

## 医療改革をめぐる米国議会の動き

平 岩 勝

### はじめに

米国において深刻な社会問題となっている医療問題の解決に向けて、多数の法案が議会に提出されている。医療問題への対応が今年の中選挙の重要な争点となることは必至であり、民主・共和両党の間で熾烈な論争が行われている。これまで、クリントン大統領の提出した法案は、常に議論の中心にあり、関係団体を含めその是非について議論がなされてきた。しかし、他の法案については、一部の例外を除き議論が行われていないばかりかその内容もよく知られていないものもある。そこで本稿においては、主要法案の内容の紹介およびそれぞれの法案についての分析を行うこととしたい。その後、議会での審議の模様を中心に医療改革に向けてのこれまでの動きを振り返ることとする。

### I 主要法案についての考察

医療改革については、高騰する医療費の抑制と無保険者問題の解決が最重要課題といわれているが、この問題が難しいのは、医療の質を低下させないという条件がついているからである。また、今回の改革の議論は単なる学問上の論争ではなく、現実に実行可能なものでなければならぬ。こうした視点から、現在提出され

ている法案につき、①医療費を抑制できるか、②無保険者がどの程度削減されるかを検討し、その結果、③質の高い医療が提供されるかについて考えてみる。さらに、④事務処理面や費用負担面から、さらには国民性になじむか、という面から実行可能であるかについて検討することとする。(事務の簡素化や医療過誤訴訟改革による医療費の抑制等、各法案に共通する事項についてはここでは省略する。)

#### 1 マクダーモット案

カナダで実施されているような州単位のシングルペイヤー（公営単一支払者）制度を設立し、国民皆保険を達成しようとする案である。各州政府は、入院費用、医師費用、地域型プライマリケア、予防ケア、長期介護（ナーシングホーム、在宅医療、在宅長期介護、ホスピス）、処方薬、歯科、精神保健、薬物乱用、診察検査等を含む包括的給付を提供する義務を負うことになる。財源は、法人税の引き上げにより賄うこととし、受診時の保険免責額、本人一部負担額は無い。

##### ① 医療費を抑制できるか

シングルペイヤー制度では、政府のみが医療資源の配分について決定権を有するので、医療制度が非常に簡素化されるとともに、予算及び診療報酬を通じた医療コントロールが確実に行われるので、医療費の抑制が期待される。しか

し、無保険者に係る医療費の追加及び給付範囲の拡大により医療費が増加するので、全体として医療費が減るか否かが問題となる。仮に現在のメディケアパートBの診療報酬に基づく償還の仕組みによることとした場合、医療費は増加するというのが一致した見解である。もちろん、政府による強力な価格統制により医療費を下げることは可能であるが、この場合、後で述べるように医療の質の低下が心配される。

## ② 無保険者がどの程度削減されるか

全国民が医療保険加入を義務づけられることから理論的には無保険者は解消されることとなる。また、原則として、保険料負担や医療サービス受給時の本人一部負担はないことから経済的理由による無保険状態という問題は解決されることとなる。

## ③ 質の高い医療が提供されるか

①でみたように、医療費を抑制するためには、予算や診療報酬の制限に頼らざるを得なくなる。医療提供者は、価格が抑えられた場合、目に見えない部分である医療の質を下げざるを得ない。この場合の医療の質的低下が、過剰な医療を適正化するものなのか、必要な医療までが制限されてしまうのかについては議論の分かれるところである。

## ④ 実行可能であるか

州政府が制度の運営を担当するので、責任の所在が明確であり、行政機構の拡大や財政負担の増加が予想以上になった場合にも、民間主導の制度に比べ安定した運営が期待できるものと考えられる。しかし、アメリカ人の国民性には非常になじみにくい制度である。米国民は自立独立の性格が非常に強く、また伝統的に政府に対する不信感が大きいことも周知のとおりである。シングルペイヤー制度では、政府が医療に

強力に干渉することとなり、多数の国民の理解を得るのが最も困難な法案であるといえよう。

## 2 クリントン大統領案

クリントン大統領案は、個人や小企業にも大企業並みの購買力を付与する保健連合への加入を義務づけることにより国民皆保険を達成し、同時に、競争を促進させ、医療費も抑制しようとする。連邦政府は全国一律の内容の包括標準給付を決定するが、その内容は、医師の診療、入院治療、救急医療、ホスピス、在宅医療、医薬品、各種検査、視力・聴力関係医療、定期検診、予防接種、児童のための予防的歯科医療、妊娠関連サービスを含む広範なものとされている。国民は、低い負担で一定のネットワーク内の医療機関のみを利用するHMO方式、負担は比較的高いが自由に医療機関を選択できる出来高払い方式、優先的医療機関が提示され、それを受診すれば低額、それ以外を受診すれば高額の自己負担となるPPO方式のいずれかの型の医療保険に加入することとなる。事業主は、従業員の医療保険の保険料の8割を負担する義務を負うが、中小企業対策として、従業員数および平均賃金に応じて割引保険料が適用される。従業員は残りの20%を負担することとなるが、低所得者には補助金が支給される。医療費抑制は一次的には競争に依存することとなるが、歯止めとして保険料の伸び率に上限が設定される。

### ① 医療費を抑制できるか

クリントン大統領案はシングルペイヤー案とマネジドコンペティション案の両者の性格を兼ね備えている。病歴別保険料設定の禁止等の保険制度改革や保健連合の設立により消費者が購買力を取得するので、医療提供者や医療保険会

社間の競争が促進され、医療費の減少が見込まれているが、それだけでは不十分な場合、診療報酬の設定や保険料の伸びの上限設定等の政府による規制をも併せて利用することとしている。政府の規制に関する議論はシングルペイヤー案と同様であるので、ここではどの程度競争が促進されるかを具体的に見ていきたい。

競争の促進は保健連合の設立によるところが大きいが、地域保健連合および自家保険である企業保健連合のうち、特に前者に加入者を集めることに重点が置かれている。地域保健連合加入を免除されるのは従業員規模5,000人以上の企業であるが、他の法案では100~500人以上であるのと比べて著しく高い。また、保険料負担上限は企業保健連合には適用されないこと、企業保健連合に対する特別税等を考え合わせると、企業保健連合設立はかなり不利になる。議会予算局の推計によれば、企業保健連合を設立する場合、従業員1人当たり800ドルの費用が余計に必要となる。さらに、保健連合への加入は

義務的であるため、地域保健連合は相当大規模となるほか、従来の無保険者やリスクの高い者が加入しても健康な者の脱退が生じないため、保険集団内部のリスクの増大、ひいては保険料の上昇を緩やかに抑えることが可能となる。こうして消費者が実質的に購買力を得れば、医療保険会社間での競争はかなりの程度促進されるものと思われる。

② 無保険者がどの程度削減されるか

本案は法律上全国民に医療保険加入を義務づけるだけでなく、保健連合の設立、事業主による保険料負担義務づけ、低所得者や小企業向けの補助金、早期退職者に対する政府の負担等、財政面で国民皆保険の達成を担保する措置がとられている。病歴別保険料設定や医療保険契約更新の拒否の禁止等の医療保険改革が大きな役割を果たすことはいうまでもない。

③ 質の高い医療が提供されるか

保健連合の規模を背景に消費者が購買力を持つとすれば、競争原理を全く放棄したシングル

表1 クリントン大統領案を実施した場合の保険料水準推計 (単位：ドル)

区 分	クリントン	CBO	EBRI	Wyatt	Hewitt	HIAA
単身世帯	1,932	2,100	2,202	2,285	2,440	2,509
夫婦世帯	3,865	4,200	4,404	4,570	4,880	5,419
片親世帯	3,893	4,095	4,008	4,603	4,619	4,270
両親世帯	4,360	5,565	6,210	5,155	6,946	7,278

出典：

*Health Security : The President's Report to the American People*, U.S. President  
*An Analysis of the Administration's Health Proposal*, Congressional Budget Office, February 1994  
 Simulations using the March 1993 supplement to the Current Population Survey : Employee Benefit Research Institute  
*The Economics of Health Reform : A Report Prepared for the Business Council on National Health Policy*. The Wyatt Company, Washington, D.C.  
 Testimony of Dale Yamamoto and Frank McArdle, U.S. Subcommittee on Health and the Environment, Committee on Energy and Commerce, November 22, 1993  
*Actuarial Memorandum - Premiums Under the Proposed Health Security Act*, Health Insurance Association of America

ペイヤー案とは異なり、医療提供者は極端に医療の質を下げることはできないと考えられる。

#### ④ 実行可能であるか

事業主の事務処理面および費用負担面での貢献度が高いため、政府の負担はその分少なくてすむ。しかし、給付の拡大や無保険者対策としての補助金や早期退職者への医療給付等、政府の負担はなお大きい。これを負担できるかは、保険料水準がどの程度になるかにかかっている。補助金等の政府負担額は保険料の水準によって決定されるからである。保険料水準については表1のようにさまざまな推計が出ている。数字のバラツキは、保健連合設立による効果が未知数であることから生じている。国民性について考えた場合、クリントン大統領案は、政府の役割に対する依存度がかなり高い部類に属し、合意形成は容易ではない。実際に、反対派のキャンペーンは、事業主強制負担、保険料上限設定、地域保健連合への強制加入の3点を徹底的に攻撃し、大きな効果を挙げた。また、仕組みが複雑すぎるとの批判も強い。

### 3 チェーフィー案

ホワイトハウスと共和党保守派の中間に位置しているのが本案であり、両者の妥協可能性の素地を提供する案と考えられる。

本案では、全国民に対して医療保険を購入することを義務づけることにより皆保険を実現する。事業主は医療保険を提供する義務を負うが、費用は負担する必要はない。保険購入組合は、個人および従業員規模100人以内の小企業の従業員に購買力を付与する任意加入の組織である。給付は、包括的標準給付と破局的医療給付の二本建てとする。包括的標準給付には、医師の診療、入院治療、予防サービス、処方薬、リ

ハビリテーション、在宅医療、精神保健および薬物乱用を含むものとする。破局的医療給付は、自己負担額が過剰となるのを防止するための保険であり、より高い保険免責額を設けるほか、医療費積立勘定（自己負担額および保険料のための個人積立）への拠出を認め、当該拠出については税控除を認めることとする。保険料については、低所得者には医療保険購入のための割引券（バウチャー）を支給する。事業主が保険料負担のため拠出を行った場合、その分は課税所得に算入されないが、こうした税制上の優遇を受けられる額は保険購入組合の地域内にある医療保険制度のうち価格の低い方から3分の1に属する医療保険の平均保険料額を上限とする（医療費控除の引き下げ）。

#### ① 医療費を抑制できるか

チェーフィー案では、政府による医療費抑制策は利用されず、保険購入組合の新設や医療費控除に係る上限設定といった、専ら競争を促進させる方法により医療費を抑制しようとしている。しかし、チェーフィー案の保険購入組合は、対象が個人および従業員規模100人以下の企業の従業員であり規模が相対的に小さいこと、しかも任意加入であるため、ある程度リスクの高い者が集中してしまうことも避けられない。一方の医療費控除の上限設定については、無保険者対策にどのような影響を与えるかは別として、消費者が価格により敏感になり、競争を促進させることは予想されるところである。

#### ② 無保険者がどの程度削減されるか

全国民が医療保険加入を義務づけられており、保険購入組合や補助金等の配慮もある。しかし、事業主による負担が義務的でないことや、医療費控除の上限設定等、必ずしも無保険者解消に望ましいとはいえない部分が含まれている

ことも事実である。

③ 質の高い医療が提供されるか

競争原理が機能することにより、極端に医療の質は下がらないと考えられる。

④ 実行可能であるか

事務处理的には事業主の貢献があり問題はないが、費用負担の面では事業主負担の義務づけがないため、従業員の保険料を負担する事業主の割合が少なければ、政府の負担が過大なものとなる。一方、国民性との整合性については、最低限の規制として個人レベルでの医療保険強制加入が定められているが、他の部分ではできる限り規制が排除されており、国民の支持を得るための配慮がうかがえる。

#### 4 クーパー案

本案は、国民に医療への「アクセス」を保障する。任意加入の医療保険購入組合を設立したり、大企業の事業主に医療保険制度を提供する義務は負わせるが負担は強制しない点はチェーフイー案と似ている。しかし、本案は国民皆保険を保障するものではないという点でこれまでの法案とは一線を画する。さらに、本案は、現在の医療保険会社と医療提供者を統合し、従来のHMOやPPOを拡大した形態をとる適格医療保険制度に医療の配分を行わせ、医療費の適正化を図ることとしている。保険料については、低所得者を対象に補助金が支給される。

① 医療費を抑制できるか

クーパー案でも医療費抑制政策としては、専ら競争の促進に依存する形となっている。しかし、保険購入組合が任意加入とされ、医療保険加入義務もない以上、保険購入組合が医療費抑制に資するかには疑問がある。すなわち、従来の無保険者で本当に医療保険を必要とする者は

保険購入組合に加入するが、健常者は加入の必要がないため、高いリスクの者が集中する。すると、地域同一保険料制度により健康な者の脱退が促進されるという悪循環に陥るからである。医療費控除の上限設定についてはチェーフイー案同様である。

② 無保険者がどの程度削減されるか

医療保険加入義務がなく、無保険者は解消されない。保険購入組合の仕組みも①でみたとおりどの程度機能するかは疑問である。

③ 質の高い医療が提供されるか

改革後も残存する無保険者については質の高い医療を受けることは望めない。競争原理が適切に機能すれば、消費者は安くても医療の質が低ければそのような医療保険は購入しないと考えられるので、医療提供者および医療保険会社は極端に医療の質を下げることはできない。

④ 実行可能であるか

上述のいずれの案と比べても、事務処理および費用の面で負担は少なくすむと考えられている。また、規制は極力排除されており、米国民性にはなじみやすい。

#### 5 ニクルス案

国民に自己負担額が年間5,000ドル以上になるのを防止するための破局的医療費保険の購入を義務づけることにより、皆保険を実現する。保険料が安いことおよび税控除の行われる医療費積立勘定への拠出が認められることにより、医療保険への加入が促進される。現行の事業主提供による医療保険制度は原則として廃止し、事業主の医療保険給付に対する税制上の優遇を個人または家族の医療保険購入および、医療費貯蓄勘定への拠出に対する税制上の優遇へと変更する。税制上の優遇は払戻可能なものとし、

その結果、所得税の課されない低所得者にも優遇相当額が医療保険用クーポンとして給付される。

#### ① 医療費を抑制できるか

ニクルス案の背景には、事業主の提供する医療保険では税制上の優遇により低価格の医療保険を購入するインセンティブが働かず、医療が過剰に消費されているという認識がある。破局的医療費保険では、自己負担が一定額に達するまで給付されないため、医療の過剰消費を抑制するインセンティブが生じる。ただし、これらの効果はすでに医療保険を提供している大企業等のみで生じるに過ぎず、医療費抑制効果は大きくはない。

#### ② 無保険者がどの程度削減されるか

破局的医療費保険の加入が義務づけられ、加入しない者には罰則として連邦税の計算にあたり個人的な控除を認めないこととしている。しかし、当該罰金は、従来から保険加入率が低い低所得の単身世帯の場合、保険料を大きく下回ることになり、実効性は薄いといわざるを得ない。また、破局的医療保険制度は保険免責額が高いため、実際に恩恵にあずかる者の割合は他の皆保険を目標とする案と比べると低くなる。

#### ③ 質の高い医療が提供されるか

低所得者にとっては自己負担限度額が高すぎる場合もあり、そのような場合には現行の無保険者と状況は変わらないこととなる。

#### ④ 実行可能であるか

現行の事業主を通じた制度を原則として廃止することから、事務処理および費用負担の面で混乱が生じるおそれがある。さらに、個人は事業主が従来医療費として拠出していたものを給与として受け取り、その昇給分で医療保険を購入することとしているが、このことによるメリ

ットがどの程度あるか疑問であるばかりか、従来から医療保険を提供されていた者に限定される。国民性にはなじみやすい案であると考えられている。

### 6 マイケル・グラム案

共和党保守派に属する彼らの案は、他の案のように政府の医療に対する干渉や医療制度の大規模な変化なしに医療問題を解決しようとする。その根本には、米国には「医療問題」は存在しても、「医療危機」は存在しないという認識がある。

事業主は適格医療保険制度を提供する義務を負うとともに、医療保険共同購入協定または州政府による医療保険制度加入促進制度を通じて購入可能な医療保険を提供するよう努めなければならない。ただし事業主は費用を負担する必要はない。また、個人に医療保険への加入を義務づけるものではなく、国民皆保険を保障するものではない。費用負担については、税控除の対象となるメディセイブ勘定を創設し、破局的医療費保険の購入および自己負担の費用積立を促進する。医療費支出以外の目的でメディセイブ勘定から引き出した場合には20%の追徴税を課すほか、メディセイブ勘定残高を保険免責額以下にするような医療費支出以外の引き出しには50%の追徴税を課すこととしている。

#### ① 医療費を抑制できるか

破局的医療保険への加入とメディセイブ勘定の開設をセットで促進するものであるが、こうした政策の効果はすでに医療保険を提供している大企業等のみで生じるに過ぎず、効果はそれほど大きくはない。リスクの分散は行われなため、小企業は相変わらず相対的に高い保険料を支払うことが見込まれている。

② 無保険者がどの程度削減されるか

医療保険制度加入義務がないこと、無保険者対策よりも既存の保険加入者間での医療費抑制を重視していることから、無保険者の大幅な減少は見込めない。

③ 質の高い医療が提供されるか

改革後も残存する無保険者については質の高い医療を受けることは望めない。

④ 実行可能であるか

現行の制度を大きく変えるものではなく、米国の国民性にも適合する。

## II これまでの動き

医療改革に向けての動きが本格化したのは、やはりクリントン政権が発足してからであるといえる。それ以降、今日までを大きく4つの時期に区分することができる。第1期は、タスクフォースで医療改革の方向づけについて審議が行われた時期である。しかし、改革の作業は当初の予定（議会からの攻撃が比較的少ない就任100日以内）より大幅に遅れ、メンバーがこれ以上本職を離れていることが困難になり解散してしまう。第2期は、医療改革の財源を捻出するための予算の成立からクリントン大統領による改革案の発表に至る時期である。第3期は、圧力団体による猛烈な反対キャンペーンおよびロビイング活動の時期、第4期は、議会での審議が本格化する時期である。本稿は医療改革に関する議会の動向というテーマであるので、特に議会関係の動きについて紹介していくこととする。

### 1 予算の成立（II期）

今後5年間の赤字削減を達成するための予算

の可決は、医療改革のための費用を捻出するという意味で医療改革の大前提であった。予算案は下院で1票差、上院では議長であるゴア副大統領の最終投票で決定という僅差で可決、成立した。赤字削減は当初、支出削減と増税（Btu Taxのような対エネルギー量課税）の2本建てで提案されていたが、増税に対する反発が強く、結局ガソリン税およびタバコ税のみ増税が認められた。支出の削減については、メディケア・メディケイドに対する政府支出削減がターゲットとされ、医者・病院・保険会社・患者の声を代表する団体が反対したが、医療改革に与える影響を考慮したのか、各団体ともそれほど強硬な行動をとらないまま、上述のとおり予算は成立した。

### 2 大統領演説

9月の中旬、医療改革に関するホワイトハウス文書がマスコミに漏れ、国民の関心が最高潮に達し、9月22日に大統領の見解が発表されることになった。それに対抗する形で共和党上院案（チェーフィー案）が、ちょうど1週間前に発表された。

9月22日、クリントン大統領は医療改革について演説を行い、改革の骨組みを6つの原則にまとめて説明した。第1は保障であり、包括的な医療給付の保障と国民皆保険の達成が必要であること、第2は簡潔であり、現行の複雑な医療保険制度を改正する必要があること、第3は節約であり、医療費高騰に歯止めをかけること、第4は選択であり、真に消費者を選択する立場につかせること、第5は良質であり、予防の重視や情報提供、研究の促進を通じて質の高い医療を提供すること。第6は責任であり、医療改革の費用は全員が負担しなければならないこと

である。大統領の演説の直後、共和党は、無保険者の解消、無駄の排除、医療過誤訴訟改革等には賛成だが、政府の規制、小企業の費用負担、医療費統制には反対であり、目標の達成についても、より穏やかな規制と安い費用で実現すべきと訴えた。その他関連団体については、AARP（高齢者）は満足、HIAA（中小の保険会社）は猛反対、NAIC（大保険会社）は管理競争でも生き残れると踏んでおり、それほど反対は強くない。AMA（医者）やAHA（病院）は、皆保険により支払が確保されるので好ましいが、専門医等は渋い顔といった様子。また政府による規制にはできる限り反対していく模様。大企業は、従来の負担を減らせるので好意的。一方、中小企業は、補助金をもらっても保険が買えるかについては懐疑的。以上が演説直後の関連団体の反応であった。

### 3 クリントン大統領案公表

その後も、賛成者集めや法案の内容についての最終的な調整が継続されていたが、10月6日には、ジム・クーパー下院議員を中心とする両党合同グループがクリントン案とチェーフィー案の中間に位置するものとして独自の案を示した。クリントン大統領は、外交問題に忙殺され、医療改革の遅れが支持率低下につながっていったが、それに歯止めをかけるため、10月27日、クリントン大統領の法案がついに公表された。議会への正式な提出ではないが、これ以上の遅れによるクリントン大統領案への支持喪失を防ぐためには、現段階で何らかの行動が必要であると判断、法案の公表に踏み切ったものである。したがって、内容の検討は法案公表後もさらに継続されることとなる。

### 4 クリントン大統領案の議会への提出

11月はNAFTA（北米自由貿易協定）成立に全力が注がれた。歴代共和党大統領が積極的に推進してきた政策を成立させ、医療改革における共和党の妥協を引き出そうとの思惑がうかがえた。その後、銃の規制を強化するブレイディ法が成立した。銃犯罪の減少による医療費削減という点で医療改革の一部といえるかもしれない。

こうした動きを経て、ついに、11月20日、医療改革法案は議会に提出された。

### 5 関係団体によるロビー活動（III期）—議会における重要な動きを一部含む

12月、AMA（米国医師会）は、事業主による保険料強制負担に反対することを決定した。この決定の背後にはNFIB（全国事業主連盟）によるロビイングがあった。AMAは医療に対する政府の介入には絶対反対ではあるが、従来から国民皆保険を主張してきたこともあり、クリントン大統領案に対する態度は曖昧であった。国民皆保険の達成を担保するには事業主による保険料負担が不可欠と考えていたからである。しかしNFIBは、個々の医師も事業主、しかも中小企業の事業主に分類される者が少なくなく、現在彼らが従業員の保険料を負担していないことに目をつけ、事業主保険料負担は医師にとって有害であることを積極的に訴えた。また、事業主の保険料負担が義務づけられるならば、事業主団体としては医師費用抑制を要求せざるを得ないとの警告を併わせて行ったのである。

1994年に入り、クリントン大統領は、年頭の演説において、医療改革、犯罪対策、雇用対策を3大課題として挙げたが、財政委員会の議長であるモイニハン上院議員（ニューヨーク）が、



福祉改革を進めないつもりなら医療改革に協力しないとして、医療改革を「人質」にとる行動に出たため、医療改革を福祉改革の第1段階と位置づけ、一般教書演説においては、福祉対策に長い時間が割かれ、医療改革、犯罪対策と並んで3大課題とされた。また、この一般教書演説では、クリントン大統領は、国民皆保険を保障しない法案については拒否権を発動すると述べた。

また1月中旬には、クリントン大統領はNAFTA締結を強行して以来、深い亀裂が存在していた労働組合の支持の取り付けに成功した。一方、医療関連業界ではクリントン大統領案に反対するキャンペーンの準備を進めていた。HIAA, AMAによるクリントン大統領案反対のキャンペーンが1月25日の後期議会開催に合わせて開始された。それぞれ、350万ドル、160万ドルをつぎ込んだ大キャンペーンであり、特にHIAAのコマーシャルはテレビの人気キャラクターを使用したため話題となった。

AMAは、事業主の保険料負担義務づけに対する支持の撤回に続き、自らの要求を実現するため組織的なロビイング戦略を作成し、クリントン大統領に対して37項目にわたる修正要求を行った。その内容には、国家医療委員会の規制の緩和、メディケア・メディケイドの支出削減総額の縮減、バランス・ビリング（差額請求）禁止の撤回、医療過誤訴訟改革の強化等が含まれていた。従来、患者の立場に立った医療改革の必要性を主張してきたAMAであるが、ここに来て自らの既得権保持の姿勢が明確になったといえる。

クリントン政権が、「医療危機」を盛んに訴えることに対して、ドール上院議員が、「医療問題は存在するが医療危機は存在しない。」とみつ

いたうえ、上院財政委員会議長であるモイニハン上院議員も同様の言動をとっており、いわゆる「医療危機論争」が起こったのもこの時期である。

2月に入ると、事業主団体が相次いで事業主の保険料強制負担に反対し、クリントン大統領不支持を表明した。全国の大企業200を代表するビジネス・ラウンドテーブルがクーパー案を支持したのを皮切りに、米国商工会議所（21万5千以上の企業（95%が小企業）の代表）、全米製造業者協会も不支持を表明した。

## 6 議会での審議（IV期）

### (1) 最初の成案—下院の歳入委員会医療問題小委員会通過法案の通過まで

最初に草案作成に取りかかったのは下院の歳入委員会医療問題小委員会であった。ピート・スターク議長（カリフォルニア）は、元タシングルペイヤー制度支持者であるが、米国で本制度を実施する困難さを見通し、クリントン大統領案支持に回った現実派である。通常の法案の審議は、提出された法案をたたき台として議論がなされるが、今回は7法案も提出されており、たたき台となる法案の選択作業が必要となった。公聴会で各法案の内容につきヒアリングを行ったが、小委員会で可決を見込めそうな法案はなく、議長みずからがたたき台を作成し、それをもとに検討を進めることとなった。

彼の小委員会は民主党7人、共和党4人の合計11人で構成されている。合意を得るためには過半数の6人の賛成が必要となる。しかし、リベラル派のスターク議長が作成した法案に対して、共和党側からの支持が得られないことは明白であった。したがって、民主党議員の票は1票しか失うことができない。3月8日、スター

ク議長案をたたき台に、いよいよ審議が開始された。メンバーは保守派とリベラルが真っ向から対立する構成になっており、両者の合意を得るため作成されたスターク案は皮肉にも両者から厳しい批判をあびせられることとなった。保守派はスターク案の医療費統制に対して集中攻撃をかけた。スターク案では、連邦政府が医師や病院に支払う額に上限を設定するので、保険料上限設定という間接的手段を用いているクリントン大統領案よりも直接的な医療費抑制策といえ、保守派の批判は免れない部分である。一方、リベラルの代表であるジム・マクダーモット議員は、メディケアパートCが医療制度の抱える問題をすべて抱え込む「はきだめ」になる可能性があること、保障される給付範囲が狭いこと等について批判した。

やや細かくなるが、小委員会のメンバーを紹介すると、マクダーモット(民主—ワシントン)やルイス(民主—ジョージア)といったリベラル派は労働組合や知識人の声を反映している。レビン(民主—ミシガン)、カーディン(民主—メリーランド)、クレクツカ(民主—ウィスコンシン)といった民主主流派は事業主やミドルクラスの支持がある。特にデトロイトを選挙区とするレビンは大企業に負担を課すことに強行に反対することになる。共和党穏健派であるグランディ(共和—アイオワ)、ジョンソン(共和—コネティカット)は、保守派であるアンドリュース(民主—テキサス)とともに規制に反対し、競争に依存する方法を要求していくこととなる。ちなみにこのグループはクーパー案を支持している。最も保守的なトーマス(共和—カリフォルニア)やマックレリイ(共和—ルイジアナ)は農業関係者や石油産業の要求を代表する。以上のようにさまざまな利害が複雑に絡み合う

議員から合意を得るのは困難な仕事であることが分かる。

3月15日、いよいよ投票が開始された。投票とはいうものの、法案の是非を一括して判断するのではなく、各メンバーが訂正を要求した事項について、その都度投票を行うというもので非常に長い時間がかかる。一番の争点であった事業主保険料負担義務づけを削除すべきとの提案については、アンドリュース議員が修正に賛成したほかは、残りの民主党議員がすべて修正に反対したため、修正案は6対5で否決され、事業主強制負担は残ることとなった。また、事業主は従業員に対して選択を保障すべきとの修正案については、民主党議員のみでなく、共和党議員3人も賛成にまわり、可決された。現在、早期退職者の保険料を負担している企業は、引き続き早期退職者の保険料の8割を負担すべきとの修正案は、レビン議員が自動車のビッグスリーを選挙区に抱えていることもあり、6対5で否決された。翌日以降も小委員会における投票は継続されたが、おおむね、民主党保守派であるアンドリュースや地元で特殊権益を抱える民主党主流派議員がキャスティング・ボードを握っていたことは同様であった。スターク案の重要な柱のひとつである医療費コントロールを排除しようとの共和党議員からの提案も、アンドリュース議員を除く全民主党議員が一致して削除に反対したため、価格抑制策は生き残ることとなった。こうした多数の投票を経て、3月23日、スターク議長案全体についての投票が行われた。投票に先立ち、共和党議員およびクーパー案支持者であるアンドリュース議員の支持が得られず、もう1票も失うことができない状況にあったため、スターク議長は、特別税の導入を含む法案には賛成しない意思を表明してい

たレビン議員との妥協を図り、特別税の導入を断念した。この結果、スターク案は6-5で可決され、小委員会を通過する。余談になるが、この日はクリントン大統領案を含む複数の法案についても投票がなされた。特にクリントン大統領案については、正式に小委員会での拒否を表明し大統領に恥をかかせようとの共和党の策略の下で投票が行われた。その結果、クリントン大統領案は4-0（民主党議員はすべて棄権）で正式に否決されることとなった。ちなみにクーパー案、チェーフィー案は6-5、マクダーモット案は7-4で否決された。クリントン大統領は小委員会を通過した法案について満足である旨を表明した。

この間、エネルギー・商業委員会医療問題小委員会の審議は省略されることが決定された。この決定は小委員会の議長であるワクスマンおよび全体委員会議長ディンゲルの間でなされた。当小委員会は民主党15人、共和党9人から構成され、成案を得るには過半数の13票が必要だが、共和党の支持は得られないうえ、民主党でもクーパー（テネシー）や彼の支持者のホール（テキサス）およびローランド（ジョージア）議員の支持が得られない見込みであることから、過半数を集めることが不可能なため、小委員会での審議を省略したものである。しかし、全体委員会で直接審議するにしても後のない状況には変わりはない。全体委員会は民主・共和が27対17で過半数は23。民主党は4票しか失うことができないが、上述の3人のクーパー派の他にタージン議員（ルイジアナ）がクーパー支持であるため、もう1票も失うことができない。3月21日、ディンゲル議長は、小企業の負担、赤字削減、保健連合について特に配慮を払った草案を作成した案をたたき台とすることを決定

した。保険料は、従業員5人以下の企業には給与支払総額の1%という特別の保険料率を設定するほか、補助金も拡充する。また、クリントン大統領案よりも高い自己負担を設定し、本人一部負担割合を25%としたほか、年間の自己負担上限額も、2,500ドルとした（クリントン大統領案ではそれぞれ20%、1,500ドル）。保健連合については従業員規模1,000人以上の企業には自家保険の提供を認めることとした。ホワイトハウスは、一部後退した面があるものの、とにかく議会で審議に動きが生じたことについて歓迎を表明した。

議会での合意作成が難航している中、一部民主党議員の中には共和党との合意を優先しようとする動きが出てきた。ローランド議員は民主党15人、共和党15人の支持を得てすでに合意が形成されている部分のみを寄せ集めた新たな法案を提出した。

#### (2) メモリアルデイ休会を期限とした審議

5月に入り、上院および下院の委員会は、法案作成作業の期限を5月27日からのメモリアルデイの休会までとすることを決めた。5月下旬に入ると、医療改革関連の5つの委員会のうち3つが投票手続きに入った。

下院歳入委員会は24人の民主党議員と14人の共和党議員で構成されるが、成案を得るためには過半数の20票が必要である。このような状況のもと、カシック議員（共和-オハイオ）は、クーパー案およびチェーフィー案を組み合わせた案により成案を得ようとする動きに出た。民主党議員は数週間にわたり、投票手続き開始に向けて調整を行ったが、強制加入および事業主強制負担、政府による価格統制、標準給付の範囲そして歳入源をめぐる議論は対立しており、合意成立は困難を極めた。5月18日にはスター

ク案をたたき台に「非公式に」投票手続きに入ったが、ロステンコウスキー議長は、自らのマークアップを6月上旬に予定していた。しかし、議長自身は、公費の不正使用疑惑で重罪の起訴が行われたことにより議長の座を去り、シングルペイヤー支持者であるフロリダのサム・ギボン議員がかわりに議長を務めることになった。しかし、長年に渡り医療改革に従事するとともに、議長経験も豊富なロステンコウスキー議長の辞任が、本委員会での法案可決をより不確定なものにしたことは明らかである。

下院教育・労働委員会労務管理小委員会は、4月21日、投票手続きに入った。当小委員会ではクリントン大統領案およびシングルペイヤー案について投票を行うこととされた。5月25日のクリントン大統領案への投票では、各党がそれぞれ一致団結して投票した結果、17対10で一部修正版が可決された。修正部分には、標準給付の範囲が拡大されたこと、補助金の額を増加したこと、企業保険連合設立が可能な最低従業員数を1,000人に引き下げたこと等である。

上院労働・人材委員会は、5月18日に投票を開始したが、そのたたき台は議長であるケネディ議員がクリントン大統領案に修正を加えて作成したものである。主な修正部分には、従業員数5人以下の企業は事業主の保険料負担義務づけを免除すること、従業員数1,000人以上の企業を地域保健連合から排除し、支払賃金総額の1%の特別税を課すこと、標準給付の範囲を拡大すること等が含まれている。また、補助金の支給要件についても、企業の平均支払賃金額よりも労働者の賃金水準により重きが置かれることとなった。10対7という恵まれた条件にありながら、ケネディ議長が妥協案を作成したのは、両党合意案を通過させる目的があるからであ

る。

上院の財政委員会および下院エネルギー・商業委員会では合意作成作業が難航している。財政委員会は民主党議員11人、共和党議員9人から成り、モイニハン議長は成案作成に苦慮することが見込まれている。しかし、デュレンバーガー議員(共和—ミネソタ)、ミッチェル議員(民主—メイン)等といった医療政策に係わってきた議員が今期で引退を表明しており、彼らが医療改革法案を成立させ、引退に花を添えようと試みることは十分考えられる。下院エネルギー・商業委員会のジョン・ディンゲル議長は、クーパー派の説得を継続していた。

### (3) メモリアルデイ休会以後

ロステンコウスキーの去った歳入委員会は、ギボン議長案について重要な修正を可決した。主な修正点には、小企業への補助金の増加、タバコ税の引き上げ幅の縮小等である。これらの財源を賄うため、長期介護の給付開始を3年間繰り下げることとしている。

上院労働・人材委員会は、6月9日、全体委員会としては初めて、医療改革法案を可決した。ケネディ議長がクリントン大統領案に修正を加えた当該法案は、民主党議員にバーモント州のジェフォード議員(共和党)が加わり、11対6で可決された。ただし、この案も、上院全体での賛成を得ることは難しいといわれている。

上院財政委員会では、モイニハン議長が、6月9日にたたき台草案を公表し、20人以上の企業では従業員の保険料の8割、1~10人の企業では給与支払い総額の1%、11~20人の企業では2%を負担すべきこととした。この負担義務は、1998年までに従業員の97%が保険加入を達成していない場合に適用されることとなる。モイニハン議長およびバックウッド共和党側代表

表2 各委員会における投票結果

委員会（議長）	内容	可決日	投票結果
下院教育・労働委員会 （フォード）	クリントン案の一部 修正（第1案）*1	6/23	賛成 26（民26, 共0） 反対 17（民2, 共15）
下院歳入委員会 （ギボンズ）	メディケアパートC の創設	6/30	賛成 20（民20, 共0） 反対 18（民4, 共14）
上院労働・人材委員会 （ケネディ）	クリントン案の一部 修正	6/9	賛成 11（民10, 共1） 反対 6（民0, 共6）
上院財政委員会 （モイニハン）	雇用主の負担義務づ けを伴わない案	7/2	賛成 12（民9, 共3） 反対 8（民2, 共6）

\* 1 下院教育・労働委員会では第1案のほか、シングルペイヤー法案（第2案）を22対21で可決している。

\* 2 下院エネルギー・商業委員会（ディンゲル議長）は、可決を断念。

はクリントン大統領と会見し、一定期限までに皆保険が達成できなかった場合にのみ強制負担を導入する方策について議論を行った。クリントン大統領は、最終的に皆保険が達成されることが保障されるならば妥協する余地があるとの見解を示した。

下院教育・労働委員会は、小委員会通過版をたたき台として、6月14日に投票手続きを開始した。

#### （4）各委員会における審議の終了

当初のメモリアルデイという期限は、7月4日の独立記念日まで延期され、結局これが、最終期限となった。結果は以下のとおり（表2）。

### III 今後の動き

上のように、各委員会の法案が出そろったわけであるが、それぞれ内容を異にしているため、キーパーソン（上下院の各党院内総務や下院議長等）による調整の後、上下院の本会議で、それぞれ法案の一本化が図られる予定である。

両院の法案が異なる場合（その可能性が高い）には、両院協議会を経て、議会を通過した法案

が大統領に送付されることとなる。

この時、皆保険が保障されていない限り、クリントン大統領は拒否権を行使するといわれている。議会としてもこの点を無視することはできないと思われる。

しかし、法案の成立に最も影響力を有する財政委員会の結果や関係団体による強力な反医療改革のロビイング活動、議員同士の駆け引き（11月8日の中間選挙（全下院議員および上院議員の3分の1が入れ替わる。）により強くアピールを行うため、法案成立を10月7日の会期末ぎりぎりまで引き延ばそうとする議員も存在する。）等を考えると、ゲタをはくまで結果は分からない、というのが真相だろう。

#### 参考文献

- Health Security Act : Section-by-Section Analysis*, Government Printing Office  
*Economic Report of the President*, Chapter 4  
 White House  
*Comparison of Congressional Health Reform Proposals*, American Medical Association  
*Health Care Reform : What's on the table*, The Wyatt Company, Washington, D.C.

医療改革をめぐる米国議会の動き

*Health Reform : Examining the Alternatives,*  
Employee Benefit Research Institute: Issue  
Brief, March 1994  
EBRI Notes Vol. 15 # 3-6 : Washington Update  
Health Care Reform EBRI  
*Congressional Yellow Book : Winter 1994,*

Government Printing Office  
*EBRI Databook on Employee Benefits* EBRI  
「アメリカ企業福祉のすべて」 EBRI  
(ひらいわ・まさる  
厚生省社会・援護局地域福祉課主査・  
前大臣官房国際課社会保障制度調査員)