



研究レポート

No.351 November 2009

米国の医療保険制度改革の動向

上級研究員 江藤 宗彦

富士通総研(FRI) 経済研究所

米国の医療保険制度改革の動向

上級研究員 江藤宗彦

eto.munehiko@jp.fujitsu.com

<要旨>

医療保険制度改革は、先の大統領予備選挙から現在に至るまで、「金融経済危機」、「イラク戦争／テロとの戦い」に次いで、米国の主要な政策課題である。

米国は、医療費の高騰、医療格差の拡大、非効率な医療システム等の問題を抱えており、共和党・民主党共に、それらの問題解決のために医療制度改革が必要であるという点で一致する。しかしながら、両党の改革の手法は大きく異なる。

オバマ政権は、クリントン政権と異なり、基本原則を示すにとどめ、実質的な法案作成・支持獲得を議会に委ねて、議会と国民とのコンセンサス形成を重視する戦術を取っている。

当初より、共和党は政府関与の拡大や連邦財政支出の増大へ一貫して反対しているが、議会での審議が法案の詳細に及ぶにつれ、**Public Option** の新設、国民皆保険の早期実現、連邦財政支出の増大、個人の医療保険への加入義務化は、民主党内でも意見が割れ出した。法案の本会議への上程までにはなお修正と一本化作業が必要であり、法案成立までの道のりは長く険しく、法案成立に向けて、今後修正・妥協が重ねられていくと思料される。

おそらく、何らかの形で法案は成立する公算が高いが、法案が包括的な医療保険改革になる可能性は低いと思料される。成立した法案の成否を占う上で、5つのCの視点（Coverage、Cost Control、Cost Sharing、Coordinated Care、Choice）が重要と考える。

※ 本稿は2009年10月12日までの情報や資料を基に作成したものである。

キーワード：

米国、医療保険制度、保険加入率、医療費の管理、医療財源の分担、連携医療、医療保険の選択

<目次>

1. はじめに.....	3
2. 米国の医療が抱える問題.....	4
2.1. 米国の医療給付の現状.....	4
2.2. 高騰する医療費	6
2.3. 医療格差の拡大	13
2.4. 医療システムの非効率性.....	14
3. これまでの医療制度改革と現状.....	15
3.1. クリントン政権からブッシュ政権の医療制度改革.....	15
3.2. 大統領選挙での各候補者の医療政策	16
3.3. オバマ政権発足後の動き	18
4. 改革の成否を占う 5つの視点.....	23
5. おわりに	26
参考資料	27

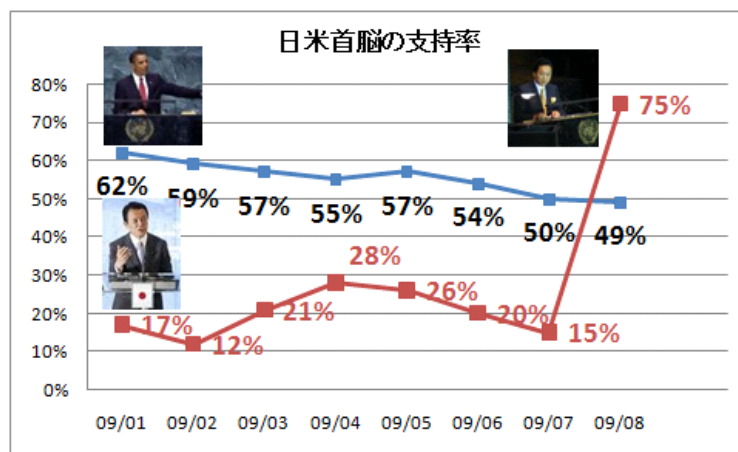
1. はじめに

米国民は、先の大統領予備選挙から現在に至るまで、医療保険制度改革を、「金融経済危機」、「イラク戦争及びテロとの戦い」に次いで、主要政策課題として捉えてきている。米国民の多くは、医療の現状に不満を持っており、医療保険制度改革を倫理上の問題としてだけではなく、長期的な経済成長力及び財政持続性を大きく左右する問題としても捉えている。

オバマ政権は、厚生長官指名人事で手間取ると共に¹、インフルエンザ対策で医療保険制度改革の始動が遅れたものの、クリントン政権と同じ過ちを繰り返さないよう、議会を尊重しながら、同改革について国民と連邦議会のコンセンサス形成を重視し、慎重に進めてきている。

しかしながら、昨今、法案の詳細に議論がおよぶにつれ、議会の雰囲気や世論は、総論賛成から各論反対にシフトしている。連邦議会では、政府の市場介入と肥大化を嫌う共和党を中心に根強い反対がある一方、民主党の中にも多額の連邦政府財政負担が生じうる改革には反対する声がある。また、全米各地で賛成派・反対派の市民集会が開催されており、国民の中でも議論が分かれている。なお、医療保険制度改革への反対の声が大きくなり広がるにつれ、経済運営に対する評価も反映してか、オバマ大統領の支持率は就任月の62%から09年8月には49%まで低下してきている(図表 1参照)。夏季休暇を終えた後、上下両院での審議が再開され、年内の法案成立に向けて侃々諤々の議論が重ねられている。

図表 1 日米首脳支持率の推移



(出典) Rasmussen Report、日経世論調査

上記のような状況を踏まえ、本稿では、医療制度改革の背景にある構造的問題を明

¹ オバマ大統領の相談役であり、民主党内の実力者であったダッシュェル元上院院内総務は、脱税の嫌疑が報道され、厚生長官指名を辞退した。その後、2009年4月28日にセベリウス長官就任。

らかにすると共に、今回の医療保険制度改革法案の主要論点の整理を行った。また、法案成立のために修正や妥協が重ねられていくことが予想されるが、改革の本質を見失わないための視点を整理した。

具体的には、第二章の「米国の医療が抱える問題」では、米国の医療保険の概況を示すと共に、3つの観点から米国の医療の問題を分析した。第一の問題は高騰を続ける医療費である。医療費は、過去数十年にわたり継続的かつ高率で増大し、家計・企業・政府の負担も各々増大してきている。現状の枠組みが維持され医療費増大が今後も持続すれば、家計・企業・政府はその負担に耐えられず、持続不可能になるとの見通しを示されている。

第二の問題は、医療格差の拡大である。世界随一の医療サービスを受用する国民がいる一方で、医療保険料の増大により無保険者が増加しており、医療格差が拡大している。また、今回の金融危機で失業者が増加しており、無保険者はさらに増加する恐れがある。

第三の問題は、医療システムの効率性の低さである。米国は、先進諸国の中でも突出して多くの資源を医療に投入にしているにも関わらず、平均余命や乳児死亡率等のマクロ統計からは医療の成果は低い水準に位置し、医療システムが効率的であるとは言えない。

第三章の「これまでの医療改革と現状」では、大統領選挙から現在に至るまでの民主・共和両党の医療制度改革に対するスタンスを整理する。オバマ政権及び民主党は、国民皆保険の実現のため、公的医療保険の拡充と民間医療保険の規制強化を提唱している。一方、共和党は、市場原理に基づいて、個人が民間医療保険へ加入するインセンティブを向上させることを目的に、還付金制度創設や規制緩和を提言している。特に大きな相違点は、**Public Option**（非高齢者を対象にした公的医療保険）の導入、連邦政府財政負担の可否の二点である。

第四章の「改革の効果を占う 5つの視点」では、法案成立に向けて今後も協議・修正が積み重ねられていくと思料されるが、5つの視点(**Coverage**、**Cost Control**、**Cost Sharing**、**Coordinated Care** 及び **Choice**)から今回の医療保険改革を評価することが重要であることを示す。特に、米国の多くの有権者は、医療保険改革法案を通じて、**Coverage**（保険加入率）の増大と医療保険料の低減を同時に期待しているものの、財政負担の増大には消極的である。この連立方程式を解くには、**Cost Control**（医療費の管理策）と **Cost Sharing**（財源分担策）が重要になってくると考える。

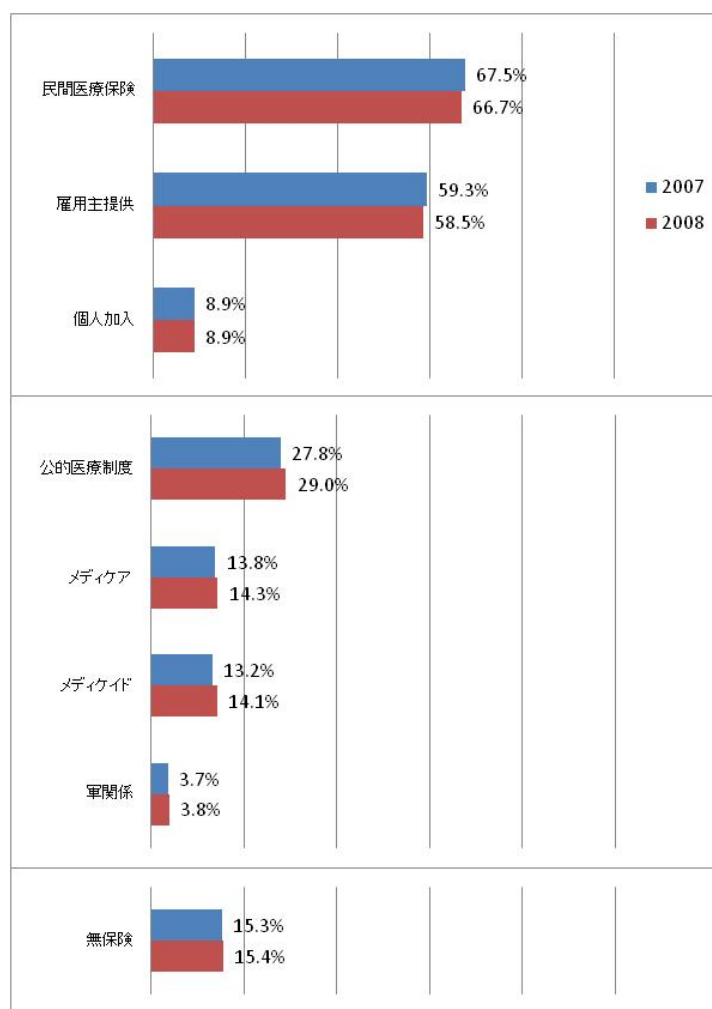
2. 米国の医療が抱える問題

2.1. 米国の医療給付の現状

米国では、非高齢者の多くは民間医療保険に加入しており（図表 2によれば、7割弱

の国民が民間医療保険に加入²⁾、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しない³⁾。公的医療制度は、「①高齢者（65歳以上）、障害者及び末期腎不全患者を対象とするメディケア⁴⁾」、「②低所得者を対象とするメディケイド」、「③連邦公務員と扶養家族を対象とする連邦公務員医療給付プログラム」、「④州公務員と扶養家族を対象とする州医療給付プログラム」、「⑤軍人と扶養家族を対象とするTRICARE」及び「⑥アメリカ先住民を対象とする先住民医療サービス」がある。これらのうち、医療保険は①と③と④である⁵⁾。図表 2によれば、高齢者や低所得者を中心に、公的医療制度（メディケア、メディケイド、軍関係）の利用者は国民の29%である。

図表 2 米国の医療給付状況



(出典) US Census Bureau(2009)

²⁾ 一年間に複数の異なる保険に加入する人がいるため合計が100%を超える。

³⁾ 医療保険制度改革法案で大きな争点である Public Option は、「非高齢者向け公的保険の創設」を指す。

⁴⁾ メディケアは、強制保険であるパート A、任意保険であるパート B、民間医療保険プランからメディケア対象者が任意選択できるパート C、外来処方薬に対する給付を対象とする任意保険のパート D の4つによって構成される。

⁵⁾ (出典) 中浜隆(2006)

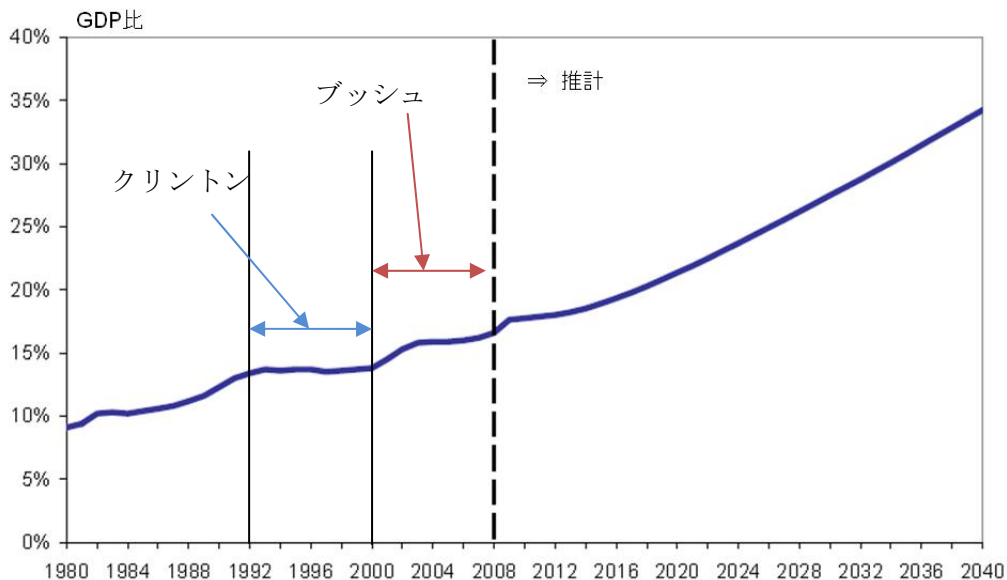
民間医療保険は、雇用主提供医療保険と個人加入医療保険とに大別され、民間医療保険の多くは雇用主提供医療保険であり、従業員とその扶養家族は雇用主提供医療保険に加入している。雇用主が医療保険を提供していない従業員、65歳未満の早期退職者、自営業者等は、個人加入医療保険に加入している。なお、メディケアの給付が十分でないことから、高齢者でも雇用主提供の退職者医療保険等の民間医療保険に加入している場合がある。

2007年と2008年との比較（図表2参照）によれば、民間保険（雇用主提供医療保険及び個人加入医療保険）の加入割合は減少し、公的医療制度（メディケア、メディケイド及び軍の医療保険）の加入割合と無保険者率が上昇した。特に、雇用主提供医療保険は0.8%減少する一方で、メディケイドが0.9%上昇しており、景気悪化による失業者増大による民間保険から公的医療制度へのシフトが起こっていることが推察される。

2.2. 高騰する医療費

米国の医療費は、過去40年間一貫して経済成長を上回るペースで増大してきており、1960年に5.2%であった医療費のGDP比は、2004年には16%まで上昇した⁶。その後も医療費の上昇は続き、09年にはGDP比18%に達する見込みである（図表3参照）。

図表3 米国の国民医療支出のGDP比



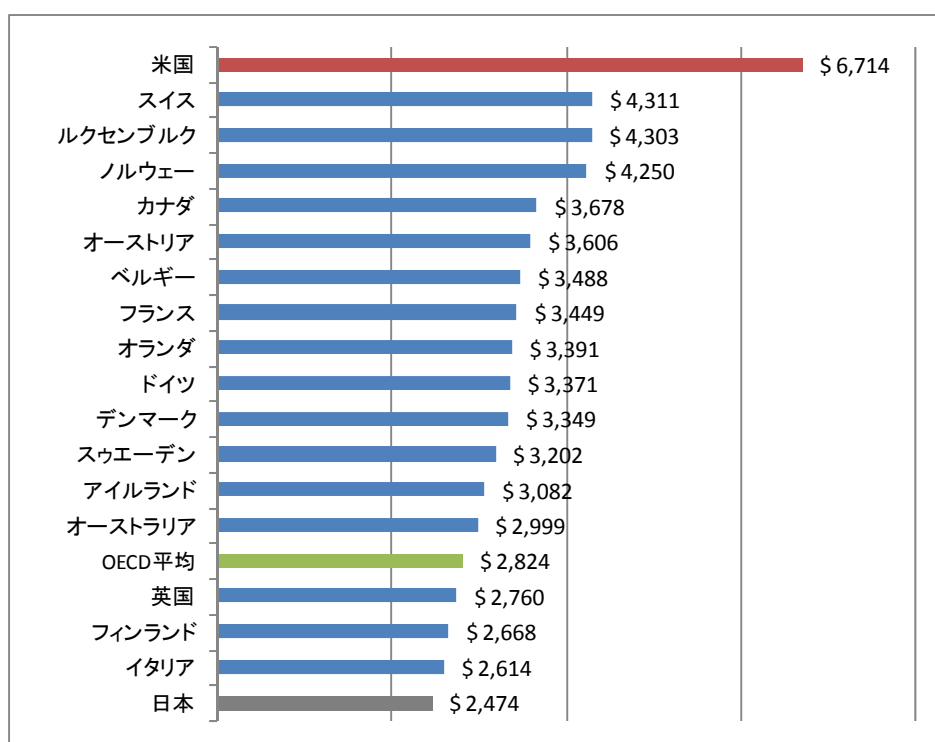
（出典）米国大統領経済諮問委員会

⁶ （出典）Hartman 他(2006)

また、興味深いことに、民主党クリントン政権（1993年1月20日～2001年1月20日）時には医療費のGDP比の伸びが抑えられたものの、共和党ブッシュ政権（2001年1月20日～2009年1月20日）の間は安定的な経済成長が続く中、医療費のGDP比は上昇している。

米国大統領経済諮問委員会（図表4参照）によれば、大きな改革がなければ、医療費のGDP比は2030年に28%に、2040年に34%まで上昇すると見込まれる。米国の一人当たり年間医療費は、2006年に6,714ドルが消費され、OECD平均の2.3倍、二位であるスイスの1.5倍に達しており、世界で最も高額である。

図表4 一人当たり医療費 先進諸国の比較（2006年、米ドル）



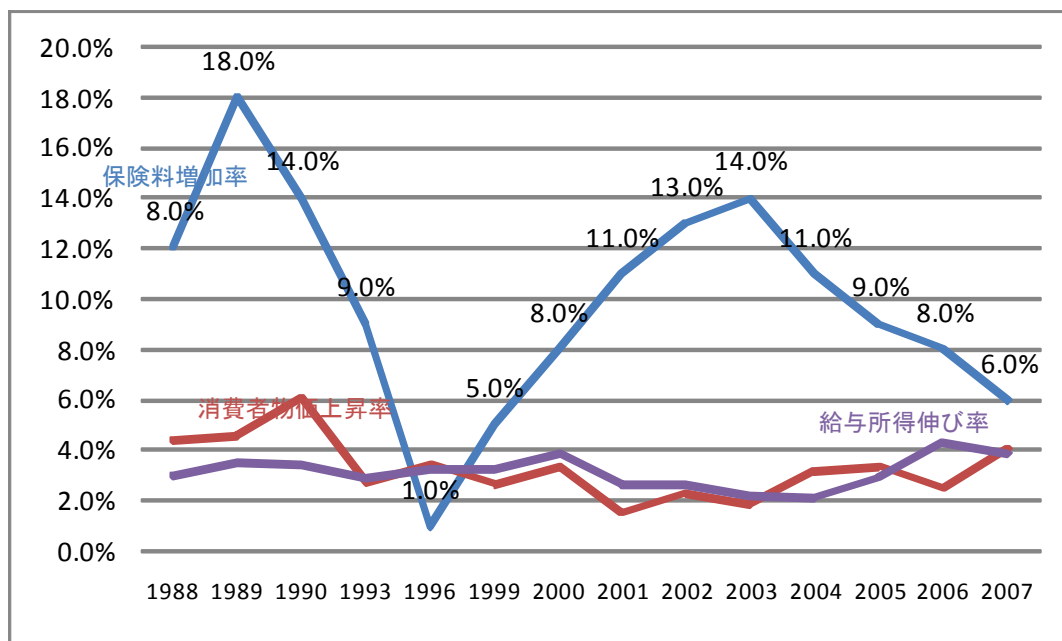
(出典) OECD Health Data 2008

これまでの研究⁷によれば、過去数十年にわたる医療費の高騰の主因は医療技術の進歩と考えられており、将来の医療費の上昇を抑制するには、新しい技術やサービスを選別して採用していくことが重要と思料される。現在、民間医療保険及び公的医療制度において、新しい技術やサービスの保険収載を判断する際に、必ずしもコストの視点が重視されておらず、新しくて高価な治療法の治療効果が既存治療と同等であったとしても、新しい治療が選択されることがある⁸。

⁷ (出典) Culter(1995)、Newhouse(1992)

⁸ (出典) Congressional Budget Office(2008)

図表 5 米国の保険料増加率・消費者物価上昇率・給与所得伸び率の推移



(出典) 保険料増加率 “Call To Action Health Reform 2009” Max Baucus

消費者物価上昇率： Bureau of Labor Statistics

給与所得伸び率： 全産業の一週間あたり平均賃金、Bureau of Labor Statistics

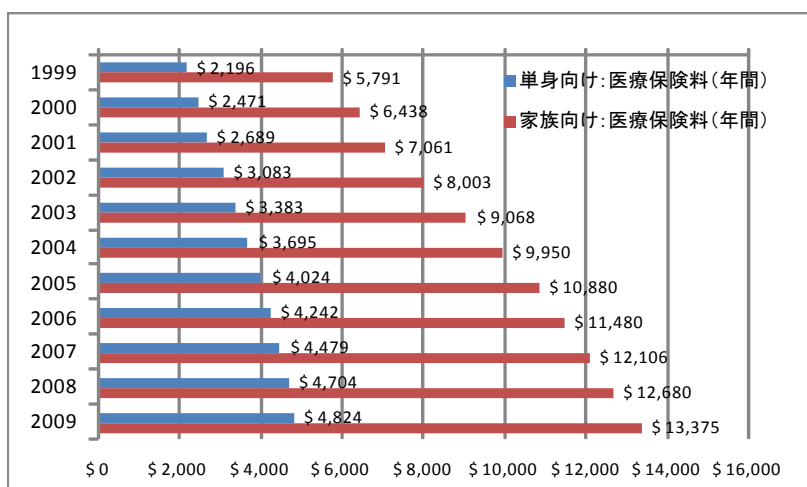
増大する医療費は、家計部門・企業部門・政府部門によって負担されており、各部門の負担は年々増大してきている。図表 5は、医療保険の保険料増加率、消費者物価上昇率及び給与所得伸び率を時系列でプロットした図である。過去数十年ほとんどの時期において、保険料増加率は、賃金上昇率、消費者物価上昇率を大幅に上回るペースで上昇している。

図表 6は、雇用主提供医療保険（企業が民間保険会社から保険プランを購入し、それらを従業員に提示し、従業員が加入する保険、日本の職域保険に相当）の単身向け医療保険と家族向け医療保険の年間保険料の時系列推移を示している。保険料は一貫して増大しており、2009年には単身向けが4,824ドル、家族向けが13,375ドルまで増大する見込みである⁹。

上記医療保険料の増大は、雇用主と従業員双方の医療費負担を増大させている。図表 7によれば、2001年に5,225ドルであった雇用主負担は2008年に9,526ドルまで増大し、7年間で77%上昇した。一方、従業員負担は同一期間で1,836ドルから3,424ドルに増大し、同期間に86%上昇した。

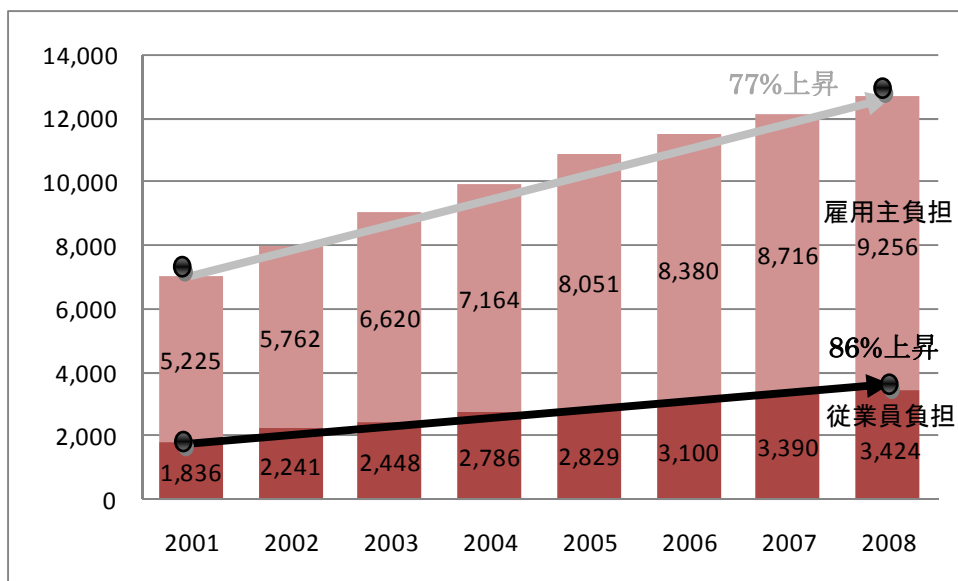
⁹ 厚生労働省の「平成18年度国民医療費の概況」によれば、我が国の財源別国民医療費の内保険料は162,245億円、総人口127,770千人であり、一人当たり医療保険料は126,982円と推定される。

図表 6 医療保険料の推移 (米ドル)



(出典) Kaiser Family Foundation & Health Research Educational Trust

図表 7 医療保険料の雇用主負担と従業員負担 (米ドル)

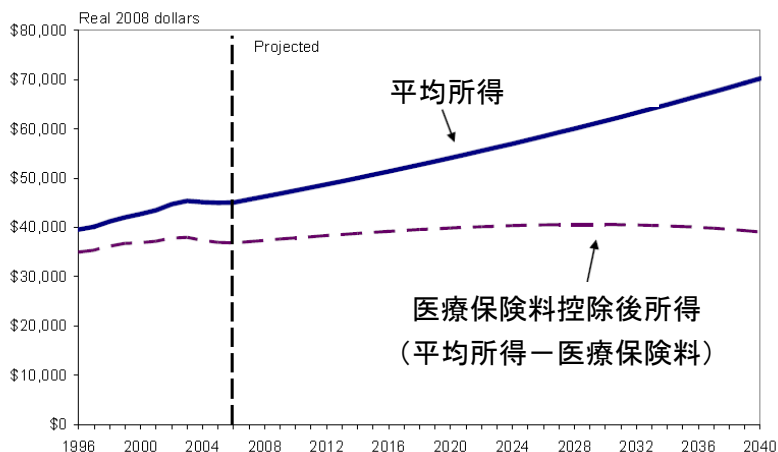


(出典) Kaiser Family Foundation & Health Research Educational Trust データより筆者作成
従業員の平均的な負担割合は田中・後藤(2009)より引用

図表 8は、米国の家計部門の平均所得と医療保険料控除後所得（平均所得－医療保険料）の推移を示した図である。平均所得は経済成長に伴い増大していくが、それ以上のペースで医療保険料が増大し、実質的な所得（医療保険料控除後所得）は2020年代後半から減少局面に入る見込みである。なお、雇用主である企業は、医療保険料増大の費用を、すべて製品やサービスに転嫁することは困難であり、医療給付範囲の縮

小や賃金の減少によりその財源を捻出せざるをえなくなると思料する。

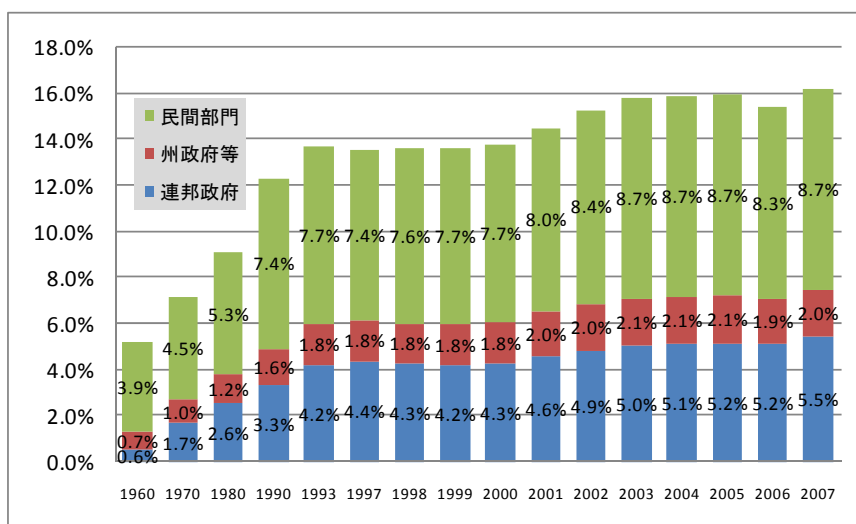
図表 8 平均所得と医療保険料控除後所得



(出典) 米国大統領経済諮問委員会

医療費の増大は、政府部門（連邦政府及び州政府等）にも大きな影響を与える。図表 9は財源別医療費を示しているが、国民医療費の増大に伴い、民間部門と同様に、政府部門の負担も増大している。2007年には、医療費全体の46%（医療費2.2兆ドルに対する1兆ドル）が、メディケア、メディケイド及び州児童医療保険プログラム（SCHIP）¹⁰を通して、政府部門が負担している¹¹。

図表 9 財源別医療費（GDP比）



(出典) Centers for Medicare & Medicare Services

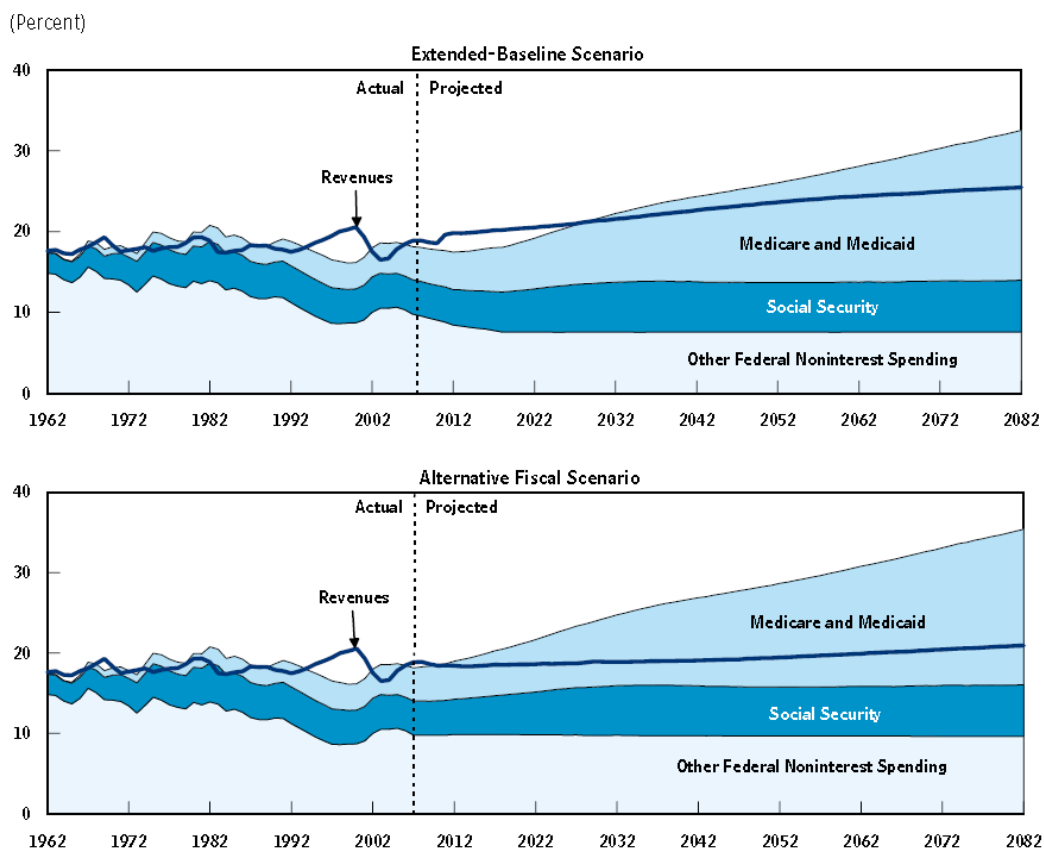
¹⁰ State Children Health Insurance Program

¹¹ 民間部門は、患者自己負担、民間医療保険及びその他で構成される。連邦政府は、メディケア、メディケイドの一部及びSCHIPの一部等で構成。州政府等は、メディケイドの一部及びSCHIPの一部等で構成。

現状制度の維持を前提とした場合、メディケア・メディケイド・州児童医療保険プログラム等は増大していき、連邦財政を大きく圧迫する恐れがある。また、メディケイド運営者¹²である州政府は単年度で財政均衡を求められており、連邦政府よりも州政府レベルで早く医療費の増大の影響は出てくると思料される。

大統領選挙において医療保険制度改革が主要な政策課題として位置づけられる中、連邦議会予算局は、二つの長期的な医療費予測と財政見通しを発表した（図表 10及び図表 11参照）¹³。基本シナリオ（Extended-Baseline-Scenario）¹⁴では、2007年時点でGDP比4%を占めるメディケア・メディケイドは、2050年には12%（現在の連邦財政支出の4分の3を占める金額）になり、更に2082年には19%まで上昇する見込みである。その結果、財政収支は2050年に▲4.6%に落ち込み、2082年には▲18.1%まで悪化する見込みである。

図表 10 米国連邦政府の長期財政見通し



（出典）連邦議会予算局

¹² 州政府は、連邦政府が定めるガイドラインに従って、受給資格要件、給付内容、診療報酬等を定め、メディケアを運営している。連邦政府の役割は、ガイドラインの提示と補助金の提供。

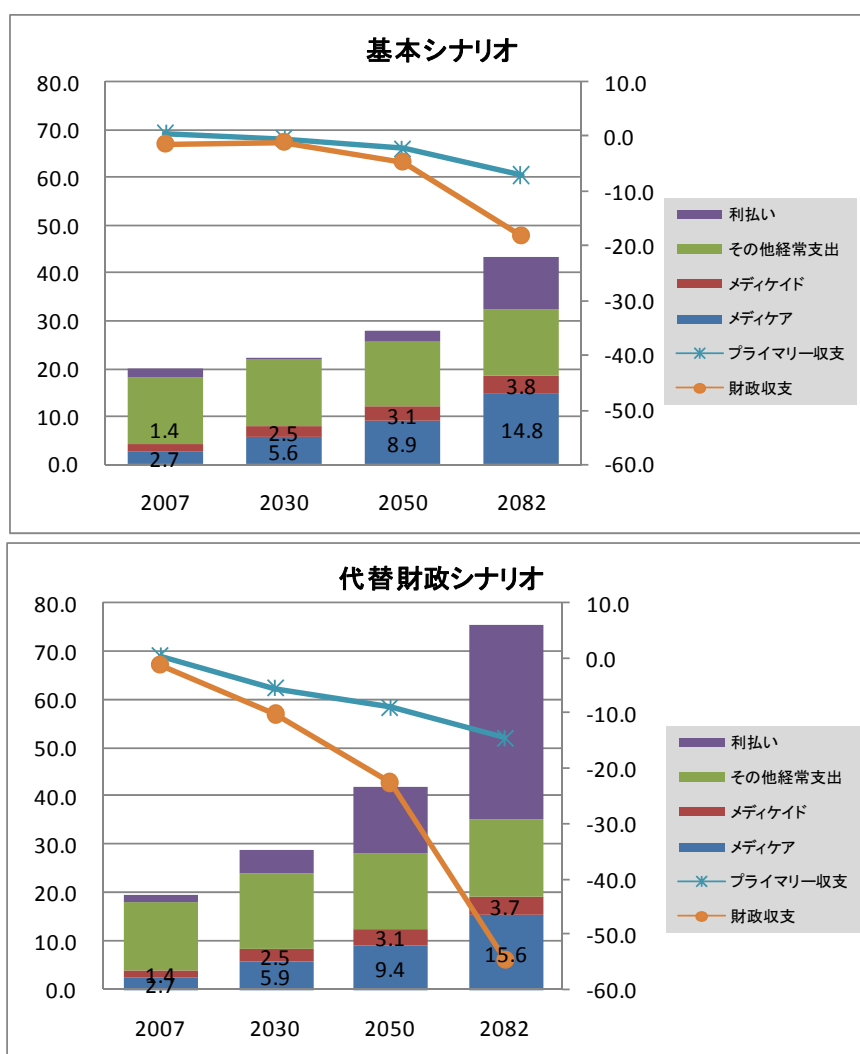
¹³ （出典）Congressional Budget Office、2008

¹⁴ 現状の法令・制度が維持された場合の推計。

また、代替財政シナリオ (Alternative Fiscal Scenario) ¹⁵は、メディケアのコストコントロールに失敗し、メディケア・メディケイドは 2050 年にはGDP比で 12.5%、2082 年には 19.3%まで上昇する。加えて、歳入も相対的に落ち込むことから、財政赤字の拡大が続き、債務残高増加による利払い負担が膨大・発散していき (図表 11参照)、連邦政府財政が破綻することになる。

連邦議会予算局の 2 つの見通しから導き出される含意は、メディケア・メディケイドの費用によって、将来の連邦政府財政と州政府財政 (メディケイドを通じて) が大きく左右されるということである。

図表 11 米国連邦政府の長期財政支出と財政収支見通し



(出典) 連邦議会予算局(2008)より作成

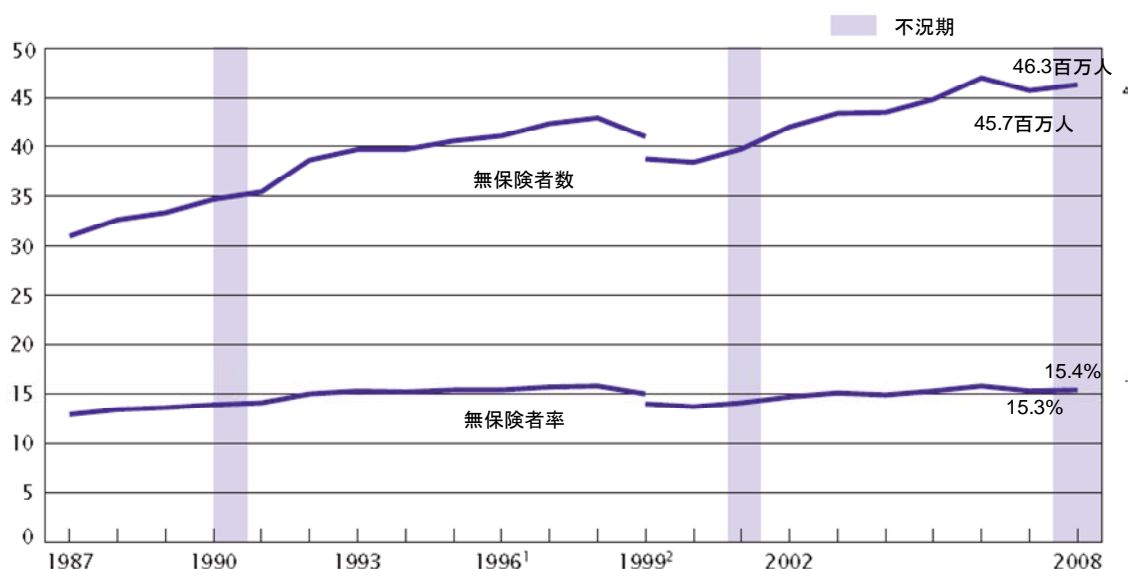
¹⁵ 基本シナリオを基に、発生蓋然性が高い政策変更を加味した場合の推計。具体的には、医師の診療報酬の改定率がメディケア経済指標に連動、その他財政支出が 2007 年時点の GDP 比で将来も推移、個人所得税・物品税・財産税・贈与税の減収。

2.3. 医療格差の拡大

米国は、世界に冠たる高度な医療を提供している一方で、先進国の中で唯一国民皆保険を達成できておらず、大きな医療格差を抱えている。図表 12によれば、不況期だけ無保険者が増加するのではなく、好況期においてさえも、医療保険料の急激な上昇を背景に、雇用主（企業）が医療保険を提供しないケースが増え¹⁶、その影響もあり、個人保険に加入できない国民¹⁷が増大している。

2000年に38.4万人であった無保険者数は、2007年には無保険者数は45.7百万人まで増大し、全人口の15.3%まで上昇した。2008年には、景気の急速な悪化もあり、無保険者数は46.3百万人に増大し、無保険者率は15.4%まで上昇している。最新の統計によれば、その後も失業率上昇は続いており、所要の医療保険制度改革が実行されなければ、無保険者はより一層増大すると考えられる。

図表 12 米国の無保険者数と無保険者率



(出典) US Census Bureau. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008

多くの研究が示唆するように、無保険者は予防医療を受けていないことが多く、心的外傷、心臓発作や生活習慣病であっても治療を受けないことが多い¹⁸。Urban

¹⁶ 米国の医療保障を支えてきたのは、雇用主提供医療保険であり、従業員・退職者向け医療給付プランを通じて、従業員、退職者とその家族に医療保険を提供してきた。しかしながら、医療給付コストの上昇と国際競争の激化により、GMの例に見られるように被用者医療給付の見直しが進められている。また、昨今では、ウォールマートに象徴されるように、小売業やサービス業を中心に、雇用主が従業員等へ医療保険を提供しない企業も増えてきている。

¹⁷ 低所得のため保険に入れないグループがいる一方で、若年層を中心に自らの選択で医療保険に加入しないグループも存在する。

¹⁸ (出典) Baucus(2008)

Institute¹⁹は、毎年 22,000 人の無保険者が、医療へアクセスできないため、天寿を全うせずに死亡していると報告している。また、高額な医療費支払いが米国の個人破産の半分以上を占めており、約 200 万人が医療によって個人破産するか重い借入返済負担を負っていると推定される²⁰。病気に罹患し、負債を背負っている個人は、医療保険への加入が難しくなり、個人破産への悪循環にはまり込むことになる。

2.4. 医療システムの非効率性

米国は GDP 比で他の先進諸国の概ね二倍の医療費を費やしているが、国際比較ではマクロ医療成果は必ずしも高くなく、医療資源が効果的に活用されているとは言えない。医療費の GDP 比は、米国が突出して高く 15.2%であり、二番目がスイスの 11.3%、フランス 11.0%、ドイツ 10.6%と続く。多くの先進国では、医療費の GDP 比は 10%未満の水準にある。

図表 13 マクロ医療成果の国際比較

	医療費対 GDP 比	人口千人あたり臨床医数	一人当たり外来受診回数	乳児死亡率	平均寿命		健康寿命		WHO 総合評価
					男性	女性	男性	女性	
	2004年	2004年	2004年	2004年	2004年	2004年	2002年	2002年	
日本	8.0%	2.0 人	1 位	1 位	3 位	1 位	1 位	1 位	1 位
イタリア	8.7%	3.8 人	-	11 位	-	-	6 位	5 位	11 位
フランス	11.0%	3.4 人	9 位	8 位	11 位	2 位	13 位	5 位	6 位
ドイツ	10.6%	3.4 人	7 位	11 位	16 位	15 位	11 位	8 位	14 位
アメリカ	15.2%	2.4 人	18 位	25 位	18 位	20 位	22 位	22 位	15 位
イギリス	8.1%	2.4 人	15 位	21 位	11 位	18 位	16 位	19 位	9 位
カナダ	9.8%	2.2 人	13 位	22 位	6 位	8 位	8 位	8 位	7 位

(出典) 社会保障国民会議資料を加筆修正

一方、医療の成果を見ると、米国の平均寿命は、男性で 18 位、女性で 20 位と劣っており、乳児死亡率も他の先進諸国と比較して大きく劣っている。上記のマクロ医療成果は、人口構成、国民のライフスタイル、所得格差等の影響も受けるため、医療システムにその原因を全て帰着させることはできず、また、指標の精度や意味合いについて異議を唱えることはできるが、これらを総合して得られる結論は、米国の医療システムが非効率であることを否定はできないということである。

¹⁹ (出典) Dorn(2008)

²⁰ (出典) Himmelstein et al(2005)

3. これまでの医療制度改革と現状

3.1. クリントン政権からブッシュ政権の医療制度改革

クリントン政権は、医療制度改革特別専門委員会 (Task Force on National Health Care Reform)²¹を立ち上げ、国主導の医療保険制度導入を視野に入れた「医療保険法案 (The American Health Security Act)」を答申した。しかしながら、包括的かつ抜本的改革を目指した同法案は、ホワイトハウス主導で進められ、議会からの協力・広範囲の支持を得られずに、野党共和党や保険会社、製薬会社、医師会、中小企業などによる政府の関与が強まることに対する大規模な反対活動により、結局翌 1994 年に廃案となってしまった²²。

その後、クリントン政権下において、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律 (通称 HIPAA)、均衡財政法、州児童医療保険プログラムに関する法律等が成立し、民間医療保険会社の患者の危険選択の制限、メディケアの給付範囲拡大、低所得世帯の子供への医療サービス給付拡充が行われた。共和党ブッシュ政権に移行した後は、抜本的な医療制度改革に手をつけず、市場機能を重視する政策をとり、医療費及び無保険者が持続的に増大していった。

医療費や無保険者の増大等の問題が深刻化していく中、2007 年 1 月、ワイデン上院議員 (民主党、オレゴン州選出) とベネット上院議員 (共和党、ユタ州出身) が中心になって、アメリカ国民の健康に関する法律案 (The Healthy Americans Act) を議会に提出した。本法律は、公的保険と民間保険双方を有効に活用して国民皆保険の実現を目指したものである。本法案は廃案になったものの、その後の大統領選挙戦での医療保険制度改革の素地になった。

図表 14 最近の主要な医療制度改革 (下線部分は廃案)

時期	法案/政策	内容
1997	医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountable Act : HIPAA)	<ul style="list-style-type: none"> ● 民間医療保険会社の患者の危険選択の制限 ● 個人情報保護の制度化 ● 長期療養病床への税制優遇
	均衡財政法 (Balanced Budget Act)	<ul style="list-style-type: none"> ● メディケアの医療機関への診療報酬の抑制 ● メディケア + チョイス (パート C) の制定

²¹ 同委員会は、関連業界との利益相反が生じない 511 人の政権内アナリスト、官僚、議員及び中立なコンサルタントによって構成。当時ファーストレディーであったヒラリー・クリントンが委員長に就任した。

²² (出典) Iglehart(1993)

	州児童医療保険プログラムに関する法律 (State Children's Health Insurance Program Act)	● 低所得世帯の子供向けの医療の為の連邦政府から州政府への補助金
2002	地域医療センター普及プログラム	● 無保険者向けの地域医療センター増設
2003	メディケアの薬品の改善と近代化に関する法律 (Medicare Drug, Improvement and Modernization Act)	● 任意選択の外来処方箋を対象としたメディケア (民間保険によって運営、パート D)
	医療貯蓄勘定の創設	● 医療支出の税額控除
2007	《廃案》 アメリカ国民の健康に関する法律 (Healthy American Act)	● 州レベルで民間保険の購入の義務付け ● 雇用主提供医療保険の税制優遇の撤廃
	《廃案》 ブッシュ提案 標準税額控除導入と税額優遇措置の撤廃	● 標準税額控除の導入 ● 雇用主提供保険の税制優遇措置の撤廃

(出典) FRI 作成

3.2. 大統領選挙での各候補者の医療政策

民主党のオバマ候補 (当時) とヒラリー・クリントン候補 (当時) は、医療改革の基本的な立場は一致し、企業に大きな義務を求めることを基本原則にしていた。具体的には、プレイ・オア・ペイ方式²³と呼ばれる仕組みの導入を提唱しており、この仕組みの下では、雇用主は、従業員に対して自ら医療保険を提供するか、公的医療制度等への税負担のどちらの選択かが求められる。また、両候補は、メディケア (高齢者等を対象にした公的医療保険) に類似した非高齢者対象の公的医療保険 (以後、Public Option) の創設を行い、民間医療保険市場の規制を強化することを改革の骨格に据えていた。加えて、医療の質と効率性の改善のために、医療ITの推進、P4P (Pay for Performance : 成果連動の診療報酬支払) の拡大、医療効果比較の制度化、生活習慣病対策の推進等も提案していた。

一方、両候補にも相違点があり、最も大きい点は、個人の保険加入義務の有無であった。当初オバマ候補は国民皆保険に賛成の立場を取っていたものの、対立候補であるクリントン候補が医療保険への強制加入義務と未加入者への罰則導入を提唱する中、

²³ (出典) Commonwealth Connector (2008)、マサチューセッツ州が 2006 年に実施した医療改革もプレイ・オア・ペイ方式に基づく。加入者増大により医療費は増大したものの、懸念された州政府の財政負担増は現在のところ生じていない (但し、どのように医療費の伸びを抑制するかは今後の課題)。また、2006 年 6 月から 2008 年 3 月の間に 44 万人が新たに医療保険に加入し、無保険者は 17 万 (人口比 5%) まで減少した。また、改革実行前、公的医療制度による民間医療保険のクラウドイングアウト (民間保険加入者が公的医療制度に移ることを懸念する声があったが、これまでのところ深刻な問題は発生していない)。

医療費抑制による保険料引き下げに重点を置くことで差別化を図ろうとした。また、オバマ候補は、児童への保険加入義務・皆保険には賛成したものの、全国民への医療保険加入義務の制度化については距離を置いた。義務化で皆保険を達成するのではなく、保険料を無保険者が支払い可能な水準まで引き下げることを通じて、結果として医療保険加入率を上昇させ、最終的に皆保険に到達することを目標に設定した²⁴。

図表 15 大統領選挙での三候補者の医療政策の比較

	オバマ	クリントン	マケイン
個人の保険加入義務	子供のみ	全国民	無し
雇用主の責任	対象：すべての企業 Play or Pay	対象：大企業 Play or Pay	無し
メディケイド	Yes	Yes	No
SCHIP	Yes	Yes	No
民間医療保険市場	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険取引制度導入 ● 民間保険の規制強化 ● 公的医療保険の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険間の競争強化 ● 民間保険の規制強化 ● 連邦政府職員保険を通じた公的保険の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ● 民間医療保険の購入促進策の実施
低所得者への補助金	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料に応じた段階的補助金 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険料の税額控除 (保険料が所得の一定割合以上の場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険料の税額控除 個人：\$2,500/年 家族：\$5,000/年
医療の質と効率性の改善	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療 IT ● 透明性の向上 ● P4P ● 予防医療の推進 ● 医療効果比較の制度化 ● 生活習慣病対策 ● 医療の標準化 ● 医療過誤問題の解決 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療 IT ● 透明性の向上 ● P4P ● 予防医療の推進 ● 医療効果比較の制度化 ● 生活習慣病対策 ● 医療の標準化 ● 医療過誤問題の解決 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療 IT ● 透明性の向上 ● P4P ● 予防医療の推進 ● 生活習慣病対策 ● 医療過誤問題の解決

(出典) FRI 作成

また、プレイ・オア・ペイ方式に関しても、オバマ候補は中小企業を含めた全企業を対象とする一方で、クリントン候補は大企業をターゲットすることを提案していた。低所得者への補助金については、オバマ候補は保険料に応じた段階的な補助金を提

²⁴ 現在の無保険者全てが保険に加入したと想定した場合、単純試算で、2,000~3,000 億\$の医療費増大が見込まれる (2007 年の医療費は 22,412 億\$)。

案し、クリントン候補は医療保険料の税額控除を提案していた。

一方、共和党マケイン候補（当時）は、個人の選択と市場機能を重視し、個人による医療保険加入のインセンティブ向上のため、医療保険に係る税制改正を提案していた。医療保険の保険料の多くは雇用主である企業が払っているが、現在、企業は保険料を税額控除の対象とすることができる。マケイン案では、保険料の税額控除を撤廃することを通じて 10 年間で 3.6 兆ドルの財源を捻出し、民間医療保険を購入する全ての個人に一定額の還付金（個人加入は 2,500 ドル、家族加入は 5,000 ドル）が支払うことを提案した。

個人が医療保険を購入した場合、同還付金を得られるので、個人による医療保険の購入を促進する効果が期待され、雇用主提供の医療保険においても、同還付金を得られるため、税額控除廃止による企業のコスト上昇は相殺されると説明していた。

現在の制度の下では、高額所得者がより多くの税額控除を受けているが、マケイン案では、同じ財源を国民に一律で公平に分配することが可能になる。また、既存の税額控除を享受できるのは雇用主の医療保険に限られているが、マケイン案は、失業者や医療保険を提供していない企業の被雇用者も一律に適用されることを企図していた。

医療費抑制に関しては、州を跨る医療保険の販売許可による競争の促進、メディケアにおける一治療当たりの包括払いや成果連動払いの拡大を提唱していた。また、現在無制限に認められている医療費の税額控除に上限を設けると共に、雇用者提供医療保険の保険料負担を透明にし、米国民がよりコストを意識しながら医療保険を選択することを目指していた。加えて、ジェネリック医薬品の開発の促進、生活習慣病予防対策を実施も提案していた。

3.3. オバマ政権発足後の動き

オバマ政権は、厚生長官指名人事で手間取ったものの、就任直後の 2009 年 1 月に景気刺激策の一環として、州児童医療保険プログラムへの財政支出増大を決定し、米国再生・再投資法(American Reinvestment and Recovery Act)を成立させ、医療 IT への投資、プライマリーケアスタッフの拡充及び治療の比較有効性調査等の緊急的施策の実施を決定した。その後、具体的な法案の作成・審議に関しては、クリントン政権と同じ過ちを繰り返さないよう、政権としては基本原則を示すにとどめ、実質的な法案作りは議会に委ね、議会と国民のコンセンサス形成を重視する戦術を取っている。

オバマ政権の医療保険改革の基本原則（図表 16 参照）は、公的保険と民間保険の二者択一ではなく、双方を共存・充実させ、国民が加入できる保険の選択肢を増やし、国民の保険会社に対する交渉力を増大させることである。また、保険会社による危険

選択²⁵を禁止し、予防医療の推進、医療の無駄の排除及び医療過誤改革を通じた医療費の削減も基本原則に掲げている。なお、金融危機・景気対策により、2009年の財政赤字は1.58兆ドルと前年の3倍の水準に急増したこともあり、オバマは明確に連邦政府財政を悪化させる改革案には賛成しない旨表明している。

図表 16 オバマ政権の医療保険改革の基本原則

1. 更なる安定と安全
● 個人の状態（年齢、健康、病歴等）に基づく加入差別の禁止（≒危険選択の禁止）
● 病気に罹患した加入者の退会の禁止
● 患者自己負担の上限設定（病気による個人破産回避のため）
● マンモグラフィー、インフルエンザワクチン、糖尿病テスト等の予防医療に関する患者負担の撤廃（健康増進し医療費削減を目的に）
● メディケアの充実と外来処方箋の非保険カバー対象の撤廃
2. 十分な内容で支払い可能な保険の選択肢の全国民への提供
● 新しい医療保険取引制度の創設（無保険者と中小企業が複数の保険を比較でき、競争的な保険料での購入を可能にする為）
● 医療保険料に関する新税額控除導入（個人の保険加入・小企業の保険提供の促進）
● 無保険者が支払い可能な公的医療保険オプションの提供
● 低所得者向け安価な保険プラン提供（13年医療保険取引制度創設までの暫定措置）
3. 家計、企業及び政府が負担する医療費の抑制
● 追加の財政負担を生じさせず、必要な投資を行う
● 医療システムの無駄・詐欺・不正特定の為の医師や専門家による独立委員会創設
● 医療過誤改革プロジェクトの立ち上げ（自衛医療から患者中心医療への転換）
● 大企業従業員への医療保険提供義務と支払い能力のある個人の医療保険購入義務

（出典） http://www.whitehouse.gov/assets/documents/obama_plan_card.PDF

オバマ政権は、2009年5月に、業界団体からの協力を取り付けるため、医師、医療機関、製薬会社、医療機器メーカーなど主要な医療関連業界6団体（先端医療技術協会、医師会、民間医療保険協会、医薬品研究・製造協会、病院協会、サービス業労働者組合）に医療費抑制への協力を要請した。医療関連業界6団体は、医療費の上昇トレンドを抑えること²⁶に合意し、2009年6月に、向こう10年間で2兆ドル以上の医療費抑制に協力することを表明した²⁷。2兆ドルの内訳は、医療システム全体で連携と良い政策を前提に、医療の効果的利用で1,500～1,800億ドル、生活習慣病対策で3,500

²⁵ 保険会社が相対的に健康なグループのみを自らの医療保険に加入させようとする行動を指す。

²⁶ オバマ政権は医療費の年間伸び率を1.5%に抑制することを目標としている。

²⁷ （出典）Advanced Medical Technology Association et al(2009)

～8,500 億ドル、革新的なアプローチ及び保険請求管理プロセスの簡素化で 5,000～7,000 億ドルとなっている。この業界団体からの表明は、政府の関与が強まることや業界への追加課税を避けるために、業界自らが自主的に医療費削減の目標を提案したものである。しかしながら、医師会や病院協会が、全米 80 万人の医師や 6,000 弱の病院を制御し、行動を変えるよう強制することは困難であり、法案を通じて行動を変えることを促すインセンティブを組み込むことが重要である。

上記のような動きがある中、連邦議会では、オバマ政権の基本原則や法案作成プロセスの方針を踏まえ、上院では財政委員会が、下院では民主党リーダーが中心になって法案の作成・審議を進めてきている。当初オバマ政権は 8 月までに上下両院でそれぞれの改革案を可決するという目標を掲げていたものの、法案の詳細に議論が及ぶにつれ各論での意見の相違が顕在化し、各委員会²⁸での審議が大幅に遅れている。

図表 17 民主・共和両党の改革イシュー毎のスタンス

	民主党	共和党
① 党内でも意見が異なる		
連邦財政支出の増大	?	×
非高齢者向け公的医療保険の新設	?	×
国民皆保険	?	×
医療保険への加入義務	全員 or 子供	×
医療関連産業への追加課税	?	×
② 両党で意見が異なる		
雇用者義務（プレイ・オア・ペイ）	○	×
医療の効果比較制度の導入	○	×
民間医療保険市場の強化	○	×
③ 両党が賛成		
医療保険の加入率増大	○	○
医療 IT の推進	○	○
透明性の向上	○	○
医療過誤問題の改革	○	○
予防医療の強化	○	○
P4P（医療の質連動の診療報酬）	○	○
医療保険料の税額控除	○	○

²⁸ 上院は財政委員会、医療・教育・労働・年金委員会。下院は歳入委員会、エネルギー・商業委員会及び教育・労働委員会。

共和党は政府関与の拡大や連邦財政支出の増大へ一貫して反対しているが、連邦財政支出の増大、Public Option の新設、国民皆保険及び医療保険への加入義務は、民主党内でも意見が割れている。

改革の内容と実施時期の点から、民主党は、後述のとおり三グループに分類できる²⁹。第一のグループは、包括的な医療保険改革を志向する集団である。第二のグループは、医療保険改革の速度を緩め、景気低迷、失業者数の増大及び連邦政府債務の急増を優先的に対処すべきと考えている集団である。第三のグループは、ボーカス上院財務委員会議長に代表されるように、改革の範囲と必要財源を抑え、民主共和両党の合意ができる妥協案の作成を目指している議員達である。

上院の医療・教育・労働・年金委員会や下院の三委員会（歳入、エネルギー・商業、教育・労働）は第一のグループにあたり、これらの委員会の法案は、国民皆保険、保険料に応じた段階的補助金、メディケアの拡充、民間医療保険と競争可能な Public Option の新設、民間保険会社の危険選択の禁止、医療保険取引所の創設、富裕層向けの付加税（9,000 億ドルを調達）を含んでおり、10 年間で一兆ドル以上の追加財源が発生すると見込まれる。第一グループの包括的改革は、民主党内を分裂させると共に、共和党から強硬な反対を受けることが容易に想像される。

一方、第三のグループの法案（America's Healthy Future Act of 2009）は、Public Option の新設を法案に盛り込まず、国民皆保険の実現より、保険料の低減と医療費の抑制に重きを置いている。両党同意を前提に法案の年内成立を目指すため、上院財政委員会のボーカス委員長が 9 月 16 日に修正案を財政委員会に上程した³⁰（図表 18 参照）。

懸案の Public Option の新設は法案に盛り込まず、代替案として、個人を対象にした非営利協同組合方式の医療保険の創設を提案している。保険加入率の増加のため、民間医療保険会社に病歴等による危険選択の禁止を求め、2013 年には個人の保険加入義務化・罰金制度の導入をする計画となっている。また、雇用者提供医療保険を提供できない中小企業の雇用者を対象に、2013 年に州医療保険電子取引所を通じて民間医療保険や非営利協同組合方式の医療保険の購入を可能にすることを提案している。

図表 18 ボーカス上院議員の修正法案の概要（2009 年 9 月 16 日）

10 年で 5,000 億ドルを保険加入率増大に投入（2019 年までに保険加入率を 94%に上昇）
民間医療保険会社に過去の病歴等に基づく保険加入拒否の禁止
個人を対象にした非営利協同組合方式の医療保険の創設

²⁹ (出典) Iglehart (2009a)

³⁰ (出典) Baucus(September 2009)

個人の保険加入義務・罰則導入（2013年）
中小企業向けの州医療保険電子取引所の全国での導入（2013年）
中小企業・貧困世帯対象の医療保険料の税額控除導入（2013年）
生活習慣病関連を中心にメディケアの対象範囲拡大（2014年）
メディケアの出来高払いからP4Pへの本格的移行（2011年に医師、2012年に病院）
かかりつけ医の診療報酬の増額
連邦政府財政負担増大の回避策 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 高額保険料の医療保険への消費税（2013年） ➤ メディケア・メディケイドの診療報酬の抑制（ドクターフィー除く） ➤ 薬品製造者の費用負担（2010年） ➤ 医療機器製造者の費用負担（2010年） ➤ 民間医療保険会社の費用負担（2010年） ➤ 医療検査機関の費用負担（2010年）

同修正法案を踏まえ、連邦議会予算局は、2019年までに医療保険加入率が94%まで上昇することを前提とした場合、税額控除や補助金等を合計した純支出は10年間で7,740億ドルと推計しており、同一期間で490億ドルの連邦財政支出の削減が可能と分析している。同案では、高額保険料の医療保険（米国高級乗用車にちなんでキャデラック保険と呼ばれる）への課税、メディケア・メディケイドの診療報酬の抑制、医療関連企業への追加課税等で改革に必要な財源を調達することを想定している。なお、当然のことながら新たに課税される業界からは反対の声が出ている³¹。

同修正法案と歩調を取るように、オバマ大統領は、9月9日、米議会の上下両院合同会議で異例の演説を行った。大統領が年初の一般教書演説以外で上院下院合同会議において演説を行うことは異例で、改革の実現に向けて強い決意を示す狙いがある。改革費用の9千億ドルについては、「イラクやアフガンでの戦費より安い」と指摘。財源への懸念に関しては、「財政赤字を拡大させる改革案には署名しない」とし、無駄の削減などで対応する考えを示した。政府の関与が強まるとの懸念に対しては「(新たに創設する公的保険は)無保険者の選択肢にすぎず、加入を強制するものではない」ことを訴え、保険会社の数が少ない州では公的保険の導入で競争が生まれ、保険料等が下がる可能性を強調した。一方、政府の関与を弱める妥協案として浮上している非営利の協同組合による管理・運営方式にも理解を示し、反対派に一定の配慮を見せた。

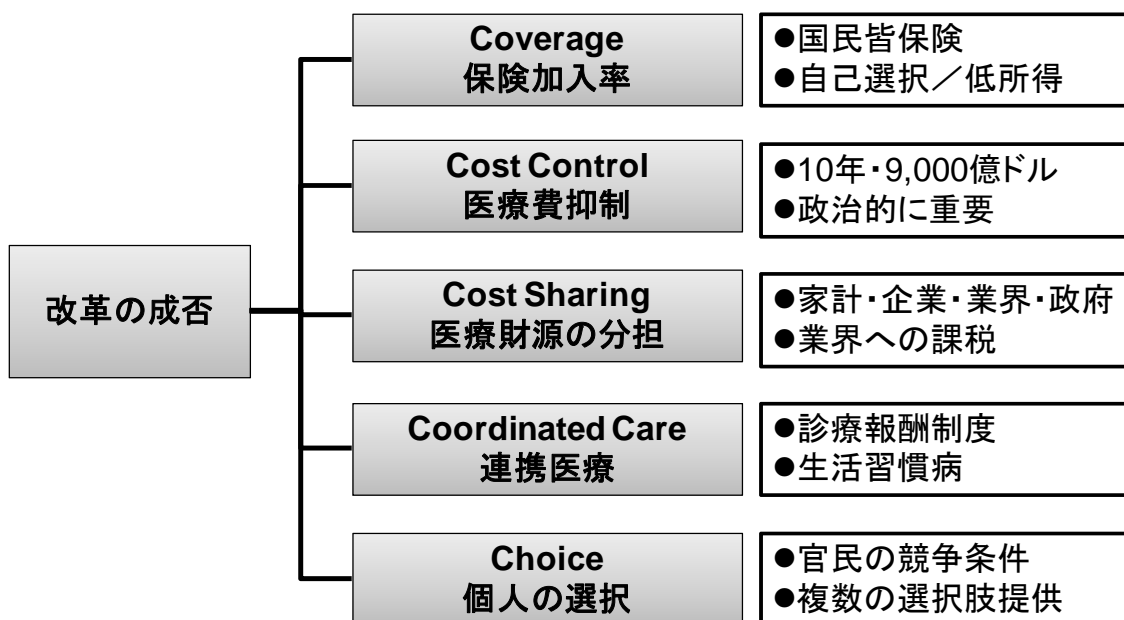
³¹ 民間医療保険協会は、家族向け医療保険は12,300ドルから2019年に25,900ドルに増加し、個人向け医療保険も4,200ドルから9,700ドルに増加する見通しを公表している。また、医療機器産業を抱えるカリフォルニア州議会は、超党派で医療機器メーカーへの追加課税に反対する書簡を上院財政委員会に送付。

4. 改革の成否を占う 5つの視点

連邦議会は百家争鳴の状況を呈しており、法案の本会議への上程までにはなお修正と一本化作業が必要となり、法案成立までの道のりは長く険しい模様である。今後法案成立のために法案修正・妥協が重ねられていくと見られるが、法案が成立し改革が実行された場合、その成否を占う上で、5つのCの視点（Coverage、Cost Control、Cost Sharing、Coordinated Care、Choice）が重要と考える。

国民皆保険を目標に Coverage（保険加入率）を拡大していった場合、Cost Control（医療費の管理策）が伴わなければ、総医療費の増大は加速することになる。Coverageを拡大しつつ、医療費を抑制するには、一人当たり医療費の削減に資する実効性ある方策が求められることになる。また、改革の費用を Cost Control だけで賄うことは難しく、Cost Sharing（財源分担策）により新たな財源を担保することが必要である。生活習慣病患者が医療費の7割を消費しているとの結果が報告されているが、生活習慣病患者は、重大な症状が発生すると救急車で入院し、その後も入退院を繰り返すといったことが多く、Coordinated Care（連携医療）によって、生活習慣病の発症や重症化を未然に防ぐことが、Cost Control にとって非常に重要である。また、Choice（選択）は米国民の根源的価値であり、Coverage と Cost Control を追求した結果、国民の医療保険の選択肢が著しく制限されるような事態は避けなければならない。

図表 19 5つのCの視点



Coverage では、国民皆保険の達成が最終的な目標ではあるものの、連邦政府財政赤

字の更なる拡大を慎まなければならないとすれば、無保険者を半分にまで減らせられる内容であれば、及第点と言えるのではないか。無保険者や中小企業により多くの民間保険オプションを提示し購入を促進するため、ポータルサイト等を通じた医療保険取引システムの創設は重要と考える。また、民間医療保険に関して、個人の加入希望の拒否を原則禁止し、保険会社のリスク選択（健康状態が良い人の加入のみ認める）の防止を図ることも重要である。なお、無保険者には、低収入の為保険加入が困難な集団、健康な若者で自発的に加入しない集団、及び不法移民の集団がおり、それらを峻別した政策を実施することが重要と考えられる。

Cost Control は、法案成立にとって政治的に非常に重要である。多くの有権者は、医療保険改革法案を通じて、保険料の増大、税負担の増大、医療保険の免責範囲の拡大の傾向が逆転することを期待している。また、**Cost Control** に関し有効な政策を講じずに、**Coverage** を拡大した場合には、医療保険制度は持続不可能になってしまう。

具体的には、電子医療情報システムの活用の推進、生活習慣病の予防・管理の促進、医療の質と成果に連動した診療報酬支払の導入・拡大、メディケアにおける連邦政府の薬価交渉権の強化、医療の経済性評価の強化等の政策が実施される見込みである。特に、治療・薬剤・医療機器の医療経済的比較研究を推進し、その結果を公的医療制度と民間医療保険双方で給付プランと診療報酬体系に反映させ、医療機関と患者のインセンティブを変化させることが重要である。なお、政府の関与が強まることにより、患者の選択が制限されることについて懸念する声もある。

また、民主党の下院リーダーが主張する**Public Option**は、事業が広範囲（全国又は州単位）に及ぶため、販売管理費用や一般管理費用等の固定費用を抑制することが可能で、規模の利益が期待される。規模の利益により、競争力のある保険プランを医療保険市場に提供でき、市場全体で競争が促進されることが期待されている³²。

Cost Sharing は、改革の費用を個人、雇用主である企業、医療関連産業及び政府でどのように分担するかという問題である。連邦政府財政負担の増大を懸念する声が大きい中、電子医療情報システムの活用や生活習慣病予防等の医療費抑制は短期的に効果が出るものではなく、新たな財源の確保が求められている。

これまで、いくつかの選択肢が議論されてきている。第一は、生活習慣病の発生に影響を与える嗜好品（煙草、アルコール、高糖分・高脂肪食品等）への物品税である。医療保険改革の為の税負担を課す一定の合理性はあるものの、物品税だけでは1兆ドル近い改革費用を捻出することは不可能である。

³² 但し、期待される効果を持続的に発現するためには、**Public Option** の制度設計が非常に重要である。Fuchs(2009)によれば、受診実績に応じた保険料(**Experience Rate Premium**)を採用するか、受診実績に関わらず一律の保険料をかすかが重要である。もし、一律保険料を採用した場合には、高い受診実績の個人の**Public Option** への加入が増え（逆選択の発生）、**Public Option** の財政が悪化していく可能性がある。

第二は³³、雇用主提供医療保険の税額控除の撤廃もしくは制限である。同税額控除によって 2,500 億ドルの実質的補助金が雇用主提供医療保険に投じられており、それなりの規模の財源を捻出することが可能である。加えて、2,500 億ドルの 4 分の 3 が所得上位 50%に配分され、高所得者が優遇される結果となっており、所得の再分配の観点から改善する余地がある。医療保険に特化した税額控除であり、他の財やサービスとの相対価格が低くなり、結果として過剰に医療保険を消費するインセンティブを生じさせ、医療費の高騰の一因になっている可能性もある。これらの点を鑑みれば、雇用主提供医療保険の税額控除撤廃もしくは制限は有力な手段と考えられる。これに対して、税額控除の撤廃は、実務上困難であること、雇用主が医療保険提供をしなくなり無保険者の増大を助長する恐れがあること、中間層の増税につながる可能性があること、医療費を消費する患者層に不公平であること等の反対が見られる。

第三は、上院財務委員会や下院民主党リーダーが提唱している高額医療保険や医療関連業界への課税の導入である。これに対しては、結果的に保険加入者や患者の負担が増大するだけであるとの批判が見られる。

Coordinated Care は、かかりつけ医や医療機関が連携して患者に医療を提供することであり、医療の質の向上や無駄な医療の排除の為に不可欠な要素である。これを実施するには、診療報酬制度と医療提供体制を同時に再設計する必要がある。特に、米国の医療費の 75%を消費している生活習慣病に対して、効果的な連携医療体制が全体システムとして構築できるかが鍵になる。

Choice は、米国民が重視する根源的価値である。改革によって、適切な医療をシームレスに受けられる医療保険が複数存在し、米国民は複数の医療保険から選択できる状態が創出されることに確信が得られれば、国民の多くは賛成に回ると思われる。クリントン政権での医療保険制度改革の頓挫の一因は、患者の選択の制限に対するネガティブキャンペーンであったことは記憶に新しい。

Public Optionは**Choice**に大きな影響を与える可能性が高い。民間医療保険と**Public Option**の公平な競争条件を保つということではあるものの、メディケアも含めれば、政府が価格に対する一定の影響力を持つようになり、民間医療保険の事業戦略に大きな影響を与えることになる。なお、連邦議会予算局は、**Public Option**が導入された場合、非高齢者の公的医療制度が創設されれば、2019 年までに 1,000 万人～1,100 万人が民間医療保険から**Public Option**にシフトすると推定され、クラウドイングアウトが発生すると予測している³⁴。

³³ 2007 年のメディケアの総支出が 4,312 億ドルで、2,500 億ドルはメディケアの 57%にあたる。

³⁴ (出典) Congressional Budget Office(2009)

5. おわりに

米国の医療は、医療費の高騰、医療格差の拡大、医療の質の改善等の課題を抱えており、景気低迷が続く中、米国民の多くは何らかの改革を実施する必要性を強く感じている。オバマ政権は、クリントン政権と異なり、基本原則を示すにとどめ、実質的な法案作成・支持獲得を議会に委ねて、議会と国民のコンセンサス形成を重視する戦術を取っている。

当初より、共和党は政府関与の拡大や連邦財政支出の増大へ一貫して反対しているが、議会での審議が法案の詳細に及ぶにつれ、連邦財政支出の増大、Public Option の新設、国民皆保険及び医療保険への加入義務は、民主党内でも意見が割れ出している。法案の本会議への上程までにはなお修正と一本化作業が必要となり、法案成立までの道のは長く険しく、今後法案成立のために修正・妥協が重ねられていくと思料される。

おそらく、何らかの形で法案は成立する公算が高いが、法案が包括的な医療保険改革になる可能性は低いと思料される。成立した法案の成否を占う上で、5C の視点 (Coverage、Cost Control、Cost Sharing、Coordinated Care、Choice) が重要と考える。

スタンフォード大学のFuchs名誉教授は、今回の法案審議で政治的に包括的な医療保険改革の実施が困難となった場合には、少なくとも(1) 医療保険取引システムの創設、(2) 税額控除の制限、(3) メディケア専門家委員会の設置、(4) 準独立の医療技術評価機関の創設を実施し、何もしないのではなく、改革への先鞭をつけることの重要性を指摘している³⁵。

³⁵ (出典) Fuchs(2009)

参考資料

Advanced Medical Technology Association et al, June 1 2009, *Letter to President Office*

Baucus Max, November 12 2008, *Call To Action Health Reform 2009*.

Baucus Max, September 2009, *Chairman's Mark America's Healthy Future Act of 2009*.

Commonwealth Connector, 2008, *Massachusetts Health Care Reform 2007/2008*.

Congressional Budget Office, November 2007, *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*.

Congressional Budget Office, June 17, 2008, *Testimony - The Long-Term Budget Outlook and Options for Slowing the Growth of Health Care Costs*.

Congressional Budget Office, July 26, 2009, *Additional Information Regarding the Effects of Specifications in the America's Affordable Health Choices Act Pertaining to Health Insurance Coverage*.

Culter, David M, 1995, *Technology, Health Costs, and the NIH*.

Dorn, Stan, 2008, *Uninsured and Dying Because of It: Updating the Institute of Medicine Analysis on the Impact of Uninsurance on Mortality*, The Urban Institute.

Executive Office of The President, September 22, 2009, *The Burden of Health Insurance Premium Increase on American Families*.

Fuchs, Victor R, 2009, *Four Health Care Reforms for 2009*, New England Journal of Medicine (October 7, 2009).

Fuchs, Victor R, 2009, *The Proposed Government Health Insurance Company – No Substitute for Real Reform*, New England Journal of Medicine (May 28, 2009).

Gruber, Jonathan, 2009, *Universal Health Insurance Coverage or Economic Relief – A False Choice*. New England Journal of Medicine (January 29 2009)

Gruber, Jonathan, 2009, *Win – Win Approach to Financing Health Care Reform*. New England Journal of Medicine (June 10 2009)

Hartman, Micah, Cynthia Smith, Stephan Heffler, and Mark Freeland, 2006 Fall, *Monitoring Health Spending Increases: Incremental Budget Analysis Reveal Challenging Tradeoffs*, Healthcare Financing Review.

Himmelstein, David U, Elizabeth Warren, Deborah Thorne, and Steffie Woolhandler, 2005, *Illness and injury as contributors to bankruptcy*, Health Affairs No.24.

Iglehart John K, 1993, *Health Policy Report*, New England Journal of Medicine (April 22, 1993).

Iglehart John K, 2009a, *Setbacks and Fissions – Reconsidering the Scope and Timing of Reform*, New England Journal of Medicine (August 26, 2009).

Iglehart John K, 2009b, *Baucus’s Bill and the Long Road to Reform*, New England Journal of Medicine (August 26, 2009).

Kaiser Family Foundation and Health Research Educational Trust, 2009, *Employer Health Benefits 2009 Annual Survey* (www.kff.org/insurance/7936/index.cfm).

Newhouse, Joseph P, 1992, *Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?*, Journal of Economic Perspective (Vol.6 no.3 Summer 1992)

Oberlander Jonathan, 2008, *The Partisan Divide — The McCain and Obama Plans for U.S. Health Care Reform*, New England Journal of Medicine (August 21, 2008)

Price Waterhouse Coopers, October 2009, *Potential Impact of Health Reform on the Cost of Private Health Insurance Coverage*.

US Census Bureau, 2009 September, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*.

厚生労働省 2008 「平成 18 年度国民医療費の概況」 <http://www.mhlw.go.jp/>

渋谷博史・中浜隆 2006 「アメリカの年金と医療」 日本経済評論社

田中健司・後藤愛 2009 「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業 —2007年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き—」 損保ジャパン総研クォーターリー Vol.52

中浜隆 2006 「アメリカの民間医療保険」 日本経済評論社

研究レポート一覧

No.351	米国の医療保険制度改革の動向	江藤 宗彦 (2009年11月)
No.350	サービスプロセスにおける評価要素の推移 ー非対面サービスを中心としてー	長島 直樹 (2009年10月)
No.349	社会保障番号と税制・社会保障の一体改革	河野 敏鑑 (2009年9月)
No.348	カーボンオフセットと国内炭素市場形成の課題	生田 孝史 (2009年8月)
No.347	中国のミドル市場開拓戦略と日系企業	金 堅敏 (2009年7月)
No.346	企業の淘汰メカニズムはどのように働いているのだろうか	齊藤 有希子 (2009年6月)
No.345	情報セキュリティと組織感情、Enterprise 2.0	浜屋 敏 (2009年6月)
No.344	高齢化社会における社会保障給付と雇用政策のあり方 ーグローバル競争力と雇用確保の両立に向けてー	南波 駿太郎 (2009年5月)
No.343	森林・林業再生のビジネスチャンス実現に向けて	梶山 恵司 (2009年5月)
No.342	中国経済分析の視座 ーインフレと雇用の政策的意味ー	柯 隆 (2009年5月)
No.341	サービス・プロセスの評価とブループリンティング手法 の有効性	長島 直樹 (2009年5月)
No.340	臨床研究における利益相反マネジメントに関する規程の 現状と課題	西尾 好司 (2009年4月)
No.339	産学連携拠点としての米国の大学研究センターに関する 研究	西尾 好司 (2009年4月)
No.338	インフォメディアリの再定義と消費行動・企業経営への インパクト	新藤 精士 (2009年4月) 浜屋 敏
No.337	大企業のクラウドコンピューティングへの取り組みに向 けた考察	湯川 抗 (2009年4月) 前川 徹
No.336	オバマ新大統領の医療改革	松山 幸弘 (2009年3月)
No.335	労働拘束時間が運動習慣に与える影響について ー「健康会計」に向けた企業と社会にとっての新たな 視点	河野 敏鑑 (2009年1月)
No.334	金融資産市場の変容とわが国金融改革のあり方 ー米・英比較にみる「金融危機」の背景と金融の役割ー	南波駿太郎 (2008年12月)
No.333	低炭素社会に向けた民生部門対策の設計	生田 孝史 (2008年12月)
No.332	調整期に入る中国経済	朱 炎 (2008年11月)
No.331	貨物ゲートウェイ空港の国内立地のための方策 ーアジアの活力を取り込んだ経済成長向上に向けてー	木村 達也 (2008年11月)
No.330	顧客経験に基づくサービスの知覚品質評価 ーITインターフェース・サービスを中心としてー	長島 直樹 (2008年11月)
No.329	地域医療提供体制改革(IHN化)の国際比較	松山 幸弘 (2008年11月)
No.328	工業系公設試験研究機関の現状に関する一考察	西尾 好司 (2008年10月)
No.327	未公開Web2.0企業の実態と成長に関する研究	湯川 抗 (2008年10月)
No.326	地方の自立性を高めるための地方への税配分	米山 秀隆 (2008年10月)
No.325	インドにおける研究開発戦略のあり方	金 堅敏 (2008年10月)

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/report/research/>

研究レポートは上記URLからも検索できます



THE POSSIBILITIES ARE INFINITE

富士通総研 経済研究所

〒105-0022 東京都港区海岸1丁目16番1号 (ニューピア竹芝サウスタワー)
TEL.03-5401-8392 FAX.03-5401-8438
URL <http://jp.fujitsu.com/group/fri/>