

民主主義の危機

——米国医療保険制度改革の齟齬——

福 山 孝

はじめに

国民健康保険制度の導入は20世紀中頃から米国の重大な政治課題であり、歴代大統領の中で、古くは第二次世界大戦中の1944年フランクリン・ルーズベルトが米国市民が戦争のため払った犠牲に報いるためにも戦後社会保障の拡充を行うための社会保障改革の必要性を説いて以来、トルーマン、ニクソン、1990年代にはビル・クリントン等が新たな医療制度の創設に向けて取り組んできたが、利益団体を含む反対勢力の激しい抵抗にあい、国内で国民的同意（consensus）¹⁾が得られないことと財政上の問題等のために次々と断念してきた歴史がある。しかし、オバマ大統領が就任し、選挙戦以来政権公約の目玉として打ち出していた医療保険制度改革法（オバマケア）が2010年3月に成立し、2014年から実施されているが、共和党をはじめ反医療改革を主張する多くの勢力によって、オバマ大統領の目指した国民皆医療保険制度の中身が大幅な修正を余儀なくされた。全国民が健康で幸せな生活を送るために欠かすことのできない「国民皆健康保険制度」の創設に、世界のリーダーであり、民主主義の旗頭と目されている米国がなぜこのように苦勞するのだろうか。本稿は、その原因と理由を解明することを目的としている。

1. 米国の医療保険制度の歴史

米国においては20世紀初めにヨーロッパからの移民が病気の時に給付を行う小さな相互扶助組織を形成し始め、同時期にメトロポリタンライブ²⁾とプルデンシャル³⁾が葬式費用と終末期医療費用を含んだ生命保険を販売し始めた。この個人向け医療保険は毎週の給料日に保険料を徴収するため大変な運営費用が掛かったため、大きな広がりを見せることはなかった。1920年代には、未だ多くの患

者が入院費用を支払えない状態だった。大恐慌の最中に、このような入院費用をカバーする私的医療保険制度が広がったが、この医療保険プランは特定の病院にかかる費用に限ってカバーするものであった。その後、アメリカ病院協会（The American Hospital Association）によって州全体にわたって病院を自由に選ぶことのできるブルークロス（Blue Cross）病院保険プランが提供され始めた。1939年にはカリフォルニア医師協会（The California Medical Association）が医師のサービスをカバーするブルーシールドプラン（The Blue Shield plan）を開始した⁴⁾1940年までに36のブルークロスに600万人以上の人々が加入するようになった。このように、米国に於ける医療保険の広がりとは患者側ではなく、安定した収入源を求める医療提供者側の主導権によってなされたものなのだ。

それゆえ、米国の診療は自由診療が基本となったのである。高額な医療費に備え、各個人が民間の保険会社と契約を行うが、低所得者は保険料の支払いが困難になったり、医療費の嵩む慢性病患者等は更新を拒否されたりすることがあり、医療の恩恵を享受できない国民が少なくない。米国の自己破産の原因の6割は医療費が原因であり、その医療費が原因で破産した人の8割は医療保険に入っていたと言われている。高額な医療費と質の悪い保険のために、健康面のみならず経済的にも苦しめられている米国人が多いのだ。

当然この問題は、“はじめに”の部分で述べたように、多くの歴代大統領が新しい医療制度の創設に向けて取り組んできたが、ことごとく失敗に終わっている。

2. 米国における医療保険施策の現状と問題点

——米国の主な医療保険制度——

先進国の多くは、公的な医療保障制度によりほとんどの国民の医療費を国がカバーしており、例えば日本では治療費の7～8割を国が負担している。しかし医療皆保険制度を持たない米国では、65歳以上の高齢者が対象の「メディケア」、低所得者等を対象とする「メディケイド」、低所得家計の19歳以下の子供を対象とする「児童医療保険プログラム」（CHIP: Children Health Insurance Program）といった限られた公的医療保障しかなく、大部分の米国民は雇用先が提供する団体保険等を通じて、民間の医療保険プランに加入するのが一般的である。

(1) メディケア（**Medicare**）⁵⁾

国民皆保険制度を導入してこなかった米国では、高齢者の無保険者が問題に

なっていたことから、1965年に社会保障修正法によりメディケアが成立した。そして翌年7月に施行され、現在でも公的医療保険の中核となっている。受給者のほとんどが65歳以上の高齢者と低所得者であることから、一般的には高齢者のための公的医療保険として認識されているが、メディケアの対象となるのは65歳以上で米国市民権あるいは永住権を取得し5年以上居住している人、身体障害者、透析患者、末期の肝臓病または Lou Gehrig 病（筋萎縮性側裂索硬化症）患者等である。

メディケアの場合、入院費や外来医療費、処方薬費が補助される。ケースによっては民間の保険会社が代行する。全体の運営は連邦政府が行っている。そして、この制度の創設によって、それまで25%近かった無保険者が15%まで減少した。創設当初は入院時の病院費用負担などをカバーする強制加入の「パートA」と、主に外来受診者に適用される任意加入の「パートB」があったが、後に「パートC」と「パートD」が創設され、現在は4つの制度から構成されている。

パートA⁶⁾

主に入院時の病院費用を中心に、在宅ケア、高度看護サービス、終末期ケア等をカバーする「パートA」は、本人または配偶者が現役時代に社会保障税を10年以上負担することで、受給資格を得た時点で自動的に適用される。被用者と雇用主は、それぞれ課税対象所得の1.45%を社会保障税として支払う。

パートB⁷⁾

外来診療、予防医療、救急移送サービスなど、給付内容が広範囲に及ぶ「パートB」は任意加入であるが、米国の診療費の高さを理由に「パートA」加入者の約93%（2013年）が「パートB」にも加入している。加入者は毎月保険料を支払う必要があり、年間免責額となる147ドル（2013年）を超過した部分に対して医療費の20%が自己負担となる。2013年の「パートB」の標準保険料は月額104.90ドルとされているが、所得が一定基準を超えるとこれに加算額が上乘せされる。

パートC⁸⁾（メディケア・アドバンテージ・プラン）

人々は「パートA」と「パートB」に加入するほかに、「パートA」と「パートB」の給付内容に加え、更に処方薬をカバーしている「パートC」（メディケア・アドバンテージ・プラン）のプランを選択することができる。「パート

C」は、メディケアと契約を結んだ民間保険会社が提供する保険プランを通じて、メディケアの給付を受けるものである。加入するには、「パートC」が提供されている地域に居住し、「パートA」と「パートB」に加入していることが条件となっている。加入者は「パートB」以外にも「パートC」の保険料も支払う必要がある。

パートD⁹⁾

2004年に導入された「パートD」は処方薬に適用される。加入者は「パートC」、あるいは民間保険会社が運営する処方薬保険プランに加入し、メディケアの給付を受ける。民間保険会社の提供する処方薬保険プランに加入するには「パートA」もしくは「パートB」の加入が必要である。保険料は「パートB」の保険料に加えこのプランの保険料も支払う。2013年の標準的な保険料は月額31.17ドルであり、処方薬の自己負担が375ドル以上になると保険が適用され、給付費の大半は連邦政府が負担している。

(2) メディケイド (Medicaid)¹⁰⁾

メディケイドはメディケアと共に1965年に創設されたが、オバマケアが始まるまでは低所得者を対象にしていた。メディケイドはメディケアと違い、連邦政府と各州政府が財源を拠出して運営しているため、州によって加入できる要件が異なっている。低所得者というだけでメディケイドが適用されることはなく、特に妊婦や子供、65歳以下の障害者などが利用できるシステムだった。所得の水準だけで加入するには連邦貧困水準50%以下であるという基準を設けている州が多かった。

3. 患者保護並びに医療費負担適正化法

患者保護並びに医療費負担適正化法 (Patient Protection and Affordable Care Act: PPACA) は、オバマが大統領に就任し、上下両院で民主党が優位となった議会を通過し、2010年3月に大統領が署名して成立 (完全実施は2014年以降) したことから、オバマケアとも呼ばれている。この改革法はおもに二つの法律からなっている。つまり、「患者保護法」と「医療費負担適性化法」であるが、その中心は後者である。¹¹⁾ 通称オバマケアが目指すのは日本の国民保険のような公的保険ではなく、従来の民間保険中心の医療制度をベースにした穏健な内容のものである。なぜ穏健的と言えるのかというと、オバマ医療保険改革法案は、かつて民主党が推進しようとしていた大きな政府によるシングル・ペイヤー・

システム（Single Payer System）¹²⁾制度とは大きく異なり、下記の2つの事実から判断してより共和党の発想に近いものになっているからである。

まず第一点は、このオバマ医療保険制度改革案は、のちに共和党の2012年大統領選挙の候補者となるミット・ロムニーが、2006年マサチューセッツ州知事を務めていた当時、超党派で成立させた州民皆保険制度のアイデアを借用したものであること。そして第二点は、オバマ医療改革の中核をなす「医療保険加入への義務付け」というアイデアも、保守系シンクタンクの代表的な存在であるヘリテージ財団によってはじめて考案されたものであるから¹³⁾だ。

それでは、次にオバマ改革法案の主要な内容を具体的かつ簡潔に記述することにする。ACAでは2010年から2020年にかけて色々な施策を予定している。既得権者除外条項により、2010年以前の政策に基づく保険契約には影響を及ぼさないが、それ以外には色々な改革が加えられる。2010年1月1日より、新たに下記のような多くの変更が加えられている。

- (1) 保険者は被保険者の以前の健康状況に基づいて保険加入を拒否することは禁じられる。また全ての被保険者に対し、同じ年齢、同じ居住地区であれば同等の保険料を設定しなければならず、年齢、以前の健康状況で差をつけることは禁じられる（喫煙者は例外）。本改革以前は、初めて健康保険を購入する場合、既往症や購入以前からの妊娠は保険適用外とされることがあった（他の保険からの乗り換えの場合は継続適用）。
- (2) ACAは2014年までに健康状態に関係ないかたちでの保険給付の保障、コミュニティ・レーティング、そして必要不可欠な保険給付を通じての給付内容の基準の設定を義務付ける。被扶養者への保険給付の対象を19歳未満から26歳未満まで拡張し、生涯給付上限額を撤廃する。
- (3) 被雇用者保険、メディケア、メディケイド、その他の公的制度でカバーされない無保険者は、承認を受けた民間保険に加入するか、ペナルティーを払わなければならない。加入しない場合は、年間695ドル（家族の場合は最大3倍まで）、あるいは家計所得の2.5%分の額のいずれか大きいほうの金額に財政的なペナルティーが課せられる。これは歳入庁の定める金銭的困難者、宗教団体の一員であれば除外される。低収入者には補助金を給付できる条項が定められている。
- (4) 全ての州に医療保険取引所が開設され、個人や小規模事業者は、そこで保険内容を比較し保険を購入することができる（対応者には政府補助が支給される）。取引所は2013年1月1日にオープンする予定だったが、数度予定が

変更されている。

- (5) 低収入の個人・家庭（連邦政府の定める貧困線の100%～400%）は保険取引所での購入時に連邦政府より補助金が受けられる。貧困線133%～150%の場合、その保険料は補助金が付くと収入の3%～4%ほどになる。2013年度の年収 \$45,960 未満の個人や \$94,200 未満の4人家族は、追加で税額控除を受けるか、また取引所から毎月保険者に送金するかのどちらかを選ぶことができる。小規模事業者は補助金を受給できる。
- (6) メディケイド制度が拡張され、対象者は収入が連邦政府の貧困線で133%の個人・家族まで引き上げられた。また障害の無い成人、補助者のいる児童にも適用される。メディケイド資格の上限は貧困線の138%の者と設定され、その5%については所得に関係なく資格を得ることができる。さらに児童医療保険プログラム（SCHIP）の受給要件が簡素化された。
- (7) メディケアの支払い制度が出来高払い制度から包括払い制度になり、医療機関はより一層の経営努力が求められるようになった。メディケアパートDのギャップ（俗称 donut hole）が徐々に縮小され、2020年には完全になくなる。
- (8) 50人以上のフルタイムの従業員を有する雇用主で、保険を提供していない場合、従業員1人あたり2,000ドルを支払わなければならない（最初の30人を除く）。従業員200人以上を有する雇用主は、従業員を自らが提供しているプランに自動的に加入させなければならない。従業員は、それを選択しないこともできる。

4. 米国の医療保障の問題点

4.1. 医療費の高騰とその要因

米国も日本と同様、医療費の高騰に悩まされている。しかし、日本における医療費の高騰の主な要因が急速な高齢化に起因しているのに対して、高齢化の速度がやや緩やかな米国では、医療技術の研究開発への経費の拡大が医療費高騰の一番大きな要因と見做されているが、その他にも米国の医療保険制度に独特ないくつかの要素が医療費高騰の要因になっていると考えられる。米国は最先端の医療技術、医療機器、医薬品の開発等を通じて世界の医学の発展に大きく貢献しているが、最近10年間で米国の医療費は毎年平均6%ずつ上昇している。そして、2011年には2兆7,000億ドルに達して対GDPの17.9%を占めている。米国における医療費高騰の要因は主に以下の4つである。

(1) 技術革新とその広範な普及

多くの専門家は、技術革新が医療費高騰の主要な要因であると指摘している。技術革新には、多くの資本、労働、研究開発のための時間などが必要であり、多額の費用がかかるからである。そして、高価な治療法、医薬品、医療機器の開発と普及は、概して医療費の高騰をまねく。米国では、高度な技術革新の成果が広くすばやく普及することが多く、急速に医療費の高騰をまねくことがある。たとえば、他の国と比較して、高度な医療機器を使用することが多く、磁気共鳴画像装置（magnetic resonance scanner）の一人当たりの数は他の先進諸国の2倍もあり、心臓手術装置（cardiac surgery units）及びカテーテル検査室（catheterization laboratories）の数は多くの先進国の3倍も所有しており、1997年に行われた冠動脈バイパス手術（coronary artery bypass surgery）の頻度は他の先進諸国の2倍にも及んだ。さらに、1998年度に行われた再開通術（revascularization）に関しては、他国の2倍に達した。こうした技術革新の広範な普及とその頻度の高さは、医師や病院側が、高度な医療技術の採用に積極的であるためだ。その一つの理由は、米国では出来高払い制度であり、新しい診療方法を採用する医師や病院に、寛大な診療報酬が支払われてきた経緯がある。

(2) 管理運営コストの増大

米国の医療費保障制度は非常に複雑で、医療費の拠出・管理のためのシステムも多岐にわたっている。数え切れないほど多くの支払い者が、多くの企業や個人と契約し、各自異なる医療費支払いシステムを利用して、医師や病院に対して医療報酬の支払いを行っている。こうした複雑で多元的な医療保障制度の存在と、それに伴う管理運営費の増大が、米国の医療費を押し上げる大きな要因になっている。1999年のある調査によれば、米国の保険者、雇用者、供給者の支出している管理運営費は、少なく見積もっても2,943億ドルにのぼり、医療費全体の24%を占める。

(3) 医療供給者の強力な市場支配力

米国では支払い者側（消費者）と比較して、歴史的に医師や病院等の医療供給者側の市場支配力（market power）が強力である。その政治的な影響力の強さを背景に、医師や病院などの医療供給者の診療報酬や診療活動条件の自己決定権限が、他の国よりもはるかに尊重されてきた。

(4) 診療報酬規制の遅れ

他の国と比較して米国では、医師や病院の診療報酬に対する規制が遅れている。政府が初めて病院医療費に手をつけることに成功したのは、1983年

に成立した疾病診断群 (Diagnostic Related Group) によるものであった。これにより、ようやくメディケアにおける病院診療報酬に対して、公的な規制が加えられることになった。しかし、依然として、医師の技術料についてはそのままであり、1989年に導入された資源準拠相対評価指数 (resource-based relative-value scale) によって、はじめてメディケアにおける医師の診療報酬に規制が加えられた。これは日本の点数表と類似した制度であった。

4.2. 無保険者の増加

米国の医療保険は、雇用主提供医療保険が中心で、雇用主が民間保険会社から団体保険である雇用主提供医療保険を購入し、被用者に提供する。しかし、医療費が高騰したり景気が悪化したりすると、失業者が増えて無保険者の数が急激に増える仕組みになっている。失業すると、収入がなくなるだけでなく、高額な保険料が全額自己負担になるため、医療保険に加入することが困難となり、無保険者になってしまうのだ。一方、低所得者向けメディケイドの対象となるほど低所得ではないが、医療保険を個人で支払えるほどの所得はないという医療保険制度の狭間に取り残された無保険者の数が、オバマケア以前は4,795万人と、全人口の15.4%を占めていた。しかし、米国疾患対策予防センター CDC の報告によると、2015年1月から3月までに実施された国民健康インタビュー調査 (NHIS) の結果によると、医療保険未加入者は減少していることが判明した。

調査結果の要点は、(1) 2015年の最初の3ヶ月間で全年齢の米国人で保険に加入していない人口は2,900万人 (9.2%) である。これは2014年の同時期の調査から700万人減少した。(2) 18歳から64歳の成人のうち、保険未加入者の割合は2014年の16.3%から2015年の最初の3ヶ月間で13.0%減少した。(3) 年齢18歳未満の子供で、民間の保険に加入する割合は2013年の52.6%から2015年の最初3ヶ月で56.3%に増加し、14年間続いた民間保険の加入減少傾向を逆転させた。(4) 65歳未満で健康保険市場または州の交換所を通じて、民間保険に加入する割合は2014年最後の3ヶ月間の2.5% (670万) から2015年の最初の3ヶ月で3.6% (970万) に増加した。

4.3. 医療の商業化 (Commercialization) 問題

米国で開発された多くの医薬品には特許権が設定されていて、開発途上国をはじめ他国の患者が使用しようとしても、独占価格が高価なため、本来助かる

命も落としてしまうということが、大きな問題になっているように、米国では技術開発への動機は利潤追求が主要な目的となっている。そのうえ、医療サービスの価格の設定も、サービス提供側の自由な選択に任されているため、需要が供給を上回ると、市場価格が一気に高騰することがよくある。

しかし、米国における医療費高騰の最大の理由は、医療システムの大部分が投資家によって支配されていることだ¹⁴⁾。それゆえ、医療システム全体が各種のメーカーやサービス産業と同じく、利益追求を最大の目的としているのだ。

現状を見ると、非公立の一般病院の約20%、殆ど全ての専門病院、そして他にも多くの医療センター等が事実上投資家によって運営されている。それゆえ、投資家が投資の対象として満足できるだけの利益を確保することが絶対条件となる。その目標を実現するため、これらの病院は、医師や一般大衆に向けて、販売促進活動や広告活動を行っている。つまり、これらの病院は患者に効果的な治療を施すことよりもむしろ多くの利益が上がる医療サービスの提供に力を入れている。

実際、米国の民間保険は、65歳未満の人口の約1億7,000万人の契約者を擁しており、その大部分は雇用主提供医療保険を通じて行われている。しかし、公的保険と比較すると、民間保険の場合は、保険料のわずか一部しか実際の医療には使われていない。おそらく65歳未満の人達が医療の提供を受ける時には、メディケアのほうがはるかに低いコストで済むのだ。米国の民間保険産業は、その保険料から、少なくとも5,000億ドルの収入を得ていると推測される。そして、その管理運営費と利益が医療費を何十億ドルも押し上げているのが事実なのだ。

そして、次の一つの出来事に最も大きな注意を払いたい。それは1975年の最高裁判所の判決¹⁵⁾によると、弁護士、医師を含む他の専門職は州際通商にコミットしているとみなされて、新たに反トラスト法の適用対象となったことである。この判決は医療の専門職に非常に大きな影響を与えた。これによって最高裁判所は医療の商業化を促したわけではないが、間違いなくそれに対して法的な正当化をもたらしたのである。

4.4. 医師の高額な医療過誤保険

米国は訴訟社会とよく言われるが、年間の医療訴訟件数は日本の10倍以上に達していると言われている。医療過誤による賠償金額が極端に高額となることが多いため、多くの医師は高額な保険料を払って医療過誤保険に加入せざるをえない。事実、米国では、1970年代の初め、医療訴訟の急増と賠償金の高騰に

より、保険会社が医療損害保険から撤退したり、大幅な掛け金の増額を実施した。そのため米国では医師の収入の3割が医療損害保険料に当てられ、過誤保険の保険料の高騰は、特に産婦人科、救急外科など、過誤訴訟のリスクが高い科の診療にたずさわる医師を直撃し、それまで、年4万ドルだった保険料が、年20万ドルを越すことになった例も見られた。さらに、より深刻な問題は、医療過誤訴訟の恐怖が、医師たちに防衛医療・保身医療（Defensive Medicine）¹⁷⁾の実施を強制し、やむなく過剰な診療を行わせることだ。

防衛医療・保身医療は医療過誤訴訟だけの問題ではなく、医療過誤訴訟の恐怖による過剰な医療が米国の医療費全体を大きく押し上げている事実を無視することはできない。

5. オバマ医療保険制度改革法案に対する評価と反論

2013年3月23日、オバマ大統領が「患者保護並びに医療費負担適正化法」(the Patient Protection and Affordable Care Act) に署名して、米国で初めて国民皆保険制度の導入が決定した。事実、1910年代以降、長い間国民皆保険を導入する試みが繰り返されては失敗してきた米国において、やっと国民皆医療保険制度の導入を目指す改革法が成立し、実施に移されたというのに、なぜ米国民の間で国を二分する意見の対立が生ずるのだろうか。次にその原因を考察してみたい。

一般の米国民の国民皆保険制度への根強い反対の理由としてよく挙げられるのは、(1) 米国では第二次世界大戦頃から、福利厚生として従業員に医療保険をかける企業が多くあられ、現在でも多くの人々が職場を通じて医療保険に加入している。この職場で医療保険に入ることが一般的な社会的慣行が、国民皆保険制度への反対の気運を生み出している。(2) 国民皆健康保険制度になれば、会社を通じて入っている保険よりも保険の質が落ちるし、さらに失業者などの低所得者分も、働いている人達がより高い保険料を支払って助けてあげる必要性がでてくる。(3) 職場を通して保険に入っている人達にとってみれば、「保険の質が落ちて負担が増える」ということは国民皆保険制度（オバマケア）は医療保険制度の改悪であると判断せざるを得ないのだ。

次にオバマケア導入以前と以後の無保険者数について比較してみることにする。事実、メディケイドが適用されるほど貧困ではないが、個人で民間保険に加入するほど余裕のない低・中所得者を中心に多くの無保険者が存在することが米国の長年の大きな社会問題となっている。無保険者の数は、オバマケア施行前の2013年時点で4,200万人（国民全体の13%）に上った。しかし、オバマ

ケア施行後、無保険者は順調に減少し、2015年には2,900万人と2年間で1,300万人減少した（米国政調査局推計）。それでもオバマケアの支持率がなかなか高まらなかったのは、共和党と民主党との党派的な対立に加えて、医療費や医療保険料の上昇が止まらなかったことに大きな原因がある。米国のある調査によれば、2010年～2015年で物価が10%上昇したのに対し、医療保険料は27%の値上がりとなった。つまりオバマケアは無保険者減少を実現したが、医療・医療保険料上昇にストップをかける効果が小さかったと言える。

こうなった最大の理由は、政府が診療報酬や医薬品の価格を統制しているヨーロッパや日本と違って、米国の医療は医師・医療機関（供給者）が自由に価格を決められるシステムになっているからだ。

そのうえ、検査、治療方法、医療品の選択など、全ての面で供給者が主導権を持ち、医療費の上昇に歯止めがかかりにくくなっている。本来ならば、支払い者側の保険会社が医療機関に対して強い発言力を持つべきだが、診療報酬を受け取る側の権限が大きく、保険会社が口を挟む余地はほとんどない。

ここまでは、オバマ政権の推進しようとしているヘルスケア改革における医療コスト抑制の失敗例ばかり挙げることになってしまったが、なぜオバマケアが医療コスト抑制に成功できないのかを、オバマ医療保険制度改革案が成立した経緯と根本原因にまで遡って検証する必要がある。

一般社会の認識は、オバマ政権は、とにかく医療保険制度改革法を可決成立させることと、無保険者を削減することなどを優先させたため、医療コスト抑制という大きな問題を後回しにしてしまったことだ。

それでは、なぜオバマ大統領はそのような決断をすることになったのだろうか。事実、オバマ大統領は2008年の大統領選の時点では、ヘルスケア改革においては、政府が健康保険を統括する「シングル・ペイヤー方式」を採用する方針を示していた。しかし、現在推進しているのは「シングル・ペイヤー方式」ではなく、「パブリック・オプション方式」である。それでは、なぜこのパブリック・オプション方式が推進されるようになったかと言えば、いきなり民間保険をなくして公的保険一本にすることに対して、大きな反対勢力があるからだ。それは、既存の保険会社に加えて、従来通りの報酬が約束されるかどうか不安を抱く医療専門職、サービスの水準が低下するのではないかと危惧する一般市民も反対に回ったからだ。こうした状況の中、既存の民間保険に公的保険を付け加えるという形で、選択肢を設けたパブリック・オプション方式を採用したのだ。これは反対勢力に大きく妥協するものであるが、是非ともヘルスケア改革を敢行したいオバマ大統領の姿勢が表れたものだ。そして、ひとたびこの

制度が軌道にのれば、低価格で良い医療が受けられ、既往歴があって民間保険の対象にならなかった人達も治療が可能になれば、合理的な選択をして、パブリック・オプションに切り替えるようになり、結局はパブリック・オプションに一本化されるだろうという見通しをもっている。

ここで注目すべきもう一つの重要な事実がある。つまりオバマ医療保険制度改革法案の中に、医療費抑制に非常に効果的といわれてきた、新たな公的医療保険の創設、いわゆる「パブリック・オプション」条項が最終的に盛り込まれなかったのだ。先にも述べた通り、管理運営コストは他の先進国のものよりはるかに高い。もし「パブリック・オプション」が採用されれば、以下のような利点を生むだろう。(1) 民間保険のマーケティング費用や、メディカル・アンダーライティングのコストを必要としない。(2) 公的なプランでは、その株主のために、利益をあげる必要はない。(3) 共通の給付内容、同一の診療基準、そしてその他の単純化された規則は、管理運営コストを削減する。(4) こうした公的医療プランが民間保険プランと競合することによって、民間保険側にもコスト抑制へのインセンティブが働く。

このように管理運営コストの抑制に大きな期待が持てる「パブリック・オプション」条項をなにゆえオバマ大統領は盛り込まなかったのか。言うまでもなく、共和党をはじめ強力な反対勢力の言い分を聞き入れることによって、何とかオバマ医療保険制度改革法の議会通過を図ったことは想像するに難くない。しかし、ここでもオバマ大統領は圧力団体に屈して、医療費抑制の極めて有効な手段を失ったのだ。その結果、オバマ医療改革に残された道は、既存の民間保険中心の医療保険制度を根本的に変革することではなく、既存のメディケアやメディケイド等の公的医療保険システムの機能と民間医療保険の機能を有効にかみ合わせて活用し、医療費削減¹⁸⁾につなげることしか方法がなくなってしまった。

6. トランプ政権によるオバマケアの代替案 ——アメリカ健康保険法——

ドナルド・トランプ氏は2017年1月20日第45代米国大統領に就任した。周知のように、2016年の大統領選において、ドナルド・トランプ氏は医療保険制度改革法（オバマケア）の撤廃・代替を主な公約の一つとして掲げていた。そして、ドナルド・トランプ米国大統領の公約通り上院共和党は7月22日医療保険制度改革法（オバマケア）を破棄し、その代案として、アメリカ健康保険法（American Health Care Act: AHCA）を公表した。各種報道によると、その法

案は142ページに及び、個人の保険加入を義務付ける条項等が含まれる2010年成立のオバマケアの大半を廃止する内容になっているが、この共和党が提出した代替案では、オバマケアの中でも人気のある部分は残されている。しかしメディケイド（低所得者向け医療保険）への連邦政府の補助金は将来制限するとしている。報道されているトランプケアの要点は大体次のようなものである。

- (1) メディケイドを縮小する。
- (2) 医療費の税控除は維持するが、オバマケアよりは減額する。
- (3) 医療保険に加入していない人への罰金は廃止する。
- (4) 保険会社の高齢者向けの保険料金の引き上げを可能にする。

しかし、上記のような内容のトランプ大統領の新法案に対して早くも厳しい反対意見が続出している。特に注目されるのは、予算や経済の専門家からなる超党派の組織である米議会予算局（CBO）が発表した試算によると、共和党が提示している新医療保険改革案を執行すれば、2018年に1,400万人が無保険者になることが予測されることだ。さらにCBOは、2026年までに共和党案が原因で無保険者になる国民は2,400万人に達し、無保険者の数は合計5,200万人に上ると予測している。さらにCBOと共に両院租税合同委員会も、共和党案では低所得者の医療保険「メディケイド」の対象者は2018年までに500万人減りはするが、加入者も2026年までに1,400万人減少すると推計している。実際、民主党議員全員がトランプケアに反対すると予測されるが、加えて共和党の中にもかなりの数の異議を唱える議員がいて、この法案が議会を通過する可能性が低いというのが一般的な見方である。その一例を挙げれば、7月27日付けの毎日新聞の記事によると、米上院で25日、医療保険制度改革（オバマケア）代替法案の審議入りに関する動議が採決された。その際共和党の重鎮マケイン氏が病気から復帰して賛成票を投じ51対50票の僅差で動議は可決された。しかし、「私は今日の採決で賛成したが、現状の法案には賛成しない」と述べ、トランプ政権の進めるオバマケア改廃について、関連の複数委員会で公聴会を開いたうえで、共和、民主両党が協力して修正することを提案した。

上述の流れから明らかなように、高齢者も、低所得者も、既往歴のある人も、全ての米国民が、低価格で加入できる公的医療保険制度の構築を目指したオバマケアの原案が、共和党をはじめとする抵抗勢力に屈し、妥協を重ねて現在の医療保険制度改革法にやっと落ち着いたのに、再度トランプ大統領が支持する共和党の改革法案によって、国民を世界一高額な医療システムから解放したいというオバマ大統領の夢がまた一步後退しそうな雲行きである。

7. 州の境界線を越えて健康保険を購入する権利 ——縁故資本主義と最高裁判所——

7.1. 保険制度の発展が拒まれた原因

なぜ米国では、公的医療保険制度の整備、拡張が進展しなかったのか、つまり国民皆医療保険制度の構築の試みが今迄失敗してきた主要な要因として、通常下記の三つの原因が多くの特権家や学者によって指摘されている。

- (1) 第一は米国の歴史的発展の過程から、その原因を探るものである。米国ではニューディール政策が推進されていた時期に公的医療保険制度が導入されず、第二次世界大戦以降、民間医療保険制度が急速に発展を遂げ、そのまま広く定着した。そのため、その後公的医療制度の導入は一段と困難になってしまった。
- (2) 第二は米国の政治風土や文化の視点からその原因を探るものである。つまり、政府の介入を忌み嫌い、民間の活力を重視する米国の個人主義的で文化的な伝統が公的保険制度の発展を阻んできた。
- (3) 第三は利益団体の反対運動を最大の原因とする考え方である。つまり、政府の介入を嫌うアメリカ医師会や民間保険会社等の圧力団体の反対によって、公的医療保険制度の導入が極めて困難になったとするものだ。

以上の三つの要因は、確かにいずれも重要な要因であることは間違いないが、特に第三の利益団体の影響について最大限の注意を払う必要がある。なぜならば、利益団体 (Interest group)、つまり圧力団体 (Pressure group) は米国のあらゆる分野、領域および地域に深く蔓延って利権を貪っているからだ。従って、この様な米国の悪習と発想法を根底から改革して、これらの利益団体の強力で巧妙な利権獲得の手口を排除することができない限り、医療保険制度改革だけでなく、オバマ大統領念願の銃規制法の成立も不可能であり、これらの圧力団体から国民の利益を取り戻すことはできない。まさにこれらの利益団体こそ縁故資本主義 (Crony Capitalism) の象徴である。

7.2. 医療保険制度と縁故資本主義

ここでは、米国における医療保険制度と縁故資本主義に関して、シンシナティ大学のスチーブン・G・カラブレシ教授の論文 (Calabresi) に学びたい。ただし、この論文は、米国がイギリスの植民地であった時代から今日に至るまでの記述や、憲法、議会、州及びその相互関係さえも詳細に記されており、内容的に広範囲に及んでいる。そこで以下では、米国の医療保険制度と縁故資本主義

に関する注目すべきパラグラフだけを選び出し、その内容を吟味することにした。

- (1) マッカラン・ファーガソン法 (The McCarran-Ferguson Act) は50州にそれぞれ独占権と寡占市場を設定している。そしてそれぞれの州は独自で許可した医療保険供給業者を擁している。健康保険の購入を希望するオハイオ州の市民は The Blue Cross Blue Shield of Ohio のようなオハイオ州の免許を受けた業者から健康保険を購入しなければならない。つまり、彼等はオハイオ州が認可しない限り、他の州の保険会社、たとえば、The Blue Cross Blue Shield of Texas から健康保険を購入できない。その結果、健康保険を購入する市民は各州間の保険業者が自由競争した場合と比べて、値段が高く、しかも質の劣るサービス内容を受け入れざるを得ない。
- (2) 競争と選択の欠如が健康管理 (health care) のための経費の急上昇と健康保険の質の低下をまねいている。もし、州内の食糧雑貨店を州外の競争相手から保護するために連邦議会が50州の食糧雑貨店にライセンスを与える法律を成立させることを仮定すれば、この点が一層明白になる。食糧雑貨類を全て Whole Foods of Ohio から購入し、Whole Foods of Kentucky から購入することが法的にできないとしたら、どういうことになるだろう。食糧の値段は大きく高騰し、サービスの質は明らかに低下するだろう。より少ない競争はより高い価格とより低い品質を意味すると定義できる。食糧雑貨に当てはまることはまた健康保険にも当てはまるのだ。マッカラン・ファーガソン法は米国の医療費 (health care costs) の急騰と差し迫ったメディケアとメディケイドの破綻の背後にある元凶の一つである。この国の健康保険業の各州間での競争が絶対欠かせない。
- (3) The Dormant Commerce Clause の原則が今日の健康保険市場に当てはまらないという理由は、1869年の Paul v. Virginia に関する裁定において、最高裁判所は保険証券の発行は商業取引ではないと断定したからである。最高裁判所は保険証券は商人によって売買または物々交換される商品ではなくて、その州の市民の健康を守るための規制権限に準ずるものとして採用されていると考えていたようだ。Paul v. Virginia に喚起されて各州において、保険業を認可制にして、州外部の保険業者を差別待遇するのが慣例となった。この慣行は最高裁判所の Allgeyer v. Louisiana の判決においてわずかに緩和された。その訴訟事件においてはベックマン裁判官の意見に従って、法廷は全員一致により、The Fifth and the Fourteenth Amendments の the Due Process

Clause が契約の自由を保護し、しかも州はその司法権の範囲内で個人が州外で州外の保険業者と契約を結ぶことを禁じることができないと主張した。Allgeyer という言葉はニューディール革命以降最高裁判所では初めて死語となった。つまり最高裁判所は経済界で、正当なものとして長く存在してきたプロセスに終止符を打ったのだ。

- (4) 今日健康保険業者は、その結果が一つの政策問題として望ましいかどうかや、現在の健康保険業者の利益以外に誰かの利益に資するかどうかの評価に何の関係もない歴史的な理由で、50州によってライセンスが与えられそして規制されている。健康保険業者は特別な利益を求める強力で巧妙な圧力団体である。そして、健康保険産業を競争に晒すことになるマッカラン・ファーストン法の廃止を防ぐためオバマ政権と連邦議会に対して一致団結して働きかけた。しかし、健康保険業界には人々に健康保険の購入を強要するオバマケアの税の罰則規則 (tax mandate) に反対する理由はまったくない。なぜならば、その保険を販売するのは保険業者だからだ。
- (5) たとえ議会が他の状況において独占権を創設することができたとしても、議会はそのコマースパワー (Commerce Power) を利用して国家を50州別々の寡占市場または独占市場に分裂させることはできない。この種の分裂化は恣意的で衝動的なものである。それは本来の国家目的を実現しないし、その一方膨大な医療費の高騰をまねき、そのためにメディケアとメディケイドが破綻するおそれがある。最高裁判所は各州間の競争から保険業者を遠ざけ、国家を破産に追いやろうとしている縁故資本主義に終止符を打つべきである。オバマケアの税の罰則規則を是認してきた最高裁判所は、米国民が健康保険の購入を強制されている今こそ、寡占市場ではなく自由競争市場で購入できることを保障する責務を負っている。
- (6) 健康保険産業はまさにゼネラル・モーターズやフォードと同じ産業である。“Commerce Clause” は議会が売買される自動車の排出物質を規制することを認めているのと同様に “Commerce Clause” はまた議会が健康保険の売買を規制することも認めている。次の問題は州間の商業取引を規制する権限が一部排他的に連邦政府に属しているかどうか、またそのような商取引は常に同時に州によっても規制出来るかどうかという問題である。一連の裁判において、最高裁判所は “Commerce Power” は一部排他的であり、しかも州間の商取引を差別したり、不当に負担を負わせる州の立法を排除することを主張している。これらの “Dormant Commerce Clause” の事例では、もし州間の商取引を差別したり、不当に負担を負わせた場合、議会が行動していない

ところでは、州法が“Dormant Commerce Clause”を犯すことがありうる。

- (7) ごく最近、最高裁判所は連邦政府の領域を侵犯するある州の法律を無効とした。そして、州は議会議員の任期限度を制定すべきでないと判決し、スカリア裁判官がまさに指摘しているように、州の不法行為法は、軍のヘリコプターの脱出ハッチのデザインの選択を予言することには適用できないと判定した。ビル・クリントン大統領政権のスキャンダルの間中、大統領の在職中にある州が米国大統領を告訴することができるかどうかという問題が持ち上がった。当時のベストの解説と著者自身の見解は“No”であり、州は大統領の任期が終わるまでは大統領を起訴することはできない。さもないと、たった一つの州の訴追人が連邦政府の機能を妨げ、麻痺させることができるからだ。大統領は弾劾裁判の結果か、その任期が終わるまでは告訴できない。
- (8) 1937年以前は、連邦議会は最高裁判所も認めていた州内の商取引を全面的に規制することを拒否することはできたが、最高裁判所の“Dormant Commerce Clause”の判決を覆すことはできなかった。合衆国と東南部保険業者協会の裁判で、1944年最高裁判所はシャーマン・アンチトラスト法が保険産業に適用されると判決した。そしてその理由として、保険産業は保険の売買を含む全国的な規模の商取引であることを挙げた。最高裁判所はまた“Commerce Clause”を連邦議会が規制することを認可し、その過程で裁判所は、“Paul v. Virginia”における逆の判決を覆した。
- (9) 合衆国憲法は第一条、第8項、第8号の中で、独占権を創造する議会の権限について言及している：限られた年代間著者と発明者のために、それぞれの著作物及び発明に対して独占的な権利を確保することによって、科学および優れた芸術の進歩を促進する権限を連邦議会に付与する。この条項は憲法が独占権、寡占形態あるいはカルテルを創設する権限を連邦議会に付与することを記している唯一の箇所である。そして“the Framers of the Constitution”が、別の文脈では、独占権、寡占形態あるいはカルテルを連邦議会が創設することを認めなかった十分な証拠が存在する。
- (10) 連邦憲法が採択される以前でさえも、州の権利宣言あるいは権利法案において独占権と特別類別立法を既に禁止している州が幾つかあった。例えば、1776年のバージニア権利宣言は排他的または差別的報酬あるいは地域社会から免除される特権を認めることを禁じていたが、公共サービスについては考慮していた。ジェイムズ・マディソンは創設者として、行政は異なった地域においても中立であるべきであり、あらゆる法の基本は平等であるべきであり、また法はある個人に特別な負担をさせたり、または別の個人に特別な免

除を与えたりすべきでない」と主張した。

(11) マッカラン・ファーガソン法は特権および免責条項に違反する。合衆国最高裁判所は憲法第四条の特権および免責条項は“Paul v Virginia”の訴訟事件における有名な一節の中で反人種差別条項であると最終的に認めた。疑いなく、問題の条項の目的は、それらの州の市民権から生ずる利点に関する限り、各州の市民を他の州の市民と同じ立場に置くことである。それは彼らから他の州において外来者の不利な条件を取り除き；他の州に自由に入る権利と退出する権利を与え；それは他の州で、財産を獲得し享受し幸福を求める際、それらの州の市民が所有するのと同じ自由を彼等に保証している；そして彼等に他州での法の保護を保障している。特権と免責条項は州による州外市民の差別待遇を禁じている。この事は疑いの余地なく明白だ。しかし、最高裁判所は Paul v. Virginia の判例において、社団法人は第四条、第2項の意味の範囲内では市民ではないとは主張しなかった。また保険契約は“Commerce Clause”ではカバーされないと判定した。大部分の健康保険業者は法人であり、しかも Paul v. Virginia の判例では、法人は州外の実在者であるとの理由では差別から保護されないのだが、州外者への差別待遇を禁ずる第四条は健康保険業者に当てはまらないという理由で、マッカラン・ファーガソン法は合憲であると主張できたのだ。

(12) 著者の結論の要旨：連邦議会がその Commerce Clause の権限を州に委譲するならば、これはほとんど間違いなく幾つかの点で排他的な権限だから、戦争を宣言する権限を州に委譲することと同じくらい確実に憲法の本文に背くものである。今日米国は、創設時の13州ではなく、50州を擁しており、そしてその結果、以前より州の境界線の横断がはるかに多くなっているだけでなく、州の法律の対外的な影響が数え切れないほど大きくなっている。たとえ州が州外の保険業者に免許を与えることに対して自由裁量権を持っていたとしても、我々国民がGNPの六分の一を費やす巨大な国民サービス産業を50の州だけに任せて規制を許すわけにはいかない。また健康管理命令（Health Care Manmade）を是認することによって、連邦最高裁判所は我々全員が50州の健康保険カルテル、寡占市場そして独占企業のサービスを買わねばならないと裁定したのだ。著書“A Common Law for the Age of Statues”の中で、裁判官ガイドウ・カラブレシは、一連の法規が私達の歴史上の大変異なった時代に成立し、古い事例の法規と結びつけて考えると、今日の議会が新たに立法すると疑わしいような結果を引き起こす可能性のある時は、過去の裁判を再検討するよう勧めている。最高裁判所は健康保険産業における縁故資本

主義に終止符を打つ時期である。

むすび

本稿1.~5.は、フランクリン・ルーズベルト、ハリー・トルーマン、リチャード・ニクソン、ジミー・カーター、ビル・クリントンと米国歴代大統領が、一世紀以上にわたって皆保険制度実現を目指したが利益団体などの反対運動により失敗し続けた末にようやく成立したオバマ医療保険制度改革法成立の確執を通して、世界の民主主義国家の代表格と目されている米国で、なぜ国民的合意のうえで理想的な医療皆保険制度が容易に成立できないのかを考察した。また6.では、米国社会の複雑な仕組みが医療保険制度改革にいかに根深く影響しているかを例示し、縁故資本主義の悪例を挙げて解説しているカラブレシの論文の主要部分をピックアップして検証することにより米国民主義の矛盾をより明確に炙り出そうと努力した。しかし、ここで最も注目したことは、カラブレシが連邦最高裁判所を縁故資本主義の悪例の一つの中に入れていていることである。その理由として、最高裁判所が民間医療保険会社の既存の健康保険制度を合憲としたことを挙げている。そのために、オバマ大統領が目指した全米国民参加の公的医療保険制度改革法の内容は完全に骨抜きにされてしまったのだ。更に、健康管理命令（Health Care Mandate）を支持することによって、最高裁判所は50州の民間保険会社のカルテル、寡占市場、および独占形態のサービスを全ての市民が購入することを義務づけたのだ。

カラブレシは、消費者が縁故資本主義の犠牲にならないように保護するのが最高裁判所の務めである、と力説している。これは引用文の結論の部分で述べられているように、米国の法令や判例の中には歴史的に異なった時代のものがかなり多く、最高裁判所は議会の新しい立法とマッチした時代の流れに相応しいものに改めていく努力が強く求められているのだ。とくに、強い自治権を有する州と連邦政府との関係が非常に複雑かつ微妙である米国では、全国民の平等と調和を保つために最高裁判所が果たすべき役割は非常に大きい。

しかし、米国ではあらゆる領域・分野において縁故資本主義が蔓延しており、連邦最高裁判所でさえもその聖域ではなくなりつつあるということをカラブレシが示唆しているように思われる。

注

- 1) 1930年代にフランクリンD・ルーズベルトがニューディール政策を掲げ経済復興と公的医療保険制度の実現を試みて以来、トルーマン、ニクソン、クリントン政権などの流れが分かる。山岸敬和、58頁。
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02879_04
- 2) メトロポリタン・ライフ (Metropolitan Life Insurance Co.) は1871年に複数の生命保険会社が合体して設立された米国生命保険業界のトップを争う会社である。
<https://kotobank.jp/word/%E3%83%A1%E3%83%88%E3%83%AD%E3%83%99...>
- 3) プルデンシャル・ファイナンシャル (Prudential Financial, Inc.) は140年以上の歴史を有する生命・医療保険部門において世界で1, 2を争っている金融サービス機関である。
<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%97%E3%83%AB%E3%83%87%E3%83%B3...>
- 4) 1929年に、テキサス州のバイラー大学病院が教員グループを対象に一人一年間六ドルの前払い制の病院サービスを対象とした保険を創設した。これはブルークロスと呼ばれ1930年代に広く普及した。そして、1939年にはカリフォルニア医師会が認める医師サービスを対象とする保険プランが登場し、ブルーシールドと呼ばれた。山岸敬和、52頁、55頁。
- 5) 天野 拓『オバマの医療改革』(2014) 勁草書房 p.12。
- 6) *Ibid.*, pp.15-17.
- 7) *Ibid.*, pp.17-18.
- 8) *Ibid.*, pp.20-24.
- 9) *Ibid.*, pp.24-27.
- 10) *Ibid.*, pp.31-32.
- 11) 河野圭子、239-254頁。
- 12) シングル・ペイヤー・システムとは、すべての国民に基本的な保険給付を保障し、その財源は保険料方式ではなく税方式のもとに連邦政府が徴収するとともに、医療費を決定し医師や病院等医療供給者に診療報酬を支払う権限を、政府に一元的に付与するプランである。天野拓、160頁。
- 13) Josh Blackman, pp.3-16.
- 14) 李啓充、173-183頁。
- 15) ここでいう1975年の最高裁判所の判決とは、Goldfarb 事件のことで、「土地の権原の調査における弁護士のサービスに関する」裁判であった。その判決は脚注17を付すことにより、反トラスト法の審査における専門職の取り扱いに関し

て、以下のように述べている。「事業から区別された専門職に対して制限が機能しているという事実は、当然のことながら、当該制限がシャーマン法に違反しているかどうかを決定するにさいして考慮されている。専門職実務が他の事業活動と互換性があると考え、そして他の分野で考案された反トラスト法概念を専門職にも自動的に適用することは現実的ではないであろう。公共サービスという側面、及び専門職の持つ他の特性より、べつの状況ではシャーマン法違反であると考えるのが正しいとされ得る特定の実務について、異なる取り扱いが必要とされることがあり得る。当裁判所は、今日当裁判所が直面している状況以外のすべての状況に関し、いかなる見解も判示するものではない。この脚注17は、正当化事由に関する論考の中でよく引用される著名なものである。脚注17は、傍論ではあるものの、弁護士という専門職の公共サービスなどの特徴から、反トラスト法の審査における異なる取り扱いを示唆している。以後の裁判に大きな影響を与えている。柳武史、78-80頁。

- 16) 李啓充 (2000)、201-211頁。
- 17) 李啓充 (2004)、165-168頁。
- 18) 李啓充 (2005)、90-107頁。

参 考 文 献

- 天野拓『オバマの医療改革：国民皆保険制度への苦闘』勁草書房、2013年。
- 石川義弘『市場原理とアメリカ医療——日本の医療改革の未来形自由競争・医療格差社会を生き抜くアメリカ式医療経営入門——』医学通信社、2007年。
- 河野圭子『病院の内側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社、2003年。
- 河野圭子『病院の外側から見たアメリカの医療システム——病院・保険・サービスの成り立ちと現況——』新興医学出版社、2006年。
- クリステンセン、クレイトン・M他（的場匡亮訳）『医療イノベーションの本質——破壊的創造の処方箋——』碩学舎、2015年。
- コーン、ジョナサン（鈴木研一訳）『ルポアメリカの医療破綻』東洋経済新報社、2011年。
- サックス、ジェフリー（野中邦子、高橋早苗訳）『世界を救う処方箋——「共感の経済学」が未来を創る——』早川書房2012年。
- 堤未果『沈みゆく大国アメリカ』集英社、2014年。
- 吉野孝、前嶋和弘『オバマ政権と過度期のアメリカ社会——選挙、政党、制度、メディア、対外援助——』東信堂、2012年。
- 山岸啓和『アメリカ医療制度の政治史——20世紀の経験とオバマケア——』（南山大学学術叢書）名古屋大学出版会 2014年。
- 李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』医学書院、1998年。

- 李啓充 『市場原理が医療を亡ぼす——アメリカの失敗——』 医学書院、2004年。
- 李啓充 『アメリカ医療の光と影——医療過誤防止からマネジドケアまで——』 医学書院、2000年。
- 李啓充 『続 アメリカ医療の光と影』 医学書院、2009年。
- 柳武史 「米国反トラスト法における反競争的行為の正当化」、『一橋法学』、第10巻、第2号、97～174頁。
- Blackman, Josh, *Unraveled: Obamacare, Religious Liberty, and Executive Power*, Cambridge University Press, 2016.
- Calabresi, Steven G, “The Right to Buy Health Insurance Across State Lines: Crony Capitalism and the Supreme Court”, *University of Cincinnati Law Review*, Volume 81, 2013.
- Potter, Wendell, *Obamacare: What's in It for Me?: What Everyone Needs to Know About the Affordable Care Act*, Bloomsbury Press, 2013.
- Sidhu, Bill, *Obamacare: Free Prevention and Wellness can Make You Thousands of Dollars: 3 Simple Steps*, The Win-Win Series Book 4, 2013.

参考ウェブサイト (7. 参照用)

- Allgeyer v. Louisiana:
<<https://www.oyez.org/cases/1850-1900/165us578>> (2017/07/16)
- Crony Capitalism is a Feature (Not a Bug) of Obamacare:
<<http://reason.com/archives/2016/08/19/crony-capitalism-obamacare-aca>>
(2017/07/15)
- Commerce Clause:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Commerce_Clause> (2017/08/03)
- Dormant Commerce Clause:
<<http://ejje.weblio.jp/content/Dormant+Commerce+Clause>> (2017/07/16)
- Fourteenth Amendment to the United States Constitution:
<[https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%A2%E3%83%AA%E3%82%...>](https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%A2%E3%83%AA%E3%82%...)
(2017/08/03)
- The Framers of the Constitution:
<[https://www.boundless.com/political-science/textbooks/boundless-political-science-te...>](https://www.boundless.com/political-science/textbooks/boundless-political-science-te...) (2017/07/21)
- McCarran-Ferguson Act of 1945:
<<http://ejje.weblio.jp/content/MaCarran-Ferguson+Act+of+1945>> (2017/07/15)
- Paul v. Virginia: <https://en.wikipedia.org/wiki/Paul_v._Virginia> (2017/07/17)
- Sherman Antitrust Act:

<<https://ja.wikipedia.org/wiki%E3%82%B7%E3%83%A3%E3%83%BC%E3%83%9...>> (2017/07/15)

Six Problems with the ACA that Aren't Going Away:

<<http://healthaffairs.org/blog/2015/06/25/six-problems-with-the-aca-that-aren't-going-away/>> (2017/07/16)

Sen. Rand Paul: Senate has chance to fix ObamaCare after the House didn't

<<http://www.foxnews.com/opinion/2017/05/16/sen-rand-paul-senate-has-chance-to-fix-obamacare-after-house-didn't.html>> (2017/07/17)

Would Repealing the 1945 Antitrust Exemption for Health Insurance Companies Lower Premiums? - DEBATED:

<<http://healthcareform.procon.org/view.answers.php?questionID=001890>> (2017/07/18)