

アメリカ医療制度改革の法的論点

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/40111

論壇

アメリカ医療制度改革の法的論点

金沢大学教授

石田 道彦

一 はじめに

議論の一端を紹介したい。

二 医療制度改革法の概要

の改善に向けて独自の医療制度改革が進められていた。

2010年3月23日、オバマ大統領の署名により、医療制度改革法 (Patient Protection and Affordable Care Act) が成立した。国民の6人に1人(約4630万人)が無保険者であるという事態の解消に向けて、今後、アメリカでは連邦レベルで新たな施策が展開されることとなる。医療制度改革法はメディケア創

設以来の歴史的改革であるとの評価が存在する一方、連邦政府が主導する制度改革に対しては根強い反発がみられる。そこで提起される論点は、連邦と州の関係、連邦政府の役割などアメリカの統治構造に関わる問題となっている。本稿では、医療制度改革法の概要と成立過程におけ

アメリカには国民すべてを対象とした公的な医療保障制度が存在しない。このため、メディケアなどの公的医療保障プログラムの加入者(メディケア4300万人、メディケイド4260万人、児童医療保険プログラム700万人)を除いて、国民の大半は、雇用先の事業主が提供する民間医療保険への加入などを通じて医療へのアクセスを確保してきた。近年、こうした医療保障の対象外となる無保険者の数が人口の15・4%にまで増大するという深刻な事態が生じており、この問題に対処するためにマサチューセツ

州などいくつかの州では医療アクセス

今回、オバマ政権の下で成立した医療制度改革法は、個人に対する民間保険への加入の義務付け、医療保険エクステンションの創設、民間医療保険に対する規制の強化、メディケイドの拡充などの施策を通じて、中・低所得層の医療へのアクセスの改善を図るものとなっている。

(1) 医療保険の加入義務

今回の医療制度改革の特色のひとつは、個人に対して医療保険加入の義務付けを行ったことである(individual mandate)。ただし、法律によって医療保険への加入そのものを義務付けているわけではなく、医療保険の未加入者に対して特別な課税を行い、保険加入を促すという方法がとられている。2014年より、

確定申告の際に、医療保険に加入していない者に対しては、95ドルまたは課税対象所得の1%のいずれか高い方の額が追徴税として徴収される(2016年には、それぞれ695ドル、または課税対象所得の2・5%に引き上げられる)。

(i)医療保険の加入に必要な保険料が所得の8%を上回る場合、(ii)所得が課税最低限に満たない場合(2009年時点で年間9350ドル(個人)または1万8700ドル(夫婦))、(iii)その他経済的な困窮時には、この税負担は免除される。このほか、宗教上の理由から医療保険の購入を拒否する者や、先住アメリカ人、保険の未加入期間が3ヶ月未満の者、不法就労者、受刑者なども課税の対象から除外されている。

このような仕組みの下で保険加入を促進するために、中・低所得層を対象に保険料負担の軽減が図られている。所得が連邦貧困水準(Federal Poverty Level)の400%未満(4人家族で8万8200ドル)の者は、医療保険エクステンジを通じて医療保険を購入する場合に、保険料の税額控除を受けることができる。控除額は所得に応じて段階的に設定されている。例えば、連邦貧困水準の133%以上150%未満の所得を有する場合、税額控除後の保険料負担は所得の3%から4%相当分、連邦貧困水準30

0%以上400%未満の場合には所得の9・5%相当分となる。

また、受診時の自己負担についても所得に応じて段階的な補助を行い、医療費負担の軽減が図られる。連邦貧困水準の100%以上150%未満の所得を有する場合には6%が自己負担の上限、連邦貧困水準250%以上400%未満の所得の場合には30%が上限となる。

(2) 事業主の義務

医療保険の加入を促進するために、被用者を雇用する事業主に対しても一定の義務が課せられている。第一に、200人以上の被用者を雇用する事業主は、自らが提供する医療保険に被用者を加入させなければならぬ。第二に、50人以上の被用者を雇用する事業主はフルタイムの被用者(平均して週30時間以上働く者)が前述(1)の保険料控除を受ける場合に、次のいずれかの費用を負担しなければならない。①事業主が被用者に対して医療保険を提供しない場合、フルタイムの被用者1人について2000ドルを拠出する(ただし、被用者30人分までは負担金の対象とされない)。②事業主が被用者に対して医療保険を提供する場合、税額控除の対象となる被用者1人につき3000ドル、またはフルタイムの被用者1人につき2000ドルの負担金のうち、いずれか低い方の額を拠出する。

また、所得が連邦貧困水準の400%未満であり、医療保険エクステンジを通じて民間保険に加入することを選択した被用者の保険料支出が所得の8・9・8%に相当する場合、事業主には被用者に保険購入のためのバウチャーを提供することが求められる。

一方、被用者25人未満の小規模企業の実業主(被用者の年間平均賃金が5万ドル未満であり、事業主が保険料の50%以上を負担している場合)に対しては、保険料負担の税額控除が行われる。2013年までは事業主拠出分の最大35%、2014年以降は最大50%が保険料控除の対象となる。

このほか、事業主が提供する医療保険のコストを下げるために、一時的に再保険制度が創設される。55歳以上でメディケア受給者ではない退職者に事業主が医療保険を提供する場合には、1万5000ドル(9万ドル相当の給付分の80%)が事業主または保険者に払い戻しとなる。

(3) 医療保険エクステンジの創設

2014年1月までに、各州は、個人および中小企業の実業主(2017年までは被用者100人未満)を対象に医療保険エクステンジを創設することになっている。医療保険エクステンジは、民間保険の購入を希望する個人や事業主に対して一定の条件をみたした医療保険

プランを紹介する仕組みであり、これまでにマサチューセッツ州の医療制度改革や連邦公務員医療給付プログラムなどにおいて採用されている。この制度を通じて保険会社の運営コストを軽減し、個人や中小企業向けの保険プランの保険料を購入可能な水準に維持することが期待されている。また、事業主の登録、保険料の税額控除、自己負担額に対する補助なども医療保険エクステンションを通じて行われることになる。

保険プランは、給付率や自己負担額などに基づいて、ブロンズ・プラン（給付率60%）、シルバー・プラン（同70%）、ゴールド・プラン（同80%）、プラチナ・プラン（同90%）、カタストロフィック・プラン（若年者が対象）に分類される。また、医療保険エクステンションで提供される保険プランは必須給付パッケージ（後述）を提供するものでなければならぬ。

連邦人事管理局は民間保険会社と契約を結び、医療保険エクステンションにおいて2つ以上の保険プラン（少なくとも1つは非営利保険）の提供を確保することになっている。このほかに、消費者運営方式の保険プラン（COOPs）の創設も促進されることになっている。

(4) 民間医療保険に対する規制

住民の医療保険へのアクセスを改善す

るために、これまでに州政府は民間保険に対してさまざまな規制を行ってきた。

しかしながら、連邦法である被用者退職所得保障法（ERISA）の先占規定により、事業主が提供する自家保険（self-insurance）は州政府による規制の外に置かれていた。1996年のHIPPA（Health Insurance Portability and Accountability Act）の制定により、事業主提供の団体保険に対する規制は連邦法においても拡充されることとなったが、個人保険の加入者保護は、契約の更新保証を中心としたものにとどまっていた。

今回の医療制度改革では、民間保険に対する連邦法上の規制として、①既往症に基づく保険加入拒否の禁止、②年齢、地域、喫煙、家族数に基づく保険料格差を一定の範囲に限定（高齢者の保険料は若年者の3倍以下とするなど）、③新規加入時における90日以上の待機期間設定の禁止、④不正請求の場合を除いて保障停止の禁止、⑤生涯給付上限設定（lifetime limit）および年間給付上限設定（annual limit）の禁止、⑥自己負担額の制限（小規模団体保険の場合、個人2000ドル、家族4000ドルまで）、⑦損害率（medical loss rate）の維持（団体保険の場合、保険料収入の85%を保険給付に充てることと求められる。これを下回る場合には加入者に払い戻しを行う）、⑧保険料引き

上げの際の審査制度の導入などが行われることとなった。このほか、26歳未満の者まで親の加入する医療保険の給付対象とすることや、退職者のみを対象とした医療給付の削減を制限するなどの規制も行われる。医療保険エクステンションが創設されるまでの間、既往症を有する者や無保険であった者の医療保険加入を実現するために高リスク・プールが創設されることとなっている。

(5) 必須給付パッケージの提供

医療保険制度改革法では、一定の要件を満たした民間医療保険を適格医療プランと位置づけ、必須給付パッケージ（essential health benefits package）の提供を義務付けている。医療保険エクステンションを通じて提供される保険プランだけでなく、エクステンションの外で提供される個人保険、団体保険に対しても必須給付の提供が義務付けられる。適格医療給付プランが提供する保険給付は、少なくとも医療費の60%をカバーし、年間の自己負担額について上限を設定したものでなければならない（医療貯蓄口座の上限額であり、2010年は個人で5950ドル）。必須給付パッケージの内容には、外来診療、救急医療、入院医療、周産期医療および新生児への医療、精神医療、処方薬剤給付、リハビリテーション、検査、予防及び慢性疾患管理、小児医療

が含まれるとされており、今後、保健福祉省長官が具体的な給付内容を定めることになる。

アメリカの国論を二分する中絶は必須給付パッケージからは除外されている。さらに法案の最終的な調整段階においては、中絶反対派議員の支持を得るために、中絶費用に連邦政府の財源が用いられることのないよう厳格な規制を行う旨の大統領の行政命令が出されることとなった。

(6) メディケイドの拡充など

医療制度改革法には、民間保険加入のための制度改革以外にも医療へのアクセスを向上させるためのさまざまな施策が盛り込まれている。メディケイド（低所得者対象の医療扶助制度）の受給資格対象者については、65歳未満であり、所得が連邦貧困水準の133%未満の者すべてに拡大されることとなった。メディケイドは州と連邦の共同の財政負担によって運営される制度であるが、受給者の拡大にともなう給付費は連邦政府が負担する（2014年から2016年までは100%、2017年以降、負担額は通減し、2020年からは90%）。また、児童医療保険プログラム（CHIP）については、オバマ政権の下で緩和された所得制限レベルを2019年9月まで維持するとともに、2015年以降、連邦政府に

よる拠出が拡大されることとなった。

メディケア・パートD（外来薬剤給付）には、「ドーナツ・ホール」と呼ばれる自己負担部分が存在する（保険給付額が一定額に到達すると100%自己負担となる部分。2009年度は2700ドルから4350ドルまで）。2020年までにこれを解消し、この部分については75%の給付を行うこととした。2010年から「ドーナツ・ホール」に達した受給者に対して250ドルの払い戻しが行われる。また、2011年からブランド薬について50%の割引がなされる。

このほかにも、要介護者に対する地域生活支援サービス（CLASS program）を提供するために任意保険制度を創設するなどの施策も含まれている。

(7) 医療制度改革の財源

議会予算局の試算によれば、本法の施行により、今後10年間で約9380億ドルが必要であるとされている。これらの財源は、高所得層に対する社会保障税（メディケア充当分）の引き上げ（年収20万ドル以上（個人）の税率を1・45%から2・35%に引き上げるとともに、資産収入に対して3・8%を課税）、高額医療保険に対する課税（年間保険料（個人）が1万2000ドル以上の医療保険（いわゆるキャデラック・プラン）に対して40%の課税）、製薬企業・保険会社からの拠出

金、メディケア等の効率化により賄うとしている。議会予算局によれば、今回の制度改革により、2019年までに3200万人の無保険状態が解消され、1240億ドルの財政赤字の削減が実現するとしている。

三 医療制度改革をめぐる法的論点

医療保障制度の整備を希望する国民にとって念願の医療制度改革法が成立することとなった。しかし、医療制度改革に対しては現在も保守層を中心に根強い反対がある。次に医療制度改革において提起された、いくつかの論点を紹介したい。

(1) 保険加入の義務付けの合憲性

医療保険市場を安定的なものとするためには、健康な保険加入者が確保されている必要がある。したがって、保険加入の義務付けは医療制度改革にとって不可欠なものとなっている。しかし、この点が医療制度改革に対する反発をひきおこすひとつの要因となっており、法案の審議が進められていた時期には、保険加入の義務付けは合衆国憲法に違反するとの主張がみられた。

憲法違反を主張するひとつの論拠は、民間保険の購入という個人の行為に対して規制を及ぼす権限は連邦政府に与えられていないというものであった。憲法上、

連邦議会は、州際通商規制権限を有している(合衆国憲法第1条8節3項)。最高裁によれば、対象となる行為が州内で行われる行為であっても、経済的活動であり、州際通商に実質的影響を及ぼす場合には連邦政府による規制が広く認められる(Wickard v. Filburn, 317 U.S. 111 (1942))。最近の判例でもこの点が確認されている(Gonzales v. Raich, 545 U.S. 1 (2005))。

今回の医療制度改革法では、おそらくこの論点を意識して詳細な説明がなされている。同法1501条によれば、保険加入義務付けは次のような点から経済的性格を有し、州際通商に実質的な影響を及ぼすとしている。

- ・いつどのような方法でいつ医療に金銭を支払い、医療保険を購入するかは経済的決定である。このように本規定は、経済的な行為を規制している。

- ・今日では、アメリカの医療費は相当な規模となっており、医療保険と医療サービスは、アメリカ経済の重要な一部となっている。民間医療保険の大半は、全米規模または地域単位で保険会社を通じて販売されており、医療保険の販売および保険請求の支払いは州際通商として行われている。

- ・本規定により、医療保険市場には何百万人もの新たな顧客が生み出され、医療

サービスに対する供給と需要の双方が増大する。また、事業主が被用者に対して提供する医療保険が強化される。医療支出は個人破産の約半数の要因となっており、医療保険の適用拡大によって家族の経済的安定が向上する。

- ・医療制度改革法は、保険加入時に、既往症による排除や健康状態の評価を禁止している。このため、本規定による保険加入の義務付けがなければ、傷病状態となった後に保険を購入するという逆選択が多数発生することになるであろう。本規定は、保険の逆選択を防止し、有効なリスク・プールを確保するために必要である。

- ・現在、個人保険及び(中小企業を対象とした)小規模団体保険においては、保険料の26%から30%が運営管理コストにあてられている。本規定によって保険のリスク・プールを拡大させることにより、規模の経済が実現し、運営管理コストの低下、保険料の引き下げが実現する。

前述のように、保険加入の義務付けは、医療保険の未加入者に対して追加的な税負担を求める仕組みを通じて行われる。したがって、新たな課税を求める「加入義務付け」は、連邦議会の課税権限(合衆国憲法第1条8節1項)によって根拠づけられるとの見解も示されている。公害防止設備を設置しない企業に対する課

税などにみられるように、一定の行為の規制や抑止を目的とした課税は、これまでも採用されており、最高裁もこうした規制目的の課税が憲法上の問題を惹起することはないとしている。したがって、医療保険の未加入者に対する課税が問題となる可能性はきわめて低い。

最後に、保険加入の義務付けは、公用収用条項(合衆国憲法修正5条)の点から問題であるとする見解もみられる。公用収容条項は、個人の私的財産は正当な補償なしに公共の用のために収用されないとする規定である。しかしながら、医療制度改革法における個人への加入義務付けは、不特定多数の者に対する課税を通じて行われており、公用収用に該当する可能性も低いとみられている。

(2) 民間保険に対する規制の合憲性

医療制度改革法では、民間保険に対する各種の規制が行われており、これらの規制の合憲性が問題となる。1944年の最高裁判決において、連邦政府は州際通商規制権限に基づいて保険業に対して規制権限を有することが確認されている(South-Eastern Underwriters Ass'n v. United States, 332 U.S. 533 (1944))。

これまでも、各種の保険業(医療保険、自動車保険、生命保険など)に対する連邦や州の規制に対して、デュープロセスや公用収用条項を根拠に、料率規制、

一定の給付範囲の保障、再保険制度の合憲性が争われているが、保険会社側の主張はほとんど認められていない。このため、医療制度改革において、保険プランに対する各種の規制が憲法上問題となる可能性は低いと考えられている。

今回の医療制度改革では、医療保険エクスチェンジの創設が州に求められている。しかしながら、合衆国修正第10条によれば、連邦法の実施のために州政府の公務員を用いることはできない。もともと、連邦政府は、連邦法に従って規制プログラムを実施する州に対して補助金を支出することでその権限を行使することが可能であり、今回の制度改革でもこのような手段を用いることが予定されている。したがって、この点からも連邦政府の権限行使が問題とされる可能性も低いだろう。

(3) 州による医療制度改革の実施拒否 (nullification)

医療制度改革法の成立後、フロリダ州

いしだ・みちひこ 金沢大学人間社会学域教授。九州大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学。主な著書等に、『社会保険改革の法理と将来像』（河野正輝ほか編、法律文化社、近刊）、「医療保障と競争政策の交錯——アメリカ医療における反トラスト法の展開」（金沢法学52巻1号、2009年）等がある。41歳。

など14州の司法長官が同法の無効を主張した訴訟を提起したことが伝えられた。医療制度改革法の成立以前から、保守層の強い州では、制度改革に反対の姿勢が示されていた。

2010年2月1日にはバージニア州上院議会において、連邦政府による医療保険の加入義務付けを否定する内容の立法が通過しており、他のいくつかの州議会でも同様の法案の提出が予定されている。合衆国憲法6条2項（最高法規条項）により、この種の立法が無効であることは明らかであり、医療制度改革に対する反対運動として意味あいが強いと考えられる。

しかしながら、この種の立法がもつ政治的、象徴的な影響については懸念が示されている。医療制度改革法では、保険未加入であるために追徴税を支払わなければならないに対して刑事罰は適用しないことになっている。また、通常の税の滞納と異なり、内国歳入庁による差押えの実施も予定されていない。このため、州の立法などの影響を受けて加入義務違反が多数生じた場合には、加入義務付けを通じた医療アクセスの改善が困難となる可能性がある。

四 おわりに

医療制度改革法は、保険料の税額控除や民間保険に対する規制など各種の施策を通じて、中・低所得層の医療へのアクセスの改善を図る画期的なものであり、アメリカの社会保障制度に大きな変化をもたらすものであることは間違いない。

しかしながら、いくつかの州では改革の実施に対して抵抗を示しており、制度改革の実現に向けてなお困難な課題が存在する。今後も医療制度改革の実施過程について注視していくことにしたい。

〈参考文献〉

- ・ Jack M. Balkin, The Constitutionality of the Individual Mandate for Health Insurance, 362 NEJM 482 (2010).
- ・ Kaiser Family Foundation, Summary of New Health Reform Law (2010).
- ・ O'Neill Institute for National and Global Health Law, Legal Solutions in Health Reform, <http://oneillhealthreform.wordpress.com/>
- ・ Timothy Jost, The Health Care Reform Reconciliation Bill, Health Affairs Blog (March 19th, 2010), <http://healthaffairs.org/blog/2010/03/19/the-health-care-reform-reconciliation-bill/>

論 壇