

米国オバマ医療改革の動向と わが国への示唆

岡部 陽二

医療経済研究機構 専務理事



岡部 陽二

(おかべ ようじ)

生年月日 昭和9年(1934年)8月16日生

現住所 東京都三鷹市井の頭3丁目1-1

講師経歴

■ 学歴

昭和32年 3月 京都大学 法学部(法律学科) 卒業

■ 職歴

昭和32年 4月 (株)住友銀行(現三井住友銀行) 入行

昭和57年 6月 同行 取締役 就任

昭和63年 4月 同行 専務取締役(国際部門担当)

平成 5年 4月 同行 退職、明光証券(株)

(現 SMBC フレンド証券(株))

代表取締役会長に就任

平成10年 4月 広島国際大学 医療福祉学部 医療経営

学科教授に就任、平成17年3月末、定
年退職

平成13年 4月 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉

協会 医療経済研究機構 専務理事に

就任、現在に至る

はじめに

皆さん、こんにちは。ただいま大変丁寧なご紹介をいただきました医療経済研究機構の岡部です。どうぞよろしくお願いいたします。ただ今のご紹介では、私も研究者のように受取られたのではないかと思います。私自身は研究には一切タッチしておりません。医療経済研究機構は、医療政策に資する基礎研究を主な目的とする医療経済の研究機関で、総勢30名のうち研究員が12～13名います。私はそこで研究者が働きやすい環境をつくるためのマネジメントをしております。理事長は元厚生省次官の幸田正孝さんで、皆さんの医療関連サービス振興会の理事長も兼ねておられますご縁で、今日の月例セミナーにお招きいただきました。

私は40年近く銀行の国際部門でロンドンに14年駐在するという極めて偏った人生を歩んできました。そして64歳の定年を迎えた時に、たまたま新設の広島国際大学から「医療経営学科の先生を探しているがやらないか」という話がありました。「私は病院に行ったことも、経営に関与したことないからできません」と一旦はお断りしたのですが、「あなたは曲りなりにも銀行の経営をしていたのでは。医療には経営というものなどない状態なのですよ」と口説かれて、結局その大学で7年間教えることになりました。

この大学では、国際経営論を教えてほしいと言われ、医療に国際経営は存在しないので困ったのですが、いろいろ考えて、これから医療経営に従事しようという学生に対して、各国の医療制度について自分が研究したことを紹介していくことにしました。手始めにアメリカから始めることとし、そのための教科書探しを

していたところ、ニューヨークの友人から、アメリカのハーバード大学経営大学院で教えているレジナ・E・ヘルツリンガー教授が著した『Market-Driven Health Care』という本を教えられました。この本を「医療サービス市場の勝者」という邦題で翻訳し、その後、ヘルツリンガー先生の著作を3冊訳出しました。去年初めに出版したのが『米国医療崩壊の構図』です。この本の原題は『Who killed Health Care?』で、ジャック・モーガンという合成人物が米国の医療システムの犠牲者となって、死ななくてもよ

かったのに死んでしまった経緯が詳しく分析されています。そこで副題を「ジャック・モーガンを殺したのは誰か?」としましたが、この本は小説もどきの大変おもしろい本です。その後、最初に翻訳した本の内容を講演したご縁で医療経済研究機構からお誘いがあり、9年間専務理事を務めています。

このような次第で、アメリカの医療には興味もあり、学生に教えるために多少勉強してきたという経緯もあります。今回のオバマ改革についても少し研究はしましたが、専門家というわ

発売元/オーム社：発行所/一灯舎

米国医療崩壊の構図

——ジャック・モーガンを殺したのは誰か?——

Who Killed Health Care?: America's \$2 Trillion Medical Problem and the Consumer-Driven Cure

レジナ・E・ヘルツリンガー 著 岡部陽二 監訳 竹田悦子 訳
四六判 上製 408頁 本体価格 2,200円+税 ISBN978-4-903532-45-5 C1030

**医療費の増大と非効率の原因を明らかにし、
消費者中心の医療サービスを実現するための道筋を示す!**

ジャック・モーガンは典型的なアメリカ市民で民間医療保険に加入していたが、腎臓移植を待っている間に命を落してしまっ。この殺人には、医療保険会社、非営利の大病院、雇用主の企業、連邦政府と専門家集団それぞれがかかわっている。著者ヘルツリンガー教授は『米国の医療は、殺されて死んでしまった』という。本来、医師と患者が中心となるべき市場での競争原理が抑圧されて働いておらず、患者が市場の外に追いやられて疎外されてしまったからである。本書の狙いは、政府が医療サービスの内容や診療報酬の細部まで事細かに規制すること自体に、医療費の増大と非効率の原因が潜んでいる事実を明らかにすることにある。この点は日本も同様である。この医療危機を打開するには、患者と医師がその実態を認識して賢く行動する以外に途はない。本書の提示する消費者中心の考え方は、医療関係者すべてが心すべき基本であろう。

消費者中心の医療サービスを実現するための道筋を示す!

著者ヘルツリンガー教授は『米国の医療は、殺されて死んでしまった』という。本来、医師と患者が中心となるべき市場での競争原理が抑圧されて働いておらず、患者が市場の外に追いやられて疎外されてしまったからである。医療費の増大と非効率の原因は、政府が医療サービスの内容や診療報酬の細部まで事細かに規制することにある。この点は日本も同様である。この医療危機を打開するには、患者がその実態を認識して賢く行動する以外に途はない。本書の提示する消費者中心の考え方は、医療関係者すべてが心すべき基本であろう。

発売元/オーム社

—目次—

第一部 米国医療崩壊の構図
——ジャック・モーガンを殺したのは誰か?——

第一章 医療サービスが崩壊した日

第二部 緩やかな死への歩み

第二章 殺人者その一 医療保険会社
——機能不全の文化がもたらす死

第三章 殺人者その二 総合病院
——帝国を築いた手が死をもたらす

第三章 補遺 病院の診療報酬を減らし、医療の質を高める技術革新

第四章 殺人者その三 雇用主企業
——ひとつだけの「選抜股」が死を招く

第五章 殺人者その四 米国議会
——選ばれた国民の代表がもたらす死

第六章 殺人者その五 専門家集団
——エリートの医療政策立案者の手による死

第三部 あるべき医療
——消費者が動かす医療サービス市場

第七章 消費者が動かす医療サービスの仕組み

第八章 消費者が動かす医療保険給付
——諸外国や他産業からの教訓

第四部 消費者が動かす医療サービス
——実現への道 ~ アメ、ムチ、法律

第九章 アメ——医療ビジネスの起業家精神を花咲かせよう

第十章 ムチ——情報の流れをよくしよう

第十一章 消費者が動かす大胆に改革された医療システム
——法律と立法議員

けではありませんので、そのあたりはお含み置きください。とはいえ、本日お配りした資料や表はきっちり検証したものですので、これはご信用いただけます。

アメリカの医療改革をずっと主導してきたのは、民主党のエドワード・ケネディ上院議員です。この人は、お子さんのガンで苦勞されたこともあり、社会保障についてはアメリカの政治家の中でももっとも献身的な努力をしていました。しかし、去年の6月に亡くなったため、つい最近の1月19日に、マサチューセッツ州の補欠選挙が行われました。その結果、僅差ではありましたが、民主党が推すマーサ・コークリーという女性議員ではなく、今まで無名であった共和党のスコット・ブラウンという人が当選しました。マサチューセッツ州は、知事は共和党からも出ていますが、上院議員・下院議員とも、40数年間ずっと民主党が独占してきた州です。そういう意味で、この勝利は共和党にとっては大きなものであり、民主党にとっては予想外の壊滅的な結果となりました。一議席くらいどちらに転んでも変わらないのではないかと思われるかもしれませんが、アメリカの上院というのは、今回私も勉強して驚いたのですが、常識では考えられないルールのあるところなんです。過半数とは関係の無い60対40を境に、一人増えるか減るか、法案が通るか通らないかが左右されるのです。どうしてその境目が60対40なのかは分かりません。下院は50対50の過半数です。当然のこととして、上院も51票を取ったら通るのではないかと思いがちですが、そうではありません。表向きのルールは単純多数決には変わりがないものの、フィリバスターという非常に奇妙な慣行があって、反対党の議員が1時間でも10時間でも、全く関係ないことを喋り続けてもよいことになっています。長時間ずっと聖書を読んでいても構わないわけです。要は、議事を妨害するためだけに演説することが許されているのです。これを止めるには5分の3の多数決を必要とすると決められているので、フィリバスターをやると反対党が決めたなら、それを抑えるための事前の交渉が成立しない限り、上院では重要な法案は絶対に通りません。こういう慣

行がずっとあって、共和党が多数を占めていた時代には民主党がこの方法を結構頻繁に使っていました。今は民主党が、上院・下院とも多数を占めていますが、それが1月19日のマサチューセッツ州補選でひっくり返ったわけです。

もう一つ分からないのは、代理議員の制度です。オバマ政権の医療改革は11月7日の下院案決議では、賛成220票対反対215票の僅差で可決されました。さらに、12月24日に行われた上院案決議では民主党・無所属全員が賛成、共和党全員が反対して、60対39で可決されました。それであれば、共和党でもう1人当選したら60対40になるのかと思っていたら、そうではないのです。この60の民主党の票の中には、亡くなったエドワード・ケネディの議席も入っているのです。これはどういうことかということ、上院議員は50の州からそれぞれ2人ずつ出ていますが、その州の議員が亡くなったら、2人のうち1人、あるいは2人ともいなくなるとまずいということで、州議会が選んだ代理の議員を派遣することができるという規定があり、常に各州2議席ずつあるようになっているのです。その代理議員の任期が1月末までで、2月から補選で選ばれたブラウン議員が上院のマサチューセッツ州の代表になります。60対39の残りの1は共和党議員が欠席しただけのことであつたのです。ただ、その欠席した議員も民主党案には反対だということなので、来月以降に採決をすると、59対41になって、フィリバスターを阻止する60には達しなくなるというややこしいことになっているのです。また、上院議員の議長は、上院議員の中から選ぶのではなくて、副大統領が必ず議長になります。オバマの演説は、下院議長、バイデン副大統領への呼び掛けで始まりますが、バイデン副大統領は上院議長のことです。上院議長には通常は議決権がありませんが、賛否同数のときには議決権が与えられます。さらに、上院の議長をいつも副大統領が務めているのではなく、ほとんどは上院議員の中から選ばれた上院議長代理が議長をやっています。しかも、この議長代理というのは大変偉い人で、大統領にもし何かあった場合の代行順位というのが決まっていますが、副大統領の次に来るのが上院

議長代理です。つまり、アメリカで3番目に偉い政治家というわけです。

この事例でも分かるように、アメリカの上院は日本の参議院とは比較にならない強力な権能を持っています。予算についても発議権は下院にしかありませんが、拒否権が上院に与えられています。それ以外の議案については下院と全く対等に議論します。上院議員の数は下院議員の数より少ないので、全体のプレステージはより高いということです。その上院の1議席がマサチューセッツ州の補選で狂ってしまいました。今までの状況からすると、オバマ大統領の改革案は去年の暮れに上院・下院とも通っており、ほぼ90%は共通していますから、残りの10%を両院協議会ですり合わせて、1月末か2月の中頃までには成立するだろうと、1月19日までは思われていたわけです。しかも、マサチューセッツ州はずっと民主党が議席を占めていたところですから、今回も民主党が勝つと思われていました。また、その前のエドワード・ケネディ議員は改革の推進者であったのに、それがひっくり返ってしまった。それではどうなるかということは、全く分かりません。

ロイター紙は、『Massachusetts voter referendum on health care reform』と書いています。マサチューセッツ州の選挙が、国民投票と同じ重みがあったということが述べられているのです。さらに、『You know the world is topsy-turvy』とあります。『topsy-turvy』というのは、お盆をひっくり返したような大騒ぎという意味です。また『when the best rapper is white, the best golfer is black』とあります。これは従来、黒人の音楽だったラップ・ミュージックの頂点にいるのが白人のJ・J・ジョンソン・エミネントになり、白人のスポーツだったゴルフの頂点にいるのがタイガー・ウッズになったということ、それくらい大きな世の中の大変化だということを言っているわけです。ただ、オバマの改革案の90%は合意ができていて、上院共和党の1議員が寝返ってくれば通るわけです。先ほど、下院では220対215の僅差で可決したと申しましたが、その中身は、民主党の39名が反対して、共和党の1名が賛成したということです。これ

もアメリカの分からないところです。上院でも、共和党の中から1人賛成する議員が出てくるのではないかという予想がずっとされてきましたが、結果的には全員反対で1人欠席でした。しかし、アメリカの議会には党議拘束というのが全くなく、個人の思うままに投票してよいということですから、何も共和党を全部ひっくり返す必要はありません。共和党の中から誰か1人、民主党に賛成するよう説得できれば、ひっくり返すことができるのです。

熊本県立大学の天野拓准教授が『現代アメリカの医療政策と専門家集団』という立派な本を先日出版されました。表1はこの本から借用したのですが、何か奇策を講じない限りはかなりスケール・ダウンした内容になろうと天野先生は予測しておられます。中間選挙も近付いており、いずれにせよオバマ大統領は苦しい立場にあることは間違いありません。そのポイントは、民主党内がバラバラで意見の集約ができないことです。上院で可決した案そのままを下院で可決するというのであれば、上院・下院間でのすり合わせは必要ありません。下院の民主党全員が賛成すれば、それは可能です。ただ、実際にはそれはなかなか難しく、このあたりのアメリカの政治の実態は全く分かりません。

この問題は、どういう改革が行われるかというアウトカムではなく、その過程で、アメリカにどういう問題があり、どういう議論がされてきたかということが大事ではないかと思えます。(資料1, 表1)

オバマ政権の誕生と医療改革をめぐる対立の構図

・ オバマ:「アメリカの統合」「ひとつのアメリカ」を強調

「リベラルなアメリカと保守的なアメリカが存在するのではない。あるのは、一つのアメリカ合衆国だ。黒人のアメリカ、白人のアメリカ、ラテン系のアメリカ、アジア人のアメリカが存在するのではない。あるのは、ただアメリカ合衆国だけだ。」

～2004年7月の民主党大会演説

・ 医療改革の現実是最も激しい政治的対立

①国民の間の対立; 保険加入者と無保険者、富裕層と貧困層、高齢者と若年層の間の対立

②団体の間の対立; 医師会、病院団体、労働組合、企業団体、民間医療保険団体、製薬企業団体などの間の対立

③政党レベルでの対立; 民主党と共和党の対立、さらに民主党内でもリベラル派と穏健派(保守派)間の深刻な対立

～医療改革をめぐる基本的な対立の構図; 次表1

資料 1

表1 医療・保障制度改革をめぐる対立の構図

政党(党派)	民主党リベラル派	民主党穏健派(保守派)	共和党
イデオロギー	リベラリズム	「第三の道」	保守主義
改革アプローチの重点	政府	企業	個人
主な無保険者削減の手段	公的な医療保険制度の拡張	企業雇用者提供保険制度を中心とする民間保険の拡張	政府や企業を介さず個人が直接購買する民間保険の促進
主な医療費抑制の手段	政府による公的な規制予算総枠制度の導入 一元的な公的医療保障制度の導入による管理運営の集権化・合理化	企業雇用者提供保険制度などの民間保険を中心とする、保険プラン間の市場競争促進 公的医療保障制度の民営化	個人での医療費の拠出・自己管理の促進による、コスト意識の醸成 医療貯蓄口座の促進 公的医療保障制度の民営化
既存の民間保険制度の位置づけ	縮小・廃棄	その問題点に対処する一方で、維持・拡張	より個人の自由と自己責任を重視する方向へと変革
主な財政的手法	増税	税額控除	税額控除・医療貯蓄口座
改革の規模	抜本的(国民皆保険)	抜本的(国民皆保険)	漸進的
具体的アプローチ	シングル・ペイヤー・システム	管理された競争	消費者主導医療
概観	政府による公的医療保障制度の拡張によって、すべての人間が平等に保険に加入するシステムを構築する。政府のもとでの一元的な国民皆保険制度を構築(さらに公的規制を強化)し、管理運営コストの削減を図るなど、システムの合理化・効率化を図ることによって、医療費の抑制を図る。	公的医療保障制度(や公的規制)は必要最低限度に抑え、むしろ民間保険、とくに現在支配的な位置を占める、企業雇用者が提供する民間保険制度の維持・拡充を図る、その際、とりわけ税額控除の提供といった政策手法を重視する。市場競争の促進、公的医療保障制度の民営化、財政均衡の実現にも積極的である。	政府や企業ではなく、個人が自由と自己責任のもとに直接保険を購買し、自ら医療費を拠出・管理するシステムを重視する。そのため、個人購買保険の促進、医療貯蓄口座の創設、コスト・シェアリングの増額などを図る。消費者がコスト意識を持って、そして自由な選択のもとに、医療サービスを購入するシステムの導入を図る。

出所:天野拓著「現代アメリカの医療改革と政党政治」(2009年9月30日、ミネルヴァ書房刊)p8より引用

オバマ医療計画の動向

オバマ人気低下の理由

オバマ大統領の人気は、どうして急に下がったのでしょうか。大統領当選直後には、歴代3位で62%の支持があったのに、去年の暮れには53%にまで下がりました。マイナス9%というのは、過去10人の大統領の中でもっとも大きな下がり方です。そうなった最大の原因は、失業率が2桁に上昇したことにあると言われていました。また、ノーベル平和賞の受賞に関しても、アメリカ人の半数以上が不適切だと判断しています。それと民主党内部でのリベラル派と穏健派の極端な対立に嫌気が差して、無党派層が民主党離れを起こしているということが報じられています。さらに、オバマ大統領の話術は確かに巧みですが、どちらかというチアリーダー的と見られるようになってきました。議論が収斂してきたところでぱっと判断して決めるというタイプであって、自らの力で世の中を変えていこうという指導力はないのではないかとこの見方が増えてきたものです。こういう状況が、アメリカ社会の根源的な問題を炙り出しているのではないかと思います。

国民皆保険というのは、よいことのように聞こえますが、選択の自由が失われるのは困るという声もあります。どんな治療を受けるか、どれだけお金を支払うかは自分が決めることであり、それを政治家や官僚などが決めるのは困るという国民感情です。サラ・ペイリンという前のアラスカ州知事が、ネット上で、「今度の医療改革は、デス・パネル(死の委員会)設置の企みである」と批判しています。いい加減なブログの落書ではなく、知事を務めた人がそうことを書いているのです。また、オバマ大統領の演説の途中でも、新しい保険組織を作って、それを監視するための委員会を設けるというくだりで、「You lie」や「liar」などといった野次が飛んでいます。その委員会が『デス・パネル』であると揶揄しているのです。人の生死を自分ではない第三者に委ねることに対する反発が強いのです。それと、もう一つは、大きな政府になることへの反発です。皆保険となると、どうして

もそうならざるを得ませんが、そのために10年間で9,000億とか1兆ドルとかを使うのはとんでもない話だという反対論です。さらに、アメリカではタブーということで、余り活字にならないのですが、根深い不法移民の問題や、黒人とかマイノリティーを救うということに対するえも言われぬ反発もあるという気がします。そういったことを念頭において、この資料でご説明したいと思います。

アメリカの医療改革というのは、医療の問題でもなければ経済の問題でもなく、優れて政治的な問題です。したがって、まずアメリカの医療制度は皆様ご存知という前提で、オバマの医療改革をめぐる医療改革、政治、社会の情勢がどうなっているかをお話しします。アメリカの医療制度と言っても、ほとんどが民間保険でカバーされていて無保険者が4,700万人いるという、それくらいの基礎知識で十分です。

米国医療の実情と保険制度の問題点、無保険者問題などについてスライドの資料3以下に、改革案の骨子については表5にまとめました。

オバマ政権の誕生と

医療改革をめぐる対立の構図

ではまず、改革をめぐる構図からお話しします。資料1に掲げましたように、オバマ大統領は選挙戦の前から、アメリカはひとつにならなければいけないと繰り返し述べています。リベラルなアメリカと保守的なアメリカが相対立するのではなく、ひとつのアメリカ合衆国があるのだと。黒人のアメリカや白人のアメリカがあるのではないということを強調していました。ひとつのアメリカというのを理想として掲げ、国民の大多数の支持を得て、大統領に当選したわけですが、ただ現実には逆に対立だらけです。その中でも、もっとも対立が激しいのが、医療改革をめぐる問題ではないかと思います。金融問題や外交問題でも対立はありますが、医療改革のように際立って激しい政治的対立はなく、医療がやはり一番際立っているということです。

具体的にどういう対立があるかということ、国民間の対立では、保険加入者と無保険者の対立

です。今回の改革は無保険者をなくそうという試みですが、無保険者は16%しかいないわけですから、残りの84%は当然反対なのです。どうして我々の負担で、無保険者を救わなければならないのかという主張です。富裕層と貧困層、高齢者と若年層の対立、それから団体間の対立、こういう対立もたくさんあります。それらをひっくるめたものが、政党間の対立に結びついているわけです。政党が支持基盤としている団体や階層は異なりますが、単に民主党と共和党の対立かということではなく、物事を厄介にしているのは、むしろ民主党内でのリベラル派と穏健派(保守派)の対立です。穏健派は、アメリカでも普通『Moderate』と言っていますので、私は日本の新聞のように保守派ではなく、穏健派という表現で統一したいと思います。この穏健派とリベラル派の対立には非常に大きいものがあります。(資料1)

オバマ政権の改革～有利な政治的環境

その対立の構図を示したのが、表1の「医療・保証制度改革をめぐる対立の構図」です。この表はさきに紹介しました天野拓氏の著作に掲載されたものからの借用です。この表の左2欄が民主党で右欄が共和党ですが、ひとことで言うと、民主党リベラルというのは、社会保障については日本の旧社会党に近い考え方の人々です。要するに、増税してでも、税金を医療や社会保障につぎ込むべき、政府がみんな面倒を見るべきで、公的な保険を普及して当然に国民皆保険であるべきだと、いう主張です。これは、それなりによく分かります。もう一方の極は共和党です。これは極めて保守主義で、医療というのは個人の問題であって、政府は余り口を出すべきではないという考え方です。だから政府が関与した皆保険は要らない、民間保険で十分だという主張です。そうは言っても、今の制度でよいというのではなく、最近では共和党もネガティブなキャンペーンではなく、積極的なアプローチも行なっています。たとえば、『Medical savings account』といった医療貯蓄口座を推進すべきだと主張しています。消費者主権の“Consumer-driven Health Care”を主張してい

るわけです。

この対立は比較的よく理解できますが、民主党の穏健派はそうではありません。その中間といえば中間なのですが、民主党のリベラル派が政府の役割を重視し、共和党が個人を尊重するのに対し、穏健派は企業がもっときちんと責任を果たすべきであると主張しています。どちらかということ企業負担中心主義なのです。確かに、産業というのは雇用で持っているわけですから、雇用者がもっとしっかり責任を果たすべきだというのは分かります。穏健派は、そのために必要な制度は、むしろ市場原理を活用して合理的に動くようにすべきと言うのです。その面ではむしろ共和党の市場至上主義に近いと言えます。ただ、企業負担中心であっても皆保険は実現すべきであるという点では、リベラルに近いのです。もともと民主党はリベラルが多数だったわけですが、ここ10～20年の間に穏健派が勢力を拡大して、現在では、ほぼ半々と言われています。前のクリントン大統領は明らかに穏健派でしたが、オバマ大統領はどうかということ、これが分かりません。オバマ大統領は穏健派には違いありませんが、非常にリベラルから支持されています。リベラルに近い穏健派だと言われています。ただ、オバマ大統領の言葉を分析してみると、考え方の基本は穏健派で、少なくともリベラルではないという気がします。

要は、これらの3派が三つ巴になって対立しているわけで、共和党を抑えてもリベラルを抑えないと、穏健派の改革案は通らないという構図になっています。今、民主党が多数を得ていますから、日本のように党議拘束でもできるのであれば、このような改革案も簡単に実現できますが、民主党の中が完全に二つに割れているのです。日本の民主党もこれに近いのではないかという気が最近してきましたが、日本には社民党というのもあります。アメリカにはそういう党はなく、民主党の中にその二つを抱え込んでいるという構図になっているわけです。

ヨーロッパ諸国ではすべて皆保険が実現しているのに、先進国で皆保険すら実現できないアメリカは後進国だと言う方もおられますが、ど

うやらそうでもありません。私もアメリカには病院の見学などでいろいろな所に行き、「なぜあなた方は皆保険に反対するのか」と聞いて廻りました。我々が会った人たちは共和党や民主党の穏健派の人が多いのですが、そういう人が口を揃えて言うのは、アメリカでは衣食住すら保障されていないのに、なぜ衣食住の次に来る医療を国が保障しなければいけないのかということです。公平・平等という、日本の風土ではよいと思われていることがアメリカでは全く通用しません。

ヨーロッパでも日本ほど公平・平等という国はありません。ドイツも80%は公的保険でカバーされていますが、残りの20%の金持ちや官僚は民間保険に入っていて、そういう人たちが病院に行くと、公的保険に入っている患者の順番を飛び越して、先に診てもらえるということです。それを当然のこととして許容しているのがドイツの社会です。お金のある人がファーストクラスに乗るのと同じではないかという考え方です。ゆりかごから墓場までという英国でも、サッチャー首相が出てくるまでは、日本的平等・

公平を押し付けてきたという感じがしていましたが、サッチャー首相の時代から民間のプライベート・ホスピタルが盛んになり、一頃は12%くらいまで増えました。その後、ブレア首相になって若干落ちたようですが、それでも医療の7~10%くらいは民間の保険で行われています。しかも、英国では医療財源の90%以上は税金で賄われていますから、数%の国民は、税金を払った上で、プライベートの医療を全額自己負担で受けているのです。そういうふうに見ると、公平・平等という点で本当の社会主義国は日本だけではないかという気がします。

資料2には、「有利な政治的環境」と書いたのですが、これは先ほどの話を踏まえると、有利なのか不利なのか分かりません。プログを見ると、オバマ大統領の改革はこれで後退したという意見の人が多いようですが、そうではなく、これはオバマ大統領が思うような改革ができる絶好のチャンスだという論評もあり、全く分らないと言ったほうがよいのではないかと思います。(資料2)

オバマ政権の改革～有利な政治的環境

- 医療問題の深刻化
 - ①経済不況の深刻化による保険提供のとりやめ拡大
 - ②失業率の上昇～無保険者数の増加
- 議会での民主党優位～上院60(/100)、下院255(/435)
 - ①上院でのフィリバスター(議事妨害)を回避できる60議席
 - ②民主党内が一枚岩でない点が問題～上・下院案;次スライド
- 州レベルでの改革の進展
～2006年4月のマサチューセッツ州での州民皆保険実現
- 主要団体も激しくは反対せず、むしろ好意的
～一方、共和党保守系民衆の反対デモ活発化

資料2

アメリカの医療制度の現状と課題

アメリカの医療制度の特徴

では、アメリカ医療の現状はどうなっているのでしょうか。資料3にアメリカ医療制度の特徴をまとめました。アメリカには国民皆保険というものは存在せず、これまで何回も皆保険をト

ライしましたが失敗ばかりしています。メディケアとメディケイドの公的医療保障制度は限定的であって、しかもフルカバーではありません。メディケアが65歳以上の高齢者の医療をカバーしていますが、つい最近までは薬剤費代は一切保険に含まれていませんでした。最近になってやっとメディケアDというものが導入され、薬

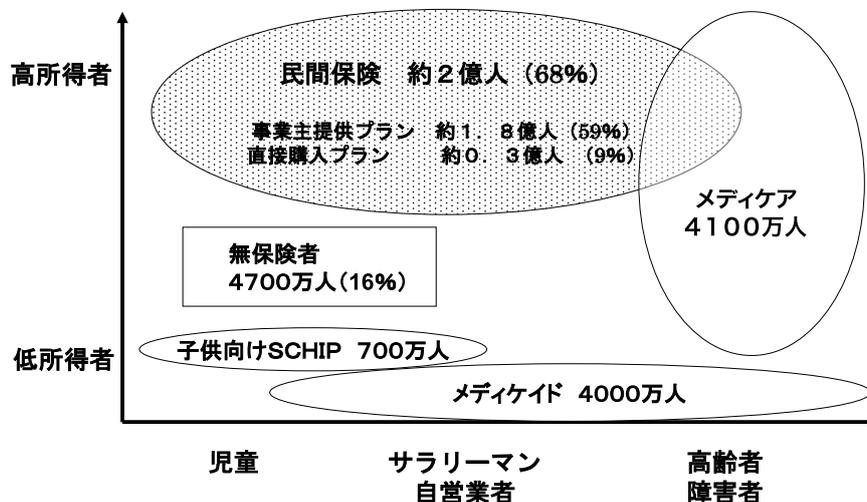
アメリカの医療制度の特徴

- 国民皆保険制度の不在
～1910, 40, 70年代に失敗、1993～4年のクリントン改革も失敗、1935年に公的年金制度実現
- 公的医療保障制度は限定的
～メディケア(65歳以上の高齢者)、メディケイド(貧困層)が1965年に誕生、州児童医療保険プログラム(SCHIP)も拡充
- 民間医療保険制度が中心的な役割
 - ①企業雇用者提供保険;大企業しか提供できない
 - ②個人購買保険;中小企業の従業員や自営業者などが加入(約2,600万人)

資料3

米国の医療システム概観

総人口：約3億人(2007)



資料4

剤費の一部を看ることになったのです。全体でいうと、メディケアによる医療費のカバー率は49%と、5割を割っています。貧困層の老人にはそれだけでは不十分ですから、メディケイドという貧困層が受ける医療補助制度と併せて受けている人がかなり多くいます。ただ、この二つを併せても医療費のカバー率は67%ほどで、33%は自己負担となっているのが現状です。このように、公的医療保障といっても十分ではありません。それでもアメリカの公的医療保障に使われている金額は、日本の総国民医療費よりも大きいという、大変医療費の高い国です。

アメリカの無保険者というのはどういう人たちかという資料4にあるように、総人口約3億人のうち民間保険に2億人が入っていますが、残りが今言ったメディケア・メディケイドでカバーされていて、これが8,000万人。無保険者が4,700万人です。これらの数字を足すと3億人を超えるのは、メディケアに入っていて民間保険にも入っているといった重複があるからです。
(資料3, 4)

米国の無保険者問題

米国の無保険者数は4,700万人で、人口の約16%に上ります。中小企業を中心に雇用主が提供する医療保険の減少と経済情勢の急激な悪化による失業者増のため、無保険者の数はますます増える傾向にあります。(資料5, 表2～4)

表2に無保険者数の推移がありますが、1994年の3,640万人から一貫して増え続けています。この表に出ているのは2007年までの65歳以下の無保険者数で4,500万人となっていますが、以前は無保険者には子どもが多く、1,100万人いると言われていました。子どもが日本の医療保険のように自動的に被扶養者としてカバーされないためですが、子どもの無保険者は、表2からもわかるように徐々に減っています。2007年には810万人まで減りましたが、オバマ大統領が就任した途端に、ブッシュ前大統領が拒否していた子どものための保険制度を拡充するという法案に署名をして、300万人ほどさらに減りました。今は500万人くらいになっています。それでも、失業期間中はどの保険にも入れ

米国の医療費概観(2007)

人口 約3億人
 65歳以上人口 約3700万人
 GDP 13.8兆ドル
 国民医療費 2.2兆ドル (対GDP比16%)
 うち private 1.2兆ドル
 public 1.0兆ドル
 うち 連邦政府 0.7兆ドル
 州政府等 0.3兆ドル
 一人当たり医療費 7,421ドル

* 詳細については、次表2～4ご参照

資料5

表2 無保険者総数および18歳以下の子供の無保険者数推移

年度	65歳以下の無保険者数	65歳以下の人口比	18歳以下の無保険者数	18歳以下の人口比
1994	36.4百万人	15.8%	9.8百万人	13.3%
1997	38.9百万人	16.4%	10.5百万人	13.9%
2000	38.2百万人	15.5%	8.4百万人	11.5%
2003	43.1百万人	17.0%	8.1百万人	11.0%
2004	43.0百万人	16.8%	7.7百万人	10.5%
2005	44.4百万人	17.2%	8.1百万人	10.9%
2006	46.5百万人	17.8%	8.7百万人	11.7%
2007	45.0百万人	17.1%	8.1百万人	11.0%

出所；US Census Bureau, Health Insurance Coverage統計; 1999 to 2007ほかより筆者作成

表3 無保険者の年齢別、性別、所得階層別人数とその階層人口に占める比率

年齢階層別	18歳以下	8,149千人	11.0%	性別	男性	24,546千人	16.7%
	18～24歳	7,991千人	28.1%		女性	21,111千人	13.9%
	25～34歳	10,329千人	25.7%	所得階層別	貧困ライン以下	11,523千人	31.6%
	35～44歳	7,717千人	18.3%		年収25千ドル以下	13,933千人	24.9%
	45～54歳	6,774千人	15.4%		同25～49,9千ドル	15,319千人	21.1%
	55～64歳	4,011千人	12.0%		同50～74.9千ドル	8,459千人	14.4%
	65歳以上	686千人	1.9%		同75千ドル以上	9,283千人	8.5%

注；①年齢階層別、性別は2007年度、所得階層別は2006年度統計による、右欄の比率は各階層の総人口に対する無保険者数の比率、②貧困ラインは一人世帯で年収\$10,400以下、親子4人世帯で\$21,200以下(2008 HHS Poverty Guidelines)

出所；US Census Bureau, Health Insurance Coverage統計; 1999 to 2007ほかより筆者作成

表4 米国の全病院収支内訳推移

(単位；10億\$)

年度	2003	2004	2005	2006	2007
Total Gross Revenue (総収入)	1,114	1,239	1,379	1,510	1,646
Deduction from Revenue (控除)	676	769	873	969	1,072
Net Patient Revenue (純医業収入)	438	470	506	541	574
Other Revenue (その他収入)	35	38	39	46	52
Total Net Revenue (総純収入)	473	508	545	587	626
Total Expenses (総費用)	450	481	516	552	583

注；Deduction from Revenue (総収入より控除)は、“The difference between revenue at full established rates (gross) and the payment actually received from payers (net)”と定義されている。

出所；American Hospital Association Annual Report 1999より筆者作成

ないために、失業率が二桁に達したことで、無保険者総数は5,000万人近くにまで増えようとしています。ただ、失業の問題が出てきたのはここ1～2年で、それまでは関係がなかったわけですが。したがって、それまでの無保険者増加要因は、民間医療保険料の高騰にあります。個人で加入する民間保険の保険料は高過ぎて入れません。事実、典型的な無保険者はフルタイムで働いている低所得の若年層であるとされています。これがアメリカの無保険者の実態で、決して生活保護を受けているような人ではありません。そのような人は、本来はメディケイドでカバーされているわけですから。

ところが、メディケイドでカバーされているはずの貧困者の中にも無保険者がいるという問題もあります。表3にあるように、貧困ライン以下で1,100万人もの無保険者がいます。このライン以下であれば、当然メディケイドが受けられるはずですが。それにもかかわらず、無保険でいるということはどういうことなのでしょう。しかも、メディケイドの受給ラインは、貧困ラインよりもかなり高いのです。州によって違いますが、おおよそ年収2万5,000ドル以下の人は、メディケイドでカバーされています。そうすると、メディケイドでカバーされているにもかかわらず、無保険者の人が2,000万人くらいいるということになります。それと、今回の議会審議でも問題になっている不法移民が1,000万人くらいはいるので、そういうものを足していくと4,700万人になるということです。無保険者が即ジョブレスということでは全くありません。

勤務先企業が保険を提供してくれない場合には、個人で医療保険に加入しなければなりません。免責限度などいろいろな条件で違っていますが、通常一人年間1万ドル～1万5,000ドル、日本円でいうと100万円～150万円の保険料を支払わなければなりません。到底耐え切れない高額です。日本では、全額保険料を個人で負担する国保の場合、平均で9万円、給料の高い人からは本来は青天井で取ってもよいのではと思いますが、そうはなっておらず、最高限度が56万円となっています。アメリカの保険料は、はその2～3倍で、到底個人では支払えない金額な

のです。ただこれは個人で加入する場合であって、企業が加入する場合は、この半額くらいで済みます。また、アメリカでは折半ではなく、80%くらいを企業が負担するわけですから、個人にはそれほど負担にはなりません。企業が保険を提供していない被雇用者は、保険料が高過ぎて入れないことがお分かりいただけたと思います。

しかしながら、無保険者は医療を全く受けていないのか、病気になったら野垂れ死にするしかないのかというと、そうではありません。そういう人も、十分ではなくても医療を受けられるというのがアメリカの社会です。その事情も日本では理解されておらず、アメリカの無保険者は悲惨だと思われています。確かに悲惨なところはありますが。マイケル・ムーア監督の映画『シッコ』では、患者をどこかに捨てていくところが描かれていました。しかし、マイケル・ムーアは保険に入っている人の医療がいかにひどいかということを描いていて、この映画が問題提起しているのは無保険者の問題ではないのです。

表4は、全米病院協会が発表しているアニュアル・レポートですが、2007年のところを見ると、病院の総収入が1兆6,000億ドルと出ています。その下にあるNet Patient Revenue(純医療収入)は、5,740億ドルとなっています。その差は約1兆ドルです。つまり、受取るべきであったのに取れなかった医療費が1兆ドルもあったということです。日本で言えば、診療報酬の未収金です。信じられないほど大きな数字ですが、それが1兆ドルあると全米病院協会が堂々と発表しているのです。実際には、純医療収入から経費を引いて、残りが利益になります。したがって、この1兆ドルというのは架空の数字です。どういう数字をここに掲げても関係はないわけですから、ある病院がうちの心臓手術代は100万円だが、実際には15万円しか取れなかったと報告すると、85万円はこのDeductionに入ってきます。それが1兆ドルになるというのはいかかなものかと思いますが、仮に3分の1としても3,000億ドルくらいはあるわけで、それくらいの医療費が慈善医療に充てられているということ

です。この慈善医療は、公立病院が中心に提供していますが、民間病院も結構行なっています。寄付などの原資もありますが、保険診療の収入の中からも、ある程度は慈善医療に割いて、その病院の評判を落とさないように、慈善医療をやっているわけです。アメリカの無保険者はこの慈善医療で救われているわけですが、日本で同様のことをやれば、日本の病院は全部潰れてしまうのではないかと思います。なお、この病院代には医師への支払は含まれていません。

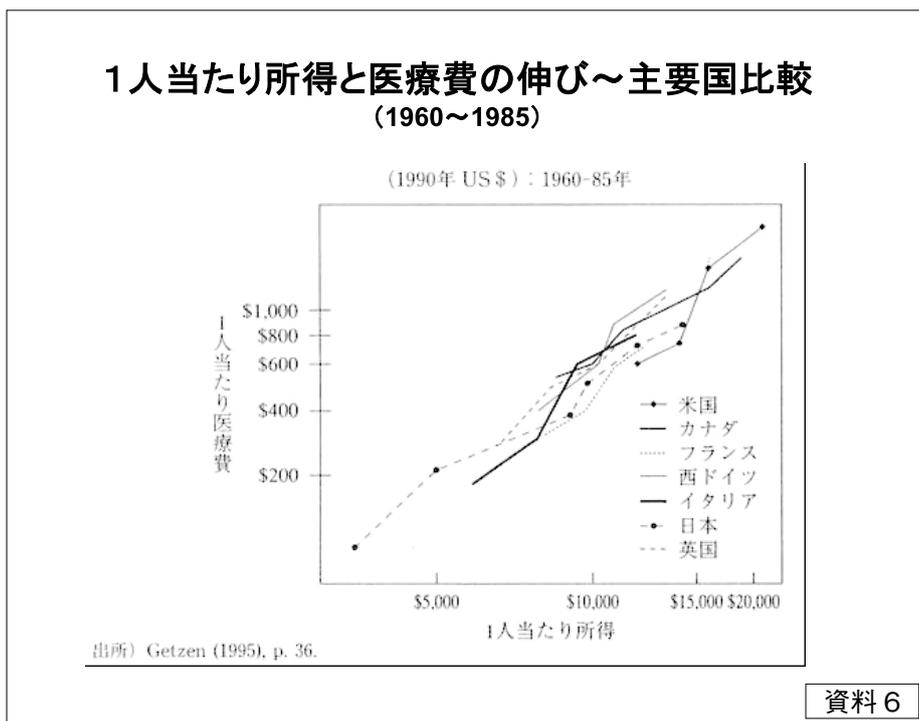
1人当たり所得と医療費の伸び ～主要国比較

資料6は1985年までの各国の医療費の伸びと所得との相関関係で示した表です。どの国でも所得が伸びれば医療費も伸びるとい、当たり前のことですが、アメリカの医療費は資料7でも分かるように、1985年以降はほかの国の医療費がGDP+2%で伸びているのに対し、コンスタントにGDP+2.5%で伸びています。これはどうしてかというのは難しい問題ですが、ケネディ大統領によって試みられた最初の皆保険が失敗した時に、やはりアメリカは医療立国・バイオ立国で行かなくては行けないと、NIHなどへの投資を急増させました。その結果、病院の高度医療技術や製薬会社やバイオ技術といったイノベーションが進んで、他の先進国以上に医療業界の規模

が膨れ、同時に医療費も増えたということのようです。その結果、医療業界は成長したけれども、それを支える保険などの財源が伴わず、無保険者などの問題が噴出してきたのです。(資料6, 7)

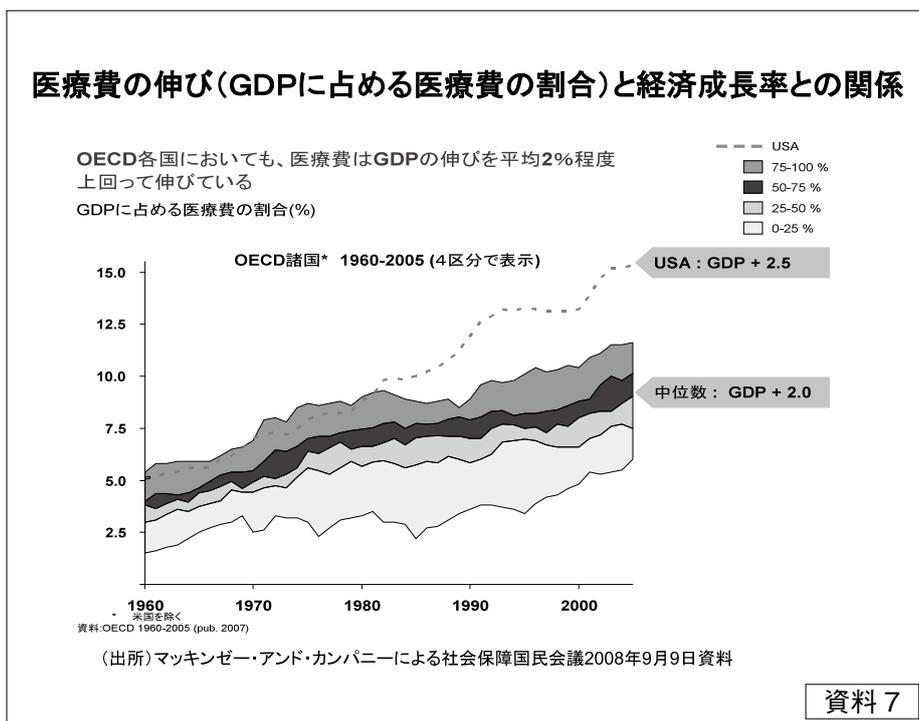
では、医療費のファイナンスはどうなっているのでしょうか。日本であれば年間24万円、ア

1人当たり所得と医療費の伸び～主要国比較 (1960～1985)



資料6

医療費の伸び(GDPに占める医療費の割合)と経済成長率との関係

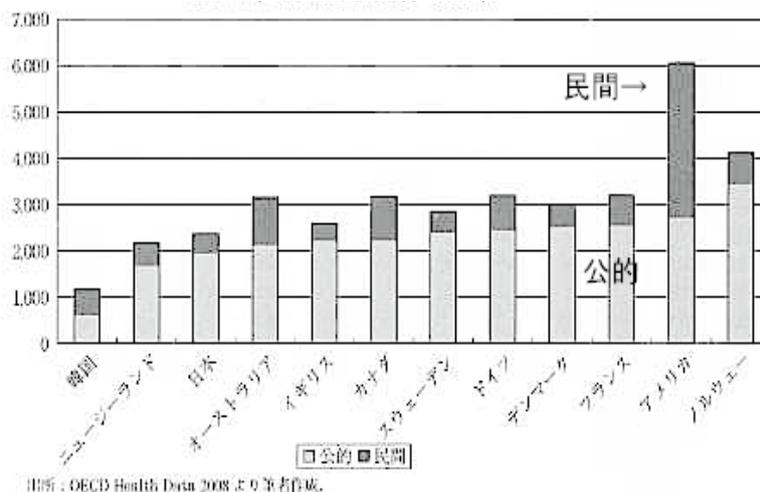


資料7

アメリカでは60万円という一人当たりの医療費を、主要国について公的財源と民間財源に分けると、資料8のグラフのようになります。斜線部分が民間財源で、自己負担や民間保険が該当します。そして、白抜きの部分が公的財源、保険料と税金が財源です。このグラフから読みとれるのは、公的財源の額は、各国とも極めて似通っていますが、民間財源には大きな差があるということです。よく引用されているのは、一人当り医療費ではなく、総医療費の対GDP比で公的財源は対GDP比で約7～8%というグラフです。日本は対GDPでは、総医療費では約8%、うち公的財源は7%強となっています。ところが、アメリカは、公的財源部分は日本と変わらない8%内に収まっていて、残りの7～8%を民間保険でカバーしているのです。私は、これをニュートンの法則のように「公的医療費一定の法則」と学生に教えていましたが、政府が面倒を看られる額というのは、対GDP比で7～8%というところで、それを10%、20%にするというのはできません。7～8%を超えた部分をファイナンスするのは民間資金でしかあり得ないというのが世界的な現実ではないかと思えます。医療技術がそんなに進歩しなければ、公的財源だけでもものなのでしょうが、技術がどんどん進歩していけば、ほかの国もアメリカと同じようになっていくのではないかと思えます。(資料8)

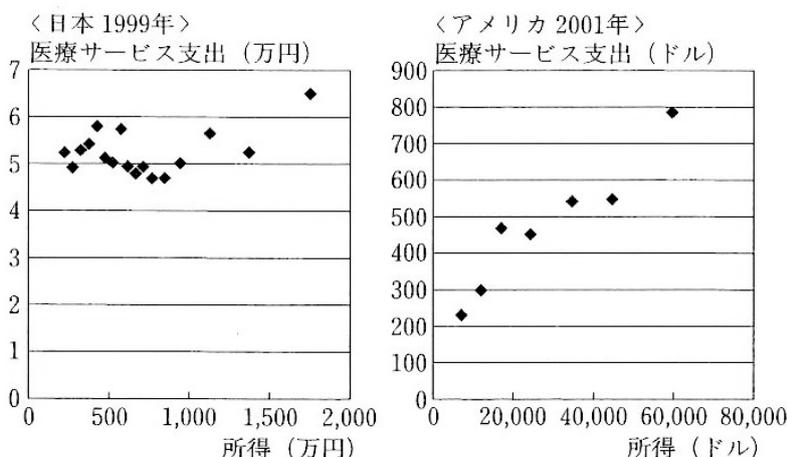
「所得と医療サービス支出の日米比較」という興味深いグラフがあったので、ご紹介します。資料9は、10年ほど前の数字ですが、縦軸が個人負担の医療費で、横軸が所得です。日本は年間所得が500万円の人でも2,000万円の人でも、医療サービスに使っている個人支出は平均すると5～6万円で、ほとんど差がありません。一方の

一人当り医療費に占める公的支出と民間支出の内訳
(米ドル、購買力平価換算、2005年)



資料8

所得と個人医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和——混合診療解禁による市場拡大効果」
八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』

資料9

アメリカは、医療サービスに使っている個人支出が収入に比例して大きくなり、年間所得が2万ドルの人と8万ドルの人とでは大きな差が出ています。市場を拡大するためには、アメリカ流の傾斜がむしろ望ましいと言えるのかも知れません。反対に、平等・公平を重視するなら、やはり日本のような姿が理想ということになります。このグラフは、日本にもアメリカのような傾斜があったほうがよい、そのためには混合診療の全面解禁も必要であるということの説明するために作られたものですが、どちらがよいのかは非常に難しい問題です。(資料9)

米国医療の課題

これらを総括すると、米国医療の課題が浮かび上がります。資料10では、これを①大量無保険者の存在、②医療費の高騰、③医療の質に集約しました。医療の質については、1990年代以降、民間保険でマネージドケアが盛んになって、保険に入ってもキチンとした医療が受けられない、選別されるという不満が国民の間で非常に強まっています。ただ、それをもって、アクセスが十分に保証されていない、したがって医療の質が低いといえるかどうかは、難しいと

ころです。次に、医療事故対策として医師が過剰に防衛的医療をするようになったということが、価格をつり上げている大きな要因になっています。オバマ大統領の演説でも、この防衛的医療のことにわざわざ触れています。防衛的医療が不必要な医療費を増やしている可能性があることを知ったので、医療過誤法の改正を含め、これに対する対応も考えるということを行っています。(資料10)

こうしたさまざまな課題があるにもかかわらず、改革が実現しない理由はどこにあるのでしょうか。ひとつは医療の世界でも市場競争至上主義が強調され過ぎていることです。アメリカでは市場原理の活用が必要だという考えの人が多いのですが、それが医療のように情報不足のなかでは、なかなか機能しないという問題があります。また、政府が規制に関与するには、国民からの不信感がきわめて強いのではないかと思われます。このあたりの実情は私が去年の初めに出版しました『米国医療崩壊の構図』に縷々詳述されています。小説のようにおもしろいのでぜひお読みいただきたいと思います。著者のレジナ・ヘルツリンガー教授は、米国医療を崩壊に導いた元凶は5人で、彼らは保険会社、

米国医療の課題(1)

- 大量の無保険者の存在
Pre-existing ConditionとCherry picking
- 医療費の高騰
保険制度の併存とコストシフティング
非効率性(巨大な保険事務費用等)
訴訟費用
メディカルツーリズム
- 医療の質
予防の取り組み
医療事故

資料 10

非営利の大病院、雇用主企業、政府、それに専門家集団であるとしています。不思議なことに、元凶の中に医師と製薬会社は入っていません。保険会社がやり玉に挙げられているのはよく分かりますが、病院も元凶に入っています。ヘルツリンガー教授は、病院は表面上非営利と言いながら、実体は非営利ではないと決めつけています。早い話、人口10～20万の街に病院が2つ、3つあったものが、談合して合併し、市場を独占して価格をつり上げているといった事例が紹介されています。そうした事例は枚挙にいとまがないというわけです。通常の企業のM&Aと病院のM&Aとは何ら異なることはなく、しかも病院のボードメンバーは巨悪の金融界と同じように高額報酬を得てぬくぬくと暮らしていると詳述しています。また、雇用主企業も従業員のことを考えてきちんとした保険を選定していないし、政府も政府で細かいことに口を出して、政府が処方せんを書くような医療がはびこっている、それらを支える専門家集団もなっていない、と手厳しい指摘をしています。なぜ医師と製薬会社が入っていないのかは不思議ですが。(資料11)

オバマ政権の医療改革

オバマ・バイデン・プラン

次に、オバマ改革の骨子を表5にとりまとめました。このうちで、どれだけのものが最終的に実現するのかは現状では分かりません。オバマの改革案は政府が骨格を決めてはいますが、具体的な内容は議会の主導でまとめる方法をとっています。これは、細かいところまで何でも政府が決めて、その承認を議会に迫った結果、ぎくしゃくし過ぎて廃案となったクリントン政権の手法の反省から生まれたものですが、それがうまくいくかどうかということです。

表5に掲げたオバマ・バイデン・プランは、非常に盛りだくさんで、これらの内容をオバマ大統領が自ら詳しく解説したのが、9月9日の上下両院合同会議での1時間を超える演説でした。このプランに挙げられている大項目だけでも20～30項目あり、多岐多彩です。合同会議の中では、皆保険化は必ずしも今回の改革案の最優先課題ではないとオバマ大統領は言っています。「総論」に要約したように、①ヘルスケア費用の高騰抑制、②多数の無保険者の存在を無くすこと、③予防と公衆衛生への投資不足を改善する

米国医療の課題(2)～改革を阻害するもの

- **市場競争至上主義**
医療には市場原理は馴染まない
「価格」が機能しない
(情報の非対称性、保健償還の存在、
個人の生命健康は代替不可能)
- **政府の規制・関与に対する不信・拒否反応**
“Socialized Medicine”
(民間保険ではすでに相当程度受診制限が存在)
- **行き過ぎたロビーイング活動**

資料 11

のが主な目的であると、しているのです。そして、改革案のめざす姿としては、医療の質を確保しつつ、医療コストを削減するとあります。今まで民間保険やメディケア、メディケイドで保護されている人は、そのまま利用でき、質はキープすると宣言しています。無駄を省いて医療コストを削減するという方向です。これに対し、サービスの質を確保しながらコストを削減することが本当にできるのかということが、大きな議論になっています。

オバマ改革のポイントは、医療の質の確保とコスト削減を実現するには、現在の医療保険のあり方を改善するのがもっとも大事なことでありと強調している点です。そのためには、チェリー・ピッキング(被保険者選別)という、保険会社にとってあまりありがたくない、すでに病気になる人の保険加入を断るのを一切認めないという規制案も入っています。既往歴の如何にかかわらず、平等に医療保険は提供されなければいけない、それを法律で定めるということです。また、平均的なサラリーマンが支払うことのできる保険料で、アクセスしやすい医療をすべての米国民に提供するとあります。これはまさに無保険者の根絶ということです。そして、予防の促進、公衆衛生の強化を謳っています。今一番問題になっているのは、医療保険をどういう組織が提供するかということの議論です。(資料12, 表5)

下院民主党案と 上院民主党案の 共通点と相違点

資料13に、下院民主党案と上院民主党案の共通点と相違点をまとめました。共通点を挙げると、保険加入を段階的に拡大し、最終的に国民皆保険を実現すること。そして、保険加入を全国民に義務づけること。さらにすでに保険に

入っている人への対策として、民間保険会社のチェリー・ピッキングを禁止することです。一方、主な相違点のひとつが、企業雇用者に従業員に対する保険提供を下院は義務づけると言っています。もちろん小さな企業は除きますが、中規模以上の企業には保険を提供し、もし提供しないのであれば、その代わりに従業員の支払う保険料を填補するように義務付けるとことです。これは「プレイ・オア・ペイ」と言われていますが、そのどちらかを行なうべしというものです。ちなみに、アメリカの大企業の8割方は医療保険を提供していますが、景気の悪化とともに提供しない企業が増えてきています。アメリカで一番大きなスーパーマーケットであるウォールマートは初めから医療保険を提供していませんが、今回はオバマ大統領の呼びかけに賛同しました。一番もめているのが、チェリー・ピッキングの禁止です。

資料13には、「下院は公的保険プラン(パブリック・オプション)を創設し、上院はこれを断念、同プランの選択を州政府に委ねる」とあります。これは、要するに無保険者のための保険制度を新しく作るに当たって、その保険会社をどういう形のものにするのか。従来の民間保険会社にやらせたのではこれまでの保険制度とあ

政権発足後の動向

- SCHIPの延長・拡大(2月4日)
 - ・ 世帯年収6.6万ドルレベルまでの引上げを想定
- 米国再生・再投資法成立(2月17日)
 - ・ ヘルスIT、比較有効性調査、メディケイド支援
- 施政方針演説(2月24日)
 - ・ 次年度予算は包括的なヘルスケア改革への第一歩
- 予算教書(2月26日) ・ ヘルスケア改革8原則の提示
- 予算決議(4月29日)
 - ・ ヘルスケア改革、今後10年間の財政中立を義務化
- 上下両院合同会議でのオバマ大統領演説(9月9日)
 - ・ 医療改革の重要性を全国民にアピール
- * Monthly IHEP誌の「オバマ政権の医療改革(3)」p30~43に全文掲載
- 下院案決議(11月7日) 220対215票の僅差で可決
 - ・ 民主党39明が反対、共和党1名が賛成
- 上院案決議(12月24日) 60対39
 - ・ 民主党と無所属全員賛成、共和党全員反対
- 今後の道筋 早ければ2月中には両院案を調整、再可決の見込み(?)

資料 12

表5 オバマ政権の医療改革概要

総論	クリントン改革失敗の反省	上下院で民主党優位にもかかわらず、1933年秋に上程されたクリントン皆保険案通らず、翌年の中間選挙で民主党敗退
	現状認識	ヘルスケア費用の高騰、多数の無保険者の存在、予防と公衆衛生への投資不足
	改革案のめざす姿	1、質を確保しつつ、医療コストを削減 2、支払うことのできる費用でaffordable」「アクセスしやすいaccessible」医療を「すべての米国民に」提供 3、予防の促進、公衆衛生の強化
	方法論	政府の運営する税負担を伴う医療か、民間保険会社に丸投げの医療かという極論はとらない既存の医療システム、医療提供者、保険プランを基礎とする
	どう変わる?	現在の保険に満足している者にとっては、費用が節減される(年2,500ドル)以外は今と変わらない無保険者には、新たに支払可能な保険を提供
各論	1、質の確保、医療コスト削減 (1)患者・プロバイダーサイドの対策	<ul style="list-style-type: none"> ・医療情報システムへの投資(5年間で100億ドル) ・医療の費用と質のデータ(含、医療過誤、看護スタッフの割合、院内感染)の報告を病院等に義務づけ ・医療の質に応じた診療報酬支払いの広汎な導入(パフォーマンス基準の達成により支払いを加算) ・相対的有効性(comparative effectiveness)に関するレビューと研究を行う独立機関の設立 ・慢性病患者へのディジーズマネジメントプログラムの提供を公的保険で義務づけ ・ケアマネジメントプログラム、メディカル・ホーム型モデルの推進 ・患者集団間の医療提供の不均衡に関するデータの収集分析を病院と民間医療保険会社へ義務づけ、セーフティネット病院への支援 ・医療過誤対策の推進、医師向けの医療過誤保険の保険料高騰を抑制
	(2)対民間医療保険業界	<ul style="list-style-type: none"> ・競争の促進(競争がない地域での給付割合の維持、独占的地位の乱用防止) ・管理費用の割合の公表の義務づけ ・メディケアアドバンテージ(パートC)への支払い削減
	(3)対製薬業界	<ul style="list-style-type: none"> ・他国からの安全な医薬品の輸入の容認 ・公的プログラムにおけるジェネリック薬使用の増大 ・新薬メーカーによるジェネリック薬上市妨害の禁止 ・メディケアによる製薬会社との価格交渉の解禁(300億ドルの節約)
	2、「支払うことのできる費用で」「アクセスしやすい」医療の「すべての国民」への提供	<ul style="list-style-type: none"> ・民間保険会社に、健康状態・病歴を問わない保険プランの提供を義務づけ ・認定民間保険プラン及び新公的プランの中から保険プランを購入できる「国民医療保険エクステンション」を創設 エクステンションは、①参加プランに新公的プラン並みの質と効率性の基準を要求、②各プランを評価して価格などの相違点を透明化。 (エクステンション参加プランの特徴) <ul style="list-style-type: none"> - 包括的給付(連邦公務員向け保険(FEHB)と同等の給付(含予防、出産、精神)) - 健康状態に影響されない公正な保険料 - ポータビリティの保証 - 参加病院等は、医療の質、情報技術、病院管理の基準を遵守(データ収集・提出を義務づけ) ・個人向けの所得比例保険料税額控除の創設 ・中小企業向けの税額控除(保険料の5割まで)の創設(一定の質が担保された保険プランの全従業員への提供、保険料への一定以上の拠出が条件) ・従業員に一定以上のカバレッジの保険を提供しない等の大企業に、給与総額の一定割合を全国プランの費用に対して拠出することを義務づけ(中小企業は免除) ・節約分を被用者の保険料抑制に充てることを条件に、高額医療費の一部を払い戻し ・すべての児童にカバレッジ拡大、25歳以下の若年層の保険適用を促進 ・メディケイド・SCHIPの受給資格を拡大 ・州の独自政策を尊重
	3、公衆衛生施策の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・職域における介入を支援、人材養成の充実 ・学校における検診プログラムや診察及び体育教育や学生向け教育プログラムへの財政支援強化委託業者との契約ポリシーの見直し支援 ・地域における予防的介入のための財政支援強化 ・連邦・州・自治体政府における、緊急時対応能力の向上・人材採用への投資・試験研究施設の近代化・公衆衛生施策の再点検

まり変わらず、無保険者が高い保険料を払えるはずがありません。理想はメディケアと同じように政府100%出資で政府主導の保険公社として運用することです。オバマ大統領も当初はこの下院案に賛成していました。ところが、その案に対する反発が強く、一旦政府100%の保険ができると、民間保険は競争できず、将来的にはカナダと同じように保険者は一人しかいない「シングル・ペイヤー」の国になってしまうのではないかという批判が強いため、方針を転換しました。それで、民間の保険会社に政府の支援も入れて、協同組合方式の保険機構を作ろうという案が浮上りました。そこでは、基本的には市場原理での運営に任せるが、政府もタックス・ベネフィットをつけたり、支援金を一部出したりするなど、何らかの形で支援するという案です。さらに、上院案は連邦ベースではなく、州別にばらして、それぞれの州の選択で保険機構を作ろうということになっています。改革法案が成立するとしても、公的オプションの部分に関してはかなり後退したものになるのは間違いないところです。さきほどから申しているように、9月9日のスピーチから判断しても、オバマ大統領はどちらかといえば市場主義者ですから、大統領自身はリベラルが主唱しているガチガチの公的保険を望んでいるわけではなさそうです。市場の自主性に任せた協同組合的な保険会社ができ、それが多少とも民間保険会社への抑止力になれば十分であるというのが、オバマ大統領の真意ではないかと思います。新たな保険組織創設のための財源として財政赤字を増やすことは1ドルたりとも認めないと言っています。無保険者を救うための財源として、高額所得者からは新しい税金をとる、ないしは高額な民間保険に加入している人の保険料

に税金を賦課するとしています。(資料13)

わが国への示唆

こうした新しい制度がオバマ大統領の思惑とおりにできるかどうかはまったく混沌としていますが、これまでのアメリカの議論は日本の制度とはどういう関係があるのでしょうか。オバマ改革は10年間で約1兆ドル、年に1,000億ドルですから、日本の規模に引直すと5兆円くらいのお金が余分に投入されるわけです。それに対して、国民皆保険化に要する費用は富裕層からの増税や関連業界からの拠出、既存制度の節減からの捻出で賄い、財政赤字は増やさないことを鮮明に打ち出しています。1ドルなりとも財政赤字は増やさないという姿勢を貫いています。このオバマ大統領の姿勢をどうみるか。わが国の議論は、財政赤字容認、公共事業に使うお金があれば医療保険に使うべしとの主張も多いようですが、アメリカの議論に鑑みると、それはどうかと思います。

日本の保険料率はアメリカに比べると半分か3分の1程度の低いものです。欧州の主要国と比べても、ドイツは14.6%、フランスは13.9%ですが、日本は協会けんぽで8.2%(本年4月以降は9.34%)、組合健保平均で7.3%と、格段に低く

下院民主党案と上院民主党案の共通点と相違点

- 共通点
 - ①保険加入を段階的に拡大し、最終的に国民皆保険実現
 - ②医療保険加入を全国民に義務付ける
 - ③民間保険会社の被保険者選別(チェリーピッキング)禁止
- 主な相違点
 - ①企業雇用者に従業員に対する保険提供;下院は義務付け、上院は義務付けず
 - ②財源捻出の一部;下院は年収50万ドル超の富裕層に増税、上院は高額保険プランの保険料に課税
 - ③下院は「公的保険プラン(パブリック・オプション)」を創設、上院はこれを断念、上院は同プランの選択を州政府に委ねる
 - ④10年間の総要資;下院は1兆2,000億ドル、上院は9,000億ドル
 - ⑤人工妊娠中絶に対する保険給付;下院の方が厳しく制限

資料 13

なっています。自己負担も高額医療費制度があるため、平均では22%程度に留まっています。アメリカではメディケアとメディケイドを両方受けている高齢者であっても、そのカバー率はせいぜい67%で、33%は自己負担となっています。先ほど申したイギリスのように、富裕層は税金で医療費を支払った上で、プライベート医療を希望するのであれば、全額自己負担で受けなさいという国もあるわけです。それをどう見るかは難しいところです。いずれにしても、米国の民主党穏健派ではありませんが、企業の責任がもっと日本でも重視され、企業の医療保険給付を義務化してもよいのではないかと思います。アメリカでもこれまで企業の保険提供は義務化されていませんでしたが、今回の改革が通れば義務化されることになり、ウォールマートのような大企業もそれに賛同しています。弱小企業は別途救うとして、被雇用者が一人でもいる企業は保険料を負担することの原則化がアメリカで施行されようとしているのです。企業だけではなく、個人にも義務化され、保険に加入しなければ毎年900ドルの罰金が課されるようになります。一方、日本の皆保険は、組合健保、協会けんぽに入れられない人にはすべて国保が医療保険を提供するというで成り立っています。日本には個人の加入義務も企業の保険提供の義務もありません。現に、組合健保の解散が相次いでいますが、これを放置して、残った健保や国保に全部押しつけるのはいかなものかという気がします。少なくとも、企業に医療保険の提供を法律上義務づける点は、日本でも考えるべき問題ではないかと思います。

もうひとつは、予防の促進、公衆衛生の強化です。今回の医療改革の柱としても大きく打ち出されています。予防が進めば医療

費が下がるという実証研究はあまりありませんが、アメリカは予防も医療保険でカバーしているという方向にあります。日本は予防や人間ドックなどの検査は原則として保険不適用ということでやってきています。最近、高齢者はインフルエンザから肺炎にかかる確率が高いため、肺炎球菌ワクチン接種の必要性がようやく言われるようになってきましたが、日本での接種率はまだ3%くらいです。一方、アメリカの高齢者は50%以上が肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けています。

個人の自己負担についてもアメリカの自己負担率は結構高く、欧米の皆保険国でも結構高い国があります。日本も高齢者すべてが低所得者で弱者だと捉えるのはいかなものなのでしょうか。負担できる高齢者は高齢者の間で負担し合うアメリカのメディケア的な考え方が必要なのではないかと思います。(資料14)

非常に雑ばくな話でしたが、ご静聴ありがとうございました。

わが国への示唆

- ・ 徹底した財政規律遵守の方針
国民皆保険化に要する費用は全額、増税、関連業界からの拠出、既存制度からの捻出で賄い、財政赤字は10セントたりとも増やさない
(わが国の議論は、財政赤字容認、欧米に比して格段に低い医療保険料の引上げ反対～医療保険料の水準;独:14.6%、仏:13.9%、日:協会けんぽ:8.2%、組合健保平均:7.3%)
- ・ 企業の医療保険給付を義務化
(わが国は、義務化の規定なく、健保の解散が相次いでいる)
- ・ 予防の促進、公衆衛生の強化を医療保険に取り込み
(わが国では、予防や検査は原則として保険不適用)

資料 14