

アメリカの医療保障改革

執筆：関 ふ佐子
横浜国立大学大学院 助教授

■ 医療保障改革論議の再燃

2006年11月7日の中間選挙を受け、また2年後の大統領選挙も見据えて、アメリカでは医療保障制度改革論議が再燃している。中間選挙で躍進した民主党は、広範囲の医療保障改革案を議題にのせつつある。いくつかの州は、連邦政府の動きを先取りするかたちで、州民への皆保険を保障する法律を制定または検討してきた。世論はこれを歓迎しており、例えば50歳以上の会員を3,700万人持つ全米退職者協会(AARP)は、中間選挙後から、医療保障改革を促進する全国的なキャンペーンを展開している。また、フォード、クライスラー、GMといった大企業も、従業員に提供する医療保障の経費が経営を圧迫しているとして、ジェネリック薬品の普及促進や、高額な医療費を政府が保障する制度の創設を議会に提言した。無保険者問題、医療費の高騰、既存の制度に対する不満などが、医療保障改革を要請する声を高めている。

関心の高い医療保障改革のテーマは、大きく分けて二つある。一つめは、高齢者などを対象とする公的医療保険制度メディケアの改革、とりわけ、2006年春に始まった処方薬剤費を保障するパートDの保障内容の改善、およびメディケア・マネージドケアの改革である。二つめは、無保険者問題の深刻化から議論が高まっている、64歳以下の者にも医療へのアクセスを保障する皆医療保障制度の創設、なかでも、子どもの医療保障の充実である。このほか、胚幹細胞を使用する研究の拡大も、第三のテーマとして挙げることができよう。

ここでは、医療保障改革の議論を理解する前提として、医療制度の概要、現状、および各課題の沿革を簡単に説明する。そのうえで、医療保障改革のテーマをめぐる動向を紹介する。

■ 無保険者問題

アメリカには、全国民を対象とする公的医療費保障制度はなく、高齢者などの特定の主体を除いて、民間医療保険の任意購入を原則としている。とはいえ、民間の医療保険に加入しているのは、18歳から64歳人口の69.8%、18歳未満人口の59.3%でしかない(2006年)。社会保障(メディケイドなど)の受給者は、18歳から64歳人口の12.2%、18歳未満人口の33.0%であり、その他の者は無保険者となっている。なお、高齢者は、全員メディケアの対象となるため、無保険者数は、

非高齢者人口について計算されている。

無保険者数をより具体的にみると、調査時に無保険であった者は、18歳から64歳人口の19.2%、18歳未満人口の9.3%である。1年のうち一時期無保険状態であった者は、なんと18歳から64歳人口の23.4%、18歳未満人口の13.4%であった。さらに、13.9%もの18歳から64歳人口、そして5.3%の18歳未満人口が、3年以上も無保険状態にある(図1)。

多くの労働者は職場を通じて、すなわち福利厚生の一環として、事業主の支援を受けるかたちで、職域単位で民間の団体医療保険に加入している。とはいえ、企業は一般的に、従業員に対して医療保険を保障する法的義務を負うわけではない。そこで保険を理由に、職を移ることが実質的にできない者もいる。いったん大きな病気をすると、新たな職場で別の保険に加入する場合に保険料が高額になるからである。それでも転職をし、上昇した保険料を支払えない者や、保険への加入を拒否された者は無保険者となる。問題となっている大量の無保険者は、必ずしも貧困者とは限らないのである。

アメリカの医療技術は世界最高水準である一方、医療費はほかの主要先進諸国と比較しても高い。この高い医療費の負担感と、無保険者対策、すなわち医療へのアクセス拡大を求める声の高まりが、後述する皆医療保障制度の検討を促した。

■ メディケア・マネージドケア

公的な医療保障制度には、65歳以上の高齢者と一定の障害者を対象とする公的医療保険メディケア、低所得者を対象とする低所得者医療扶助メディケイド、児童の医療保険プログラムSCHIP*1 (State Children's Health Insurance Program)がある。社会保険メディケアは、健康状態や資産にかかわらず、65歳以上の高齢者に対して急性疾患の治療費を支払っており、ほかの世代

と異なり、高齢者の医療へのアクセスは基本的に保障されている。パートAとパートBと呼ばれる二つの主要なプログラムが、それぞれ入院費用と医師の経費をカバーし、パートDが処方薬剤費を保障する。これに加えて、メディケア・マネージドケアと呼ばれる、マネージドケア型の民間保険への加入を通じて保障を行う、パートCがある。財源は、雇い主と被用者が支払う社会保障税、被保険者が支払う保険料、および連邦政府の一般歳入である。メディケアはすべての医療費を

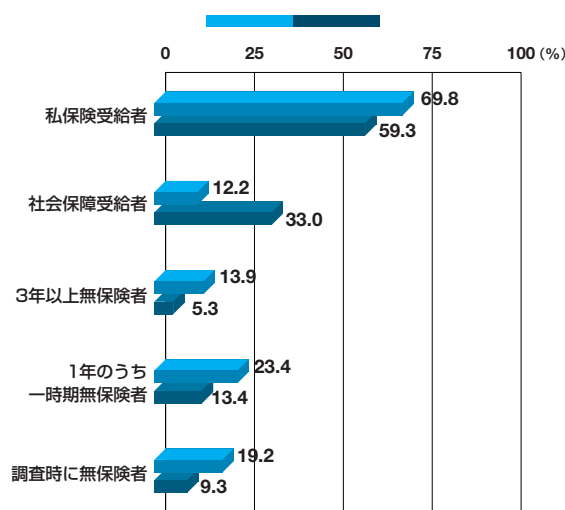


図1：アメリカの無保険者数(2006年)

■ 18歳から64歳 ■ 18歳未満

出典：Family Core component of the 2006 National Health Interview Survey, 2006年1月から3月の調査。Cohen and Martinez 図2

【*1】SCHIP：児童の医療保険プログラム。州政府主導のもと、現行のメディケイドの拡大などにより無保険状態にある児童数を減少させるプログラムで、1997年の均衡予算関連法によって創設された。

保障しないため、メディケアの適用除外となる医療費は、高齢者自身が支払わねばならない。そこで民間の保険会社が、適用除外となる医療費をカバーするメディギャップ保険を発展させた。大企業を中心とした雇用主は、退職者医療保障制度により、メディケアの加入資格がない65歳までの早期退職者に団体医療保険、65歳以上の高齢者にメディギャップなどを提供している。約1,100万人のメディケア受給者が、メディケアを補足する退職者医療保障を受けている。しかし、制度に要する経費の上昇とともに、これを提供する企業が減少し、高齢者の不安を高めている。1988年には企業の66%が退職者医療保障制度を設けていたが、2005年には33%に半減した。なお、メディケア受給者のうち260万人は、自身または配偶者の就労を通じて、企業の提供する医療保障を受けている。

高齢者の圧倒的多数が伝統的なメディケアの被保険者である一方、2006年現在で、16%のメディケア受給可能人口が、民間保険会社が提供する、メディケア・アドバンテージ・プラン(パートC)に加入している。これらのプランは、パートA、B、Dを併せて保障する。マネージドケア型の保険には、典型的なHMO (Health Maintenance Organization) のほかに、例えば保険会社ではなく、医師や病院が運営するPSO(Provider Sponsored Organization)、ネットワーク内外の医師や病院によるサービスも保障するPPO (Preferred Provider Organization)、民間の出来高払いプランであるPFFS (Private Fee-For-Service) など、各種の形態が存在する。

マネージドケア型の保険は、一般の医療保険市場で発達した。そしてこの医療費抑制効果を取り入れようと、メディケアでもマネージドケアの手法を活用しようとする制度改正が度々試みられてきた。HMOへの加入は、70年代以来、メディケアのオプションの一つであったが、大多数の被保険者は、伝統的な出来高払い制の保険であるメディケアに加入していた。こうした中で82年に、課税公平財政責任法が、メディケア受給者のHMO加入を促すべく、メディケアHMOと呼ばれる保険を創設した。しかしメディケアの支出抑制は成功しなかった。97年には、均衡予算関連法が、メディケア+チョイス(M+C)プログラム、別名メディケア・パートCを創設し、民間保険の役割拡大とメディケアの支出抑制を試みた。99年から、CMS(連邦のメディケア・メディケイド・サービスセンター)と契約する大半のマネージドケアは、M+Cプログラムにのっかって

運営された。

これにより、マネージドケア型の民間保険への加入は若干促進したものの、期待した成果はあがらなかった。限られた地域でしか保険が提供されなかった点などが障壁となった。その後、高齢者用のマネージドケア型のプランは儲からないと考えた民間保険会社が徐々に市場から撤退したことで、メディケア・マネージドケアに加入した高齢者人口の割合は減少した。こうした中で、市場の役割拡大に力を入れるブッシュ政権は、パートCの改革を模索した。そして2003年12月、メディケア近代化法により*2、M+Cプログラムに代わる、メディケア・アドバンテージを創設した。メディケア近代化法は、メディケア創設以来最も大きな改正であり、民間活力を活かそうとメディケア・マネージドケアの改革を行ったほか、処方薬剤費を支払うパートDを導入した。本法により、民間プランの参加促進策や、被保険者のマネージドケア型プランへの加入促進策が推し進められている。結果、2006年現在では、たいていの被保険者が、一つ以上のメディケア・アドバンテージを選択できる環境にある。そこでメディケア・マネージドケアへの加入は上向している。

とはいえ、マネージドケア型への加入者が大幅に増えているわけではない。課税公平財政責任法がマネージドケアを推進した92年には96あったメディケア・マネージドケア・プランは、M+Cプログラムの導入までは急増し、98年には346に増えた。しかしその後、プラン数は減少し、2003年には151へと半減している。メディケア近代化法により、2005年にはプランの数は247に増えたものの、一度市場から撤退しだしたマネージドケア型のプランに対する高齢者の信頼が回復したとはいえない(図2)。加入者は、2000年には630万人であったが、2005年には490万人へと減っている。

メディケア・マネージドケアは、経費削減効果が期待された

ほか、処方薬剤費や自己負担をめぐる金銭的な不安の軽減も、被保険者から評価されていた。しかし利潤を上げられないと、追加保障を削減しないしは撤廃するマネージドケア・プランが増加し大きな問題となった。99年には処方薬剤費を提供しないメディケア・マネージドケアは16%となり、2005年にはこれが26%に上昇した。さらに、処方薬剤費の保障を行うプランの54%が、1,000ドルまたはそれ以下の保障の上限額を設けていた。またプランの39%は、ジェネリッ

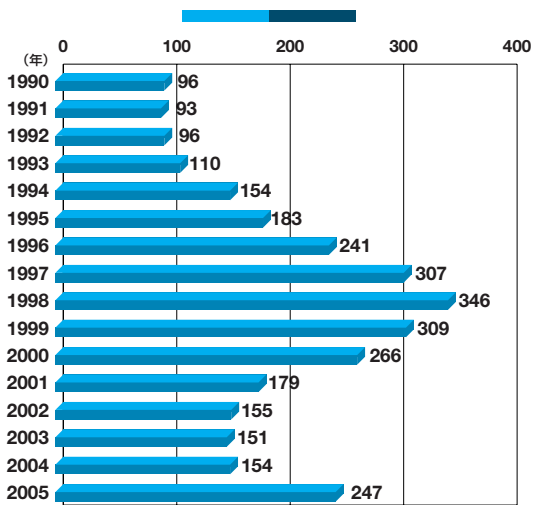


図2：M+C/メディケア・アドバンテージ・プランの推移

■ プラン数

出典：CMS, Medicare Managed Care Contract (MMCC) Plans Monthly Summary Report. Kaiser Family Foundation (Sep. 2005) 図1

【*2】メディケア処方薬剤費、改革、近代化法：The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003（通称、メディケア近代化法：MMA/Medicare Modernization Act）：P. L. 108-173

メディケアの仕組み

	伝統的なメディケア	メディケア・マネージドケア (メディケア・アドバンテージ)
入院費用	パートA	パートC
医師の経費	パートB	パートC
処方薬剤費 (2006年1月～)	パートD	パートD

ク薬品のみを保障の対象としていた。そこでメディケア近代化法が、次に説明するとおり、薬剤費の保障を制度化した。これにより、メディケア・アドバンテージは基本的に薬剤費を保障することになったものの、民間保険会社は、薬剤費の保障について、メディケアから追加の支払いを受けるかたちともなっている。

メディケアは、メディケア・マネージドケア会社に対して、パートAとBを保障する対価として、1人当たり定額の費用を支払う。一般的に、メディケアにかかる費用の95%がメディケア・マネージドケア会社に支払われてきた。民間保険会社のメディケアからの撤退は、メディケアの全般的な支出抑制にも起因していた。これに対して2005年には、平均的なメディケア・マネージドケアへの支払いは、同様の給付を行う出来高払い制のメディケア経費の107.8%、2006年には111%となっている。メディケア・マネージドケアの経費は、通常のメディケアよりも高くなったのである。この状況への対策として、メディケアからの支払いを、加入者のリスク度(入院確率など)に応じて調整する方策が取り入れられたが、その有効性は疑問視されている。

こうした新たな制度改革を試みるメディケア近代化法は、問題の根本的な解決となるか、評価が分かれている。法は民間保険の発達を促すために、当面マネージドケア会社への公費の支払いを増加させたものの、社会保障費用の支出抑制は今後ますます求められていく。民主党は、現行のメディケア・マネージドケアでは、政府が民間会社の損失を補填するかたちとなり、社会保障費用の削減にはつながらないと、制度のさらなる改革を求めている。ブッシュ政権が推進する民間活力の利用が将来的に公費削減につながるのか、メディケア・マネージドケアの是非について、議論が紛糾している。

なお、メディケアの給付費用は、2006年度は3,740億ドル(連邦予算の14%相当)になると推計されている。2005年にはGDPの2.7%であったメディケアの経費は、2020年には4.7%になり、パートA信託基金は2018年に枯渇すると見込まれており、対応策が求められている。メディケアにかかる医療費の抑制は、一般的に大きな課題なのである。

■ メディケアと処方薬剤費

外来患者にかかる処方薬剤費は、メディケア創設以来保険の適用外であり、薬剤費の支払いが高齢者の生活を脅かしていた。こうした中、メディケア改革法が処方薬剤費を支払うパートDを導入し、2006年1月から施行されている。メディケア・マネージドケアを促進するインセンティブともなった処方薬剤費問題、パートD導入の背景をまず紹介する。

メディケア創設当初は軽微な負担であり保険給付に含まれなかった薬剤費の支出は、その後増加し、高額な自己負担が高齢

者を苦しめた。とりわけ90年代に入ると、医療費全体の伸びが鈍化する中で、薬剤費のみが突出して増え続け、92年から98年の7年間には絶対額で2倍にもなった。外来処方薬の費用は、当時高齢者が自己負担する医療費の34%をも占めていた。メディケア被保険者の4分の1は退職前の雇用主が提供する保険、1割はメディギャップにより薬剤費の給付を受けていた。しかし薬剤費を無制限にカバーする高額なメディギャップに加入できる高齢者はわずかしかなかった。そこでメディケア・マネージドケアへの期待が高まり、97年のM+Cプログラムの導入につながったわけである。

薬の値段が交渉で決まる市場原理の機能するアメリカでは、大きな民間保険会社は、大量の薬代の支払いとの引き換えに、薬剤費の値引きを製薬会社に求めている。また製薬会社は、政府が薬剤費を公定する国に対しても、値引き価格で薬を販売する。これに対して多くの高齢者は、メディケアが薬剤費を支払わない中で、交渉力が個人にはないことから、製薬会社のつけた値段のまま薬を購入していた。すなわちアメリカの高齢者は、企業の団体医療保険に加入する若い労働者や外国人に比べて、高値で同じ薬を購入していた。メディギャップを購入できない、財力に余裕のない高齢者、貧しい者ほど、高い薬剤費を支払っていたことになる。いわゆる「弱い」高齢者によって薬の研究費や製薬会社の利潤が支払われているとして、この不道理は大きな社会問題となった。

こうした中、高齢者は自らも保険を通じて安く薬を購入したいと考えた。そこでメディケアとは異なり薬剤費を負担するという点をうたい文句にした、メディケア・マネージドケア商品に関心が集まった。しかし、高齢者用の保険は利潤が少ないことから、先に説明したとおり、多くのマネージドケア型のプランは、薬剤費の支払いをそのオプションから切り離すか、支払いを制限していった。結局、民間保険会社の裁量に任せているのは薬剤費の保障が充実しないことから、政府主導による薬剤費用の保険が誕生したわけである。

メディケア近代化法が創設したパートDは、メディケア受給者に対して、外来処方薬の費用を給付する任意保険である。パートDにより、4,300万人の高齢者と障害者が、薬剤費の保障を受けられるようになった。メディケアとメディケイドの双方を受給していた低所得の高齢者や障害者については、メディケアが薬剤費を主に保障する。また低所得者は、保険料や免責額などに関して、各種の補助を受けられる。

薬剤費給付は、メディケアから指定を受けた2タイプの民間保険を通じて提供される。出来高払い型のメディケアの受給者を対象とした単独の薬剤費給付プランPDPs(Prescription Drug Plans)、およびメディケア・マネージドケアの受給者を対象とした、メ

ディケア・アドバンテージ薬剤費給付プランMA-PD (Medicare Advantage-Prescription Drug Plans) である。2006年現在では、1,429件のPDPsと1,314件のMA-PDプランが存在する。たいていの州で、最低40の単独のPDPs、または一つ以上のMA-PDを、メディケア適格者は選択しうる。

メディケア・パートDへの加入は、メディケイドとの重複受給者や一定の低所得者を除いて任意である。2006年7月の時点では、2,250万人がパートDに加入した。このほかに、1,040万人は退職者医療保障制度などを通じて、540万人は退役軍人局などを通じて薬剤費の保障を受けている。そこで、メディケア受給者のうち、現在も何ら保障を受けていないのは、約10%に当たる440万人程度と推計されている。

所得が約1万5,000ドル以下の低所得者、および資産が1万1,500ドル以下の者は、保険料免除などの相当の補助を受けられる。低所得者用の補助の対象者は1,320万人と推計されている中、補助受給者は930万人である。メディケア・パートD未加入者の75%は、補助を受けうる立場にありながら、補助を受けられていないと考えられており、加入促進が課題となっている。

パートD保険は、法定の定型的な標準給付、それに相当する給付、または拡張した給付を提供しなければならない。2006年の標準給付では(パートDの給付増に応じて、毎年改定予定)、250ドルまでは免責対象となり(自己負担)、その後、薬剤費の総額が2,250ドルに達するまでは薬剤費の75%をメディケアが支払う。次に5,100ドルまでは、ドーナツの穴と呼ばれる給付のギャップ、すなわち全額自己負担となる。全薬剤費が5,100ドルを超えると、薬剤費の95%をメディケアが支払う。すなわち、自己負担総額が3,600ドルを超えると、高額な薬剤費負担として、メディケアが費用の95%を負担する(図3)。

標準給付を提供するのは、PDPsとMA-PDプランの一部ではない。たいていのプランは25%の利用者負担を一律にとらず、薬剤によって負担額を変えている。また58%のPDPsと79%のMA-PDは、最初の免責額を定めていない。しかし85%のPDPsと72%のMA-PDが、給付ギャップを設けている。そしてこのドーナツの穴が、自己負担の重さに気づいた高齢者の声が高まるに従い、政治的課題となっている。

さらなる論点は、給付抑制策である。政府は、メディケアの処方薬剤費給付は、2006年には310億

ドル、2007年から2016年の間では7,680億ドルになると推計する。パートDの財源は、保険料、州の負担(8%)、および連邦の一般歳入であるが、加入者の保険料は24.5%と定められている。保険料はプランごとに異なるが、2006年度は平均で月額32.2ドルに抑えられている。連邦政府の支出増は避けられない。

民主党は、給付費削減策の一つとして、製薬会社との薬剤費の交渉権を政府に直接与えるべきだと主張する。メディケア近代化法は直接交渉を禁じており、民間会社よりも政府に、薬価を下げる交渉力があるのかが議論されている。民主党は、政府主導の薬剤費給付を推進しており、現在のかたちでは、民間保険会社の損失を政府が担保するかたちになっていると批判している。そして政府が製薬会社と交渉して削減する給付費用を使い、ドーナツの穴を埋め、低所得者をさらに支援すべきだと提案する。共和党は、製薬会社の協力のもとメディケア近代化法を成立させ、製薬会社から多大な献金を受けているからか、民主党案に正面から反対している。民主党が中間選挙で躍進した中で、2008年の大統領選挙に向けて、パートD改革をめぐる議論は今後も高まっていくであろう。

なお、薬剤費をめぐるのは、カナダからアメリカ国民が逆輸入した処方薬を税関が没収したために、これを許可するか否かも議論されてきた。カナダでは、政府が薬価を公定するために、アメリカの製薬会社の薬がアメリカよりも安く入手できる。そこで、約100万人のアメリカ人が、カナダから処方薬を入手している。政治力の強い製薬会社の支持を受けるブッシュ政権の動向が注目される中、2006年10月4日、税関での処方薬の没収を禁じる条項を含む「Homeland Security Appropriations法」が成立した。カナダからの処方薬の購入を合法化したわけではないが、逆輸入が黙認された。

■ 皆医療保障改革

皆医療保障制度を目指す試みは、アメリカでも新しいものではない。医療保険制度への政府の関与を要求する動きの始まりは、民間医療保険が発達する以前の20世紀初頭にまでさかのぼることができる。35年に制定された社会保障法を起草した、ルーズベルト大統領の諮問委員会、経済保障委員会も公的医療保険制度を検討した。しかし、医師会などが強硬に反対し、社会保障法案からは、医療保険の問題を研究していくという記述も削除

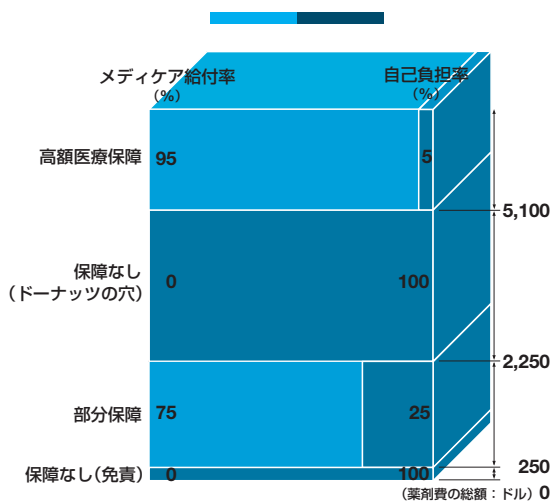


図3：標準的なメディケア薬剤費給付 (2006年)

■ 保障による給付 ■ 自己負担
出典：Kaiser Family Foundation (June 2006) 図4

された。とはいえ社会保障法の制定で年金保険による所得保障が確立し、次なる課題として、全国民対象の医療保障制度の創設がより具体的な政治課題となった。

皆医療保障制度の創設に向けた努力は40年代に活発化し、この時期は、医療保険制度をめぐる本格的な議論が高まった最初の時期として位置づけられよう。公的な医療保険制度の創設は、民主党のトルーマン大統領が掲げるフェアディール政策の中心的要素となるはずであったが、ワグナー上院議員を中心に提出した皆医療保険法案は、議会をなかなか通過しなかった。第二次世界大戦で議論がいったん中断したのち、45年、トルーマン大統領は医療教書で社会保険の導入を目指す法案を支持し、全国民対象の医療保険の提案を支持する初めての大統領となった。しかし医療保険制度創設の動きは、「組織化された医療」ないしは「社会化された医療」に反対するアメリカ医師会のキャンペーンに阻まれた。そして反トルーマン派の南部民主党議員と共和党議員との連携などにより、皆医療保険法案は、その後も議会を通過しなかった。

皆医療保険の創設に向けた模索の中で、範囲を高齢者に狭めたかたちで、とりあえず公的な医療保険制度を実現したのがメディケアであった。65年のメディケアの成立は、公的皆医療保険制度への第一歩として、その創設を求めてきた者にとっては目的の一つの成就であった。しかし、その時点での戦略は成功したものの、その後対象者の範囲を広げていくという目論みは失敗することになる。皆医療保障制度を希求する専門家は、どうしてあの時に、メディケアのみならず皆医療保障制度を創設しなかったのかと、今もって悔やんでいる。

70年代に起きた皆保険をめぐる論争も、社会的には連邦政府主導の制度が支持されていたにもかかわらず不作為となった。78年の世論調査では、65%が皆医療保険制度が必要であると答えたものの、制度創設にはつながらなかった。最近では94年秋、包括的な改革を目指した健康保障法案(Health Security Act)の成立を、クリントン大統領が断念している。90年代には多くの国民が、医療制度改革の必要性を認識していた。また、公的医療保障制度に強く反対してきた医師会は、政治的な影響力を弱めていた。にもかかわらず、クリントンの健康保障法案は、皆医療保障制度を求めるこれまでの試みと同様に挫折した。そのため、医療保障改革をめぐる議論は、しばらくの間政治の表舞台から消えていた。しかし医療費の急増やメディケア・マネージドケアの機能不全から、2004年の大統領選挙戦に向けて再燃することになる。

こうして公的医療保障制度を求める動きは、歴史を通して存在し、幾度となくその是非が議論されてきたものの、連邦レベルでの皆医療保障制度は成立していない。そうした中で、前述

した無保険者問題の高まりを受けて、近年は州レベルで、民間の保険からこぼれ落ちた者を保障するための数々の改革が試みられている。

皆医療保障構想を、最初に法定化したのはメイン州である。2003年に成立したDirigo Health Reform Actが、2009年までにすべての州民に医療へのアクセスを保障することを目指した。2005年にはイリノイ州が、All Kids Health Insurance Programを制定し、18歳以下のすべての子どもに対して、両親または州の他のプログラムによって保障を受けていない場合に、医療を保障するシステムを構築した。保障額は所得に応じており、通院、入院、眼科、および歯科の費用、ならびに薬剤費と定期的な医師への通院費用を保障する。両州のプログラムともに、現行のシステムを基盤に、保障の足りない部分をカバーするかたちで、州民の医療へのアクセスを確保しようと試みたものである。州による単一的な皆保険、単一の支払いモデル型の医療保障制度を実施しようとしているわけではない。

2006年にはマサチューセッツ州とバーモント州が、全州民に医療保険の保持を保障する法律を制定した。マサチューセッツ州では、Chapter 58 of the Acts of 2006が、全州民の医療へのアクセス保障を2009年までに実現すると約束した。本法は、保険への加入義務、メディケイドの拡大、医療費貯蓄勘定や保険を提供する企業に対する税制上の優遇措置、19歳から26歳の若年者層を対象とした低価格の保険の創設といったいくつかの施策を盛りこんでおり、55万人の無保険者の取りこみを計画している。本ジャーナルVol.2でも紹介されたとおり、マサチューセッツ州の皆医療保障制度は、企業の提供する保険などへの個人加入を通じて、さらに、それを容易にするいくつかの支援策を通じて、医療へのアクセス保障を達成しようとするものである。バーモント州では、H861、Health Care Affordability Actが、無保険の州民に対して低価格で包括的な保障を行う、Catamount医療保障を創設した。医療保険は民間会社によって販売され、政府が低所得者への補助を行う。この制度は、慢性病対策に力を入れている点に特徴がある。

皆医療保障への関心が高まっている2006年には、上記2州が法律を制定したほか、少なくとも8州が医療保障法案を検討してきた。さらに7州は、皆医療保障制度の可能性を検討する委員会を設けている。州によるこれまでの立法は、公私の医療保障の谷間に落ちた者を救うかたちの制度を創設する傾向にあるが、いくつかの州は、すべての州民を対象とする、単独の保険者による皆医療保障制度の構築を検討している。

カリフォルニア州では、州政府による単一保険制度を創設する皆医療保険法案が民主党首位の議会を通過したが、共和党の知事が拒否権を発動した。この法案は、州内の民間保険プラン

を廃止するとともに、公的医療保障制度(メディケアやメディケイド)を統合するかたちで、皆保険を構築するものであった。カリフォルニア州は、2003年に企業に医療保険の提供を義務づける医療保険法が提案され、州民投票に付された結果、賛成49.12%、反対50.86%の僅差で否決された経験を持つ。この法案は、事業主は、医療保険を自ら提供するか(play)、州政府が運営する州医療保険購入基金に保険料を支払わねばならない(pay)、play or pay方式をいち早く導入しており、他州の医療保障法案の検討にも影響を与えた。

コネチカット州やミズーリ州でも、単独の保険者による皆医療保障制度などが検討されたが、議会の常会期間内に委員会を通過しなかった。フロリダ州では、すべての子どもに対する無料の医療保障制度が2005年以降検討されているが、委員会を議会開催中に通過していない。ハワイ州では、単独の保険者を創設する法案は委員会を通過せず、子どもに医療保障を行う試験的なプログラムは議会を通過したものの、知事が拒否権を発動した。ニューハンプシャー州では、包括的な保障が検討されたが廃案となった。ニューヨーク州では、雇用を通じて労働者に医療保障を提供する法案が委員会で検討されている。ウィスコンシン州でも雇用を通じた医療保障が提案されたところ、委員会を通過していない。

連邦レベルでは、Pete Stark下院議員が7月に、皆医療保障制度の導入を目指したAmeriCare Health Care Actを提出した。法の成立は疑問視されているものの、Stark下院議員は民主党の医療政策の中核を担う存在であり、中間選挙で民主党が躍進した中で、今後の民主党の医療保障政策との関係で本法案は注目されている。AmeriCare法案は、公的医療保障制度を拡張するかたちではなく、マサチューセッツ州のような、さまざまなツールを組み合わせて国民の皆医療保障を目指している。また、市レベルでは全米で初めてサンフランシスコ市が、8万2,000人の無保険者に保障を提供する目的で、皆医療保障制度であるHealth Access Planを成立させた。

各州の法案の概略にも見られるように、アメリカで皆医療保障制度が模索されているといっても、それは、我が国のような政府が単一の保険を提供するかたちの制度を意味するわけではない。アメリカで検討されている皆医療保障構想は、次の4パターンに分類しえよう。一つめは、連邦による一つの医療保障制度を確立するのではなく、州政府が独自の医療保障制度を選択し、それを連邦政府が財政的に支援するかたちで、皆保障と広範囲の給付を確立しようとするアプローチである。二つめは、現在ある社会保障制度、メディケイド、メディケア、SCHIPの被保険者の範囲などを拡大するかたちで、子どもや勤労者に対する医療保障の確立を試みるものである。三つめは、企業の提

供する団体医療保険や、個人が加入する私保険への加入を、義務づけや財政支援により促進するかたちで、無保険者をなくそうとするアプローチである。前述したとおり、アメリカでは職場を通じた民間医療保険への加入が広く浸透している現実から、このアプローチが導入された。そして四つめが、単一の保険者による公的皆医療保障制度である。各州が皆医療保障制度に向けたさまざまな模索を続けることで、各州の制度の賛否をめぐる議論も活発化している。いくつかある制度パターンの中で、いかなるアプローチが連邦の制度としてはよいか、実現可能か、具体的な議論が対立している。

民主党の躍進とともに、今後もさまざまな政策が提案されていくであろう。州政府が実際にいくつかの制度改革を実現し始めたのは、皆医療保障を模索してきた歴史の中でも新しい動向といえる。とはいえ、皆医療保障を目指しつつも挫折してきたこれまでの経緯を振り返ると、全国民が安心して医療にアクセスできる制度をアメリカが構築する日はくるのか、無保険者問題は解消するのか、定かではない。

【参考文献】

- Centers for Medicare & Medicaid Services
<http://www.cms.hhs.gov/>
- Edward Epstein, *Stark offers universal health insurance plan Employers, states and individuals would share costs*, San Francisco Chronicle (July 26, 2006)
<http://sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?file=/c/a/2006/07/26/MNG3HK5E5R1.DTL>
- Kaiser Family Foundation, *Ford, Chrysler, GM To Ask Congress for Legislation To Help With Health Care Costs* (Oct. 30, 2006)
http://www.kaisernet.org/daily_reports/rep_hpolicy_recent_rep.cfm?dr_at=3&show=yes&dr_DateTime=10-30-06#40744
- Kaiser Family Foundation, *Medicare Advantage - Fact Sheet* (Sep. 2005)
<http://www.kff.org/medicare/upload/Medicare-Advantage-April-2005-Fact-Sheet.pdf>
- Kaiser Family Foundation, *Medicare at a Glance - Fact Sheet* (July 2006)
<http://www.kff.org/medicare/upload/1066-09.pdf>
- Kaiser Family Foundation, *The Medicare Prescription Drug Benefit - Fact Sheet* (June 2006)
<http://www.kff.org/medicare/upload/7044-04.pdf>
- National Conference of State Legislatures, 2006 Bills on Universal Health Care Coverage, Legislatures Fill in the Gaps*
<http://www.ncsl.org/programs/health/universalhealth2006.htm>
- Robert Pear, *Confident Democrats Draft Broad Health Care Agenda*, New York Times (Oct. 20, 2006).
- Robin A. Cohen, and Michael E. Martinez, *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, January - March 2006*;
<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur200609.pdf>
- Theodore R. Marmor & Jonathan Oberlander, *Paths to Universal Health Insurance: Progressive Lessons from the Past for the Future*, 2004 U. Illinoi L. Rev. 205 (2004).