拡張により、それを抜本的に変えようとするものではない。たしかに、下院法案のなかには、新たに公的保険プランを創設し、保険市場の競争を活性化するとの内容（「パブリック・オプション (public option)」）が盛り込まれていた。しかし、公的保険の拡張という点で、限定的なレベルにとどまっていることは否めず、しかも、共和党のみならず、一部の民主党議員からも慎重な意見が生じた結果、上院法案には盛り込まれずに終わった。最終案のなかにも、含まれない可能性が高い。

1980-90年代以降、民主、共和両党の掲げる医療政策、とりわけそのなかでの公的保険制度の位置付けには、大きな変化が生じた。一方の共和党は、1980-90年代以降、これまでになく保守的な性格を強め、政府や企業が大きな役割

を果たしている現行のアメリカの医療保障制度には抜本的な改革が必要との立場から、公的医療保障制度の民営化をおし進めるとともに、現行の民間保険制度を、さらに個人の自由と自己責任を立脚した「消費者主導医療（consumer-driven medicine）」モデルへと変革する姿勢を鮮明にしている。他方、民主党内でも、1980年代後半以降、公的保険制度の拡張や積極財政路線に対して慎重な姿勢をとり、むしろ民間保険制度や市場競争原理の活用、さらには財政均衡の実現に積極的な、党内穏健派が力を増している。すなわち、共和党だけでなく、民主党内でも、公的保険の拡充よりも既存の民間保険制度を重視する勢力が、台頭しているのである。オバマ政権の改革案が、基本的に民間保険制度に依拠したものである背景には、こうした政治的な要因が存在する。

なぜ、アメリカの医療保障制度は、公的保険制度ではなく民間保険制度を中心とした、他の先進諸国と比較しても、独特なシステムなのであろうか。この点については、なぜアメリカには国民皆保険制度が存在してこなかったのか、という問題とも絡めて、これまで、大きくは三つの要因が指摘されてきたと思われる。第一は、歴史的な発展の順序、いわゆる「経路依存性（path dependency）」に着目した議論であり、アメリカでは、ニューディール期に公的医療保険制度が導入されず、第二次世界大戦以降、まずもって民間保険制度が急速な発展を遂げたために、その後公的医療保険制度の導入が困難になったとする<sup>1</sup>。第二は、政治文化に着目した議論であり<sup>2</sup>、政府の介入を嫌い民間の活力を重視する、アメリカの個人主義的な文化的伝統が、公的な医療保険制度の発展を阻んできた、とする。第三は、利益団体の反対運動に着目した議論であ

---

<sup>1</sup> Jacobs S. Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*(Cambridge: Cambridge University Press), 2002

<sup>2</sup> 政治文化については、たとえば、James Morone, “American Political Culture and the Search for lessons from Abroad,” *Journal of Health Policy, Politics, and Law*, Spring, 1990.

り<sup>3</sup>、政府の介入を嫌うアメリカ医師会や民間保険団体などの反対によって、公的医療保険制度の導入が困難になったとする。以上三つの要因は、確かにどれも重要ではある。しかし同時に、1980-90年代以降の時期についてみた場合、民主、共和両党の医療政策に生じた変化—それは広くは両党のイデオロギー的な変化の一部である—も、ひとつの大きな要因といえよう。本論では、以上のような、民主、共和両党の医療政策に生じつつある大きな変化について、メディケアをめぐる政策的な変化を事例に、考察することを目的としている。アメリカにおける唯一の本格的な公的保険制度である同プログラムをめぐる政策的な変化は、両党の掲げる医療政策の中での公的医療保険の位置付けの変容を理解する上での、まさに象徴的な事例といえるためである。

メディケアは、1965年に民主党ジョンソン政権のもと、低所得者層を対象とする公的医療扶助制度であるメディケイドとともに新たに創設された、主に65歳以上の高齢者を対象とした公的医療保険制度である。それは、1960年代に最高潮を迎えたりベラリズムの象徴的な存在であり、民間保険中心のアメリカの医療保障制度における唯一の本格的な公的医療保険制度として、アメリカの高齢者医療において重要な役割を果たしてきた。しかしその後、1980年代から90年代にかけて、一方の共和党内では、保守派の政治的な影響力の急速な増大にともない、メディケア予算の大幅削減に加えて、プログラムをラディカルに民営化し、個人の自己責任原則を強化しようとする声が高まる。他方、民主党内でも、1980年代後半以降の穏健派の台頭にともない、財政均衡を重視する立場からメディケア予算を削減するとともに、民営化や市場競争原理の導入を積極的に推し進めようとする声が増す。すなわち、両党とも、公的保険制度としてのメディケアを抜本的に見直す姿勢、とりわけその民営化をおし進める姿勢を鮮明

---

<sup>3</sup> 利益団体の反対運動については、たとえば、Jill Quadagno, *One Nation, Uninsured: Why the U. S. Has No National Health Insurance* (New York: Oxford University Press), 2005.

にしたのである。これは、大きな政策的変化といえる。

また同時に、メディケアが、国民皆保険制度を導入するにあたっての「改革モデル」としての意義を失いつつある点も、重要である。少なくとも従来まで、民主党の間では、国民皆保険制度を実現するにあたっては、メディケアのような公的保険を大幅に拡張すべきである、との主張が支配的な位置を占めていた。メディケアをモデルとした公的保険を、高齢者のみならず全国民に拡張しようとする、「シングル・ペイヤー（single payer）・システム」、「メディケア・フォー・オール（Medicare for All）」といった改革案が、大きな力を持っていたのである。しかし、1980—90年代以降、リベラル派にかわり新たに穏健派が台頭するにつれて、こうしたアイディアは、民主党内でも急速にその力を失っていく。もちろん、民主党穏健派も、国民皆保険制度の導入自体は必要との立場をとる。しかし、それをメディケアのような公的保険の大幅な拡張ではなく、むしろ現行の民間保険制度に依拠したかたちで導入すべきである、と主張する点で、その改革への立場は、従来までのリベラル派とは明確に異なる。実際、先に述べたオバマ政権の国民皆保険制度の導入案も、民間保険に依拠するかたちでの、「保険加入の義務付け（individual mandate）」というアイディアに基づくものであった。

このように、とりわけ1990年代以降、民主、共和両党のメディケアをめぐる政策的立場は、大きく変化した。唯一の本格的な公的医療保険制度であるメディケアをめぐる、以上のような政策的変化は、まさに現代アメリカにおける医療政策の大きな変容、とりわけそのなかでの公的保険の位置付けの変化を、象徴的に示す事例として重要である。では、メディケアは、どのような特質や構造を有しており、民間保険を中心とするアメリカの医療保障制度のなかで、いかなる役割を果たしてきたのか。1990年代以降、民主・共和両党のメディケアをめぐる政策的立場はどのように変化し、その結果、具体的にいかなる見直しが実現したのか。また、それによって、メディケアの性格や役割にはどのよ

うな変化が生じたのか。さらに、国民皆保険制度改革をめぐる議論のなかでのメディケアの位置付けには、いかなる変化が生じたのか。本論では、以上の点に関して実証的な考察を行うとともに、それを通じて、現代アメリカの医療政策に生じている重要な変化、さらには、それが直面している政策課題について、浮き彫りにしたいと思う。

まず第二章では、メディケアの成立と、その後1980年代までの政策的な展開について概観し、公的保険制度であるメディケアが、アメリカの医療保障制度のなかでどのような特質と役割を有してきたのか、明らかにする。続く第三章では、1990年代以降の民主、共和両党のメディケア政策の変容について明らかにするとともに、その結果台頭したメディケアの見直しに向けた動きを、三つの流れにまとめる。さらに、第四章、第五章では、1990年代後半以降現実のものとなったメディケア改革について、1997年の財政均衡法と2003年のメディケア処方薬改善近代化法というふたつの法律を中心に考察する。そして第六章では、とりわけ民主党のなかで、メディケアが国民皆保険制度を導入するうえでの「改革モデル」としての意義を喪失していく点について明らかにする。そして最後に第七章では、一連の改革によって、メディケアの特質や役割にいかなる変化が生じつつあるのかという点を考察するとともに、改革の問題点について検討し、現代アメリカの医療政策が直面している課題について明らかにしたい。

## 2 メディケアの成立とその特質

### (1) メディケアの成立

現在にいたるまで、アメリカの医療保障制度において中心的な役割を果たしているのは、民間保険制度である。とりわけ、企業雇用者が民間保険と契約し多くの保険料を負担することによって、従業員に対して保険給付を提供するシステム—雇用者提供保険制度—が支配的な位置を占めてきた。すなわち、アメ

リカ人の多くは職場を通じて民間保険に加入しており、その数は現在約1億7,700万人、全国民の約六割にのぼる<sup>4</sup>。こうした企業雇用者が提供する民間保険制度の発展は、第二次世界大戦を契機とする。大戦中は、インフレ抑制のため労働者の賃金引上げが凍結される一方で、労働者に対する保険給付の提供は、こうした賃金統制から除外された。その結果、戦時の労働力不足を背景に、企業雇用者はフリンジ・ベネフィットとして、労働者に医療保険給付を提供し始める。また内国歳入庁は、保険料を課税対象から除外するなど、雇用者提供保険に対して税的優遇措置をとった。さらに、製造業などの主要な労働組合が、雇用者からの医療保険給付を労使交渉の主要な要求として掲げた。以上のような背景要因から、第二次世界大戦以降、企業雇用者が提供する民間保険は急速な発展を遂げたのである<sup>5</sup>。

もちろんアメリカにおいて、公的医療保険制度を導入しようとする試みが、存在してこなかったわけではない。1910年代には労働組合であるアメリカ労働立法協会（American Association for Labor Legislation）が、そして1940年代後半には民主党のトルーマン政権が、それぞれ公的保険制度の創設に依拠した国民皆保険制度を導入しようと試みた。しかし、それらはすべて、アメリカ医師会を中心とする勢力の激しい反対によって、失敗に終わった<sup>6</sup>。このような度重なる失敗の経験のなか、公的保険制度の導入を求める者たちは、戦略の抜本的

---

<sup>4</sup> U. S. Census of Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007* (Washington D. C.: U. S. Government Printing Office), p. 58.

<sup>5</sup> Laura A. Scofea, “The Development and Growth of Employer-Provided Health Insurance,” *Monthly Labor Review* (March), 1994; David Blumenthal, “Employer-Sponsored Health Insurance in the United States: Origins and Implications,” *New England Journal of Medicine*, July 6, 2006

<sup>6</sup> 詳しくは、拙著『現代アメリカの医療改革と政党政治』（ミネルヴァ書房、2009年）、第二章を参照。

な見直しを迫られる。国民全体をカバーする公的保険制度を一気に導入することは、必然的に、医師会などを中心とする勢力の激しい反対運動を引き起こさざるを得ない。したがって、公的保険の適用範囲を限定することによって、より広範な層に受け入れられ、支持されるような改革案を新たに打ち出す必要があった。そのなかで注目を集めたのが、高齢者のみを対象とする公的保険である。1935年に成立した老齢年金保険制度同様、65歳以上の高齢者に対してのみ、公的な医療保険を適用するプランが浮上したのである。これは、大きな戦略転換だった。実際に、1950年代以降、民主党や労働組合などのリベラル派勢力は、高齢者に対象を絞った公的保険制度の導入案を提出し始める<sup>7</sup>。しかし、その後も、アメリカ医師会の反対などにより、高齢者向け医療保険制度の導入は進まなかった。

こうした膠着状態を劇的に変えたのが、1964年選挙における民主党の地滑り的な勝利である。民主党の大統領候補であるジョンソンは、失業や貧困、機会の不平等などを根絶する「偉大な社会（Great Society）」の実現を公約し、大勝した。また議会選挙でも、上下院で三分の二を占めるという、圧倒的な勝利を取めた。その背景には、社会的弱者の救済や経済的格差の是正のためには政府が責任を持つべきであるとする、リベラリズムの大きな高揚が存在した。こうした政治的变化の結果、高齢者医療保険制度の実現は確実な情勢となり、最終的には、民主党、共和党、そしてアメリカ医師会での間の妥協により、その導入が決まった。新たに成立した公的医療保障制度は、次の三つの部分から構成されていた。第一の部分は、民主党が主張していた、社会保障法のもとの強制加入の病院保険プログラムである（メディケア・パートA）。財源としては、2.9%分の給与税があてられることになった。第二の部分は、共和党の主張に

---

<sup>7</sup> Theodore R. Marmor, *The Politics of Medicare, Second Edition* (Chicago: University of Chicago Press), 2000, p. 10.



沿ったかたちでの、医師の技術料を適用範囲とする、任意加入のプログラム（メディケア・パート B）である。こちらの財源には、保険料（25%）と政府の一般歳入（75%）があてられた。そして第三の部分が、医師会などが主張していた、州に対する連邦政府の補助金に基づく、貧困層に対する医療扶助制度である（メディケイド）<sup>8</sup>。

## (2) 1980年代までのメディケア政策

メディケア・メディケイドの成立により、リベラル派勢力は自信を深めた。それを足掛かりにして、公的医療保険制度を、さらに国民全体に広げていこうとしたのである<sup>9</sup>。「社会保険の支持者たちは、インクレメンタリズムが国民皆保険制度を実現する上での最善の戦略である、と確信していた。論理的に見て、メディケアが、最終的には国民皆保険制度に結実する最初の一步である、と主張したのである<sup>10</sup>。」「プログラムの主要な設計は、単に高齢者を対象とした医療に焦点を当てたものではなかった。メディケアは、すべてのアメリカ人を対象とした皆保険の実現に向けた、導管（Vessel）だったのである<sup>11</sup>。」その結果、

---

<sup>8</sup> Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine* (New York: Basic books), 1982, pp. 368-9; Colin Gordon, *Dead on Arrival: The Politics of Health Care in Twentieth-Century America* (Princeton & Oxford: Princeton University Press), 2003, pp. 26-8. ここでは、メディケアの給付内容などについての、詳細は述べない。詳しくは、拙著『現代アメリカの医療改革と政党政治』（ミネルヴァ書房、2009年）の第一章を参照されたい。

<sup>9</sup> Jaap Koopman, *And the Pursuit of National Health: The Incremental Strategy Toward National Health Insurance* (Amsterdam: Rodopi), 1999.

<sup>10</sup> Rick Mayes, *Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance* (Ann Arbor: The University of Michigan Press), 2004, pp. 81.

<sup>11</sup> Thomas R. Oliver and Philip R. Lee, “The Medicare Modernization Act: Evolution or Revolution in Social Insurance?” Leah Rogne et al eds., *Social Insurance and Social Justice: Social Security, Medicare, and The Campaign Against Entitlements* (New York: Springer Publishing Company), 2009, p. 64.

1970年代前半には、国民皆保険制度改革に向けた動きが、これまでになく盛り上がり、また現実味を帯びたものになる。一方の民主党は、エドワード・ケネディが、メディケアをモデルとした公的保険制度の拡張に依拠した、連邦政府が資金拠出・運営し、医療費の支払い権限を一元的に保有する国民皆保険の導入案を提出した。他方、ニクソン大統領も、企業雇用者提供保険制度の拡張に依拠した独自の改革案を提出した。しかし結局のところ、改革は進展しなかった。民主党や労働勢力全体の間でも、あくまでケネディ法案のような包括的な改革の実現に固執するか、それともより現実的な妥協を図るかという点に関して、意見の対立が存在したためである<sup>12</sup>。

メディケアの受給資格の拡張も、なかなか進まなかった。1972年の社会保障法の改正によって、新たに障害者や腎臓病患者に受給資格が付与されたが、それが唯一の本格的な拡張にとどまったのである。一方の障害者については、1956年に社会保障年金の給付が認められ、1960年にはそれがさらに拡張された。こうした流れのなか、障害者に対して医療保険給付も認めるべきである、との声が高まりをみせる。その結果、1972年の法改正によって、少なくとも二年間社会保障給付を受けている障害者に対しては、メディケアの受給資格が認められることになった。同時に、法改正のなかには、腎臓病患者への受給資格の拡大も盛り込まれていた。1960年代になり、腎臓病患者に対する透析治療が新たに発明されたが、その後議会には毎年のように、透析治療に対する連邦政府の支援拡大を求める法案が提出される。そして、最終的には1972年の法改正により、腎臓病患者に対しても、メディケアの受給資格が新たに認められることになったのである<sup>13</sup>。

---

<sup>12</sup> Mayes, *op. cit.*, pp. 92-3.

<sup>13</sup> Jonathan Oberlander, *The Political Life of Medicare* (Chicago: University of Chicago Press), 2003, pp. 42-3.

他方、1970—80年代になると、メディケア医療費の高騰が問題となり、その抑制が新たな問題として浮上した。1966年時点でのメディケア医療費は18億ドルであり、1970年時点でも77億ドルだった。しかしその後、1975年には164億ドル、1980年には375億ドル、1990年には1112億ドル、1993年には1542億ドルまで膨れ上がった。1967年から1993年までの年間平均高騰率は、14.1%にもなった<sup>14</sup>。経済成長が持続し、連邦財政に余裕がある間は、こうした医療費の高騰も、それほど深刻なものとしては認識されなかった。しかし、1970年代のスタグフレーションと、1980年代以降の連邦財政赤字の深刻化によって、状況は大きく変化した。メディケア医療費の高騰は、新たに対処すべき深刻な問題として浮上したのである。その結果、以下のような重要な改革が行われた。

第一は、病院の診療報酬制度改革である。具体的には、1983年の「疾病診断群／予見払い制度 (Diagnosed Related Group/Prospective Payment System: DRG/PPS)」の導入が、これにあたる。このシステムは、医療資源の必要性に基づき、疾病を多数のカテゴリーに分類するとともに、それぞれについてあらかじめ定められた額の医療費が支払うものだった<sup>15</sup>。具体的には、疾病は主たる診断群（コード）に分類され（DRG）、それぞれの疾病診断群に関して、「包括支払方式 (PPS)」のもと、実際にかかった額如何にかかわらず、一定の診療費が支払われることになった。他方、パート B のもとでの医師の診療報酬に関しても、1989年に重要な改革が行われた。新たに、「資源準拠相対評価指数 (Resource-Based Relative Value Scale)」のもとでの、「メディケア診療報酬表 (Medicare Fee Schedule)」の導入が決定されたのである。1992年から導入されたこの診療

---

<sup>14</sup> Margaret H. Davis and Sally T. Burner, “Three Decades of Medicare: What the Number Tell Us,” *Health Affairs*, 14(4), p. 240.

<sup>15</sup> Henry J. Aaron and Jenne M. Lambrew, *Reforming Medicare: Options, Tradeoffs, and Opportunities* (Washington D. C.: Brookings Institution Press), 2008, p. 19.

報酬の支払い方式は、医師の診療報酬を予測される費用に制限するものであり、以下の三つに依拠していた。第一は、診療行為ごとの医師の診療報酬を、(1)医師の仕事量(2)診療に要する費用(3)医療過誤保険費用、という3つの点数をベースに評価する、相対的な価値尺度 (relative value units) である。第二は、医療を提供するにあたっての、地域間の相違を反映した、地理的な調整である。第三は、全体的な支出があらかじめ定められた全国的なターゲットを充たすよう保障するための、変換係数 (conversion factor) である<sup>16</sup>。

その他、1980年代後半の医療保障制度改革としては、1988年に成立したメディケア破局保険給付法 (Medicare Catastrophic Coverage Act) が重要である。法律は、メディケアの給付内容を大幅に改善する、画期的なものだった。入院医療や高度熟練看護施設に対する保険給付が大幅に改善されるとともに、新たに外来処方薬給付が保障されることになったのである。しかし、法律には問題があった。新たな保険給付の拡張のために必要となる財源を、受給者である高齢者自身の負担増から、すなわち、メディケア・パートB保険料の引き上げや、富裕層に対する増税により捻出しようとするものだったのである。そのため法律は、一部の高齢者の激しい反発を招くことになる。実際、社会保障とメディケアを維持するための委員会 (Committee to Preserve Social Security and Medicare) などの戦闘的な高齢者団体だけでなく、アメリカ最大の高齢者団体であるアメリカ退職者協会 (American Association of Retired Persons) のメンバーからも、反発の声が噴出した。そして最終的には、こうした激しい反対のなか、1989年の11月には、法律は廃棄されてしまう<sup>17</sup>。

---

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>17</sup> Kant Patel and Mark E. Rushefsky, *Health Care Politics and Policy in America (Third Edition)*. (New York: M. E. Sharpe), 2006, pp. 50-51; Marilyn Moon, *Medicare: A Policy Primer* (Washington D. C: The Urban Institution Press), 2006, pp. 79-87.

### (3) メディケアの特質と役割

以上、その成立から1980年代にいたるまでの、メディケアをめぐる主な政策的展開について、概観してきた。では、メディケアは、どのような特質をもった保険制度として出発し、アメリカの医療保障制度のなかで、いかなる役割を果たしてきたのか。この点を理解するうえで重要なのは、以下の四点である。

第一に、メディケアは公的な医療保険（社会保険<sup>18</sup>）として、リスクをプールし分散する役割を果たしてきた。医療保険には、大きくは公的（社会）保険と民間保険のふたつが存在するが、多数の人間の間でリスクをプールし、それを分散する機能をもつ点では、一致している。しかし同時に、両者の間には根本的な相違が存在する。第一に、公的（社会）保険は一般的に、法律によって加入が義務付けられている（強制加入）が、民間保険の場合、基本的に、契約によって加入を自由に選択できるケースが一般的である。第二に、民間保険の保険料設定が「給付・反対給付均等の原則」によって行われるのに対して、公的（社会）保険では多くの場合「平均保険料方式」がとられている<sup>19</sup>。公的（社会）保険と民間保険との違いは明白である。基本的に営利の追求を目的とする民間保険とは異なり、公的（社会）保険は、豊かな人間も貧困層も、そして健康な人間も病気がちな人間も、一律に強制的に加入させることによって、起こりうる疾病や負傷のリスクに対処しようとする。すなわち公的（社会）保険とは、基本的に社会（共同体）的な目的の実現を志向するものであり、個人的な契約ではなく社会的な契約（social contract）を代表するもの、社会的な連帯性（solidarity）を重視するものなのである<sup>20</sup>。

<sup>18</sup> 「社会保険（social insurance）」の概念については、第六章で述べる。

<sup>19</sup> 広井良典「リスクと福祉社会」橋木俊詔他編『リスク学入門』（岩波書店）、2007年、119-120頁。

<sup>20</sup> Oberlander, *op. cit.* p. 77; Michael J. Graetz and Jerry L. Mashaw, *True Security: Rethinking American Social Insurance* (New Haven and London: Yale University Press),

第二に重要なのは、メディケアが公平性の原則のもとに、所得の再分配機能を果たしてきた点である。たしかに高齢者に限定されてはいるが、65歳以上の国民であればほぼすべての人間がメディケアに加入する一方、基本的に、給付パッケージの点で受給者が差別されることはない。少なくとも、1965年に成立したオリジナルなプランについては、そうだった。その結果、メディケアは、所得の再分配という点で重要な役割を果たしてきた<sup>21</sup>。給付パッケージがほぼ同一である一方で、就労期間中に高い賃金を受け取ってきた富裕な受給者は、プログラムに対してより多くの資金を拠出するためである。メディケアの給与税は、一律2.9%と定められており、その拠出額には上限が存在しない。したがって、基本的に高い給料をもらっている労働者は、より多くの給与税を負担することになる。さらに、パートBの場合も、その医療費の四分の三は、一般歳入から支払われており、そこでも高所得者がより多くの資金を負担する傾向にある。このようにメディケアのもとでは、給付内容が同じである一方で、拠出金の負担額は高所得者層のほうが大きい。そのため、所得の再分配機能は大きい。

第三に重要な点としては、受給者の医療を受ける権利が、公的に保障されてきた点がある。すなわち、メディケアにおいては、受給者の権利保障にあたって、政府が重要な役割を果たしてきた。医療政策をめぐるリベラリズムの基本的な理念は、医療はすべての人間の平等な権利であり、それは政府による公的な保

---

1999; John Geyman, *Shredding the Social Contract: The Privatization of Medicare* (Monroe, Maine: Common Courage Press), 2006; Theodore R. Marmor and Jerry L. Mashaw, "Understanding Social Insurance: Fairness, Affordability, and the 'Modernization' of Social Security and Medicare," *Health Affairs*, march 21, 2006..

<sup>21</sup> Mariyn Moon and Janemarie Mulvey, *Entitlements and the Elderly: Protecting Promises, Recognizing Realities* (Washington D. C.: Urban Institute Press), 1999, pp. 88-9; Marilyn Moon, "The Future of Medicare as an Entitlement Program," *Elder Law Journal*, 12(2004), pp. 228-9.

険制度のもとで保障される、とみなす点にあるが<sup>22</sup>、まさにメディケアはこうした理念に依拠したプログラムだったのである。実際、パートAとパートBを創設した際の法的な規定によれば、メディケアの受給資格を有するいかなる人間も、プログラムに参加しているアメリカ国内の医師、その他の医療供給者、病院などの医療施設を受診する権利を法的に有する。また、すべての有資格者には、メディケアによってカバーされている医療サービスや供給品を、受給する権利が認められている。受給権を否定されたり、特定のサービスに対する保険給付を拒絶された場合には、異議申し立てのための手段が認められており、それを行行使することができる。あるいは、司法審査（judicial review）に訴えることができる<sup>23</sup>。

メディケアの特質として、最後に指摘しなければならないのは、シングル・ペイヤー・システムを採用している点である。このシステムのもとでは、医療費は政府（公的、または準公的な基金）を通じて、税金または保険料のかたちで徴収される。そして、政府が、医師や病院といった医療供給者にたいして、診療報酬などの医療費の支払いを行う。オリジナルなメディケアは、まさにこのシングル・ペイヤー・システムに依拠していた。政府が給与税（パートA）や保険料（パートB）というかたちで、プログラムの財源を徴収し、医師や病院に対して診療報酬を支払うシステムだからである。また、メディケアにおける医療費の支払いシステムに関して重要なのは、1980年代以降、公的な価格統制が進んできた点である。すでに述べたように、1983年に病院についてはDRG/PPS、1989年に医師についてはRBRVSの導入がそれぞれ決定され、医療

---

<sup>22</sup> Thomas Bodeheimer, "The Political Divide in Health Care: A Liberal Perspective," *Health Affairs*, November, 2005.

<sup>23</sup> Timothy Stolzhus Jost, "The Most Important Health Care Legislation of the Millennium (So Far): The Medicare Modernization Act," *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, vol. 1, 2005, pp. 437-8.

サービス価格に対する公的な規制が強化されたのである。こうした公的な価格統制は、1970年代以降、医療費抑制の必要性が増すにつれて、他の先進諸国でもほぼ共通して用いられてきた手法であり、この点で、1980年代以降、アメリカのメディケア政策は「国際基準 (international standard)」へと近づいたといえる<sup>24</sup>。

### 3 メディケア政策の変容—1990年代以降

#### (1) コンセンサスの時代<sup>25</sup>

前章では、1980年代までのメディケア政策の展開について概観してきた。では、この時期までの政策過程は、どのような特徴を有していたのだろうか。1965年のメディケアの成立までは、共和党やアメリカ医師会が反対に回ったことから、政策過程では激しい政治的な対立が繰り返された。しかし、いったんメディケアが成立すると、激しい対立は鳴りを潜める。たとえば、オーバーランダーは、1966年から1994年までのメディケアをめぐる政策過程を、基本的にはコンセンサスに特徴づけられたものとして、位置づけている。1965年の成立以降、「メディケアはアメリカ人の政治生活の中で愛すべき制度となった。アメリカの福祉国家において認められるべき数少ない成功例のひとつとして、大衆の間で広範な人気を得ることになった<sup>26</sup>」。その結果、いったんメディケアが運営され始めると、成立までの激しい論争は姿を消した。導入時には反対していた共和党も、プログラムを積極的に支持しないまでもその人気に迎合し、メディケアに敵対的とみられることを回避しようとしたのである。また、この

---

<sup>24</sup> Oberlander, *op. cit.*, pp. 133-4.

<sup>25</sup> この節の内容に関しては、*Ibid.*, pp. 4-7.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 5.



時期の共和党側には、メディケアの見直しを図る上での、具体的な代替案（アイデア）が存在してはしていなかった点も大きかった。

その結果、第一に、メディケアをめぐる政策決定は超党派的な性格を帯びたものとなった。成立以降、メディケアにはいくつかの重要な改革が行われたが、民主党も共和党も、改革の方向性に関しては基本的に合意した。第二に、超党派的な合意を背景に、政策決定をめぐり大規模な論争が生じることはなかった。換言すれば、メディケアが、広範な政治的対立を引き起こすことはほとんどなかったのである。第三に、これが最も重要な点であるが、プログラムの基本的な理念や構造をめぐり、政治的な論争が生じることはなかった。メディケアを、普遍的（universal）かつ連邦政府が運営する、そしてシングル・ペイヤー・システムに依拠した公的な医療保険プログラムとして維持することについては、事実上のコンセンサスが存在してきたのである。

もちろん、メディケアをめぐる政治的なコンセンサスは、完全なものではなかった。たとえば、民主党と共和党との間には、高騰するメディケア医療費を誰が負担すべきかといった問題については、意見の不一致が存在した。一般的にみて、共和党が受給者により重いコスト負担を求める傾向にあるのに対して、民主党は、まずもって医師と病院に対する診療報酬額の削減を重視する傾向にあった。また、いくつかのケースでは、メディケアが政治的論争を引き起こすこともあった。第二章でみたように、1988年に成立した破局的医療保険法は、受給者の自己負担増により財源を捻出するものだったため、高齢者の激しい反発を招き、翌年には廃棄された。

しかし、以上のような民主党と共和党との間の意見の違い（あるいは利益団体の反対）も、基本的には超党派的なコンセンサスの枠内にとどまっていた。先述したように、メディケアを、連邦政府が運営する普遍的な公的（社会）保険プログラムとして維持するという点については、基本的な合意が存在したのである。1980年代の病院や医師の診療報酬改革なども、きわめて重要な改革で

あるにもかかわらず、ほとんど激しい論争もないまま、またそれほど公的な関心を集めることもなく、実現した。1990年代以降顕在化していくことになる、公的（社会）保険としてのメディケアの性格を見直し、その民営化やそれへの市場競争原理の導入を求める動きは、この時期には、ほとんどみられなかったのである。1980年に「小さな政府」を唱えて当選したレーガンでさえ、メディケアの大規模な改革には及び腰だった。

## (2) 両党の政策的変容

しかし、とりわけ1990年代以降、メディケアをめぐる政治的環境は大きく変化した。民主、共和両党の掲げるメディケア政策に、重要な変化が生じたためである。その背景に、既に述べたような、メディケア医療費の高騰と財政状況の逼迫という要因が存在したことは、言うまでもない。しかし、同時に重要なのは、政党政治の変容、すなわち、共和党内保守派、民主党内穏健派、それぞれの政治的な影響力の拡大にともない、両党に生じた政策的な変化である。

かつての共和党は、北部を主要な地盤とし、中道派が多数を占める政党だった。しかし1960年代以降、党内では徐々に保守派勢力が台頭し、それは1980年代以降顕著なものとなる<sup>27</sup>。1980年の大統領選挙におけるレーガンの勝利はその象徴的事件であり、その後も1994年には40年ぶりに上下院で多数を獲得するなど、党内保守派は政治的な影響力を拡大していった。その理由の第一は、南部における政治変動である。1960年代以降、伝統的に民主党の堅い地盤であった保守的な南部において、共和党はその勢力を拡張させた。公民権問題などをめぐる民主党のリベラルな姿勢に対して、南部の保守的な有権者が反発するな

---

<sup>27</sup> たとえば、Paul Pierson and Theda Skocpol eds., *The Transformation of American Politics: Activist Government and the Rise of Conservatism* (Princeton and Oxford: Princeton University Press), 2007.

か、共和党内の保守派はこうした層に訴えかけることによって、支持の拡大を図ったのである<sup>28</sup>。第二は、利益団体政治の変容である。1960-70年代以降、宗教右派団体、反中絶（プロ・ライフ）派団体、中小企業団体、反増税団体などが政治活動を活発化させるとともに、保守派議員を中心に、共和党との連携関係を強化するようになった。また、保守系のシンクタンクも次々と創設され、共和党の政策に影響を及ぼすようになる。これらイデオロギー色が強く、また政党と一体化する傾向の強い団体が新たに興隆した結果、共和党内では保守派が、新たに政治的影響力を拡大したのである<sup>29</sup>。

保守派の台頭は、共和党の掲げる医療政策にも、大きな影響を及ぼした。従来までの共和党は、民主党が推し進める公的保険の拡張や公的規制の強化に慎重な姿勢をとる一方で、それに対する明確な代替案（オルタナティブ）を提示することなく、またメディケア・メディケイドについても成立以降はそれを容認するなど、妥協的な姿勢をとってきた。しかし、保守派の台頭にともない、その政策は、これまでの現状維持的な立場から脱却し、新たに個人の自由と自己責任を重視するアプローチのもとに、既存の医療保障制度の積極的な改革を求める方向へと変化する。現在のアメリカの医療保障制度のもとでは、保険の選択・提供や医療費の拠出・管理の点で、政府や企業が大きな役割を果たしている。政府はメディケアとメディケイドという、二つのプログラムを運営しており、企業（雇用者）は、民間保険会社と契約し、保険料の多くを負担することによって、従業員に保険給付を提供している。しかし、こうしたシステムのもとでは、個人の自由な保険選択が制限され市場競争原理が機能しないほか、加入者が直接医療費を拠出・認知する機会が乏しいため、コスト意識が働きに

---

<sup>28</sup> Earl Black and Merle Black, *The Rise of Southern Republicans* (Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press), 2002.

<sup>29</sup> 久保文明「近年の米共和党の保守化をめぐって：支持団体の連合との関係で」『法学研究』第75巻第1号、2002年。

くい。以上の問題点に対処するために、現在の共和党は、政府や企業よりもむしろ、個人の自由と自己責任に依拠した「消費者主導医療 (consumer-driven health care)」の実現を図ろうとしているのである<sup>30</sup>。

メディケアをめぐる政策的立場も、大きく変化した。従来までの共和党は、メディケアをリベラルな公的（社会）保険として維持するという点について、表立って異議をさしはさむことはなかった。また、それを見直すに当たっての、具体的な代替案も持ち合わせてはなかった。しかし、1990年代後半以降、共和党は、メディケアを抜本的に見直す方向へと、その政策を大きく変化させる。それが、「消費者主導医療」の原則に明確に反する存在なためである。メディケア受給者は、プログラムに参加している病院や医師のなかから、受診する医療供給者を選択することはできるが、利用可能なサービス内容、価格、そして供給者に対する診療報酬などは、連邦政府によって決定されている。コストの抑制も、主にサービス価格に対する公的な規制によって行われている。こうしたシステムを変革し、受給者がより多くの選択肢を持てるようにプログラムを抜本的に改革し、市場競争を促進することによってコストの抑制を図らなければならない。そのためには、メディケアのラディカルな民営化を図り、受給者が民間保険プランを自由に選択できるようにするとともに、保険市場の競争を促進しなければならない。さらに必要なのは、受給者側へのコスト・シェアリングを促進する一方、保険給付レベルの制限を図ることである。個人の医療費負担を増額することによって、患者や消費者側に適正なコスト意識が醸成され、医療費の抑制が可能となるからである。たとえば、受給者に対して、定額のバウチャーや後述する医療貯蓄口座（後述）開設といった選択肢を提供し、個人

---

<sup>30</sup> Timothy Stoltzfus Jost, *Health Care at Risk: A Critique of the Consumer-Driven Movement* (Durham and London: Duke University Press), 2007; Thomas Bodenheimer, "Right-Wing Health Agenda," *Journal of Public Health Policy*, 20(3), 1998.

の自由と自己責任のもとに、数々の民間保険プランから加入を選択できるようにしなければならない。

しかしながら、変化したのは、共和党側の政策だけではない。民主党内でも、1980-90年代以降、リベラル派にかわり穏健派が台頭するにつれて、公的保険制度としてのメディケアの見直しを求める声が、新たに高まりを見せる。1964年の選挙では圧勝し、メディケアの導入に成功した民主党ではあるが、1970-80年代以降になると、大統領選挙で敗北を重ねるなど、その党勢には明らかな陰りがみえはじめた。こうしたなか、党内では、民主党の政策がリベラル左派の急進的な立場に偏りすぎており、中道で穏健的な有権者の平均的な生活感覚からあまりに遊離してしまっているのではないか、という反省が生じ始めた。そして、そうした反省のなかから、党内では、新たに穏健派勢力が台頭する。1981年に設立された保守民主党フォーラム（Conservative Democratic Forum）（その後1994年には、ブルードッグ・コアリション（Blue Dog Coalition）と名称を変える）や、1985年に成立した民主党指導者評議会（Democratic Leadership Council）が、これにあたる<sup>31</sup>。

重要なのは、こうした穏健派の台頭が、民主党の医療保障制度改革をめぐる政策的立場にも大きな影響を及ぼした点である。従来までの民主党は、リベラル派を中心に、公的医療保障制度や公的な規制など政府の役割の大幅な拡張を打ち出し、民間保険の縮小・廃棄を主張してきた。しかし1980年代以降台頭してきた穏健派は、従来までのリベラル派とは異なり、現行の民間保険を重視する政策を掲げている<sup>32</sup>。とりわけ重要視するのは、現在の医療保障制度の中で

---

<sup>31</sup> 久保文明「米国民民主党の変容：『ニュー・デモクラット・ネットワーク』を中心に」『選挙研究』十七号、二〇〇二年。

<sup>32</sup> David B. Kendall, "Fixing America's Health Care System: A Progressive Plan to Cover Everyone and Restrain Costs," PPI, *Policy Report*, September, 2005.

中心的な位置を占めている、企業雇用者が提供している民間保険である。さらに、それを拡張するにあたって、税額控除の提供などの政策的手法を重視する点も、その政策的特徴といえる。くわえて、同派は、医療費を抑制し、国民に対して質の高い医療サービスを提供するためには、「選択と競争」の促進、すなわち、加入可能な保険プラン選択肢の拡大と市場競争の促進が、必要であるとの立場をとる。

そのメディケアをめぐる政策的立場にも、大きな変化が生じた。第一に、穏健派は、メディケアの財政均衡を重視する立場から、その予算削減を容認する立場をとる。すなわち、従来までのリベラル派が主張してきたような、「大きな政府」、「高福祉・高負担」に批判的な立場から、財政赤字の増大につながりかねないような積極財政には慎重であり、メディケアについても財政的に責任あるかたちで運営する必要性を強調する。第二に、メディケアの民営化やそれへの市場競争原理の導入を積極的に支持する。実際、1990年代以降、民主党内には、メディケアを改革するにあたり、「管理された競争 (managed competition)」(後述) のアイデアを重視する声が急速に広まる。これは、たとえば連邦公務員医療保険プログラム (Federal Employee Health Benefits Program ;FEHBP) のようなかたちで、メディケアの民営化を進めるとともに、保険プラン間の市場競争の促進を図ろうとするものである。この FEHBP は、公務員を対象とする医療保険制度であり、そこでは多くの民間保険プランが参入し、加入者を競い合うシステムが採用されていた。民主党穏健派は、こうしたシステムに依拠するかたちでのメディケアの改革によって、コストの抑制や給付内容の充実を図ることが可能になる、と主張したのである<sup>33</sup>。さらに第三に、穏健派は、国民

---

<sup>33</sup> 「FEHBP アプローチは、コスト削減圧力を生み出す一方で、メディケア受給者に利用可能な医療保険プランの範囲を拡大するものであり、コストの高騰と給付内容の不適切性という二重の懸念に同時に対処する、たったひとつの方法といえる。」“Idea of

皆保険制度を導入するにあたっては、メディケアのような公的医療保険の大幅な拡張ではなく、既存の民間保険中心の制度に依拠する傾向にある。この点については、第六章でくわしく述べることにしたい。

### (3) メディケアの見直しへ：三つの流れ

以上のように、民主、共和両党のメディケアをめぐる政策的立場が大きく変化した結果、1990年代以降になると、メディケアの見直しに向けた動きが本格的に台頭する。それは、互いに重なり合っているが、大きくは以下の三つにまとめることができる。

第一は、民営化である。これは、メディケア受給者の民間保険プラン、とりわけマネジドケアへの加入促進を通じて、医療費の抑制と医療の質の向上を図ろうとするものである。マネジドケアとは、医師（病院）へのアクセスの制限、定額の人頭払い制度、保険者の審査機能の強化などによって、医療費の抑制を図ろうとする民間保険であり、1980年代半ば以降、医療費の高騰にあえぐ企業雇用者の間での強い支持を背景に、急速に発展した<sup>34</sup>。重要なのは、こうした民間保険市場の「マネジドケア化」の急速な進展により、1990年代半ばまでに、アメリカの医療保険市場において「マネジドケア型の保険」でないのは、ほぼメディケア（そしてメディケイド）だけという状況になった点である。他の先進諸国では、政府による公的な医療保険制度が中核的な位置を占め、民間保険は一部富裕層に対してのみ限定的に存在するのが一般的である。しかし、アメリカにおけるメディケアと民間保険市場との関係性は、これとはまったく異な

---

the Week: Modeling Medicare on the Federal Employees Health Plan,” *DLC, New Dem Daily*, January 15, 1999.

<sup>34</sup> マネジドケアとその歴史的な発展プロセスについては、拙著『現代アメリカの医療政策と専門家集団』（慶應義塾大学出版会、2006年）を参照。

る。後者のほうがはるかに大きな役割を果たすとともに、加入者数も多い。それ故、民間保険市場におけるマネジドケアの発展は、メディケアにも大きなプレッシャーを及ぼし、その導入によってプログラムの民営化を推し進めようとの声が高まったのである<sup>35</sup>。

この民営化の促進とも密接に関係するが、1990年代後半以降のメディケア見直しの動きとして第二に重要なのは、市場競争原理の導入である。これは、従来までの出来高払いプランと、新たに参入する民間保険プランとの間（あるいは医療供給者の間）の市場競争を促すことを通じて、より低いコストのもとにクオリティの高い医療サービスを実現することを目的とするものである。なかでも、市場競争の促進にあたって大きな影響力を持ったのは、経済学者のアラン・エンソーベンによって提唱された、「管理された競争 (managed competition)」というアイデアだった。1970年代後半に提示されたこのアイデアは、マネジドケアなど多数の保険プランが、加入者獲得のために、価格やクオリティに関して互いに競い合うというものであり、医療保険市場に内在する問題点に対処しつつ、市場競争原理を導入しようとするものだった<sup>36</sup>。

さらに、「管理された競争」の延長線上で発展を遂げ、メディケアに市場競争原理を導入するにあたっての改革案として注目を集めているのが、プレミアム・サポート・プランである<sup>37</sup>。これは、①メディケアに参入する民間保険プランは、受給者に対して基本的な保険給付内容を保障するにあたって、自らが希望する入札価格を提示する②保険プランに対する連邦政府からの支払い額は、この入札価格を反映したものとなる。一般的には、その額は、様々なプランが

---

<sup>35</sup> Oberlander, *op. cit.*, pp. 168-171.

<sup>36</sup> Alain C. Enthoven, "The History and Principles of Managed Competition," *Health Affairs*, Supplement, 1993.

<sup>37</sup> Jonathan Oberlander, "Is Premium Support Right Medicine for Medicare," *Health Affairs*, 19(5), 2000.



提出した入札価格の平均値として設定される③もし受給者が加入を選択するプランの価格が、入札平均価格を下回った場合、受給者の保険料は引き下げられる。他方で、それより高い保険プランを選択した場合、受給者はその分高い保険料を負担しなければならない④伝統的な出来高払い型プランは、同一の条件のもとに、価格面を含め、民間保険プランと受給者の獲得を競い合う、といった特徴を持つ。

さらに、民営化、市場競争原理の導入とならんで、1990年代後半以降台頭した、メディケア見直しに向けた第三の流れとしては、個人の自由と自己責任の重視を指摘できる。これは一言でいえば、医療保険の選択・購買や医療費の拠出・管理にあたって、個人の自由と自己責任を重視するものである。すでに述べたように、こうしたアプローチは、「消費者主導医療（consumer-driven medicare）」と呼ばれるが、その主唱者たちが、現在最も強く推進しようとしているのが、メディケアに対する医療貯蓄口座の導入である。これは、医療費を支払うための口座であり、原則としてそれへの預け入れも引出しも非課税とされる。口座開設のためには、高免責額の民間保険プランに加入しなければならないが、免責額までの医療費をこの口座から支払うことができる。自己負担分（免責額）が大きく、また個人が自らの医療費を自由と自己責任のもとに管理しなければならないため、コスト意識が高まり、医療費の抑制に効果的であるとされる。1990年代以降、こうした口座の導入によって、高齢者自らが医療費の支払いに責任を持つよう促すことを通じて、メディケアを「消費者主導医療」モデルへと変革しようとする動きが、新たに台頭したのである<sup>38</sup>。

---

<sup>38</sup> Deborah J. Chollet, "Individualizing Medicare," *Medicare Brief*, National Academy of Social Science, no. 3, May 1999.

## 4 財政均衡法

以上のような、メディケア見直しの動きは、1990年代後半以降具体的な改革として実現をみた。1997年の財政均衡法と、2003年のメディケア処方薬改善近代化法の二つが、これにあたる。このうち、まず財政均衡法から、みることにしよう。

### (1) 法律の成立<sup>39</sup>

財政均衡法（Balanced Budget Act）は、1997年、民主党と共和党との超党派的な合意のもとに成立した、今後十年の間に連邦財政赤字を削減し、均衡予算を実現することを目的とした法律である。重要なのは、同法のなかに、大規模なメディケア改革が盛り込まれていた点である。

財政均衡法成立の契機になったのは、共和党多数議会の成立だった。1994年に行われた中間選挙で、共和党は40年ぶりに上下院で多数を獲得するという、歴史的勝利をおさめた。同党は、中間選挙を前に政策公約である『アメリカとの契約（Contract with America）』を発表していたが、そのなかには、連邦財政赤字を削減し、2002年までに財政均衡を達成するとの内容が盛り込まれていた。しかし、こうした財政均衡を実現するためには、肥大化したメディケア財政の改革に着手しなければならないことは明白だった。まさに、1994年中間選挙とそれによる共和党多数議会の成立が、メディケア改革への道を開いたのである。共和党側は、1995年の9月、独自のメディケア改革案を提出した。それは、2002年までにメディケア予算を2,700億ドル削減する大胆なものであり、そのなかには受給者負担の引き上げや医師・病院に対する診療報酬の抑制とともに、メディケアの民営化の促進—受給者のマネジドケアへの加入促進—が盛り込ま

---

<sup>39</sup> 詳しくは、拙著『現代アメリカの医療改革と政党政治』（ミネルヴァ書房、2009年）、205-219頁。

れていた。共和党のビル・トマスは、メディケアはもはや「恐竜」のような存在であり、民営化により抜本的な改革を行う必要があると主張したが、それは多くの共和党議員の主張を代弁するものだった。しかし民主党側は、その予算削減額の大きさや高齢者の負担増に強く反発し、法案は両院を通過したものの、12月6日のクリントン大統領の拒否権発動により、不成立に終わった。そして、その後も激しい党派的対立のもと、95年度中はおろか96年にも、メディケア改革は進展しなかった。

しかし、両党間の対立にのみ、目を奪われるべきではない。重要なのは、クリントン政権や民主党の多くも、党内穏健派を中心に、メディケア予算の削減やプログラムの民営化（それによる受給者の選択肢の拡大）自体には賛同しており、その規模や性格を問題にしていただけだった点である。実際、クリントン政権側の対案も、予算の削減や民営化をその内容に含むものだった。まさに、民主党のメディケア政策も、大きく変化したのである。その結果、1997年に入ると、両党間の対立は沈静化する。民主党側が強く反発していた予算削減額などの点で、共和党側が歩み寄る姿勢を示したためである。また、この時期になると、連邦予算削減の必要性はこれまで以上に切迫したものとなり、党派を超えてメディケア改革を進めるべきである、との認識が広がった点も、大きかった。その結果、八月五日、大統領の署名により、最終的に財政均衡法は成立をみた<sup>40</sup>。

## (2) 法律の内容

では、法律の内容について、詳しくみてみよう。財政均衡法に盛り込まれたメディケア改革として、最も重要なのは、メディケア・パートC－メディケア

---

<sup>40</sup> たとえば、拙稿「現代アメリカにおける高齢者医療保険改革：メディケア・マネジドケアの促進と利益団体政治の変容」『法学政治学論究』第六十一号、2004年。

＋チョイスーの創設と、それにもなうメディケアに参入可能な民間保険プランの拡大である。従来までの法律では、メディケアに参入できる民間保険プランは、健康維持組織（Health Maintenance Organization:HMO）に限定されていた。これは、最も原型的なマネジドケア型プランであり、その主な特徴は、加入者が、民間保険者がネットワークを結んだ医療供給者（医師や病院）しか、アクセスできない点にあった。新たに創設されたこのパートCは、このHMOにくわえて、1999年度から、様々なタイプの民間保険プランに対して、人頭払い制度のもとに、メディケアに参入することを認めるものだった。新たに参入が認められた民間保険プランは、以下の四つである<sup>41</sup>。

第一は、選別供給者組織（Preferred Provider Organization: PPO）である。HMOの場合は、契約を結んだ供給者ネットワークしか利用できないのに対して、PPOの場合はそれ以外の医師や病院も受診できる。ただし、その際のコスト・シェアリングは、プランが契約を結んだネットワーク内の供給者を受診するケースよりも、高いものとなる。第二は、供給者運営組織（Provider Sponsored Organization）である。これは、医療供給者が自ら資金を拠出し、創設・運営する保険プランであり、医師や病院自らが保険者として、メディケアと直接契約する保険プランをさす。第三は、民間の出来高払いプラン（Private Fee-for-Service Plan; PFS）である。このプランは、マネジドケアとは異なり、全ての医療供給者のサービスをカバーするとともに、医師に対して出来高払いのもとに診療報酬を支払う。すなわち、マネジドケアのような、医療サービス利用に対する保険者の審査は存在せず、供給者側が財政的なリスクを共有することもない。

そして第四が、医療貯蓄口座と対になった高免責額の民間保険プランである。民営化の促進に関しては、民主、共和両党の間には概ねコンセンサスが存在し

---

<sup>41</sup> Patel and Rushefsky, *op. cit.*, pp. 146-7.

たが、この医療貯蓄口座の導入をめぐるのは、両党の間で激しい対立が繰り返された。一方の共和党は、メディケア受給者も、医療貯蓄口座、そしてそれと対になった高免責額の民間保険プランを選択できるシステムを導入し、コスト意識をもって医療費を管理すべきである、そうすれば、メディケア医療費をより効果的に抑制できるだろうと主張し、口座のメディケアへの導入を強く主張した。しかし民主党側は、それは健康で豊かな人間のみをひきつけるものであり、メディケアのリスク・プールを危機に陥れるものである、と批判した。その結果、審議は難航し、最終的には、両党の妥協のもとに、口座開設者の上限を39万人とすることで、合意が成立した。加えて、保険者は、医療貯蓄口座と伝統的なメディケア・プランとの比較情報を十全なかたちで公開すること、高齢者は、もしいったん口座の開設を選択し、その後気に入らなかつた場合、45日の間であればそれからの離脱が認められること、などの内容が盛り込まれた<sup>42</sup>。

### (3) 民営化の本格的開始

以上のような、財政均衡法による改革は、メディケアを大きく変化させるものだった。最も重要なのは、改革が新たに多くの民間保険プランに対して門戸を開放することによって、メディケアの民営化を本格的に開始するものだった点である。法律によって、すでに述べたように、HMOだけでなく、他のさまざまなタイプのマネジドケアに対しても、メディケアとの契約が認められることになったのである。それは同時に、メディケアに対する市場競争原理の本格的な導入を意味していた。さらに、実験的ではあるが、メディケア受給者に対して、はじめて医療貯蓄口座の開設が認められることになり、消費者主導医療の促進も開始されることになった。その背景要因としては、既にみた通り、共和党のみならず、民主党のなかからも、民営化や市場競争の促進を求める声が

---

<sup>42</sup> *Congressional Quarterly Almanac 1997.*

高まりをみせた点を指摘できる。この点について、バーは次のように述べている。

議会の多くのメンバーは、メディケア HMO プログラムを改正し、受給者に対してより広範なタイプのマネジドケアに加入できる選択肢を認めるよう求めた。医療システム全体のマネジドケアへのシフトは、HMO から始まった。しかし、1990年代に入ると、HMO のみならず、他の種類のマネジドケア型の財政・供給システムが増加していった。(中略) 議会の多くのメンバーにとって、HMO は過度に官僚制的であり、また患者への選択肢も不必要に限定された医療保険である、と映った。市場の力によってこそ、医療供給体制の効率性が改善されるという信念が広範に共有された結果、より政府によって規制されていない広範な種類のマネジドケアへ加入する選択肢へと、メディケアの門戸を開放していくべきである、との提案が台頭したのである。提案は、メディケア受給者に対して、メディケアによってカバーされてきたサービス内容を保障する一方で、HMO だけでなく、市場に依拠したより多くの選択肢を認めるものだった。それゆえ、この新たなプログラムは、メディケア+チョイスと名づけられたのである<sup>43</sup>。

このようにして、民営化、そして市場競争原理の導入は、本格的に開始されることになった。リン・エスレッジは、97年の改革は、メディケアを連邦公務員医療保険プログラム (FEHBP) のような「管理された競争」システムへと変更する、創設以来過去三十年間で最も重要な改革である、と指摘している。まさにそれは、メディケア改革の方向性を、明確に民間・市場パラダイムへと変更する、分水嶺とでもいうべき改革だったのであり<sup>44</sup>、メディケアを、公的な「医療保険プログラム (health insurance program)」から、多くの民間保険プラ

---

<sup>43</sup> Donald A. Barr, *Introduction to U. S. Health Policy: The Organization, Financing, and Delivery of Health Care in America (Second Edition)* (Baltimore: The John Hopkins University Press), 2007, pp. 132-3.

<sup>44</sup> Lynn Etheredge, "The Medicare Reform of 1997: Headlines You Didn't Read," *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 23(1998).

ンを含む様々な保険プランが、従来までの出来高払い型プランとお互いに加入者を競い合う、「医療保険市場（health insurance market）」へと変更するものだった<sup>45</sup>。

しかし重要なのは、財政均衡法には同時に、民営化や市場原理の導入のような「新しい」手法だけでなく、「伝統的な」手法による医療費の抑制策も、盛り込まれていた点である。病院など、様々な医療供給者に対する診療報酬の削減が、それにあたる。実際、1997年のメディケア改革は、在宅医療や高度熟練看護施設の診療報酬に対する公的規制を強化し、予見払い制度の適用範囲を拡大するとともに、医師の診療報酬の増加分を、GDPの変化とリンクさせるものだった。現実には、財政均衡法のもとでのメディケア医療費の削減にあたって、実質的に大きな役割を果たしたのは、民営化や市場競争の促進よりも、こうした政策だったのである。まさにこの点に、1997年のメディケア改革が抱える「パラドックス」が存在した。一方で、民営化や市場競争の促進を進めつつも、実際の予算支出額の削減のためには、公的な規制や予算統制に頼らざるを得ない点を、明確に示すものだったからである<sup>46</sup>。それは、規制緩和を掲げて誕生したはずのレーガン政権が、医療費の抑制のためには、結局は病院のサービス価格の統制（DRG）に頼らざるを得なかった状況と、類似していた<sup>47</sup>。

---

<sup>45</sup> Oberlander, *op. cit.*, p. 180.

<sup>46</sup> Marmor, *op. cit.*, p. 141; Oberlander, *ibid.*, pp. 182-3.

<sup>47</sup> Thomas Oliver, "Health Care Market Reform in Congress: The Uncertain Path from Proposal to Policy," *Political Science Quarterly*, 106, no. 3.

## 5 メディケア処方薬改善近代化法

### (1) 法律の成立<sup>48</sup>

1990年代以降実現した改革のなかで、財政均衡法とならんで第二に重要なのは、メディケア処方薬改善近代化法（Medicare Prescription Drug, Improvement, Modernization Act）である。法律の主な目的は、新たに外来処方薬給付を付加する点にあった。1965年に成立したメディケアであるが、その給付内容のなかには外来処方薬給付は盛り込まれてはいなかった。オリジナルなプランのもとでは、受給者が病院や高度熟練看護施設に入院している間は、処方薬費用に対する保険給付が保障されていたが、外来の処方薬費用については、給付の対象外とされていたのである。すでに述べたように、1988年に成立した破局医療保険給付法には、外来処方薬給付が盛り込まれていたが、翌年には廃棄されてしまう。しかしその後も、処方薬費用に対する医療保険給付の必要性自体は、ますます高まりをみせていった。その結果、1990年代末以降、外来処方薬給付問題は本格的な政治争点として浮上することになる。

その後2002年の中間選挙で共和党が勝利し、上下両院で多数を占めることに成功した結果、2003年以降、ブッシュ政権および共和党の主導のもとに、メディケア処方薬保険給付問題をめぐる審議は本格化した。6月10日に、一方の上院では、共和党と民主党の間で超党派的な合意が実現し、それをもとにした法案が六月二十七日に可決した。法案は、毎月平均35ドルの保険料と、毎年275ドルの免責額のもとに、276ドルから4,500ドルまでの処方薬費用の半分をカバーし、その後受給者が自己負担で3,700ドルを支払った後は、その90%をカバーするというものだった。受給者には、民間保険プランであるPPOと、伝統的な出来高払い型プランの間から、加入プランを選択することが認められた。

---

<sup>48</sup> 詳しくは、前掲拙著、249-256頁；Patel and Rushefsky, *op. cit.*, pp. 162-170.



これに対して、下院の審議は、激しい党派的対立をはらんだものとなった。下院法案は、毎月の平均的な保険料35ドル、免責額250ドルのもとに、年間の処方薬費用251ドルから2,000ドルの20%をカバーし、受給者の自己負担額が3,500ドルを超えたあとは、その費用の全額を給付するというものだった。また法案には、保険給付の提供にあたり、民間保険プランにより多くの権限を認めるとともに、2010年以降、伝統的なメディケア・プランと民間保険プランとの競争を義務付けるとする、プレミアム・サポート・プランが盛り込まれていた。すでに述べてきたように、穏健派を中心に、民間保険や市場競争原理を重視する声が高まりを見せたことから、民主党も、民間保険プランが処方薬給付にあたり一定の役割を果たす点については受け入れていた。しかし、法案が処方薬費用に対する政府の法的な責任を制限し公的な価格決定を妨げている点、さらに医療貯蓄口座同様、プレミアム・サポート・プランの導入がメディケアのリスク・プールを分断しかねない点については、批判的だった。

八月からはじまった両院協議会の交渉は、主に共和党メンバーの間で行われた。ジョン・ブローとマックス・ボークスをのぞけば、民主党のメンバーは、実質的には審議に参加しなかったのである。交渉における最大の争点は、プレミアム・サポート・プランや、後述する医療貯蓄口座の是非にあった。しかしその後、最大の高齢者団体である、アメリカ退職者協会（American Association of Retired Persons）が支持を表明したことにより、法案は成立に向けて大きく前進することになった。民主党内の反対意見が弱まるとともに、メディケア財政の膨張を批判する共和党保守派の反対票を補うに足るだけ、民主党議員からの支持を得る見通しが立ったのである。最終的な両院協議会報告書は、11月21日に提出され、下院では11月22日に220-215で、上院では25日に55-44で可決された。12月8日の法案署名のセレモニーにおいて、ブッシュは、これは「メディケア創設以来の、アメリカの高齢者に対する医療保険給付面での、最も偉大な前進である」と述べ、改革の実現を称えた。

しかし、このメディケア処方薬改善近代化法は、たしかに一方では、メディケアの給付内容を改善するものではあったが、他方で、その民営化をこれまで以上に推し進めることによって、メディケアの特質と役割に大きな変化を迫るものだった。たとえば、ティモシー・ジョストは、2003年度改革はメディケアの性格にラディカルな変更を迫るものであるとし、以下のように指摘している。

メディケア処方薬改善近代化法は、メディケア・プログラムを、ラディカルに変化させるものである。とりわけそれは、プログラムを政治的に強力なものにしてきた、連帯性と平等性に対するコミットメントを掘り崩すとともに、メディケアを財政的に持続可能なものとしてきた、医療費抑制メカニズムを緩めてしまう。たしかに短期的に見れば、法律によって、多くの受給者に対して保険給付が拡張される。しかし長期的にみた場合、その保険給付のための財政手法や給付の分配方法は、実現困難である。何十年かしたとき、われわれは、この時代のもっとも重要なメディケアに関する法律である、メディケア処方薬改善近代化法の主要な効果について、メディケア・プログラムを近代化するものとしてよりもむしろ、それを危険にさらすものとして、振り返ることになるかもしれない<sup>49</sup>。

## (2) 法律の内容

では、法律の内容について、詳しくみてみることにしたい。2003年のメディケア処方薬改善近代化法は、一言でいえば、1997年の改革の内容や方向性をさらに推し進めることによって、メディケアの性格や役割に抜本的な変容を迫るものだった。第一に、メディケアの民営化がさらに進められ、民間保険プランの果たす役割は、これまでになく大きなものとなった。くわえて、保険の給付内容はさらに多様なものとなり、価格についての公的な規制も緩められた。法律の最も重要な内容であるこの点については、後で詳しくみることにする。

第二に重要なのは、プレミアム・サポート・プランが実験的ではあるが開始

---

<sup>49</sup> Jost, *op. cit.*, p. 449.

されたことにより、市場競争原理の導入もさらに進められた点である。2010年から、新たに「比較コスト調整プログラム（Comparative Cost Adjustment Program）」が創設され、六つのメトロポリタン統計地区（metropolitan statistical areas）において、伝統的な出来高払い型プランと民間保険プランとの間の市場競争が、六年間にわたって実験的に導入されることになったのである。最終的な内容は、以下のとおりである。都市部において、最大六つまで実験を実施する地域が選択される。選択された地域では、受給者の少なくとも25%が加入している、二つ以上の民間保険プランが存在しなければならない。実験対象地域では、伝統的な出来高払いプランと民間保険プランの双方が、毎年受給者一人当たりの入札価格（一年間受給者に対して医療保険を提供するにあたってのコスト）を政府に提出する。双方のプランに対する政府の補助金は、両者の入札価格を加重した平均値から抽出される。平均価格以下のプランの加入者は、プランの入札価格と平均価格の差額の75%分の保険料削減を受ける。しかし、標準価格以上のコストがかかるプランの加入者は、パート B 保険料の増額を通じて、その差額を支払わなければならない。この増額は段階的に導入されるが、いかなる場合でも毎年5%以上を超えてはならない<sup>50</sup>。

第三に、所得に基づいて保険料が設定される資産調査制度（means-testing）が導入された点も、重要である。すなわち、所得の高い受給者は、他の受給者と比較して、新たにより多くのパート B 保険料を支払わなければならないとなった。具体的には、2007年以降、個人では8万ドル、夫婦では16万ドル以上の所得の受給者から、より高い保険料を徴収するシステムが導入されることになったのである<sup>51</sup>。こうした「資産調査制度」が重要なのは、すべての受給者が同率の保険料を支払い、同一のサービスを受給するという、従来までのシステム

---

<sup>50</sup> “Medicare Overhaul Highlights,” *CQ Weekly*, November 22, 2003.

<sup>51</sup> *Ibid.*

からの大きな転換であり、メディケアが依拠してきた平等性や連帯性といった理念を危険にさらし、その広範な政治的な支持基盤を掘り崩す可能性を秘めているためである。一部の高所得者層は、自らが他の受給者よりも不当に高い保険料を支払っていると感じ、メディケアに敵対心をもつかもしれない。メディケア、あるいは他の国の医療保険制度の経験から明らかなのは、医療保険給付や医療費負担が普遍的なかたち（universal）で共有されている場合、プログラムは強力な政治的支持を獲得するという点である。しかし、高所得者層がプログラムに敵対心を持つ場合、公的保険制度は弱体化しかねない<sup>52</sup>。

第四に、メディケア処方薬改善近代化法によって、新たに現役世代に対して、医療貯蓄口座が本格的に導入された点も重要である。具体的には、口座開設数の上限が撤廃されるとともに、個人加入の場合毎年1,000ドル、家族加入の場合2,000ドル以上の免責額の民間保険に加入することを条件に、医療貯蓄口座の開設が認められることになった。預入額の上限は、個人の場合2,600ドル、家族の場合は5,150ドルと定められた。重要なのは、こうした現役世代を対象とした医療貯蓄口座の促進が、そのメディケアへの本格的な導入を、視野に入れたものだった点である。すでに審議中に、共和党議員は、医療貯蓄口座の促進は、65歳未満の現役世代に、大半のアメリカ人がこれまで知らなかった、保険給付や医療に対する大きなコントロール権限を提供するものであり、将来のメディケア改革の礎にもなる、と主張していた。1997年には、財政均衡法のもとに、メディケア受給者に対する医療貯蓄口座の開設権が実験的に認められたが、それには多くの規制や制約が存在しており、その効果は限定的だった。それゆえ共和党が、現役世代のみならず、メディケアにも口座を本格的に導入すべきである、と主張したのは、当然の成り行きだった<sup>53</sup>。

---

<sup>52</sup> Jost, *op. cit.*; Marmor and Mashaw, *op. cit.*

<sup>53</sup> 前掲拙著、255-257頁。

### (3) 民営化のさらなる進展

以上のように、メディケア処方薬改善近代化法の内容は、多岐にわたっていた。しかし、その最も重要な内容が、民営化のさらなる促進にあったことは、言うまでもない。第一に、メディケア+チョイスが、新たにメディケア・アドバンテージ・プランへと名称を変えた点が重要である。もちろん、変わったのは、名称だけではない。新たに、加入可能な民間保険プランの種類が増加し、地域選別供給者組織（Regional Preferred Provider Organization: RPPO）とスペシャル・ニーズ・プラン（Special Needs Plan: SNP）が、選択肢として加わった。前者は、これまで民間保険プランが存在しなかった地域を解消するために、新たに創設されたものであり、メディケア・メディケイド・サービス・センター（Center for Medicare and Medicaid Services）によって定められた26の地域の一つ（あるいは複数）において、メディケア受給者に保険を提供する義務を負うプランだった<sup>54</sup>。これに対して、SNPは、入院している重複受給者や、慢性病を患った障害者といった特定の受給者集団に対して、医療サービスを提供することを目的とするものである。プランは、自ら加入対象とすることを希望する受給者集団を決定できるが、その集団をより多くの比率加入させなければならない。そのためにも、ある程度までは、他の受給者の加入を拒否する権利を持つ<sup>55</sup>。

---

<sup>54</sup> このRPPOに関しては、受給者の医療供給者に対するアクセスや自己負担額などの条件を決定するにあたっては、プラン側により大きなフレキシビリティが認められるが、受給者保護のために、パートAとBの免責額を統合し、自己負担額の上限を設定しなければならない。最初の二年間は、一定の額を超えるまで、メディケアとの間で、財政的な損益を共有する。さらに、新たに地域安定化基金（regional stabilization fund）が創設され、これまでプラン不在の地域に参入したり、一定地域で奉仕しつづけるプランに対しては、追加の支払額が提供される。また、保険プランと供給者との間のネットワーク形成を容易にするために、補足的な支払額が保障される。Robert A. Berenson, "Medicare Disadvantaged and the Search for the Elusive 'Level Playing Field'", *Health Affairs*, 15, December, 2004.

第二に、法律には、民営化の促進を目的として、民間保険プランのメディケアからの撤退を防止するための、支払額の増額が新たに盛り込まれた。カウンティ・レベルでの支払い率を、①メディケア支出額の毎年度の全国平均の伸び率、②もし全国平均の伸び率が2%以下の場合は2%、③各カウンティの出来高払いプランへの支払額、のいずれか高い方に設定することが決定されたのである<sup>56</sup>。これによって、議会予算局の見積もりによれば、2004年の三月一日以降、民間保険プランに対する支払額は、当該年に関して平均10.6%、およそ五億ドル増額されることになり、全体的な増額レベルは、今後十年間で百二十五億ドルとの見通しになった<sup>57</sup>。すでに、民間保険プラン側の働きかけのもと、1999年の財政均衡改善法（Balanced Budget Refinement Act）と、2000年の給付改善保護法（Benefits Improvement and Protection Act）という二つの法律によって、その支払額は大幅に増額されていた<sup>58</sup>。2003年の改革は、それをさらに増額するものだったのである。

さらに第三に、新たに創設されたメディケア・パートDも、民営化を推し進

---

<sup>55</sup> Marsha Gold, *Medicare Advantage in 2008*, Henry Kaiser Foundation, June, 2008.

<sup>56</sup> Carlos Zarabozo and Scott Harrison, "Payment Policy and the Growth of Medicare Advantage," *Health Affairs*, 28(1), 2009.

<sup>57</sup> *Ibid.* また、2006年以降については、民間保険プランに対して支払を行うにあたり、新たに、入札制度（bidding）が開始されることになった。各民間保険プランは、パートAとBの給付パッケージを提供するにあたって、それぞれの希望する入札額を提出する。この入札額を、CMSが設定した基準（benchmark）と比較した結果、もしそれを超過していた場合は、プランは加入者からその分の保険料を徴収しなければならない。しかし、もし入札価格が基準を下回った場合は、加入者に対してより充実した給付パッケージを提供する。すなわち加入者は、入札価格と基準額の差額の75%分＝払い戻しを、保険料の削減か給付内容の賦課といったかたちで、享受することができる（残りの25%は、政府によって回収される）。

<sup>58</sup> 拙著『現代アメリカの医療政策と専門家集団』（慶応義塾出版会、2006年）、247-249ページを参照。

める内容だった。実際、このパート D の最も重要な特質は、その実質的な運営が民間保険プランに委ねられている点にあった。伝統的な出来高払いプランにとどまり、処方薬給付のみを「独立した」民間の処方薬プラン（Prescription Drug Plan: PDP）から受給するにしろ、伝統的な出来高払いプランから離脱し、処方薬給付を含むすべての包括的なサービスを提供する民間保険プラン（後述するメディケア・アドバンテージ・プラン）（Medicare Advantage Prescription Drug Plan: MA-PDP）に加入するにしろ、いずれにせよ、受給者は民間保険プランを通じて給付を受ける。このように、民間保険プランが運営するシステムになったことにより、受給者側の権利性はかなり弱体化した。パート D の受給者は、PDP か MA-PDP のふたつから選択できるが、民間保険プランがメディケアに参加し給付の提供を選択した期間のみ、そのような選択権を持つ。さらに、標準的な給付パッケージが定められているとはいえ、給付内容、保険料、自己負担額を決定するにあたっての民間保険プラン側の自由は、これまでになく大きくなった。くわえて、受給者は一年に一度しかプランを変えることができない一方で、プランのほうは契約年度の最初の三十日間が経過したいかなる時点においても、その給付内容を変更することができる。パート D のもとでは、受給者側ではなく、むしろ民間保険プラン側がイニシアチブを握ることになったのである<sup>59</sup>。

さらに第四に、政府による薬価規制の禁止も、パート D の重要な特質のひとつだった。法律のもとでは、政府が製薬産業との間で直接薬価交渉を行うことは禁じられ、民間保険プランが交渉し、処方薬価格のディスカウントを行うことと定められた。その結果、公定価格のもとで支払い業務を行ってきたこれまでのメディケアのシステムは、大きく変化することになった。政府が交渉した価格設定ではなく、それぞれの民間保険プランが製薬産業と交渉し、価格を決

---

<sup>59</sup> Jost, *op. cit.*, P. 442.

定するためである。公的な価格規制が禁じられた理由のひとつは、共和党を中心とする多くの議員メンバーが、民間保険プラン間の競争のほうが最終的な価格の抑制につながるとの判断から、「管理された競争」型のシステムの導入を医療費抑制の最善の方法と考えたためである。また、製薬産業の政治的な影響力も大きかった。製薬産業が、公的規制に反対し、活発な政治活動を展開した結果、議会はその禁止を盛り込むことによって、反発を回避しようとしたのである<sup>60</sup>。

## 6 メディケアと国民皆保険制度改革：「改革モデル」としての意義喪失

以上のように、とりわけ1990年代以降、共和党のみならず民主党内からも、メディケアの民営化や市場競争原理の導入を求める声が高まり、それは1990年代後半以降のふたつの大きな改革によって、現実のものとなった。しかし、同時に、メディケアをめぐる政策的変化として重要なのは、その「改革モデル」としての意義低下であろう。すなわち、とりわけ1990年代以降、民主党内では、メディケアは、国民皆保険制度を導入するにあたっての「モデル」としての役割を、喪失していくのである。

### (1) 「改革モデル」としてのメディケア

すでに第二章で述べたように、国民皆保険を導入しようとする試みは、1910年代から存在してきた。では民主党は、歴史的に見て、どのような改革案のもとに、国民皆保険を実現しようとしてきたのであろうか。民主党が伝統的に支持してきたのは、メディケアのような、政府が資金拠出し運営する公的医療保険、具体的には、受給者自らが保険料を拠出する社会保険（後述）の大幅な拡

---

<sup>60</sup> *Ibid.*, pp. 446-7.



張のもとでの、また医療費の支払い方式という観点からみれば、シングル・ペイヤー・システムのもとでの、国民皆保険制度の導入だった。

実際、1970年代初頭まで、民主党が提出してきたほぼすべての国民皆保険制度の導入案は、メディケアのような社会保険モデル、そしてシングル・ペイヤー・システムに依拠したものだ。[1912年から1972年の間の、ほぼすべての国民皆保険導入案は、政府が資金を拠出する『シングル・ペイヤー』プランだった。すなわち、政府が税金を徴収し、ひとびとが医療サービスを必要とする際に、医師、病院、そして他の供給者に対して支払いを行うとの案だった<sup>61</sup>。] 1965年のメディケアの成立以降、こうした案は、メディケアのような公的医療保険を高齢者のみならず、国民全体に広げていこうとするという点で、「メディケア・フォー・オール (Medicare for All)」と呼ばれる。

民主党がはじめて、こうしたアプローチに依拠した国民皆保険制度改革案を打ち出すのは、1940年代に入ってからである。具体的には、1943年に、ロバート・ワグナー、ジェームズ・ミューレイ、そしてジョン・ディングルの三人によって提出された改革案が、これにあたる。改革案は、雇用者と従業員が、保険料を連邦社会保険信託基金に対して支払い、この基金が医療供給者に対して医療費の支払いを行うという点で、シングル・ペイヤー・システムに依拠したものであり、労働者とその家族が、社会保障税を支払うことによって受給資格を得るという点で、社会保険モデルに基づいていた。その後、トルーマン政権が提出した国民皆保険制度改革案も、基本的にこのワグナーらの法案内容をも

---

<sup>61</sup> Thomas Bodenheimer, “Insuring the Uninsured: Will the 2004 Election Provide Answer?” *Annals of Internal Medicine*, 141, 2004, p. 556. しかし、各改革案の内容には、若干の相違が存在する。たとえば、1910年代に AALL が提出した改革案は、州政府によって運営され、資金は準公的な基金が徴収するという内容だった。トーマス・S・ボーデンハイマー、ケヴィン・グラムバッハ著、下村健他訳『アメリカ医療の夢と現実：アメリカ医療を臨床面からみる』（社会保険研究所、2000年）、第十五章を参照。

とに作成されたものだった。

既に述べたように、その後トルーマン政権の改革が失敗に終わると、民主党はその戦略を変換し、国民皆保険制度の実現を一気に図るのではなく、まず高齢者にターゲットを絞った公的保険制度を実現しようとする。しかしその際も、社会保険モデル、そしてシングル・ペイヤー・システムに基づいた公的医療保険制度の導入を図る点では、政策的に変化はなかった。実際、1965年に成立したメディケアは、ワグナー法案のアプローチを採用しつつ、その適用範囲を65歳以上の高齢者に限定するものだった。他方、同時期に成立したメディケイドは、メディケアとは異なり、社会保険ではなく公的扶助モデルに基づくものであった（この点については後述する）。

メディケア・メディケイドの成立以降、民主党の次の目標は、再び国民皆保険制度の実現に向けられることになる。民主党は、メディケア・メディケイドを、国民皆保険制度の実現に向けた、重要なステップとして位置づけたのである。そして1970年代前半には、民主党のエドワード・ケネディとマーサ・グリフィスによって、国民皆保険制度改革案が提出される。これは、すでに述べたように、現存するすべての公的・民間保険に代えて、新たに連邦政府が資金拠出する国民皆保険制度を創設しようとするものであり、メディケアとメディケイドを、ひとつの包括的な公的保険制度の下に統合しようとするものだった。また、医療費の支払い方式としては、やはりシングル・ペイヤー・システムが採用された。

このように、少なくとも1970年代までは、民主党の基本的な政策的立場は、メディケアのような社会保険モデル、そしてシングル・ペイヤー・システムのもとでの公的保険制度の大幅な拡張に基づいて、国民皆保険を実現する点にあった。すなわち、①民間保険制度ではなく公的な医療保障制度の拡張によって、さらに②公的医療保障制度のなかでも、メディケイドのような公的扶助制度ではなく、メディケアのような公的（社会）保険制度の拡張によって、国民

皆保険を実現すべきである、との声が支配的な位置を占めていた。1971年に、カナダでそのようなかたちでの国民皆保険制度が実現したことも、大きかった。まさに、メディケアは、国民皆保険制度改革を実現するにあたっての、重要な「モデル」として位置づけられていたのである<sup>62</sup>。

## (2) 「メディケア・フォー・オール」から「保険加入の義務付け」へ

しかしながら、1980-90年代以降、党内でリベラル派にかわって穏健派が台頭するにつれて、以上のような民主党の立場は、大きく変化する。穏健派も、国民皆保険制度の導入自体には賛同する。しかし、それを、メディケアのような公的医療保険の大幅な拡張といった「大きな政府」につながるかたちではなく、あくまで民間保険に依拠したかたちで導入すべきである、と主張する点で、その改革に対する立場は、従来までのリベラル派とは明確に異なる。

たとえば、1993年から94年にかけてのクリントン政権の国民皆保険制度改革の際に、政権が依拠したアイディアは、「管理された競争」案であり、基本的に既存の民間保険中心の医療保障制度に依拠しつつ、企業雇用者への保険料負担の義務付けなどによって無保険者の解消を図るとともに、市場競争の促進によって医療費の抑制を図ろうとするものだった。すなわち、メディケアのような公的保険の拡張を主な内容とするものではなかったのである。クリントン政権は、公的保険の大幅な拡張によって国民皆保険を実現しようとする党内リベラル派と、基本的に現行の民間保険に依拠すべきであると主張する党内穏健派

---

<sup>62</sup> 既に労働組合や一部の民主党の間では、1970年代後半に、企業雇用者提供保険の拡張に依拠した改革路線を受容する傾向がみられた。この点については、Marie Gottschalk, *The Shadow Welfare State: Labor, Business, and the Politics of Health Care in the United States* (Ithaca and London: Cornell University Press, 2000). しかし、こうした傾向が本格化するの、やはり党内穏健派の台頭以降であり、1990年代以降といえる。

の間で揺れ動き続けたが、最終的には、基本的には穏健派の立場に立脚しつつ、予算総枠制度の導入や保険料規制など、政府の役割強化も盛り込むことによって、リベラル派の支持も得ようとした。こうしたクリントン政権の直面した葛藤それ自体、民主党が掲げる医療政策の変容、とりわけ、そのなかにおけるメディケアのような公的保険制度の位置づけの変化を象徴的に示すものだった<sup>63</sup>。

さらに、現在民主党のなかで、国民皆保険の実現に向けた改革案として最も力を持っているのが、「保険加入の義務付け (individual mandate)」案である。これは、個々人に対して、公的な医療保障制度、民間保険プランを問わず、何らかのかたちで保険に加入することを法的に義務付けるものである。運転手が自動車保険に加入しなければならないように、すべての国民は、医療保険に加入しなければならない。2006年の4月12日に、マサチューセッツ州では州民皆保険制度改革が実現したが、それはまさにこの「保険加入の義務付け」案に依拠したものだ。共和党のミット・ロムニー州知事のもとに実現したこの改革は、2007年7月1日までに、すべての州民の医療保障制度加入を義務付けるものだったのである。具体的には、法律には、皆保険制度実現のために、(1)民間保険に加入できる個人が、それにもかかわらず加入しなかった場合、所得税上の優遇措置を失う(2)従業員10人以上の企業が、医療保険給付を提供しない場合、年間で一人当たり最高295ドルが課税される、などの罰則規定が盛り込まれた<sup>64</sup>。まさに、この「保険加入の義務付け」案の特質は、現行の民間保険を中心とした医療保障制度を大幅に変更することなく、国民皆保険制度を導入しようとする

---

<sup>63</sup> クリントン政権の国民皆保険制度改革については、前掲拙著、第三章を参照。

<sup>64</sup> たとえば、改革の概要については、Alice Burton, Isabel Friedenzohn, and Enrique Martinez-Vidal, "State Strategies to Expand Health Insurance Coverage: Trends and Lessons for Policymakers," The Commonwealth Fund, January, 2007; Steffie Woolhandler and David U. Himmelstein, "The New Massachusetts Health Reform: Half a Step Forward and Three Steps Back," *Hastings Center Report*, September/October, 2006.

る点に、換言すれば、メディケアのような公的保険制度の大幅な拡張を内容とするものではない点にあった。オバマ政権の医療保障制度改革案も、この「保険加入の義務付け」案に依拠したものである。

まさに、国民皆保険制度改革をめぐる議論のなかでのメディケアの位置づけの変容は、この「メディケア・フォー・オール」案から「管理された競争」案、さらには「保険加入の義務付け」案へという民主党の政策的変化のなかに、象徴的に示されていた。

### (3) メディケアからメディケイドへ

メディケアの大幅な拡張案が、もはや国民皆保険制度改革をめぐる議論のなかで、力を失いつつあること——これが第一の変化であるとすれば、第二の変化としては、政府の役割を拡張するにせよ、公的保険制度であるメディケアの拡張よりもむしろ、公的医療扶助制度であるメディケイドの拡張に、より重点が置かれるようになった点が重要である。

1965年に誕生したメディケアとメディケイドは、政府が運営する公的医療保障制度という点では共通している。しかし同時に、両者の間には重要な違いも存在した。一方のメディケアは、公的保険であり、社会保険（social insurance）である。すなわち、一定額の社会保障税を払った人間だけが、パート A の受給資格をもち、毎月の保険料を支払う人間だけが、パート B の給付を受けることができる。給付を受けるためには、拠出しなければならない。これに対して、メディケイドは、公的扶助（public assistance）である。社会保険とは異なり、公的扶助を受けるためには、必ずしも拠出する必要はない。受給資格は、所得、あるいは資産調査（means test）に基づいて決定される。拠出（納税）したからといって受給できるわけではないし、受給者であるからといって、必ずしも拠出しているわけではない。

この両者のうち、アメリカのリベラル派は伝統的に、公的保険（社会保険）

のほうをより好む傾向にあった（反対に、保守派は、相対的に見れば、公的扶助のほうを好む傾向にあった）。第一に、公的保険（社会保険）のもとでは、受給者は拠出金を支払うことを義務付けられる一方、給付に関して道徳的な権利を主張することができる。拠出者であるから、自分たちは給付を受ける当然の権利があると信じることができる。また、給与税の支払いは強制的なものであり、低所得労働者に限定されていないため、公的保険（社会保険）は階級を超えた支持層の形成を可能にする。貧困層に限定される資産調査プログラムとは異なり、受給者のなかには、中産階級や高所得者層も含まれるため、低賃金労働者だけでなく高所得労働者にも利害関心が共有されることになり、政治的に強力なプログラムを形成できる。以上の理由から、リベラル派は、国民皆保険を実現するにあたって、メディケイドのような公的扶助の拡張よりも、メディケアのような公的保険（社会保険）の拡張に依拠する立場をとってきたのである<sup>65</sup>。

しかし、1990年代に入ると、民主党は、公的医療保障制度を拡張するにせよ、メディケアよりもむしろメディケイドの拡張のほうに、より重点を置くようになる<sup>66</sup>。穏健派を中心に、無保険者問題に対処するにあたって、メディケアの拡張よりもむしろメディケイドの拡張を重視する立場へと、その政策を変化させたのである。その典型的なケースが、1997年に、民主党主導のもとに成立したSCHIP（州児童医療保険プログラム）<sup>67</sup>だった。このSCHIPは、基本的にはメ

---

<sup>65</sup> Thomas Bodenheimer, "The Political Divide in health Care: A Liberal Perspective," *Health Affairs*, November/December, 2005.

<sup>66</sup> 1997年には、クリントン政権が、メディケアの受給開始年齢を65歳から55歳に引き下げ、その拡張を図る案を打ち出したが、共和党のみならず民主党内からも慎重な意見があがり、実現にはいたらなかった。前掲拙著、220-224頁。

<sup>67</sup> SCHIPは、1997年に成立した、無保険者児童を対象とするプログラムであり、メディケイドの補完的存在といえる。SCHIPは基本的に、メディケイドの受給資格を得るほど貧しくはない家庭の低所得者児童を対象としたプログラムであり、連邦政府が公的

ディケイドを拡張するものであり、メディケイドの受給資格を有するほど貧しくはないが、民間保険に加入する経済的な余裕のない家庭の児童をカバーしようとするプログラムだった。まさに、「メディケイドは、『偉大な社会』以来の、この国の最も大規模な、公的な資金で運営される医療保険の拡張の、モデルとしての役割を果たした。1997年に成立した SCHIP は、メディケイドという鋳型 (template) に沿ったプログラムだったのである<sup>68</sup>。」「メディケアはたしかに安定しており、政治的にも成功をおさめたが<sup>69</sup>、プログラム自体はほとんど拡張されはしなかった。他方で、メディケイドは、『理論的な』予測よりも、はるかに安定しており、またその後拡張されていくことになった<sup>69</sup>。』

大統領選挙における民主党候補者の掲げる改革案をみても、こうした変化は明らかである。たとえば、2000年の大統領選挙候補者であるアル・ゴアの改革案は、州児童医療保険プログラム (SCHIP) の拡張によって、2005年までにす

---

資金を助成し、州政府による無保険者児童への医療サービスの提供を支援するものである。プログラムは、メディケイドと同様、連邦政府と州政府両者の予算拠出のもと、州政府によって運営されている。それぞれの州政府は、(1)現行のメディケイド・プログラムにおける所得制限を拡張し、より多くの無保険者児童が加入できるようにする(2)メディケイドとは異なる、無保険者児童のための新たなプログラムを創設する(3)前記二つのコンビネーション (メディケアの拡張と独立した児童プログラムの両方)、という三つのオプションのなかから選択できる。メディケイドが、家計所得が連邦の貧困レベル133%までの家庭の六歳未満の児童と、貧困ライン100%以下の19歳までの児童をカバーしているのに対して、その補完的な存在である SCHIP は、基本的に連邦の貧困ライン200%までの家庭の児童を主な対象とする。しかしなかには、その所得制限を低く設定している州もあれば、高く設定している州もある。

<sup>68</sup> Lawrence D. Brown and Michael S. Sparer, "Medicaid and Medicare: The Unanticipated Politics of Public Insurance Programs," Jonathan Oberlander, Larry R. Churchill, Sue E. Estroff, Gail E. Henderson, Nancy M. P. King, and Ronald P. Strauss eds., *The Social Medicine Reader: Health Policy, Markets, and Medicine (second edition)*(Durham and London: Duke University Press), 2005, p. 81.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p. 79.

すべての無保険者児童をカバーしようとするものだった<sup>70</sup>。また、2004年の大統領選候補者のジョン・ケリーの改革案も、メディケイドおよびSCHIPの拡張を中心にすえたものだった。具体的には、①SCHIPを拡張し、連邦の貧困レベル300%以下の家庭のすべての児童に受給資格を認める②200%以下の、メディケイドあるいはSCHIPに加入資格を有する子供の親に対して、メディケイド給付を保障する③100%以下の子供を持たないすべての成人に対して、同様にメディケイド給付の提供をおこなう、との内容だった<sup>71</sup>。この点は、オバマ政権の改革案についても同様である。たとえば、下院の民主党法案には、メディケイドを拡張し、連邦の貧困ライン150%までの所得の全国民に対して、受給資格を付与するとの内容が盛り込まれていた（上院案は133%まで）。

## 7 おわりに

### (1) 「プログラム」から「市場」へ

以上、本論では、1990年代以降の民主、共和両党のメディケアをめぐる政策的変化と、それにともない実現した具体的な改革についての考察を通じて、アメリカの医療政策、とりわけそのなかでの公的保険制度の位置づけにいかなる変化が生じたのか、明らかにしてきた。では、こうした1990年代以降の一連の改革によって、メディケアにはどのような変化が生じつつあるのだろうか。一言で言えば、それは、政府が大きな役割を果たす「医療保険プログラム (health insurance program)」から、多数の民間保険プランの参入する「医療保険市場 (health insurance market)」への変化として、位置づけることができる。たと

---

<sup>70</sup> Grace-Marie Amett, "Can Bush Win on Health Care? He's Made a Good Start," *Wall Street Journal*, April 13, 2000.

<sup>71</sup> "Headaches for All," *Economist*, October, 9, 2004.



えば、オーバーランダーは、1997年の改革に関して、次のように述べている。「単純化すれば、1997年の法律は、多くの観察者にとって、シングル・ペイヤー型保険としてのメディケアを解体するものであり、それを医療保険『プログラム』から医療保険『市場』へと変化させるものだった。それは、メディケアの運営面における重大な変化を意味した<sup>72</sup>。」

まず、従来までのメディケアの特質と役割について、もう一度確認しておこう。第一に、メディケアは、公的（社会）保険として、健康な高齢者も健康面で問題のある高齢者も共に加入するシステムのもと、リスクをプールする役割を果たしてきた。第二に、給付内容の点では受給者を分け隔てしない一方で、給与税や一般歳入への拠出額という点では、富裕層のほうが多くを負担するシステムのもと、所得の再分配機能を果たしてきた。第三に、メディケアは、医療を受ける権利—メディケアに参加している、いかなる医師や病院などの医療供給者を受診することができる権利、さらには、給付対象として定められている、医療上必要とされるサービスや生産物を受給できる権利—を、公的に保障するとともに、第四に、シングル・ペイヤー・システムのもとでの公的な価格統制によって、1980年代以降、病院や医師への診療報酬を抑制してきた。

しかし、こうした特質や役割には、現在、重要な変化が生じつつある。

第一に、1990年代後半以降の一連の改革によって、メディケアのリスク・プール機能は脅かされつつある。民間保険プランは、健康で低リスクの高齢者を優先的に加入させる傾向（リスク・セクション）にあるため、それらに健康な受給者が集中する一方で、伝統的な出来高払い型プランには、健康上問題のある人間が取り残されてしまう。実際、後述するように、メディケア・アドバンテージ・プランの加入者は、健康かつ豊かな人間に偏る傾向にある<sup>73</sup>。

---

<sup>72</sup> Oberlander, *op. cit.*, p. 180.

<sup>73</sup> Marilyn Moon, "The Future of Medicare as an Entitlement Program," *Elder Law*

第二に、メディケアの拠って立つ公平性の原則も、変化している。メディケア・アドバンテージ・プランの給付内容、保険料、自己負担額などは、きわめて多様である。それはとりわけ、2003年に成立したメディケア・パートDのもとでの処方薬給付パッケージに、顕著である<sup>74</sup>。また、同年の改革によって、新たにパートBに関して資産調査制度が導入され、高額所得者については別建ての保険料徴収システムとなった。これによって、すべての受給者が同率の保険料を負担し、同一のサービスを受給するという、従来までのメディケアが依拠してきたシステムには、大きな変化が生じた<sup>75</sup>。

第三に、民営化の進展によって、民間保険加入者のサービス受給権は、ますます民間保険プラン側の意向や利害関心によって、左右されつつある。マネジドケア型プランのもとでは、医療供給者へのアクセスは、プランと契約を結んだネットワーク内の医師や病院に制限されるケースが多い。ネットワーク外の医師や病院を受診できる場合でも、その分高い料金を課されることになる。また、とりわけ外来処方薬についてみると、受給者は、民間保険プランがメディケアへの参加を決定し、サービスの提供を決定した期間しか、給付を受けることができない。受給者側の権利の公的な保障は、明確に弱体化しつつあるといえる<sup>76</sup>。

第四に、シングル・ペイヤー・システムのもとでの、政府による公的な価格統制の原則も、脅かされつつある。まず、多くの民間保険プランの参入によって、政府が単一の支払者としての役割を果たしてきた、従来までのシステムは崩れつつある。さらに重要なのは、2003年の改革によって、連邦政府による薬

---

*Journal*, 12, 2004, p. 234.

<sup>74</sup> Jost, *op. cit.*, p. 442.

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 445.

<sup>76</sup> *Ibid.*, pp. 441-2.

価値制権限の行使が禁止される一方、民間保険プランが製薬産業と交渉するシステムになった点である。これは、1980年代以降の、病院や医師の診療報酬に対する公的な規制強化の動きに、明らかに逆行するものだった<sup>77</sup>。

## (2) 改革の帰結

問題は、1990年代後半以降の一連の改革、とりわけそのなかで中心的な位置を占める民営化の試みが、決して成功しているとはいえない点にある。民営化のそもそもの目的が、メディケアの合理化とそれによる医療費の抑制であるとすれば、それとは反対の事態が生じているのである。この点に関して、民営化の最も重要な産物といえる、メディケア・アドバンテージ・プランの現状とともに、考察してみることにしたい。

メディケア・アドバンテージ・プランの加入者は、いったんは1999年以降の民間保険プランの撤退によって伸び悩んだ。しかし、2003年以降になると、新たに増加傾向に転じる。その結果、2008年の8月時点で、約4,500万人のメディケア受給者のうち、約1,010万人（23%）が、メディケア・アドバンテージのもと、民間保険プランに加入している。1999年から2003年の間に、加入者は690万人から533万人（13%）まで減少したものの、その後550万人（2004年）、612万人（14%）（2005年）、759万人（18%）（2006年）、891万人（20%）（2007年）、そして現在1,010万人（23%）にまで増加したのである<sup>78</sup>。とりわけ注目すべきなのは、民間の出来高払い型プラン（PFFS）の急速な成長であろう。2003年末の時点では、その加入者数はわずか26,000人程度にとどまっていたが、その後2008年の六月には226万人にまで増加し、メディケア・アドバンテージ・プラン加入者数の全体的な増加分の48%を占めるまでになったのである。PFFSを提

<sup>77</sup> *Ibid.*

<sup>78</sup> Zarabozo and Harrison, *op. cit.*

供する会社も、2006年時点の11から、2007年には27、2008年には50近くに増加した<sup>79</sup>。2006年以前には、その加入者がほとんど存在しなかった点を考慮すれば、これは大きな変化といえる。

とりわけ加入者は、カリフォルニア、フロリダ、ニューヨーク、オハイオなど六つの州に集中しており、全体の半数以上がこれらの州に居住している。民間保険プランの加入者は、伝統的な出来高払い型プランの加入者と比較して、都市部に居住しており、相対的に所得の高い層、たとえば、年収10万ドルから30万ドルの所得層に多い。また、比較的健康状態の良好な人間が多いのも特徴である。実際、民間保険プランの加入者は、伝統的な出来高払い型プランの受給者と比較して、健康状態が悪いと報告する率が相対的に低く（10%に対して6%）、認知的・精神的な機能障害を患っている割合も小さく（31%に対して25%）、65歳未満の障害者の割合も低い（17%に対して11%）。

しかし、なぜ、メディケア・アドバンテージ・プランに対する加入者数は、増加傾向に転じたのだろうか。一言で言えば、支払額の大幅な増額（とそれに伴う保険パッケージの充実）によって、である。実際に、1990年代末以降の度重なる増額によって、民間保険プランに対する支払額は、伝統的な出来高払いプランのそれを大きく上回っている。たとえば、ザラボゾらの調査によれば、メディケア・アドバンテージ・プランに対する支払額の基準値（benchmark）は、伝統的な出来高払い型プランよりも、押しなべて高い。その支払額は、伝統的な出来高払い型プランを100とすると、フロア・カウンティでは平均124%、それ以外のカウンティでは112%であり、全体では、118%にのぼる<sup>80</sup>。

同じくメディケア診療報酬諮問委員会（Medicare Payment Advisory Commission: MedPAC）も、伝統的な出来高払いプランと比較して、民間保険

---

<sup>79</sup> *Ibid.*

<sup>80</sup> *ibid.*

プランに対して平均して多くの額が支払われており、それがメディケア医療費の高騰を招いている、との調査結果を提出している。2008年についてみると、メディケアから民間保険プランに対する支払額は、加入者のリスクを調整する以前の段階で、伝統的な出来高払いプランの平均113%であり、PFFSについては平均117%に達した。そして、こうした民間保険プランに対する寛大な支払いによって、メディケア医療費は高騰し、その財政状態は悪化している。パートAの信託基金が枯渇するまでの期間が、18ヶ月ほど早まる一方、パートBの保険料は、毎月3ドルほど引き上げられているのである<sup>81</sup>。

2008年の9月に、コモンウェルズ基金が発表した報告書である、『民営化の持続的なコスト』も、同様の調査結果を示している。報告書によると、2008年時点での民間保険プランに対する支払額は、伝統的な出来高払いプランよりも12.4%高い。加入者一人当たりで換算すると、平均986ドル、全体では85億ドル以上にのぼる。重要なのは、こうした余剰の支払額が、増加傾向にある点だ。加入者一人当たりの超過支払い分は、795ドル（2004年）から986ドル（2008年）へと増加し、その全体的な額は、39億ドル（2004年）から85億ドル（2008年）へと膨れ上がっている。2004年から2008年までの五年間の、過剰な支払額の総額は、330億ドルにのぼった<sup>82</sup>。

すなわち、2003年の改革によって、メディケア受給者の間での、民間保険プラン、とりわけ民間の出来高払いプラン（PFFS）の加入者は急増しているが、それは主にメディケアからの潤沢な支払額によって支えられている。加入者の増加という点からみれば、メディケアの民営化は「成功」しているといえるか

---

<sup>81</sup> Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the Congress: Medicare Payment Policy* (Washington D. C.: MedPAC), March, 2008.

<sup>82</sup> Brian Biles, Emily Adrion, and Stuart Guterman, “The Continuing Cost of Privatization: Extra Payments to Medicare Advantage Plans in 2008,” The Commonwealth Fund, Issue Brief, September, 2008.

もしれない。しかし他方で、それは、寛大な支払額の提供と、それにとまなうメディケアの財政状況の悪化によって、可能になっている。民営化のそもそもの目的が医療費の抑制である点を考慮すれば、改革は決して「成功」しているとはいえないだろう。

### (3) 改革の問題点

では、民営化の問題点とは、どこにあるのだろうか。最も重要なのは、民間保険プランによるリスク・セレクションであろう。歴史的に、メディケアに参入した民間保険プランは、伝統的な出来高払い型のプランと比較して、相対的に健康かつ低コストの受給者を選別し、優先的に加入させる傾向にある。そのほうが、より多くの利益をあげることができるためである。こうした加入者の選別は、しばしば「チェリー・ピッキング」、「クリーム・スキミング」などと呼ばれ、当初から問題になってきた。実際、民間保険プランは、相対的に若く健康な高齢者を引き付けるための、保険パッケージの販売やマーケティング戦略を、積極的に行っている<sup>83</sup>。

そしてまさに、メディケアの民営化が直面している問題点は、このような選別を考慮せずに民間保険プランへの支払額を定めれば、医療費の高騰を招いてしまう点にある。民間保険プランに対する支払額を、従来までの出来高払い型プランへの支払額をもとに設定した場合、相対的に健康ではない受給者が残る従来型プランの医療費が高騰する一方で、健康な受給者が集中する民間保険プランのコストは低下するため、結果的に過剰支払に陥る危険性が高い<sup>84</sup>。もちろん、連邦政府からメディケアと契約した民間保険プランへの支払額を、加入

---

<sup>83</sup> Marilyn Moon, *Medicare: A Policy Primer* (Washington D. C.: The Urban Institute Press), 2003, p. 124.

<sup>84</sup> Barr, *op. cit.*, pp. 128-131.

者の健康状態と対応させることができれば、こうしたリスク・セレクションをめぐる問題は回避できる。このように、民間保険への支払額を、現実の加入者の健康状態と対応させることは、「リスク調整 (risk adjustment)」と呼ばれる。しかし問題は、リスク調整作業の開発が、未だ必ずしもうまくいっていない点である<sup>85</sup>。この点を解決しない限り、民営化によって医療費を抑制することは、なかなか容易ではなかろう。

また、民間保険プランには、管理運営コスト面でも問題がある。しばしば効率のとみなされる民間保険プランではあるが、公的保険と比較して、その管理運営コストは相対的に高い。たとえば2002年時点で、メディケアの管理運営コストは、プログラム予算全体の3%であり、メディケイドの場合でも、6.7%である。しかし民間保険プランの場合、その割合は全体的な歳入の12.8%にものぼる。実際2004年時点で、民間保険の管理運営コストの伸び率は、他のすべての支出カテゴリーのそれを上回った<sup>86</sup>。なぜ民間保険と比較して、メディケアなど公的医療保障制度の管理運営コストは、相対的に安く抑えられているのだろうか。それは、民間保険とは異なり、広告やマーケティングのためのコストが発生しないからである。また人件費の点でも、メディケア行政機構は、一万人の受給者あたりおよそ一人の従業員を雇用しているにすぎない。これに対して、大半の民間保険会社は、一万人の受給者あたり十五人以上の従業員を雇っている。民間保険プランは、必ずしも効率性の点で、優れているわけではないのである<sup>87</sup>。

他方、高まる批判とは対照的に、公的保険（社会保険）として出発したメディ

---

<sup>85</sup> *Ibid*; Robert A. Berenson, "Medicare Disadvantaged And The Search For The Elusive 'Level Playing Field'," *Health Affairs*, December, 15, 2004.

<sup>86</sup> Cynthia Smith et al., *op. cit.*

<sup>87</sup> Thomas Bodenheimer, "High and Rising Health Care Costs part 2: Technologic Innovation," *Annals of Internal Medicine*, 142, 2005, p. 934.

ケアは、決して破綻してきたとはいえない。むしろ相対的に見れば、構造化された支払い制度や公的な価格規制の結果、民間保険プランと比較して、医療費の抑制に成功してきた。民間保険プランと比較した場合、公的保険プランには、医療費抑制の点で、大きな利点が存在する<sup>88</sup>。第一に、メディケアの事例からも明らかのように、政府が運営する公的保険プランのもとでは、管理運営コストを低く抑えることができる。第二に、公的保険プランは、その大きな市場権力を用いて、それが資金を拠出している医療サービス価格の抑制を図ることができる。実際、ボカッチとムーンは、1970年から2000年までの三十年間の、民間保険とメディケア双方の医療費支出を比較しているが、それによれば、公的保険制度であるメディケアは、民間保険よりも医療費支出増の抑制に成功している。1970年以降の、加入者一人当たりの医療費の年平均増加率は、民間保険の場合11.1%だったのに対して、メディケアでは9.6%だった。一年ベースで見た場合、この差は必ずしも大きな違いとはいえないが、三十年という長期的なスパンで考えれば、きわめて重要な意味を持つ。長期的にみた場合、民間保険と比較して、メディケアは一人当たりの医療費の抑制に成功してきたのである。とりわけ、医療供給者の医療サービスに対して価格面での公的な規制を行ってきたことが、メディケアにおける医療費の抑制に大きく貢献している<sup>89</sup>。

もちろん、民間保険には、患者のニーズへの迅速な対応など、そのフレキシビリティという点では、利点がある。しかし以上のように、医療費の抑制という点では、むしろ公的保険のほうが相対的にみて優れており、民間保険、あるいは民営化には問題がある。しかし、これまで述べてきたように、「大きな政

---

<sup>88</sup> Theodore Marmor and Jonathan Oberlander, "The Obama Administration's Options for Health Care Cost Control: Hope Versus Reality," *Annals of Internal Medicine*, 150, 2009.

<sup>89</sup> Cristina Boccuti and Marilyn Moon, "Comparing Medicare And Private Insurers: Growth Rates In Spending Over Three Decades," *Health Affairs*, 22(2), 2003.



府」に批判的な勢力が台頭するなかで、共和党だけでなく民主党も、とりわけ1990年代以降、公的保険の拡張に慎重な姿勢をとり、むしろ民間保険、さらには民営化を重視する政策を掲げている。政治的エリート・レベルでの公的な保険制度に対する警戒感は、急速に高まっているのである。まさにこの点に、現代アメリカの医療政策が直面する政治的な課題が存在するといえるのではないだろうか。本論が明らかにしてきた、メディケアをめぐる政策的立場の変容は、現代アメリカの医療政策における公的保険制度の位置づけの変化、さらには、以上のような、それが直面している課題を、端的に示すものといえる。それは同時に、オバマ政権の医療改革が直面している課題でもある。

序章で述べたように、現在、オバマ政権が進めようとしている改革は、基本的に民間保険中心の医療保障制度に立脚したプランである。たしかに、下院の改革案のなかには、こうした民間保険の不備に対処するために、新たに無保険者が保険を選択・購入するための「保険取引制度（health insurance exchange）」を導入するにあたって、民間保険プランへの規制を強化するとともに、新たにメディケアをモデルとした公的医療保険プランを導入するという内容が、盛り込まれている（「パブリック・オプション」）。新たに創設される「保険取引制度」は、サービス内容や自己負担額を一定程度標準化し、また保険プランが健康状態によって加入を拒否することを禁じたうえで、無保険者に十全な情報を提供し選択を容易にすることによって、保険プラン間の市場競争を図ることを目的としたものであり、「パブリック・オプション」とは、その市場における一つの選択肢として、新たな公的保険プランを創設するという案である。

この案の支持者たちは、メディケアのような公的保険プランは相対的に管理運営コストが低く、また株主への利益還元の必要性がないため、さらに医療供給者との価格交渉権限も強いことなどから、それを導入すれば、他の民間保険プランとの間の市場競争が円滑に機能し、医療費の抑制につながると主張している。たとえば、ジェイコブ・ハッカーは次のように指摘している。「改革の

大きな目的—皆保険と価値の改善—が成し遂げられるためには、(保険取引制度における)医療保険プランのメニューのなかに、メディケアをモデルとした良質の公的保険プランを盛り込まなければならない。まずもって、アクセスを維持しつつコストを抑制するという点で、公的保険は民間保険よりも良い結果を残している<sup>90</sup>。」

本論の考察からみても、これは妥当な主張であり、本格的なかたちで医療費の抑制を図るためには、最低限、この「パブリック・オプション」の導入は必要といえるだろう。しかし、この案に対しても、共和党のみならず、民主党のなかからも一部の穏健派を中心に、反対の声があがっている<sup>91</sup>。それが政府機能の肥大化や医療の質の低下につながることを懸念しているのである。その結果、上院法案では、「パブリック・オプション」は結局盛り込まれずに終わり、現在進められている上下院法案の一本化作業のなかでも、最終的には削除される可能性が高い。これは、改革の効果に疑問符を投げかけるものといえる。まさにオバマ政権の医療改革は、本論がメディケアを事例に考察してきたのと同じ、深刻なジレンマに直面しているといえるのではないだろうか。

---

<sup>90</sup> Jacobs S. Hacker, “The Case for Public Plan Choice in National Health Reform: Key to Cost Control and Quality Coverage,” *Berkeley Law Center on Health Economic and Family Security*, Institute for America’s Future.

<sup>91</sup> この「パブリック・オプション」は、公的医療保険の拡張という点では限定されたレベルにとどまっているため、民主党の穏健派のなかでも支持する声も多いという点は、指摘しておきたい。