

「健康保険・介護保険システム研究会」報告書

# 米国・英国の健康保険・医療保障と 介護保険・介護保障

主 査 田中 滋

(公立大学法人埼玉県立大学理事長 慶應義塾大学名誉教授)

研究主幹 小林 篤

(元損保ジャパン日本興亜総合研究所ファカルティフェロー)

編集 久司敏史

(SOMPOインスティテュート・プラス主席研究員)

2023年11月

# 目 次

主査緒言	2
健康保険・介護保険システム研究会の概要と叢書の作成要領	3
健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点	5
健康保険・介護保険システム研究会名簿	7
図表一覧	8
第1部 米国の健康保険・医療保障と介護保険・介護保障	9
第2部 英国の健康保険・医療保障と介護保険・介護保障	26

## 主 査 緒 言

SOMPO 福祉財団の支援により設けられた「健康保険・介護保険システム研究会」では、当初からの構成メンバーに加え、必要に応じて対象国における医療・介護保障制度に詳しいゲスト研究者を招いて討議を行ってきた。この度、2分冊からなる SOMPO 福祉財団叢書として、研究会による検討結果を報告する。

報告の狙いと特徴は、対象国の医療と介護にかかわる公的保障（社会保険や公費等による受療保障）と民間保険について、基本的な構造とその構造に至る成り立ち、さらに構造が変革していく過程を理解するために役立つ情報を整理して提示している点である。よって、調査・執筆時点のトピックスに焦点を当てた報告とは主旨が異なる。また、制度の記述にとどまらず、その運用面も紹介している。

本報告の記述が可能な限り確かな情報となるように、章節項ごとに典拠とした情報源を注記で示した。それとは別に、国ごとにまとめられた「参考文献・インターネットサイト」に、今後の調査研究の際の参照先として役に立つ情報源を掲載している。

住民の大部分をカバーする社会保険制度（“国民皆保険制度”）が特徴と言える日本の健康保険システムと、各国の仕組みの比較を行いやすいよう、以下の5つの視点を冒頭に掲げた。それらは、①システムの背景にある正義観、②医療サービスへのアクセス保障の対象者、③医療サービス提供体制の維持に要する費用の補償形態、④医療費財源の確保とコストコントロール、⑤受療の平等性、とまとめられる。

この『米国・英国の健康保険・医療保障と介護保険・介護保障』は、上記の狙いと特徴を持つ叢書の第一分冊である。

第1部米国編の主な内容は次の通り。第1章「概要」：公的な医療保障制度と医療扶助制度（メディケア・メディケイドの他に3制度）が全住民対象ではなく、住民の多くは民間健康保険に加入している。低所得のため民間健康保険の保険料が負担できず、公的扶助制度の受給資格にも該当しない無保険者の存在が、政策的努力にもかかわらず継続してきた米国医療の特徴が指摘されている。第2章「沿革」：初めに Blues（Blue Cross と Blue Shield）の発祥と進化、および保険料負担をめぐる雇用主の関与が示され、続いてメディケアによる Prospective Payment System の採用、Health Maintenance Organization と Preferred Provider Organization など Managed Care の進展、およびオバマケアの試みが紹介されている。第3章「介護」：メディケイド・メディケアと民間介護保険の関係性を理解できる。第4章「主要論点」：図表1により、住民の所得と年齢により仕切られた米国健康保険システムを簡潔に描写している。第5章「課題と対応策」：上述の5つの視点からの分析が示される。

第2部英国編の主な内容は次の通り。第1章「概要」：国民保健サービス（National Health Service；NHS）の概略（対象サービス・財源・Primary Care／Secondary Care／Tertiary Careの構造など）と、民間健康保険の姿（商品ライン・加入理由・市場構造など）が整理される。第2章「沿革」：第2次世界大戦前の前史に始まり、NHS創設以来の本質、常に課題とされてきた待機期間問題、サッチャーによる内部市場導入策、およびブレア改革が説明される。第3章「介護」：英国では介護は原則として私的責任の範疇とされていることが説かれ、ケアホームの種類と費用、および民間介護保険にも触れられている。第4章「主要論点」：日独との比較で見た英国における社会保険の概念、並びにNHS私的診療が解説される。第5章「課題と対応策」：米国編と同様、上述の5つの視点からの分析を示している。

# 健康保険・介護保険システム研究会の概要と叢書の作成要領

## 1 健康保険・介護保険システム研究会の目的

健康保険・介護保険システム研究会は、先進諸国の健康保険・介護保険システムについて、公的保険・民間保険、さらに公費による保障制度を含めて包括的に把握・理解し、各国の抱える課題について検討を進めることを目的とした。

## 2 研究会の観点・態度

### ①健康保険・介護保険「システム」という観点

研究会で取り上げた先進諸国の健康保険・介護保険・公費保障制度は、多くの国に共通する要素・特性を有する部分（例えば、予防への取り組みや入院医療費用算出の根拠となる疾病群別の考え方）が見られる一方、その運営・成り立ちの相違（例えば、主たる財源が公費か保険料か、サービス提供者に対する支払いが個別サービスごとか、1日当たりや1件当たりの包括払いか、人頭払いか、予算制か）などによって、全体としては大きなバラエティが存在する。

システムは、一般的には部分が結合して全体が構成されているものと理解されている。本叢書では、各国の仕組みがシステムとして構成されているとの観点から調査分析を行った。これにより、先進諸国の健康保険・介護保険の共通性と相違の把握が容易になると考えられる。

### ②運用面・実態の把握

公的な健康保険・医療保障や介護保険・介護保障制度および民間健康保険・介護保険について、制度に関する理解に留まらず、運用面など実態を見据えた把握・理解を行うことに留意した。

### ③公的保険・民間保険の一体的把握

先進諸国では、公的健康保険・公費保障制度と民間保険とが併存していることが多い。公的健康保険・公費医療保障制度と民間保険の関係は、区々様々である。その両者を一体として把握するように努めた。

### ④変革過程への注目

どの先進諸国でも、健康保険・介護保険システムは絶えず改革（結果としての改悪も）・革新がなされている。現在のシステムは経路依存的に形成されたものであるため、沿革を把握することは理解に不可欠である。

## 3 研究会開催実績と対象国

2018年から2022年にかけて、以下の合計10回開催した。

2018年 米国 2回

2019年 英国 2回（含む介護保障）

2020年 カナダ 2回（含む介護保障）

オランダ 2回（含む介護保障）

2021年 ドイツ 1回

2022年 フランス 1回

対象とした国は、米国、英国、カナダ、オランダ、ドイツおよびフランスの6カ国である。

#### 4 研究会の進め方

- ①最初に研究主幹から当該国に関する健康保険・介護保険システムについて報告を行い
- ②当該国に関する健康保険・介護保険システムに関して専門的知見を有する研究者をゲスト研究員としてお招きし、研究主幹報告の不足・誤認について補足していただき、その後研究会の参加者（損保ジャパン日本興亜社の参加者も含む）による自由な討議を行った。

お招きしたゲスト研究員は以下の通り。

米国については、小樽商科大学商学部教授 中浜隆教授

英国については、埼玉県立大学保健医療福祉学部 伊藤善典教授

#### 5 健康保険・介護保険システム研究会の叢書の内容と着目点

叢書の内容は、研究会活動で、何が解ったかを整理し、当該国の健康保険・介護保険システムの特徴、日本との対比を考える際に有益となりうる情報を纏めている。また、それぞれの国の健康保険・介護保険システムは経路依存的であるので、沿革の解説も示した。また、改革は、その時期・その国での課題の解決策であるとの点に着目している。なお、対象国の制度などは原則として対象国に関する研究会開催時点のものとなっている。

#### 6 本叢書が想定する読者と参考文献・インターネットサイト

先進諸国の健康保険・介護保険システムについて調査する読者。

調査する際の利便のため、役立つと考えられる参考文献（主に英語）およびインターネットサイトに関する案内を、「参考文献・インターネットサイト」として掲げてある。

#### 7 叢書の作成要領と叢書で取り上げた国

研究会で提供された報告・コメント・討論および自由討議記録を下敷きにしつつ、当該国の基本的な姿が把握できるように、必要と考えられる情報を加えた本文草稿を研究主幹が作成した。更に、その本文草稿について主査とゲスト研究員が検討して必要な修正を行って、本叢書の本文とした。

本叢書は、6カ国のうち、米国と英国を取り上げている。

## 健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点

国民皆保険制度下で各種公的保険が分立している日本の健康保険システムの成り立ち・現状を踏まえ、日本と違う特徴を把握するとの観点から、比較の視点を以下の通り整理した。

### ①システムを支える正義観

例えば、米国では、市場原理尊重の正義観と社会正義を考慮する正義観、さらにはトランプ支持者が信奉するいわゆる「アメリカ第一」原理主義的な正義観などが互いに対立し、ときに妥協して、システムが変化していく事態が起きてきた。さらに、住民の異なる正義感を反映した州ごとの違いも大きい。なお、このような地域によるシステムの顕著な差異は日本には存在しない。正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。

### ②対象者と医療サービスへのアクセス保障

現代では、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減するために、健康保険や公費保障制度を設けている。こうした仕組みは、医療サービスへのアクセスを容易にすることが目的である。

健康保険や公費保障制度の対象者を誰とするかは、国と時期により異なる。例えば、日本では1961年に住民のほとんど全てを対象とする公的健康保険が成立した。英国の医療保障制度は、国民保健サービスによって全住民、さらには一時的滞在者までも対象としている。

受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

### ③医療サービスに対する支払方式

保険方式の場合、医療サービス利用者が、医療サービス提供者にそのサービスの料金の大部分を事後に償還されるにしても一時的には直接支払う方式と、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式とがある。多くの国では、公的保険制度については後者が一般的である。また、サービス利用量とは短期的には直接関係しない予算制度をとる仕組みも見られる。

### ④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。公費は何処まで確保出来るか、患者に自己負担をどこまで求めるかなどは、常に大きな政策課題となってきた。

また、サービス提供後の支払いシステムをとる場合に絞っても、医師・病院等のヘルスケアプロバイダーからの診療内容に応じた支払請求に対し、そのまま支払うか、保険者も同意した価格表が存在するか、個々に価格交渉を行うかなど様々な支払方式がありうる。米国では、世界に類を見ない医療費の高さの下、コストコントロールを目指して、ヘルスケアプロバイダーに対する支払方式の改革・実験が続けられ、知見が蓄積されているものの、成功しているとは言い難い。

### ⑤平等性

健康保険システムは、医療サービスへのアクセスに対する経済的バリアを軽減させることが

主目的であろう。言わば、住民が医療サービスを受けやすいかどうかに関わる重要なシステムである。健康保険システムの対象者の受療にあたり、所得・社会階層等による格差が大きければ、上述の正義感によっては、平等性に疑問が生じる可能性が高い。受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。

⑥ 公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。民間保険は、国によっては、公的健康保険・公費医療保障制度の単なる補完に留まらず、多様な役割を担っている。

## 健康保険・介護保険システム研究会名簿

(所属・役職は就任時、敬称略)

主査：田中 滋（公立大学法人埼玉県立大学理事長、慶應義塾大学名誉教授）

米山 高生（東京経済大学教授）

満武 巨裕（医療経済研究機構副部長）

姜 英英（中央大学助教）

研究主幹：小林 篤（損保ジャパン日本興亜総合研究所ファカルティフェロー）

久司 敏史（損保ジャパン日本興亜総合研究所主任研員）



## 図 表 一 覧

(図表 1) 米国・所得と年齢で仕切られた健康保険システム

(図表 2) NHS の財源構成割合

(図表 3) PMI と HCP の比較

(図表 4) 英国の医療・福祉サービスの提供体制

# 第1部 米国の健康保険・医療保障と介護保険・介護保障

## 第1章 米国健康保険システムの概要

米国の健康保険システムにおいては、全住民を対象とする公的健康保険はなく、住民の多くは民間健康保険に加入している。ただし、公的扶助制度・公費医療保障制度が継ぎ接ぎ的にせよ機能している。また、多くの無保険者が存在する。

### 1. 公的健康保険と民間健康保険

米国には、全住民を対象とする公的健康保険はない。65歳未満の住民の多くは民間健康保険に加入している。

民間健康保険は、個人で加入する個人加入は少なく、団体加入が圧倒的に多い。団体加入は、就労を通して加入することが一般的であり、雇用主提供健康保険（employer - sponsored health plan）と称されている。

雇用主提供健康保険には、「単身保険」と「家族保険」がある。また、被用者が拠出する「拠出プラン」と拠出しない「非拠出プラン」とがある。被用者の保険料の拠出割合は、単身保険も家族保険も雇用主によって大きく異なるが、同じ雇用主では家族保険のほうが大きい。

健康保険市場には、個人加入市場（non group）、小規模団体市場（small group）、大規模団体市場（large group）の三つのセグメントがある。主として個人加入市場と小規模団体市場について、健康保険改革が進められてきた。

### 2. 特定集団を対象とする医療扶助制度・医療保障制度

#### ①メディケア（Medicare）

高齢者（65歳以上）・障害者・末期腎不全者が対象。1965年社会保障修正法（Social Security Amendments of 1965）によって創設、1966年から実施。

#### ②メディケイド（Medicaid）

低所得者が対象。1965年社会保障修正法（Social Security Amendments of 1965）によって創設。

#### ③児童健康保険プログラム（Children's Health Insurance Program）

低所得世帯の児童（19歳未満）を対象。1997年均衡予算法（Balanced Budget Act of 1997）によって創設。

#### ④軍人医療制度（Military Health System）

軍人とその扶養家族を対象とする医療サービス提供システム。

#### ⑤先住民医療サービス（Indian Health Service）

アメリカ先住民が対象。

### 3. 連邦制における州の取組の重要性

米国では、州は完全な主権国家とされている。アメリカ全体の統治に必要と考えた権限のみを合衆国に委譲している<sup>1</sup>。各州は、その州において立法された法律に基づき、健康保険システム

の改革を進めてきた。連邦全体の健康保険制度改革が、先行した州の経験に基づくと指摘されることもある。

#### 4. 多くの無保険者の存在

低所得ではあるがメディケイドの受給資格を取得できず、保険料の負担が大きいため民間医療保険にも加入できない者が、無保険者になる。

<sup>1</sup> 田中英夫「英米法総論 上」(1980年、東京大学出版会)は、「州は完全な主権国家であり、アメリカ全体の統治に必要と考えた権限のみを合衆国に委譲し、それ以外の権限は依然州に留保した。州は、連邦憲法または自らの州憲法で禁止されていない限り無制限の権力をもつものに対し、合衆国は、連邦憲法によって与えられている権力でなければ、これを行使できない (p.33)。同じ国の中に50余の法が併存する (p.35) と説明している。

## 第2章 米国健康保険システムの沿革

本章では、健康保険システムの沿革について19世紀の疾病基金から現在に至るまで概観する<sup>2</sup>。

### 1. 19世紀後半の職域での医療保障需要と基金設立

19世紀後半、工業化に伴って二次産業従事者を中心に医療保障の需要増に対応すべく、職域を中心とする疾病基金（sickness fund）が成立した。これらの給付は、労災事故、疾病罹患の際に、医療費に充てるための金銭給付、死亡時の埋葬金だった。

### 2. 近代的な健康保険の開始

1929年テキサス州の Baylor University 病院で、病院の支払記録を基に同大学教員集団の保険料を計算した病院保険の事業を開始した。この病院保険は、金銭給付ではなく、加入者が保険料の前払いをして、入院が必要となった場合に病院サービスを費用負担無く受けるものであった。この仕組みは、近代的健康保険の誕生とされている。

この病院をベースにする病院保険の成功は、Blue Cross プランとして全米に広がった。これらの業務開始には、大恐慌による患者の減少への病院側の対応策という側面もあった。

Blue Cross プランは、団体保険として運営され、加入者の年齢・健康状態の差違にかかわらず同一の保険料率を適用する地域料率方式（community rating）を採用することが一般的であった。多くの州は、Blue Cross を慈善的な（現代の用語では「非営利の」）コミュニティ機関として保険規制と課税の対象外とする立法を行った。また、雇用主による Blue Cross プランの採用も増加した。こうして、Blue Cross プランは健康保険市場における有力なプレーヤーとなっていた。

1929年は、Prepaid Group Practice が開始された年でもある。Group Practice とは、複数の専門医がグループ診療を実施する形態である。Prepaid とは、ヘルスケアプロバイダーが事前に包括的に費用支払を受けて患者にヘルスケアサービスを提供する方式をいう。ロスアンゼルス Group Practice のひとつである Ross - Loos Clinic は、ロスアンゼルス市水道局の職員・家族200名を対象に、事前に包括的に費用支払を受けてヘルスケアサービスを提供する契約を締結した。これ以降、同様な Prepaid Group Practice が拡大した。

保険事業では、保険期間開始時に保険料を受領し、保険事故が発生してから保険金を支払うが、保険金支払の見積もりを誤って予想より多い保険金の額となっても支払うリスク負担を行っている。Blue Cross プランも Prepaid Group Practice も、ヘルスケアプロバイダー側が、加入者から包括的に費用の先払いを確定額として受けて加入者に対してその需要に応じてヘルスケアサービスを提供するものである。保険業務に類似する業務を含んでいる。

その後、Blue Cross プラン、Prepaid Group Practice は、医師ベースの同様な仕組みである Blue Shield と統合され、Blues と呼ばれるようになった。

<sup>2</sup> 本章は、一部、Leiyu Shi and Douglas A.Singh, “Essentials of the U.S. healthcare system,” 7th ed. 2019 を参照している。

### 3. 営利保険会社の参入と雇用主提供の団体保険

営利保険会社が、近代的な健康保険に本格的に参入したのは、Blue Cross の後である。それまでの職域を対象とした団体生命保険に、病院保険を付加する形式で健康保険事業を本格的に開始した。付加された病院保険は、病院の費用に関し保険加入者に金銭給付をするのではなく、保険者が病院へ費用を支払う方式であり、病院サービスを提供する Blue Cross プランと同様に保険加入者に金銭給付を行わない方式であった。これ以来、健康保険市場で、Blues と営利保険会社は競争することになった。

1940年代に雇用主提供の団体保険は、大きく発展した。その背景として、労働組合からの要求に雇用主が応えるようになったこともあるが、戦争時に賃金統制がなされたものの、健康保険を含む従業員福利厚生給付はその統制の対象外になったことも発展に大きく寄与した。また、1943年アメリカ合衆国内国歳入庁（The Internal Revenue Service）は、雇用主が従業員のために支払った健康保険料は、従業員の所得ではなく、事業遂行に必要な経費であるとの判断を示した。これにより、税制上も雇用主提供健康保険は利点を得ることができた。

健康保険市場で Blues と競争する、営利保険会社は経験保険料率方式（experience rating）を採用した。地域の平均的な支払費用に着目する地域保険料率方式とは異なり、経験保険料率方式は対象となるグループまたは個人の平均的な支払費用に着目して、保険料を決定する方式である。一般的な水準より健康的な企業の従業員・家族に対して経験保険料率方式を適用すると、より低い保険料とすることができ、競争上優位に立つことができる。

1950年代に Blues は地域保険料率方式を維持し、健康的な企業の従業員・家族より高いリスクの者まで広範囲に保険加入者を受け入れたが、営利保険会社と対抗して一部経験保険料率方式を導入した。

### 4. 州運営の健康保険プログラムの実施と連邦運営のメディケア

1950年代には、雇用主が健康保険を従業員に提供するのが一般的になっていったが、他方で病院等の医療費が高騰していったので、保険料水準も高騰することになった。

保険料水準の高騰は、低所得者と高齢者の保険加入を一層困難にした。このため、連邦議会は1960年に Kerr - Mills Act を立法した。同法は、障害者、低所得者および高齢者に医療サービスを提供する州のプログラムを連邦政府が支援することを内容としており、約 40州で実施された。これが後のメディケイドになった。

Kerr - Mills Act の州プログラムでは 2% の高齢者しか対象にならなかったもので、1965年ジョンソン政権は、連邦議会の協力を得て連邦制度としてメディケアを発足させた。メディケアは、65歳以上の全住民を対象とする健康保険プログラムである。メディケアが強制的な病院保険部分と任意加入の医師診療保険部分からなっていたため、民間健康保険の市場を奪ってしまうのではないかとの懸念が出されたが、メディケアの保険給付の方式は Blue Cross プランを参考に設計されたこともあり、Blue Cross がヘルスケアプロバイダーへの支払業務を引き受け、バックオフィス業務を担当するなど、民間保険が公費医療保障制度の運営の担い手の一角になっていった。

同年、メディケイドも発足した。メディケイドは、連邦法に基づき州が公費によって実施する低所得者向けの医療費保障事業である。

### 5. 医療費増加の抑制と HMO 立法

メディケア、メディケイドの発足後である1960年代後半においても、医療費の増加が続き、その増勢の抑制が必要になった。そのなかで、Health Maintenance Organization（HMO。以下 HMO という）に関心が高まった。ここでいう HMO は、ある地域における任意に加入申込みを

した加入者が事前に確定した掛け金（保険料）を支払い、その加入者に対して総合的にヘルスケアサービスを提供するシステムのことである。HMO 加入者は、HMO に属する医師・病院からのみ医療サービスを受ける。

初期の HMO では、加入者は事前にある医師・病院に費用を前払いし、その医師・病院は実際の費用が加入者の支払った額を超えても医療サービスを提供する方式だった。これは支払う保険金総額が保険料総額を超えても保険金を支払う保険事業と同じ構造である。その意味では、HMO は、医療サービスの提供に関するリスクとファイナンシャルリスクを統合して引き受ける仕組みともいえる。

1971年ニクソン政権は HMO の促進を表明し、その後1973年に連邦議会は、HMO の組織に補助金を与え、貸付・貸付保証を行う、Health Maintenance Organization Act を可決し、HMO は普及していった。営利保険会社は、HMO 組織を傘下に収めるほか、同様の仕組みを実施していった。1974年に企業年金給付の保護の必要性と従業員福祉制度の充実をはかるために、連邦議회가立法した Employee Retirement Income Security Act（以下、ERISA という）は、雇用主提供システムの団体健康保険に大きな影響を与えた。ERISA は連邦法であるので、雇用主は健康保険を監督している州法の規制を逃れるとともに州政府が保険に課している保険料税も免れることができた。ひとつの州でなく全米規模で事業を展開している大企業は、全米共通の健康保険プランを実施しやすくなった。

1980年代には、HMO は普及していった。その実績から1980年代には政策当局は、HMO を、高騰を続ける医療費を制御する有効な手段と考えるようになった。HMO あるいは HMO 組織は、厳しい制約を伴う、マネジドケア（managed care）と呼ばれる運営方式を採用した。例えば、HMO 加入者は HMO に属するゲートキーパーを通してからでないと医療サービスを受けられない、費用がかかる治療にはセカンドオピニオンが必要である、HMO 組織の事前の承認なしに手術はできないなど、加入者にとって保険料高騰の影響を軽くすることはできてもヘルスケアサービスの利用には厳しい条件が課された。HMO 加入者の激しい抵抗と世論の非難を受けることになり、その結果、利用できるヘルスケアプロバイダーの制約を緩和した Preferred Provider Organizations（PPO）などの方式が普及するようになった。

## 6. クリントン政権の改革挫折と州レベルでの改革継続

クリントン政権は、連邦レベルでのヘルスケア大改革を進めたが、結局は挫折した。しかし、その後、連邦レベルと州レベルで漸進的に改革が次のとおり進められていった。

### ①連邦レベル

連邦レベルでは、連邦議회가次の連邦法を立法し改革が実施された。1996年の The Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA）は、小規模団体保険に関して改革を行った。既往症（preexisting condition）を有する保険加入者には、加入後一定期間保険責任を負わない免責期間（exclusion period）が設けられるが、その免責期間に規制を加えた。

1997年の Balanced Budget Act は、州が無保険の低所得者の子供に健康保険を提供するプログラム（State Children's Health Insurance Program：CHIP。以下 CHIP という。）に補助金を交付することとした。

2002年立法の Trade Act of 2002は、Health Coverage Tax Credit（以下 HCTC という）を創設した。この制度は、外国製品・サービスのために失業した者と年金給付保証公社（Pension Benefit Guaranty Corporation：PBGC）から年金を受給している55歳以上の者を対象に、健康保険の保険料の80%（当初）を連邦政府が補助する制度である。運営主体は、連邦政府において税務を担当する IRS である。さらに、個人健康保険市場で既往症があるため等の理由で健康保険加入ができない個人のために、後で説明する high - risk pool を州政府が創設または

拡張することに補助金を交付することとした。

## ②州レベル

保険事業を規制するのは、連邦政府でなく州政府である。州は、保険規制を通して健康保険へのアクセスを改善する取組みを行った。そのひとつが、医学的に保険加入が困難な (medically uninsurable) 集団のために州が設立する非営利法人の high - risk pool である。非営利法人の high - risk pool は、消費者、健康保険者、州の保険庁で構成される理事会を有するのが一般的である。この集団は、既往症を有する者あるいは民間保険加入の保険料が極めて高い者である。high - risk pool は、通常より高い保険料でこれらの集団を引き受けるが、赤字になりやすい。赤字分は、健康保険者から賦課金を徴収して充当するか、州の一般財源あるいはたばこ税などを充当する等の措置が取られた。high - risk pool は、1970年代から州レベルで開始されたが、1990年代に連邦政府から補助金が交付されるようになった。

## 7. 官民による継続的な Payment Reform : Value - Base へ志向

米国のヘルスケアシステムでは、ヘルスケアサービスに対する支払を現金で利用者が支払うこともあるが、HMO を除くほとんどの場合はヘルスケアサービスの利用者ではなくヘルスケアプロバイダーでもない、第三者である Payor が支払う。病院等のヘルスケアプロバイダーは、サービス提供の対価を先に受領するのではなく、まずサービス提供を行った後に、そのコストを第三者である Payor に請求 (Claim と呼ばれる) する。請求を受けた Payor はそのコストを自分の支払基準で支払う (Reimbursement、償還と訳されることが一般的)。

Payor は、民間と公的部門の二種類がある。民間の主要な例としては、民間健康保険者および自家保険で医療保障の福利厚生を提供する雇用主との二者があり、公的部門の主要な例としては主として高齢者に医療保障を行うメディケアを運営する連邦政府と、低所得者に医療保障を行うメディケイドを運営する州政府との二者がある。

米国連邦政府保健福祉省の一部門である Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、CMS という) は、制度運営に責任を負う主体でもあるが、同時に公的な Payor でもある。メディケアは、連邦政府が実施する健康保険プログラムである。CMS は、メディケアを実施するために多くのヘルスケアプロバイダーと契約をしている。CMS は、メディケアのシステムでは Payor の立場に立ち、ヘルスケアプロバイダーに償還を行っている。

メディケアは、1965年に創設された。創設時の償還方法は、民間健康保険者の Blue Cross / Blue Shield が採用していた方法を導入した。その償還方式は、過去に実施した細かい処置 (例えば注射など) 一つ一つについてその手続きをしたことに対して支払う。その方法は、過去に発生したことに基づきコストを償還する。この償還方式は、コストを節減しようとするインセンティブが無く、高い料金設定をした方が高い報酬が得られる結果となるうえ、ヘルスケアの品質、ケアの適正さおよび患者のアウトカムにどのように貢献したかは考慮されないと評されている。

その後、メディケアに関する連邦政府の財政負担が大きくなると、連邦議会と連邦政府は償還方法の改革を進める償還政策を推進した。1982年連邦議会は、CMS に幾つかの州で費用のコントロールに成功した償還方式の例を参考にして、病院に関して将来に目を向けた Prospective Payment System (以下、PPS という) の創設を義務づけた。PPS は、患者入院の諸ケースを比較的同種同等の (homogeneous) カテゴリーに分類し、その分類にしたがって患者入院ケースあたり定額償還額を決めて支払う償還方式である。過去に発生したイベントに関してヘルスケアサービスを提供したことに着目して費用の償還をするのではなく、事前に定めた額を支払う。もし病院で実際にかかった費用と事前に定めた定額償還額との間に差違が生じたならば、病院は利益を得る場合と損失を被る場合が生じるという財務的リスクを背負うことになった。

その後も、メディケアでは償還方式に関する改革が続けられ、様々な償還方式が導入実施された。その一つに医師に関するものがある。1997年に立法された Balanced Budget Act of 1997 は、メディケアで医師に償還する新しい算出方式 (formula) を採用することを規定した。新しい算出方式は、Sustainable Growth Rate (以下 SGR という) formula と呼称され、毎年 SGR の目標値を定め、各種の調整措置を実施してメディケアにおける医師に対する支払総費用をコントロールする償還方式であり、SGR の目標値は、直接的に費用総額に限度を設けるものではないと CMS は説明している<sup>3</sup>。

2015年に立法された Medicare Access & CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) は、SGR formula の使用を2015年に終了し、次の段階に進めることを定めた。CMS は2015年から導入される二つの取組である、Merit - Based Incentive Payment System (以下 MIPS という) と Alternative Payment Model (以下 APM という) について、Value (価値) に対して支払うことを実現するための取組であり、またより良いヘルスケアを実現する目標をより速く実現するための取組でもあると説明している<sup>4</sup>。

## 8. 2010年ヘルスケア改革法 (オバマケア)

通称オバマケアと呼ばれる医療サービス・健康保険の改革は、2010年3月23日、Patient Protection and Affordable Care Act と3月30日、同法の一部を改正する Health Care and Education Reconciliation Act of 2010の2法に基づく改革である。以下、この2法を2010年ヘルスケア改革法と呼ぶ。

1990年代から継続的に取り組まれてきた州の改革とクリントン政権時の1996年の The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) を引き継ぎつつ、2010年ヘルスケア改革法の内容は新たな改革手段を加えたものである。

1990年代の州政府による改革手段は、小雇用主 (小団体) と個人の健康保険が対象となっている。具体的には、①新契約加入保証、②契約更新保証、③契約前発病の免責に対する制限、④契約の携行、⑤料率規制、⑥リスク調整 (再保険) である。クリントン政権の改革である Health Insurance Portability and Accountability Act は、大団体、小団体、個人の健康保険が対象となっている。具体的には、①新契約加入保証、②契約更新保証、③契約前発病の免責に対する制限、④契約の携行である。

2010年ヘルスケア改革法 (オバマケア) は、これら既存の改革に新しい手段を与えている。具体的には、①個人の義務 (責任)、②雇用主の義務 (責任)、③加入者が負担する保険料の税額控除、④医療費支払いにおける自己負担の制限、⑤健康保険取引所 (Exchange) の創設、⑥メディカル・ロス・レシオ (Medical Loss Ratio (MLR)) である。

個人の義務 (責任) は、「個人の保険加入義務 (individual mandate)」と称される個人に保険加入を義務づける手段である。保険加入しない者に罰則的課税を行う (“Play or pay” と呼ばれる、決められた条件通り実行するか罰金を支払うかのいずれかになるようにして実行を迫る方式) が採用されている。なお、「個人の義務」に係る罰金は2019年から廃止された。

<sup>3</sup> CMS, “Estimated Sustainable Growth Rate and Conversion Factor, for Medicare Payments to Physicians in 2015,” November 25, 214 (Visited Mar. 10, 2016)

<sup>4</sup> CMS, “The Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) & Alternative Payment Models (APMs)” <<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html>> (Visited Mar. 10, 2016)



雇用主の義務（責任）は、「雇用主の保険提供要件（employer requirement）」と称される、決められた条件に合致する健康保険を従業員へ提供しない場合には、罰金が課される。従業員200名以上の大企業の従業員は、在職を条件に自動的に健康保険の加入者になる（ただし、従業員は加入しない選択ができる）。

健康保険取引所（Exchange）は、保険加入のためのインターネットサイトである。インターネットサイトとなっているのは、対人での保険募集のコストが大きいことを考慮して保険募集コストが低廉に出来るインターネットサイトを利用しているといわれている。なお、コールセンターが設置されている。

Exchange は、これまでの任意の健康保険市場で加入ができなかった個人と従業員100名以下の小規模事業主が健康保険を容易に入手できる仕組みとして創設された。Exchange には、州ベースの American Health Benefit Exchange と Small Business Health Options Program (SHOP) の二つがある。これらの Exchange は、州政府または非営利団体が管理する。

Exchange で販売される健康保険の保険給付内容は、2010年ヘルスケア改革法で具体的に定められた必須保険給付（essential health benefits）の基準を満たしたものかそれ以上の給付内容でなければならない。必須保険給付（essential health benefits）の基準は、外来医療（Ambulatory patient services）、緊急医療（Emergency services）、入院医療（Hospitalization）、妊娠・新生児医療（Maternity and newborn care）、精神医療とアルコール依存、薬物依存・乱用などの物質使用障害関係の医療サービス（Mental health and substance abuse disorder services）、処方箋調剤薬（Prescription drugs）、リハビリテーション（Rehabilitative and habilitative services and devices）、臨床検査サービス（Laboratory services）、疾病予防・ウェルネスサービス・慢性疾患管理（Preventive and wellness services and chronic disease management）および小児医療である。

消費者が市場で販売される多様な商品群から選択して購入するように、Exchange で販売される健康保険（Marketplace health plan と呼ばれる）も多くの商品群が用意される。Marketplace health plan は、上記の必須保険給付かそれ以上の保険給付を行うが、補償金額、医療費のうち加入者が自己負担する額・割合および利用可能な医療機関の範囲（どの医療機関も利用出来る場合は、限られた医療機関のみが利用出来る場合よりも保険料は高額になる）によって健康保険は多様な種類となる。この多くの商品群がリングとミカンでなくリングとリングで比較出来るように Marketplace health plan のカテゴリーを設けている。カテゴリーは、オリンピックのメダルのように金（ゴールド）、銀（シルバー）、銅（ブロンズ）さらにプラチナも設けている。一般にこのカテゴリーは metal level と呼ばれる。このカテゴリーは、保険料負担額と補償内容を基に区分されている。すなわち、カテゴリーのレベルである metal level は、加入者が支払うであろう平均的な医療費総額に関して健康保険で支払われる額と加入者の負担額（保険給付される金額まで自己負担する額（deductible）や保険給付額のうち、加入者が一定率・一定額を負担する自己負担額）の比率を基に決めており、加入者が負担する額が小さければ保険料負担額が大きく、逆に加入者が負担する額が大きければ保険料負担額は小さくなる関係がある。ただし、自己負担額には上限が設けられている。また、シルバープラン加入の場合、条件を満たせば補助金が給付される。保険加入者は同一 metal level 内の健康保険を比較して選択した健康保険を購入することになる。このカテゴリーの他に、独立の歯科補償プラン（stand-alone dental plan）、高額費用補償プラン（Catastrophic plan）も選択肢になっている。

メディカル・ロス・レシオ（Medical Loss Ratio (MLR)）は、健康保険者が健康保険加入者に対して提供する価値を確保するために、2010年ヘルスケア改革法が健康保険者に要求した基準である。米国連邦政府は、健康保険者が収受した保険料が1ドルのなかから80セントを加入者の医療費請求の支払と提供されるヘルスケアの改善に使用するならば、残り20セントは健康保険者

のマーケティング活動、利益、給与、一般管理費および代理店手数料に使用されるようにする仕組みであると説明されている。ただし、任意健康保険市場の常識では、20%の経費率は低いと指摘されている。

## 第3章 米国の介護保障・介護保険

### 1. 米国の健康保険と介護保険の位置づけ

米国における介護サービス（Long - Term Care Service）は、医学的（medical）および非医学的（non - medical）なケアの両面を含んでいるが、慢性疾患・身体障害を有する者に対して身支度、入浴などの日常生活動作の支援を行う、介護サービスの非医学的な面に焦点が当てられることが多い。

健康保険が対象にするのは、手術を要する急性期の病人から長期的な治療・ケアを必要とする慢性疾患患者・身体障害者までであるが、介護保険が対象とするのは後者のみである。米国においても、疾病全体で慢性疾患の割合が上昇し、長寿化が進行するのに伴って、介護保険の必要性が高まってきた。健康保険は疾患の治療、予防などを中心に組み立てられるのに対して、介護保険は、日常生活の支援をも含めた広い範囲の長期的なケアを中心に組み立てられている。

### 2. 民間の介護保険

介護保険（Long - term care insurance）は、専門的療養施設（skilled nursing home：日本の老人保健施設に近い）で提供される看護・介護サービスを対象とする介護保険が1965年に開始されたことが、先行事例とされている。

介護保険は、一般的には介護サービスを購入するための金銭給付を行う保険であると理解されている。介護保険は、健康保険と比較すると給付方法に差がある。健康保険では、保険給付を受ける者は金銭を支払うことなしに（部分的な自己負担がある場合はあるが）、医療サービスを受け、医療サービスに要した費用は医療サービス提供者から健康保険者に請求する償還制度が一般的であるのに対して、介護保険では、保険給付を受ける者が介護保険者から現金給付を受ける仕組みが一般的である。このように、介護保険は健康保険とは給付方式が異なり、対象とする領域も異なっているが、介護サービスが医療サービスと連続している面があるので、介護保険は健康保険と隣接する保険と認識されている。

### 3. 米国の介護サービスとフォーマル介護を対象とするメディケイド・メディケア

米国における介護サービスには、インフォーマル介護（informal caregiving）とフォーマル介護（formal caregiving）とがある。インフォーマル介護は、家族、友人、隣人などによって無償で提供され、フォーマル介護は、介護サービスに対する対価の支払を受けた施設に所属する介護専門職あるいは自営業の独立介護専門職によって有償で提供される。

米国における公費によるフォーマルな介護費用給付の中心であるメディケイドでは、メディケイドが指定する介護サービスのプロバイダーから提供される介護サービスを二つに分けて説明している。すなわち、施設で介護サービスを提供する Institutional Care と在宅または地域で介護サービスを提供する Home and community - based services（以下、HCBS という）である。

施設で介護サービスを提供する前者の Institutional Care の例としては、専門的な看護・介護ケアを行う療養施設であるナーシングホーム（nursing home）がある。後者の HCBS は、1983年に試行導入され2005年に正式な制度となったサービスである。

州政府と連邦政府との交渉が調べば、メディケイドの登録者の範囲や介護サービスの給付について、独自の政策を実施することを可能とする制度がある。例えば、州が施設系介護サービス以外に在宅あるいは地域での介護サービスを、必要とする対象集団に提供する選択肢を与える制度である。対象とする集団は、通常の所得基準等より広い範囲の層も含めることができる。公費扶助制度であるメディケイドおよび65歳以上の高齢者・障害者を対象とした医療保障制度であるメディケアから給付を受ける資格（eligibility）がある者には、これらの制度から介護サービスに

対して支払がなされる。資格者でない者、資格があっても給付限度を超えた介護サービスについては自己負担（out of pocket）になる。

#### 4. メディケイドの対象とならないミドルクラスの場合の対応

介護サービスは、長期間の医学的および非医学的ニーズを有する者に対するものであるが、その多くは日常生活動作の支援である療護（Custodial Care）である。メディケアは、特定の場合に医学的に必要な（medically necessary）専門的看護・介護ケア施設等に対して給付はするが、療護が単独に必要とされる場合には給付は行わない。

メディケアにおいて対象とならない療護となる介護サービスは、任意に加入していた介護保険を利用するか自分の資産を使って支弁することになる。メディケイドの対象となる低所得層の場合は、メディケイドからの介護サービスの給付を受けることができる。これに対して、ミドルクラス（中産階級）は、高齢期に入って無償のインフォーマル介護と有償のフォーマル介護の両方あるいは有償のフォーマル介護の介護サービスを利用しようとするならば、形成した資産を使うか（例えば金融資産の利用、不動産資産の活用など）、あるいは民間の介護保険からの保険給付を利用する必要がある。

#### 5. 民間介護保険の沿革と商品内容

1960年代半ば以降の時期に市場に導入された民間介護保険は、メディケアを補完する保険が一般的であった。メディケアでは、病院保険にあたる Part A で医学的に必要とされる場合には、専門看護ケアやリハビリテーションを行う専門的療養施設ケア（Skilled Nursing Facility Care）を提供している。その受給要件は、受給前に3日間以上の入院があること、退院後メディケアが指定する施設を利用することなどである。受給開始後20日間は自己負担がないが、21日から100日まで1日当たり144ドル50セントの自己負担があり、101日以降は全額自己負担となる。初期の介護保険は、この自己負担の部分を対象に保険給付を行った。つまり民間の介護保険が保険給付する条件は、メディケアからの給付の有無であった。初期の介護保険は、このように入院を条件として、メディケアが定める医学的に必要かどうかを保険給付の条件になっていた。

しかし、介護保険の保険給付の対象が拡大し、メディケアが指定する施設以外での介護サービスや在宅・地域での介護サービスを対象とする保険給付も介護保険の対象にしようすると、このアプローチでは不可能になる。そこで、介護サービスの必要性の判定を、機能的（身体的）（functional (or physical)）条件と認知的（cognitive）条件を以て行うアプローチが採用されるようになった。前者は、日常生活動作に着目してADL（activities of daily living）、IADL（instrumental activities of daily living）を指標とするものである。後者は、知的能力（cognition）と抑鬱状態（affective functioning）に着目するものである。当初介護保険は、日常生活を支援するナーシング・ホームなどの施設系介護サービスを中心に給付内容が設計されていたが、1980年代に、アシステッド・リビングなどの新しい介護サービスが出現するのに伴い、給付内容も拡大していった。現在では、デイサービス事業所、在宅の家族介護なども含む幅広い給付内容が整えられるようになった。

1997年に施行された Health Insurance Portability and Accountability Act は、介護保険の給付内容の設計、販売および運営に極めて大きな影響を及ぼした。同法は、介護保険は傷害・健康保険と同様の取扱いとするとの内国歳入法（連邦法）の規定の内容を明確にした結果、介護保険からの給付は所得に算入されず、介護保険料が課税控除対象となる取扱いが確定した。同法は、例えば介護保険で給付対象とする慢性疾患とはどのようなものを指すのかなど税制適格商品の条件を細かく規定した結果、介護保険は税制適格と税制非適格に二分されたが、今日ではほとんどが税制適格商品として販売されている。

## 6. 介護保険の市場状況と競合商品

介護保険を販売している保険会社は、毎年その事業成績の報告書を州の保険庁に提出する。その提出された数値は、NAIC が集計し公表している。それに依れば、介護保険に加入している人数は、徐々に増加したものの、2009年現在で700万人強にとどまる。介護保険の契約件数増加率は、2000年代に低水準になり、2004年以降5%未満にすぎない。介護保険市場の規模は、潜在的な市場規模から見ると小さく、近年は低成長が続いている。

米国の介護保険は、将来の時点で介護サービスに必要な金銭給付をする商品である。将来の現金支払に備えて加入する点では、金融商品としての性格があり、各種の投資商品、リバースモーゲージなどの金融商品とも競合する関係にある。その意味では、保険市場だけでなく、個人金融市場とも競合関係にあるといえよう。

## 第4章 討議の主要論点

### 1. 2010年ヘルスケア改革法（オバマケア）の「社会保険」性と社会保険の多義性

2010年健康保険システム改革の対象は、民間保険の改革であった。個人に対して健康保険への加入を義務づけたものがその代表である。また、保険者に対して健康保険の引受を義務づけた。さらに、個人低所得者と小雇用主の保険料および個人所得者の医療費自己負担に対して税金投入が決定された。

オバマケアにおける改革では、民間健康保険が一部ではあるが、社会保険の特徴も有するようになっていて、とも理解できる。この場合の社会保険の特徴とは、日本における社会保険の理解（税金の投入、皆保険、保険者間の資金移転）に基づき、ドイツの社会保険の理解とは異なる。ドイツでは、社会保険に税金の投入は行わないのが原則であった。ただし、最近少し変容し、保険になじまない費用の補助を行っている。

社会保険の本質とは、医療提供者に対する費用保障よりも、その存在によって社会の安定が守られることにある。特徴は、不況時に起きるかもしれない社会不安、それが引き起こすかもしれない極左・極右や狂信的宗教等に起因する社会不安の拡大時に失う富が大きいというリスクを反映し、所得に比例して保険料が定められている点に表れている。患者と医療機関が得る利得は、言わば反射的利益と捉える理解も可能かもしれない。この点は、社会福祉制度の機能とも違うし、民間保険とも違う。この仕組みはアメリカには存在しない。

日本の健康保険制度に導入されているリスク構造調整としては、後期高齢者医療制度と前期高齢者財政調整制度が代表である。両制度に対する各健康保険制度からの拠出額を決める保険者間財政調整方式も所得比例になっているので、ボーナスも含めた年間報酬が高い人ほど、間接的にはあるが、後期高齢者制度等に健康保険制度が拠出する資金の原資を多く負担する仕組みになっている。組合健保と全国保険協会（協会けんぽ）からの拠出金を見ても、協会けんぽ加入者の方が組合健保より平均所得が低いので、被保険者1人当たりに換算した拠出金に対する負担額は少ない。

フランスもドイツも日本も、所得比例保険料が採用されているが、米国の健康保険は所得比例保険料ではない。つまり、上記のように一部変化したとはいえ、米国健康保険には本質的な社会保険性は弱い。

### 2. 欧州と米国の相違点

欧州では社会保険は連帯（Solidarity）を基盤としているが、米国にはその基盤がない。民主党系が依拠する社会正義（Social Justice）は、所得比例を容認する連帯（Solidarity）とは異なる。米国にある正義感の源は、Charityと理解することもできるかもしれない。

### 3. 市場正義と社会正義

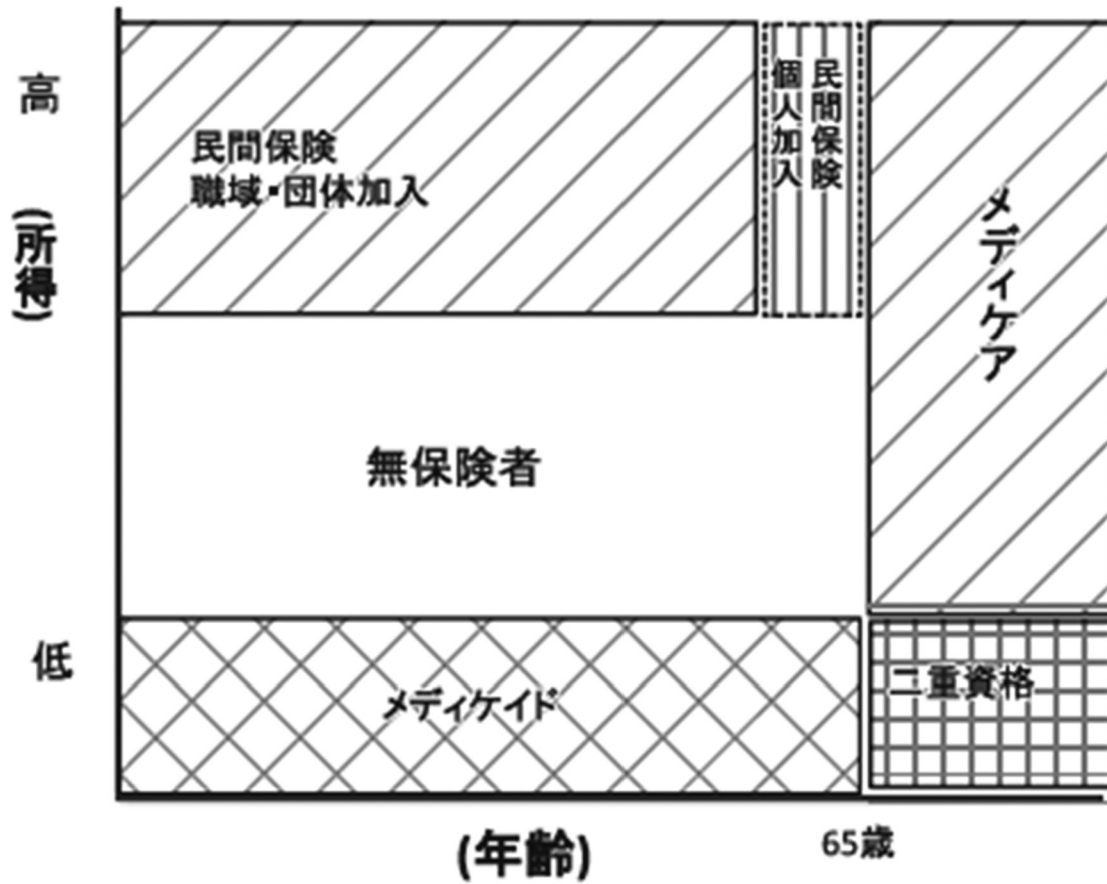
米国では、人々のヘルスケアサービスに対する支払能力と支払意思に基づくべきと考える市場正義（Market Justice）と、個人の福利（well-being）よりもコミュニティの福利を重視する社会正義（Social Justice）という対立する価値観がある。さらに近年では「アメリカ第一主義」の価値観が勢力を拡大している様子は周知であろう。このように対立する価値観は、融合する時も見られた。その例の一つがメディケア・メディケイドの成立であった。

共和党も民主党も、市場機能に対する信頼では共通している。また、個人の自由と自己責任の重視も共通している。しかし、共和党は市場機能重視を上位の正義概念と考え市場正義に傾倒し、民主党は市場機能を修正することを厭わず社会正義を伴うべきと考えるという相違がある。

#### 4. 図表・所得と年齢で仕切られた健康保険システム

米国の健康保険システムを、所得と年齢で仕切られた健康保険システムとして平面で図示した。

(図表1) 米国・所得と年齢で仕切られた健康保険システム



## 第5章 米国健康保険システムの課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、米国健康保険システムの課題と対応策を検討する。

### ①システムを支える正義観

米国では、市場原理尊重の正義観と社会正義を考慮する正義観が対立しときに妥協して、システムが変化していく現象が起きてきた。正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。

### ②対象者と医療サービスへのアクセス保障

健康保険システムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。米国においては健康保険に加入できないため必要な医療サービスが受けられない層を解消し、誰でも必要な医療サービスを受けられるようにするためのユニバーサル・カバレッジの問題は、長い間解決できない課題である。ただし、低所得者層を対象としたメディケイドおよび高齢者を対象としたメディケアは、アクセス保障のための対応策として、部分的にせよ、ユニバーサルなカバーに向けた努力と理解できる。

2010年ヘルスケア改革法（オバマケア）におけるヘルスケア改革は、健康保険の国民皆保険を実現したものではないが、メディケイドの拡張と健康保険取引所（Exchange）の導入によってアクセスの改善を図るものだった。

### ③医療サービスに対する支払方式

米国は、HMOを除き、公私どちらでも、健康保険者が、その健康保険の加入者が受けた医療サービスの料金を支払う方式が一般的である。

### ④財源確保とコストコントロール

米国には民間と公的部門の二種類のPayorがあるが、民間健康保険者も連邦政府のCenters for Medicare & Medicaid Services（健康保険取引所（Exchange）、2010年ヘルスケア改革法、メディケアおよびメディケイドを所管）も、支払方式の改革に継続的に取り組んできた。支払方式の改革には、医療サービスに関する理解が不可欠であり、民間・公的部門を問わず、内部に医療サービス専門職・政策に関係する専門職・統計専門職等を多く雇用している。この点は、他の諸国と大きな違いの一つになっている。

### ⑤平等性

米国の対応策は、低所得者のために作られた税を財源とするメディケイドと、高齢者のために作られた税及び保険料を財源とするメディケアの2つの公費医療保障制度である。しかし、この公費医療保障制度の対象にならず、かつ民間保険を購入する資力ないし意欲のない者は、無保険者となる。多数の無保険者の存在は、われわれの正義感から見れば、米国の制度については平等性に大きな疑問を感じるとしても、制度にはその国や文化がもたらす特殊性を伴う以上、外から簡単に非難してはならない、との節度も忘れてはいけない。



## 参考文献・インターネットサイト

### 1 連邦の議会・行政府

#### (1)議会

①議会調査局 (Congressional Research Service, 略称 CRS) <<https://crsreports.congress.gov/>>

連邦議会における立法過程で委員会・議員に対して、立法に資する情報・レポートの提供、議会での証言を行う。

例えば、2021年4月29日に“Overview of Health Insurance Exchanges”を公表した。

②議会予算局 (Congressional Budget Office)

<<https://www.cbo.gov/>>

連邦予算編成に関して、連邦予算と経済問題に関する報告書を議会に提出し議会証言を行う。議会で審議されている法案に関する所要費用を見積もる。例えば、2022年6月30日に“Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under 65 : 2022 to 2032”を公表した。

#### (2)行政府

①米国保健福祉省 (U. S. Department of Health & Human Service, 略称 HHS)

<<https://www.hhs.gov/>>

HHSにおいて、健康保険に関係する、健康保険取引所 (Exchange)、2010年ヘルスケア改革法、メディケアおよびメディケイドを所管するのは、Centers for Medicare & Medicaid Services, 略称 CMS)。

<<https://www.cms.gov/>>

2022年の健康保険取引所 (Exchange) の加入状況について、“HEALTH INSURANCE MARKETPLACES 2022 OPEN ENROLLMENT REPORT”を公表している。

②米国商務省国勢調査局 (U. S. Census Bureau)

<<https://www.census.gov/en.html>>

人口と経済に関する国勢調査を行う。国勢調査局は、健康保険の加入状況を調査し、無保険者数の調査結果を公表している。2021年4月21日に“Health Insurance Coverage in the United States : 2020 e”を公表している。

### 2 州の全米組織

(1)全米州知事の組織 (National Governors Association)

<<https://www.nga.org/>>

National Governors Association は、1908年設立。

(2)全米州議会の組織 (National Conference of State Legislatures, 略称 NCSL)

<<https://www.ncsl.org/>>

健康保険を含む保険規制は、州の所管。保険規制には所要の立法がなされる。保健関係立法に関して各州が個人の信用情報をどう扱っているかなどの情報を公開している。

### (3)全米保険監督者組織

全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners、略称 NAIC）

各州が行う保険規制・諸規則の制定に資するために、Model Law を作成し、公表している。

また、各州で事業展開している健康保険者に関する全米レベルでの事業状況に関する調査報告“U. S. Health Insurance Industry Analysis Report”を毎年作成公表している。この調査報告には、各州別の健康保険加入者等の情報も含まれる。

## 3 保険業界団体・大企業健康保険者団体

### (1) AHIP

<<https://www.ahip.org/>>

健康保険者の業界団体。健康保険者の従業員向けの教育、連邦議会へのロビー活動などを行っている。

健康保険者の従業員向けの教育に作成された教科書には、業界関係者として理解すべき事項を平易に纏めた“The Health Insurance Primer：An Introduction to How Health Insurance Works”があり、アマゾンでも販売されている。

### (2)大企業健康保険者団体

連邦議会等へのロビー活動を行う団体が幾つかあるが、その最大規模の団体が Business Group on Health である。Fortune 100に数えられる大企業で、雇用主提供健康保険（employer - sponsored health plan）を提供している企業をメンバーとする団体である。連邦政府関係省へ、要望書を提出している。その要望書は公開されている。雇用主提供健康保険の提供者側の状況を理解するのに役立つ。

## 4 研究機関

### (1) Kaiser Family Foundation（略称 KFF）

<<https://www.kff.org/>>

健康保険を含むヘルスケア政策の分析と世論調査を行っている。例えば、健康保険個人市場の競争状況を州別に調査した“Individual Insurance Market Competition”などを公表している。

### (2) The Commonwealth Fund

<<https://www.commonwealthfund.org/>>

米国を含む各国のヘルスケア政策と実施状況を調査・公表している。また、独自の調査を行い公表している。例えば、費用負担が理由で医療サービスを受けられない者の状況を州別に独自に調査し公表している。

## 5 European Observatory on Health Systems and Policies

<<https://eurohealthobservatory.who.int/>>

各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition”（HiT と略称される）として刊行している。米国編は、2013年版と2022年版がある。

## 第2部 英国の健康保険・医療保障と介護保険・介護保障

### 第1章 英国医療保障・民間健康保険システムの概要

英国では、英国に在住する全ての住民を対象とする原則無償の公的医療制度がある一方、民間の健康保険市場も併存している。

#### 1. 英国の医療保障：国民保健サービス（National Health Service：NHS）

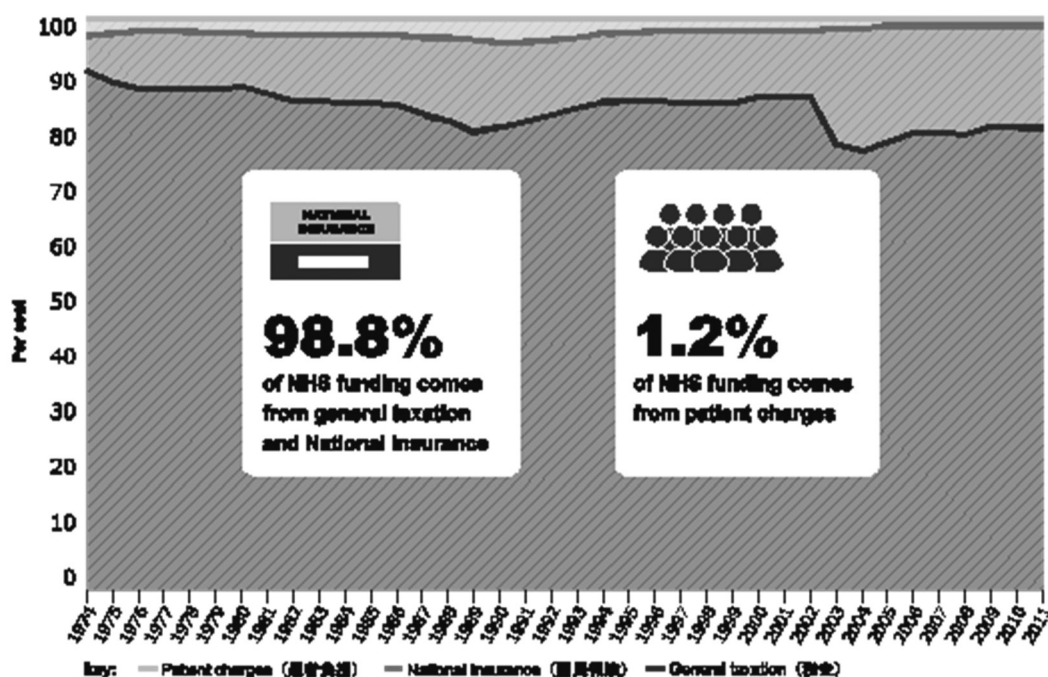
NHSは1948年に創設され、70年余の歴史を経て今日ではNHS無しの英国を考えることができないほど定着している。NHSのコアとなる創設時の原則は、富の有無に拘わらず全ての者が良質なヘルスケアを受けられることであった。英国のNHSは、今日でも英国に在住する全ての住民に対して、サービス利用をする時点で無料とすることを維持している（ただし、処方箋、メガネおよび歯科は幾ばくかの費用負担がある）。

英国のNHSは原則無料で広い範囲のヘルスケアを対象としている。その範囲は、健康診断、予防接種、治療、移植、緊急医療、終末期医療、リハビリテーションにまで及んでいる。このため、NHSは民間健康保険および高齢者ケアサービスの役割・あり方に強い影響を及ぼしている。

公的医療保障制度であるNHSのファイナンスシステムは、主として税金で賄われ、一部国民保険（National Insurance Act of 1911に基づき創設された労災保険・雇用保険・所得補償の疾病保険・年金保険）の保険料が繰り入れられている。税金と国民保険の保険料が98.8%、残りの1.2%が患者の費用負担である（図表2）。

（図表2）NHSの財源構成割合

#### Sources of funding for the NHS



（出典）The King's Fund のホームページ The NHS in a nutshell (visited Feb. 27, 2019)

<<https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>>。

NHSは分業体制となっている。その概略を示すと以下のとおりである。医療サービスとして、プライマリケア（Primary care）、セカンダリケア（Secondary care）、ターシャリケア（Tertiary care）が提供される。この他に、地方自治体の社会サービス（Social service）担当部門と連携するコミュニティケア（Community care）、および別の分類である、緊急を要しない、随時に決められる非緊急的ケア（Elective care）、緊急医療サービス（Emergency care。Accident and Emergencyとも言われる）がある。

プライマリケアは、一般医・家庭医とも称される General practitioner（以下 GP という）などによって提供される基本的一般的な医療・保健サービスである。GP は、自分で診療治療する他、必要に応じて患者を専門医 specialist（英国では consultant と呼ばれることも多い）に紹介（referral）する。なお、緊急の場合には、紹介なしに病院の緊急医療サービスを受けることになる。GP は、患者が最初に医療サービスを受ける接点であり、前線でもあると理解されている。プライマリケアの担い手には、GP 以外に看護師、薬剤師（pharmacist）、歯科医（dentist）も含まれる。

セカンダリケアは、通常 GP からの紹介に基づく病院で提供されるサービスであり、時に急性期ヘルスケア（Acute healthcare）とも理解されることが多い。セカンダリケアには、待機的ケア、緊急医療サービス、専門医によるメンタルヘルス、障害者・高齢者に対するリハビリテーションも含まれる。

地方自治体の社会サービス担当部門と連携するコミュニティケアとは、精神疾患の患者、高齢者、障害者などに対して、病院等の施設内でサービスを提供するのではなく、その地域で在宅を可能にするために提供される、医療その他のケアをいう。ターシャリケアは、専門病院において専門医が癌や難病等の特定の疾患について行う医療サービスとされている。

## 2. 民間健康保険の種類

英国の民間健康保険には、二つの商品ラインが存在する。Private medical insurance（以下 PMI という）と Health Cash Plan（以下 HCP という）の2種類である。

PMI は、基本的にはセカンダリケアまたは急性期医療を対象としているのに対し、HCP は、プライマリケア等に関わる費用を対象として、金銭給付をしている。PMI が主流であるが、両者を組み合わせて利用することもある。

PMI が対象にするのは、治癒可能な短期の疾患・傷害である。慢性疾患は対象外である。PMI が想定している医療サービス機関は、民間病院または NHS 病院の私費入院部門（Private Facilities）である。通常の保障・補償範囲は、病院へ入院した際に病気・傷害の治療のために提供される医療サービス、病室関係のサービスであり、追加的に通院その他のサービスが対象になっている。民間健康保険者は、病院・専門医に対する支払基準（schedule of fee）を定め、自社が定める支払基準に基づいて病院・専門医に直接支払う。PMI の保障・補償範囲には、通常では①入院の検査②入院または日帰り患者としての手術③病院の宿泊施設の利用と看護ケアがあり、追加できる選択肢として①外来の検査②専門医による外来での診察と治療③理学療法などの療法と補完的療法がある。

HCP は、健康診断、歯科・眼科の予防措置および病院における診断のための検査・診断などの費用に関して金銭を給付する。給付は、給付対象毎に定められた年間限度額まで、実際に支出した費用の一定割合の金銭支払である。保険料は、年齢に関係なく（ただし、65歳が加入上限）、加入者同一である。元々、労働者が医療費支出に備えて賃金1ポンドに1ペニーを拠出する拠出制共済組織による仕組みに、源流のひとつがあることもあって、保険料水準も給付水準も低い。多くの場合、PMI と併用して利用される。

両者を比較したのが、図表3である。

(図表3) PMI と HCP の比較

	Private Medical Insurance (PMI)	Health Cash Plan (HCP)
目的	病気に関する診察・治療に関する補償を提供	日常的なヘルスケアニーズと予防的治療に関する補償を提供
補償範囲	通常入院・手術を伴う特定の病気と深刻な健康状態	日常的なヘルスケア治療。理学療法から歯科・視力に関するケアまで含む
購入費用	包括的な保険商品では医療サービスに応じて高額になる	月額7.35ポンドの負担で現金での返戻がある。概ね PMI 保険料の10%程度の購入費用が一般的
年齢・健康状態	保険料を算出する重要な要素	保険料を算出する要素にはならない
治療開始時期	幾つかの治療の場合には、事前に健康保険者に承認を得る必要がある	治療前に GP の紹介は不要。直接診療を受けられる
支払方式	一般的には医師等に支払われる	利用者の口座に現金を振り込む

(注) 多くの場合、HCP は、PMI と並立して利用される。

### 3. 民間健康保険 (PMI) を利用する理由

英国の NHS は原則無料で広い範囲のヘルスケアを対象としているが、数か月から数年に及ぶ待機期間が常に問題になってきた。英国で PMI に加入する主たる理由は、待機せずに治療を受けられることである。治療は、NHS 病院の私的診療サービスとともに、民間病院で受けることができる。

民間健康保険者は、民間病院に支払う報酬（医師報酬を含む）について、毎年価格交渉をする。また、民間健康保険者は、加入者の満足度を向上させるため、自ら病院子会社を経営し、質の高い病院のネットワークの構築、大規模病院チェーンとの提携を行っている。

### 4. 民間健康保険 (PMI) の市場構造

民間健康保険を仲介する有力ブローカーが取り纏めた資料によると、最近の市場構造に関する統計は以下のとおりである。PMI 加入者数は、6.9百万人（人口の約10.4%に相当）である。

英国の民間健康保険市場のセグメントとしては、個人が保険料を負担して加入する個人市場 (individual market) と企業が保険料を拠出して従業員を加入させる企業市場 (corporate market) に分けることができる。PMI 加入者数の77.3%は企業ベースでの加入者であり、22.7%が個人加入の個人市場である。企業市場は、大企業市場と中小企業市場に分けられ、その割合は大企業が68.4%で、中小企業が31.6%となっている。なお、企業市場の統計値には、自家保険による企業も含まれている。

募集チャネルの統計では、PMI の70%（70%のうち、57.3%が企業経由で12.7%が個人加入である）がブローカー経由で、30%が募集チャネルを通さない保険会社への直接加入である。

## 第2章 2009年までの英国医療保障・健康保険システムの沿革

### 1. NHS の創設と拠出制共済・私的医療の変化

英国では公的医療保障制度である NHS が創設される前から、互助的な非営利組織による拠出制共済と私的な医療機関が存在していた。互助的な拠出制共済と私的な医療サービスは、NHS が創設された後も、存続した。

非営利組織による拠出制共済のひとつとして、hospital contributory scheme がある。この仕組みは、主として勤労者の低所得層に対して健康保険の役割を果たしていた。互助的組織は、毎週少額の掛金を集金し、加入者が入院している病院からの請求に対し支払を行った。掛金の集金は、職域でも行われた他、病院自体が掛金を集金することもあった。このように医療機関による事前支払の保険的仕組みも NHS が創設される前に存在していた。London's Hospital Saving Association (HSA) の記録では、1939年にそのようなスキームは427もあり、その規模は116名から2百万人まで多様だった。これらのスキームは、病院のスタッフが支援し、運営に関与していた。

拠出制共済は、このスキームだけではなかった。社会における階層ごとに様々な組織がサービスを提供していた。非営利組織による拠出制共済として provident scheme もあった。Provident scheme は、共済組織である provident association が、医師・病院サービスの支払に備えようとする、中産階級向けに実施する拠出制共済である。病院からの請求を全額支払、医師の診療報酬も支払対象としていた。provident scheme は、PMI の前身であるとされている。

hospital contributory scheme は NHS が創設された際に衰退傾向にあったが、その後 HCP として再生している。現在の HCP が、年齢に関係なく一律保険料を採用していることもその流れの延長として理解することができる。

NHS の創設による変化に対応すべく、provident scheme を提供していた共済組織である provident association の幾つかは合併し、British United Provident Association (以下 BUPA という) を設立した (そのまま、単独で残った組織もあった)。

NHS は無償で広範囲のサービスを提供したが、必要な専門的な医療サービスがすぐ受けられない、医療機関・医師を選択できないなどの不満が高まり、provident scheme の加入者はこのスキームの利用を継続した。このスキームは、その後 PMI として発展していった。PMI が、セカンダリケアまたは急性期医療を基本的な対象とし、入院等の病院サービスと専門医の治療に焦点を当てているのは、このような沿革を経ているからだと考えられる。

私的医療機関は NHS の創設後も依然として継続していた。BUPA は、PMI を NHS 病院だけでなく私的医療機関の利用のために提供していった。英国の民間健康保険者は、BUPA 以外にも provident association 組織の非営利保険者が存在している。また、営利保険会社も民間健康保険を扱っている。営利、非営利を問わず、NHS 病院の有料ベッドも私的医療機関の病院も PMI の対象になっている。

### 2. NHS 改革の沿革と底流にあるサービス供給問題

NHS は、住民が平等に自己負担なくサービスを受けられる公的医療の典型である。住民には多くの恩恵・効果がある。しかし、他方で主たる財源が税金であり、政府の予算統制下にあるため、サービス提供量を需要に応じて柔軟に増加することが困難であるという、サービス供給問題を抱えている。その典型が、病院サービスへの待機期間 (waiting time) の問題である。待機期間問題は、NHS 発足初期から問題であった。1951年に英国政府保健省 (Ministry of Health) が公表した年次報告には、待機者が約50万に達したこと、および基本的には病院の病床に関する投資不足の問題があるとの指摘があった<sup>5</sup>。

NHS の歴史は改革の歴史であると表現しても過言ではないほど、絶え間ない改革を実施してきた。絶え間ない改革には、サービス提供量問題が底流にあることに留意する必要がある。

次項以降、サッチャー保守党政権時の内部市場導入とブレア労働党政権時の改革を取り上げる。

### 3. 主要な NHS 改革・サッチャー政権（1979年—1990年）の内部市場導入

サッチャー政権時の1991年に、NHS に内部市場（NHS internal market）が導入された。それ以前に、1983年 Roy Griffiths 卿が NHS のマネジメントシステムの問題を検討した報告書（“NHS MANAGEMENT INQUIRY”、通称 Griffiths Report）を政府に提出し公表した。同報告は、NHS のマネジメントシステムを改革する必要性を指摘した。

内部市場は、単純に言えば、それまで地域毎の NHS 機関がそれぞれ予算を持って病院を運営していた状態から、病院サービス利用者による病院の選択を通じて病院サービス提供者が外部と競争する状態に変更し、競争と選択が部分的に作用することを目指していた。

サッチャー政権は、官僚的・社会主義的な運営を排するために各種民営化を推進した。しかし、国民の圧倒的な支持を得ていた NHS は民営化することは断念し、内部市場を導入した。

内部市場は、1990年立法の National Health Service and Community Care Act 1990に基づき、1991年から導入が開始された。

サッチャー政権時には、内部市場の導入の他に、財政支出の削減・歯科給付の削減、GP 組織への予算委譲を行った。しかし、需要の増加に見合う NHS 予算の増加を行わなかったこと等から入院待機者増大を招いた。サッチャー政権に続く保守党政権のメジャー政権の終わり頃には、入院待機者は約120万人に達し、1992年の総選挙では労働党からの厳しい批判を受けた。

### 4. ブレア政権（1997年—2007年）の改革

1995年6月29日付け、The Independent 紙は、トニー・ブレア首相は、労働党による NHS 改革について、「我々は、保守党政権により実施された改革を全て逆方向には進めない。良き改革は維持し、悪しき改革は廃止すると約束する」と語ったと報じた。

改革構想は、1997年12月に議会で White Paper “The new NHS modern, dependable” と題して公表された。

ブレア政権は、前政権では高唱された、医療サービスに関する市場重視理念では患者の需要に適切に対応できなかったと批判し、以前の労働党（オールドレーバー）の中央集権的な指揮統制でも保守党政権の市場主義でもない、第三の道である「パートナーシップとパフォーマンスに基づく統合されたケア」（integrated care, based on partnership and driven by performance）を追求すると宣言した。

1997年保健省（Department of Health）は、NHS 改革について、6つの基本原則を公表した。その原則には、医療サービスの品質を向上させ、それぞれの地域に提供すること、国内外の医療機関と提携すること、官僚主義を排し効率性の向上を実現することなどが含まれる。国内・国外問わず、民間医療機関を積極的に利用する政策が実施された。この政策により、品質保証された、医療サービスの供給量増大が大きな眼目だった。ブレア政権の改革には、待機期間（Waiting time）の問題に対処するには医療サービスの供給量増大が不可欠であるとの認識が根底にあったと考えられる。

<sup>5</sup> John Appleby and Ruth Thorlby, “Data briefing: Waiting times are just so...1950s,” Health Service Journal, 10 April 2008 <<https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/data-briefing-waiting-times-are-just-so1950s>>

### 第3章 英国介護保険・介護保障の概要

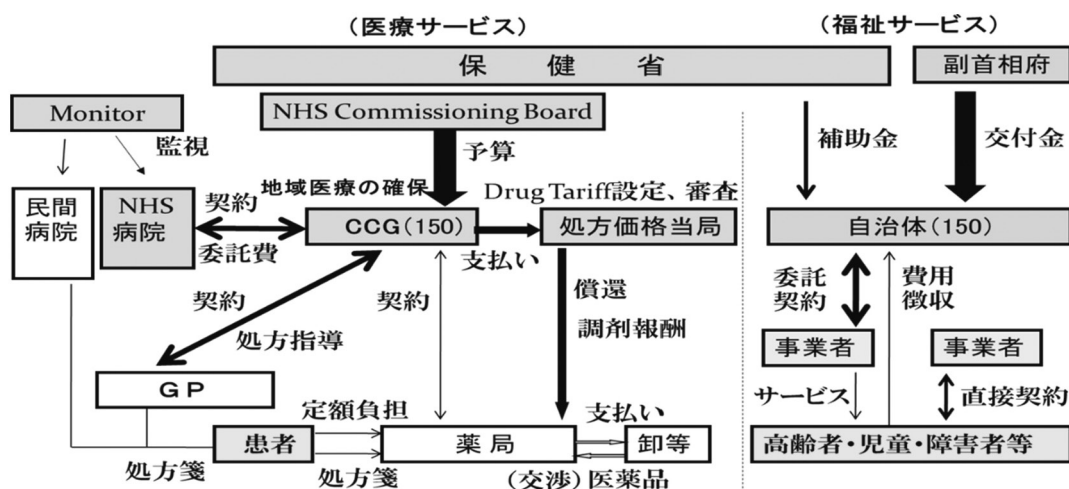
英国には公的介護保険制度はない。介護は私的責任の範疇とされており、介護サービスの負担は、自助が原則となる。ただし、介護施設の利用に関しては、高所得者に対して原則全額自己負担の原則が適用されるが、一定水準以下の所得者には公的補助がある。

介護サービスの提供は自治体の仕事であり、その自治体の裁量に任されている。

#### 1. イギリスの医療・福祉サービスの提供体制

イギリスの医療・福祉サービスの提供は、医療と福祉は完全に縦割りであり、その境界は明確である（図表4）。

（図表4）英国の医療・福祉サービスの提供体制



（出典）埼玉県立大学保健医療福祉学部伊藤善典教授

#### 2. 英国における用語・用法の整理

ここで用語・用法の整理を記述しておく。なお、これらの使用法は、必ずしも統一的使用法ではなく、それらの定義は、機関や文書によっても異なることに注意する必要がある。

- ・高齢者介護は long term care と呼ばれる
- ・social care は福祉、health care は医療として使われることが多い
- ・community care は、地域・在宅を指して使い、病院・施設に入る場合に institutional care を使うことが多い
- ・social care は、医療を除く身体介護・家事援助の部分の指し、体に触れて介護することは personal care という

#### 3. ケアホームの種類と利用方法

介護施設であるケアホームには、レジデンシャルホーム（personal care を提供）とナーシング・ホーム（看護ケアも提供）がある。

ケアホームの料金を規制することはなく、事業者が自由に決められる。要介護高齢者は、自治体のニーズ評価を受けた上、施設を選択することになる。

自治体は、ニーズ評価（自治体のソーシャルワーカーが、施設入所が必要かどうか判定する）に加え、ミーンズテスト（収入・資産を評価）を実施し、公費支援の可否を判定する。

公費支援を受ける場合、その入所費用は委託費として自治体から施設に支払われる。自治体は、ミーンズテストを行い、高齢者の収入を上限として費用徴収を行うが、現預金、証券、不動



産等の資産も収入に換算される（資産価値が14,250ポンド未満であれば、当該資産は無視されるが、14,250ポンドから23,250ポンドの間では、250ポンドごとに1ポンドの収入があるとみなされる）。費用徴収額が委託費に満たない場合、その差額は自治体から補助される。資産が23,250ポンド以上であれば、費用全額が自己負担となり、補助がなくなるため、自治体を通さず施設と直接契約を結ぶ者が多い。

自治体の委託費の水準は、自治体と施設の交渉により決まり、自治体ごとに異なる。委託費の水準が、施設が提示する料金よりも低いときには、その差額は高齢者の家族等が支払う。

#### 4. 民間介護保険

英国の民間介護保険には、2種類ある。ひとつは、Immediate needs annuities、もう一つはPre funded care plans である。前者は一時払い即時年金開始のタイプでケアに要するfeeに充当する年金を終身支払う。後者は、保険料を前払いして、在宅または施設のケアの支払に充てる保険金を支払う。ただし、この商品は売り止めになっている。

## 第4章 討議の主要論点

### 1. 英国における社会保険の観念：日独との比較

社会保険というと、ドイツでは自治をイメージする。最近はかなり政治的に介入されるが、基本的に自分たちのお金（保険料）だけで処理するという考え方だ。日本では、医療保険は社会保険方式で運営するのが適当と考える者が多いが、制度・保険者が分立している結果、国民皆保険体制を維持するために多額の税金が投入されている。イギリスでは、医療は負担能力にかかわらず、全住民に平等に無料で保障されるべきナショナルミニマムであるという考えが浸透しており、保険料支払いの有無によって医療を受けられるかどうか大きく影響する社会保険を導入するといった議論はほとんど見られない。

社会保険の特徴は、保険料が特定財源であるため、その引上げに被保険者の納得が得られやすいとされこの点は財源としては強いと言われる。介護保険の場合も、保険料は特定財源である。英国でも、介護に社会保険方式を導入してはどうかという議論がなされたことがあるが、日独の状況を見ると、特定財源であったとしても、実際には引き上げには抵抗があり、十分な財源が確保できているとは言い難いとして、導入に至らなかった経緯がある。英国には、労災保険・雇用保険・所得補償の疾病保険・年金保険の4種類が入った国民保険があるが、この中に介護を含めるという議論もなされていない。

### 2. 私的診療と医療政策の変遷

NHSには、私的診療の仕組みがある。NHS病院内で私的に使用される病床が約5,000床ある。その利用者は、待機を嫌う、あるいは希望する医師の治療を望む英国人および外国人である。治療は、一般の病室または私的診療専用室（シャワー・トイレ付、専用スタッフ等）で行われる。患者は、医師に報酬を、NHS病院に施設使用料を支払う。

私的診療には、以下の経緯がある。NHS創設時、政府と医師との交渉で、私的診療を行う権利が保障された。当時の平等を重視する労働党は、私的診療を抑制したが、1990年代の保守党政権は、私的診療を容認した。

NHSが私的診療を行う理由は、NHS病院の収入の確保とNHS医師の副業による収入の増加がある。しかし、私的診療が増加すれば、待機者の増加につながるなどの批判があった。ブレア政権は、病院の経営の自由度を高める代わりに、収入に占める私的診療収入の割合に上限を設定した。2012年、キャメロン政権は、上限を49%に上げた。NHS医師は、NHSで週44時間働けば、私的診療を自由にできる。

## 第5章 英国医療保障健康保険・介護保障介護保険の課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、英国健康保険システムの課題と対応策を検討する。

### ① システムを支える正義観

正義観は、第1部の米国編でも述べたように、システムを支える重要な要素の一つである。英国では、NHSは、医療を全国民に平等に無償で提供するという考えに基づき創設されたが、医療の面で社会的公正を実現するための仕組みと理解されてきた。サッチャー政権時の改革は、市場原理の導入を図ったが、平等に無償でという部分を見直すことは難しく、改革の内容・範囲は限定的であった。市場原理の導入は、ブレア政権の改革においても引き継がれたが、社会的公正が確保されることが大前提であった。

### ② 対象者と医療サービスへのアクセス保障

受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、第一部でも記したように、国・時期により様々である。

英国では、住民全てが原則無料でNHSの医療サービスを受給することができ、アクセスは（待ち時間問題を別にすれば）保障されている。

### ③ 財源確保とコストコントロール

英国のNHSのファイナンスシステムは、主として税金を財源とする国の予算によって賄われており、保健省は、医療機関が提供する診療内容や診療報酬の水準を強力にコントロールしている。また、NHS病院が医療サービスの主たる提供者であるため、その提供量も予算によって統制されており、国の財政事情の悪化が待機者の増加に直ちにつながる傾向が見られる。

### ④ 平等性

健康保険であれNHSであれ、公的医療保障システムは、医療サービスへのアクセスに対する経済的バリアを軽減させることが主目的である。

英国では、原則無償のNHSが全ての住民の受診機会の平等性を保障しているが、それでもなお、所得格差、エスニシティの違い、医療機関の偏在などにより、実質的な受診機会の格差が生じており、健康格差の問題が議論されている状況にある。

## 1 議会・行政府

### (1)英国議会 (Parliament of the United Kingdom)

[<https://www.parliament.uk/>](https://www.parliament.uk/)

議会議事録 Hansard を閲覧できる。

また下院に議会図書館 (House of Commons Library) がある。

[<https://commonslibrary.parliament.uk/>](https://commonslibrary.parliament.uk/)

例えば、NHS の歯科治療に関する Research Briefing を公表している。

### (2)行政府

保健省 (Department of Health & Social Care)

[<https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>](https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care)

保健とソーシャルケア全般を担当する。NHS England も保健省に属している。

NHS England

[<https://www.england.nhs.uk/>](https://www.england.nhs.uk/)

各種の統計資料を公表している。

## 2 保険業界団体

The Association of British Insurers (略称 ABI)

[<https://www.abi.org.uk/>](https://www.abi.org.uk/)

保険者の業界団体。健康保険購入者のための、民間健康保険の内容・利用方法を説明した小冊子 “HEALTH INSURANCE EXPLAINED” を作成し提供している。

## 3 研究機関

### (1) King’ s Fund

[<https://www.abi.org.uk/>](https://www.abi.org.uk/)

英国における保健・ソーシャルケアに関する調査・研究・教育を行っている。

NHS に関する統計資料・図解を作成し提供している。

### (2) Nuffield Trust

[<https://www.nuffieldtrust.org.uk/>](https://www.nuffieldtrust.org.uk/)

エビデンス・ベースの調査研究を行っている。

“The history of the NHS” は、NHS の状況・改革を編年で分析紹介している。

### (3) The Commonwealth Fund

[<https://www.commonwealthfund.org/>](https://www.commonwealthfund.org/)

International Health Care System Profiles でイングランドを取り上げている ([<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>](https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england))

## 4 European Observatory on Health Systems and Policies

[<https://eurohealthobservatory.who.int/>](https://eurohealthobservatory.who.int/)

各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition” (HiT と略称される) として刊行している。英国編は、2011年版と2022年版がある。



SOMPO福祉財団叢書 No.96

「健康保険・介護保険システム研究会」報告書  
—— 米国・英国 ——

発行日 2023年11月2日

発行者 公益財団法人SOMPO福祉財団

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

電話 03-3349-9570 FAX 03-5322-5257

URL <https://www.sompo-wf.org/>