



# Washington D.C. Political and Economic Report

Masaharu Takenaka 竹中正治  
ワシントン駐在員事務所 所長  
(202)463-0477, mtakenaka@us.mufg.jp  
ワシントン情報 (2006 / No.048)  
2006年7月20日

## 米国が直面するメディカル・クラウディング・アウト

～医療費に食いつぶされる富の増加～

日本や西欧諸国などの先進国 GDP に占める総医療費の比率は 8% 程度であるが、相対的に人口の高齢化が遅いにも関わらず、米国医療支出は GDP 比 16% にまで達している。OECD10 カ国を対象にした調査研究によると、米国政府の医療給付支出伸び率は調査対象国の中で最も高い。民間部門では、医療費の増加が家計の負担を増すばかりではなく、企業が現役従業員や引退した従業員に負う医療負担の急速な増加によって、GM やフォードなど自動車メーカー、航空会社、鉄鋼メーカーといった老舗企業の収益が圧迫されている。また、財政面では、米国の公的医療負担の急増は長期的に社会保険年金赤字の数倍に達し、連邦政府最大の赤字要因となっている。以下、各国医療支出の比較を含め、米国の急増する医療負担の状況をレポートする。

### 【政府医療支出の増加は人口高齢化によるものか？】

政府医療支出が経済成長を上回る速度で増加していることは先進国にほぼ共通であるが、それはどの程度まで人口高齢化によるものであろうか？ 医療支出急増が人口高齢化によるものでないとするならば、それは（人口構成が不変とした場合の）国民一人当たりの給付水準増加によるものであろうか？ 昨年 12 月に Boston 大学 Laurence Kotlikoff 教授と Freiburg 大学 Christian Hagist 教授が NBER から発表した研究論文<sup>1</sup>は、1970～2002 年の OECD10 カ国<sup>2</sup>を対象に、政府医療支出増加の要因分析を試みている。

NBER 論文は、対象国の政府医療支出（実質）を各年齢グループの人口推移（移民を含む）と医療支出傾向を説明要因とする統計分析にかけ、国民一人当たり支給される医療給付の年間成長率を試算したものである。一般的に、国民一人当たりの医療支出は高齢化に連れて増大するため、単位給付水準そのものに変化が無くても、高年齢層の人口比率増大は政府医療保険の負担を増やす。人口構成変化が政府医療支出に与える影響は、対象国の政府医療保険制度に応じて大きく異なる。一例として、米国では他の OECD 諸国と異なり、65 歳以上の高齢者と一部貧困家計にしか公的医療保険が提供されないため、世代間における政府医療保険の負担格差が極めて大きい。結果的として、オーストラリア、ドイツ、スペイン、スウェーデンなど、国民全体が公的保険でカバーされている欧州諸国では 75 歳以上の高齢者一人当たりに対する給

<sup>1</sup> Laurence Kotlikoff, Christian Hagist, "Who's Going Broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries" 原文は以下のウェブサイト入手可（有料）：<http://www.nber.org/papers/w11833>

<sup>2</sup> 日本、米国、カナダ、英国、オーストラリア、スウェーデン、ノルウェー、ドイツ、オーストラリア、スペインの 10 カ国



付水準が基準年齢グループ（50～64 歳）の約 2 倍に収まっているのに対し、米国ではその給付格差が約 8 倍から 12 倍にも達している。

NBER 論文は、2000～2001 年の各国データを基に、各年齢グループに対する政府医療支出の世代間比率（ $\alpha$ ）を算出。これらの世代間比率は過去 33 年間を通じて不変だったと仮定し、基準年齢グループ（50～64 歳）一人当たりに対する政府医療給付の平均年間成長率を以下の要領で推計した。

$$E_t = \varepsilon_{50-64,b} (1 + \lambda)^{t-b}$$

$$\ln E_t^m - \ln \left( \sum_i \alpha_i P_{it} \right) = \ln \bar{\varepsilon}_{50-64,b} + (t-b) \ln(1 + \lambda) + v_t$$

- |  |                   |           |                       |
|--|-------------------|-----------|-----------------------|
| $E_t^m$  | : 政府医療支出総額（観測値）   | $\lambda$ | : 基準年齢グループ一人当たりの給付成長率 |
| $\bar{\varepsilon}_{50-64,b}$                                | : 計測起点の単位医療給付（推測） | $b$       | : 計測起点（=1970 年）       |
| $P_{it}$   | : 該当年齢グループの人口     | $v_t$     | : 統計誤差                |
| $\alpha_i = \frac{\varepsilon_{i,t}}{\varepsilon_{50-64,t}}$ | : 世代間医療支出比率       |           |                       |

下記図表は NBER 論文の推計結果をまとめたものである。過去 33 年間を通じた政府医療支出全体の実質増加率を単純に比較すると、最も高い成長率を示したのは米国で、実質 GDP 成長率の 2 倍に相当する年率 6.23%の増加率となった。米国に次いで医療支出成長率が高いのはノルウェー、スウェーデンなど北欧諸国で、日本の医療支出成長率は年率 5.5%（GDP 成長率の 1.79 倍）と、対象 10 カ国のほぼ中間に位置する。

図表 1：各国政府医療支出と GDP の実質成長率比較（1970～2002 年）

	政府医療支出増加率			実質GDP伸び率		医療支出成長率 ／GDP成長率
		基準年齢一人当たり給付増加率	人口高齢化要因などその他要因		一人当たり実質GDP伸び率	
米国	6.23%	4.61%	1.61%	3.10%	2.01%	2.01
ノルウェー	5.82%	5.04%	0.78%	3.57%	3.06%	1.63
スペイン	5.79%	4.63%	1.16%	3.03%	2.34%	1.91
オーストラリア	5.61%	3.66%	1.96%	3.21%	1.76%	1.75
日本	5.50%	3.57%	1.94%	3.07%	2.44%	1.79
ドイツ	4.62%	3.30%	1.32%	2.52%	1.54%	1.83
カナダ	4.28%	2.32%	1.96%	3.23%	2.04%	1.33
オーストリア	4.23%	3.72%	0.51%	2.68%	2.44%	1.58
英国	3.91%	3.46%	0.45%	2.31%	2.11%	1.69
スウェーデン	2.92%	2.35%	0.57%	2.01%	1.68%	1.45
全体	4.89%	3.67%	1.23%	2.87%	2.14%	1.70

出典：Kotlikoff / Hagist, “Who’s Going Broke? Comparing Healthcare Costs in Ten OECD Countries”に基づき当駐作成



上記統計手法によって推計された基準年齢（50歳～64歳）一人当たりの医療給付成長率で見ると、最も増加率が高いのはノルウェー（年率5.04%）で、これに2位スペイン（4.63%）、3位米国（4.61%）が次ぐ。日本の給付増加率は年率3.57%で6位。カナダとスウェーデンでは一人当たりの給付成長率が3%以下に抑えられたが、これは両国の導入した医療支出統制制度に負うところが大きいと言われている。上記図表1に明確に見られるように、人口高齢化が政府医療支出の増加をもたらす度合いは一般にイメージされているよりも小さく、医療支出全体の増加率の約3分の4は基準年齢ベースの国民一人当たりの給付増加（つまり人口高齢化要因を除いたベース）に起因する。実際、日本より高齢化の進行が遅い米国で、日本より急速な政府の医療支出の増加が起こっているのは、こうした事情による。

米国では民間の企業、個人が負担する医療費用の度合いが高いために、現時点では米国の政府医療支出がGDPに占める割合は比較的少なく、10カ国6位の6.57%である（日本は6.67%で5位）。しかし、仮に国民一人当たりの政府医療給付が過去のペースで今後20年間増え続けると仮定した場合、米国の政府の医療支出の現在価値（割引率3%）はGDP対比13.24%となり、10カ国中最高となる<sup>3</sup>。米国とは対照的に、日本の政府医療支出は、同様の想定でGDP対比11.22%、対象10カ国中5位という比較的低位の水準に抑えられる見通しである。米国以上に人口の高齢化が進行している日本の予測医療支出が米国を下回る理由としては、①日本の医療給付成長率が比較的低いこと、②過去33年間を通じた国民一人当たりのGDP成長率（＝将来の見通しGDP成長率）が米国よりも高いこと、③政府医療支出の世代間格差が米国よりも低いことなどが考えられる。

図表2：各国政府医療支出がGDPに占める割合

	政府医療支出/GDP		政府医療支出の現在価値/GDPの現在価値			
	1970年	2002年	Δ医療給付=ΔGDP	過去同様20年増加	過去同様40年増加	過去同様60年増加
ドイツ	4.48%	8.56%	10.19%	12.47%	14.99%	17.44%
ノルウェー	4.02%	8.01%	9.95%	12.90%	17.22%	22.99%
スウェーデン	5.94%	7.88%	8.97%	9.77%	10.59%	11.35%
カナダ	4.88%	6.73%	10.85%	11.27%	11.73%	12.16%
日本	3.17%	6.67%	9.68%	11.22%	12.95%	14.65%
米国	2.52%	6.57%	9.50%	13.24%	18.85%	26.42%
英国	3.92%	6.44%	8.01%	9.54%	11.37%	13.33%
オーストラリア	3.04%	6.36%	8.45%	10.73%	13.71%	17.15%
スペイン	2.34%	5.45%	6.67%	8.89%	11.91%	15.61%
オーストリア	3.32%	5.38%	6.81%	8.02%	9.48%	11.05%

出典：Kotlikoff / Hagist, “Who’s Going Broke? Comparing Healthcare Costs in Ten OECD Countries”に基づき当駐作成

Kotlikoff / Hagist 両教授によると、米国は他国に比較して政府医療支出を抑制する制度的機構や政治的意思を欠いている。米国では高齢退職者が非常によく組織化された政治活動を行っており、1950年代以来、現役労働者からの所得移転を引き出すことに成功して来た。一例とし

<sup>3</sup> 図表2にまとめた将来予測は、将来キャッシュフローの割引率に3%を用いた上で、(1)対象各国は今後過去33年間のGDP成長率を維持する、(2)医療給付が過去のペースで数十年間増加を続けるという想定については、医療給付が該当期間の後にGDPと同じペースで成長するという想定に基づいて推算されたものである。



て、2004年12月に成立した Medicare 処方箋医薬保険に伴う将来所得移転は、現在価値にして10兆ドルに達すると見込まれている。（同法成立が政府医療支出に与える影響は、1970～2002年を調査対象期間とする上記研究の対象外になっている。） Kotlikoff/Hagist 両教授はこれらの理由を基に、OECD10カ国中、政府医療支出増大によって財政破綻を迎える可能性が最も高いのは米国だと結論している。

### 【医療給付増加の原因は何か？】

米国のこうした医療給付増加は具体的に何に起因するのだろうか？ 従来、医療専門経済学者の間では、①「医療健康保険の拡張は医療支出増加の主要因ではない」という RAND Health Insurance Experiment（1970年代から1980年代を通じて実施）の結論、②医療支出の増大は医療技術革新によるところが大きいという見解が一般的なコンセンサスとして認められてきた。一言で言うならば、「医療技術の高度化→高度・高額医療の普及→医療費の増加→高度医療技術のR&D投資」という循環が働いていると考えられる<sup>4</sup>。

Kotlikoff/Hagist 両教授の研究は、各国の給付増加率を国民一人当たりの所得成長率と比較し、医療給付は1.0以上の所得弾力性を持つことを指摘している。（つまり、所得が1単位増加すると、医療費への支出は1単位以上増加することを意味する。） 米国医療給付の所得弾力性は2.29と最も高く、日本の医療給付はカナダ（1.14）、スウェーデン（1.40）に次いで低い所得弾力性（1.46）を示した。これは、米国では事実として所得増加のより多くの部分が医療費に投じられていることを意味している。

私見を言うならば、日本や欧州諸国の医療に関する国民皆保険制度と政府による薬価、診療報酬の管理・統制は、長所短所はあるものの、制度としては整合的である。一方で、米国の現状は、薬価、診療報酬の決定は原理的には市場に任される一方で、年々増加する公的保険給付を政府が提供しており、政府負担と市場原理の不整合を抱えていると言える。例えば、ガスや電気料金の決定を市場に任せながら、その消費の大きな部分を政府が国民に給付すれば、カス・電気支出が著しく増加するのと同じことである。この不整合を「より市場原理を徹底する」ことで解消するか、「価格への政府の介入・管理を増やす」ことで解消するか選択肢は二つあるが、将来的な改革の展望は見えていない。この不整合を解消できない限り、米国の医療費は経済成長に不釣り合いな速度で膨張を続けることになるだろう。

（担当：前田武史）

（e-mail address：[tmaeda@us.mufg.jp](mailto:tmaeda@us.mufg.jp)）

以下の当行ホームページで過去20件のレポートがご覧になれます。

<https://reports.us.bk.mufg.jp/portal/site/menuitem.a896743d8f3a013a2afaace493ca16a0/>

本レポートは信頼できるとされる情報に基づいて作成しておりますが、その正確性、完全性を保証するものではありません。また特定の取引の勧誘を目的としたものではありません。意見、判断の記述は現時点における当駐在所長の見解に基づくものです。本レポートの提供する情報の利用に関しては、利用者の責任においてご判断願います。また、当資料は著作物であり、著作権法により保護されております。全文または一部を転載する場合は、出所をご明記ください。

本レポートのE-mailによる直接の配信ご希望の場合は、当駐在所長、あるいは担当者にご連絡ください。

<sup>4</sup> この点では異論もある。Amy Finkelstein MIT 教授は、1965年の Medicare 成立が医療支出に与えた影響について研究し（<http://www.nber.org/papers/w11619>）、医療支出増大の主要因は政府医療保険拡張にあると結論している。