

## オバマ政権の医療改革

—「保険加入の義務付け (individual mandate)」案の導入とその背景—

天 野 拓

### 目 次

- 1, はじめに—オバマ政権の医療改革の特徴
- 2, 「保険加入の義務付け」案—その内容と目的
  - (1) 「保険加入の義務付け」案とは
  - (2) 皆保険の実現と「逆選択」への対処
  - (3) 医療費の効率的な使用に向けて
- 3, マサチューセッツ州の医療改革—州レベルでの浸透
  - (1) 改革の内容
  - (2) 成立の背景
  - (3) その意義
- 4, 民主党内における受容
  - (1) 民主党の政策的変容
  - (2) 「管理された競争」案の台頭：クリントン政権期
  - (3) 「保険加入の義務付け」案へ
- 5, オバマ政権の医療改革—「保険加入の義務付け」案の導入
  - (1) 2008年大統領選挙と「保険加入の義務付け」案
  - (2) オバマ政権による受容
  - (3) 改革法の内容
- 6, おわりに：今後の展望

## 1、はじめに—オバマ政権の医療改革の特徴

2010年の3月23日、アメリカの医療政策の歴史は、大きな転換点を迎えた。オバマ大統領の署名により、長い間民主党にとって悲願だった、国民皆保険制度の導入が決定したのである。20世紀以降のアメリカの医療政策の歴史は、一言でいえば、国民皆保険導入の試みの失敗の繰り返しであった、と言ってよい。そのような試みは、主なものを挙げても、1910年代、1940年代、1970年代、そして1990年代にそれぞれ存在したが、いずれも失敗に終わってきた。近年の事例としては、1993年から94年にかけて、クリントン政権が再び皆保険の導入に挑戦したものの、失敗に終わったことが記憶に新しい。したがって、オバマ政権がその実現にまでこぎつけたことは、アメリカの医療政策史を塗り替える、画期的な意味を持つ。

では今回、オバマ政権により導入が決まった国民皆保険は、どのような特徴を有するのだろうか。改革の内容は多岐にわたる。しかし、その最も重要な柱のひとつが、「保険加入の義務付け (individual mandate)」原則の導入にある点は、疑いない。これは、アメリカ国民に対して、民間保険プランであれ公的なプログラムであれ、何らかの保険への加入を義務付けるという原則である。それは、既存の民間保険中心の医療制度を変革するものではない。むしろ、それに依拠したかたちで、無保険者の削減を図ろうとするものだ。保険に加入しない場合には、税的なペナルティが課される。多くの州で、自動車の運転手に対して何らかの自動車保険に加入することが義務付けられているように、国民は何らかのかたちで医療保険に加入しなければならない。まさに、この「保険加入の義務付け」というアイディアにこそ、オバマ政権の医療改革の中核部分が存在した。

重要なのは、このように既存の民間保険中心の医療制度に依拠した「保険加入の義務付け」案を採用している点からも明らかのように、今回導入が決まっ

た国民皆保険制度が、日本やヨーロッパ諸国のそれとは大きく性格を異にする点である。オバマ政権の医療改革は、たしかに政府が国民の保険加入を「強制する」ことによって、皆保険（に近い状態）を実現するという点では、「国民皆保険」の導入を内容とする。しかし他方で、公的な医療保険ではなく民間保険を中心としたものである点で、それは他の先進諸国の国民皆保険制度とは明確に異なる。「その支持者たちが主張するところによれば、『保険加入の義務付け』は、アメリカにおける公と民間からなるハイブリッド・システムを可能な限り効果的に機能させるにあたっての、鍵となる存在である<sup>1</sup>」。「この計画の下では、民間の保険に満足している人々は、それに加入続けることができる<sup>2</sup>」。このように基本的に既存の民間保険に依拠したものである点で、今回導入が決まった国民皆保険は、まさに「アメリカ型」とでもいうべき、独特の制度といえる。

では、今回の改革が、「保険加入の義務付け」というアイデアに依拠したものととなった背景には、いかなる要因が存在したのであろうか。実は、アイデアそれ自体の歴史は、1989年にさかのぼる。同年、保守系のシンクタンクであるヘリテージ財団のステュワート・バトラーが、連邦政府がすべての国民に対して保険加入を義務付ける、その際、保険に加入する経済的余裕のない貧困層に対しては税額控除を提供する、というプランを提案したのである<sup>3</sup>。その後、1993年から1994年にかけてのクリントン政権の医療改革の際には、民主党側の改革案に対して、共和党のジョン・チェイフィーが、この「保険加入の義務付け」というアイデアに依拠した代案を提出した。しかしその後、クリントン政権の改革それ自体が失敗に終わったこともあり、同アイデアはいったんな

---

<sup>1</sup> Health Affairs, Health Policy Brief, *Individual Mandate*, January 13, 2010,.

<sup>2</sup> Paul Krugman, *The Conscience of A Liberal* (W. W. Norton & Company Inc, 2007), ポール・クルーグマン著、三上義一訳『格差はつくられた』（早川書房、2008年）、196頁。

<sup>3</sup> Thomas S. Bodenheimer, *Understanding Health Policy: A Clinical Approach, fourth edition*, (Lange Medical Books/McGraw-Hill: 2005), p. 162.

りをひそめる。それが、今回のオバマ政権の医療改革において、新たにクローズアップされ、その中核部分を形成することになったのである。その背景要因としては、以下の二点が重要である。

第一に、州レベルでの改革の影響がある。「保険加入の義務付け」案は、まずは州レベルの改革、具体的には、2006年に成立したマサチューセッツ州における州民皆保険制度改革のなかで、採用された。これは、同州の州民すべてに対して医療保険への加入を義務付け、加入しない場合には税的な罰則を課すというものであり、州レベルとはいえ皆保険を実現するものとして、大きな注目を集めた。重要なのは、その後、この「マサチューセッツ・モデル」とでもいうべき改革モデルが、連邦レベルにおける改革に向けた議論に対しても影響を及ぼした点である。実際、2008年の大統領選挙では、ヒラリー・クリントン、そしてジョン・エドワーズといった民主党の主な候補者たちが、それぞれマサチューセッツ州の改革をモデルとする、「保険加入の義務付け」案に依拠した国民皆保険改革案を発表した。

しかし同時に、州レベルの改革からの影響という要因だけでは、オバマ政権の医療改革が「保険加入の義務付け」案に依拠したものとなった点を、十分に説明することはできない。より広範な視点からみた場合重要なのは、1990年代以降の民主党の政策的な変化であろう。1980年代後半から1990年代にかけて、民主党内では、リベラル派にかわり、新たに穏健派が台頭する。この穏健派の特徴は、「大きな政府」、「高福祉・高負担」に批判的な立場から、従来までの「リベラル」でも「保守」でもない、「第三の道」を目指す点にあった。医療改革に関しても、既存のリベラル派とは一線を画し、公的医療保険の大幅な拡張や公的な規制の強化よりもむしろ、民間保険制度や市場競争の促進を重視する傾向にある。公的医療保険の拡張というよりも、むしろ既存の民間保険制度に依拠したかたちでの国民皆保険の実現をめざす「保険加入の義務付け」というアイデアが、民主党およびオバマ政権によって受容された背景には、こうし

た穏健派の政治的影響力の増大と、それに伴う民主党の医療政策の変容という要因が存在した。

なぜ、アメリカでは、公的医療保険の整備・拡張が困難なのだろうか。その要因としては、これまで国民皆保険制度の導入が失敗してきた要因とも関連して、大きくは以下の三点が指摘されてきた。第一は、歴史的な発展の順序、いわゆる「経路依存性 (path dependency)」に着目した議論であり、アメリカでは、ニューディール期に公的医療保険制度が導入されず、第二次世界大戦以降、まずもって民間保険制度が急速な発展を遂げたために、その後公的医療保険制度の導入が困難になったとする<sup>4</sup>。第二は、政治文化に着目した議論であり<sup>5</sup>、政府の介入を嫌い民間の活力を重視する、アメリカの個人主義的な文化的伝統が、公的な医療保険制度の発展を阻んできた、とする。第三は、利益団体の反対運動に着目した議論であり<sup>6</sup>、政府の介入を嫌うアメリカ医師会や民間保険団体などの反対によって、公的医療保険制度の導入が困難になったとする。以上の三つの要因は、確かにどれも重要ではある。しかし同時に、上述の、1980-90年代以降の穏健派の台頭ともなう、民主党内の政策的な変化も重要であろう。

本論は、オバマ政権の医療改革が、既存の民間保険制度に依拠した「保険加入の義務付け」案に基づくものとなった背景について、以上の二点、すなわち、マサチューセッツ州における医療改革の影響と、民主党内の政策的変化のふた

---

<sup>4</sup> Jacobs S. Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*(Cambridge: Cambridge University Press), 2002

<sup>5</sup> 政治文化については、たとえば、James Morone, “American Political Culture and the Search for lessons from Abroad,” *Journal of Health Policy, Politics, and Law*, Spring, 1990.

<sup>6</sup> 利益団体の反対運動については、たとえば、Jill Quadagno, *One Nation, Uninsured: Why the U. S. Has No National Health Insurance* (New York: Oxford University Press), 2005.

つに焦点を当てつつ、考察することを目的とする。それは同時に、今回導入が決まった国民皆保険が、公的医療保険よりもむしろ民間保険を中核とする、「アメリカ型」とでもいうべきものとなった背景要因の一端を明らかにする作業でもある。まず、次の第二章では、「保険加入の義務付け」という政策アイデアの内容と目的について、概観する。続く第三章では、州レベル、具体的にはマサチューセッツ州で、同アイデアが採用されるプロセスについて、考察を行う。第四章では、その後、アイデアが民主党内に浸透していくプロセスについて、党内における穏健派の台頭と関連付けながら、明らかにする。そして第五章では、オバマ政権の医療改革のなかで、「保険加入の義務付け」案が採用されていくプロセスについて、考察を加える。そして、最後の第六章では、本論の考察をまとめるとともに、オバマ政権の医療改革の今後の展望について、検討を加えることにしたい。

## 2、「保険加入義務付け」案—その内容と目的

### (1) 「保険加入の義務付け」案とは<sup>7</sup>

まず、オバマ政権の医療改革の中核をなす「保険加入の義務付け」とは、いかなるアイデアなのであろうか—この点から、考察を加えることにしよう。

---

<sup>7</sup> たとえば、Health Affairs, Health Policy Brief, *Individual Mandate*, January 13, 2010; Linda J. Blumberg and John Holahan, *Do Individual Mandates Matter?* Urban Institute, Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues, January 2008; California Research Bureau, Lucien Wulsin Jr. and Adam Doughert, *Individual Mandate: A Background Report*, April 2009; Linda J. Blumberg and John Holahan, “Thw Individual Mandate: An Afordable and Fair Approach to Achieving Universal Coverage,” *New England Journal of Medicine*, July 2, 2009; Sherry A. Giled, Jacob Hartz, and Genessa Giori, “Consider It Done? The Likely Efficacy of Mandates For Health Insurance,” *Health Affairs*, November/Deceber, 2007.

アイディアの根幹をなすのは、すでに述べてきたように、「すべての国民に対して、医療保険への加入を義務付ける＝強制する」という点にある。保険に加入しない場合には、何らかの罰則が課される。ただし、保険への加入を義務付けるとはいつても、その加入形態は、個々人のおかれた状況によって、以下のように多様であってよい。

第一に、公的医療保障制度を通じて、保険に加入するケースがある。民間保険を中心とするアメリカの医療保障制度であるが、公的なプログラムが存在しないわけではない。主なものとしては、65歳以上の高齢者や障害者を対象とする公的保険制度であるメディケアと、低所得者層を対象とした公的医療扶助制度であるメディケイドがある。さらに、メディケイドの補完的な存在として、児童とその親を対象とした、州児童医療保険プログラム（State Children Health Insurance Program: SCHIP）が存在する。これらの制度を通じて保険に加入するのが、第一の形態である。

第二に、企業雇用者が提供する民間保険プランに加入するケースが存在する。アメリカの民間保険制度のなかでは、企業雇用者が民間保険プランと契約を結び、保険料の多くを負担することによって、従業員に対して保険給付を提供する制度—企業雇用者提供保険制度—が中核的な位置を占める。こうした制度は、1930—40年代以降急速に発展し、現在では約1億7,000万人、国民の約55%が、このような企業雇用者が提供する民間保険に加入している。こうしたシステムのもとに、職場を通じて保険に加入するのが、第二のケースである。

第三に、政府や職場を通じてではなく、個人が民間保険プランと直接契約を結び、保険に加入するケースがある。自営業者や無職者が、これにあたる。また、企業に勤めてはいても、中小企業の場合は経済的な余裕がないため、雇用者が従業員に対して保険を提供してはいないケースが多い。こうした場合、従業員は、個人で保険に加入せざるをえない。

ただし、こうした個人購買保険の場合、情報（知識）が限定されているため、

自ら保険を選択し加入することは、容易ではない。「保険加入の義務付け」案のなかに、新たに「保険取引制度 (Health Insurance Exchange)」を創設し、こうしたひとびとが保険に加入しやすい環境を整えるという内容が盛り込まれているのは、そのためである。この「保険取引制度」は、無保険者が、手ごろな値段で、また自らの自由な選択を通じて、保険を購入できるようにするためのものであり、具体的には、サービス内容や自己負担額を一定程度標準化したうえで、無保険者に十全な情報を提供し選択を容易にすることによって、保険プラン間の市場競争を図ることを目的とする。それによって、無保険者は、円滑に保険を選択し加入することができる。

以上のように、「保険加入の義務付け」案のもとでは、多様な保険加入の形態が存在する。しかし、保険加入を義務付けるとはいつても、そのような経済的余裕に恵まれない人々も存在する。したがって、そのような低所得者、あるいは中所得者に対しては、政府から補助金が提供される。たとえば、税額控除 (tax credit) のような、税的な優遇措置の提供などが、これにあたる。さらに、保険に加入しやすくするためには、民間保険プランの規制を行う必要がある。民間の営利保険の場合、病気にかかるリスクの高い人間を加入させることは「損」となるため、過去の病歴に基づいて加入を拒否したり、その分高い保険料を徴収する傾向にある。したがって、保険加入を義務付けるにあたっては、こうした民間保険の活動を、禁じる必要がある。

## (2) 皆保険の実現と「逆選択」への対処

では、そもそも、なぜ「保険加入を義務付ける＝強制する」必要があるのだろうか。この点に関しては、主に三つの理由が存在する。

第一に、ボランティアな制度のもとでは皆保険の実現が難しい、という理由がある。多くの調査結果によれば、「保険加入の義務付け」なしには、皆保険の実現は困難である。たとえば、ブルームバーグとホラハンがマサチューセツ

ツ州で行った調査によれば、「雇用者への保険提供の義務付け（employer mandate）」も「保険加入の義務付け」の原則もなしである場合、無保険者のたった40%しか、新たに保険には加入しない。「雇用者への保険提供の義務付け」案を導入しても、その割合は50%程度まで上がるにすぎない。たとえ、補助金を提供したとしても、あるいは政府が再保険制度や保険購買のためのプールを創設したとしても、「保険加入の義務付け」なしには、皆保険は実現しないのである<sup>8</sup>。

同様の結果は、ニューヨーク州を対象とした、他の調査結果からも示されている。Lewin Group の調査によれば、公的なプログラムを拡張したり、州の保険プランに加入するための補助金の提供を行っても、ボランティアな制度のもとでは、無保険者の数は29%しか減少しない。また、企業雇用者に対して従業員への保険提供を義務付けても、その数は36%減るにすぎない。また、後述するマサチューセッツ州で実現した州民皆保険改革案を、アメリカ全国に拡張するプランについての分析のなかで、ジョン・グルーバーも、所得に応じた補助金制度や保険購買措置などを盛り込んでも、ボランティアな改革案のもとでは、無保険者の数は50%程度しか減少しない、と結論付けている<sup>9</sup>。

「保険加入の義務付け」原則の導入が必要な理由の第二は、いわゆる「逆選択（adverse selection）」による弊害の回避、という点にある。ボランティアなシステムのもとでは、保険に加入するのは、平均よりも高齢であり、また相対的に健康状態の良くないひとびととなる傾向にある。より多くの医療サービスを利用することが見込まれる人間は、そうではない人間よりも、保険加入を重視

---

<sup>8</sup> L. J. Blumberg, J. Hollahan, et al, “Toward Universal Coverage in Massachusetts,” *Inquiry*, 43(2), 2006.

<sup>9</sup> Linda J. Blumberg and John Holahan, “Do Individual Mandates Matter ?” Urban Institute, *Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues*, January, 2008.

するためである。そして、このように高コストの人間が集中的に加入することによって、全体的な保険料は上昇する。その結果、若くて健康な人間の保険加入はさらに妨げられることになり、それがさらなる保険料の高騰を招く、という悪循環が生じてしまう。他方、民間保険会社は、こうした状況を回避するために、既往症（病歴）に基づいて、保険加入を拒絶したり、あるいはその分高い保険料を徴収したりする傾向にある。

しかし、「逆選択」によって生じる問題は、すべての人間に対して医療保険への加入を義務付ければ、回避できる。健康状態が良好な人間も、問題のある人間も、ともに保険に加入することにより、広範なりスク・プールの形成が可能となるためである。それは同時に、健康状態の相対的によくないひとびとにかかる医療費が、より広範な人口層の間に拡散されることを意味する。それにより、「逆選択」とそれにとまなう平均的な保険料の高騰は、回避できるのである。

### (3) 医療費の効率的な使用

「保険加入の義務付け」の原則が必要とされる第三の理由としては、医療費の効率的な使用が可能となる点を指摘できる。

ボランティアな保険システムのもとでは、民間の保険者に対して、医療費を効率的に管理するためのインセンティブやメカニズムを発揮させることは難しい。実は、多額の医療費を費やしている人間は、一部の人口層に集中する傾向にある。総人口のなかで、わずか5%の最も医療費のかかるひとびとが、全医療費の半分を費やしている一方で、医療サービスを相対的に利用しない50%の人口は、たった3%分の医療費しか費やしていない。民間保険会社が、医療費の効率的な管理を行うよりもむしろ、健康状態の悪い人間の保険加入を拒絶しようとする傾向にあるのは、そのためである。民間の保険者は、効果的なケア・マネジメントよりもむしろ、健康状態の悪い人間の加入を回避することに、エネルギーを注ぐ傾向にあるのだ。効果的かつ効率的に医療サービスを提供する

方法を見つけることが、コスト削減を実現するためには重要であるにもかかわらず、民間の保険者にそのようなインセンティブが働きにくいのは、以上の理由のためである。

しかし、全国民に対して保険加入を義務付ければ、このような状況は回避できる。民間保険プランは、病歴や健康状態によって加入希望者を選別することができなくなるため、むしろ、医療費を効率的に管理するためのメカニズムの開発・発展に、より大きなエネルギーを注ぐようになるのである<sup>10</sup>。

以上のように、「保険加入の義務付け」というアイデアは、公的なプログラムであれ民間保険プランであれ、何らかのかたちでの医療保険への加入を強制することによって、(1)皆保険の達成、(2)「逆選択」による弊害の回避、(3)医療費の効率的な使用、などを実現することを目的とする。

### 3. マサチューセッツ州の医療改革—州レベルでの浸透

本論の目的は、オバマ政権の医療改革が、このような、「保険加入の義務付け」案に依拠したものとなった背景要因について、明らかにする点にある。第一章でも述べたように、この点を理解するうえで重要なのは、第一に、州レベルでの改革、具体的には、マサチューセッツ州の医療改革からの影響である。

#### (1) 改革の内容

2006年の4月12日、マサチューセッツ州では、画期的な改革が実現した。共和党のミット・ロムニー州知事のもと、2007年7月1日までにすべての州民に

---

<sup>10</sup> Linda J. Blumberg and John Holahan, "Individual Mandate: An Affordable and Fair Approach to Achieving Universal Coverage," *New England Journal of Medicine*, July 2, 2009.

対して医療保険への加入を義務付けるという、州民皆保険制度の導入法が制定されたのである。法律には、皆保険制度実現のために、(1)民間保険に加入できる個人が、それにもかかわらず加入しなかった場合、所得税上の優遇措置を失う(2)従業員11人以上の企業が、医療保険給付を提供しない場合、年間で一人当たり最高295ドルが課税される、などの罰則規定が盛り込まれた。とりわけ、(1)の「保険加入の義務付け」という点に、マサチューセッツ州の改革の最も重要な特徴が存在したことは、疑いない<sup>11</sup>。

マサチューセッツ州の住民640万人のうち、無保険者は55万人程度であり<sup>12</sup>、それは①メディケイドの受給資格を有しているにもかかわらず、加入してない人々②メディケイドの受給資格を得るほど貧しくはないが、企業雇用者から保険給付の提供を受けておらず、また個人で保険を購入する余裕もない人々③若くて健康であるために、保険に加入する経済的余裕があるにもかかわらず、そうしてはいない人々、という三つのカテゴリーから構成されていた。すでに同州では、第一のグループについては、新たなコンピューターシステムを導入し、病院に受診してきた人間の社会保障ナンバーを用いてメディケイドの加入資格の有無を確認するなどの対応策をとってきた。今回の改革は、医療保障への加入義務付け制度を導入することによって、新たに残り二つのグループもターゲットとする、包括的なものだった。ロムニーは、より多くの健康な人間が新

---

<sup>11</sup> たとえば、改革の概要については、Alice Burton, Isabel Friedenzohn, and Enrique Martinez-Vidal, "State Strategies to Expand Health Insurance Coverage: trends and Lessons for Policymakers," The Commonwealth Fund, January, 2007; Steffie Woolhandler and David U. Himmelstein, "The New Massachusetts Health Reform: Half a Step Forward and Three Steps Back," *Hastings Center Report*, September/October, 2006; "Costs Could Derail Massachusetts Health Reform," *Lancet*, April 22, 2006; "States Takes on Health Care," *USA Today*, April 10, 2006.

<sup>12</sup> "Health Coverage Now," *USA Today*, April 13, 2006.

たに保険に加入することによって、平均的な保険料の伸び率が抑制され、また ER の業務量も低減されるため、最終的にはプログラムのコストが、現在州政府が無保険者対策に拠出している医療費を超過することはないだろう、との見通しを示した<sup>13</sup>。では、2007年から実施に移された、マサチューセッツ州における改革の内容について、より詳しく述べることにしよう<sup>14</sup>。

第一は、すでに述べた、「保険加入の義務付け」である。18歳以上で、その所得が手ごろな価格での保険への加入が難しい水準にある、とみなされない限りは、州民は保険への加入を義務付けられる。この「手ごろな価格」というのは、新たに設立されるコモンウェルズ医療保険コネクター（Commonwealth Health Insurance Connector）と呼ばれる機関によって、毎年設定される。2010年時点で、連邦の貧困レベル150%以下の、あるいは個人での年間所得が16,245ドル以下の人間は、保険に加入しなくても罰金は課されない。他方、「保険加入の義務付け」の原則に従わなかった人間には、医療保険のコストに対応したかたちでの、ペナルティが課される。2009年時点で、ペナルティは最大で、18歳から26歳までの年齢層の場合は624ドル、27歳以上は1,068ドルである。

第二は、「保険取引制度（health insurance exchange）」、具体的には、上記のコネクターの創設である。これは、無保険者が、手ごろな値段で、また自らの自由な選択を通じて、保険を購入できるようにするためのものであり、サービ

---

<sup>13</sup> “Health Care for Everyone,” *Economist*, April 8, 2006.

<sup>14</sup> John E. McDonough, Brian Rosman, Fawn Phelps, and Melissa Shannon, “The Third Wave of Massachusetts Health Care Access Reform,” *Health Affairs*, September 14, 2006; Robert Steinbrook, “Health Care Reform in Massachusetts: A Work in Progress,” *New England Journal of Medicine*, 354(20), May 18, 2006; John E. McDonough, Brian Rosman, Mehreen Butt, Lindsey Tucker, and Lisa Kaplan Howe, “Massachusetts Health Reform Implementation: Major Progress and Future Challenges,” *Health Affairs, Web Exclusive*, June 3, 2008..

ス内容や自己負担額を一定程度標準化したうえで、無保険者に十全な情報を提供し選択を容易にすることによって、保険プラン間の市場競争を図ることを目的とする。コネクターに参加する保険プランには、かならず保障しなければならない保険内容が定められており、無保険者はこのコネクターを通じて、州が補助金を拠出している医療保険制度か、あるいは民間保険プランに加入することができる。

第三に、いわゆる「プレイ・オア・ペイ (play or pay)」原則の導入がある。すなわち、11名以上のフルタイム、あるいはパートタイムの従業員を有する企業の雇用者は、従業員に対して、保険を購入する機会を提供しなければならない。すなわち、雇用者は、「公正かつ手ごろな値段での (fair and reasonable)」医療保険を提供しなければならない、提供しない会社には罰金が課されることになり、その額は、毎年ひとりの従業員につき295ドルである。

第四に、メディケイド (マサチューセッツ州では、同プログラムは“MassHealth”と呼ばれる) を拡張する。改革では、子どもの受給資格を、連邦の貧困レベルの300%にまで拡大し、加入上限を引き上げる。そして、受給資格が認められてはいない一部の成人層に対しても、給付を拡張する。また、メディケイド供給者に対する診療報酬額を引き上げる。

第五に、コモンウェルス・ケア (Commonwealth Care) 医療保険プログラムを創設する。これは、貧困レベル300%以下の無保険者に対して医療保険加入を保障する、新たなプログラムである。連邦の貧困レベル150%までの層は、保険料を負担する必要はないが、150%から300%までの人間は、スライド制のもとに保険料を負担する。所得が300%以上になると、加入資格自体が認められない。なお、免責額は存在しない。

第六に、コモンウェルス・チョイス (Commonwealth Choice) を創設する。同プログラムは、雇用者提供保険に加入してはならず、その所得がコモンウェルス・ケアへの加入資格を有するほど低くない州民に、一定の基準をみたす

いくつかの非営利の民間保険プランへの加入選択肢を提供するものである。このコモンウェルス・チョイスを通じて保険プランを購入する人間には、政府による補助金の提供はない。加入選択肢は、ブロンズ、シルバー、ゴールド、の三つのプランからなり、くわえて、18歳から26歳までの若い成人に対しては、保険料は安い5万ドルまで、という上限付きの保険プランが提供される。給付内容に関する義務付けはないが、プランは、それぞれについての保険数理的な基準を満たす必要がある。

第七に、医療の質および医療費抑制のための協議会が創設される。この協議会は、医療の質の改善、医療費の抑制、医療をめぐる人種・エスニック面での不平等の改善などについての、州レベルでの目標を立てるためのものである。また、こうした目標の実現に向けた進捗状況を提示し、消費者にも親しみやすいウェブサイトなどを提供することを通じて、クオリティやコストに関する比較情報を公表する役割を果たす。

## (2) 改革成立の背景

マサチューセッツ州の改革は、州レベルとはいえ皆保険を実現しようとするものであり、大きな注目を集めた。では、こうした画期的な改革が成立した背景には、いかなる要因が存在したのだろうか。ロムニーは、共和党出身でありながら、法案の成立に向けて、州議会で多数を占める民主党指導部と積極的な連携を図ろうとした。また、同州選出の民主党議員であるエドワード・ケネディとも、協力関係を結んだ。さらに、企業、消費者、病院経営者などの利害関係者とも、積極的な交渉を進めた。「われわれは、党派的な対立を橋渡しし、医療コミュニティのなかの様々な関係者の間に、利害の一致を見出す方法を発見した」、彼はインタビューのなかでそう述べた<sup>15</sup>。実際、法案は四月に、上院

---

<sup>15</sup> Marilyn Werber Serafini, "The Mass-ter Plan," *National Journal*, June 10, 2006.

では全会一致、下院では154-2という、圧倒的多数で可決された<sup>16</sup>。何ヶ月にもわたる交渉のなかで、政治的立場を異にする勢力は、お互いの主張をそれぞれ法案に盛り込み、最終的な合意を実現したのである<sup>17</sup>。

たしかに民主、共和両党の主張の間には、無視し得ない対立も存在した。たとえば、従業員に保険給付を提供していない企業雇用者に対する罰則規定の是非をめぐる問題が、それである。ロムニーは、一部の雇用者は、従業員に保険給付を提供するよりも、罰金を支払うほうが安く済むと考えるために、罰則規定は非生産的である、と批判し、法案の当該部分に対する項目別拒否権を発動した。それに対して、議会で多数を占める民主党側は、同内容は、法案を可決させるための政治的な妥協のなかでとりわけ重要な位置を占めるとして<sup>18</sup>、その後知事の拒否権を覆した<sup>19</sup>。

マサチューセッツ州での改革の実現を考えるにあたって重要な点は、改革成立以前に、連邦1115条の免除条項を通じた、メディケイドの運営を行っていた点であろう。この免除規定は、1997年にクリントン政権のもとではじめて付与されたものであり、医療サービスへのアクセス改善のために、州レベルでの実験を促すことを目的としていた。すなわち、医療面でのセーフティネットを構築するために、多額の資金を保障するものだったのである。しかし、2004年の段階で、こうした補助金制度の打ち切りが決まることが判明したため、その後、

---

<sup>16</sup> John Hechinger and David Armstrong, "Massachusetts Seeks to Mandate Health Coverage; Bill Would Penalize Citizens Who Don't Buy Insurance; Business Fears Higher Costs," *Wall Street Journal*, April 5, 2006.

<sup>17</sup> David Osborne, "Massachusetts to Provide Health Care for All," *Global News Wire*, April 6, 2006.

<sup>18</sup> William M. Bulkeley, "Politics & economics: Massachusetts Govenor Signs Health Bill but a Battle Looms," *Wall Street Journal*, April 13, 2006.

<sup>19</sup> "Health Coverage Now," *USA Today*, April 13, 2006; Serafini, *op. cit.*.

ロムニー知事と上院議員のエドワード・ケネディは、連邦政府に対して、新たに余剰な資金を、医療保険加入にあたっての低所得者層への補助金提供のために用いることを認めさせる。重要なのは、こうした合意は、2005年の1月に結びばれたものであったが、そのための条件として、2006年の七月一日までに同州がほぼ皆保険に近い状態を実現するにあたってのスキームを作成すること、さもなければ三年間にわたって連邦の補助金が10億ドル以上削減されること、などが定められた点である。こうした合意が、改革の実現を後押しすることになった。

また、改革が、ビジネス団体、大半の医療供給者団体、消費者アドボカシー団体、保険会社など、広範な団体から支持を受けた点も重要である。主要な利益団体の間で、意見の対立がみられたのは、労働団体だけだった<sup>20</sup>。たとえば、同州の民間保険団体であるブルークロス・ブルーシールド財団は、2003年にシンクタンクであるアーバン・インスティテュートとともに *Roadmap to Coverage Initiative* を立ち上げ、同州における医療へのアクセスに関する分析研究を行い、皆保険を実現するための政策的な選択肢を模索するなど、改革実現に向けて大きな役割を果たした。また、同年には、患者団体、消費者団体、宗教団体、医療供給者団体、ビジネス団体、労働組合などの連合である *Affordable Care Today! (ACT!)* が形成され、さらに2005年の夏になると、ACT! の一部が新たに *MassACT* なる連合を結成し、改革の実現に向けたキャンペーンを展開した<sup>21</sup>。こうした団体の働きかけも、改革の成立に貢献したといえる。

---

<sup>20</sup> Kavita Patel and John McDonough, “From Massachusetts To 1600 Pennsylvania Avenue: Aboard The Health Reform Express,” *Health Affairs*, 29(6), June 2010

<sup>21</sup> John E. McDonough, Brian Rosman, Fawn Phelps, and Melissa Shannon, “The Third Wave of Massachusetts Health Care Access Reform,” *Health Affairs*, 14 September, 2006.

### (3) その意義

マサチューセッツ州の改革の意義は、さまざまな点からとらえることができる。第一に、最も直接的な効果としては、州の無保険者数が大きく減少した点を指摘できる。2008年の11月に公表された、マサチューセッツ州医療保険財政政策部局 (Massachusetts Department of Healthcare Finance and Policy) の調査結果によれば、2008年の6月30日時点で、同州の無保険者は、全体のわずか2.6%にまで減少した。他方で、新たな保険加入者は、43万人増加した。新しく保険に加入したひとびとのうち、メディケイドやコモンウェルス・ケアを通じて公的なプログラムに加入したひとびとは半数を超え、2008年12月時点で、前者の加入者は7万6,000人、後者の加入者は16万3,000人増加した。残りの43%は民間保険プランへの加入者であり、2008年の12月1日時点で、雇用者提供保険の加入者が14万9,000人、コモンウェルス・チョイスへの加入者が1万9,000人、個人購買保険の加入者が2万2,000人であった。2009年を通じて、経済不況を背景とした失業者の増加と、それに伴う雇用者提供保険の喪失によって、多数の人間がコモンウェルス・ケアおよびコモンウェルス・チョイスに加入した。2008年の12月から2009年の8月の間に、前者への加入者は1万6,000人増加し、17万9,000人となった。他方、後者に対する加入者は、2009年の八月一日時点で2万2,000人であり、2008年の12月から3,000人増加した<sup>22</sup>。

しかし、こうした直接的な効果にくわえて重要なのは、マサチューセッツ州の改革が、今後のあるべき医療改革に向けた「モデル」として、大きな影響力を持つようになった点である。まさに、「マサチューセッツ・モデル」とでもいふべき、新たな改革モデルが誕生したのである。同州出身の民主党上院議員のテレーズ・ミューレイ (Therese Murray) は、「この国の残りの人々は、われ

---

<sup>22</sup> Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Massachusetts Health Care Reform: Three Years Later*, September 2009.

われを待っている」「われわれは、最初のテスト・ケースになろうとしている」と胸を張り<sup>23</sup>、ケネディも、ロムニーが行ったこの改革が、全米の医療保障制度改革の動向に対して、今後大きな影響を与えることになろう、と指摘したが、州レベルとはいえ、皆保険制度改革が実現したことは、他の州、さらには連邦レベルの議論にも、大きなインパクトを及ぼすことになった<sup>24</sup>。

実際、このマサチューセッツ州での改革の成立以降、「保険加入の義務付け」というアイデアは、連邦レベルでの改革に向けた議論のなかでも、大きくクローズアップされることになる。そしてそれが、オバマ政権の国民皆保険制度改革へとつながっていくのである。しかし、オバマ政権の医療改革が、「保険加入の義務付け」案に依拠したものとなった背景要因を理解するためには、こうしたマサチューセッツ州における改革の影響だけでは十分ではない。既存の民間保険中心の医療制度に依拠した改革案が、とりわけ民主党内で支持を拡大していく背景には、穏健派の台頭にとまなう、同党の掲げる医療政策の変容があった。

## 4、民主党内での受容

### (1) 民主党の政策的変容<sup>25</sup>

歴史的に見て、共和党と比較して民主党は、医療改革に対して積極的な姿勢をとり続けてきた。改革を推進するうえで、民主党が長い間支持してきたのは、政府の役割を重視した改革アプローチであり、政府が資金拠出し運営する公的

---

<sup>23</sup> Hechinger and Armstrong, *op. cit.*

<sup>24</sup> *Medicaid Monthly*, May 2006.

<sup>25</sup> この点については、拙著『現代アメリカの医療改革と政党政治』（ミネルヴァ書房、2009年）のなかで、詳しく述べている。

医療保険（社会保険）のもとでの、また医療費の支払い方式という観点からみればシングル・ペイヤー・システム—医療費は政府（公的、または準公的な基金）を通じて、税金または保険料のかたちで徴収され、政府が医師や病院といったに対して医療供給者に対して、診療報酬などの医療費の支払いを行うシステム—のもとでの、国民皆保険制度の導入だった。実際、1970年代初頭まで、民主党が提出してきたほぼすべての国民皆保険制度改革案は、公的な医療保険、さらにはシングル・ペイヤー・システムに依拠したものだ<sup>26</sup>。

しかし、1980年代以降、民主党内では、従来までの「大きな政府」、「高福祉・高負担」路線では国民の支持を得ることはできないとして、新たに穏健派勢力が台頭する。1981年に設立された保守民主党フォーラム（Conservative Democratic Forum）—のちのブルードッグス（Blue Dog Coalition）の前身である—や、1985年に成立した民主党指導者評議会（Democratic Leadership Council）が、これにあたる。とりわけ、後者の民主党指導者評議会は、従来まで支配的だったリベラル派（オールド・デモクラット）に対して「ニュー・デモクラット」と呼ばれ、旧来までの保守でもリベラルでもない、「第三の道（the third way）」路線を掲げつつ、民主党穏健派勢力のなかで中核を占める勢力にまで発展していく。重要なのは、こうした党内穏健派の台頭が、民主党の掲げる医療政策にも大きな影響をおよぼした点である。

第一に、穏健派は、公的な医療保険の拡張（そして公的な規制の強化）を必要最低限度にとどめようとする。リベラル派が主張するような、公的医療保険、そしてシングル・ペイヤー・システムに基づく国民皆保険制度は、「大きな政府」につながるとともに、実現可能性という点でも疑わしい。もちろん、無保険者問題は解消されなければならず、そのためにも国民皆保険制度の導入は必

---

<sup>26</sup> Thomas Bodeheimer, “Insuring the Uninsured: Will the 2004 Election Provide an Answer?” *Annals of Internal Medicine*, volume 141(7), October, 2004.

要である。しかしそれは、シングル・ペイヤー・システムのような、「大きな政府」に依拠したかたちではなく、民間・市場原理を可能な限り活用するかたちで実現すべきである。そのためにも穏健派は、民間保険、とりわけ企業雇用者提供保険の存在を重視する。こうした立場こそ、リベラル派のように大規模なかたちでの政府の役割拡張を図る（政府）のでも、保守派のように個人の自己責任を重視する（個人）のでもない、「第三の道」（企業）である。

また、穏健派は、医療費の抑制や医療の質の向上のためには、民間保険プラン間の市場競争の促進を図らなければならないと主張する。すべてのアメリカ人には、様々な医療保険プランからなる十全な選択肢が提供されるべきであり、保険加入者は、保険給付や保険料が多様に設定された保険プランのなかから、自らの加入するプランを選択すべきである。連邦公務員医療保険プログラム（Federal Employees Health Benefits Program）は、その模範的な事例である。その際、患者は、保険プランの内容のみならず、医師や病院など医療供給者に関する、十全な情報提供を受ける必要がある。メディケア、メディケイドについても、例外ではない。公的医療保障制度の加入者にも、複数の選択肢を提供し、市場競争を促すべきであり、そのためにはプログラムの民営化（民間保険プランの間からも受給できるようにすること）も一定程度認めるべきである。そしてそれによって、公的医療保障財政の健全化を図る必要がある。無責任な積極財政による連邦赤字の増大は、回避しなければならない。

すなわち、穏健派の台頭に伴い、民主党の掲げる政策は、公的な医療保険を重視する立場から、既存の医療制度において中心的な位置を占める、民間保険に依拠したものへと変化した。そして、こうした変化を象徴的に示していたのが、「シングル・ペイヤー・システム」案から「管理された競争」案、さらには「保険加入の義務付け」案へという、国民皆保険を実現するにあたっての、民主党が掲げる医療改革案の変化である。以上の変化がはじめて鮮明なものとなったのは、1993年から94年にかけての、クリントン政権の医療改革の際だった。

## (2) 「管理された競争」案の台頭：クリントン政権期

民主党のクリントン政権は、1993年の1月、正式に発足した。国民皆保険の実現は、選挙戦中からの政治的公約の目玉であり、政権はすぐさまそれに着手した。1月25日に、主に閣僚を中心とした12名のメンバーからなる「国民皆保険改革に関するタスクフォース（Task Force on National Health Care Reform）」を創設し、その座長としてヒラリー・クリントンを任命したのである。タスク・フォース、そしてイラ・マガジナーが組織したそのアドバイザリー・グループには、官僚、議会スタッフ、専門家など総勢500人以上が参加し、具体的な改革案の作成にあたった。クリントン政権は、当初は百日間で改革案を作成する予定だった。しかし、作成には予想外に長い時間がかかり、最終的に改革案が正式に公表されたのは、約八か月後の九月二十二日のことだった。重要なのは、この政権の改革案が、これまで民主党が掲げていたような、公的医療保険の大幅な拡張に依拠したもの—シングル・ペイヤー・システム—ではなく、むしろ既存の民間保険制度を中核とする、「管理された競争」というアイデアに依拠したものだった点である。

「管理された競争」案とは、経済学者のアラン・エンソーヴェンを中心とする専門家集団である、ジャクソン・ホール・グループによって提唱された、医療改革に向けたアイデアである。それは、一言でいえば、医療保険市場に内在する問題点に対処しつつ、保険プラン間の市場競争を促そうとするものといえる。たとえば、医療保険市場では、消費者は十分な情報（知識）を有してはいない（「情報の非対称性」が存在する）ため、保険購買の際に十全な選択を行うことが困難である。それゆえ、市場における選択、またそれを通じて保険プランや供給者間の競争を促すためには、消費者に十分な情報や権限を与える必要があり、連邦政府が供給者—消費者関係に対して、一定の介入を行うことが不可欠となる<sup>27</sup>。

たとえば、消費者は、個々人では医療保険プランの選択を行うことが困難な

ため、個々の消費者の代理人として機能する組織として、政府がスポンサーと呼ばれる組織を設ける。そして、このスポンサーが、医療保険プランと契約を結び、保険加入者の加入事務を行い、保険料を徴収してプランに支払うとともに、プランについての情報提供を組合加入者に対して行う。そうすれば、消費者側は、よりコスト・パフォーマンスの点で優れた保険プランを選択し加入するだろうし、民間保険プラン側は、低コストかつより充実した保険給付を提供しようと、自らが契約する医師や病院などの医療供給者たちに、費用対効果の高い医療行為を促すだろう。ただし、各保険プランは、患者の病歴・既往症に基づいて保険料を設定してはならず、最低限の基本的な保険給付を提供しなければならない。とりわけ重視されたのは、HMOなどのマネジドケア型民間保険プランの間の市場競争だった。

以上の説明からも明らかなように、この「管理された競争」案は、基本的に既存の民間保険制度に依拠しつつ、保険プラン間の市場競争を促進しようとするものであり、広井良典の言葉を借りれば、「単なる市場メカニズムの自由放任ではなく、医療においてはサービスの提供者と受け手との間に大きな情報ギャップがあり、このために市場メカニズムが働きにくい、という難点を克服するために、とくに情報開示の義務付けを中心として『管理』あるいは『規制』の要素を盛り込んでいるわけであり、むしろ医療という分野は一定の管理あるいは規制を通じて、初めて競争ないし市場メカニズムが働くことが可能となる<sup>27</sup>」との考え方に立つものといえる。換言すれば、一定程度政府の介入の必要性を認めつつも、民間保険プラン間の市場競争の促進を重視したもののなのである。こうした改革案を民主党政権が提示したことは、これまでの公的な医療保険の

---

<sup>27</sup> Alan C. Enthoven, "The History and Principles of Managed Competition," *Health Affairs*, Supplement, 1993.

<sup>28</sup> 広井良典『医療の経済学』（日本経済新聞社、1994年）、196-7ページ。

大幅な拡張や公的規制の強化を重視した立場—「シングル・ペイヤー・システム」案—からの、大きな転換を意味するものだった。

ただし、クリントン政権の改革案は、エンソーヴェンやジャクソン・ホール・グループが主張していたような、「純粋なかたち」での「管理された競争」案ではなかった点は、注意しなければならない。その内容は、企業雇用者に対して従業員への保険給付の提供を義務付けるとともに、新設の地域医療保険組合を通じた保険加入を定め、さらにマネジドケアなど民間保険間の競争や保険料規制・予算総枠制度の導入などによって、医療費の抑制を図ろうとするものだった。それは、基本的には「管理された競争」アプローチに依拠しつつも、同時に、保険料規制や予算総枠制度の導入など公的な規制の強化も盛り込んだもの、すなわち、リベラルな立場から一定の修正が施されたものだったのである。その結果、エンソーヴェンらが主張していた「純粋なかたちでの」「管理された競争」案よりも、政府の介入が強いものとなった。しかし、こうした折衷的な改革案は、党内穏健派、リベラル派、双方から、「中途半端」なものとして、反発を浴びた。その結果、1994年の秋には、改革は失敗に終わる。

### (3) 「保険加入の義務付け」案へ

その後、1994年の中間選挙で民主党が歴史的な敗北を喫したこと、さらには2001年には共和党ブッシュ政権が誕生したこと、などを受けて、国民皆保険制度の導入をめぐる議論は沈静化した。しかし、2006年ごろから、再び医療改革をめぐる議論は、盛り上がりを見せはじめる。その背景には、以下のような要因が存在した。

第一に、医療問題の深刻化があった。サブプライム・ローン問題に端を発する未曾有の経済不況は、アメリカの医療制度にも深刻な影響を及ぼした。経済不況の深刻化により、企業雇用者のなかには、従業員に対して保険提供を行う経済的な余裕がなくなり、それを取りやめるケースも増加した。また、失業率

の上昇により、職場を通じて加入していた医療保険を喪失する労働者の数も、増加した。その結果、無保険者数は再び増加傾向に転じ、それにより、医療問題に対する国民の関心が集まることになった。

第二に、議会での民主党の巻き返しがある。ブッシュ政権のイラク戦争での失敗もあって、2006年に行われた中間選挙において、民主党は上院では100議席中、民主党系も含めて51議席、下院では435議席中233議席という、多数を獲得した。こうした優位は、その後の2008年の議会選挙において、さらに明確なものとなる（上院で60議席、下院では255議席）。医療改革に積極的である民主党の勝利が、その政治的アジェンダ化を後押ししたのである。

第三に重要なのは、すでに述べてきた、州レベルでの改革の進展、とりわけマサチューセッツ州での州民皆保険制度の成立である。こうした州レベルでの改革の進展が、連邦レベルでの改革に向けた議論を活性化させた点は、疑いない。

重要なのは、このように改革に向けた気運が高まりを見せるなかで、「保険加入の義務付け」案が、新たに改革に向けたモデルとして浮上した点である。とりわけ民主党のなかでは、「保険加入の義務付け」案が、急速に支持を集めることになったのである。その背景には、やはり既存の民間保険制度を重視する穏健派の台頭という要因があったことは、言うまでもない。

たとえば、ニューデモクラットのケイティ・ドノヒューとデビッド・ケンダルは、マサチューセッツに代表される州レベルでの改革の進展が、国民皆保険の実現に向けた新たなモデルを生み出しつつあるとし、それを「政府によってトップダウンのかたちで提供される、ヨーロッパ・スタイルの『国民医療保険』を実現するという旧来までの夢ではない、責任性の共有という原則に基づくアメリカ独特のアプローチ」と位置づけた<sup>29</sup>。換言すれば、それは、政府による公的医療保険の拡張に依拠した、「シングル・ペイヤー・システム」とは異なる、既存の民間保険に依拠した新たな改革アプローチである。

また、クルーグマンも、この数年の間に、政策分析者や政治家は、「政治的現実と経済的効率性の双方の実現可能な妥協点を見出して、医療保険改革へのアプローチを徐々に発展させてきた」とし、それを①コミュニティー・レーティング、②低所得家庭に対する補助金、③保険加入の義務付け、④パブリック・オプション、の四つの要素から構成されるものとした<sup>30</sup>。それは、「シングル・ペイヤー・システム」案のような、公的医療保険にもとづいた国民皆保険ではなく、まさに「民間の保険を基礎とする国民皆保険<sup>31</sup>」である。そしてまさに、その支持勢力の中核をなしていたのが、民主党内の穏健派であった。すでに、民主党穏健派のシンクタンクである進歩的政策研究所（Progressive Policy Institute）は、1994年の段階で、「保険加入の義務付け」を支持していた。「保険加入の義務付けは、若く健康なひとびとを保険プールに加入させることによって、すべての人間の保険料を抑制するとともに、コスト・シフティングを減少させる」<sup>32</sup>。

また、同じくニューデモクラットのハロルド・フォードとアル・フロムは、「保険加入の義務付け」は、道徳的および現実的な理由から必要である、と主張している。医療保険という存在は、公共善である。それは、アメリカ国民を破産から守り、患者には生命を救うための治療へのアクセスを保障する。しかし、保険に加入してはいない無保険者たちが、高価な医療サービスを利用して、その代金を支払うことができない場合には、そのコストは他のすべての人間に転嫁される。たとえば、無保険者が、より低コストですみ、また予防医療によ

---

<sup>29</sup> Katie Donohue and David Kendall, "Health Coverage for All: States lead the Way," *PPI, Policy Report*, October, 2007.

<sup>30</sup> クルーグマン、前掲書、192-193頁。

<sup>31</sup> 同上、196頁。

<sup>32</sup> David B. Kendall, "Breaking the Health Reform Deadlock," *PPI, Policy Report*, June 1, 1994.

り対処できるはずのところを、救急医療室に運ばれ、大掛かりな治療をしなければならなくなる場合が、これにあたる。こうした状況を回避するためには、「保険加入の義務付け」が不可欠なのである<sup>33</sup>。

## 5、オバマ政権の医療改革：「保険加入の義務付け」案の導入

このように、穏健派の台頭にともない、民主党の掲げる国民皆保険制度の導入案は、従来までの、公的な医療保険の大幅な拡張に依拠した「シングル・ペイヤー・システム」案から、既存の民間保険制度に依拠するかたちでの「管理された競争」案、さらには「保険加入の義務付け」案へと変化していった。そして、2009年に誕生したオバマ政権のもと、この「保険加入の義務付け」案に依拠した改革法が、ついに可決成立することになる。

### (1) 2008年大統領選挙と「保険加入の義務付け」案

民主党内において「保険加入の義務付け」案の台頭が、はじめて明確なものとなったのは、2008年の大統領選挙においてである<sup>34</sup>。選挙戦のなかで、民主党候補者の多くが、国民皆保険の導入を目的とした抜本的な改革案を打ち出したが、その多くが「保険加入の義務付け」案に依拠したものであったのである。

たとえば、オバマと予備選挙を激しく争ったヒラリー・クリントンは、マサチューセッツ州の改革に類似した、全国民に保険への加入を義務付ける案を打ち出した。さらに、大企業には従業員への保険給付の提供や無保険者対策のた

---

<sup>33</sup> Harold Ford Jr and Al From, “The Way Forward on Health Care,” DLC, *Metro Newspaper*, November 28, 2007.

<sup>34</sup> Kaiser Family Foundation, “side-by-side comparison of the candidates’ positions on health care,” <http://www.health08.org/sidebyside.cfm>

めの財政支出を求め、個人や中小企業には払い戻し可能な税額控除により保険料補助を行うこと、個人は連邦公務員医療保険プログラムを通じて運営される、新たな医療選択メニュー（Health choice Menu）を通じて、公的および民間プランへの加入を選択できることなどを提案した。改革には1,100億ドルかかると見積もられ、その財源は、ブッシュ政権による富裕層に対する減税の廃止や処方薬価格の引き下げ、予防医療の充実、医療情報技術の促進、などによって賄うとした。

ヒラリーの改革案は、すでに2007年の2月に、他の候補者に先駆けて公表された、ジョン・エドワーズの国民皆保険制度改革プランに類似していた。彼の案も、「保険加入の義務付け」を採用し、それによって2012年までに国民皆保険を実現しようとするものだったのである。企業雇用者は、従業員に対して医療保険給付を提供するか、従業員の保険料を援助するよう義務付けられる。また、医療保険へのアクセスを改善するために、互いに競合する公的・民間の医療プランを提供する医療マーケット（Health Market）を創設し、それへの加入を促すための税額控除を提供する。さらに、より多くの低所得者成人や児童を加入させるために、メディケイドや州児童医療保険プログラム（CHIP）を拡張する。コストは1年間で900億ドルから1,200億ドルとされ、それはブッシュ政権による減税の削減や、予防医療の重視、医療記録の電子化などによって賄う、としていた。

ヒラリーおよびエドワーズが、「保険加入の義務付け」案を採用しているのにたいして、バラク・オバマのプランは、その点で異なるものだった。彼のプランは、すべての児童に対して医療保険への加入を義務付けるが、すべてのアメリカ人に義務付けるものではなかったのである。その理由は、保険に加入していない人間は、加入を望んでいないのではなく、そのような経済的余裕自体がないからであり、それゆえ強制加入には慎重であるべきだ、との点にあった。その他、彼の改革案の内容は以下のようなものだった。企業雇用者には、従業

員に医療保険給付を提供するか、新たな医療保険プログラムのコストを拠出することが義務付ける。この新たな医療保険プログラムは、「国民医療保険交換制度（National Health Insurance Exchange）」と名づけられ、中小企業や、公的医療保障、雇用者提供保険に受給資格をもたない個人が、それを通じて公的保険や、認可された民間保険プランに加入できるようにするためのものである。プログラムの給付内容は、連邦公務員医療保険プログラムと同一の包括的な内容と定められる。加えて、オバマの案には、メディケイドや SCHIP の拡張も盛り込まれていた。コストは、1年間で500億ドルから650億ドル程度かかると見積もられており、それはブッシュ政権による富裕層に対する減税の削減によって賄うとしていた。

## (2) オバマ政権による受容

周知のように、選挙戦の結果、最終的にはオバマが民主党の大統領選挙候補者となり、その後2008年11月の本選挙において、共和党のジョン・マッケインを破り、当選を果たした。そして、政権は、2009年の1月に正式に発足すると、すぐさま政治的公約である国民皆保険の導入に着手することになる。

すでに述べたように、オバマは、大統領選挙期間中は、「保険加入の義務付け」に反対していた。彼の改革案は、全児童に対して保険加入を義務付けるが、全国民に義務付けるものではなかったのである。その理由は、成人のなかには、保険加入を義務付けても、そのような経済的余裕に恵まれない人間も多く、まずは児童にターゲットを絞るべきである、との点にあった。これに対して、ヒラリーは、オバマの改革案では、約1,500万人が無保険のまま取り残される、と批判していた。しかし、大統領選挙に勝利し、2009年の1月に政権が正式に発足したあと、オバマは徐々にそのスタンスを変え始める。その背景には、「保険加入の義務付け」案が、民主党内で強い支持を得ていたことに加えて、改革に向けた政権の柔軟なスタンスの存在があった。

改革をめぐっては、民主党と共和党との間だけでなく、民主党内にも、リベラル派と穏健派との間に、深刻な路線対立が存在した。リベラル派が、公的医療保険の拡張や公的規制の強化に積極的な姿勢をとるのに対して、穏健派は「大きな政府」に批判的であり、むしろ民間・市場原理の活用を重視する傾向にあった。また、その財政赤字拡大への懸念は、リベラル派よりも大きいものであり、さらに中絶に対する保険給付についても、より厳しい規制を求める傾向にあった。改革を実現に導くためには、こうした政党政治レベルでの対立に対処し、最終的な合意形成を目指す必要があった。また、GDPの16%をも占める医療は、医師、病院、民間保険、製薬産業、企業雇用者、労働者など、さまざまな利害が錯綜する一大セクターであり、それらを代表する諸団体は、改革によって自らの利益が損なわれることを懸念していた。

こうしたなか、オバマ政権は、法案の作成作業およびその審議を可能な限り議会にゆだね、内容の修正や妥協にもオープンな姿勢をとった。また、改革に消極的とみなされる団体とも、積極的な交渉に応じた。これは、政権内のタスクフォース主導で改革案の作成を行い、また友好的な団体との交渉を重視するなど、閉鎖的かつトップダウンなかたちで法案を作成する戦略をとったクリントン政権とは、対照的であった。こうした戦略が、政党政治レベルでの対立、とりわけ民主党内の路線対立をやわらげ、また関連団体の反発を緩和させることに貢献した点は、間違いない。オバマが、当初は「保険加入の義務づけ」に反対していたものの、その後そのスタンスを変えた背景には、すでに「保険加入の義務付け」案が、党内穏健派を中心に幅広い支持を集めていたことに加えて、政権のこうした柔軟な姿勢の存在があった。

実際、議会の審議が本格化した六月に入ると、オバマは明確に「保険加入の義務付け」案を受け入れる姿勢を鮮明にする。6月3日に、上院の医療教育労働年金委員会議長のエドワード・ケネディと、財政委員会の議長であるマックス・ボークスにあてた手紙のなかで、大統領選挙期間中は反対していたものの、

すべてのアメリカ人に対して保険の加入を義務付けることを受け入れてもよい、との姿勢を示したのである。ただし、手紙のなかで、オバマは、「もし議会が義務付けに向けて動き出すのであれば」、経済的な困窮者に対する免除規定が必要となる、と述べた<sup>35</sup>。これは、マサチューセッツ州でもとられている措置だった<sup>36</sup>。

議会での審議は、六月以降本格化し、一方の下院では、エネルギー・商業委員会、歳入委員会、教育・労働委員会という三つの委員会で、審議がはじまった。その後7月14日に、三つの委員会に改革案が提出され、7月17日に、歳入委員会（23-18）と教育・労働委員会（26-22）で、さらに7月31日には、エネルギー・商業委員会（31-28）で、それぞれ可決された。その後、各委員会で可決された法案間の内容の調整が行われた結果、10月29日、下院本会議に法案が提出され、11月7日に220-215で可決された。共和党は1名をのぞく全員が反対し、民主党からも39人が反対に回った。

これに対して、上院では、医療教育労働年金委員会と財政委員会というふたつの委員会で、審議が行われた。前者の委員会では、6月9日に正式なかたちで法案が提出され、7月15日に13-10で可決された。他方、財政委員会では、民主党から三名、共和党から三名、の計六名からなる超党派メンバーを中心に法案の作成が進められたこともあり、合意形成作業は難航した。結局、夏季休暇前の採決は見送られたものの、10月13日に、共和党から一名の支持を得て、ようやく14-9で可決された。その後、11月18日には、本会議に法案が提出され、12月24日に可決される。共和党からは一名の支持も出ない、党派的な投票結果だった（60-39）。上下院案は、いずれも、国民に保険への加入を義務付け、

---

<sup>35</sup> Ceci Connolly, "Obama Signals Willingness to Compromise on Health Reform," *Washington Post*, June 3, 2009.

<sup>36</sup> Janet Adamy, "Obama Shifts on Coverage Mandate," *The Wall Street Journal*, June 4, 2009.

加入しない場合には、罰則を科すとの内容だった。

その後、上下院案を一本化した法案が、両院協議会に送付される予定であったが、年明けの1月19日にマサチューセッツ州で行われた上院補選で、民主党議員がまさかの敗北を喫したため、民主党およびオバマ政権は戦略の変更を迫られた。共和党の議事妨害（フィリバスター）を、回避できなくなったためである。大統領は、2月25日に共和党議員も招いてもう一度改革に関するサミットを開催したが、議論は平行線に終わった。ここにきて、政権および民主党は、まず上院で12月に可決した法案を下院で通過させたいうえで、上院案の内容に不満を持つ民主党議員を納得させるために、予算調整法案（budget reconciliation measure）というかたちでの別個の修正案を上下院で可決させる、という戦略をとった。こうした修正案であれば、上院でも単純過半数で可決可能であり、議事妨害を回避できるためである。最終的には、3月23日に、上院案が下院を219-212の僅差で通過し、3月25日、その修正案が上院（56-43）、下院（220-207）でそれぞれ可決され、3月30日、オバマ大統領の署名によって成立をみた。

### (3) 改革法の内容<sup>37</sup>

では最後に、今回の改革の内容について、概観してみよう。その最も大きな目的が、国民皆保険の導入という点にあることは、いうまでもない。具体的には、無保険者を段階的に削減し、現在83%である保険加入率を2019年までに95%にまで引き上げ、徐々に国民皆保険に近い状態を実現する。そのために導入されるのが、「保険加入の義務付け」の原則である。国民は、民間保険プランであれ公的なプログラムであれ、何らかの保険に加入することが義務付けられる。加入しない場合には、罰金が課されることとなり、その額は2014年時点で

---

<sup>37</sup> 法律の詳細な内容については、Kaiser family Foundation, *Summary of New Health Reform Law*, Last Modified April 21, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>)

年間95ドル、あるいは家計所得の1%である。罰金の額は、その後、段階的に引き上げられることになる<sup>38</sup>。コストは十年間で9,400億ドルとされ、その財源は、高額保険プランに対する課税、メディケア給与税の引き上げ、製薬産業、医療機器メーカー、民間保険業界に対する資金拠出の義務付け、メディケア予算の削減などによって賄う。その他、改革の主な内容は、以下の通りである。

第一は、「保険取引制度（health insurance exchange）」の創設である。これは、無保険者が、手ごろな値段で、また自らの自由な選択を通じて、保険を購入できるようにするためのものである。具体的には、サービス内容や自己負担額を一定程度標準化したうえで、無保険者に十全な情報を提供し選択を容易にすることによって、保険プラン間の市場競争を図ることを目的とする。

第二は、主に低所得者層を対象とした、補助金の提供である。保険加入を義務付けるとはいつても、そのような経済的余裕に恵まれていない人間も多い。そのため、改革法のなかには、「保険取引制度」を通じて保険に加入する低所得者をサポートするための、税額控除（tax credit）というかたちでの補助金の提供が盛り込まれている。

第三は、低所得者を対象とする医療扶助制度である、メディケイドの拡張である。現行の制度では受給資格のなかった親、さらには子供のいない成人層にも、新たに受給資格が付与されることになる。具体的には、連邦の貧困レベル133%までのすべての国民に、受給資格が付与される。その費用は、2016年までは、全額連邦政府が負担するが、その後その割合は段階的に縮小され、最終的には90%となる。

第四に、民間保険プランに対する規制が強化される。すなわち、既往症を理由に加入希望者を拒絶したり、その分高い保険料を徴収することは、禁じられ

---

<sup>38</sup> ちなみに、大統領選挙期間中は、オバマは、全国民の保険加入の義務付けには反対していた。

る。民間の営利保険の場合、健康状態の悪い人間を加入させることは「損」となるため、そうした人間の加入を拒絶する、あるいはその分保険料を釣り上げる傾向にある。今回の改革によって、こうした行為は禁止されることになる。

## 6, おわりに：今後の展望

以上、本論では、オバマ政権の医療改革が「保険加入の義務付け」案に沿ったものとなった背景要因に関して、州レベルでの改革の影響と、穏健派の台頭に伴う民主党の政策的変化の2つに焦点を当てつつ、明らかにしてきた。それは同時に、今回導入が決まった国民皆保険が、基本的に既存の民間保険を中心とした医療制度に依拠したものとなったこと、換言すれば、公的な医療保険ではなくむしろ民間保険を中核とした、「アメリカ型」とでもいうべき独特の制度となったこと背景要因について、明らかにする作業でもあった。

では今後、改革はどのように進展していくのだろうか。この点に関しては、実は不透明な部分が多い<sup>39</sup>。とりわけ重要なのは、「保険加入の義務付け」原則の導入や、「保険取引制度」の開始といった、改革法の中核的な部分が実施に移されるのは、実は2014年の1月1日以降である点だ<sup>40</sup>。その間には、二回の議会選挙と、一回の大統領選挙がある。そのなかで、今回の医療改革に対する、国民の審判が下されることになる。この選挙結果次第では、たとえば、共和党が議会で過半数を握り、2012年の大統領選挙でも勝利を収めれば、法律の内容が修正される、あるいは最終的には白紙に戻される可能性も、ないとはいえない。世論調査の結果などからみても、アメリカ国民の間には、今回の改革が深

---

<sup>39</sup> Henry J. Aaron and Robert D. Reischauer, "The War Isn't Over," *New England Journal of Medicine*, 362(14), April 8, 2010

<sup>40</sup> 今後の改革の実施のスケジュールについては、<http://www.kff.org/healthreform/8060.cfm>

刻な財政赤字の拡大につながるのではないか、あるいは自分たちが受けることのできる医療サービスの制限や質の低下につながるのではないか、との懸念が根強く存在する。民主党やリベラル勢力にとって、今後も息の抜けない状態が続くことになろう。

また、主に共和党が知事を勤める州の知事および司法長官が、「保険加入の義務付け」は憲法違反である、として、最高裁判所に訴訟を提起している点も、重要である。すでに、議会審議中から、共和党はそのような主張を展開していた。たとえば、オーリン・ハッチは、上院の財政委員会における審議中に、議会は国民に対して、自らのお金を用いて何を買うべきか、命令する権利はない、と主張し、「もし、われわれが、アメリカ人に対して何らかの製品を購入するよう命令する権力を持っているならば、なぜわれわれはエコカー買い替え補助金制度を必要とするのか」と述べた<sup>41</sup>。また、12月23日、上院で法案が可決成立する前日には、否決されたものの、共和党のジョン・エンサインが、保険加入の義務付けは憲法違反である、との「議事進行上の問題」を提起した<sup>42</sup>。改革法の成立以降も、共和党系が知事を勤める州の知事および司法長官が、「保険加入の義務付け」は憲法違反である、との訴訟を起こしている。その数は、現時点で20以上にのぼり、全国自営業者連合（National Federation of Independent Business）も、訴訟の提起に加わっている<sup>43</sup>。

今回、訴訟を提起した側の主張の中核をなすのは、先のハッチの発言に象徴されるように、ひとびとに特定の生産物を購入することを義務付けるという政策は、憲法違反にあたるのではないか、というものだ。たしかに、自動車の運

---

<sup>41</sup> “Hatch Other Conservatives Argue Individual Mandate Is Unconstitutional,” *Kaiser Health News*, November 23, 2009.

<sup>42</sup> Robert Pear and David M.HERSZENHORN, Senate Clears Final Hurdle to Vote on Health Care Bill, “New York Times, December, 24.

<sup>43</sup> Dan Danner, “ObamaCare vs. Small Business,” *The Wall Street Journal*, May 27, 2010.

転手に対して、自動車保険への加入を義務付ける法律は存在する。しかし、ひとびとは、自動車を購入・保有しないという行為を選択できる。「保険加入の義務付け」の原則には、そうした選択肢はない。「この国の歴史のなかで、連邦政府がすべてのアメリカ人に対して、民間の会社と契約するように義務付けたことはない」。すなわち、保守派の反対意見は、①個人が行動しないこと（inactivity）—この場合は医療保険を購入しないこと—は州際通商（Interstate commerce）とは認められないため、議会はそれを通商条項（Commerce Clause）によって規制する権限をもたない、②保険に加入しない場合に、法律が課している財政的なペナルティは、税金を定め徴収する議会の能力を超えている、といった点にあった<sup>44</sup>。

こうした訴訟の判決結果がどのようなものになるか、現時点ではあきらかではない。いずれにせよ、今回導入が決定された、「保険加入の義務付け」案に依拠した「アメリカ型」とでもいうべき独特の国民皆保険制度が、今後、国民のいかなる審判にさらされ、またどのように実施に移されていくのか—アメリカの医療政策は、まさに「百年に一度」の大きな節目を迎えているといえる。

---

<sup>44</sup> Ben Pershing, “Some Foes of health-care bill hope courts will stop legislation,” *The Washington Post*, January 3, 2010.