

【海外の動き】

アメリカのメディケア・メディケイド政策をめぐる最近の動き

東京海上メディカルサービス調査役 矢野 聡

1. はじめに

医療費の増嵩とその抑制は、他のどの先進諸国にも増してアメリカにとって深刻な課題である。すでに1988年の総医療費は5,524億ドルと予想され、アメリカの国民総生産に占める比率は10.9%にも及んでいる。アメリカ国民の1人当たりの医療費単価は2,171ドルにもなり、その額はわが国における1人当たりの医療費のおよそ2倍となっている¹⁾。

一方、医療費における公私の比率をみるとメディケア、メディケイドの制度が成立した1965年には私的医療費の総額が309億ドル、公的医療費は110億ドルでその比率は4分の3弱対4分の1強であった。ところが1988年には私的医療費の比率が57.3%、公的医療費の比率が42.6%となっており、医療費における公私の比率が半々に近づいていることが分かる。すなわち、わが国と同様アメリカにおいても医療費抑制の主眼は公的医療費の伸びを如何に抑え込むかにかかっているといつてよい。

本年早々大統領に就任したブッシュは、9か月間に及ぶ長い選挙戦の中で、とくに双子の赤字問題のうちの財政赤字の解消に目処をつけることを最大の公約の1つとしていた。また、国民に対しては絶対に増税を行わないことを表明し続けた。したがって、ブッシュ大統領が公的

政策を強力に遂行できる選択肢は、支出の削減以外にないと考えられている。とりわけ、支出の伸びが著しいメディケア、メディケイドの両制度に対して、一層の抑制策が行われることが予想される。

レーガン前大統領が議会に提出した最後の予算案の中にはメディケアを55億ドル、メディケイド（低所得・被保護者向け医療扶助制度）を17億ドルそれぞれ削減する政策を打ち出した。ブッシュ大統領は、こうした前政権による政策を若干変更してきてはいるが、基底としての抑制策は継続している。現にメディケアについては制度面から、メディケイドについては予算の面からの変革を行っており、この夏を通じてブッシュ大統領の医療保障政策の特徴が表れつつある。以下メディケアおよびメディケイドの両制度につき、最近の動向を論じてみたい。

2. メディケアをめぐる動き

大統領就任後、ブッシュがメディケアに対して行った施策はLTC（ロングタームケア）施策を公的政策の充実・強化によって行うのではなく、むしろ民間の医療保険を扱う保険会社の商品開発を奨励することであった。

アメリカの人口高齢化によるメディケア支出の自然増については、レーガン前政権から重大な関心が持たれ、共和党の施策としてはLTC

部門への過剰な公的介入を避け、むしろこの部門の積極的な民間活力の利用をはかるうとしてきた。たとえば、(1) LTC に対する保険料および保険金については、これを無税にする措置、(2) 公的年金の一部を選択的に LTC の保険料に無税で転換する、等の案が考えられているといわれる^{注3)}。この施策は基本的にブッシュ大統領にも引き継がれ、民間部門に対する税制等の優遇措置等が考えられている。

その一方で、現行の厳格なメディケア支給要件を緩和するため、前レーガン政権のもとで7月1日にメディケア高額医療費補償制度 (Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988) を成立させ、1989年1月からさかのぼって実施される予定であった。

しかし、同法案は10月には上院で、11月には下院で否決され、実現の見通しがなくなってしまった。

同案の骨子は以下の通り。

(1) 給 付

・パート A：病院の入院サービス

入院時自己負担額を軽減するのが目的。1989年の自己負担額は564ドルとなるが、生涯期間の設定は廃止される。ただし、精神病院への入院期間に対する期限設定はそのまま継続する。

・パート A：拡大ケアサービス (スキルドナーシング施設)^{注4)}

メディケアの給付によれば、1年のうち150日までがナーシングホーム給付として行われ、1989年から定額20.50ドル(1日)の自己負担が採用される。なお、病院入院後3日以降という実績に関する条項は廃止(1989年1月から)。

・パート B：自己負担額

メディケアパート Bにおける自己負担額の設

表一1 メディケア・パート A およびパート B の給付内容 (1988年現在)

給付項目	メ ディ ケ ア 給 付
施設サービス 救急病院	* 各給付期間90日プラス生涯期間60日 * パート A の給付が必要な疾病に対し540ドルの自己負担。 * 61日から90日の間135ドルを支払う * 91日を超えるものは全額自己負担
精神病院	* 生涯期間190日。患者自己負担は一般病院と同じ
スキルドナーシングホーム 中間ナーシングホーム (メディケア対象)	* 病院に入院3日後スキルドナーシングホームに移った場合、最初の20日は無料、20日から100日の間は1日につき67.50ドル支払う
医療および関連サービス 医師	* 年間75ドルの足切り (パート B) の後80%を給付 物理療法および予防ケアは給付対象外
看護婦および 医師見習い	* 医師サービスにともなうサービスの場合請求額の80%を給付
外来精神医療	* 250ドルを限度として医師の請求額の80% (75ドルの足切り) 他の専門医療の請求額の80%を給付
足部ケア	* 基礎足部ケアは、どうしても医療上必要な場合を除きメディケアでは給付されない。医療の場合、請求額の80%を給付
輸血	* 最初の3パイントはカバーされない。それ以降は80%を給付

給付項目	メディケア 給付
医療器具 補助具	* 80%を給付
ラボおよび X線	* パートBで80%を給付
歯科	* あごの部分の手術、骨に関するもの、口腔の治療等医療に関するものにつき、80%の給付 基礎的な歯科診療はカバーされない
外来理学療法 および 言語療法	* パートBサービス、80%を給付
アウトオブ プラン out of plan	* アメリカ国内であれば救急および非救急サービスはどこでも受けられる。
薬剤	* カバーされない
眼科	* 水晶体欠乏症 (aphakia) または部分的に医科の必要がある場合にはカバー
オージオメーター検査	* カバーされない (コンタクトレンズに対しては80%~20%をパートBで給付)
補聴器	* カバーされない
メディケアホームヘルスケア(訪問看護、ホームヘルスエイド、作業療法、言語療法、理学療法およびソーシャルワークサービス) ホスピス (ホームヘルスケア、急性および慢性の入院ケア、家族のレスパイト、外来の薬品、終末のガン患者に対するカウンセリングおよびボランティアサービス)	* 必要額の100% (スキルドケア指標およびホームボンド指標にもとづいて) をカバー * 5%の自己負担、または外来薬品処方5ドルの自己負担、上限は304ドルその他のホスピスは全部カバー

定を、1990年から緩和する。パートBに対する1年間の高額医療費自己負担額に上限を設ける。その限度額は1990年から1,370ドル(1人当たり)とする。見積もりによれば、この措置の実施によりメディケアパートBの受給者のおよそ7%が上限規定に当てはまると考えられる。

現在、薬剤処方と輸血中の全額自己負担分を除きパートBの自己負担分は原則として20%である。だが年間薬剤処方の自己負担と定額自己負担分、それに設定額を超えた自己負担については、上限規定の対象とはならない。

・パートB：ホームヘルスケア

メディケアのスキルドナーシングホーム給付とホームヘルス援助サービスを、従来の1週7日給付という形態から38日間連続給付という形態に改める(1990年1月1日から)。

・外来薬剤処方

同法案によれば、1990年から静脈内療法(intravenous therapy) 薬剤および免疫抑制剤(immunosuppressive drugs) の家庭用薬剤についてメディケア給付を始めたい、としている。さらに1991年1月1日からその他の外来処方薬についてもすべて適用したい、としている。

1990年の上記2薬剤については臓器移植後1年以内にはメディケアから80%の給付、その後のものについては50%の給付が行われる見込みである。なおその際550ドルの足切り額が設定される。この額は1991年には600ドルとなるとみられる。1992年には他の薬剤処方についてメディケアでは60%の給付が設定される。ちなみに足切り額は同年には652ドルとなる。

1993年から以降は、全処方薬の80%をメディケアで給付することになっている。一方薬剤自己負担の額は各年毎に設定されるが、上限額を

超えるメディケア加入者はおよそ16.8%にのぼるとみられている。これについてアメリカ厚生省の官房 (Secretary of Health and Human Services) は、1993年度および94年度で薬剤処方の方のあり方を見直し、費用の合理化につながる改革を行う予定となっている。

・事業主の費用削減効果

同法案によれば、メディケアの団体加入分における経費負担を、メディケア受給の従業員および自社の退職者向けに期限を区切って割引の料金制にしようという計画がある。これは連邦政府当局を除く全事業所を対象としたもので、パートAおよびパートBのメディケア給付に事業主からメディケア加入被用者および退職者へ「附加給付」として給付できるようにするための計画である。

同案は2年の期限付きで、パートAの「附加給付」の実施は1989年から、パートBは1990年から行われる。したがってメディケア受給者にとっては当該の事業所に所属する、あるいは所属したことによって、「法定給付」と「附加給付」の二重の給付が受けられることになり、一方事業主負担は従来と変わらない構造になるとみられている。

・その他の給付

ホスピスケア、乳房撮影、在宅要介護者で同居人の生活援助しか受けていない人にもメディケア給付の拡大を計画している。

(2) 財 源

同法案は上記のようにメディケア給付の拡大と高額医療費補償の両方をカバーする目的がある。したがって財源的には所得税に連動したメディケア適用のための保険料徴収が考えられることになろう。メディケア加入者は、たとえパ

ートBの給付適用者でなくとも、高額医療費および処方薬剤給付のための費用を支払うことになる。

・パートB：保険料負担の増大

1988年現在、月額24.80ドルのパートB保険料は、高額医療費補償および処方薬剤給付新設により増額される。現行制度はそのまま存続し、これに加えるかたちの法的措置を行う。1989年は同法による付加額は月額4.00ドルと見積もられる。ちなみに1993年には、この額は10.20ドルまで上昇するとみられている。1993年以降の保険料上昇分は付加部分に要した費用に基づく算式に添って行われる。

・補足保険料

補足保険料の徴収が1989会計年度から行われ、65歳以上老人および障害年金受給者が徴収の対象となる。徴収対象者は連邦所得税が年額150ドル以上のものについて向こう4年間の付加税徴収が行われる。150ドルの最低課税では付加税は22.50ドル (1993年度には42.00ドル) になり、その後は算定式をもとに決められる。個人の上限額は89年度で800ドルである。

夫婦での対象者はそれぞれ倍額となることになる。

付加税には連邦所得税目的の医療費控除制度はない。

(3) ロングタームケア (LTC)

同法案がメディケア給付として要介護老人の長期生活支援ケアまでも拡大する、という意図は今のところない。だが、同法の施行後半年を過ぎて、議会の両党による委員会が高齢者および障害者のLTCにつき協議することを求めている。また施行後1年後にアメリカの全人口を網羅した包括的健康保険制度 (後述) に関する

議会報告書をめぐる検討を始めることにしている。

同法案は、先述した民間保険による税の緩和策を大蔵省に求めている^{注5)}。

以上が同法案の骨子であった。

同案廃止の原動力は老人パワーの反対表明である。同案提案当初、全米退職者協会 (American Association of Retired Persons) は支持表明を行っていた。だが議会で認められた老人1人当たり月額4ドル (93年までに10.20ドル) を社会保障費から振り向ける方法、そしてさらに所得税150ドル当たり22.50ドルの付加税徴収の方法は、内容が知れわたるにつれて強い拒否の声が表れた。

試算によれば、全米のメディケア受給者の40%が付加税徴収の対象となり、最高限度額の単身者800ドル、夫婦1,600ドルを支払う老人は5%に及ぶことが明らかとなった。この重い負担感が、同案支持から反対へと事態を一変させたのである。

3. メディケイドをめぐる動き

メディケイドに対するブッシュ大統領の施策は、前レーガン大統領の示した基本線を打ち出したメディケア政策とは異なり、自らの独自性を内外に表明する目安となるものであった。本年4月に発表された90年に向けた医療関連予算は、ブッシュ政権下における医療政策の特徴を示している^{注6)}。とりわけメディケイドについては、メディケイドの範囲を妊婦と児童の分野で拡大し、その適用最低基準を引き上げる、というものである。周知のようにメディケイドの実施基準は各州により異なるので、連邦政府と

しては各州に対し、妊婦と児童に関しては現行の130%の貧困線で実施するようにするという内容である。また政府原案は各州の貧困線を185%まで上げ、他の給付も拡大することを支持している。

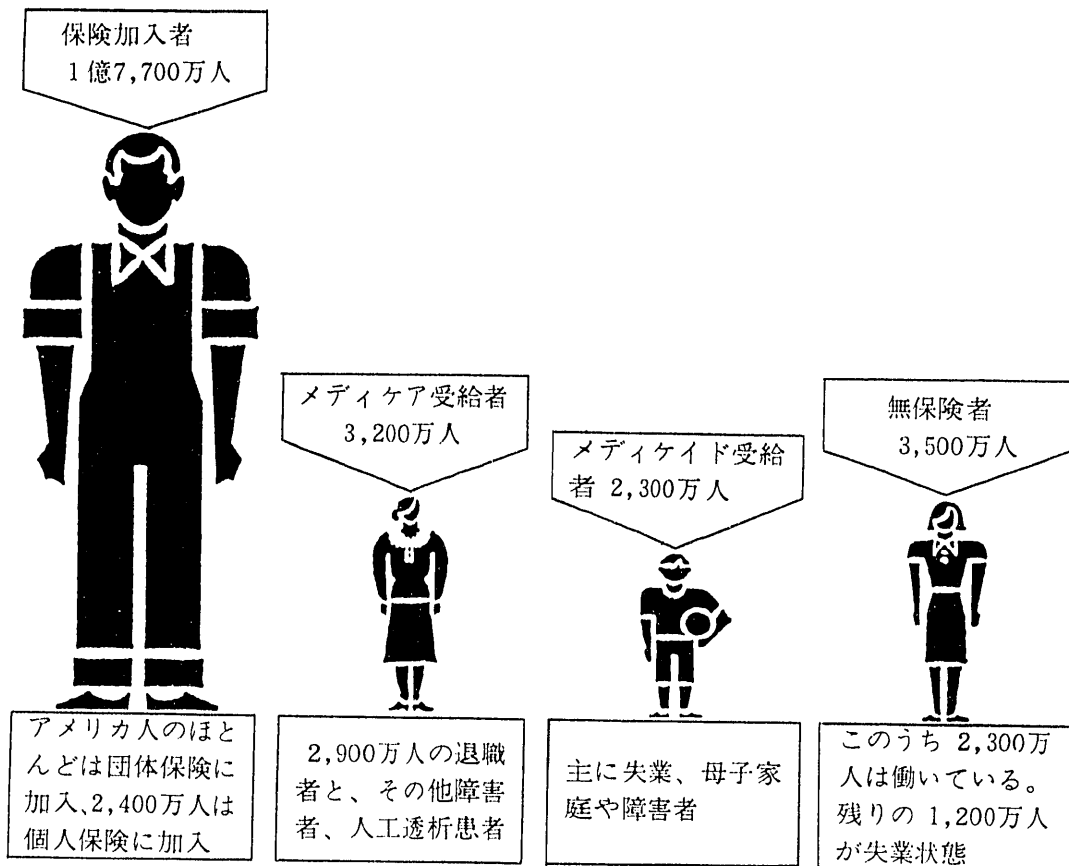
この拡大策によって起きる問題は、同時に各州に対する行政費用を3億4,000万ドル削減し、拡大した給付を各州に押しつける内容になっていることである。また同制度が1990年4月1日に実施されることによって、連邦政府はおよそ6,000万ドルの支出を行う、とアメリカ保険財政庁 (HCFA) はみている。またこの提案とは別に、5歳未満の幼児がメディケイド受給者の子供であれば簡単に予防注射をうけることができるシステムを提案した。疾病防止協会 (Centers for Disease Control) はこの費用として年額1億2,600万ドルを計上している。

もう1つの施策として、ブッシュ大統領は乳幼児死亡率の比較的高い州に対し、1990年度および1991年度に2,000万ドルを投じ、死亡率低下を促すことにしている。

こうして、最初の年度では8,500万ドルがメディケイド拡大のための費用となる。だが一方では増大の一途を辿るメディケイドのナーシングホーム費用 (とくに改良のための費用、看護婦の訓練のための費用、研究費、研修、調査・企画) 等は削減されることになった^{注7)}。

ブッシュ大統領がとりあえず児童や妊婦のメディケイド対象を拡大したのは、その背景に多数の「無保険者」の群れの存在があることは明らかである。現在アメリカでは3,700万人にも及ぶとみられており、医療を受けるには実額を支払わなければならないのでこれらの人口集団の受療機会は著しく低くなる。したがって医療上のリスクが最も多い集団である児童や妊産婦に

図一 アメリカの医療保険適用状況



なお、全部を合計するとアメリカ人口の2億4,400万人を超えるが、このうち、2つのカテゴリーに入る人口も含んでいる（家族も同様）
 （資料）（Fortune 1988.9.26）

高い確率で現れるのである。しかし、無保険者が必ずしも失業者であるとは限らない。表-1にあるようにアメリカの無保険者（メディケイド受給者と重複するので先述の数字とは異なる）のうち2,300万人は働いている状態のままで無保険者である。

無保険者が多い理由として挙げられるのは、
 (1) 若年労働者が何度も職を変え、会社の保険がついてゆかないこと。(2) とくに中小企業の中には被保険者本人の保険加入は認めるが、家族等被扶養者の認定は全く行っていないところがあること。(3) 家族の中にあっても家族の範ちゅうを外れ、個人の取り扱いを受けるものが相当数に及ぶこと。(4) 家族保険料が過去10年の間に66%も上昇したこと。(5) 1980年代に入

ってインフレーションが鎮下し、医療の現物給付を現金給付に振りかえる企業が増えたこと、等々である注8)。

現在、議会ではエドワード・ケネディ (Edward Kennedy)、ポール・サイモン (Paul Simon)、ヘンリー・ワクスマン (Henry Waxman)、そしてウィリアム・クレイ (William Clay) 等の民主党議員がすすめている強制加入を原則としたアメリカ全国民を対象とする普遍的健康保険制度の提唱およびメディケイドの思い切った拡大策も、これらの無保険者の問題と深く連動している。

一方、こうした結果として起こる乳幼児死亡率の減少作戦に、政府は本腰で取りかかっている。現在アメリカでは1年間に4万人もの乳児

が、最初の誕生日を迎えないままに死亡しているといわれる（そのほとんどは未熟児）。未熟児の養育にかかる医療費も高額で40万ドル以上にも及ぶといわれ、貧困者や無保険者にとって負担する限度をはるかに超えている。ちなみに、アメリカの乳児死亡率は人口千対10.4で、先進国中19位の状態である（わが国は人口千対5.2）。連邦政府は1990年までにこの指標を9.0まで下げたい、としている。

連邦政府は本年、健康出生法（Healthy Birth Act of 1989）を議会に提出した。同法案の骨子は、連邦政府が各州に対し総額1億ドルの支出を行うことによって、貧困や無保険のハイリスクな妊婦や母親への家庭訪問事業を行うなど、効果的な健康児出生のための供給サービスを行うことである。各州はまた、わが国の母子健康手帳にあたるハンドブックを交付する。また先述のように、メディケイドの改革と連動するが、乳児または妊婦の医療および栄養摂取が複雑な手続きを経ずにできるように簡略化に取り組むよう規定している。従来この分野は医療の谷間で顧みられることも少なく、総合的なケアサービスに向けての第一歩として専門家の評判も良い。ただ、金額が一家族当たりとなると少なく、更に充実したサービスのための最初のステップであると捉えられている^{註9)}。

メディケイドの動きは、要約すると次のようになる。すなわち、限られた財源に一種のプライオリティをかけ、とくに妊婦、乳幼児のハイリスク集団を重点に置いた「特定化戦略」を行っている。この分野は、ケネディ法案に代表される民主党の健康保険法案に対抗し、ブッシュ政権の独自性をアピールする意図が明瞭に読みとれる。またワクスマン議員らが提唱するメディケイドの大幅な拡大策については、現実論、

財源論的な反論を無言で示す内容にもなっている。ただ、両議員の提案はアメリカ国内でも次第に関心を高めており、メディケイドについては更に改革の動きが現れるかもしれない。

4. おわりに

ブッシュ大統領が医療上当面している課題はあまりにも多い。たとえば、エイズ対策については、来年度予算として16億ドルの支出が見込まれている。その他にコカイン等薬物乱用の抑制策、国立の医療研究所の見直し問題、ホームレスの人々に対する医療、小児に対する医療等、数え切れない程である。

メディケアについては、DRG/PPSのより厳格な適用によって入院医療費の長期化による増嵩要因を引き続き抑制するとともに、PROs（Peer Review Organization）の審査を強化し、メディケアを供給する医療の利用率、質の監視を一層厳格にする政策が行われようとしている。ますます高齢化する社会における医療需要を、民間部門に振り分け、その一方で公的医療費をできる限り抑制する現政権の苦慮が現れている。

メディケイドについては国会で論議されている健康保険法案にからむ、無保険者層や低額保険加入者層の問題をかわすべく、ブッシュ大統領が打ち出した路線の明確化が、今後議会や国民の間でどのように受けとめられるか、注目されている。

いずれにしても連邦政府にとって、公的医療政策は国防政策とともに最も重大な責任が課せられた分野であるだけに、今後の動向もブッシュ政権の評価に影響を与え続けることは間違いないところである。

(注)

- 1) HCFA 資料 by Health Care Financing Review, 数字は推計値
- 2) 資料は1)に同じ
- 3) Underwriters' Report-December 29, 1988 Richard S. Schweiker, 'Long-Term Care: A Role for Our Industry' pp.69-70
- 4) アメリカのナーシングホームは、医療水準、入所者の要介護性の濃淡から3つの区分がある。すなわち医療を目的とし、医師の常駐が規定されているナーシングホームを 'Skilled Nursing Home' と称する。アメリカではこれは最もレベルが高い。ナーシングホーム入所者の54%はスキルドナーシングホームに入所している。
一方、生活の援助が目的で、単に身の回りの世話や軽い介護を行うのが 'Custodial Nursing Home' であって、医療の水準からいえば最も

レベルが低い。そして両者の中間としての性格を有するナーシングホームが 'Intermediate Nursing Home' である。

- 5) 資料は、Copyright 1988 Buck Consultants Inc. 'New Medicare Catastrophic Law...A Whole New Thrust' による。
- 6) 予算の概要は、エイズ対策、環境政策、ホームレス対策、児童に対する医療と並んでメディケイド予算についても増額を含む積極的な案を示している。資料：The official Newspaper of the American Public Health Association 'The Nation's Health' april, 1989.
- 7) The Official Newspaper of American Public Health Association 'The Nation's Health' march, 1989.
- 8) 同上, September, 1988.
- 9) 同上, may-june, 1989.

(やの さとし)