

# 米国医療保険制度改革 — 「米国再生」の条件 —

経済調査部 副主任研究員 李世勳  
研究員 澤井 秀樹

## 〈要旨〉

- (1) 米国の医療保険制度は、先進諸国でも希なことに「国民皆保険」が実施されていない。これは伝統的に、医療は「個人の自由と選択」であるとの考え方が根強い中、政府の介入に対する抵抗、財政的制約が大きく影響しているためと考えられる。現行の医療保険制度は、①企業が従業員に付加給付として提供する民間医療保険、②政府が社会保障として提供する公的医療保険（高齢者：メディケア、低所得者：メディケイド）に大別される。
- (2) こうした現行の医療保険制度は、世界的にみて高度な米国の医療水準を発展させた反面、①医療保険コストの高騰、②3900万人に上る膨大な無保険者の存在、③財政圧迫一等、大きな弊害をもたらしている。これらの問題は米国経済の活力を障害すると同時に、人種・階層間の不平等の拡大、犯罪・麻薬問題などと絡んで深刻な社会問題となっており、改革が急務である。
- (3) クリントン政権は93年9月に医療保険制度改革案（以下、クリントン案）を発表し、現在、議会の各種委員会では法案の審議が進められている。しかしクリントン案は、「国民皆保険の導入」と「医療保険コストの抑制」という相矛盾する二つの政策目標を柱としており、かなり楽観的な前提に基づいた計画となっている。すでに、議会予算局（以下、CBO）は、政府の「甘い」見積もりを厳しく批判しており、今後の法案成立までにおいて何等かの修正、政治的妥協は避けられない状況にある。改革案の行方は、94年秋の中間選挙、96年の大統領再選にも大きく影響しよう。
- (4) クリントン案による短期的な経済・金融面（景気、財政赤字、金利等）での影響は小さいとみられる。しかし中長期的な観点からは、改革の失敗は構造的な財政赤字の拡大（医療費、利払い費など）、コスト・プッシュ型インフレの誘発、金利上昇を通じて、実態経済と金融市場に大きな悪影響を及ぼす懸念がある。反面、改革の成功は、①医療保険コストの抑制→企業の競争力強化、物価安定→投資・輸出・消費拡大、②財政赤字の抑制→金利の低位安定、利払い費の抑制→投資促進、③人的資源の質の向上一等、中長期的な生産性向上を通じた「経済の再生」のために必要不可欠な条件となる。
- (5) 医療保険制度改革は、米国経済社会の根幹に関する大改革であるだけに、クリントン政権は粗末な政治的妥協による制度の「改悪」は避けるべきである。特に、最大の問題となっている財源については、付加価値税、ガソリン税、銃砲税など、追加的な増税措置をも含めて現実的な改革案を提示すべきであり、そのためには、「明確な改革の理念」と既得権益の再調整を可能ならしめる「国民の支持」が必要である。

## 目次

### はじめに

1. 現行制度の概要と問題点
  - 1) 米国における「医療」
  - 2) 現行制度の概要
  - 3) 現行制度の問題点
  - 4) 過去の制度改革への試み
2. クリントン政権の改革案
  - 1) 改革案の概要
  - 2) 改革案の問題点
  - 3) その他の改革案と今後の行方
3. 改革の経済・金融面での影響
  - 1) 政府と議会の相反する見方
  - 2) 経済・金融面での影響

### おわりに

### はじめに

「変革(Change)」による「米国再生(Renew)」は、クリントン政権の基本理念である。今年1月に招集された米議会(第103回第2会期)での大統領一般教書演説においては医療保険制度の改革をはじめ、再雇用システムの確立、福祉改革、犯罪防止策、軍事力の堅持と国際指導力の維持など様々な重点政策が述べられた。特に、最優先課題は「医療保険制度改革」であり、これこそクリントン政権が目指す最大の「再生のための変革」である点に疑いはない。

しかし、議会では「アメリカには医療危機など存在しない」(モイニハン上院財政委員長、民主党)との見方に象徴されるように強い反対もあり、法案審議の過程において国論を二分した大論争が展開されている。今回の改革は20世紀の米国史上、世界大不況時のニューディール政策の立案・実

施、1960年代の公民権法の制定に匹敵する難題であるとの指摘も聞こえる。改革法案の今後の行方は、94年秋の中間選挙、96年大統領選挙にも大きな影響を与えるとみられるが、現時点では法案成立のための修正、政治的妥協が避けられない状況にある。

本稿では、こうした米国の医療保険制度の現状およびクリントン政権の改革案(Health Security Act、HR3600)について検討し、特に、改革の経済・金融面に及ぼす影響について定性的な判断を加えたい。

### 1. 現行制度の概要と問題点

#### 1) 米国における「医療」

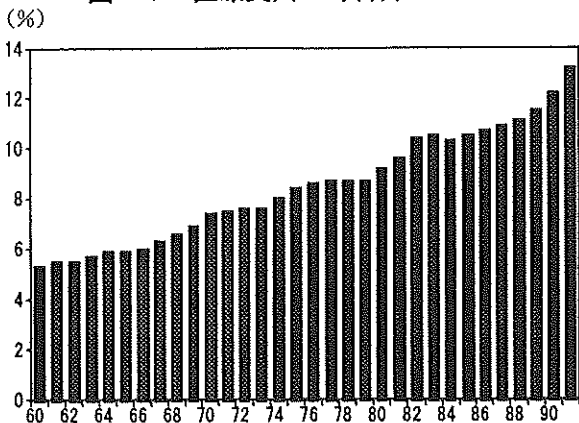
「米国再生」のための柱は、大きく2つの要素によって成り立つ。第一に、「経済の再生」、すなわち国際競争力の向上である。第二に、「社会の再生」、すなわち犯罪、貧富、人種問題などの解決である。

クリントン政権の医療保険制度改革案は、米国の家計・企業・政府の医療保険コストを抑制し、その余力を教育、研究開発、投資、インフラの整備等に振り向けることによって、中長期的な競争力の向上を図れるとしている。また、国民皆保険と医療保険コストの抑制という政策目標を達成すれば、貧困や失業のため医療保険を購入できない無保険者を救済することができ、かつ米国の社会再生のためにも役立つとしている。すなわち、クリントン政権は医療保険制度の改革を「米国再生」ための必要不可欠な条件として位置付けている。

ここではまず、米国における「医療」の重要性を認識するために、対名目GDP比に占める医療支出の推移をみてみよう。米国における医療支出の対名目GDP比は、60年代の6.0%から、70年代は8.1%、80年代は10.5%と急速に高まっており、91年には13.2%にまで上昇している(図1)。

日本やドイツの医療支出が、80年代にそれぞれ6%台、8%台で推移してきたことに比べると、米国の医療支出の高さ、増加速度は突出している。さらに、CBOの試算によれば、このまま医療支出の上昇が続くと、2000年には18.9%にまで達すると推計されており、米国経済に占める医療支出の重要性は増々大きくなっている。

図-1 医療支出の対名目GDP比



(出所) CBO "TRENDS IN HEALTH SPENDING" '93

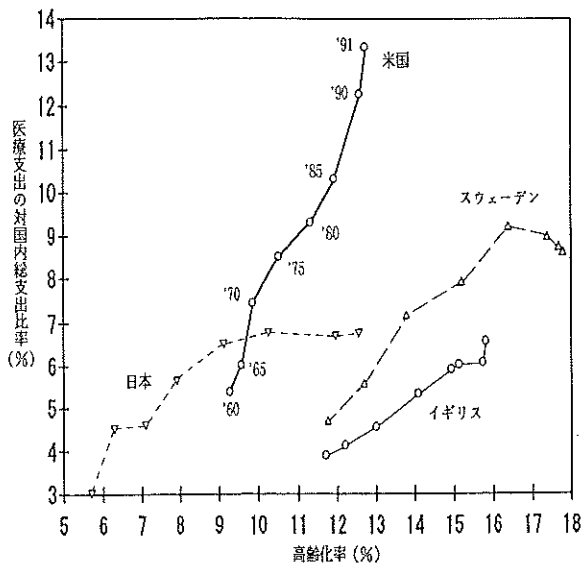
しかし、国民の平均的な健康度を平均寿命、乳児死亡率でみると、米国は他国と比較して目立って平均寿命が長いとか(表1)、乳児死亡率が低い訳ではない。また、医療サービスの主な需要者である高齢者の割合と医療支出の国内総支出比率の推移をみると、高齢者の割合に比べて医療支出の割合が突出して高いことが読み取れる(図2)。

表-1 主な先進国の平均寿命比較

男		女	
日本	76.09	日本	82.22
アイスランド	75.71	フランス	80.94
香港	74.9	香港	80.5
スウェーデン	74.81	スウェーデン	80.41
イングランド・ウェールズ	72.97	アイスランド	80.29
フランス	72.75	ドイツ連邦共和国	78.98
ドイツ連邦共和国	72.55	アメリカ合衆国	78.8
アメリカ合衆国	72.0	イングランド・ウェールズ	78.48

(出所) 厚生統計協会「国民衛生の動向」93年版

図-2 高齢化率と医療支出の動向



(注) 高齢化率とは、人口に占める65歳以上人口の割合  
 (出所) OECD "HEALTH SYSTEMS Volume I, II."  
 (参考) 広井「アメリカの医療政策と日本」

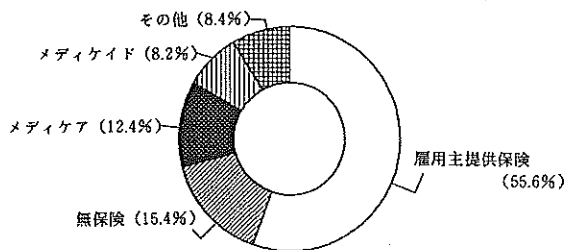
すなわち、米国経済における「医療」の重要性は高まっているが、それは他の先進諸国と比べて異常に高い医療支出の伸びによる結果であり、しかも高い医療支出がすべて米国の医療サービスの質の高さを反映しないとすれば、これは決して健全な状態ではない。

## 2) 現行制度の概要

現行の米国医療保険制度は、先進国でも希なことに国民皆保険は実施されておらず、国民の約63%は民間の保険会社が提供する医療保険に加入している。残りの約21%は公的医療保険によってカバーされており、民間や政府のどちらの保険にも加入していない無保険者も約15%存在している(図3)。一方、国民の医療支出の内訳をみると、自費23%、民間保険会社32%、政府41%となっており、支出に占める割合でも自費と民間保険会社を合せて55%を占めている(図4)。ただし、加入比率に比べ支出面で政府の割合が高いのは、民間保険が比較的健康的な成人層を対象とす

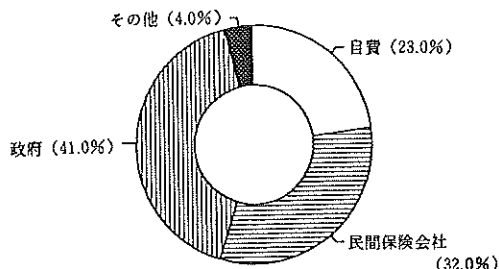
る一方、政府部門は老人や低所得者といった医療サービスの需要が高く、しかも病気になるリスクも高い層を対象としている点(民間による cream-skimming の問題=保険対象としてリスクの少ない層のみを加入させる傾向)による。次に、現行の米国医療保険制度の二大柱である公的医療制度と民間医療制度についてやや詳しくみることにしよう。

図-3 医療保険の適用比率('91)



(出所) Economic Report of the President, 1994

図-4 医療支出の内訳('90)



(出所) Economic Report of the President, 1993

### ①公的医療制度

公的医療制度は、社会保障制度の整備に伴って1965年から制定されたメディケアとメディケイドに大別(表2)される。メディケアは65歳以上の老人と障害者を主な対象とするもので、1991年の受給者数は約3500万人に上る。給付内容としては入院給付(病院入院患者と診療施設の特別の急性患者を対象とするパートA)と、補足的医療保険(随意加入として、病院外の医師、医薬

表-2 メディケアとメディケイドの比較

	メディケア	メディケイド
対象	65歳以上 障害現金給付の2年以上の受給者 慢性腎臓病患者	州・地域が認める低所得者 老人、盲人、障害者、母子家庭等
受給者数	3487万人(91年)	2828万人(91年)
給付内容	(パートA、強制加入) 病院入院患者の治療 診療施設の特別な急性患者の治療 (パートB、随意加入) 病院外の医師、医薬品、その他サービスへの支払い等	医師による医療サービス及び長期的治療を含む保健医療費用全般(州により異なる)
財源負担	パートAは65歳未満の勤労者が支払う社会保障税 パートBは加入者の保険料と連邦政府の一般会計	連邦政府と州政府の一般会計等
給付方式	パートAは現物給付、パートBは現物給付と償還払い	現物給付
管理運営	連邦政府・州政府	州政府

(出所) 印南一路「米国の医療費保障」等を参考に作成

品等の外来診察が受けられるパートB)がある。

メディケイドは老人、盲人、障害者、母子家庭で社会保障法に定める所得補助制度の受給者であるか、所得面からは社会保障制度を受けていないが医療費の支払いが困難と判断される低所得者等(細目については各州毎に異なる)を対象としており、1991年の受給者数は約2800万人に上る。給付内容としては、入院・外来患者サービス、検査、ナーシング・ホーム、在宅ケア等がある。メディケイドは低所得者層に対する医療扶助的な性格もあり、州の財政と連邦政府からの補助金によって運営される。

### ②民間医療制度

民間保険の種類はさまざまであるが、主として非営利と営利に分けられる。民間非営利団体のものとしては、ブルー・クロス、ブルー・シールドが挙げられるが、前者は加盟病院に入院した場合、後者は加盟医師にかかった場合の治療費、手術費を保障するものである。一方、営利の民間保険とは、約1200程度の保険会社が販売する医療保険を指すものであり、民間医療保険に占める非営利と営利のシェアはほぼ二分したものとなっている。

非営利と営利が提供する民間医療保険の大きな

相違点は、料金決定にある。前者は地域毎に料金が決まり、かつ、同一地域内では年齢、病歴に関係なく料金を決定する一方、後者では過去の病歴、年齢、性別等に基づいて価格を決定する方式が採られている。このため、比較的健康的な者は非営利団体の保険よりも保険料が安くなる民間保険会社の医療保険に加入する傾向もある。

なお、医療保険の適用比率で最もウエイトの高いのが雇用主提供の保険である。これは米国の企業が付加給付（フリンジ・ベネフィット）として従業員の医療保険コストを負担するケースが多いためである。すなわち、従業員のために支払う企業の医療保険費は、受け取る従業員にとっては所得税が控除される項目であり、全額給与として支払われるよりも、一部を医療費として支給される方が税制面から有利であることによる。この税制面での誘因もあって、多くの企業は医療保険を福利厚生として民間医療保険会社から購入している。また、従業員が5000人を越える大企業になると、独自に自家保険を運営している場合も多く、大企業に勤める人ほどカバレッジの広い良質の医療保険制度が適用され、中小企業になるほど企業が用意する保険のカバレッジが限定される傾向にある。

### 3) 現行制度の問題点

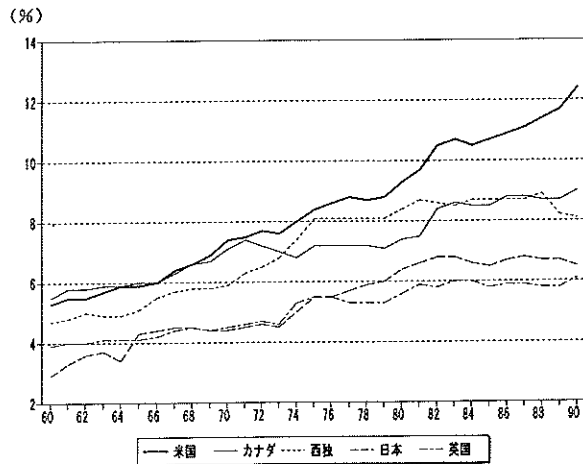
こうした現行制度による問題点は、①医療コストが高水準、かつ高い上昇率を示していること、②膨大な数の無保険者が存在していること、③政府の財政を圧迫していること一等に集約される。これらはともに密接に関連する問題でもあり、この他にも、制度の複雑さなどの点も指摘されるが、以下では上記3点に焦点を絞ることにする。これら現行制度の問題点を的確に把握することが、適切な制度改革を行うための前提を理解するために

も極めて重要である。

#### ①医療コストの高さ

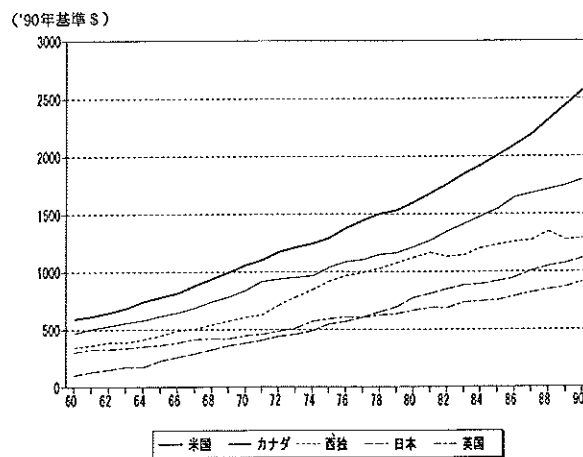
米国の医療支出を他の先進諸国と比較すると（図5と図6）、対GDP比でも、一人当たり医療支出額でも最も高い（注1）。米国の医療コストの高騰要因を価格と数量に分けて考えた場合、数量については人口の高齢化を考慮すれば抑制の余地は少なく（さらにエイズや犯罪の多さ等、米国固有の問題もある）、むしろ今後の増加ペースは高まると予想される。

図-5 医療支出の対GDP比率



(出所) CBO "Trends in Health Spending" '93

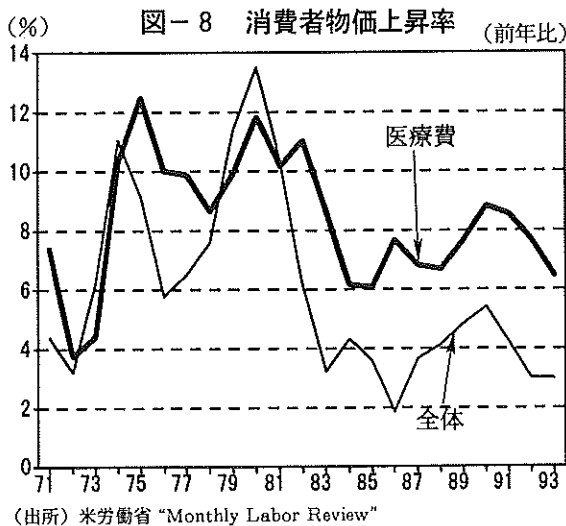
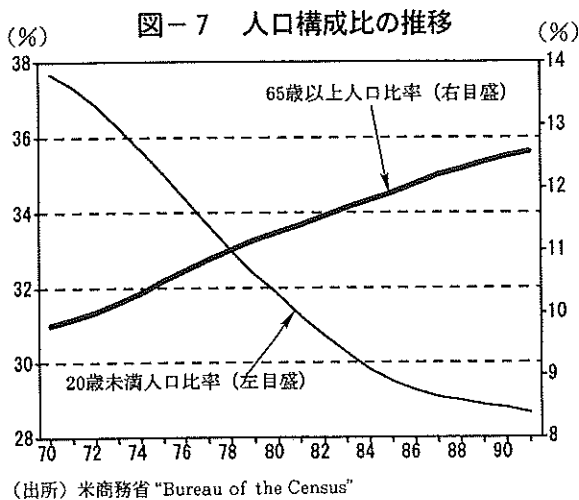
図-6 一人当たり医療支出



(出所) CBO "Trends in Health Spending" '93

(注1) ただし、医療費の統計は国によって異なり、米国は研究費や病院建設費を含むなど、他国に比べて広い範囲を指していると考えられる。

価格面については医療サービスの質の高さはあるものの、その上昇率、相対価格の高さともに他の先進国に比べて突出していることは従来から指摘されてきた。71年から91年の20年間で消費者物価は2.4倍に上昇したのに対して、医療価格は4.0倍の上昇（同期間）となっており、一般物価を大幅に上回る高い伸びを示している（図7と図8）。



医療価格が高い伸びで推移する要因としては、市場メカニズムが機能する場合と機能しない場合が考えられる。前者の例としては、「医療」が個人的なサービスであり、一般財に比べて大量生産等による生産性上昇が期待し難いこと、高度な医療機器を使用すること等による医療費の高騰が挙げられる。後者の例としては、売手（医者）と買手（患者）の間に情報の非対称性が介在し易いサービスである点や、医療保険が不可避的にもたらずモラル・ハザード（注2）等が挙げられる。

さらに、伝統的に米国の医療価格は出来高制であり、日本の点数制のような標準価格が設定されている訳ではない。このため、患者は診療後に医者が提示する価格を支払わなければならない、価格上昇に対する歯止めがかかりにくい側面がある。また、米国特有の要因としては、医療過誤訴訟が多い結果、過剰な治療になりがちなことやそのための裁判費用等も医療コスト高騰の一因とされている。

ただし、近年、保険料を抑制することを目的とした、出来高制ではない方式を採用する保険（HMO、PPO（注3））のシェアも拡大傾向にある。

## ②無保険者の存在

現行制度の概要でもみた通り、米国の無保険者の割合は国民全体の15.4%、約3900万人（1992年）に上っており、先進国の中では極めて高い水準である。このような無保険者の中には、健康な青年が自発的に保険を購入しない場合もあるが、

（注2）道徳的危険。保険の加入者はコスト意識が希薄で、加入していない場合に比べてより高度な質の医療サービスを受用しようとする。また、医者も同じく高額治療・薬・機器の使用に対する抑制が効き難い。保険の目的物に起因する実体的、客観的危険に対する用語。

（注3）HMO (Health Maintenance Organization) 会員になったものが保険料を前払いし、それを実際にかかる医療費とは関係なく、医師に一括して支払う制度。医療保険が個人ベースで契約されていた頃は、保険料負担もかなり高いものであったが、HMOは集団保険制度を採用することで保険料の通減を図った。ただし、患者には緊急の場合を除き、病院や医師を選択する権利がない。

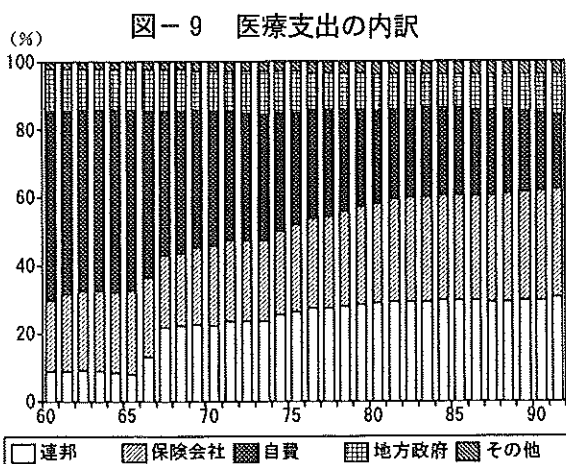
PPO (Preferred Provider Organization) HMO同様、一般の民間医療保険に比べてより安価な保険を提供するために出来た制度。保険料を低くするために、契約している医師、医療機関に対しては一定の患者提供を確保することで、報酬の割引を実現している。HMOとの違いは契約医療機関以外も利用できる点と医師の報酬について出来高払い制を採用した点。従って、HMOに比べ患者の選択の余地が拡大している分、費用も高いとされている。

大半は、①公的医療制度が保障する所得水準を上回るが民間の高い医療保険は購入できない所得層（主に中小企業の従業員など）、②過去の大きな病歴により、保険料が高くなるため保険加入を見合わせる者、③失業等により雇用主提供の民間保険の受給資格を失った者一等が挙げられる。

「医療は個人の自由と選択」とみる米国の伝統的な考え方からすれば、確かに選択の幅を制限し医療サービスの質を標準化する国民皆保険といった社会保障制度は好まれないとの疑問もあるが、ビジネスウィーク（3月14日）のアンケート結果をみる限り、国民皆保険を実施すべきであると答えた人は65%と過半数を越えており、皆保険導入に対する国民のコンセンサスは得られていると判断される。

### ③財政の圧迫

米国の医療制度の最も深刻な問題点は、医療コストの高騰と、メディケア、メディケイドの対象者の増加等を背景に、財政が大きく圧迫されている点である。医療支出の出所の推移をみると（図9）、公的保険制度が導入された65年以降、連邦政府の占める割合が急上昇し、その後も緩やかに上昇している。加えて、保険会社による支払いの



(出所) CBO "TRENDS IN HEALTH SPENDING" '93

比率も高まっており、自費による支出部分の割合は65年以降低下傾向にある。しかも、連邦政府の医療支出の場合、その支出先が政府が貧困層と認める低所得者層ではなく、中所得者層により配分されているとの問題点も指摘されている（93年度予算教書P.20）。

財政支出に占めるメディケアの比率は93年度9.3%と10年前の6.5%から上昇している（図10）。また、現在の医療保障制度の下では、政府が貧困層と認めた世帯については自動的に給付（メディケイド）されることになっており、政府の医療関連支出は利払費と同じようにコントロールが不可能な支出項目とされている。今後についても、人口構成は、20未満の人口の比率が低下する反面、ベビーブーマー世代の高齢化が進むこと、価格の上昇率についても他の財・サービスに比べて相対的に高い伸びを示していること（注4）一等から、現行の医療保険制度のままでは今後の財政圧迫がさらに大きくなる可能性がある。この点がまさに、医療保険制度改革がマクロ経済面からも解決を迫られる所以である。

図-10 連邦政府支出に占めるメディケアの割合



(出所) "Economic Report of the President '94"

(注4) ただし、93年の医療費の上昇率は前年に比べて鈍化傾向にあることから、医療改革は必要ないとの指摘もある。この点については、93年は医療以外の物価の伸びも同じく鈍化しており、医療費の伸びを相対的にみれば、依然として医療以外の物価上昇率に比べて約2倍の上昇を示しており、医療価格の上昇率鈍化は一時的で十分ではなく、改革は必要であるとの見解が一般的である。

#### 4) 過去の制度改正への試み

こうした医療制度に関する諸問題は、最近になって認識され始めた訳ではない。連邦政府が公式に医療の「非常事態宣言」を発したのは、69年7月のニクソン大統領の特別教書にまで遡ることができる。公的医療制度（メディケア、メディケイド）が制定された65年当時、老人、低所得者に医療サービスを保障することは決まったが、費用抑制についてはほとんど対策がなく、社会保障制度としては極めて不完全なものとして今日まで続いている点には注意が必要である。当時指摘された問題点は、医療費の高さ、無保険者数が多いこと等、現在と何等変わるものではなく、単に問題を現在まで引伸ばし、深刻化させてきたと捉えることもできよう。

価格上昇の抑制策の面では、それまで一般的であった出来高払い制度（医師による診療・診察終了後に医者と言値で価格が決まる制度）を改め、何等かの規制価格に移行させる費用抑制の試みとして、カーター政権の総医療費抑制政策（議会の反対によって廃案）や、レーガン政権のメディケア支払い方式の変更（注5）一等の動きがあった。また、レーガン政権下の82年度予算では、州政府への補助金が大幅に削減されることもあったが、強制的な補助金の削減は医療需要と医療価格の伸びを変えるものではなく、根本的な解決策にはなり得なかった。

しかし、このような医療費高騰による「医療危機」の問題は、オイル・ショック前に社会保障制度を充実させた先進国が概ね経験したことでもある。そして、イギリスのように、76年以降、国民保険サービスの費用増に対して各種の費用抑制政策を採ることで、80年代の医療支出の対国民所得比率を安定的に推移させた例もあり、医療費高騰の問題は決して解決不可能なものではないと

考えられる。

## 2. クリントン政権の改革案

### 1) 改革案の概要

1993年9月、クリントン政権は、現行制度が抱える問題点を解決するために、医療保険制度の改革案を発表した。クリントン案は、当然ながら、国民皆保険の導入、医療保険コストの抑制、財政赤字の削減を目指す内容となっている。改革案のポイントは、以下の通りである。

#### ①国民皆保険の導入

「米国民及び合法的な居住者」に対して医療保険を提供することにしており、96年からの段階的な導入を経て、98年からは完全実施を目指している。

#### ②医療保険市場の改正・管理

クリントン案では市場改革が重要なポイントとなっている。具体的には、連邦政府が最低限の保険の枠組みを設定し、各州単位で最低1組合以上の医療保険組合（health alliance）を設立し、保険の契約は個人、または企業が個別に結ぶのではなく、この保険組合が一括して結ぶものとなっている。このため、改革案ではこれまで以上に価格面での競争がより激しくなり、価格メカニズムが機能し易くすることを目指している。医療保険を購入するまでの仕組を新旧制度に分けて比較した概略図が次の図11である。

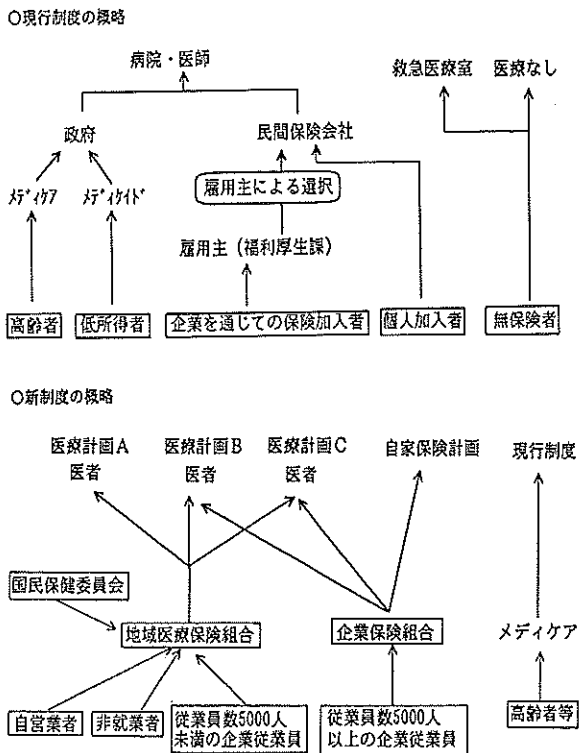
また、実際に保険組合が医療保険を提供するまでの手続きを整理すると、以下の通りである。

(a)連邦政府は国民が最低限受けるべき保険の枠組みを決める

（注5）診断群による定額払い方式（DRG方式）の採用。DRG（Diagnostic Related Groups）とは、各病院が実際に患者にかかったコストがいくらであろうとも、予め診療分野ごとに細かく設定した償還額だけ支払う方式。イェール大学で研究開発された。公的医療保険のメディケアのパートAには83年10月、パートBには84年10月に導入。



図-11 医療保険市場の改正・管理



(参考) THE BUREAU OF NATIONAL AFFAIRS, 等

- (b)各州政府は地域ごとに「医療保険組合」を設立し、住民はこの組合に加入。従業員5000人以上の大企業は独自の企業保険組合を作ること可能である
- (c)保険組合は各種の医療プラン（出来高払い制やHMOタイプ、PPOタイプ等）を設定し、保険会社は保険組合が設定したプランに対して保険を供給する（この段階で保険会社間の競争が促進される）
- (d)保険組合は保険会社が提示する保険について加入者に代わって交渉、有利な保険契約を選択できる

### ③企業に医療保険の提供を義務化

医療保険の提供は雇用主に義務付けられ、保険料については給与総額の3.5%~7.9%以下で企

業が80%、従業員が20%負担することになっている。この結果、大企業ではこれまで従業員の保険料全額を支払うケースが多かったため、むしろ企業負担分は軽減される場合もあるが、医療保険を負担してこなかった多くの中小企業は、逆に負担感が高まると予想される。後述するように製造業よりは小売業や外食産業等の一部産業においては大きな医療コストの負担増が懸念されている。

### ④価格抑制策

価格抑制策としては、既述の市場管理に加え、医療費の伸びそのものに直接上限を設けることが盛り込まれている。具体的には、連邦政府レベルで医療価格を監視する委員会（national health board）を設置、メディケア、メディケイド支出の伸びに上限（総額の伸びをインフレ率と人口増加率の合計）を設定し、また、一般の医療保険価格の伸びにも上限を設定（1996年までは消費者物価上昇率に1.5%を加えた水準、97年は1%、98年は0.5%、99年以降は消費者物価の伸びに合せる）して価格を抑制するとしている。ただし、この制度が実際に機能すれば、医療費の高騰は抑えられる可能性もあるが、政府の価格規制の実効性については疑問視する向きも多い（注1）。

### 2) 改革案の問題点

クリントン案は、何よりも政治的に難しいとされる「医療問題の改革」について就任2年目にして本格的に取組んだ点で評価できる。しかし、クリントン案が抱える問題点としては、①国民皆保険を実現するための財源確保が甘すぎないか、②上限を設定して医療費の抑制を図ることは実現可能か、③政府の介入による医療サービスの低下、個人の選択の制限はないか、④企業に過度の負担

(注1) ウォール・ストリート・ジャーナル(1月14日)によると、全米経済学者562人がクリントン改革案における「価格抑制」について反対署名を発表した(ミルトン・フリードマン等著名経済学者も参加)。理由は政府の規制、上限の設定による医療支出の抑制は「医療サービスの供給不足、ヤミ医療の助長、質の低下等をもたらすだけであり、決してコスト削減にはならない」と主張している。

を強いるものではないか—といった点が挙げられよう。

特に財源問題については、第3章で詳しく説明する通り、純粋な増税はタバコへの課税強化程度であり、膨大な額に上る国民皆保険に必要な財源確保は難しいとの懸念がある。事実、クリントン案が原案のまま立法化される可能性はかなり低いと見られており、これらの問題点に対して議員からは様々な代替案が提出されており、今後、政治的妥協が避けられない状況にある。

### 3) その他の改革案と今後の行方

クリントン案が発表された後、様々な代替案が議員から提出されており(表3)、相違点は、改革実現の手段として法的な強制力をどの程度取り入れるか、新規財源の確保をどこまで取り入れるか(注2)—に絞られる。なかにはクーパー案のようにクリントン案と近いものもあるが、義務的な「国民皆保険」の導入に反対するなど、クリントン案に真っ向から対立する案も多い。また、今後改革によって国民全体が得る便益は向上するとしても、各企業、個人によっては利益と費用の対応関係は大きく異なるため、これらの既得権益を反映した代案間の利害調整はかなり難しい問題である(注3)。

今後の議会審議は依然として流動的であるが、議論が順調に進行すれば、改革案が可決されるのは94年秋頃とされている。クリントン大統領としては、11月の中間選挙前までに法案を成立させたいとの思惑があると考えられる。その理由は、①選挙前に法案を通すことで民主党の支持を高めたいこと、②中間選挙では政権政党の議席数が減少しがちであるため、中間選挙後では改革法案の内容が原案からさらに大きく修正される可能性があること—等が挙げられる。反面、選挙前になれば、増税等を含めて国民に新たな負担を求めることになりかねず、選挙を目前にした議会通過は難しいことも予想される。現在の各種委員会での審議状況をみる限り、大統領の意図に反して議会での審議・通過は遅れる可能性もあり、遅ければ95年まで長引くことも十分に考えられる(注4)。

(注2) ただし、3月23日の下院歳入委健康小委員会では6対5でクリントン案の代案(Stark's Medicare part C proposal)が可決されている。この代案には「保険組合」制度は含まれておらず、新たな連邦医療プログラムとして「メディケア・パートC」を新設し、従業員100人以下の中小企業に医療保険を提供することで無保険者問題を軽減できるとしており、今後の動向が注目される。

(注3) 例えば、米有力経済団体であるビジネス・ラウンド・テーブル(大手企業経営者団体)はクリントンの医療保険制度改革案に反対を表明している反面、全米最大の労働組合であるAFL-CIOは同改革案に支持を表明し、前回のNAFTAの成立時の態度とは正反対の立場をとっている。

(注4) ビジネス・ウイークの世論調査(3月14日号)によれば、議会で提案された案の方がクリントン案よりを優れていると思うかとの問いに対し、「そう思う」と答えた人は14%にとどまっており、全体的にはクリントン案の方が好感されているようである。今後の立法化には政権に対する国民の信頼・支持が欠かせない条件であるが、最近のホワイト・ウォーター疑惑等は大きなマイナス要因であり、議会との交渉も強く推し進めなくなる可能性がある。

表-3 各議員から提出された医療保険制度改革の代替案

	クリントン案 HR3600, S1757	チャファイブ/トーマス案 S1770, HR3704	クーパー/グラウンディ案 HR2222, S1579	マクダモット/クエルストン案 HR1200, S491	ニクルス/スターンズ案 S1743, HR3698	ミックエール案 HR3080
構造・購買基金	義務的 (従業員5000人以下の企業) 一地域に保険組合が独占的に存在	非義務的 (従業員100人以下の企業) 複数の保険組合が一地域で競争	義務的 (自営業者と従業員100人以下の企業、各州は人口の50%まで) カバ-出来るように対象企業を拡大する事が出来る) 共同組合は地域に独占的に存在	購買基金の設置はしない 各州が医療保険の第一購入者	購買基金の設置はしない 税額控除の変更により、個人が医療保険を購入する誘因を作る	税制によって雇用主に任意加入する誘因を与える 個人については医療費精算から支出する
業務・補助金	義務 雇用主は80%まで支出、残りは個人	個人は企業を通じるか、または直接、保険に加入する義務あり	雇用主は被雇用者に対して保険プランを提示 (出資することではない) することが義務 州が設定した貧困ライン200%までの所得層には補助金	国民医療保険制度が所得税をもとに支出	個人が医療購入、未加入者にはペナルティ税 医療支出が所得の5%を超える場合は税額控除	雇用主は被雇用者に対して最低限の保険プランを提示 (出資することはない) することが義務 州によるメディケイドの拡張
給付金	75人以下の小企業と貧困ライン150%までの個人には補助金	2005年まで貧困ライン240%以下の者には補助金	給付金は国民医療保険委員会が決定し、議会が承認	給付金は法律で規定、国民医療委員金がこれを改正	保険制度的に給付金を決定	国民医療委員会が保険費理時に決定
費用抑制策	国家予算は1999年までは市場で決まる価格に上限を設定 国民医療委員会によってそれぞれの地域組合の予算を決定する	この改革を通じて保険会社に競争原理が働くことに依存 税額控除を平均的医療プランに限定	同左	国家予算は州ごとに配分。州は予算に応じて料金を保険提供者と交渉	保険制度改革を通じて競争の拡大を促す	
給付金に対する税金の扱い	雇用主の支払い分は税額控除 被雇用者は標準的給付金までは所得控除でき、10年分の付加給付分を控除可能	雇用主は控除、被雇用者は平均的医療プランまでは所得控除可能。	最低費用分までは控除可能。これを越える金額には物品税を課税	個人の所得税、企業の法人税に変更	被雇用者の所得に応じて税額控除を採用 (例えば医療費が所得の2割以上の場合、医療費の75%を控除する等)	被雇用者には現行制度を採用。自営業者には税額控除を採用し、無保険者には費用の10割に課税
政府の費用・資金調達 費用 新規支出増 資金調達	1995~2000年にかけて3220億ドル 煙草税、240億ドルの法人税課税、他	今後6年間で2130億ドル メディケア、メディケイドの節約 で抽出	年間550億ドル 税控除額に上限を設定 メディケアの節約	今後6年間で5300億ドル 給与所得税、法人及び個人の所得税の増徴	1997~1999年間に1330億ドルの歳入減 メディケア、メディケイドの節約で抽出	当初5年間は200億ドルの連邦支出増 調達源には普及せず

(出所) The Bureau of National Affairs, "OUTLOOK '94 Health Care"

### 3. 改革の経済・金融面での影響

クリントン政権の医療保険制度改革は、米国経済社会の根幹に関する大改革であり、経済・金融の諸面において大きな影響を与えることは十分予想できる。しかし、同改革による経済・金融面での影響を現時点で正確に把握することはかなり難しく、特に、長期的な視点で定量的な試算を行うには様々な制約がある。ここでは、財政収支と雇用を中心に改革の経済・金融面に及ぼす影響を定性的判断に基づいて整理してみたい。

#### 1) 政府と議会の相反する見方

現在、議会の各種委員会での改革案の審議をみると、クリントン案が原案のまま通る可能性は低く、成立のためには妥協・修正が不可避な状況にある。特に、改革による2000年までの財政収支見通しをみると、クリントン案は赤字削減、議会(CBO)の見通しでは赤字拡大と正反対の結論を出しており、当然、その結論によって経済・金融に与える影響も大きく違うことになる。

#### ①現行制度による経済的弊害

医療保険コストの高騰は、各経済主体のコスト負担の増加を意味する。医療費の伸びの高騰による医療支出の増加は短期的には見掛け上の経済規模を大きくするが、a) 個人では、事実上の可処分所得減少、物価上昇→消費抑制、b) 企業では、労働コスト増加、収益圧迫→生産性・競争力低下、輸出抑制、設備投資抑制、c) 政府では、財政赤字拡大→物価上昇、金利上昇、設備・住宅投資抑制—等の弊害をもたらす、その悪循環は中長期的に米国企業の競争力低下、ひいては米国経済の活力を大きく障害する要因となっている。

例えば、1992年の統計によると、米国の企業

が付加給付として従業員に提供する医療保険給付(表4)は、製造業・非製造業とも総支払給付与額の10%を上回る規模に達しており、付加給付のなかで最もウェイトの高い項目の一つである。したがって、全産業平均の時間当たり付加給付が6.6ドルであることを考えれば、追加的な医療保険コストの増加は労働コストの増加につながり、企業にとってみれば結果的に時間当たり法的最低賃金(現行は4.25ドル)の引き上げと同様の効果を意味する。

表-4 主要産業別付加給付の割合

	支払い給付に対する付加給付の割合 (%)		時間当り: 年取当りの付加給付	
	総付加給付	医療、医療関連給付	(セント)	(ドル)
全産業	40.2	10.3	657.7	13,631
製造業全体	41.2	10.5	732.6	15,246
金属製品	45.9	11.7	691.2	14,662
一般機械	41.0	6.9	725.6	15,169
電気機械	40.7	11.7	792.5	16,508
輸送用機械	44.3	13.1	866.9	18,466
製造関連機器	32.3	7.1	564.9	12,014
非製造業全体	39.8	10.3	634.6	13,135
公益事業	42.2	13.3	901.8	18,874
大型小売店	32.0	5.9	283.9	5,904
卸・小売	38.7	9.4	400.9	8,316
金融	32.3	6.8	550.8	10,969

(出所) U.S. CHAMBER RESEARCH CENTER "EMPLOYEE BENEFITS" 1993ed.

また、産業と企業規模によって違うが、医療保険給付がかなり低い小売業の商業関連、金融サービス業、一般機械産業等におけるコスト負担の増加は、①製品・サービス価格の転嫁による物価上昇、②企業のコスト削減行動としての雇用削減、賃金カットなどを通じて、従業員にとっては実質的な賃下げとなる。特に、米国での研究(注1)によれば平均的な労働需要の賃金弾力性は▲0.2~▲0.5とされており、労働コストが追加的に1%上昇すると0.2~0.5%の雇用が減少することである。こうしたことから、今回の改革による企業の医療保険コストの負担増減は、当該産業の収益や雇用だけではなく、さらに経済全体にも大きな影響を及ぼすことになる。

(注1) 非営利民間機関で雇用政策研究所(Employment Policies Institute)の研究報告、「The Impact of a Health Insurance Mandate on Labor Costs and Employment」、1993年9月による。

②改革による政府の財政収支見通し

クリントン案による財政収支見通し(表5)では、新規財源としてメディケア・メディケイドの既存プログラムの節減、タバコ等の増税、地域医療組合に加入しない大企業への課税、その他(注2)等により、1995~2000年までに約4000億ドルの財源が調達確保できるとしている。反面、支出の面では、個人・企業への補助金、長期医療費給付、処方箋薬給付等への支出増加により、同期間中に約3400億ドルの新規支出が見込まれている。

表-5 政府案：医療改革による新規財源の調達・使途の内訳

(会計年度)	95	96	97	98	99	2000	95-2000
歳入増加額	145	267	440	747	1070	1298	3968
：メディケア節減	21	90	143	221	316	392	1183
：メディケイド節減	0	8	35	92	201	271	608
：その他連邦政府計画削減	0	4	12	69	98	109	292
：タバコ税・法人税増税	120	150	162	162	161	161	916
：改革に伴う他の歳入増	1	8	84	200	288	345	926
歳出増加額	35	235	509	794	888	921	3383
：退役軍人・公共保健等	30	52	96	89	100	103	470
：長期医療費	0	51	88	122	150	201	622
：処方箋薬給付金	0	69	140	150	160	172	691
：自営業者の保険料控除	5	6	9	17	25	28	89
：個人・企業への補助金	0	58	175	418	443	418	1511
：連邦財政赤字削減額	110	32	-69	-48	182	377	585

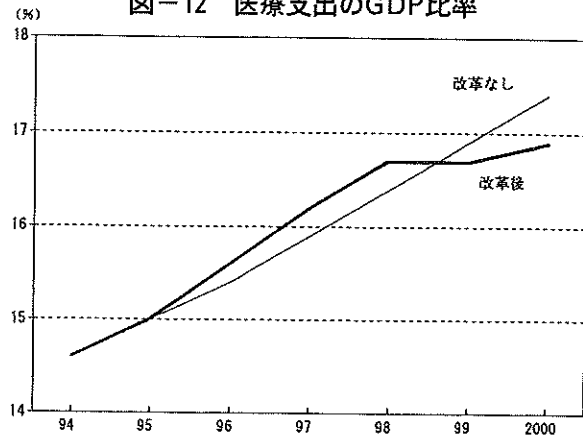
(出所) 95年度米国予算教書

また、クリントン案では改革が実施されれば、短期的には改革が行われない場合と比べ医療支出の増加が見込まれるが、2000年には逆に医療支出の削減が可能になるとしており、企業の医療保険支出についても同じく、長期的には企業の負担する医療支出が軽減されるとしている(図12と図13)。

当然、この計画通りであれば、短期的には負担増加となるものの、中長期的には経済全体でみてプラス効果が大きく、前述の経済的弊害は懸念する必要がない。しかしクリントン案が、①既存プ

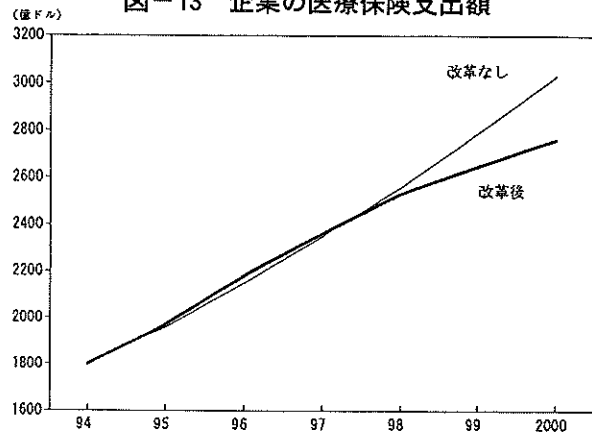
ログラムの節減が過大に見積もられている、②実効性に疑問が大きい不透明な「その他」の項目のウェイトが高い、③個人・企業への補助金が過小に見積もられている一等、かなり「甘い」前提に基づいた計画になっている点は否定できない。

図-12 医療支出のGDP比率



(出所) Economic Report of the President, 1994

図-13 企業の医療保険支出額



(出所) Economic Report of the President, 1994

③改革による議会の財政収支見通し

周知の通り、クリントン案に対してはすでに様々な批判が高まっている。なかでも議会CBOは、独自の再試算結果(表6)に基づいてクリントン案がいかに楽観的な見通しであるかを厳しく批判(注3)している。具体的には、①クリントン案

(注2) 例えば、標準的な医療保険や医療サービスの枠組みを設定することにより、コスト認識を無視した高い医療プランの選択を抑制する、不要な高額医薬品や医療機器の使用を抑制する一等により、2000年までに約930億ドルの費用が節約可能としている。

(注3) CBOの研究レポート(1994年2月)による。ただし、CBOも政府の医療保険制度改革案による影響を試算することは非常に難しいと断っており、断定的な結論は避けている。その理由としては改革が実施されるまで、しかも制度化されるまでには長期間がかかり、現時点では不透明点が多いこと、特に長期にわたるコストの試算はさらに不透明な点が多く介在すること一等を指摘している。

よりも補助金の給付が大きく拡大する、②メディケータ等の既存プログラムの節減も厳しく見積もる一  
等から、短期的にも2004年までの中長期的な観点からみても、財政赤字はむしろ拡大するとして  
いる。ただし、断定的な結論は避けながらも2004  
年以後のより長期的な観点からは、徐々に財政赤  
字は削減され企業の医療コストの負担も抑制され  
る可能性があるとして指摘している。

すなわち、クリントン案では2000年までの6  
年間で585億ドルの財政赤字が削減（しかも計画  
最終年である2000年の削減幅が大きくなお不確  
実）できるとしているのに対し、逆にCBOは96  
年から2000年までの5年間840億ドルも財政赤  
字が拡大するとしており、この差は約1400億ド  
ルにも達する。その意味では改革の初期段階から  
財政赤字削減が可能としているクリントン案に対

して、楽観的、また非現実的との批判が高まるこ  
とはやむを得ない。

言い換えれば、財政赤字の拡大を防ぐためには、  
①追加的な大幅増税を実施するか、②家計と企業  
に対する補助金を削減するか、③家計と企業の負  
担分を大きくするか—の方法しかないが、いずれ  
も現実的には難しい内容と言わざるを得ない。な  
お、CBOは改革のための具体的な課題について  
提言を行っており、示唆するところが多い（注4）。

## 2) 経済・金融面での影響

医療保険制度改革による経済・金融面での影  
響は、当然ながら、短期的観点と中長期的な観点、  
また、財政赤字の中長期的展望によって評価も大  
きく分かれる。現時点では、政府案の楽観的な見

表-6 議会（CBO）見通し：医療改革による新規財源の調達・使途の内訳

(単位：億ドル)

(会計年度)	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004
歳出増加額	150	360	540	500	430	510	610	600	530
補助金の増加	90	300	820	1020	1080	1230	1420	1580	1730
メディケア	a	20	-80	-160	-240	-300	-380	-470	-570
メディケイド	-20	-100	-280	-460	-540	-620	-710	-810	-920
長期医療給付	50	80	120	160	200	280	370	400	400
子供への付加給付	a	10	20	20	20	20	30	30	30
医療教育	10	30	40	60	60	60	70	70	70
公共保健	20	30	30	20	20	20	20	20	20
国防省	-10	-20	-20	-30	-30	-30	-30	-30	-40
退役軍人	a	a	-40	-50	-50	-50	-50	-50	-50
政府職員への医療給付	a	a	-30	-30	-40	-50	-60	-70	-80
女性・幼児・児童への食料補助	a	10	10	10	10	10	10	10	10
その他	a	a	-40	-50	-50	-60	-60	-70	-70
歳入増加額	140	170	220	290	330	350	400	460	530
追加的収入にかかる所得税	a	10	40	80	120	160	220	280	340
煙草税	110	110	110	110	100	100	100	100	100
企業保健組合雇用主への課税	10	20	20	20	10	10	10	10	10
メディケア医療保険課税強化	20	20	20	20	10	10	10	10	10
カフェテリアプランから健康保険の削除	0	10	20	30	40	50	60	70	70
退職者への補助金への課税	0	0	30	50	50	20	0	0	0
自営業者の健康保険料控除	-10	-10	-20	-20	-20	-30	-30	-30	-30
その他	a	20	10	10	10	20	20	30	30
財政赤字拡大額	10	200	320	210	100	160	220	140	a

(注) "a"は5億ドル未満の値 (単位：億ドル)

(出所) CBO "AN ANALYSIS OF THE ADMINISTRATION'S HEALTH PROPOSAL"

(注4) 具体的な内容を要約すると、①全米各州・地域の医療費は千差万別であり、一律標準的な医療プランを適用することができないため、各地域保険組合の一人当たりの負担額を算定するためのインフレ要因、調整項目、人口要因（年齢、性別、社会経済的状況、健康状態など）に対する地域ごとの信頼できる情報を収集して、客観的な給付基準を設定すること、②消費者（患者）の医療供給、治療結果、満足度等について National Quality Management Council や地域保険組合等の議会報告を義務付けること、③地域保険組合のすべての情報管理機能を強化すること—等である。

通しに対する反対が多いものの、極端な悲観論もあまりみられない(注5)。

### ①短期的な影響

まず、クリントン案による短期的な経済・金融面(景気、財政赤字、金利等)での影響は小さいとみられる。当然ながら、改革は96年以後段階的に実施される見込みであり、改革による財政収支見通しでもみ通り、改革が制度化し本格的に定着するまでは財政収支に大きな影響を与えないためである。ただし、改革の初期段階においては経済全体への大きな影響よりも、改革による直接的な影響を見越した企業の雇用面での対応が考えられる。

改革の雇用への影響は個別の産業・企業によって大きく違ふし、マクロ全体でのコスト増減、雇用増減を把握することは難しい(注6)。ただし、労働集約産業であり低賃金・非熟練産業、非保険者を多く雇用している外食産業、小売業、建設業、農業などの雇用面での影響が懸念されており、企業規模別では、一般的に中小企業への影響がとりわけ大きい(大・中堅企業は負担能力があり、企業によっては従来よりコスト削減も可能、また零細企業は自己負担能力がないため政府補助金により医療保険の購入が可能)とみられる。なかには労働コストの増加により、米国全体で310万人の雇用が削減されるとの悲観的な試算結果(表7)も発表されている。当然ながら、改革が失敗し現行制度がもたらす諸問題がさらに深刻化する可能性も考えられる。

その場合には、構造的な財政赤字の拡大(医療

表-7 医療保険制度改革が雇用に与える影響

	労働コストの上昇(%)	失業増加数(万人)
外食産業	19.1	82.8
その他小売業	7.9	72.6
建設業	5.1	24.1
個人サービス	11.3	21.7
農業	15.6	19.4
個人家庭サービス	32.9	19.0
修理サービス	8.2	7.7
その他	2.8	62.7
経済全体	3.8	310.0

(出所) "The Impact of a Health Insurance Mandate on Labor Costs and Employment" EMPLOYMENT POLICIES INSTITUTE, 1993

費、利払い費等)、コスト・プッシュ型インフレの誘発、金利上昇を通じて、実態経済と金融市場に大きな悪影響を及ぼす懸念もある。

### ②中長期的な影響

しかしクリントン案、またはより長期的な観点でのCBO見通しのように、財政赤字が削減され、しかもマクロ経済全体でみて医療保険コストの負担が軽減されるとすれば、特に企業としては、従業員への高賃金、設備投資と株主への高配当、製品価格の引下げ一などが可能となり、輸出、雇用、投資、生産性の向上に大きく寄与するとみられる。さらにコスト削減で得られた長期的な貯蓄(一種の「配当」)は、投資促進、雇用増加、生産性向上につながり、米国経済の活性化にも大きく役立つと考えられる。すなわち、改革の成功が中長期的な観点からは、①医療コストの抑制→競争力強化、物価安定→輸出・投資・消費拡大、②財政赤字の抑制→金利の低位安定、利払い費の抑制、投資促進、③人的資源の質の向上一等のプラス効果

(注5) 米国の大手コンサルティング会社、DRI/McGraw-Hill(1994年2月)の試算などが代表的である。国民皆保険の導入は、1996年に15%、97年に25%、98年から残りの60%が適用されるとの前提で、経済・金融面での影響を試算している。国民皆保険の実施、雇用主負担の義務付け、企業健康組合の負担、諸税、支出上限の導入一等の政府改革案による効果は、2000年時点のベース・ラインからの乖離でみると、「雇用減少、景気は鈍化、財政赤字は拡大、金利は上昇」との結果となっているが、いずれも全体的な影響は大きくない。

実質GDP(10億ドル)	雇用(千人)	物価(%)	財政赤字(10億ドル)	プライム・レート(%)
▲17.7	▲311	▲0.1	▲1.7	0.09

(注6) 例えば、既存に医療保険に加入している大企業の負担軽減、従来これら企業が未加入企業のコストを肩代わりして高負担を強いられた隠れた部分の軽減、病歴・性別・年齢等に関係なく一定負担(communitary rating)することによる負担の軽減、早期退職者の負担軽減など、従来と比べコストが軽減される部分もけって無視できないのも事実である。

をもたらすことも明らかである。

最後に、改革の成功はやはり民間部門のコスト削減動向に大きく依存している。CBOの部門別医療支出見通し(表8)をみて分かるように、短期的には、民間・政府部門とも負担が増加するが、2000年頃の中期的には民間部門のコスト軽減分が政府部門の負担増加分を上回り、まさに制度の定着を図るこの時期における民間部門のコスト削減は大きなポイントとなっている。こうした民間部門のコスト削減を経て、ようやく民間・政府部門とも長期的なコスト軽減が可能となるのである。まさに、民間部門のコスト削減を可能にする医療保険制度の改革こそが、中長期的な生産性向上を通じた「米国経済の再生」のための条件となろう。

おわりに

米国経済社会の根幹にかかわる改革の重大さを考えれば、長期的な展望や実効性のある改革プランの立案が必要であり、そのためには国民のコンセンサスおよび支持が欠かせない。しかし、「個人の自由と選択」と「世界的に高度な医療サービス」を保障しながら、「国民皆保険の導入」と「医療・保険コストの抑制」という相矛盾する二つの政策目標を同時に達成することは難しい。特に、最大の問題となっている改革に必要な財源についてより現実的な計画が必要であり、例えば付加価値税、ガソリン税、銃砲税等、追加的な増税措置をも含めて議論を進めるべきである。

クリントン政権は明確な「改革の理念」に基づいて、既得権益の再調整をならしめる「国民の支持」を獲得するため努力すべきである。「ベストの改革」のためにも粗末な政治的妥協による制度の「改悪」は避けるべきであり、秋の中間選挙前の「政治決着」は決して急ぐべきではない。

表-8 医療支出の見通し

(単位: 10億ドル)

(暦年)	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004
ベースライン ①	1163	1263	1372	1488	1613	1748	1894	2052	2220
民間支出	614	661	712	766	824	886	952	1022	1095
政府支出	548	602	660	721	789	863	943	1030	1125
連邦	379	418	460	505	555	610	670	735	807
医療組合	0	0	0	0	0	0	0	0	0
地方	169	184	200	216	234	253	273	295	318
ベースラインからの変化幅 ②	13	22	40	1	-30	-48	-75	-110	-150
民間支出	-59	-157	-387	-422	-460	-510	-554	-601	-650
政府支出	72	179	427	423	429	461	478	490	499
連邦	5	-6	-49	-68	-78	-84	-93	-108	-127
医療組合	74	208	542	563	585	635	668	703	740
地方	-7	-23	-66	-72	-78	-90	-97	-105	-114
政府見通し (①+②)	1176	1285	1411	1489	1583	1700	1820	1942	2070
民間支出	555	505	325	344	363	376	398	422	446
政府支出	620	781	1087	1145	1220	1324	1422	1520	1625
連邦	384	412	411	437	478	526	577	627	681
医療組合	74	208	542	563	585	635	668	703	740
地方	162	161	134	145	157	163	177	190	204

(出所) CBO "AN ANALYSIS OF THE ADMINISTRATION'S HEALTH PROPOSAL"



○参考文献・資料

1. 広井良典「アメリカの医療政策と日本」、勁草書房、1992
2. 濃沼信夫「世界の医療・最前線」、勁草書房、1987
3. 印南一路「米国の医療費保障変わる政策態度と産業構造」、日本医療文化センター、1988
4. 医療保険制度研究会「目で見える医療保険白書平成5年版」、ぎょうせい
5. 福武直他「医療と経済」、中央法規出版、1984
6. 松山幸弘「米国の医療経済」、東洋経済新報社、1990
7. 田中 滋「医療政策とヘルスエコノミクス」、日本評論社、1993
8. 山口光秀、島田晴雄編「アメリカ財政と世界経済」、東洋経済新報社、1994
9. Alan L. Sorkin、大谷藤廊他監訳「アメリカ社会の医療戦略」、医学書院、1987
10. Victor R. Fuchs、江見康一他訳「保健医療の経済学」、勁草書房、1990
11. 富士総研論集「米国の医療保険制度と問題点」、93年IV号
12. 宮本邦男「国論を二分する米国医療制度改革の行方」、エコノミスト94.2.1
13. 「国民衛生の動向」、厚生統計協会 1993
14. 「世界人口年鑑」、国際連合
15. 「Economic Report of the President (米国大統領経済白書)」93年、94年版
16. 「Outlook '94 Health Care」、The Bureau of National Affairs、1994
17. 「Budget of The United States of The Government」、93年度、95年度版
18. 「Analysis of H.R.3600 The Health Security Act of 1993」、KPMG PEAT MARWICK POLICY ECONOMICS GROUP、1994
19. 「The Financial Impact of the Health Security Act」、Lewin-VHI,Inc、1993
20. Erick Eckholm 「The President's Health Security Plan」、The White House Domestic Policy Council、1993
21. John R.Wolfe 「The Coming Health Crisis」、The University of Chicago Press、1993
22. OECD、 「U.S.Health Care at The Cross Roads」、1992
23. —、 「OECD Health Systems」、1993
24. CBO、 「An Analysis of The Administration's Health Proposal」、1994
25. —、 「Trends in Health Spending」、1993
26. 「The Impact of a Health Insurance Mandate on Labor Costs and Employment」、Employment Policies Institute、1993
27. 「The Administration's Health Care Reform Plan:National Macroeconomic Effects」、DRI/McGraw-Hill、1994