

国際・国内動向

クリントンの医療保障法案をめぐる諸困難

日野 秀逸

1993年9月23日にクリントン大統領は連邦議会上下両院合同会議で、医療保障改革構想を発表した。10月27日には、医療保障法と題する法案を議会に提出した。1994年1月1日の年頭にあたってのラジオ放送で、クリントン大統領は、医療保障法の成立・実施を、犯罪対策と並ぶ今年の最優先課題であると述べた。

そもそも、クリントンは大統領選挙中に、自分が大統領になったら100日以内に、国民全てに医療を保障する法案を提出すると約束していた。そして、妻のヒラリーを委員長とする「医療改革特別委員会」を1993年1月25日に発足させた。クリントンはこの日に、「医療費を抑制し全ての国民に質の高い医療を保障する改革案を、今春までに策定すると強調」した（朝日新聞、1月26日夕刊）。しかし、法案がまとまるのに、政権発足後280日を要した。策定は1993年春ではなく秋にずれ込んだ。これだけでも医療改革の困難さがうかがわれよう。法案は出来たものの、議会を通過するには、少なからぬ困難が存在している。本稿ではクリントン医療保障法案成立を困難とする議会内の要因を紹介する。

法案の概要

諸困難を理解するためにも法案の概要を見ておく必要がある。医療保障法案の主要な内容は次の通りである。

①国民皆保険を図るため「医療保障カード」を全国民が持つ。このカードは失業してもどんな病気であっても「基本的医療サービス」を保証する。かくして無保険者も何らかの保険に組み入れられる。②医療費を抑制するため被保険者が州の一つ以上の「医療保障連合」を設置する。ここが保険会社、病院と対等の立場で保険契約が結べるようにする。「医療保障カード」の発行も行う。また保険料の上限と給付内容などは「医療保障連合」毎に決める。州の独自性が強くなる。③保険会社や医療機関や医師などは、グループ化してグループ毎に競争する。企業や個人がどのグループを選ぶと有利なのかを判断できるように、「医療保障連合」が「報告カード」によって各保険の質的内容が消費者や医師に分かるようにする。「報告カード」では病院のランク付けがなされる。④保険料は企業が80%、従業員が20%負担する。年間平均保険料は従業員個人分が1800ドル、家族分が4200ドル。⑤自営業者も私的保険に加入させられ、保険料を全額支払うが、この金額は免税対象になる。⑥5000人以上を雇用している大企業は医療保障連合に入らなくても良い。大企業が企業連合を作っても良い。⑦メディケア（高齢者・障害者医療保険）加入者は州によっては「医療保障連合」に組み込まれることもあるが、現行の制度にとどまる州もある。⑧メディケイド（貧困者医療扶

助) 加入者については、連邦と州から出ている医療費を、直接にサービス供給者に支払うのではなく一旦「医療保障連合」に払い込む。⑨全体を監視する機関として大統領が任命する7人の委員から構成された「全国保健評議会」を設置し、そのもとに医療内容の点検を担当する「保健・医療の質に関する全国委員会」が置かれる。これらが全体としてのメディケアとメディケイドの医療費削減を図る。⑩財源として「たばこ税」が増税されるなど。

議会運営の困難

連邦議会の勢力分布は、上院が民主党57、共和党が43、下院では民主党258、共和党175である。しかし、クリントン大統領は民主党議員全員から法案への支持を獲得することはできない。医療保障法案を審議する議会の各種委員会、小委員会は40ほどに達する。この数の多さは、アメリカにおける医療供給と医療費保障が、医療(狭義の)・軍(研究費分配を通じて)・産(金融や薬品・化学など)複合体として、利害関係の広範な裾野を持っていることの反映である。各種のロビー団体が民主・共和両党に積極的にアプローチしているし、各議員は選挙区の住民の改革に伴う増税反対という要求や、本当に国民全体に医療保険が保証されるのならばある程度の増税は許容するという意見など、多様な圧力を背負っている。したがって、単純に民主党議員がクリントン案を支持し、共和党議員は反対するという構図にはならないのである。

上院では民主党の院内総務ジョージ・ミッチェルのリーダーシップが健在であり、エドワード・ケネディも協力的であり、若干の修正の余地は残しつつも、民主党内部の合意が比較的容易にできるとみられている。しかし、下院の事情は複雑である。下院で医療保障法案に関する

審議を行う有力な委員会が三つある。「教育・労働委員会」と「エネルギー・通商委員会」と「歳入委員会」である。しかし、他に少なくとも11の委員会が医療保障法案の審議に、部分的にはあれ関与している。

税に関する「歳入委員会」が社会保障や社会福祉を議論する最も強力な委員会であり、医療についても、連邦が責任を負う公的な高齢者・障害者医療保険であるメディケアの強制加入部分(パートA)は、この委員会の議論によって左右される。ところで、「歳入委員会」の主たる関心事は、大幅に増税することなく各種の政策が実施できるか否かを検討することであるが、この視点から、既にクリントン案に対する重大な批判が22人の委員のうちの少なからぬ部分から提起されているし、その批判を支持する経済学者も多い。法案が提起されてから数週間して政府自身が行った試算でも、法案実施に必要な財政支出は当初の予測よりも数十億ドルも多くなることが示された。

ところで、「歳入委員会」の議長は民主党のダン・ロステンコフスキーである。彼は1981年以来議長を務めている。彼の立場は、大統領が共和党であれ民主党であれ、政府の方針を委員会でも通過させるのに協力するというものであった。彼はクリントン法案を委員会で通過させるという立場であった。しかしロステンコフスキーは「下院郵政局スキャンダル」に関わっていて、もし告発されると議長を辞任しなければならない。その可能性は高い。そうすると、いずれも民主党のサム・ギボンズかチャールズ・ランジェルが議長になるであろう。ところが両者は上下両院の100人ほどの民主・共和両党の議員からなる、国が単一の医療費支払い当事者となるカナダ型の「Single-Payer」の方式を支持する勢力に属している。クリントン案には反対である。

国際・国内動向

「歳入委員会」の共和党のリーダーはビル・アーチャーであり彼は増税反対、市場依存の医療制度支持の急先鋒である。

もう一つの難関が、「歳入委員会」の「保健・医療小委員会」である。議長は民主党のビート・スタークである。1993年9月28日にクリントン大統領が「歳入委員会」で法案の説明をしたときには丁重に拝聴していた委員たちも、その一週間後に保健・対人サービス担当閣僚のドナ・シャララが「保健・医療小委員会」に出席したときにはスタークや共和党委員たちから辛辣な質問を浴びせかけられた。つまり、法案実施が要求する費用をどのようにして調達するのかという問題に対して政府側が説得力のある説明が出来なかったからである。ギボンズ、ランジェ、スタークを含めてリベラル派の民主党議員たちは、国民の全てに医療サービスを保証し、民間保険市場を再編成し、医療支出を抑制する方法として、国の予算によって医療費を賄う方法を強力に支持している。さらには現在議会に2人いる医師出身議員の一人であり、この小委員会のメンバーである民主党のジム・マクダーモットも「Single-Payer」方式を支持している。

クリントン案は市場機構を温存し、民間保険企業の顔もたて、大企業の顔も立てた折衷案である。つまり、従業員5000人以上の大企業は、州毎に設立する予定の医療保障連合に加入する義務は免除され、従来通りにやればいいのであり、しかも、現在は大企業の大半は従業員を民間医療保険に加入させた場合の保険料を100%負担しているのが、法によれば80%に下げることになるので、クリントン案は大企業の医療費負担軽減案なのである。

「エネルギー・通商委員会」は州が主体となり連邦も50%以上の補助金を出している貧困者医

療扶助制度のメディケイドと、メディケアの任意加入部分（パートB、医師の診察費を対象としている）と、医学生物学的研究助成と地域保健活動を審議する。議長は民主党のジョン・ディングルであり、彼は委員会での審議は「時間を限らずに、また審議対象をあれこれに限定せずに」じっくりしなければならないという立場を、クリントン法案作成に深く関わった民主党下院議員のトーマス・フォレイに書き送っている。要するに1994年に法案を通過させるというタイムスケジュールには同意していないのである。また「エネルギー・通商委員会」の「保健・医療・環境小委員会」の議長である民主党のヘンリー・ワックスマンはスタークたちと同様に、医療保障において政府が大きな役割を果たすべきだという立場にあり、クリントン案には異論を唱えている。

下院の「教育・労働委員会」は民主党のウィリアム・フォードが議長であり、彼は上院の「労働・人的資源委員会」のエドワード・ケネディ議長と同様に、かつては政府が責任を持つ単一の医療保険制度を唱道していたが、現在はクリントン案を一步前進と評価して成立に協力する立場である。また、先述のディングルも、慎重審議を主張しているが、クリントン案そのものには協力的である。

以上は下院での動向であるが、上院では民主党と共和党の勢力が接近しているだけに一層クリントン案に対する抵抗は強い。このようにみえてくると、クリントンの医療保障法案は、法案自体の内容について、医学・医療界から出されている多数の疑問や不安もさることながら、議会運営という次元でも相当な困難を抱えていて、今後の見通しは決して楽観できるものではないことが分かる。1994年の成立・実施は困難と言わざるをえない。また、実施できなければクリ

ントンに対する国民の支持に深刻な悪影響を及ぼすことは必至であろう。

(常任理事・東京都立大学教授)

(付記)議会内部の状況については、J.K.Iglehart, Health Care Reform—The Labyrinth of Congress (New England Journal of Medicine, Vol.329, No.21, 1993, 11,8)を参考にした。

女性と開発に関するアジア太平洋NGOシンポジウム —平等・開発・平和…国連第4回世界女性会議にむけて—

中嶋 晴代

「開発と女性に関するアジア太平洋NGO(非政府機関)シンポジウム」が、国連アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)主催、フィリピン女性国内委員会(NCRFW)共催、アジア太平洋NGOワーキング・グループの協力で、11月16～20日にフィリピンのマニラで開催された。37国・地域から622人、日本からは39名の参加で、熱気にあふれた集会であった。

1975年の「国際婦人年」にメキシコで、世界女性会議が開催され、女性の地位向上のための世界行動計画が採択された。これを契機に「平等・開発・平和」の3つの目標を掲げた女性の運動は世界各地で大きなうねりとなった。1979年の第34回国連総会では「女性に対するあらゆる形態の差別撤廃条約」が採択された。「国連婦人の10年」中間年の1980年にはコペンハーゲンで、最終年の1985年にはナイロビで数千から1万名に近い女性の参加で世界女性会議が開催された。

1995年9月、国連第4回世界女性会議が北京で開催される。この会議では「2000年にむけての女性の地位向上のためのナイロビ戦略」の再

検討と評価および新たな行動綱領の策定が行われることになっている。このシンポジウムは、世界女性会議に提出される「女性の地位向上のための地域行動計画」を策定する「アジア太平洋開発と女性に関する閣僚会議」(1994年6月、インドネシアにて)にNGOの意見を反映させるしくみを提供するために開かれたものである。

熱気あふれる全体会

開会式に続いて、「ナイロビ将来戦略の見直し・評価」「地域における女性の地位向上をめざして政府とともに活動するためのNGO戦略」について報告と討論が行われた。2～3日目は「健康・労働・農業・文化と教育・政治的権能・経済的権能・女性に対する暴力・人権・科学技術・先住民女性・家族・環境」の12の分科会であった。

4日目は分科会報告の後、「アジア太平洋の女性の地位向上をめざすNGO行動計画」に関する5つの準地域分科会を行い、最終日に各分科会で出された勧告が「NGO地域行動計画案」として発表され、討論後、大筋が採択された。これはさらに補足意見を持ち寄ってまとめ、「アジア太