

## 【Focus 5】 社会保障の観点からみた米国医療制度 —特にオバマケアについて—

## 【要約】

- ◆ 米国では、自助の精神を土台とし、民間保険主体の医療制度を構築してきたが、医療費の高騰や無保険者の増加等により、その持続可能性に大きな懸念が生じている。そうした中、2010年3月に成立したのが、ヘルスケア改革法、所謂「オバマケア」である。
- ◆ その中心は、民間保険への加入促進と公的保険の対象拡大等により無保険者を削減し、皆保険化を目指すものである。2014年には主要施策である官製医療保険市場「Exchange」がスタートしたが、3月までの加入実績は当初計画を上回り、まずは順調な滑り出しと評価できる。
- ◆ オバマケアは既存制度をベースとする改革である。医療制度は歴史・文化に根差した社会基盤であり、その改革をマイナーチェンジにより実現した米国のアプローチは日本の医療制度改革の在り方を検討する上で参考となりうる。
- ◆ また、改革に伴う費用は、増税や産業界からの拠出等により確保し、財政赤字を拡大させない方針を明確化しており、この点は参考としたい。
- ◆ 医療費削減に向けたACO等の種々の取り組みは日本において参考となるものも多く、その成否を注視していきたい。

## 1. はじめに

## 社会保障の観点から見た米国の医療制度

米国では、自由な競争と自己責任を尊重し、世界でも稀有な民間保険主体の医療制度を構築しており、こうしたシステムはすでに述べたように産業振興の観点においてイノベーションを産む土壌として機能してきた。しかし社会保障制度として見ると、医療費の高騰や無保険者の増加等により、その持続性に懸念が生じている。これらの課題に対処するため、2010年3月に成立したのがヘルスケア改革法(ACA: Affordable Care Act)、所謂オバマケアである。

オバマケアの成立にあたっては、民主党と共和党、民主党の中にあってもリベラル派と穏健派との対立等、様々な政治対立が繰り返され、成立後もその混乱は続いているが、法成立から4年を経た本年2014年にExchange等の主要施策が実施され、本格的な実行の段階に進んだ。

本稿では、産業論から一步離れて、社会保障制度としての米国の医療制度について、オバマケアを中心に概観し、日本へのインプリケーションについて検討していきたい。

## 2. オバマケアの背景 ～医療費の高騰と無保険者の存在

## 医療費の高騰は企業、家計、政府の負担を増大

米国の医療費は急速に高騰しており、その水準も先進国中突出して高い状況にある<sup>1</sup>【図表1】。米国は高齢化率が13%程度と相対的に低いことから、現在の医療費高騰の主因は、高齢化よりも、医療技術の進歩やその複雑な医療制

<sup>1</sup> 1人あたり医療費: 米国 8,508ドル、日本 3,213ドル、OECD 平均 3,322ドル(OECD Health Data 2011年のデータ)

度によるものが大きいと考えられる。民間主体の競争的な医療システムは、医療技術の進歩を積極的に取り込む傾向にある。加えて、コストを償還する報酬体系や投入したサービスの量に基づく出来高での支払方式、支払者と医療提供者が分断していること等により、医療費を抑制するインセンティブが働きにくく、構造的に医療費が高騰しやすいと言える。また、複雑な医療制度に伴う管理コスト、頻発する医療訴訟に備えるための過剰な検査や高額な医師賠償責任保険料等も医療費を押し上げる要因となっている。米国の総医療費の1/3はこうした不要なコストであるとの指摘もある。

米国では、医療保険は主として企業による職域団体保険として提供されているため、医療費の高騰は、企業と個人への医療保険料の負担につながり、企業の収益力や家計を圧迫する。

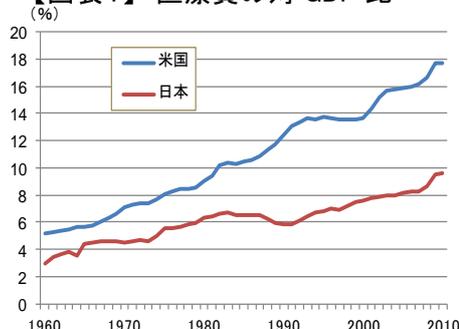
また、民間保険中心と言われるものの、公的保険として高齢者・障害者等を対象とする「メディケア」と低所得者を対象とする「メディケイド」等があり、医療費総額に対する公的支出は約40%と意外と高い。今後米国においても、団塊世代の高齢化が進み、2030年には高齢化率が20%を超えると予測される中<sup>2</sup>、医療費の抑制は、財政上の喫緊の課題と言える。

更には、足元の高齢化率は低くても絶対数としての高齢者が増加しており、また今後高齢化の進展が予想される中、他の先進諸国と同様に、短期の救急医療中心から、慢性疾患の管理を中心とした包括的なケアサイクルを構築するような医療提供体制の改革が課題となってきている。

#### 無保険者の増大

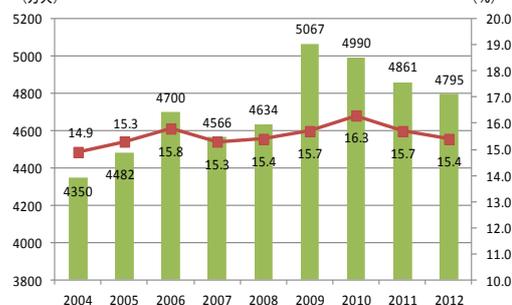
また、米国の医療制度の大きな問題として挙げられるのが、約4,800万人の無保険者の存在である。公私保険が混在するパッチワーク的な医療制度において、メディケイドの対象となるほど所得は低くないが、個人で保険に加入するほど所得が高くないといった場合に、無保険者が発生している。また、民間保険は主として雇用主を通じて提供されるため、65歳未満の現役世代は失業とともに無保険となりやすい。(2008年のリーマンショック以降の経済不況により、無保険者数が急拡大している。／【図表2】無保険者は医療アクセスに制限があることから、重症化してから救急外来を受診するが、こうした医療費は回収が困難な場合が多く、病院や医師の財務状況を悪化させるなどの問題も生じている。また病院や医師はこうした未払い医療費を支払能力のある他の患者等に転嫁して料金を水増しする傾向にあり、それが保険料の高騰となって、ますます無保険者を増大させている。

【図表1】 医療費の対 GDP 比



(出所) OECD, Health Data2013 よりみずほ銀行産業調査部作成

【図表2】 無保険者数・対人口比率の推移



(出所) US Census 資料よりみずほ銀行産業調査部作成  
(注) 各年3月時点

<sup>2</sup> UN, World Population Prospects, The 2012 Revision

### 3. オバマケアの概要

公私保険のカバー範囲の拡大により、皆保険化の実現を図る

オバマケアは、民間保険への加入促進とメディケイドの対象拡大等により無保険者を削減し、皆保険化を目指すものである。すなわち、民間保険中心の医療制度は維持したうえで、民間保険と公的保険それぞれのカバー範囲を拡大することにより、皆保険化の実現を図っている。

具体的な施策としては、①個人に対する保険加入の義務付けと、それに従わない場合のペナルティの賦課、②従業員に保険を提供しない企業へのペナルティ賦課、③メディケイドの対象拡大、④民間保険会社への規制強化といった連邦政府の権限強化に加え、保険加入の支援策として、⑤低所得者（個人）や小規模雇用主の保険料負担に対する補助の新設による加入支援、⑥個人や小規模雇用主の従業員を対象とした官製の保険取引所＝Exchangeの創設等の施策を実施する。民間保険会社の規制強化等は 2010 年から順次実施されているが、改革の核となる「保険加入の義務付け」と「Exchange」の創設、「メディケイドの拡大」等は、本年 2014 年より実施され、オバマケアが本格的なスタートを切った（【図表 3】）。

2024 年に無保険者は 2,600 万人減少する見込み。但し、3,100 万人は残存

米議会予算局（CBO）では、オバマケアにより、改革を行わない場合と比べ、無保険者は 2024 年に 2,600 万人減少し、そのうち Exchange 創設による効果を 2,500 万人と見込んでいる<sup>3</sup>。しかし、その時点でも依然 3,100 万人の無保険者は残ることとなる（【図表 4】）。

【図表 3】 オバマケアにおける主な施策～①無保険者の解消に係るもの

施策	実施時期	概要
個人への保険加入の義務付け	2014 年	個人に保険加入を義務付け、加入しない場合にペナルティを賦課。ペナルティは 2014 年 95 ドル→2015 年 325 ドル→2016 年 695 ドルと遡増していく
雇用主への保険提供要件	2014 年	従業員 200 人以上の雇用主に従業員への保険提供を義務付け。従業員 50 人以上の雇用主には義務はないが、適格な健康保険を提供しない場合はペナルティを賦課
メディケイドの拡大	2014 年	メディケイドの受給資格を連邦貧困レベル 133%以下（後に 138%に訂正）の全ての国民に拡大。州政府はその負担増について連邦補助金を受領できる（実施年に応じ低減）
民間保険会社への規制強化	2010/9 2010/9 2010/9 2011/1	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態や既往症を事由とする加入・更新拒否の禁止</li> <li>新規に契約する健康保険では、生涯及び年間（2014～）における給付限度額の設定、契約の中途解約等は禁止</li> <li>26 歳までの被扶養者を保険給付の対象にする</li> <li>保険料収入の 85%（大規模団体保険の場合）、80%（小規模団体・個人保険の場合）は保険給付等に充てること</li> </ul>
低所得者や小規模雇用主に対する補助の新設	2014 年	低所得者に対する負担保険料の払戻しと所得水準に比例する補助金の支給 従業員 25 人以下の小規模雇用主に対する補助金の支給
Exchange の創設	2014 年	個人や従業員 100 人以下の小規模事業主が直接、保険購入できる官製市場を創設する。2017 年からは従業員 100 名超の事業主も利用可能に

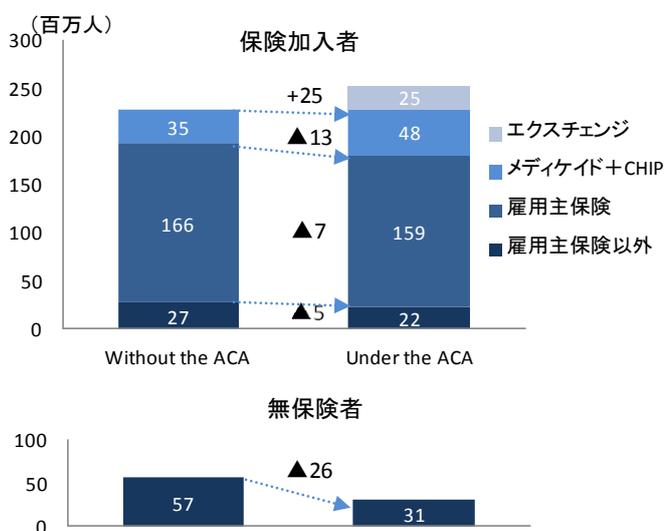
（出所）各種資料よりみずほ銀行産業調査部作成

<sup>3</sup> CBO, *Updated Estimates of the Effects of the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act*. April 2014.

Exchange は順著  
な滑り出しと評価

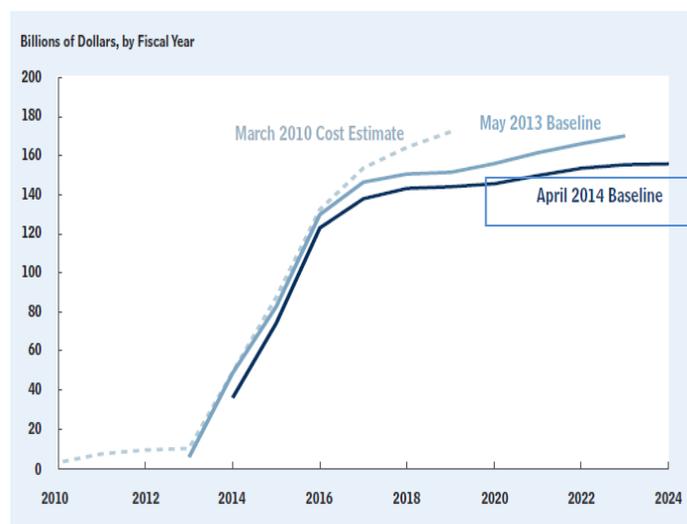
Exchange は個人や小規模事業主の従業員が手ごろな価格で医療保険を比較、購入できる官製医療保険市場である。2013年10月スタート直後にシステムの不具合等のトラブルがあったものの、同市場を通じた2014年3月末までの加入者数は800万人と、CBO予測の700万人を上回る結果となった。また、加入者が比較的安価な保険プランを選好し、保険料率が想定より低かったこと(従って政府の保険料補助も低下)等を踏まえ、CBOでは2014年4月に、改革に係る財政負担の将来見通しを下方修正している(【図表5】)。こうした点から、Exchangeはまずは順調な滑り出しと評価できる。

【図表4】 保険加入者の予測(2024年時点)



(出所) CBO 資料よりみずほ銀行産業調査部作成

【図表5】 改革に係る財政負担の予測



2019年の推計値の差(億ドル)

2010/3 推計 1,720 ⇔ 2014/4 推計 1,440 (▲280)

(出所) CBO 資料よりみずほ銀行産業調査部作成

医療費高騰への  
対応

オバマケアでは、医療費の高騰への対応は、主としてメディケアの改革を通じて実施されている。インフレ等を反映して毎年実施するメディケア診療報酬見直しを抑制的に運営することや、不正請求等の監視強化等に加え、医療提供体制の改革により効率的で質の高い医療提供体制を構築し、医療費の伸びの抑制と医療の質の向上を図る。2011年には、メディケア・メディケイドを運営するCMS<sup>4</sup>内にメディケア・メディケイド・イノベーションセンター(CMMI)を新設し、提供したサービスの「量」ではなく医療の「質」に基づいて診療報酬を提供する改革が試行的に行われている(医療提供体制の改革に関する主なパイロットプログラムについては後述する)。更に、2012年には、長期的な医療費抑制のため、独立診療報酬諮問委員会(IPAV)を設立し、加入者1人あたりの医療費が目標値を超えた場合は、議会に対し医療費を削減するための勧告を盛り込んだ立法提案を提出できるようにした。CBOでは、これらの取り組みを通じて、2010年~2019年の10年間で約4,550億ドルのメディケアの支出削減を見込んでいる。

<sup>4</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services の略。米保健福祉省傘下にあるメディケア・メディケイドの運営母体

改革に伴う財源の確保

オバマケアでは、Exchange の運営費用や公的保険のカバー範囲の拡大等の改革に伴う費用について、メディケアの歳出抑制等に加え、増税や産業界からの拠出等により確保し、財政赤字は拡大させない方針を明確化している。具体的には、個人や企業が保険加入義務に従わない場合のペナルティ、高額所得者への社会保障税率の引上げ、医療関連産業(医薬品メーカー、医療機器メーカー、民間保険会社等)からの拠出金等、及び医療保険プランの中でも高額保険料プラン(所謂キャデラックプラン)への課税等を順次実施していく予定である(【図表6】)。同試算では、2010年～2019年の10年間における支出削減や課税等による収入は1兆220億ドルとなり、財政収支は840億ドル改善されると想定されている(【図表7】)。

【図表6】 オバマケアにおける主な施策～②改革財源の確保策

( )内は2010年～2019年の期間における累計額

対象・施策	実施時期	概要
高額所得者	2013年	・社会保障税・投資収益への課税の引上げ(2102億ドル)
医薬品メーカー	2010年	・メディケイドへの払戻金の引上げ 15.1%→23.1%
	2010年	・メディケア処方薬プランでカバーされないギャップ部分(ドーナツホール)についての250ドルの払戻し
	2011年	・ドーナツホールにおける新薬について50%ディスカウント
	2011年	・拠出金(270億ドル)
医療機器メーカー	2013年	医療機器の販売に2.3%の消費税を賦課(200億ドル)
医療機関	2010年	メディケア診療報酬の改定率の抑制(1960億円)
民間保険会社	2011年	・医療損害率を大企業85%以上、中小企業80%以上に
	2011年	・メディケア・アドバンテージにおける保険料の引下げ
	2014年	・メディケア・アドバンテージにおける医療損害率を85%以上
	2014年	・拠出金(601億ドル)
高額保険料プランへの課税(雇用主)	2018年	・高額保険プランに対する消費税(40%)賦課(320億ドル)

(出所)各種資料よりみずほ銀行産業調査部作成

【図表7】 オバマケアにおける主な施策～③財政収支

(2010年～2019年(FY)の累計 単位:億ドル)

歳入 :10,220 億ドル		支出 :9,380 億ドル	
ペナルティ(個人)	170	メディケイド等のカバー拡大	4,340
ペナルティ(雇用主)	520	エクステンション関連支出	4,640
高額保険プランへの消費税	320	小規模事業主への税額控除	400
メディケアの歳出削減	4,550		
医療関連業界からの拠出金	1,070		
高額所得者への社会保障税	2,100		
その他	1,490		

(出所)CBO資料(2010年3月20日)等よりみずほ銀行産業調査部作成

(注) 但し、支出については、2013年3月、及び2014年4月に2014年-2024年に推計期間を更改した上で、2019年までの予測値について下方修正されている

### 3. オバマケアにおける医療提供体制の効率化への取り組み

医療提供体制の  
効率化

オバマケアでは、一般に無保険者の削減という側面がフォーカスされるが、医療提供体制の効率化に向けたいくつかの試行的な取り組みが行われている。これらは、医療の質の維持・向上と医療費の抑制を両立することができるシステムを構築し、取り組みの成果に対する経済的インセンティブを通じて、病院や医師等の医療提供者の行動変革を図ることにより、中長期的に医療費の伸びの抑制を図ろうとするものである。その代表的なものが①HVBP、②バンドルドペイメント、③ACO、④PCMH などである。

HVBP ~  
医療の質の向上  
に対する財政的  
インセンティブ

#### ①HVBP: Hospital Value-Based Purchasing

2012年10月から、メディケアにおける病院報酬に導入されているプログラムであり、メディケア加入患者における、心筋梗塞、心不全、肺炎、手術、感染症等について、病院が提供した医療の質を評価し、支払を行う。対象はすべての短期急性期病院であり、プロセスとアウトカムに関する評価を行い、総合スコアが相対的に高い病院に高額インセンティブが支払われる一方で、基準値に満たない場合は収入が減少するという仕組みである。2015年からは医師のドクターフィーに対しても導入される予定である。

バンドルドペイ  
メント ~  
一連の治療に対  
するチームへの  
一括定額払いに  
よる効率性向上

#### ②バンドルドペイメント: Bundled Payment for Care Improvement(BPCI)

1回の発症に関連した一連の治療やサービスについて、病院や医師、その他医療関係者が別個に出来高で請求するのではなく、チームで一括して請求し、支払われた報酬をチーム内で分配する支払方式である。出来高ではなく一連の治療について包括で支払われ、節減したコストを共有できるため、チームで協力し、検査の適正化、入院期間の短縮、再入院の頻度低下等による効率化を図る方向にインセンティブが働く仕組みとなっている。

2013年5月より試行が開始され、2014年1月現在232の医療機関が参加している。まずはメディケアにおける病院の急性期入院サービス、医師サービス、外来、ポスト急性期医療サービスにおいて5年間試験的に実施され、医療の質の維持と費用削減を両立できると判断されれば、2016年1月から規模、期間を拡大する予定となっている。

ACO~  
医療提供者を中  
心とした「かかり  
つけ医」。将来的  
に「人頭払」を展  
望

#### ③ACO: Accountable Care Organization

2012年よりメディケアの報酬支払に試行的に導入されているモデルである。具体的には、地域の複数の医療機関や開業医・専門医が一つの医療組織を形成し、特定の住民集団の健康・疾病管理について責任をもつ「かかりつけ医」機能などを提供する。医療組織は対象の住民集団に対し、継続的ケアを提供し、医療の質を高めるために様々な指標を通じて質を管理し、その向上に努めるなどの必要要件を揃えるとACOに認定され、特別な保険支払プログラムが適用される。ACOでは、担当する患者数等を基に一般的な支払方法で計算される「想定コスト」に対し、「実際のコスト」が下回った場合に差額の一部が当該組織にインセンティブとして払い戻される。バンドルドペイメントと似ているが、バンドルドペイメントは病院の1回の入院に係る一連の治療を対象とする支払方法であり、入院件数を減少させるインセンティブはないが、ACOは入院自体を減少させる方向にインセンティブが働く仕組みとなっている。CMSでは、2012年より、Medicare Shared Saving Program (MSSP) や、従来か

ら先駆的な取り組みを行っていた組織を対象とした、よりインセンティブとペナルティが高い Pioneer ACO 等のパイロットプログラムをスタートしており、両プログラムの初年度の実績として、3.8 億ドルの医療費節減を実現したと報告された。2014 年 4 月には MSSP として新たに 123 組織を選定し、MSSP が 338、Pioneer ACO が 23、両プログラム合わせて 360 以上の ACO が組織され、530 百万人以上のメディケア受益者をカバーすることとなった。Pioneer ACO の支払方式は、1-2 年目は出来高払いであるが、3 年目に住民数に基づく人頭払（一人あたり定額払）への移行が予定されている。

PCMH ～  
患者起点の「か  
かりつけ医」

#### ④Patient-centered Medical Home (PCMH)

患者の健康・診療情報を一元管理する、かかりつけ医的な医療機関であり、患者・医師・家族間の調整に加え、病院、専門医療機関、介護者や介護施設とも連携し、必要な時には専門医を紹介するなど、かかりつけ医を中心とした地域医療体制の構築を目指そうというものである。診療報酬は、人頭払方式で、登録住民 1 人あたり月額定額で支払われる。メディケアのデモンストラシオンプログラムには約 500 の医療機関が参加しており、試行の結果、PCMH が医療の質の維持・向上と医療費の抑制に資すると判断されれば、当該モデルの拡大が図られることとなる。

医療機関等によ  
る医療効率化へ  
の取り組みが医  
療費抑制に

これらの取り組みはいずれも医療費を劇的に抑制するものではなく、また節減された費用についてはインセンティブとして医療提供者側に払い戻されるなどにより、節減効果がそのまま医療費総額に反映されるものではない。そうしたことも含め、医療費抑制策としての効果は未知数であるというのが一般的な評価である。

しかし、2010 年からのメディケア診療報酬の改定率の抑制的運営を含め、ここ数年メディケアにおける出来高払いが緊縮方向で運営されており、その方向性は今後も変わらないと予測される中で、医療提供者サイドでより効率的な運営を積極的に取り入れようとする動きが高まっていくと考えられる。こうした先駆的な医療提供者による効率化への取り組みにより、結果として、医療費の抑制が進んでいく可能性が想定される。

医療 IT の活用

バンドルドペイメントや ACO、PCMH 等では電子カルテの共有等の医療 IT の活用は不可欠となる。オバマ政権ではオバマケア成立に先立つ 2009 年に「HITECH 法」<sup>5</sup>を成立させ、全国規模の医療情報技術 IT インフラの構築に多額の予算を確保し、EMR<sup>6</sup>や EHR<sup>7</sup>の導入に経済的インセンティブとペナルティを設け、強力で推進している。医療 IT は医療情報の共有等による医療の質の向上とコスト削減に資するだけでなく、蓄積された情報の分析研究を通じて、新たなビジネスの創出にも役立つ可能性がある。

<sup>5</sup> The Healthcare Information Technology for Economic and Clinical Health Act

<sup>6</sup> Electronic Medical Record (病院内)電子カルテ

<sup>7</sup> Electronic Health Record 個人の医療・健康等情報を蓄積し、参照・活用・共有等を行う仕組み (EMR の共有化)

## 5. 日本へのインプリケーション

以上、米国におけるヘルスケア改革について概観してきたが、日本へのインプリケーションに繋がる点として以下3点が考えられる。

## マイナーチェンジによる改革の前進

第一は、オバマケアが既存医療制度をベースとした改革である、ということである。オバマケアは、既存の公私保険が併存するシステムをベースとしつつ、自由な競争に一定の制限を課すことにより、公的保険・民間保険それぞれのカバー範囲を広げ、皆保険化を目指すものである。すなわち、抜本的な改革ではなく、民間保険主体の既存制度のマイナーチェンジと言える。それでも、米国では、成立にあたり民主党・共和党間の激しい対立があり、成立後も多くの政治対立が生じている。医療制度は各国の歴史や文化に根差すものであり、容易に変えがたいものであることの証左と言える。現在日本においても、高齢化の進展に伴う財政面の制約等から、医療制度の在り方が問題となっている。しかし例えば日本において、財政負担を軽減するために、米国のように公的保険を縮小し民間保険の役割を拡大する、といった議論は非常に抵抗感が強く、受け入れがたいものであろうことには疑念がない。日本と米国の医療制度は対極にあるが、対岸の米国において、既存制度のマイナーチェンジというアプローチにより、改革に向け一歩踏み出した点は、我が国の今後の医療制度の在り方を検討するうえで参考になると考えられる。

## 財源確保による財政健全化への取り組み

第二は、米国では、医療保険のカバー拡大等に伴う支出増に対し、増税や産業界からの拠出等により財源を確保し、財政赤字は拡大させない方針を明確化している点である。日本においても社会保障制度改革国民会議等において、将来に向けた社会保障支出の見通しと、そのために必要な医療介護提供体制の改革(2025年モデル)が示され、消費税の引き上げ、70歳以上の窓口負担の引上げや、被用者保険に係る後期高齢者支援金への総報酬割導入等の対策が示されている。しかしながら、これらの施策で社会保障財政の赤字をカバーできるわけではなく、財政赤字を拡大しないために最終的に消費税を何%まで引き上げる必要があるか、等の明確な数値が示されているわけではない。国民皆保険制度を含む社会保障制度は、すべての国民がその恩恵を受け、負担を共有すべき課題であり、十分な情報開示を前提に、持続確保に向けた制度の在り方について、国民的議論を重ねていく必要があると考えられる。

## ACO等の改革手法は日本にも応用可能

第三は、米国と日本はまったく異なる医療制度をとりながら、医療費削減に向けたアプローチに類似性があるということである。ACOやPCMHなどの概念は、日本における「地域包括ケア」や「かかりつけ医」の議論と非常に似ている。医療費抑制への選択肢は、医療制度の在り方に関わらず限られている、ということである。米国で進められている医療の質の向上と医療費削減に向けた種々の改革策は日本にも応用可能であり、例えばこうしたモデルを「特区」において試行的に実施するといったアプローチも考えられる。米国の医療の効率化に向けた方法論とその有効性については、今後も注視していく必要があると考えられる。

(ライフケアチーム 稲垣 良子)  
yoshiko.inagaki@mizuho-bk.co.jp