

## 第3章 各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向

### アメリカ

(参考) 1ドル=87.78円 (2010年期中平均)

#### 1 社会保障制度の概要

アメリカにおいては、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。

アメリカの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 社会保険制度等

##### (1) 制度の概要

アメリカの社会保険制度については、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

##### a 老齢・遺族・障害年金

アメリカの公的年金制度は、一般制度である老齢・遺族・障害年金と、公務員、鉄道職員など一定の職業のみを対象とする個別制度とに大別される。

老齢・遺族・障害年金は、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。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<sup>1)</sup>)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。

財政面においては、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。この社会保障税の税率は、現在、給与の12.4%であり、被用者は事業主と折半してその半分の、自営業者は全額を負担している。ただし、2011年に限り、社会保障税の税率を給与の10.4%(事業主6.2%、被用者4.2%。自営業者は10.4%)とする特別措置が講じられている。

給付については、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となっており、2010年現在は66歳となっている。

2010年においては、1億5,600万人の被用者又は自営業者(全被用者及び全自営業者の93%)が社会保障税を納入すると見込まれている。また、2010年6月末現在、

■ 1) 日本の社会保険料に相当。アメリカの公的年金である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。

5,340万人の受給者が社会保障年金を受給している。

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。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。

## b 企業年金制度

アメリカにおいては、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 of 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<sup>2)</sup>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1兆8,535億ドルに、確定拠出型(DC)年金プランについては2008年に

■ 2) キャッシュバランス・プラン

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。

は2兆6,992億ドルにまで減少したが、2009年には、それぞれ、2兆1,047億ドル(DBプラン)、3兆3,663億ドル(DCプラン)に増加している。

オバマ大統領は2009年2月の上下両院合同本会議演説において、退職後保障の強化を図るため、すべての米国民を対象としたユニバーサル・セービング・アカウントを創設することを提案した。2009年度予算には、企業年金プランを提供していない企業に対して、従業員を個人退職勘定(Individual Retirement Account: IRA)に加入させることを義務づける自動加入制度などの新施策を盛り込んだほか、9月には、退職貯蓄を促進するために、401(k)プランその他の退職貯蓄プランにおける自動加入の拡大等を柱とする退職貯蓄の推進に係る新たなイニシアティブを発表した。

〈表4-1-1〉企業年金・医療保険制度を提供している事業所の割合

	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	47	10	45	62
99人以下	45	10	44	61
100人以上	82	29	79	93

資料出所 National Compensation Survey (2010年3月)  
連邦労働省労働統計局 [BLS]

### (3) 医療保険制度等

#### a 制度の類型

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い。国民医療費は、2009年から2019年の間に年平均6.3%で伸びていくものと予測され、2019年には対GDP比で19.6%を占めるものと見込まれている。

アメリカの医療費を支出主体別に見ると、民間医療保険が32%と最大の割合を占め、次に、メディケア支出が20%、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19%、自己負担が12%となっている(2009年)(出典: 連邦保健・福祉省 Centers for Medicare and Medicaid Services)。

#### b メディケア

メディケアは、1965年に創設された連邦保健・福祉省が運営する公的医療保険制度である。65歳以上の者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者等を対象とし、約4,344万人(2009年)が加入している。入院サービス等を保障する強制加入の病院保険(HI: Hospital Insurance, メディケア・パートA)と外来等における医師の診療等を保障する任意加入の医療保険(MI: Medical Insurance, メディケア・パートB)を基本として構成されており、パートAが、現役労働者の社会保障税(税率はHI相当分で現在、給与の2.9%: 被用者は事業主と折半して負担、自営業者は全額負担)により、パートBは加入者の保険料(毎月の標準保険料は115.4ドル(2011年))及び連邦政府の一般財源により賄われている。

また、2006年1月1日より、これまで保険の適用外だった外来患者に係る処方せん薬代を適用対象に加えるメディケア・処方せん薬プラン(Medicare Prescription Drug Plans (メディケア・パートDともいわれる))が新設されている。これは、加入対象者をメディケア・パートA及びパートBの双方に加入している者とした任意加入のプランである。メディケアがプランの管理主体となるパートA及びパートBとは異なり、補助を受けた民間保険会社がプランを提供するため、保険料・給付内容は加入者が選択する保険会社やオプションによって異なっている<sup>3)</sup>。

3) 平均保険料は月額40.72ドル(2011年)。連邦政府の定める給付内容の最低基準(2011年)は以下のとおり。

年間薬剤負担額	給付内容
年間310ドル以下の部分	免責(全額加入者自己負担)
310ドル超2,840ドル以下の部分	75%給付(自己負担は25%)
2,840ドル超6,448ドル以下の部分	全額自己負担(ただし、製薬企業にはブランド薬の50%値下げが義務付けられるほか、受給者にリベートが支給されることで、今後10年間で受給者の実質負担割合は25%になることとされている。)
6,448ドル超の部分	95%給付(自己負担は5%)

メディケア・パートC<sup>4)</sup>加入者に関しては、パートCのオプションのとり方でメディケア・処方せん薬プランに加入しないでも外来薬剤代の給付を受けることもできることとし、また、従来から退職者に対する外来薬剤給付を行っている企業が提供するプランに対しては、メディケアからの補助が行われている。これらのメディケア関連制度により、4,078万人(2009年2月)が、外来薬剤給付の対象となっている。

2009年におけるメディケアによる支払総額は5,023億ドルであった。

### C メディケイド等

メディケイドは、子供がいる、補足的所得保障(SSI)を受けている高齢者や障害者であるなど一定の条件を満たす低所得者に公的医療扶助を行う制度である。メディケイドは、メディケアとともに1965年に創設されたが、その支出は増加し続け、2008年度には州・連邦合算で3,739億ドルに達し、約4,776万人(2009年)が加入している。メディケイドは通常の医療サービス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)をもカバーする。

現役世代の多くは、雇用主を通じて民間の医療保険に加入しているが、いかなる医療保険の適用も受けていない国民が約5,067万人(2009年)(人口の16.7%)に達し、大きな問題となっている。近年、各種保険の適用拡大、促進のための措置が講じられており、例えば、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、2008年度においては、約700万人以上の児童と2001年以降加入可能となった成人33万人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、新たに約400万人の児童を適用対象と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、メディケイドについては2014年以降対象者を、所得が連邦貧困ガイドラインの133%(4人家族で29,327ドル)未満のすべての個人に拡大することとされた。また、CHIPは2014年度以降も継続されるとともに、2015年以降連邦政府の拠出を増額することとされている。

## 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、アメリカ国民に対し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、アメリカ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。2010年にはさらにこれを改定した“Healthy People 2020”が発表された。

■ 4) メディケア・パートC (メディケア・アドバンテージ: Medicare + Advantage)

a 給付内容

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。

b 加入要件

パートA及びパートBの双方に加入している者。

c 保険者による保険の仕組み

民間保険者は、会員制健康医療団体(Health Maintenance Organization: HMO。保険料は低額だが診療機関や受診内容の制約が厳しい)、PPO(保険料は割高だが医療機関を自由に選択できる特約医療団体)等を通じ、加入者に医療給付を行う。

d 民間保険者の報酬の受領態様

民間保険者は、給付を請け負った加入者1人当たり定額の報酬を連邦保健・福祉省メディケア・メディケイドセンター(Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS)から受領し、当該報酬額の範囲内で給付内容・給付サービスに係る競争が民間保険者の間で行われている。

e パートAとの主要差異

パートAでは給付対象外となっている外来薬剤や予防検診などの給付が認められている。しかし実態は、民間保険者は経費圧縮のため加入者に対し医師や医療機関へのアクセスを大幅に制限している。

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、2010年度で312億ドルとなっている。

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

アメリカでは、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、2009年における登録病院数は全米で5,795病院となっており、このうち急性期病院(short term hospital)が5,008病院、長期病院(long term hospital)が117病院となっている。

急性期病院を開設主体別に見た場合、2,918病院が民間非営利病院であり、1,092病院が自治体立病院、998病院が民間営利病院となっている。また、こうした病院の病床数は94万床となっている。

## (3) 医療従事者

2009年時点で、全米で約94万人の医師が実際に働いていると推計される。

看護師については、登録看護師数は2008年で約306万人となっているが、このうちフルタイムの雇用が63.2%、パートタイムの雇用が21.5%と推計されている。

## 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。

このうち補足的保障所得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。

貧困家庭一時扶助は、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」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、2010年度において約435万人、184万家族となっている。また、平均給付月額は一世帯当たり349.65ドル(2007年度)となっている。

補足的所得保障は、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およ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、674ドル(2011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、補足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。2010年11月現在のSSIの受給者は約795万人であり、約43億ドルが給付されている。

補足的栄養支援は、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367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。2010年度には、平均で1,862万世帯、4,030万人が利用し、毎月平均54億ドルを給付した。

## 5 社会福祉施策

### (1) 高齢者福祉施策

アメリカでは、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、アメリカ高齢者法 (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、アメリカにおける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、予防に係る取組み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。

なお、オバマ政権下で成立した医療制度改革法においては、5年間保険料を納付すればコミュニティ生活支援サービスを必要とする状態になった際に一定の金銭給付を受けることができる任意加入の全国的保険プログラムを新たに創設することが盛り込まれた。

### (2) 障害者福祉施策

障害者に対する保健福祉サービスとしては、障害年金の給付や補足的保障所得による現金給付、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しま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。

オバマ大統領は、2009年6月に、2009年をコミュニティ生活推進年間とするとともに、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の新たなイニシアティブを推進していくことを発表した。

### (3) 児童健全育成施策

児童及びその家庭に対する福祉施策としては、児童を養育する低所得家庭を対象とする貧困家庭一時扶助のほか、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。

保育サービスについては、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 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受取できるよう、財政的支援を行っている (2010年度で連邦は約50億ドルを支出して、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入手する。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。

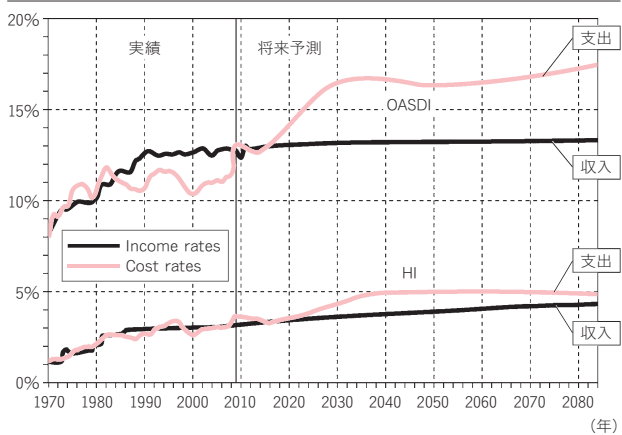
## 6 近年の動き・課題等

### (1) 社会保障給付費(Trust Fund)の財政状況

公的年金制度であるOASDIと公的医療保険制度であるメディケアは、Trust Fundという特別会計によって運営されているが、このTrust Fundについては、毎年、財政報告書が出されている。

2010年の報告書によれば、OASDIとメディケアのうち入院保険であるHI(パートA)の財政状況と今後の予測は以下のとおりである。ベビーブーマー世代の高齢化のほか、近時の景気後退や予想を上回る死亡率の低下により、今後急激に財政が悪化することが予想されている。

〈図4-1-2〉収入と支出率(課税給与総額の割合)



※ 将来的に支出が収入を上回ることが予測されている。

〈表4-1-3〉社会保障給付費の今後の推移

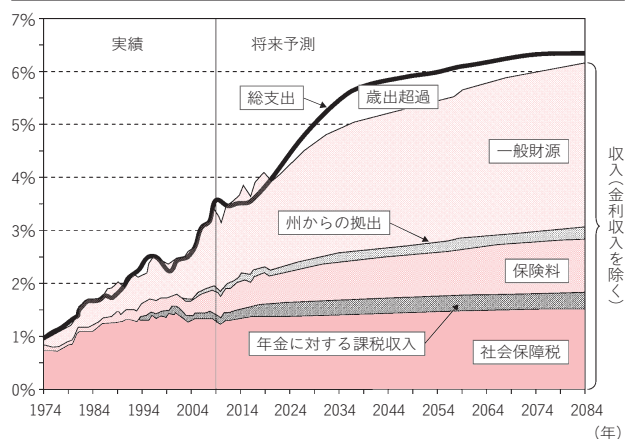
	OASI	DI	OASDI	HI
支出が収入を上回る初年	2018	2005	2015	2020
支出が収入を上回る初年 (金利を含めた場合)	2026	2009	2025	2022
積立金が枯渇する年	2040	2018	2037	2029

特に深刻であったメディケアの財政悪化については、オバマ政権下で成立した医療制度改革法による給付抑制及び税収入増加により、HIの財政見通しは相当

程度改善し、HIの積立金が枯渇してしまう年は、2009年報告書時点の2017年から12年遅くなり、2029年となった。しかし、それでもHIの短期財政は適切に手当されているとは言えない状態にある。

それぞれのTrust Fundの赤字分を社会保障税率に換算すると、OASDIでは1.92%、HIでは0.66%であり、今後75年間にわたり財政均衡させるためには、理論上は、直ちにこれに相当する程度だけ社会保障税率を引き上げるか、給付水準をOASDIで12%削減することが必要な状況にある。なお、HIについては、あくまで医療制度改革法による医療費抑制効果が長期間にわたり持続するという前提に立ったものであり、一定期間経過後に医療費抑制効果が減退するという仮想代替シナリオにおいては、この比率は1.91%となる。

〈図4-1-4〉GDPに占めるメディケア(利子収入を除く)の割合



### (2) オバマ政権の医療制度改革

アメリカは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1.5倍となっており、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。

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、①医療保険に加入している者により大きな保障と安定を付与する、②医療保険に加入していない者に医療保険を提供する、③医療費の伸びを抑制するという3つの基本原則の下、議会と協力しつつ改革に取り組んだ。具体的には、①については、既往症による保険加入拒否の禁止、不合理な保険料設定の禁止など、民間保険会社に対する規制を強化すること、②については、医療保険エクステンジを創設して、保険提供側に既往症による保険加入拒否の禁止等の制約を課す一方、保険購入側には低所得層に対する医療保険料控除の仕組みを設け、無保険者に対する保険市場が機能する環境を整備する一方で、個人に医療保険加入を義務付け、事業主に“Play or Pay”（従業員に自ら保険を提供するか、資金を拠出するか）を義務付けること、③については、メディケア、メディケイド等の無駄・濫用を省き、効率化することが議論された。なお、オバマ大統領は、改革議論に際し、医療制度改革は財政赤字を拡大するものであってはならないという立場を明確にした。

議会においては、内容の異なる法律案が2009年11月に下院、12月に上院をそれぞれ通過し、2010年1月以降、両法案の一本化作業が進められた。医療保険エクステンジにおける民間保険会社の競争相手として、

新たに公的医療保険プランの選択肢を創設するかどうか、中絶をカバーする医療保険プランをどのように賄うか、今後10年間で8,000億ドル以上の改革の財源をどのように賄うか等が、特に争点となっている。

オバマ大統領は、改革案の具体的な内容は議会の議論に委ねる姿勢をとってきたが、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、2010年2月には自らの改革案を発表して、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、3月に医療制度改革法が成立した。

医療制度改革法は2014年の本格施行に至るまで段階的に施行されていく内容となっているが、成立した改革法に対する国民の支持が必ずしも高くない中、施行に向けた道筋が予断できない状況になっている。例えば、個人への医療保険加入の義務付けやメディケイドの拡充について、州の権限を侵すものとして20以上の州において訴訟が提起され、一部下級審においてはこれを合衆国憲法に違反するとの判決も出ている。また、2010年の中間選挙において医療制度改革法の撤廃を掲げる共和党が躍進し、下院で過半数を獲得して医療制度改革法の撤廃法案を通過させた（ただし、上院での審議の見通しは立っていない）ほか、今後医療制度改革法の施行に当たり歳出法による授權を必要とする部分に必要な予算を付けないことなどにより、同法の施行を妨げる戦略も取り沙汰されている。