

保障の拡大・コストの削減：米国の医療制度改革

西村 由美子

1. 医療保障法

1993年11月、いわゆる「クリントン法案」が米国議会に提出された。ここで「クリントン法案」というのは、ジョージ・ミッチェル上院議員等によって上院に提出された法案（S. 1757: Health Security Act）と、リチャード・ゲッパード下院議員等によって下院に提案された法案（H.R. 3600: Health Security Act）である。これらはいずれもクリントン大統領と彼のタスクフォースの仕事に基づいて書き上げられた法案である。しかし、完全な三権分立を謳う米国憲法の下では、新たな法案の策定は立法府である議会の権限であるから、法案の実際の提出はこのような手続きを経て、議員によって行われなければならない。

さて、「医療保障法（Health Security Act）」と名付けられたこの法案は、国民皆保険の実現とメディケア・メディケイドからの大幅なコスト削減を主眼とする包括的な医療改革法案で、その概要は下記のとおりである。

(1) 国民皆保険制度は、あらゆる事業主に対して従業員への医療保険給付を義務づけること（Employer Mandate）、雇用されていない人々（個人事業主あるいは無職者）と従業員5,000人未満の企業には、州政府の主導によって一定の地域ごとに設置される医療保険共同購入組合で

ある地域組合（Regional Alliances）を通じて保険に加入させる体制をとることによって、その実現を期す。一方、保険会社は被保険者の既往症等（Pre-existing Condition）を理由として保険加入を拒否することを禁じられる。また、同一の地域組合に属する団体または個人には、同一の価格（Community Rate）で医療保険を販売するよう規制される。

(2) 保険給付は医師への支払い・病院経費・処方による医薬品購入費用のすべてをカバーするほか、長期療養費の一部・慢性疾患のための医薬品・精神病の療養費の一部および人工妊娠中絶のための費用も給付対象とする包括的なものであることとし、保険給付内容の全国的な基準として標準給付パッケージが設定される。

(3) 保険料については、原則として事業主が従業員の保険料の80%を負担し、被保険者個人は20%を負担する。ただし、事業主の負担総額は給与総額の7.9%（中小企業については3.5%から7.5%）を上限とし、超過分は国が補助する。さらに年間所得が連邦貧困基準の150%に満たない個人については、その保険料を補助する。

(4) 付加的な財源としては、メディケア・メディケイドのコスト削減によって浮く経費を充てるほか、タバコ税引き上げによる税収等をこれに充てる。

(5) 国家医療審議会（National Health Board）を設置し、これが国および地域の医療費

予算総額および標準給付パッケージの内容を設定し、また保険料の値上げ幅を制限するほか、地域組合の事業を掌管する。

(6) 医療関連の事務手続きを簡素化し、これによって経費節減をねらう。また医療過誤関連訴訟 (Malpractice) の弁護士経費に上限を設ける等の措置により、これにかかわる経費やそれに備えるための保険料の大幅削減をねらう等の包括的な改革を志向する。

2. 医療保障の拡大

「医療保障法」のねらいは、国民の医療へのアクセスの拡大およびその安定性の確保にある。その実現のために、無保険者問題の解決すなわち、現在何らの医療保険にも加入していない人々を保険に加入させる施策がとられるのはいうまでもないが、実は同時に、現行の医療保険の保障の範囲を拡大し、かつその安定性を高めることも重要な課題である。

2-1. 無保険者

米国内人口のおよそ14%にあたる約3,700万人は医療保険をもたず、医療への基本的なアクセスを欠いているといわれる。しかし、転職等に伴って一時的な無保険状態を経験する者までを含めれば、無保険者の数は5,000万人を越えるといわれている。

これら米国の無保険者の大半は、いわゆるワーキング・プア (Working-poor) とその家族である。調査によれば、無保険者の約半数は年間を通じてフルタイムで働いている労働者とその家族、約3分の1はパートタイムあるいは季節雇用等の不安定雇用にある労働者とその家族で、無業者とその家族は決して多数派ではない。

彼らの多くは、たとえば小さな飲食店やブティックに働いていたり、農作業の手伝い等の季節雇いの仕事について、人の入れ替わりの激しい労働市場に、しばしば不完全雇用の形で働いている。零細事業主である雇い主からは健康保険を給付されていないのである。しかし、彼らは自分と家族のために個人加入の医療保険を買うことができるほどには収入がなく、彼らは、そのために医療保険がない。

無保険者の多くが若齢層である事実から、彼らは若くて健康に自身があるために無理をしてまで医療保険を買う必要はないと考えて、他のことに金を使っているのだという意見がある。しかし、無保険者の3分の1は年収1万ドル以下で、年収2万ドルを超える者は3分の1に満たないという事実を考えれば、買わないというよりは買えないというのが、むしろその実情に近いであろう。収入だけからいえば、彼らは連邦貧困基準以下である場合も多いのであるが、しかし州のメディケイド適用基準は満たしておらず、そのため公的な医療扶助は受けられない。

一方、無保険者のなかには、本人あるいは家族の慢性疾患あるいは既往症のために加入できる医療保険がないという人々がいる。彼らは、もっとも医療保険を必要とする層であるにもかかわらず、いわば、その必要性の故に保険が得られないという逆説的な状況におかれている。多くの米国人にとって、こうした状況はもはや「ひとごと」ではない。米国では1990年に総人口の6%が既往症等を理由に医療保険加入の全面的あるいは部分的な拒否を経験したといわれており、また、現在は雇用先の企業から医療保険を給付されている人々でも、その半数以上は、転職によって現在の保険を失った場合には、既往症等のために新しい職場での保険加入を拒否

あるいは制限される可能性があるといわれている。

2-2. 安定性を欠いた保障

無保険者問題は、今日の米国民すべてにとって重大な問題となりつつある。米国には、高齢者のためのメディケアと、主として低所得層のための医療扶助であるメディケイド、および軍人等のためのいくつかの政府管掌の医療保険を除けば、公的な医療保険制度はない。医療保険は民間ベースの自由市場を基盤としており、人々はさまざまな方法で市販の保険を購入している。実際には、65歳未満の米国民の大半は企業を通じて医療保険に加入しているとはいえ、企業には従業員に医療保険を給付すべき法的な義務はない。

マーケット・メカニズムを基盤とする保険はリスク要因を排除しようとする。既往症等にかかわる規定がその第一で、多くの医療保険は、既往症や慢性疾患を理由に保険への加入を拒否したり、その疾病の治療費を給付から除外する規定を設けたり、あるいは該当の疾病の治療への給付を開始するまでに加入時点から一定の猶予期間を設ける等の制限を行っている。

また、各種の給付制限の問題もあり、特に保険会社の給付金額に支払い責任限度額が設けられていることは、重大な問題となりうる。保険会社による支払い責任限度額は疾病一件ごとに定められている場合もあり、年間当たりあるいは一生にわたる限度額として定められている場合もある。実際の金額にはばらつきが大きいですが、一生にわたる支払い制限としては25万ドルから100万ドル程度を上限とする保険が一般的である。

ところが、米国の医療費は高い。たとえば心

臓の弁の置換手術を受け、延べ4カ月入院したある患者に病院が請求した病院経費の総額は約100万ドルであった。この患者はメディケアに加えて、さらに市販のメディケア補足保険をもっていたが、それでも自己負担した金額は合計で10万ドルを超えた。

この例の場合には幸いにも保険が適用されたが、さらに高額になる場合ももちろん考えられ、あるいは請求額が保険会社の支払い責任限度額を超過する場合も当然ありうる。その場合にも、治療費の最終的な支払い責任は患者自身にあるから、保険会社の支払い限度額を超過した分の請求額は、当然患者自身の債務となる。企業のなかには保険会社の支払い限度額を超えた従業員の医療費を補助する保護制度をとっているところもあるが、そうした制度は必ずしも一般的ではない。したがって、多くの患者は、ここから先はまったくの自己負担を余儀なくされる。高額医療費補助の制度の設けられている日本では想像のつきにくい実態であろう。

つまり、もし重病にかかり、その治療費が保険会社の支払い限度額を超えた場合、多くの人はその余の治療費を自己負担することを余儀なくされることになり、この時点から先は無保険者と同じ状況におかれるのである。要するに、米国では、たとえ現在は企業から医療保険の給付を受けている勤労者といえども、一度きわめて高額な医療費を要する病気にかかれば、その病気の故に、ときには治療の最中からでも無保険状態に陥る可能性があるのである。このような事態は必ずしも一般的ではないかもしれないが、だからといって、決して起きないとは誰にもいえない。このような問題をもつ医療保険は、保障の安定性を欠いているといわざるをえない。

この意味で、米国民の多くは無保険者問題と無縁ではありえないのである。今日の米国で、医療へのアクセスの保障の問題がかくも重大視され、議会や行政府がその解決を迫られているのは、このような事実を背景にしてのことである。したがって、クリントン大統領のいうところの保障(Security)には、無保険者に医療保険加入への道を拓くという意味だけでなく、今日はともかく明日の医療保険の保障はないかもしれないと感じざるを得ない国民一般の不安を解消し、より安定した医療保険制度を実現するという意味が込められている。

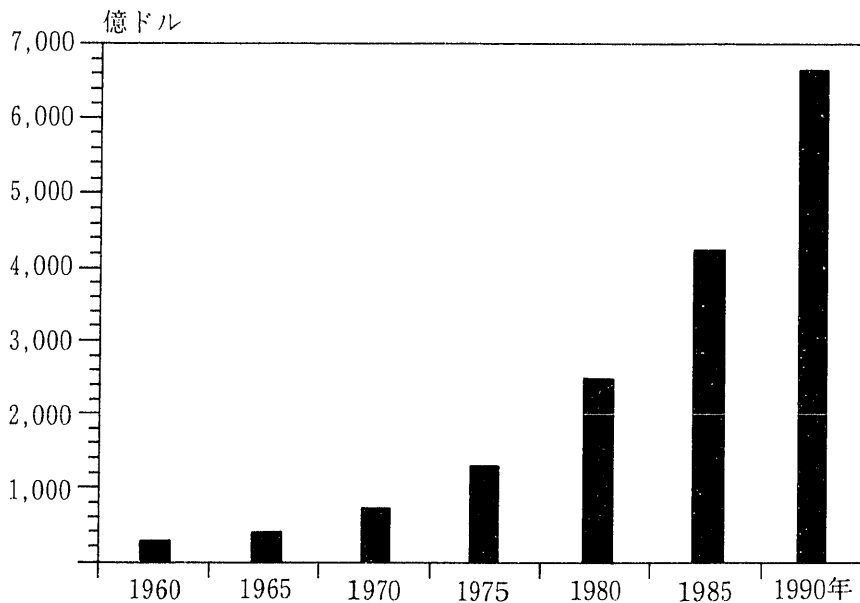
3. コストの削減

医療保障の拡大と並ぶ課題は、いうまでもなく、膨大な医療費をどう削減し、その伸び率をどう抑制するかである。

3-1. 膨大な医療費

1991年に米国が使った医療費の総額は7,580億ドルで、GDPの13.2%であった。この数値は他の先進諸国との比較においてもきわめて高い。しかも医療費は急激に上昇しており、もし現行の医療制度が改革されなければ、米国の医療費は今後もなお毎年13.5%の割合で増加し続けるものと予測されている。

米国の医療費がなぜこのように高く、またその増加率が大きいのかについては定説がない。一般的な説明としては、(1)高度先進医療を可能とするテクノロジーの導入とそれにかかる経費、また医師も患者もこのような最先端医療の実施を当然のことと考える文化、(2)人口の高齢化、(3)医療関連スタッフの賃金の上昇、(4)高額な医療費を消費する救急医療の対象となる事故や犯罪の多さ、(5)政府の医療費抑制策あるいは無保険者のために回収できないコストを、削減するのではなくに単に他の保険者に転嫁して回収することを可能とするコスト・シフティング



出典：Health Care Financing Administration, Office of the Actuary

図1 米国の医療費総額

の慣行等々があげられている。しかし、米国の医療制度がきわめて複雑であるために、たとえばこれらの要因の何がどれだけ医療費の増大に影響を及ぼしているのかを特定することはほとんど不可能である。

3-2. コスト・シフティング

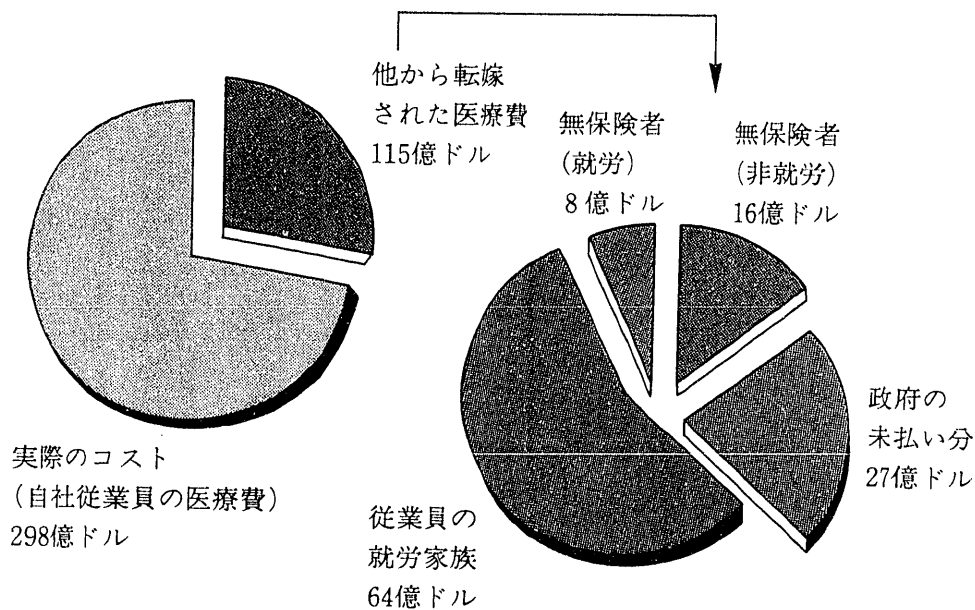
コスト・シフティングは、今日、二重の意味で国民の負担を重くしている。第1に企業間における保険料負担の不均衡の問題として、第2に病院等の医療供給機関内において行われている上乗せ請求の問題としてである。

企業間のコスト・シフティングの一例が図2に示されている。図は全国製造業協会（the National Association of Manufactures）が公表しているデータである。1991年に大手製造業者が従業員のために支払った医療費は年間413

億ドルであった。このうち直接に自社の従業員にかかった医療費は総経費の72.2%にあたる298億ドルだけで、残る115億ドルはコスト・シフティングによって他から転嫁された負担分である。この115億ドルのうち、約55%にあたる64億ドルは従業員の就労家族のための医療費負担、24億ドルは無保険者のために消費されて未回収となった医療費からの転嫁、残る27億ドルは政府管掌のプログラムからの未回収分からの転嫁であった。

ここにいう就労家族とは、他に仕事をもって働いている従業員の家族である。米国では、企業は従業員だけでなくその家族（主として配偶者と子ども）にも医療保険を給付するが、その際、これらの家族の就業上の地位は問われないのが普通である。したがって、従業員の家族は、他の企業に雇用されて働いている場合にも配偶

医療費負担



資料：米国製造業協会調べ

図2 製造業界へのコスト・シフティング (1991年度)

表1 患者への請求・患者からの支払い総額およびコスト (単位：千ドル)

	請求額(1)	回収額(2) (収入)	コスト(3) (支出)	請求率 (1)/(3)	利益率 (2)/(3)	回収率 (2)/(1)
1991年	636,211	358,956	344,146	184.9%	104.3%	56.4%
1992年	646,233	354,550	346,620	186.4%	102.3%	54.9%

資料：スタンフォード・ホスピタルの調査による。

者や親が勤める企業の医療保険に加入することができる。こうしたシステムをとるために米国では、給付内容のよい医療保険を給付している比較的大きな企業が、従業員を通じて、医療保険を給付していない企業あるいは給付内容の比較的貧しい企業に働いている家族にも医療保険を給付するという状況が生じている。

勤労者が自分の勤務先の企業を通じて医療保険に加入している割合は、雇用されている企業の規模と明確な相関関係があり、企業規模が大きくなればなるほど加入率は高くなる。従業員1,000人以上の企業では従業員の71%がその企業が給付する医療保険に加入しているが、24人以上100人未満の企業ではその数値は52%、10人未満の企業では25%以下である。これとは逆に、「配偶者あるいは親等の家族の医療保険に加入している者」の割合は企業規模が小さくなるほど高くなっており、従業員10人未満の企業では、全従業員の半数以上が家族の勤務先の企業を通じて医療保険に加入しているのである。要するに、米国では一般に、より小規模な企業の従業員のための医療費は、家族給付の形をとって、より大規模な企業によって支払われているのである。これらの企業の間には、明らかに医療費負担の不均衡がある。

ところで、スタンフォード大学病院を例にとって病院内で行われているコスト・シフティングの実態をみよう。表1は1992年度にスタンフォード大学病院が患者に請求した診療費の総額

表2 未回収の病院経費総額 (単位：100億ドル)

	1989年	1990年	1992年
メディケア	6.9	8.2	14.4
メディケイド	4.2	4.6	8.1
無保険者	8.9	9.6	11.9

出典：Lewin-ICF, April, 1992, ProPAC. Report to Congress, June 1992

とそのコスト、および実際の回収額等を示している。表に明らかなおと、請求額に対する回収額は55%に満たない。請求したにもかかわらず支払われなかった金額の大半は、保険者から「値切られた」ために生じた未回収分である。請求を値切るのはどの保険者にも共通の対応であるのだが、中でも、もっとも大幅な値切りを行っているのは政府である。スタンフォード大学病院の場合でみると、メディケアの支払い率は請求額の約50%、メディケイドはわずか約25%である。

このような多額の未回収が政府管掌保険から生じているのは、スタンフォード大学病院だけに特有のことではない。政府がメディケア・メディケイドの償還率を引き下げたことにより、米国では、多くの病院が政府から回収できない医療費コストを赤字として抱え込むようになった。さらに、各病院が無保険者の治療に要した費用も同様に未回収のままとなっている。これらの未回収の医療費は1992年には米国全体で合計3,440億ドルに上っており、しかもその額は年を追って急速に増大してきている。

4. クリントン大統領の医療改革構想

いわゆるクリントン法案が原案のまま実施されたとしたら、米国の医療制度はどのように変化するであろうか。「医療保障法」の構想に基づいてさまざまなシミュレーションを含む予測的な研究が行われてきている。そのひとつである「医療保障法の財政的インパクト」(Lewin-VHI, Inc., "The Financial Impact of The Health Security Act" Dec. 1993)を参考にしながら、クリントン大統領の医療改革構想を検討しよう。

4-1. 医療保険制度改革

「医療保障法」が実施された場合の保険加入の仕組み、選択できる保険の種類はどのように変化するであろうか。図3にその概要を示した。従業員5,000人未満の企業の従業員とその家族、自営業主とその家族、および無業者は、医療保険の共同購入のための地域組合を通じて医療保

険を購入する。従業員5,000人以上の企業は単独の保険者として市販の保険を購入するか、あるいは任意に他の企業と連合して購入団体となるか、または自社保険を給付する。メディケア加入者については従来どおりの制度を維持する。その際、加入者は、少なくとも3種類の保険の中から好みのパッケージを選択できるものとされている。

このような改革に伴い、保険者の構成が大きく変化する。図4は現行制度と医療保障法実施後の保険者構成を比較している。医療保障法が実施されると、地域組合を通じて医療保険に加入する者が、有業・無業合わせて全人口の4分の3以上を占め、企業単位の加入者は従来の56.8%から10.7%まで減少する。改革後には原理的には無保険者は存在しない。

すべての事業主に従業員への医療保険給付が義務づけられ、また地域組合の設立等により零細事業主にも従業員への医療保険給付が可能になれば、現行制度の下でみられる企業間のコスト・シフティングによる医療費負担の不均衡の

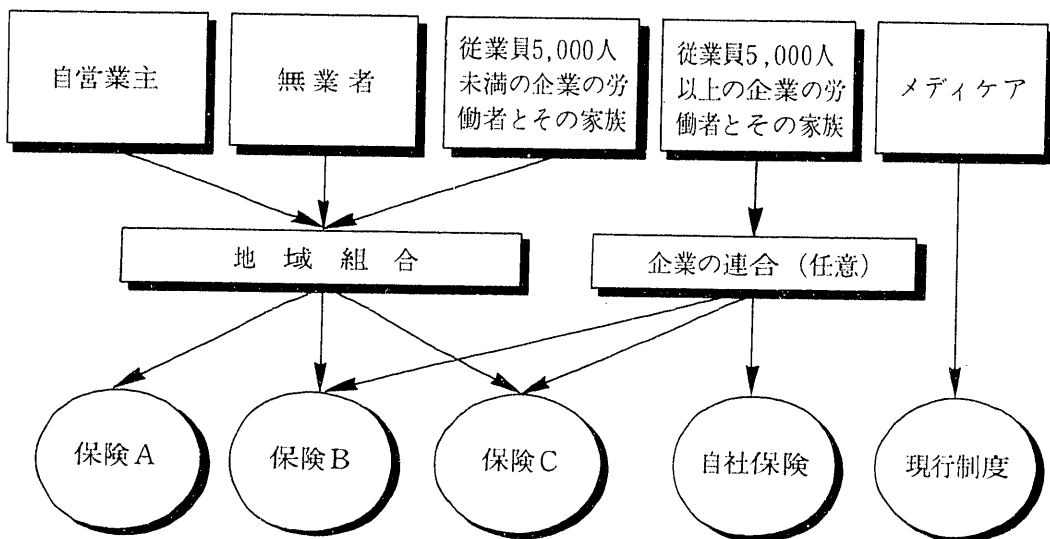
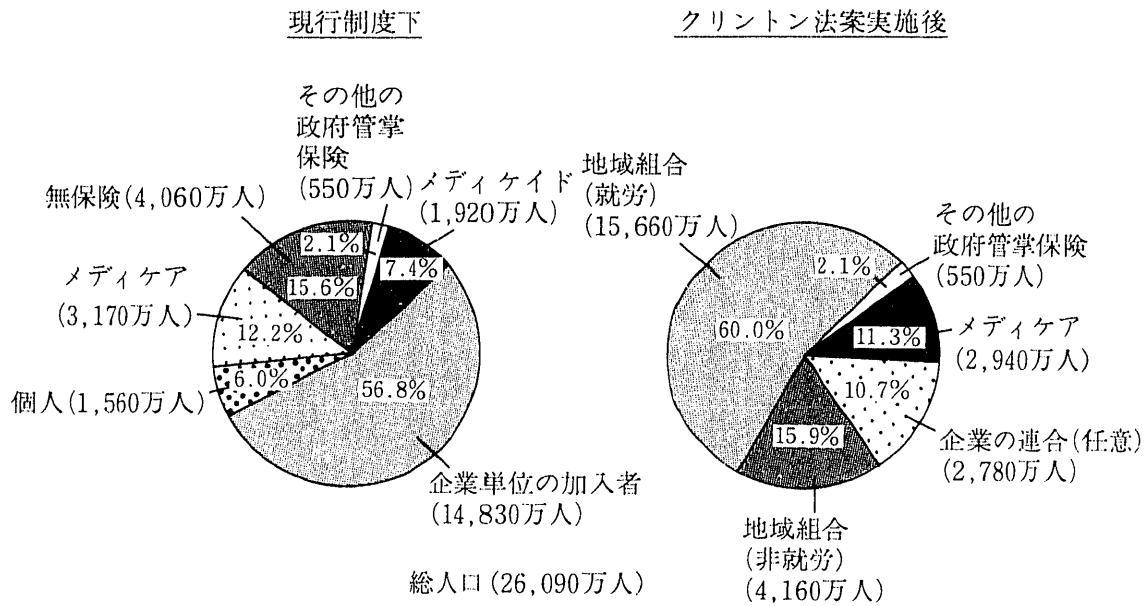
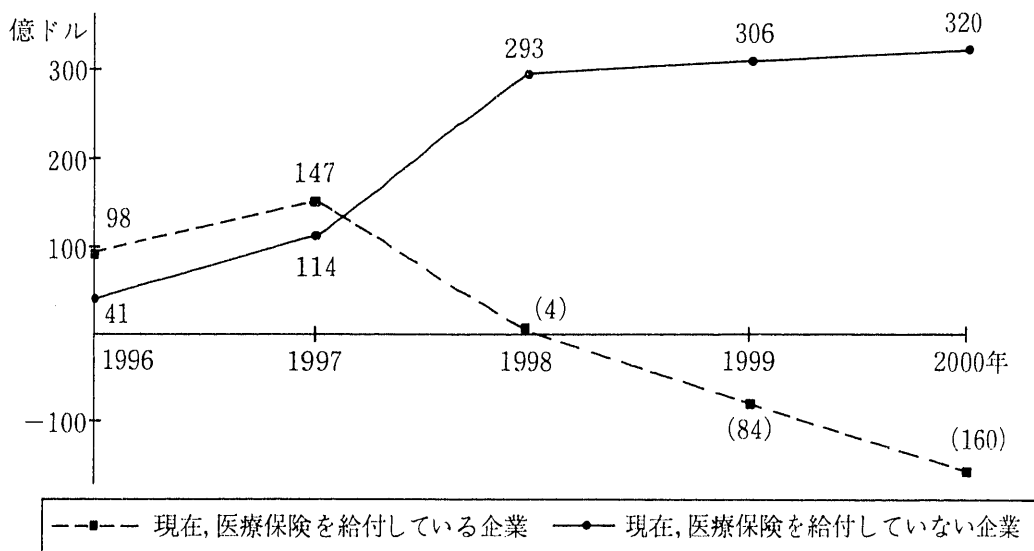


図3 クリントン法案下の医療保険制度



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図4 保険者構成の変化



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図5 企業の医療費負担 (予測)

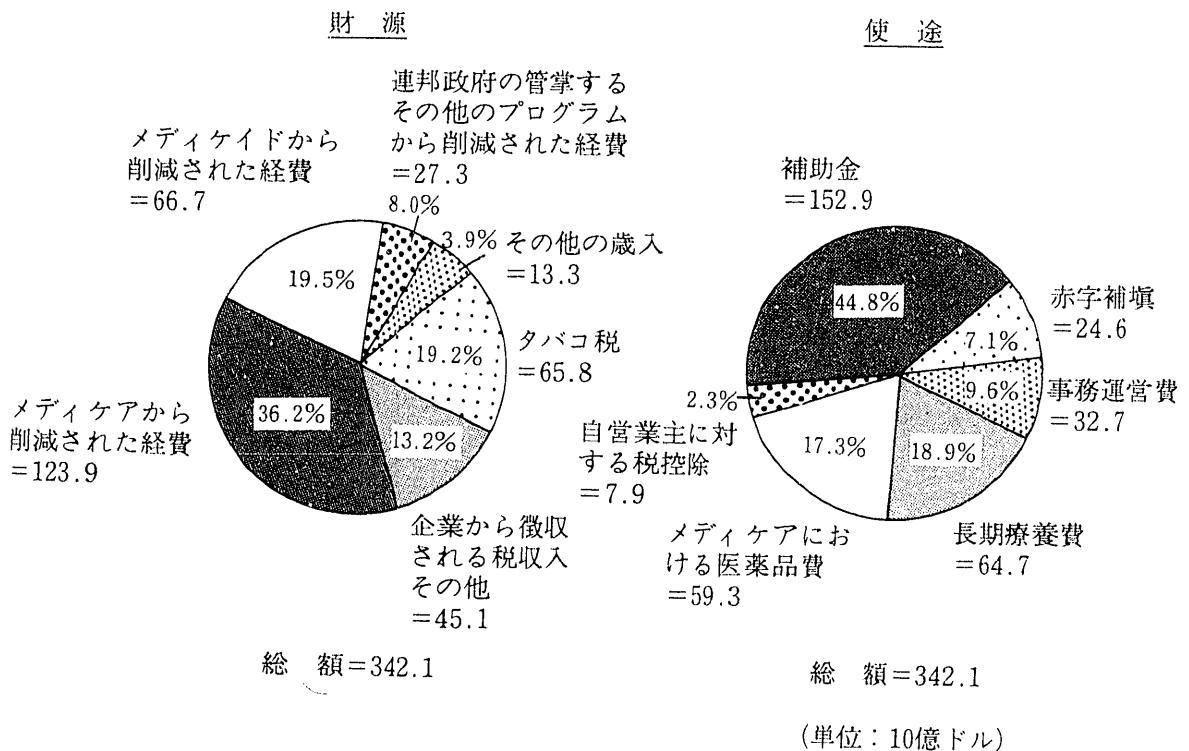
問題は解消することが期待される。しかし、これによって従来から従業員に医療保険を給付してきた企業の医療費負担は軽減するが、一方、当然のことながら、現在まで従業員に医療保険を給付してきていない企業の負担は増大する(図5参照)。

4-2. 医療費の抑制

クリントン大統領の医療制度改革は、基本的な財源をメディケア・メディケイドから節減された経費によって賄うことを期している。図6には、1994年から2000年にかけての医療費の財源とその用途についての見積もりが示されている。財源の63.7%はメディケア・メディケイドおよびその他の政府管掌保険から節減された経費、19.2%はタバコ新税、13.2%は企業からの

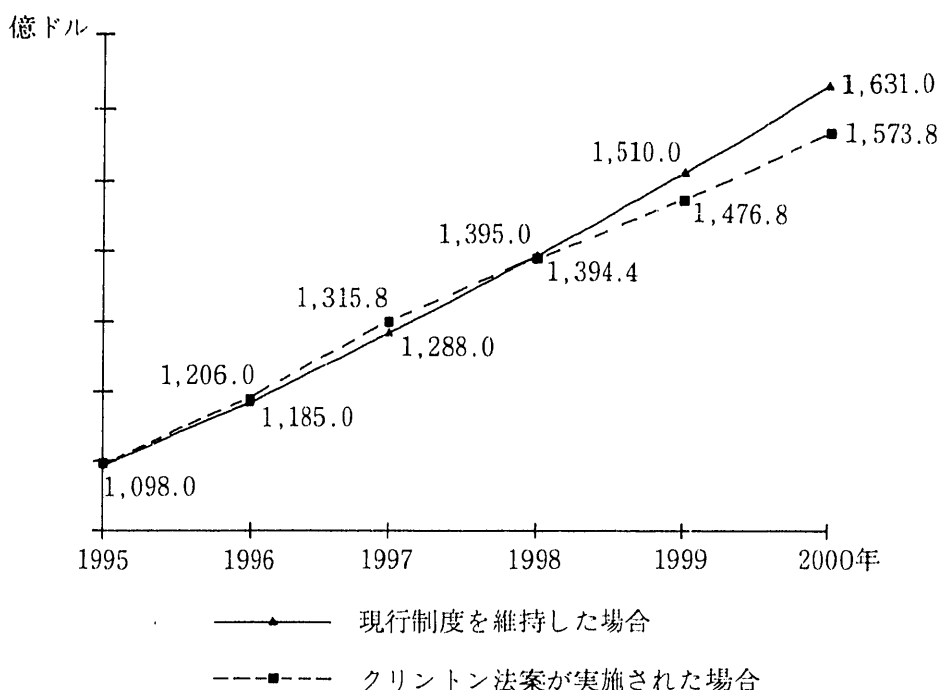
税収である。用途は、44.8%が企業あるいは個人に対する補助、18.9%が長期療養費、17.3%がメディケアに付加される医療品費給付に充てられることになっている。

ところで医療費の抑制であるが、予測によれば、医療保障法が実施されても、初めの1年間の医療費の伸びは現行制度を維持した場合とほとんど変わらず、抑制効果は翌1999年から初めて期待できるものと見込まれている(図7)。しかし、医療費の対GDP比に関する予測によれば、現行制度を維持した場合の2000年の医療費の対GDP比は18.7%であるのに対し、「医療保障法」下での2000年に医療費の対GDP比は18.0%と予測されており、その差は大きくない。



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図6 医療費の財源と用途



出典：Lewin-VHI estimates using The Health Benefits Simulation Model (HBSM), "The Financial Impact of The Health Security Act"

図7 米国の医療費総額（予測）

5. クリントン構想への批判

クリントン大統領の医療制度改革構想に対する批判の論点を列挙してみよう。

(1) 当初から繰り返されているのは、改革の費用についての見積もりがあいまいという批判である。クリントン大統領のタスクフォースは、医療費は抑制できるという前提の下に、1999年の医療費を1,810億ドルと見積もっている。議会の予算局（CBO）はこれを批判し、少なく見積もっても2,258億ドルはかかるとの試算を発表している。しかし、多くの研究者あるいはマスメディアは、予算局の見積もりもまだあまいとして批判している。こうした批判とともにニュ

ーズ・ウィーク誌が発表した見積額は2,700億ドルであった（1994年2月21日号）。

(2) 改革に要する費用はメディケア・メディケイドから節減された経費で賄うことができるとの構想にも疑問を呈する声が高い。先ごろまで前ブッシュ政権でメディケアを統括する部局の責任者であったゲイル・ウィレンスキーは、筆者のインタビューに応え、この点について「これまでのメディケアのコスト削減の65%までが病院等への支払いを一方向的にカットした結果であることを考えれば、これ以上のメディケアからのコスト削減はむずかしいというべきだ」と語っている。

(3) 事業主に従業員への医療保険給付を義務づけることには、医療費負担が企業活動を阻害

し、ひいては企業の国際競争力をも弱めかねないとして中小企業を中心に反対が根強い。実際、前述したとおり、現在まで従業員に医療保険を給付してこなかった企業については、その医療費負担は改革後に大幅に増加することが明らかである。

(4) クリントン構想における地域組合の規模を疑問視する声も高い。こうした批判の先鋒は、そもそも医療保険の共同購入のための地域組合という概念を提唱した医療経済学者のアラン・エントーベンである。医療保険市場を活性化するためには、地域組合に組織される企業は全体の30～55%程度までであるべきであり、そのためには地域組合に加入する企業は従業員100人未満までとすべきだというのがエントーベンの主張で、従業員5,000人規模までの企業に地域組合への加入を強制するクリントン構想では、市場を活性化させることができず、したがってマネージド・コンペティションがうまく機能しないので、市場原理に基づく医療費の抑制効果は期待できないというのが彼の批判である。

(5) クリントン構想の下で政府による統制が強まることも危惧されている。地域組合の規模が大きすぎるとの批判には、この組合が州単位のシングル・ペイヤーになるのではないかと危惧する声も高い。国家医療審議会の設置には特に批判が集中しており、医療費予算総額の設定や保険料の値上げ幅の統制など、あらゆる価格統制に対する批判が各方面からなされている。また、標準給付パッケージの内容の規制などを通じて医師等の医療行為に対する口出しが行われ、医療従事者の専門職としての自律性がそこなわれるのではないかと危惧から、医師の団体の多くがクリントン法案を批判している。

6. 議会における修正

本稿冒頭でも述べたとおり、米国では法律の制定に責任を負うのは立法府すなわち上下両院からなる議会である。新しい法案が成立するためには、その法案はまず上下両院でともに可決されなければならない、さらに大統領がこれに署名しなければならない。

上院あるいは下院に提出された法案は、まず管轄権のある委員会に送られる。法案を付託された委員会は、さらにその法案を該当の小委員会に割り振って審議させる。小委員会は証人を召喚して行う聴聞会等を開催しながら法案の審議を行い、審議結果と修正事項をまとめ、これを全体委員会に送付する。全体委員会はその法案を審議し、さらに法案を修正補足したうえで、これについての採決を行う。採決の結果採択された法案は、委員会の報告書とともに本会議に上程される。審議過程における法案の修正は、文字どおり一言一句にわたって厳密に行われるので、このようにして修正された法案が提出時の原案とは大幅に異なっていることも決して稀ではない。

ところで、本会議での審議は、下院の場合にはかなり迅速に行われる。議員のスピーチにも、下院では時間制限が設けられている。一方、上院には、審議に際しては討議を尽くすという長い伝統があり、議員のスピーチにも何らの制限も加えられないのが通例である。このため、上院の場合には、ある法案についての委員会案がまとまったとしても、この法案が具体的にいつ成立するか（あるいは成立しないか）を見通すのはむずかしい。

今期の医療改革法案の審議も上述のような過

表3 上下両院の修正案とクリントン法案

	クリントン法案	下院の修正案	上院の修正案
保険制度	1998年までに皆保険制度を実現。	1999年までに皆保険制度を実現。	任意の保険購入組合や保険市場の改革・政府の補助に上りて2000年までに全国民の95%まで医療保険を普及させる。2000年1月1日までにこれが達成されなければ、代替システムが適用される。2002年1月1日に95%の普及を達成しない州では、従業員25人以上の企業は、従業員への保険給付を義務づけられ、保険料の50%を支払う。
給付内容	包括的な給付内容をもつ標準給付パッケージの設定：精神病の治療費、処方薬、リハビリテーション、ホスピス、在宅医療・長期療養費の一部を給付、さらに人口妊娠中絶への給付も行う。	包括的な標準給付パッケージの設定：処方薬、精神病予防的なケア、長期療養のための在宅・地域ケア・プログラムの新設。人口妊娠中絶への給付については検討中。	標準パッケージには予防的なサービス、処方薬、リハビリテーション・サバイバル、精神病および薬物・アルコールに対する治療費、避妊指導および妊産婦への給付、ホスピスおよび在宅医療費さらに高齢者・障害者に対する長期療養費の一部を含む。
保険者	大多数の国民は地域ごとに設置される医療保険購入共同組合を通じて保険に加入する。従業員5,000人以下の企業はこの組合に加入しなければならぬ。65歳以上の高齢者については現行のメディケアを維持する。	事業主は医療供給者に関して選択の自由のある医療保険を最低限1つとマナージングヘルス・プランを1つ給付することと義務づけられる。従業員100人未満の中小企業の従業員は連邦政府の職員と同じ保険者を通じて保険を購入するが、あるいは新たなメディケア・パートCに登録できる。このメディケア・パートCは無業者・低所得層・バレー・タイム従業員および季節労働者にも適用される。	企業は最低3種類のプランを提供するようお願いされるが、保険料の負担は要求されない。従業員500人未満の企業は医療保険購入組合を通じて保険を購入することと認められる。州は少なくとも人口25万ごとに任意の医療保険共同購入組合を設置する。生活保護受給者、自営業主および従業員500人未満の企業に働く労働者は、連邦政府の職員に適用されるプログラムを通じて保険を購入することとできる。
財源	事業主は従業員個人の保険料の約80%、また従業員の家族の保険料の約55%を負担(但し給与総額の7.9%まで)。個人は保険料の20%までを支払う、その他5,000人以上の企業が支払う保険税とタバコ新税(現行の1箱24セントから99セントまで漸次引き上げ)を財源に充てる。	事業主は保険料の約80%、従業員は約20%を負担する。大企業は1997年までに、従業員100人未満の企業は1999年に開始。その他タバコ税引き上げ(1箱24セントから69セントまで)、保険料への課税(2%)およびメディケアから削減経費。	主な財源にはタバコ税の引き上げ(1箱24セントから69セントまで)と銃砲税の引き上げ、メディケアからの削減経費を充てる。1.75%の保険料税を新設。
政府による補助	従業員75人未満かつその平均賃金が2万4千ドル以下である中小企業については、事業主の保険料負担を支払い給与総額の3.5%から7.9%までの範囲にとどめる。連邦貧困基準の150%以下の所得水準にある労働者については保険料の支払いを政府が補助する。	従業員50人未満の小・零細企業に働く低所得層および連邦貧困基準の2.4倍以下の所得層には政府が補助を行う。	政府は1997年から連邦貧困基準以下の低所得層の保険料を全額補助する。さらに、貧困基準の185%以下の低所得の妊産婦および19歳以下の子どももの保険料も全額補助する。また従来保険給付を実施してこなかった企業に給付開始にあたっては補助金を交付。
コスト削減	国家医療審議会が国および地域の医療費総額を決定し、また保険料の値上げ幅を制限する。	5年以内に医療市場でコスト抑制が機能しない場合、予算を超過した病院に対して政府が価格統制を導入する等のコスト・コントロールを行う。	規定よりも速くコストが上昇した医療保険は25%の課税。連邦委員会は医療コストを監視し、コスト抑制方法を勧告する。
医療保険改革	保険会社は既往症等を理由とする加入制限を設けることができない。地域医療保険購入組合のメンバーにはすべて一律の保険料が適用される。	保険会社は既往症等を理由とする加入制限を設けることができない。従業員100人未満の企業は地域の平均保険料で保険を購入することとを保障される。	保険会社は既往症等を理由に保険加入を拒否することができない。国民は転載してても保険を継続できる。

程を辿る。医療改革法案は、現在、委員会での審議を終え、修正されて上下両院の本会議に上程されたところである。表3は、上下両院それぞれがまとめた修正法案と議会に提出された時点での「医療保障法」を比較対照している。表に明らかなおり、かなりの修正が行われた。クリントンの原案では1998年までに国民皆保険を実現する構想であった。これに対して、下院の修正案では1999年までに国民皆保険を実現する構想となつてはいるが、上院の修正案では皆保険実現は謳われておらず、2000年までに95%までの普及を目標とするものとされている。

事業主に従業員への医療保険給付を義務づけること (Employer Mandate) については、下院ではこの条項が残されているものの、上院では削除された修正案になっている。医療保険の共同購入のための地域組合については、上院案には残されたが、下院案では削除され、これに代わって無保険者や低所得者に医療保険を給付するための新しいプログラムであるメディケア・パートCが構想されている。

上下両院の修正案と「医療保障法」との大きな違いは、両修正案が、「医療保障法」のように法案の実施のために最初から政府による強い統制を打ち出すことをせず、そのかわりに、まず市場原理に基づく改革を実施するために数年間の試行期間ともいふべき期間をとり、この間に目標が達成できなかった場合にのみ、その後にはより強い統制策をとるという時限条項を盛り込んだ二段構えの改革案となっていることである。

7. 法案審議の今後

下院の修正案は7月29日に、上院の修正案は

8月2日に、それぞれ本会議に上程された。上下両院は今後、医療改革法案の採決に向けて精力的な審議を展開することになる。8月12日からは夏の休会が予定されている。したがって、審議に時間をかけないことを通例とする下院では、8月前半にも審議終了し、最終法案が成立する可能性がある。だが、上院での審議が今後どう展開するか、最終法案がいつ成立するかを見通すことはきわめてむずかしい。

もし9月中に上下両院で最終法案が採択されれば、その後両院協議会が召集され、両院それぞれの最終法案の内容的な調整作業を行うことになる。その結果、両院協議会が合意に達することができれば、協議会報告書が作成され、両院に送付される。上下両院では、改めてこの協議会報告を検討し、採択を行う。その結果、上下両院が同一内容の法案を採択することで合意できれば、合意された法案が事務方に送られ、法律としての体裁を完全に整えられてから大統領に送付されることになる。そして大統領がこれに署名すれば、法案として成立する。

最終的な妥協点がどこになり、どのような内容の医療改革法案が成立するかについては、いまだに議論が分かれている。しかし、大勢は中間選挙の前までに何らかの医療改革法案が成立するであろうとの見方に傾いてきた。

何と云っても、クリントン大統領自身が譲歩の姿勢を示しはじめている。実際、上下両院に上程された修正案のいずれについても、クリントン大統領は支持を表明している。法案提出以前から強く主張し、これを実現しない法案に対しては拒否権を発動するとまで主張してきた国民皆保険制度の実現についても同様で、上院に修正案が提示されてからは、最終的に、近い将来に皆保険が実現されるのであれば、当面は95

%の普及を目標とする法案でも許容できるとして譲歩の姿勢を示している。

この場合、最終的にどのような法案が成立したとしても、たとえその法案がいわゆる原案としての医療保障法から大幅に修正され、ある部分については原形をとどめないものであったとしても、この最終法案の成立によって、クリントン大統領が勝利宣言を行うことは間違いない。また、この法案が、歴史の上ではクリントン大統領の名を冠して呼ばれるものとなるであろうことも間違いないであろう。

主要参考論文・文献等

- 1) 今期の議会に提案されている主要な医療改革法案
 “American Health Security Act of 1993” :
 Wellstone, Senator Paul, *et al.* S. 491
 “American Health Security Act of 1993” :
 McDermott, Congressman Jim, *et al.* H.
 R. 1200
 “Health Security Act” : Mitchell, Senator
 George, *et al.* S. 1757
 “Health Security Act” : Gephardt,
 Congressman Richard, *et al.* H.R. 3600
 “The Managed Competition Act of 1993” :
 Breaux, Senator John, Durenburger,
 Senator David, *et al.* S. 1579
 “The Managed Competition Act of 1993” :
 Cooper, Congressman Jim, Grandy, Con-
 gressman Fred, *et al.* H.R. 3222
 “Health Equity and Access Reform
 Today” : Chafee, Senator Jim, *et al.* S.
 1770
 “Health Equity and Access Reform
 Today” : Thomas, Congressman Jim, *et*
al. H.R. 3704
- 2) 筆者自身による有識者へのインタビュー調
 査。これらのインタビュー結果の一部は、「イ
 ンタビュー／識者に聞く：米国の医療と医
 療改革」と題して雑誌「厚生」に連載中。
- 3) “Memorandum for Republican Leaders” :
 Republican National Committee/H. Bar-
 bour (ファックスで全米の登録会員に送られ
 ているニュースレター)
- 4) “Health Care Reform Weekly” Vol. 22,
 No. 36, Oct. 4, 1993 以降の全イシュー
- 5) Richard M. Sorian and the Editors of the
 Health Care Information Center, “A New
 Deal For American Health Care”, Fau-
 kner and Gray, 1993
- 6) 季刊“HEALTH AFFAIRS”所収の以下の
 論文
 Jon Christianson and Ira Moscovice,
 “Health Care Reform and Rural Health
 Networks”, Fall 1993
 James W. Fossett, “Medicaid and Health
 Reform”, Fall 1993
 Mark V. Pauly, “U.S. Health Cost : The
 Untold True Story”, Fall 1993
 Henry J. Aaron, “Commentary : Budget
 Limits and Managed Competition”, Fall
 1993
 Alice M. Rivlin, David M. Cutler, and Len
 M. Nicholas, “Financing, Estimation,
 and Economic Effects”, Spring (1) 1994
 “Economic Analysis of the Clinton Plan”,
 By Henry J. Aaron, Stuart Altman,
 Alain C. Enthoven and Sara J. Singer,
 Vivtor R. Fuchs, Jack Hadley, Joseph P.

- Newhouse, Mark V. Pauly, Uwe E. Reinhardt, Gail R. Willensky, Spring (1) 1994
- Karen Davis and Cathy Schoen, "Universal Coverage: Build on Medicare and Employers", Spring (2) 1994
- Frank B. McArdle, "How Would Business React to an Employer Mandate?" Spring (2) 1994
- Edward G. Grossman, "Comparing the Options for Universal Coverage", Spring (2) 1994
- Robert E. Moffitt and Sylvester J. Schieber, "Perspective on Mandates", Spring (2) 1994
- Stanley Jones, Donald M. Cohodes, and Barbara Scheil, "The Risks of Ignoring Insurance Risk Management", Spring (2) 1994
- Thomas R. Oliver and Emery B. Dowell, "Interest Groups and Reform: Lessons from California", Spring (2) 1994
- Lawrence D. Brown, "Commentary: Politics, Money, and Health Reform", Spring (2) 1994
- Jane E. Sisk and Sherry A. Glied, "Innovation under Federal Health Care Reform", Summer 1994
- David F. Durenberger and Susan Bartlett Foote, "Commentary: Technology and Health Reform: A Legislative Perspective", Summer 1994
- 7) 島崎謙治「米国の医療保障制度改革の展望(1)～(6)」『週刊社会保障』No. 1795-No. 1800, 1994年6月27日号—1994年8月1日号
- 8) 拙稿「米国の医療改革を読む (1) 六つの医療改革案を検討する」『社会保険旬報』No. 1820, 1993年12月1日号
- (にしむら・ゆみこ
スタンフォード大学 アジア/パシフィック
リサーチセンターアシスタントディレクター)