

メディケア改革の動向（ ） ——幻となったメディケア改革委員会最終報告——

Vol. 4, No. 50 June 30, 1999
Health and Welfare Department
伊原和人 (Kazuhiro Ihara)
天池麻由美 (Mayumi Amaike)

6月29日、クリントン大統領は、メディケアについて、今後15年間にわたって財政黒字で生じた財源を投入すること等によって新たに外来処方薬に関する給付を追加することなどを盛り込んだ改革案を発表した。

メディケアについては、当面の財政の立て直しを図った1997年の均衡予算法の成立以降、ベビーブーマーの高齢化が本格化する2010年以降をターゲットとして、中長期的な制度改革が検討されてきたが、メディケア改革委員会の提案（3月）、そして、今回、大統領案が示されたことにより、ほぼ論議の対象となる改革案が出揃ったことになる。

しかし、近年の好景気を背景としてメディケアの収支が大きく改善していること、保険料補助方式を採用することによりメディケアの民営化を進めようとする改革委員会の提案（共和党内に支持者が多い）と財政黒字を活用して薬剤給付を実現しようとする大統領案（民主党内に支持者が多い）の間には大きな隔たりがあり、これを来年の大統領選挙の一大争点にしようとする動き（特に民主党サイド）も見られることなどから、大統領選挙・議会選挙が行われる来年までの間に、議論が収束し、制度改革が行われると見る向きは少ない。

とは言え、35年近くにわたって本格的な制度改革が行われなかったメディケアにおいて、今般、民主・共和両党から構造改革ともいえるような大きな改革案が示されたことは、今後のメディケアの行方を考える上で大変に興味深い。

そこで、2回にわけて最近のメディケア改革をめぐる動向をレポートする。その第1回は、両党議員、そして有識者によって構成された超党派のメディケア改革委員会での論議とその提案が幻の最終報告に終わってしまうまでの顛末である。

1 メディケア改革委員会設置の背景 ベビーブーマーの高齢化を背景に、中長期的な財政安定化策が必要

1997年8月に成立した均衡予算法はメディケアの費用抑制を主眼とするものであったが¹、その審議の際にはあわせて、メディケア支給開始年齢の65歳から67歳への引き上げ、高齢者自身が負担するパートB部分の保険料（現行一律定額）の所得段階別定額制への変更、在宅ケアに対する一部負担の導入（1回の訪問につき5ドル）など大きな制度改革案も提案された。これらはいずれも激しい議論の対象となったが、最終的には今後の検討事項として先送りされた。

しかし、均衡予算法に基づくメディケア改革を実施しても病院保険信託基金（パートA）の破産防止効果は、2007年までの限定されたものと予想されたこと、また、2010年以降、ベビーブーマーがメディケアの受給資格を得ることによって一層の支出増が見込まれていたことなどから、中長期的な財政安定化策が必要であることに変わりはなく、均衡予算法では、メディケアの財政安定に向けた長期的な対応策を検討するために17人の民主・共和両党の議員等からなる委員会を設置し、1999年春までに結論を出すこととされた。

同委員会では、以下の項目に関して最終報告をまとめ、大統領と議会に報告することとされており、最終報告のとりまとめに当たっては、17名のメンバーのうち、最低11名の絶対多数の賛成が必要とされていた。

- （1）メディケアの長期的な財政状況を見通し、分析すること
- （2）パートA、パートBそれぞれについて、ベビーブーマー世代が高齢化することによって生じる財政上の問題を特定し、その解決策を提案すること
- （3）「メディケアの適切な財政構造」と「給付と加入者自身が負担する保険料との適切なバランス」について提案すること
- （4）卒後教育の費用負担に関し、メディケアが果たすべき役割について整理すること
- （5）62歳以上65歳未満の高齢者にメディケアの任意加入を認めることの実現可能性について検討すること（現行の給付開始年齢は65歳）
- （6）近年の疾病構造の変化やマネジドケアの普及といったヘルスケア分野の変化がメディケアに及ぼす影響について検討すること

¹ 均衡予算法の概要については、The America Report Vol.4 No.2「均衡予算法下における医療・福祉制度改革の動向」を参照。

2 委員会の構成 委員長は共和党穏健派に近いブロー上院議員（民主党）

委員会の構成は、大統領の指名枠 4 人、上院共和党の枠が 4 名、上院民主党の枠が 2 名、下院共和党の枠が 4 名、下院民主党の枠が 2 名、そして、大統領、上院院内総務(共和党)及び下院議長が共同して指名する委員長 1 名の 17 名であった。委員長の人選は、両党間の駆け引きもあって難航し、1998 年 1 月になってようやく、民主党員ながら長年にわたり社会保障制度の費用抑制に関して比較的柔軟な立場をとっており共和党にも受けがよい John BreauX（ジョン・ブロー）上院議員が選任された。

3 ブロー委員長の提案 メディケアの民営化：保険料補助方式への転換

1999 年に入って、ブロー委員長は、それまでの 1 年にわたる論議を踏まえて、自らメディケア改革に関する提案をまとめた。その概要は以下のとおり。

(1) 連邦医療保険財政庁（HCFA）が直接、給付を行っている現行制度を、民間医療保険購入のための保険料補助制度へと転換（メディケアの民営化）

現在、メディケア受給者の大半は、連邦医療保険財政庁（HCFA）が運営する出来高払いを基本とする制度に基づいて給付を受けている。近年、The America Report Vol.4 No.49「メディケアとマネジドケア」でもレポートしたように、均衡予算法によって制度化されたメディケア・チョイス・プログラムに基づいて、メディケア HMO などに加入する者が増えてはいるが、未だ少数派である。

こうした状況の中で、医療費抑制に効果があるといわれるマネジドケアの手法を、高齢者医療の分野でも、広範に普及させることにより、医療費の抑制を図るとともに、

民間保険者を最大限活用することにより、HCFA のメディケアへの直接的な関与を最低限にすることを目的として、現行制度を廃止し、民間医療保険購入のための保険料補助制度へと転換すること（メディケアの民営化）が提案された。

ブロー案では、メディケア加入者は、新制度の下、HCFA が運営する出来高払いのプランか、民間保険者が提供するその他の保険プランを自由に選択することとされ、政府は、各加入者がこうした保険プランに対して負担する保険料の全額又は一部を補助することとされている。近年、米国では、福祉や教育の分野でこうしたバウチャーないしはクーポン方式の政策が採用される傾向があるが、このメディケアにおける保険料補助方式もその延長上に位置付けられるものといえる。

現行のメディケアでは、HCFA がメディケア運営の中心的な存在であり、給付内容、報酬支払など関連する基本的なルールの設定から具体的な事務の運営まですべてを担っているが、新制度では、HCFA は、従来の出来高払いを基本とする保険プランの給付の

実務にのみ責任を持つこととなり（つまり HCFA は出来高払いの給付のみを実施する一保険者という存在となる）、メディケア制度に関する基本的なルールは、Medicare Board と呼ばれる委員会が設定することとされている。Medicare Board は、新しいメディケアの基本的なルールを設定するほか、従来型の給付を行う HCFA やその他のプランを取り扱う民間保険者と、それぞれの給付や保険料水準などについて交渉することとなる。

また、ブロー案では、HCFA が提供する出来高払いのプランを含め、すべてのプランが、法律で定められた標準的な給付²を提供するとともに、それぞれの保険者の判断によって付加給付を行うことができるとされている。

（ 2 ） 各加入者が負担する保険料は、標準的な給付に相当する費用の約 12%

現在、パート B に加入している高齢者は、パート B の給付総額の 25% に相当する額を加入者総数で頭割りした額の保険料を負担しているが（現在 45.50 ドル）、ブロー案では、後述するようにパート A とパート B が統合されることから、新制度における標準的な給付に相当する費用の 12%（全ての保険プランの実績を加重平均して算出）を保険料として負担することとされた。ただし、高齢者が実際に選択した保険プランの保険料相当額が、全保険プランの保険料相当額の加重平均値の 85% を下回る際には、その高齢者はその保険料を支払う必要がないこととされた。つまり、コストの低い低額な保険プランに高齢者を誘導することにより、各保険プラン間での費用抑制競争を促進しようとするものである。

なお、各保険プランが追加的な給付を行おうとする際には、追加的な保険料の負担を求めることができるが、あらかじめ Medicare Board と交渉しその了解を得る必要がある。

² 現行制度における給付レベルが想定されている。

(保険料負担のモデル例)

前提 : 全米加重平均保険料(全保険プランの標準的な給付に相当する費用の12%相当分を加重平均して算出した額)を年5,700ドルと仮定

: 全米加重平均保険料の85%を下回る水準の保険プランに加入している者に対しては保険料負担を免除(全額、メディケアが負担)

: 全米加重平均保険料の85%を上回り、100%を下回る水準の保険プランの場合には、85%を超える部分につき、加入者:メディケア 3:1の比で負担する。

: 全米加重平均保険料を超える部分は全額加入者負担

保険料総額	対:全米加重平均保険料比率	メディケア負担額	加入者負担額	加入者負担割合
\$4,800	84%	\$4,800	\$0	0%
\$5,300	93%	\$4,910	\$390	7%
\$5,700	100%	\$4,998	\$702	12%
\$6,000	105%	\$4,998	\$1,002	17%

(3) 外来処方薬の給付は、特約として提供(追加的に生じる保険料は加入者が自己負担)

近年の新薬ラッシュ等を背景として米国の薬剤費は急上昇を続けているが、その影響を最も受けているのは高齢者である。

メディケアでは外来処方薬が給付対象外となっているため、メディケアに加入する高齢者の中には、自ら Medigap と呼ばれる補足的医療保険を購入したり、メディケア HMO 等のマネジドケア商品を購入して薬剤給付を受けている者もいるが、議会予算局 (Congressional Budget Office) の調査によれば、高齢者の約 35% に当たる約 1,300 万人は、薬剤給付がゼロないしはわずかしかなければならずとされている。

その結果、家計における保険料を除く医療費支出に占める薬剤費負担の割合は、65 歳以上の高齢者の場合、およそ約 3 分の 1 を占めるに至っており、続々と登場する高価な新薬の購入費用の負担に悩まされる高齢者も多い。一方、現役世代の方は、薬剤給付の拡大に比較的寛大であったマネジドケアが普及するに伴って、その自己負担比率は大幅に下がりつつあり、高齢者との格差が拡大している。

高齢者にとって厳しい状況が続く一方で、9 年目を迎えた史上希に見る好景気を背景に、連邦政府は 1969 年以来 29 年ぶりに財政黒字を達成したこともあって、メディケア改革の政策オプションの幅も広がりを見せ、メディケア改革委員会の議論の中でも、外来処方薬の給付の創設が真剣に検討された。また、1999 年 1 月に行われた 99 年度の施政方針を示す一般教書演説の中で、クリントン大統領が「高齢者からのニーズが最も高まっているのは、手ごろな値段で入手できる医療用医薬品である。」として、外来処方薬の給付の制度化について、委員会の報告がまとまる前に方針を打ち上げたことも委員会の審議に大きな影響を与えた。³

こうした状況の中で、今回のブロー提案でその取扱いがどうなるかが注目されたが、結局、外来処方薬を全加入者にもれなく提供することはコストがかかりすぎるとの懸念から断念し、すべての保険プランは、各加入者に対し、外来処方薬の給付を行うことを内容とする特約を提供しなくてはならないとした。ただし、これはあくまでも特約であり、外来処方薬の給付を受けようとする者は、その給付に充当するための追加的な保険料を負担しなくてはならない。なお、現在でもメディケイドにおいて外来処方薬の給付

³ メディケアにおける薬剤給付の創設については、過去何度も提案され、いずれも財政負担の増加を危惧する共和党議員や政府による医薬品価格への介入を懸念する製薬企業側の強い反発もあって、実現していない。今回の薬剤給付創設をめぐる動きは、高齢者の薬剤費負担の上昇、29 年ぶりの財政黒字の存在といった新たな事情が生じていると言う点で従前と異なり、民主党サイド、そして全米退職者協会 (AARP) 等の高齢者団体の期待感も高まっているが、一方、共和党サイド、そして製薬企業サイドは消極的である。ただし、製薬企業サイドは、今回、頭から反対という姿勢を採らず、政府による価格コントロールを招かない形で、民間保険を活用した仕組みであれば反対しないという立場を打ち出すなど、従前とは異なった比較的柔軟な対応をとっている。

を受けることが可能な貧困水準 135%未満の高齢者層⁴に対しては、追加的保険料相当分を補助することによって、外来処方薬をカバーするとしている。

(4) メディケア支給開始年齢の 67 歳への引き上げ (同時に任意加入制度を創設)

ブロー案では、メディケアの支給開始年齢を、公的年金 (Social Security) に合わせるべきだとし、段階的に現行の 65 歳から 67 歳に引き上げるべきとした。また、同時に、要介護であるために特に医療が必要な場合など対象者を限定した上で、67 歳未満であっても、任意加入をみとめるとしている。ただし、任意加入の場合には、一切の保険料を加入者が負担しなくてはならない。

(5) パート A とパート B の統合

医師の診療費に関する給付については、メディケア発足当初より、政府の介入を嫌って公的医療保険制度の創設に反対していた米国医師会に配慮して、入院費 (パート A) とは別建て (パート B) とされ、高齢者自身が保険料を負担する任意加入制が基本とされている。しかし、今日、大多数の高齢者はパート B に加入し、給付を受けており、事実上、パート A とパート B の区別は財源構成が異なることを除くと、有名無実化している。

そこで、ブロー案では、両者を統合し、免責額など給付条件を統一化するほか⁵、パート A とパート B で異なっている財源構成を一本化し、メディケアに充当される社会保障税、一般財源、加入者保険料の割合を明確化し、メディケアの財政状況がより正確に把握できる仕組みとするとした。なお、この提案では、一般財源の負担割合を総費用の 40% に制限するとしている。

短期的には、こうした統合を行うことにより、財政状況の厳しいパート A 部分が、比較的財政状況の良いパート B によって救済される形となる。

(6) 卒後教育に対する補助は別制度として再編成

現在のメディケアでは、卒後教育病院に対して直接、間接に多大な財政支援を行っているが、ブロー案では、メディケアがこれまで研修医の報酬、教授陣の給与、事務費用等を対象に直接行ってきた補助 (Direct Medical Education) については、本来、医療

⁴ 1999 年現在で、単身世帯 10,568 ドル、夫婦世帯 13,334 ドルとなっている。

⁵ 現在、パート A の免責額が年間 768 ドル、パート B では年間 100 ドルとなっているが、これを年間 400 ドルに統一するとしている。

保険の給付とは区別して支出されるべきだとして、メディケアの制度とは別途、制度を創設すべきだとした。これに対して、診療報酬の償還額を手厚くするなど間接的に行われてきた優遇措置（Indirect Medical Education）については、卒後教育病院とそれ以外の病院との間に、コスト面でどの程度の相違があるかを実際に特定することは難しいことから、当分の間は、現行のように報酬算定に当たって一定の調整を行うという形を維持すべきだとした。

4 ブロー案への反応 他の民主党メンバーから賛同得られず

現行制度を事実上、廃止し、保険料補助方式に転換するという大胆な提案に対し、委員会メンバーのうち、共和党サイドのメンバーはいずれも支持を表明し、また、民主党サイドのメンバーのうち、比較的保守的といわれるブロー議員（提案者）と Bob Kerrey 上院議員が賛成に回った。

しかし、その他の民主党サイドのメンバーは以下の理由から反対に回り、最終的な表決の結果、賛成 10 名、反対 7 名となり、委員会が大統領及び議会に対して改革案を正式に報告するために必要な絶対多数（11 名）を得ることができず、ブロー案は幻の最終報告となった。

（民主党関係メンバーが反対した理由）

（1）保険料補助方式では費用節減効果は期待できない

ブロー提案は、メディケアを事実上民営化することにより、保険会社間の競争を促すことによって、費用節減を図ることを狙ったものであるが、リベラルな民主党サイドの委員達は、こうした費用節減効果は疑問だとした。実際、ブロー提案に関して出された費用推計でも、最も財政効果が高いのは、保険料補助方式への転換によるものではなく、支給開始年齢の引き上げによって生じる効果となっている。

（2）保険料補助方式では病気がちの高齢者が不利となる

民主党関係者は、保険料補助方式に転換した場合、仮に法律で平等給付、平等取扱を文言上定めても、すべてのプランがすべての加入者に対して、同等の給付を行うことを期待することはできず、事実上、医療費のかかる病気がちの者が不利な扱いを受けることになることを主張した。実際、均衡予算法によって制度化されたメディケア・チョイス・プログラムでは、健康な高齢者を中心にマーケティングを行うなどの行動が見られるほか、採算性の低い地域から保険会社が相次いで撤退するなど社会的な問題も発生して

おり⁶、なお、その施行状況を見極め、その可能性と問題点を十分検証する必要があるとの意見が強かった。

<http://www.jmari.med.or.jp>

⁶ メディケア・チョイス・プログラムの施行上の問題点については、The America Report Vol.4 No.49「メディケアとマネジドケア」を参照。

(3) 外来処方薬の給付が不十分である

外来処方薬については、前述のようにこれまでになく給付を求める声が高まっていることは確かであるが、同時に、薬剤費が高騰する中で、これを高齢者に対して広く給付するためには膨大な費用がかかることも間違いなく、今回の委員会の議論を通じて、大きな争点の一つとなっていた。

ブロー提案では、こうした費用増大への懸念から、最終的に、外来処方薬の給付は特約として位置づけられ本体の給付からは除外されたが、民主党関係者は、今日の医薬品の重要度、さらに現役世代に広く薬剤給付が普及している現状を考えると、必須の給付として位置づけるべきだと強硬に主張した。

特に、クリントン大統領が、一般教書演説において外来処方薬の給付制度の創設を明言してこともあって、各民主党関係委員に対するホワイトハウスからのプレッシャーも相当あった模様であり、誰もが、メディケアの費用抑制という相矛盾する問題が存在することは気にしながらも、ブロー提案には同意できなかったものと思われる。

(4) 支給開始年齢の引き上げは無保険者拡大につながる

クリントン大統領の国民皆保険構想で知られるように、民主党サイドは、これまで幾度となく医療の国民皆保障の提案を行ってきており、今回のブロー提案のように、支給開始年齢を引き上げ、医療保障の対象者をしぼりこむような政策に対しては、到底、賛意を示すことはできず、こうした措置は、無保険者を一層増加させるとして反対した。

また、クリントン大統領が、1月の一般教書演説において、メディケア（特にパートA）の財政状況を改善するために、今後15年間にわたって生じる財政黒字の15%をメディケアに投入するとの提案を行っているのに対し、ブロー提案では、現行の仕組みを抜本的に見直すことなく、財政黒字を注ぎ込むとのクリントン提案は彌縫策でしかないとして、採用しなかったことも、民主党委員の反発を招く要因となった。

5 その後の動き 論議は議会の場へ

メディケア改革委員会が最終的に報告をまとめられなかったことを受けて、クリントン大統領は、自らの改革案をとりまとめ、議会内で合意を得るべく努力すると表明した。これに対し、ブロー議員ほか今回のブロー提案に関係した議員（主として共和党）も、メディケア改革委員会で論議された提案をベースとして法案を提出するとした。こうした状況の中で、4月には、民主党のケネディ上院議員らを中心に、外来処方薬をメディケアの給付に取り入れるといった法案（Access to Rx Medication in Medicare Act of

1999)が提出される⁷など、メディケア改革の論議は、今度は場所を議会に移し、再びスタートした。

しかし、1999年4月に発表されたメディケアの今後の財政見通しによれば、好景気による雇用率の上昇などの影響によって、社会保障税収入が伸びており、均衡予算法制定時には2008年には破綻すると予想されていたパートAの基金が、この調子では2015年頃まで維持できることが明らかとなった。

こうした財政状況の好転が明らかになったこと、そして、長期間にわたる論議を経たブロー提案が最終的には合意できなかったという厳しい事実が存在することから、議会サイド、政権サイド双方の中に、国民に痛みを求めることは避けて通れないメディケア改革を、2000年の大統領選挙を控えた本年(1999年)に決着してしまおうという気運は一挙にしばみつつあるといわれている。⁸

むしろこの問題は、今後2000年の大統領選の政策上の主要な争点になると見られている。とりわけ、民主党サイドは、メディケアの給付拡充を訴えることで、高齢者を中心に賛同を集め、大統領選を有利に進めようとするのではないかとの見方が強い。

そして、ちょうど6月に入り大統領選が本格的にスタートしたこの段階で、今般、クリントン大統領が、政権側(民主党側)の改革案を発表したのである。

この改革案の内容については、次回レポートする。

⁷ 1999年4月、主要な民主党議員は、両院に、メディケア受給者すべてを対象に医療用医薬品を給付対象とする法案を提出した。その概要は以下のとおり。

- ・ 年間1,700ドルを上限として医薬品購入費用を償還する。ただし、免責額は200ドル、自己負担割合は20%。なお、1,700ドルの給付上限額を超えた後、年間の自己負担額の合計が3,000ドルを超えた場合には全額償還する。
- ・ HCFAは地域ごとにPBM、民間医療保険者、薬局チェーンなどと契約を結び、個々の受給者はこれらのPBM等のいずれかに登録する。PBM等に対しては、登録者数に応じてHCFAから定額の報酬が支払われ、PBM等はこの報酬を財源として受給者に対して医薬品を提供する。薬価はPBM等が自らの判断で、製薬企業や卸等と交渉して決める。
- ・ 財源については明確になっていないが、たばこ税の増税、財政黒字の一部投入、他のメディケア費用の節約が挙げられている。

⁸ メディケアと並んで内政上の重要課題となっていた公的年金(Social Security)制度の改革についても、同様に、先送りされるとの見通しが強まっている。