

社会保険としてのメディケア — アメリカ医療保障における格差と 負担軽減措置に着目して —

常 森 裕 介

はじめに

アメリカにおいて「社会保険」(social insurance)は成立するのか。この大きな問いに対して、本稿で回答を提示することは難しいだろう。社会保険とは何であるのか、一般的に定義するのが困難であるというだけでなく、アメリカも含めた各国の具体的な制度の在り様が、社会保険が何であるかという抽象的な議論に影響を及ぼすからである。そもそもアメリカの社会保障制度において「社会保険」たる概念を中心に議論が展開されてきたかといえ、留保が必要であろう¹⁾。加えて、本稿で検討対象とするアメリカの医療保障政策では「社会」の語が社会主義(Socialism)と結び付けられ忌避される傾向にあった²⁾。

他方で、近年の“Medicare for All”(以下、M4A)をめぐる議論³⁾をみると、社会保険の語を用いなくとも、社会全体に医療保障を及ぼすための手法や加入者

1) 例えば、Kertesz はメディケアを「社会保険」(social insurance)として位置づけたうえで、社会保険としての構造を、全ての受給者が、健康状態、年齢、収入に関係なく定められた給付に対し確実にアクセスできることを保障するものと説明する。Kata Kertesz, *EXPANSIONS OF MEDIGAP CONSUMER PROTECTIONS ARE NECESSARY TO PROMOTE HEALTH EQUITY IN THE MEDICARE PROGRAM*, 13 J. Compar. & Int'l Aging L. & Pol'y 39, 42-43, 64-65 (2022).

2) 第二次大戦後の医療保険をめぐる議論においても、医療の「社会主義化」に対する警戒が説かれたことについて、山岸敬和『アメリカ医療制度の政治史 20世紀の経験とオバマケア』(名古屋大学出版会、2014年)94頁以下。

3) ACAとM4Aの関係等政治的な側面からM4Aを論じたものとして、山岸敬和「メディケア・フォー・オールの起源—アメリカ医療保険制度改革の新たな展開—」南山大学紀要『アカデミア』社会科学編19号(2020年)35-46頁。

間の格差 (gap) を埋めるための仕組みを検討することは可能であるようにも思われる。もちろん、M4A を具体的な政策提案ではなく、政治的スローガンにすぎないと捉えることも可能である。一方で、M4A がその基盤を、高齢者を対象とした公的医療保険であるメディケアに置くことは興味深い。すなわち、M4A を主張する論者は、メディケアが高齢者を中心とした限定的な制度であるにも関わらず、アメリカにおいて公的医療保険を拡大するために最も適した基盤と捉えているということである。そのため、M4A の提案それ自体が実行可能性を欠くものであるとしても、M4A の議論は現在のアメリカの医療保障、特にメディケアの在り方を検討する端緒となるものである。

M4A をめぐる議論は様々な文脈を内包するものの、全員に同じ医療を提供することでアメリカの医療保障に偏在する様々な格差を解消するという主張は、アメリカで社会保険は成立するのかという問いに答える端緒になりうる。M4A を議論の対象とするためには、M4A が前提とするアメリカの医療保障にどのような格差があり、それらの格差に対して現行制度がどのように対応しているのかを検討する必要がある。本稿では、低所得者に対する負担軽減措置の検討を通じて、M4A が目指す普遍的な医療保障を、現行のメディケアが、部分的にはあっても具体化していることを説明する。そのうえで、アメリカにおいて医療保障の普遍性を議論することが社会保険の成立の有無を考えるうえでどのような意義があるのかを検討する。

I アメリカ医療保障の課題——“Medicare for All” をめぐる議論を手がかりにして

アメリカの公的医療保障は、主として高齢者を対象としたメディケアと低所得者を対象としたメディケイド、子どもを対象とした CHIP が担っており、現役世代の多くは民間医療保険に加入しており、雇用関係を介した加入が中心となっている。民間医療保険を中心とするアメリカでは、多くの無保険者が生じており、また民間医療保険に加入している場合でも、給付範囲の限定や既往症等による加入拒否など十分な医療保障が行われているとはいえない状況であった⁴⁾。オバマ政権下で制定された患者の保護と負担可能な医療に関する法律 (Patient Protec-

tion and Affordable Care Act of 2010 以下、ACA)⁵⁾は、民間医療保険への個人加入を義務付けるとともに、加入拒否等を規制することで、誰もが何らかの医療保険に加入している状態を達成しようとするものであった。ACAは、公的医療保険及び医療扶助がカバーする範囲が限定されている状況に対し、民間医療保険への加入を主たる手段として医療保障を拡大する立法だったと理解できる⁶⁾。

一方、M4Aは、現状のアメリカの医療保障の課題をふまえて、メディケアを軸とする医療保障の範囲の拡大を提案するものである⁷⁾。連邦上院議員のバーニー・サンダースらが2019年に提案したM4Aは、全ての合衆国居住者を自動加入の対象とし、入院、処方箋薬、メンタルヘルス、薬物乱用の治療、歯科、眼科、在宅医療、地域単位の長期ケアを提供することを主な内容としている。また免責部分、定率負担、定額負担等受給時に負担を課すことを禁じ、私保険や雇用主が提供する給付は補足的な程度にとどめ、上記公的給付との重複を許容しないものとされる。そのうえで財源は企業等への増税で賄うことが想定されている⁸⁾。M4Aは大統領選含めて様々な政治的影響の下にあり、またACAへの批判とも結びついているものの⁹⁾、ここではメディケアそれ自体の課題と結びつけて考えたい。

上記サンダースらによるM4Aの提案は、現行のメディケアの課題の裏面でも

4) アメリカの医療保障やメディケアの概要について、長谷川千春（渋谷博史監修）『シリーズ アメリカ・モデル経済社会 第6巻 アメリカの医療保障 グローバル化と企業保障のゆくえ』（昭和堂、2010年）20頁以下、関ふ佐子「アメリカ」加藤智章＝西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年）171頁以下、中川秀空「アメリカの高齢者医療制度の現状と課題」レファレンス721号（2011年）1-28頁。

5) P. L. 111-148.

6) ACAの内容について、山岸・前掲注（2）194-199頁。

7) ただし、M4Aの具体的な内容や拡大すべきと主張する範囲の広狭は論者により多様である。Isaac D. Buck, *The Meaning of "Medicare-For-All"*, 20 Hous. J. Health L. & Pol'y 159, 166-167 (2020).

8) M4Aの内容について、David A. Hyman & Charles Silver, *Medicare For All: Four Inconvenient Truths*, 20 Hous. J. Health L. & Pol'y 133, 136-142 (2020).

9) M4Aをめぐる政治的議論やACAとの関係については、山岸・前掲注（3）38-43頁に詳しい。またM4Aと労働組合との関係については、松井孝太「民主党候補者指名争いと「メディケア・フォー・オール」に対する労働組合の期待と懸念」東京財団政策研究所（2019年）<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3245>（2024年10月28日アクセス）も参照。

ある。

第1に、メディケアの給付範囲（費目）の限定である。メディケアはパート A が主として入院関連費用を、パート B が外来関連費用を、またパート D が処方箋薬を給付の対象としている。メディケアは上記各パートを通じて基礎的な医療を保障しているといえる一方、対象となっていない重要な費目もある。その代表的な費目として眼科等が挙げられる。また長期ケア（介護）の費用に対する給付が十分ではないことも問題となってきた¹⁰⁾。加えて2003年のメディケアにおける処方箋薬、改善及び近代化に関する法律（the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 以下、2003年改正）¹¹⁾以後も、2022年のインフレ削減法（Inflation Reduction Act of 2022）¹²⁾に至るまで処方箋薬の給付範囲の限定が大きな問題となっていたことにも注意する必要がある¹³⁾。

第2に、保険料及び受給時負担の大きさである。特にパート A 及び B の自己負担に上限が設けられていない点が加入者に大きな負担になり、パート A 及び B の受給時負担をカバーするために民間医療保険に加入せざるを得ないこともある。またメディケア・アドバンテージ（Medicare Advantage 以下、MA）への加入も、受給時負担の大きさに起因している¹⁴⁾。MA は、民間医療保険に加入することで、パート A 及び B に相当する給付及び付加的給付を受けるメディケアの類型（パート C）であり¹⁵⁾、給付対象となる費目の範囲も含めて、伝統的なメ

10) Allison K. Hoffman, *Winners and Losers in the Debate over the Expansion of Medicare*, 31 Elder L. J. 51, 66-81, 83-85 (2023).

11) P. L. 108-173.

12) P. L. 117-169.

13) インフレ削減法における薬価交渉等について、石田道彦「アメリカの薬剤師、薬局とメディケアの薬剤給付改革」健保連海外医療保障 131号（2023年）63頁以下。

14) Hannah Ruth Leibson, *HIDDEN IN PLAIN SIGHT: TWO MODELS OF MEDICARE PRIVATIZATION*, 33 U. Fla. J. L. & Pub. Pol'y 81, 114 (2022).

15) メディケアのパート C（Medicare Advantage MA）には多様なプランがあり、どのようなプランに加入するかによって、保険料や自己負担、受診可能な病院、地域が異なる。つまり、高齢者はパート A 及び B に加入しパート B の保険料を支払うか、MA のいずれかのプランに加入するかを選択することができる。Medicare. gov, *Your Health Plan Option*, <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-health-plan-options> [last visited Aug. 31, 2024].

ディケア（パート A 及び B）ではなく MA に加入し給付を受けた方が加入者にとってメリットが大きい場合もある。

第 3 に、以上指摘した給付範囲の限定を補うための私保険への加入である¹⁶⁾。メディギャップは、パート B の保険料を支払った上で、追加的に民間医療保険の保険料を支払うことで、受給時の高額な負担を回避するものである。前述のように MA への加入においては、パート A 及び B の受給時負担に上限が設定されていないことが一つの背景となっていた。加えて、パート D への加入も、処方箋薬に関する受給時負担を回避することが一つの動機付けとなっていると理解できる¹⁷⁾。これら伝統的な公的医療保険（パート A・B）を民間医療保険（メディギャップ、パート C・D）が補完、代替する領域が拡大していることも、M4A が主張される背景にあると考えられる。

Kaplan は、現行のメディケアは、加入先や加入時期も含めて選択肢が多様化、複雑化し、M4A がすべての人に提供すべきとする「メディケア」のイメージと乖離している旨指摘する¹⁸⁾。M4A で主張されているメディケアのイメージは、政府が管掌する公的医療保険を通じて、基礎的な医療をすべての人に提供するというものである。M4A の背景には、メディケアにとどまらずアメリカの医療保障をめぐる様々な議論が未整理のまま並置されているようにも見える。そのため、M4A は、現行制度への問題提起として有効である一方、具体的な政策提案としては不十分な部分もある。

ただし M4A の主張は本稿の検討にとって興味深い部分を含む。まず M4A は、メディケアがもつ公的医療保険としての性格を、居住者全員に提供されること、自動加入であること、基礎的な医療をカバーすることに求めている。すなわち M4A には「普遍的」(Universal) であることや「公的」(Public) であること等、社会保険を成立させるための価値基準が混在している。ただし制度の在り方と制度の背景にある価値基準がどのような関係にあるのか明確でない部分も残る。例

16) Kertesz, *supra* note 1, at 49-52.

17) MA の概要や創設の背景について、関ふ佐子「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」横浜国際経済法学 18 巻 3 号 (2010 年) 120-131 頁。

18) Richard L. Kaplan, *MEDICARE FOR ALL VS. MEDICARE AS IS: EIGHT KEY DIFFERENCES*, 12 J. Compar. & Int'l Aging L. & Pol'y 115, 122-126 (2021).

えば、自動加入の対象とすることは、ある時点ですべての人が同じ制度に組み込まれるという点では普遍的であるものの、加入継続の容易さ等によりその意義は変わり得る。

M4A が内包する価値基準について考えるためには、M4A が基盤とするメディケアが具体的にどのような構造をもつのか検討する必要がある。これは単にM4A の実行可能性の低さを指摘するためではなく、アメリカの医療保障が目指す価値と、実際に採用した手法を併せて検討することで、M4A が掲げる価値の具体的な意味を明らかにするためである。本稿は、そのような目的のもと、加入者の負担軽減措置を検討対象とする。前述のように M4A は受給時負担なしを原則とする旨掲げている。しかしメディケアが公的医療保険であるとしても、受給時の負担を全く伴わない仕組みが必ず要請されるとは言えないだろう。また、受給時負担があるからといって、制度の普遍性が直ちに否定されるともいえない。以下では、メディケアにおける負担及び負担軽減措置を検討することで、現行のメディケアがどのような価値基準をもつのかその一端を示す。

II メディケアにおける「負担」の構造

メディケアにおける負担は、「普遍的な」医療保険制度であるメディケアにとって大きな課題である。保険料を支払うことができないと加入の継続が困難になり、また受給時の負担が過大であると受診控えにつながる。また MA 等民間医療保険の各プランにおいて、保険料が低いプランは一般的に給付範囲が小さいため、受給の際の負担が大きく、保険料支払い能力の低い低所得者等は、受給時に大きな負担を負う可能性がある。

保険料が低額であれば受給時の自己負担が大きいことは、保険の原理からいえば当然である。他方で、メディケアにおいても、上記保険の原理を貫徹すると、公的医療保険として国民に医療を保障するという目的を達成できないことは認識されており、様々な補助等が行われている。以下では、連邦政府や州政府が保険料補助及び各自己負担の軽減を行うことが、医療へのアクセスを確保する点でどのような意味をもつのかを検討する。そのうえで、アメリカの医療保障における普遍性が何を意味するのかその一端を明らかにする。

1 保険料負担及び保険料負担軽減措置

(1) パート A 及びパート B における保険料の支払い

パート A の加入資格をもつのは 65 歳以上あるいは障害等をもつ者である (42 U.S.C. §1395c)。ただし、社会保障税を一定期間 (加入年齢や障害の有無等により異なるものの基本的には 40 四半期) 納付していたことが受給要件であり、加入後は保険料を支払う必要はない。すなわち社会保障税の納付要件を満たし、社会保障年金の受給資格を得た場合にはパート A に自動加入することになる。逆に、社会保障税の納付要件を満たしていない場合にはパート A に加入するために保険料を支払わなければならない¹⁹⁾。

パート A 加入者は自動的にパート B に加入するため、パート B に加入するためには、上記パート A の加入資格を満たしていることが必要となる (42 U.S.C. §1395o (1))。ただし、パート B の給付を受けるためには保険料を支払わなければならないため (42 U.S.C. §1395r)、パート B を任意加入の保険と位置付けることもできる。すなわち、パート A 加入者が自動的にパート B の加入資格 (エンタイトルメント) を得る一方、受給資格を維持するか否かは加入者に委ねられている。

(2) Hold-Harmless 条項

パート B における保険料負担を考えるうえで重要なのが、hold-harmless 条項 (同 (f)) である。パート B の保険料額を決める際には、まずパート B の給付にかかる総費用の何 % を保険料収入で賄うかという点が重要になる。近年は総費用の 25% を保険料収入で賄うことを前提に保険料が決められている。そのため社会保障給付が生活費調整 (cost of living adjustments COLA) によりどの程度増減するかということも、パート B の総費用決定の際の重要な要素であり、結果的に保険料額に影響を及ぼす。パート B の保険料は制度発足当初 (3.00 ドル) から 2022 年 (170.10 ドル) まで上昇を続けており、単に給付に

19) Centers for Medicare & Medicaid Services, *Original Medicare (Part A and B) Eligibility and Enrollment*. <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/health-plans/original-part-a-b> [lastvisited Sep. 2, 2024].

必要な費用を保険料に反映させるだけでは、加入者の負担能力との乖離は増す一方であった。このような状況の下、パート B の保険料額を加入者の負担能力を勘案して調整する hold-harmless 条項の適用が焦点となってきた。hold-harmless 条項は、パート B 受給者の主たる収入源が社会保障年金であることから、社会保障年金の額をふまえて、保険料額を抑制する仕組みである。すなわち、パート B の保険料額上昇から社会保障年金の実質的価値を守ることを目的としている。ただし、パート B 加入者全員が同条項の適用対象となるわけではないため、同条項を適用すると、適用対象となった加入者の保険料額は抑制される一方、保険料額が上昇局面にある場合、適用対象とならなかった加入者の保険料負担は増す²⁰⁾。

hold-harmless 条項は、保険料の額を抑制し、パート B への加入を維持し医療へのアクセスを確保するとともに、生活費調整と併せて社会保障年金の価値を実質的に維持する機能をもつ²¹⁾。行政により毎年細かな調整が行われることを考えると、同条項に例えば高齢者の最低生活保障といった考え方を読み取ることに慎重でなければならないだろう。

他方で、同条項のような保険料軽減の措置を通じて、パート B への加入がどのような意味をもつのか、その一端をうかがい知ることができる。すなわち、パート B の給付を受けるためには保険料の支払いを要し、加入継続の有無は任意であるものの、パート B は、パート A と併せて一定の普遍性をもつ公的医療保険だとみなされているということである。連邦政府は、保険料を支払えないことを理由にパート B の受給資格を失うことを許容せず、加入者や国民もまたパート B の給付を受けることを期待している。M4A の議論も、このような公的医療保険としてのパート B に対する認識を裏付けていると理解できる。

20) 以上、パート B の保険料及び Hold-Harmless 条項の詳細について、Centers for Medicare & Medicaid Services, *supra* note 19, Congressional Research Services, *Medicare Part B: Enrollment and Premiums*, 26-27, 38-52 (2022), また同条項については中川・前掲注 (4) 11-12 頁も参照。

21) 同条項には保護と安定性という意味があるとの説明もある。Medicare Hold Harmless Provision: Understanding the Basics, Faster Capital (2024). <https://fastercapital.com/content/Medicare-Hold-Harmless-Provision--Understanding-the-Basics.html> [last visited Sep. 2, 2024].

(3) Medicare Savings Programs (メディケア負担軽減プログラム)

メディケア負担軽減プログラム (Medicare Savings Programs MSP (42 U.S.C. §1396a (a) (10) (E), 42 U.S.C. §1396d (p)) は、パート A 加入者でメディケイドの受給資格を併せもつ低所得者について、メディケイドの財源を用いてメディケアの保険料等を補助するものである²²⁾。MSP にはパート A 及び B の保険料補助 (Qualified Medicare Beneficiary Program (以下、QMB))、パート B の保険料補助 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Program (以下、SMLB)) がある。また加入者が完全に重なるわけではないものの、例えば補足的所得保障 (Supplemental Security Income SSI) の受給者の一部は MSP の受給資格を得ることになる。加えて後述するメディケアパート D の保険料補助を受けている者も一部 MSP の対象となる²³⁾。

MSP で重要なのは、公的扶助としての性格をもつメディケイドの財源を用いて、メディケアの保険料補助を行っているという点である。MSP の前提として、メディケイドとメディケアの両方の資格を有し、両方から給付を受けられる人々が存在していることが挙げられる。社会保険と公的扶助を峻別するという考え方をとれば、公的扶助の給付に社会保険料の補助を組み込んで、社会保険給付を受給できるようにするという仕組みは例外的なものとなることができると捉えることができる。実際に、

22) MSP については、西村周三「メディケアとメディケイド」藤田伍一＝塩野谷祐一編『先進国の社会保障⑦ アメリカ』(東京大学出版会、2000年)189-191頁、長谷川・前掲注(4)37頁、中川・前掲注(4)18頁も参照。

23) Farah Erzouki, *Federal Rule on Medicare Savings Programs Will Cut Red Tape for Older Adults and People With Disabilities*, 1-3 (2024). <https://www.cbpp.org/research/health/federal-rule-on-medicare-savings-programs-will-cut-red-tape-for-older-adults-and> [last visited Sep. 2, 2024]. QMB、SMLB にはメディケイドの給付を全て受けられるもの (QMB Plus、SLMB Plus) と、メディケイドの全ての給付を受けられないもの (QMB Only、SLMB Only) がある。これらに加えて、他の保険料補助 (Qualified Disabled and Working Individual (QDWI) パート A の保険料が対象) もある。Cost Sharing for Medicare Advantage Plans (2007) 1-2. https://www.hhs.gov/guidance/sites/default/files/hhs-guidance-documents/part_c_cost_sharing_matrix_061107.pdf [last visited Oct. 6, 2024]. 2020年の時点で、MSP の受給資格をもつ者のうち QMB Plus が最も多く (64%)、QMB Only (17%)、SLMB Only (10%) と続く。Kaiser Family Foundation, *U.S. Medicare Savings Programs Enrollment* <https://www.kff.org/interactive/medicare-state-profiles/united-states/medicare-savings-programs-enrollment/> [last visited Oct. 6, 2024].

ACA や CHIP は、所得基準によりメディケイドの受給資格を得られないものの、民間医療保険に加入できない層を対象としていた。このように所得が一定額に満たないことを理由に受給資格を得る扶助と、保険料を支払うことで加入資格を維持する保険を区別する考え方は、アメリカの医療保障でもみられる²⁴⁾。

ただし、以下の点に注意して考える必要がある。第1に、メディケアは、高齢者に対象を限定した医療保険であり、またパート A 及び B に加入したとしても、必要な治療や費目について十全に給付を受けられるわけではない。そのため、メディケイドの受給資格をもち、かつパート A 及び B に加入することで、給付範囲の不足を補う必要がある人々もいる。

第2に、後述するメディケイドの機能及びその変化である。メディケイドを SSI 等の公的扶助と合わせて連邦貧困線 100% 未満の層を対象にした貧困政策の一環だと捉えると²⁵⁾、メディケイドの受給者と保険料支払能力を有するメディケアの加入者は区別される。しかし、州により異なるものの、近年のメディケイドの受給者の範囲拡大²⁶⁾をふまえると、メディケイドの受給資格をもち人々が、必ずしもメディケアの保険料を支払うことができないものと捉えることはできない。

第3に、メディケアは社会保障税の納付及び保険料支払いを受給要件とする一方で、公的医療保険として、保険料支払い能力のない人々への医療保障も担う。そのためメディケイドの財源を用いた保険料補助は、同じメディケアのパート D における保険料補助等と異なり、公的医療保険と医療扶助が部分的に一体となって「社会保険」を形成しているとみることもできる。

24) メディケイドの展開、CHIP の創設、民間医療保険の展開をふまえたうえで、CHIP がメディケイド拡充だけでなく医療保険の提供も行っている点に特徴を見出す見解として、中浜隆「アメリカの医療扶助改革と民間医療保険」渋谷博史＝中浜隆編『シリーズアメリカ・モデル経済社会 第5巻 アメリカ・モデル福祉国家Ⅱ』（昭和堂、2010年）60-61頁。

25) MSP における SSI の受給資格をもち者の取扱いについて、Erzouki, *supra* note 23 at 4.

26) ACA を中心とするメディケイド拡大の展開について、高山一夫『現代アメリカ医療政策の展開 ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』（法律文化社、2024年）17-22頁。

(4) パート D における保険料負担及び保険料負担軽減措置

メディケアパート D は、民間医療保険のプランに加入することによって処方箋薬の給付を受ける仕組みである。メディギャップでも処方箋薬に対する給付は大きな課題であり、またパート C (MA) の処方箋薬の給付範囲も十分とはいえなかった。パート D は上記処方箋薬をカバーするために 2003 年改正により創設された²⁷⁾。

パート D は民間医療保険を通じて給付を受けるため、保険料はプランにより異なる。ただし、保険会社による各プランの見積額に基づくパート D の給付総額の 25.5% を保険料で賄うことが想定されている (42 U.S.C. §1395w-113 (a) (3))。上記見積額の決定方法は複雑であるため詳細は割愛するが、上記見積額と全国平均 (nation average bid) との差も考慮したうえで決定されるため、一定の抑制が働く (同 (1))。またインフレ削減法により、保険料安定化策が導入された。具体的には、前年の保険料より 6% 以上増額された額と、前述した各プランの給付額の 25.5% のうち低額な方が適用されるというものである。これら保険料それ自体の抑制に加えて、パート B と同様、高所得者には、各プランの保険料に加えて追加の保険料 (同 (7)) が課され (2023 年時点で追加保険料は最大 76.40 ドル)、低所得者には保険料の減額 (Low-Income Subsidy LIS) 等が行われる (42 U.S.C. §1395w-114)。具体的には 100% 補助 (連邦貧困線 135% 未満 資産要件の充足 (以下同じ))、75% 補助 (同 135% 以上 140% 未満)、50% 補助 (同 140% 以上 145% 未満)、25% 補助 (同 145% 以上 150% 未満) がある。なお LIS の財源は MSP と異なり、連邦政府により支出される²⁸⁾。

パート D の保険料補助は、高所得層への追加的賦課及び低所得者への保険料補助の両方を伴う点でパート B の保険料補助と共通する。しかし、民間医療保険が提供するプランに対して連邦政府の財源で補助を行う点で公的医療保険給付に対応したパート B の保険料補助とは異なる。ただし保険料補助を行う前提と

27) パート D の概要について、高山・前掲注 (26) 22-25 頁、2003 年改正の詳細について櫻井潤 (渋谷博史監修) 『アメリカの財政と分権 第 5 巻 アメリカの医療保障と地域』(日本経済評論社、2012 年) 59 頁以下。

28) 以上、パート D の保険料負担及び負担軽減措置について、Congressional Research Service, *Medicare Part D Prescription Drug Benefit*, 23-27 (2023). LIS の説明も含めて、高山・前掲注 (26) 23-24 頁、中川・前掲注 (4) 17 頁も参照。

して、各民間医療保険に委ねられている給付内容に基づく見積額 (bid) を一定程度コントロールしていることに注意する必要がある。価格決定が市場に委ねられている場合、補助を前提とした価格の上昇により政府による補助の効果が減殺される懸念があると考え、インフレ削減法に基づく薬価交渉を含めて、給付額の抑制に連邦政府が関与することを前提に保険料補助を行うことは合理的だといえる。

2 受給時の負担 (免責部分、定率負担・定額負担)

メディケアにおいて保険料の支払いは加入及び加入を維持するための基盤である。他方で、受給時に加入者自身が負う負担の軽減も医療に対する実質的なアクセスを確保する点で重要である。

パート A は免責部分 (1632 ドル) に加えて、定額負担、定率負担がある。例えば、入院については 60 日までは免責部分以外の負担はなく、61 日～90 日、91 日～150 日と定額負担が生じ、150 日以降は全額自己負担となる。ただし在宅医療のように定率負担もあれば、ホスピスケアのように原則負担のない費目もある (42 U.S.C. §1395d, 42 U.S.C. §1395e, 42 U.S.C. §1395f)。パート B は免責部分 (240 ドル) に加えて、原則として 20% の定率負担が課される (42 U.S.C. §1395l)。ただし費目により追加的な負担が生じる場合もある²⁹⁾。パート D は複雑であるため、詳細に述べることはしないものの、まず免責部分があり、その後定率負担 (25%) が課される一方、自己負担上限 (2000 ドル) を超えた後は、負担がなくなる³⁰⁾。

受給時負担の軽減措置は多様であるものの、ここでは MSP を通じた負担軽減措置について見ていきたい。MSP は、前述のとおり、メディケアとメディケイドの受給資格を両方満たす者に対する負担軽減措置である。MSP には既に説明した保険料負担の他に、免責部分、定率負担、定額負担に対する軽減措置もある。ただし、同じ MSP であっても、対象者や補助の種類によって補助の対象は異な

29) Medicare. gov, *Costs*, <https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs> [last visited Sep. 2, 2024].

30) Congressional Research Service (Part D), *supra* note 28, at 21. パート D の受給時負担の詳細については、石田・前掲注 (13) 66-67 頁。

る。例えば QMB（連邦貧困線 100% 以下）や SLMB（同 101～120%（完全補助））であれば、保険料補助に加えて、受給時負担（パート D の定額負担を除く）の補助がある一方、QI（同 120～135%）や QDWI（同 200% 以下）は受給時負担を補助の対象としていない。その他、QMB や SLMB（完全補助）では各州の設計において MA の保険料を補助することもできる。また、前述のとおり、メディケイドの対象になる費目等について、すべてカバーされる場合とそうでない場合がある。例えば、同じ QMB でも、全面的な補助（資産要件が単身で 2000 ドル）であればカバーされるものの、部分的な補助（同 9090 ドル）であれば対象とならない³¹⁾。

3 小括 保険料及び受給時負担補助の複雑さ

ここまで、メディケアにおける多様な保険料及び受給時負担とその軽減措置を概観した。各州間の差や、受給要件や適用範囲が年々変化する点に留意する必要があるとしても、ひとまず次の点を指摘できる。第 1 に、メディケアでは、パート B、C、D（一部の者についてはパート A においても）で保険料の支払いを求められることをふまえ、保険料の補助が行われており、特に低所得者については負担能力に応じた軽減がなされている。第 2 に、同じ軽減措置であっても、MSP や SLMB のように個人単位で行われる軽減措置と、Hold-Harmless 条項のように、結果的には各個人の負担を軽減する効果をもつものの、軽減措置そのものは集団的に行われるものがある。第 3 に、疾病や治療の種類により受給時の負担が大きく変わるため、その効果については対象となる費目の範囲も含めて検討する必要がある。

また MSP も単純に捉えることができない。MSP は、メディケアとメディケイドの両方の受給資格をもつ者を対象にした制度であるものの、優先的に費用を負担するのはメディケアの方であると説明される³²⁾。しかし、実際には二重の資格

31) MedPAC & MACPAC, *DATA BOOK BENEFICIARIES DUALY ELIGIBLE FOR MEDICARE AND MEDICAID*, 4-5 (2024). https://www.medpac.gov/wp-content/uploads/2024/01/Jan24_MedPAC_MACPAC_DualsDataBook-508_SEC.pdf [last visited Sep. 1, 2024].

32) MedPAC & MACPAC, *supra* note 31, at 3.

をもつ者にとってメディケイドの給付の方が有利な場合もあり、公的医療保険を医療扶助が補完的に支えるという構図は変わらないとしても、メディケイド受給資格者の約 13%、メディケア加入者の約 19%（いずれも 2024 年時点）³³⁾が MSP の対象になり得る現状をふまえると、メディケイドの受給資格及び給付なくしてメディケアそれ自体が成立しない層が存在することも指摘しておかなくてはならないだろう。

以上、メディケア加入者に対する保険料及び受給時の負担とそれらの負担を軽減する仕組みを中心に検討した。言うまでもなく保険料補助や受給時の負担を軽減する仕組みは、州レベルのものを含めれば本稿で検討した制度に限られるものではない³⁴⁾。そのような検討対象の範囲における限界をふまえたうえで、再び M4A の議論と接続し若干の考察を行う。

III メディケアにおける負担の構造と「社会保険」としての機能

1 伝統的メディケアの普遍性

アメリカの医療保障制度では、無保険者が問題となる一方、保険料を支払い加入を継続できたとしてもその保険料負担が過大となる者、受給時負担が高額で家計が破綻するリスクを抱える者が存在する。M4A の主張を、医療保障における広義の普遍性を主張するものと捉えれば、上記のような人々に訴求するものも領ける³⁵⁾。M4A が内包する普遍性は大きく二つに分けて考えることができる。一つは現行のメディケア、特に伝統的メディケアと呼ばれるパート A 及び B がもつ

33) MedPAC & MACPAC, *supra* note 31, at 20-21.

34) この他、例えばネットワーク外での診療における高額な請求を抑制する立法 (No Surprise Act of the 2021 Consolidated Appropriations Act P. L. 116-260) も、メディケアにおける受給時負担を考えるうえで重要である。同法の詳細について高山・前掲注 (26) 146-149 頁。

35) 公民権法を参照しながら、M4A の意義を、医療に対する普遍的なアクセスに求めるものとして、Valarie K. Blake, *Health Care Civil Rights Under Medicare for All*, 72 *Hastings L. J.* 773, 776 (2020-2021). また、スローガンとしての M4A の内容を普遍的な医療だとしたうえで、従来からアメリカにおいて立法化を忌避されてきたと説明するものとして、Kaplan, *supra* note 18, at 139.

普遍性であり³⁶⁾、もう一つはアメリカの医療保障全体を見据えた新たな提案としての普遍性である。

現行のメディケアは、パート A への加入が他のパートも含めた制度全体の基盤となっている。パート A は、前述のように社会保障税の納付記録に基づき、原則として保険料負担なしで入院費用等の給付を受ける仕組みである。一定の資格をもつ居住者であれば加入できる点で、普遍性をもつ制度だといえるだろう。またパート B も加入継続のためには保険料の支払いが必要であるものの、パート A の受給資格をもつ者は自動加入の対象となる点でパート A と共通する基盤の上に成立しているといえる。ただし、パート A にも免責部分があり、入院費用についても一定の日数を超えると定額負担が生じる。またパート B にも免責部分に加えて定率負担がある。すなわち、伝統的メディケアたるパート A 及び B がもつ普遍性とは社会保障税を支払うという条件のもと、65 歳に達すると加入資格を得る点に限定される。

他方で、負担軽減措置に着目すると、メディケアの普遍性に対する評価はより複雑なものとなる。特に本稿で検討した hold-harmless 条項と MSP はパート A 及び B の普遍性を考えるうえで重要である。hold-harmless 条項は、社会保障年金の額を踏まえて、パート B の保険料の上昇を抑制するものである。前述のとおりパート B の加入継続は任意であるため、保険料支払い能力のない者が受給資格を失うのは制度の仕組みに適合的であるといえる。そのうえで、社会保障年金という収入源がメディケア加入者（65 歳以上で一定期間を超える社会保障税の納付記録をもつ者）に共通する生活の基盤であることから、そのような生活の基盤が脅かされる者について、保険料の軽減を図りパート B への加入継続を支援するものだと捉えることができる。

また MSP がもつ普遍性はより複雑である³⁷⁾。メディケイドは医療扶助であり、選別的な給付であるから普遍性を欠くと整理することもできる。MSP による保

36) M4A の主張において、メディケアのもつ政治的な影響力により「メディケア」という呼称自体がインパクトを与えていること、メディケアは広範な政治的支持を伴うアクセス保障のためのプログラムであること、またメディケアの規制等が、普遍的に適用されるが故にアメリカの医療保障の財政及び医療供給に大きな影響を与えうることが指摘される。Buck, *supra* note 7, at 168, 174.

除料補助は、メディケア加入者がメディケイドの受給資格も併せ持つことを前提とした仕組みであるため、メディケイドに選別的な制度という評価を与えると、メディケイドの受給資格に基づいてメディケアの保険料及び受給時負担の軽減を行ったとしても、メディケイド受給者のみはその恩恵を受ける点で普遍性を欠くともいえる。他方で、MSP はパート A 及び B がもつ普遍性を維持するために、メディケイドを利用する制度だと考えることもできる。すなわち、公的扶助の仕組みを補完的に用いることで、65 歳以上の高齢者の医療保障（メディケア）の普遍性を維持することが優先されているということである。

加えて、ACA によるメディケイド拡大をふまえれば、メディケイドは低所得者を対象とする医療扶助というだけではなく、広く基礎的な医療保障を行う制度に変化している。そのためメディケイドとメディケアは、低所得層の高齢者に医療へのアクセスを確保するという点で、共通した機能を有しているとも考えることもできる。具体的には、本来は保険料や受給時負担を支払うことができるにも関わらず、一時的あるいは突発的な事情により保険料や受給時負担の支払が難しくなる層が想定される。

以上のように、MSP は、メディケアパート A 及び B による普遍的な医療保障を維持する役割をもつとともに、受給資格が拡大した後のメディケイドとパート A 及び B 加入者がその対象者において重なる部分をもつため、メディケイドそれぞれ自体が選別的な医療扶助という性格を維持しているとしても、結果的に協働して医療保障の普遍性の維持に貢献しているといえる。

これらパート A 及び B における保険料や受給時負担と比較した時、パート D

37) 保険料負担を考えるうえでもう一つ留意すべきは、65 歳未満の際の保険料補助と 65 歳以降の保険料補助に差があるという点である。後者は本稿で対象とするメディケアの保険料負担軽減策（MSP や LIS）であり、前者は ACA に基づく、民間医療保険購入に伴う保険料補助である。現行制度では ACA に基づく保険料補助は、連邦貧困線 150% 以下はシルバープランであれば保険料負担なし、連邦貧困線 400% 以下であれば、年収の 8.5% 未満となっている。MSP の保険料補助の範囲はこれより小さいため、65 歳に達すると保険料負担が増える世帯が生じる。Wendell Primus & Paris Rich Bingham, *Commentary Reducing premiums for low-income Medicare beneficiaries Millions would benefit from a new federal program* (2024), <https://www.brookings.edu/articles/reducing-premiums-for-low-income-medicare-beneficiaries/> [last visited aug. 31, 2024].

における低所得者への軽減措置（LIS）の評価は、医療保障の普遍性という観点から留保せざるを得ない。確かに、パートDの保険料補助は段階的に設定されており、その財源が連邦政府の予算から支出されることをふまえると、処方箋薬へのアクセスを普遍的に保障する一助となっていると評価することができる。他方で、パートDの負担や保障範囲が多様であること、また保険料補助の範囲も連邦貧困線150%未満に限定されていることから、普遍的な医療保障の一翼を担うとは言い難い面もある。

2 “Medicare for All” における普遍性

M4Aが問題視するのは、広義の格差（gap）である。メディケアでいえば、公的医療保険（パートA及びB）にのみ加入している者と民間医療保険（パートC及びD）にも加入している者の間で格差が存在し、また民間医療保険が提案する各プランの間でも、給付対象となる費目や負担の大小において様々な差異がみられる。先述したメディケイドも、州が運営する制度であるため、例えば拡大を受け入れた州と受け入れてない州の間で格差が生じている³⁸⁾。他方で、格差の存在がM4Aが内包する普遍性を直接的に否定するかという点については検討の余地がある。

第1に、M4Aが内包する普遍性の基盤には、医療保障の必要性に対する共通認識が存在する。これはメディケアやメディケイドが創設された際の議論や、オバマケアをめぐる議論からもうかがい知ることができる³⁹⁾。医療保険の仕組みについて議論する際、医療保障の必要性に対する認識が基盤にあるというのは、ある意味では当然のことである。しかし、生存権や社会権を規定した条文が合衆国憲法に存在しないことをふまえると、特定のニーズ（医療保障の必要性）に対する国民的合意が社会的事実として存在することが出発点となっていることは重要である。同時に上記のとおり合衆国憲法には国家による社会保障給付を義務付け

38) Deborah R. Farringer, *MEDICAID EXPANSION EXPECTATIONS*, 124 W. Va. L. Rev. 821, 831-834 (2022).

39) メディケア創設時の議論について菊池馨実『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）281頁以下、オバマケア創設時の議論について、山岸・前掲注（2）159頁以下を参照。

る規定がないため、医療保障に対するニーズを充足する方法は公的医療保険である必要はない。

第2に、同じ負担軽減であっても、個人の受給資格に基づく負担軽減と、加入者全体に対する負担軽減がある。例えば、MSPは、メディケイドの受給資格に基づいて費用の補助を行う仕組みである。これに対して hold-harmless 条項は、パート B の加入者全体を対象とした軽減措置と位置付けることができる。障害や低所得など保険料支払い能力を低下させる個々人の脆弱性に着目した負担軽減は今後も重要である。他方で、医療保障の必要性に対する合意を基盤にするとき、個々人の受給資格に基づかない、加入者全体、あるいは国民や居住者全体を対象とした負担軽減措置が重要になる。なぜなら、そのような負担軽減措置こそ、各々異なる受給資格に基づいて医療保障に組み込まれた人々の間に存在する格差を軽減し得るからである。そのとき hold-harmless 条項のように特定の制度の加入者全体を想定し、同時にその中から不特定多数の者に実施される軽減措置が、格差を埋めるための第一歩となりうる。

第3に、医療保障の必要性に対する国民的合意を基に、個々人の受給資格だけでなく、不特定多数の人々を対象とした負担軽減や加入促進を重視すると、公的医療保険と民間医療保険、あるいは保険と扶助という区別は大きく相対化される。公的医療保険と民間医療保険の競合や重なりについては他の先行研究⁴⁰⁾に譲るとして、少なくとも現行のメディケアとメディケイドの関係を見た時、保険と扶助という区別を常に前提とすることはできないように思われる。確かに、受給要件や負担の有無という点でメディケアとメディケイドは大きく異なる。しかし、MSPのようにメディケイドの受給資格をもつ人々に対して負担軽減が行われることや、メディケイドの適用対象もふまえると、制度間の差異を踏まえつつ、アメリカ医療保障全体を見て、M4Aの意味を考えるべきだといえる。

おわりに——アメリカにおける「社会保険」の意味

Hoffman は、メディケアにおけるパート D 創設、歯科・眼科・耳鼻科あるい

40) MA を中心に公的医療保険と民間医療保険の併存状態について検討したものとして、関・前掲注 (17) 134-137 頁。

は長期ケアの取扱といった各事例について、プログラムそれ自体の進化と捉えることができる一方で、社会保険の理想から逸脱してきた旨を述べる。また、リスク調整のために保険料を増額することは、厄介な医療費から世帯を守るという社会保険の目的を損なう旨指摘する⁴¹⁾。

上記は一つの見方に過ぎないものの、メディケアを「社会保険」と説明することに困難が伴うことは確かである。対象者の範囲や給付対象となる費目、公的医療保険か民間医療保険か等様々な評価軸を設定し得るものの、「社会保険」という語は、規範というよりも、医療保障のあり方を検討する際の一つの観点にすぎない。他方で、「社会保険」か否かという視点は、普遍性のような他の視点と同様、アメリカの医療保障制度を捉えるうえでなお有効である。M4A は政策提案としては具体性に欠けるものの、アメリカの医療保障制度に総合的に捉えるための視点を複数内包しており、そこにはメディケアが社会保険としての機能を有しているか否かという観点も含まれていたと考えることができる。

本稿では、M4A の主張を端緒とし、分かりやすい普遍性を備えた医療保障のデザインが一定の支持を集める現状を認識したうえで、メディケアにおける保険料や受給時負担を素材に、医療へのアクセスを保障する方法は多様に存在することを示した。

本稿で検討したのは、格差を埋めるための仕組みのごく一部であるため、現役世代も含めたアメリカの医療保障全体を対象とした考察は今後の課題としたい。

41) Hoffman, *supra* note 10, at 53, 64.