

アメリカの医療保障システムと地域市場

櫻井 潤*

抄録：本稿は、アメリカの医療保障システムを地域市場との関係に焦点を当てて考察することで、それが各地域の医療サービス市場と医療保険市場を基盤として成り立っていることを明らかにするものである。アメリカの医療保障システムは地域市場を基盤としており、地域市場の多様な発展が医療保障システムの多様性をもたらしている。地域性とそれに基づく多様性は医療保障システムの全体を貫徹する論理であり、それは公的部門による強力な統制の下で実施されているヨーロッパ諸国の医療保障システムとは大きく異なるアメリカ的な特質であるといえよう。

キーワード：医療保障、医療保険、国民医療費、地域市場、アメリカ

1 問題設定

本稿の課題は、アメリカの医療保障システムについて、それが各地域の医療サービス市場と医療保険市場を基盤として成り立っているという特質に焦点を当てて考察し、システムの全体を貫く地域性とそれに基づく地域間の多様性を浮き彫りにすることである。アメリカの医療保障は当初から地域市場を基盤としており、地域市場の多様な発展が医療保障システムの多様性をもたらしてきた。地域性とそれに基づく多様性は医療保障システムの全体を貫徹する論理であり、それは21世紀初頭の現在も存続している。

本稿では、アメリカの医療保障システムの全体像を地域性とそれに基づく多様性に着目して考察することで、地域市場を基盤としていることが医療保障システムの特質であることを明らかにするとともに、1990年代後半以降のシステムの再編を地域性という視点で検討することの重要性と必然性を示したい。

2 医療保障システムの全体像と地域性に基づく多様性

表1は、2009年におけるアメリカ全体の医療保障の加入状況を示したものである。

第1に、アメリカの医療保障システムの主軸は雇用主

提供医療保険（employer-sponsored health insurance）であり、国民の55.8%が加入している。雇用主提供医療保険は、各地域の民間企業の雇用主や政府職員の雇用主としての政府から、自らの被用者やその家族に対して提供される福利給付である。雇用主は地域保険市場で医療保険プランを販売する保険会社やマネジドケア組織（Managed Care Organizations）との間で、被用者に提供するプランの種類や各プランの給付内容、患者一部負担、保険料、利用可能な医療機関などについて交渉し、その交渉結果に基づいて契約が交わされる。すなわち、後に詳しく述べるように、雇用主提供医療保険は地域の医療サービス市場と医療保険市場を基盤として成り立っており、企業や政府と各地域の保険会社やマネジドケア組織の間で交わされた多様な契約に基づいて地域保険のプランが別々に設計され、それぞれのプランへの加入が各地域の被用者に対して選択肢として提供されているのである。被用者は、雇用主から提示されたプランの中から1つを選択し、そのプランの保険料のうち、被用者が負担すべき金額を支払うことでプランに加入する。

雇用主提供医療保険の加入資格を持たない者は、地域保険市場で販売されている個人保険のプランを購入することが可能であるが、その保険料は雇用主提供医療保険の保険料のうち被用者の負担額に比べるとかなり高額であり、多くの人々にとって個人保険の購入は難しい。2009年には、雇用主提供医療保険の保険料の平均額は単

*看護福祉学部人間基礎科学講座

表1 各州の医療保障の加入状況（州の人口に占める割合）（2009年）

(%)

	民間医療保険			公的医療保障				無保険	
	雇用主提供	個人	いずれかの保障	医療扶助*2	メディケア	軍人関連	いずれかの保障		
北東部	【ニュー・イングランド】								
	コネティカット	66.3	9.6	75.3	9.6	14.7	2.2	24.7	12.0
	ニューハンプシャー	68.3	9.0	76.5	7.9	15.2	3.0	23.6	10.5
	ヴァーモント	58.9	9.6	67.9	21.9	15.6	5.3	38.1	9.9
	マサチューセッツ	66.5	8.6	74.8	20.5	16.5	2.2	35.3	4.4
	メイン	55.4	10.6	65.9	23.5	18.3	6.5	40.4	10.2
	ロードアイランド	59.0	8.5	67.3	17.9	15.4	2.5	32.7	12.3
	【ミドル・アトランティック】								
	ニュージャージー	65.3	7.1	71.3	11.0	12.9	0.8	23.0	15.8
	ニューヨーク	53.7	6.8	60.9	22.2	14.7	1.3	35.1	14.8
ペンシルヴェニア	61.8	10.4	71.2	15.7	16.6	2.6	31.1	11.4	
中西部	【東北中央部】								
	イリノイ	57.9	10.0	66.5	15.8	13.2	2.5	29.1	14.8
	インディアナ	58.1	10.3	65.8	16.1	14.9	3.3	31.8	14.2
	ウィスコンシン	63.8	11.0	74.4	15.2	16.4	2.6	31.0	9.5
	オハイオ	60.7	9.2	68.5	14.1	15.7	2.6	29.2	14.3
	ミシガン	63.1	7.1	69.9	14.6	14.6	1.7	28.9	13.8
	【西北中央部】								
	アイオワ	62.2	14.1	75.2	14.2	13.5	2.9	27.7	11.4
	カンザス	57.6	13.0	70.8	11.5	15.0	7.5	29.9	13.3
	サウスダコタ	55.8	16.2	70.8	13.3	16.3	7.8	32.2	13.5
	ネブラスカ	61.3	15.6	74.1	11.4	14.9	7.2	29.3	11.5
	ノースダコタ	59.8	20.3	78.0	9.0	13.8	6.0	26.3	10.7
	ミズーリ	57.1	11.6	67.3	14.9	15.9	4.1	29.9	15.3
	ミネソタ	62.2	13.9	74.8	14.6	14.2	2.6	29.2	8.8
南部	【サウス・アトランティック】								
	ウェストヴァージニア	56.8	6.0	62.3	17.2	21.7	5.9	40.1	14.0
	サウスカロライナ	54.0	9.3	62.2	13.6	17.4	5.2	32.2	17.0
	ジョージア	54.4	7.5	60.8	13.9	10.8	5.3	26.8	20.5
	デラウェア	61.6	7.7	67.9	14.7	16.5	3.2	31.9	13.4
	ノースカロライナ	53.8	8.8	61.7	14.0	15.3	6.3	32.2	18.0
	ヴァージニア	63.0	7.4	70.0	10.4	13.1	9.9	30.1	13.0
	フロリダ	48.2	10.5	57.4	12.8	18.6	6.3	32.6	22.4
	メリーランド	66.7	6.9	73.0	9.7	12.4	4.4	24.2	14.0
	ワシントンD.C.	56.7	8.1	63.7	23.1	11.5	1.7	33.3	12.4
	【東南中央部】								
	アラバマ	56.4	8.0	62.6	17.2	16.9	3.7	34.3	16.9
	ケンタッキー	55.9	7.3	62.6	17.5	15.9	4.8	33.1	16.2
	テネシー	51.3	8.9	59.9	16.3	16.5	7.2	35.8	15.4
	ミシシッピ	44.7	8.9	53.1	22.8	16.4	4.5	40.2	17.6
	【西南中央部】								
アーカンソー	47.2	8.8	55.3	16.1	18.0	5.8	35.6	19.2	
オクラホマ	53.6	7.9	60.9	14.9	16.0	8.2	34.2	18.1	
テキサス	48.2	6.2	53.8	16.0	11.1	4.3	28.1	26.1	
ルイジアナ	55.4	8.3	62.6	17.5	15.9	4.8	33.1	16.0	
西部	【山岳部】								
	アイダホ	55.9	15.4	68.5	13.4	13.5	3.9	27.0	15.2
	アリゾナ	47.8	10.6	56.7	20.1	13.0	4.0	34.0	19.6
	コロラド	59.5	10.6	69.5	11.9	11.2	5.6	26.0	15.3
	ニューメキシコ	45.0	6.9	51.2	21.1	14.8	6.7	37.1	21.7
	ネヴァダ	57.8	6.5	64.0	10.1	12.0	6.6	24.6	20.8
	モンタナ	50.0	15.4	66.5	12.8	18.2	5.8	32.5	15.4
	ユタ	65.3	8.8	73.4	9.2	9.7	3.2	20.3	14.8
	ワイオミング	56.5	12.3	68.7	11.0	13.5	7.3	27.8	15.8
	【海洋部】								
	アラスカ	56.9	5.3	60.9	12.5	9.7	14.3	32.9	17.7
	オレゴン	54.9	14.1	67.1	12.8	15.5	4.5	29.3	17.7
	カリフォルニア	49.8	8.4	58.1	18.9	12.0	2.8	30.3	20.0
	ハワイ	65.1	6.8	71.0	15.1	16.8	10.0	37.1	8.2
ワシントン	59.7	10.2	69.1	15.7	12.5	7.7	32.1	12.9	
全米	55.8	8.9	63.9	15.7	14.3	4.1	30.6	16.7	

※1 U. S. Census Bureauの地理区分に基づいて地域を分類した（他の図表も同様）。

※2 メディケイドと医療保険加入支援制度（CHIP）。

出所）U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Servicesのウェブサイト（<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/original.html>；<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/index.html>）；Census Bureauのウェブサイト（http://www.census.gov/geo/www/us_regdiv.pdf#search=census bureau region map）より作成。

身で加入する場合で月額402ドル¹であり、雇用主拠出の平均額である337ドルを差し引くと、被用者の負担額の平均は65ドルである。それに対して、同年には個人保険の保険料の平均額は月額249ドル²であり、雇用主拠出がないので、加入者がその全額を支払うことになる。しかも、多くの個人保険プランの保障内容は雇用主提供医療保険のそれよりも限定的であり、個人保険の保険料は相対的に割高である。それにもかかわらず、個人保険のプランを購入する人々は、雇用主提供医療保険の保険料のうち被用者の負担額の3.8倍も多くを保険料を支払わなければならないのである。個人保険の加入率は8.9%であり、雇用主提供医療保険の加入率よりもはるかに低い。

第2に、国民の30.6%は公的医療保障制度を通して医療保障を獲得している。公的医療保障制度の主力は、公的医療保険のメディケア（Medicare）と、医療扶助のメディケイド（Medicaid）や医療保険加入支援制度（Children's Health Insurance Program；CHIP）である。メディケアは65歳以上の高齢者と一部の障害者を対象としており、全国民の14.3%がメディケアを通して医療保障を獲得している。メディケイドとCHIPのいずれかの加入者は全国民の15.7%を占めており、メディケイドが現金扶助の受給者などを対象としている一方で、CHIPはメディケイドの所得要件を満たしていないワーキング・プア世帯の子どもと妊婦などの一部の成人に対して医療保険への加入を促すことを目的とする医療扶助である。これらの他にも、現役の軍人や退役軍人とその家族や遺族を対象とするトライケア（TRICARE）や州政府によって独自に実施される公的医療保障制度など、連邦・州・地方政府のそれぞれが多様な公的医療保障制度を実施している。これらの公的医療保障制度は地域市場の発展を前提として創設されたものであり、雇用主提供医療保険と同様にそれらを基盤として実施されている。

第3に、雇用主提供医療保険を中心とする民間医療保険と公的医療保障制度のどちらからも保障されておらず、確実な医療保障を持たない無保険者（uninsured）が約5,000万人も存在しており、アメリカの国民に占める無保険者の比重は16.7%にも上る。無保険者や不十分な医療保障しか持たない者（underserved）が怪我を負ったり病を抱えたりした際には、地域病院や地域の診療所などで提供される割引診療（discount care）やフリーケア（free care）³を利用することもできるが、それらは確実な医療保障とはいえず、これらの人々は不確実な医療保障に依存しながら不安定な生活を送ることを余儀なくさ

れている。

このように、アメリカの医療保障システムの主軸は地域市場を基盤とする雇用主提供医療保険であり、それを補完する形で、地域市場の発展を前提として創設された公的医療保障制度と地域レベルの割引診療やフリーケアが存在している。逆からみると、アメリカの医療保障システムは雇用主提供医療保険だけで成り立っているのではなく、メディケアとメディケイドやCHIPに加えて、連邦・州・地方政府によって実施される多様な公的医療保障制度と、各地域でいっそう多様な形で行われる割引診療やフリーケアというセーフティネットが存在し、それらが地域市場を基盤とする医療保障制度として機能することではじめて、雇用主提供医療保険を主軸とする医療保障システムが成立しているのである。

3 各州の医療保障の加入状況と医療費の地域差

医療保障の加入状況は州ごとにかなり多様である。雇用主提供医療保険の加入率はニューハンプシャー州で最も高く、その加入率は68.3%であるのに対して、ミシシッピ州では最も低く、加入率は44.7%しかない。両州の加入率の差は23.6ポイントであり、大きな地域差が存在することがわかる。公的医療保障制度の加入率も州ごとに多様であり、加入率が最も高いメイン州の40.4%と全米で最も低いニュージャージー州の23.0%の差は17.4ポイントである。特に、医療扶助（メディケイドとCHIP）の加入率に大きな地域差があり、それが公的医療保障制度の全体の加入率に大きな影響を及ぼしている。ニューハンプシャー州では雇用主提供医療保険の加入率が全米で最も高い一方で、医療扶助の加入率は最も低く7.9%である。加入率が最も高いのはメイン州の23.5%であり、ニューハンプシャー州との間で15.6ポイントもの地域差が存在する。メディケアの加入率の地域差は12.0ポイントであるが、この地域差は主に、各州の

³ チャリティーケア（charity care）は割引診療やフリーケアの総称としてしばしば用いられるが、それらの提供が公的制度として実施されている場合もあることなどをふまえて、本稿ではこの用語を使用しない。なお櫻井（2011）は、ニューヨーク州ニューヨーク市で実施されているHHCオプション（HHC Option）という公的制度や、ブルックリン区の市立病院のウッドハル医療センター（Woodhull Medical Center）によるアーティスト・アクセス・プログラム（Artist Access Program）というHHCオプションのウェイバー制度（waiver program）を、21世紀における地域主導の割引診療とフリーケアの新たなシステムとして考察している。

¹ The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2009), p.31.

² America's Health Insurance Plans (2009), p.5.

人口に占める65歳以上の高齢者の比重に地域差によって生じている。

医療保障の加入状況に地域差が存在する結果、無保険率も州間で21.7ポイントもの差が生じている。マサチューセッツ州の無保険率は4.4%であり、全米で最も低い。マサチューセッツ州の雇用主提供医療保険と医療扶助の加入率はともに全米平均を上回っており、結果として無保険率が低水準に維持されている。一方で、テキサス州では雇用主提供医療保険の加入率が全米平均よりも低い上に、医療扶助の加入率はその低水準を補うほどには高くはないことから、無保険率は全米で最高の26.1%にも上る。つまり、人口が相対的に多いテキサス州の4人に1人以上の人々が無保険の状態で生活しており、無保険者の規模と人口に占める比重でみると、テキサス州の無保険の問題は他の州に比べて特に深刻である。

医療保障の加入状況や地域市場の性質などに地域差が存在することで、医療費にも大きな地域差が生じている。表2は、2004年の各州の人口と人的医療支出⁴を整理したものである。

第1に、各州の人口の分布をみると、カリフォルニア州の人口が最も多く、それに次いでテキサス州とニューヨーク州の人口規模が大きい。カリフォルニア州民は国民の12.2%を占めており、テキサス州とニューヨーク州の人口の比重はそれぞれ7.7%と6.6%である。人口規模でみた場合、これらの州は国内でも最大規模の地域市場を持っているといえよう。

第2に、各州の人的医療支出の規模は人口規模に正比例して大きくなる傾向にあるが、州民の男女構成や年齢構成、医療保障の加入状況、医療機関の編成、医療の利用状況やその構成などの地域差も、支出額の地域差に大きな影響を及ぼしている。最大の人口を抱えるカリフォルニア州の人的医療支出は全米の合計の10.7%を占めており、全米の人口に占める比重にくらべると1.5ポイント低い。テキサス州の人的医療支出の比重も人口の比重よりも1.0ポイント低く、逆にニューヨーク州では1.5ポ

⁴ 人的医療支出 (Personal Health Care Expenditure) は、一定の病気などの状態にある人々のために使われた治療費の合計であり、入院費、外来費、在宅医療にかかわる費用、薬剤費などで構成される。それに対して国民医療支出 (National Health Expenditure) は、人的医療支出に行政費または事務費や民間医療保険の純費用 (保険会社などの保険料の収入総額や保険給付費の総額などを調整したもの) や医学研究費などを加えたものである。詳細はU. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services (2011) を参照。

イント高い。

第3に、医療にかかわる地域の諸条件がそれぞれ異なる結果、州民1人当たりの人的医療支出はユタ州の3,967ドルからワシントンD. C. の8,276ドルまで、4,309ドルもの差が存在する。北東部のすべての州では州民1人当たり支出が全米平均の5,283ドルよりも多い一方で、ユタ州とワイオミング州を除く西部の諸州の金額は全米平均よりも少ない。中西部の諸州の金額は全米平均とほぼ同様の水準であり、南部に分類されている多くの諸州でも、全米平均とほぼ同水準またはそれよりも少ない。カリフォルニア州とテキサス州の州民1人当たり支出は全米平均よりも約600ドル少ない一方で、ニューヨーク州では州民1人当たり6,537ドルの人的医療支出が費やされており、それは全米平均よりも1,254ドルも多い。

4 医療保障の加入状況と医療費の動向

医療保障の加入状況は次第に変化しており、1980年代後半以降には雇用主提供医療保険の加入率の減少傾向と医療扶助の加入率の漸進的な増加が生じている。表3は、全米レベルでの集計が開始された1987年から2009年までの医療保障の加入状況の推移である。民間医療保険の加入率は1987年には75.5%であったが2009年には63.9%になり、この期間に11.6ポイントも減少した。医療扶助の加入率が同期間に8.4%から15.7%へと7.3ポイント増えたが、民間医療保険の加入率の減少分を補うまでには至らず、結果として無保険率は12.9%から16.7%へと同期間に3.8ポイント増加した。

このような全米レベルでの変化は、雇用主提供医療保険の加入率の減少と医療扶助の加入率の増加という基本トレンドの下で、地域ごとに多様な形で進んでいる。すなわち、人口構成や産業構造や就業構造などの変化は地域ごとに多様であり、しかも地域市場も多様に発展してきたがゆえに、それらの変化が雇用主提供医療保険の加入率に及ぼす影響も地域ごとに異なるのである。さらに、州政府や地方政府による医療扶助の運営方針や実施状況なども各地域で異なるがゆえに、医療扶助の加入率にも地域差が生じている。

こうした変化が適用状況の構成の変化として特に明確に現れるのは2000年以降である。雇用主提供医療保険の加入率は、好景気から不況局面に転じる時期である2000年には64.2%であったが2009年には55.8%になり、この9年間で8.4ポイントも減少した。これは1987年から2009年の期間における6.3ポイントという減少幅を上回るものであり、各企業による雇用主提供医療保険の方針転換が顕在化したことを示している⁵。一方で、医療扶

表2 各州の人口と人的医療支出（2004年）

	人口		人的医療支出			
	人数 (万人)	構成比 (%)	支出額 (億ドル)	構成比 (%)	人口1人当 たり支出額 (ドル)	
北東部	【ニュー・イングランド】					
	コネティカット	349	1.2	222	1.4	6,361
	ニューハンプシャー	130	0.4	71	0.5	5,462
	ヴァーモント	62	0.2	38	0.2	6,129
	マサチューセッツ	644	2.2	430	2.8	6,677
	メイン	131	0.4	86	0.6	6,565
	ロードアイランド	108	0.4	67	0.4	6,204
	【ミドル・アトランティック】					
	ニュージャージー	868	3.0	504	3.2	5,806
	ニューヨーク	1,929	6.6	1,261	8.1	6,537
ペンシルヴェニア	1,238	4.2	734	4.7	5,929	
中西部	【東北中央部】					
	イリノイ	1,271	4.3	673	4.3	5,295
	インディアナ	622	2.1	330	2.1	5,305
	ウイスコンシン	550	1.9	312	2.0	5,673
	オハイオ	1,146	3.9	656	4.2	5,724
	ミシガン	1,009	3.4	510	3.3	5,055
	【西北中央部】					
	アイオワ	295	1.0	159	1.0	5,390
	カンザス	274	0.9	147	0.9	5,365
	サウスダコタ	77	0.3	41	0.3	5,325
	ネブラスカ	175	0.6	98	0.6	5,600
	ノースダコタ	64	0.2	37	0.2	5,781
	ミズーリ	575	2.0	313	2.0	5,443
	ミネソタ	509	1.7	295	1.9	5,796
南部	【サウス・アトランティック】					
	ウェストヴァージニア	181	0.6	108	0.7	5,967
	サウスカロライナ	420	1.4	215	1.4	5,119
	ジョージア	894	3.0	411	2.6	4,597
	デラウェア	83	0.3	52	0.3	6,265
	ノースカロライナ	853	2.9	443	2.9	5,193
	ヴァージニア	747	2.5	360	2.3	4,819
	フロリダ	1,737	5.9	952	6.1	5,481
	メリーランド	555	1.9	310	2.0	5,586
	ワシントンD.C.	58	0.2	48	0.3	8,276
	【東南中央部】					
	アラバマ	452	1.5	232	1.5	5,133
	ケンタッキー	414	1.4	227	1.5	5,483
	テネシー	589	2.0	322	2.1	5,467
	ミシシッピ	289	1.0	146	0.9	5,052
	【西南中央部】					
	アーカンソー	275	0.9	134	0.9	4,873
	オクラホマ	352	1.2	173	1.1	4,915
	テキサス	2,252	7.7	1,036	6.7	4,600
ルイジアナ	450	1.5	227	1.5	5,044	
西部	【山岳部】					
	アイダホ	140	0.5	62	0.4	4,429
	アリゾナ	575	2.0	236	1.5	4,104
	コロラド	460	1.6	217	1.4	4,717
	ニューメキシコ	190	0.6	85	0.5	4,474
	ネヴァダ	233	0.8	107	0.7	4,592
	モンタナ	93	0.3	47	0.3	5,054
	ユタ	242	0.8	96	0.6	3,967
	ワイオミング	51	0.2	27	0.2	5,294
	【海洋部】					
	アラスカ	66	0.2	42	0.3	6,364
	オレゴン	359	1.2	175	1.1	4,875
	カリフォルニア	3,584	12.2	1,662	10.7	4,637
	ハワイ	126	0.4	62	0.4	4,921
	ワシントン	621	2.1	316	2.0	5,089
全米	29,364	100.0	15,513	100.0	5,283	

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Servicesのウェブサイト
 (https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/res-states.pdf) ; U. S. Census Bureauのウェブサイト
 (http://www.census.gov/geo/www/us_regdiv.pdf#search='census bureau region map') より作成。

表3 医療保障の加入状況の推移

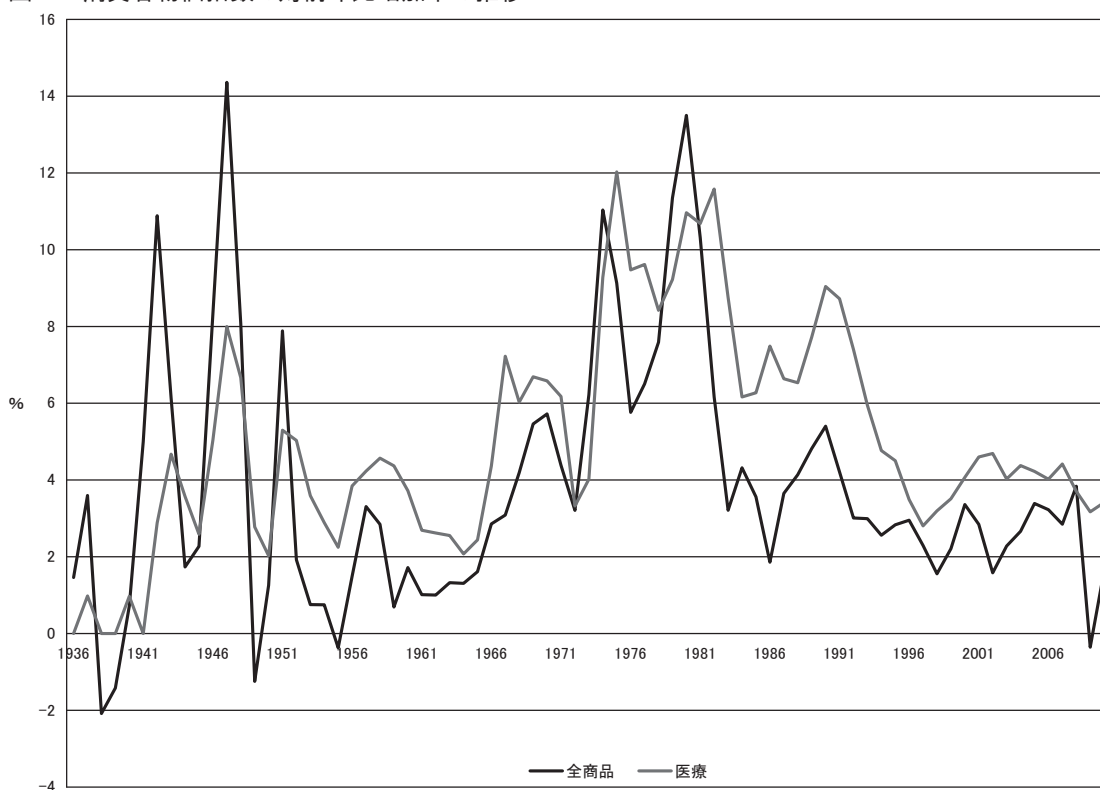
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
人数 (万人)	民間医療保険	18,216	18,202	18,361	18,214	18,138	18,147	18,235	18,432	18,588	18,740
	雇用主提供医療保険	14,974	15,094	15,164	15,022	15,008	14,880	14,832	15,963	16,145	16,322
	個人加入医療保険	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3,135	3,019	2,834
	公的医療保障	5,628	5,685	5,738	6,097	6,388	6,624	6,855	7,016	6,978	6,900
	メディケイドとCHIP	2,021	2,073	2,119	2,426	2,688	2,942	3,175	3,165	3,188	3,145
	メディケア	3,046	3,093	3,150	3,226	3,291	3,323	3,310	3,390	3,466	3,523
	軍人の医療保障	1,054	1,011	987	992	982	951	956	1,117	938	871
	無保険	3,103	3,268	3,339	3,472	3,545	3,864	3,971	3,972	4,058	4,172
	合計	24,119	24,369	24,619	24,889	25,145	25,683	25,975	26,211	26,431	26,679
構成比 (%)	民間医療保険	75.5	74.7	74.6	73.2	72.1	70.7	70.2	70.3	70.3	70.2
	雇用主提供医療保険	62.1	61.9	61.6	60.4	59.7	57.9	57.1	60.9	61.1	61.2
	個人医療保険	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12.0	11.4	10.6
	公的医療保障	23.3	23.3	23.3	24.5	25.4	25.8	26.4	26.8	26.4	25.9
	メディケイドとCHIP	8.4	8.5	8.6	9.7	10.7	11.5	12.2	12.1	12.1	11.8
	メディケア	12.6	12.7	12.8	13.0	13.1	12.9	12.7	12.9	13.1	13.2
	軍人の医療保障	4.4	4.1	4.0	4.0	3.9	3.7	3.7	4.3	3.5	3.3
	無保険	12.9	13.4	13.6	13.9	14.1	15.0	15.3	15.2	15.4	15.6
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※1 同じ者が複数の医療保障を得ている場合があるので、各項目を足し合わせた人数と合計の人数が異なる。

※2 統一的な資料に基づいて推移を示すために、CMSによる集計が開始された1987年以降の実績を示した。

出所) U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Servicesのウェブサイト (<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/original.html>; <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/index.html>) より作成。

図1 消費者物価指数の対前年比増加率の推移



出所) U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statisticsのウェブサイト (<http://www.bls.gov/cps/#data>) より作成。

助の加入率は同期間に10.6%から15.7%に5.1ポイントも増加しており、それは1987年から2009年の間における7.3ポイントの増加の約7割分を占めている。医療扶助の加入率が大きく増加したとはいえ、無保険率は2000年から2009年にかけて増加しており、無保険者に対する医療保障の重要性がますます高まっている。

医療保障の加入状況の変化と並行して、医療費の膨張もほぼ一貫して続いている。図1に示されるように、医療の消費者物価指数は年を追うごとに高まる一方であり、その増加速度は特に1980年代以降のほぼすべての年について全商品の消費者物価指数の平均を上回っている。

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
18,853	19,086	20,072	20,279	20,170	20,089	19,987	20,092	20,117	20,169	20,199	20,099	19,455
16,509	16,858	17,684	17,944	17,826	17,710	17,584	17,625	17,692	17,715	17,745	17,633	16,969
2,716	2,595	2,773	2,680	2,631	2,685	2,678	2,755	2,706	2,707	2,667	2,678	2,722
6,669	6,609	6,768	6,904	7,130	7,362	7,676	7,949	8,021	8,027	8,303	8,741	9,317
2,896	2,785	2,851	2,953	3,160	3,325	3,565	3,796	3,910	3,828	3,955	4,264	4,776
3,559	3,589	3,692	3,774	3,804	3,845	3,946	3,970	4,018	4,034	4,138	4,303	4,344
853	875	865	910	955	1,006	998	1,079	1,117	1,055	1,096	1,156	1,241
4,345	4,428	3,877	3,843	3,976	4,202	4,340	4,350	4,482	4,700	4,566	4,634	5,067
26,909	27,174	27,680	27,952	28,593	28,593	28,828	29,117	29,383	29,682	29,911	30,148	30,428
70.1	70.2	72.5	72.5	70.5	70.3	69.3	69.0	68.5	68.0	67.5	66.7	63.9
61.4	62.0	63.9	64.2	62.3	61.9	61.0	60.5	60.2	59.7	59.3	58.5	55.8
10.1	9.5	10.0	9.6	9.2	9.4	9.3	9.5	9.2	9.1	8.9	8.9	8.9
24.8	24.3	24.5	24.7	24.9	25.7	26.6	27.3	27.3	27.0	27.8	29.0	30.6
10.8	10.2	10.3	10.6	11.1	11.6	12.4	13.0	13.3	12.9	13.2	14.1	15.7
13.2	13.2	13.3	13.5	13.3	13.4	13.7	13.6	13.7	13.6	13.8	14.3	14.3
3.2	3.2	3.1	3.3	3.3	3.5	3.5	3.7	3.8	3.6	3.7	3.8	4.1
16.1	16.3	14.0	13.7	13.9	14.7	15.1	14.9	15.3	15.8	15.3	15.4	16.7
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

医療価格の高騰や医療サービスの消費量の増加などの結果、医療費は年を追うごとに増加している。表4は、1960年から2009年までの期間における国民医療支出の推移である。

第1に、国民医療支出の名目額は、医療価格の高騰が特に顕著であった1970年代から1990年代初頭にかけて急速に増加し、その後も膨張トレンドは存続している。名目額は1960年から1970年までの10年間で2.8倍に増加し、1970年から1980年までの期間には増加倍率が3.4倍にまで大きくなり、1980年から1990年までの期間にも2.8倍に大きく膨張した。1990年から2000年までの間の増加倍率は1.9倍に抑制されたが、医療費の抑制が実現したとは言い難く、2000年から2009年までの期間にも1.8倍に膨張している。

第2に、物価変動による影響を除去した国民医療支出の実質額も一貫して増加しているが、その増加速度は減速する傾向にある。実質額についても10年ごとの増加倍

率を比較すると、1960年から1970年までの期間における1.8倍の増加をピークに、その後は増加幅が次第に小さくなり、1990年から2000年までの期間と2000年から2009年までの10年間にはそれぞれ1.2倍と1.3倍の増加に抑制された。

第3に、その一方で、国民1人当たりの国民医療支出の実質額は増加し続けている。それは1960年から1990年にかけて一貫して増加した後に、1990年から1990年代末までの期間にはほぼ横ばいで推移したが、2000年から2000年代の半ば頃には増加幅が再び拡大している。2000年代の後半以降には、その金額はほぼ横ばいで推移しているが、医療価格は高騰し続けており、医療保険の保険料や患者一部負担は多くの人々にとって手が届く（affordable）金額からますます遠ざかっている。

第4に、国民医療支出の対GDP比率は2000年以降にも増加しており、不況の下で医療費の膨張が続いている。それは1980年代から1990年代初頭にかけて大きく増加し、1990年代の後半頃から2000年までの間には経済成長が実現したことで対GDP比率が横ばいで推移したが、景気後退の局面に突入した2000年頃から2009年にかけて再び増加している。

第5に、国民医療支出の構成も変化しており、1990年代以降には雇用主提供医療保険を中心とする民間医療保険の支出額の支出総額に占める比重がほぼ横ばいで推移している一方で、公的医療保障制度の支出額の比重は次第に高まっている。公的医療保障制度の主軸をなすメディケアとメディケイドとCHIPの支出額の比重は、1990年には25.4%であったが2009年には35.7%になり、この期間に10.3ポイントも増加した。本書で具体的に明らかにするように、1990年代後半以降に実施された医療

⁵ 長谷川（2010）は、企業保障としての雇用主提供医療保険をアメリカの医療保障システムの中核としてとらえ、1990年代以降のグローバル化が雇用主提供医療保険の再編を促す要因であることを指摘している。それに対して本稿では、雇用主提供医療保険が地域の医療サービス市場と医療保険市場を基盤として構築されているという点に着目し、地域市場の多様な発展が、公的医療保障制度も含めたアメリカの医療保障システム全体の基盤になっていることを指摘している。雇用主提供医療保険は、単に加入者の規模が大きいからではなく、システム全体の基盤である地域市場の発展を先導してきた制度であるからこそ、システムの主軸なのである。

表4 国民医療支出の推移

	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
国民医療支出の名目額 (10億ドル)	27	75	256	724	791	858	921	973	1,027
国民医療支出の実質額 (10億ドル)	121	221	342	445	447	451	457	461	466
医療保険	31	94	190	270	279	286	295	302	310
民間医療保険	27	44	92	144	144	145	147	146	148
メディケア	—	24	49	68	68	72	74	80	83
医療扶助 (メディケイドとCHIP)	—	15	35	45	53	57	61	64	66
国防省の医療保障	4	6	5	6	7	6	6	6	5
退役軍人省の医療保障	4	6	8	7	7	7	7	7	7
患者一部負担	58	74	77	85	80	76	72	68	66
投資 (研究や建設)	13	24	27	30	29	30	30	30	30
その他	18	29	47	60	59	59	61	60	60
メディケアと医療扶助 (再掲)	—	38	84	113	121	128	135	143	149
人口1人当たり国民医療支出 (ドル)	650	1,049	1,483	1,752	1,740	1,736	1,738	1,734	1,733
民間医療保険/支出総額 (%)	22.2	20.0	27.0	32.3	32.2	32.1	32.1	31.8	31.8
メディケアと医療扶助/支出総額 (%)	—	17.3	24.6	25.4	27.1	28.4	29.5	31.0	32.0
国民医療支出の対GDP比率 (%)	5.1	7.2	9.2	12.5	13.2	13.5	13.8	13.7	13.9

※1 消費者物価指数(医療)による実質額(1982年から1984年の加重平均を100とする)。

※2 統一的な資料に基づいて推移を示すために、CMSによる集計が開始された1960年以降の実績を示した。

出所) U. S. Department of Health and Human Servicesのウェブサイト (http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage) ; U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statisticsのウェブサイト (<http://www.bls.gov/cpi/#data>) ; U. S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysisのウェブサイト (<http://www.bea.gov/national/nipaweb/TableView.asp?SelectedTable=5&ViewSeries=NO&Java=no&Request3Place=N&3Place=N&FromView=YES&Freq=Year&FirstYear=1929&LastYear=2010&3Place=N&AllYearsChk=YES&Update=Update&JavaBox=no>) より作成。

保障システムの再編は、こうした地域市場への財政資金の投入を不可欠な条件とするものであった。

国民医療支出のうち傷病の治療費のみを集計した人的医療支出は、地域差のいっそうの拡大を伴いながら増加している。1人当たり人的医療支出の全米平均は、1991年から1998年の期間に2,645ドルから3,663ドルへと1,018ドル増加したが、1998年から2004年にかけてはその増加幅がいっそう拡大し、同期間に3,663ドルから5,283ドルへと1,620ドルも増加した。Martin et al.

(2007) はこうした変動について、1991年から1998年までの時期についてはマネジドケアのシステムが各地域に浸透したことによる影響が大きい一方で、1998年から2004年までの期間にはマネジドケアの手法の厳密な適用がいくらか緩和されたことや連邦政府や州政府による医療政策の実施が支出を押し上げる効果をもたらしたことを指摘している⁶。これらはいずれも地域市場を変動させる直接の要因であり、医療保障の加入状況や地域市場の多様性が医療費の地域差をもたらしているのである。

むすびにかえて

アメリカの医療保障システムは、各地域の医療サービス市場や医療保険市場を基盤として成り立っている。地域市場の多様性は、医療保障の加入状況や医療費に地域差をもたらす主要な要因であり、地域性に基づく多様性が

システム全体を貫徹する論理である。それは、公的部門による強力な統制の下で実施されているヨーロッパ諸国の医療保障システムとは大きく異なるアメリカ的な特質であるといえよう。

以上のような地域市場を基盤とする医療保障システムと医療費の地域間の多様性をふまえて、アメリカの医療保障システムの主軸である雇用主提供医療保険と地域市場の発展について考察することと、公的医療保障制度と割引診療やフリーケアが地域市場を基盤として構築されているという重要な特質について、各地域における各制度の具体的な内容に即して明らかにすることを今後の研究課題としたい。

参 考 文 献

- America's Health Insurance Plans (2009), Individual Health Insurance 2009 : A Comprehensive Survey of Premiums, Availability, and Benefits.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2009), Employer Health Benefits Annual Survey 2009.
- Martin Anne B., Whittle Lekha, Heffler Stephen, Barron Mary Carol, Sisko Andrea, and Washington Benjamin (2007), Health Spending By State of Residence, 1991–2004, Health Affairs, Web Exclusive w653.
- U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services (2011), National

⁶ Martin et al. (2007), p. w653.

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1,082	1,142	1,209	1,287	1,378	1,495	1,637	1,772	1,895	2,021	2,152	2,283	2,391	2,486
474	487	499	514	528	548	573	596	611	625	640	650	657	662
317	324	328	338	352	371	392	410	424	436	450	455	462	470
151	154	160	167	176	184	196	206	211	216	218	218	217	213
87	90	86	85	86	91	93	95	100	105	120	123	128	134
67	69	70	74	78	84	89	93	96	98	94	96	97	102
5	5	5	5	5	5	7	7	8	8	9	9	9	10
7	6	7	7	7	8	8	9	9	9	10	10	10	11
67	70	74	76	77	77	78	80	80	82	81	82	82	80
30	31	33	35	35	34	37	38	39	41	40	42	43	42
60	62	64	65	64	54	66	68	67	67	69	71	70	70
154	158	156	159	164	174	182	188	196	203	214	218	225	236
1,747	1,775	1,803	1,835	1,870	1,920	1,990	2,052	2,083	2,112	2,141	2,153	2,155	2,152
31.9	31.7	32.0	32.6	33.2	33.5	34.1	34.5	34.5	34.5	34.1	33.5	33.1	32.2
32.4	32.5	31.3	30.9	31.0	31.8	31.7	31.5	32.1	32.5	33.4	33.6	34.3	35.7
13.8	13.7	13.7	13.8	13.8	14.5	15.4	15.9	16.0	16.0	16.1	16.2	16.6	17.6

Health Expenditures Accounts : Definitions, Sources, and Methods, 2009.

櫻井潤 (2011)「ブルックリンの芸術活動と地域主導の医療保障：公民協働の医療保障システムと芸術都市ニューヨークの芸術政策」、渋谷博史・片山泰輔編『アメリカの芸術文化政策と公共性：民間主導と分権

システム』昭和堂、160～199ページ

中浜隆 (2006)『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社

長谷川千春 (2010)『アメリカの医療保障：グローバル化と企業保障のゆくえ』昭和堂

Health Security System and Local Market in the United States

Jun SAKURAI*

Abstract : This paper examines the characteristic of health security system in the United States emphasizing a focus on the relationship between the system and local market. Health security system in the United States is based on local market and diverse development of local markets creates the diversity of the system. Local initiatives and diversity are fundamental logic of health security system in the United States.

Key Words : health security, health insurance, National Health Expenditure, local market, United States of America

*Department of Integrated Human Services, School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido