

「米国医療制度改革法、2010年成立に伴う諸問題と
連邦政府、州政府の当該法律条項施策のプロセスと直面する
課題」

2010年3月23日に成立した米国医療制度改革法（Patient and Protection & Affordable Care Act; ACA）は、賛否が国を二分する合憲か否かの激しい論争を巻き起こし、米国最高裁判所の裁定にまで発展し、2012年11月の米国大統領選挙においても米国を二分する論争としてオバマ大統領、ロムニイ共和党大統領候補間で成立した当該法律の撤回をも含め激しい議論が交わされた。然し、オバマ大統領の再選後の2012年11月20日、オバマ大統領は当該法律の施行に向け一層の意気込みを表明し、各州政府にたいして医療制度、特に、医療保険制度への加入者の動員を則す為に州政府及び保険会社も含む利害関係者にたいし当該法律条項を厳守し法律の施行に協力する旨表明した。

日本においても社会保障と税の一体化の課題は、ようやく社会保障国民会議のメンバーが撰任され、社会保障の再構築案が再び議論され、国会での審議を含めて、国民による議論も展開されることになる。既に、日本は米国より早く公的医療保険制度を導入しているが当該制度の安定性と持続性の課題が徐々に表面化し今回の社会保障制度の改革への議論が進められることになる。2012年12月16日の衆議院総選挙で自由民主党の圧勝により社会保障と税の一体化は国会での論議も含めて一步前進することになり、今後の経済状況が消費税の改定の具現化に影響を与えることになる。

問題は改革の議論が正しくオープンな状態でなされるか否かが一つの課題であり、社会保障制度に係る利害関係者の参画の度合と開示された状態での論議、審議が求められる。この意味で米国医療制度改革

改革法の成立とその施行（条項）が如何に展開されているかを検証することが日本にとっても参考になると考えられる。以下、米国医療制度改革法（条項）の施行プロセスを各州政府及び利害関係者が如何に関与し、当該改革法が目指している目標が修正事項の検討も視野に達成されていくかのプロセスを記した。

米国医療制度改革法、2010年

(The Patient Protection and Affordable Care Act, 2010)

1. 「米国医療制度改革法成立の概要」

米国における近年の医療制度改革は、1935年にルーズベルト大統領を初めとしてその後トルマン、ケネディ、レイガン、クリントン等の歴代大統領が社会保障制度の拡充の視点と時代の要請を踏まえて医療制度改革への挑戦に取り組んできた歴史的な背景がある。

2010年3月、米国連邦議会はオバマ大統領が推進してきた医療制度改革法案（The Patient Protection and Affordable Care Act, 2010;）を可決し大統領の署名により法律となる。この法律が目指した主なプログラムの一つである米国民の医療保険加入の拡大を目的とした米国医療保険制度は、歴代民主党大統領が過去75年間成すことができなかった医療保険制度の画期的な創立を齎した。

米国医療制度改革法、2010年はオバマ政権と民主党が成し遂げた意義ある法案であり、最も世論を沸かさせた法案でもある。米国連邦議会下院の当該法案可否採決で共和党議員は反対票を投じ、可決された法律の撤回を国民に公約として大統領選挙でも共和党ロミニイ候補とオバマ大統領間で激しく論戦が交わされた。2年前の中間選挙後の連邦下院議会で、共和党員245人全員は米国医療改革法の撤回を求めた法案を下院本会議で可決させた。然し、米国連邦議会上院で多数を占める民主党勢力により米国医療制度改革法は幾つかの主な条項の修正を経て施策されていくが、その後の法廷での論争に発展する。又、当該医療制度改革法に係る是非は2012年米国大統領選挙の大きな選挙公約として民主党と共和党を二分した形勢で推移していった

2012年、法律化された国民医療保険制度は、当該法案の主な条項に関し数々の違法を主張する法廷論争を経た後、米国連邦最高裁判所が当該国民医療保険制度を大筋で合憲であるとの裁定を下した。

可決成立された医療保険制度は、さらに米国民の医療保険未加入者 3000万人に医療保険への加入を拡充させる為にメデケイド制度の拡充強化、低所得、中間層にたいする医療保険加入の為に連邦政府による優遇支援制度を導入した。Exchange と称される医療保険加入の為に市場における医療保険の販売で、医療保険内容の比較、オプション方式を導入し、保険会社が加入者の既存病状を理由に保険加入を拒否することを禁じた。メデケア制度の膨張に係るコスト削減を図る為に専門家によるパネルを構成し、コスト削減の具体策として医療が効果を上げているケースのみに医療費の満額償還を適用し、又、保険会社に医療方法と運営に係る合理化を齎す為のインセンティブも導入した。

米国連邦議会予算局の見解では可決成立した法律の施策の為に、米国連邦政府は向こう 10年間で \$ 938 ビリオンを蔵出し、米国連邦政府による蔵出の赤字は \$ 138 ビリオンと見込まれている。

米国連邦最高裁判所の裁定は過去何十年の歴史上で意義あるものであり、当該法律は重大な一里塚を齎し、医療保険改革制度はさらに先へと変革してゆく。当該法律の主な柱である幾つかの変革内容は 2010 年以来既に推進されており、医療保険制度改革による市場マーケットとメデケイド・プログラムの拡充で究極的には米国は最も裕福な国でありながら国民の全てが必ずしも医療保険加入の恩恵を享受してこられなかった唯一の国としての地位から脱皮することになる。

米国における多くの保守派（層）は、米国連邦最高裁判所が下した医療制度改革法に係る裁定に戸惑いを隠せないが当該裁定は長期的な視点から米国連邦議会の権限に制限を課したとみる向きもある。メデケイド・プログラムの拡充に課せられた制限は米国連邦政府が蔵出し助成する州政府のプログラムに係る変更に関する施策の実施にも制限を齎すことになる。

米国連邦最高裁判所が裁定を下した医療制度改革法に係る米国内通商法上の条項は憲法の性格をも変えたとし、保守派法律（憲法）学者が主張する、”

米国連邦議会は米国インター・コマス（Inter-commerce）に関する規制に関与する権限は定義された範囲でなければならない“、との主張に軍配をあげたことになる。米国連邦政府が連邦議会で可決、大統領署名で成立した法律は今後とも更なる挑戦を受けることになる。

米国連邦最高裁判所 Roberts 長官が下した米国連邦最高裁判所の裁定は医療制度改革法の英知を支持したことではなく、又、公的に選出された指導者の政策（行動）を無視する為に沈黙を保つものでもないとした。

米国連邦最高裁判所 Roberts 長官は、“我々米国連邦最高裁判所の責務は国民が選んだ政治指導者が選んだ結果から国民を守ることではない”と裁定で述べている。

2. 「商法上の条項の課題」

医療制度改革法が定める国民にたいする医療保険制度加入への義務化を強いるような政策は違法であるとの理由で 26 州が反対を表明した。多くの保守派憲法学者は、医療保険制度加入は通商法条項に鑑み憲法に違反しているとし、その理由として米国連邦政府が国民に医療保険の購入（加入）を強制することができれば、連邦政府は国民に政府が意図とする全てのものを強制購入することが可能になると論じる。一例として国民にブロッコリーを買うよう要請できるのと同じことだと論じた。

この医療保険への強制加入の論議に鑑み、米国連邦最高裁判所の多くの裁判官の判断は、当該医療保険制度は 2014 年から導入され米国連邦政府歳入庁により撤収される医療保険加入に係るペナリテイについては税の取立てであるとして違憲ではないと裁定した。

米国連邦最高裁判所の 4 人のリベラル派とされる裁判官は Roberts 最高裁判所長官の通商法条項に係る意見に同意できない旨を明確にする立場を取った。

米国連邦最高裁判所での論議において、Ruth Bader Ginsburg 裁判官は、Stephen G. Breyer, Sonia Sotomayor, Elena Kagan 同僚裁判官と共に少数派異論意見として、Roberts 最高裁判所長官の意見は“時代遅れで、もはや説得力のない意見である”と論じた。

国民医療保険加入の義務に関し、オバマ大統領は医療制度改革法の他の条項が適法、適切に機能する為にも当該改革法が不可欠であるとし、当該改革法を通じ医療保険に加入できない、又、加入を拒否されている人々、保険加入者でも更なるプレミアムを支払わなければならない人々への医療サービスを救援することが大事である所以と論じる。

医療保険への加入義務を支持する人々は、病気である人々ばかりでなく、健康な人々も加入し医療保険が国民に手軽で身近な制度になることが大事であると論じる。医療制度改革法は所得額に対応して低所得、中間層を対象に補助制度を導入した。又、特定の事業機関には従業員の医療保険加入の為に助成制度の適用を導入した。

3. 「メデケイド制度と州政府」

何百万人にも及ぶ低所得者層の更なる医療保険加入の為にメデケイド制度の拡大、拡充について米国連邦最高裁判所は支持の裁定を下した。但し、メデケイド制度の条項拡充に従わない州政府にペナルティを課す米国連邦政府の権限を制限した。

米国連邦最高裁判所 **Roberts** 長官は、裁定で米国連邦政府は州政府にたいして米国連邦政府から州政府への制度化されているメデケイド・プログラムに係る連邦政府財政補助金をカットして米国連邦政府の施策に同意させる行為を禁じた。米国連邦政府による補助金は州政府予算の 10%以上を占める。

Roberts 最高裁判所長官は、米国連邦政府からの州政府にたいする助成金カットの脅しは、“メデケイド・プログラムの拡充の反対を無言化させ、選択の余地がない州政府の貧弱な立場に更なる経済的圧力をかけるに等しい”と論じた。又、**Roberts** 長官は、“州政府にとり米国連邦議会がメデケイド・プログラムの内容を変更し、修正しそれを劇的に可能にする権限を留保するとは大方理解しているとは言い難い”と論じた。

米国連邦議会は州政府にたいし条件を付して財政支援しメデケイド・プログラムを拡充させることが出来るとした。**Roberts** 最高裁判所長官曰く、“但

し、米国連邦議会がしてはいけないことは、州政府にたいして現在適用しているメデケイド・プログラムの為の財政支援を打ち切ることである”と論じた。

この脅かしの圧力が無ければ州政府にとり一つの選択がある。もし州政府がメデケイド・プログラムを拡大し医療保険内容を拡充すれば、米国連邦政府はコストの全額を州政府に与え、最終的には州政府には助成金は 90%で調整できる。もし州政府がそれに応じなければ助成金は受けられない。

2012 年、オバマ大統領は各州政府への大統領書簡で、メデケイド・プログラムの充実に取り組むべきと強調し、さもなければ連邦政府からの助成金がうけられなくなると指摘した。米国連邦健康・人材サービス省（厚生省）の高官は州政府にたいして、もし州政府がメデケイド・プログラムの拡充に関し州が同意を決意した時は、その変更はいつでも出来るとの行政通達をだしている。

4. 「米国医療制度改革法に関する意見の賛否」

ニューヨーク・タイムス紙—CBS TV が行った世論調査では米国世論の 46%は賛成、41%は反対であった。ニューヨーク・タイムスの論評は米国最高裁判所の裁定に関し多くの分野の専門家の意見、見解を交えて掲載した（2012 年 10 月 1 日）。米国大統領選挙後のマスコミの論評はオバマ大統領を再選させた主な要因の一つとして、米国医療保険制度を挙げ、この制度が特にヒスパニック系アメリカ人、アフリカ系アメリカ人によるオバマ支持を強固なものにしたと指摘している（ワシントン・ポスト紙、2012 年 11 月 15 日）。

Professor Andrea Campbell, 政治学者 (a political scientist at MIT) は、米国連邦最高裁判所が米国医療制度改革法に係る裁定に愕いたと反論している。Campbell 教授曰く、“米国連邦最高裁判所が米国医療保険制度改革案に支持裁定を下し、租税の裁定を褒めちぎるとは前代未聞のことである”と言いつける。

米国最高裁判所がまず世論に影響を及ぼすこと自体が意外であるとし、大方の世論は米国最高裁判所がおこなっていることには殆ど関心を示してい

ないことも一つの理由であると論ずる。

米国連邦最高裁判所が世論に影響を与える時は、一般的には米国連邦最高裁判所は議題を設定するには今まで、相当無視されてきた問題を絞り込み、最新の世論動向として論じる方法が通常的な方法である。米国連邦最高裁判所が世論の動向にどのような影響を与えたかについては、Harvard 大学教授 Michael J. Klarman は一例として 1990 年に米国連邦最高裁判所が下した“人が死ぬ権利”に係る裁定後に米国民の 50 万人余が遺言書をしたための例を挙げ米国連邦最高裁判所の裁定が世論に与える影響の事例にふれている。

米国連邦最高裁判所が下す裁定は、多くのアファマティブ・アクション (Affirmative Action) の事例に係る法廷での裁定が今後も下されるとみている。人種差別に係るとされたテキサス大学入学に係わる問題等米国最高裁判所が下す裁定の意義は大きい。然し、裁定の意義は人々の心の持ちかたとは関係ないとの指摘、意見もある。

米国連邦最高裁判所による裁定が下され、ある影響が生じる場合、その影響は最初の短期間は往々にしてネガティブであり、1954 年の *Brown v. Board of Education* に係る事案で人種差別に係る黒人学生の入学についての裁定も社会的には同じくネガティブな影響を与えた。1973 年に下された *Roe v. Wade* に係る事案は憲法上の中絶の権利についての裁定も同じく世論への影響は当初は短期的にネガティブな世論の反応であった。

ハーバード大学 Klarman 教授はこれらの米国連邦最高裁判所による裁定は、世論動向では裁定に関し半分の国民が賛意を示したが、政治的には過敏な反動行動を起こさせるに至ったと指摘する。

ニューヨーク大学 Barry Friedman 教授 (法律学専攻) は、米国連邦最高裁判所が下した裁定は医療保険改革法を他の方向に導かせることになると指摘する。Friedman 教授曰く、“いろいろな研究・著書から学ぶとき、米国連邦最高裁判所はその裁定に関し世論と共にその論点を肯定し裁定を下すことはない。寧ろ、裁定に係る反動は政治的反動行動を生むということである”と指摘する。

米国連邦最高裁判所の裁定に関しては、歴史的にもその評価は悪くないが、

医療制度改革法に関する裁定が下された後の評価は歴史的にも低いものであった。米国連邦最高裁判所に対する評価は時の政権と同じく評価を受けるとされる。然し、米国連邦最高裁判所の評価は米国連邦議会、報道機関、大企業、労働組合と比較すると相当高い評価を受けてきている。世論の評価で云えば、軍、警察、宗教団体が高い評価を受けてきている。

米国連邦最高裁判所は時折世論の動向を共有し、その動向から大きく外れることはない指摘されている。医療制度改革法のケースに関する裁定は世論動向の視点から見る時、決して世論の動向と共有しているとは言えない。特に医療制度改革法の中核については評価が低いと論ずる。

コロンビア大学で法律、政治学を講義する Persily 教授は 2013 年オクスフォード大学から出版される著書で、米国連邦最高裁判所の裁定に関する世論の反応は米国最高裁判所が抱く米国連邦最高裁判所の体質と関係しているのではないかと論ずる。世論の動向を引き付け当該法の問題点の検証をせず、米国連邦裁判所は一步退き、この法廷論争の究極的対応を米国連邦議会と大統領に委ねたのではないかと論じる。

現在、恐らく避けて通れない医療制度改革の政治課題の雰囲気、医療制度改革法がオバマ大統領の政策と蜜接に結びついていることを念頭におくとき、米国連邦裁判所も世論（国家）が二極化している問題に対処すべきとの裁定を下したとみるべきと論ずる。裁定後は共和党の 50%以上は裁定に反対を表明した。裁定前の共和党の反対は 30%であった。中道派と言われる人々の裁定に対する反対は裁定以前の 32%から 43%になったと指摘している。民主党は裁定以前と後では大差がみられていない。両教授は、米国連邦最高裁判所による医療制度改革法にたいする裁定は二極化する論争にたいして充分踏み込んだ裁定を下してないケースとして米国の司法歴史上の記録に残ると指摘している。

ロスアンジェルス・タイムズ紙 (Los Angeles Times) は、2012 年 10 月 30 日、米国大統領選挙の一つの重要なスローガンとしてオバマ大統領に挑戦したロミニイ前マサセッシュ州知事の米国医療制度改革にたいする反対意見を含め、米国連邦最高裁判所が下した裁定に関する専門家の意見を掲載し今後の米国医療制度改革法、特に医療保険制度の課題について大々的に紙面を割いて問題提起した。

ロスアンジェルス・タイムズ紙は（2010年10月30日）、“ロムニイ氏が仮に大統領選挙に当選した暁には米国医療制度改革法を撤回すると公約しているが、果たして、いかなる大統領も成立した法律を即時に撤回する権限があるか否か？”と論じ専門家達の意見を紹介している。既に2012年11月6日の大統領選挙でオバマ大統領が再選を果たしており、ロムニイ氏が大統領として米国医療制度改革法を無効にすることは現実的に不可能であるが、法律論として無効とするシナリオについて学者、専門家は下記のように述べている。

Georgetown 大学の Lawrence O. Gostin, John D. Kraemer 教授は *Journal of the American Medical Association* に寄稿し、仮にロムニイ候補が大統領に当選し、大統領行政命令に基づき米国医療制度改革法を無効にする道はあると指摘する。然し、その条件と環境整備は米国連邦議会上下院を共和党が多数を占めることである。ロムニイ氏が一方的に米国医療制度改革法を無効にすることは憲法上との兼ね合いで非常に難しいと指摘する。両教授によれば、“米国連邦憲法が大統領に課せた責務は、成立した法律を誠実に堅持する義務がある”と定義し大統領が一方的に成立した法律を無効にするには大統領行政命令をしても憲法違反に抵触するとしている。

米国連邦議会で可決され大統領による署名で正式に成立した米国医療・保険制度改革法は、大統領に権限を与え州政府に対し成立した法律よりもベターである修正案にそって医療制度改革案を施策させる道はあると指摘した。然し、そのような修正条項による州政府が適用できる施策は2017年以降となる。

州政府の必要性に見合う施策を展開するにあたり、米国連邦政府健康人材サービス省（US Department of Health and Human Services）は、その行政権により州政府に対しメデケイド・プログラムの柔軟な運用の為に医療保険制度改革案に係る州政府の施策に弾力性を与える為に一部修正条項を適用することもできると指摘している。但し、州政府によるメデケイド・プログラムは米国医療制度改革法が定め目指す医療制度の充実内容を下回るものであってはならないと力説する（Kraemer, Gostin 教授）。

米国医療制度改革法に因んで、ロムニイ氏が抱く政策の一つは、米国連邦政府が低所得者に対し医療保険を購入する為に補助金を適用する道を開く施

策であると指摘する。米国医療制度改革法は州政府にたいして医療保険を購入する Exchange と称される保険加入の為の購入システムを創設する権限をあたえている。もし、州政府が Exchange 創設を拒む場合は米国連邦政府が州政府に代って Exchange を低所得者の医療保険加入の為に創設できる。然しながら、ある理由で恐らく見落とししたと考えられるが、医療制度改革法では低所得者に対する保険加入の為の連邦補助金は州政府が創設した Exchange で購入した医療保険のみに適用できることになっている。仮に、ロミニイ氏が大統領に当選していたとの仮定の話として彼が主張していたポイントに関し、医療保険購入を連邦政府が設立した Exchange から購入した場合に適用する補助金の交付を拒否した場合、医療保険購入希望者の主張に裁判所は補助金交付拒否を認める裁定を下すと見られると論じている (Kraemer, Gostin 教授)。

仮にロミニイ氏が大統領に当選していたとしても、彼が公約を果たす上で出来る手法は医療保険制度への強制加入条項の修正で加入条項を削減することだけだと指摘する。米国医療制度改革法では、医療保険制度への加入を怠った場合はペナルティが課せられる。それは税と言う形式で課せられる。然るに、ロミニイ氏が米国蔵入庁 (US Internal Revenue Service) に対してペナルティ (税金) を撤収しない旨命じることで、“医療保険加入拒否” のペナルティを合法化するというメッセージを送ることになる (この論理はオババ大統領が非合法移民で暴力等を犯していない非合法移民者の国外追放に使った手法と似ていると指摘)。

想定として、ロミニイ氏が大統領として米国医療制度改革法、特に、医療保険制度の撤回を目指した場合、米国連邦議会の協力が不可欠となる。共和党は連邦議会下院の多数維持に加え上院の多数も占めることが必要となる。上院でのフィルバスタを防ぐ為には 60 議席を獲得し維持することが大前提となる。仮に、これらが達成できていたとしても共和党は米国医療制度改革法条項のどの条項を修正するかで現行法内容は更に複雑怪奇な内容となりかねないと指摘する。両教授曰く、“医療保険内容の既存病症条項の手直しと同時に医療保険の強制加入の義務付の廃止は医療保険運営のコストの高騰を招きかねない” と結論づける。

然るに、有権者にとり医療制度改革法の是非が 2012 年大統領選挙の争点の一つであったことの意義は大変重要なことであると指摘している。

仮に、ロムニイ氏が大統領に当選していたとしても、米国連邦議会上下院で多数勢力を占めれば、米国医療制度改革法の撤回又は大幅な修正に取り組む姿勢を鮮明にして現行医療制度改革法の完全な施策の履行を引き延ばすことは可能であったと言える。

Science Daily (2012年10月24日)は、米国における著名な法学、経済学者、その他の専門分野の学者6名が米国医療制度改革法に関するエッセイを発表しHastings Center Reportに掲載された内容を引用して米国連邦最高裁判所が下した裁定が医療制度改革法の具体的な施策にどのような影響を及ぼしていくかを記している。

各学者、専門家の見解、意見は多様な視点から論じられている。最も焦点となっているポイントは医療保険制度に係る強制加入の課題である。

Wake Forest 大学、Mark H. Hall 教授(法学、公共衛生学)は米国連邦最高裁判所が下した医療制度改革法にたいする裁定は、医療保険制度加入に係る個人に対する強制度は税を払うか否かの選択肢をあたえることにより貧弱なものとした。この税未払に係るペナリテイの問題は、米国連邦議会が予算編成の過程で調整協議を通じ医療保険制度の一体化を骨抜にすることができるので、医療保険加入制度を弱体化させたと論じる。

ペンシルバニア大学 Wharton 経営大学院、Mark V. Pauly 教授は異なる見解を述べる。教授個人としては医療保険制度には賛同するが、現行医療保険制度に関する制度上の構造では医療保険未加入者にたいするペナリテイ額が低すぎ、ある対象グループの医療保険の年間加入額よりも低いのでペナリテイ効果は脆弱である故、多くの加入者を期待することは難しいと言う。又、Pauly 教授は政府が求める医療保険制度に係る運営策は膨大なコストを齎すことになると指摘する。

医療保険制度運営策に関し、Pacific Lutheran 大学、Paul T. Menzel 教授は加入義務化された医療保険制度運用は統制の健全性とコストの適切性が不可欠であると言う。現行医療保険制度は今後のコスト・コントロールに係る条項が含まれているが全体的には脆弱な仕組みとなっていると指摘する。

The College of New Jersey 大学、James Stacey Taylor 準教授(哲学)は、

現行の医療改革制度は表向きには抱擁性ある制度と映るが、実態は偽った内容であり、“経済的視点、道徳的な見地からも到底受け入れられない”制度内容であり、“この制度の運用には多くの弁護士、官僚の関与が必要になり医療コストを押し上げる”と指摘する。

医療制度は道徳・理念的視点からどうあるべきかという議論がなされ、医療制度改革の根本的な理念としての個人がアクセスできる医療の必要性については異議を挟まないが、他の課題である責任性、コミュニティとの係わり、思いやり、医療制度の統治に関し数々の課題、問題が提起されていると論じる。

George Mason 大学、Center for Health Policy Research and Ethics 所長、Len M. Nichols 教授（健康経済、健康政策論）は、米国民の為の医療制度統治はどうあるべきかに焦点をあて米国民は適切な医療サービスが受けられる基盤の強化を訴える。Nichols 教授は、今こそ医療制度を見直し全国民が医療サービスを享受できるシステムを構築すべきと力説する。医療制度改革に異議を唱える人々は米国民の多くが医療を享受できていない現状をただ黙認しているにすぎないと批判する。Nicholas 教授は道徳の一層の向上に専心する社会こそ先があり、図らずしも米国連邦裁判所が多数を制し裁定を下したことは大きな前進であり、そのような社会の未来は大きいと言い切る。

テキサス大学オスチン校法科大学院、Vice Provost for Health Affairs, William M. Sage 教授は、米国連邦最高裁判所の裁定は医療に関し米国民を米国連邦政府当局からの支配権から保護することの価値に焦点をあてたと言う。然し、この過程で医療改革に係る連帯の必要性と改革を進展させる重要性拡充の欠如が課題が浮き彫りになったと指摘する。

Washington and Lee University, Timothy Stolfus 教授（The Robert Willett Family 特任教授）は、恐らく“米国に於ける医療制度改革の真髄への闘いはまだまだ終結しないだろう”と明言するが、その見方が最も現実的な見方であると指摘されている。

5. 「米国医療制度改革法の特徴」

「米国医療制度改革法、2010」は、米国の医療制度が更に多くの国民にアクセスできる道を開き、改革された医療保険への加入者の健康維持の為に新しい制度を構築することを目指した法律である。

この改革された医療制度下において被保険者は病気になった時等、保険会社が被保険者の加入資格を取り消したりすることを禁じ、保険会社の医療保険内容が被保険者の為に早期検診・治療を念頭においた予防医学の推進として内視鏡大腸検査、マモグラフィ等予防医療も含まれることになる。

雇用条件で保険適用がない国民、既に諸病状（例として、リュウマチ、癌）を抱えている為、国民が医療保険加入を望むが拒まれている人々にも、2014年から医療保険加入が多くの国民に認められることになる。

当該医療改革法は、中小企業で働く従業員の保険加入費用を支援する為の施策を講じ、担当医師、看護師、医師アシスタント、その他の医療関係専門職員による対応の人数増の充実化を図ることになる。

主な改革内容：

*26才以下の成人の為の保険加入

該当対象成人は親が加入する医療保険の医療サービスを受けることが出来る。該当対象成人に課せられる条件も下記のような状態でも加入が認められる。

- ・当該対象成人が親と同居していない
- ・学生ではない
- ・親の扶養家族ではない
- ・既に結婚している（但し、妻、子供は適用対象外）

事業主が従業員の為に加入した医療保険内容で、既に2010年3月23日以前に加入している場合、当該対象成人は親が加入している保険に加入できるが、当該対象成人が他の医療保険（会社を通じて加入）に加入している場合は対象外となる。

2010年3月23日以前にグループ加入した医療保険内容の場合は多少違いがある。当該対象成人自身が他のグループ加入の医療保険に加入できる、又、加入している場合は当該対象成人に対する親の医療保険内容の適用は対象外となる。

更に、当該改革法が定義した医療保険内容は大学生を対象とした医療保険内容にも同じく適用される。

*改革医療保険加入の中小企業に対する税法上の優遇措置

中小企業事業主は従業員の為の改革医療保険加入に鑑み税法上の優遇措置が適用される。授業主はフルタイムとしての従業員を25人以上雇用していること（又は、それと同等の条件で25人雇用していること）。尚、平均年酬は\$50,000.00以下であること。2011年からの中小企業事業主にたいする税額優遇措置（減額）は医療保険加入経費の35%が適用される。非営利事業は25%が適用。税額優遇措置の減額幅は、2014年には中小企業主に50%減額が適用（非営利事業は35%適用）される。（注：事業主が申請すべき税額優遇措置申請書を参照すると理解が深くなる）。

*既存の病症を持つ幼児、若年成人層に対する医療保険加入申請の拒絶の禁止

当該改革医療制度に基づく医療保険加入に関する19才以下の非成人に対する医療保険内容も、既存諸病症の有無を問わず加入を拒否、保険内容に制限を適用することは認められない。ここに言う、既存諸病状として、例として当該非成人は両親が医療保険に加入する以前に諸病症、身体障害が発生していた場合においても加入拒否、保険内容に制限は課してはならないとしている。

2014年以降は、如何なる人々も既存の病症を理由に医療保険加入を拒むことを禁じている。医療保険内容の保険金の増額を禁じ、乳幼児、子供の既存の病症、身体障害には左右されないとした。

このルールは医療保険が会社、事業団体が改革医療制度に基づく医療保険以外のもの、又2010年3月23日以前に加入した医療保険には適用しないとした。

* 既存病症を持つ人々の為の医療保険への加入制度

「既存病症者に対処する為の医療保険（PCIP）」と称される保険サービスが新たに創設された。当該保険の創設は従来の保険では既存病症者で癌、糖尿病等の疾患があるため医療保険への加入の道を閉ざされていた人々、又、少なくとも 6 カ月間医療保険でカバーされていなかった人々を救済する為である。2014 年からは人々の健康状況の如何に関わらず、医療保険への加入が認められる。

当該医療保険への加入のオプションについては (3) の選択肢がある。標準プラン、イクステンデド・プラン（Extended plan）、ヘルス・セイビング・アカウント（Health Saving Account）である。又、家族はその子供で資格が認定された子供には「子供用特別保険プレミアム」が適用されることになる。詳細については、www.pcip.gov を参照。

* 医療保険内容に係る保険プレミアム制限の撤廃

保険プレミアム制限の撤廃は加入者の生涯に亘り適用され、このルールは会社の事業主、個人が 2010 年 3 月以降に購入した医療保険を対象とした。この新しいルールは 2010 年 9 月 23 日をもって適用された。医療保険の多くの保険内容の適用期日は 2011 年 1 月とされた。但し、医療保険内容がそれほど重要でないものに関してはプレミアムの上限規制を課すことが許される。医療保険のプレミアム額の撤廃は徐々に適用されるとし、2014 年には完全撤廃となる。

* 処方箋薬剤（薬品）のデスカウント

医療制度改革法成立以前は、メデケア・パート（D）に分類されている人々は“coverage gap”又は“doughnut hole”と称されるギャップに直面していた。このギャップとされる問題は、医療保険の加入者の為の保険内容が処方薬の金額を全て使い果たした時、医療保険加入者は処方箋薬代金を十分に支払い、処方箋薬用代金を再び支払うまでは、処方箋薬は保険でカバーできないので自己負担扱いであった。医療保険改革法の基では、このギャップと指摘される問題は 2020 年までには完全に改良されるとした。

2011年時でのこのドーナツ現象の対象者は、処方箋薬代金に関しては50%のデスカウントが適用され、処方箋薬は所謂一流ブランド製の処方箋薬を対象としている。デスカウントはジェネリック処方箋薬にも7%適用される。又、デスカウントはメデケア制度でカバーされている処方箋薬に関しては、薬局、メールオーダーで調達できる薬にも適用される。

向こう10年に亘り、ドーナツ現象の対象者は一流ブランド製の処方箋薬品、ジェネリック薬品のデスカウントが適用でき保険加入者にとっても薬代金の減額の恩恵を被ることになる。

然し、ドーナツ現象対象者で“エキストラの支援（メデケア・プログラム等の支援制度）”の恩恵を受けている人々は自動的なデスカウント適用の対象者とはならない。

*メデケア受益者の為の予防医療サービス

医療保険改革法は、メデケア・B分類認定者は予防医療サービスを無料にて受けることができる。定期的な健康診断に加えて、大腸内視鏡検査、糖尿病検査、ある種の癌検査等がカバーされる。新規のメデケア・B分類認定者は、“Welcome Medicare”プログラム・サービスの一環として無料で医療サービスを受けることが出来る。12か月以上のメデケアB分類認定者は毎年の健康診断、更に医療専門家により各自の予防医療プログラムの作成の恩恵を受けられる。”これらの医療サービスを受ける為には、メデケア認定後12か月以内に医療機関を訪問し、メデケアプログラム・サービス歓迎診断“を受けることになる。

*メデカル・ロス比率

医療制度改革法は、保険会社に医療保険加入者が受ける医療行為・サービスの質の向上と充実化、それに伴う医療行為、運営に係るコスト削減等の合理化を義務付けている。医療制度改革法はMedical Loss Ratio(MLR)と定義される医療行為とそれに係る運営管理費（アドミニストレイティブ・コスト；マーケティング及び運営管理費等）の比率の健全化の明確化を義務付けている。

メデカル・ロス比率に関するガイドラインは、多様な医療保険分野に亘り定められている。中小企業、個人向け医療保険に関しては、保険会社は加入者

が支払うプレミアム金額の内、20%以内しか医療運営管理費に充当しては
いけないとされる。この合理化された医療運営管理費が“80-20ルール”と
称される所以である。大企業向けの医療保険に関するプレミアム金額からの
医療運営管理費充当額は15%とされている。然るに、医療保険加入者が支払
う医療保険のプレミアム金額の80~85%は直接的な医療行為に充当すべきと
している。

もし、保険会社が前述の定められたメデカル・ロス比率厳守を犯した場合は、
保険加入者に違反金額を返済する義務を負うと定めている。2012年に保険会
社はメデカル・ロス比率規律を犯したとして保険加入者12.8ミリオン（1200
万人）に対して\$1,1ビリオン（約1000億円弱）を支払うことになる。一家
族当たり\$151ドルを返済することになる。この違反による返済金は毎年8
月1日に支払うことになっている。

* 既存病症と医療保険加入拒否の課題

医療制度改革法の基で、2014年から保険会社は既存病症及び身体障害者が希
望する医療保険加入を拒否すること、又、更なる高額なプレミアムを課すこ
とは出来なくなる。既存病症とは健康疾患、病症、身体障害等で医療保険加
入を希望する以前にそのような健康、病症にあった人々と定義される。保険
会社は年齢、性別、中小企業等の要因で保険のプレミアムを決めることは出
来ない。個人が保険会社から直接に医療保険を購入することは出来る。又、
中小企業経営者が従業員のために医療保険を直接保険会社から購入すること
は出来る。

* 医療保険の重要ポイントと保証された充実した医療プログラム・サービス

2014年より、医療保険はExchangeと称される州が創設した保険購入システ
ムで、その目的と内容は医療保険加入者にとり十分なプログラム・サービス
が組み入れられたものを保険会社は加入者に提供しなければならないとした。
これにより医療保険加入希望者は多様な医療保険内容を比較でき加入するこ
とができる。州政府との連帯であるメデケイド制度プランは医療保険内容と
して加入者にたいし十分な医療プログラム・サービスでカバーしなければならない。
下記に列挙したプログラム・サービス等が含まれる。

- ・ 救急医療サービス

- ・入院医療サービス
- ・出産、乳幼児ケア
- ・メンタル・ヘルス医療
- ・処方箋薬剤
- ・病理学検査
- ・予防医療〔診療〕
- ・慢性疾患（糖尿病、リュウマチ等）

***医療保険プログラム・サービス内容に課す年間金額制限の撤廃**

向こう数年先には、医療保険に係るサービスにたいする金額制限は徐々に無くし（医療保険サービスとして終身医療サービスの制限措置はすでに撤廃済み）、2014年迄には企業、個人医療保険サービスで、2010年3月以降に加入した医療保険のサービス限度額は徐々に調整し2014年1月以降は大方の医療保険プログラム・サービスの限度額は完全に撤廃される。

***メデケイド制度への認証の拡大**

2014年からは、多くのアメリカ国民はメデケイド制度による医療サービスの恩恵が拡大される。現在はメデケイド制度とその医療サービス内容は州により格差（差異）が存在する。2012年には、州政府はメデケイド制度サービス内容を拡大するか否かのオプションを得る。このメデケイド制度サービス拡大により連邦政府が定義している貧困レベル 133%対象の人々を当該拡大サービスによる医療サービスでカバーすることが出来る。2012年時点では、低所得、貧困レベルの年間所得は一人、\$ 14,856、家族4人の場合は\$ 30,657と定義されている。ここに記した年間所得額は、2014年時には多少の変化があるとみられる。

***信頼、責任に基づく医療サービス機関(Accountable Care Organizations)**

Accountable Care Organizations(ACCs)は、メデケア制度サービス受益者が医師、看護師、病院、他のヘルスケア・プロバイダーがチームとして構築、連携されている医療サービスを受けることが出来る為に創立された機関である。この連帯化された医療チームによる医療サービスの目的は医療内容の向上、医療ミスの減少、更なる医療サービスの発展と効率的な医療ケアである。

ACCs は様々なヘルスケアに従事する専門家が連帯、一体化のチーム構築を通じて医療サービスを提供し患者の健康状態を医療プログラムのマネジメントを通じて揺るぎない医療ケアの展開を目指すとし、必要とされない医療行為や医療ミスを防ぐことにも力点をおいている。医療行為の質、対応の向上により救急医療対応、緊急入院等の頻度が減少し医療コストの削減に寄与すると考えられている。

患者にとり ACCs による医療サービスは、ヘルスケア・サービス提供者が患者の病歴を検証しどのような医療行為サービスがベストかをチームの専門家達と協議、対応する医療サービスの恩恵を享受できることである。患者は ACCs が如何に医療サービスの質の向上にとり組んでいるかの情報も常に得ることが出来る。但し、患者は他の医療機関の医療行為も受ける選択ができる。医療行為サービス提供者も ACCs に参加し患者への医療サービス向上と医療コストの削減にも寄与できる。

2011 年時点では、32 にも及ぶ医療機関が ACCs モデル・プログラムの参画に選ばれ、将来の更なるベターなモデルの発展に寄与すると期待されている。

*2014 年からアメリカ国民で医療保険に加入していない人々は **Exchange** と称される州の経済市場で医療保険サービス内容を選択して購入することができる。**Exchange** と称される州で販売される医療保険サービスの販売制度は保険会社間における医療保険サービス内容の競合を招きコストの削減に寄与し保険加入者にとって医療保険サービスが適切 (**Affordable**) な金額にて購入することができる。医療保険サービスを購入できない人々は **Exchange** を通じて購入することで税制上の優遇制度の恩恵を得ることができる。**Exchange** で購入した医療保険サービス内容は加入者にとり充実した質の高い医療サービスを受けることができる。

小さなビジネスを営む経営者達も **Exchange** を通じて医療保険サービス内容を選択し購入できる。中小企業で従業員が 25 名以下の企業ではその従業員の医療保険の購入の為に医療保険購入コストに関し税法上の優遇を受けることが出来る。現在、医療保険サービス加入コストの 35%は税法上の優遇制度による減額恩恵を得ることになる (非営利団体は 25%)。2014 年からは、税法上の減額は 50%になる (非営利団体は 35%)。中小企業にとっては医療保険サービスの購入に際し大企業と同等の医療保険選択肢と購買力をつけることになる。

*メデケア制度への加入者の拡大

2014年から、さらに多くのアメリカ国民はメデケイドを通じて医療保険サービスに加入することが出来る。現在、メデケイド制度は州により差異がある。2014年からは、州政府はオプションを通じてメデケア制度を拡充し連邦政府が定義する貧困レベル 113%を対象とした貧困層の人々の為の医療保険サービスをカバーすることになる。2012年時点では、この貧困層とされる人々の年間所得は\$ 14.856 (一人)、\$30.657 (家族三人の場合) が対象となる。2014年時には、この年間所得額は変わるとみている。

6. 「米国医療制度改革法にたいする研究機関の検証と論点」

米国を代表する著名な Urban Institute の Health Policy Center は米国医療制度改革法、特に医療保険制度に焦点をあて多様な視点から当該現行制度の問題、課題及び近い将来に直面する課題について論じている。

既に 5 の項で米国医療制度改革法の特徴に関しては触れているが、Health Policy Center は調査、研究、論評に関し中立性を重んじる立場から米国連邦議会で可決成立された米国医療制度、特に、医療保険加入制度を中心にその理念、改革内容、問題、課題を公表している。

- * 民間医療保険に係る全面的な規制改革を通じ小さなグループ、グループ化されていない市場に対する改革を実施
- * 医療保険を購入する零細個人事業主に税優遇策を適用
- * 特定された予防医療に関し、コスト負担の削減を適用
- * 民間医療保険を購入した医療保険への税優遇策並びに exchange system を通じて個人が購入した医療保険、低所得個人事業主に適用されるコスト負担優遇策適用の為に医療 exchange system 制度の創立
- * 連邦政府が定めた年間所得貧困レベル 133%層で成人層等全ての層にたいするメデケイド・プログラムの適用に係る資格認定の拡大策
- * メデケア・プログラムによる doughnut hole と称される問題点を抱える処方箋薬剤 (品) プログラムからの徐々の撤退
- * 非高齢者が適切な医療保険に加入する為の資格条件 ; この規約を厳守しない多くの人々への税法上の罰則
- * Health Exchange System を通じ優遇策を適用し医療保険を購入した正規

フルタイム社員を抱える大企業、中小企業経営者には財務上の規制の適用

- *地域コミュニティ・アシスタント・リビング サービスを展開する為、全米ボランティア医療保険プログラムの創設
- *メデケア・プログラムのコストの削減の為に前進的な取り組みを導入
- *医療コスト効率化システムを構築する為の取り組みを創設し、**Accountable care organization** を活用した医療の質の向上に取り組む
- *新しい医療プログラムの財源の確保と拡充化の為に税改革

医療制度改革法は医療保険制度の社会保障、医療保険の受益容易性、費用の適正性、公義性等を当該制度に齎した。然しながら、この可決成立した医療制度改革法は政治的、社会的にも大きなハードルに直面する。これに対処する為の大きなチャレンジとして、メデケア・プログラムの変革、民間医療保険に係わる規制の意義ある改革、優遇助成制度導入の為に新しい制度の創立、更なる個人の医療保険加入の促進、医療制度に係わる透明性の強化、医療ケアサービスの効率性の促進等である。更なる課題として、政治体制（指導者）の変化による当該法律の大幅修正、廃止の可能性、幾つかの州政府による当該法律施策拒否等の現実的な課題に直面している。**Health Policy Center** はこれらの流動的な課題をも検証し医療制度改革法の行方を探求していくとしている。

Health Policy Center の見解では、医療制度改革法、特に医療保険制度改革法の施行で州（州政府）が果たす役割は多大であり、改革の為に具体的デザインは不可欠であると指摘する。然るに、各州により多様な制度形態が考えられ、連邦政府とのコオデネーションは複雑となる。州（政府）、連邦政府、事業主、国民への財源配分は医療制度に組み込まれる国民、利害関係者にとり改革がもたらす変化に少なからずの影響をうけることを意味する。

然るに、**Health Policy Center** は、医療制度改革法が2014年への実施に至るまで、政府、事業主、一般個人にたいしても多様な変革を伴いながら推移していく過程を色々な視点から検証していくとしている。米国におけるシンク・タンクと称される研究機関は医療制度改革法の行方を検証し続け、米国連邦政府、議会、州政府、民間企業、そして国民にどのような影響を及ぼすかを追跡検証し米国連邦及び州の行政、立法府機関、世論動向にも影響をあたえることになる。

主な検証課題としては；

- * 医療制度改革法の具体的施策に関するマイクロ・シミュレーションを用いた分析、医療保険制度実施の為の the Exchange 制度の創設
- * 医療制度改革法と整合性をもたせる為に州政府が取り組む医療改革のための選択肢について分析、検証
- * 医療制度改革法に取り込まれている医療制度運用コストに係る追加削減策の分析、検証
- * 州政府がチャレンジしている医療制度法に係る法的分析、検証
- * 医療制度改革法に基づく、医療保険制度への子供の加入の課題
- * 医療制度改革法に係る州（政府）との関係の検証
- * 医療制度改革法が雇用問題に与える課題の検証
- * 医療制度改革法が消費者に与える効果の課題の検証
- * （特定の）州政府が実施する医療制度改革の検証
- * 医療制度改革に関するリスク管理に係る選択肢の検証
- * 医療制度が改革後も医療保険制度に加入できない人々の課題に係る検証
- * 医療制度改革に係る効果的な可能性にたいする比較的概要の検証
- * 医療制度改革の基で補償医療に係る変化の予測についてのマクロ的シミュレーションの検証

上記に掲げた主な課題が 2014 年の医療制度改革の実施に向け、さらにそれ以降の変革、改善為の継続的な検証が不可欠であり、それを通じ医療制度改革法が拡大、充実、持続可能なシステムとして構築、確立を目指すことが試されていく。

7. 米国連邦最高裁判所裁定、オバマ大統領再選後における医療改革法実施への歩みと課題点及び世論の動向

大統領再選後、オバマ大統領は医療制度改革法の実施にむけ具現化すべき多くの課題に直面していく。特に、医療保険制度内容の変革は多くの国民にとり理解し難く、それへの対策が重要となっていく。又、州政府が決定しなければならない医療保険購入の為の Exchange の創設に係るオバマ政権が対応すべき数々の規制条項等の整備が求められる。然し、近々の調査によると米国民の低所得・貧困層と称される人々にとり医療制度改革法の内容と更に変革されていく内容を的確に理解することは多難な試練となる（ワシントン・ポスト、2012年11月22日）。

多難な試練とは、医療制度改革法が目的とした一つである貧困層に対する医療保険制度加入拡大とその為の支援策が直ぐに適用されず来年から実施される故、多くの低所得・貧困層は制度運用についてそれほど緊急的な課題と考えていないと指摘されている。然し、行政当局は医療制度改革法の条項細部の整備に取り組んでおり、医療保険制度に十分な理解をしていない何百万人にも及ぶ低所得・貧困層への医療保険加入を促すには困難性を伴うものと指摘されている。然るに、医療保険制度への多くの加入者が当該制度の持続的健全性を確保する上でも不可欠な要因であると指摘されている。医療保険加入者の減少は保険金の負担を重くし、保険加入者による負担金の遅収にもつながり、そもそも低所得・貧困層の医療保険制度の参加拡大を目的の一つとしたシステムの真髄を滅ぼすことになりかねないとの懸念がでてしていると指摘されている。

医療制度改革法案が審議されたときから、当該制度の内容は多々の議論の標的となってきた。2012年11月の大統領選挙においても当該制度は米国世論を大きく二分した。然し、当該医療制度の内容に関する具体的内容の実施の具現化については十分な議論がなされなかった。テキサス、フロリダ州等は医療制度改革法の連邦議会での可決にも反対していたし、法案可決後もこれらの州政府は当該医療制度法の実施にたいして消極的立場をとってきている。連邦議会共和党の主張はオバマ政権が国民の税金を政権の政治的思惑のために不当に乱用していると非難し続けてきている。2012年11月中旬、米国連邦議会歳出歳入委員会、Dave Camp 委員長（共和党、ミシガン州選出）は米国健康・人材省、Kathleen Sebelius 長官を委員会に召喚し同省が医療制度改革法の推進の為に費やした連邦政府の予算の使い道について説明を求めた。オバマ政権は医療制度改革法の実施の一つであるアウト・リーチ・プログラムに予算化の為に準備をしていた。

George W. Bush 大統領政権下、米国健康・人材省のトップを務めた Tevi Tro 氏は、“2014年から医療制度改革法の実施が行われると人々は耳にすると云うが、人々はその法律内容に関し十分な理解をせずにその時を迎えた時多くの重大な問題に直面する”と指摘する（ワシントン・ポスト、2012年11月22日）。

民主党系世論調査機関、Lake Research Partners の調査によれば、医療保険に加入していない75%の人々で、医療保険制度加入の為に支援対象者となるこれらの人々は医療保険加入に関する具体的な内容については理解していな

いと指摘する。同じく、非営利機関、Enroll America の調査でも 1200 万人が対象となるメデケイド・プログラム拡大策の恩恵を受ける人々の 83%も医療保険加入制度のオプション内容については理解していないと報告している。

Kaiser Family Foundation が 2012 年 10 月に行った調査では、41%の人々が医療制度改革法の内容に関して理解し難いと思っていることが判明したと指摘している。医療制度改革法の実施に前向きに取り組んだメリランド州でも、多くの人々が医療制度改革法についてそれほど周知してないことが判明している。然し、他の調査機関の調査によると、メリランド州民の 30%は医療制度改革法の内容を把握していると言う。

Horizon Foundation (非営利団体)、Nikki Highsmith Vaernick 社長は、“メリランド州民での選挙有権者の大半は医療制度改革法に関する知識は薄く、特に、医療保険加入支援対象者による当該医療保険制度内容については理解していないと指摘する。

これからの数か月、医療保険制度推進連帯グループは医療保険加入対象者が加入支援助成を受ける為の申請について広く周知するキャンペーンを展開することになる。当該保険制度は実施計画を作成中であり、医療保険制度加入が申請される前の 2013 年夏、又は秋頃には助成制度適用申請の受付が始まると見込まれている。

当該医療保険制度に係るキャンペーンの正式名称は未だ決っていないが、米国の主な数州で多くの金額が推進費として投入されると見込まれている。フロリダ、テキサス州等がその対象州となる。この二つの州での助成申請対象者数は 1000 万人と推定されている。これに対応する為の十分な努力がなされていないと指摘されている。

医療保険制度推進グループ機関はアメリカン・ホスピタル CVS-Caremark 薬局チェーン、医師連合会、保険会社等により創設された連合機関から約 \$6 ミリオン相当の推進運動費の寄付を受けている。この寄付金は初期の寄付金額でスタッフ、専任事務局長の人件費と医療保険加入促進の為の研究費等の活動に充てる為、今後は更に大きな寄付金を仰いでいくと Pollack 理事長は言う。

Enroll America 団体の Rachel Klein 事務局長は、“医療制度改革法の実施は

完璧に成されるべきであり、保険制度加入の為の助成金申請を更に徹底的に周知させることが肝要である“と強調する。

現在、医療保険非加入者は約 48.6 ミリオン人とされ、米国連邦議会予算局の見方では約 30 ミリオン人が医療保険新規加入者になり、それでも 19 ミリオン人が加入から脱落すると指摘されている。

これらの未加入予備軍の人々の殆どが違法な移住者であり、医療保険加入申請の補助を受けることができない。これらの内、200 万人の人々は医療制度改革に消極的な州に居住している。

現在、医療保険未加入者の為の助成措置は 2014 年 1 月 1 日に始まるが、未加入者が医療保険申請をする Exchange は創立され申請者は 2013 年 10 月 1 日から申請手続をすることになる。推進派は医療保険加入者の拡大の成功の為には、人々の関心を喚起する強烈なキャンペーンが不可欠であると指摘する。

Enroll America 団体の創立者の一人である **American Hospital Association** の **Rich Umbdenstock** 会長は、人々の関心を喚起するための運動は大事であり、医療保険加入者の拡大を如何に成し遂げるかが課題であると言う。多くの若者達は医療保険制度加入に関し、経済的事情から助成の申請もできないボダーラインにいる若者も含めて医療保険制度加入の定着化には制度の更なる変革が必要と指摘されている（ワシントン・ポスト紙、2012 年 11 月 21 日）。

医療制度改革法の重要な柱である医療保険加入者の拡大とメデケイド・プログラムとの効果的な取り組みが今後の医療保険制度の行方に大きな影響を与えると指摘されており、連邦政府と州政府が企画、推進する医療制度改革法実施に取り組む具体的施策の内容が注視されてきた。

8. 医療保険制度改革法の施行具現化に伴う新たな課題点

2012 年 11 月 22 日、米国連邦健康・人材サービス省 **Kathleen Sebelius** 長官は記者団とのインタビューで、“2013 年 10 月から家族、中小企業事業主は全米の如何なる地においても適切な価格、高質、充実した医療保険を申請、購入することが可能となる、”と宣言した。これに伴い医療保険制度に係る（3）の規則（条例、331 頁）を発表した（米国連邦健康・人材サービス省、

Huffington Post, 米国主要新聞、消費者団体広報等)。

+規則 (条例) 内容の骨子；

1. 医療保険は如何なる人々に対して加入申請の拒否と男女の差別を禁じた。又、職業の種類、中小企業事業会社の規模による差別も禁じた。保険会社による医療保険加入プレミアムの多様な適用は認め、年齢、居住地域、家族構成、たばこの吸引要因等に基づくものだけとし、保険プレミアムに関する追加額は制限的に規制した。毎年の医療保険の更新は保証した。既存病症歴を根拠に加入を拒否することは禁じた。
2. **Exchange** において購入できる医療保険の具体的内容の詳細を明記させた。これらは、緊急対応サービス、入院、出産婦のケア、処方箋薬品、予防診療等の医学ケア等を含む 10 種類に及ぶ分類を明示した。州政府には医療制度改革法の施策に関し、運用の弾力、柔軟性を与えた。

各州は既に市場で販売されている医療保険内容を標準的な内容としてのモデルとして 2014 年から始まる医療保険内容として提示すること。更に、当該規則は保険会社に対して医療保険加入者が医療費として出費する少なくともその 60%が医療保険の内容に含んでいなければならないとした。

Exchange で購入した医療保険に係る助成金の扱いは減税措置を適用し、対象者は連邦政府、議会が定めた低所得・貧困層者で 400 レベルに位置づけされた層で、現行では年間所得\$44,680 を対象とした。又、133 レベルと定義されている低所得・貧困層者の年間所得は\$14,856 であり、これらの貧困層は医療充実を目的としたプログラムの拡充に係る州とのメデケイド・プログラムの資格対象者となる。

3. 健康維持・促進プログラムに関し、事業主は従業員が禁煙、体重減量、コレステロール値の減少等を克服した時、従業員に医療保険加入負担額を減額することを定める。このルールは一方で、事業主が従業員で健康・促進プログラムの標準を満たさない従業員に対して医療保険負担金を定めるに際し差別をしない

ように配慮もしている。

上記に掲げたルール（規則）は、2014年の医療保険制度施行に向けてのひとつのステップであるが、大きな課題が未だ残る。2012年11月20日現在、ニューヨーク、カルファニア州等17州だけが Exchange 創設を決めている（Henry J. Kaiser Family Foundation による調査）。連邦政府当局は Exchange 創設を実現させることに意欲的に取り組むとしており、テキサス州、Rick Perry 知事による反対活動も封じ込めるとしている。

医療制度改革法、特に、医療保険制度に係る Exchange 創設に関し多くの共和党知事は反対表明をしている。以下に主な反対派知事による反対根拠の理由を記す。

- **Wisconsin 州, Governor Scott Walker ;**
連邦政府のガイドラインに基づく Exchange を創設したとしても、州としては医療保険制度の運営に関し十分な発言力を行使できないとし、州民は医療保険制度に関与し発言権を発揮できるとは考え難く、長期的な視点から州は連邦政府が推進、施行する制度に対しての財源的な長期に亘る支援保証が得られないとし、州民にとり有益とは言い難いと指摘、反対表明した。
- **Maine 州, Governor. Paul LePage;**
連邦政府が推進する医療制度改革法、特に医療保険制度には反対の立場を表明する理由として、現行の医療保険制度、The Exchange 制度創設は州に対して多大な負担増を齎し、当該制度の施行、運営に関し州に権限と柔軟性を与えず州民にとり唯負担増を強いられることになると主張する。
- **Ohio 州, Governor .John Kasich;**
The Exchange 制度の州による創設には反対する。オハイオ州の州民に係る健康維持、促進に係る保険会社の方針及びメデケイド・プログラムについて連邦政府が介入することは州民にとり有益でないし、州が促進する行政を推進することがベストであると表明する。
- **Idaho 州, Governor C.L. Butch Otter;**
連邦政府が推進する州による Exchange 制度の創設に関する件につ

いては連邦政府が新しく 2012 年 12 月 14 日としたデドライン日まで、その決定を延ばすと表明し、この期間に連邦政府関係当局より連邦政府が医療保険制度に係る施策について更なる連邦政府が考えている諸条件を質疑する機会を得たいとした。アイダホ州民は医療保険制度の未知な内容を確認するため、州議会議員、州民が抱く疑問、懸念等を質し答えを得たいとした。11 月、アイダホ州議会、州知事が任命したヘルスケア関連業界の代表が開催した会議では、アイダホ州は州自身による Exchange 制度創設を推奨している。

- **New Jersey 州、Governor Chris Christie** 知事として医療保険制度、特に、Exchange 制度創設については、オバマ大統領より尋ねた質問の回答を頂いていないので決定できないので保留すると表明。質問に対する回答なしに決定することは無理があると報道陣に語る（2012 年 11 月 16 日）。

- **Florida 州、Governor Rick Scott:**

米国連邦政府健康・人材サービス省 Sebelius 長官宛ての 11 月 16 日付書簡で、知事は、“フロリダ州民の為に出来るだけ早い機会に協議の場を持ちたい”と提案し医療制度改革法、医療保険制度、Exchange 制度創設に関し更なる協議する場を求めた。Scott 知事は医療制度改革法に対する最大の反対者で、自らの身銭 \$5 ミリオンを反対活動費に充て連邦議会議員にたいしても相当な反対活動を行ってきた。最近は、態度を柔軟化させた的発言、行動が目立ってきている。然し、医療制度改革法に根底から賛同する可能性は低い。

知事の発言として、“医療保険制度に鑑み、コスト削減、医療の質の向上等に関してお互いに協力していく可能性について期待する”、と書簡で表明した。“然し、我々が政府当局から得ている現行の規則条項、情報では、医療保険に係る The Exchange 制度創設が前述した目的を達成できるとの証拠は見いだせない”、と書簡で表明した。

- **Oklahoma 州、Governor Mary Fallin;** 州民より 1,000 件に及ぶ電話を踏まえ、当該医療保険制度、The Exchange 制度創設に関する可否については、しばらく態度を留保すると表明する。
- **Arizona 州、Governor Jan Brewer ;** 来年迄態度を保留と表明する。

- ・上記以外の多数の知事は医療保険制度、The Exchange 制度創設については既に可否の態度を表明している。Texas 州、Governor Rick Perry, Alabama 州、Governor Robert Bentley, Nebraska 州、Governor John Heineman, Louisiana 州、Governor Bobby Jindal, Alaska 州、Governor Sean Parnell 等各知事は基本的に反対表明をしている。New Mexico 州、Governor Susana Martinez(共和党)は賛成を表明している。Pennsylvania 州等他数州は未だ態度を保留している。

9. Urban Institute は、「ACA Implementation-Monitoring and Tracking , Cross-Cutting Issues: Will There Be Enough Providers to Meet the Need? Provider Capacity and the ACA」と題した報告書を発表し、米国 10 州を対象とした医療制度改革法の実施状況と直面する課題について追跡調査の第一弾として下記の報告書を纏めた。報告書の題名は、”医療保険加入者の要望に対応できる医療サービス提供者（機関）が十分に整備されているか否か、又、医療サービス提供者の対応能力と医療制度改革法との課題 “について検証している。

「前文」:

医療制度改革法の成功は医療サービス受益資格者に対して如何に容易に医療サービスのアクセスが与えられるかの課題を克服できるか否かである。突き詰めれば、医療サービス提供機関、公共プログラム、医療サービス負担者による医療制度改革法の為の対応が医療サービスへのアクセス、医療保険加入、そして改革制度の持続性の可否を問うことになる。医療保険制度への何百万人にも及ぶとされる新規加入者数を考える時、医療制度サービスの対応能力への負担増、新規加入者が望む医療制度サービスがどの程度、適格に提供できるかの重要な質問を自問する必要がある。これらの複雑にして困難な課題、問題について 10 州を対象に調査、分析、検証することを目的とした。The Robert Wood Foundation の支援の基、下記の (4) の分野について検証を試みた。

- まず、医療保険制度への新規加入者が求めると予測されるケア内容、医療提供者が新規加入者に対し対応できる能力の課題、そして対象州間にみられる格差からみる米国が直面している諸々な課題とそ

の背景について検証する。

- 第二として、医療制度改革法に盛り込まれた条項で、医療制度サービス提供機関に係る供給体制の課題、医療制度サービスへの加入に係る課題、問題について検証する。
- 第三について、各州が医療サービス提供機関に対する医療サービス費の償還、地域保健センターの拡充、プライマリー・ケアの強化等に係る課題への取り組み、その為の戦略を記し、そして、医療コストのコントロール、質の改善、医療サービスへの改善されたアクセスの為の補完的取組を目的に医療サービス制度の統合化、再設計化に挑む現状の取り組みを検証する。
- 将来展望への結論

1. 各州が直面している課題

医療制度改革法が合憲であるか否かの米國連邦最高裁判所による裁定が下された以前、又、当該改革法に係わるメデケイド・プログラムの拡充に係わる州政府の選択肢を認めた裁定以前には、約 3000 万人の人々が医療制度改革法成立によりメデケイド・プログラム又は医療保険 Exchange 制度を通じて加入すると予測されていた。然しながら、メデケイドを通じての医療保険加入の増加については、各州により差異がある。一例として、伝統的にメデケイド・プログラム受益資格については寛大である New York 州では、現在の受益資格者数との対比で 15%増であり、これに反し伝統的に受益資格が厳しい Alabama, Colorado, Virginia 州では 48%増と予測されている。医療制度改革法の他の条項適用を含めた要因を考慮すると Alabama 州では医療保険未加入者が 63%減となると予測されている。

各州間に見られる格差に係わらず、医療保険制度に係わる関係者達からの聞き取り調査によると彼らは医療保険制度への新規加入者にたいする医療サービスが医療保険提供者に充分に対応出来るか否かに懸念を抱いていることが判明した。

興味を引く事実として、健康政策に係わる研究者間及び専門研究機関の間では、この問題認識に相当な違いがみられる。然しながら共通認識は米國民に充分に対応出来る医療サービス提供者の絶対数

の不足であり、**American Association of Medical Colleges** の調査: 研究プロジェクトによると、米国では向う 10 年先に 45,000 人のプライマリー・ケアに従事する医師数の不足に米国社会は直面すると指摘されている。

然し、この検証をも含めて医療サービス提供者の課題は医師に集中しており、他のヘルス・プロバイダーでもある臨床看護師、医師助手等には議論がなされていない。現在、プライマリー・ケアに従事する専門家の 25% は医師以外の専門職である。ある調査データによると必要とされるこれらの職業専門家数は人口の伸び率を大きく下回ると指摘されている。ある文献によれば、医療サービス提供者の絶対数は適切であるとの意見もあるが、問題は医療サービス提供者として充分でない専門家を従事させていることである。仮に、医療サービス・システムが現存の専門職としてプールしている人達を効果的、効率的なモデル形成及びベターな方法通じて従事させることが出来れば、患者の期待に応えることができる。

効率の課題は一端横において、研究者達が一応に認識を共にできる課題は医療サービス提供者が適切に各地域に設置されていないことである。専門家の検証、研究によれば、医師不足の状態は都市、その近郊よりも田舎、過疎地、低所得層居住地域、マイノリティー居住地域で顕著にみられる。調査対象州での一例として、**New Mexico** 州内の 33 郡の 32 郡が健康、保健に係る専門家の不足と判断された地域 (**Health Professional Shortage Areas; APSA**)、又は医療サービス不適、不足地域 (**Medically Underserved Areas; MUAs**) として存在する。**Alabama** 州においては、67 の郡の内 60 が同じ状態に置かれている。

最近のある検証、研究データによれば、医療サービス機関、常勤医師の状況に関し、その改善とは裏腹に状態は悪化していると指摘されている。**The Center for Studying Health System** の検証によれば、人口対比で所得率が最も低い米国の南部、山岳西部諸州では、医療制度改革法の成立によりメデケイド・プログラム受益者数が最大に増えると予測されている。一方、プライマリー・ケア・サービス提供者が最も多い北東部諸州ではメデケイド・プログラムの受益者数は殆ど増加しないと予測される。

2. 医療制度改革法条項 (Affordable Care Act's Provision) に係る当面の課題

医療制度改革法はプライマリー・ケアに関し新たな留意をもって注視を注いでいる。プライマリー・ケアの重要性は米国の今後の医療制度、特に医療費の適正化、質の向上化、医療サービスへの容易なアクセス化を達成する為、又、国民の健康向上、維持の為に必要不可欠であると指摘する。医療制度改革法条項の主な要はプライマリー・ケアの充実化であり、その為の人材整備の充実化を目標としている。

医療制度改革法の主要構成部分の一つは医療サービス提供者が公共プログラムへの一層の参画増を目標とし、プロバイダーの医療サービス費の拡充を促す条項に焦点をあてた。往々にみられる、充分でない量、質的な医療サービス提供者のメデケイド・プログラムへの参画は医療サービス報酬の低下を招いている。2008年に行われたある検証によれば、プライマリー・ケアサービスに充当された医療サービスはメデケイド・プログラム基準分類の66%であった。これと比較して医療制度改革法によりプライマリー・ケアサービスに係る医療サービス報酬はメデケイド基準分類の100%が充当される。医療サービスはファミリー・メデシン、一般内科、小児科、準専門医療分野等が対象となる。然し、この医療サービス報酬の増額は2013年と2014年だけに適用される。この短い期間ではあるが、医療制度改革法条項により医師がメデケイド・プログラム受益者資格者を医療サービス受益対象者とする人数は11%増えると指摘されている。

医療制度改革法条項で注視すべきは、歴史的に低所得層の為のセフティーネットに従事する医療サービス提供者への財政支援である。一例として、当該改革法は、2011年から2015年までの間 Federally Qualified Health Centers(FQHCs)政策として\$11ビリオンを予算化した。

医療制度改革法はプライマリー・ケアに従事する専門職の課題、専門職の供給体制の整備の為に\$1.5ビリオンをFQHCに対し向こう5年間付与する。この目的はプライマリー・ケア専門医師、臨床看護師、

医師助手等による医療サービス提供者を2015年までに15,000人増やすことであり、この為に医療サービス不足の過疎化地域に医療サービスを提供する条件を満たす代償として医学部学費等の諸費用に関する優遇策を付与することが決められた。更に、当該改革法は医療サービスに従事する専門職員の為の教育、訓練、医師、臨床看護師、他の医療サービス専門職の質向上のインセンティブを強化する為に助成金の付与を定めた。特に、2010年から2015年の間予防医学、公共衛生医療の促進の為に\$5ビリオンを予算化し、2015年以後は、プライマリー・ケアの充実化の為に研修医の増員強化、医師補助、助手、臨床看護師達の専門教育、訓練、看護師が管理できるヘルス・クリニックの開設、更に臨床看護師養成の為に教育等を展開する為に、毎年\$2ビリオンの助成金を交付することにした。

医療制度改革法条項は直接、間接的に医療サービスの提供に資する為の施策を展開している。強調される事項としてプライマリー・ケア、予防医学の充実化の効果、効率性の向上の為に **Accountable Care Organizations, Collaborative Care Networks, Patient Centered Medical Homes** 等の機関に補助金の交付を強化したことである。

下記の項(4)では、前述の諸制度、助成策等を調査対象州政府が求められる当該改革法の条項が推進するプライマリー・ケアサービス提供者の医療サービス報酬、FQHCs 機関に対するフィナンシャル・インベストメント、プライマリー・ケア分野に従事する専門職の拡充、医療サービス提供に係る質の向上等にかんする課題に如何に計画を進め対応していくかを検証する。

3. 医療サービス提供者に係る供給体制と医療サービスへのアクセスの為の戦略

医療サービス機関へのアクセスに関し、調査、検証対象10州政府及び医療関係者(州政府政策担当者、医療サービス提供者、保険会社、利害関係者)とのインタビューによれば、医療制度改革法が目的とした医療制度への医療サービス提供者の参加と供給の効果は大であるとの認識で、ケアと医療サービス・システムに係わる戦略的施策は当該改革法の目的に資するとの認識である。その検証結果を下記に示す。

[1] プライマリー・ケアにたいする医療報酬の増額

州政府関係者に州政府としてプライマリー・ケアに係わる医療報酬の増額を実施したか計画しているかについて質問した結果、デフレ経済、それによる財政緊縮政策により殆どの州は増額を見送っているとの回答であった。医療制度改革法が目指す努力規則を如何に持続していくか、又 **American Recovery and Reinvestment Act (ARRA)** の適用が見送られたりされている。理由は医療サービス報酬の抑制、医療サービス体制の現状維持の為に犠牲を強いる結果となっている。一例として、メリランド州は法律改正によりメデケイドとメデケア・プログラムに係る報酬額と同額基準の施策を目的としたが、プライマリー・ケアにたいする報酬増額は予算抑制を理由に見送ることにした。

[2] コミュニティー・健康センターに対する補助金の増額

州政府関係者、専門家の意見は医療サービスへの容易性の視点からコミュニティ・健康センターの拡大、拡充が有効的であり、特に長期的視点からも望ましいと表明している。今までの数十年間に **FQHCs** 為の連邦政府補助金は非常に寛大であり、2001年の\$ 1.2ビリオンから2010年には\$ 2.2ビリオンに増えている（医療制度改革法の成立により）。さらに向こう5年間に\$ 11ビリオンが補助金として交付される。年間補助金交付額の水準は2倍となっている。

全国的にみると、**FQHC** の代表者、州のプライマリー・ケア協会、ヘルス・システムに係る関係者達の意見は医療制度改革法が果たしているセイフネットに係る役割は成功と言える と断言している。特に **FQHC** は医療制度改革法により新規個人、家族が加入する医療サービス制度での要望事項に対応する為に重要な役割を果たしていると指摘する。**Colorado** 州のヘルスセンターの責任者は、向こう6-7年のうちに医療サービス提供体制は約倍になると言う。その理由は連邦政府よりの補助金交付の増額、現在治療を受けている患者の40%は医

療保険未加入者であり、これらの人々が拡充されるメデケイド・プログラムへの有資格者になるからである。これらの新規加入者は医療サービス報酬にも大きな改善を齎すことになる。FQHCs 機関はプライマリー・ケアに対する優秀なモデルとして新規加入者に対応する為にケア・コーディネーション体制を強化、充実していくことになる。

一方で懸念事項も指摘されている。FQHC 機関は、医療制度改革法成立の副作用として医療保険未加入者に対する医療サービス提供を軽視してはいけないと指摘されている。FQHC 機関の責任者、低所得、貧困層への支援者達の指摘では、医療制度改革法の成立でも約 2000 万人の人々が医療保険制度に加入できないとみており、FQHC 機関は引き続きこれら未加入者への医療サービスを提供していくべきだと強調している。言うまでも無く、政府が定めている貧困、低所得層レベル 400 の基準は医療サービス・セイフネットとしてのミッションを達成することは程遠いと指摘する。

[3] プライマリー・ケア体制の拡充

対象 10 州の検証では、プライマリー・ケアに係る医療サービス提供者の充実化はそれほど顕著な活動はなされていないと判断した。然しながら、ある州ではこれから期待できる関心事案が見られた。Michigan 州では、長期的戦略計画が練られている。Snyder 知事は州の新しい医療サービス体制の構築として州 Department of Community Center の新設の為にタスクフォースを立ち上げた。Colorado, New Mexico, Oregon 各州においても連邦政府が施策している補助金制度に類似したプログラムを推進している。州が施策している補助金制度は医学部授業料等のローン返済を免除する制度で、医師は医師免許取得後一定期間は過疎化地帯において勤務することを義務付けている。興味を引く点として、補助金制度の対象は臨床看護師、医師助手、看護師を含む。Colorado 州では、州政府よりも慈善団体が主導的に補助金財源を確保し 200 人に及ぶ保健関係機関に従事する専門職のローン返済の為に補助金を交付している。この補助金額は連邦補助金制度の一つである NHSC プ

プログラムの補助金規模と同等であり、Colorado 州はこの種の補助金も受けている。

プライマリー・ケアの充実、拡大化を展開するうえで、法律の実践的運用拡大への努力、即ち、ケアに係る専門職が医師とは別にケアの範囲の拡大を通じサービスを提供できる為に努力しているが、情報筋の話しとして医師達はこの動きを阻止する行動に出ていると指摘する。2,012年 Virginia 州では州議会が臨床看護師が医師とのチームとは別に **free clinics, community health centers, nursing homes** 等においてケアを行うことが出来るとした法案を可決成立させた。Minnesota 州では州議会が **Emergency Medical Technician (Community Para medicine)** と称される専門職に慢性疾患をもつ患者に自宅でケア対応できる権限を与える法案を可決成立させた。これにより、救急応急処置で病院の **Emergency Room(ER)**に搬送するに要する費用軽減にもつながる効果が生かされている。Minnesota 州は全米でも 2 番目の州として歯科セラピストがライセンスを持つ歯科医の指導の基、患者に対応できるようライセンスを与える法律を成立させた。

“Feeder” プログラムと称され、学生、若年層が近い将来にプライマリー・ケア分野に従事する為の教育、啓蒙をする活動も展開している。全米でも最も貧困層が多い田舎の地域が存在する Alabama 州では、2つの注目すべき取組が行われている。ひとつは、**The Rural Health Scholars** と称されるプログラムで夏季休暇期間に高等学校生徒を対象に過疎化地域におけるケアに従事する専門職の養成の為のカリキュラムを提供している。又、**The Minority Rural Pipeline** と称されるプログラムも実施されており、貧困地域出身の大学生を対象とし将来医学部に進学する学生への医学部進学コースの学費支援等をおこなっている。

[4] ヘルス・システム改革を通じて医療サービスの質、効率、アクセスへの改善

関心を抱く一つの戦略的事項はヘルス・デリバリー・システム

の改善策であり、その方法は医療サービス提供に係わる効率、
コオデネーション、質の改善履行である。

民間においては、医師による診療は統合された方法で、大きな
医療機関が小さな医療グループを統合していると聞く。又、大
規模病院が多くの医師を専従医師として雇用してきている。こ
の傾向は定められた規定により医師数の 50%までが病院専従
医師となることが出来、Oregon, Virginia 州が顕著な例である。
医師にとってのメリットは、ヘルス・ケアのビジネス要因から
の煩わしさ、診療の電子記録等の事務からの解放、医療、診療
報酬費の交渉等の間接的な仕事を病院が引き受けてくれ、経営
基盤が強い病院の後ろ盾により将来への安全性が担保される
からである。病院にとっても規模の拡大により患者の紹介が増
え経営向上に繋がると指摘されている。

更に、医療制度改革法による推進か、基本的にもっと統合され
た体制で対応するかに関し、大規模病院はプライマリー・ケア
への対応能力を強化し在宅診療体制対応も強化するために医
師、医師助手、臨床看護師、ケア・コオデネターを含む専門家
集団を形成しヘルス・システムの改善を促進することが重要で
あると説く。大規模病院はその運営規模と資金力、人的リゾ
ースを基に構造的改革を行うことは一般的な医師達と比較して
容易に改革を展開、推進することができる。Colorado 州の
Kaiser Permanente and Denver Health のように統合された
医療機関システムでは Telemedicine の活用の拡大により田舎、
過疎化地帯に対応し、予防医療の為の手段として Text
messaging を活用して患者に対し処方した薬を適正に飲むよ
うに注意を促し、定期診療に来るように診療予約等の手続きに
取り組んでいる。これらの医療システムは、“E-visit”と称され
る方法で患者に対応しており、患者が病院の通院が出来ない場
合、又通院が必要でない場合に、Skype を利用して患者との医
療的対応をおこなっている。Virginia 州の Sentara, VCU 等の
医療機関は telemedicine の活用を促進して医療サービス提供
者による対応不足を補う方法の一つとして田舎、過疎化地帯へ
の医療対応を促進している。

公的分野では、メデケイド・プログラムの改革が促進されており、州政府は地域、地方レベルで目標として掲げる医療コストの適正な削減、質の向上、医療サービスへのアクセスの充実化を促進している。一例として、Colorado, Oregon 州では Accountable Care Organization-type のようなイニシアティブを取り入れている。Alabama 州では a patient centered medical home initiative と称される取組、Maryland 州では Consumer-operated and oriented plan(CO-OP)と呼ばれる取組が行われている。下記にその概要を説明する。

+Colorado's Accountable Care Collaborative(ACCs)

2011年に立ちあげられた Colorado's ACCs は、ACO 医療機関との連携を通じて設立された準マネジド・ケアのモデルであり州内に(7)の地域ケア協同組織機構体が設立され各地域のプライマリー・ケア・メデカル提供者チームその地域で活動しており、州のデータ記録機関からの支援を受けており、データの活用、コストに係るデータ、医療サービス行為の質のモニタリング等のデータが提供されている。これらの機関はメデケイド・プログラム機関からの診療報酬を受けている。又、医療サービス提供者は ER visit コストの削減としての対価として診療報酬を受ける。州政府は医療サービスの効率的な手法導入として報酬配分等の方法を検討しており、国際的視点からの報酬配分制度の導入を通じて医療サービスの将来を睨んだ効率と効果性を促進するとしている。

+Oregon's Coordinated Care Organizations(CCOs)

Oregon 州では、ヘルスプラン、病院、医師会、群行政等が地域レベルにおいて CCOs を統合設立し、この機関体は責任を共有し、患者の為の医療サービス、歯科診療、患者の行動問題に係る診療等に責任を持つ体制を構築する。CCOs 機関は国際的視点に基づく診療報酬を目指し、その医療サービスの目標に責任をもつとしている。州政府はメデケイド・プログラムへの加入増加から生じる影響、特にプライマリー・ケアに係る患者への対応能力負担増についてはヘルス・システムの改善、向上を通じて対処できることを期待している。CCO 機関体のモデルは 2012 年末までに実施される。

+ Alabama's Patient Care Networks(PCNs)

Alabama 州の PCNs は North Carolina 州が創設した PCN をモデルに 2011 年に創立され州の (3) の地域に設立されている。プライマリー・ケアに従事する専門医師は地域における非営利団体組織により支援を受けており、この協力体制を通じて充実されたメデカル・ホームの運営、ケアに係るコオデネーション、他のサービスを患者に提供し医療サービスの質の向上に寄与している。医師はメデケイド・プログラムから充実された PMPM Coordination fees(per member, per month payment system)に基づく診療報酬を受けると同時に医師が果たした結果からの医療サービスの効率化による利益配分を受ける。Alabama 州は現在取り組まれているイニシアティブを North Carolina 州がプライマリー・ケアに従事する医師の 95%が参加している Medical PCN 方式を 2014 年までに充実させる為取り組んでいる実績に比敵できる体制の構築を期待している。

+ Maryland Consumer-Operated and Oriented Plan(CO-OP)

“The Ever Green Project”と称される Maryland 州での取組は Medical Homes の普遍化、診療報酬の改革、医療保険制度への加入が勤労家族層にたいして容易になる為に証拠等の検証に基づく制度を整備化する。CO-OP の基盤となるのはサラリーマンとして雇用されている医療サービス専門家のネットワーク、プライマリー・ケア専門医師、臨床看護師(家族対応)、ケア・コオデネター、ヘルス・コーチ、メンタル・ヘルス/薬物依存症に対応する社会福祉士、中間層が居住する地域で活用されている“Storefront”と称される社会福祉事務所等から構成されている。他に、雇用された多くの専門職の人々、少数ではあるが特別専門家等が地域特別センターに常勤している。現在、CO-OP は Baltimore City に創設されているが向こう数年先には全州に行き渡る計画を進めている。

4. 将来への展望

検証対象 10 州の公的、民間によるヘルス・システムに係る利害関係者の意見では、ヘルス・システムの改革への成功は質の高い医療サービスへのアクセスの容易性が全てであると断言している。関係者はこの質の高い医療サービスへのアクセスの容易性が担保できるか否かについて問題意識を共有している。言うまでも無く、アクセスの容易性の課題は決して安易なことではない。医療制度改革法の諸条項に基づくプライマリー・ケア診療報酬の改善は歓迎すべき事柄であるが、当該法律はプライマリー・ケアの為に関係専門職の不足解消と定着化する為の長期的解決を齎すとは言い切れない。NHSC に対する助成金の増額交付は、州政府による同じ性質の助成策と共にプライマリー・ケアの長期供給体制の充実化には貢献するが、とりあえず、医療制度改革法は供給不足に関する問題解決には寄与しない。FQHCs は医療保険への新規加入者に対するプライマリー・ケアについては対応が出来ると考えられるが、それは十分な対応とは断言できないかもしれない。

最後に、メデケイド・プログラムにおける新しい改善、民間分野における人的及び他のリソースの更なる統合化を通じてプライマリー・ケアへのアクセスを医師及他の専門職と共に充実化させることにより、アクセスの改善がなされる。これにより、医療コストの合理化、オーバータイムの改善、医療サービス提供者の更なるメデケイド・プログラムへの参画と医療サービスの質の向上を齎すことになる。然し、これらの改善の為には歳月を要すると考える。

多様な努力を結集し、ケアへの容易なアクセスを具現化するにはどうあるべきかの課題については、十分な回答は未だ見いだせていない。然しながら、対象 10 州での検証から、課題、問題に対処すべき焦点、留意点、その為の活動のレベルの高さから将来への展望は元気づけられるものであると確信されている。

上記で触れてきた様々な意見、提言、又、Urban Institute による報告書の概要 (Cross-Cutting Issues: Will There Be Enough

Providers to Meet the Need? Provider Capacity and the ACA)

から学び検証、指摘された医療制度改革法が直面する課題、特に、医療保険制度の導入に係る多様にして幾多の課題は米国特有の政治体制、構造（連邦、州制度）、流動化する社会構造の変遷の視点から更なるなる挑戦を強いられると指摘されている。然し、関係者による持続可能性と均衡性に基づく医療制度確立への弛まない努力、特に医療保険制度の創設、その内容の充実化は米国の社会保障政策に関し歴史的上新たな一頁を追加したと指摘されている。

このように 2012 年 11 月の大統領選挙以降、各州の医療保険制度、医療保険制度に係る模索、取り分け The Exchange 制度創設に係る決定保留、反対を表明している州の今後の動向とオバマ政権による医療制度改革法の徹底的な施行能力が注視されていく。

日本における持続可能性ある社会保障制度の再構築に取り組む為の「税・社会保障制度の一体改革」の議論、審理は一刻も早く成し遂げることが必要で、最近、難産を経て誕生した「社会国民会議」に課せられた責務は大きい、その目的を達成する為の責務遂行能力と意欲については疑問視されている面もある。米国が直面している課題とそれへの挑戦も参考になると考えられる。

米国の社会保障制度の主な改革の一つである医療制度改革法、とりわけ、低所得、貧困層の新規医療保制度への加入と、制度の充実化の可否が 21 世紀に於ける米国が真の「相互敬愛社会」を築くことができるか否かが問われているとも指摘されている。

米国国際経済政策財団
理事長代行兼事務局長
片岡佑介

2013 年 1 月 1 日

References (Major references);

1. Agency for Healthcare Research and Research and Quality(AHRQ)
2. Centers for Medicare & Medicaid Services
3. Administration on Aging
Administration for Community Living
U.S. Department of Health & Human Services
4. The Gerontological Society of America
5. National Law Journal
6. Urban Institute
7. Patient Protection and Affordable Care Act. Pub L. No. 111-148, Section 1202
8. Congressional Budget Office
9. Washington, DC: Center for Studying Health System Change (No. 21, 2011)
10. The Robert Wood Johnson Foundation's on coverage
11. New York Times; 2011~2012
12. Washington Post; 2010-2012
13. Los Angeles Times; 2010-2012
14. St. Louise Dispatch; 2010-2012
15. Wall Street Journal; 2010-2012
16. ABC TV Network Broadcasting
17. CBS TV Network Broadcasting
18. US Library of Congress
19. Other various sources.