

---



# 研究レポート

---

No.116    October    2001

---

---

日米比較からみた医療改革の政策形成プロセスのあり方

主席研究員 松山 幸弘

---

**富士通総研（FRI）経済研究所**

## 日米比較からみた医療改革の政策形成プロセスのあり方

主席研究員

松山 幸弘

### 【 要 旨 】

- 1 . 本年 9 月、“ 聖域なき構造改革 ” を掲げる小泉政権から漸く「改革工程表」が明らかにされた。しかしながら、国民の関心が最も高い年金、医療、介護といった社会保障制度改革については、既に何年も続いている議論の空転を解消し国民のコンセンサス作りを資するような具体策を依然欠いている。これは、わが国の社会保障制度改革の政策形成プロセスに欠陥があるからである。本稿ではこれを医療改革の政策形成プロセスの日米比較を通じて検証する。
- 2 . アメリカでは膨大な医療関連データベースが構築され公開されており、改革案が出るとすぐにカウンターパートや中立シンクタンクから客観的データに基づく評価を受ける。とりわけ、常に中立を守り現職大統領の提案であっても批判する議会予算局の存在が大きい。その結果、改革の枠組みの理念が妥当であることに加え財源確保に合理性のない案は早い段階で棄却される。
- 3 . これに対し日本は医療関連データベースが貧弱である。そして厚生労働省や各利益団体が発表する改革案では、試算結果が示されるのみで基礎データと計算プロセスが十分に公開されていない。議論の空転が続くのは、用語の定義やデータの解釈について関係者に共通のインフラを作ることなく進めているからである。これは、厚生労働省に広報戦略がないからである。
- 4 . 従って、国民が改革案を比較評価するための共通の尺度を提供すべきである。アメリカのように基本的情報を共有する仕組みを構築すれば財源確保の妥当性が明確になり改革の枠組みの議論に専念できるようになる。その時はじめて改革案並列列挙で結論のでない状況からの脱却が可能になると思われる。

以上

## 【 目 次 】

1 .はじめに	1
2 .アメリカにおける医療政策決定の枠組み	1
3 .政策決定に関わる団体	2
4 .制度改革の成立過程	5
a .クリントンの 1994 年医療改革失敗の理由	6
b .ブッシュの公約“ 外来薬剤費給付補助 ” 実現までの課題	1 2
5 .日本への示唆	1 8

## 1. はじめに

“ 聖域なき構造改革 ” を掲げる小泉政権の構造改革論議の中で、国民の関心が最も高い社会保障制度改革の具体的枠組み作りが一番遅れている。年金、医療、介護共に改革案は各利益団体等から提示されているものの意見の一致を見ていない。このように議論が空転を続け国民のコンセンサスを形成することができないのは、わが国の社会保障制度改革の政策形成プロセスに欠陥があるからである。具体的には、改革案を比較評価するための基本的情報を国民が共有するインフラが構築されていないことである。そこで本研究では、医療改革の政策形成プロセスの日米比較を通じて、この点を検証することしたい。

## 2. アメリカにおける医療政策決定の枠組み

アメリカにおける医療政策決定過程で誰がイニシアティブを取っているかを考察するためには、国民医療費の支払い者と関連法規立案者の関係を知る必要がある。

( 図表 1 ) アメリカの国民医療費の支払い者構成 ( 1999 年実績 )

支払い者	金額 ( 億ドル )	構成比 ( % )
政府	5 , 4 8 5	45.3
連邦政府	3 , 8 4 7	31.8
州政府・自治体	1 , 6 3 9	13.5
民間	4 , 7 5 6	39.3
保険会社	4 , 0 1 2	33.1
その他ファンド	7 4 4	6.1
受診時患者自己負担	1 , 8 6 5	15.4
合計 ( 国民医療費 )	1 2 , 1 0 7	100

図表 1 はアメリカの国民医療費の支払い者構成を示している。連邦政府の医療費支出 3,847 億ドルのうち 2,136 億ドル ( 国民医療費に対する割合 17.6% ) は、65 歳以上高齢者と障害者を対象とするメディケアである。従って、連邦政府はアメリカで最大の保険者であり、この事実が診療報酬算出方法の枠組み決定、医療関連データベース構築、IT 活用推進などの面で医療機関に対して政治力を発揮する根拠になっている。

連邦政府医療費支出の残りの大部分は、貧困者医療費補助プログラムで財源を連邦政府と州政府が折半しているメディケイドであり、その立法権は連邦政府が握っている。しかし、メディケイドの運営は各州政府に委ねられており、メディケアとメディケイドの両方の受給権を有する高齢者が 540 万人存在することから、連邦政府がメディケア・メディケイドを改正する場合州政府間のコンセンサスの有無に大きく左右される。また、民間保険会社の監督権限は州政府にあり、民間保険会社は州保険法に従い経営を行わねばならない。

そして、州の中には自ら独自の医療改革を行い、医療保険未加入者減少や医療費抑制に一定の成果をあげている所がある。その結果、医療問題に対する取り組み方針やその結果でもある医療保険未加入者率、マネジドケア普及率などの医療事情は、州毎に格差が生じている。

アメリカの代表的民間シンクタンクである Urban Institute が 1996 年に出版した「医療政策、連邦主義とアメリカの州政府」には、医療改革における連邦政府と州政府の役割変遷の記述があり、クリントンが 1994 年の医療改革に失敗して以降は医療改革のイニシアティブはより州政府にシフトするとの予想が示されている。具体的には、個々の州政府が自らの判断で低所得者に対する保険料補助、保険会社が既往症を理由に加入拒否や保険料割増することの禁止、地域保険料率適用の義務付けなどの改革が行い、それらの事実が全国レベルで積みあがるのを見計らって連邦政府が法改正に動くという図式である。

もっとも医療が連邦政府にとって常に最重要政治テーマであることに変わりはなく、州政府が担い手になれない課題については連邦政府が積極的に取り組まざるを得ない。例えば、ブッシュ大統領が就任直後に署名した医療情報保護法は、医療介護分野におけるインターネット技術活用のインフラとも言える法律であり、検討開始から成立まで 5 年を要した。また、皆保険実現といった抜本改革ではなく既存の制度の枠組みを前提にした改正であっても国民の関心が高いテーマがある。後述する高齢者に対する外来薬剤費給付補助拡充がその典型例である。

このようにアメリカにおける医療政策決定過程を考察するためには連邦政府と州政府の役割分担の枠組みを正しく理解することが不可欠であるが、日本との比較では、アメリカの場合医療改革政策論争の参加者が多彩かつ基本情報が共有されており、財源面などから実現不可能な案は初期段階で棄却されるという事実が重要である。わが国の医療改革論争が各利益団体のポジショントーク的案の並列列挙から抜け出せない最大の原因は、厚生労働省が改革案を比較評価するための共通の尺度を国民に示すことができていないことにあると思われる。

### 3. 政策決定に関わる団体

アメリカにおいても健康保険協会、病院協会、医師会、製薬工業会といった利益団体が積極的なロビー活動を展開し医療改革論争に影響力を行使している。しかし、日本との決定的な違いは、ニュートラルな立場で政策提言・比較分析を行う官民シンクタンクの質量が大きい点である。

その中でも議会予算局 (Congressional Budget Office : [www.cbo.gov](http://www.cbo.gov)) が特に注目に値する。1975 年に創設された議会予算局の使命は、「経済と予算に関する客観的でタイムリーな情報を議会に提出する。自ら政策提言を行うのではなく、審議されている法案を中立の立場で分析評価し場合によっては代替案を提示する」ことである。つまり、議会予算局は

連邦議会内に設けられたシンクタンクであり、各委員会から検討依頼が殺到することになる。そこで、議会予算局が仕事を引き受ける優先順位ルールとして、第1は下院と上院の予算委員会からの要望、第2は下院歳入委員会と上院財務委員会からの要望、第3は他の全ての委員会からの要望と定められている。職員数は法律によりフルタイム換算232名と上限が設けられているが、その大部分がエコノミストである精鋭の専門家集団である。このうち24名(2001年6月現在)がヘルスケア分野担当であり、現職大統領の医療改革案であっても厳しく論評することを厭わない。ちなみに後述するとおり、クリントンの1994年医療改革が連邦議会で審議される前から不成功と見なされた理由の1つは、議会予算局が「クリントン案は計算根拠が甘い」と指摘したことにあった。わが国の国会における医療改革論争が財源確保などの点から実現不可能な案ばかりを並べて遅々と進まない状況から脱却するためには、この議会予算局のような組織を創設することが検討に値するよう思われる。

前述の利益団体と議会予算局以外で医療改革論争の有力な参加者を列挙すれば次のとおりである。

医療財務庁 (Webアドレス: [www.hcfa.gov](http://www.hcfa.gov) 以下同様)

保健福祉省の内部組織。メディケア、メディケイド、児童医療保険を所管しているアメリカ最大の保険者。メディケア、メディケイド、児童医療保険の改革案はもとより、診療ガイドライン、医療情報保護法、患者保護法など連邦政府がリーダーシップを発揮すべき事項について原案を作成。なお、児童医療保険とは、1997年10月より期間5年の予定で開始されたもので、医療保険未加入状態にある子供のうち約500万人に医療保険を提供することを目的に連邦政府が州政府に対してマッチング資金を出す制度。

メディケア支払い評価委員会 ([www.pprc.gov](http://www.pprc.gov))

1997年財政均衡法に基づき既存の機関を統合する形で創設された。使命はメディケアの医療費償還支払い方法の評価、研究。具体的には、年2回(3月と6月)提言書を提出する義務が法律で定められていることに加え、議員スタッフ等にレクチャーする任務を負っている。委員会は17名の専門家で構成されている。さらに委員会スタッフ28名のうち17名が医療政策、公衆衛生、薬学等の専門家である。

会計検査院 ([www.gao.gov](http://www.gao.gov))

1921年創設。前述の議会予算局と同様に議会のための独立した超党派の機関。その中立性を担保するためにトップの任期は15年と長い。使命は連邦政府のプログラムや支出内容の妥当性を評価し議会に改善案等を提示することであり、守備範囲が広いとため職員数も3275名と議会予算局の15倍近い。

下院一般歳出委員会の医療小委員会 ([www.house.gov/ways\\_means/](http://www.house.gov/ways_means/))

医療小委員会のメンバー議員数は議長を含めて13名。医療小委員会のWebサイトから医療関係の政府データベースにアクセス可能になっている。

アメリカ退職者協会 ([www.aarp.org](http://www.aarp.org))

会員数 3400 万人を誇るアメリカ最大のロビー活動団体であり、メディケアを初めとする医療政策決定過程において大きな影響力を持つ。会員資格は 50 歳以上であることであり現役勤労者か退職者かは問わない。年会費 10 ドル。会員に対して医療保険、介護保険をはじめ様々な特典サービスを提供している。傘下の公共政策研究所並びに外部組織に対する補助を通じて高齢者に関連した調査研究、政策提言を行っており、その報告書の質は高い。

Health Care Policy ([www.epn.org](http://www.epn.org))

政策論争のための Web 上のコンソーシアムである Electronic Policy Network (EPN) の中にある医療政策論争の巨大なデータベース。EPN は著名なジャーナリストであるポール・スターと The American Prospect Magazine によって 1995 年に創設された。研究者、学生はもとより一般市民に対しても政策論争に関する最新情報をインターネットを通じて提供することを使命にしている。公共政策に関係の深い組織 (60 以上が参加) や政策提言グループがそのメンバーであり、取り扱うテーマは、経済、市民参加、医療、外交、教育、年金など多岐にわたる。コンソーシアムに参加するには審査を受けるが、その後はその機関が掲載する情報にチェックを加えない。ただし、ショーケースにおける配置は事務局が決定する仕組みになっている。

Brookings Institute ([www.brook.edu](http://www.brook.edu))

全米レベルで公共政策を研究提言する最初の民間組織。前身の組織は 1916 年創設の政府の調査研究所。1927 年に 3 つの研究所が合併して誕生。

Urban Institute ([www.urban.org](http://www.urban.org))

1968 年に創設された非営利の政策研究所。9 つのリサーチセンターがあり、うち 1 つが医療政策担当。スタッフ 350 名のうち 45 名が医療政策センター所属。

Heritage Foundation ([www.heritage.org](http://www.heritage.org))

1973 年創設のシンクタンク。「自由、小さな政府、伝統的なアメリカの価値、強い国防力という原則に基づき保守的な公共政策を形成・推進すること」を使命としている。具体的には、重要な政策課題に関するタイムリーで正確な調査研究を行い議員、議会スタッフ、メディア、学者等に情報提供することであり、ブッシュ大統領が提出している政策の分析も熱心に行い公開している。ヘルスケア担当研究者は 4 名。

RAND Health ([www.rand.org/health](http://www.rand.org/health))

著名なシンクタンク RAND の 1 部門だが、Rand Health だけでスタッフ数が約 130 名であり (RAND 全体では 1100 名) 医療政策に関する民間研究組織としてはアメリカ最大。その Web サイトの情報量も膨大。保健福祉省が 1971 年に大規模な医療保険調査を行ったことが契機となって設立された。

Committee on Health Politics (ヘルスポリティクス委員会)

The American Political Science Association (アメリカ政治科学協会) の中に組成されて

いるヘルスポリティクスに関心を持つ学者グループのこと。APSA は世界 70 カ国以上から約 13500 名が会員になっている世界最大の政治科学学会。ヘルスポリティクス委員会は、1969 年に「政治科学者のコミュニティにおいて医療問題が無視されていることは放置できない」と考えた学者たちがハーバード公衆衛生スクールで会議をもったことが始まり。メンバー会費無料でサロンのようなものであり、年に 3 ~ 4 回 APSA の会議開催に合わせて活動しているほか、ヘルスポリティクス誌（1976 年創刊）を発行している。同誌の Web サイト（[www.jhpppl.org](http://www.jhpppl.org)）には医療政治に関するリサーチとデータへのリンクがあり情報量膨大。なお、ヘルスポリティクス委員会に関する情報は、ヘルスポリティクス誌の Web サイトのリンクからアクセス可能。

ACADEMY For Health Services Research and Health Policy（[www.ac.org](http://www.ac.org)）

2000 年 6 月に The Alpha Center と The Association for Health Services Research が合併して誕生した。政府や民間の医療政策立案、研究を行っている人々に専門的情報を提供することが使命。スタッフ数 5 2 名。

American Enterprise Institute for Public Policy Research（[www.aei.org](http://www.aei.org)）

1943 年創設。常勤研究者 50 名にアメリカ内外の非常勤研究者 100 名以上が加わった専門家のネットワーク。経済政策、外交・国防、社会・政治の 3 部門があり、医療政策は経済政策の中のビジネスセクター調査に含まれている。医療政策担当は 4 名であり、そのうち 1 名は有名なギングリッチ（元共和党下院議員）。

Families USA（[www.familiesusa.org](http://www.familiesusa.org)）

「全てのアメリカ国民が質の高い、購入可能な医療・介護を確保できるように尽力する」ことを使命とする研究機関。スタッフ数 27 名と小規模だが、医療政策のマスコミ記事でよく取り上げられている。

Public Citizen（[www.citizen.org](http://www.citizen.org)）

ラルフ・ネーダーが 1971 年に設立した消費者ロビー団体。運営資金を寄付する支援者数は約 15 万人。医療分野では消費者の立場からより安全な薬や医療機器が確保できるようにすること、個人による医療の意思決定拡大や国民全てが質の高い医療にアクセスできるような仕組み作りに尽力している。また、医療過誤訴訟支援にも取り組んでおり、問題ありと判定された医師約 2 万人の情報を公開している。

Robert Wood Johnston Foundation（[www.rwjf.org](http://www.rwjf.org)）

大手製薬会社ジョンソン & ジョンソンの創業者であるロバート・ウッド・ジョンソンが寄付し 1972 年に創設した研究機関。スタッフ数 211 名。

#### 4 . 制度改革の成立過程

アメリカの場合医療政策論争参加者は多種多様でありテーマ毎に参加者の影響度合いが異なるため、医療政策決定過程の構造を単純化して示すことは難しい。そこで、代表的具

体例としてクリントン前大統領の1994年医療改革失敗とブッシュ新大統領の外来薬剤費給付補助を巡る議論を紹介することとしたい。

#### a . クリントンの1994年医療改革失敗の理由

筆者は、クリントンの医療改革案が連邦議会で審議中であった1994年8月、「アメリカの医療改革」(東洋経済新報社)を出版し、クリントン案が審議開始前から既に廃案同然になっていた理由を解説済みである。クリントンの医療改革案と失敗の理由の要点は以下のとおりである。

1991年の大統領選挙でブッシュに勝ったクリントンの最大の公約は医療改革であり、国民皆医療保険と医療費膨張抑制を同時に達成することであった。この難題に臨むクリントンの並々ならぬ決意が、1993年10月に発表した「医療保障<アメリカ国民への大統領報告>」に述べられている。

「すべてのアメリカ国民は、将来も奪われることのない総合的な医療給付を保障されねばならない。これを実現するのが医療保障法である。アメリカ国民は、世界で最も優れた医師と看護婦、最高の病院、最先端の医療技術、地球上で最も有望な研究開発体制にめぐまれている。しかし、現在のわれわれの医療システムは欠陥だらけである。保険会社は、最も健康な人々のみ加入させることで競争している。このため、多くの人々が医療保険に加入できず、一度重病になれば自分の貯蓄を食いつぶすことになる。多くの人々が医療保険を失うことを恐れるあまり転職できないでいる。アメリカ中の零細企業の雇用主たちは、従業員や家族に医療保険を提供したいと考えている。しかし、高すぎる保険料の負担に耐えられないのだ。1994年の国民医療費は1兆ドルを超える。それにもかかわらず、医療保険未加入者が3700万人もあり、加えて2500万人もの人々が不十分な給付内容の医療保険で我慢させられている。とどまることを知らない医療費の高騰のため、勤労者たちは医療保険を保つことと引き換えに賃上げを諦めることを余儀なくされ、アメリカの製造業は国際競争力を失っている。そして、医療改革を実施しなければ毎月何十億ドルもの財政赤字が積み増されるのだ。つまり、われわれの医療システムを故障させたすべての原因が、本来あるべき姿を妨害しているのだ。正しいことを守り、間違っていることを正すために、医療システムをコントロールしなければならない。国民を第一に考えねばならないのである。」

クリントンが提案した医療保障法は次の6原則を掲げていた。

##### [原則1] 保障

全てのアメリカ国民と合法的な居住者は、「医療保障カード」を受け取り、病気、転職、失業、転居など将来何が起きても医療保険を失うことがない。このカードにより提供される医療保険の給付内容は、大企業が従業員に提供しているものと同じくらい総合的なものである。各保険会社は、加入申込み者全てを病歴、年齢、職業にかかわらず受け入れなけ

ればならない。高齢者や病気がちな人ほど保険料を高くすることも禁止される。各世帯が自己負担する年間の医療費に限度額を設ける。

#### [原則2] 簡素化

医療保険の給付内容を統一することによって給付請求手続き用紙を標準化する。これにより、医療機関は何百種類もある医療保険給付請求用紙の煩雑な仕事から解放される。

#### [原則3] 節約

保険会社は「加入診査」と称して病気がちな人や高齢者を保険集団から如何にうまく排除するかを競ってきた。改革後は、保険会社に対して自らが提供する医療プランの価格と質で競争することを促す。そのために医療の購入者である消費者と企業を「地域医療保険購入組合」で統合する。さらに、医療費膨張がコントロール不能と思われる緊急時には保険料値上げを制限する。過剰請求など医療をめぐる不正には厳罰で臨む。

#### [原則4] 質

世界一であるアメリカの医療をよりよいものにするために、医師や病院を最高の情報と最新のテクノロジーで武装させ、質に関する情報を消費者にフィードバックさせる。質に関する情報とは、必要なケアがすぐに提供されているか、治療内容の選択が正しく行われているか、良い治療結果が出たか、患者の満足度の4つである。また、病気になった後に患者を治療するのではなく、人々を健康に保つ予防ケアに注力する。「地域医療保険購入組合」は、各医療プランのネットワークに属する医師や病院が消費者からどのように採点されたかを年次報告書で発表する。この情報に基づき消費者が毎年医療プランを選択し直すことにすれば、医療プラン間で質の競争が促される。

#### [原則5] 選択

全ての人々は、職場がどこにあるかにかかわらず、最低3種類（伝統的出来高払い医療プラン、HMO、PPO）以上の医療プランの中から選択することができる。医療プランの選択権は個々の勤労者にあるのであり、雇用主ではない。自分が信頼している主治医や病院が参加している医療プランに加入することで、間接的に医療機関を選択できる。

#### [原則6] 責任

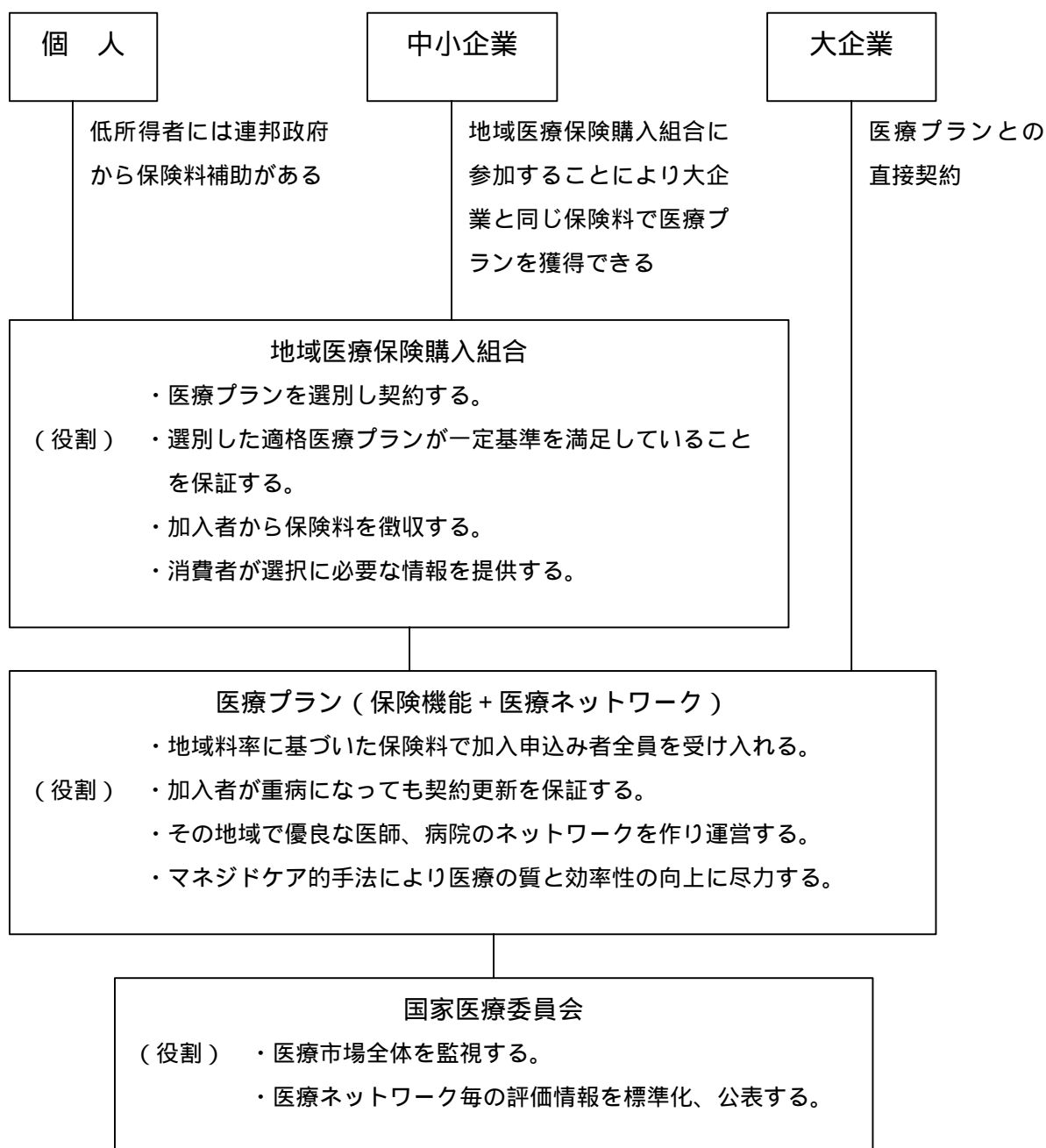
全ての人々と雇用主が、医療プラン獲得のためになんらかの拠出をしなければならない。低所得者や零細雇用主は医療保険料の大きな割引を受けることができるが、全ての人々と雇用主がコスト負担する責任を引き受けねばならない。また、医薬品メーカーは値下げする責任を果たさねばならない。

上記のとおりクリントンは、医療改革の第一の目標である国民皆医療保険実現の切り札として「地域医療保険購入組合」の創設を提案していた。

1993年に発表されたクリントン案では、従業員数が5千名以上の職場を除く全ての雇用主、個人が地域医療保険購入組合に参加することを義務付けていた。州内にいくつ組合を作るかについては、各州政府に決定権限が与えられることになっていた。地域医療保険購

入組合は、その地域の医療保険市場に参加を希望する伝統的出来高払い医療プラン、HMO、PPOにとって唯一の交渉相手であり、ゲートキーパーである。消費者の選択対象になるのは、組合と契約できた医療プランのみである。全ての人々は、組合に保険料を支払うことで医療プランを選択する権利を取得する。転職や失業をしても保険料を支払って

(図表2) クリントンが目指した医療システムのイメージ



る限り医療プランを失うことはない。保険料の算出は地域料率による。つまり、個々人の健康状態や年齢、所属している職場の従業員規模などにより保険料に格差を設けてはならない。こうすることで同じ給付内容には同じ保険料が適用され、個人や中小企業が支払う保険料が大企業のものと同じになる。

医療改革後の保険料負担の原則は、雇用主 8 割、従業員 2 割である。ただし、雇用主の拠出金額はその従業員に対する支払い給与の 7.9% を超えることはない。このルールで最も重要なことは、「その地域における平均的保険料の医療プランで住民全員をカバーした場合の保険料合計額の 80% を、その地域の雇用主全体に公平に拠出させる」という点である。地域医療保険購入組合から従業員が医療プランを購入するときに雇用主が拠出しなければならない金額は、その地域の家族の中に勤労者が平均何人いるかに基づいて算出される。例えば、その地域で典型的な家族の働き手の数が平均 1.4 だったとする。この場合、「夫婦 + 子供」プランを選択した従業員の雇用主は保険料の 57% ( $80\% \div 1.4$ ) を負担すればよいという仕組みである。

医療改革の第 2 の目標である国民医療費膨張抑制に関しては、クリントンは「市場メカニズムの活用」と「グローバル予算による統制」の 2 つを併用することを示唆していた。基本的には、医療機関の料金を直接規制するのではなく、地域医療保険購入組合が各医療プランによる保険料値上げを厳しく監視することで国民医療費の増加率を引き下げるという仕組みである。そして、新設される「国家医療委員会」に地域毎の医療予算を決定する権限を与え、国民医療費の膨張がとまらない場合に同委員会が医療関連価格の統制に乗り出す余地を残したのである。

このようなクリントンの医療改革案が連邦議会で審議される前から既に廃案同然になっていた事情として次のことが指摘できる。

#### クリントン案の前提条件を打ち砕いた議会予算局

図表 3 のとおり、クリントンは、医療改革による財政赤字削減効果を 2000 会計年度 1 年間だけで 380 億ドル、1995 ~ 2000 会計年度の 6 年間累計で 580 億ドルと主張していた。しかし、議会予算局は、クリントン案を実行に移せば 2000 会計年度だけで 100 億ドル、6 年間の累計でも 740 億ドル財政赤字が拡大するという試算結果を発表、クリントン案を打ち砕いた。

クリントン案に従った医療改革が連邦財政に与える影響の 6 年間累計についてクリントンと議会予算局の間に 1320 億ドルの格差が生じた最大の理由は、クリントンが地域医療保険購入組合の下での保険料水準を過小評価していたことにあった。ちなみに議会予算局は、単身プランの保険料を 2100 ドル(クリントン案対比 8.7% 高)、家族プランの保険料を 5565 ドル(同 27.6% 高)と試算していた。その結果、2000 年における雇用主への保険料補助額の予測が、クリントン案の 330 億ドルに対し議会予算局 580 億ドルと 250 億ドルもの差がついたのである。またクリントンは、カフェテリア・プランなどに対する税優遇廃止効果

を過大に見積もっているとの指摘も受けた。その過大評価額は 2000 年だけで 50 億ドルである。従業員数 5 千名以上の雇用主のうち実際に雇用主別医療保険購入組合設立を選択するところは少ない。その結果、「単独で医療保険購入組合を設立した雇用主に課す 1 % の給与税の収入はクリントンの予想を大きく下回る」と批判されたのである。

(図表3) クリントン案が連邦財政に与える影響に関するクリントンと議会予算局の見解の相違

(単位 十億ドル)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
クリントン側の主張	11	3	7	5	18	38
議会予算局による試算結果	10	1	20	32	21	10
予測の差額	1	5	13	27	39	48
雇用主への保険料補助	0	2	6	17	22	25
低所得層への保険料補助	0	1	1	1	1	
雇用主別医療保険購入組合への課税	0	2	3	4	4	4
カフェテリア・プランの医療保険への税優遇廃止	0	0	4	6	6	5
その他	1	2	1	1	8	14

(注) は財政赤字拡大を意味する

1995-2000 年における見解の相違の累計は 1320 億ドル

クリントン側の主張 580 億ドルの赤字縮小

議会予算局による試算結果 740 億ドルの赤字拡大

(出所) 拙著「アメリカの医療改革」より転載

### 経済団体が猛反発

クリントンは、1994 年 1 月 25 日の一般教書演説の中で「国民皆医療保険を認めない修正案を議会が可決しても大統領拒否権で葬りさる」と国民皆医療保険実現への並々ならぬ決意を示した。このクリントンの一般教書演説に相前後して、アメリカ商工会議所、全米製造業者協会、全米小売業者協会をはじめとする経済団体がクリントン案反対の狼煙をあげた。ビジネス界がクリントン案を嫌う理由は次の点に集約されていた。

標準給付内容が手厚いこともあり雇用主の保険料負担額が大きすぎる。

そのためクリントンが救済対象にしている低所得層の雇用を奪う結果になる。

価格統制に頼って医療費抑制をしようとしている。

連邦政府と地域医療保険購入組合を通じた新しい官僚主義の持込である。

そして、「ビジネス円卓会議」の政策委員会が「クリントン案は医療システムに過大な政府規制を持ち込むことになる。従って、クリントン案ではなくクーパー案を医療改革審議

のスタート台にすべきである」と決議した。同会議はアメリカを代表する大企業 200 社で構成されており、最もパワフルな経済団体である。クーパー案とは、保守系民主党議員クーパーが提案した「1993 年マネジド・コンペティション法」のことである。その基本的考え方には地域医療保険購入組合の創設、保険会社に対する加入申込み謝絶の禁止などクリントン案との共通点も多かったが、次の点で異なっていた。

クーパー案は、雇用主に対して医療保険料の拠出を義務づけていない。しかしクリントン案は、医療保険料の 80%を雇用主が拠出することを義務づけている。

クリントン案では、まず従業員数が 100 名未満の雇用主に対して地域医療保険購入組合への参加を義務づけている。クーパー案では、従業員数が 100 名未満の雇用主に地域医療保険購入組合への参加を義務づけた上で、州政府に基準設定の裁量権限を与えている。実際には、地域医療保険購入組合に参加する人数が州内人口の約半分になるように決定するので、ほとんどの州でその基準が 500 名前後になると想定されていた。

クリントン陣営は、「医療改革により早期退職者の医療費に対する債務の 80%を企業から政府に移転させる」という条件を持ち出し、クリントン案に賛成しないまでもクーパー案を支持するのは止めるようビジネス円卓会議に働きかけた。しかし、ビジネス円卓会議議長ジョン・オングが「クーパー案は政府主導の改革と市場原理に基づいた解決方法のバランスが取れている」と発言、クリントンの嘆願を聞き入れなかった。

#### アメリカ健康保険協会（H I A A）による反対キャンペーン

民間医療保険会社の業界団体であるアメリカ健康保険協会は、クリントンが掲げていた医療改革 6 原則を支持する一方、クリントン案の欠陥として次の点をあげ大幅修正を求めた。

未知の制度に国民の医療保障を委ねるのはリスクが大きい。

地域医療保険購入組合がその地域市場を独占する結果、消費者の選択権が奪われる。

保険料に上限を設定するなど価格統制を行うことは、医療の割当制につながる。

一律的な地域料率を採用することはコスト負担上の不公平を生み出す。

医療プランの選択権を個人に与えると、逆選択によって出来高払い医療プランにリスクが偏在する。

アメリカ健康保険協会は、これらの点でクリントン案の修正を迫るために、「ハリーとルーズ」と題するドラマ仕立てのキャンペーンをテレビで大規模に展開した。設定場面は、2 人の子持ちの中年夫婦ハリーとルーズが両親と一緒に囲んだ感謝祭の食卓である。ルーズの父親が、アメリカ健康保険協会の医療改革無料電話相談サービスを使っているいると質問をしている。このドラマの中でアメリカ健康保険協会が槍玉にあげたのは、「クリントン案では医療プランを選択する国民の権利が制限されるのではないか」、「地域医療保険購入組合が赤字になった場合どうなるのか」といった点であった。このテレビキャンペーンの反響は非常に大きく、医療改革のことをもっと知りたいとする視聴者が 20 万人以上無

料電話相談サービスに殺到した。

#### 独自路線突き進む州政府

各州政府は、メディケイド支出による州財政圧迫と医療保険未加入者増加による社会不安を理由に、連邦政府による医療改革の動向にかかわらず州内の医療改革を実施しなければならなかった。また、州政府には「医療は地域性の強い問題であり、医療改革の具体的方法については州政府に裁量権を与えるべきである」という意見が根強くある。しかも、既に医療事情の州間格差が大きく、連邦政府がどのような方法を選択しても反対する州政府が出てくる構造にあった。

ちなみに65歳未満人口のうち医療保険未加入者である人々が占める比率は、クリントン案が審議された当時アメリカ全体で17.4%であった。しかし、ネバダ州の26.6%からハワイ州の8.1%まで3倍以上の格差があった。また、クリントンが提案したマネジド・コンペティションの柱であるHMOの普及率も、マサチューセッツ州の38.6%からミシシッピ州の0.1%まで極端に異なった。HMOをはじめとするマネジドケア型医療プランが未発達である州では、クリントン案を実施するためにはマネジドケアのインフラ整備を行わなければならない。しかし、アイオワやメインなど地方の州では医療ネットワーク同士を競争させることは非現実的であった。人口密度が低く医療機関の数も少ないからである。医療物価は州により今でも大差がある。また、医療リスクの高い高齢者、早期退職者が集まっているフロリダ州などでは、他州に比べて単位人口あたりの医療需要が大きい。このように連邦政府主導の医療改革が州間にもたらす損得格差が大きすぎるため、州政府全体から支持を得ることは至難の業なのである。

前述した参考文献「医療政策、連邦主義とアメリカの州政府」は、クリントンの医療改革の失敗が確定した後に書かれたものであり、失敗の原因を「第1の理由は、クリントン案は抜本的すぎた上に連邦政府による過剰なコントロールを招くと受け取られたこと、第2の理由は、複雑すぎて一般国民に理解しがたいものだったこと」と総括している。

#### b. ブッシュの公約“外来薬剤費給付補助”実現までの課題

図表4のとおり、アメリカの医療費は1990年代に平均年率6.54%で増加したが、そのうち薬剤費は11.24%と2倍を超えるスピードで増え続けた。医療財政庁は、高齢者増加を主因に今後10年間における薬剤費増加率は12.09%とさらに高まると予想している。

(図表4) アメリカの医療費と薬剤費の増加率比較

	1990年	2000年		2010年	
	億ドル	億ドル	平均増加率	億ドル	平均増加率
医療費	6,956	13,111	6.54	26,374	7.24
薬剤費	403	1,169	11.24	3,660	12.09

(出所) 医療財政庁(HCFA) ホームページ公表データより作成

一方、高齢者が外来薬剤費財源を確保するための方法の選択肢は用意されているが、メ

ディケアをはじめとする現行制度では給付に上限が設定されており、一旦病気になった高齢者は外来薬剤費のため多額の自己負担を余儀なくされる状況にある。

そこでブッシュは、大統領選挙戦が終盤に差し掛かった 2000 年 9 月 5 日、ペンシルバニア州で行った演説の中で「高齢者の外来薬剤費負担問題に対して即座に救いの手を差し出す」と次の公約を明らかにした。

#### < 外来薬剤費給付に関するブッシュ公約の要点 >

- \* 年収が 11,300 ドル未満の単身者、15,200 ドル以下の夫婦は、医療保険料支払いを免除されるし、薬剤費給付保険料負担もゼロになる。所得がこれより多い中所得者には薬剤費給付保険加入のための補助金を出す。これにより約 1200 万人の低・中所得高齢者が十分な薬剤給付を受けることができるようになる。
- \* 所得水準に関係なく全ての高齢者に対し薬剤費給付保険料の 25% 以上の補助を与える。
- \* メディケアに薬剤費給付がないため 23 の州が薬剤費補助プログラムを実施しているが、連邦政府はこの州プログラムを支援する。低所得高齢者の薬剤費給付補助のため年間 120 億ドルの予算で全 50 州に資金を与える。
- \* 全ての高齢者の薬剤費自己負担に年間 6 千ドルの上限を設定する。

この公約発表にもかかわらずブッシュは高齢者の多いフロリダ州で苦戦をした。ゴアが高齢者の外来薬剤費補助のためブッシュ案の 2 倍以上の財源を振り向ける政策を掲げたためである。この高齢者の外来薬剤費補助を巡る議論を理解するために必要な現行制度の要点は、次のとおりである。

オリジナル・メディケアプランには外来薬剤費給付がほとんどない。

高齢者のための医療保険であるメディケアには次の 3 つの選択肢がある。

- \* Original Medicare Plan
- \* Medicare Managed Care Plan ( like HMO )
- \* New Medicare Private Fee for Service Plan

このうち標準的プランであるオリジナル・メディケアプランは、パート A とパート B の 2 つの給付で構成されている。パート A の給付対象は、病院入院、スキルド・ナーシング施設、ホスピス、一部の在宅ケアである。パート B は、パート A が給付対象にしていない医師報酬、外来診療、リハビリ療法、在宅ケアなどの費用を支払うものである。

パート A の保険料は全ての国民が現役時代に支払うことを義務付けられているのに対し、パート B は 65 歳以上高齢者に加入選択権が与えられている任意保険である。パート B 加入を選択した人は毎月 50 ドル ( 2001 年現在の保険料 ) の保険料が年金から自動的に引き去られることになっている。このパート B の給付に必要な財源の 4 分の 3 は連邦政府の一般会計が負担しているので、パート B の保険料はかなり割安と言える。しかし、パート B が給付する外来薬剤費はガン治療薬など極一部の薬に限定されている。また、メディケア給付には様々な上限が設定されていることから患者自己負担も小さくない。

メディギャップの外来薬剤費給付には上限が設定されている。

そこで、高齢者者のうち約 900 万人がメディギャップと呼ばれる民間保険に加入している。しかし、図表 5 のとおり、メディギャップには法律で 10 種類の標準プラン選択肢が用意されているが、外来薬剤費を給付するのはそのうち H、I、J の 3 プランに過ぎない。しかも年間給付額に上限が設定されている。

(図表 5) メディギャップ標準プランの給付内容比較

給付内容のオプション	標準プランの選択肢 10 種類									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
基本給付										
パートAの定額控除										
パートAのスキル・介護施設の共同保険										
パートBの定額控除										
海外旅行中の救急医療										
在宅療養										
パートBの超過費用						100%	80%		100%	100%
予防ケア										
薬剤費								基本薬剤給付 1250 ドル	基本薬剤給付 1250 ドル	拡大薬剤給付 3000 ドル

(注) 基本給付には次の費用が含まれている。

- \* パート A から給付を受ける際の共同保険費用
- \* メディケア給付が終了した以降の入院期間の費用について 365 日分 (生涯累計)
- \* パート B の共同保険費用 (メディケア償還料金の 20%) または共同支払い費用
- \* 1 年あたり 3 パイント分の輸血費用

メディギャップ以外の外来薬剤費財源確保の方法にも給付の上限が設定されている。

高齢者が外来薬剤費給付を得る手段として、メディギャップ以外にメディケア・マネジドケアプラン、雇用主提供退職者医療保険、州政府補助プログラムがある。このうちメディケア・マネジドケアプランは、高齢者専用 HMO とも言える民間保険であり、メディケア受給権者でパート B 保険料を支払っている者に加入の選択権が与えられている。雇用主提供退職者医療保険の恩恵を受けることのできている高齢者は約 1100 万人である。州政府補助プログラムは、メディケイド受給資格を得ることができるほど貧困ではない低所得者に対して州政府がメディギャップ保険料の一部補助等を行うものである。いずれの場合も外来薬剤費の全額を給付するわけではないので、慢性病を患った高齢者の薬剤費自己負担は依然として大きい。

メディケアとメディケイドの重複受給者のみが自己負担を免れている。

65 歳以上高齢者でメディケイド適格となるほど貧困である者は、重複受給者と呼ばれており 540 万人存在する。これらの人々の場合、薬剤給付時に自己負担を求めても資力が無いのであるから、メディケイドを通じて連邦政府と州政府がそのコストを負担せざるを得ない。重複受給者は、健康状態が悪く医療費のかかるグループである。他の高齢者に比べて慢性病罹患率が高く、長期介護や社会的サポートサービスをより多く必要としている。また、単身者が多い。

大統領選でゴアに辛勝したブッシュは、2001 年 6 月末現在、高齢者の外来薬剤費補助の仕組みに関する最終的具體案を提示していない。しかし、州政府、アメリカ健康保険協会、全米退職者協会など利害関係者からは様々な条件が突きつけられている。

州政府が追加負担を拒否

全米知事協会は、2001 年 4 月、ブッシュの公約である外来薬剤費給付拡充プログラムに関連して次の要求を明確にした。

もしメディケアの中に薬剤費のユニバーサル(皆保険)給付を設けるのであれば、100% 連邦政府のプログラムとすべきである。なぜなら、これまで州政府はメディケイドや州独自プログラムを通じて薬剤費公的負担の負担割合を高めてきたが、これは継ぎ接ぎの対応であり、包括的なメディケアの給付にとって替わるものではない。

低所得者に薬剤費のための補助をするのであれば、連邦政府が財源を提供すべきである。なぜなら、メディケイドはメディケアとの重複受給者に課せられたコストシェアを全て引き受けることを余儀なくされており、補助金受給者にコストシェアを求めることは州政府に対するコストシフトを意味するからである。また、この薬剤費給付プログラムの運営を州政府にやらせるのであれば、連邦政府は薬剤費のみならず運営費も拠出すべきである。

メディケアが薬剤の大口購入者になることにより、薬剤の市場価格を引き下げる力になるべきである。

薬剤師を情報武装することにより、どの医師がどの患者にどのような薬剤処方したかがリアルタイムで確認でき、薬剤処方の前に確認する仕組み構築が不可欠である。

財源に限りがあるのであるから、全ての加入者に必要な薬全てを提供することはできない。従って、メディケイド運営において給付する薬を選択する権限を州政府に与える必要がある。

重複受給者は、現在、薬剤給付時の自己負担の全額をメディケイドからもらっている。

従って、任意加入の薬剤プランを作っても彼らには加入インセンティブがない。

アメリカ健康保険協会が商品設計自由度侵害に反対

アメリカ健康保険協会は、2001 年 2 月、下院エネルギー・商業委員会医療部会において「ブッシュ政権により新しく提案される外来薬剤費給付補助プログラム立案にあたっては、

高齢者に対して外来薬剤費給付を提供している民間保険のオプションの仕組みを侵害することがあってはならない。メディケア自体で給付を行うことなく、民間保険であるメディギャップやメディケア・マネジドケアプランに対して外来薬剤費の給付を義務付けるような政策は絶対に回避してもらいたい。」と強く要望、その理由として次のことをあげた。

メディギャップ標準プラン全てに外来薬剤費給付を義務付けることは保険料の高騰を招く。例えば、給付開始前自己負担控除額を 250 ドルとしたケースでは、年間保険料値上がりは約 600 ドルになる。また、仮に保険会社が提案する保険料値上げが州法の保険料算出変数要件を満たすものであったとしても、膨張する薬剤費に見合うだけの値上げを認めることに州保険監督官と高齢者が抵抗すると予想される。

現行制度では 65 歳になりメディケア受給資格を得た時など一定要件を満たす場合に健康状態に関係なくメディギャップに選択加入できる権利を高齢者に与えている。従って、既存のメディギャップに薬剤費給付付加を義務付けると逆選択による保険収支悪化が増幅される。だからといって選択加入できる権利を制限することは高齢者を混乱させる。薬剤費給付を義務付ける改正を行うことになれば、NAIC（全米州保険監督官委員会）が新しいメディギャップ商品のために基準を作成しなければならない。各州の保険監督官は、新しいメディギャップが販売される前にその商品を認可しなければならないし、そのためには改正前後の保険料格差の妥当性等を審査しなければならない。従って、商品開発から審査、認可を得て実際に市場で販売されるまでに数年間を要すると思われる。薬剤費給付を付加したメディギャップを提供する保険会社は、難しいビジネス意思決定とコスト増加に直面する。すなわち、商品開発とマーケティング、薬剤給付管理のための新しいプロセス開発、逆選択対策などである。

#### 全米退職者協会はメディギャップの規制強化を要望

このようにアメリカ健康保険協会が規制強化反対を唱えているのに対し、高齢者の利益を代弁する全米退職者協会は、薬剤費給付拡充の方法の 1 つとしてメディギャップの保険料算出等における規制強化を訴えている。ちなみに、メディギャップの保険料算出方式には次の 3 種類がある。

##### \* Community Rating（地域料率：別名 No Age Rating 年齢無関係方式）

地域の平均医療費に基づき年齢に関係なく全ての加入者に対して同額の保険料を適用。

例えば、65 歳でも 75 歳でも 85 歳でも月額保険料が 155 ドル。

##### \* Attained Age Rating（加齢方式）

年齢が上がるにつれて保険料も高くなる。

例えば、65 歳 115 ドル、75 歳 160 ドル、85 歳 190 ドル。

##### \* Issue Age Rating（加入時年齢方式）

加入時の年齢で決められている保険料が加齢にかかわらず継続される。

65 歳時に 130 ドルで加入した人は 85 歳になっても 130 ドル。

75 歳時に 165 ドルで加入した人は 85 歳になっても 165 ドル。

従来は、メディギャップの保険料算出方法としては地域料率が一般的であった。しかし、州政府が特に保険料算出方法を規制していない州においては、加齢方式と加入時年齢方式が地域料率にとって替わってきた。その結果、年齢の高い人ほどより高い保険料を支払うことになる。そこで全米退職者協会は、民間保険会社であるユナイテッド・ヘルスケアの協力を得て会員に対し地域料率によるメディギャップ商品を全州で提供している。

( 図表 6 ) メディギャップに対して連邦法よりも規制強化している 12 州の規制内容

州名	Mandatory Community Rating	Ban Attained Age Rating	Continuous Open Enrollment	Annual Open Enrollment
アーカンソー	X			
カリフォルニア				X
コネティカット	X		X	
フロリダ		X		
ジョージア		X		
アイダホ		X		
メイン	X			X
マサチューセッツ	X			X
ミネソタ	X			
ニューヨーク	X		X	
ワシントン	X			
ミズーリ		X		X
規制採用州の数	7	4	2	4

( 注 ) = 65 歳以上の人は健康状態に関係なく何時でも加入することができる。

= メディケア受給資格者に対してオープンエンロール期間を 1 年間与える。

( 出所 ) 全米退職者協会公共政策研究所レポートより作成

一方、図表 6 のとおり、地域料率を義務付けているのは 7 州、加齢方式を禁止しているのは 4 州にすぎない。そのため、加齢方式と地域料率の両方の保険が提供されている地域では、高齢者は最初加齢方式に加入、年齢が高まって加齢方式の保険料が地域料率より高くなった時点でユナイテッド・ヘルスケアのプランに乗り換えるという逆選択現象が発生している。これは、全米退職者協会が提供するメディギャップの構造的保険料上昇要因である。そこで、全米退職者協会は、メディケアの外来薬剤費給付拡充と共にメディギャップ保険料算出方法における地域料率採用義務付けを要求しているのである。

## 5 . 日本への示唆

医療政策決定過程の構造的特徴において日米には大きな違いが認められる。アメリカの医療制度が日本の制度改革論議に示唆するポイントを整理すると以下のとおりである。

医療改革案を作成し政策論争に参加する者がアメリカの場合多種多様であるのに対し、日本の場合厚生労働省と医療関連利益団体及び少数の学者に限られている。前述のとおり、アメリカは医療政策研究者人材が豊富で多くの官民シンクタンクが医療政策研究チームを擁している。しかし、日本は医療政策研究者の層が薄い。

日本の場合医療改革に必要な法改正の権限が中央政府に集中しているのに対し、アメリカの場合権限が連邦政府と州政府に分散しており、1990年代以降はむしろ州政府がイニシアティブをとっていると言える。

アメリカには法律で禁止されていない限りより良いものを求めて競争原理で改革が進む土壌がある。医療分野も例外ではなく、連邦政府レベルの改革が不成立でも医療現場でイノベーションは続いている。その具体例が2000年現在全国に600ある広域医療介護圏ネットワーク（Integrated Healthcare Network 略称 IHN）である。IHNは一般病院、専門病院、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア拠点、診療所といった医療介護に必要な全ての機能を備えた複合経営体であり、コミュニティ病院の半分近くがIHNに参加するに至っている。

アメリカの場合、ヘルスケアを経済成長のエンジンと位置付け連邦政府が巨額の基礎研究投資資金を拠出、州政府も地域産業集積育成等に取り組んでいる。これに対し日本は医療費抑制にのみ議論が集中し産業政策の視点を欠いている。その結果、貿易黒字大国日本のヘルスケア部門（医薬品、医療機器など）の貿易赤字は1兆円（うち対米赤字5千億円）に達している。

日本では医師会の政治力が非常に強く医療改革に大きな影響を与えている。しかし、アメリカの医師会は医療政策論争参加者の one of them にすぎない。

アメリカでは膨大な医療関連データベースが構築され公開されており、改革案が出るとすぐにカウンターパートや中立シンクタンクから客観的データに基づく評価を受ける。その結果、改革の枠組みの理念が妥当であることに加え財源確保に合理性のない案は早い段階で棄却される。これに対し日本は医療関連データベースが貧弱であり、厚生労働省公表資料や各利益団体が発表する改革案では試算結果が示されるのみで基礎データと計算プロセスが十分に公開されていない。このように国民が改革案を比較評価するための共通の尺度がないのは、厚生労働省の広報戦略の失敗である。アメリカのように基本的情報を共有する仕組みを構築すれば財源確保の妥当性が明確になり改革の枠組みの議論に専念できるので、改革案並列列挙で結論のでない状況からの脱却が可能になると思われる。