



Washington D.C. Political and Economic Report

Masaharu Takenaka 竹中正治
ワシントン駐在員事務所 所長
(202)463-0477, mtakenaka@us.mufg.co.jp

2006年2月27日

ワシントン情報 (2006/No.013)

メディカル・クラウドイングアウト

～米国の増加する医療コストと医療システム改革～

公的医療保険を管理する Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) は 22 日、米国の医療支出の見通しに関する報告書を発表¹。同報告書によると、現状のままでは米国の医療支出は増加の一途を辿り、2015 年までに総額でほぼ倍増し、GDP の 20% を占めるものと予想される。米大統領経済諮問委員会 (CEA) が 13 日に発表した経済白書によると、過去 10 年間において米国民一人あたりの医療支出は実質で 44% 上昇した²。同経済白書は医療コスト高騰の原因として、技術革新などによる医療サービスの質の向上や高齢化の他に、医療サービス部門における市場メカニズムの機能麻痺を挙げ、増大する医療コストが家計や企業、州・連邦政府の財政を圧迫している現状を指摘している。こうした状況は、「メディカル・クラウドイングアウト」と呼ばれ始めて折、政策関係者にとって大きな課題となりつつある。CMS の医療支出関連報告書、及び Bush 政権の医療システム改革案の概要、本件に関する当地専門家の意見を紹介する。

【GDP 比で他先進国の 2 倍、増加の一途を辿る米国の医療コスト：CMS 報告書】

米国の医療支出が GDP に占める割合は 1960 年にはわずか 5% であったが、技術革新や人口高齢化により医療費の高騰が進み、2004 年にはこの割合は 16% に達した (2.1 兆ドル)。この GDP 比率は日本や主要 EU 諸国の約 2 倍である。CMS の報告書によると、2005 年には米国の医療支出は GDP の 16.2%、2006 年には GDP の 16.5% に達し、現状のままだと 2015 年までに総額でほぼ倍増し (4 兆ドル)、GDP の 20% に達すると予想される (表 1、2)。(経済白書では、この割合が 2025 年までに 22% に達すると予想されている。)

同報告書は医療支出の年増加率が 2002 年以来やや鈍化し、2006 年は 7.3%、来年には 7% まで減少する見通しを示した。しかし処方箋薬の支出は今後 10 年間で毎年平均 8.2% の割合で増加し続ける見通しで、この先 10 年の間、医療支出は GDP 伸び率を大幅に上回るペースで増加するものとみている。また医療支出全体の伸び率は 2008 年以降再び 7.5% 程度まで増加し、2002 年以降の伸び率の減速は一時的なものに過ぎないとの判断を示した。

¹ Health Affairs, *Health Spending Projections Through 2015: Changes On The Horizon*, February 22, 2006.
<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.25.w61v1>

² Council of Economic Advisors, *Economic Report of the President*, February 13, 2006.
<http://www.whitehouse.gov/cea/erp06.pdf>



表3はGDPに占める医療支出の割合と、政府・民間負担分を表したものである。1965年には医療支出の政府負担割合は25%であったが、公的医療保険プログラム（高齢者向けのメディケア、低所得者向けのメディケイド）の拡大により、この割合は2004年には45%を超えた。加えて2005年に成立したメディケア改革法により、高齢者の処方箋がメディケアでカバーされるようになったため、政府負担の医療支出伸び率は2005年には8%、2006年には11.8%と著しく増加するものと予想されている。

【Bush 政権の医療システム改革案】

Bush 政権は15日、医療システムの改革案を発表³。「21世紀に向けてのヘルスケア改革」と題する同改革案によると、医療支出増加の大きな原因は、過去数十年間にわたり保険加入者の医療コストの自己負担分が縮小された結果、市場メカニズムが働かなくなったことにあると指摘。すなわち米国では雇用主が医療保険を提供するケースが一般化し、かつては55%程度であった保険加入者の医療費自己負担分は、近年では15%程度まで縮小した。自己負担分が減少したために、国民の医療コストに対する価格意識が薄れ、十分に価格を考慮して選択しなくなったことが医療コストの拡大につながったと認識している。

こうした観点から Bush 政権が今回発表した改革案は、医療システムに市場メカニズムを取り戻すことによって、医療費の膨張を抑制することに焦点を置いている。すなわち税額控除の拡大により、国民に自己負担での支払いを促すことで、増大する企業などの医療費負担を抑制することを目的としている。同プロポーザルの概要は以下の通り。

➤ 個人で医療保険を購入する際の税控除（個人の保険購入を促進）

現行制度の下では、雇用主を通じて医療保険を購入した場合のみ、雇用主はそのコストについて税控除を受けられ、個人で保険を購入した場合、税制上の恩恵は受けられない。従って、既存の健康預金口座（HSAs）などを通じて、個人で医療保険を購入する場合にも同様の税控除が受けられるようにする。

➤ 医療費自己負担分の税控除

健康預金口座（HSAs）を通じて、医療費の保険でカバーされない部分（保険免責分、Co-payment など）を税控除の対象にする。現行税制では、医療コストが調整済み総所得の7.5%を超えた場合にのみ税控除が認められている。Bush 政権は国民が雇用主を通じて、無税で健康預金口座に医療費を積み立て、医療費の支払い時に同口座から拠出することが出来るよう提案している。

➤ 失業・転職後の医療保険の継続

雇用主を通じて保険に加入している場合、失業や転職しても、保険料の増加なしに医療保険の加入を継続できる制度を構築する。上述の通り米国人の大部分（60%以上）は企業が提供している医療保険に加入しているが、1985年制定の Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act（COBRA）に基づき、失業あるいは転職した場合でも、企業を通して加入

³ The White House, *Reforming Health Care for 21st Century*, February 15, 2005.
http://www.whitehouse.gov/stateoftheunion/2006/healthcare/healthcare_booklet.pdf
Washington D.C. Representative Office



していた医療保険を通常 18 カ月間継続することが出来る。しかしその場合は、企業側が費用負担をやめるので、離職者は全ての保険料負担をしなければならず、重い負担となる。改革案は「ポータブル医療保険プラン」の導入により、転職しても（失っても）同じ保険に同じ保険料で加入を継続できるようにする。その際の保険料は税控除対象とし、雇用主は新たに採用した従業員が既に加している保険のコストを負担することも出来るようにする。

➤ 保険の州間取引を合法化

現行制度の下では医療保険は州毎に規制されており、他州で提供されている医療保険を購入することは出来ない。このような州毎の規制障壁をなくすことで、消費者の医療保険購入の選択肢は広がり、医療保険市場の競争を活発化する。

➤ 中小企業向け「業界医療保険プラン」

従業員に医療保険を提供できない、あるいはしない中小企業も多く、これらの従業員やその家族の中には自分たちで保険を購入するか、あるいは無保険者になるしかない。こうした問題に対して、改革案は中小企業が共同で従業員に医療保険を提供できるように「業界医療保険プラン（AHPs）」の導入を提案。下院議会は既に AHPs の導入に向けて法案を可決しており、上院での採決が待たれている。

➤ 医療訴訟改革（medical liability reform）

近年の医療訴訟増加の結果、医者が患者らの訴訟に備えて支払う医療責任保険料は高騰したと指摘。また医者はこのような医療訴訟への恐れから、自己防衛のために過剰な検査を行ったりするようになったと認識。改革案は、重要度の低い医療訴訟を削減し、医療訴訟のシステムを改革することを狙っている。

【Bush 政権の改革案に対する専門家の意見】

ブルッキングス研究所は 24 日、米国の医療システム改革に関するセミナーを開催。CEA の Katherine Baicker 氏が医療コスト高騰の原因や Bush 政権の改革案などについて講演を行った。パネリストとして参加した Heritage Foundation の Stuart Butler 氏は、改革案は国民全体の医療支出の削減というマクロ的問題に対して、個人の消費行動パターンに変化を起こすことを狙った点は興味深い、改革案が全体の医療コストの削減につながるほどのインパクトをもたらすかについては疑問とコメント。また医療コストを税控除の対象にするのは富裕層寄りの税制優遇措置になり、結果的に財政コストの増加（税収の減少）になると指摘。結論として国民に対して一人当たり共通の金額を提供する Tax Credit 方式の平等な税制優遇措置を取ったほうが望ましいと述べた。また American Institute of Research の Marilyn Moon 氏は Bush 政権の改革案は、低所得者にとってはむしろ不利であり、仮に医療サービスの価格や選択肢について十分な情報を提供されるようになっても、それが消費者の行動を大きく変えるほどの影響を与えるとは思えないとして、批判的な立場を示した。

【高免責額医療保険の推進】

今回の改革案には含まれていないが、医療システム改革に向けての Bush 政権が推進しているもうひとつの解決策として、高免責額医療保険プラン（HDHPs）がある。HDHPs とは保険免



責額を通常より高く（年間 1000～2000 ドル）設定する代わりに、保険料が安い医療保険プランのことである。年間で一定の免責額に達するまでは患者は医療費の全額を負担することになる。Bush 政権の考え方は、患者（消費者）が一定範囲の医療費支払い責任を持つことで、より賢明な選択を行うという「消費者主義（Consumerism）」に基づいている。しかし HDHPs に対する批判として、患者が免責額内の医療費を払いたくない、あるいは払えないがために、必要な医療サービスを受けず、そのために早期発見が遅れてしまう危険が指摘されている。また慢性病患者にとっては結果的に毎年規定の免責額を払うことになり、不利であるとも指摘されている。

【混迷が続く米国医療制度の未来】

日本や主要 EU 諸国は、国民皆保険制度の下に、診療報酬や薬価を政府が管理している。一方、米国の医療制度は自己責任、個人主義的な社会・文化基盤を背景に現在のような形態をとっていると一般に解されている。確かに米国の高度医療技術は莫大な R&D に支えられて、世界一の水準にある。しかし GDP 比で既に他先進国の 2 倍の医療支出は更に増加の一途にあり、政府と家計の重荷として強く意識され始めている。また米国の医療が全ての点で世界トップではないこと、医療機関や薬剤メーカーが桁外れの高収益セクターである一方で 45 百万人もの無医療保険者を抱えていることなどの問題も強く意識されている。

日本的な医療制度は、混合診療のように政府がサービスと価格を管理しない患者の選択できる部分を一定範囲内で認めることで柔軟性を増すことができるだろう。一方、Bush 政権の改革案は患者の自己責任原則と選択を徹底させることで医療制度の効率化を実現しようとしている。しかし、そもそも医療サービスという医者と患者の間に極めて大きな情報格差（情報の非対称性）がある分野においては、市場メカニズムの有効性について、限定的に考えるべきであるとの指摘が米国のエコノミストからも出ている。米国医療制度改革を巡って、今後も混迷が続くと予想される。

（担当：松村詩子）

（e-mail address : umatsumura@us.mufg.jp）

以下の当行ホームページで過去20件のレポートがご覧になれます。

<https://reports.us.bk.mufg.jp/portal/site/menuitem.bd427fa51df4c80526345b1035ca16a0/>



(表 1) 米国の医療支出と GDP に占める割合

National Health Expenditures (NHE), Aggregate And Per Capita Amounts, And Share Of Gross Domestic Product (GDP), Selected Calendar Years 1993–2015

Spending category	1993	2002	2003	2004	2005 ^a	2006 ^a	2010 ^a	2015 ^a
NHE (billions)	\$916.5	\$1,607.9	\$1,740.6	\$1,877.6	\$2,016.0	\$2,163.9	\$2,879.4	\$4,031.7
Health services and supplies	853.5	1,499.2	1,624.5	1,753.0	1,882.2	2,020.3	2,688.1	3,762.8
Personal health care	773.6	1,341.4	1,445.7	1,560.2	1,677.8	1,801.9	2,386.9	3,342.1
Hospital care	317.2	488.6	525.5	570.8	616.1	662.5	882.4	1,230.9
Professional services	280.7	503.2	543.3	587.4	631.3	680.0	903.4	1,261.4
Physician and clinical services	201.2	337.9	367.0	399.9	429.9	463.3	610.7	849.8
Other prof. services	24.5	45.7	49.1	52.7	55.8	59.7	78.5	109.4
Dental services	38.9	73.3	76.9	81.5	87.4	94.3	124.9	167.3
Other PHC	16.2	46.3	50.4	53.3	58.1	62.7	89.2	134.8
Nursing home and home health	87.3	140.0	148.6	158.4	170.6	181.5	232.8	320.5
Home health care ^b	21.9	34.3	38.1	43.2	48.9	53.1	72.3	103.7
Nursing home care ^b	65.4	105.7	110.4	115.2	121.7	128.4	160.5	216.8
Retail outlet sales of medical products	88.4	209.5	228.3	243.7	259.8	277.9	368.4	529.3
Prescription drugs	51.0	157.9	174.1	188.5	203.5	219.2	299.2	446.2
Durable medical equipment	13.5	20.8	22.1	23.0	23.7	24.9	29.5	36.2
Nondurable medical products	23.9	30.9	32.1	32.3	32.6	33.8	39.6	46.9
Program admin. and net cost of private health insurance	53.0	106.1	124.9	136.7	142.4	151.5	210.6	289.8
Government public health activities	26.8	51.7	54.0	56.1	62.0	67.0	90.7	130.9
Investment	63.0	108.8	116.1	124.6	133.8	143.6	191.3	268.9
Research ^c	16.4	32.5	35.6	39.0	42.0	45.2	60.2	81.0
Structures and equipment	46.6	76.2	80.5	85.7	91.8	98.4	131.1	187.9
NHE per capita	\$3,461.3	\$5,485.0	\$5,879.4	\$6,280.3	\$6,683.0	\$7,110.3	\$9,147.7	\$12,320.4
Population (millions)	264.8	293.2	296.1	299.0	301.7	304.3	314.8	327.2
GDP, billions of dollars	\$6,657.4	\$10,469.6	\$10,971.2	\$11,734.3	\$12,450.1	\$13,134.8	\$16,026.4	\$20,197.9
Real NHE ^d	\$1,041.7	\$1,543.2	\$1,637.3	\$1,721.0	\$1,801.0	\$1,889.7	\$2,284.7	\$2,827.4
Chain-weighted GDP index	0.88	1.04	1.06	1.09	1.12	1.15	1.26	1.43
PHC deflator ^e	0.81	1.08	1.12	1.16	1.20	1.25	1.45	1.75
NHE as percent of GDP	13.8%	15.4%	15.9%	16.0%	16.2%	16.5%	18.0%	20.0%

SOURCES: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; and U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis and Bureau of the Census.

NOTE: Numbers might not add to totals because of rounding. 1993 marks the beginning of the shift to managed care.

^a Projected.

^b Freestanding facilities only. Additional services are provided in hospital-based facilities and counted as hospital care.

^c Research and development expenditures of drug companies and other manufacturers and providers of medical equipment and supplies are excluded from "research expenditures" but are included in the expenditure class in which the product falls.

^d Deflated using GDP chain-type price index (2000 = 100.0).

^e Personal health care (PHC) chain-type index is constructed from the producer price index for hospital care, nursing home input price index for nursing home care, and consumer price indices specific to each remaining PHC component (2000 = 100.0).



(表 2) 米国の医療支出伸び率と GDP 伸び率との比較

National Health Expenditures (NHE), Average Annual Percentage Growth From Prior Year Shown, Selected Calendar Years 1993-2015

Spending category	1993 ^a	2002	2003	2004	2005 ^b	2006 ^b	2010 ^b	2015 ^b
NHE	11.5	6.4	8.2	7.9	7.4	7.3	7.4	7.0
Health services and supplies	11.7	6.5	8.4	7.9	7.4	7.3	7.4	7.0
Personal health care	11.5	6.3	7.8	7.9	7.5	7.4	7.3	7.0
Hospital care	11.2	4.9	7.5	8.6	7.9	7.5	7.4	6.9
Professional services	12.0	6.7	8.0	8.1	7.5	7.7	7.4	6.9
Physician and clinical services	12.3	5.9	8.6	9.0	7.5	7.8	7.2	6.8
Other prof. services	16.4	7.2	7.5	7.4	5.9	6.9	7.1	6.9
Dental services	9.7	7.3	4.8	6.1	7.2	7.9	7.3	6.0
Other PHC	11.8	12.4	8.7	5.8	9.1	7.9	9.2	8.6
Nursing home and home health	14.3	5.4	6.1	6.6	7.7	6.4	6.4	6.6
Home health care ^c	22.1	5.1	11.1	13.3	13.2	8.6	8.0	7.5
Nursing home care ^c	12.9	5.5	4.5	4.3	5.6	5.5	5.7	6.2
Retail outlet sales of medical products	9.7	10.1	9.0	6.7	6.6	7.0	7.3	7.5
Prescription drugs	10.2	13.4	10.2	8.2	8.0	7.7	8.1	8.3
Durable medical equipment	9.6	4.9	6.4	4.0	3.3	5.1	4.3	4.1
Nondurable medical products	9.0	2.9	4.2	0.4	1.1	3.5	4.1	3.4
Program admin. and net cost of private health insurance	13.7	8.0	17.7	9.4	4.2	6.4	8.6	6.6
Government public health activities	13.7	7.6	4.4	4.0	10.5	8.0	7.9	7.6
Investment	9.4	6.3	6.7	7.3	7.4	7.3	7.4	7.0
Research ^d	9.7	7.9	9.5	9.3	7.9	7.7	7.4	6.1
Structures and equipment	9.3	5.6	5.5	6.5	7.1	7.2	7.5	7.5
NHE per capita	10.4	5.2	7.2	6.8	6.4	6.4	6.5	6.1
Population (millions)	1.0	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8
GDP, billions of dollars	8.4	5.2	4.8	7.0	6.1	5.5	5.1	4.7
Real NHE ^e	5.9	4.5	6.1	5.1	4.7	4.9	4.9	4.4
Chain-weighted GDP index	5.2	1.9	2.0	2.6	2.6	2.3	2.4	2.5
Personal health care deflator ^f	7.3	3.2	3.7	4.1	3.5	3.8	3.8	3.8

SOURCES: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; and U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis and Bureau of the Census.

NOTES: GDP is gross domestic product. Numbers might not add to totals because of rounding. 1993 marks the beginning of the shift to managed care. Growth rates are calculated consistent with the National Health Expenditure Accounts methodology. For example, the 2015 growth rate above is equal to the level of 2015 expenditures over the level of 2010 expenditures raised to the one-fifth power (the average growth over five years).

^aAverage annual growth from 1970 through 1993.

^bProjected.

^cFreestanding facilities only. Additional services are provided in hospital-based facilities and counted as hospital care.

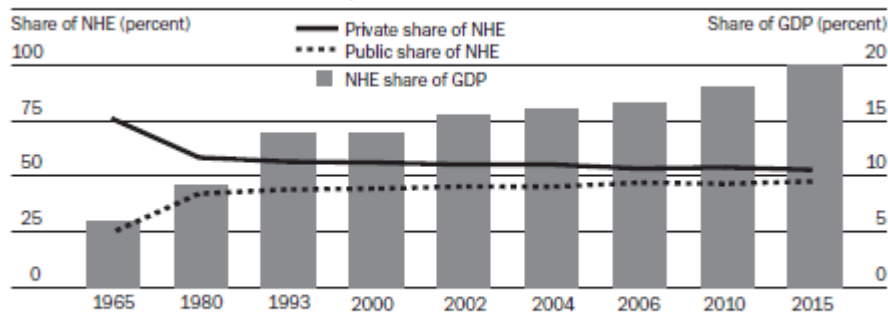
^dResearch and development expenditures of drug companies and other manufacturers and providers of medical equipment and supplies are excluded from "research expenditures" but are included in the expenditure class in which the product falls.

^eDeflated using GDP chain-type price index (2000 = 100.0).

^fPersonal health care (PHC) chain-type index is constructed from the producer price index for hospital care, nursing home input price index for nursing home care, and consumer price indices specific to each remaining PHC component (2000 = 100.0).

(表 3) 医療支出の GDP に占める割合と民間・政府負担分

National Health Expenditures (NHE) Share Of Gross Domestic Product (GDP) And Private And Public Shares Of NHE, Selected Years 1965-2015



SOURCE: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group.

NOTES: The left axis (public and private spending's share of NHE) relates to the two line graphs. The right axis (NHE share of GDP) relates to the gray-shaded bars. Data for 2006, 2010, and 2015 are projections.

本レポートは信頼できるとされる情報に基づいて作成しておりますが、その正確性、完全性を保証するものではありません。また特定の取引の勧誘を目的としたものではありません。意見、判断の記述は現時点における当駐在所長の見解に基づくものです。本レポートの提供する情報の利用に関しては、利用者の責任においてご判断願います。また、当資料は著作物であり、著作権法により保護されております。全文または一部を転載する場合は、出所をご明記ください。

本レポートのE-mailによる直接の配信ご希望の場合は、当駐在所長、あるいは担当者にご連絡ください。