

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

The Struggle to mix Public and Private Insurance System
as exemplified by Medicare Advantage

関 ふ佐子

はじめに¹⁾

わが国では、保険診療と保険外（自由）診療の併用を可能とする混合診療の可否が論じられている。この点、私保険が発達し、自由診療を基本とするアメリカでは、高齢者医療において、社会保険と私保険が併存している。私保険が社会保険の基本給付を代行し、給付の上乗せをする仕組みであるメディケア・アドバンテージもある。これにより、民間医療保険を通じて、公的医療（社会）保険であるメディケア²⁾の給付と同内容の給付が提供されている。こうしたなかで、高齢者医療をめぐる、市場への信頼が高いこともあり、保険診療と自由診療とを併存する仕組みの是非が長らく論じられてきた。本稿では、伝統的な高齢者の公的医療保険制度であるメディケアを代替する私保険メディケア・アドバンテージの模索を検証し、社会保険と私保険が混合するシステムの課題について考察する。

一. 高齢者医療の全体像

1. メディケアの概要

アメリカは、全国民を対象とする公的な医療費保障制度を構築しておらず、高齢者などの特定の主体を除いて、民間医療保険の任意購入を原則としてきた³⁾。この現行制度は、無保険や不十分な保険に苦しむ者を増やし、各種の問題が顕在化したため、現在、医療保障改革が、難航しつつも進められている⁴⁾。公的な医療費保障制度には、65 歳以上の高齢者と一定の障害者を対象とする医療保険メディケア、低所得者を対象とする低所得者医療扶助メディケイド⁵⁾、児童の医療保険プログラム CHIP⁶⁾ がある。メディケアは、健康状態や資産にかかわらず、65 歳以上の高齢者に対して急性疾患の治療費を支払っており、他の世代と異なり、高齢者の医療へのアクセスは基本的に保障されている⁷⁾。

メディケアは、連邦全体にわたる統一的な制度であり、65 歳以上の高齢者および障害者を対象とした、所得の有無を受給要件としない医療保険である。社会保障法第 18 編に基づき、メディケイドとともに 1965 年に創設された。メディケアでは、制度当初から存在する 2 つの主要なプログラム、すなわちパート A と呼ばれる病院保険およびパート B と呼ばれる補足的医療保険が、それぞれ入院費用と医師の経費をカバーする⁸⁾。そして、2003 年に創設されたパート D が、処方薬剤費を保障する。これに加えて、マネジドケア型の私保険への加入を通じて保障を行うパート C があり、これは、メディケア・マネジドケアと呼ばれている。財源は、雇用主と被用者が支払う社会保障税、被保険者が支払う保険料、および連邦政府の一般歳入である。

パート A は、社会保障税を財源に、65 歳以上の老齢年金受給者、障害年金受給者および慢性腎臓病患者に対して、入院費、ナーシングホーム費、退院後の在宅ケアにおける医療関係費などを給付する。パート B は、保険料を支払えば 65 歳以上の者は誰でも被保険者となることができる任意加入の制度であり、医師の費用などをカバーする。パート C は、パート A とパート B を統合し、

マネジドケアの手法を取り入れた制度であり、本稿が詳しく検証する制度である。パートDは、パートAおよびパートBの双方に加入する者、またはパートCに加入する者に対して、任意加入のかたちで、処方薬剤費を支給する制度である。

急性疾患に給付の焦点をおくメディケアは、慢性の長期療養や定期健康診断などの予防的な処置、例えば聴力・視力・歯科の定期検診などは保障していない。ナーシングホーム費の支給にも日数などに制限があり、長期ケアの保障が問題となっている。当初は処方薬剤費も保障していなかったために、処方薬剤費の保障方法も大きな課題となった。

メディケアは、受給者のアクセス権、質の確保、苦情処理手続といった点で、他の保険制度のモデルとなっている。その規模の大きさから影響力が大きく、メディケアの手続の多くは、病院や私保険が準用する基準として採用されてきた⁹⁾。

2. メディケア・マネジドケアの出現

メディケアはすべての医療費を保障しないため、メディケアの適用除外となる医療費は、高齢者自身が支払わねばならない。そこで民間の保険会社が、適用除外となる医療費をカバーするメディギャップ保険を発展させた。大企業を中心とした雇用主は、退職者医療保障制度により、メディケアの加入資格がない65歳までの早期退職者に団体医療保険、65歳以上の高齢者にメディギャップなどを提供している。

約1,100万人のメディケア受給者が、メディケアを補足する退職者医療保障を受けている。しかし、制度に要する経費の上昇とともに、これを提供する企業が減少し、高齢者の不安を高めた。1988年には企業の66%が退職者医療保障制度を設けていたが、2005年には33%に半減した。なお、メディケア受給者のうち260万人は、自身または配偶者の就労を通じて、企業の提供する医療保障を受けている。

こうした社会背景のなかで、2009 年現在、出来高払制のメディケアを受給可能な 4,500 万人の被保険者のうち (65 歳以上の者: 3,780 万人、障害者: 740 万人)、その 23%にあたる 1,040 万人が、民間の保険会社が提供するメディケア・アドバンテージ保険(パート C)に加入している¹⁰⁾。2003 年から 2009 年の間に、私保険に加入するメディケア受給者は、530 万から 1,020 万人へと約 2 倍に上昇した。メディケア・アドバンテージへの加入率は、最高で 41% (オレゴン州) から最低で 1% (アラスカ州) 以下と、州によって大きく異なる。

二. メディケア・マネジドケアの概要

1. マネジドケアの特徴

メディケア・パート C やメディケア・アドバンテージは、メディケアにマネジドケアの手法を取り入れた制度であり、これらの制度は、全体として、メディケア・マネジドケアと呼ばれている。高齢者を対象としたメディケア・マネジドケアについて解説する前に、一般的に民間医療保険に浸透しているマネジドケアについて概説する¹¹⁾。マネジドケアは、広くわが国でも紹介されており¹²⁾、本稿は簡単な制度紹介にとどめる。

マネジドケアと呼ばれるものには各種の形態がある。マネジドケアは、確固とした制度ではなく、消費者の要求に応じて変化している仕組みである。医療供給システムには、マネジドケアの要素がない旧来の出来高払 (FFS / Fee for Service) 型から、コスト管理機能が最もよく働く一方、患者の選択の自由への制限が最も強いスタッフ・モデル型 HMO (Health Maintenance Organization / 健康維持組織) がある。

マネジドケアの手法や内容は様々なかたちで解説されているが、以下のような点 (の全部または一部の組み合わせ) を主に試みる仕組みであると整理されている¹³⁾。

(a) 医療内容への (医師以外の) 第三者の介入……診療ガイドラインなど

を通じて医療内容を標準化したうえで、医療行為を医師の自由裁量に委ねず、その内容について第三者、とりわけ支払者たる保険者が介入し、一定のコントロールを行う。第三者が医師や病院を評価し、これを選択・選別する。

- (b) 定額制などの支払方式を通じたインセンティブ付与……医療費の支払方式について、伝統的な出来高払制に代えて何らかの定額制ないし予見支払制を導入し、医療サービスの提供にあたっての医師ないし医療機関のインセンティブの変更を図る。
- (c) 予防や自己管理、健康増進策の積極的導入……伝統的な事後補填型、すなわち、治療中心の保険給付に代えて、予防ないし健康増進という要素を給付のなかに積極的に取り込み、結果として、より費用対効果の高い医療保険の給付パッケージを実現。

2. マネジドケア組織

(1) HMO の概要

各種のマネジドケア組織（以下「MCO」という。）のなかで、その典型であり、最も歴史の古い HMO を中心に説明することにより、マネジドケアの概要を捉えることにする¹⁴⁾。

HMO は、保健医療費の支払方法として、定額人頭払制（capitation payments）を採用しており、被保険者の数に応じて、提携する保健医療提供者、すなわち、医師や病院への支払額を定めている。さらに、被保険者の受診回数が増えると利益が下がるため、様々なかたちでの受診制限策を発展させた。被保険者は、総合病院を受診する前にまず主治医にかかるといった、契約で定められたかたちの医療サービスを受けることになる。契約内容、すなわち受診内容は、あらかじめ支払った保険料額によって異なっている。

医療費抑制機能が最も強いスタッフ・モデル HMO は、システム内部に医師や看護師などを雇い入れているほか、病院などの医療機関も運営する。医師も

職員となっている場合、当初の予測より医療費がかさんだ場合、医師も連帯してそのリスクを担うことになる。HMO が保険会社であると同時に保健医療提供者でもあることにより、医師や病院も、コスト管理に対して、積極的な姿勢を取らざるをえないわけである。

こうして HMO は、不必要な治療や検査を避け、できる限り低コストの医療を供給しようとする経済的なインセンティブを医師や病院にもたせている。さらに、診療ガイドラインや診療内容の審査といったかたちでの、医療内容そのものに対する介入手法も発達させた。

しかし、この典型的なスタッフ・モデル HMO では、被保険者が利用できるのは、HMO が直接雇用する医師や運営する医療機関に限定される。このため、被保険者の選択の自由は大幅に制限され、保険商品としての魅力が低下した。また、治療内容にまで干渉するという保険会社の過度な介入手法は、医師をはじめとする保健医療提供者の反発も買った。

その結果、被保険者の選択の幅を広げ、また、より広範囲な地域において、新たな設備投資をせずともサービスを提供できる、ネットワーク・モデル HMO などが誕生した。医師や病院が自ら運営する PSO (Provider-Sponsored Organization) も展開していった。次に整理するネットワーク・モデルなどでは、保健医療行為をめぐる保険会社による介入は減る。他方で、スタッフ・モデルのような、費用効率の高い診療行為を医師や医療機関が行おうとするインセンティブは低くなる。

MCO には、典型的な HMO 以外にも各種のモデルがある。以下、MCO のタイプについて、被保険者と保健医療提供者の 2 つの視角から分類する。MCO の形態は、下記のようなタイプの MCO の特徴を組み合わせつつ、日々発展している。

(2) 被保険者からみた MCO

医療費抑制機能が最も強く働く一方、被保険者の選択の自由がより少ない古

典型的な HMO から順に、被保険者の立場からみた典型的な MCO を 3 つ例示する。

- ・ HMO —— 3 つのなかで最も強力に保健医療の内容をコントロール。医師や医療機関へのアクセス制限や診療管理が厳しい。例えば、被保険者は、自らが加入する HMO に属する医師や医療機関のみしか利用できない。その結果、保険料や自己負担は低い。
- ・ POS (Point of Service Plan / 受診時選択保険) —— 定額人頭払制や全体的な実績に応じたかたちで保健医療費を支払う。被保険者は、受診時に、ネットワーク内の指定保健医療機関にかかわらず、それ以外の出来高払制の機関も選択しうる。ただし、MCO の指定した機関を利用しない場合、比較的高い自己負担を支払わねばならない。保険料はプランの設計による。HMO と次の PPO との混成型システムである。
- ・ PPO (Preferred Provider Organization / 特約医療組織) —— 定額人頭払制をとらず、伝統的な出来高払制を採用。提携機関との診療報酬の割引交渉、特定の保健医療提供者の利用奨励などにより、財政的なコントロールを試みる。ネットワーク外の医師や病院によるサービスを利用しても基本的によいが、それらを利用した場合は、より高額な自己負担金の支払いが義務付けられている。保険料は比較的高めである。

(3) 保健医療提供者からみた MCO

MCO と医師などとのネットワークの構築方法は、大きく次の 4 つのタイプに整理することができる。

- ・ スタッフ・モデル —— HMO の基本理念に最も忠実に設計されたシステム。MCO が医師などの保健医療提供者を直接雇用。核となる診療所を有し、そこで保健医療サービスを提供。医師は、MCO 被保険者以外の診療をしない。MCO の医師の診療に対するコントロールは強い。
- ・ グループ・モデル —— グループ診療をする単一の医師集団と MCO が

契約。通常、被保険者は、そのグループに属する医師や医療機関のみを受診しうる。医師グループは、共用の診療所をもち、医療機器、患者のカルテ、スタッフなどを共用する。契約医は、出来高払いによる従来型の診療も同時に継続しうる場合もあるが、MCO 被保険者の診療が中心となる。

- ・ネットワーク・モデル —— グループ・モデルの拡大型で、MCO は、広く複数の医師グループと契約。医師グループは、診療所などを共用する。契約医は、MCO 被保険者と出来高払いの患者の診療を両立している。
- ・IPA (Independent [Individual] Practice [Physician] Association) モデル —— MCO は個々の独立開業医の組合と契約を結ぶ。医師は、それぞれの診療所で独立して開業し、通常、MCO の被保険者以外の診療も自由に行う。必要な資本が少なく、医師の選択の幅も広いが、医師の診療に対するコントロールは難しい。

3. メディケア・アドバンテージ

(1) 保障内容・方法

メディケアにマネジドケアの手法を取り入れたメディケア・アドバンテージは、メディケア・パート A、B、D を併せて保障する。メディケア・アドバンテージの加入者は、メディケア・パート B の保険料を MCO に支払うとともに、保険商品ごとに異なる追加料金を負担する。とはいえメディケア・アドバンテージは、一般的に、伝統的なメディケアが保障する給付内容については、追加の自己負担なしで提供しなければならない。

メディケア MCO は、保険料に応じて、伝統的なメディケアが課す定額負担金や一部負担を支払うほか、各種の制約のないサービスを加入者に提供する。そのため、多くの保険商品は、追加のメディギャップ保険の購入を必要としないかたちとなっている。他方で、加入者は、特定の医師、病院、薬局、ないし各種施設のみしか利用できないといった制約を受けることになる。

メディケア・マネジドケアの形態は多岐にわたるが、被保険者の日常的な医

療ニーズを充たす追加保障を行うものが典型的である。例えば、処方薬剤費の支払いが高齢者の最大の懸案であった時代は、わずかな一部負担で、一定限度額まで処方薬剤費を支払う保険が関心を集めた。こうして多くのMCOは、眼鏡、補聴器、健康管理プログラム、栄養指導、歯科治療などを給付対象とする保険を売り出した。疾病予防に力を入れるというマネジドケアの精神にのっとり、健康診断を定期的に提供するものも多い。

メディケア・アドバンテージに加入するためには、メディケア受給者は、加入を選択せねばならない。また、メディケア受給可能者は、適用加入期間内にメディケア・マネジドケアに加入し、一般的に、その年度については、これに加入し続けなければならない。

(2) 保険形式

メディケア・アドバンテージの典型は下記の保険であり、その他の保険への被保険者の加入率は3%である¹⁵⁾。

- ・地域 (local) HMO と PPO —— 医師や病院のネットワークと契約し、メディケアの給付を提供する。HMO は、全保険の約半分を占める。メディケア・アドバンテージ加入者の3分の2 (63%) はHMO に、8%は地域のPPO に加入している。
- ・民間出来高払 (PFFS / Private Fee-For-Service) 保険—— 被保険者は、どの医師や医療機関にかかることもできる。他の保険と異なり、PFFS は、現在、ネットワークを構築する必要はない。患者及び医療提供者を対象としたメディケア改良法 (MIPPA) により¹⁶⁾、2011年から、特定の地域では、医師や病院のネットワークの構築が要請されている。
- ・特定ニーズ保険 (SNP / Special Needs Plans) —— 本保険の対象は、メディケアとメディケイド双方の加入資格をもつ者、長期ケア施設の入居者、または特定の慢性疾患患者に限定されている。2006年以降、SNPの加入者は、主に二重資格者を中心に50万人から130万人に増加した。

- ・ 広域（regional）PPO —— 本保険は、地方在住のメディケア受給者のメディケア・アドバンテージへのアクセスを向上するために設立された。州全域や、複数州からなる地域を保障対象とする。2009年現在、メディケア・アドバンテージ加入者の3%は、広域PPOに属している。
- ・ 医療費貯蓄勘定（MSA / Medical Savings Account）保険 —— 本保険は、民間医療保険とMSAを組み合わせたものであり、メディケアは加入者の代わりに毎年の積立金を支払う¹⁷⁾。認可された医療保険に対して加入者が定額負担金（2009年には2,700ドルから4,000ドルまで）を支払うと、保険者はメディケアが対象とするサービスの費用を全て支払うことになる。2009年の時点で、MSA保険の加入者は1,866人に留まっている。

三. メディケア・マネジドケアの沿革

1. メディケア・マネジドケアの導入

マネジドケア型の保険は、一般の医療保険市場で発達した。メディケアでも、その医療費抑制効果を取り入れようと、マネジドケアの手法を活用しようとする制度改正が度々試みられてきた¹⁸⁾。HMOへの加入は、70年代以来、メディケアのオプションの1つとなったとはいえ、大多数の被保険者は、伝統的な出来高払制の保険であるメディケアに加入していた。

1982年になると、課税公平財政責任法（TEFRA）が¹⁹⁾、メディケア受給者のHMO加入を促すべく、医療財政庁とHMOとの契約を容易にした。これにより、メディケアHMOと呼ばれる保険が創設され、HMOはメディケアの受給者に対して、リスク契約プラン（risk contract plans）やコストプラン（cost plans）を通じて保険を提供した。1992年には、160万人のメディケア受給者が、メディケア・マネジドケア保険に加入した。

しかし、メディケアの支出抑制は成功せず、1997年には、均衡予算関連法（BBA）により、メディケア+チョイス（Medicare + Choice : M + C）プロ

グラム、別名メディケア・パート C が創設され、私保険の役割拡大とメディケアの支出抑制が試みられた。メディケア・パート C の目的は、創設当初は、メディケアの経費削減にあったのである。本法は、メディケアが地域 PPO 組織、PFFS 保険、MSA 保険と契約する権限を与えた。1999 年から、CMS と契約する大半のマネジドケアは、メディケア+チョイス・プログラムにのって運営された。これにより、1998 年には、690 万人のメディケア受給者（メディケア全体の 17%）がメディケア+チョイス保険に加入した。当時、全国で 346 のメディケア+チョイス保険が存在した。

マネジドケア型の私保険への加入は若干促進したものの、期待した成果はあがらなかった。メディケア・パート C によって、伝統的なメディケアに比べて付加的に提供された給付は限られていた。また、限られた地域でしか保険が提供されなかった点などが障壁となった²⁰⁾。メディケアの被保険者が居住する大きな都市や地域では、いくつかの私保険が存在したものの、小さな町や地方などでは、私保険はメディケア・パート C を提供しないか、いったん提供しても、すぐに撤退してしまう場合が多かった。さらにその後、高齢者用のマネジドケア型の保険は儲からないと考えた私保険会社が徐々に市場から撤退し、メディケア・マネジドケアに加入する高齢者人口の割合は減少していった。1999 年から 2001 年の間に、メディケア+チョイス保険の半分近くが、その契約を解消し、メディケア制度から完全に撤退した。その他の保険も、サービス提供地域を縮小し、いくつかの地域から撤退した。この撤退は、160 万人の受給者に影響を与え、メディケア+チョイスへの加入者は 550 万人にまで減少した。

2. メディケア・アドバンテージの創設

2003 年の時点で、メディケア・マネジドケアへの加入者は、1996 年以降最低の 530 万人にまで減少していた。市場の役割拡大に力を入れるブッシュ政権は、パート C の改革を模索した。その結果、2003 年 12 月、メディケア近代化

法により²¹⁾、メディケア+チョイス・プログラムに代わる、メディケア・アドバンテージを創設した²²⁾。メディケア近代化法の目的の1つは、全てのメディケア受給者に対して、メディケア・アドバンテージという選択肢を提供することにあった。メディケアの給付を受ける1つの手段として、広範囲の私保険へのアクセスを可能とすべく、メディケア近代化法は、広域 PPO および SNP といった新しいタイプの私保険を認可した。さらに、私保険への加入を促し、制度を安定させるために、私保険への連邦からの支払額を引き上げた。ここで経費削減は、メディケア・アドバンテージの目的ではなくなったわけである²³⁾。

メディケア近代化法は、メディケア創設以来最も大きな改革であり、民間活力を活かそうとメディケア・マネジドケアの改革を行ったほか、処方薬剤費を支払うパート D を導入した。本法が、被保険者のマネジドケア型プランへの加入促進策を推し進め、私保険への支払額を増加させた結果、2006 年には、たいていの被保険者が、1つ以上のメディケア・アドバンテージを選択できる環境になった。PFFS 保険への加入者は約 3 倍となり、76 万 5 千人から 230 万人へと増加した。

他方、2007 年には、PFFS や他のメディケア・マネジドケア保険の宣伝や販売に際して、不正が蔓延しているとの報告が出されている²⁴⁾。こうした状況を受けて、2008 年には、患者及び医療提供者を対象としたメディケア改良法 (MIPPA) が、市場の実情に焦点をあてた消費者保護を図った。MIPPA は、メディケア・マネジドケア保険の販売関係法規を厳格化し、保険を販売する際の保険の代行・取扱業者の競争に制限を設けた。こうしたなか、2008 年には、1,000 万人以上のメディケア受給者、全メディケア人口の 23%がメディケア・アドバンテージに加入した。

十数年の間に、メディケアの私保険への支払方針は、財政抑制を目的としたものから、私保険へのアクセス拡大に焦点をあてるものへと変化した。その結果、メディケアは、私保険であるメディケア・アドバンテージの加入者に対し、

伝統的なメディケアの受給者と比べて、より多くの利益を提供している。さらに、この政策の転換は、メディケアの経費を上昇させたため、その経費削減が、医療保障改革においても焦点となっている。現在、2013年までに伝統的なメディケアと均衡するよう、メディケア・アドバンテージへの支払方法を改革する法案が検討されている。とはいえ、メディケアの仕組み、とりわけメディケア固有の要因に基づく経費削減の必要性は、一般的に理解され難い。そこで、こうしたメディケアの経費削減策は、一般的な医療保障改革がメディケアの給付、すなわち高齢者への給付削減を企図しているというプロパガンダとして、現行の医療保障改革に反対する者に利用されており、改革は難航している。

メディケア・マネジドケア型の保険の数は、メディケアをめぐる政策に左右されつつ変動している。課税公平財政責任法がマネジドケアを推進した1992年には96あったメディケア・マネジドケア保険は、メディケア+チョイス・プログラムの導入までは急増し、1998年には346に増えた。しかし、その後、保険の数は減少し、2003年には151へと半減した。メディケア近代化法により、2005年にはプランの数は247に増えたものの、一度市場から撤退しだしたマネジドケア型のプランに対する信頼が回復したとはいえない。

マネジドケア型の医療保険への加入者数も、いったん減少したものの、2003年以降上昇している。1999年には690万人であった加入者は、2003年には530万人へと減少し、2009年には1,020万人へと上昇した。現在、メディケア受給者の約4分の1がメディケア・アドバンテージに加入したことになる。

3. メディケアと処方薬剤費

外来患者にかかる処方薬剤費は、メディケア創設以来、保険の適用外であり、処方薬剤費の支払いが高齢者の生活を脅かしていた²⁵⁾。こうしたなか、メディケア近代化法が処方薬剤費を支払うパートDを導入し、2006年1月から施行されている。処方薬剤費問題は、メディケア・マネジドケアを促進するインセンティブともなった。本節では、メディケアをめぐる公私の保険の模索を顕著

に示すパート D について、さらに、その沿革を紹介する。

メディケア創設当初は軽微な負担であり、保険給付に含まれなかった処方薬剤費の支出は、その後増加し、高額な自己負担が高齢者を苦しめた。とりわけ 90 年代に入ると、医療費全体の伸びが鈍化するなかで、処方薬剤費のみが突出して高騰し続け、1992 年から 1998 年の 7 年間には絶対額で 2 倍にもなった。処方薬剤費は、当時高齢者が自己負担する医療費の 34% をも占めていた。メディケア被保険者の 4 分の 1 は退職前の雇用主が提供する保険、10 分の 1 はメディギャップにより処方薬剤費の給付を受けていた。しかし、処方薬剤費を無制限にカバーする高額なメディギャップを購入できる高齢者はわずかしかなかった。そこで、メディケア・マネジドケアへの期待が高まり、1997 年のメディケア+チョイス・プログラムの導入につながったわけである。

薬の値段が交渉で定まる市場原理が機能するアメリカでは、大きな民間保険会社は、大量の薬代の支払いとの引き換えに、処方薬剤費の値引きを製薬会社に求めている。またさらに、製薬会社は、一大保険者である政府に対しても、値引き価格で薬を販売する。これに対して、多くの高齢者は、メディケアが処方薬剤費を支払わないなかで、交渉力が個人にはないことから、製薬会社のつけた値段のまま薬を購入していた。すなわち、アメリカの高齢者は、企業の団体医療保険に加入する若い労働者に比べて、高値で同じ薬を購入していたのである。メディギャップを購入できない財力に余裕のない高齢者、貧しい者ほど、高い処方薬剤費を支払っていたことになる。いわゆる「か弱い」高齢者によって薬の研究費や製薬会社の利潤が支払われているとして、この不道理は大きな社会問題となった。

こうしたなか、高齢者は自らも保険を通じて安く薬を購入したいと考えた。そこで、伝統的なメディケアとは異なり処方薬剤費を負担するという点をうたい文句にした、メディケア・マネジドケア商品に関心が集まった。メディケア・マネジドケアは、創設当初、経費削減効果が期待されたほか、処方薬剤費や自己負担をめぐる経済的な不安の軽減が、被保険者から評価されていたのである。

しかし、高齢者用の保険は利潤を上げられないとして、追加保障を削減ないし撤廃するマネジドケア保険が増加し、大きな問題となった。1999年には処方薬剤費を提供しないメディケア・マネジドケアは16%となり、2005年にはこれが26%に上昇した。さらに、処方薬剤費の保障を行うプランの54%が、1,000ドルまたはそれ以下の保障の上限額を設けていた。また、プランの39%は、ジェネリック薬品のみを保障の対象としていた。

結局、民間保険会社の裁量に任せているのは処方薬剤費の保障が充実しないことから、政府主導による処方薬剤費の保険、メディケア・パートDが誕生したわけである。こうしてメディケア近代化法により、メディケア・アドバンテージは基本的に処方薬剤費を保障することになったものの、民間保険会社は、処方薬剤費の保障について、メディケアから追加の支払いを受けるかたちともなっている。メディケア・パートDへの加入は、メディケイドとの重複受給者や一定の低所得者を除いて任意である。2009年には、2,670万人がパートDを通じて処方薬剤費を購入している²⁶⁾。

四. メディケア・マネジドケアの課題

1. 処方薬剤費における公私のギャップ

処方薬剤費は、メディケアから指定を受けた2種類の私保険を通じて提供される。出来高払型のメディケアの受給者を対象とした単独民間処方薬剤費保険PDP (Private Stand-alone Prescription Drug Plans)、およびメディケア・マネジドケアの受給者を対象としたメディケア・アドバンテージ処方薬剤費保険MA-PD (Medicare Advantage Prescription Drug Plans) である。2010年現在、1,579件のPDPと1,314件のMA-PD保険が存在する²⁷⁾。たいていの州で、最低41の単独PDP、または1つ以上のMA-PDを、メディケア適格者は選択しうる。

メディケア・パートDは、法定の定型的な標準給付、それに相当する給付、

または拡張した給付を提供しなければならない。2010 年の標準給付では (パート D の給付増に応じて、毎年改定予定)、310 ドルまでは免責対象となり (自己負担)、その後、処方薬剤費の総額が 2,830 ドルに達するまでは処方薬剤費の 75% をメディケアが支払う (自己負担総額は 940 ドル)。次に、総処方薬剤費 6,440 ドルまでは、ドーナツの穴と呼ばれる給付のギャップとなり、全額 (3,610 ドル) 自己負担となる。全処方薬剤費が 6,440 ドルを超えると、処方薬剤費の 95% をメディケアが支払う。すなわち、自己負担総額が 4,550 ドルを超えると、高額な処方薬剤費負担として、メディケアが費用の 95% を負担する²⁸⁾。

標準給付を提供するのは、PDP プランの一部でしかない。たいていのプランは 25% の利用者負担を一律にとらず、薬剤によって負担額を変えている。また、60% の PDP は最初の免責額を定めており、36% が全額を課している。さらに、80% の PDP が、給付ギャップを保障していない。そしてこのドーナツの穴が、自己負担の重さに気づいた高齢者の声が高まるに従い、政治的課題となっている。

パート D の保険料は保険ごとに異なり、加入者の大半は毎月保険料を支払うが、MA-PD 加入者の一部は、保険料を支払っていない。この点、PDP の保険料の平均は、2006 年から 2009 年の間、35% 上昇した²⁹⁾。加入者などが現状のまま推移すると、2010 年には保険料の平均はさらに 11% 上昇し、2009 年の 35.09 ドルから 38.94 ドルになると予測されている。一方、MA-PD の保険料の上昇は多少抑えられており、2006 年から 2009 年の間の上昇率は 21% であった。また、2010 年には、保険料の平均は、2009 年の 14.59 ドルから 14.51 ドルに下がると推計されている。MA-PD の保険料は、その平均が PDP の保険料より低い上に、後述する入札によるレポートを利用して、引き下げられることもできる。2010 年には、約 3 分の 1 の MA-PD 保険が、追加保険料を課さないと予測されている。こうした、とりわけ PDP 保険における保険料の上昇、および伝統的なメディケア受給者とメディケア・アドバンテージ加入者との差が、不公平

であるとして、後述するとおり課題となっている³⁰⁾。

さらなる論点は、給付抑制策である。政府は、メディケアの処方薬剤費給付は、2006年には310億ドル、2007年から2016年の間には7,680億ドルになると推計する。パートDの財源は、保険料、州の負担（8%）、および連邦の一般歳入であるが、加入者の保険料は24.5%と定められている。連邦政府の支出増は避けられない。

民主党は、給付費削減策の1つとして、製薬会社との処方薬剤費の交渉権を政府に直接与えるべきだと主張する。メディケア近代化法は直接交渉を禁じており、民間保険会社よりも政府に、薬価を下げる交渉力があるのかが議論されている。民主党は、政府主導の処方薬剤費の給付を推進しており、現在のかたちでは、民間保険会社の損失を政府が担保するかたちになっていると批判している。さらに政府が製薬会社と交渉して削減する給付費用を使い、ドーナツの穴を埋め、低所得者をさらに支援すべきだと提案する。他方、共和党は、製薬会社の協力のもとメディケア近代化法を成立させ、製薬会社から多大な献金を受けているからか、民主党案に正面から反対している³¹⁾。

現行の医療保障改革では、上院が可決した患者保護及び購入可能な医療保障法案、および下院が可決した購入可能な医療保障米国家案の双方で、メディケア・パートDのドーナツ・ホールにおけるブランド薬について、50%の値下げを製薬会社に義務付けている³²⁾。さらに、下院の法案では、保健福祉長官に対して、メディケア・パートDの薬価に係る製薬会社との直接交渉を義務付けている。また、海外からの安価な処方薬剤費の輸入を認めた。他方、上院法案は、メディケアの支出抑制に向けた法案を提出する、独立した給付諮問委員会の創設を認めた。法案は、現在、一本化のために調整されている。

2. 財源の変遷

伝統的な出来高払制をとるメディケアと異なり、メディケアMCOは、パートAとパートBの給付を全て提供することにより、加入者数に応じた定額の

支払いを毎月政府から受けるかたちとなっている。メディケアの被保険者がマネジドケアへの加入を選択した場合、連邦政府の CMS がその MCO に対し一定額を支払う、人頭払制が採用されている。出来高払制では、収益を上げるために、医師や医療機関が必要以上の医療サービスを提供する危険があり、人頭払制では、保険者が収益を上げるために、サービスを限定しかねないという難点がある。

パート C の導入当初は、平均的に、伝統的なメディケア受給者よりも、MCO 加入者への政府の支出は抑えられていた。長年にわたって、メディケア MCO への支払いは、一般的に各郡の被保険者にかかるメディケアの通常費用(予想額)の 95%を、前払方式で政府が MCO に支払うかたちとなっていた。受給者のリスク要因も加味されていなかった。これは、MCO は、出来高払制の保険者よりも効率的にケアを提供できると考えられていたからである。

ところが、パート C からの MCO の撤退を受けて、メディケア近代化法は、支払いの仕組みを変更した。その結果、パート A とパート B のサービスを提供するメディケア・アドバンテージ保険に対する平均的な支払額は、出来高払制における同様の給付にかかる経費の 114%となっている(2009 年)。私保険へのメディケアの支払額そのものも上昇し、2009 年には、1,100 億ドルになると予測されている。

議会は、何年かにわたって、地方や特定の都市部により多くの私保険を誘致しようと、メディケアの支払方法を変更し、私保険への支払額を引き上げてきた。1997 年の均衡予算関連法は、もっぱら地方の郡のみに適用される支払下限額を設定した。2000 年のメディケア、メディケイド、SCHIP 給付向上及び保護法(BIPA)は³³⁾、都市部についても支払下限額を設定し、さらに地方の下限額を引き上げた。引き続き 2003 年のメディケア近代化法は、全ての地域について支払額を上昇させた。

2006 年以降は、メディケアは入札手続を通じて保険者への支払いを行っている。各保険者は、パート A とパート B のサービスを保障するために必要な

加入者1人あたりの経費を予測し、入札額を提示する。ここで、必要要件を満たした入札は承認される。というのも、入札額は他の入札額と比較されるわけではなく、法が設定した算定式に基づき定められるベンチマーク（基準）額と比べられるからである。このベンチマークは、郡や地域、場合によっては広域PPOによっても異なるものである。この結果、保険者がベンチマークより高い値で入札した場合、加入者は、その差額を毎月の保険料として、メディケア・パートBの保険料に加えて支払うことになる。これに対し、保険者がベンチマークより低い値で入札した場合、保険者はその差額の75%を受け取り、メディケアが残りの25%を保持する。保険者は、この「リベート（払戻）」額を、付加的な給付を行うために利用しなければならない。この後、保険者へのメディケアの支払額は、加入者のリスク要因に基づき調整される。ベンチマークに基づいた支払いに加えて、高齢や疾病をもつ患者の加入率が高い保険、または地方で展開される保険に追加的な支払いを行うわけである。

3. 財源をめぐる模索

上述したように、メディケアは、メディケア・マネジドケア会社に対して、パートAとパートBを保障する対価として、1人あたり定額の費用を支払う。長年にわたって、メディケアにかかる費用の95%がメディケア・マネジドケア会社に支払われてきた。しかし、メディケアの全般的な支出抑制にも起因して、民間保険会社がメディケアから撤退したため、2003年のメディケア近代化法が私保険への支払額を大幅に上昇させた。こうして、平均的なメディケア・マネジドケアへの支払いは、2005年には同様の給付を行う出来高払制のメディケア経費の107.8%、2006年には111%に上昇し、2009年には114%になっている³⁴⁾。この値は、保険の種類によって異なり、民間の出来高払保険であるPFFSにいたっては、同じ出来高払制のメディケアと比べて、18%、1人あたりでは1,368ドルも多くの支払いを受けた³⁵⁾。メディケア・マネジドケアの経費は、通常のメディケアよりも高くなったのである。現在、政府は、受給者が

伝統的なメディケアに残った場合と比べて、120 億ドル多くの経費を私保険に支払っている。

この状況への対策として、メディケアからの支払いを加入者のリスク度（入院確率など）に応じて調整する方策が取り入れられたが、その有効性は疑問視されている。問題の核心は、ベンチマークの値が、高く設定されすぎている点であると指摘されている³⁶⁾。ベンチマークはこれまで、毎年 2%、またはメディケアの支出増にあわせて引き上げられており、下げられることがなかった点にも支払い過多は起因している。入札値は、ベンチマークよりも低い場合が多く、私保険はリベートを受けてきた。この点、オバマ政権は、ベンチマーク額の上昇を抑え、2010 年は、メディケア郡ベンチマークの上昇率は 0.81%となるとされている。これは、近年において、保険者が受けていた上昇率よりも約 4%低いものである。ベンチマークの値は、国民成長率の予測によって値を調整する旨定めた法に従うかたちで設定された。さらに、2010 年に医師へのメディケアの支払額を 21%削減する法の施行予定が加味されている。

オバマ政権は、メディケア・アドバンテージに新しい競争的な入札システムを導入することで、向こう 10 年で 1,770 億ドルを節減する提案をした³⁷⁾。この提案では、特定の地域ごとに保険会社は入札し、これまでと異なり、それらの入札の平均額と後述する追加額が支払われる。平均額は、各保険の加入者数を加味して計算される。平均額より低い入札額を提示した保険者は、平均額を受領し、入札額と平均額との差額を受給者への附加給付に充てるか、保険料を下げるか、その両者を組み合わせることができる。従来の 75%とは異なり、全額を被保険者に還元できることになる。入札額より高い値で入札した保険者は、被保険者に追加の保険料を請求して、平均額と入札額との差額に対処する。オバマ政権の 2010 年度予算案によると、この仕組みは、メディケアではなく、市場によるメディケア・アドバンテージの支払額の設定を可能とする。

オバマ政権が提案した競争的な入札制度は、新しい構想ではない。1997 年の均衡予算関連法上など 1990 年代に複数回、さらに 2003 年にも、実証プロジェ

クトとして計画された。しかし、保険会社などの反対で、いずれも実行に至らず挫折している³⁸⁾。オバマ政権の提案は、一地域の実証プロジェクトではなく全国的に展開される点などで、これまでの試みとは異なっている。また、この入札制度は、通常の競争入札と異なり、他より高い入札額や質を提示した保険を選択するために導入されるのではなく、政府からの支払額を設定するために導入される。入札額の平均が政府からの支払額の基礎額となり、ベンチマークは設定されない。メディケアの経費を基準にベンチマークを設定する方法とは異なり、伝統的なメディケアの経費と私保険への支払いとを切り離す点で、これまでの制度と大きく異なる。なお、加入者の年齢や健康状態、さらに地域性により、政府からの支払額は追加額というかたちで調整し、リスク調整の仕組みは維持する。これにより、医療費のかさむより高齢で疾病を有する高齢者の加入促進、および地域での保険展開の維持が図られている。なお、新しいシステムによる支払額の上限は、2009年のベンチマークを伝統的なメディケアの支払額の上昇を基準に調整した値に設定されている。

共和党のブッシュ政権は、民間活力の利用が将来的に公費削減につながるとして、私保険の発達を促すために、当面マネジドケア会社への公費の支払額を増加させたものの、社会保障支出はますます高騰した。これに対して、民主党のオバマ政権は、現行のメディケア・マネジドケアでは、政府が民間会社の損失を補填するかたちとなっており、これ以上私保険に過剰な支払いを続け、社会保障支出を高騰させられないとして、競争入札制度の導入などを求めている。しかし、私保険は、結局これまで提示してきた入札額と同様の額を提示し、競争により入札額の平均は下がらないとして、オバマ政権の提案は批判されている³⁹⁾。また、保険会社の事業者団体である AHIP (America's Health Insurance Plans) は、競争的入札制度はメディケア・アドバンテージへの支払いを激減させ、給付の削減か保険料の上昇につながると反対した。メディケアと比べて附加給付を提供できず、そのうえ保険料もかさむ場合、被保険者にとって、メディケア・マネジドケアに加入する意味はない。さらに現状では、1つ

または 2 つの私保険が市場を抑えており、競争入札が機能するかも疑問視されている。すなわち、10 州とコロンビア特別地区では、メディケア・アドバンテージ加入者の半分は、1 つの私保険に加入している。また 30 州では、メディケア・アドバンテージ加入者の半分は、2 つの大きな私保険に加入している。

こうした議論を受けて、医療保障改革では、競争的入札制度に加えて、質を向上した保険にボーナスを支払う案などが提案されている。例えば、ケアの連携の促進、電子カルテの導入、入院の削減、または他の質を向上させる方策を遂行した保険に追加的な支払いを行うわけである。

なお、メディケアの給付費用は、2008 年は 4,620 億ドル (連邦予算の 14% 相当) であった。2005 年には GDP の 2.7% であったメディケアの経費は、3 年後の 2008 年には 3.2% になっており、2020 年には 4.7%、75 年後の 2083 年には 11.4% になると予測されている⁴⁰⁾。さらに、2009 年初めには 3,210 億ドルの資産があったパート A 信託基金は、2017 年に枯渇すると見込まれており、対応策が求められている。メディケアにかかる医療費の抑制は、全般的に大きな課題である。加えて、メディケアの経費削減額は、現行の医療保障改革の財源としても注目されている。

五. 社会保険と私保険併存の是非

1. 併存システムの課題

出来高払制である公的医療保険メディケアと民間医療保険とを併存させたメディケア・マネジドケアの仕組みの難しさは、次のように指摘されている⁴¹⁾。第 1 に、医療費や医療サービスの現状をみると、広大なアメリカでは地域差が大きく、1 つの全国的な支払基準の設定は不適切である。第 2 に、メディケアを受給する高齢者の健康状態は多様であり、健康な者ほど私保険に加入する傾向にある。健康な者は全般的に医療費がかからず、一般的に社会保険メディケアの受給者よりも、私保険は経費が抑制できている。実際に私保険は、例えば、

スポーツ・ジムの会員資格を給付の1つとして宣伝したり、階段を登ってしかアクセスできない建物の2階に事務所を設けるなどして、健康な者の加入を促進するための施策を画策してきた。こうした健康な者のみを選んで保険への加入を促す「チェリーピッキング」の結果を、政府からの私保険への医療費の支払いにどう反映するかが、困難な課題となってきた。加えて、健康的な者が私保険に加入すると、メディケアには医療費のかさむ者が残ることになり、社会保障費用は、さらに上昇することになる。

これに対処すべき議会は、地域ごとのメディケア受給者の平均的な経費に依拠した支払方法を設定した。さらに、高齢や病気の患者の加入率が高い保険、または地方で展開される保険への支払額を追加してきた。しかし、この支払制度は、いくつかの課題を提起してきた。とりわけ、伝統的なメディケアの経費が高い地域では、被保険者がメディケアに残った場合よりも、より多くの費用が私保険に支払われてきた。

2. 併存システムの利点（メディケア・マネジドケアの利点）

メディケア・マネジドケアの利点としては、第1に、私保険の効率性をもたらす経費削減効果が期待されている⁴²⁾。第2に、その簡易性が、被保険者から異同なく評価されている。マネジドケアは、保険をめぐる各種の書類作成の手間を削減し、サービスの質を向上させている。とはいえ、加入するマネジドケアの保障外の診療を受けた場合、費用を求償せねばならず、とりわけ緊急の処置ではない場合の自己負担や煩雑さは残る。

第3の利点としては、私保険によりメディケアに付加的給付を上乗せできる点や、その多様性が挙げられている。私保険は、伝統的なメディケアに比べて、医療機関や医師との契約交渉、疾病管理、その他のメディケアが一般的に使用しない手法により、医療費の上昇を抑えられると主張されている。さらに医療保険業界は、革新的な予防や健康プログラム、慎重な薬剤管理といった、私保険が提供する給付により、長期的には医療費を削減しようと指摘する。

第 4 に、処方薬剤費や自己負担をめぐる経済的な不安の軽減も、メディケア・マネジドケアの利点として挙げられてきた。しかし、財政難から、こうした追加保障を削減、ないし撤廃するマネジドケア・プランが増加し大きな問題となった。これを受けて、2003 年にはメディケア近代化法により、新たな制度改革が試みられたものの、問題の解決とはならなかった。メディケア近代化法は、私保険の発達を促すために、当面、マネジドケア会社に対する支払額を増加させたが、これは社会保障費用の急騰に結びつき、支出抑制の声とともに批判も高まっている。ブッシュ政権が推進した民間活力の導入は、現在のところ、公費増を招いており、将来的な公費削減につながるかも疑問視されている。

メディケア・アドバンテージの擁護者は、私保険への支払いを削減すると、私保険は被保険者への給付内容を削減し、保険料を上げ、最終的には保険の提供を廃止するため、被保険者は結局、伝統的なメディケアに戻らなければならなくなると指摘する。歴史は、収益が低下した際、メディケア・アドバンテージ保険が市場に残らない点を示した。

さらに、擁護者は、多くの低収入者やマイノリティは、メディケア・アドバンテージを選択すると主張する。というのも、これらの者には、メディケアを補完する一般的な私保険を購入できる資産の余裕をもつ者が少ないからである。このため、自費払いの削減や歯科費用の支払いといった付加的な給付を受けるためには、メディケア・アドバンテージに加入するしかない。

3. 併存システムの難点

メディケア・マネジドケアに対する批判の核心は、社会保険であるメディケアの加入者と私保険の加入者との間の不公平にある⁴³⁾。例えば、連邦法は、メディケア・パート B の加入者に対して、パート B の医療サービスについて 25% の自己負担を課している。この点、高い私保険への政府の支払額に起因して、パート B の経費が高くなり、メディケアの被保険者の保険料も上がっている。MedPAC の計算によると⁴⁴⁾、メディケア・アドバンテージへの追加払

いにより、2009年には、メディケアの月額保険料が3.26ドル上がった。メディケア・アドバンテージに加入していない者が多数を占めるにもかかわらず、それらの者の保険料も上がったわけである。

加えて、伝統的なメディケアの被保険者の負担額は、メディケア・アドバンテージの存在により増加するにもかかわらず、メディケアの被保険者は、私保険への加入者が受ける追加的な給付を何ら享受できない点が批判されている。さらに、ベンチマークが高く設定されていることにより、こうした私保険の加入者は、追加給付についての支払いもしていない。ベンチマークの過剰設定は郡により異なるため、追加給付を提供する保険の存在には地域差も生じている。

また、私保険への過剰払いを批判する者は、税金が私保険の収益や追加的な事務費を支えるかたちで使用されている点を挙げている。2009年には、メディケア・アドバンテージへの支払いの13.4%が、収益や事業費に充てられると試算されている。私保険の存在は、これまで具体的に検証してきたとおり、全体として公費（社会保障費）を高騰させた。

おわりに

わが国では、混合診療の是非をめぐる議論が絶えない。この議論は、アメリカのメディケアをめぐる議論とは同じではないものの、公私の保険を併存させて医療費を支払う方法を模索するメディケアの経験は、わが国へのよい教訓となろう。私企業や市場への信頼が厚いアメリカでは、公私の保険を併存させる仕組みが、難航しつつも、長い歴史を通じて模索されてきた。

社会保険と私保険とを併存させた仕組みの利点は、効率性、簡易性、多様性などである。私保険は経費削減効果があり（効率性）、サービスの質を向上させ（簡易性）、附加給付を発展させる（多様性）と主張されている。他方で、公私の保険を併存させたシステムの難点の第1は、受給者間の不公平である。第2に、利潤を追求する私保険は、私保険内でその効率性から利益を出すこと

は可能でも、全体として公費（社会保障費用）を削減させる仕組みとしては機能し難い点をアメリカの経験は露呈した。また、私保険の発達にあたっては、消費者保護法制の拡充は欠かせない。

アメリカの高齢者を支える公的医療保険制度メディケアは、民間活力を重視したブッシュ政権時代に、社会が高齢者を支えることを目的とした創設当初とは、その性格を大転換させた。その変遷のなかで、各種の原理的な課題が提示されている⁴⁵⁾。医療へのアクセスは権利なのか。個人が受けられる医療の質は、社会経済的な要因に左右されてもよいのか。社会として、現存する医療制度への平等なアクセスを保障しなくてもよいのか。自立を重んずるアメリカ社会が、どの価値を重視するのかが鋭く問われている。オバマ政権は、一般的な医療保障改革において、発達した既存の私保険を組み込んだかたちでの皆医療保障制度の構築を模索している。こうしたなかで、高齢者をめぐる医療保障制度をどう改革していくのか、公私の保険が併存した現行制度、メディケア・アドバンテージをどう改革していくのか、今後の動向も目が離せない。

- 1) 仕事の忙しさを愚痴っていたときに、「引き受けた仕事は笑ってこなし、水面下で頑張るべきだ」と來生新先生から助言をいただいた。本稿は、横浜国立大学に赴任して以来、公私ともに大変お世話になった、白鳥のような來生先生に捧げる。
- 2) メディケア (Medicare, 高齢者・障害者医療保険制度) : 社会保障法第 18 編, 42 U.S.C. § 1395 et seq. (Title 42. The Public Health and Welfare, Chapter 7. Social Security Act Title XVIII, Health Insurance for the Aged and Disabled.)
- 3) アメリカの医療制度全般に関する邦語文献としては、天野拓『現代アメリカの医療政策と政党政治』(ミネルヴァ書房、2009 年)、レジナ・E・ヘルツリンガー (著) 岡部陽二 (監訳) 竹田悦子 (訳)『米国医療崩壊の構図—ジャック・モーガンを殺したのは誰か?』(オーム社、2009 年)、田中健司・後藤愛「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2007 年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き」損保ジャパン総研クォーターリー第 52 号 (2009 年) 2-58 頁、マイケル・E・ポーター=エリザベス・オルムステッド・デイスパーグ (編) 山本雄士 (訳)『医療戦略の本質—価値を向上させる競争』(日経 BP 社、2009 年)、李啓充『続 アメリカ医療の光と陰』(医学書院、

- 2009年)、杉田米行『日米の医療—制度と倫理』(大阪大学出版会、2008年)、石川義弘『市場原理とアメリカ医療』(医学通信社、2007年)、田中健司=森朋也「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2005年を中心とする概況と最近の動き」損保ジャパン総研クォーターリー第47号(2007年)2-44頁、天野拓『現代アメリカの医療政策と専門家集団』(慶應義塾大学出版会、2006年)、河野佳子『病院の外側から見たアメリカの医療システム』(振興医学出版社、2006年)、渋谷博史=中浜隆(編)『アメリカの年金と医療』(日本経済評論社、2006年)、中浜隆『アメリカの民間医療保険』(日本経済評論社、2006年)、李啓充『市場原理が医療を亡ぼす』(医学書院、2005年)、矢倉尚典=田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2004年を中心とする概況および職域市場・HIPPA・メディケアをめぐる最近の動き—」損保ジャパン総研クォーターリー第45号(2005年)18-69頁、ウォルター・ツェルマン=ロバート・ベレンソン(著)宮川路子=宮川義隆(訳)『アメリカ医療改革へのチャレンジ』(東洋経済新報社、2004年)、岩田健太郎『悪魔の味方—米国医療の現場から—』(克誠堂出版、2003年)、三浦清春『市場原理のアメリカ医療レポート』(かもがわ出版、2003年)、矢倉尚典=田中充=田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2001年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり—」損保ジャパン総研クォーターリー第42号(2003年)2-44頁、レジナ・E・ヘルツリンガー(著)岡部陽二(監訳)竹田悦子(訳)『消費者が動かす医療サービス市場—米国の医療サービス変革に学ぶ』(シュプリンガー・フェアクラーク東京、2003年)、河野圭子『病院の内側から見たアメリカの医療システム』(新興医学出版社、2002年)、李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』(医学書院、2001年)、西村徹=江頭達政=中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」安田総研クォーターリー第37号(2001年)、アンドル・アッカンプbaum = MMPG 総研=伊原和人(著)住居宏士(編訳)『アメリカ社会保障の光と陰』(大学教育出版、2000年)、レジナ・E・ヘルツリンガー(著)岡部陽二(監訳)竹田悦子(訳)『医療サービス市場の勝者』(シュプリンガー・フェアクラーク東京、2000年)、川渕孝一『医療保険改革と日本の選択』(葉事日報社、1997年)、西村由美子(編)『アメリカ医療の悩み』(サイマル出版会、1995年)、島崎謙治「米国の医療保障制度改革の展望」週刊社会保障No.1796-1811(1994年)、西川敏之「アメリカの医療制度改革の問題点」駿河台法学7巻2号、10巻1号(1994年、1996年)、松山幸弘『アメリカの医療改革—日本は何を学ぶべきか—』(東洋経済新報社、1994年)、広井良典『アメリカの医療政策と日本』(勁草書房、1992年)、松山幸弘『米国の医療経済—医療費・麻薬・エイズに揺れる超大国』(東洋経済新報社、1990年)、廣瀬輝夫『アメリカ医療はどこへ行く』(日本医療企画、1988年)参照。
- 4) 医療保障改革について、拙稿「アメリカの医療保障改革の動向—自立社会アメリカにみる高齢者の法的保護のあり方—」週刊社会保障No.2538(2009年)56-59頁、小川正浩「難

題のアメリカ医療保険の再生」生活経済政策 No.147 (2009 年) 38-44 頁。医療保障改革の背景や簡単な沿革は、拙稿「アメリカ大統領選挙にみる医療保障改革」けんぽれん海外情報 77 号 (2008 年) 1-7 頁、拙稿「アメリカの医療保障改革」長寿社会グローバル・インフォメーション・ジャーナル 3 号 (2007 年) 19-24 頁参照。

- 5) メディケイド (Medicaid, 低所得者医療扶助制度) : 42 U.S.C. § 1396. あらゆる年齢の低所得者に適用され、メディケアが一般的に保障しない一定の費用 (主として長期入所の経費) などもカバーする。この広範囲な保障により、一部の高齢者にとって重要な役割を担っている。
- 6) CHIP (Children's Health Insurance Program, 児童の医療保険プログラム) : 42 U.S.C. § 1397aa. 州政府主導のもと、現行のメディケイドの拡大などにより無保険状態にある児童数を減少させるプログラムで、1997 年の均衡予算関連法 (BBA / The Balanced Budget Act of 1997: Pub. L. 105-33.) によって創設された。オバマ大統領は、就任直後に、医療保険プログラム CHIP を 4 年半延長し、対象児童の範囲を拡大した。
- 7) メディケアについて、一般的に、CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, 連邦政府のメディケア・メディケイド・サービスセンター) の HP < <http://www.cms.hhs.gov/> > 参照。CMS は、医療財政庁 (HCFA / Health Care Financing Administration) の後身である。この他、Kaiser Family Foundation, *Medicare at a Glance - Fact Sheet* (January 2010) < <http://www.kff.org/medicare/upload/1066-12.pdf>>; LAWRENCE A. FROLIK & ALISON McCHRISTAL BARNES, *ELDER LAW: CASES AND MATERIALS* 205 (4th ed. 2007); and LAWRENCE A. FROLIK & RICHARD L. KAPLAN, *ELDER LAW IN A NUTSHELL* 55 (4th ed. 2006) 参照。メディケアの制度内容を説明する邦語文献には下記のものがある。西村周三「第 10 章 メディケアとメディケイド」藤田伍一=塩野谷祐一 (編)『先進諸国の社会保障 7 アメリカ』(東京大学出版会、2000 年) 187-197, 201-209 頁、菊池馨実『年金保険の基本構造—アメリカ社会保障制度の展開と自由の理念—』(北海道大学図書刊行会、1998 年) 22-27, 260-270, 281-300 頁、厚生省保険局企画課 (監)『欧米諸国の医療保障』(法研、改訂版 1990 年) 第 6 章 213-251 頁、皆川尚史「第 9 章 メディケアとメディケイド」社会保障研究所 (編)『アメリカの社会保障』(東京大学出版会、1989 年) 209-245 頁、M.O. ミュンディンガー (著) 岡本祐三 (監訳)『アメリカの在宅ケアと老人医療保険』(勁草書房、1986 年) 2-66 頁、西村・前掲書 (註 3) 30 頁、C. カール・ベグルス『アメリカの老人医療』(勁草書房、1985 年)。
- 8) メディケア・パート A : 病院保険 (HP / Hospital Insurance) ; パート B : 補足的医療保険 (SMI / Supplemental Medical Insurance)。
- 9) FROLIK & BARNES, *supra* note 7, at 214.
- 10) メディケア・アドバンテージについて、全般的に、Kaiser Family Foundation, *Medicare Advantage - Fact Sheet* (November 2009) < <http://www.kff.org/medicare/>

upload/2052-13.pdf> (以下、Medicare Advantage Fact Sheet); Boards of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund, *2009 Annual Report* (May 12 2009) < <http://www.cms.hhs.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf>>; Susan Jaffe, *Health Policy Brief: Medicare Advantage Plans*, HEALTH AFFAIRS (April 29th 2009) < <http://www.rwjf.org/files/research/43710.obama.pdf>>; Robert A. Berenson and Dean M. Harris, *Using Managed Care Tools in Traditional Medicare – Should We? Could We?*, 65 LAW & CONTEMP. PROB. 139 (2002). また、CMS Fact Sheet, *The Medicare+Choice Program in 2001 and 2002*, Aug 29, 2001 <<http://www.cms.hhs.gov/media/press/>>; Carlos Zarabozo and Jean D. LeMasurier, *Medicare and Managed Care*, in PETER R. KONGSTVEDT ED., ESSENTIALS OF MANAGED HEALTH CARE 17-30 (4th ed. 2003); FROLIK & BARNES, *supra* note 7, at 226-32; FROLIK & KAPLAN, *supra* note 7, at 96-102; 広井良典「第9章 医療制度—マネジドケアを中心に—」藤田=塩野谷・前掲書(註7) 175頁、西村・前掲論文(註7) 191頁参照。883頁もあるKONGSTVEDTの編著は、マネジドケアの制度内容、現状、問題などを詳しく取り上げている。

- 11) 以下、KONGSTVEDT, *supra* note 10.
- 12) マネジドケアに関する邦語文献としては、個別に引用するもののほか、下記の文献を参照した。河野・前掲書(2002年、2006年)(註3)、R.A. ボールダー(著)日本医療ソーシャルワーク研究会(監修)住居広史(監訳)『マネジドケアとは何か』(ミネルヴァ書房、2004年)、ドロシー・キャンシラ(著)中野次郎(訳)『HMOに娘は殺された』(集英社、2003年)、アメリカ医療視察団『苦悩する市場原理のアメリカ医療』(あけび書房、2001年)、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、2001年)、広井良典(編)『医療改革とマネジドケア』(東洋経済新報社、2000年)田村誠『マネジドケアで医療はどう変わるか—その問題点と潜在力』(医学書院、1999年)、西田在賢『マネジドケア医療革命—民活重視の医療保険改革』(日本経済新聞社、1999年)、田村誠『マネジドケアで医療はどう変わるのか』(医学書院、1999年)、島崎・前掲論文(註3) 1797号 62-63頁、1798号 26-29頁、松山・前掲書(註3) 126-56頁、厚生省保険局企画課・前掲書(註7) 260-63頁参照。
- 13) 広井・前掲論文(註10) 172、178頁。なお、市場原理との関係でマネジドケアを捉える定義(d)については、私見と異なるため挙げていない。
- 14) マネジドケア組織:MCO (Managed Care Organization.) 以下、Eric R. Wagner, *Types of Managed Care Organizations*, in KONGSTVEDT, *supra* note 10, at 17-30. 田村・前掲書(註12) 48-78頁、西田・前掲書(註12) 16-24、67-103頁、西村・前掲書(註3) 58-65頁参照。
- 15) Medicare Advantage Fact Sheet, *supra* note 10.
- 16) 患者及び医療提供者を対象としたメディケア改良法(MIPPA / The Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008): Pub. L. 110-275.

- 17) 医療費貯蓄勘定 (MSA) [42 U.S.C.1395w-28(b)(3)] は、高額な定額負担金の支払いを要するが、非課税というかたちで優遇されている。定額負担金の支出後、加入者はこの口座から、メディケアに付随する費用、すなわち、処方薬剤費、および定期検診や眼鏡などの各種医療費を支払うことができる。口座の残高は次の年に繰り越され、加入者の死後は、加入者の配偶者の医療費を支払うためにも使用できる。医療とは無関係の目的での出金は課税され、場合によっては 50% の違約金が課される [I.R.C. § 138(c) (2) (A).] 後述するメディケア+チョイス・プログラムと同時に、医療費貯蓄勘定は創設された。FROLIK & KAPLAN, *supra* note 7, at 99-100 参照。
- 18) Medicare Advantage Fact Sheet, *supra* note 10, Health Assistance Partnership, *Overview of the Medicare Advantage Program* <<http://www.hapnetwork.org/medicare-advantage/ship-resource-guide/overview.pdf>>.
- 19) 課税公平財政責任法 (TEFRA / Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982) : Act of Sep. 3, 1982, Pub. L. 97-248, 96 Stat. 324.
- 20) メディケア・マネジドケアが販売された地域は、特定の州に集中していた。メディケア・マネジドケア加入者の 3 分の 2 がカリフォルニア州 (26%)、フロリダ州 (12%)、ペンシルベニア州 (9%)、ニューヨーク州 (7%)、オハイオ州 (4%)、アリゾナ州 (4%)、そしてマサチューセッツ州 (4%) に在住していた。
- 21) メディケア処方薬剤費、改革、近代化法 : The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (通称、メディケア近代化法 : MMA / Medicare Modernization Act) : Pub.L. 108-173.
- 22) 厚生労働省大臣官房国際課海外情報室「アメリカにおけるメディケア改革法の成立」社会保険 55 巻 6 号 (2004 年) 10 頁、三浦明「外来用薬剤給付を含むメディケア改革法が成立」THE AMERICA REPORT Vol. 6, No. 6 (2003) 参照。
- 23) Health Assistance Partnership, *supra* note 18, at 1.
- 24) Elizabeth C. Borer, *Modernizing Medicare: Protecting America's Most Vulnerable Patients from Predatory Health Care Marketing Through Accessible Legal Remedies*, 92 MINN. L. REV. 1165 (2008), Health Assistance Partnership, *supra* note 18, at 3.
- 25) Kaiser Family Foundation, *The Medicare Prescription Drug Benefit-Fact Sheet* (November 2009) <<http://www.kff.org/medicare/upload/7044-10.pdf>>.
- 26) *Id.*
- 27) *Id.*
- 28) メディケアとメディケイドの双方を受給する低所得の高齢者や障害者については、メディケアが処方薬剤費を主に保障する。また、低所得者は、保険料や免責額などで、各種の補助を受けられる。具体的には、所得が約 1 万 5,000 ドル以下の低所得者および資産が 1 万 1,500 ドル以下の者は、保険料免除などの補助を受けられる。低所得者用の補助の

対象者は1,320万人と推計されているなか、補助受給者は930万人である。メディケア・パートD未加入者の75%は、補助を受けうる立場にありながら、補助を受けられていないと考えられており、加入促進が課題となっている。

- 29) Kaiser Family Foundation, *Medicare Part D 2010 Data Spotlight Premiums* (December 2009) < <http://www.kff.org/medicare/upload/8032.pdf>>.
- 30) 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).
- 31) 処方薬剤費をめぐっては、カナダからアメリカ国民が逆輸入した処方薬剤費を税関が没収したために、これを許可するか否かも議論されてきた。カナダでは、政府が薬価を公定するために、アメリカの製薬会社の薬がアメリカよりも安く入手できる。このため、約100万人のアメリカ人が、カナダから処方薬を入手している。政治力の強い製薬会社の支持を受けるブッシュ政権の動向が注目されたなか、2006年10月4日、税関での処方薬の没収を禁じる条項を含む国土安全保障省歳出法 (Homeland Security Appropriations) : H.R.2360 が成立した。カナダからの処方薬の購入を合法化したわけではないが、逆輸入が黙認された。この問題は、その後の医療保障改革でも議論的となっている。
- 32) 患者保護及び購入可能な医療保障法案 (The Patient Protection and Affordable Care Act) : H.R.3590, 購入可能な医療保障米国家案 (Affordable Health Care for America Act) : H.R.3962.
- 33) メディケア、メディケイド、SCHIP 給付向上及び保護法 (BIPA / Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000) : Pub.L. No. 106-554, 114 Stat. 2763A-463.
- 34) Medicare Advantage Fact Sheet, *supra* note 10.
- 35) Jaffe, *supra* note 10, at 2.
- 36) *Id.*, at 2.
- 37) Susan Jaffe, *Health Policy Brief : Competitive Bidding In Medicare Advantage*, Health Affairs (June 5th 2009) < <http://www.rwjf.org/files/research/43710.obama.pdf>>.
- 38) 競争的入札制度の沿革の詳細は、Jaffe, *supra* note 37 参照。
- 39) *Id.*
- 40) Boards of Trustees, *supra* note 10, at 2.
- 41) Jaffe, *supra* note 37.
- 42) Jaffe, *supra* note 10, at 3.
- 43) *Id.*, at 3.
- 44) MedPAC (Medicare Payment Advisory Commission) : メディケアを監視するために議

会が設置した、超党派のグループ。Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the Congress: Medicare Payment Policy* (March 2009) < http://www.medpac.gov/documents/Mar09_EntireReport.pdf>.

- 45) Eleanor Bhat Sorresso, *A Philosophy of Privatization: Rationing Health Care through the Medicare Modernization Act of 2003*, 21 J.L.&HEALTH 29 (2007).