

# 海外の医療制度を訪ねて

## 〈第1回～アメリカとEU編〉

財務総合政策研究所研究部  
—医療制度研究班—

### 1. はじめに

財務総合政策研究所では、本年8月7日に「持続可能な医療サービスと制度基盤に関する研究会」（座長：貝塚啓明・東京大学金融教育研究センター長）の報告書を発表しました。この研究会は、「社会保障全体の中での医療の位置付けを念頭に置きつつ、国民にとっても関係者にとっても安心のできる医療サービス供給体制と、適切な費用負担の下での持続可能な医療保険制度について、中長期的な観点から基本的な議論を行なう」ことを目標とするものでした。

研究会の概要については、財務省→財務総合政策研究所→最近の報告書等、あるいは検索により、ぜひウェブページをご覧くださいと思いますが、本稿ではこれに関連した財務総合政策研究所研究部のスタッフによる欧米の医療制度の国際比較研究の一部をご紹介しますと思います。

第1回は、アメリカとEUの概観をしてみたいと思います。アメリカでは、オバマ政権が国民皆保険の導入に取り組んでいますが、現状は州ごとに異なっており、マサチューセッツ州で

### 第1回の執筆者

**中本 淳**（財務総合政策研究所客員研究員）

平成15年東京大学大学院経済学研究課修士課程修了。平成18年4月～平成21年3月財務総合政策研究所研究官。現在、武蔵野大学非常勤講師。

**大森 真人**（前財務総合政策研究所研究員）

平成14年3月一橋大学経済学部卒業。同年4月、日本通運株式会社入社。平成19年10月～平成21年9月財務総合政策研究所研究員。現在、日本通運株式会社勤務。

**平川 伸一**（財務総合政策研究所総括主任研究官）

は既に皆保険の制度が導入されています。このように一般的な話は難しいのですが、幾つかのトピックを紹介してみたいと思います。同様に、EUも各国の制度は異なっていますが、共通する目標の確認と政策協調という形で、域内のサービス水準を引き上げようという動きが続いています。

今回の概観に続いて、第2回では、我が国と同じように公的医療保険制度を有しているドイツとフランスを取り上げる予定です。第3回は、

本稿に示された意見はすべて執筆者個人に属し、財務省あるいは財務総合政策研究所の公式見解を示すものではない。

税財源により政府が医療サービスを提供しているイギリス、デンマークを取り上げてみたいと思います。そして第4回に、制度改革の評判の高いオランダ、そして再びEUの政策を取り上げ、まとめていきたいと考えています。

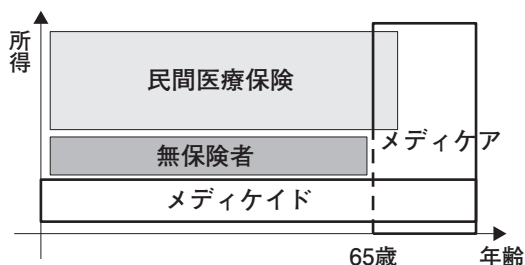
よろしくお付き合いいただけますれば有難く存じます。(平川記)

## 2. アメリカ～医療制度改革の行方は？

アメリカの医療制度の特徴をひとことで言うならば「国民全体をカバーする公的医療保険が無く、民間医療保険の存在感が非常に大きい」ということになるでしょうか。

右図<sup>1</sup>で、アメリカの医療制度のおおまかな枠組みを示していますが、公的医療保険として一般に提供されているのは、65歳以上の高齢者や障害者等をカバーするメディケア（老人医療保険）と、低所得者をカバーするメディケイド（低所得者医療扶助）です。2007年時点（人口2億9910万人、以下数字は2007年時点のもの）での加入者数はそれぞれ、約4138万人（人口比13.8%）と約3955万人（同13.2%）にすぎません。ちなみに、メディケアは連邦政府が、メディケイドは州政府が運営主体となっており、後者は連邦政府の定めるガイドラインを満たした上で、各州が追加的な医療サービスの範囲を定めて運営しています。

現役世代の大半は任意加入の民間医療保険でカバーされることになります。この加入者が約2億200万人で、総人口の67.5%。さらにその内訳をみると、民間企業拠出の医療保険でカバーされている人が約1億7700万人で総人口比59.3%、民間医療保険の88%になります。



これは主として企業が福利厚生の一環として提供しているもので、従業員にとってはもちろんのこと、企業にとっても保険料の拠出分については所得控除となる税制優遇措置が受けられるなどのメリットがあります。民間医療保険を提供できないような中小企業の従業員や自営業者は、自己負担により民間医療保険に加入することになりますが、保険料の高さもあって、その割合は大きくありません（2667万人、総人口比9%）。また、図でも示していますが、メディケアの加入者は、メディケイドや民間医療保険に重複して加入している場合があります。

この枠組みで問題になるのは、「メディケイドでカバーされるほど所得は低くないが、民間医療保険に加入できるほどは所得が高くない」無保険者の存在です。いわゆる「保険の谷間」に落ち込んでしまっている人たちですが、その数4565万人、人口比で15.3%にもなります。また、一口に「民間医療保険」といっても様々なものが提供されており、保険に入っている人でも病気になったときの給付が十分なものでない場合もあるようです。こうした低所得の人々が病気になると多額の自己負担によってますます貧困になっていく、このような現象がアメリカの医療制度の問題の一つとなっています。また、民間の医療保険が中心であるがゆえに、いったん景気が悪くなると無保険者の数が一気に増えることにもなります。

<sup>1</sup> 「欧米諸国の医療保障 第7版」より作成。

アメリカの医療制度のもう一つの問題点は、医療費および医療保険料の高さです。GDP 比でみると 16% で OECD 平均値 8.9% を 7% 近くも上回って圧倒的な第 1 位（2 位はフランスの 11%）。国民一人当たり 7421 ドルは、他の先進国のほぼ 2 倍という高さです。この医療費の高さが、メディケア・メディケイドをして、連邦・州財政における大きな赤字要因たらしめています（カバー範囲は狭いの）。アメリカの医療費が高い理由としては、高齢化や医療の高度化が挙げられており、今後も上昇が予想されています。この高い医療費をいかに抑制するかは、単に政府の医療費増大圧力を緩和するというだけにとどまりません。先にみたように、アメリカの医療制度においては、民間企業拠出による医療保険が中心となっているわけですが、医療費の高騰は医療保険に団体加入している企業会計にとってもコスト増大圧力となるため、国際競争力を大きく損ねることになるのです。

さて、医療費の膨張を抑え、なおかつ無保険者への保険適用を拡大する、これがオバマ政権の医療制度改革です。この大きな改革を 1 年足らずで決着させようというオバマ政権の方針に対し、視察先の医療行政関係者たちはかなり期待を込めて話されていた印象があります（議会予算局、医療研究所、マサチューセッツ州政府等）。ただし、無保険者の保険加入に対して何らかの財政支援を行おうとすれば、連邦の医療支出をより増大させることは当然です。ポイントとなるのは、診療報酬の見直しやジェネリック医薬品の普及、医療 IT システムの導入による検査や治療の重複の回避等々による一人当たり医療費の削減となるわけですが、どれも一朝一夕に削減につながるものではなく、日々のニュースからうかがう限り、議会における風当たりはまだかなり強いものと言えるようです。果たして、オバマ政権が最重要課題と位置づけ

るこの改革はうまくいくのでしょうか。

肯定的なポイントをいくつか挙げることはできます。まず、オバマ政権の医療改革法案は、現行の制度を前提としており、その意味で漸進的なものです。これとは対照的なのが、90 年代半ばのクリントン政権における国民皆保険構想。詳述は避けますが、それまでの制度を抜本的に改革し、全国民に医療保険への加入を義務付けるものでした。改革の内容は非常に壮大で（法案は 1300 ページを超えていたとか）、その中身があまり国民に理解されなかった上に、改革のベースとなる各州に一つの「地域保健連合」の創設が市場原理を損ねるのではないかなどの批判にさらされ、結局廃案となってしまいました。医療改革の難しさは、個人の選択を尊重するアメリカ人の思想的な背景に帰する部分も大きいと思われますが、このときの失敗については、改革のあり方があまり抜本的すぎたことも大きな要因であったと考えられているようです。このときの改革案と比較すれば、現状を出発点とするオバマの改革案はかなり受け入れられやすいと評価していいと思われます。

また、同じく漸進的な方法で、実はマサチューセッツ州がすでに公的皆医療保険制度を実施していること（2007 年 7 月より）も、個人的には肯定的な要因として考えています。こちらでも詳細は避けますが、既存のメディケイドの適用範囲を拡大するとともに、州政府の補助金を投入した新しい医療保険を創設し、公的な医療保険の適用者を増やすとともに、11 人以上の雇用主に医療保険への拠出を義務づけるなど、民間にも負担を分散しています（拠出金分は所得控除）。また、州民に対して医療保険への加入を義務化し、非加入者に対しては州所得税における所得控除を認めないなどの罰則を設けました（オバマ政権の改革では義務化まではいっていないようです）。

マサチューセッツ州でこのような改革が可能となったのは、他州に比べて比較的裕福で無保険者の割合が相対的に低かったことや、長年にわたって保険の適用範囲を広げてきたという個別要因があることは確かです。

しかし、一方で、無保険者の存在が州財政を圧迫していたという事実も見逃せません。実はマサチューセッツ州では、無保険者に医療を施す医療機関に補助金を出す「無保険者ケア基金」というものがあります。この無保険者たちは、保険が適用されていないがために、よほど重症化するまで医療機関に行くことはなく、その結果彼らの診療費は非常に高額なものとなっています。それに伴って州のケア基金補助金も高額なものとなっていたわけです。無保険者への保険適用のための補助金の増加は、無保険者ケア基金支出を減少させ、州財政に中立であるとの推計もあったようで、こうした事情がマサチューセッツ州での皆保険実現を後押ししたことは間違いないでしょう。多くの州でこうした基金が存在するようなので、無保険者への保険適用というオバマ改革は、もう少し順風であってもいい気がします。

オバマ改革にとって否定的なポイントとしては、議会予算局による改革案の試算が非常に厳しいものだったことでしょう。「今後10年の財政負担は1兆ドル、しかし減少する無保険者は30%程度で3700万人が無保険のまま」、これは6月の試算で今はもう少し改正されていると思いますが、議論のスタートとしてはかなりビハインドな印象です。これに加えて、アメリカでは、個人の自助努力や選択の自由を尊重する、という一点が非常に重視されることも忘れてはいけません。こうした立場に立つ人にとっては、医療費や保険料率の高さは医療の質や選択肢の多さに対する対価として受け入れられるものなのです。

といったわけで、まだ予断を許さないオバマの改革ですが、アメリカ医療制度における歴史的な一幕の成否を、今後も注視していきたいと思います。(中本記)

### 3. EU ①～制度の調和に向けて

近年欧州連合(EU)は加盟国が増加し、その経済的發展には目覚ましいものがあります。経済的なつながりが強くなっていく中、生活に密着した医療・介護分野の現状はどのようなものであり、EUとして目指している方向性はどのようなものなのでしょうか。

EU全体としては様々な経済水準の国が集っています。加えて、各国がそれぞれの歴史の中で発展させてきた医療制度は、ヨーロッパの各国でかなり異なっています。例えば、基本的な医療費用負担についてみても、イギリス、デンマーク、スウェーデン等の税方式の国もある一方で、ドイツ、フランス等の保険方式の国もあり、様々な制度の国が混在しています。各国それぞれが、医療を含む社会保障システムに対して責任があることに由来しているものです。これはEUならではの多様性と言えるのではないのでしょうか。このような医療制度の現状を念頭においてみたときに、将来のEUの医療制度、医療に関する規制等はある一つの方向に収斂していくのでしょうか、それとも格差は拡大しバラバラなものとなっていくのでしょうか。

この答えを一言でいえば、収斂していくと思われれます。さらに付け加えるならば、多様性を持ちつつ調和していく、ということになるでしょう。具体的にはどのような動きや制度により調和が進展していくということが出来るのでしょうか。これには、人の移動に伴う収斂、開かれた政策協調(the Open Method of

Coordination)に伴う収斂、構造基金等による収斂が挙げられます。

一番強い力は、人の移動に伴う収斂でしょう。EUとして人の移動が活発になることにより、様々な国の状況、制度をより身近に肌で感じることができるようになります。このことにより、自国の制度をより良いものへと変えていこうという人々の力が今までよりも強く働くようになると思われます。特に、EUでは、域内の移動性の促進という目的のために欧州健康保険証(European Health Insurance Card (EHIC))が用意されています。このカードにより、被保険者は一時的な滞在の間に必要な医療を簡易に受けることが出来るようになっており、既に1/3以上のEU市民が手にしています。このような制度により、他国の医療制度を体験し、それが自国の制度へと反映されていくのではないのでしょうか。

次に挙げられるのが、開かれた政策協調(the Open Method of Coordination)に伴う収斂です。これはもともと2000年以降、雇用など様々な分野において進められた政策協調の手段であり、医療や介護の分野においては、2006年よりこの開かれた政策協調が用いられています。欧州委員会は情報や成功例の交換において重要な役割を演じており、医療・介護分野の共通の目標として、医療・介護システムのアクセス可能性(accessibility)、良質性(quality)、財源の存続可能性(financial viability)を達成することを挙げています。

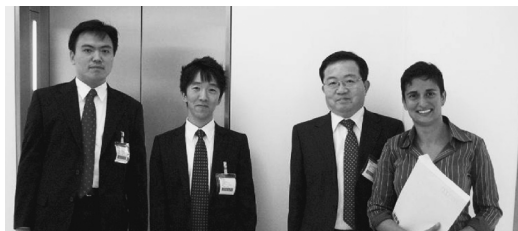
その手法には以下の項目が含まれます。①高レベルの共通目標を共有し同意。②共通の指標に同意。その指標は過程がどれだけ目標に近づいているかを指し示します。③国別戦略レポートを提出。その中で各メンバー国はどのように共通の目標に適合するよう政策を計画しているかを発表。④欧州委員会とメンバー国とが一緒

に、この戦略を評価。⑤よい評価がなされた政策については、各国に政策の参考とされます。また共通指標についてもその結果を踏まえ、さらに改良が行われることになります。このような手法を用いることによって、医療・介護分野の協調を推し進めようとしているのです。

最後に、構造基金による収斂です。構造基金とは、EU域内の各地域間格差是正のための補助金のための基金です。例えば2000年～2006年の期間、医療のインフラ、医療機器、医療従事者に対する投資が欧州地域開発基金(European Regional Development Fund)や欧州社会基金(European Social Fund)によって行われてきました。さらに2007年～2013年には、人々の健康が経済の繁栄に大切であるとの考えから、医療、介護の重要性がより一層強調され、重要な投資分野として認められるようになりました。これも医療に関する各地域の格差縮小のさらなる原動力になると考えられます。

医療、介護分野の現状としては、EU加盟国間に格差があるというだけでなく、ある一国内においても様々なグループ間(例えば都市—地方、少数民族等)に健康格差が存在しており、全EU市民がある水準の健康状態を手に入れるのは様々な困難が予想されています。それでも、上記で述べた力を原動力に、EU内の医療制度、規制等はある一定の水準をクリアしつつ調和していくに違いないと考えます。(大森記)

(第2回に続く)



2009年5月イギリスにて  
視察を行った医療制度研究班のメンバー