

第2節 アメリカ合衆国 (United States of America)

社会保障施策

2014年から本格施行された医療制度改革法により、無保険者は、5.5%ポイント減少しており、財政面においても財政赤字縮減に向けた長期的な観点から支持されている。また、個人への保険加入義務や連邦政府が設立した保険取引所を通じた税額控除の実施については、司法面から合憲との判断も得た。他方、議会は共和党が上下院とも過半数の議席を占めており、予算面から法の廃止を目指している。2016年には大統領選挙を控えていることから、医療制度のあり方については、引き続き活発に議論されていくものと見込まれる。

1 概要

政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神と、連邦制で州の権限が強いことが、社会保障制度のあり方にも大きな影響を及ぼしている。

代表的な社会保障制度としては、大部分の有業者に適用される老齢・遺族・障害年金 (OASDI: Old-Age, Survivors, and Disability Insurance) のほか、高齢者等の医療を保障するメディケア (Medicare: Medical + Care) や低所得者に医療扶助を行うメディケイド (Medicaid: Medical + Aid) といった公的医療保障制度、補足的所得保障 (Supplement Security Income: SSI) や貧困家庭一時扶助 (TANF: Temporary Assistance for Needy Families) といった公的扶助制度がある。

医療保障、高齢者の所得保障の分野において顕著であるが、民間部門の果たす役割が大きいことが特徴であり、また、州政府が政策運営の中心的役割を果たすものが多い。さらに福祉の分野においては、1996年8月に成立した個人責任及び就労機会調整法 (The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996) による一連の福祉改革により、「福祉から

就労へ (Welfare to Work)」が連邦政府の福祉政策の基本方針となっている。

2 社会保障制度等

(1) 概要

年金分野においては広く国民一般をカバーする社会保障年金制度が存在するが、医療分野においてこうした制度は存在せず、公的な医療保障の対象は高齢者、障害者、低所得者等に限定されている。

(2) 年金制度

イ 老齢・遺族・障害年金 (社会保障年金 (Social Security))

一般に社会保障年金 (Social Security) と呼ばれ、連邦政府の社会保障庁 (Social Security Administration) が運営している¹⁾。この制度は、被用者や自営業者の大部分を対象とし、社会保障税 (Social Security Tax)²⁾を10年間以上納めた者に対し、(受給の要件を満たした時から) 年金を支給する社会保険制度である。財政面については、現役世代が納付する社会保障税によって高齢者に対する年金給付を行うとともに、高齢化による将来の支出増加に備え、毎年の社会保障税などの歳入が歳出額を上回る分を社会保障年金信託基金 (OASDI Trust Fund) に積み立てている。拠出面については、118,500ドル (2015年) の年間所得を課税対象の上限額とし、12.4% (被用者の場合は労使折半となる) の社会保障税を負担している。2014年においては、1億6,500万人の被用者や自営業者 (全被用者及び全自営業者の約94%相当³⁾) がOASDIに加入している。給付については、平均給付月額が、OASI (老齢・遺族年金) は約1,269ドル、DI (障害年金) は約1,022ドルとなっている (2015年8月時点)。また、老齢年金の支給開始年齢は原則65歳であったが、2003年から2027年までの間に段階的に67歳に引き上げられること

■1) 一部の州・地方公務員及び鉄道職員などは適用除外。

■2) 日本の社会保険料に相当。老齢・遺族・障害年金 (OASDI) は、現役世代が支払う社会保障税が、その時点の高齢者に年金として支払われる賦課方式で運営されている。

■3) Social Security Administration (2015) "Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin, 2014"

第2章

[北米地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（米国）]

表 2-2-16 公的年金制度

名称	老齢・遺族・障害年金（OASDI：Old-Age, Survivors and Disability Insurance）	
根拠法	社会保障法（Social Security Act）第2編	
制度体系	<p style="text-align: center;">老齢・遺族・障害保険（OASDI）</p> <p style="font-size: small;">※給付算定式の屈折点（826ドル又は4,980ドル）は、年金の所得代替率が、平均賃金の者につき約41%、低賃金（平均賃金の45%）の者につき約55%、社会保障税課税上限の高賃金の者につき約27%になるように設定されている。</p>	
運営主体	社会保障庁（Social Security Administration）	
被保険者資格	被用者及び年間所得400ドル以上の自営業者。一部の州・地方公務員及び鉄道職員は適用対象外。ただし、年金額算定の根拠となる保険料記録（四半期単位）は、1四半期当たり1,220ドル（2015年）の賃金及び所得について行われる。	
年金受給要件	支給開始年齢	66歳（2015年）。1955年以降生まれの者は支給開始年齢が段階的に引き上げられ、1960年以降生まれの者は67歳。
	最低加入期間	40四半期（10年）。1四半期当たり1,220ドルの賃金及び所得で1四半期が付与され、年4,880ドルの賃金及び所得で4四半期が付与される（2015年）。
	その他	—
給付水準	賃金を平均賃金の伸びに応じて修正したスライド済平均賃金月額（Average Indexed Monthly Earnings：AIME）に基づいて決まる。 年金額算定式 基本年金月額=0.9A+0.32B+0.15C A：スライド済平均賃金月額（AIME）の826ドルまでの部分 B：スライド済平均賃金月額（AIME）の826ドル超4,980ドルまでの部分 C：スライド済平均賃金月額（AIME）の4,980ドル超の部分 （上記閾値は1952年生まれの場合。） なお、上記閾値は受給者が62歳に到達した年を基準に（実際に受給開始した年に関わらず）決められる。被扶養配偶者（62歳以上）等には基本年金額の50%の額が支給される。	
繰上（早期）支給制度	62歳以降であれば繰上げ受給が可能。支給開始年齢からの繰上げが36ヶ月以内であれば、繰上げ受給1ヶ月につき約0.56%減額される（36ヶ月を越えた部分については、更に約0.42%減額される）。	
年金受給中の就労	繰上げ受給中は、年間15,720ドル（2015年）を超過する就労所得がある場合、就労所得2ドルに付き年金が1ドル減額される。支給開始年齢に達した年であって、年間41,880ドル（2015年）を超過する就労所得がある場合、就労所得3ドルに付き年金が1ドル減額される。ただし、支給開始年齢に達する月の前の勤労所得を対象とし、支給開始年齢に達した月以降は勤労所得による年金の減額はされない。	
財源	保険料	社会保障税として徴収。年118,500ドル（2015年）までの所得に対し、被用者12.4%（事業主・労働者とも6.2%）、自営業者12.4%（2015年）。
	国庫負担	なし。ただし、2011、2012年は社会保障税の減税措置による収入源の補填として国庫負担が行われていた。
その他の給付（障害、遺族等）	障害年金	障害の状態にあり、障害を負った時点以前の一定期間内に一定以上の保険料納付実績が存在すること等の要件を満たした者に支給される。
	遺族年金	年金受給者が死亡した場合、または一定以上の保険料納付実績がある者が死亡した場合で、60歳以上の配偶者、16歳未満又は障害のある子を扶養している配偶者等に支給される。
実績	受給者数	老齢年金 42,751,812人 遺族年金 6,061,780人 障害年金 10,818,391人 （2015年8月）
	支給総額	老齢・遺族年金 7,068.21億ドル 障害年金 1,416.22億ドル （2014年）
	基金運用状況	基金は老齢・遺族年金（OASI）の基金と障害年金（DI）の基金に分けられている。基金の収入は日々連邦政府の元利保証がある証券に投資しなければならないとされている。基金の全額は特別国債（市場で取引されている国債と異なり、いつでも額面で現金化することが可能）に投資されている。なお、以前は通常の国債にも投資を行っていたことがある。基金残高は老齢・遺族年金は2兆7292億ドル、障害年金は602億ドル（2014年末現在）。Social Security and Medicare Boards of Trustees による2015年の財政検証によれば、特段の改革を行わない限り、老齢・遺族年金の基金は2035年に、障害年金の基金は2016年に、老齢・遺族・障害年金全体は2034年に枯渇するとされており、特に障害年金の基金残高については強い懸念が示されている。

となっており、2015年現在は66歳となっている。

なお、社会保障年金制度をめぐっては、2010年以降のベビーブーマー世代の大規模な引退を控え、制度の持続可能性を維持するためにその全部又は一部を民営化する

という議論がクリントン政権時代から活発に行われており、この流れはブッシュ政権においても引き継がれた。クリントン及びブッシュ両政権下においては、それぞれ改革案の検討のための委員会が組織され、様々な提案が

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

（社会保障施策）
米国

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

E
U

行われたが、いずれの提案も全体としての合意を得るには至らなかった。

2009年1月に就任したオバマ大統領は、2月の上下両院合同本会議演説の中で、長期にわたる財政健全化のためにはメディケア・社会保障年金に係る支出の増加に対応する必要があるとし、2010年2月には超党派による財政上の責任・改革に関する国家委員会を創設し、4月の第1回会合においては社会保障年金制度を含めすべてのプログラムを議論の対象から排除しない姿勢を示した。2010年12月に同委員会は社会保障年金の支給開始年齢の引上げ等を盛り込んだ報告書案を発表したが、同委員会においては、この案を議会での議論に供するために必要な票は確保されなかった。

□ 企業年金制度

公的年金たる社会保障年金に上乗せされるものとして、企業年金が多様な発展を見せている。

企業年金には、大別すると「確定給付型企業年金プラン (Defined Benefit Plan : 以下「給付型年金プラン」という。)」及び「確定拠出型企業年金プラン (Defined Contribution Plan : 以下「拠出型年金プラン」という。)」という2つの形態がある。

給付型年金プランは、比較的古くからある企業年金の形態であり、その特徴としては、①加入者に対し、勤務年数、給与等を考慮した一定の給付算定式によって算定される給付を予め約束していること、②拠出金の拠出は事業主のみであり、加入者からの拠出は必要としないこと、等があげられる。

一方、拠出型年金プランは、1980年代以降、401 (k) プランの登場によって急速に普及した企業年金の形態である。その特徴としては、①給付額は、受給時までには制度に拠出された拠出金の合計額と、加入者 (被用者) が選択した方法による運用の実績によって、事後的に決定されること、②拠出金の拠出は、加入者が行うものを基本としつつ、事業主からの一定の追加拠出を認めていること、等があげられる。

こうした企業年金プランの創設は事業主の任意であり、法的に強制されているわけではないが、現実的には、大企業を中心に多くの企業は、何らかの企業年金を有している。

企業年金制度のうち、加入者に対して算定式に基づく一定の給付額を予め約束している給付型年金プランについては、2000年以降の株式市場の低迷と、低金利の影響から、多くのプランにおいて、年金資産の総額が給付債務の総額を下回るという「積立不足」の状況が見られ、プランの廃止が相次いだ。こうした状況を踏まえ、制度建て直しのための検討が続けられてきたが、2006年9月、退職後所得保障に関する包括的な改革案が、2006年年金保護法 (Pension Protection Act of 2006) として成立した。

同法は、給付型年金プランについては、積立ルールを厳格化により各プランの財政健全化を図るとともに、企業がプランを提供する意欲を失わないよう、キャッシュバランス・プラン⁴の法的正当性を明確化する等の措置を講じている。また、拠出型年金プランについては、従業員が反対の意思を表明しない限り原則としてプランに加入することとなる自動加入制度や、年金プランの管理を受託している金融機関によるプラン加入者に対する投資教育を認めることなどにより、制度の一層の活用を図ることとしている。

企業年金が保有する資産の額は膨大なものとなっており、2008年後半の景気後退を受け、確定給付型年金 (DB) プランについては2008年には約1兆9,790億ドルに、確定拠出型 (DC) 年金プランについては2008年には約3兆5,580億ドルにまで減少したが、その後は趨勢的に持ち直しており、2015年第1四半期では、それぞれ3兆2,240億ドル (DB)、6兆8,070億ドル (DC) となっている。特に、確定拠出型 (DC) 年金プランについては、2008年と直近を比較すると、3兆2,490億ドルの増加 (+91.3%) となっており、着実に増加傾向にある。

また、オバマ大統領は、2014年の一般教書演説において、企業年金に加入することのできなかつた従業員を対

■4) キャッシュバランス・プランとは、一定の算定式により年金給付額が計算されるため法律上の位置付けは給付型年金プランであるが、従業員個人ごとに仮定の勘定を設け、勤務年数の経過とともに当該勘定に一定の額 (拠出及び利息) を定期的に賦与し、仮想口座の残高に応じて年金給付の額が計算されるもの。拠出型年金プランと同様、掛金拠出額が安定的なため、企業は将来の負担の急増を回避することができる。

象とし、雇用者の意向に関わらず、制度に加入することができる「個人退職口座（myRA：my Retirement Accounts）の創設を発表し、2015年11月から実施されている。myRAは、米国の低・中間所得者層の従業員が、手軽に安心して退職後の資産形成を始めるための制度であり、年収131,000ドル以下の個人、年収193,000ドル以下の夫婦を対象としている。加入者は、口座を開設するために25ドルが必要であり、毎月5ドル以上の拠出を行う。運用については、米国債で行われ、加入者の資金や金利の支払いは政府によって保証され、運用による利子は非課税となる。平均的な投資収益率は、2014年からの10年間に於いて、年間平均3.19%を見込んでいる。拠出限度額は、年間で最大5,500ドル、50歳以上であれば6,500ドルであり、一定のペナルティを課されるが中途引き出しも可能となっている。

表 2-2-17 企業年金・医療保険制度を提供している事業所の割合（2015年3月）

	企業年金制度			医療保険制度
	企業年金制度のある事業所	うち給付型年金プラン制度	うち拠出型年金プラン制度	
規模計	48	8	47	60
99人以下	46	7	45	59
100人以上	89	36	86	94

資料出所：連邦労働省労働統計局 “Employees Benefit Survey: Establishments offering retirement and healthcare benefits”

(3) 医療保険制度等

イ 制度の種類

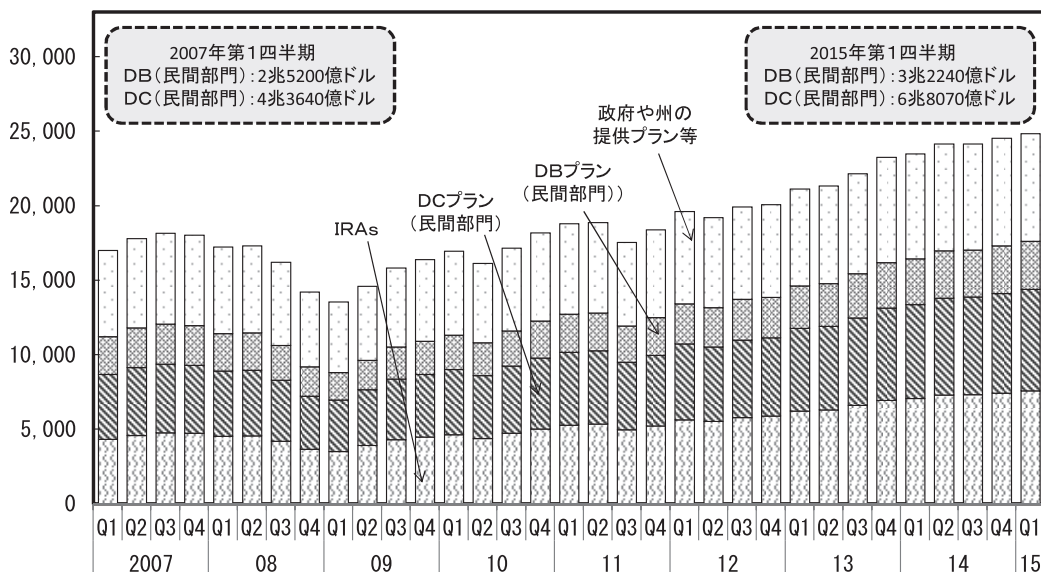
公的医療保険制度としては、高齢者及び障害者に対するメディケア及び一定の条件を満たす低所得者に対する公的扶助であるメディケイドがある。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われており、企業の福利厚生の一環として事業主の負担を得て団体加入する場合も多く、民間医療保険の加入は66.0%（2014年）と大きな役割を担っている。

国民医療費は、近年の景気回復の遅れなどから、2013年は3.6%の伸びに留まったが、今後、経済が徐々に回復することが期待され、2014年から2024年の間に年平均5.8%で伸びていくものと予測されており、2024年には対GDP比で19.6%（2013年はGDP比で17.4%）を占めるものと見込まれている。医療費を支出主体別に見ると、民間医療保険が32.9%と最大の割合を占め、次に、メディケアが20.1%、メディケイド支出（CHIP：児童医療保険プログラム（後述）含む）が15.9%、自己負担が11.6%となっている（2013年）。

なお、医療制度改革法の成立により、2014年から個人に対し医療保険に加入することが原則義務化され、民間の医療保険を含めいずれかの医療保険に加入していない

図 2-2-18 米国の退職資産の概要

（単位、10億ドル）



（出典）ICI (Investment Company Institute) のQuarterly Retirement Market Data より作成。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国 (社会保障施策)

フランス

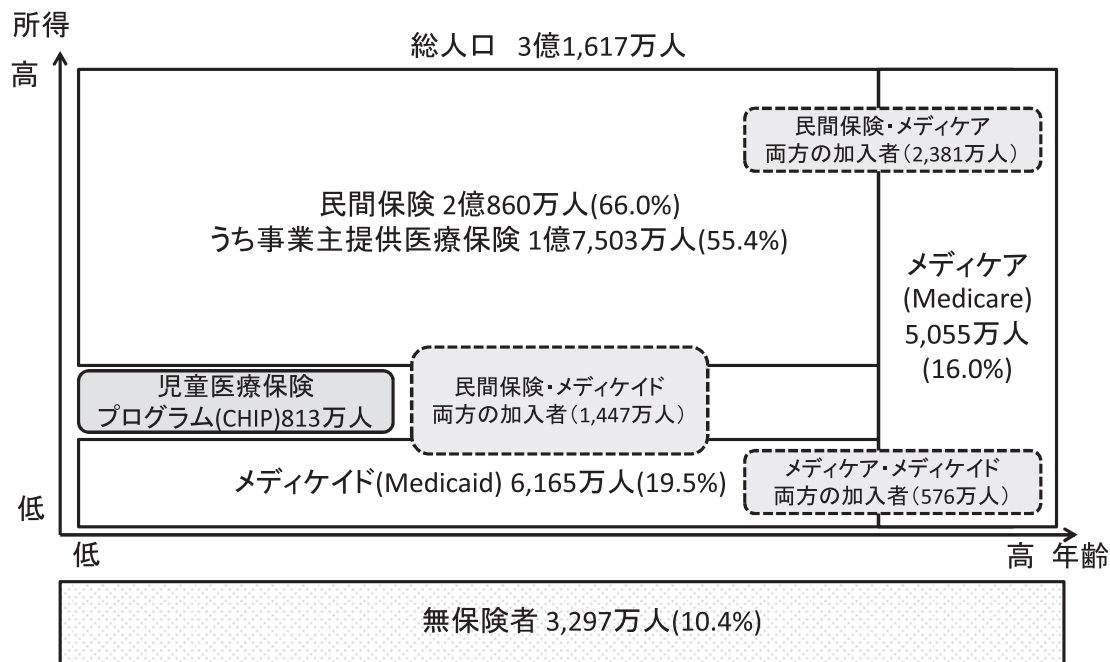
ドイツ

スウェーデン

英国

EU

図 2-2-19 医療制度の加入状況の概要 (2014年)



(出典) 米国センサス局 “Health Insurance data in the United States : 2014” より作成

場合には罰金が課せられることとなった⁵。また、2015年から企業に対し医療保険の提供をすることが原則義務化⁶され、違反した場合には罰金が課されることとなった⁷。さらに、2016年の罰金が課される基準については、個人及び企業に対して厳しくなる⁸。

□ 医療制度

1997年の均衡予算法においては、州政府主導の下で現行のメディケイド・プログラムの拡大などにより無保険者状態にある児童数を減少させる「児童医療保険プログラム (CHIP : Children's Health Insurance Program)」が創設され、2012年度においては、約815万人の児童がこの制度の対象となっている。2009年2月には、オバマ大統領の署名により、CHIPを2013年度まで延長すると

ともに、適用対象を拡大する法律が成立した。さらに、2010年3月に成立した医療制度改革法により、CHIPは2019年まで継続されるとともに、2017年9月⁹まで連邦政府の拠出を増額することとされている。

ハ オバマ政権の医療制度改革

先進国で唯一構造的に無保険者を抱えている国であり、無保険者となって事故や病気により破産の危機に瀕するというのは、福祉を必要とする層だけでなく、中流階級の国民すべてに起こり得る問題となっている。また、医療保険に加入している国民も、解雇や転職等により保障を失い、病気になったときに必要な保障が支払われなくなる可能性がある脆弱なシステムに依存している。一方で、1人当たり医療費は他の先進国の約2.5倍となっ

■5) 加入しない場合には、大人1人に付き325ドル、子供1人に付き162.5ドル (家族の上限は975ドル) 又は世帯収入の2%のいずれか高い額を罰金として課せられる (2015年の場合)。
 ■6) 正社員数が100人以上の企業であって、提供する医療保険が、正社員と26歳未満の子供の合計数に対して70%を下回っている等の基準に該当する企業に対して、罰金が課される (2015年の場合)。
 ■7) 罰金は、正社員1人当たり年間2,084ドルが課される (2015年の場合)。
 ■8) 個人に対しては、加入しない場合には、大人1人に付き695ドル、子供1人に付き347.5ドル (家族の上限は2,085ドル) 又は世帯収入の2.5%のいずれか高い額を罰金として課せられる (2016年の場合)。また、企業に対しては、正社員数が50人以上の企業であって、提供する医療保険が、正社員と26歳未満の子供の合計数に対して95%を下回っている等の基準に該当する企業に対して、罰金が課される (2016年の場合)。
 ■9) 2015年メディケアへのアクセス及び児童医療保険プログラム (Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015) により延長された。

第2章

[北米地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（米国）]

表 2-2-20 医療制度

名称	メディケア (Medicare)	メディケイド (Medicaid)	
根拠法	社会保障法 (Social Security Act) 第18編	社会保障法 (Social Security Act) 第19編	
運営主体	保健・福祉省メディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) (パートA及びB) 民間保険者 (パートC及びD)	保健・福祉省メディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) が監督し、各州が運営。	
被保険者資格	<ul style="list-style-type: none"> 勤務期間中に社会保障税の拠出を40四半期以上行ってきた65歳以上の者 2年以上障害年金の受給資格がある者 慢性腎不全患者 等 	<p>州により異なるが、連邦政府からの補助金を受けるためには、以下の者を加入対象者とする必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 子どものいる低所得者の家庭 世帯所得が連邦貧困ガイドラインの133%未満の世帯に属する6歳未満の子ども、及び連邦貧困ガイドラインの100%未満の世帯に属する6歳以上19歳未満の子ども。 世帯所得が連邦貧困ガイドラインの133%未満の世帯に属する妊婦。 メディケイドの加入要件を満たした女性から生まれた出生1年以内の乳児。 補足的所得保障 (SSI) の受給者 <p>さらに、2014年に開始されたメディケイド拡大により28州及びワシントンD.C.では以下の者も対象となっている (2015年5月)</p> <ul style="list-style-type: none"> 世帯所得が連邦貧困ガイドラインの133%未満の成人 6歳以上19歳未満の子どもで、世帯所得が連邦貧困ガイドラインの100%以上133%未満の者 	
給付対象	本人	要件を満たす低所得世帯	
給付の種類	<p><メディケア・パートA (病院保険 (HI: Hospital Insurance)) > 強制加入。入院サービス、高度看護施設ケア等を保障。</p> <p><メディケア・パートB (医療保険 (MI: Medical Insurance)) > 任意加入。外来等における医師サービス等を保障。</p> <p><メディケア・パートC (メディケア・アドバンテージ (Medicare Advantage)) > 任意加入。パートA及びBの双方に加入している者に対し政府に代わって民間の保険者がパートAの給付と同等以上の給付を請け負う制度。</p> <p><メディケア・パートD (メディケア・処方せん薬プラン (Medicare Prescription Drug Plans)) > 任意加入。外来患者に係る処方せん薬代を保障。</p>	通常の医療サービス (入院サービス、医師サービス等) をカバーする以外に、メディケアがカバーしない長期ケア (介護) もカバーする。	
本人負担割合等	<p>入院 (パートA)：入院1回につき1,260ドル。入院後1~60日目までは自己負担なし。61~90日目までは1日当たり315ドル。91日以降は、1日当たり630ドル (ただし、91日以降自己負担の支払のみで済むのは生涯60日であり、それを超えた場合は、全額自己負担となる)。(2015年)</p> <p>外来等 (パートB)：年間147ドルの自己負担。これに加え、20%の自己負担 (医師サービスの場合)。</p> <p>パートC：プランにより異なる。</p> <p>パートD：プランにより異なるが、連邦政府の定める給付最低基準は、</p> <p>薬剤費が年間320ドル未満の部分：全額自己負担 薬剤費が年間320~2,960ドルの部分：25%自己負担 薬剤費が年間2,960ドル以上の部分で、自己負担額と製薬会社の割引額の合計が4,700ドル未満の部分：ブランド薬については45%の自己負担 (製薬会社の割引50%、プランの負担5%)、ジェネリック薬については65%の自己負担 (プランの負担35%) (ブランド薬とジェネリック薬とのcoverage gap は、2020年にそれぞれ25%の自己負担になる)</p> <p>自己負担額と製薬会社の割引額の合計が年間4,700ドル以上の部分：5%の定率負担又は1処方当たり後発品で2.65ドル、それ以外で6.60ドルの定額負担 (catastrophic coverage)。(2015年)</p>		
財源	保険料	<p>パートA：現役世代の社会保障税 (2.9%、労使折半。自営業者は全額負担)</p> <p>パートB：加入者の標準保険料は、年収に応じて月104.9ドル~335.7ドル。(2015年)</p> <p>パートC：加入者の保険料はプランにより異なる。</p> <p>パートD：加入者の保険料はプランにより異なる。基本保険料は、年収に応じて、月0ドル~70.80ドル (2015年) となっており、これに保険内容に応じた追加保険料が必要となる。</p>	
	政府負担	任意加入保険の収支差を国が負担。	<p>州による保障に要した費用の一部を連邦が義務的に負担。連邦による負担率 (Federal Medical Assistance Percentage: FMAP) は、州の1人当たりの平均所得と全国平均との比較に応じて設定されるが、法律によって下限 (50%) と上限 (83%) が定められている。ただし、2014年に開始されたメディケイドの対象拡大に伴うコストについては、2016年まで連邦政府が100%負担することとなっている。</p>

動向と今後の見通し

カナダ

(社会保障施策) 米国

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

EU

実績	加入者数	5,383万人 (2014年) (パートA: 5,349万人、パートB: 4,934万人、パートC: 1,624万人、パートD: 4,048万人) ※任意加入の分があるため、各パートの総計は、上記の合計とは合致しない。	5,116万人 (2015年3月時点)
	支払総額	6,133億ドル (2014年) (パートA: 2,693億ドル、パートB: 2,659億ドル、パートD: 781億ドル) ※パートCの基本費用は、パートAとパートBの信託基金から支払っている。	4,989億ドル (2014年) (連邦政府: 2,997億ドル、州: 1,992億ドル)
	基金運用状況	支払総額は、2014年時点で対GDP比で3.5%だが、2040年には5.6%、2089年には6.0%に増加することが見込まれている。短期的にみると、パートAの勘定は、2008年から既に利子収入を含めても単年度収支が赤字に転じており、2030年には基金が枯渇すると予想されているが、パートBとパートDの勘定は資金繰りが十分であると予想されている (2015年メディケア信託基金報告書)。	

ており、保険料が高騰して特に中小企業は医療保険の提供をあきらめ、企業の競争力が削がれているほか、無保険者の治療費用は隠れたコストとして保険加入者の保険料に転嫁される悪循環となっている。また、メディケア、メディケイド等は財政的に持続不可能であり、医療制度の問題は財政赤字の問題に直結している。

このため、オバマ大統領は、就任後、内政上の重要課題の一つとして医療制度改革を挙げ、2009年9月に上下両院合同本会議において異例の演説を行って以降、関与の度合いを強めていった。2010年2月には自らの改革案を発表し、民主党議員の説得に当たり、最終的には民主党のみの賛成により、同年3月に医療制度改革法が成立した。主な内容は以下の通りとなっている。

- ・低所得者に対するメディケイド^{10,11}、児童医療保険プログラム (CHIP) の拡充
- ・個人向け民間医療保険に対する規制強化¹²
- ・州ごとに医療保険エクスチェンジを創設し、個人に対し医療保険加入を義務付け¹³
- ・医療保険料の税額控除を受ける被用者がいる場合、事

業主に対し、資金拠出を義務付け¹⁴

同法案は、2014年から本格施行されており、2015年3月時点で約1,020万人が医療保険エクスチェンジを通じ民間医療保険に加入するなど、一定の成果を上げている。

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療施策

政府は2000年に、“Healthy People 2000”を改定し、“Healthy People 2010”を策定した。“Healthy People 2010”は、国民に対し500以上にわたる健康に関する目標値を示し、今後10年の間、国民が健康的で質の高い生活を持続し、健康を害する行為を減少させることを目的に策定された。これまでの“Healthy People 2000”で取り上げられていた、がん、HIV、喫煙などといった事項に加え、慢性的な腎臓疾患、呼吸器疾患、医療器具の安全性なども取り上げられ、官民協力して、健康的な生活習慣の普及、健康で安全な地域社会の構築、一人ひとりの健康及び公衆衛生に関する制度の改善そして疾病や障害の予防と治療を推進していくことを目指している。

■10) 医療制度改革法においては当初、メディケイドの拡大要件を州が満たさない場合、メディケイドに係る全ての補助金が停止されるとされていたが、2012年6月の連邦最高裁判決により、この措置は違憲とされた。このため、2015年5月現在上記拡大措置を実施しているのは28州及びワシントンD.C.にとどまる。

■11) 世帯所得が連邦貧困ガイドラインの133%未満の成人を加入対象とする。2015年においては4人世帯の場合、年間32,252ドル(アラスカ、ハワイを除く48州及びワシントンD.C.における水準)未満となっている。

■12) 主な内容としては、加入申し込みに対する受け入れ保証、疾病履歴等による加入資格・給付制限の禁止、保険適用の待機期間の設定を制限、扶養、家族の範囲の拡大、生涯給付限度額・年間給付限度額の禁止、自己負担の上限額の設定扶養家族の範囲の拡大、生涯給付限度額・年間給付限度額の禁止、自己負担の上限額の設定などがある。

■13) 個人が加入する医療保険は一定の条件を満たすことを要求され、例えば眼科・歯科のみの給付や労災保険、特定の疾病・状態に対する保険、医療費の割引のみを提供するプランは一定の条件を満たさないとされる。このため、州ごとに州または連邦政府が運営する医療保険斡旋サイトである医療保険エクスチェンジが開設され、給付範囲や内容などが比較しやすくされている。医療保険エクスチェンジから保険プランを購入した場合、所得が連邦貧困ガイドラインの400%より低ければ保険料補助の対象となるなど一定の保険料の補助が設けられている。

■14) 2015年1月以降、100人以上フルタイム労働者を雇う事業主に対し、フルタイム労働者に対し医療保険の提供を行うこと、提供しない場合には資金を拠出することを定めている。また、医療保険の提供を行う場合でも、労働者の保険料負担が世帯の年間総所得の9.5%を超えた場合で、労働者が医療保険エクスチェンジを通じて医療保険を購入し、医療保険料に係る税額控除を受けた場合には資金拠出を求められる。

2010年にはさらにこれを改定した“Healthy People 2020”が発表された。“Healthy People 2020”では、42分野の1200項目以上について目標を定めており、新たに健康に関する生活の質と幸福、国際保健、医療関連感染、睡眠などが盛り込まれている。

こうした政策目標を達成するため、国立衛生研究所(National Institutes of Health)において疾病・ウィルスの研究等を行っており、研究費予算は、2016年会計年度(要求ベース)で313.11億ドルとなっている。

なお、喫煙予防・たばこ管理施策に関しては、2009年6月に、オバマ大統領の署名により、連邦保健・福祉省の食品医薬品局(Food and Drug Administration)内に新たにたばこ製品センターを設立してたばこに係る規制権限を付与するなど、対策を強化する法律が成立した。

(2) 医療施設

患者は通常、まず近所で診療所を開業するプライマリケア医を受診し、その後プライマリケア医の推薦する専門医を受診することとなる。アメリカの専門医は病院に雇用されている勤務医ではなく、病院の近くに自前の事務所を抱える独立事業主となっている場合が多い。病院の多くもオープン病院のシステムを採用しており、専門医は自らの契約する病院の機器、病床を使って治療や手術等を行い、退院後は自らの事務所に患者を通院させるか、その他のリハビリ施設に通わせることとなる。

アメリカ病院協会(American Hospital Association : AHA)の調査によれば、2015年における登録病院数は全米で5,686病院となっており、このうち急性期病院(short term hospital)を含むコミュニティ・ホスピタル(community hospital)が4,974病院、連邦政府病院(Federal Government Hospitals)が213病院、非連邦精神病院(Nonfederal Psychiatric Hospitals)が406、長期病院(long term hospital)が81病院となっている。

コミュニティ・ホスピタルを開設主体別に見た場合、2,904病院が民間非営利病院であり、1,010病院が自治体立病院、1,060病院が民間営利病院となっている。また、登録病院の病床数は約91万床となっており、コミュニティ・ホスピタルの病床数は約80万床となっている。

4 公的扶助制度

日本の生活保護制度のような、連邦政府による包括的な公的扶助制度はない。高齢者、障害者、児童など対象者の属性に応じて各制度が分立している。また、州政府独自の制度も存在している。

主要な制度は、貧困家庭一時扶助(Temporary Assistance for Needy Families : TANF)、補足的所得保障(Supplement Security Income : SSI)、メディケイド、補足的栄養支援(Supplemental Nutrition Assistance Program : SNAP (2008年10月より食料スタンプ(Food Stamp)から名称変更))、一般扶助(General Assistance : GA)の5つである。

また、広義の所得保障として勤労所得税額控除(Earned Income Tax Credit : EITC)がある。

このうち補足的所得保障と補足的栄養支援は連邦政府直轄事業であり、貧困家庭一時扶助とメディケイドは連邦政府が定める比較的緩やかな基準の下で州政府が運営し、連邦政府は費用の一定割合の補助金を交付する。

(1) 貧困家庭一時扶助

州政府が児童や妊婦のいる貧困家庭に対して現金給付を行う場合に、連邦政府が州政府へ定額補助を行うものであり、「個人責任及び就労機会調整法(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)」などによる1996年の福祉改革の一環として創設された制度で、「福祉から就労へ」を促進することを目指している。財政的には、州の裁量により連邦政府から交付される補助金の使途の大部分を定めることができることとなった。給付の内容については州が独自に定めることができる。延べ5年間扶助を受給した世帯は受給資格を失うことになり、受給者数は、2015年3月時点において約305万人、約133万家族となっている。

(2) 補足的所得保障

連邦政府による低所得者に対する現金給付制度であり、65歳以上の高齢者又は障害者のうち資産及び所得に関する受給資格要件を満たす者が対象となる。新規無資産受給者に対する連邦の所得保障の給付上限月額は、733ドル(2015年)である。なお、他からの収入がある場合やOASDIなど他から給付所得がある場合には、補

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国
(社会保障施策)

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

E
U

定的所得保障の給付額は減額される。また、多くの州において連邦所得保障に州独自の上乘せ支給を行っている。2015年8月現在のSSIの受給者は約835万人であり、合計約47億ドル、平均月額540.9ドルが給付されている。

(3) 補足的栄養支援

連邦政府が低所得者世帯に対し食料購入に使用できる一種のクレジットカードを支給し、カードの持ち主がそのカードで買い物をすると代金が本人の補足的栄養支援口座から引き落とされる制度となっており、農務省(USDA)が所管・運営している。政府からの給付金は毎月、補足的栄養支援口座に振り込まれることとなる。給付金の額は世帯構成員や所得の大きさによって異なり、2人世帯の場合、最高で357ドル(他の所得無しとみなされた場合)となっている。上述のSSIなどの公的扶助と併給も可能となっている。2015年6月時点では、平均で2,244万世帯、4,551万人が利用し、毎月平均57億ドルを給付した。

(4) 一般扶助

一部の州・地方政府により実施されている、貧困家庭一時扶助や補足的所得保障などが受けられない者に対する制度である。受給資格や給付の内容は州・地方により異なる。

(5) 勤労所得税額控除

連邦政府により実施されている。控除額が所得税額を上回る場合、つまり所得税額から勤労所得税額控除を差し引くとマイナスの額が算出される場合に、そのマイナス分について税の還付(実際には給付)を行う、税制を通じた広義の所得保障制度である。制度対象者は、勤労所得があり、かつ所得が一定額未満の者である。控除額は所得額や子供の数により異なり、子供が2人いる場合、最大で年5,548ドル(2015年)である。また、州や地方によっては州所得税・地方所得税に対しても、連邦政府と同様、勤労所得税額控除を設定している。

5 社会福祉施策.....

(1) 高齢者福祉施策

日本のような公的な介護保障制度は存在しないため、

医療の範疇に入る一部の介護サービス(Skilled Nursing Homes等)がメディケアでカバーされるに過ぎず、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合に初めて、メディケイドがカバーすることになる。また、食事の宅配、入浴介助等医療の範疇に入らない介護サービスについては、米国高齢者法(Older Americans Act)によって、一定のサービスに対する連邦政府等の補助が定められているが、この予算規模はきわめて小さいものとなっている。また、高齢者介護サービスは、民間部門(特に営利企業)の果たしている役割が大きいのが特徴である。

高齢者介護サービスについては、施設サービスに偏りがちになっていること、個々のサービスが有機的に統合されていないこと、予防に係る取組が重要になっていること等の課題が指摘されており、連邦保健・福祉省は、高齢者や障害者が利用可能なサービスを一覧できるワンストップ・ショップの機能を持つセンターの創設や、根拠に基づく予防施策、ナーシングホームへの入居を未然に防ぐための施策等を推進している。

(2) 障害者福祉施策

障害年金の給付や補足的所得保障による現金給付、メディケア及びメディケイドによる医療保障が中心である。また、障害保健福祉施策を総合的に提供する組織は存在しない。なお、1999年12月には、それまで就労による所得上昇等によってメディケイド等の医療保険の対象でなくなっていた障害者に対し、州の判断で医療保障を適用することを可能とし、障害者の雇用促進を図ることとされた。

オバマ大統領が、2009年をコミュニティ生活推進年間とするとしたことを受けて、2009年6月に、連邦保健・福祉省は、障害者がコミュニティで生活を送ることを支援するため、「コミュニティ生活イニシアティブ(Community Living Initiative)」を推進していくことを発表した。同イニシアティブの下、関係者との意見交換、州との協力体制の強化、手頃な住居の提供拡大等が行われている。

(3) 児童健全育成施策

児童を養育する低所得家庭を対象とする貧困家庭一時

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米 国 (社会保障施策)

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

E U

扶助のほか、里親、養子縁組及び児童の自立支援の提供、児童虐待対策、保育施策、発達障害児童対策などが行われている。また、児童扶養強制プログラムにより、親の搜索、確定及び児童扶養経費の支払命令を実施し、また、養育を行っていない親からの養育費徴収を行っている。なお、子供を養育する全家庭を対象とした児童手当制度は実施されていない。

全国統一的な保育制度は整備されておらず、州政府が施設整備、職員配置基準などを定めている。連邦政府は連邦保健・福祉省（Department of Health and Human Services：HHS）内に保育の専門部局（保育部：Office of Child Care）を設置し、州・地域などで低所得の家族が良質の保育サービスを楽しむことができるよう、財政的支援を行っている（2015年度で連邦は約54億ドルを支出して、州に支援している。州（及びさらに州から財源移譲を受けた郡、市町村）は、この金額を大きな財政的基礎にして、各種サービスを実施する）。例えば、「チャイルドケアバウチャー」を経済的に恵まれない親に支給し、親はそのバウチャーで各種チャイルドケアサービスを購入する。バウチャー制度は州によって異なっているが、制度の監督・整備は連邦保健・福祉省保育部の大きな任務になっている。

6 近年の動き・課題等……………

2014年から本格施行された医療制度改革法は、無保険者を減少させる観点からは一定の成果をあげている。65歳未満における医療保険の加入状況は、医療制度改革法が本格施行される直前の2013年第4四半期には16.2%であった無保険者の割合は、2015年第1四半期には10.7%となっており、5.5%ポイント減少している。一方で、同期間においては、私的保険加入者が2015年第1四半期には66.5%と6.0%ポイント増加しており、医療保険エクステンジの加入者も増加している。また、無保険者の動向を年齢別にみると、18歳から29歳の層において2013年第4四半期には26.8%であった無保険者の割合は、2015年第1四半期には17.2%となっており、9.6%ポイント減少している。さらに、無保険者の動向を貧困基準を

踏まえてみると、低所得層においても、無保険者が減少傾向にある。

また、医療制度改革法の財政面への影響については、議会予算局（Congressional Budget Office）が、2013年から2022年において1,019億ドル、2023年から2032年において1兆6,000億ドルの赤字抑制効果があると推計している¹⁵。

他方、医療制度改革法を巡っては、連邦最高裁判所の判断にまで纏れ込んだ違憲訴訟が2件提起された。

1件目は、個人への保険料加入義務と、各州へのメディケイドの強制的な受給資格拡大に関する内容であり、当該受給資格拡大に従わない場合、連邦政府から州に対するメディケイドに係る全ての補助金を停止するといった措置について、合憲性が争われたものである。この訴訟については、2012年6月の連邦最高裁判決により、個人への保険料加入義務を課した上で、当該義務に従わない場合には罰金を徴収するといった措置については合憲とされたが、連邦政府から州に対するメディケイドに係る全ての補助金を停止するといった措置については違憲とされた。このため、2015年5月現在拡大措置を実施しているのは28州及びワシントンD.C.にとどまっている。

2件目は、医療制度改革法では州が設立した保険取引所を通じて税額控除を受けることとなっていたものの、いくつかの州がその設置を拒んだため、連邦政府が設立した保険取引所を通じて税額控除を実施していたが、当該措置が条文上に明記されていないことから違憲であるとして、合憲性が争われたものである。この訴訟内容については、2015年6月の連邦最高裁判決により、設置主体を州に限定する合理的な理由が存在しない等の理由により、合憲とされた。

結果として、医療制度改革法を巡って訴訟が提起され、一部違憲とされたものがあつたものの、医療制度改革法の根幹部分については、司法からも合憲性が担保される結果となった。

医療制度改革法は、財政面からも財政赤字縮減に向けた長期的な観点から支持されている。また、懸念されていた司法面からも、一部課題は残っているものの、法の

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国
（社会保障施策）

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

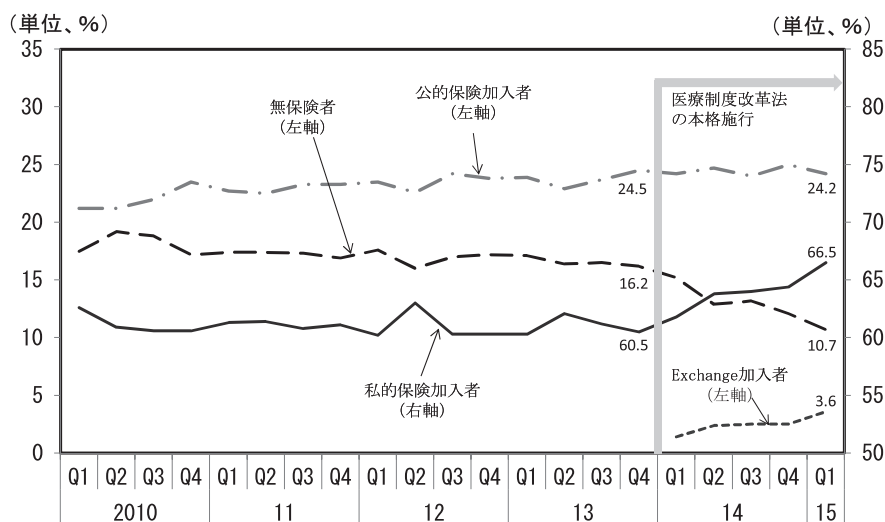
EU

■15) Council of Economic Advisers (2015) "The Affordable Care Act at Five : Progress on Coverage, Costs and Quality"

根幹部分の合憲性については、担保を得た状況になった。
他方で、議会の状況をみると、2014年11月の中間選挙の結果、医療制度改革法の廃止を主張している共和党が上下院とも過半数の議席を占めており、共和党は予算面から医療制度改革法の廃止を目指している。予算案につ

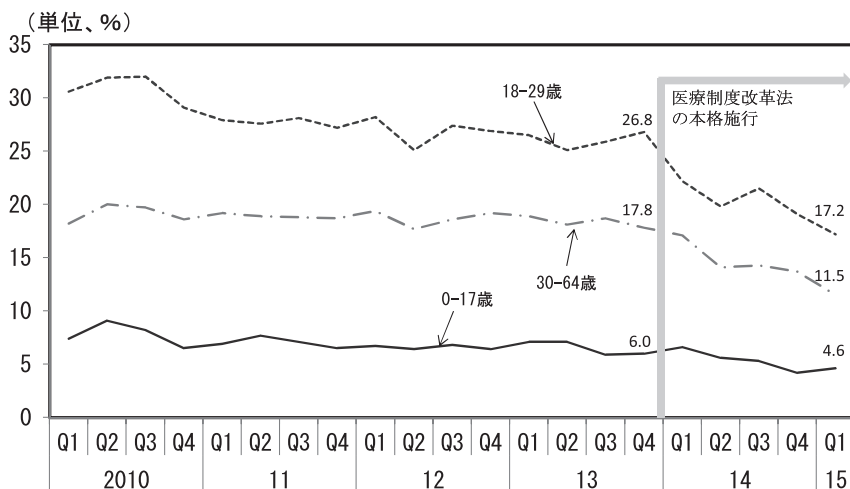
いては、最終的には大統領の署名を得る必要があり、2016年には大統領選挙を控えていることから、医療制度のあり方については、引き続き活発に議論されていくものと見込まれる。

図 2-2-21 医療保険加入状況の動向



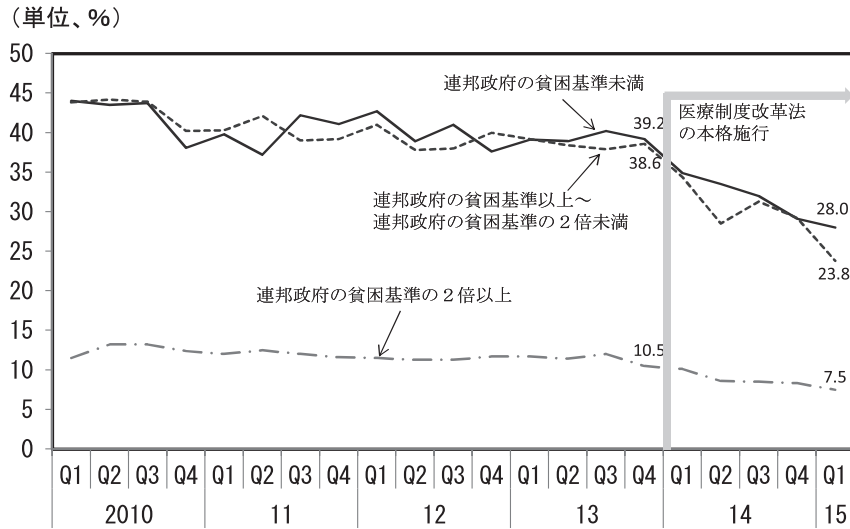
(出典) National Center for Health Statistics (2015) "Health Insurance Coverage: Early Release of Quarterly Estimates From the National Health Interview Survey, January 2010-March 2015" により作成。

図 2-2-22 年齢別にみた無保険者の動向



(出典) National Center for Health Statistics (2015) "Health Insurance Coverage: Early Release of Quarterly Estimates From the National Health Interview Survey, January 2010-March 2015" により作成。

図 2-2-23 貧困基準でみた無保険者の動向



(出典) National Center for Health Statistics (2015) "Health Insurance Coverage: Early Release of Quarterly estimates From the National Health Interview Survey, January 2010-March 2015" により作成。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国
(社会保障施策)

フランス

ドイツ

スウェーデン

英国

E U