

2) 責任と能力を持つ

- ・専門知識や技能を獲得し、維持・向上に努める。
- ・客観性の高い結論を導くこと、リスクを適正に評価すること。
- ・統計家の役割や成果の意義を理解できるように説明する。

3) 誠実に行動する

- ・成果の正確性や科学性を担保する。
- ・他者からの不当な影響を受けないよう、適切な関係を構築する。
- ・不正行為を避ける。
- ・用いた手法結果は明らかにし、適切な評価や健全な批判、意見交換をする。
- ・誤りを指摘された場合は前向きに対応する。

Ⅲ 行動基準

- 1) プロフェッショナリズムを有する
- 2) 業務を適正に行う
- 3) 他者への責任と役割を明確にする
- 4) 業務や成果を公開・説明する
- 5) リスクを評価し、予防する
- 6) 情報を適切に扱う
- 7) 法やガイドラインを遵守する
- 8) 人権を尊重する
- 9) 不正行為を予防する
- 10) 利益相反による弊害を防ぐ

背景

- ・行動基準を策定した背景
- ・規範(ルール)でなく基準(プリンシプル)とした理由
- ・配慮した点と策定の経緯
- ・改訂の必要性
- ・ワーキンググループ メンバー

①前文

前文では、行動基準を策定した目的と理由、統計家の業務と責任、職能集団と行動基準策定の必要性をそれぞれの項目で述べた。

行動基準の策定の目的は既述したように、「統計家自らがプリンシプルを考へて持つための基本的な考え方(基軸)を提供すること」とし、基準を公表することで統計家の責任と活動が理解され、業務や成果が信頼に足るものと認知されることを述べた。次に、「統計家の業務と責任」では、社会的責任を自覚し、社会の利益を優先することを述べ、「職能集団と行動基準策定の必要性」では、自律的に行動することと、自らがプリンシプルを持たなくてはならない理由を以下のように述べた。

(抜粋)

統計家には、時々の状況に応じた適切な判断と行動が求められるが、このためには自

らがどうふるまうかを判断する拠りどころとなる基準、すなわち、統計家の使命や、使命を達成するために守るべき価値を持っていてはならない。これは、プロフェッショナリズムの核心部分を成し、状況が変化しても変わらないものであり、他者から与えられるものでもなく、統計家一人ひとりが内に持つべきものである。また、これらの基準を他者（雇用者、クライアント、市民、他領域の専門家など）に明示することで、統計家の基本的な姿勢が理解され、統計家のコミュニティ全体に対する信頼や尊敬を得ることも期待できる。

②統計家の使命と守るべき価値

「統計家の使命」は、ISI、ASA、RSSの規程と同様、「統計の業務や研究を通じて人々の健康や福利、環境の保全、社会・経済の発展に貢献すること」とした。

「守るべき価値」は、使命を達成するために配慮することを具体的に述べることとし、人間の生命・尊厳ならびに環境を尊重すること、責任と能力を持つこと、誠実に行動することの3点とした。これまで、不適切な行為や不正行為が行われたり看過されてきた歴史を踏まえ、「責任と能力を持つこと」では、適正な計画の立案、質の高いデータの収集、目的にあった手法を用いた解析を通じて客観性の高い結論を導くこと、ならびにリスクを適正に評価して対応すること、統計家の役割や成果をわかりやすく説明することの必要性も述べた。また、「誠実に行動すること」では、統計は科学であり、他者からの圧力や影響を受けるものではないこと、不正行為は加担・看過しないこと、結論を導いた過程や手法も明らかにすることを述べた。また、年功序列などがあって率直な意見が言いにくく批判しにくいといったわが国の職場風土を考慮し、積極的な意見交換や健全な批判を行うこと、誤りを指摘された場合も前向きに対応するという内容も取り入れた。

③行動基準

行動基準は、価値を共有するために必要なことを具体的に項目に分け、それぞれ数行～10行程度で解説したものである。人権の尊重や利益相反のマネジメントなど、他の職種や研究者にも適応されうる一般的な内容のほかに、統計家の特性に基づく内容がいくつかあるので以下に簡単に示す。

A 「1.プロフェッショナリズムを有する」

専門の知識、技能、判断能力、コミュニケーション能力を習得すること、技能の維持・向上に努めること、同僚や学生が知識や技能を習得できるように機会を与えることを述べ、業務は自分の力量の範囲内で行うこととした。また、あらかじめ決められた結論に合わせることはしないこと、新たな問題が生じた場合は専門家内でワーキンググループを組織し

て解決の方途を検討し、意思決定することを述べた。

B「2.業務を適正に行う」

結論が得られたときに、それが一人歩きしないようにするのも統計家の責任とし、解析の結果が期待されたものとは違う場合も公表すること、データは有限なので結論にも限界があることを他者にも伝えること、結論が誤用されないように努めるのと同時に誤用に気づいた場合は正すことを述べた。

C「3.他者への責任と役割を明確にする」

雇用者や政策決定者、ジャーナリストなどの他者に自分の責任と役割を説明し、公正な関係性を築いて職場環境を整備することを述べた。

D「5.リスクを評価して予防する」

健康や環境に関するデータを扱う統計家は、リスクに最初に気がつく立場にいるため、大きなリスクが予測される場合は、できる限りの予防策をとる責任があることを述べた。

E「7.法やガイドラインを遵守する」

既存の法やガイドラインを尊重するのは当然であるが、これらと統計家の価値や基準と衝突することがあった場合は、どちらを優先するかを良識的に判断し、その結果を根拠をつけて説明することとした。

④背景

「統計家の行動基準」の策定過程を概観し、基準を自分の行動を宣言する「シンプル型」および自分で考える「セルフメイド方式」にした理由、国際的な倫理規程と整合したこと、日本での統計家の立場や状況も考慮したことを述べた。また、知識や技能、状況の変化が早い領域であるので、行動基準自体が見直しや追記を繰り返して常に改訂し続けられるべきものであることも述べた。

4. 統計家の行動基準の意義

本行動基準は、構成はISIの規程に近く、内容はISI, ASA, RSSの規程を踏襲した上で、わが国における統計家の過去と現在の状況に配慮した内容を追加して構成した。シンプル型の規程は、わが国でも工学系の学会などで採択しており特異なものではないが、そのほとんどはビルトイン方式であり、考えるための基軸を提示して個人にプリンシプルを持つことを求めるセルフメイド方式の規程は、他に例を見ない。本基準は2013年に日本計量生物学会にて採択されたばかりであり、どのような効果があるのかを判断するのは尚早であるが、起草した者として、期待している効果について考察してみたい。

1) 統計業務を担当する人、統計家、次世代の統計家に対する効果

本基準では特筆するような目新しいことは述べておらず、統計家として活動している人にとっては常識的な内容であるが、統計家の役割や責任、使命や価値を明文化したことで、このようなことを考える機会がなかった人たちに考えるきっかけを与えることが期待される。これによりプロフェッショナルリズムを覚醒させ、涵養してもらうことができれば理想ではあるが、その機会を得ることでプリンシプルを考え続けてもらえることができればよいと思われる。

また、統計業務を担当する人が教育の機会を得るための根拠になること、市場原理や政治的な介入に影響される職場で働く統計家がプロフェッショナルリズムを毀損されそうになった場合の盾として機能すること、同業者間で健全な対話や批判ができる風土が醸成されることなどを通じて、質の高い成果がもたらされる環境が整備されるのではないかと期待している。

2) 統計家を雇用する人や組織に対する効果

本基準は、ASA の規程のように、雇用者に対して統計家に不当な圧力をかけないように直接働きかける文言は記載していないが、統計家の役割や責任を明示しているため、統計家との関わり方を認知してもらえるものと思われる。統計業務には資格と経験のある専門家が重要なことを認識してもらうことで、ポストの確保や教育を受けさせることの重要性も意識してもらえるとと思われる。

3) 研究のコミュニティに対する効果

わが国では、疫学研究や臨床研究などの研究のガバナンスは、管掌の府省が審議会やワーキンググループを組織して倫理指針を策定し、研究者がそれを遵守するという方法で行われることが多い。しかし、これまでなかったことに挑戦して新たな知見を生むのが研究の本質であり、研究のリスクや利益を知るのは当該専門家以外ありえないことを考えれば、研究のガバナンスは専門家集団が自律して行わなければならない、研究の倫理指針も専門家集団が中心となって策定するのが本来のありようである。わが国で臨床研究など生命医科学の研究体制が不十分であることが問題視されているが、その大きな要因の一つは、研究者のコミュニティが専門家集団として自律的な機能を有していないこと、さらには、「専門家集団による自律が必要である」という意識自体が研究者やコミュニティに希薄なことにあると思われる。本基準が、専門家集団による自律的活動のモデルとして、研究のガバナンスを本来のありように戻すためのきっかけになればと思っている。

4) 一般の市民に対する効果

市民には、安心してデータを提供してもらったり、成果を信用してもらう必要があるが、行動基準によって、データの解析や解釈には専門の技能が必要であること、そのために専門家が必要であること、統計家が適正に行った業務の成果は信頼に足るものであることなどを認知してもらえらると思われる。東日本大震災での原子力発電所の事故以来、科学者の集団に失望や不信が寄せられることもあるが、専門家が正統な集団を形成して使命や価値を見える形で提示し、知識や技能の水準を保つ姿勢を示すことが、市民の信頼を得るための第一歩であると思われる。

5) 学会に対する効果

学会が行動基準を提示する利益としては、他領域の専門家、政策決定者、市民などに対して学会の立場を認知し、理解してもらつツールになることが考えられる。計量生物学会は、2013年に高血圧剤の市販後臨床試験において統計家でない人がデータ解析に関わったことなどが問題となった事案が報道された際、本基準をもとに、資格と経験をもった統計家に業務を担当させること、ならびに研究機関などに研究支援や人材育成ができる統計専門職を配置することなどの声明を公表した¹³⁾。

学会としての立場の表明や、さまざまな提案や勧告も、本基準があることで可能になると思われる。

5. 今後の課題

行動基準は活用されなければ意味がないが、絵に描いた餅にならためには、学会が専門家集団(職能集団)としての機能をもつこと、すなわち、専門家集団のレベルを水準以上に維持するために活動することが必要と思われるので、以下に述べる。

日本計量生物学会でいえば、学会の従来のは学術の振興であり、職能集団の機能は有していなかったが、統計家の職場環境が整備されるための働きかけ、現役または次世代の統計家がプリンシプルを持つ動機づけをするための教育、ならびに不正行為や不適切な行為があった場合の対応のシステムを整備することなどが必要である。

1) 統計家の活動環境が整備されるための働きかけ

統計家のインタビューでも「正論を主張してもそれが職場全体の文化になっていないくは役に立たない」という意見が聞かれたが、職場環境の整備は、統計家一人の努力では限界があるため学会が要望や声明を出す必要があると思われる。

営利企業は利益を獲得しなくてはならず、また、研究機関は成果を上げなくてはならな

いが、行き過ぎた利益追求主義や成果主義は、統計家に圧力をかけることになり、それが不適切な行動を生む要因となりうる。したがって、組織に対して、統計家に逸脱した行動を強いることは社会に不利益をもたらす、社会からの信頼を失うとともに、統計家のプロフェッショナルリズムを損なうことを認識させ、統計家が責任をもって適切な活動ができるための環境を整備するなどの提言が必要である。統計家を擁する組織に対して、組織全体が社会の利益を優先する方針を持ち、適正な業務の実践や促進を組織文化とすることを求めることも学会の役割と思われる。

2) 教育や次世代の育成

行動基準では、統計業務は資格のある統計家に担当させることや、質の高い成果を生むことを述べているため、統計業務を担当する人、学生、新人などに対して、知識・技能が習得できる教育が実施されるように支援したり、新しい知識や手法など最新の知識や技能が学べる機会を提供するのも学会の役割である。

また、行動基準ではプリンシプルは自らが考えるものと位置づけているので、動機付けのための教育プログラムが必要である。筆者らは、事例検討やグループディスカッションなどを組み込んだ3時間ほどのプログラムを開発中であり、実際に実施して評価する予定である。

一方、専門家でない人に統計を担当させる要因として、資格のある統計家の数が少ないという根本的な問題も指摘されており、大学院における育成プログラムの拡充を働きかける必要もある。

3) 不正行為に対応するためのシステム構築

基準の中では、不正や不適切な行為をしないこと、看過しないことを述べているが、統計家が実際に不正行為を発見した場合や不正を是正しようとして不利益を受けた場合や、企業の統計担当者が正当な業務をしようとして立場が危うくなった場合など、適切に対応しなければならず、第三者的な立場の組織が必要となる。このため、学会内に申し立てを受け、調査し、提言や調整を行う組織を設立し、申し立てを受けたときの具体的な対応の手順や方法も提示するなどの体制を整備しておく必要があるだろう。

むすびにかえて

筆者が統計家の行動基準の起草にかかわるようになった時に思ったことが二つある。一つは、細かい決まりごとを押し付けて外側から縛り付けるようなものでなく、統計家の自由で能動的な活動を鼓舞するようなものを作りたいということである。筆者は2000年ごろか

ら、遺伝子解析研究の倫理指針や、学会の倫理指針の策定に関わってきたが、いずれも「研究者はこれをすべき／してはならない」というルール型であり、研究者に遵守を求めるという方式であった。そして、ある研究施設の倫理審査委員会の委員からは「倫理審査といっても指針との適合性を問題にするだけで意味がなく、委員も辞めた」、現場の研究者からは「厳しすぎて研究できなくなった」、「指針にだめと書いていないからやってよい」というような意見を聞かされ、手間暇かけて作った指針が人をがんじがらめにするばかりで思考も停止させ、誰の利益にもなっていないことがわかり、徒労感が残った。サッカーの試合にたとえて言えば、手を使わないようにするために選手の手を縛っているようなもので、これでは試合が面白くなりようがない。選手が思いきったプレーをするには、選手自身がプリンシプルを身につけ、手以外の部分でボールをコントロールできるようになっていなくてはならない。そして、研究もこの状態があつて革新的で独自性の高いものが生まれると考へ、セルフメイド方式の行動基準を作成することにした。

もう一つは、筆者が臨床試験を企画・運営する者として協働する統計家の健全性を守りたいということである。統計家の出した結論は、新薬の売り上げや研究の結果を直接左右するため、統計家はさまざまなストレスにさらされる。仮に、統計家が専門家としては納得できない結論を導いたりした場合でも、薬が売れて自社の増収に貢献できれば、本人は良心の痛みを感じることも、誇りが傷ついたと感じることもないかもしれない。しかし、そのような行為は、専門家の存在の根幹を成している最も重要な部分を毀損し、コミュニティの構成員にも負の影響を与えると筆者は思っている。Google のチーフエコノミストのハル・バリアン氏によれば、もっともセクシーな職業は統計家だそうであるが¹⁴⁾、もしそうであるなら統計家には、魂を健全に保っててもらわなければならないのである。

行動基準が筆者の意図通りに機能するかどうかはわからないが、期待を持ちつつ今後の展開を待つことにしたい。

文献

- 1) P Catalano. Fraud and the Statistician's Role in Protecting the Integrity of Clinical Research. Harvard School of Public Health, Biostatistics Newsletter. July, 1995
<<http://www.hsph.harvard.edu/biostats/publications/newsletter/july95/fraud.html>>
- 2) Statement by the IMF Executive Board on Argentina. February. 1, 2013
<<http://www.imf.org/external/np/sec/pr/2013/pr1333.htm>>
- 3) 佐藤恵子. 研究の倫理指針とは何か, どう策定するのか. 医学のあゆみ. 246(8): 559-564, 2013
- 4) 佐藤恵子, 岩崎学, 稲葉由之, 菅波秀規, 佐藤俊哉, 椿広計. 日本計量生物学会. 統計家の行動基準. 2013
< <http://www.biometrics.gr.jp/news/all/20131118-2.pdf> >
- 5) 椿広計. 統計家のあるべき行動に関する日本計量生物学会の活動. 臨床評価. (印刷中). 2014
- 6) International Statistical Institute. Declaration on Professional Ethics. 2010
<<http://www.isi-web.org/about-isi/professional-ethics/43-about/about/296-declarationpro>
fessionalethics-2010uk>
- 7) American Statistical Association. Ethical Guidelines for Practice. 1999
<<http://www.amstat.org/committees/ethics/index.html>>
- 8) Royal Statistical Society. Code of Conduct. 1993
<<http://www.rss.org.uk/uploadedfiles/documentlibrary/142.pdf>>
- 9) 電気学会. 行動規範. 2007
<<http://www2.iee.or.jp/ver2/honbu/11-aboutus/index065.html>>
- 10) 日本学術会議. 声明 科学者の行動規範 改訂版. 2013
< <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-s168-1.pdf> >
- 11) Merriam SB, Caffarella RS. 立田慶裕, 三輪健二 監訳. Learning in Adulthood (成人期の学習). 鳳書房. 東京, 2005
- 12) 郷原信郎. 組織の思考が止まるとき. 毎日新聞社. 東京, 2011
- 13) 日本計量生物学会. 臨床研究に関する日本計量生物学会声明. 2013
< http://www.biometrics.gr.jp/news/all/seimei_20131126.pdf >
- 14) Lohr S. For Today's Graduate, Just One Word: Statistics. The New York Times. August 5, 2009

厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

アメリカの医療保険改革—その概要

研究協力者 ロバート・B・レフラー

（アーカンソー大学ロー・スクール教授）

樋口 範雄（東京大学大学院法学政治学研究科教授） 訳

研究要旨

本稿は、2010年3月に成立した合衆国における医療保険改革法についての報告である。合衆国は先進国において唯一国民皆保険制度を有さず、5000万人を超える無保険者を抱える。バラク・オバマ大統領による医療保険改革は、1965年に成立した高齢者・障害者に対するMedicare以来の大改革であると評されているが、同時に多くの批判もあり、その合憲性が2012年6月には合衆国最高裁判所で争われたほどである。今般の医療改革法（PPACA）が目指したものは、アメリカ合衆国が、諸外国と比較して必ずしも成功してこなかった、医療へのアクセス、医療のコスト、そして医療の質を一挙に解決することであった。本稿は、結論として、新法が無保険者問題の相当部分を解決し、医療へのアクセスを改善するだろうという。さらに、医療の質の改善についても一定の見込みがある。しかしながら、医療のコストがコントロールが成功するか否かは、確実な証拠をもって予言することはできないとする。一見無関係に見えるアメリカの医療改革法の議論からも、医療費を含めた社会保障関連の費用をいかに抑えるか、医療の質をいかに向上させるかは共通する課題であり、そのような視点からすれば、重要な示唆が十分見出されうるといえよう。

A. 研究目的：

本稿は、2010年3月に成立した合衆国における医療保険改革法について紹介である。

B. 研究方法

（倫理面への配慮）

基本的には公知の情報を扱っているから、倫理面での問題は少ないが、調査の過程で偶然に得た個人情報などについては、報告書その他の公表において個人が特定できないようにし、さらに、守

秘を尽す。

C. 研究結果

末尾資料参照。

D. 検討

末尾資料参照。

E. 結論

末尾資料参照。

F. 研究発表： 国家学会雑誌（近刊）。

*本稿は，Robert B. Leflar, Reform of the United States health care system: an overview, 10 University of Tokyo Journal of Law and Politics 44-59 (2013)を訳したものである。次のようにインターネット上で見ることもできる。Leflar, Robert B., Reform of the United States Health Care System: An Overview (April 10, 2013). University of Tokyo Journal of Law and Politics, Vol. 10, pp. 44-59 (Spring 2013). Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2247853>

G. 知的所有権の取得状況

特になし。

I. その他 特になし

資料 アメリカの医療保険改革—その概要

ロバート・B・レフラー（アーカンソー大学ロー・スクール教授）

樋口範雄（東京大学大学院法学政治学研究科教授） 訳

1 はじめに

アメリカの医療保険改革は、なお進行中のものではあるが、すでにさまざまな物語を紡ぎ出している。それは、両極端に分かれたイデオロギーの話であり、複雑で慈悲のない政治の話であり、思い通りにならない経済の話であり、さらに高度のレベルの法律闘争の話であって、その背後には、危機に瀕した医療制度が存在する。この小論では、これらの話の本質的部分を概観し、その闘争に勝利した法の基本部分を示す。その法こそ、「患者保護と医療提供を拡大する法律」（PPACA, Patient Protection and Affordable Care Act）である¹（以下、PPACAと呼ぶ）。

本稿は、まずアメリカの医療提供制度の概要を記述し、他の先進諸国と比べて、コストや成果の点でいかに評価されるかの比較を行う。次に、PPACA制定に至るまで、および制定後の政治的かつ法的な争いを説明する。さらに同法の主要な特色にふれた後、今なお残る課題を提示

¹ Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (codified in scattered sections of 42 U.S.C.).

する。

アメリカ合衆国は、医療制度を改善しようとする他の諸国と同様に、「医療をめぐる三角関係」と呼ばれるディレンマに直面している。ディレンマにある三角形のそれぞれの頂点は、すべての医療制度がもつ3つの次元を表している。すなわち、医療へのアクセス、医療のコスト、そして医療の質の3つである。このディレンマは、3つのうちのいずれかを改善しようとする、他の2つのうちの1つまたは双方に圧力を及ぼすことによる。PPACAは、大胆にもこれら3つの課題を一挙に解決しようとした。しかも、これ以外の正義の諸原則についても同時に改善しようとしたのである。

本稿は、結論として、新法が医療へのアクセスを改善するだろうと考える。多くのアメリカ人が現在医療の保障を受けておらず、それらの人々の多くをカバーすることで、アメリカをこれまでより正しい社会に変えるだろう。この法律や、その他の施策が促進しようとしている医療の質の改善については、一定の見込みがある。しかしながら、これら医療への需要の高まりと質の改善という2つの圧力によって生ずる影響を受けて、医療のコストがコントロールできるかについては、急速に変化する経済状況の中で法の実施をどのくらい適切に行えるかにかかっている。コストのコントロールが成功するか否かは、確実な証拠をも

って予言することはできない。

2 改革の背景—アメリカの医療の国際比較

アメリカの医療のシステムが(もしもシステムという言葉が、これほど複雑で無秩序に見える体制をシステムと呼ぶのが適切であるならばだが)、全人口の相当数を占める部分に対し適時かつ適切な医療を提供していないこと、そして、運よくサービスを得られている人にとっても、それが他のどの国よりはるかに高価な医療であることは、よく知られた事実である。あまり知られていないと思われる事実は、どのような人たちが医療保障の対象となっていないのか、そして、対象とされている人たちが受けている高価な医療が、多くの点で、平凡な程度の成果しか上げていないことである。アメリカの医療に関する神話は至る所に及んでいるので、まず事実に関して正確な認識を持つ必要がある。

最初に、およそ5000万人ともいわれる無保険者の大半は、多くの人がそう思っているように失業中でもない。むしろ大多数は、誰かが働いている家族の一員である。65歳未満の成人は、雇用に伴う給付の一環として医療保険でカバーされるのが普通であるが、彼らがすべて幸運とは限らない。ほとんどの零細企業や、多くの中規模の企業では、さらに

大規模な企業のいくつかですら、被用者に医療保険を提供していない²。個人で医療保険に入ろうとすれば、そのための民間保険会社の保険料は信じられないほど高く、多くの労働者家庭にとって手が出ない。その結果、無保険者の67%は、家族の中に少なくとも1人はフルタイムで働く労働者の家庭にいる、他の家族である³。

人種は、医療保険の有無と相関性があるものの、保険のカバーしていない最大の層は、多くの人たちが考えているようにアフリカ系アメリカ人ではない。それはヒスパニックである。2008年時点で、ヒスパニック系アメリカ人労働者の3分の1以上(33.8%)が無保険者だった。それに比べて、アフリカ系アメリカ人は11.7%、コーカシアンと呼ばれる白人その他は8.4%だった⁴。

アメリカの医療費は、他の先進国に比べて、GDP (Gross Domestic Product,

² AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ), MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY (2010), *available at* <http://www.ahrq.gov/research/data/meps/index.html>.

³ S. R. COLLINS, KAREN DAVIS, M. M. DOTY ET AL., GAPS IN HEALTH INSURANCE: AN ALL-AMERICAN PROBLEM (Commonwealth Fund 2006).

⁴ WILLIAM A. CARROLL & G. EDWARD MILLER, HEALTH INSURANCE STATUS OF FULL-TIME WORKERS BY DEMOGRAPHIC AND EMPLOYER CHARACTERISTICS, 2008 (AHRQ MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY 2011), *available at* http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_stats/Pub_ProdResults_Details.jsp?pt=Statistical Brief&opt=2&id=992.

国内総生産)に占める割合が非常に大きい(表1を参照されたい)。ところが、多くの指標によれば、アメリカ人が得ている医療の成果は、他の諸国が達成している水準に及ばないのである。たとえば、アメリカの幼児の死亡率はきわめて悪く、ギリシャやポルトガルのような財政危機にある国より劣り、日本の倍以上になっている。最悪の州であるミシシッピ州をとると、スリランカのような発展途上国の割合と同じ程度という有様である(表2参照)。伝染性の疾病以外の病気によって死亡する率も、年齢を考慮した標準的な値で考えても、ほとんどの先進国に後れをとっている(表3参照)。もちろん、このような死亡率については、医療の質以外の要素も関係していることは事実である。だが医療が重要な影響を示していることもまた確かである。

アメリカが、支出されている金額あたりの医療の恩恵という点で、相対的に見て劣った成果しか上げていないというこの原因としては、医療制度に内在する非効率性が大きく関係している。アメリカにおいて医療の運営や保険に支出されている総医療費(2006年時点でGDPの7.7%)は、カナダ(4.1%)の倍近くであり、日本(2.3%)の3倍以上になる⁵。アメリカの医療に関する権威ある研究機関である医学研究所

⁵ J. CYLUS & G. F. ANDERSON, MULTINATIONAL COMPARISONS OF HEALTH SYSTEMS DATA, 2006 (Commonwealth Fund 2007).

(Institute of Medicine) は、アメリカの医療費のほぼ3分の1が、請求や過剰な管理コスト、重複して行われるX線検査やその他の検査、不要または不適切な手術など、要するに無駄に費やされていると推計している⁶。まず医療過誤があって、それを回復するための手術等が必要になった場合も「無駄」と数えると、この非効率性の統計にさらに170億ドルが加わる⁷。

アメリカにおいて医療費が過剰になっている最大の構造的理由は、おそらく、医療提供者が受け取る支払額が、主としてサービスの質ではなく量によっているという事実である。医師がほとんどの場合、医療サービスをどれだけ購入するかの決定権を握っているために、そして彼らはたいてい医療の場面でコストの考慮による制約を受けていないために、過剰な診断の措置を行うインセンティブが、いわばシステムにビルトインされているのである。このインセンティブはさらに訴訟で訴えられるかもしれないというおそれによって高められる。たぶん、それは誇張されたものであり、医療過誤の請求がなされて支払いが行われた件数は過去20年の間着実に減少して

きているのだが⁸、それでも訴訟のおそれが喧伝されている。また、患者のためにできることはすべて行うという専門家の習性もまた、訴訟回避の考慮と経済的な利益という別の要素と分かちがたく結びついて、医療費の支出を高める方向の圧力となる。

国民皆保険制度をもたない国の中でも、特にアメリカの医療費を高めている2番目の要素は、民間医療保険会社の保険実務とリスク選択のあり方にある。すべての保険申請を受け入れる義務のないところでは、保険会社は、ハイリスクの顧客を回避しようと、申請者の過去の医療記録を調査しスクリーニングすることに相当の精力を注ぐことになる。それがまた費用を高め、医療の最も必要な層に保険を拒む結果となる。

私見では、えり抜きの病院での先進的かつ特別な治療についていえば、アメリカ合衆国は最高の医療を提供しているのではないかと思う。ところが、合衆国全体で見ると、アメリカは他の先進諸国から大きく後れをとっており、さらに、はるかに貧しい国のいくつかよりも劣った成果しか出していない。アメリカ人は医療費のために一定の支出をしてい

⁶ BEST CARE AT LOWER COST: THE PATH TO CONTINUOUSLY LEARNING HEALTH CARE IN AMERICA 3-10 (Mark Smith et al. eds., Institute of Medicine 2012).

⁷ Jill Van Den Bos et al., *The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost of Measurable Medical Errors*, 30(4) HEALTH AFFAIRS 596 (2011).

⁸ Myungyo Paik, Bernard Black & David A. Hyman, *The Receding Tide of Medical Malpractice Litigation* (Northwestern Law & Econ Res. Paper 12-18, Feb. 21, 2013), available at <http://ssrn.com/abstract=2109679>.

るが、それに見合った価値を得ていないことがあまりに多いのである。しかも、医療費は増大する一方であり、今後ともそれを支えていけるとは思われない。

3 医療改革をめぐる仮借ない政治的闘争

バラク・オバマ氏は2008年の大統領選挙にあたり、医療保険改革を争点に打ち出した。選挙で圧倒的な勝利をし、民主党も、上院でフィリバスター（議事妨害）を不可能にする60という議席を確保し⁹、下院でも多数派としての議席を増やした。大統領就任後の早い時期に、オバマ大統領は議会の共和党議員を訪ね、医療保険改革について超党派で合意できる線を明らかにしようとした。だが、その期待は2009年夏に消滅した。共和党の副大統領候補だったサラ・ペイリン氏が、改革提案を政府による「死のパネル」を作るものだと呼んで攻撃したからである。彼女によれば、医療保険改革は、誰の生命に救う価値があるか、誰の生命が医療費削減のために犠牲にすべきかを決定するものだという。全国をまたにかけてのタウン・ミーティングで、いわゆるティー・パーティーを開いた活動家た

⁹ 上院の議員内規則によれば、ある法案に反対する勢力は、その他の議案を無視して、いつまでもそれについて議論をすることができる。ただし、上院議員100人中60人の賛成があれば議事をストップすることができる。議論を継続して法案を廃案に追い込む戦術をフィリバスター（議事妨害）と呼んでいる。

ちは¹⁰、医療保険改革を、政府による「社会主義的医療」計画だとして攻撃した。医療改革をめぐる論争は、アメリカの将来像をめぐる異なる考え方を示す「文化をめぐる戦争」と呼ばれるほどの様相を呈した。これらの批判は一般の人々の認識に大きな影響を与え、複雑で、そのために十分に理解されない医療保険改革の提案は、世論調査で多数が賛成することは一度もないという状況になった。

しかしながら、民主党による多数派は、2009年秋には、下院でも上院でも、異なる内容のものではあるが、医療保険改革法案を可決した。ただし、下院ではほとんどすべての共和党議員が反対に回り、上院では何と共和党議員全員が反対した。ともかく、その結果、両者を調整した法案がすぐにも大統領の机の上に届くはずだった。ところが、長い間、医療保険改革を推進してきたエドワード・ケネディ上院議員が12月に急死し、そのために行われた補欠選挙で、大方の予想を覆し、共和党のスコット・ブラウン氏がその議席を占めることになった。その結果、フィリバスターを食い止めるはずの60という上院の多数が失われるこ

¹⁰ 増税に反対する草の根運動の形で、右派と自由主義者が緩やかに連携する形で立ち上げた「ティー・パーティー」運動は、オバマ政権に反対する動きを広げた。この名称は、1773年に、イギリスが当事者植民地だったアメリカに茶税をかけたことに反対し、ボストン港内に停船していた貨物船から大量のお茶を海上に投棄した事件からとられている。

とになった。改革への期待は一挙に弱まった。それにもかかわらず、巧妙な議会運営での「予算調整」手続によって、民主党は、フィリバスターのおそれを回避し、単純多数で法律を制定することに成功した。オバマ大統領が PPACA に署名し、法律が発効したのは 2010 年 3 月 23 日のことである。

しかし、争いは法律の制定で終わらなかった。共和党は PPACA のほとんどすべての側面に対し攻撃を継続し、新しい改革法を侮蔑的な用語で「オバマ・ケア」と呼んだ。彼らが特に攻撃を集中したのは、いわゆる「個人への強制」(individual mandate) であり、それはアメリカの居住者に対し 2014 年以降、医療保険を購入することを義務づけ、違反すると財務省に罰金を支払うという条項だったが、それに加えて、メディケイド(貧困者用医療提供制度)を拡張して、低収入の成人にも医療保険を提供する部分に対しても厳しい批判が加えられた¹¹。法律の反対者たちは、医療保険の購入を義務づけるのは個人の自由を侵害し、連邦議会の州際通商条項に基づく権限を越えたものだと論じた¹²。26 もの州政府が 連邦裁判所に訴えを提起し、

¹¹ この法律は、メディケイドの対象となるには収入が多すぎる(が、なお低収入の)多数の人々に対し、その収入に応じた補助金を付与することを定めている。

¹² 合衆国憲法は、州際通商に関し法律を制定する権限を連邦議会に与えている。U. S. CONST. Art. I, § 8, clause 3.

この法律は違憲だと主張した。連邦裁判所の下級審段階では意見が分かれた。いくつかの州では、メディケイドを拡張するための連邦からの補助を拒否した。医療保険改革は、2010 年の連邦議会選挙の主要な争点の 1 つとなった。共和党は、この法が不人気なところに乗じて、下院の多数派を奪回し、民主党が多数を占める上院でもその差を縮めた。

PPACA の運命はその時点で 2 つのきわめて重要な出来事に委ねられることになった。1 つには、連邦最高裁が 2012 年 7 月に法律の合憲性判断をすることが予想されていた。さらにその年の 11 月に大統領選挙と連邦議会選挙が行われることになっていた。そしてその両方の闘いで PPACA は勝利を収めたのである。

連邦最高裁は、*National Federation of Independent Businesses v. Sebelius*¹³ という判決で、5 対 4 の僅差ではあったが、法律の合憲性を認めた。ただし、その理由づけは、多くの人には驚きだった。最高裁での口頭弁論では、ほとんどの関心は、州際通商条項が連邦議会に対し、医療保険購入について「個人への強制」を課す権限を認めているかに集中していた¹⁴。5 人の裁判官は、こ

¹³ 132 S. Ct. 2566 (2012).

¹⁴ アメリカの連邦議会は(そして連邦政府も)合衆国憲法の定めた事項だけしかできないのが、アメリカの連邦制度である(むしろ、州政府が、国民の健康や安全に関わるすべての

の強制が州際通商条項の許す範囲を越えるものと判断した。「憲法起草者たちは、連邦議会に対し、通商を規制する権限を認めたのであり、通商を強制する権限を認めたわけではない」¹⁵。ところが、首席裁判官のロバーツ裁判官は、多数意見を代表して判決文を著し、医療保険を購入しない人たちに課される罰金を一種の「課税」とであると解釈し、別の憲法上の根拠を持ち出した。すなわち、これは課税権限の行使であるとして、強制を合憲としたのである¹⁶。ただし、ロバーツ首席裁判官は、この法が政治的な争点となってきたことを十分に意識したような判示として、連邦政府の権限と州政府の権限の適切なバランスを図るために、いかなる州も、メディケイドの拡張には参加しないことが許され、しかもそれに対しては連邦政府からの既存のメディケイド補助金を取り上げること（そのような制裁をすること）とはできないと結論づけた¹⁷。ただし、全体的

権限を有するとされる)。合衆国憲法中に「州際通商条項」という条項があり、州と州との境界をまたいで影響するような経済活動については、連邦議会が法を制定することができる。参照、樋口範雄『アメリカ憲法』頁(弘文堂・2011年)(訳者注)。

¹⁵ 132 S. Ct. at 2589 (emphasis in original).

¹⁶ 132 S. Ct. at 2593-2600. 課税権限は合衆国憲法 Art. I, § 8, clause 1 に明記されている。

¹⁷ 132 S. Ct. at 2603-08. メディケイドの対象者を拡張するか、そうでなければすべてのメディケイド補助金を失うことになるとい

に見た実際の効果としては、個々の州に貧困者への医療サービスを拒む選択を与えたものの、連邦最高裁は、オバマ政権に PPACA の実施に向けて許可を与えたことになる。

しかしながら、連邦最高裁の判決は、2012年11月の選挙で国民によって覆される可能性があった。だが、オバマ大統領は相当の差をもって再選され、対立候補のミット・ロムニー氏を 332 対 206 で破った(表4参照)。民主党は上院で2議席、下院で8議席を増やした(下院では共和党が多数を確保したが)。この選挙結果は、「オバマ・ケア」をアメリカの将来の重要な特色として固めたものだった。皮肉なことに、PPACA が保険対象を拡張する部分で最も恩恵を得るはずの州の多くが、つまり現状で医療保険のカバーしている割合の最も低い州(ほとんどは南部の州)が、オバマではなくロムニーを支持した(表4と表5を比較参照)。

う措置は、連邦政府による州政府への強制であって、合衆国憲法による支出権限(債務を支払い、合衆国の一般的福祉のための支出をすることができる) Art. I, § 8, clause 1 を逸脱し、違憲だと判断された。

4 PPACA の要点

今回の改革法は、きわめて複雑で多数の条文から成っており、全貌を理解するのは難しい。だが、その目的は明確に医療制度の3つの次元、先に述べた医療へのアクセス、医療の質の維持と向上、そして適切で制度を維持することが可能なコストに収めること、の3つすべての面を改善することにある。これら3つの目的の中では、とりわけ医療へのアクセスを増やすのが最大の狙いである。法の主要なポイントは以下に要約するとおりである。

① アクセス

5000万人ともいわれる医療保険のないアメリカ人のうち、この法律が実施された段階で、その半数以上が医療保険の対象者に入る。全体としてみれば、アメリカも国民皆保険にあと一步という状況になる。医療へのアクセスを増やすために次のような規定が置かれている。

・「個人への強制」条項により、ほとんどすべてのアメリカ人は¹⁸、医療保険を購入するか（それには雇用を通じて、メディケアやメディケイドというような公的医療保障制度を通じて、退役軍人に対する医療給付を通じて、あるいは個人または団体

で保険を購入することを通じて、など多様な方法がある）、そうでなければ罰金を支払うことになる。

・「保険証券発行保障」ルールによって、保険会社は、申請者がすでに何らかの病気を持っているという理由で保険加入を拒むことができなくなり、生存中および年金についての保険対象に関する制限もできなくなる。健康状態や性別によって保険料を変えたりすることも禁じられ、家族の数、地域差、年齢、喫煙の有無だけが保険料設定に考慮してよい要素となる。

・医療保険「取引市場」（つまり保険の市場）が各州で設定され、そこにおいて、個人や小企業が保険を購入できるようになる。この市場において、民間保険会社は適切な保険対象を定める最低基準を満たす標準的なプランを提供しなければならない。その選択肢は、保険の対象範囲と保険料の違いに応じて、ブロンズ・プラン、シルバー・プラン、ゴールド・プラン、そしてプラチナ・プランに分かれる。いずれのプランでも、一定の医学的証拠に基づく予防ケアが保険の対象とされ、それには付加的な保険料負担は課されない。また、高額医療費で破産というような事態を防ぐ保護措置も付けられている。消費者としては、オンラインまたは

¹⁸ 「個人への強制」の対象から免除されているのは、アメリカの原住民（インディアン）、宗教的理由に基づく反対者、囚人、そして外国人の不法滞在者である。

直接担当者に会ったうえで説明を受けて、これらのプランを比較検討し、いずれかのプランを購入することができる。約半数の州は自ら市場を運営するが、残りの州では、それを拒んでいる。そのような州では、連邦政府が市場を運営することになる。

- ・メディケイドは拡張されて、連邦政府の定める貧困ライン（4人家族で年収約3万2000ドル）の138%以下であれば、最低限の費用で、医療保障の対象となる。

- ・メディケイドの対象となる以上の収入がある（がなお医療保険を購入するのが難しい）人たちには、保険料への補助が用意され、連邦政府の定める貧困ラインの3倍近くまで（4人家族で約9万2000ドル）、それぞれの収入に応じた補助金が支給される。

- ・成人でなお親の扶養者となっている人たちは、26歳までは親の保険の対象となる。

- ・中規模および大企業の使用者は、従業員（被用者）のために医療保険を付与しなければならず、そうでなければ制裁金を支払うことになる。

- ・小規模事業の使用者は、従業員（被用者）のために医療保険を用意する必要はないが、もしも用意すれば税法上の恩恵を得ることができる。

② 医療の質とコスト

PPACAによる医療の質の改善と医療費抑制のための規定は、メディケアとメディケイドという連邦政府最大の医療保障制度に関連したものである。メディケアは65歳以上の高齢者を対象とし、メディケイドは貧困者や障害者を対象とする。連邦政府による補助の付けられたこれらの医療は、あまりに規模が大きいため、そしてその結果ほとんどの医療機関がこれらのプログラムに依拠しているために、連邦政府の政策は、民間部門にも相当の影響を与える。新法が、医療の質の改善とコストの抑制のために定める規定は以下のようなものである。

- ・成果によって支払いを変えるプログラム（pay-for-performance programs）。医療の成果が上がったところには高い報酬を、そうでないところには低い報酬を定め、従来主流だった、サービスの量だけで支払うシステムから徐々に移行すること。

- ・正確に成果に基づく支払いプログラムを運用するために必要なデータを収集するため、報告に対し支払いを行うプログラム（pay-for-reporting programs）。

- ・医療提供のパイロット・プログラム（pilot programs）。たとえば、高度のケアを必要とする患者にそのための「医療ケア・ホーム」（medical

homes) を提供する試みや、引き受けた患者に対する医療の成果について一定の経済的責任を負う「ケアに対する責任を負う組織」(accountable care organizations) の試みなど、試行的プランを行うこと。

- ・地域や企業を主体にした、予防医療や健康増進のプログラム。

- ・プライマリー・ケア（一次医療）を提供する医師その他の医療者への割増給付。

- ・ファミリー・レストランでの料理にカロリー表示をすること。

- ・民間保険会社に対し、医療費そのものではなく管理費用として費やされる保険料の割合に制限を加え、健康な消費者（加入者）に払戻金を提供する制度。

- ・すべての支払いを電子的な請求によって行うよう義務づけること。

- ・メディケア・アドバンテージ・プログラム（Medicare Advantage program）と呼ばれる医療保険プランでの支払いの減額。

- ・医療費支払いに関する第三者助言委員会（Independent Payment Advisory Board: IPAB）を設置し、メディケアおよびメディケイドのコストが一定割合を越えて上昇した場合、それに対応する施策を助言すること。

本稿執筆時点では、最後に掲げた 2

つの計画は停止されている。民間保険会社および高齢者団体の圧力により、オバマ政権は、メディケアによる支払いの削減については、計画の範囲を縮小させた¹⁹。また IPAB という第三者助言委員会も、共和党が批判しており、まだ設置されていない。

医療保険改革法で保険対象を広げることによるコストは 2012 年から 2022 年までの 11 年間で 1 兆 1680 億ドルと推計されており、それは連邦最高裁によって州がメディケイドの拡張に不参加の選択肢を認めたために 840 億ドル減少したものの²⁰、法律制定前の推計よりも相当の増加となっている。これらのコストは増税と手数料によってカバーされ、正味の効果としては、連邦予算の赤字を減少させるはずだとされている。増税による財政改善の最大の源泉は、所得税の増加であり、納税者はメディケアのための源泉徴収分で 0.9% の増加、投資収入や地代、特許料などいわゆる不労所得に対しては 3.8% の増税となる。医療提供者サイドは何千万人という新規顧

¹⁹ *In Reversal, U.S. to Raise Medicare Advantage Payment Rate.* Reuters newswire, April 2, 2013, available at <http://www.cnbc.com/id/100608355>.

²⁰ CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE, ESTIMATES FOR THE INSURANCE COVERAGE PROVISIONS OF THE AFFORDABLE CARE ACT UPDATED FOR THE RECENT SUPREME COURT DECISION (July 24, 2012), available at <http://www.cbo.gov/publication/43472>.

客が増えて利益を上げるはずであるから、それに応じて新たな税と手数料が課され、それらは製薬会社や医療機器メーカー、そして保険会社(ただし、貧困者や高齢者、障害者を対象とする非営利団体は除く)が負担する。その他の収入としては、従業員(被用者)に対し医療保障を提供しない大規模および中規模の企業への制裁金や、定められた保障の範囲の保険を購入しない選択肢を選んだ個人への罰金、さらに経済的実態のない課税逃れの組織や、特に高級な医療サービスを提供する包括的医療提供団体、さらには日焼けサロンなどから調達される。

③ 法を実施するうえでの課題

新法を実施する段階で、予想されていたことではあるが多くの争点が提起されている。実施するにあたっては、保健福祉省や労働省、財務省など連邦の関連機関による省令や指針が多数必要になり、それに加えて、50の州のそれぞれが一定の選択を行う。しかも50の州のうち共和党知事の州は30あり、共和党が州議会を制しているところも27あって、知事と議会のいずれか、あるいは両方が共和党であるところの方が多数なのである。実施の点で最大の問題は、より多くの低所得者層を対象とするようメディケイドを拡張するか否かである。だが、他にも、各州で保険市場を設置するか否か、

IPABのような第三者機関を設置して医療費抑制を図るか否か、新しい医療費支払いモデルを採用するか否か、さらには基本的な給付の中に避妊のための費用を組み込むか、新たな患者中心の医療の成果に関する研究機関(Patient-Centered Outcomes Research Institute)の任務をいかに評価するかといった問題がある。

① メディケイドの拡張

より多くの低所得者層をカバーするようメディケイドを拡張するか否かは、おそらくPPACAがより公正な社会を作るうえで最も鍵となる部分である。それぞれの州は独自のメディケイド制度を運用しており、その基本は連邦政府によるガイドラインに従い、連邦政府からの補助金が費用の50%から83%までの範囲でカバーしている。これまでは、それぞれの州で、メディケイドによる給付の対象者となる居住者について収入基準を定めてきた。いくつかの州、特に南部の中央に位置する諸州では、収入基準をきわめて低く設定していたために、子どものいない非障害者についてはきわめて少数しかメディケイドの対象とされなかった²¹。それこそ

²¹ たとえば、アーカンソー州では、仕事を持っている親が連邦政府による貧困レベルの18%の収入があると、メディケイドの対象外