

研究ノート

アメリカ高齢者医療の現状およびオバマ医療改革の取り組み

徐林卉*

要旨

本稿は現行アメリカ高齢者医療制度の特徴および問題点、さらにはオバマ医療改革の取り組みを整理し、改革策に含まれる日本へのインプリケーションと見通しについて考察を行った。

オバマ医療改革前のアメリカ高齢者医療制度の問題として挙げられるのは、民間保険の導入による保険会社のクリームスキミング問題、メディケアパートDにおけるドーナツホール問題および健康増進・疾病予防サービスの欠如などであり、改革による改善は予防医療の強化、新たな財源の獲得などの点である。

オバマ医療改革に含まれる日本へのインプリケーションは、①医療費抑制策として予防医療および公衆衛生システムを充実、②患者にコスト負担と給付のバランスを選択させる工夫を柔軟に実施する、③高齢者医療保険の財源拡大を富裕層からの増税および既存制度の節減で実現する、などが挙げられる。

キーワード

医療改革法案、メディケア、医療費、ドーナツホール、高齢者医療保険制度

はじめに

現在、医療保険制度問題は世界各国にとっての重要な政策課題となっており、とりわけ高齢化の進行に伴い、高齢者医療のあり方については、先進国に限らず、途上国を含む各国の共通課題となっている。これまでは各国においてさまざまな議論が重ねられ、将来にわたり持続可能なものにするために、その制度内容を見直そうとしている。アメリカにおいても、長い歴史の中で度重なる改革を行ってきた。2010年3月にオバマ大統領の署名により成立した医療制度改革法案は、アメリカ医療保険制度改革における新たな試みであり、そこに高齢者医療制度（メディケア）に影響する重要な内容も含まれている。

同改革法案は、2003年のメディケア処方薬改善・現代化法以来の高齢者医療システムにお

* 執筆者：徐林卉

機関/役職：上海社会科学院 副研究員

ハーバード大学 客員研究員（2011-2012）

連絡先：〒200020 中国上海市淮海中路622弄7号

上海社会科学院部門経済研究所411室

E-mail：xlh@sass.org.cn

る大幅な変動であり、それはアメリカのみならず世界の医療システムの研究にとって、将来の高齢者医療制度設計組立の上で、大きな影響を及ぼす事例となるに違いない。とりわけ日本とアメリカでは、高齢者医療政策の展開過程にさまざまな相違点が見られるが、同時に診療報酬制度や、財源構成などに類似点も多く存在しているため、その意味で、現在の日本において喫緊の課題の一つとして位置づけられている高齢者医療改革を考えるに当たり、アメリカの高齢者医療保険制度（メディケア）の現行制度の検討およびその新しい改革動向を見ることは、日本の政策判断の材料提供に有益であろう。

本稿はアメリカ高齢者医療制度の特徴および問題点、さらにはオバマ医療改革の取り組みを整理し、アメリカの高齢者医療政策に含まれる日本へのインプリケーションと改革の見通しについて考察を行った。

I. アメリカ医療保険制度の概況

アメリカの医療保険は、連邦政府や州・地方政府が所管する公的医療保険・医療扶助と、民間保険会社が提供する民間保険の組み合わせである。公的医療保険制度の中核をなすのは、高齢者及び障害者を対象とする「メディケア」と低所得者を対象とする「メディケイド」である。その他の国民一般は主に民間の営利・非営利保険者の医療保険プランに加入している。

民間医療保険には、主に団体保険である企業提供医療保険と、個人で医療保険を購入する個人医療保険があり、うち企業提供医療保険は比較的普及が進んでいる。企業提供医療保険とは、企業が民間の保険会社から医療保険を購入し、従業員やその家族、退職者に対して、福利厚生の一環として提供するものである。保険料は、企業と従業員の双方が負担することが一般的である。企業は法人、営利・非営利を問わず、従業員に医療保険を提供することを法的に義務付けられておらず、また従業員側も医療保険に加入する義務はない。しかし、実際には大企業のほとんどが付加給付として医療保険を提供しており、その中には、従業員本人向けの単身保険だけでなく、その扶養家族にまで加入資格を広げた家族保険もある。この仕組みは、雇用主主体サービス供給システム（**Employer-based healthcare delivery system**）と呼ばれている。連邦政府、州・地方政府も雇用主として、その公務員と扶養家族、退職者に対して医療保険を提供している。自営業者や自由業、雇用先が保険に加入していない雇用者などが、個人で民間医療保険に加入している。

2010年の時点で、公的医療保険のカバー人口の割合は31%となっており、2008、2009年と比べ緩やかに増加している。民間医療保険のカバー人口は64%で、相変わらず大きなウェートを占めている。またいずれの保険にも加入していない人口の割合は16%となっている。（表1を参照）。

現在、日本では、急激な高齢化社会の到来に伴い、従来の制度が機能不全に陥る事態を迎え、

表1 2006-2010年に米国における医療保険のカバー状況（%）

医療保険の種類		2006	2007	2008	2009	2010
公的医療保険	メディケア	13.6	13.8	14.3	14.3	14.5
	メディケイド	27.0	27.8	14.1	15.7	15.9
	軍勤務者とその家族	3.6	3.7	3.8	4.1	4.2
	合計	27.0	27.8	29.0	30.6	31.0
民間医療保険	団体医療保険	59.7	59.3	58.5	56.1	55.3
	個人医療保険	9.1	8.9	8.9	8.9	9.8
	合計	67.9	67.5	66.7	63.9	64.0
無保険者		15.8	15.3	15.4	16.7	16.3

注) 重複加入があるため単純合計は100%とならない。

出所：U.S. Census Bureau 「Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2007-2010, 2011 (Issued September 2010, 2011)」 P238,239より筆者作成。

高齢者医療制度改革が喫緊の課題とされている。それ故に、アメリカの公的保険制度の代表であり、長い歴史の中、度重なる改革を行ってきた高齢者医療制度を再検討することが、日本の高齢者医療制度改革に有益な判断材料を提供できると思われる。従って、次章はアメリカの高齢者医療制度（メディケア）に焦点を当て、その仕組みについて概観しつつ、課題に対する視点を模索する。

II. アメリカ高齢者医療保険（メディケア）の仕組みおよび財政

メディケアは1965年に社会保障法（Social Security Act）第18章に規定され、高齢者のために導入された公的医療保険である。実施当初は65歳以上の高齢者のみを対象としたが、1973年には障害者や腎臓移植、人工透析が必要な末期腎臓病患者（End Stage Renal Disease, 以下「ESRD」と略す）に適用対象を拡大した。1966年当時は、およそ1,910万人の高齢者が制度にカバーされていたが、2010年末に適用者数は（パート A, B, D の合計人数）4,750万人にまで達し、うち高齢者は3,960万人、障害者は790万人である¹⁾。

メディケアは連邦政府（社会保険省）に属する CMS（Center for Medicare & Medicaid Service）によって運営され、当初パート A とパート B の二つの部分から構成されていた。1997年に、第3の部分であるパート C（メディケア・プラス・チョイス・プログラム）、2003年に第4部分であるパート D が導入された。

1965年にメディケアが導入されて以来、その医療費支出は膨張する一方で、常にアメリカの GDP の伸び率を上回っていた（図1を参照）。次項で制度の仕組み、特徴および問題点を明らかにする。

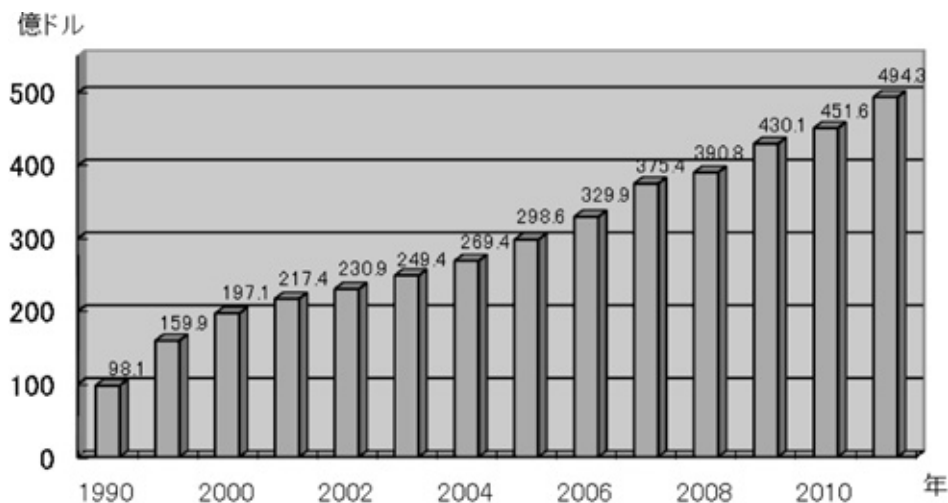


図1 1990—2011年連邦政府のメディケアへの支出推移

注) 2011年は推定値である。

出所：U.S. Census Bureau 「The 2012 Statistical Abstract , “473 - Federal Outlays by Detailed Function”」より筆者作成。

1. パート A

入院費用をカバーする、病院保険 (Hospital Insurance, 以下「HI」と略す) である。

(1) 資格者：原則として、本人あるいは配偶者が現役就労期間中に社会保障税 (Social Security Tax) およびメディケア税 (Medicare Tax) を払い、OASDI²⁾の年金受給資格を得た65歳以上の者が資格を有する。OASDIを受給する高齢者は、自動的にパート A に加入することになるが保険料の負担はない。本人もしくは配偶者が現役就労期間中に社会保険庁 (Social Security Administration) の指定した仕事 (Medicare covered employment) に40四半期 (Quarter of Coverage, 以下「QC」と略す) 以上勤務すれば、社会保障目的税を納めたことになる。また、鉄道退職年金制度の老齢給付³⁾受給資格者やメディケアのみが適用される連邦、州、地方の公務員も、65歳から対象とされる。さらに、OASDIあるいは鉄道退職年金制度の障害給付を24ヶ月以上受給している者やESRD患者にも適用される。OASDIの受給資格がなくても、保険料を払えば、パート A に任意加入することが可能である。2010年末時点で、パート A への加入者数は4,710万人、うち高齢者は3,920万人で、障害者は790万人である (表2を参照)。

(2) 給付内容：主に病院、スキルドナーシング施設 (専門的な看護やリハビリテーション等のサービスを提供するための施設) 等における入院時のホスピタル・フィー (緊急医療を含む)、退院後等のホームヘルスケアに適用される。

(3) 保険料：OASDI の受給資格者には保険料が発生しない。無資格で任意加入の場合は保険料を納める必要がある。2011年の時点で、社会保障法で規定されている適用四半期（QC）が30に満たない者は、月額450ドルの保険料、QC が30～39までの者は月額248ドルの保険料を納付しなければならない。また遅延加入の場合はペナルティが課され、保険料が10% アップすることになる⁴⁾。

(4) 患者負担：各入院につき90日間が保険に適用される。90日から150日までは特別入院日数延長制度を利用する必要がある。2011年の時点で、パート A の保険免責額は1,132ドルである。従って最初の60日までは免責額のみが患者負担であり、61日から90日までは1日につき283ドルの自己負担が発生する。91日から特別入院日数延長制度に適用されれば、この間は1日につき566ドルの自己負担となる。特別入院日数延長制度を使い果たした後（151日以降）は、パート A は適用されず、全額自己負担となる。スキルドナーシング施設における療養の場合は、2011年の基準によって保険に適用される日数は100日間である。最初の20日までは自己負担はないが、21日から100日までは1日につき141.50ドルの自己負担があり、100日を過ぎると全額自己負担となる⁵⁾。

(5) 財政状況：メディケアの財政は二つの信託基金で運営されている。パート A のための HI 信託基金と、後ほど述べるパート B およびパート D のための SMI 信託基金である。メディケアの給付費および運営費は信託基金から支出される。パート A の財政について、2010年における HI 信託基金の総収入は2,156億ドル、総支出は2,479億ドル、323億ドルの赤字であった（表2を参照）。

2. パート B

医師の医療サービス費をカバーする補足的医療（Supplementary Medical Insurance、以下「SMI」と略す）である。

(1) 資格者：パート B は65歳高齢者および障害者が毎月保険料を払って任意選択する保険である。パート A の資格者のほとんどはパート B の加入者である。2010年において、パート B の加入者は4,380万人で、そのうち高齢者が3,670万人、障害者が710万人であった（表2を参照）

(2) 給付内容：パート B の給付内容は医師の医療サービス（病院の外來治療および入院時に受ける医師のサービスを含む）、病院外來部門の医療サービス（X線検査、ギプス処置、縫合、救急診療）、医師以外の医療専門家によるサービス、日帰りで行う外科手術を行う外來手術センターの施設料、退院直後のホームヘルスケアはパート A から給付されるが、それ以外はパート B が給付する。さらに臨床検査、X線検査、その他放射線診断サービス、予防検査および予防ケアなどが給付内容に含まれる。

(3) 保険料：2011年において、月額115.40ドルがパート B の標準保険料として設定されている。所得の一定基準を超える者には、標準保険料に加算額が上乘せされることになる（表3を

表2 2010年におけるメディケアの財政

	HI 信託基金	SMI 信託基金		合計
	パート A	パート B	パート D	
総収入 (億ドル)	2156	2088	617	4860
メディケア税	1820	—	—	1820
利子	138	31	0	169
年金給付への課税	138	—	—	138
保険料	33	520	65	618
一般歳入	1	1535	511	2047
州からの移転	—	—	40	40
その他	27	2	—	29
総支出 (億ドル)	2479	2129	62	5228
給付費	2445	2097	617	5158
病院	1361	319	—	1680
スキルドナーシング 施設	269	—	—	269
ホームヘルスケア	70	121	—	191
医師	—	645	—	645
パート C	607	552	—	1159
処方薬	—	—	617	617
その他	138	461	—	599
運営費	35	32	4	70
資産 (2010年末 億ドル)	2719	714	7	344
加入者 (万人)	4710	4380	3450	4750
高齢者	3920	3670	—	3960
障害者	790	710	—	790
1人当たりの給付費 (ドル)	5,187	4,786	1,789	11,762

出所：The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, “2011 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds,” 2011, p.9. より筆者作成.

参照). またパート A と同様, 最初の適格時にパート B に加入しなければペナルティが加算される. パート A と異なるのはペナルティの額は保険料の10%で, パート B に加入している全期間について課せられることになる.

(4) 患者負担: 受ける医療サービスによって患者負担額が異なるが, 2011年に設定した保険免責額は162ドルであり, それを超えた医療費の20%が患者の自己負担となることが多い⁶⁾.

表3 パートBの保険料（月額）

2009年における収入		2011年の保険料
単身	夫婦世帯	
85,000ドル以下	170,000ドル以下	標準保険料のみ 115.40ドル
85,001ドル～107,000ドル	170,001ドル～214,000ドル	標準保険料+46.10ドル 161.50ドル
107,001ドル～160,000ドル	214,001ドル～320,000ドル	標準保険料+115.30ドル 230.70ドル
160,001ドル～214,000ドル	320,001ドル～428,000ドル	標準保険料+184.50ドル 299.90ドル
214,001ドル超	428,000ドル超	標準保険料+253.70ドル 369.10ドル

出所：Centers for Medicare & Medicaid Services, “Medicare & You 2011,” p.131. ; Social Security Administration, “Monthly Medicare premiums for 2011.” より筆者作成。

(5) 財政状況：SMI 信託基金はパートBとパートDの二つの部分から構成され、それぞれ別勘定となっているが、主要財源は、両者とも連邦政府の一般財源による拠出金と加入者の保険料である。なかでも、連邦政府の拠出金は、SMI 信託基金の総収入の79%を占めている。また、SMI 信託基金においても特別債券を保有し、その運用益を得ている。SMI 信託基金における最大の支出は、医師サービスと処方薬である。2010年における総収入2,088億ドルのうち、もっとも大きな財源は連邦政府の拠出金で、総支出は2,129億ドルで、そのうち2,097億ドルが給付費である（表2を参照）。

3. パートC

1997年公布した財政均衡法（Balanced Budget Act of 1997）によってアメリカ高齢者医療制度の第3の部分であるパートCが導入された。導入当初は、メディケア・プラス・チョイス・プログラムと呼ばれていたが、2003年からメディケア・アドバンテージ・プランと改称された。パートCは、民間保険会社が提供する民間保険であるが、保険提供者はメディケアと契約を結んだ民間保険会社に限定されている。保険会社は予め必要経費を予測して入札額を提示し、要件を満たした場合はメディケアに承認される。パートCに加入する者にはすでにパートAとパートBの加入者であることが求められ、その内容は、原則として最低限メディケアが適用されるすべての医療サービスが含まれる。実際のところ、メディケアの内容を超えるサービスの提供、例として挙げられるのはメディケアのカバーされない処方薬の費用を給付するプランや、視力矯正、補聴、歯科などがある。

4. パートD

メディケアの第4部分であるパートDは、2003年のメディケア処方薬改善・現代化法

(Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003) によって導入された。パート D 導入の主な目的は、処方薬の費用をカバーすることである。導入当初は一定のテスト期間を設け、2004年～2006年は暫定的な制度としていたが、2006年以降は制度が全面的にスタートした。

パート D はメディケアが公認する民間保険会社等によって運営され、民間の保険を通じてパート A およびパート B でカバーされない処方薬の費用をカバーし、その費用の多くを連邦政府が負担する制度となっている。また、低所得者には、保険料や自己負担に対する補助も提供している。以下具体的に見てみる。

(1) 加入資格：すでにパート A あるいはパート B へ加入している者。2010年時点の加入者は3,450万人に達している(表2を参照)。

(2) 給付内容：パート D のカバーする処方薬の範囲は広く、アメリカ連邦食品医薬品局(FDA)の認可する薬のほとんどが範囲に含まれる。また、独自にカバーする薬のリストを策定するプランも存在する。さらに、保険料を上乗せすれば、パート D の給付内容を超えるサービスを受けることもできる。

(3) 保険料：パート D に加入する場合、保険料は OASDI からの天引き、またはパート B の保険料に加えてパート D プランの保険料を払う、いずれかの方法をとっている。2011年から、高所得者に対しその所得額に応じた保険料が加算されることになった(表4を参照)。また所得や資産の低い者には特別援助がある。さらに前述のように、パート A、パート B と同様、最初の適格時にパート D への加入を逃せばペナルティが加算される。

(4) 患者負担：2012年に設定された保険免責額は320ドルである。原則として保険加入者は薬剤を購入する際、320ドルに達するまでの費用について全額自己負担となる。310ドル～2,930ドルの間はその25%を自己負担とする。2,930ドル～4,700ドルの範囲は再び全額自己負担となり、この部分がドーナツホールと呼ばれている。4,700ドルを超えた部分は5%の定率自己負担となる⁷⁾。

表4 パート D の保険料(月額)

2009年における収入		2011年の保険料
単身	夫婦世帯	
85,000ドル以下	170,000ドル以下	加入プランの保険料のみ
85,001ドル～107,000ドル	170,001ドル～214,000ドル	加入プランの保険料+12.00ドル
107,001ドル～160,000ドル	214,001ドル～320,000ドル	加入プランの保険料+31.10ドル
160,001ドル～214,000ドル	320,001ドル～428,000ドル	加入プランの保険料+50.10ドル
214,001ドル超	428,000ドル超	加入プランの保険料+69.10ドル

出所：Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2011," p.134. より筆者作成。

(5) 財政状況：パート D 勘定の主要財源は連邦政府の拠出金、加入者の保険料、州政府の拠出である。予想される支出に合うよう保険料水準と連邦政府の拠出額を再設定して、毎年の収支バランスを取る。2010年におけるパート D の総収入は617億ドル、支出は620億ドルであった（表2を参照）。

Ⅲ. 高齢者医療制度の特徴および問題点

以上考察してきたように、アメリカの医療制度の特徴は、他の先進国が持っている「医療の公平性」というコンセンサスがなく、自由と競争の原理をより重視し、民間保険を公的制度に組み込ませている点にある。メディケア制度によって認定を受けた民間保険会社は、メディケア事業へ参入が可能であり、運営は、民間の単独プランもしくは複合メディケアプラン（Medicare Advantage）により行われる。メディケアパート D からわかるように、保険料は OASDI からの天引き、またはパート B の保険料に加えてパート D プランの保険料を払う、いずれかの方法をとっているが、その実質的運営が民間保険プランに委ねられ、処方薬給付を含めすべての包括的なサービスが民間保険プランから提供されている。

もう一つの特徴は、メディケアが幅広い保険プランの選択肢を被保険者に提供している点にある。メディケアは公的保険給付としての範囲を規定し、それを超える範囲の保障に対しては追加保険料を支払って任意に加入でき、その選択の自由は高齢者自身に委ねられている。高齢者には支払い能力と希望の保障内容に応じた複数の保険プランが選択肢として提供され、年に一度加入プランを見直しすることも可能である。

しかし、民間保険の導入によって、高齢者へ与える医療保障の選択肢が増える一方、収益最大化やコスト削減を優先することに起因する問題が発生した。民間保険会社による危険の分類化（リスク細分化・リスク率率化）や保険料率の格差拡大などの措置が、リスクの高い加入者の保険入手可能性（availability）と保険料負担可能性（affordability）を低下させ、結果的に無保険者の割合を増加させた。それに対し、1990年代にアメリカ各州の州政府はそれぞれ民間保険会社に対する規制改革を実施した。改革の内容には、契約更新保証、契約加入保証、保険料率規制などが含まれたが、無保険者の減少に期待された成果が見られなかった。

また、メディケアにおいて、これまでは最大の問題として認識されたのは、ドーナツホール問題である。2003年のメディケア近代化法によりパート D が導入され、処方薬剤費が保険給付に含まれるようになったが、同時に保険の利用がある一定金額に達したのち、しばらく100%自己負担となるよう設計されていた。この100%自己負担の範囲がドーナツホールと呼ばれていた。ドーナツホール設計された本来の目的は、モラルハザードの防御、ストップ・ロスにあり、また外来処方薬におけるジェネリック薬品などの安価な薬品の使用を促すことにあった。実際に、ジェネリック薬品の処方率増加と価格低下により、薬剤費コスト全体と

しては、増加傾向にブレーキがかかったものの、しかし、100%自己負担の枠を設定したことにより、一部の高齢者慢性疾患患者に対し、多大な薬剤費負担を強いる結果となり、大きな社会問題へと発展した⁹⁾。その後、問題の解消をめぐる議論が絶えなかったが、2010年のオバマ医療改革案によって具体的な方策が出され、ドーナツツールの縮小に向けた動きがある点について、次章で改めて言及する。

さらに、前述したメディケアの仕組みからわかるように、メディケアは急性の疾患に給付の焦点を当てる制度となっており、相対的に定期診断などの予防医療が軽視されている。メディケアパートBにおいて、特定の予防検査および予防ケアが給付対象となっていたものの、それは限定的なものである。健康診断に関して言えば、前立腺ガン(年に1度)、乳ガン(年に1度)、緑内障(危険性が高い場合年に1度)、糖尿病(危険性が高い場合年に2度)などが健診の対象とされていたが、また、肺ガンや胃ガンなどは対象から外れており、さらに心臓血管の病気の健診は5年ごとである¹⁰⁾。こうして、予防医療の欠如が疾病の早期発見、早期治療による患者が初期症状の段階で適切な治療を受けずに、病状が悪化してから緊急治療を受けることになったり、入院の日数が長くなったりするケースがあり、それは健康だけでなくより大きな経済的負担が強いられ、医療費支出増大という、負のスパイラルが生ずることになった。

IV. オバマ医療制度改革法案による改善

2010年3月、オバマ大統領の署名により、皆保険を目指す医療制度改革法(Patient Protection and Affordable Care Act, 以下「PPACA」と略す)が成立した。これはアメリカにおける国民皆保険の導入の新たな試みである。これまで失敗を繰り返した皆保険の導入経験を踏まえ、今回の改革は公的医療保険の枠組みではなく、民間医療保険への加入を促すという手法を用いて、政府による価格介入とフリーライダー防止により、国民皆保険を実現しようとするものである。次項ではPPACAに含まれる高齢者医療制度に影響を与える内容に焦点を当て、PPACAによる制度の改善点や今後制度の行方について考えるものである。

第一. 予防医療の促進、公衆衛生の強化

アメリカの医療費総支出を見ると、慢性疾患に対する支出が多く、その中でも、生活習慣病に対する支出が突出している。こうした状況に対して、日常生活の中で健康的な生活習慣を身につけるなどの予防医療を浸透させることによって、慢性疾患を減らし、重篤な病状を避けることにより医療費削減が可能となるという考えから、PPACA第4202条においては、メディケア対象の高齢者に対し、年に1度の健康診断や個別の病気予防計画など、2011年より無料で提供することが規定されている。

第二. 患者負担の軽減、医療費の削減および医療の質の向上に関する措置

PPACA 第1101条によれば、メディケアパート D において、カバーされる処方箋薬費用の上限を超えると一定額に達するまで自己負担で支払わなければならない「ドーナツホール」問題の対策として、2010年からそうした状況になった高齢者に対し75%の給付実施が開始された。また1人当たり250ドルの補助金提供（小切手の郵送は2010年6月に始まり、年末まで順次、該当する高齢者に送られる）が定められた。さらに、第3301条によれば、2011年から、ブランド薬（ジェネリック薬でないもの）について製薬会社による50%の割引を実施、2020年までにこうしたドーナツホール問題を完全に解消することを目指し、この措置によって推定400万人の高齢者が高額な医療負担から救済される見込みである¹¹⁾。

またメディケア関連の不正や無駄を減らすため、近年医療提供者のスクリーニングを強化してきた。2009年だけでも25億ドルの支払いが返還され、PPACA においても、今後の取り組みより活動強化に向けて、さらに投資する条項が講じられている。

高齢者医療サービスの充実、医療の質および効率においても、大きな改善策が見られる。第3206条では、入院中のメディケア受給者が退院後に再入院しなければならない事態を避けるため、患者が地元で受けられるサービスとの調整や連絡を行なう「コミュニティケア移行プログラム(Community Care Transition Program)」を実施することが規定された(2011年1月1日以降適用)。さらに第3201条では、医療の質と効率を改善するため、新たに「メディケア・メディケイド・イノベーション・センター (Center for Medicare & Medicaid Innovation)」を保健福祉省の「メディケア・メディケイド・サービス・センター (Centers for Medicare and Medicaid Services)」内に立ち上げ、患者への新たな医療提供方法をテストし、ケアの質向上とコスト増加率の低下につなげる条項が設けられた。

第3001条では、病院に対し医療の質を改善するインセンティブを与えるため、高齢者医療保険(メディケア)に「価値に基づいた購入プログラム(Value-Based Purchasing program: VBP)」を設け、医療の質的向上度合いに応じた支払いを行うこととなった。病院に対しては心臓発作、心不全、肺炎、手術、感染症などの治療実績に関する報告の公表が義務付けられた(2012年10月1日以降の退院時の支払いから適用)。

第三. 医療へのアクセスの改善

PPACA は、メディケイドの受給資格を、所得が連邦貧困レベル・FPL (Federal Poverty Level)¹²⁾の133%に満たないすべての者に、対象を拡大すると明示した(第1401条)。そのための費用は、2014年から2016年までは連邦が100%負担する。しかし、連邦の負担割合を段階的に引き下げ、2020年以降は90%とする¹³⁾。また、低所得者に対する医療費の補助策も設けられた。収入がFPLの133%から400%の間で、メディケイドへの加入資格を持たない層が、民間医療保険に加入しやすくなるよう、税額控除を設けた(2014年1月1日以降適用)。また第

2001条によれば、2010年4月以降、低所得層向け医療保険の支給の対象数を拡大する州は、連邦政府基金の支援を受けることができる、と規定している。

第2401条では、自宅や地域で受けられる医療サービスへのアクセスの改善策も含まれた。具体的には新たに設けられる「コミュニティ・ファースト・オプション (Community First Option)」制度を通じ、州はメディケイドを受給している障害者に対して、施設でのケア以外に自宅やコミュニティベースでのサービスを提供することを選択できる(2011年10月以降適用)。

第1202条によると、低所得層向け医療保険(メディケイド)プログラムにおいて、診療の機会を増やすために、2014年までに、医療提供者に対する医療報酬の引き上げを義務つけた。各州に対し、2013年と2014年に、メディケイドの一次医療を提供する医師に、少なくとも高齢者医療保険が支払うのと同水準の額を支払うよう定め、医療機関の積極性を刺激する改善を進めている。

第四. 医療コストの削減に関する措置

医療コストを削減するため、メディケアのコストに関する独立委員会を新設し、2014年以降、メディケアの1人当たりコストの増加率がメディケア・メディケイド・サービスセンターの設定する目標値を上回る場合は、同委員会は大統領にその削減を勧告する。また急性期後のケアに関するパイロットプログラムの導入や、「メディケア・メディケイド・イノベーションセンター (CMI)」の新設等により、新しいサービス提供方法と医療費の支払い方法を構築するとしている。同センターは、ケアの質を維持あるいは向上しつつ、コストを削減できるような新しい支払い方法を試行・評価し、メディケアおよびメディケイドで実施することが主な役割である。

第五. 保険会社の規制強化

アメリカはこれまでは医療保険に市場原理が導入され、それにより経済的側面が強調され過ぎたゆえに、病人権利 (patient's rights) に抵触する保険会社側のトラブルが相次ぎ、保険側の規制を強化する法律が求められていた。PPACAは、既往症 (Pre-Existing Conditions) に基づく保険加入の拒否、リスク細分化・リスク料率化の禁止により、契約更新、契約加入を民間保険会社に対して保証させるなど、民間保険会社に対する規制強化策を講じた。また、民間保険会社の取り分を減らす規制も始めている。前述したように、連邦政府はHI信託基金とSMI信託基金の両者から「メディケア・アドバンテージ」を扱う保険会社に対し、出来高払いによる本来のメディケアより割高の料金を支払っている。新法は、この問題を解決するため、2011年1月以降、保険会社への支払い基準額を凍結し、2013年において、基準額を本来のメディケアの水準に近づけるよう減額することが決められた。これら措置は、市場原理を盾に公的医療保険の性格からかい離しつつあったメディケアの仕組みを、本来の姿に戻そうとする、

アメリカ政府の姿勢を表したものと言える。

第六. 新たな保険財源の確保

PPACA では、2013年から単身世帯で年間所得200,000ドル以上、夫婦世帯で250,000ドル以上の高額所得者に0.9%のメディケア税を上乗せし、税率を1.45%から2.35%に引き上げる方針を出した。高額所得者の資産収入に3.8%のメディケア税の新設も言及している。また、メディケア・パート B に上乗せ保険料が課せられる所得基準額（単身85,000ドル、夫婦170,000ドル）を、2019年まで固定する。さらに、2011年から、一定所得（単身85,000ドル、夫婦170,000ドル）以上の者のパート D の保険料にも上乗せ加算することにした。こうした、高額所得者を対象とした増税、保険料の上乗せ策により、新財源の拡大を目指すことにより、痛みの伴う医療保険改革の財源的基礎を確保に踏み切った。（日本貿易振興機構（ジェトロ）〔2011〕）。

V. 日本へのインプリケーションと改革の見通し

1. オバマ医療改革から見える日本へのインプリケーション

前章でまとめたオバマ医療改革の内容を踏まえ、そこから見えてくる日本へのインプリケーションは次の3点が挙げられる。

第一、予防医療の促進、公衆衛生の強化である。

アメリカは過去の医療費の高騰要因に、予防医療および公衆衛生システムの欠如にあったことを認識している。つまり、健康診断などの予防医療の強化は疾病の早期発見、早期治療に繋がり、結果的に医療費の削減に成果が上がるという考えである。患者が初期症状の段階で適切な治療を受けずに、病状が悪化してから緊急治療を受けることになったり、入院の日数が長くなったりするケースがあり、健康だけでなくより大きな経済的負担が強いられ、医療費支出増大という、負のスパイラルが生ずることになる。

今回の改革には、長期的な医療費の削減効果を狙った予防医療の強化に関する条項がいくつか含まれている。高齢者を対象とする予防医療については、2011年からメディケア対象の高齢者に対し、年に1度の健康診断や個別の病気の予防計画など、特定の予防医療サービスを無料で提供する条項（PPACA 第4202条）が講じられており、積極的な改善の意欲が見られる。

一方、日本では健康診断や疾病の予防のための人間ドックなどの検査は、原則として保険不適用となっている。最近になって、とりわけ後期高齢者が感染しやすい肺炎球菌ワクチンの接種が開始したが、接種率はわずか3%である。これは保険適用外による普及の阻害であると考えられ、発見・治療の遅延による疾病の長期化と医療費の膨張を招かないためにも、予防医療を強化する施策を早期に講じるべきである。

第二、安価な公的保険を提供すると同時に民間保険会社に規制を強化することで保険対象者の拡大、被保険者に保険選択の自由を与える部分である。

現在は先端医療技術の進歩と普及が、患者に対する治療方法の選択肢の幅広い提供を可能としている。同じ病気を持つ患者が、コストの異なる診療を選択することが可能である。その点、アメリカは高齢者医療政策において制度設計上、高齢者一人ひとりにコスト負担と給付のバランスを選択できるよう工夫している。今回の医療改革でさらにその傾向を強めたと言えよう。

これに対して日本では、政府が決めたコスト負担と給付のバランスを全国民一律に適用する発想から脱却できていない。国民は職業によって加入する保険制度が規定され、つまり、被保険者は保険を選択する権利が実質的ないのである。これは戦後の高度経済成長の過程で制度が設計され、世界にもまれな国民皆保険制度の完全実施は高く評価されて良いが、人口構成が大幅に変化し、急速な高齢化社会への進行が進む日本では、新たな仕組みによる給付とコスト負担のバランスを根本から考えなくてはならない。また、医療の進歩に伴う治療方法の多様化に対し、保険制度が患者に寄り添う形で、制度変更のスピードを上げる必要がある。

第三、保険財源の拡大に関する改革策である。

アメリカは高齢者医療保険の財源拡大に、富裕層からの増税や既存制度の節減で賄い、長期的に財政赤字は増やさないことを鮮明に打ち出している。一方日本における議論は、公共事業に投入する予算があれば医療保険に使うべしとの主張が多く、財政赤字容認が前提となっており、アメリカの改革と一線を画している点は見直される必要があるのではないだろうか。日本は、現在のように財源不足を凌ぐために民間勤労者の健康保険組合から一方的に国保や高齢者医療に財源をシフトすることを繰り返す結果、健康保険組合の不健全な運営、解散を加速する兆候は、すでに明白である。日本の企業は健康保険組合の維持に高コストを強いられ、現役世代に対する保険料徴取のしわ寄せは、結果的に企業競争力の低下、雇用制度の不安定化、ひいては国力そのものの地盤沈下につながり、日本の国家的価値を大きく損なうことを意識しなければならない。その意味では、アメリカのこの改革策は日本の硬直した制度へのアンチテーゼとして、新たな視点を見出せるのである。

2. オバマ医療改革の今後

オバマ医療改革策は、一定の期間に順次実施していく長期的な取り組みである。そのため現時点で、実施されていないものも多く、この段階で改革の実効性について論じることは時期尚早である。

現時点でアメリカ高齢者医療システムの今後に関して言えることは、改革によって、一方で公的制度の対象者を拡大し、他方で任意に保険取引する民間保険市場のあり方を抜本的に変更し、無保険者発生を引き起こすメカニズムを変更させたことである。改革により、民間医療保険は、個々人の健康状態を基に保険引受の可否・条件を保険会社が決めるのではなく、リスク

の高い者も含めて保険引受を強制することになる。これによって、民間医療保険が社会保険的機能を部分的に果たしていくことも期待でき、改革の狙いの一つである保険加入者の拡大に寄与しうる。

しかし、懸念される課題は、民間保険会社の規制強化の実効性である。過去の事例を見ると、1990年代後半に政府の補助金削減で経営を圧迫されたことを理由に、患者の自由選択プランから民間医療保険会社が相次いで撤退した経緯があった。民間保険会社はメディケア改革後の事業環境を予測する上で、経営維持に必要な最低限の補助金を、政府に対して求めることになるであろう。しかし、政府補助金額が十分でない場合、民間保険会社の積極的な改革への参画促進が阻害され、一方補助金の規模が制御されない場合には、医療保険費の抑制という本来の改革目標が達成されない。保険会社への規制強化と補助金支給のバランスが、改革の実効性を大きく左右するであろう。

終わりに

アメリカの医療改革の全体像をメディケアを中心に見てきた。改革の最終的成果の検証は更なる時間の経過が必要とされるが、改革の進展をみることはアメリカ本国の将来ばかりでなく、福祉関連支出が国家財政を圧迫する難題に直面する他国にとっても、財政健全化と高齢化社会への対応を両立させるという課題解決の判断材料になる。

また、本稿の執筆中にオバマ医療保険改革法（PPACA）に対する合憲判決が下された。連邦最高裁でのこの決定により、法的な正当性が確保されたことは、今後改革案の実施に弾みがついたと言えよう。自由競争の優位点を残しながら、公的セーフティネットを拡大するという、相反する方向を内包したオバマ改革の進捗に、新たな時代の高齢者医療保険のあり方に、有益なヒントが見出せることを期待しながら、経過を注視していきたい。

Sponsored by Shanghai Pujiang Program

注

- 1) U.S. Census Bureau 「Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2010 (Issued September 2011)」。

The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, “2011 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds,” 2011, p.9.

- 2) 「OASDI」は Old-Age, Survivors, and Disability Health Insurance の略。
- 3) 鉄道退職年金制度は OASDI とは別制度として運用されているが、鉄道の就業者数が減少し財政難に陥ったため、鉄道退職年金の適用者に OASDI と同じ給付を支給するものとして、財政

調整を両制度間で行っている。

- 4) 初の適格時(高齢者の場合、65歳になる月およびその前後3ヶ月月間の計7ヶ月)に加入手続きをしなければ、遅延加入とされる。
- 5) Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2011," September 2010, p.18.
- 6) Centers for Medicare & Medicaid Services, op.cit .5), p.31
中川秀空 [2011], p.20による。
- 7) Centers for Medicare & Medicaid Services, op.cit .5), p.77
- 8) メディケアから各プランへの支払い額の決定において、各プランはパート A・パート B の給付に必要な1人当たり経費を予測して入札額を提示し、要件を満たした場合は承認される。このとき、法による算定式に基づく基準額を上回る場合は、その差額は加入者の保険料に上乘せされる。基準額を下回る場合は、その差額の75%をリベートとしてプランが受け取ることになっている。関ふ佐子 [2010] p.131. 中川秀空 [2011] p.23. による。
- 9) メディケアパート D の課題について詳しくは Susan Alder Channick, The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003: Will It Be Good Medicine for U.S. Health Policy? 14 ELDER L.J.237 (2006)
- 10) 健康増進・疾病予防に関するアメリカの取り組みについて詳しくは Ken Frino, "U.S. Health – Review & Preview", A.M. BEST Special Report, January 21, 2008.
- 11) U.S. Department of Health & Human Services, "The HHS Poverty Guidelines for the Remainder of 2010," August 2010.
- 12) FPL (Federal Poverty Level) は、連邦(保健福祉省)が定める貧困ラインの水準である。メディケイドのような扶助制度において、FPLの何パーセントといった使われ方をする。2010年において、単身世帯が年10,830ドル、2人世帯で年14,570ドル、夫婦と子供2人世帯で年22,050ドルなどとなっている。U.S. Department of Health & Human Services, "The HHS Poverty Guidelines for the Remainder of 2010," August 2010.
- 13) 2014年から2016年までは100%, 2017年は95%, 2018年は94%, 2019年は93%, 2020年以降は90%となっている。中川秀空 [2011] による。

参考文献

【英文】

Alex Wayne and Kathleen Hunter, "Rough Road Ahead for Overhaul," CQ Weekly, November 16, 2009

Alex Wayne and Adriel Bettelheim, "Tight Maneuvering on the Hill," CQ Weekly, March 1, 2010

Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2011," September 2010

(<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>)

Healthcare.gov

(<http://www.healthcare.gov/law/about/order/byyear.html>)

Ken Frino, "U.S. Health – Review & Preview", A.M. BEST Special Report, January 21, 2008.

Michael Birnbaum and Elizabeth M. Patchias, "Measuring Coverage for Seniors in Medicare Part A and Estimating the Cost of Making It Universal"

Journal of Health Politics, Policy and Law February 2010 35 (1)

Social Security Administration, "Monthly Medicare premiums for 2011."

(<http://www.socialsecurity.gov/pubs/10536.html#premium>)

The Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary

Medical Insurance Trust Funds, "2011 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds," 2011

(<http://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2011.pdf>)

The White House, HEALTH CARE Health Reform in Action (visited September 13, 2011)

(<http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview>)

U.S. Census Bureau 「Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2010 (Issued September 2011)」

(<http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>)

U.S. Census Bureau, The 2012 Statistical Abstract

(<http://www.census.gov/compendia/statab/>)

U.S. Department of Health & Human Services, "The HHS Poverty Guidelines for the Remainder of 2010," August 2010.

(<http://aspe.hhs.gov/poverty/10poverty.shtml>)

【和文】

長谷川千春 『アメリカの医療保障：グローバル化と企業保障のゆくえ』 昭和堂 2010.

細田満和子 『パブリックヘルス 市民が変える医療社会—アメリカ医療改革の現場から—』 明石書店 2012.

石川義弘 『市場原理とアメリカ医療—日本の医療改革の未来形 自由競争・医療格差社会を生き抜くアメリカ式医療経営入門』 医学通信社 2007.

ジョナサン・コン, 鈴木研一 (訳) 『ルポ アメリカの医療破綻』 東洋経済新報社 2011.

小林篤 「米国における2010年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向」 損保ジャパン総合研究所 2011.

(www3.keizaireport.com/report.php/RID/143191/)

松山幸弘 「医療費はいつ減り始めるか」 キヤノングローバル戦略研究所, 2011.

(http://www.canon-igs.org/column/macroeconomics/20111020_1112.html)

松吉夏之介「金融危機と医療保険～米国における医療保険加入状況から～」農協共済総合研究所
2012.

(<http://www.nkri.or.jp/PDF/2011/Rep119matsusyoshi.pdf>)

中川秀空【アメリカの高齢者医療制度の現状と課題：諸外国の社会保障】国立国会図書館 2011.

(<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/pdf/072101.pdf>)

日本貿易振興機構（ジェトロ）「医療保険制度（ヘルスケア）改革法が産業界に与える影響～新たに生まれる負担とビジネスの可能性～」2011.

(http://www.jetro.go.jp/world/n_america/reports/07000743)

李啓充『アメリカ医療の光と影—医療過誤防止からマネジドケアまで』医学書院 2000.

李啓充『続 アメリカ医療の光と影』医学書院 2009.

関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」『横浜国際経済法学』
2010.

Elderly Healthcare Policy and Healthcare Reform in U.S. Medicare

Linhui XU*

Abstracts

This paper evaluates the achievement of U.S. Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) and predicts the future development of U.S. Elderly healthcare policy. The implementation of the PPACA reduces the burden of medical expenses and Premium on patients. In addition, it contributes to improving the preventive medical service system and filling the Donut Hole formerly existing in Medicare. Given the analysis of this ongoing U.S. health insurance reform, we provide several recommendations for elderly healthcare policy reform in Japan as follows: 1) Reduce medical expenses by enhance and expanding preventive healthcare service. 2) Provide patients more options of health insurance. 3) Expand the health insurance for the elderly through increasing taxes on the wealthy and improving the quality and efficiency of the existing system

Keywords

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA),
Medicare, Medical Expenses, “Donut Hole”, Elderly Healthcare Policy

* Correspondence to: Linhui XU
Ph.D.(Ritsumeikan University, Japan)
Visiting Scholar of Harvard University 2011-2012
Associate Professor in Institute of National Economy, Shanghai Academy of Social Sciences, China
7/622 Huaihai Zhonglu, Shanghai 200020, China
E-mail: xlh@sass.org.cn

