

慶應義塾大学草野厚研究会 2000

「アメリカ制度研究 税制・医療保険制
度編」

2000年6月13日

大沼健太郎・鍵田亜基・大林貴子・徳久真也
長野豊・岡本岳大・小西良太・松本祥子

目次 -

1	はじめに	3
2	税制	3
2 - 1	総論～日米比較の観点から～	3
2 - 1 - 1	米国税制の概観	3
2 - 1 - 2	米国税制の検証	4
2 - 2	アメリカ租税制度 - 各論	5
2 - 2 - 1	連邦税	5
2 - 2 - 2	州税・地方税	12
2 - 3	モデルケース	13
3	医療保険制度の概要	15
3 - 1	医療保険制度のしくみ 総論	16
3 - 2	医療保険制度の変遷	16
3 - 2 - 1	公的医療保険制度	17
3 - 2 - 2	民間医療保険制度	19
3 - 2 - 3	米国における医療保険制度のまとめ	25
3 - 2 - 4	医療保障改革法案に関する流れ	26
3 - 3	モデルケース	31
4	おわりに	33
5	参考文献	34

1 はじめに

現在日本において税制に関して、6月25日の衆議院議員総選挙をにらんで民主党から「課税最低限」の引き下げが提案されている。一方医療保険制度においても、米国ではクリントン政権第一期にヒラリー夫人が長となった医療保険改革チームが結成されたが、改革は中途半端で終わる形となった。以上のように税制・医療保険制度を巡る議論は日夜行われている。しかしこれらの議論を正確に理解するためには、「税制・医療保険制度」双方の基礎知識が必要不可欠である。なぜなら税制・医療保険制度ともとても複雑なシステムで構成されているからである。システムの「基礎」を理解すること。これが本報告書の目的である。今回はあくまで制度のしくみ、内容に特化して説明を行う手法を取る。従って制度がかかえる問題点、対立点などはあえて除外した。制度を巡る議論を理解するための素地を提供するのが目的だからである。従って現状と課題についての考察は、補足的に記述するにとどめ、詳細な分析は他の文献に譲ることとする。

以上の趣旨を踏まえた上で、全体の流れを概観する。

本報告書は大きく2部構成となっている。第一部が「税制」。第二部が「医療保険制度」である。各部とも分析の視点は統一してある。

第一に「総論」である。総論ではそれぞれの制度を貫く基本的事項に関して理解を深める。理解を促進するために「日米比較」観点を持ち込んでいる。第二に「各論」である。各論では総論的知識を踏まえた上で、それぞれの制度のしくみ、内容に関して具体的に分析を行う。第三に「モデルケース」である。モデルケースでは総論・各論の議論を具体的事例を用いて検証を行う。複雑に見える税制・医療保険制度を実際の生活に当てはめることによって、制度をより深く理解することが目的である。

以上が全体の流れである。

2 税制

2 - 1 総論～日米比較の観点から～

2 - 1 - 1 米国税制の概観

< 課税レベル >

米国：連邦・州・地方自治体（市・郡など）

日本：国・都道府県・市町村

米国の税制では課税レベルが大きく3つに分かれている。「連邦・州・地方自治体」で

ある。これは日本の「国・都道府県・市町村」の3レベルと似ている。しかしその権限に大きな違いがある。この点を考察する。

日米の税制の特徴を一言で言い表すと次のように言える。日本が「中央集権型」であるのに対して、米国は「地方分権型」である。この点が最大の特徴である。それではなぜこのような「差」が生まれてくるのであろうか。

それは米国が連邦国家であることに起因する。米国では州（State）がそれぞれの「邦」であって、その複合体が「連邦」国家であると考えられているからだ。あくまで米国の行政単位は「州」が基本である。これが「United States of America」といわれる所以である。日本のような単一国家の視点でその構造を理解することは難しい。この視点を踏まえた上で全体像を概観してみよう。

州は日本の都道府県とは比較にならないほど大きな権限を有している。その1つが課税権である。日本の地方税が国の法律である地方税法によって規定されているのに対して、米国では各州それぞれが固有の税法と税制を持っている。一方、市町村に相当する地方自治体は州の被造物と位置付けられている。故に地方自治体は固有の課税権をもたない。地方自治体の課税権は州憲法、法令および憲章に由来する。州は市やカウンティに対して常に財産税を課する権限を与えてきたが、この許可には多くの制限が付随していた。つまり課税の方法、最高税率、一定の税から得られる収入の用途についての制限である。しかし現在では多くの地域で財産課税権を含めて州からの権限委譲が進んでいる。例えば各州が市に一定の物品に対する消費税および特別役務の提供について料金徴収を認めている点などはその典型である。市・郡等の地方自治体政府は州税法の許容する範囲内での課税権を有していると言える。

以上のように、米国において課税レベルは「連邦・州・地方自治体」の3レベルに分けられ、その中でも州が特に強い権限を有していることが分かる。一方日本においては「国・都道府県・市町村」と同様に3つの課税レベルにわけられている点は同じだが、その中でも「国」が一番強い権限を有している。これが一番の差である。従って米国は「地方分権型」、日本は「中央集権型」であるといえる。

それではこれらの基本的性格を具体的データを用いて検証してみよう。

2 - 1 - 2 米国税制の検証

(1) 直間比率の比較

【資料 「直間比率の比較」参照】

まず税金体系の大枠を押さえる。税金は大きく分けて所得税、法人税等に代表される「直接税」と消費税等に代表される「間接税」に分類される。各税目別の分析は各論で行うが、ここでは直接税と間接税の比率を日米比較してみよう。これによって日米の税構造の全体像が見えてくるからだ。

「直間比率の比較」の表を見れば日米の差は歴然としている。米国では直接税が9割以上を占めているのが特徴である。残りの1割が間接税という割合になっている。一方日本においては、直接税が6割、間接税が4割という構成になっている。米国では直接税が財源のほとんどを占める「直接税集中型」である。一方日本は、直接税と間接税を組み合わせた「折衷型」であるといえる。それではなぜこのような状況になっているのか。それは直接税の課税権限が州政府にあるからだ。連邦政府は間接税の中心となる「売上税」を貸す権限を有していない。したがってそのほとんどを直接税に依存する形となっている。

これに対して日本では、国がトップダウンで課税コントロールを行っているために、直接税と間接税をバランスよく得ていることが分かる。この点においても日米税制の差が伺える。

(2) 課税レベル別比較

【資料 「米国の租税構造(1996年)」参照】

米国各政府の税歳入に関して、あえて単純化して言えば、「所得税は連邦政府、売上税は州政府、財産税は地方政府」となる。課税対象として「所得・消費・資産」と言われるが、米国の場合は、その一つずつを主な歳入源としているとも言える。所得税に関しては、連邦政府に所得税全体の80%前後が集中している。州政府では、個人・法人所得税も主な財源であるが、売上・個別消費税の占める割合が大きい。地方政府に関して言えば、明らかに財産税が主財源である。

このように「所得・消費・資産」というように各課税レベル別に財源が異なるのも、権限が明確に分かれているからである。所得税は連邦政府が強い課税権を有している。売上税に関しては、連邦政府は課税権がなく、逆に州政府が強い課税権を有している。財産税に関しては州から課税権限を委譲された地方自治体が強い課税権を有している。従って上記のような配分結果となるわけである。

米国税制を理解するためには、「課税レベルによって課税権が異なる」という視点を押さえることが一番重要である。この基本的性格を踏まえた上で、次章では具体的に各税目別に分析を行う。

2 - 2 アメリカ租税制度 - 各論

2 - 1では、アメリカの租税制度について主に日米比較の観点から概要を述べたが、2 - 2ではこの租税制度に関して連邦・州・地方自治体の各課税レベルにおいて、各税目においてどのようなシステムとなっているのか、より詳しく見ていく事とする。

2 - 2 - 1 連邦税

2 - 1 でわかったようにアメリカでは連邦 州 地方自治体の 3 段階の課税主体が存在する。

まずその中でもっとも大きい連邦税について説明をしていく（資料 「税金の種類」参照）。連邦政府が有する代表的な課税権としては「所得税」、「法人税」、「連邦エクサイズ税」そして「遺産・贈与税」の 4 つが挙げられる。中でも「所得税」と「法人税」を中心とした直接税からの税収が 9 割以上を占めているのがこの連邦税の大きな特徴である。

各課税品目とその内容について見ていく前にアメリカの税制において欠かすことのできない「納税者番号」について説明したい。

(1) 納税者番号

連邦が合衆国における個人の利子・配当・キャピタルゲイン等の所得を正確に捕捉し、他の所得と合算して課税するためには、「納税者番号制度」という制度がある。アメリカの納税者番号制度は 1962 年に導入されたものであるが、個人については SSN（社会保障番号：Social Security Number）がそして法人には IDNumber（Employer Identification Number）が納税者番号として利用されている。SSN は連邦社会保障制度の給付金算定の基礎となる個人の賃金の管理及び給付金の支払いを管理するために 1936 年に導入された。SSN はそれを必要とする場合（社会保障制度の対象となる場合、税の申告を行なう場合、預金口座を開く場合等）にその人が社会保障庁（Social Security Administration）の地方社会保障事務室に SSN の付与を申請して交付される。SSN が納税者番号として利用可能な為には、同一人物に複数の番号が付与されたり、同一番号が 2 人以上のものに付与されたりしてはならない。全国一連の番号で生涯変わらないものである、ことが必要条件である。

この制度のメリットは納税者の所得等の正確な把握を通じ・公平な課税の実現に資するとともに、税務業務全般にわたる効率化が達成できる点にある。納税者に広く番号を付与し、各種の取引を行なう際に取引の相手方に番号を告知する事、納税者及び取引の相手方が税務当局に提出すべき各種書類に納税者の番号を記載する事を義務付ける事によって、連邦・州の各課税主体は納税者に関する課税資料をその番号に従って集中的に整理し、管理している。

続いて、各税目とその内容について詳しく見ていく。

(2) 個人所得税

■ 納税義務者

連邦所得税の納税義務者は以下の 3 つに大きく分けられる。

アメリカ市民：居住、非居住を問わず全世界所得が課税対象

居住外国人（Resident）：アメリカ国内居住期間における全世界所得が課税対象

非居住外国人：（Non-resident）アメリカ国内を源泉とする所得にのみ課税

外国人にとって居住と非居住の両方の期間がある場合は二重身分者 (Dual Status) とい
い、それぞれの期間に応じて課税される事になる。

■ 課税対象

所得税課税上、全ての源泉より生じる所得は法律上特に定めのある場合を除いて「総
所得 (Gross Income)」のうちに含まれる。これは個人でも後述の法人の場合でも同じで
ある。「総合課税主義」は 1913 年連邦所得税法による恒久的所得税制の採用以来、合衆
国所得税制上の大きな特色をなしている。

■ 課税単位

課税単位は「個人単位主義」を原則とするが、配偶者を有する納税義務者であって、
共同申告を行なう者には「二分二乗法」の適用を選択する事が認められており、「夫婦
単位主義」が併用されている。これは合衆国においては、州によって私法が異なってお
り、夫婦財産制のあり方によって課税の不公平は生じる事を避ける事を目的として 1948
年に導入されたものである。一般的に、アングロサクソン系諸州においては夫婦別財制
をとっているのに対し、ラテン系諸州では夫婦共有財制をとっている。

単一税率表の下で二分二乗法を採用すると、独身者は既婚者に比較して不利となる為、
複数税率表の導入が図られ、現在では「独身者用 (Single)」「共同申告書を提出する夫
婦者用 (Married filing jointly)」「分離申告書を提出する夫婦者用 (Married filing
separately)」「世帯主用 (Head of household)」の 4 種類の税率表が用いられている。

■ 各種控除

「総所得」に対して諸控除を行なうことにより、課税標準である「課税所得」が算出
される。これらの控除は以下の 3 つのカテゴリーに分類される。

「事業経費控除 (Business Deductions)」:

これは主として所得を稼得するために必要であった経費である。総所得に対して事業経
費控除を行なうと「調整総所得 (Adjusted Gross Incomes)」が算出される。ただし、調整
総所得の概念自体は技術的な側面を持っているために必要な経費とはいえないものが含
まれている。

「事業外控除 (Nonbusiness Deductions)」:

一般に非事業用または個人的性質を有する支出の控除である。医療費控除、寄付金控除、
雑損控除、借入利子支払控除等がここに含まれる。事業外控除は、「標準控除 (Standard
Deductions)」と「項目別実額控除 (Itemized Deductions)」の選択が可能である。

扶養控除等の「人的控除 (Personal Exemptions)」:

これは日本においての基礎控除、配偶者控除、扶養控除等に相当する。配偶者控除は合算申告の場合のみで、扶養控除の対象者は米国、メキシコ、カナダに住んでいなければならない。収入は2,550ドル以下でなければならない。控除額として扶養者1人につき2,550ドルの控除が認められている。

ここで「事業外控除」においての「標準控除」と「項目別実額控除」の違いを説明しておく。

「標準控除(Standard deduction)」

独身者は4,000ドル、夫婦合算申告の場合は6,700ドル、夫婦個別申告の場合は各々3,350ドルの控除が認められている。ただし、夫婦個別申告の場合で配偶者が項目別控除をするときは、標準控除はできない。前述の二重身分者で夫婦合算申告をするときは、二人の全世界所得に課税されることに同意すれば、標準控除も可能である。

「項目別控除(Itemized deduction)」

次のものが控除できる。

- ・医療費(Medical and dental expences)

調整後総所得の7.5%を超える部分。医療費には眼鏡・コンタクトレンズも含まれる。

- ・地方(州市)税(State and local tax)

連邦税の計算時に控除。所得に対して課税されるもの。還付があった場合翌年の所得とみなす。

- ・不動産税(Real estate tax)

固定資産税がこれに該当する。

- ・自動車税(Personal property tax)

自動車その他の動産の価値に対して課税される部分。重量税はダメ。

- ・住宅ローン(Home mortgage interest)

住宅ローンの金利相当分。

- ・寄付金(Gifts to charity)

公認の団体への寄付。250 ドル以上の時は金額と寄付である(見返りが無い)事の証

明書が必要。

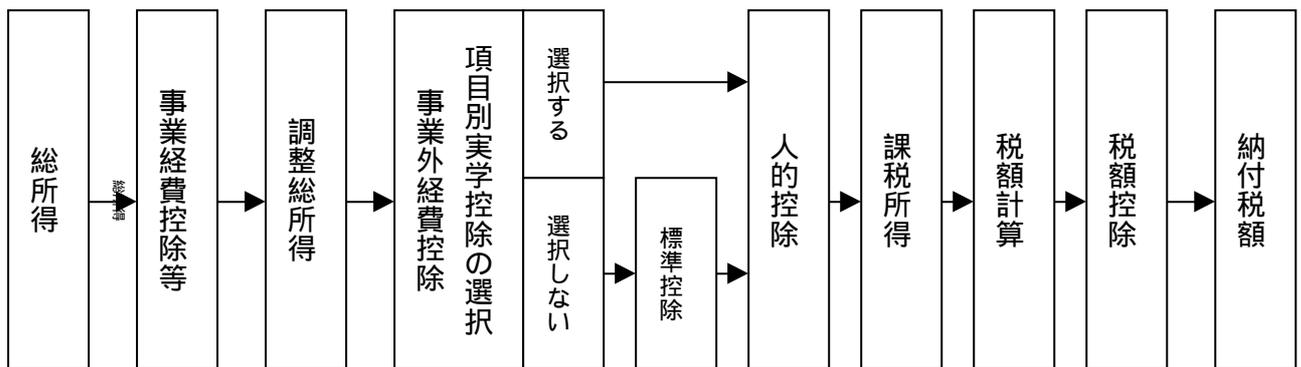
- ・雑損(Casualty and theft loss)

一件100ドル以上の災害・盗難の被害で合計が調整後総所得の10%以上になるとき。項目別控除は全額が控除できるわけではない。次の計算の大きい方が控除できる。

以上の合計の 20% 以上の合計から{調整後総所得 - \$117,950(夫婦個別申告の時は \$58,975)} × 3%を差し引いた金額。

■ 税率と税額の計算

諸控除を差し引いた後の「課税所得 (Taxable Incomes)」に、税率表を適用し税額を算出する。税率表は前述したように 4 種類あるがそれぞれの税率 (15,28,31,36,39.6%)、税率の刻み数 (5 段階) は同じである。(資料 「連邦所得税率」参照)



< 所得税額計算チャート >

■ 利子・配当所得に対する総合課税

総合課税が原則のアメリカでは、利子・配当所得に対しても他の所得と合算した上で、通常の所得税率を課している。この際、日本のように源泉段階で税金を徴収するのではなく、納税者が申告して納税する仕組みを取っている。

■ キャピタルゲイン課税

現行のキャピタルゲイン課税制度は、1986年のレーガン税制改革時以来変更が無く、キャピタルゲインを他の所得と合算して課税し(ただし長期キャピタルゲインには28%までの税率を適用)、キャピタルロスがある場合には、他の所得から年3,000ドルを限度として控除できる仕組みとなっている。

源泉徴収方法

給与所得等は源泉徴収の対象となっているが、日本のように雇用主による「年末調整」は行なわれない。その為、原則として全ての納税義務者は、確定申告書を提出しなければならないが、総所得が一定額以下ならば、申告しなくて良い。これは課税最低限によって規定されている。

申告方法

自然人たる納税対象者は、暦年基準（1月1日～12月31日）によりその所得を申告し、納税する。原則として4月15日までに連邦IRS（内国歳入庁）と州の税務東京の「両方」に申告しなければならない。提出する書類は2種類で、かつ連邦に一通、州に一通別々に申告しなければならない。ここが日本とは異なる点である。（日本では3月15日までに、確定申告の義務がある人や、還付を受ける人「のみ」各地方自治体の税務署に申告すればよい。提出書類は1通で、提出場所も1箇所でよい）

米国では申告方法が「合算申告」と「個別申告」の2つに分かれている。米国の連邦税申告が難しいといわれるのは申告の選択肢が多いことに起因する。ここでまず合算申告と個別申告について概略を説明する。

合算申告(Joint Return)：

夫婦の所得を合算して申告する。所得を平均する効果があり、累進課税のもとでは夫婦の所得に差があれば有利。

個別申告(Separate Return)：

夫婦が個別に申告する。所得にあまり差がない夫婦が医療費控除をするときなどは有利。「合算申告」か「個別申告」かは米国民が自由に選択できるようになっている。そのため不公平が生じないように、以下の4つのフォーマットが用意されている。

1) 単身者(Single)、2) 夫婦合算申告(Married filing jointly or Qualifying widow(er))、3) 夫婦個別申告(Married filing separately)、4) 子どものある世帯主(Head of household) である。それぞれにおいて微妙に対象税額が異なっている。しかし税率と刻み数は前述のように同じである。詳細は資料のほうを参考にされたい。（資料 「所得税率」参照）

(3) 法人所得税

■ 納税義務者

内国歳入法上、事業体は通常法人（C corporation）、小規模法人（S corporation）、組合（Partnership）、個人事業主（Sole Proprietorship）の4つに区分される。

以上の4つの事業形態のうち、税制上、通常法人が最も厳しい扱いを受ける。法人税が法人所得に対して課された後、株主に分配された配当に対しても個人段階で所得税が課される。また配当は、事業上の支払利子と異なり、法人所得の算定上損金に算出されない。これに対して、通常法人以外の3つの事業形態に関しては、事業体段階での課税は無い。

■ 各種控除

「総所得」に対しての控除は2つのカテゴリーに区分される。

第一は「普通控除 (Ordinary Deductions)」である。これは個人と法人に共通の控除項目である。この中には、支払賃金、地代、利子、減価償却等が含まれる。

第二は、「特別控除 (Special Deductions)」である。これは法人にのみ特に認められる控除項目でこの中には受取配当の控除等が含まれる。

■ 税率と税額の計算

総所得より前述の普通控除と特別控除を差し引いた後の「課税所得」に税率表を適用し税額を算出する。その後、税額控除を行ない、納付税額を算出する。法人は個人と違って4段階の税率 (15,25,34,35%) で課税される。(資料 「連邦所得税率」参照)

■ 利子・配当所得に対する総合課税

総合課税が原則のアメリカでは、利子・配当所得に対しても他の所得と合算した上で、通常の所得税率を課している。この際、日本のように源泉段階で税金を徴収するのではなく、納税者が申告して納税する仕組みを取っている。

■ 減価償却制度

減価償却制度とは、建物、機械等の取得原価をその使用される年数にわたって費用配分することをいう。アメリカでは現在、「加速償却制度 (ACRS)」が税制上認められており、企業会計上の減価償却より早く回収できる事となっている。

(1987 年以降)

修正加速償却法

3/5/7/10/15/20/27.5/39 年の 8 種類に資産を区分し、償却率を加速償却法と同様に法定している。

加速償却法 : 150% 定率法 (定額法償却率の 150% の償却率で定率法償却を行なう) を用いて減価償却を行なう方法

■ 申告・源泉徴収方法

(4) 連邦エクサイズ税 (= 物品税)

一般的に言って、連邦エクサイズ税は消費にかかる税の方式をとっている。すなわち、物品税は物品またはサービスの製造、販売、消費に対して課税される。その他にもある種の業態を営む為の免許、特権、抑制・禁止的な活動に対しても課税される。物品税の中には、従量税として課税されるもの (たばこ税、酒税、石油税など) や従価税として課税されるもの (火気税等) とがある。

(5) 遺産税・贈与税

遺産税は、日本の相続税と異なり、死亡時における非相続人の全ての財産に対して、いわゆる遺産課税方式で課される。すなわち、遺産税は非相続人が死亡時に保有していた総財産から諸控除を引いたものに課される。財産は非相続人の死亡時（選択により死亡時の6ヶ月後）の公正な市場価格によって課税される。控除としては、葬式費用、遺産管理費、遺産に対する請求権、配偶者に対する資産の移転等が認められている。なお、遺産税と贈与税は1976年の税制改正において統合され、税率や控除が共通のものとなっている。

贈与税は全ての贈与財産に対して課税され、納税義務者は贈与者となっている。前述のように遺産税と贈与税は統合され、その算出方法も同一である。

2 - 2 - 2 州税・地方税

2 - 1より繰り返しとなるが、アメリカは50州からなる「合衆国」であり、各州政府は独自の課税権を有しており、郡、市等の地方自治体政府も州税法の許容する範囲内での課税権を有している。従って各州における統一的な基準もしくは全体像というものを示すのは非常に困難である。各州における制度の違いは資料「連邦税及び各州税の概要」としてまとめてあるので、そちら参照していただきたい。この一覧表以外に酒税（アルコール飲料製造・販売免許及び消費税）は全州が有しており、保険業や電力・ガス等の公共事業に対して多くの州がその営業収入を課税対象にしている。また銀行等の金融業については所得額以外を課税対象としている州もある。

一般に州政府の租税収入は3分の1が所得税（法人及び個人）、3分の1が売上税・使用税（Sales Tax）、20%がアルコール・タバコ消費税・酒税及び自動車税となっている。しかしながら、所得税や売上税・使用税のないアラスカ州は石油の採掘税、ネバダ州はギャンブル税、テキサス、ルイジアナ、ノース・ダコタ、ニューメキシコ各州は石油採掘税、モンタナ州は石炭採掘税にウェイトがあるなど、各州の租税収入には特色がある。

地方政府の租税収入は7割以上を財産税が占めている。財産税の課税主体は主に地方政府であり、その課税対象や税率は様々である。次に各税目について見ていく事にする。

(1) 財産税

一般財産税は不動産、有体及び無体の個人財産に課される税であり、従価税である。日本でいう固定資産税にあたる。ただし、慈善・教育・行政・宗教及びその他の非営利目的の財産は、非課税扱いである。また、新しい製造会社に一定年数、財産税の免除を認められている州や財産税の免除を認めている州や地方団体もいくつかあり、家屋及び農地について数百ドルの免除が認められている税管轄区もある。この財産税は税収額が少なく、徴税が困難な為、各州は財産税の徴収権を地方団体に委譲してきた経緯がある。結果として地方団体の最も大きく最も古くからある収入源は「一般財産税」があるといえる。

(2) 売上税 (SalesTax)

売上税は物品の「売価」に対して課される税金で「最終購入者」が負担する。日本の「消費税」にあたるのがこれである。この売上税は 45 州とワシントン特別区で採用されている他、地方自治体レベルでも課税されている。ニューヨーク市の例を見ると、税率は州税 4.25%、市税 4% で計 8.25% となっている。またカリフォルニア州では州税と市・群税合わせて 7.25~8.50% となっている。州内部では売上税が当該地域によって異なっている。

(3) 物品税

物品税は商品の「製造業者」または「卸売業者」に課される税金である。たばこ・ガソリン・蒸留アルコール等。

(4) 所得税

所得税は 2 - 2 - 1 で書いたように総所得から法律で認められた控除額や免除額を引き去った後の純所得に課せられる税であり、以下にあげる州のみがそれぞれ地方自治体に課税権を認めている。

個人所得税：アラバマ・デラウェア・インディアナ・カンザス・ケンタッキー・メリーランド・ミシガン・ミズーリ・ニュージャージー・ニューヨーク・オハイオ・オレゴン・ペンシルバニアの 13 州

法人所得税：ケンタッキー・ミシガン・ミズーリ・ニューヨーク・オハイオ・オレゴン・ペンシルバニアの 7 州

(5) 相続税及び贈与税

州の相続税及び、遺産税の税率は一般に累進課税であり、税率は遺産額及び相続人と非違相続人の関係によって異なっている。比較的広い免除が認められており、その結果、いわゆる「相続税」の支払をする個人は少ない。贈与税は生前贈与より相続税及び遺産税の課税を逃れる事を防止する為に課されている。

(6) 特許税及び免許税

州の免許を受けたときには免許税（設立免許料）そして、経営権には「特許税」が課せられる。

地方団体は特許税及び免許税から毎年かなり多額の収入を得ている。

2 - 3 モデルケース

米国と日本の税体系を比較した場合、税率は勿論のこと、税金に対する考え方そのもの

が異なる。そのような差が端的に現れているのは、地方税制の場面である。そこで本節では、日本の神奈川県・北海道、米国のネバダ州・ニューヨーク州の4つの地方自治体をモデルに取り上げ、比較・検討していきたい。

<日本国内での比較>

まず日本の神奈川県・北海道の両自治体を比較したい。下表は両自治体の主要税目の税率という観点から比較したものである。

税金の種類	神奈川県	北海道
1. 法人に対する税 法人住民税 法人事業税	所得額の5～8% + 定額 同上の5.6～11.75%	所得額の5～8% + 定額 同上の5～12%
2. 個人に対する税 所得税・住民税	所得額の2～3%	所得の2～3% + 定額
3. その他の税 地方消費税 固定資産税 (課税対象) 自動車取得税 不動産取得税 伐採・採掘税など (課税対象)	全国消費税5%の内の1% 全資産 取得額の5% 不動産価格の4% 鉱区、狩猟	全国消費税5%の内の1% 一定限度以上の全財産 取得価格の3～5% 取得価格の3～4% 鉱区、狩猟、核燃料使用

神奈川県は首都東京に近く、また人口的・産業力的にみても日本有数の規模をほこるそれに対して、北海道は人口・産業構造的に神奈川県と異なる面も多い。それなのにも関わらず、税率の内訳をみると、さほど相違点が見受けられない。よって、日本では全ての都道府県によって、地方税制度はそれほど変化しないことが推測される。

<日米地方自治体比較>

上記より日本の地方税制は都道府県によってあまり変化しないことが分かったので、日本のモデルとして神奈川県を、米国のモデルとしてネバダ州・ニューヨーク州を取り上げて比較していく。

税金の種類	神奈川県	ネバダ州	ニューヨーク州
1. 法人に対する税 法人税	所得の 10.6～19.75%	非課税	5～9%
2. 個人に対する税 所得税	所得の2～3%	非課税	4～7.875%

3. その他の税 売上税（消費税） 伐採・採掘税 ギャンブル税	消費税 5%内の 1% 鉱区、狩猟 なし	6.5% + 地方税 石油、ガス、鉱業 あり	4% + 地方税 なし
--	----------------------------	------------------------------	----------------

地方税は各地方政府（市・郡など）によって異なる。

以上より日本の地方自治体では全ての項目に対して税金をかけているのに対して、米国の州ではどの税目にどれだけの税率をかけるかは、州によってバラバラといえる。

ネバダ州では法人・個人に対しては非課税だが、売上税・資源にかかる税・ギャンブル税は高水準に設定してある。これは、ネバダ州自体の人口・商工業は少ないが、ラスベガスという巨大なカジノ観光都市をかかえ、天然資源が豊富である土地柄を考慮してのことである。

一方ニューヨーク州はウォール街を抱えるように、米国経済の中心地である。よって租税の主たるものは、法人に対する税金となっている。また経済活動が盛んな地域では住民も多いと考えられるので、所得税も高水準となっている。

上記から米国の州レベルにおける税制は、「取れるところから取る」という思想が根底にある。逆にいえば「取れないところからは、無理して取らない」ともいえる。なぜなら、税金を課すという行為は人口・産業を遠ざげることにつながってくるので、無理して取ろうとすると、逆に取れるところで取れなくなってしまう恐れをはらむからだ。一方日本は全てのものに対して税率を設定し、徴収する。一見すると日本のシステムの方がより高い税収が期待できるように思えるが、地域によって産業の偏り・特性というものは当然あるので、その地域にあった税目をその地域にあった税率において徴収する方が、高税収をえることができる。現に日本の地方自治はそのほとんどの財源を国からの補助金に頼っているのに対して、米国の州は多少の補助金は受けるにしろ、日本との比較においては独立した財政収支を保っている。

3 医療保険制度の概要

現在の米国社会における医療費は、世界の医療費総額の 40%を占めており、国民総生産（GNP）のおよそ 14%にまで達している。（日本はこの半分の 7%といわれている）この高騰し続ける医療費を抑制するべく、米国では医療保険制度改革が本格的に行われてきた。その代表となるのが、クリントン大統領（ヒラリー夫人）が提案した「医療保障改革法」であるが、この法案は多くのロビイング団体や議会の反発により成立しなかった。（詳細は 3 - 2 - 3 で後述する）一方で、「平等かつ公正な医療を」という考え方に同調するものは多く、いかなる医療保険制度を実現するかは今後の重要な課題となった。

そして中でも「医療費をいかにして削減するか」というのは、米国にとって長年の課題であり、この問題の解決に向けて、従来の米国における保険制度は変化しつつある。そこで第二章では、米国にはいかなる医療保険制度が存在し、それがどのような割合で浸透してきたのか、説明する。

3 - 1 医療保険制度のしくみ 総論

(資料 「日米の公的医療保険制度の比較」参照)

米国の医療保険制度は日本の場合とは異なり、皆保険ではない。というのも、日本では国民全員が健康かつ安全に暮らすことを保証することが義務づけられており、政府がその負担を負うことが前提となっているが、それに反して米国では、「自助努力」という考えのもと、個人が自らの健康を維持することを前提としているからである。そのため、日本でいう社会保険や国民健康保険にあたる公的医療保険にあたいするのは、主にメディケアとメディケイドの2種類しかない。(メディケアとは65歳以上のもの、障害年金受給者、慢性腎臓病患者が加入できるもので、メディケイドとは低所得者が加入できるものである。)

またこうした公的健康保険ではケアできない国民に対しては民間の保険会社が対応しており、その割合は70%にも達している。この民間保険の内訳に関しては後述するが、ここで問題となるのは、公的健康保険にも、民間の保険にも加入することのできない層の国民である。その数は7人に1人、現在では4300万人がこの層に属しており、この状況は「保険の谷間」といわれ、社会問題となっている。

さらにこうした自助努力の精神に基づく医療保険制度を導入している国でありながら、国民総生産に対する医療費の割合でみると、日本のそれが7%であるのに対し、米国のそれは14%と非常に高く、ここに上述した問題点が見える。また保険料が日本の場合は点数制の統一価格であるのに対し、米国では市場の原理に基づき同じ医療サービスでも保険の種類あるいは価格交渉力の差によって異なるためにサービスのばらつきが生じたり、適正な価格の保険を支払われなかったりという問題が生じている。

3 - 2 医療保険制度の変遷

3 - 1では、米国に存在する医療保険制度の総論を述べたが、3 - 2ではこれらの保険制度に関してより詳しく見ていく。ここでは、各保険制度のシステムの詳細、またこれらがどのように発展し、逆に衰退していったのか。また現在米国社会において評価を得ている(加入者の増えている)保険とはどういったものなのかといった事象について説明していく。

3 - 2 - 1 公的医療保険制度

資料 「日米の公的医療保険制度の比較」でわかるように、米国における公的医療保険制度は主にメディケアとメディケイドの2つである。この違いについては各々の説明の後に資料 「メディケアとメディケイドの比較」としてまとめているので、参照していただきたい。

(1) メディケア

1929年、米国を襲った大恐慌の影響を受けて、フランクリンルーズベルトはニューディール政策を打ち出した。その一環として1935年に社会保障法が成立したが、この際には米国医師会の強い反対により医療保険制度は含まれなかった。しかしながら、米国社会において医療保険制度に関する関心が高まり、トルーマン大統領によりいくつかの国民皆保険法案が提出された。しかしながら、これも国の医療に対する介入が増えることへの不安を持つ国民や特に医師会の賛成を得られず実現しなかった。

そこで、トルーマンの意志を引き継いだケネディも同じく国民皆保険制度に近い法案を提出したが、黒人の公民権領であった。彼は民主党の「運動やベトナム問題・キューバ問題などの他の要因に押され、結局暗殺されてしまった。最終的に現在の医療保険制度の根幹を実現したのは、ケネディの後を継いだジョンソン大統領偉大なる社会」の実現にむけて1965年、公的医療保険制度メディケア・メディケイドを成立させて、1966年7月1日から実施することになった。

では、具体的にメディケアとはどのようなシステムなのか。これは先述したように、対象者を65歳以上のもの、障害年金受給者、慢性腎臓病患者と定義している。この制度は米国厚生省の中の医療保険財政庁（HCFA）が運営を担当しており、病院サービスに係わる連邦強制保険（パートA）と医師サービスに係わる任意的保険（パートB）の二本立てでいくこととなった。これらの具体的な相違点に関して以下の資料 「メディケアパートAとパートBの比較」を見ていただきたい。

資料を見ていただくとわかるように、病院保険と補足的医療保という2つの保険によってメディケアが成立する。これらの財源は前者が65歳未満の労働者が支払う社会保障税、後者が加入者によって毎月払われる保険料（29.98ドル）（全体の25%）と連邦政府の一般歳入より支払われる（全体の75%）国民の税金である。また給付内容や自己負担に関しての詳細は繰り返さないが、いずれのケースも保険によって全額が給付されるわけではなく、重い病気にかかり相対的に高い医療費がかかった場合は、必然的に個人の自己負担費も高くなり、老人や身体障害者にとって、このメディケアは十分でない。そのためこのメディケアと他の民間保険に同時加入する人も少なくない。

このメディケアでは医療費の抑制策として、1983年から出来高払いに変わって、DRG

(diagnosis related groups) / PPS(Prospective Payment System)を導入し、医療行為に関係なく、主病名・性・年齢・手術や合併症の有無などを変数に定額の医療費を設定する方法を取るようになった。その結果、より定額よりも安い治療費で診療するかということが医療の中心となり、入院数が極端に減ったりという問題点も多く残している。

また医療費すべてを保険でカバーしきれないわけではないので、患者の自己負担も増えることがあり、逆にその自己負担を支払えない国民が増えるほど、病院の経営の悪化をもたらす悪要因はない。そこで、病院側が、必ず医療費を病院に払うと確約する保険会社と提携することとなり、支払いのできない国民や、高い治療費がかかると想定される患者を、別の病院にまわすといった医療の質の低下が顕著になりつつある。

(2) メディケイド

メディケイドとは一部の低所得者を対象とする医療扶助であり、保険制度ではない。これは貧困者の医療保険としてメディケアと一緒に実施されたが、実際は貧困層の7割がカバーされているに過ぎず、残りの3割は貧困でも医療保険無しという状況である。1998年の段階でメディケイドに加入している患者の自己負担は原則としてゼロであり、その財源は連邦と州によってまかなわれている。

このメディケイドにおける連邦政府の役割は「受給資格者の範囲の大枠とこれに対する最低限のサービスに対して財政援助を行う」のみであり、給付の範囲、内容から診断報酬支払い方式にいたるまでの広い裁量権は各州に与えられている。そのため、これを一般化した定義はできない。

このように幅広く高齢者と貧困層をケアするために運用されている両公的医療保険制度であるが、これらメディケアとメディケイドを含む医療福祉費は、資料「連邦政府歳出に関する円グラフ」を見ても顕著なように、連邦政府国家支出の内訳のうち25.2%を占めており、軍事費の21.4%を上回っている。これこそが医療費高騰の原因として見直しを迫られている大きな原因であり、その給付方式が出来高制からDRGへと変化した現在も大きな変化はあまり見られていない。

(3) 医療費の流れ

ここで、米国における医療費の流れについて説明する。資料「医療費の概要図」を参照していただきたい。これはメディケアを例にとった医療費の流れであるが、その資金運用はすべての保険における資金の流れの基礎となるため、ここを中心に説明する。

まず入院保険と補足的医療保険とあるが、これはメディケアAとメディケアBを意味する。まずメディケアA(ホスピタルフィー)の資金の流れであるが、これは患者が直接支払うことはなく、一般労働者・自営業者が支払う社会保証税(2.9%)によって確保された「連邦入院保険信託基金」が財源となっている。そして入院施設はその連邦入院保険信託基金と入院施設の仲介を行なう「インターメディアリー(中間支払機関)」に入院費

用を請求し、この中間支払機関が連邦入院保険信託基金に請求をし、そこからの資金を、再び入院施設へ戻すという流れをとる。

またメディケアB（ドクターズフィー）の資金の流れは、償還方式と現物給付の2パターンがある。まず償還方式であるが、これはまずメディケアを受けている加入者が医師から治療を受けると、患者がそれに対する費用を支払い、医師が領収書を交付する。その領収書を持って、キャリアーといわれる組織（メディケアAでいう中間支払機関）に請求を行なう。その結果、キャリアーはその上にある連邦補足的医療保険信託基金に請求を行ない、資金を得た後、患者へ80%を償還するというしくみである。つまり、患者の負担は全医療費の20%ということになる。

メディケアBにおける現物給付方式とは、医師が、患者との契約によってキャリアーに対し医療費を請求し、先ほどと同様の方法で、キャリアーから医師へ80%が支払われる。

これら償還方式や現物給付方式は民間の医療保険会社による支払方法にも多く導入されているので、参考にしていきたい。

以上、米国における公的医療保険制度についての説明を終え、引き続き多くの国民が加盟している民間保険制度についての説明へと移る。

3 - 2 - 2 民間医療保険制度

米国では、日本のように公的に国民の医療費を保障する国民皆保険制度ではなく、公的に保障されている医療保険としては大きく分けてメディケア、メディケイドの二つがあり、その対象は高齢者、低所得者層（貧困層）などの社会的弱者に向けられていることは先で述べたとおりである。では一般の国民はどうであろうか。米国では公的医療保険の対象とならない大部分の国民つまり、民間企業、連邦・地方政府に勤務している人々の大部分は雇用主が提供する医療保険によって保障されている（国民の約70%）。民間医療保険においてもまた、公的医療保険と同様に高騰する医療費、病院、医師の提供する医療・医療サービスの質とのバランス（低コスト・高ベネフィット）に対応し、加入者のニーズに応じたさまざまな形態による医療保険制度が誕生した。

以下で、民間医療保険における形態について説明する。形態は大きく分けて4つに分類できる。

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 【従来の形態】 | 保険会社
ブルークロス（BC）・ブルーシールド（BS） |
| 【新しい形態】 | 自家保険
HMO、PPO |

（1）従来の形態（保険会社 / ブルークロス・ブルーシールド）

従来の民間保険アクターは2つに分けられる。保険会社に代表される営利民間保険と、ブルークロス、ブルーシールドに代表される非営利民間保険である。

営利民間保険（保険会社）

米国において民間医療保険の提供主で最も大きなシェアを誇っているのが営利民間保険である保険会社である。保険会社では、生命保険会社、傷害保険会社が1つの保険部門または保険種目として、または医療保険のみを扱う保険会社が医療保険を引き受けており、民間医療保険業務を行っている保険会社は全米で5000社以上あるとも言われている（ex: プレデンシャル、メトロポリタン、エトナ、シグナ、トラベラーズが大手5社）。扱う主な医療保険の内訳は個人医療保険と団体医療保険であるが、両者の割合は個人医療保険が9.3%、団体医療保険が90.7%であり、従ってそのほとんどが団体医療保険、すなわち先ほど述べた雇用主提供医療保険である。つまり、米国の場合、医療費の最大の負担者は雇用主だということになる。従って、医療費の高騰は企業拠出の増加につながり、ひいては企業の国際競争力が衰えてしまう可能性も否定できない。米国で医療費高騰がここまで大きな社会問題に発展した理由の一つはここにある。

保険会社が提供する医療保険の特徴は主に日本のそれと変わらない。つまり、保険料の決定形式は個々の団体における保険金支払いの経験に基づいて保険料率が設定される経験料率（experience rating）で行われ、患者がいったん全額の自己負担をしたのちに保険金が償還払いされる。この経験料率とは1980年代以降に突入し、より医療費抑制の声が高まってきた中、そのニーズを勝ち取って増大してきた管理医療組織や自家保険（これらについてはあとで述べる）に対抗して保険会社が編み出したものであった。しかしながら、保険金が治療後に償還される形式をとるために、いったんは医療費の全額を負担しなければならないので、患者は気軽に診察を受けることができず、大きな問題になっている。

また、医療供給者（主に病院や医師）に対する給付の方式は出来高払い制（FFS = Fee-for-Service）で、患者が増えれば増えるほど保険会社が支払う給付金は多くなる。加えて医療費が予定より膨らんだ場合でも医療供給者側のリスクは小さく済むので、医療供給者側にとっては最もありがたく、理想的な支払い方式である。しかし、高額な医療費を支払えないために病院に足を運ぶことができない個人の数が増え、1929年の大恐慌を境に増加したため、病院の経営難が顕著になった。そこで誕生したのがブルークロス、ブルーシールドである。

非営利民間保険（ブルークロス、ブルーシールド）

ブルークロス、ブルーシールドは同じ民間保険でも保険会社が提供する医療保険とは違う性質をもったものである。ブルークロス、ブルーシールドとは単一の組織ではなく、各地にある非営利の医療保険事業を行う団体とその全国連合会の総称として用いられている言葉で、早く言えば、地域別医療保険専門会社の集合体である。

これは病院や医者などの医療供給者たちの主導によって成立・発展したもので、ブルークロス（以下BC）は病院に対して支払われる入院費等についての保険（入院保険）を扱い、一定期間の入院費用、各種検査費用、手術室代および投薬代などを現物支給する。他方ブルーシールド（以下BS）は医師に対して支払われる手術等医療技術料（診療保険）についての保険を扱い、医師の診療報酬、検査費用などを現物給付する。また、医療提供者に対する給付の方式は保険会社と同じくFFSを採用している。

BC・BSの歴史は1930年代にまでさかのぼることができる。BCは医療費高騰のために経営難になりつつあった病院収入の安定化を目的として編み出された民間病院独自の入院保険であったし、BSは開業医たちの主導で発足した独自の医療保険であった。保険料については毎月一定金額の前払いによって診療が保証され、過去における保険金支払いの経験または将来における支払いの予想、個人または団体に関係なく当該者の住んでいる地域の平均医療費に基づいて保険料率を設定するという地域保険料率が主に使用されている。これによって、リスクが高い個人または団体でも保険料の負担が可能になり、「保険の谷間」を埋める策として注目され、このような役割を果たすBCとBSが「最後の保険者」とも呼ばれてきた。しかしながら、この地域保険料率の採用は健康な若年層といった、リスクの少ない被保険者にとっては高齢者などのリスクが高い被保険者に対して余分な費用を払うというデメリットも持ち合わせているため、加入者間におけるリスク分散機能は優れていても、保険料の不平等が生じる。これは経験料率に基づく保険会社が進出してきた一要因になっている。

これを受けて、保険引受競争に危機感を抱いたBC、BSも最近では大企業に対する保険において経験料率を用いるようになった。

このように、BC、BSは当初それぞれ扱う保険の対象に違いはあったものの、その差は次第になくなりつつあり、最近では実質的に一体となって活動していると言って良い。BC、BSの勢力範囲はだいたい1州に1つのBC、BSがあり、一州に1つ以上あったとしても、営業地域が重なっていることはほとんど無いようである。また、近年では同一州のBCとBSの統合化が進展してきている。近年では民間保険会社との隔たりもなくなってきており、両者が提供する医療保険はインデムニティ保険（Indemnity Insurance）または、採用している医療供給者に対する支払い方式が同じFFSであることから、FFSと呼ばれることもある。

つまり、両者は同じカテゴリーに属し、BC・BSは大手保険会社の1つとして考えられているようである。

（2）新しい形態（自家保険 / HMO, PPO）

1970年代後半から80年代にかけて登場した新しい医療保険の形態として、自家保険、HMO・PPOなどの管理医療組織（マネジドケア組織）が挙げられる。自家保険と

HMO,PPO の医療保険料シェアに占める割合は1980年の19.8%から93年の44.5%と著しい伸び率を見せ、保険会社、ブルークロス、ブルーシールドのそれに大きな減少が見られることからよくわかる。それでは、これらの形態がどう言った点で新しいのかを順に見ていくことにする。

自家保険

自家保険というのは、特に多くの被保険者をもつ大企業などが保険会社から医療保険を購入するよりもコスト面で有利な場合に、企業が独自に運営する保険で、1970年代後半になって急速に増えてきた新しいタイプの保険である。雇用主（企業）にとり、どういったタイプの保険に入るかを選択することは会社の支出を左右する重大な問題であったため、自社に適した保険を比較的少ないコストで適用可能な自家保険は雇用主にとって魅力的なものであった。自家保険には、企業が全リスクを負う完全自家保険とリスクの一部を被保険者がひき受ける部分的自家保険の2種類があり、ほとんどの部分的自家保険の場合、企業は保険会社に部分的な運営を委託している。自家保険のもつ主なメリットは以下に要約できる。

1 保険会社やブルーシールドは通常保険料収入の2～3%を州保険料税として納めねばならない。したがって、保険会社、ブルークロス、ブルーシールドの医療保険料にはその分が転嫁されていることになる。しかし、自家保険ではこの州保険料税は適用されないため、雇用主（企業）はこれを節約できる。

2 自家保険の場合、患者（雇用者）は医療費が請求された時点で保険料を支払うことができる（部分的自家保険の場合は事前に支払う場合もある）。企業は自社で医療給付準備金をプールしておくことで、保険料のかわりとして運用している。

3 自家保険を採用する企業はbで述べた企業がプールする医療給付準備金で利子を収得することができる。この利子もたらす意味は大きく、企業が自家保険採用を決定する際の大きな理由になっている。実際、金利が記録的な高さに達した1980年代初めに自家保険を採用する企業が増大している。

自家保険はその運営が企業自体で行われるか、一部を保険会社に委ねるかどうかで多少の違いはあるものの、医療供給者への支払い方法や償還支払い方式は保険会社のそれと殆ど変わらないためここでは割愛する。

HMO、PPO

米国では1980年代以降、急速な医療費の高騰が見られた。それに付随するように「管

理された医療」を意味するマネジドケア (Managed Care) によって医療費抑制をはかろうとする動きが活発になり、80 年を境に急速に加入者数を増やしたのが HMO (Health Maintenance Organization = 会員制民間健康維持組織) と PPO (Preferred Providers' Organization = 特約医療機構) である。HMO 自体は 1973 年の HMO 法制定時から存在していたが、上記のように 80 年代に入って急速に加入者数を伸ばし、隆盛したといつてよい。このマネジドケアの登場は長年にわたって自由診療を伝統としてきた米国の医療供給者をはじめ、米国国民にも大きなインパクトを与えたが、近年では資料 「加入者数の推移」を見てもわかるように 95 年の段階では HMO, PPO を含めたマネジドケア加入者は 1 億人にものぼる。米国の平均家族数を 2.6 名とすると、国民の約 9 割がマネジドケアプランに加入していることになり、他の医療保険機構をしのご勢いで成長している。それでは、この HMO, PPO という組織はどのような組織なのだろうか。順を追って見ていくことにする。

1 HMO

HMO とは先にも述べた通り、会員制民間健康維持組織を指し、その最大の特徴は保険会社が一定の予算枠内で医療提供者 (医師・病院) に運営を任せるという総額請負方式をとっていることである。さらに言えば、保険会社と契約した病院や医師は請け負った予算の範囲内で HMO の加入者を診察し、コストが予算内で収まれば利益をあげられ、予算をオーバーした場合は加入者がその部分を負担するという形でリスクを分担している。ここで加入者は自己負担を恐れるかもしれないが、心配はいらない。というのも、総額請負制によって病院・医師側も医療費を抑制しない限り自分達の収入も増えないからである。したがって、病院・医師側はなるべく医療費を少なくしようと努める。それでは医師が医療の質を意図的に落としてしまうのではという疑問が生じるかもしれないが、HMO と後で述べる PPO には NCQA (全米品質保証委員会) という第 3 者機関が存在し、医療の質の認定を行っているし、SSO 制度 (Second Surgical Opinion) といって、従来は担当医一人の判断でなされていた手術をするか否かが、担当医とは別の医師の診断を受けることで厳しくチェックされたりもする。

また、最近の HMO で特に強調されてきているのが予防面 (プライマリーケア) である。これは「保険者にとっての保険料の支払いの削減」という観点に立った場合、医療サービス供給側の業務効率化と患者が医療を受ける仕組みの効率化というレベルから 1 歩踏み込み、「健康な人を増やしてそもそも病気になる人を減らしてしまおう」という発想である。

資料 「HMO における予防のためのケア実施率」からわかるように、かなりの割合で予防のためのケアを施しており、HMO においていかに予防が重要な位置を占めているかがうかがい知れよう。

このように HMO は、病院がコスト・アンド・ベネフィットのバランスをうまく保ちながら、加入者は比較的安い会員費 (保険料) を支払うだけで最低限の診療を受けられるという画期的なものであった。

HMO は、マネジドケア・プランを提供・販売する組織として州の認定を得て設立され、州の規制を受けることになる。そのマネジドケア・プランというのは統一した定義が無いことから多種多様であるため、一概に紹介することはできないが、主に医師と HMO の契約関係によっていくつかの大まかなタイプに分類することはできるので以下で紹介していく。なお、図で説明すると資料 「各モデルにおける HMO と医師との関係」のようになる。

・スタッフモデル HMO

病院、医師が HMO によって所有され、医者は勤務医として診療する。患者の当該 HMO 以外での医療サービスについては保障の対象にならないため、他の病院で受けたサービスに対しては保障されない。

・グループモデル HMO

HMO は 1 つの医師グループと契約を結び、契約した医師グループは人頭別定額料金方式で患者に対して明確に定められた一連のサービスを提供することに同意し、仮に医療費が所定の金額を上回っても、その差額を患者に請求できない。

・ネットワークモデル HMO

複数の医師グループと契約を結んでいるという点でグループ診療型とは違うが、あとは同じ。

・IPA モデル/ 直接契約 HMO

病院が HMO に所有される必要は無く、出来高払方式で医師に医療費が償還される唯一の HMO。HMO は IPA に所属する個人医師（IPA = 個人開業医協会）や、IPA に所属しない個人医師との事前交渉で、従来の出来高払い方式による設定料金よりも安くするという契約を結ぶことになる。

以上、HMO タイプをいくつか紹介したが、全ての HMO がここで述べたタイプのどれかに属するわけではないことを改めて強調しておきたい。それほどに多様化しているということである。

< HMO の問題点 >

これまでは HMO の良い点ばかりが強調されてきたが、悪い点が全く無いわけではない。加入者にとっては、原則として住んでいる地域における指定された病院や医師しか受診先を選ぶことができず、できたとしても、全額自己負担となってしまうため、必然的に特定

の医療機関内でしか診療を受けることができないのである。また、HMO では医療費抑制の観点からプライマリーケア医を受診後、必要がある場合のみ、専門医へ紹介できるシステムをとっている。専門医に紹介するためには疾患の重傷度やそれ以外いろいろな条件を満たさねばいけないなど、そう簡単ではない。このため、医師の間では比較的自由に診療ができる PPO を好む傾向がある。

治療法選択の制限、プライマリーケア医から専門医へ患者を紹介する際に要求されるプロセスの煩雑さ、医師側への診療報酬の低下などの点から現在の HMO に対して不満を感じる医師は少なくないようである。患者側にも、専門医にかかりにくく処方薬の選択に制限があることなどに不満を感じている人もいるようである。

2 PPO（特約医療機構）

PPO もまた、HMO に続いて発達した管理医療組織の 1 つである。

PPO はいろいろな経営主体が存在するが、大部分が保険会社によって設立・経営されている。資料 「出資者が保険会社である PPO の概念図」参照。基本的には管理医療の点で HMO といくつかの共通点をもっているが、やや FFS と HMO の中間に存在する。というのは、追加料金を支払えば（比較的少ない自己負担をすれば）ネットワーク外からの医療サービスを受けることができるので（HMO でもできるが全額自己負担となる）、患者の医療供給者の選択と、医療供給者にも患者を選択できる権利を大幅に認めているからである。また、会員にとっては PPO によって厳密に選別されたより質の高い医療供給者を利用することも可能である。そのため、保険料（保険金）と自己負担が HMO よりもやや高い。また、医療供給者に対する支払い方式はほとんどの場合出来高払い方式の要素を残しており、多くの医師に支持されている。

なお、監査機関として HMO のところでも述べた NCQA（全米品質保証委員会）、JCAHO（医療機関認定合同委員会）があり、これによって出来高払い式による医療の高騰と質の低下を防いでいる。

以上、管理医療制度と呼ばれる HMO、PPO について見てきた。HMO・PPO はさまざまなタイプがあり、どれも一概に述べることができるわけではないが、とにかくこれらの会員になると、患者にとっても保険者にとっても医療費抑制となることは確かである。そして病院・医者は一定数の患者を確保でき、米国の病院が持つ“社会的機関”と“企業”としての側面を両立できることも忘れてはならない。

3 - 2 - 3 米国における医療保険制度のまとめ

以上、見てきたように米国における公的医療保険制度はメディケアとメディケイドの 2 つであり、これは現在も給付方式が出来高制から疾病別価格決定方式へと変った以外は、

基本的に変化していない。

一方で大きな変化を遂げているのは民間保険である。これは昔、ブルークロス・ブルーシールドという大規模な民間保険ネットワークによって支えられていたが、やがてあまりに医療費が高騰し続けたという状況を改善するために管理医療制度が整い始めた。これの代表例が HMO や PPO である。これと同様に医療費の高騰を抑制するために企業・大学などが独自の医療保険制度を確立させ、自家保険が成立したが、先述した HMO や PPO の勢いに押され、現在では下火傾向にある。

このように米国における医療保険制度は、より多くの国民に高ベネフィット・低コストの医療を供給できるよう変化してきた。この中心にあったものは、常に高騰する医療費の抑制であり、いかに国民と国家が支払う医療費を減少させるべきかが焦点となった。その動きが尤も顕著に表れ、かつ米国民がいかなる意識を持っているのかを理解できる事例が冒頭で述べたクリントン（ヒラリー夫人）の医療保障改革法案である。以下、この改革法案に関する流れを説明し、現状を把握するためのモデルケース紹介へと移る。

3 - 2 - 4 医療保障改革法案に関する流れ

米国の医療保険制度のしくみについての詳述のまとめとして、93年にクリントン政権下で審議された医療制度改革法案はどうして挫折に終わったのか、一連の流れを追ってみることにしよう。

医療制度改革法案登場の背景

クリントン大統領は医療制度改革法案の提出時に、法案とあわせてそれを分かりやすくする小冊子「医療保障」を発表した。

小冊子の内容 - 6つの問題点 -

- 1「不安の増大」 無保険者の問題
- 2「複雑さの増大」 医療保険サービスの多種多様化で事務処理にコストかかる
- 3「費用の増大」 国民一人あたりの医療費 2800 ドル以上 その割には効果上がらず
- 4「質の低下」 国民全体には世界最先端の技術は供給されず
- 5「選択肢の減少」 雇用主の決定に委ねられる
- 6「無責任の増大」 利益を追求する保険会社 過剰医療を行う医者 等

米国経済の再建のためには、財政赤字を増やし、企業の国際競争力をそぎ、国民全体の健康を保障できない現行医療制度の改革は避けて通れないとし、クリントンは並々ならぬ決意を持って改革に取り組もうという意欲を示している。

クリントン大統領案の中身

6つの問題の解決のために

原則：「保障 簡素 費用削減 質 選択の自由」

- 1 国民皆保険の達成
- 2 すべての雇用主が保険の費用を負担することを義務づけられること
- 3 医療保険組合(Health Alliance)の導入
- 4 保険料の上限設定（医療予算の導入）
- 5 医療制度改革に要する追加費用の調達方法

1995～2000年の5年間に

- 1) たばこ税の引き上げ
- 2) 医療保険組合への加入を望まない大企業の給与支払額に対する1%の課税
- 3) メディケア、メディケイドの支出削減

などで 医療制度改革に要する追加費用を賄うとする

いかにして潰れたか

1993年1月～8月

1993年10月27日 クリントン大統領法案を議会に提示

1月25日 医療制度改革の改革案を作る特別対策部会の座長にヒラリー夫人を任命
*最初はゴア副大統領に要請したが自分の時間がそれに全て費やされてしまうのをおそれ
辞退していた。ほかにロックフェラー上院議員という候補もあったが、行政府の特別部会
のトップに上院議員を据えることに反対の声が上がり、ヒラリー夫人が担当することにな
った。

医療制度改革法案を出すタイミングの吟味が政権内でなされ、ヒラリー夫人は経済政策
に医療制度改革も盛り込むことを主張していた。大統領就任早々に上記の二つの政策を両
方通すことができれば歴史に名を残すからである。しかし実際のところ、医療制度改革法
案を早期に通さなければ、クリントンは窮地に立たされるという強い危惧が彼女にあった。
医療制度改革が実現しても、その効果が出てくるのは3年先。4年目にならないと医療費
支出が削減されないことがすでに明らかであったので、早く通す必要があった。

しかし医療制度改革について政策基盤が出来上がっていないということで反対意見が政権
内で多かった。(経済政策議案にまとめる場合は51票で可決。個別提出の場合は60票
が必要)

2月17日の経済演説の内容が、製薬業界や医療保険業界などの医療機関関係者に深刻
な影響を与える。薬価上昇率の規制、病院への支出削減、保険業界への政府の進出など医
療制度改革の実施に政府の規制色が強くなっていることが明らかになったからである。

2月19日の議会公聴会の証言で 酒 たばこを対象に売上税の導入を検討していること

が明らかになり、これで利害関係者との争点が増加することになる。

3月、ジム・マクダーモット下院議員がシングル・ペイヤーシステム（カナダ方式）による皆保険の達成を目指した法案（HR1200）を議会に提出。この案は急進的な案で、この方式を導入すれば現存する民間医療保険は消滅してしまうというものであったが、議会内に支持者がおり、大統領はこの動向に注目せざるを得なかった。

4月8日クリントン大統領議会に1994年度の予算教書を提出。厚生省の予算案を発表していたシャレイラ長官に対する質問で、クリントン政権の医療制度改革に対する詰め甘さが露呈した。それは医療費抑制政策で170億ドルの見積もり違いがあったことである。このころ、政権内では他にも不安定要素が存在していた。

- ・ 意見の統一がなされていなかった。

タバコ税の増税でもあまりあるコストをどう処理するかは政権内で意見の不一致あり

- ・ ヒラリー夫人不在のために5月に予定されていた医療制度改革法案の作成期限を放棄
 - ・ 議会でのクリントン政権の経済政策を形作る法案の行き詰まり
- 具体的には景気刺激法案、赤字削減法案、財政調整法案などである。

この政権内の行き詰まりをよそに、利益団体のロビイングは激しさを増していった。

それでは、医療制度改革法案にどのような利益団体が関与していたかを以下に示す。また、改革案に対しておおまかだが賛成、反対派に分けてみた。

利益団体

（改革に賛成）

リハビリテーション教育基金
全米中絶権推進同盟
大手保険会社
小児科医、産婦人科医、家庭医、
黒人・ヒスパニック系医、予防医の
各医師団体
全米労働者総同盟産別会議（AFL、CIO）

（改革に反対）

製薬協会
医療機器協会
全米保険協会
たばこ業界
全米中小企業連盟
中小企業
全米高齢者協会
全米州知事会
キリスト教右翼

5月27日、下院で財政赤字削減策の大半を盛り込んだ94年度財政調整法案を可決した。しかし、小差での可決であり、肝心の医療制度改革法案は財源確保の見通しが立てられていなかった。

6月に入っても予算案の上院通過の見通しは立たず大統領が予算案について大幅な修正

を受け入れることを明らかにしたものの、その妥協によっても可決のめどが立つようには見えず、医療制度改革法案の発表は7月以降に延期されることになる。

8月初旬、上院可決の後両院協議会を経て94年財政調整法案可決。大統領は改革の財源としてはたばこ税以外の大型増税は行わないと決定していた。メディケア、メディケイドへの支出削減で予算を削減し、競争を導入してコストを削減し財源とすることになっていた。

しかしこの法案は「大きすぎ、経費がかかりすぎ、改革のペースがはやすぎる」という否定的な見られ方をされていた。

8月の休会の前に共和党上院議員が「保険の雇用者負担義務や医療制度改革の財源確保目的とした、いかなる税制の導入にも反対する」という書簡を大統領に送付。

1993年9月～10月

9月2日、クリントンは医療制度改革案の骨子を明らかにする。改革案には医療関連の価格統制までは踏み込まれておらず、これを受けて下落を続けていた製薬主要会社の株価も上昇し始めた。

9月22日夜、上院両院合同会議で演説。「欠陥だらけの制度は放置できない」。フランクリン・ルーズベルト以来これほど大胆な案は出されたことはなかった。しかし、いくら医療制度改革法案が見事に組み立てられ、学問的には健全な案だとしても、政治的争点は無数にあった。

議員はそれぞれの戦局での利益を重視し、改革案への懸念を表明する者が出てきた（演説内容に国民支持率51% ニューズウィーク紙 7月から14%アップ）。同じ週に開かれた公聴会で、医療制度改革を実現するという意気込みをもとにヒラリー夫人は証言に立った。しかしその頃、改革法案をめぐる議会での争いはすでに開始されていたのである。しかし、この時点でのそれは「民主党対共和党」という単純なものでなく、改革法案の審議権をめぐる「委員会対委員会」という図式のものであった。

10月6日、下院のクーパー議員とフレッド・グランディ議員が独自の医療制度改革法案（HR3222）を提出した。この法案の提出はクリントんに超党派的枠組み作りの必要性を訴えるシグナルとなる。内容としては、クリントン案との共通点も多いが大統領案ほど規制色を打ち出さず、「競争原理」を導入することによりある程度の目標達成を目指すものであった。大統領案に難色を示す議員に妥協点を提示していた。

大統領案との相違点2つ

- ・ 雇用者に対して医療保険料の拠出を義務付けていない（大統領案は80%拠出義務）
- ・ 従業員数100名未満の雇用主に医療保険組合参加義務（そして州政府に基準設定の裁量義務を与える（5000名未満の雇用主に義務付け）

国民皆保険を目指した法案ではない

1993年11月～1994年7月

全米保険協会が CM を使ってクリントン政権の医療制度改革を非難し、これが大きな論争を巻き起こした。

下院で議会指導者らによって検討されていたクリントンの法案が合同審議されることになる。以下に審議されることとなった委員会を挙げておく。

< 広範な部分を審議 >

1 歳入委員会

2 エネルギー・創業委員会

3 教育労働委員会

< 限定された部分を審議 >

1 司法委員会

2 郵便・公共サービス委員会

3 軍事委員会

4 自然資源委員会

5 高齢者問題委員会

11月20日 クリントン大統領の医療制度改革法案が議会に提出される。1月25日一般教書演説でクリントン大統領は、「国民皆保険を認めない修正案を議会が可決しても大統領拒否権で葬り去り、出発地点に戻す」と発言し、医療制度改革の実現に決意を示していたが、26日 経済団体との会合で財務長官が「従業員数5000人未満の雇用主に医療保険組合への参加を強制することを見直す」と発言していることから、妥協点を模索している様子が伺える。この模索の背景にはビジネス界からの猛反発があった。

< クリントン案に対する4つの批判 >

- ・ 保険給付内容が手厚く、雇用主の保険料負担額が大きくなる。
- ・ それは、雇用を奪うことにつながる
- ・ 価格統制によって医療費抑制をしようとしている。
- ・ 連邦政府と医療保険組合を通じた新しい官僚機構ができてしまう。

として、2月2日、ビジネス円卓会議議長は先述のクーパー案（HR3222）を指示する発言をしている。

*クーパー案はクリントン案とシングル・ペイヤー・システム案の中間に位置すると考えて良い。

委員会での審議は難航を極める。また先に挙げた案だけでなく、スターク案、チャーフィ案などが出されたが、これらの案の内容や委員会での審議内容についてはここでは触れないことにする。

8月～9月

8月2日、医療制度改革の上院案を発表した。注目すべきは下院案との大きな違いである。下院案は国民皆保険の実現を盛り込んでおり、上院案は雇用主に従業員のための医療保険を負担させる事を断念し、2000年までに保険加入率95%を目指す内容になって

いた。ただし、2000年までに95%の加入が達成できなかった場合には、雇用者負担を実施することになる。しかし、それも大統領案では保険料の80%を負担することになっているのに対し、上院案は保険料の50%を負担するというものであった。

大統領はこの上院案を将来の皆保険の根拠となるとして容認する姿勢を示していた。

8月9日上院で本会議の審議が開始するが、共和党の議事妨害などで難航する。8月25日、結局ミッチェル院内総務は「医療制度改革法案の審議は夏休み後に持ち越す」と発表する。判決は11月の中間選挙前に先送り。そのため中間選挙を控えた議員の票を確保、維持するためにも大統領、民主党側には更なる譲歩をしなければ可決のめどが立ちそうになかった。

単年度赤字額は95年度に1600億ドル台まで減少する見込みだが、医療制度の抜本的改革がなければ、医療費支出の増加を主因に赤字額は99年度から再び2000億ドルを突破し、その後も急増することになってしまう。

しかし、一般教書演説で「皆保険を実現しない法案には拒否権を発動する」と発言した以上、皆保険を実現しない法案を通せば大統領の指導力を疑問視される。

この結果 大統領のとった行動は、医療制度改革法案の年内成立を断念ということになる。1年にも渡る医療制度改革論争は、9月26日にミッチェル上院院内総務の記者会見で「医療制度改革が今年実現しないことは明らかになった」と述べ、年内成立の断念を宣言した。最終的には小規模の改革まで見送られ、この年には一切の医療制度価格は実現しないことになった。

何が悪かったのか

1 医療制度改革に対する民主党議員の意見が大きく分裂していたこと。

従業員保険料の雇用主負担義務、価格抑制などの政府規制の強さが反発を招いた。それに対して共和党はまとめ、一貫してクリントン案に反対していた。雇用主負担義務の反対派はビジネス界も味方に付けていた。クリントン案はあまりにも広範で複雑であり国民に訴えるものがなかった。

2 共和党議員の票を確保できるような超党派的なオファーが十分なされなかったこと

超党派的な結束がみられたのは上院財政委員会のみ。大統領側の譲歩は成立断念の最後の週だったので、反対派は自らの行動をおこさずして会期終了を待てばよかった。

3 - 3 モデルケース

ここでは、3 - 2までで説明した医療保険制度について、実際の数値を用いながら理解を深めていきたい。

	日本	米国
初診料	1,980	7,884
心電図	1,800	4,766
二方向胸部単純写真	2,340	5,843
CTスキャン - 頭部	11,500	36,986
CTスキャン - 胸部	14,550	53,953
脳ルーチン検査、判断	350	943
血糖検査、判断	1,200	1,287
血液化学検査	3,400	3,374
冠上動脈バイパス移植術	520,000	1,253,104
人工関節置換術	180,000	711,906
子宮手術	96,000	452,384
硝子体切陰術	118,000	405,367
虫垂切除術	70,000	253,511
ペースメーカー移植術	123,000	353,191
超尿道的前立腺手術	101,000	388,332

(単位 円)

これは保険によってカバーされない純粋な医療費の表である。これからも顕著なように、米国における一回あたりの医療費は桁違いに高い。日本のおよそ4倍から5倍である。基本的に医療費が米国の方が高い理由としては、日本が皆保険を導入し資金的に余裕があるのに対して、民間に頼り各々の機関も資金繰りに困りながら、かつ国家予算内でも医療費として十分な準備金がないために、需要と供給の関係から必然的に医療費が高くなるという現状がある。

また、米国は医療関連の研究に対する投資活動を積極的に行ない、技術研究も実に進んでいる。その結果、新たに生み出された技術を試験的に利用したり、また導入したばかりの機材を使用したりといったことが、少なくなく、多くの場合必要以上の治療と高技術を駆使して行なっている。こうした必要のない治療を防ぐために、前述したような多くの監査機関ができたのだが、実際に国民の立場に立つと、問題はこの純粋な医療費の比較だけでは見えてこないのである。

日本において、国民が負担する医療費というのは、健康保険で全医療費の2割。国民健康保険では3割である、という説明は既にした。しかしながら、米国のシステムではどうかというと、例えばHMOという管理医療保険に加入した市民が冠上動脈バイパス移植術を受けたとする。日本ではいかなる場合も2割の25万円が自己負担であるのに対し、米国ではその手術をどの州のどのカウンティの、どの病院ネットワークで受けるかで大きくことなる。特に、保険料が低額ゆえに、突然事故にあい、自分が所属する医師ネットワーク以外の場所で治療を受けると全額給付(つまり125万円全て)事故負担になるというリスクがはらんでいるのである。

また、こうした事態をふせぐために、所属するネットワークだけでなく、他の組織とも協力体制をとり、多少の余分を払えば全額負担を避けることができるシステム（PPO）ができた。しかしこれは、出来高制であるために、病院側も医療費に抑制がかからないために医療費の高騰を招くと心配されていた。そこで登場したのが、セカンドオピニオンシステムである。これにより、不必要な手術や治療を極力避け、ネットワークを広げつつ、多くの患者を確保しながら、ケアしていくという体制が整った。しかし、このセカンドオピニオンをいう立場にある医者もまた、依頼した患者の主治医や保険会社との癒着から、病院や保険会社にとってよしとされる、診断を下すといった事例もある。

このように、米国ではもともとの医療費が高いことに付け加え、皆保険でないがゆえに、医療費の補助を受けられない人がいたり、地域によって医療費の補助の額が異なったり、サービスの質が異なったりと、様々な問題が根づいている。

しかし繰り返しになるが、医療費の高騰を抑制しつつ、高度な技術で治療するという両面を実現させることを目標として、今後、PPO システムのように発展の真っ只中にあるシステムを引き続き改善していく必要があると考える。

4 おわりに

以上見てきたように、税制・医療保険制度とも米国は日本とは大きく異なる制度を敷いている。税制においては日本が「中央集権型」であるのに対して、米国は「地方分権型」であるといえる。医療保険制度においても日本が「全体主義」であるのに対して、米国は「個人主義」であるといえる。日本においては、全て国が面倒を見てくれるのに対して、米国では税金にしろ医療保険にしろ、全て自己責任で賄わなければならないのが特徴である。以上概観してきた制度のしくみ、内容の基礎を理解した上で、税制改革・医療保険改革などの議論を行う必要があるだろう。それらの議論を理解するための素地を提供することができたのなら、本報告書の目的は達成されたことになる。ここでの基本を下地にさらに議論が深まることを望む。

5 参考文献

- ・柳沢健一郎『2時間でわかる図解アメリカのしくみ』中経出版 2000年
- ・大淵博義『知っておきたい国税の常識[第3版]』税務経理協会 1999年
- ・菊池裕子・小野塚久枝『租税論』税務経理協会 2000年
- ・『図説 日本の税制[平成11年度版]』財経詳報社 2000年
- ・広井良典『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社 1999年
- ・広井良典『アメリカの医療政策と日本』頤草書房 1992年
- ・松山幸弘『アメリカの医療改革 日本は何を学ぶべきか』東洋経済新報社 1994年
- ・大竹美喜『医療ビックバンのすすめ』日本放送出版協会 1998年
- ・中浜隆『日米の福祉国家システム』日本経済評論社 1997年
- ・林宏昭「アメリカの州税の動向と課題」『国際税制研究 No.3』国際税制研究会編 1999年
- ・尾崎護『G7の税制』ダイヤモンド社 1993年
- ・須田徹『アメリカの税法[改訂4版]』中央経済社 1994年
- ・大原隆信「アメリカ国内の医療制度改革法案をめぐる攻防 - 知られざる立法過程の舞台 - 」草野研究会卒業論文 1995年
- ・二木立『「世界一の」の医療費抑制政策を見直す時期』頤草書房 1994年
- ・後藤由夫『医学と医療 総括と展望』文光堂 1999年
- ・NTT データ経営研究所のページ『アメリカ型モデルに見る日本版医療ビックバンの方向性』
http://www.keikeiken.co.jp/monthly/repo9811/big_ban.html 2000年6月11日
- ・http://www.keikeiken.co.jp/monthly/repo9902/beikoku_2.html 2000年6月11日
- ・http://www.keikeiken.co.jp/monthly/repo9903/beikoku_3.html 2000年6月11日
- ・Yahoo!の税金関連総合サイト
<http://taxes.yahoo.com> 2000年6月11日
- ・財務省内国歳入局 (IRS) のホームページ
<http://www.irs.ustreas.gov/> 2000年6月11日
- ・大蔵省ホームページ
<http://www.nta.go.jp/> 2000年6月11日
- ・中学生のための租税教室
<http://www.nta.go.jp/taxinfo/gakushu/02/07.html> 2000年6月11日
- ・アメリカの所得税確定申告
<http://www2.odn.ne.jp/muraoka/kaisei12.html> 2000年6月11日

- ・スタンフォード大学アジア太平洋研究所医療政策比較研究プロジェクトのホームページ
<http://www.pfizer.co.jp/contents/forum/forum33.htm> 2000年5月31日
- ・医療問題対策委員会のホームページ
http://www.nhk-chubu-brains.co.jp/ad8020/mondai/1_3_4.html 2000年5月31日
- ・米国の医療産業
<http://vip.sapporo-net.ne.jp/~spo/> 2000年6月2日
- ・Medical Tribuneのホームページ
<http://www.medical-tribune.co.jp/special/fujitsu/session1.htm> 2000年6月11日
- ・神奈川県庁税務課
<http://www.pref.kanagawa.jp/kenzei/123/kenzei.htm> 2000年6月11日
- ・北海道庁税務課
<http://www.pref.hokkaido.jp/soumu/sm-zeimu/index.html> 2000年6月11日