

2013年12月16日 全19頁

経済社会研究班レポート - No.17 -

米国の医療保険制度について

国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み

経済調査部 研究員
石橋 未来

[要約]

- わが国で普及している国民皆保険制度だが、米国では導入に挫折してきた歴史がある。そのため発生した様々な医療の綻びについて、米国の医療保険制度を詳しく見ながら再考したい。また、わが国同様、高騰する米国の医療費について、民間の役割を多分に活用し、抑制を試みた手法とその結果を確認したい。
- 米国の公的医療保険としては、高齢者向けのメディケアと、低所得者向けのメディケイドが知られている。これらは、医療費高騰の影響で制度の破綻が危惧されていたり、一部民間保険会社に運営を任せただけでかえって医療費増加を招いたり、加入条件が厳しく設定されていたりと、問題が多い。
- 一方、米国の医療保険の中心となっている民間医療保険である雇用主提供医療保険は、グローバル競争の激化や景気後退などを背景に、かつてのような全額雇用主負担とする医療保険の提供が困難となっている。
- また米国では、景気が悪化すると無保険者の数が一気に増加する。失業した場合、高額な保険料が全額自己負担となるため、医療保険に加入することが困難となる。その無保険者の増加が問題となっている。
- 2006年、マサチューセッツ州ではすでに全州民に対して保険加入を義務付ける法律が成立している。改革の効果は即座に現れ、無保険者率は全米一の低率である。しかし医療費増加の問題が、完全に解決されたわけではない。
- 現在、マサチューセッツ州の改革を参考に、オバマケアによる国民皆保険制度の導入が試みられているが、医療においても個々の自由と責任を追及してきた米国には、連邦政府が主導する制度の導入が馴染みにくい。
- 米国のケースでは、医療に関しては、患者、医師、保険者の間で「情報の非対称性」問題が生じやすいこともあり、単純に市場に任せると効率的な資源配分は困難であることがわかった。

1. はじめに

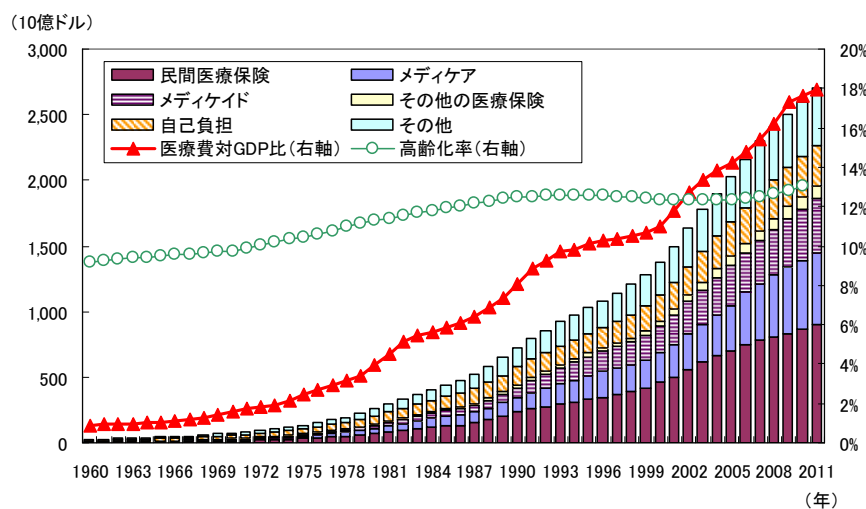
持続可能性が懸念される日本の社会保障制度の中でも、医療は特に今後の給付増が見込まれる大きな問題となっている。わが国は国民皆保険制度を導入しており、現役世代の保険料や税負担を高齢者に給付する、実質的な賦課方式をとっている。そのため、超高齢化を背景とした財源不足に陥りやすい構造となっている。このまま少子高齢化が進めば、負担する側である現役世代の減少と、負担される側である高齢者の増加により、制度の維持が困難となろう。

そこで、わが国が導入している皆保険制度の意義、そして、民間を活用した医療保険制度の試みを再考するため、本稿では、民間の役割を多分に活用している米国の医療保険制度について詳しく見ることにしたい。

2. 高騰を続ける米医療費

米国にはすべての国民を対象とする公的医療保険がなく、民間医療保険の存在感が非常に大きい。国民の約 6 割は雇用先が提供する民間医療保険に加入するなど、雇用主提供医療保険が中心的な役割を果たしている。一般的に提供されている公的医療保険には、65 歳以上の高齢者と 65 歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者を給付対象とするメディケア (Medicare) と、低所得者をカバーするメディケイド (Medicaid) があり、加入者はそれぞれ 4,890 万人 (人口比 15.7%)、5,090 万人 (同 16.4%) (いずれも 2012 年) である。他にも個人で民間の医療保険を購入する個人購入医療保険 (同 9.8%、2012 年) や、軍人向け公的医療保険 (トライケア) (同 4.4%、2012 年) がある。一方、医療保険がない無保険者も人口比で 15.4% (2012 年) 存在している¹。

図表 1 米国の各医療費支出と医療費の対 GDP 比、高齢化率の推移



(注) 民間医療保険には、雇用主提供医療保険や個人購入医療保険などが含まれる。

(出所) Centers for Medicare & Medicaid Services より大和総研作成

¹ The U. S. Census Bureau (2013) "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2012" 各保険加入者数には重複も含まれている。

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、日本の医療費の高騰が急速な超高齢化に主に起因しているのに対し、米国の場合は日本のそれとは異なっている。図表 1 が示す通り、米国の高齢化率は 1960 年以降、緩やかな上昇にとどまっていることから²、高齢化が医療費の高騰に大きく影響しているとは言い難い。にもかかわらず米国の医療費はここ 10 年間の平均で 1,200 億ドル/年（年率約 6%）ずつ上昇しており、2011 年には 2 兆 7,007 億ドルに達し、対 GDP 比でも 17.9% を占めるに至っている（2011 年度の日本の医療費対 GDP 比は 8.2%）。

米国の医療費高騰の原因の大半は、高齢化というよりもむしろ、医療技術の進歩によるものである³。米国の医療水準の高さは世界でもトップクラスと称され、世界各国から集められた頭脳による最先端の研究や、医療機器・医薬品の開発などを通じて医学の進展に貢献している。例えば、近年 iPS 細胞の研究で京都大学の山中教授が受賞したノーベル医学・生理学賞であるが、日本の受賞者数が過去 2 名であるのに対し、米国では世界最多の 97 名の受賞者を輩出し、第 2 位である英国の 30 名を大きく上回っている。また、2015 年の創設が期待される日本版 NIH は、米国の先端医療研究所の国立衛生研究所（National Institutes of Health⁴）をモデルにしているが、年間予算額は 1,000 億円と計画されているのに対し、米国立衛生研究所では日本版の 30 倍以上である年間 313 億ドル（2014 年度）⁵の予算が要求され、様々な病気・障害の原因、診断法・治療法・予防法を研究、確立し、世界の医療を先導している。こうした人材や医療体制が付加価値の高い医療サービスを生み出しており、医療費高騰の要因となっている。

また、米国では医療に対しても市場メカニズムの果たす役割が大きいことから、技術開発へのインセンティブが働きやすくなっている。医療サービス価格の設定も、メーカーの自由な選択に任されている。そのため需要が供給を上回り、市場価値が高いと価格は一気に高騰することもある⁶。

さらに、米国は訴訟社会と言われているが、年間の医療訴訟件数は日本の 10 倍以上と多い⁷。医療過誤による賠償金額が極端に高額となるケースがあるため、医師の多くは高額の保険料を払って医療過誤保険に加入している⁸。同時に、訴訟によるリスク回避を意識して、様々な治療前検査が行われることも、医療費高騰に影響を及ぼしている。

これらの理由から、米国の医療費は医療の進展と共に高騰の一途を辿っており、一人当たり医療費は年間 8,508 ドルと OECD 加盟国の中でも最も高く、日本の年間 3,213 ドルの 2.6 倍にも膨れている（図表 2）。そうした医療費の高騰に伴い、医療保険料も年々高額化している。1999 年を基準とした医療保険料（Health Insurance Premiums）は 2013 年には 182% 増と、名目賃金

² 比較的若い世代が多い移民の流入や、ヒスパニック系や黒人の高い出生率が影響している。

³ 兪炳匡 [2006] 『「改革」のための医療経済学』メディカ出版

⁴ コレラ菌を分離したことから始まり、以後、一般的な風邪から、稀な遺伝病など、様々な病気・障害の原因・診断法・治療法・予防法などを研究し、その知識の普及に貢献してきた。

⁵ National Institutes of Health Office of Budget

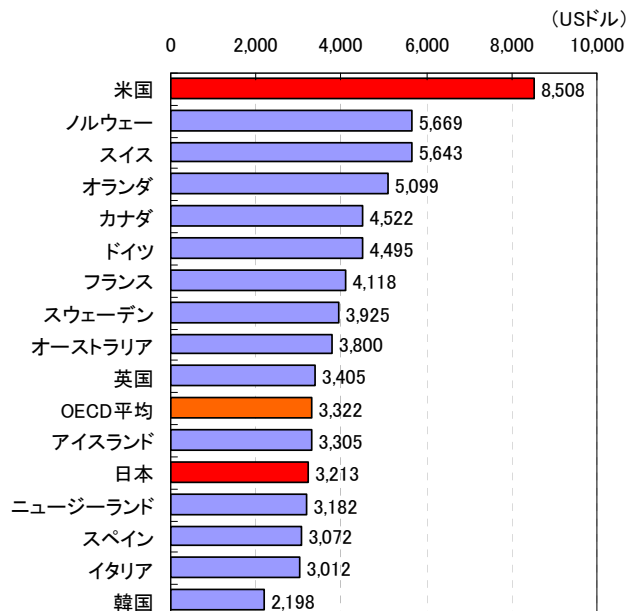
⁶ 製薬会社のオーバーションは 2006 年 1 月、腫瘍の治療薬「コスメジェン」の価格を 16.79 ドルから 593.75 ドル（3,436% の値上げ）に引き上げたほか、クレストコル・ファーマシューティカルズは 2007 年 8 月、乳児の痙攣を抑える薬「アクサー」の価格を 1,650 ドルから 2 万 3,000 ドルに大幅値上げした。USA TODAY (August 2008)

⁷ 2010 年の日本の医療訴訟件数 793 件（最高裁判所資料）に対し、米国は 12,762 件（U.S. Department of Health and Human Services “National Practitioner Data Bank 2011 Annual Report”）であった。

⁸ 真野俊樹 [2012] 『医療が日本の主力商品となる』ディスカヴァー携書

(Workers' Earnings)の50%増やインフレ率(Overall Inflation)の40%増と比較しても急騰している様子が目立ち(図表3)、しだいに医療保険料が支払えなくなる無保険者が増加していった。破産の原因が医療費支払いに起因するケースも増え、米国の医療問題は深刻化している。

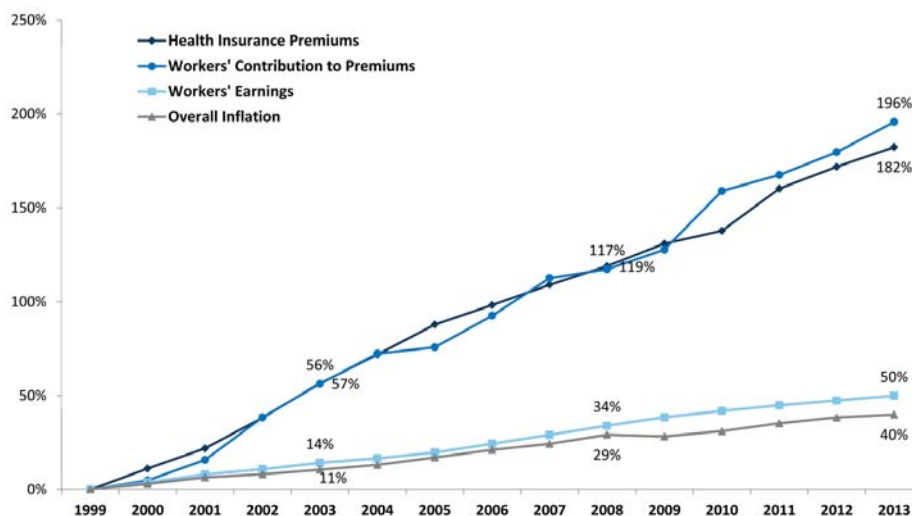
図表2 主要国の一人当たり医療費ランキング (2011年)



(出所) OECD Health Data 2013 より大和総研作成

図表3 医療保険料、賃金、インフレの上昇率 (1999年比)

Cumulative Increases in Health Insurance Premiums, Workers' Contributions to Premiums, Inflation, and Workers' Earnings, 1999-2013



SOURCE: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2013. Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index, U.S. City Average of Annual Inflation (April to April), 1999-2013; Bureau of Labor Statistics, Seasonally Adjusted Data from the Current Employment Statistics Survey, 1999-2013 (April to April).



(出所) The Henry J. Kaiser Family Foundation "2013 Employer Health Benefit Survey" Release Slides (August 20, 2013)

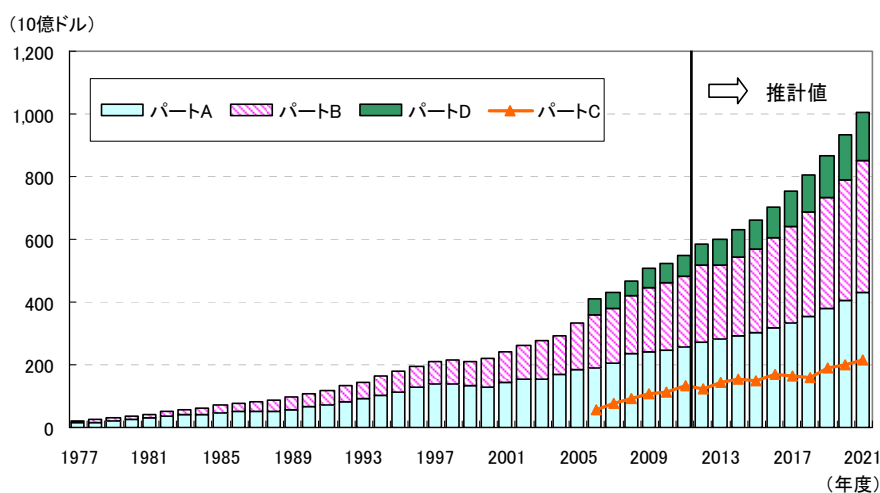
以下では米国の医療保険制度について、公的医療保険であるメディケアとメディケイド、そして米国の55%の人口が加入している民間保険会社を利用した雇用主提供医療保険などを詳しく見ながら整理したい。また、国民の6人に1人の割合で存在する無保険者の問題についても触れたい。

3. 米国の主な医療保険制度

①メディケア

国民皆保険制度を導入しなかった米国では、高齢者の無保険者が問題となっていたことから、1965年に社会保障法修正法によりメディケアが成立した。翌年7月から施行され、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。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、主に外来受診などに適用される任意加入の「パートB」からなる制度であったが、後に「パートC」「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。各パートとも支出が加速しており、今後も増加が予想される（図表4）。

図表4 パート別メディケア支出の推移



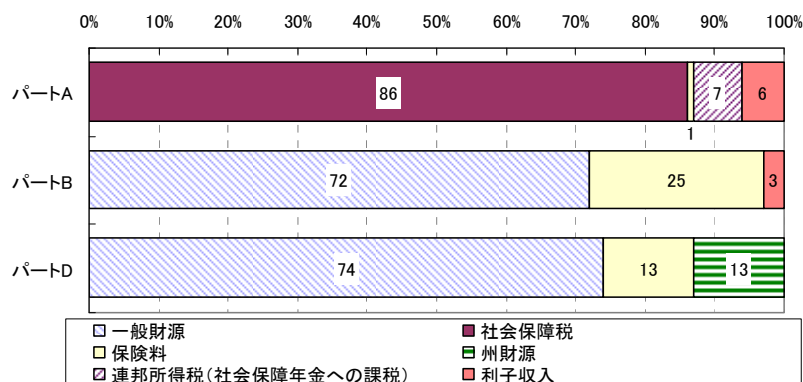
(注) パートCには各パートでカバーしている給付内容が部分的に含まれている。

(出所) The Committee on Ways and Means of the United States House of Representatives “2000 Green Book”, “2012 Green Book” より大和総研作成

i. パートA

主に入院時の病院費用（入院中の食事や処方薬なども含む）を中心に、在宅ケア、高度看護サービス、終末期ケアなどをカバーする「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（自営業者は2.90%）。65歳以上の受給者に対して追加の保険料負担はない。現役世代から徴収された社会保障税が「パートA」の財源の86%を占めている（図表5）。

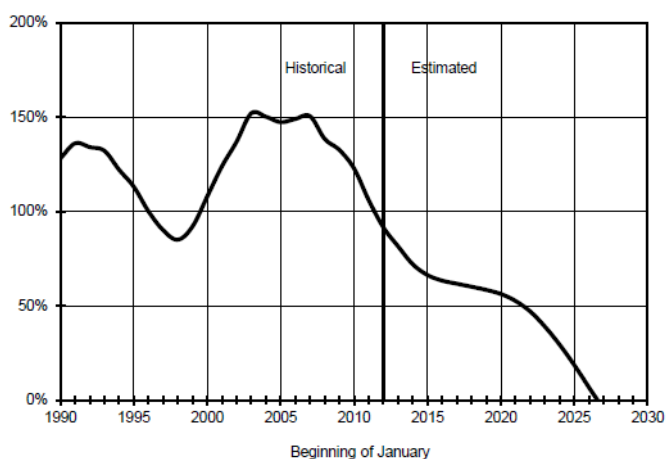
図表 5 財源別メディケア収入の割合 (%) (2012 年)



(出所) The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Medicare Spending and Financing Fact Sheet” (Nov14, 2012) より大和総研作成

集められた社会保障税はHI 信託基金 (Hospital Insurance Trustee Fund)⁹で管理され、積立・給付が行われる賦課方式となっているが、近年その財政状況が危ぶまれている。HI 信託基金は、高騰する医療費を背景に支出超過が続いたことから¹⁰、徐々に積立金/支出の割合が低下し、以前の推計では2017年には破綻すると予測されていた。そこで、2010年3月に制定された医療保険改革法(オバマケア)で、高所得者(単身世帯で20万ドル以上、夫婦世帯で25万ドル以上)に対し、所定額を超えた所得の0.9%が社会保障税として追加徴収されるほか、資産運用益(単身世帯で20万ドル以上、夫婦世帯で25万ドル以上の利益があった場合)に対しても3.8%の社会保障税の賦課を策定¹¹するなどの緊急対策が施された。2017年と推計されていたHI 信託基金の積立金の破綻時期はいったん先に延びたが、焼け石に水の状態は変わらず、現在でも2026年のうちには積立金が枯渇すると予測されている(図表6)。

図表 6 HI 信託基金の積立金/支出の推移



(出所) The Boards Of Trustees, Federal Hospital Insurance And Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds “2013 Annual Report”

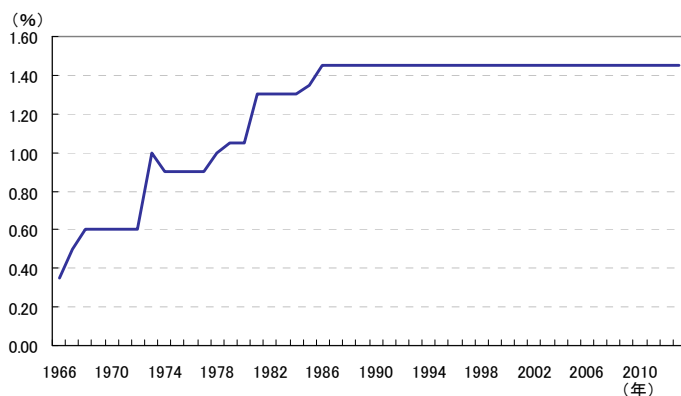
⁹ 連邦政府の一般予算から独立した会計制度である病院保険信託基金。

¹⁰ 2013年のパートAの支払い総額は約2,710億ドルと、メディケアプログラム総支出の46%を占めると推計されている。

¹¹ CNNMoney.com (March 7, 2012) “Medicare tax hikes: What the rich will pay”

図表 7 が示す通り、「パート A」の収入の大半を占める社会保障税は 2.90%（労使折半で 1.45%）の低率に抑制されている。わが国では、健康保険料として協会けんぽの場合は課税対象所得の 10.00%（労使折半で 5.00%）、組合健保の場合は 8.34%（事業主負担 4.56%、被保険者負担 3.79%）が徴収されている¹²が、石田〔2012〕によると、米国では給付に直結しない現役世代に負担増を求めることは難しく、過去においても緩やかな引き上げに止まっている。

図表 7 社会保障税の税率負担割合の推移（労使折半）



（出所）The Social Security Administration, Social Security Online, Trust Fund Data より大和総研作成

ii. パート B

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」¹³は任意加入であるが、米国の診療費の高さを理由¹⁴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¹⁵。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者にはこれに加算額が上乘せされる。

「パート B」の財源は、加入者の支払う保険料（25%）と一般財源+利子収入（75%）で賄われており（図表 5）、SMI 信託基金（Supplementary Medical Insurance Trustee Fund）¹⁶で管理されている。「パート B」の財源は毎年の保険料で調整されるため、SMI 信託基金が破綻する危険はないと考えられている。しかし、その保険料は年々上昇していることから（今後も年 5%の割合で上昇すると予測されている、図表 8）、保険料の支払いが困難となる者も出てくるなど、高齢者の生活の質に大きく影響すると危惧されている¹⁷。

¹² 厚生労働省 「第 19 回 医療経済実態調査（保険者調査）」（平成 25 年 6 月実施）平成 24 年度速報値

¹³ 2013 年のパート B の支払い総額は 2,510 億ドルと、メディケアプログラム総支出の 42%を占めると推計されている。

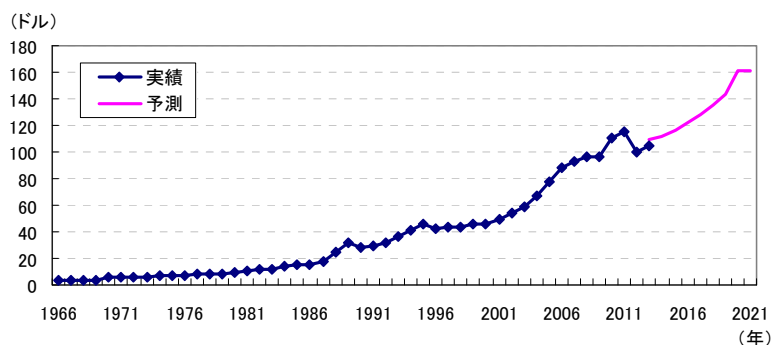
¹⁴ ニューヨーク市マンハッタン区の初診料は 150~300 ドル、専門医の場合は 200~500 ドルとも言われている。外務省「世界の医療事情 アメリカ合衆国（ニューヨーク）」

¹⁵ Patricia A. Davis (June 11, 2013) “Medicare: Part B Premiums”

¹⁶ 任意加入の補足的医療保険信託基金

¹⁷ Patricia A. Davis (November 6, 2012) “Medicare: Part B Premiums”

図表8 「パートB」標準月額保険料の推移



(出所) Patricia A. Davis (November 6, 2012) “Medicare: Part B Premiums”より大和総研作成

iii. パートC (メディケア・アドバンテージ・プラン)¹⁸

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、さら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C」は、民間保険会社の役割を拡大することによって、メディケア支出の抑制を目的として1997年に創設された。「パートA」「パートB」に対するメディケア基金からの支払いが医療サービスごとの出来高払いであるのに対し、「パートC」を提供する民間保険会社に対する支払いは、低額に設定された包括払い（「パートA」「パートB」加入者一人当たり平均費用の約95%などの前払い定額制）とするケースが多く、医療費抑制が期待されていた。

そのため、この民間保険会社が提供する「パートC」のプランはマネージド・ケア・プランと呼ばれ、医師や病院の選択を制限しているケースが多い。プランが提示している医師や病院以外を受診した場合は保険給付が実施されないなど制限がある。一方で、保険免責と自己負担を「パートA」「パートB」よりも低額に設定しているのに、「パートA」「パートB」以上の医療サービス（視力矯正や補聴、歯科や定期的な健康診断などの疾病予防）を提供するなど、民間の知恵を活用したプランが多かった。

しかし実際は、民間保険会社が健康な者のみを選んで保険加入を促す「チェリーピッキング」などを行った結果、「パートC」加入者への医療費の給付が、メディケア基金から民間保険会社に包括払いされた額より少なく済むことになり、民間保険会社への支払いが過剰となっていた。同時に、医療費のかかる者が出来高払いの「パートA」「パートB」に残ったことで、かえって医療費は増加し、保険料も引き上げられることになった。そのため「パートC」の被保険者と従来のメディケア被保険者との間で、給付内容の差などに起因する不公平感が拡大するなどの問題が次第に目立ち始めた。

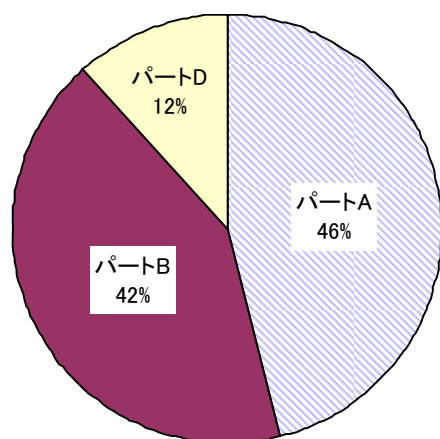
¹⁸ 兪炳匡 [2006] 『「改革」のための医療経済学』メディカ出版 参照。

そこで政府は民間保険会社の「チェリーピッキング」に対する規制を行い、外来受診回数や薬の処方回数の多い加入者を拒めないようにしたところ、急速に民間保険会社の経営が悪化。1998年以降、多くの民間保険会社が「パートC」プランから撤退することになった。メディケアという公的な医療保険制度が、民間保険会社の撤退によって、一時的にでも機能しなくなるなど被保険者の間に混乱を招き、期待した医療費抑制の効果も上がらなかった。

iv. パートD

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を支払う。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年375ドル以上になると保険が適用される。給付費の大半は連邦政府が負担している。「パートD」の2013年の支払い総額は720億ドルと、メディケア支出の12%を占めると推計されている（図表9）。

図表9 メディケア支出の内訳（2013年推計）



(出所) Patricia A. Davis (June 11, 2013) “Medicare: Part B Premiums”

②メディケイド

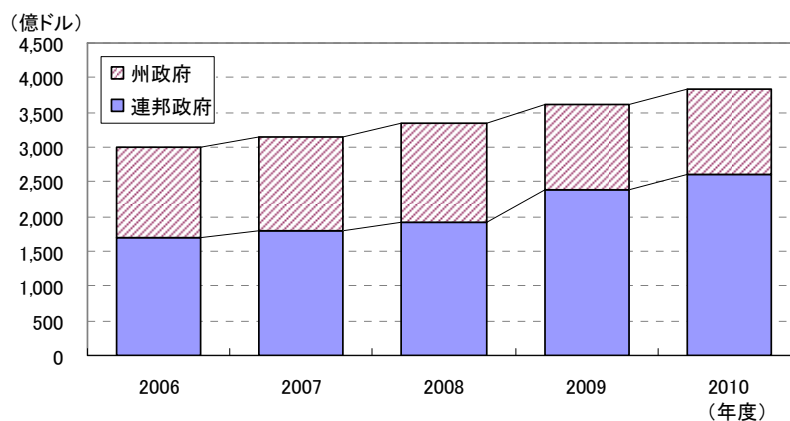
低所得者・貧困者向けの公的医療保険メディケイドは、連邦政府と州政府が共同で医療費の支払いを援助するプログラムであり、メディケアと共に1965年に創設された。

メディケアを管轄するのが連邦政府であるのに対して、メディケイドは州政府が所轄している。そのため、給付対象としている医療サービスの種類・範囲・給付期間なども州ごとに規定、運営されており、医師の受診回数などを制限している州もあれば、禁煙プログラムや通院のための交通費まで給付対象としている州もある。

「州によって受給者となるための『貧乏の度合い』も異なり、最高のミネソタ州では連邦貧困基準の 215%以下の所得まで受給資格があるのに対して、最低のアラバマ州、ルイジアナ州では連邦貧困基準の 11%以下でないと受給資格が得られない。2012 年の年収実額で見たとき、最低の 2 州では、3 人家族で 2,100 ドル、4 人家族で 2,536 ドル以下という、『極貧』状態でない限り受給資格がないのである。」¹⁹ とあるように、受給資格適合者に対する貧困レベルの設定も各州で異なる。現在でもミネソタ州では連邦貧困基準（2013 年の年収で 4 人家族：23,550 ドル²⁰）の 215%、アラバマ州では連邦貧困基準の 10%、ルイジアナ州では 11%以下でないと受給資格が得られない²¹。つまりミネソタ州では 4 人家族で年収 50,633 ドル以下（3 人家族では 41,990 ドル以下）を給付対象としているのに、アラバマ州では 4 人家族で年収 2,355 ドル以下（3 人家族では 1,953 ドル以下）でないと受給資格がないということになる。全 50 州のうち、連邦貧困基準以下の受給資格を設けている州は 34 州にも上り、受給対象となる平均年収は連邦貧困基準の 71%（4 人家族で年収 16,721 ドル）と低い。メディケイドの受給資格は、収入も保有資産もほとんどなく、経済的な自立を喪失した状態でないと得ることができなくなっている²²。

「州ごとに異なる制度が運営されているとはいっても、メディケイド財政が逼迫していることは各州とも共通である。長引く不況の下、税収が低下していることに加えて、失業・収入減で被保険者となる州民も増加、支出も増えているからである。」²³ 加えて医療コストの高騰が続いていることも州財政を圧迫している²⁴。各州はメディケイドの支出を抑制するために、給付制限や加入制限などを行ってきたが、2010 年のメディケイドの支出総額は 3,835 億ドルに膨れた。そのうち 67.8%が連邦政府からの補助金であり、連邦政府の負担割合が増加している（図表 10）。

図表 10 メディケイド支出の連邦政府と州政府の負担の推移



（出所）Medicaid.gov, Medicaid Paid, USA, FY2006-2010 より大和総研作成

¹⁹ 李啓充 「〔連載〕続 アメリカ医療の光と影」（週刊医学界新聞 第 2994 号 2012 年 9 月 17 日）

²⁰ Federal Register, “Annual Update of the HHS Poverty Guidelines” (January 24, 2013)

²¹ The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Adult Income Eligibility Limits at Application as a Percent of the Federal Poverty Level (FPL)” (January 2013)

²² 保有資産に関しては、過去 5 年に遡って贈与についても確認される。(Medicaid.gov “Eligibility”)

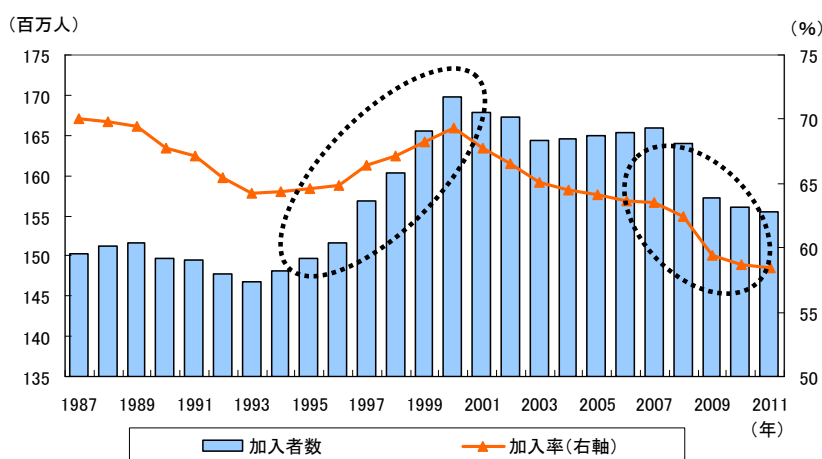
²³ 李啓充 「〔連載〕続 アメリカ医療の光と影」（週刊医学界新聞 第 2918 号 2011 年 2 月 28 日）

²⁴ 例えばテキサス州では州の予算の 30%となる 562 億 2,260 万ドルをメディケイド支出が占めている。Legislative Budget Board (January 2013) “Summary of Legislative Budget Estimates House Version 2014–15 Biennium”

③雇用主提供医療保険

米国の医療保険の中心となっている雇用主提供医療保険は、民間保険会社が提供する医療保険である。雇用主は、民間の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。医療給付は、雇用主に対する法的義務ではなかったにもかかわらず、優秀な労働力を確保・維持し、生産性を向上させることを目的として²⁵、米企業では伝統的に提供されてきた。被用者側も同等の現金給付や他の給付よりも、税制上の優遇措置などを主な理由に、医療給付を望んできた背景がある。保険料の負担は、日本の場合、原則労使折半であるが、米国では1980年代前半くらいまで、全額雇用主負担とした企業が多かった。それでも1990年代後半の景気拡大期には、雇用主提供医療保険の加入者数も加入率も上昇していった。しかし、ITバブル崩壊以降は、高騰する医療費やグローバル競争の激化のために、企業の負担感が増したことから、加入者などに歯止めがかかった。さらに、サブプライムローン問題に端を発するリーマン・ショック（2008年）という深刻な景気後退を背景に、雇用主側は一段と厳しい対応を迫られるようになった（図表11）。

図表11 雇用主提供医療保険の加入者数と加入率の推移



(注) グラフの対象は65歳未満の非高齢者

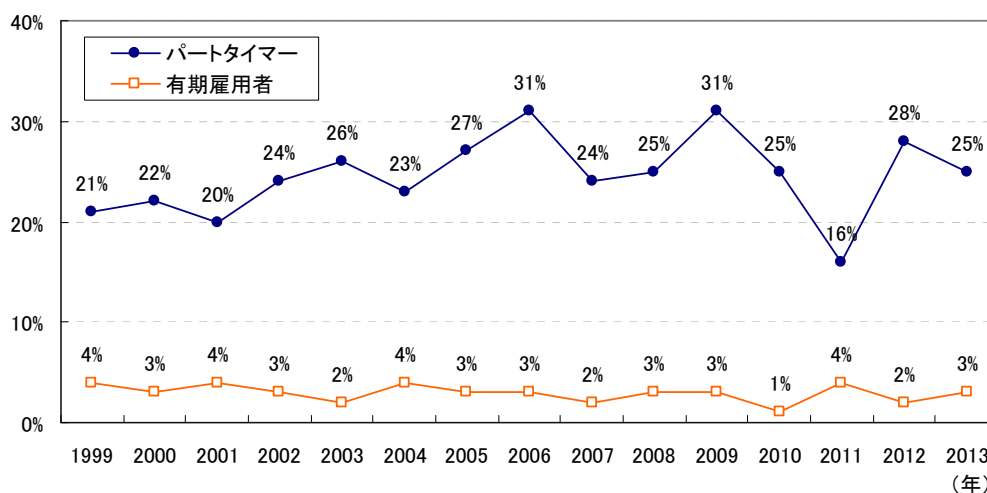
(出所) Employee Benefit Research Institute, "Issue Brief" No.376 (September 2012), No.264 (December 2003) より
大和総研作成

医療保障に対するコスト抑制圧力が強まり、医療保険負担の削減を余儀なくされた雇用主は、保険料に占める企業拠出割合の引き下げについて労使交渉を行うなど、対応に迫られた。長谷川〔2010〕によると、米大手自動車ゼネラルモーターズは従業員向け医療保険負担の膨大さに対し、「過去10年にわたって競争力の改善を行ってきたのに、医療給付負担の影響がわれわれを苛立たせている」と2004年の年次報告で主張するなど、医療給付コストの負担への不快感をあらわにしていたという。そこで雇用主は、被用者へのコスト転嫁に加え、パートタイマー・有期雇用者の増加による保険料拠出の削減などでコスト圧縮に努めた。このこともまた、無保険者増加の一因となっている。

²⁵ 長谷川千春〔2010〕『アメリカの医療保障 ―グローバル化と医療保障のゆくえ―』昭和堂

図表 12 では、パートタイマーや有期雇用者向けに医療保険を提供している企業の割合を示しているが、提供している企業は必ずしも多いとは言えない状況である。また、医療保険を提供している場合でも、パートタイマーや有期雇用者に購入できる保険料負担でないケースも多く、医療保険購入率で見れば割合はさらに低くなるだろう。

図表 12 パートタイマーや有期雇用者向けに医療保険を提供している企業の割合



(注) 従業員 200-999 人規模の企業では、パートタイマー向け医療保険の提供割合に若干の改善が見られている。

(出所) The Henry J. Kaiser Family Foundation “Employer Health Benefits 2013 ANNUAL SURVEY” より大和総研作成

④無保険者の問題

米国の医療保険は、雇用主提供医療保険を中心としているため、景気が悪化すると無保険者の数が一気に増加する仕組みとなっている。失業した場合、収入を失うだけでなく、高額な保険料が全額自己負担となるため、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である²⁶。一方で、低所得者向けメディケイドの受給資格となる所得対象の上限も、かなり低く設定されていることから、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 4,795 万人と、全人口の 15.4%を占めている²⁷。なかには、メディケイドの受給資格を得るために資産をすべて使い果たした上、一定以上の収入を得ると受給資格を失うからと、敢えて無職の状態に留まる者もいるという。特に若年層の無保険者が多く、全無保険者のうち 19~34 歳の割合が 54.4%を占めている。

図表 13 では、失業した場合の医療保険についての選択肢を日米で比較している。日本では雇用主が提供している医療保険を 2 年間任意継続することができ、期間が終了すると自治体の国民健康保険に加入することになる。一方、米国では、1 年半の雇用主提供医療保険の継続期間終

²⁶ 米国では失業した場合、企業に対して一定期間（退職後 18 か月まで）、既医療保険契約の継続提供が義務付けられている。また、最大 15 ヶ月までは保険料の 65%を政府が補助している。

²⁷ The U. S. Census Bureau (2013) “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2012”

了後、65歳未満であれば民間医療保険を購入するか、メディケイドに加入するか、の選択肢となる。前者の場合は高額な費用を負担しなくてはならず、後者の場合は収入の上限が厳しく設定されているため、いずれにしても失業者にとっては厳しい状況となる。

図表 13 失業した場合の医療保険の選択肢、日米比較

	米国	日本
任意継続被保険者になる	○ 期間:退職後18か月まで 保険料:保険料の65%を政府が補助 (最大15ヶ月間)	○ 期間:24ヶ月まで 保険料:退職時の本人の標準報酬月額か、前年の9月30日現在にその健康保険に在籍している全被保険者の平均標準報酬月額の、いずれか低い方の額に保険料率を掛けたもの
	各健康保険プログラムの月額平均 単身プラン:172ドル 家族プラン:477ドル	協会けんぽ(東京都)の場合 月額:最大で27,916円(平成25年4月)
家族の被扶養者になる	○	○
その他の方法	①65歳以上であればメディケアに加入する ②65歳未満であればメディケイドに加入する (↑ただし受給資格を満たす必要がある) ③民間医療保険を購入する	自治体の国民健康保険に加入する

(出所) U. S. Department of Labor ウェブサイト、The Henry J. Kaiser Family Foundation “Employer Health Benefits 2013 ANNUAL SURVEY”、全国健康保険協会(協会けんぽ)ウェブサイトより大和総研作成

4. 州レベルで開始された皆保険制度導入の試み

米国では増加する無保険者の問題が深刻化している。無保険者は、必要な時に必要な医療サービスを受けられず、予防可能な疾患であっても重症化するまで放置する傾向がある。その症状が悪化した無保険者向け診療・治療費は医療費上昇の一因となっている。

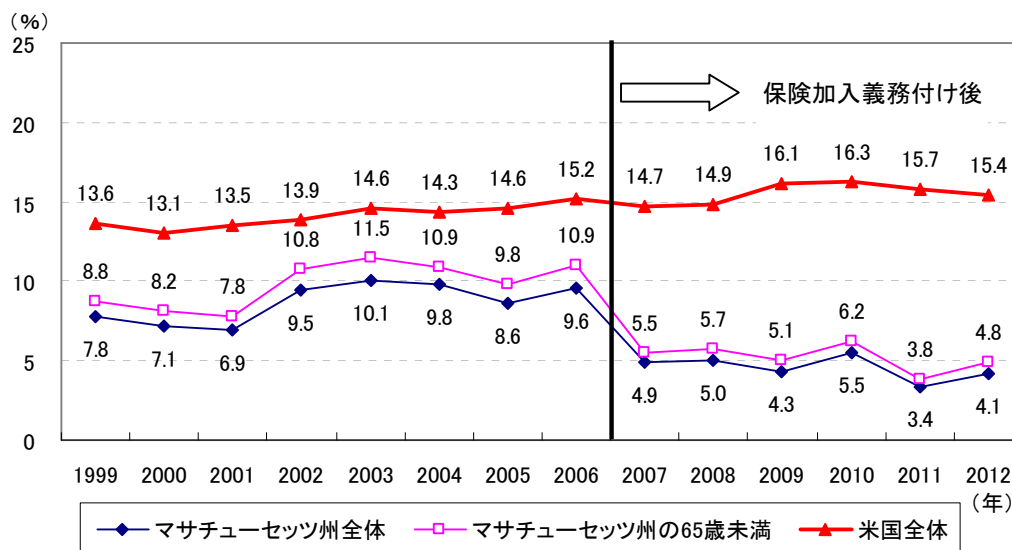
そのため、マサチューセッツ州では2006年に、全州民に対する保険加入を法律で義務付けた。州政府は全州民に対して保険への加入、もしくは税金によるペナルティを求めたほか、雇用主にも保険を提供するか、それができなければ少額の税金を支払うことを求めた。また、低所得の州民は、メディケイドに加入、もしくは民間保険の保険料の全額あるいは部分的な補助金を受けられる、とした。この事実上の皆保険を目指した全米初の試みに対し、米主要紙は歴史的だと報じるなど、注目された。

結果、マサチューセッツ州における無保険者率は、9.6% (2006年) から5.0% (2008年) へと半減し、改革の効果は著しく現れた。2012年時点でも無保険者率は4.1%と、全米一の低率を維持している(図表14)。一方、増加基調にあった医療費全体の推移は、この改革を通じて特に変化が見られなかった(図表15)。

とはいえ、その医療費の内容については改革の成果が見られたと、2012年4月の報告書に記載されている²⁸。医療保険加入を義務付けたことで医療費全体は上昇したものの、病院の救急救命室を利用する人数や無料の健康センターで一般的なケアを利用する人数(Health Safety Net User: 以下、HSN ユーザー)が減ったという。

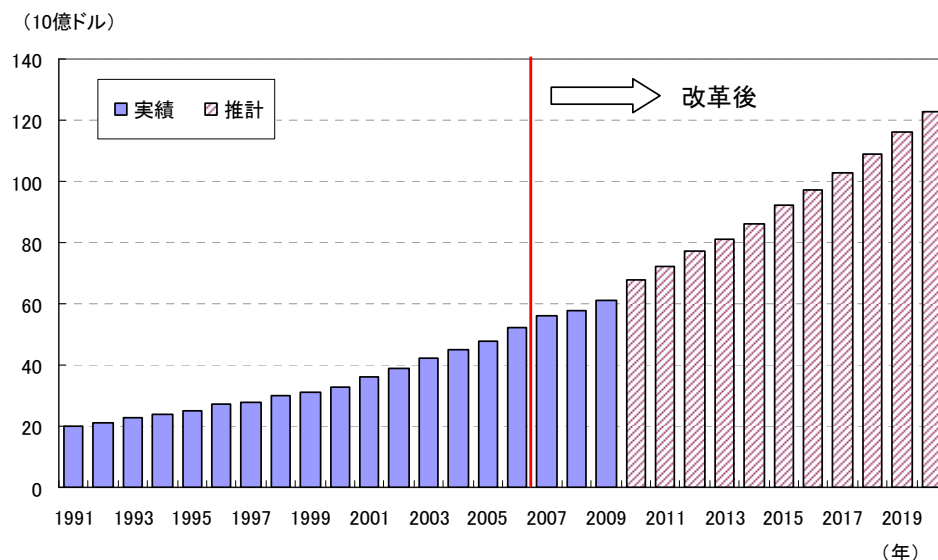
²⁸ Massachusetts Taxpayers Foundation (2012) “Massachusetts Health Reform Spending, 2006–2011: An Update on the Budget Buster Myth”

図表 14 マサチューセッツ州の無保険者の割合の推移



（出所） The U. S. Census Bureau, Health Insurance より大和総研作成

図表 15 マサチューセッツ州の医療費の推移



（出所） The Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Foundation (March 2013) "Health Care Costs and Spending in Massachusetts: A Review of the Evidence" より大和総研作成

それまで、よほど重症化しないと医療機関に行かなかった無保険者たちは、症状がかなり深刻化してから緊急救命室に駆け込むケースが多かった。米国では1986年に救急医療に関する法律が成立したことから、医療保険加入の有無に関わらず、緊急救命室では受診患者を法律上拒否することはできない。そのため多くの支払い不能の無保険者が HSN を利用するという問題があった。その治療にかかった費用は、一時的に医療機関の負担となるが、最終的には医療保険料の引き上げとなり、被保険者や企業に転嫁されていた。

マサチューセッツ州の場合、このHSNユーザーに遣われる基金の歳出が6億5,600万ドル(2006年)に上っていた。それが改革により、2006年から2008年にかけてHSNユーザーが50%減少したことで関連する歳出が3分の1減額し、4億1,600万ドルに抑制されたのである。

このマサチューセッツ州の医療保険制度改革を契機として、バーモント州やメイン州でも同じような州政府による皆保険導入の動きが見られた。特にバーモント州ではシングルペイヤー方式という保険制度が提案され、注目された。

シングルペイヤー方式とは、全州民を被保険者とする公的保険制度を創設することで、州政府が医療をコントロールする皆保険制度のことである。米国では保険者ごとに保険適用の範囲や請求方法が異なるため、保険請求手続きに纏わる事務が煩雑化している。そのための事務コストも多分に医療費に跳ね返っているといわれている。医療保険制度を一本化することで、そういった費用も削減が可能になるという²⁹。

5. 行き詰る医療保険改革（オバマケア）

マサチューセッツ州の改革を評価していたオバマ氏は、高騰する医療費や無保険者の問題を是正するため、国民皆保険制度の導入を大統領選の公約としていた。そして2009年から始まったオバマ政権では、2010年3月、①公的医療制度であるメディケイドの拡充、②企業の従業員向け医療保険提供の義務付け、③個人の民間医療保険への加入を義務化、などを盛り込んだ医療保険改革法（オバマケア）を制定した。連邦政府による医療保険法導入は、メディケアとメディケイドが導入された1965年以来のことである。

オバマケアと呼ばれるこの医療保険改革によって、10年間で無保険者を3,200万人減らし、65歳以下の保険加入率を83%から94%に引き上げるという、実質的には米国初の皆保険制度導入を目指した。同時に、高騰する医療費を抑制するため、ジェネリック医薬品の普及や医療ITシステムの導入による検査、治療の重複の回避なども課題としている。

米国における国民皆保険制度導入の試みはこれまで何度も挫折してきた。今回も罰金を科してまで個人に保険加入を義務付けることに対しては、個人の自由を侵害する違憲行為だとして26州が提訴するなど、問題は大きく発展。連邦高裁などで違憲判決も相次いだ。2012年6月、連邦最高裁では医療保険改革法の根幹部分を支持する判断を下し、事実上の合憲判断に至った。

しかし、米国民の公的保険制度への拒否感は強く、共和党の根強い反対などを中心に、雇用主による従業員への医療保険の提供義務化を1年延期するなど対策に遅れが生じている。また、今年10月から始まったオンライン上で保険を購入する手続きサイト「エクステンジ」でも技術的なトラブルが続いていることから、改革への支持率も低下している。政府は、相次ぐシステムトラブルを背景に、基準に満たない保険契約でも1年間の継続を容認する修正案を発表するほか、中小企業向けオンライン保険市場の稼働も1年先送りするなど、改革は難航している。

²⁹ Vermont Health Care for All (<http://vermontforsinglepayer.org/home>)

6. まとめ

米国では、個々の自由が重んじられると同時に、結果についても自己責任が強く求められてきた。医療についても連邦政府が主導することなく、個人の選択に任されてきた伝統がある。各々の自助能力の差によって、享受する保障が異なることも当然と受け入れられてきたため、米国民は大きな政府による個人生活への介入を好まない傾向がある。

また、事実上の皆保険制度を導入することで増加する財政負担に対する警戒感も強い。改革に要する費用は、11年間（2012年から2022年の合計）で1.168兆ドルに達すると推計されている³⁰。この改革コストは税や保険料として、多くの米企業や米国民に転嫁される。このコスト負担が経済成長を阻むとの慎重な見方もある。

そのような米国において、州レベルで、皆保険制度導入の流れが自律的に萌芽した点は興味深い。結果的には、医療サービスへのアクセスが身近になった³¹ことなどを理由に、皆保険制度が導入されたマサチューセッツ州の州民には、同州の改革は好意的に受け止められている³²。今後、この流れが全米に広がるのか、または各々の自由と責任を追及してきた歴史が繰り返されるのか、注目していきたい。

一方、民間の役割拡大による医療費抑制については、米国の場合、目指していたような効果は上がらなかった。景気の悪化に伴う民間医療保険サービスの撤退や、かえって公的医療保険であるメディケア財政を逼迫させてしまうようなケースが確認された。医療の分野は話が専門的になりやすいこともあり、患者、医師、保険者の間で「情報の非対称性」問題が生じやすい。その場合、単純に市場に任せると効率的な資源配分は困難となる。この点に関しては、米国と対照的な政府主導の制度を取りながらも、1980年代にすでに医療の市場化を経験した、英国の医療保険制度の歴史を見ながら、次回以降、改めて検討したい。

³⁰ The Congressional Budget Office (July 2012) “Estimates for the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act Updated for the Recent Supreme Court Decision”

³¹ 2011年のマサチューセッツ州の病院利用率が入院では13%、外来では60%、それぞれ米国全体の利用率より多かったとしている。(Health Policy Commission (October 1, 2013) “Health care spending in Massachusetts Progress and opportunities”)

³² マサチューセッツ州では医療保険制度改革後、一貫して多くの州民から改革法に対する支持を得ており、その成果が肯定的に評価されている。2010年秋の時点でも66%の支持を得ている。The Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Foundation (March 20, 2013) “UPDATED: Health Reform in Massachusetts: Assessing the Results”

参考文献

- ・ 長谷川千春〔2010年〕『アメリカの医療保障 ―グローバル化と医療保障のゆくえ―』 昭和堂
- ・ 河口洋行〔2012年〕『医療の経済学〔第2版〕』 日本評論社
- ・ 兪炳匡〔2006年〕『「改革」のための医療経済学』 メディカ出版
- ・ 真野俊樹〔2012年〕『医療が日本の主力商品となる』 ディスカヴァー携書
- ・ 石田道彦〔2012〕「アメリカの医療保障における財源確保 ―メディケア、メディケイドの展開―」『海外社会保障研究』179号（2012年6月刊行）国立社会保障・人口問題研究所
- ・ 中川秀空〔2011〕「アメリカの高齢者医療制度の現状と課題」『レファレンス』平成23年2月号 国立国会図書館
- ・ 長谷川千春〔2010〕「アメリカの医療保障システム ―雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革―」『海外社会保障研究』171号（2010年6月刊行）国立社会保障・人口問題研究所
- ・ 遠藤久夫〔2008〕「わが国の医療提供システムと準市場 ―ネットワーク原理に基づく医療提供システム―」『季刊社会保障研究』第44巻 第1号（2008年6月刊行）国立社会保障・人口問題研究所
- ・ 李啓充 「〔連載〕 続 アメリカ医療の光と影」（週刊医学界新聞）
<http://www.igaku-shoin.co.jp/paperTop.do>

【経済社会研究班レポート】

- ・ No. 1 神田慶司・鈴木準「「実質実効為替レートなら円安」の意味—コスト削減の企業努力は円高・内需低迷・デフレを生んだ」2010年11月10日
- ・ No. 2 鈴木準・原田泰「財政を維持するには社会保障の抑制が必要—社会保障の抑制幅が増税幅を決める」2010年12月29日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2011年6月）—大震災を乗り越え、実感ある成長をめざす日本経済」2011年6月16日
- ・ No. 3 溝端幹雄・神田慶司・鈴木準「電力供給不足問題と日本経済—悲観シナリオでは年率平均14兆円超のGDP損失」2011年7月13日
- ・ No. 4 神田慶司・溝端幹雄・鈴木準「再生可能エネルギー法と電力料金への影響—電力料金の上昇は再生可能エネルギーの導入量と買取価格次第」2011年9月2日
- ・ 溝端幹雄・神田慶司・真鍋裕子・小黒由貴子・鈴木準「電力不足解消のカギは家計部門にある—価格メカニズムとスマートグリッドの活用で需要をコントロール」2011年11月2日
- ・ No. 5 鈴木準「欧州財政危機からの教訓—静かな財政危機に覆われた日本は何を学ぶべきか」2011年12月2日
- ・ No. 6 神田慶司・鈴木準「ドル基軸通貨体制の中で円高を解消していくには—ドル基軸通貨体制は変わらない。長い目で見た円高対策が必要」2011年12月13日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年1月）—シンクロする世界経済の中で円高・電力・増税問題を乗り切る日本経済」2012年1月23日
- ・ No. 7 溝端幹雄・鈴木準「高齢社会で増える電力コスト—効率的な電力需給システムの構築が急務」2012年4月9日
- ・ 鈴木準「医療保険制度の持続可能性を高めるために—コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう」2012年4月13日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年7月）—グローバル化・高齢化の中で岐路に立つ日本経済」2012年7月27日
- ・ No. 8 神田慶司「失業リスクが偏在する脆弱な雇用構造—雇用構造がもたらす必需的品目の需要増加と不要不急品目の需要減少」2012年8月10日
- ・ No. 9 溝端幹雄「超高齢社会で変容していく消費—キーワードは「在宅・余暇」「メンテナンス」「安心・安全」」2012年8月10日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2013年2月）—成長力の底上げに向けて実行力が問われる日本経済」2013年2月4日

- ・ No. 10 神田慶司「転換点を迎えた金融政策と円安が物価に与える影響—円安だけでインフレ目標を達成することは困難」2012年2月5日
- ・ No. 11 溝端幹雄「エネルギー政策と成長戦略—生産性を高める環境整備でエネルギー利用の効率化と多様化を」2013年2月6日
- ・ 鈴木準・近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「超高齢日本の30年展望—持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本—未来への責任」2013年5月14日
- ・ No. 12 溝端幹雄「成長戦略と骨太の方針をどう評価するか—新陳代謝と痛みを緩和する「質の高い市場制度」へ」2013年7月25日
- ・ No. 13 小林俊介「量的緩和・円安でデフレから脱却できるのか?—拡張ドーンブッシュモデルに基づいた構造VAR分析」2013年8月15日
- ・ No. 14 石橋未来「超高齢社会医療の効率化を考える—IT化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ」2013年8月15日
- ・ No. 15-1 小林俊介「QE3縮小後の金利・為替・世界経済（前編）—シミュレーションに基づく定量的分析」2013年9月9日
- ・ No. 15-2 小林俊介「QE3縮小後の金利・為替・世界経済（後編）—グローバルマネーフローを中心とした定性的検証」2013年9月9日
- ・ 神田慶司「来春の消費税増税後の焦点—逆進性の問題にどう対処すべきか」2013年9月20日
- ・ 神田慶司「これで社会保障制度改革は十分か—「木を見て森を見ず」とならないよう財政健全化と整合的な改革を」2013年10月11日
- ・ No. 16 小林俊介「「日本は投資過小、中国は投資過剰」の落とし穴—事業活動の国際化に伴う空洞化が進む中「いざなぎ越え」は困難か」2013年10月16日
- ・ No. 17 石橋未来「米国の医療保険制度について—国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み」2013年12月16日