

オバマ政権下の諸政策に関する政治経済的分析(2)
—医療制度改革—

坂 井 誠

Economic and Political Analysis of the Policies
under the U.S. President Barack Obama
Administration (2)
—Health Care Reform—

Makoto Sakai

Abstract

This report analyses both President Obama's philosophy toward health care reform and the final legislation which came into existence in March 2010. This article also pays attentions to the fact that the political disharmony regarding health care reform between the two major parties has been the obstacle to reform over the decades.

The health care reform realized under the Obama administration attaches prime importance to coverage expansion for the uninsured, while it is really unpredictable whether both the costs reduction and the quality improvement of health care will be accomplished.

Obama's reform seems to be noticeable because it changed the climate of policy development which was performed in the current conservative fashion and typically seen under the G. W. Bush administration. We can possibly recognize that the dynamism of political decision-making between the American conservatism and liberalism is still functioning effectively.

Key Words: オバマ, 医療制度改革, 無保険者
Obama, health care reform, uninsured

I. はじめに

現代アメリカの医療に関しては、国民皆保険制が採られていないため多数の無保険者が存在し、かつ政府、企業、家計の医療関連の支出つまり社会全体の医療コストが拡大し続けているという「2つの問題」がある。そうした状況にあって、例えばオバマ政権が発足直後から公開し始めた医療レポート・シリーズのひとつは、次のような実情を伝え、「無為のコスト」(タイトルは“The Costs of Inaction”)つまり医療制度改革という行動を起こさないことのコストを表現した。

無保険者の8割は、勤労世帯の構成員である。医療保険(健康保険)に加入していても、基本自己負担いわゆる免責額(deductible)や少額の定額窓口負担(copayment)を支払うことができないという理由で、受診しない国民も多い。医療保険の中核をなす雇用主提供保険の保険料は、ここ9年間で2倍に跳ね上がった。加入者の基本自己負担は急上昇し、とくに中小企業では著しい。個人破産の半分は、医療費負担が原因である。アメリカでは質の高い医療は実現していない。健康指導や予防が不十分であるほか、医療過誤による死亡が年間10万人近くに達する。マイノリティ、低所得者あるいは低学歴者に対する医療は、過度に質が低い¹。

このように近年、無保険者、高医療コストという「2つの問題」が一段と深刻になり、医療の質にも難がある状況で、オバマは大統領選挙に出馬するに当たって、国民皆保険制を中心とした医療制度改革を公約に掲げた。そして彼は、(1)医療保険を求めるすべての国民に手頃な価格で良質の保険を提供することや、(2)保険料の引き下げ、(3)既往症を理由とした保険会社による保障拒否の排除などを宣言した²。本稿では、とくに政治的要因からくる医療制度改革の困難さや、改革論争で党派的な分裂が見られる背景にも着眼しつつ、2010年3月に成立したオバマ政権下の改革をどのように評価できるか、考察してみたい。

II. 悪化する現況と改革の困難さ

現代アメリカ医療における「2つの問題」のうち、まず無保険者問題の現況を概観すると、2009年に医療保険に加入していなかった人口つまり無保険者は約5,067万人で、総人口の16.7%となり、既往のピーク(1998年と2006年の15.8%)を更新した。加入保険の内訳を見ると2000年代以降、雇用主提供保険が大半を占める民間保険の比率が低下し(2000年72.6%→2009年63.9%、人口の構成比)、メディケア(Medicare)、メディケイド(Medicaid)といった政府保険の比率が上昇している。2000年代に入って雇用主が提供する保険への加入が減少し、その一部は政府保険によって補わ

れているとはいえ、雇用主提供保険の鈍化が全体として見た時の無保険者数あるいは無保険者率の上昇につながっている³。

被用者の雇用主提供保険への加入率は次のように、(1)加入に関する有資格率、(2)有資格者の受給率に分解することができる。加入率＝加入者数／被用者数＝(有資格者数／被用者数)×(加入者数／有資格者数)＝有資格率×受給率。2000年代になって、有資格率と受給率はともに低下している。このうち有資格率はフルタイム就業者で下がり、パートタイム労働者では低いまま推移している。他方で受給率はフルタイム、パートタイムいずれにおいても低下している。受給率が低下した要因は、被用者による拠出つまり費用負担の増加であり、経済的な理由による受給権の放棄が増えている。雇用主による保険料拠出の縮小が、その背後にある。企業はより補償の程度の低い保険プランへ変更することで自らの拠出を抑えるとともに、従来のプランにとどまる被用者の拠出を増やすことを正当化しているという⁴。競争の激化を背景に、企業が人件費を削減する一環として賃金ばかりでなく、医療保険に代表される付帯便益も抑制する動きを強めており、医療保険費用を就業者へ転嫁する結果をもたらしている。

このように雇用主の提供する保険が抑制され、政府保険の割合が上昇すると、政府を中心とした第三者によるコストの支払いが増大する。医療支出の主体別負担状況を見ると、長期的に個人負担比率の低下と第三者支払い比率の上昇が見られ、2008年に

〈図表1〉医療支出の主体別負担状況

(構成比、%)

| | 1970年 | 80年 | 90年 | 2000年 | 2008年 | |
|----------|---------|------|------|-------|-------|------|
| ①個人負担 | 39.6 | 27.1 | 22.4 | 16.9 | 14.2 | |
| ②第三者支払合計 | 60.4 | 72.9 | 77.6 | 83.1 | 85.8 | |
| 民間保険 | 22.3 | 28.5 | 33.7 | 35.4 | 35.4 | |
| | 他の民間資金 | 2.8 | 4.3 | 5.0 | 5.0 | 3.9 |
| | 政府負担 | 35.3 | 40.1 | 38.9 | 42.7 | 46.5 |
| | 連邦 | 22.9 | 29.0 | 28.4 | 32.5 | 36.8 |
| | 地方 | 12.4 | 11.1 | 10.4 | 10.3 | 9.7 |
| | (メディケア) | 11.6 | 16.8 | 17.5 | 18.9 | 22.8 |
| (メディケイド) | 8.0 | 11.5 | 11.5 | 16.4 | 16.2 | |
| 総計 (①+②) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |

(注) メディケアは連邦政府、メディケイドは連邦・地方両政府の資金による。
出所：CMS (注5), Table 6.

は個人負担の構成比が約14%であるのに対して、第三者支払いは約86%となり、政府負担が全体の約47%つまりおよそ半分を占めるに至っている⁵（図表1）。

第三者を介在させた費用支払いの拡張は、社会全体の医療コストを拡大させる要因として注意が必要である。コスト増大の要因については、議会予算局（CBO）などが(1)高齢化、(2)所得の増加、(3)医療機関による防衛的医療、(4)新技術・新薬利用の普及、(5)第三者を介在させた費用支払いシステムなどを指摘している。中でも保険会社や政府といった第三者が支払いを実行する制度の拡がり、問題視されている。こうした制度のもとで、患者は自身の総費用には無関心になり、これに医療機関による過剰な医療サービスの供給が加わると、非効率かつ高コストの医療が一般化することになるからである⁶。厚生福祉省のデータによれば、対GDPで見た社会全体の医療コストは上昇の一途を辿って、2008年には16.2%に達し、同年の医療コストつまり総支出金額は1990年の約3.3倍となり、とくに連邦を中心とした政府の負担額の増加が著しい⁷。

さらに、保険会社の負担する費用が増大すると、それは保険料価格へ転嫁され、保険料が上昇する。カイザー家族財団らの調査によると、雇用主が提供する医療保険料（家族型）の平均値は、2009年には13,375ドルと1999年における5,791ドルの約2.3倍となっており（年率換算8.7%の上昇）、そのうち被用者が負担する金額も1,543ドルから3,515ドルへと、ほぼ同様のテンポで増加している。こうした保険料の上昇は雇用主提供保険などへの加入を抑制し、無保険者を増大させる。とりわけ小企業における保険提供の縮小が目立ち、同調査によれば従業員3～9人の企業で医療保険を提供する企業の割合は、2002年の58%から09年には46%へと急落している（ボトムは07年の45%）⁸。

ところで、保険制度を中心とした包括的な医療制度改革は重要な政策課題であり続けたものの、どのような改革が望ましいかに関する合意形成が難しく、放置されてきた。それには、民主・共和両党内における政策思想上の勢力変化も影響していた。民主党ではかつての主流であったリベラル派に替わって1980年代以降、穏健派が台頭し、公的医療保障の拡張は最小限にとどめ、民間のシステムつまり雇用主提供保険を重視したアプローチを採るべきだとする論調が強まった。一方、1980年代以降の共和党においては、保守派勢力の拡張が目覚しく、個人の自由と自己責任を謳って革新的な経済的自由主義に沿った制度改革を主張する動きが強まった。こうした状況にあつて、政府、企業、個人いずれを核にした医療保険制度改革へと進むべきか、対立が激しくなった⁹。

クリントン政権下で1994年に、リベラル色の強い医療制度改革の試みが頓挫したこ

とは有名である。クリントン改革案は雇用主と政府による保険費用負担を中心に据えて、国民皆保険をめざすとともに、医療機関の競争促進を軸として支出制限を併用したコスト対策を打ち出した。しかし、この改革案は費用負担の増加を嫌う産業界、規制の拡大や収益の圧迫を懸念する医療関係業界ならびに保険業界、制度の複雑さや既得権益の侵害に対する不安を感じる一般国民といった構図で、多方面から不信感が高まったため、廃案となった¹⁰。

その後、1995年から2006年まで共和党が上下両院の多数派を維持し、保守勢力が相対的に強い状況において、州児童医療保険プログラム（SCHIP: State Children's Health Insurance Program）を除いては1990年代以降、寛容な医療施策は広範な支持を得るには至っていない。SCHIPはメディケイドの受給要件を満たさない低所得世帯の無保険の子供に医療保障を与えるもので、1997年財政均衡法（BBA: Balanced Budget Act of 1997）によって創設され、州政府が幅広い裁量権をもつ¹¹。この制度は貧困世帯の無保険児童に対する公的医療保障であり、その導入や拡張は比較的に超党派的な合意を得やすかった。しかし、2007年10月にブッシュ大統領がSCHIP予算の増額に拒否権を発動するなど¹²、ここでも共和党保守派には政府機能の拡張に対する反対論が根強い。

他方で、リベラルな勢力が穏健化するにつれて、民主・共和両党は保険料負担を納税額から差し引く税額控除を用いた無保険者対策という点で、共通の基盤を見だし始めた。ただし、共和党が個人の自由と自己責任に依拠した斬新な改革を基本とし、税額控除による個人保険購入の促進をもくろむのに対して、民主党は雇用主提供保険を拡張するために税額控除を活用する点で、双方の改革アプローチには依然として大きな差異がある。また、民主党内で政府の役割を重く見るリベラル派と、雇用主提供保険など民間保険を重視する穏健派との路線対立も、解消したわけではない¹³。このように政府、企業、個人のいずれを核にした改革を模索するのかという難題を残したまま、オバマは改革推進へと踏み込んだ。

III. オバマ原案と党派対立

オバマは2009年初、大統領に就任すると即座に、医療制度改革に関する所信を表明した。その柱は保険加入の促進と医療コストの削減であり、まさに「2つの問題」に対応したものだ。加入促進においては国民皆保険をめざして、全国医療保険エクスチェンジ（NHIE: National Health Insurance Exchange）と新しい公的医療プランを創設するとともに、中小企業向けの税額控除、保険料支払いに関する税額控除などによって、保険の提供や加入に関する負担を軽減する措置が示された。コスト削減の方

策としては、医薬品輸入の許可やジェネリック薬使用の拡大、保険市場の競争促進などが挙げられていた。改革コストの財源に関しては、(1)プッシュ減税(2001年から10年までの時限措置)のうち高所得層向け措置の廃止、(2)相続税率の据え置き(2009年水準の維持。プッシュ減税では相続税は廃止予定)によって、500~650億ドルを捻出する見通しが示された¹⁴。そして、同年2月の予算教書では、保険加入の負担を可能なものに抑えることや皆保険制度といった医療制度改革の原則が示されたうえで、包括的改革には不十分としつつも、10年間で6,340億ドルの改革準備基金を設けることとされた。準備基金の財源として、(1)保険会社への過払い削減などメディケアを中心とした政府の医療コストの抑制(3,160億ドル)、(2)高所得者の税控除制限(項目別控除率の引き下げ)による歳入増(3,180億ドル)が充てられていた¹⁵。

オバマ政権は包括的改革の推進に先立って、いくつかの医療施策を実行した。例えば2009年2月上旬、オバマは児童医療保険プログラム再授權法(Children's Health Insurance Program Reauthorization Act)に署名し、新たに約400万人の無保険児童を保険に加入させる資金を確保した。また、2009年米国再生・再投資法(AARA: American Recovery and Reinvestment Act of 2009)には、COBRA(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act。1986年の包括財政調整法)保険(退職後の短期の医療保険維持制度)への補助金によって700万人の失業者の保険加入を維持することや、医療記録のコンピューター化など医療情報技術に190億ドル投資することなどが盛り込まれた¹⁶。

一方、医療制度改革案の検討は、まず議会の委員会では始まったものの、2009年夏の休会前には議論はさほど煮詰まらなかった。例えば、注目された上院の財政委員会は5月に、改革のための財源として3つのオプションを示したが、それはメディケア受給者を中心に、既得権益をもつ国民の不安や反感を高めただけの感があった。3つのオプションは、(1)医療システム上の節約(内容はメディケアの抑制)、(2)医療関連税制の改正(雇用主提供保険、医療貯蓄口座(HSA)などの非課税措置の縮小)、(3)ライフサイクル税の導入(不健康な飲料等への課税強化)であり、メディケアを中心とした支出削減と増税だった¹⁷。

夏の休会中から10月にかけての動きは、先行きに強い影響を及ぼした点で興味深い。まず、2009年夏時点のオバマ案の要点は(1)医療コスト削減、(2)消費者保護、(3)無保険者への保険提供、(4)財政赤字拡大の回避という4点であり、無保険者対策を譲らないうえに、超党派の合意も諦めてはいなかった。こうしたなかで、民主党内のリベラル派(公的保険重視)や財政的保守派(財政秩序重視)に対する説得が、重要な課題とされた。また、高齢者は国民皆保険化の負担がメディケアに回ってくるこ

とを不安視していたが、オバマ政権にはそれに対処する有効な策がなかった¹⁸。

次に、民主党内の状況を見ると、公的保険つまり後に公的プラン（上院財政委員会案）あるいは公的オプション（Public Option。上院案・下院案）と呼ばれるようになった政府運営プログラムへの賛否が、大きく割れていた。ペロシ下院議長などのリベラル派が、このプログラムを改革の中心に据えるべき事項と考えたのに対して、上院財政委員会などの超党派合意推進派は、それを排除した改革案を模索した¹⁹。さらに、穏健派は財政的保守の色彩を見せ、公的プランならびに長期的な財政コストに懸念を示した²⁰。このように民主党が多極化する状況において、リード上院院内総務が公的オプションを採用しつつ州に独自性を与える案を模索するなどの努力を見せた²¹。

他方、(1)リベラル派が強調する政府運営プログラムと、(2)コストの財源つまり増税ならびにメディケア削減という2点には、共和党からの批判が集中した²²。夏の休会中以降、共和党が巧みにメッセージ闘争をリードし、民主党に打撃を与えたことは後述の通り重要だが（VI章参照）、ここでは改革に対する共和党の基本的な考え方を整理しておきたい。共和党案も保険加入者保護（保険会社に対する年間あるいは生涯の便益制限の禁止、発病後の加入取り消しの禁止など）では、民主党の案と共通していた。しかし、以下のように民主党との相違点は多く、民主党側からすれば、共和党案は現状維持にすぎず、医療保険の安定性や安全性の強化にはなっていないということになる。(1)国民に保険加入を要請せず、雇用主に保険提供を求めない。(2)メディケイド拡大や保険購入に関する中・低所得層向けの補助金導入は実施しない。(3)新たな課税はしない。(4)保険会社が既往症に基づいて保険加入を認めないことを、明確には禁止しない²³。

このような情勢のもとで、政府補助制度による無保険者対策は共和党の支持を得ることが不可能であることなどから、超党派的合意は無理であり、政府・民主党が上院では単純過半数によって法案を可決できる財政調整措置（Reconciliation）を選択するのも有力だという見方が、すでに夏の休会中時点で散見された²⁴。なお、上院では通常、議事妨害（フィリバスター）を阻止するには60議員の賛成が必要だが、財政調整措置は予算関連法案を成立させるために、単純過半数の51議員の賛成で法案の可決を可能とする措置である。

IV. 改革案の議決から成立までの曲折

2009年11月になると、ようやく議会在動し出した。まず民主党が圧倒的多数を占める下院で11月上旬、220対215（民主党の反対39）の僅差で医療改革法案が可決された。下院案の要点は、全国ベースの医療保険取引市場（エクスチェンジ）と新しい公

的保険（公的オプションという民間保険と競争する政府運営保険）を創設するとともに、メディケイドの対象を拡大し、保険加入率を96%へと高めることなどであり、メディケアの改正、富裕層への増税、保険会社による保険加入拒否の禁止も盛り込まれた²⁵。

他方、上院では12月下旬になって60対39と、共和党の議事妨害を阻むのにちょうど十分な支持を確保しつつ改革法案が通過し、年明けに下院との調整が実行される見通しになった。上院で可決が遅れたのは、民主党内で(1)公的オプション（政府運営保険）をどうするのか、(2)人工中絶において政府補助つまり連邦予算を使用可能とするかどうか、といった論点で合意が得られなかったことが影響した。結局、上院案は(1)公的オプションを採用しない、(2)審議過程時に比べて、政府の補助金が人工中絶に使用されないようにする規制を強化する条項を最終的につける（当初、法案に反対していた民主党ネルソン議員（ネブラスカ州）説得のため）、といった形で通過した。向こう10年間の改革コストは8,710億ドルで、保険加入率を94%へと引き上げるという見通しが示された²⁶。

2009年末に上院案が可決された時点で、改革が党派的抗争となっていることや、医療業界や医療保険業界のロビー活動が目にあまること、地元配慮型の不公正な政府補助金の獲得（ネブラスカ州の例）などに対する批判は見られたものの²⁷、2010年1月中旬には両院案の一本化は一旦、大詰めを迎えた。しかし、民主党の牙城だったマサチューセッツ州の上院補欠選挙（民主党リベラル派の重鎮ケネディ議員の補欠）で、民主党はまさかの敗北を喫して議席が安定多数の60を割り込んだ。このことによって、改革の仕切り直し論さえ散見されるとともに、改革法案可決のために先述の財政調整措置が活用される可能性が高まった。

ここで上下両院案の要点を確認すると、両院案は(1)差別排除による保険加入の拡大、(2)政府補助による保険購入支援、(3)保険取引市場（エクスチェンジ）の創設（ただし、全国ベースか州ベースかの相違あり）、(4)コスト削減といった点では共通していた。反面、相違点の第一は、先に見たように公的オプションが下院案にあって、上院案にない点だった。第二に、保険加入の拡大に伴って増えるコストの財源の一部を、下院は富裕層への所得税増税に求め、上院は高額保険課税に求めた。第三に、人工中絶の扱いについて、下院が政府補助の適用外という厳しい制限をつけたのに対して、上院は補助対象とすることを可とした²⁸。そして、このような相違点の調整などをめぐって、議論は最終段階へ進んでいった。

最終段階においては、オバマの功績が大きい。とりわけ2月下旬から3月上旬にかけての努力は見事だった。2月22日、オバマは両院案の橋渡しをするための「大統領

提案」(*The President's Proposal*)を公表した。オバマ案には公的オプションがなく、人工中絶に対する連邦補助の制限は抑制的ではない点で上院案を基本としたものだった²⁹、上下両院案と同じく、以下のような特徴があった。

(1)ほとんどの国民に保険加入か、罰金の支払いを要請。(2)それができない者には、政府が所得を基準にした補助金を提供。(3)貧困勤労者のためにメディケイドを拡大。(4)保険会社に新しいエクステンジつまり市場で保険を販売するよう要請(雇用主による保険提供がない者への対策)。大きな特徴は、下院民主党や労働組合の反対する高額保険課税を縮小する一方で、富裕層の不労所得に新税を課す点だった。具体的には、高額保険課税の課税最低限を引き上げ、かつ課税開始時期を先送りして、代わりの財源は富裕層の利子・配当所得など給与以外の所得に対するメディケア税の拡大に求める、というものだった³⁰。このようにオバマ案は改革成立に向けて障害となる事項を調整しようとしたものの、共和党の同意が得られる見通しは立たず、上院では財政調整措置による法案可決が濃厚になった³¹。そして、2月25日にオバマの主宰した「医療保険サミット」(Health Care Summit)で超党派会合が物別れに終わり、オバマは3月3日にはホワイトハウス演説で審議の終結宣言つまり採決要求を行い、財政調整措置の容認を明示した³²。

医療改革法案成立の手続を追跡すると、まず3月21日、下院が2009年12月下旬に上院を通過した改革関連法案(H.R. 3590)を219対212の僅差で可決した。共和党議員は全員反対、民主党の反対者が34名という内訳だった³³。上下両院を通過したこの法案は、オバマが3月23日に署名したことによって成立した。その後3月25日には、23日に成立した法案に(1)個人への保険料補助の拡大、(2)従業員へ医療保険を提供しない雇用主に対する罰金の引き上げといった訂正を加えた修正法案(H.R. 4872)が、上下両院を通過した。この法案は、(1)上院案をそのまま受け入れることを拒む下院民主党への配慮、(2)オバマ案(2月)に基づく追加規定の組み込み、(3)上院における財政調整措置(単純過半数による可決)の活用を目的としていた。同法案に対する共和党議員の賛成はなく、採決は下院220対207、上院56対43(民主党の反対3)という結果だった³⁴。そして3月30日、この修正法案に大統領が署名し、医療改革関連法案はすべて成立した。およそ1年にわたる議論を経た末の決着であり、向こう10年間で約9,400億ドル(図表4参照)を投じて医療保険への原則加入を義務づけ、医療保険エクステンジを創設することなどを柱とする改革が固まった³⁵。

V. 制度改革の概要

ここでは、参考図表をもとに制度改革の概要を見ていく。最終案の形成は、下院が

(図表2) 両院案の比較と最終決定

| | 下院案 | 上院案 | 最終決定 |
|------------------------|---|--|---|
| ①コスト(上段), 財政赤字削減効果(下段) | 8,910億ドル(雇用主・個人の支払いを除く純コスト) 1,380億ドル | 8,750億ドル(カバレッジ要素のコスト) 1,180億ドル | 9,380億ドル(同左) 1,430億ドル(含む教育関連規定) |
| ②政府運営保険 | あり。公的オプションを創設し、保険会社は払い戻し率を政府と交渉。 | なし。公的オプションに代わり、保険会社に州をまたいだ全国保険ポリシーの提供を許可。 | 公的オプションなし。 |
| ③雇用主義務 | あり。家族保険料の65%または支払給与総額に基づいた罰金を支払う。給与総額が50万ドル未満の小企業は免除。 | なし。保険提供義務はないが、従業員50人超の企業で、就業者が新しいエクステンジを通して補助金を得る場合、企業は1人あたり750ドルの罰金を支払う。 | 2014年より、従業員50人超の企業の雇用主は保険提供しない場合や、従業員がエクステンジを通し補助金を受けて保険加入する場合、負担金を支払う。従業員200人超の企業には、自動的に保険提供を要請。 |
| ④エクステンジ | あり。単一の全国規模のエクステンジ。雇用に基づく保険がない者が保険を購入。 | あり。州の管理による50のエクステンジ。 | 2014年1月までに全州が、個人や小企業の保険購入を支援するために、州医療保険エクステンジを創設。 |
| ⑤人工中絶抑制 | あり。公的オプションあるいは補助金が与えられるエクステンジにおけるいかなる民間プランでも適用外。エクステンジは中絶をカバーする別の保険を提供可能。 | あり。新しい保険エクステンジは中絶をカバーするプランを提供できるが、それらを選択する者は、他のサービスへの支払いとは別に、中絶対象保険に対する支払いが必要。 | 厚生福祉省(HHS)長官は、各州のエクステンジが中絶サービスをカバーしないプランを少なくともひとつ提供することを保証する(2014年)。 |
| ⑥メディケイドの拡大 | あり。連邦貧困所得水準の150%未満の世帯(4人家族で33,075ドル)へ拡張。 | あり。連邦貧困所得水準の133%未満の世帯(4人家族で29,327ドル)へ拡張。 | 2014年、連邦貧困所得水準の133%までの世帯に属するすべての個人へと拡張。 |
| ⑦改革の財源 | 大幅なメディケア支出削減と、年取50万ドル超(世帯ベースでは100万ドル超)の納税者に対する追加負担などの新税。 | 大幅なメディケア支出削減と、高額医療保険(4人家族で23,000ドル超)に対する物品税などの新税。年取25万ドル超の夫婦はメディケア税を増税。 | メディケア支出削減。高額医療保険への課税(2018年)、医療関連業界(保険業、薬品製造・輸入業、医療機器製造・輸入業)への課税など。 |
| ⑧メディケア・コスト | 新しいメディケア委員会(独立機関)は創設せず。 | メディケアに関するポリシーとレートを定める、新しいメディケア委員会(独立機関)を創設。 | 2014年1月、新しい独立の諮問委員会(IPAB、大統領の任命)が、メディケア支出抑制に関する議会向け報告書を提示することが可能に。 |
| ⑨政府の補助金 | あり。極めて所得の低い層に対しては、上院案よりも寛大(対所得比の医療保険料水準が相対的に低い)。 | あり。連邦貧困所得水準の250%から400%までの範囲の世帯には、下院案よりも寛大(同左)。 | 2014年、連邦貧困所得水準の133%から400%までの層は、エクステンジを通して保険を購入するための保険料控除、補助金受領を開始。 |

(注) 出所をもとに作成。

- 出所：・“Health-care reform: How the proposals stack up”, *The Washington Post*, <www.washingtonpost.com/wp-srv/special/nation/health/compare-health-plans-2009>, March 25, 2010.
 ・“New Board Will Wield Power, But Will Congress Go Along?”, *CQ Weekly*, April 5, 2010, pp. 826–829.
 ・Joint Committee on Taxation (JCT), *JCX-17-10* (March 20, 2010), <<http://www.jct.gov/publications.html>>, April 7, 2010.
 ・“Side-by-side Comparison of Major Health Care Reform Proposals”, March 24, 2010, The Kaiser Family Foundation *Focus on Health Reform*, p. 40.

〈図表3〉医療制度改革の工程表

| | 無保険者 | 保険会社 | 雇用主 | メディケア受給者 (処方薬便益) | 納税者 |
|-------|--|--|--------------------------------|---|--|
| 2010年 | ・既往症による無保険ならば、ハイリスク・プールを通じて即座に保険加入が可能に。 | ・発病時の加入取消、既往症による子供の加入否認、生涯適用範囲の上限設定を禁止へ。 | ・小規模企業は従業員向け保険購入の税額控除を獲得へ。 | ・ドーナツホールに達した際、250ドルの割戻しを獲得。 (2010年現在、処方薬費用が2,700ドルから6,154ドルまでが該当。) | |
| 2011年 | | ・少なくとも保険料の80%を、医療サービスに費やすことを要請。 | | ・ドーナツホールに陥っている間、ブランド薬を50%割引。 | |
| 2013年 | | | | | ・メディケア税(支払給与税)を引き上げ。高額不労所得者(個人20万ドル超、世帯計25万ドル超)へ課税を拡大。 |
| 2014年 | ・ほとんどの国民が保険に加入か、罰金の支払いへ。 ・連邦貧困所得水準の4倍(現在、年間で約8.8万ドル)以下ならば、世帯は保険購入向けの補助金を獲得へ。 ・個人と小企業は州のエクステンジを通じて保険購入が可能に。 | ・保険販売の拒絶を禁止し、健康上の地位を基礎とした価格設定能力を制限。 | ・従業員が50人超の企業に、保険提供か、罰金支払いを義務化。 | | |
| 2018年 | | | | | ・高額の雇用主提供保険(家族27,500ドル超、個人10,200ドル超)に、40%の物品税を課税。 |
| 2020年 | | | | ・処方薬便益に関する適用ギャップ(ドーナツホール)解消。 | |

(注) 出所をもとに作成。

出所：“Who, What, When? How health care reform will roll out”, *Time*, April 5, 2010, p. 21.

上院案を可決してスタートしたため、〈図表2〉に見られるように最終決定は、上院案に近いものとなった。代表的な決定は(1)公的オプションの不採用、(2)州のエクステンジと雇用主負担(罰金)制度を活用した保険加入の促進、(3)高額保険への課税、(4)独立したメディケア諮問委員会(IPAB: Independent Payment Advisory Board)

の創設などである。

次に、〈図表3〉に示した簡便な工程表からわかるように、改革の完結にはおよそ10年を要する。(1)保険会社との関係において消費者を保護する施策や、(2)小企業に対する保険料の税額控除など、2010年から即座に発効する規定もあるが、とりわけ重要な事項が始動するのは2014年である。例えば、(1)各州のエクステンジの創設、(2)従業員50人超の企業に対する保険提供か罰金(負担金)支払いかの義務化、(3)国民に対する保険加入か罰金支払いかの選択要請などである。このうち、個人への保険

〈図表4〉医療制度改革が財政赤字に与える影響

(単位：10億ドル)

| (財政年度) | 2010 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 2010~19 |
|--------------------|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|---------|
| ①保険加入規定の総コスト | 2 | 5 | 5 | 5 | 54 | 104 | 161 | 187 | 201 | 214 | 938 |
| うち メディケイド・CHIP 支出 | 0 | -1 | -2 | -4 | 29 | 56 | 81 | 87 | 91 | 97 | 434 |
| エクステンジ補助金関連支出 | 0 | 2 | 2 | 2 | 20 | 45 | 77 | 97 | 106 | 113 | 464 |
| 小企業主への税額控除 | 2 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 40 |
| ②歳入規定 | 1 | 2 | 4 | 5 | -5 | -17 | -29 | -33 | -37 | -42 | -150 |
| うち 無保険者罰則 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -2 | -3 | -4 | -4 | -4 | -17 |
| 雇用主罰則 | 0 | 0 | 0 | 0 | -3 | -8 | -10 | -10 | -10 | -11 | -52 |
| 高額保険への物品税 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -12 | -20 | -32 |
| 税取等に関する他の効果 | 1 | 3 | 4 | 5 | -1 | -7 | -15 | -20 | -11 | -7 | -48 |
| ③保険加入規定の純コスト (①+②) | 3 | 7 | 9 | 10 | 49 | 87 | 132 | 154 | 164 | 172 | 788 |
| ④他の支出規定の赤字への純効果 | 3 | 3 | -7 | -28 | -50 | -60 | -70 | -86 | -101 | -116 | -511 |
| ⑤他の歳入規定の赤字への純効果 | - | -9 | -12 | -38 | -50 | -48 | -59 | -65 | -69 | -71 | -420 |
| 財政赤字への純効果 (③+④+⑤) | 6 | 1 | -10 | -56 | -51 | -20 | 3 | 4 | -5 | -15 | -143 |

(注) マイナスは財政赤字減少の効果。財政赤字への純効果-1,430億ドルは、教育関連の寄与分-190億ドルを含む。

CHIP (Children's Health Insurance Program) は子供向け医療保険プログラム。

出所：CBO (注37), Table 1, Table 2, Table 4.

〈図表5〉医療制度改革が無保険者を減少させる効果

(単位：100万人)

| (暦年) | 2010 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 現行法が継続した時の無保険者数 | 50 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 52 | 53 | 53 | 54 |
| 改革による保険加入者の増減 | | | | | | | | | | |
| うち メディケイド・CHIP | - | -1 | -2 | -3 | 10 | 15 | 17 | 16 | 16 | 16 |
| 雇用主提供保険 | - | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | -3 | -3 | -3 | -3 |
| 非グループ保険ほか | - | - | - | - | -2 | -3 | -5 | -5 | -5 | -5 |
| エクステンジ | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 13 | 21 | 23 | 24 | 24 |
| 無保険者の増減 | - | - | -1 | -1 | -19 | -25 | -30 | -31 | -31 | -32 |
| 改革の効果を反映した無保険者数 | 50 | 50 | 50 | 50 | 31 | 26 | 21 | 21 | 22 | 23 |
| 保険加入率 (全人口ベース) | 81% | 82% | 82% | 82% | 89% | 91% | 92% | 92% | 92% | 92% |
| 同 (除く不法移民) | 83% | 83% | 83% | 83% | 91% | 93% | 95% | 95% | 95% | 94% |

(注) 数値は非高齢者。無保険者には不法移民、メディケイド有資格者の未加入者を含む。

出所：CBO (注37), Table 4.

加入義務に関しては、共和党主導のもとで違憲性を争う訴訟が20以上の州で起こったが、その制度改革が覆る可能性は低いと見られている³⁶。なお、改革法案は大枠を決定したもので、具体的な規定は今後、厚生福祉省など担当機関が確定していき、約10年かけて段階的に施行される。

さらに、医療制度改革が財政に与える影響について議会予算局の試算をもとに見ると、2010年度から19年度までの10年間で、連邦財政赤字を1,430億ドル縮小させる効果があるという。保険加入促進のコストは10年間で9,380億ドルであり、保険加入に関わる罰則や高額保険への課税で1,500億ドルの歳入を見込んで、保険加入規定の純コストは7,880億ドルとなっている。これをメディケア抑制などの支出削減で5,110億ドル補うほか、医療関係の製造業や保険業界、病院への増税といった歳入拡大措置で4,200億ドルが捻出される。その結果、改革が財政収支に与える純効果は1,430億ドルの黒字化効果と見込まれている(図表4)。他方で、改革は無保険者を2019年(暦年)には3,200万人縮小させ、保険加入率は94%(除く不法移民)と2010年比で11%ポイント上昇する見通しである³⁷(図表5)。なお、政府の厚生福祉省の試算もほぼ同様であり、保険加入規定の純コストは2010年度から19年度までの10年間で8,280億ドルと見込まれ、2019年(暦年)の無保険者は3,380万人削減されて、保険加入率を10.1%ポイント引き上げる効果があるという³⁸。

VI. オバマ改革に対する評価(1)―原則皆保険と根強い批判

オバマ改革は目標とした完全な国民皆保険とはならず、新しい公的保険は導入されず、オバマの望む超党派合意もなかったが、無保険者の大幅削減という優先事項を「原則皆保険」といった形で、巧みに促進するものとなった。改革は雇用主の役割が大きい点で、基本的には民主党穏健派の路線に沿ったものと言える(II章参照)。そのうえで、雇用主提供保険を中心とした民間保険やメディケア、メディケイドなどの政府保険から漏れる国民に対しては、各州の医療保険エクステンジを通して保険が供給される点では、民主党的なりべラルな発想と共和党的な保守の要素が折衷されている。つまり、政府の介入によって国民の保険加入を促す点は、政府の役割を重視するりべラルな色彩をもつ反面、その役割を連邦ではなく州政府に担わせるのは、地方分権という保守の伝統的規範に合致している。

こうした苦心の跡が見られる改革が、共和党議員のみならず国民の多数派から反対を受けつつ成立したことは、注目に値する。改革論争が白熱した時期や法案成立時における不評はよく知られているが、成立後に改革の概略が広く理解されるようになり、国民が相応に冷静さを取り戻した後も、評判は芳しくない。例えば、2010年5月

上旬から6月上旬にかけて行われたいくつかの世論調査では、平均的に賛成が約40%、反対が50%程度で、いずれも反対が数ポイントから十数ポイント高い傾向が見られた³⁹。

このような世論が形成され、長く維持されている背景として、共和党が巧妙にメッセージ闘争を展開し、民主党に打撃を与えたことは重要である。改革論議が盛り上がった2009年夏以降、共和党は数々のインパクトのある言葉で国民の混乱、疑念、恐れを煽った。医療の「政府による接収」(“government takeover”)、「社会主義化した医療」(“socialized medicine”)、「死の審議会」(“death panels”)⁴⁰が代表例であり、国民に対して既得権益の喪失(とくにメディケア受給者)や改革コストを賄うための増税、政府による支配といった不安を流布した。民主党は1990年代のクリントン改革の挫折から得た教訓として、世論形成にも増して医療関連業界などへの対策を重視した面があるとはいえ、メッセージ闘争では防戦一方となって有効策を打ち出すことはできず、「大きな政府」を批判する共和党の戦略をかわすことができなかった⁴¹。

医療制度改革が成立した2010年3月以降、共和党はオバマならびに民主党に対する批判を一層強め、改革案の「廃止と取り替え」(“repeal and replace”)が早速、秋の中間選挙に向けての新しいスローガンになった。具体的な批判点は、(1)増税、(2)改革コストの過小評価、(3)世論の反対と議会少数派の無視、(4)先に記した医療システムの政府による乗っ取りあるいは社会主義化(保険加入の義務化を含む)といった点に集約できる⁴²。

より一般的な批判を見ると、保険加入促進に関連してプライマリーケア(一次医療。軽い病気の治療や予防)に従事する医師の不足が取りざたされている。もともと低報酬で重労働のプライマリーケア医は人気がなく、国民皆保険化は医師不足の状況を悪化させるという問題があって、長期的にはプライマリーケア医向けの学費支援などが必要である、といった指摘が見られる⁴³。こうした点を含めて2010年4月5日号『タイム』誌は、以下のように要領よく改革に関する留意点をまとめている。(1)改革のコスト戦略が不明確である。高額保険に対する課税や医療の成果報酬制への移行などは効果があがるのか、メディケア支出の抑制は本当に進むのか、疑問は多い。(2)3,200万人も増加する新規の保険加入者への対応、ケアはだれがするのか。改革は訓練プログラムや奨学金の充実などを盛り込むが、医学生が戦力化するには時間がかかる。(3)各州のエクステンジはうまく機能するのか。多くの州で現在、保険会社が独占力をもつ状況で、エクステンジが医療保険プランを十分に供給し、競争を確保することが可能かどうか疑わしい。(4)長期的な注目点は、エクステンジがうまく機能するかどうか、情報テクノロジーによる効率化、コスト削減の効果が十分に表わ

れるかどうかである⁴⁴。

こう見ると、改革に伴う財政コストへの疑念は根強く、医療保険エクステンションの機能に対する不透明さが、無保険者対策はコストを増大させるだけかもしれないという不安を高めているように思える。共和党流に言うならば、保険加入者を大幅に拡大し、大きなコストが納税者へ回る反面、医療インフレには効果が小さい、ということになる。これに対して、オルスザク行政管理予算局（OMB）局長など政府サイドは、(1)先端技術や多くのパイロット計画に関する新機関設立の効果、(2)高額保険に対する物品税の導入、(3)メディケア支払いに関する独立諮問委員会の創設などが、財政に好影響を及ぼすことを指摘している。その中でも、最大のコスト抑制対象であるメディケアの独立諮問委員会立ち上げが、最も強調されている⁴⁵。

そうしたなかで、共和党側はいち早く2006年に州民皆保険制を成立させたマサチューセッツ州の試みを厳しく批判することも忘れていない。例えば、保守系シンクタンクとして著名なケイトー（CATO）は2009年6月の報告書で、マサチューセッツ・モデルの教訓は、コントロール強化が納税者、供給者、消費者に重大な結果をもたらすことだと結論づけつつ、以下のような事柄を指摘している。(1)保険加入者の増加は州政府補助によるもので、個人への加入義務化は効いていない。無保険者は依然として20万人も存在している。(2)マサチューセッツの医療コストは増加し続けており、全国平均よりも大幅である。(3)新しい規制は消費者の選択の自由を制限し、医療コストを引き上げている。(4)医療プログラムの財政が悪化し、政府はa)保険料の上限設定、b)医療機関への払い戻し削減、c)割り当て付きの包括予算化の可能性といった構想をもっている。(5)需要増加の一方で供給が抑制され、診療待ちの期間が長期化している⁴⁶。

Ⅶ. オバマ改革に対する評価(2)ーカバレッジ重視の論理性

それでもなおオバマと民主党主流派が医療制度改革とりわけ保険改革に固執した理由は、改革が流産に終わるよりも何らかの成果を残すのが得策であるといった政治的な思惑ばかりでなく、共和党保守派流の市場至上主義の行き過ぎを修正しようとする意図があったからだと考えられる。

議会における改革論議の焦点は、(1)保険加入（カバレッジ）、(2)コストおよび支出、(3)質という3点だった⁴⁷。このうち、オバマはカバレッジにこだわった。およそ10年間を経て完結する改革において、供給される医療の質がどの程度改善するか、コストの抑制が目論見通りに進むかどうかは、将来の具体的な施策しだいであり、自ずとカバレッジが強調点になったという事情もあろう。しかし、共和党が個人への保

険加入義務とその不履行に対する罰則を、とくに強烈に批判したのに対して、オバマはあえてカバレッジを強調し、医療の効率と分配の重要性という観点から敢然と立ち向かった。

議会におけるカバレッジ論争の主要な点は、(1)皆保険は重要か、(2)個人への命令はあるべきか、(3)どのような所得層が自己負担で加入すべきか、(4)公的な補助による保険は、最低便益やコストシェア基準を満たすべきか、といった点であった⁴⁸。これに対して今般のオバマ改革は、次のような回答を示した。皆保険はきわめて重要であり、それに近づけるために個人への保険加入義務（または罰金支払い義務）を課す。自己負担による保険加入は、連邦貧困所得水準の4倍超の収入がある階層に要請し、それよりも下位の所得層には政府補助を提供する。そして、最後の論点に関しては、エクステンジが州ごとに形成され、その機能に関する具体的な規定が明らかでないため、明確な答はまだないものの、エクステンジで取引される保険に一定の適正な標準が要請されるのは確実であろう。それはオバマ改革の要点のひとつに、消費者保護の強化があることから十分に推量できる。

他方、罰則を併用した保険加入の義務化は、それが「市場の失敗」を修復し、医療市場の効率性を改善するという論理に基づいている。2010年の『大統領経済報告』（経済白書）は医療保険に関する「市場の失敗」に言及し、経済理論上(1)逆選択、(2)モラル・ハザード、(3)サマリア人のジレンマ、(4)保険の不完備契約という4つの障害によって医療供給の効率性が阻害されていることを論じている。このうち、逆選択(adverse selection)とサマリア人のジレンマ(Samaritan's dilemma)は、最大多数を医療保険へ導くことが国民の医療へのアクセスと医療市場の効率性を向上させ、保険料費用を抑制する点で、国民の福利を高めることを含意している⁴⁹。

『大統領経済報告』によれば、逆選択とは、保険会社が医療保険加入希望者の健康上のリスクが高いか低いかを完全に判断できないなど、市場における供給者と需要者との間に情報の非対称性が生じることをさし、具体的には健康な人々が医療保険に加入しないことから発生する保険料の上昇が、保険離れに拍車をかけて、健全で効率的な保険市場が成立しない問題と関連している。一般に保険料は当該集団における平均的個人を基準にして決定されるが、平均的個人よりも多額の支出をしようとする者つまり不健康な者がその保険に不均衡に多く加入する場合、保険会社は損失をこうむる。そうなると、その保険は保険料を引き上げるか、あるいは市場から消えていく。巨大な保険市場を想定し、補助金支給による保険加入の促進と保険購入の義務化を併用すれば、こうした逆選択の問題に対処することが可能になる⁵⁰。

一方、サマリア人のジレンマは、善意の支援など救済が望ましくない結果を生むこ

とをさしており、無保険者あるいは費用負担能力のない者に治療を施したいと社会が願うときに、このジレンマが発生する。無保険者や費用負担能力のない者であっても救急医療など治療を受けることができ、彼らがそれを知っていれば、意図的に無保険者であることを選択しうる。彼らの医療費は、最終的には支払能力のある人々に転嫁される。したがって、逆選択の視点からは、保険加入率の低さが保険料の高騰など医療市場の不効率をもたらし、サムリア人のジレンマの観点からすると、莫大な数の無保険者つまりフリーライダーの存在が効率性を損なう⁵¹。こう見ると、国民に原則として保険加入を義務づけ、それに応じない場合には罰金を課して加入者を最大化することは、理にかなった選択と言える。

こうしたオバマ政権下の医療制度改革は、アメリカ国民の将来に重要な意味をもつ。それは産業界や恵まれた階層の利益を重視するあまり、相対的に軽んじられてきた一般国民の「共通の利益」を修復する意味があるからである。医療は言わば必需的支出、医療保険は共通のセーフティネットであり、人間が幸福を追求する権利や生存する権利とも深く関係している。ところが、現代のアメリカは個人の自由と責任ならびに市場を重視するという保守の名文のもとに、こうした「共通の価値」を産業界の経済的利益に劣後させ、先進国では唯一、国民皆保険の原則をもたない国として存続してきた。

アメリカ医療の現況は確実に不効率な様相を呈しており、他の先進国とは異質である。恵まれた階層が十分すぎるほどの量と質を消費する一方で、低所得勤労者層などは必要最低限の医療を受けることさえままならない。分配面で無保険者つまり通常の見診が困難な国民が多数存在するにもかかわらず、コスト面では国民1人あたりの医療コストが他国に比べて圧倒的に高いなど、際立った特徴が見られる。さらに、質の面では他の先進国との比較で、アメリカの乳幼児死亡率は非常に高いうえ、予防可能死亡率（有効な医療を施せなかったために死亡した者の割合）の高さなどを背景として、平均寿命が相対的に短い。こうした状況は、アメリカが質を犠牲にすることなく医療の支出を減らせることを含意している点で、現状のアメリカ医療の不効率性を示している⁵²。

先に見たように改革論議の焦点は(1)カバレッジ、(2)コスト（支出）、(3)質の3点であり、(1)医療の保障が可能な限り多くの国民に行きわたること、(2)十分な量の医療を国民に保障ならびに供給するための費用、(3)供給される医療の質という3つの要素が、注目すべき要点である。このことからしても、医療の効率性を分配状況・量（供給量）・質という3つの観点から判断することは、的外れではあるまい。

ところが、経済を観察し評価する保守派の視点は、言うまでもなく成長重視であ

る。そこでの効率性判断の注目点は、生産性つまり量、あるいはせいぜい量と質の2つである。確かにこうした評価は、一般の財・サービスに関しては妥当する見方かもしれない。しかし、少なくとも不可欠なセーフティネットたる医療に関しては、そこに分配状況つまり拡がりの程度という視点を加えて、効率性を判断することが必要だろう。オバマの発想は、適切な医療を受ける機会の保障など共通のセーフティネットの構築を「共通の利益」と認識し、それを育むにはどうしたらよいかというものであり、市場に委ねるのでは効率的配分が達成されない医療に関しては、自ずと政府の果たすべき役割があるという考え方であろう。だからこそ、医療制度改革においてカバレッジの拡大という分配状況の改善が最も重視されたと考えられる。

おそらくそうした思考の背景にあるのは、ロバート・ライシュ（クリントン政権の労働長官）が1990年代初めに鋭く指摘した「政府か市場か」という議論の仕方の不毛さであり、両者の組み合わせの重要性である。オバマは医療の効率的分配に見られるように、社会的正義は経済成長のために犠牲にされなければならないのではなく、むしろ経済的繁栄を維持していくために不可欠であるという立場を採り、クリントン政権と同様に、政府対市場という二分論を避けて構造的問題に関与することを当然視する点では、ライシュやクリントンと同じくいわゆるネオ・リベラルの色彩を見ることが出来る。なお、ネオ・リベラルは伝統的なリベラリズム（リベラル派）を批判して保守主義を信奉するに至った新保守主義者（ネオコン）と対照的に、リベラリズムの目標を掲げてその修正を試みたグループである⁵³。

他方で当然ながら、オバマ改革には残された課題も多い。コスト戦略は2014年に動き出すメディケアの独立諮問委員会の行方が鍵を握るなど、将来の財政見通しは立てにくく、節約の下振れやコストの上振れといった可能性をはらむ。医療の質の保証は各州のエクステンジに委ねられる面があり、これも2014年以後の展開に左右される。先に記した通り医療改革法案は大枠を決定したもので、細則は厚生福祉省などが漸進的に確定することになり、2010年から10年近くかけて段階的に施行される。そのため、原則皆保険化の推進は明確であるものの、今後、政府がどのような改革に着手し、コスト削減や質の向上に取り組むのか、まだ不透明な部分が多い。

VIII. おわりに

筆者は、オバマが「粘れ」（“Stick with it.”）という言葉が好きと聞いたことがある。彼は根気強い粘りによって、歴史に名を残した。1930年代にフランクリン・ローズヴェルトが検討して以来まだ実現していない国民皆保険へ向けて⁵⁴、少なくとも道筋をつけたことは確かだからである。そればかりでなく、オバマ政権は2010年7月、

医療制度改革に続く内政上の重要な成果として金融規制強化法案を成立に導き、金融自由化の流れを約80年振りに転換させた。この2つの改革は、経済的自由を信奉する共和党保守派に対して、軽視できない歴史的な打撃を与えたと言える。

しかし、そのことは現代アメリカの比較的にリベラルな勢力が保守勢力に対して優位に立ったことを意味するわけではない。それは医療制度改革が国民の多数派の支持を得て実現したわけではないことや、医療制度や金融規制の改変などを経てオバマの支持率が低下したことなどからも、容易に推察される。重要な点は、ブッシュ（2世）政権下の経済政策に典型的に見られた現代保守流の経済的自由主義すなわち新自由主義の行き過ぎに、調整が加えられた点である。言い換えれば、保守・リベラルの両極端の間で、その折々で望ましいと認識されるシステムや政策が選択されるといった形で、政策決定におけるダイナミズムが機能し続けていることである。今回のオバマ改革とて、近い将来、大幅な修正が加えられる可能性は否定できない。注目すべき岐路はもちろん、2012年におけるオバマ再選の可否であろう。（2010年9月記）

（追記）2010年11月の中間選挙で、予想されていたとはいえ民主党は大敗を喫し、共和党が下院の多数派を奪還して（242対193）、37議席が改選となった上院では、勢力がほぼ拮抗するにいたった（民主党53対共和党47）。共和党は医療制度改革の全面的な見直しを主張しているものの、上院可決と大統領拒否権がネックとなり、少なくとも当面はその修正は難しいと見られる。

注

- 1 White House, “The Costs of Inaction – the Urgent Need for Health Reform”, *Reports on Health Reform*, Online Series on Health Reform, <<http://www.health.gov/reports/index.html>>, August 24, 2009.
- 2 バラク・オバマ, 棚橋志行訳『チェンジ』（ダイヤモンド社, 2009）, 25頁。
- 3 U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, 2010*, Table C-1.
- 4 長谷川千春『アメリカの医療保障』（昭和堂, 2010）, 154–156頁, 161頁, 206頁。
- 5 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), U.S. Department of Health and Human Services (HHS), *NHE tables*, Table6, <<http://www.cms.gov/National Health Expand Data/downloads/table.pdf>>, May 17, 2010.
- 6 坂井誠『現代アメリカの経済政策と格差』（日本評論社, 2007）, 119–120頁。
- 7 CMS, op. cit., Table1.
- 8 The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *Employer Health Benefits 2009 Annual Survey* (The Henry J. Keiser Family Foundation, 2009), p.1, p.5.

- 9 杉田米行編『日米の医療—制度と倫理—』（大阪大学出版会，2008），98–99頁。
- 10 坂井，前掲書，121–123頁。なお，改革に反対する医療保険業界が，“Harry and Louise”（「ハリーとルイズ」）という夫婦の会話を使ったテレビ広告によって効果的なネガティブ・キャンペーンを展開し，改革への世論を打ち砕いたことがよく知られている。
- 11 長谷川，前掲書，43–44頁。
- 12 杉田編，前掲書，121頁。
- 13 同書，119頁，122–123頁。
- 14 White House, HEALTH CARE, *THE AGENDA*, <http://www.whitehouse.gov/agenda/health_care>, March 9, 2009.
- 15 OMB, “Transforming and Modernizing America’s Health Care System”, *President Obama’s 2010 Budget*, <http://www.whitehouse.gov/omb/fy2010_key_healthcare/?print=1>, August 24, 2009.
- 16 White House, “The President’s Plan”, *HEALTH CARE*, <http://www.whitehouse.gov/issues/health_care>, October 19, 2009.
- 17 Committee on Finance, United States Senate, “Baucus, Grassley Release Policy Options for Financing Comprehensive Health Care Reform”, *News Release*, May 18, 2009.
- 18 Jeff Zeleny and Carl Hulse, “Obama Insists Health Plan Will Pass”, *The New York Times*, August 21, 2009. Kevin Sack, “Where Elderly Back Obama, Health Bill Anxiety”, *The New York Times*, August 21, 2009.
- 19 Zeleny and Hulse, op. cit. David M. Herszenhorn and Robert Pear, “Democrats Divided Over Reid Proposal for Public Option”, *The New York Times*, October 28, 2009.
- 20 Marilyn Werber Serafini and Bara Vaida, “Eight Key Hurdles”, *National Journal*, November 21, 2009, p.37.
- 21 Alexis Simendinger, “Harry Reid’s Biggest Test”, *National Journal*, November 21, 2009, pp.22–28.
- 22 Zeleny and Hulse, op. cit. Herszenhorn and Pear, op. cit. Michael D. Shear and Ceci Connolly, “Debate’s Path Caught Obama by Surprise”, *The Washington Post*, August 19, 2009. Michael Tanner and Chris Edwards, “Will Obama Raise Middle-Class Taxes to Fund Health Care?”, *CATO Institute Tax & Budget Bulletin*, No.57, June 2009.
- 23 Robert Pear and David M. Herszenhorn, “G.O.P. Counters With a Health Plan of Its Own”, *The New York Times*, November 4, 2009.
- 24 Robert Pear, “Senate Democrats Consider Tactic to Push Through Government Health Plan”, *The New York Times*, August 24, 2009.
- 25 御調昌邦「米医療改革，下院が可決」，日本経済新聞（夕刊）2009年11月9日。
- 26 伊藤宏，望月洋嗣「米，医療保険改革へ前進」，朝日新聞（朝刊）2009年12月25日。山田良平「ヘルスケア法案審議に翻弄された歳出予算，年末に成立」，日本貿易振興機構 *American New Policy* 5915, 2010年1月6日，3–4頁。
- 27 “It hasn’t been pretty”, *The Economist*, January 16, 2010, pp.31–32.
- 28 “The home stretch”, *The Economist*, January 2, 2010, p.30.
- 29 Sheryl Gay Stolberg and David M. Herszenhorn, “Obama’s Health Bill Plan Largely Follows Senate

- Version”, *The New York Times*, February 23, 2010. 人工中絶に関して、上院案には連邦補助のある保険を購入する者に、保険会社が人工中絶のカバレッジを提供することを禁止する修正条項 (“Stupak amendment”) が含まれていなかった。
- ³⁰ Alec MacGillis and Amy Goldstein, “Obama offers new health-care reform proposal”, *The Washington Post*, February 23, 2010.
- ³¹ Ibid. “Seizing the reins, at long last”, *The Economist*, February 27, 2010, pp.37–38.
- ³² 古本陽荘「共和党に最後通告」, 毎日新聞 (夕刊) 2010年3月4日。
- ³³ 伊藤宏「米医療保険改革成立へ」, 朝日新聞 (朝刊) 2010年3月23日。岩田伸弘「米医療保険法案成立へ」, 東京新聞 (朝刊) 2010年3月23日。
- ³⁴ David M. Herszenhorn and Robert Pear, “Final Votes in Congress Cap Battle on Health Bill”, *The New York Times*, March 26, 2010. 水田豊「医療保険改革関連法がすべて成立～企業は負担の増大を懸念～」, 日本貿易振興機構 *American New Policy* 5980, 2010年3月31日, 1頁。
- ³⁵ 御調昌邦「医療改革法が最終決着」, 日本経済新聞 (夕刊) 2010年3月31日。古本陽荘「米保険制度改革 整備手続き終了」, 毎日新聞 (夕刊) 2010年3月31日。
- ³⁶ “A second opinion”, *The Economist*, May 22, 2010, pp.38–39. N. C. Aizenman, “Health-care overhaul is up against long campaign across U. S.”, *The Washington Post*, May 12, 2010.
- ³⁷ Douglas W. Elmendorf, Director, “H.R.4872 Reconciliation Act of 2010”, *CBO Letters*, March 20, 2010, Table1, Table2, Table4.
- ³⁸ Richard S. Foster, *Estimated Financial Effects of the “Patient Protection and Affordable Care Act” as Amended*, Department of Health & Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), April 22, 2010, pp.1–4, Table1, Table2.
- ³⁹ 重富征雄「逆風にさらされる医療保険改革法案～法案成立後100日間の動きを追う～」, 日本貿易振興機構 *American New Policy* 6036, 2010年6月14日, 2頁。
- ⁴⁰ 2009年8月にペイリン・アラスカ州知事が、オバマ改革案あるいは民主党案は私の家族を「死の審議会」(death panel) に呼び出して、社会的な生産性を判断して医療保険の支出が必要かどうかを宣告する仕組みだ (彼女にはダウン症の子が存在), と非難したのが有名である。
- ⁴¹ Alex Wayne and Drew Armstrong, “A Policy Fight Fraught With Politics”, *CQ Weekly*, March 8, 2010, 554–560.
- ⁴² Ibid. David M. Herszenhorn and Robert Pear (March 26, 2010), op. cit. “Dems victorious in final health bill ‘fixes’ vote”, *The Associated Press*, March 26, 2010, <http://msnbc.msn.com/id/36016267/ns/politics-health_care_reform/print/1/displaymode/1098>, April 7, 2010. Laura Litvan, et al., “Senate Approves Final Changes to Health-Care Overhaul (Update2)”, *Bloomberg*, March 25, 2010, <<http://www.businessweek.com/news/2010-03-25>>, April 7, 2010.
- ⁴³ Jason Plautz, “Is There a Doctor in the House?”, *National Journal*, November 21, 2009, pp.38–39.
- ⁴⁴ Karen Tumulty and Kate Picket with Alice Park, “America, The Doctor Will See You Now”, *Time*, April 5, 2010, pp.18–26.
- ⁴⁵ “Signed, sealed, delivered”, *The Economist*, March 27, 2010, pp.35–36.

- ⁴⁶ Michael Tanner, “Massachusetts Miracle or Massachusetts Miserable”, CATO Institute *Briefing Papers*, No.112, June 9, 2009, p.1.
- ⁴⁷ Bernadette Fernandez et al., “Health Care Reform: An Introduction”, *CRS Report for Congress*, August 31, 2009, pp.1-7.
- ⁴⁸ Ibid.
- ⁴⁹ 大統領経済諮問委員会, 萩原伸次郎監訳『2010米国経済白書』(毎日新聞社, 2010), 174-177頁。
- ⁵⁰ 同書, 175頁。坂井誠「医療制度改革に見るブッシュ政策の特徴—2003年メディケア改革を題材として—」, 恵泉女学園大学『人文学部紀要』第17号(2005), 36頁。
- ⁵¹ 大統領経済諮問委員会, 前掲書, 176頁。
- ⁵² 同書, 178-179頁。国連は, 2005年から10年までのアメリカの乳幼児死亡率は6.3人(1,000人当たり)で5歳未満児の死亡率同様, G7諸国のどこよりも高いと見込んでおり, OECDの推計では, 2006年のアメリカの平均寿命は78.1歳で, 他のG7諸国の平均値80.7歳に比べて短い。
- ⁵³ 佐々木毅『アメリカの保守とリベラル』(講談社, 1993), 95頁, 119頁, 201頁, 235頁。
- ⁵⁴ 1912年にセオドア・ローズヴェルトが革新党を結成して大統領選に出馬した際の公約を, 国民皆保険構想の先駆けと見る向きもあるが, この公約は労働者向けの公的医療保険だったようである(杉田編, 前掲書, 30頁)。