

アメリカにおける州政府の 医療保険制度改革(1)

中浜 隆
(小樽商科大学教授)

目次

はじめに

第1章 改革の背景

第1節 保険料率の設定方法

第2節 企業保険と無保険者

第2章 NAICモデル法と1996年HIPA法

第1節 NAICモデル法

第2節 1996年HIPA法

(以上本号)

第3章 改革の手段

(以下次号)

第1節 契約更新保証

第2節 新契約加入保証

第3節 契約前発病の免責に対する制限

第4節 契約の携行

第4章 手段の関連性

おわりに

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

はじめに

アメリカでは、公的医療保険は高齢者（65歳以上）・障害者・末期腎不全者を対象とするメディケア（Medicare）だけであり、非高齢者の大部分は民間医療保険に加入している。¹⁾具体的には、雇用主が従業員と扶養家族のために、生命保険会社、ブルークロス・ブルーシールド、HMO（Health Maintenance Organization）などから購入する団体医療保険＝雇用主提供医療保険（employer-sponsored health insurance）によって保障されている。²⁾

つまり、福祉国家の機能を自助努力によって民間部門に代替させようとする性格の比較的強いアメリカ型福祉国家の特徴は、医療保険にもっともよく現れている。³⁾

1970年代～80年代の民間医療保険は、引受競争（料率競争）の激化、危険選択の導入、危険の分類化（リスク細分化・リスク料率化）、料率の格差拡大として特徴づけられる。それらは、リスクの高い加入者（団体と個人）の保険入手可能性（availability）と保険料負担可能性（affordability）を低下させ、無保険者の割合を増加させた。

そのために、1990年代にほとんどの州政府は民間医療保険の改革を行っている。それは、契約更新保証、新契約加入保証、契約前発病の免責に対する制限、契約の携行、保険料率規制、再保険プールなどの一連の手段からなっている。

日本では、1993年9月にクリントン政権が発表した医療保険改革案（医療保障法）についてはいくつかの優れた研究が発表されている。しかし、アメリカでは民間保険業は伝統的に州政府が監督規制をしてきており、1990年代に州政府が積極的・包括的な医療保険改革（医療保険規制）を行ってきたにもかかわらず、それについての研究はほと

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

んどまったく行われていない。

アメリカは、依然として先進諸国のなかで唯一、国民皆保険が実現していない。国内総生産に対する国民医療費の比率は先進諸国のなかでもっとも高いにもかかわらず、多数の無保険者が存在している。他方、国民皆保険が成立している日本では、近年、組合管掌健康保険・政府管掌健康保険・国民健康保険の財政赤字が悪化しており、老人保健制度の改革を含め、医療保険制度の大幅な改革が論議されている。

医療保険は、年金とともに現代の福祉国家システムにおいて中心的な役割を果たしている。日米の医療保険制度を対比すると、アメリカは民間医療保険、日本は公的医療保険が主流であり、したがって両国の医療保険制度は大きく異なっている。しかし、高齢化社会の到来と医療費の増加に対して、アメリカでは民間医療保険（雇用主提供医療保険）を確保し、無保険者の問題を解決するうえで、日本では分立する各制度の財政を安定化させ、国民皆保険を維持するうえで、保険料の負担が可能な医療保険（affordable health insurance）を提供することは、両国に共通した課題である。

アメリカでは、保険業は1914年の最高裁判決以来「公共の利益に関わる事業（business affected with a public interest）」とされている。⁴⁾ 非高齢者を対象とする公的医療保険（社会保険）が存在しないアメリカでは、さまざまな種目・種類の保険のなかで、医療保険は公共の利益に大きく関わる保険の1つであろう。また、医療保険の社会的機能は損害保険と生命保険のそれとは大きく異なっていることが指摘されている。⁵⁾

1990年代の医療保険改革の主要な目的は、1980年代に進展した医療保険のリスク細分化・リスク料率化と料率の格差拡大に対して規制を行い、医療保険の入手可能性を確保し、保険料負担可能性を改善する

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

ことにある。

そして、医療保険改革（医療保険規制）は、無保険者の割合を減少させるという現実的な政策目的だけでなく、民間保険として提供される医療保険が加入者の社会的連帯に基づくべきか、保険数理的公平性（給付反対給付均等の原則）に基づくべきかという医療保険の選択問題＝保険制度の基本理念にかかわる問題をも内包している。⁶⁾

このことは、日本における民間保険業や公共性の比較的高い事業分野における規制緩和・自由化にともなう入手可能性と料金負担可能性の問題とも共通する側面をもっている。

本稿では、1990年代に州政府が行った小雇用主医療保険（small employer health insurance）の改革をおもに取り上げる。まず第1章では、改革の背景として、1970年代～80年代の民間医療保険の動向について考察する。第2章では、改革の手段として全米保険監督官協会（NAIC）が制定したモデル法とモデル規則を説明する。第3章では、モデル法とモデル規則の規定および各州の改革内容と実施状況について叙述する。最後に第4章では、改革の手段の関連性について検討したい。

注1) 公的プログラム（連邦政府の医療費支出）には、公的医療保険のメディケアのほかに、低所得者を対象とする公的医療扶助のメディケイド（Medicaid）、連邦非軍人職員と扶養家族に医療保険を提供する連邦職員医療給付プログラム（Federal Employees Health Benefits Program）、現役・退役軍人と扶養家族に医療サービスを提供する医療プログラム（TRICARE）、先住民に提供する医療サービスに対する連邦財政支出がある。メディケアとメディケイドについては、大利(2003)を参照。州レベルでは、州職員と扶養家族を対象とする州医療給付プログラム（State Health Benefits Program）がある。同プログラムの内容は、州ごとに異なっている。

2) また、大企業の多くは、生命保険会社などから団体医療保険を購入しないで、

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

自家保険を採用している。保険者の種類と各州の保険者数については、中浜(1998a)を参照。

- 3) 高齢者のほとんどすべてはメディケアの受給資格を有しているが、メディケアの給付は十分ではないために、高齢者(退職者)の多くは民間医療保険(メディケア補足保険)にも加入している。具体的には、退職後も雇用主提供退職者医療保険(employer-sponsored retiree health insurance)に加入しているか、個人医療保険を購入している。この点については、中浜(1995)を参照。
- 4) 越知(2003), p. 47.
- 5) Hallは、医療保険の小団体市場改革(small-group market reforms)の目的の1つは危険選択(risk selection)に基づく競争からリスク・マネジメントに基づく競争に保険業を転換させることにあるとし、医療保険の社会的機能は損害保険と生命保険のそれとは大きく異なっていることを次のように述べている。「生命保険、火災保険、責任保険、災害保険のような伝統的な保険種目では、危険選択(リスク・マネジメントではない)は主要な競争手段である。より正確な危険選択は、リスクを生じさせる加入者自身の活動のコストを彼らに課すという社会的目的に貢献する。これによってリスク・マネジメントのインセンティブが加入者に生じる。そして加入者は通常、防止手段を講じるもっともよい立場にある。このように伝統的な保険種目では、アンダーライティングはリスク回避の努力を加入者に最大限行わせようとすることによって社会の幸福(social welfare)に貢献するのである。しかし、医療保険はきわめて異なった社会的機能を果たしている。医療保険は、予測できないコストに対するリスク転嫁機能というよりも、予想できるコストに対する資金供給機能を果たしている。医療保険の社会的目的は、加入者にコストを示すことよりも医療に対して支払うことにある。したがって、伝統的な保険種目では社会の幸福を増進するまさにその活動(より正確なリスク評価)は、医療保険の社会的機能を低下させるのである。」Hall(1992), p. 115.
- 6) このことは、医療は国民の権利としてまたは市場商品として提供されるべきかという問題としてもとらえられている。Stone(1993), p. 288 ; Oliver and Fiedler(1997), p. 49.

第1章 改革の背景

第1節 保険料率の設定方法

保険の原価は保険金と事業費であり、保険商品の価格は保険料（営業保険料）である。営業保険料は純保険料と付加保険料からなっている。純保険料が収支相等の原則に基づいて計算される場合、保険者が将来支払うであろう保険金の総額は、保険契約者全体が支払う純保険料の総額に影響を与える。

他方、保険者が採用する保険料率の設定方法は、個々の保険契約者に対する純保険料の大きさに影響を与える。たとえば、純保険料が給付反対給付均等の原則に基づいて計算される場合、個々の保険契約者が支払う純保険料は保険事故発生の確率と保険金額によって異なる。

1970年代から80年代にかけて、アメリカの国民医療費は増加傾向をたどった。それは医療保険の保険料を上昇させ、したがって加入者（企業と個人）の負担を増加させていった。⁷⁾ 保険者が純保険料の上昇を抑制し、加入者（すべての加入者または特定の加入者）の負担を軽減させる方法は2つある。

上記のように、保険者が支払う保険金の総額は、加入者全体が支払う純保険料の総額に影響を与える。したがって、保険者が純保険料の上昇を抑制する1つの方法は、保険金の支払額を抑制することである。この方法による純保険料の上昇の抑制は、すべての加入者に生じうる。

医療保険では、保険金の支払額は医療費の大きさに、つまり医療供給者（医師・医療機関）が被保険者（患者）に提供する医療サービスにかかっている。したがって、保険金の支払額を抑制するには、医療費を抑制する必要がある。そのために医療システムに導入されたのが、医療供給者が被保険者（患者）に提供する医療サービスを積極的に管

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

理するマネジドケア（管理医療）である。

アメリカでは、第二次大戦期から1970年代まで、医療保険をおもに引き受けてきたのは生命保険会社とブルークロス・ブルーシールドであり、両者が引き受けてきたのはインデムニティ型の医療保険であった。しかし、1970年代半ば以降、マネジドケア型の医療保険を引き受ける HMO が設立されていった。⁸⁾ また、1980年代に入り、生命保険会社とブルークロス・ブルーシールドもマネジドケア型の医療保険を積極的に引き受けるようになった。⁹⁾

他方、保障内容と保険金額は同じであっても、保険者がどのような保険料率の設定方法を採用するかによって、個々の加入者が支払う純保険料の大きさは変わりうる。したがって、保険者が純保険料の上昇を抑制するもう1つの方法は、保険料率の設定方法を変更することである。この方法による純保険料の上昇の抑制は、特定の加入者（リスクの低い加入者）に生じうる。

非高齢者を対象とする公的医療保険（社会保険）が存在しないアメリカでは、民間医療保険が社会保険的機能を果たすために、規制として明示的にまたは保険者の自由裁量によって、被保険者のリスクがほとんど反映されない料率設定方式を保険者は採用していた。

たとえば、ブルークロス・ブルーシールドは当初、州規制によってまたは規制のない州では自主的に純粹地域料率方式を使用していた。¹⁰⁾ 連邦適格 HMO も1973年 HMO 法にしたがって「純粹地域料率方式 (pure community rating)」を使用しなければならなかった。

しかし、国民医療費の増加にともなう企業の保険料の負担増加と保険者の引受競争によって、危険要因 (risk factor) を使用して被保険者のリスクを料率に反映させるリスク料率が進展することになった。保険者の引受競争は、1970年代半ば以降、多数の HMO が医療保険

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

市場に参入したことと、大企業を中心に企業が自家保険を採用した（医療保険市場から退出した）ことによって強まった。

企業が自家保険を採用する要因はいくつかある¹¹⁾。その1つに、保険者が採用する料率設定方式がある。つまり、個々の企業のリスクに関わりなくすべての企業に対して保険者が純粹地域料率方式によって料率を設定するならば、リスクの低い企業にとって保険料は割高になる。そのために、保険者から医療保険を購入するよりも自家保険を採用するほうが有利になる。自家保険は、医療費を経験的に予測できる大企業やリスクの低い企業が採用している¹²⁾。

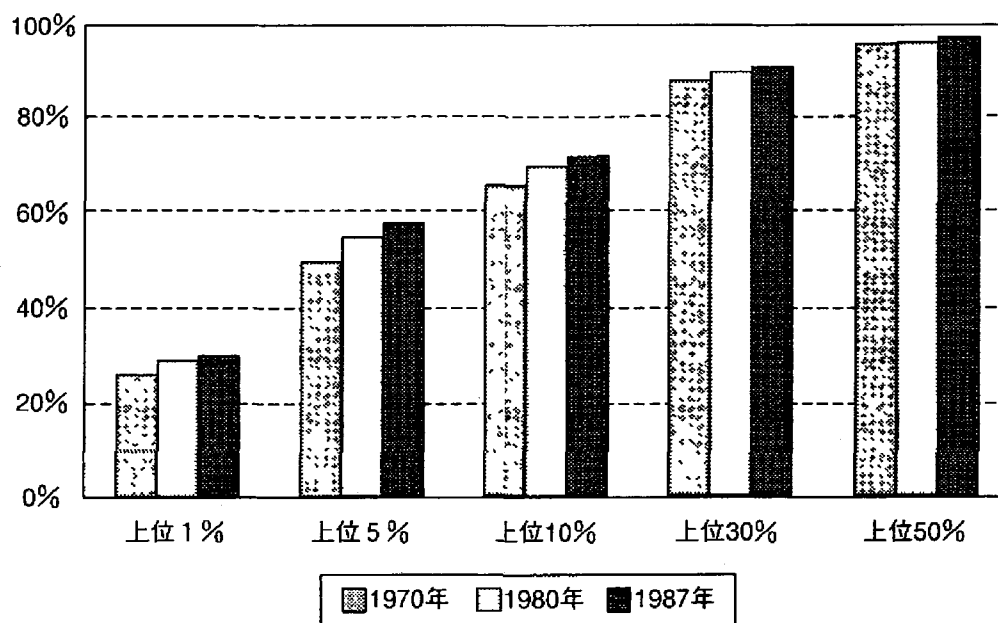
リスクの低い企業に医療保険を購入してもらうためには、保険者はリスク料率を採用して保険料を引き下げなければならない。しかし、リスクの低い企業に対して保険料を引き下げると、残りの企業の保険料は逆に上昇する。そのために、残りの企業のなかでリスクの低い企業は、リスクをさらに細分化する（危険要因をより多く使用する）リスク料率を要求する。こうした過程で、保険者はさまざまな危険要因（地域、性別、年齢、家族構成、職業、産業、団体規模、健康状態、保険金支払実績など）を使用するようになった。

リスク料率化は、保険者が料率設定方式を変更していることに示されている。生命保険会社は1950年代から「経験料率方式（experience rating）」を使用していたが、従来に増してそれを使用するようになった。また、大部分のブルークロス・ブルーシールドも「調整地域料率方式（adjusted community rating）」または「経験料率方式」に変更している¹³⁾。連邦適格HMOの多くも1973年HMO法の改正によって認可された「クラス別地域料率方式（community rating by class）」（1981年修正法で認可）と「調整地域料率方式」（1988年修正法で認可）¹⁴⁾を使用するようになった。

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

申込者の医的リスク (medical risk, health risk) に基づいて保険者が危険を選択し、危険を分類化して料率を決定する過程全般は、医的引受け (medical underwriting) と呼ばれる。医的引受けの手法には、redlining (リスクの高い地域に居住する申込者の引受けを拒否すること)、blacklisting (リスクの高い産業・職業の申込者の引受けを拒否すること)、cream skimming (cherry pickingとも呼ばれ、リスクの低い申込者のみを引き受けること)、churning (low balling または durational rating とも呼ばれ、リスクの低い申込者に対して新契約時に料率をかなり低くし、契約更新時に料率をかなり引き上げるか、契約の更新を拒否すること) などがある。

図1 医療費支出の配分



(出典) Berk and Monheit (1992)

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

なお churning で、新契約時に料率をかなり低くするのは、新契約の引受競争が比較的激しいことと、契約前発病の除外期間（第3章第3節を参照）によって保険金支払額を抑制できることによるものであり、契約更新時に料率をかなり引き上げるか契約の更新を拒否するのは、加入後に加入者のリスクが悪化するということと、契約前発病の除外期間の終了によって保険金支払額が増加することによるものである。

1980年代に進展した医療保険のリスク細分化・リスク料率化は、申込者の医的リスクに大きな相違があることに基づいている。図1によると、1987年において、国民の上位1%が医療費支出の30%を、国民の上位10%が医療費支出の72%を、国民の上位50%が医療費支出の97%を占めている。上位1%の国民の48.2%は65歳以上の高齢者である。また、1970年と1987年を対比すると、とりわけ上位1%～上位10%の国民の医療費支出の割合が増加している。

リスク細分化・リスク料率化によって、第1に料率の格差が拡大するとともに、第2に保険者は医的引受けを導入し、それによってリスクの高い企業に対する引受拒否が増加した。¹⁵⁾ また、第3に保険者は「契約前発病」から生じる給付に対する免責を強化した（1988年における生命保険会社とブルークロス・ブルーシールドの小雇用主医療保険と個人医療保険の引受状況については、表1を参照）¹⁶⁾。そのために、リスクの高い企業の保険入手可能性と保険料負担可能性が低下することになったのである。

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

表1 保険者の引受状況 (1988年)

申込者の割合		生命保険会社		ブルークロス・ブルーシールド	
		小雇用主保険	個人保険	小雇用主保険	個人保険
標準 体	%	社数(割合%)	社数(割合%)	社数(割合%)	社数(割合%)
	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	1~19	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20~39	1 (3)	1 (2)	1 (7)	0 (0)
	40~59	1 (3)	7 (11)	0 (0)	2 (14)
	60~79	7 (18)	26 (43)	1 (7)	8 (53)
	80~100	17 (45)	20 (33)	6 (43)	5 (33)
	NA	12 (32)	7 (11)	6 (43)	0 (0)
合計	38 (100)	61 (100)	14 (100)	15 (100)	
標準 下 体 (契約前発病免責の適用)	0	14 (37)	3 (5)	7 (50)	7 (47)
	1~19	10 (26)	35 (57)	2 (14)	6 (40)
	20~39	2 (5)	13 (21)	0 (0)	2 (13)
	40~59	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
	60~79	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	80~100	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	NA	12 (32)	9 (15)	5 (36)	0 (0)
	合計	38 (100)	61 (100)	14 (100)	15 (100)
標準 下 体 (保険料の割増し)	0	20 (53)	13 (21)	8 (57)	11 (73)
	1~19	5 (13)	35 (57)	0 (0)	4 (27)
	20~39	1 (3)	3 (5)	0 (0)	0 (0)
	40~59	0 (0)	0 (0)	1 (7)	0 (0)
	60~79	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	80~100	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	NA	12 (32)	10 (16)	5 (36)	0 (0)
	合計	38 (100)	61 (100)	14 (100)	15 (100)
標準 下 体 (契約前発病免責の適用と保険料の割増し)	0	22 (58)	16 (26)		
	1~19	3 (8)	33 (54)		
	20~39	1 (3)	1 (2)		
	40~59	0 (0)	0 (0)		
	60~79	0 (0)	0 (0)		
	80~100	0 (0)	0 (0)		
	NA	12 (32)	11 (18)		
	合計	38 (100)	61 (100)		
謝 絶 体	0	0 (0)	1 (2)	1 (7)	3 (20)
	1~19	20 (53)	52 (85)	4 (29)	7 (47)
	20~39	7 (18)	1 (2)	3 (21)	5 (33)
	40~59	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	60~79	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	80~100	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	NA	11 (29)	7 (11)	6 (43)	0 (0)
	合計	38 (100)	61 (100)	14 (100)	15 (100)

(出典) OTA (1988)

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

第2節 企業保険と無保険者

高齢者（65歳以上）のほとんどはメディケアによって保障されている。また、高齢者の多くは民間保険にも加入している。そのために、ほとんどすべての高齢者は、公的プログラムまたは民間保険によって保障されている（表2を参照）。

表2 1980年代における公的プログラムと民間保険の加入率
(単位：%)

	1980年	81年	82年	83年	84年	85年	86年	87年	88年	89年
公的プログラムのみ										
非高齢者	8.7	NA	9.3	9.6	9.7	9.7	9.8	9.7	9.7	9.7
高齢者	44.1	NA	44.8	42.9	40.1	40.2	38.3	37.6	28.3	30.7
全体	12.5	NA	13.3	13.3	13.1	13.2	13.1	13.0	11.9	12.2
民間保険のみ										
非高齢者	72.7	NA	71.1	70.7	69.9	69.1	69.2	69.3	70.8	70.1
高齢者	4.7	NA	2.4	2.6	2.6	2.6	2.3	2.4	2.6	3.2
全体	65.3	NA	63.5	63.1	62.3	61.5	61.4	61.5	62.7	62.1
公的プログラムと 民間保険										
非高齢者	3.7	NA	4.4	3.7	3.3	3.4	3.4	3.4	3.3	3.2
高齢者	47.7	NA	51.7	53.3	56.2	56.2	58.4	58.9	68.0	65.2
全体	8.5	NA	9.6	9.3	9.3	9.4	9.7	9.9	11.0	10.6
公的プログラム または民間保険										
非高齢者	85.1	NA	84.8	84.0	63.0	82.2	82.4	82.4	83.8	83.0
高齢者	96.6	NA	98.9	98.7	98.9	99.0	99.0	98.9	98.9	99.1
全体	86.3	NA	86.4	85.6	84.8	84.2	84.3	84.4	85.6	84.9
無保険										
非高齢者	14.9	NA	15.2	16.0	17.0	17.8	17.6	17.6	16.2	17.0
高齢者	3.4	NA	1.1	1.3	1.1	1.0	1.0	1.1	1.1	0.9
全体	13.7	NA	13.6	14.4	15.2	15.8	15.7	15.6	14.4	15.1

(注) 公的プログラムには、メディケア、メディケイド、CHAMPUSを含む。
CHAMPUSは現在のTRICARE Standardであり、現役・退役軍人と
その家族のための医療プログラムである。

(出典) Levit, Olin et al. (1992)

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

非高齢者（64歳以下）の多くは民間保険、なかでも企業保険（雇用主提供医療保険）によって保障されている。1980年代において、全人口に占める従業員の割合はわずかではあるが増加しているのに対して、雇用主提供医療保険の加入率（とくに家族の加入率）は低下している（表3を参照）。

表3 雇用主提供医療保険の加入率

(単位：%)

	1980年	85年	87年	88年	89年	90年	91年
全人口	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
従業員の割合	52.1	52.2	53.1	53.6	53.9	53.9	54.0
加入率							
本人	29.9	29.3	30.0	28.7	28.8	28.8	28.2
家族	30.7	28.1	28.0	28.3	27.8	27.4	26.7
合計	60.6	57.4	58.0	57.0	56.6	56.2	54.9

(出典) 表2に同じ

ほとんどすべての高齢者は公的プログラムまたは民間保険によって保障されているので、無保険者のほとんどすべては非高齢者である。無保険者の割合は1980年代前半に増加し、80年代後半には17%台で推移している（表2を参照）。

そして、無保険者の大部分は、所得の比較的低い中小企業の従業員と家族である。1991年において、中小企業（従業員24人以下）の従業員が雇用主提供医療保険に加入している割合は26.8%である。換言すると、73.2%の従業員は雇用主提供医療保険に加入していない（表4を参照）。中小企業は、従業員と家族に医療保険を提供していない理由として、保険料が高すぎることや企業があまり収益をあげていないことなどをあげている¹⁷⁾。そして、中小企業（従業員24人以下）の従業

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

員の24.5%はいずれの医療保険にも加入していない無保険者であり、全企業の無保険者のほぼ半数が中小企業の従業員である(表4を参照)。

表4 企業規模別加入率と所得別未加入率の構成(1991年)
(単位: %)

	24人 以下	25～ 99人	100～ 499人	500～ 999人	1000人 以上	全体
雇用主提供医療保険の加入率	26.8	51.8	63.0	67.3	67.2	52.3
いずれかの医療保険の加入率	75.5	81.3	87.9	90.8	91.4	84.7
未加入率の構成						
3.35ドル以下	9.5	2.5	1.5	0.5	3.1	17.1
3.36～5.99ドル	17.2	6.6	4.5	1.2	8.4	37.9
6.00～9.99ドル	13.2	4.5	3.1	0.9	5.3	27.0
10.00～14.99ドル	5.4	1.7	1.0	0.3	2.4	10.8
15.00ドル以上	3.7	0.8	1.1	0.3	1.4	7.3
全 体	48.9	16.0	11.2	3.3	20.6	100.0

(注) 所得は時給である。
(出典) 表2に同じ

企業が医療保険を提供している従業員の大部分は正社員(フルタイム従業員)である。非正社員には、パートタイム従業員、臨時従業員(temporary worker)、契約社員(contract worker)がいる。企業は一般に、大部分の非正社員には医療保険を提供していない。そのために、非正社員は個人医療保険を購入しなければならない。しかし、非正社員は一般に低所得であり、したがって個人医療保険を購入することもできないために、大部分は無保険者である(企業規模別、フルタイム・パートタイム別の無保険者については、表5を参照)¹⁸⁾

自営業者も個人医療保険を購入しなければならない。しかし、低所得またはリスクの高い自営業者にも無保険者がいる。¹⁹⁾

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

表5 無保険従業員 (1989年)

(単位:10万人)

	フルタイム (年間雇用)	パートタイム (年間雇用)	フルタイム (季節雇用)	パートタイム (季節雇用)	合 計
1~24人	41 (48.3) [%]	7 (3.9) [%]	27 (15.2) [%]	11 (6.2) [%]	86 (48.3) [%]
25~99人	13 (7.3)	2 (1.1)	9 (5.1)	4 (2.2)	28 (15.7)
100~499人	10 (5.6)	2 (1.1)	6 (3.4)	3 (1.9)	20 (11.2)
500人以上	20 (11.2)	4 (2.2)	13 (7.3)	6 (3.4)	43 (24.2)
合 計	85 (47.8)	14 (7.9)	56 (31.5)	23 (12.9)	178 (100.0)

(出典) Thorpe (1992)

そのために、1990年代に州政府は小雇用主医療保険 (small employer health insurance) と個人医療保険 (individual health insurance) の改革を行っている。小雇用主医療保険は、小団体医療保険 (small group health insurance) とも呼ばれる (2000年12月時点における各州の小雇用主医療保険市場については、表6を参照)。改革を行っている州数・改革の時期・改革の内容から両者を比較すると、小雇用主医療保険の改革の方が積極的に行われている。そこで本稿では、おもに小雇用主医療保険の改革を取り上げる。

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

表6 各州における小雇用主医療保険の保険者数・最大の保険者・市場シェア(2000年12月)

州	保険者数	最大の保険者		上位5社の
		社名	市場シェア	市場シェア
アラバマ	10	BCBS of AL	87.4 %	93.8 %
アラスカ	9	Premera Blue Cross	51.9	81.5
アリゾナ	53	United Healthcare of AZ, Inc.	24.5	66.9
カリフォルニア	14	Blue Cross of California	NA	NA
コロラド	44	Employers Health	15.6	57.9
コネチカット	47	Anthem BCBS of CT, Inc.	33.1	97.9
デラウェア	17	NA	NA	NA
コロンビア特別区	9	NA	NA	NA
フロリダ	26	United Healthcare of FL, Inc.	21.6	64.6
ジョージア	100	BCBS Health Care Plan of GA	19.7	47.3
ハワイ	4	NA	NA	NA
アイダホ	15	Regence Blue Shield	44.4	92.7
イリノイ	36	NA	NA	NA
インディアナ	77	Anthem Insurance Company	18.5	51.1
アイオワ	54	Wellmark, Inc.	46.5	76.7
カンザス	35	BCBS of KS, Inc.	NA	NA
ケンタッキー	10	Anthem	43.7	89.2
メイン	13	Aetna US Healthcare	45.6	90.9
メリーランド	18	Care First, Inc.	48.2	95.3
マサチューセッツ	24	HMO Blue	30.6	79.0
ミシガン	64	BCBS of MI	63.2	84.8
ミネソタ	20	BCBS M, Inc.	42.0	87.7
ミズーリ	47	Healthy Alliance Life IC	18.9	51.8
モンタナ	10	BCBS of MT	40.8	78.0
ネブラスカ	30	NA	NA	NA
ニューハンプシャー	9	Healthsource NH	40.0	75.2
ニュージャージー	22	Horizon BCBS of NJ	30.1	84.4
ニューヨーク	34	Oxford	18.5	57.2
ノースカロライナ	37	BCBS of NC	26.6	67.5
ノースダコタ	12	Noridian/BCBS	88.8	95.7
オハイオ	70	Anthem BCBS	32.6	66.4
オクラホマ	64	Group Health Services of OK	NA	NA
オレゴン	13	Lifewise, A Premera Health Plan	22.7	73.7
サウスカロライナ	54	PHP	31.4	72.8
サウスダコタ	15	Wellmark BCBS of SD	28.6	60.3
テネシー	59	BCBS of TN	54.7	81.8
テキサス	59	Employers Health IC	13.9	36.1
ユタ	44	IHC Health Plans, Inc.	29.1	83.5
バーモント	6	MVP Health Plan	45.8	98.6
バージニア	56	NA	NA	NA
ワシントン	NA	Premera Blue Cross	40.5	86.5
ウイスコンシン	64	United Healthcare of WI	16.1	45.4
ワイオミング	14	BCBS of WY	38.5	55.1

(注) ①BCBS=Blue Cross and Blue Shield; IC=Insurance Company; NA=Not Available.

②ネバダ、ニューメキシコ、ロードアイランドは報告なし。アーカンソー、ルイジアナ、ミシシッピ、ペンシルバニア、ウェストバージニアはデータの提供なし。

③市場シェアは被保険者数に基づく。

(出典) GAO (2002)

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

- 注7) 雇用主提供医療保険の場合、一般に雇用主が保険料の大部分を支払い、従業員も一部を負担している。
- 8) 連邦政府は1973年 HMO法 (Health Maintenance Organization Act of 1973) を制定し、HMO の設立を促進した。たとえば、同法が定めた要件を満たしている HMO は連邦適格 HMO (federally qualified HMO) として認定され、連邦政府から貸付と債務保証 (貸付は適格非営利 HMO 向け、債務保証は適格営利 HMO 向け) が受けられることになった。適格要件については 42 U. S. C. § 300e-9(d) (1991)、貸付・債務保証については 42 U. S. C. § 300e-7 (1991) を参照。
- 9) マネジドケア型の医療保険については、中浜 (1993) と中浜・バンクス (1997) を参照。
- 10) 純粋地域料率方式については、別稿で詳しく論じる予定である。
- 11) 1970年代半ばから自家保険を採用する企業が増加した大きな要因として、1974年従業員退職所得保障法 (Employee Retirement Income Security Act of 1974) の制定がある。つまり、同法によって自家保険は州保険法の適用が除外される (州規制を受けない) ことになったためである。29 U. S. C. § 1144 (1999) を参照。
- 12) なお、自家保険を採用している企業の多くは、予測を上回る医療費支出にそなえて、生命保険会社などからストップロス保険を購入している。
- 13) 「調整地域料率方式」については、別稿で詳しく論じる予定である。「経験料率方式」とは、個々の団体の保険金支払実績 (claim experience) によって料率を設定する方式である。
- 14) 「クラス別地域料率方式」とは、年齢・性別・産業の危険要因を使用して料率を設定する方式である。非連邦適格 HMO は料率規制など、連邦 HMO 法の規制を受けない。非連邦適格 HMO のなかには、経験料率方式を使用しているところもある。1973年法、1981年修正法、1988年修正法における地域料率の規定については、42 U. S. C. § 300e-1(8) (2000) を参照。
- 他方、州政府も NAIC が1972年に制定した HMO 法を採用し、HMO を規制している。多くの場合、州法は連邦 HMO 法とかなり類似している。
- 15) 医的引受けと契約前発病の免責は、逆選択が比較的多い個人医療保険に最初に導入された。また、リスク料率化によって団体医療保険 (とくに小雇用主医療保険) にも導入されるようになった。小雇用主医療保険と個人医療保険の医

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

的引受けについては、次の文献を参照。OTA(1988) ; Thorpe et al. (1992) ; Stone(1993) ; Glazner et al. (1995) ; AAA(1999)。

- 16) リスクの高い企業の引受拒否と契約前発病の免責については、Zellers, Mc Laughlin and Frick(1992) を参照。なお、契約前発病の免責については第3章第3節で叙述する。
- 17) 中小企業が従業員に医療保険を提供していない理由については、次の文献を参照。Helms, Gauthier and Campion(1992) ; Morrisey, Jensen, and Morlock(1994)。
- 18) 1980年代における非正社員の医療保険の加入状況については、GAO(1991b) を参照。
- 19) 1980年代末における無保険者の状況については、GAO(1991a) を参照。

第2章 NAIC モデル法と1996年HIPA法

第1節 NAIC モデル法

アメリカでは、保険業は伝統的に州政府がおもに監督規制を行っている。小雇用主医療保険と個人医療保険の改革のための法律を州政府が制定するにあたり、全米保険監督官協会 (National Association of Insurance Commissioners : NAIC) はいくつかのモデル法とモデル規則²⁰⁾を制定している。

小雇用主 (小団体) 医療保険の改革のためのモデル法とモデル規則には、以下のものがある。

①1990年12月に制定されたPremium Rates and Renewability of Coverage for Health Insurance Sold to Small Employers Model Act

このモデル法の主要な規定は、以下の②と③のモデル法に含められている。同法は、以下「1990年モデル法」と表記する。

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

- ②1991年12月に制定された Small Employer Health Insurance Availability Model Act (Allocation With or Without an Opt-Out)

このモデル法は1992年12月にいくつかの修正（その大部分はテクニカルなもの）が行われている。同法は、以下「1992年モデル法」と表記する（本稿では修正された条文を引用する）。

- ③1991年12月に制定された Small Employer Health Insurance Availability Model Act (Prospective Reinsurance With or Without an Opt-Out)

このモデル法は1992年12月にいくつかの修正（その大部分はテクニカルなもの）が行われ、さらに1995年3月に大幅な修正が行われている。同法は、以下「1995年モデル法」と表記する（本稿では1995年3月に修正された条文を引用する）。

- ④1992年12月に制定された Model Regulation to Implement the Small Employer Health Insurance Availability Model Act
このモデル規則は、以下「1992年モデル規則」と表記する。

1990年モデル法は「契約更新保証」と「保険料率規制」について定めている。1992年モデル法と1995年モデル法は、1990年モデル法で定められた「契約更新保証」と「保険料率規制」のほかに、「新契約加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」について定めている。

またこれらの手段に加えて、保険者のリスク調整手段（risk adjustment mechanism）として、1992年モデル法は「割当プログラム（Allocation Program）」について、1995年モデル法は「再保険プログラム（Reinsurance Program）」について定めている。²¹⁾

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

こうしたモデル法とモデル規則の制定を受けて、ほとんどの州はモデル法とモデル規則で定められた上記の6つの手段に関する法律を制定し、実施している（それぞれの手段の制定時期と州数については、第4章の図2を参照）。

他方、個人医療保険の改革のためのモデル法とモデル規則には、以下のものがある。

①1996年3月に制定された Small Employer and Individual Health Insurance Availability Model Act

このモデル法は小雇用主医療保険と個人医療保険の双方について定めている（小雇用主医療保険について定めた1995年モデル法に個人医療保険の規定を追加している）。したがって、同法の小雇用主医療保険の規定は1995年モデル法のそれと類似している²²⁾。同法は、以下「1996年モデル法①」と表記する。

②1996年3月に制定された Individual Health Insurance Portability Model Act

このモデル法は個人医療保険のみについて定めている。しかし、1996年モデル法①における個人医療保険の規定とはかなり異なっている。同法は、以下「1996年モデル法②」と表記する。

③1998年6月に制定された Model Regulation to Implement the Individual Health Insurance Portability Model Act

このモデル規則は、以下「1998年モデル規則」と表記する。²³⁾

1996年モデル法①も、1995年モデル法と同じく「保険料率規制」「契約更新保証」「新契約加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「再保険プログラム」について定めている。

1996年モデル法②は、「保険料率規制」「契約更新保証」「新契約

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」について定めている。

さらに、上記の5つのモデル法で定められている手段のほかに「医療保険購入組合 (Health Insurance Purchasing Alliances)」「医療貯蓄勘定 (Medical Savings Accounts)」「ハイリスクプール」についても定め、実施している州もある。²⁴⁾

「医療保険購入組合」はおもに小雇用主を対象としている(全団体を対象としている州および全団体と個人を対象としている州もある)。

「医療貯蓄勘定」は小雇用主を、「州法定医療給付の適用除外」は小雇用主と個人を、「ハイリスクプール」は個人を対象としている。

本稿では、上記の5つのモデル法で定められている手段のなかで「契約更新保証」「新契約加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」を取り上げ、「保険料率規制」と「再保険プール」については別稿で論じることにした。

第2節 1996年 HIPA 法

(1) 1996年 HIPA 法の制定と内容

クリントン大統領が1993年9月に発表し、11月に連邦議会に提出した Health Security Act は、翌年9月に不成立に終わった。²⁵⁾その後、第104回連邦議会で39の医療保険改革法案が提出された。

これらの法案のなかで、カッセバウム上院議員(共和党・カンザス州選出)がケネディ上院議員(民主党・マサチューセッツ州選出)等と共同で1995年7月に提出した Health Insurance Reform Act of 1995 (S.1028)、いわゆるカッセバウム=ケネディ法案は、翌年4月に若干修正されて上院を通過した。また、アーチャー下院議員(共和党・テキサス州選出)がピリラキス下院議員(共和党・フロリダ州

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

選出)等と共同で1996年3月に提出した Health Coverage Availability and Affordability Act of 1996 (H. R. 3103) は下院を通過した。

そして、両法の妥協法案が1996年8月に Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 として上下両院を通過し、クリントン大統領の署名によって成立し (P. L. 104-191)、大部分の規定は1997年7月1日から施行された。

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (以下「1996年HIPA法」と表記する) は4つの編から構成されている。第I編では、個人と小団体(従業員2~50人)だけでなく大団体(自家保険も含む)も対象とし、「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「新契約加入保証」「契約更新保証」について定めている。

表7 1996年HIPA法(第I編)

	契約前発病 免責の制限	契約の携行	新契約 加入保証	契約更新 保証
個人	△	×	△	○
小団体	○	○	○	○
大団体	○	○	×	○

(注) ○は規定あり、×は規定なし、△は団体医療保険から個人医療保険に変更する所定の人々(適格個人)に対する規定のみあり。

(出典) GAO (1998)

しかし、個人に対する「契約の携行」と大団体に対する「新契約加入保証」については定めていない。また、個人に対する「契約前発病の免責に対する制限」と「新契約加入保証」は、加入する医療保険を団体医療保険から個人医療保険に変更する個人で、所定の要件を満た

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

している個人（適格個人）に限定している（表7を参照）。さらに「保険料率規制」は、個人・小団体・大団体のいずれに対しても定めていない。²⁶⁾

第Ⅲ編では、おもに医療貯蓄勘定と長期介護保険および両者に対する租税優遇措置について定めている。

(2) 1996年 HIPA 法と州法

1996年 HIPA 法は、州政府が実施しなければならない最低限の基準について定めている。一般に同法は、州政府に対して、①1996年HIPA法に適合する法律を制定するか同法よりも厳しい法律を制定し、それを州政府機関に施行させる、②適格個人に対する新契約加入保証として代替手段を採用し、それを州政府機関に施行させる、③新法の制定または既存の法律の強化は行わず、1996年HIPAの施行を連邦政府機関に直接ゆだねる、の3つの幅広い選択を認めている。²⁷⁾

1996年 HIPA 法が制定された時点で、団体医療保険（小雇用主医療保険）については、大部分の州政府は1996年 HIPA 法とほとんど同じ法律をすでに制定していた。しかし、大部分の州政府は1996年 HIPA 法における個人医療保険の規定に関する法律は制定していなかった。そのために、州政府はおもに個人医療保険に対して1996年 HIPA 法を遵守するための措置を講じている（13州の対応措置については、表8を参照）。

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

表8 13州の対応措置

州	団体医療保険		個人医療保険	
	州法はHIPA法に適合していたか	追加的立法措置	州法はHIPA法に適合していたか	適格個人の 新契約加入保証の実施方法
HIPA法と同じまたはほとんど同じ法律を制定していた州				
ニュージャージー	○	必要なし	○	全商品の新契約加入保証
ニューヨーク	○	必要なし	ほとんど○	全商品の新契約加入保証
ワシントン	○	必要なし	○	全商品の新契約加入保証
小雇用主医療保険でHIPA法と同じまたはほとんど同じ法律を制定していた州				
カリフォルニア	○	必要なし	×	連邦政府機関の実施
コロラド	ほとんど○	新法の制定	×	連邦準拠
フロリダ	ほとんど○	新法の制定	×	転換契約・連邦準拠
マサチューセッツ	○	必要なし	×	全保険者が3商品を提供
ミネソタ	○	必要なし	×	既存のハイリスクプール
テキサス	ほとんど○	新法の制定	×	新しいハイリスクプール
HIPA法に適合する法律を制定していなかった州				
アラバマ	×	新法の制定	×	新しいハイリスクプール
ミシガン	×	新法の制定	×	最後の保険者 (BCBS)
ミシシッピ	×	新法の制定	×	既存のハイリスクプール
ウィスコンシン	×	新法の制定	×	既存のハイリスクプール

(出典) Nichols and Blumberg (1998)

注20) 全米保険監督官協会は、各州の保険監督規制を統一的、効果的に行うために、保険監督官（各州の保険監督当局である保険局長官）が1871年に設立した非政府機関である。同協会は法的権限を有してはいないが、同協会が制定してきたさまざまなモデル法やモデル規則などは、各州の保険監督規制に大きな影響を与えている。

21) 割当方式は、自動車保険や労働者災害補償保険で採用されているが、医療保険では採用されていない（州政府は再保険方式を採用している（AAA, 1993,

アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)

p.17)。割当方式が医療保険で採用されていないのは、自動車保険の割当方式は不評であり、医療保険への適用に対する支持がほとんどないためである (Hall, 1994, p. 35)。

- 22) したがって本稿では、同法における小雇用主医療保険の規定は取り上げない。
- 23) 以上の小雇用主医療保険と個人医療保険のモデル法とモデル規則については、NAIC(2000)を参照。
- 24) NAICは「ハイリスクプール」に関するモデル法 (Model Health Plan for Uninsurable Individuals Act) を1982年12月に制定している。また「医療保険購入組合」に関する3つのモデル法 (The Single Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act, The Regional Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act, The Private Health Care Voluntary Purchasing Alliance Model Act) を1995年9月に制定している。

2001年12月時点で、23州が医療保険購入組合、26州が医療貯蓄勘定、31州がハイリスクプールに関する法律を制定している (Laudicina et al., 2001)。

- 25) 第103回連邦議会で、1993年11月にミッチェル上院議員 (民主党・メイン州選出) がモニハン上院議員 (民主党・ニューヨーク州選出) 等と共同で Health Security Act (S. 1757) を上院に提出し、ゲッパート下院議員 (民主党・ミズーリ州選出) がボニア下院議員 (民主党・ミシガン州選出) 等と共同で Health Security Act (H. R. 3600) を下院に提出した。両法は一般に Health Care Reform bill または Clinton's Health Care bill と呼ばれ、同一の法案である。
- 26) 適格個人に対する新契約加入保証として、州が運営するハイリスクプールを州政府が採用する場合には、ハイリスクプールで提供される医療保険の保険料の上限について定めている。適格個人に対する新契約加入保証については、次章第2節で叙述する。

1996年 HIPA 法の概要については、次の文献を参照。Atchinson and Fox(1997) ; DiSimone(1997) ; GAO(1998) ; Nichols and Blumberg (1998).
- 27) Nichols and Blumberg(1998), p. 34.