

第5章 アメリカにおける連邦政府の医療保険規制 —1990年代以降における連邦規制の特徴と評価—

小樽商科大学商学部教授
中浜 隆

I はじめに

アメリカでは、州政府が保険業の監督規制を行ってきている。州規制には、いくつかのメリットとデメリットがある。主要なデメリットには、州によって規制が大きく異なることがある。州によって規制が大きく異なると、複数の州で保険引受業務を行う保険会社のコストは増加する。それは、国内保険会社だけでなく、アメリカの保険市場に参入する外国保険会社にとってもデメリットになることは言うまでもない。1990年代以降におけるグローバル化の進展によって、海外の保険市場に参入する保険会社は増加している⁽¹⁾。アメリカの保険会社と他国の保険会社が保険市場に相互参入する場合、アメリカでは州によって規制が異なることは公平性の点で問題になりうるであろう。

全米保険監督官協会 (National Association of Insurance Commissioners、以下NAICと表記する) は、各州政府が保険規制を統一的・効果的に行うための活動を積極的に行っている。NAICの主要な活動は、各州政府が保険規制のために立法化する場合、全米基準となるモデル法を制定・改正することである⁽²⁾。NAICは各州政府に対してモデル法を制定・提示し (モデル法を強制する権限はない)、各州政府は立法化 (規制) する必要があると判断した場合、モデル法を参考にして立法化 (州保険法を改正) している。各州政府は、NAICモデル法の規定が実行可能である場合、モデル法と同じ規定を採用している。他方、NAICモデル法の規定が自州の実情に合わない場合には、自州の実情に合わせてモデル法の規定を修正している。

第1章第II節で論じているように、1944年6月に連邦最高裁は、連邦政府は保険業を規制する権限を有し、連邦法に反する州法は無効であると判断した。それに対して、連邦議会は1945年3月に「保険業の規制に係る連邦議会の意思を表明する法律 (An Act to express

(1) ACLI (2011) によれば、アメリカにおける外資系生命保険会社は106社 (2010年) であり、全生命保険会社917社の11.6%を占めている。外資系生命保険会社の国籍では、カナダ (27社)、オランダ (13社)、スイス (13社)、フランス (12社)、ドイツ (12社) が比較的多い。なお、2010年における全生命保険会社の収入保険料の構成割合は、生命保険18.3%、年金51.4%、医療保険30.2%である (2007年以降、医療保険が生命保険を上回っている)。

(2) モデル法のほかに、モデル規則とモデルガイドラインも制定・改正している。

the intent of Congress with reference to the regulation of the business of insurance)」、いわゆるマッカラン=ファーガソン法 (McCarran-Ferguson Act) を制定した。同法によって連邦議会は、州政府が引き続き保険業を規制することは公共の利益にかなっていると宣言し、保険業はそれを規制する州法に従わなければならないとして、保険業の州規制を保証した。

連邦政府も保険業を規制する権限を有している。州規制が適切であり、公共の利益にかなっていると判断する限り、連邦政府は保険業の規制を州政府にゆだねている。マッカラン=ファーガソン法の制定以降、民間保険における生命保険と損害保険の分野では、連邦政府はほとんど規制していない⁽³⁾。それに対して医療保険の分野では、連邦政府は1990年代半ば以降、連邦法を制定して規制している。

本章では、保険の分野として医療保険を取り上げ、1990年代以降に連邦政府が行った医療保険規制について考察する。損害保険と生命保険の分野では、連邦政府はほとんど規制していないので、州政府が監督規制を主導的に行っていること (州政府の主導性) は自明である。それに対して医療保険の分野では、1990年代以降、連邦政府も規制している。保険の分野として医療保険を取り上げるのはそのためである。具体的には、1990年代に州政府が行った民間医療保険の改革および1990年代以降に連邦政府が行った民間医療保険の改革 (クリントン政権とオバマ政権の医療保険改革) を取り上げる⁽⁴⁾。州政府の医療保険改革を取り上げるのは、連邦政府の医療保険改革の特徴を明らかにするためには両者の関連性を検討する必要があるためである。

1990年代以降における連邦法 (医療保険改革法) の制定によって、州政府の主導性は後退し、連邦規制と州規制の二重規制が生じているのであろうか。本章の目的は、第1に、クリントン政権の医療保険改革 (1996年連邦法) は州規制 (州政府の主導性) を前提としており、連邦規制を強化しようとするものではない (したがって州規制と連邦規制の二重規制を生じさせるものではない) ことを明らかにすることである。第2に、オバマ政権の医療保険改革 (2010年連邦法) も州規制 (州政府の主導性) を前提にしているが、規制の統一化を促進する側面がある (州規制と連邦規制の二重規制を生じさせる可能性がある) ことを明らかにすることである。

(3) 生命保険の分野では、変額商品 (変額年金と変額保険) に対する連邦規制がある。変額商品は連邦証券諸法 (1933年証券法、1934年証券取引所法、1940年投資会社法) に従わなければならない。

(4) オバマ政権の医療保険改革法 (2010年連邦法) には民間医療保険の改革にかかわる多くの規定が定められており、2010年から2018年にかけて施行される。したがって2012年現在ですでに施行されている規定もあれば、今後施行される規定もある (主要な規定は2014年に施行される)。

II 医療保険制度の概要と特徴および民間医療保険の現状

連邦政府の医療保険規制について考察するにあたり、まず本節で医療保険制度の概要と特徴および民間医療保険の現状について説明しておきたい。なお、公的医療保険（メディケアと児童医療保険プログラム）と医療扶助（メディケイド）については、第VI節で補足説明しているので参照されたい。

1. 医療保険制度の概要

アメリカの医療保険制度は公的医療保険と民間医療保険からなっている。公的医療保険には、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）」、低所得世帯の児童（19歳未満）を対象とする「児童医療保険プログラム（Children's Health Insurance Program）」がある。しかし、非高齢者全般を対象とする公的医療保険は存在しない。そのために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。

他方、上記の公的医療保険のほかに、公費（租税）をおもな財源とする公的医療サービスがある。それには、貧困者を対象とする医療扶助の「メディケイド（Medicaid）」、現役・退役軍人とその扶養家族を対象とする「軍人医療制度（Military Health System）」、アメリカ先住民を対象とする「先住民医療サービス（Indian Health Service）」がある。

民間医療保険には、団体医療保険と個人医療保険がある。加入者数でみた場合、民間医療保険の多くは団体医療保険であり、しかもその大部分は雇用主提供医療保険である。雇用主は、被用者とその扶養家族を被保険者とする団体医療保険を保険会社から購入するか、自家保険を採用している。自家保険はおもに大企業が採用している。

2. 医療保険制度の特徴

アメリカの医療保険制度の特徴は、以下の3つの点にある。第1に、国民全般を対象とする公的医療保険（社会保険）は存在しないことである。

第2に、国民の多くは民間医療保険に加入していることである。アメリカでは、民間医療保険が主流である。非高齢者は、被用者の場合、勤務先を通じて雇用主提供医療保険に加入している。自営業者の場合は、個人医療保険に加入している。また、高齢者の多くも、メディケアの給付は十分ではない（医療費の自己負担が大きい）ために民間医療保険に加入している。メディケアにおける医療費自己負担をおもにカバーする民間医療保険は「メディギャップ保険（Medigap insurance）」と呼ばれている。

第3に、多数の無保険者が存在していることである。無保険者の大半は、低所得であっても貧困ではないために医療扶助（メディケイド）の受給資格を取得できず、また保険料の負担が大きいために民間医療保険にも加入できない。高齢者のほとんどはメディケアに加入しているので、無保険者のほとんどは非高齢者である。

3. 民間医療保険の現状

(1) 雇用主の保険提供の任意性

公的医療保険のメディケアは高齢者全般を対象としており、高齢者のほとんどは加入している。しかし、メディケアの医療費自己負担は大きいために、高齢者の多くは民間医療保険のメディギャップ保険にも加入している。また、メディケアの受給資格を有する退職者とその扶養家族に対してメディケアの医療費自己負担をカバーする医療保険を提供している雇用主もいる。

他方、非高齢者全般を対象とする公的医療保険はないために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。民間医療保険には、団体医療保険と個人医療保険がある。民間医療保険の多くは団体医療保険であり、その大部分は雇用主提供医療保険である。

雇用主が被用者とその扶養家族に医療保険を提供するかどうかは法律で強制されておらず、雇用主の任意である。保険料が高いなどの理由から医療保険を提供していない雇用主もいる。また、雇用主が医療保険を提供していても、パートであるために医療保険の加入資格を有していない被用者もいる。さらに、雇用主が医療保険を提供し、被用者は医療保険の加入資格を有していても、被用者の保険料負担が大きいために医療保険に加入できない被用者もいる。

(2) 単身・家族保険と保険料負担

雇用主提供医療保険には、被用者（本人）のみが加入する単身保険と、被用者とその扶養家族が加入する家族保険がある。単身保険を提供している雇用主のほとんどは家族保険も提供している。したがって子どもは、親の勤務先が医療保険を提供している場合、家族保険に加入できることが多い。

また、雇用主提供医療保険には、雇用主が保険料を全額拠出する（被用者は拠出しない）保険と、被用者も保険料を拠出する保険がある。前者を非拠出プラン、後者を拠出プランという。

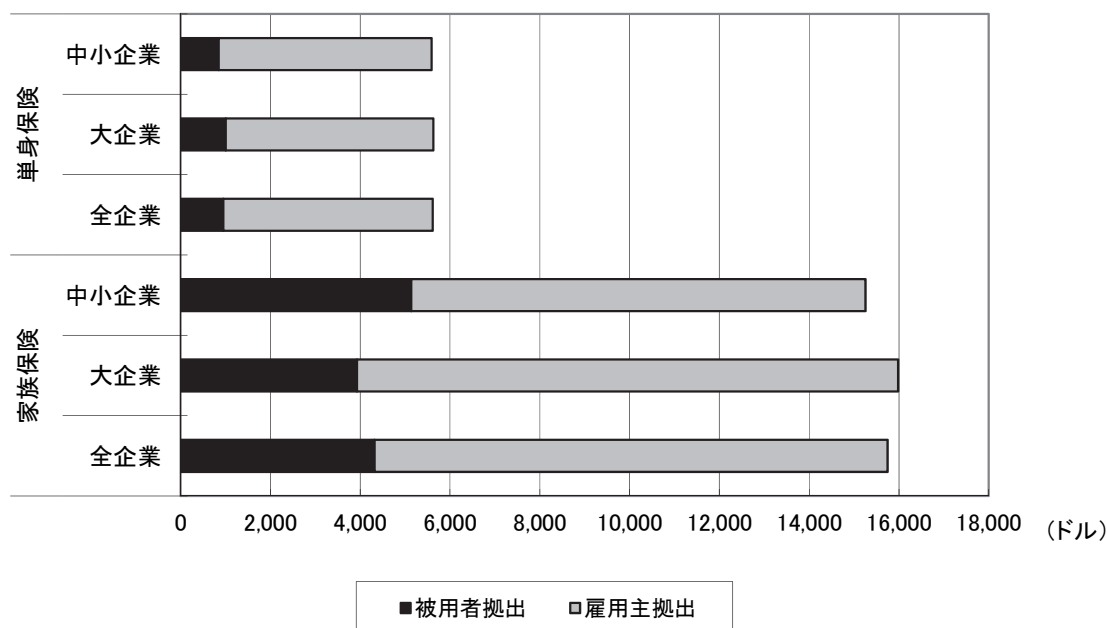
保険料は、単身保険よりも家族保険のほうが高い。また、被用者の保険料の拠出割合は、単身保険も家族保険も企業によって大きく異なるが、同じ企業では一般に家族保険のほうが高い。そのために、扶養家族のいる被用者が家族保険を選択すると、被用者の保険料負担は大きくなる。

図表5-1は、単身保険と家族保険の年平均保険料および雇用主と被用者の拠出額を示したものである。単身保険の年平均保険料は、中小企業（被用者3～199人）5588ドル、大企業（被用者200人以上）5628ドルである。家族保険の年平均保険料は、中小企業1万5253ドル、大企業1万5980ドルである。家族保険の年平均保険料は、大企業のほうが中小企業よりも多い。

被用者の保険料拠出額（拠出割合）についてみると、単身保険では、中小企業848ドル（15.2%）、大企業1001ドル（17.8%）であり、大企業のほうが多い（拠出割合も大きい）。

しかし家族保険では、中小企業5134ドル（33.7%）、大企業3926ドル（24.6%）であり、中小企業のほうがかなり多い（拠出割合もかなり大きい）。つまり家族保険では、年平均保険料は中小企業のほうが安いにもかかわらず、被用者の保険料拠出額は中小企業のほうがかなり多くなっている。

【図表 5 - 1 年平均保険料と拠出額（2012年）】



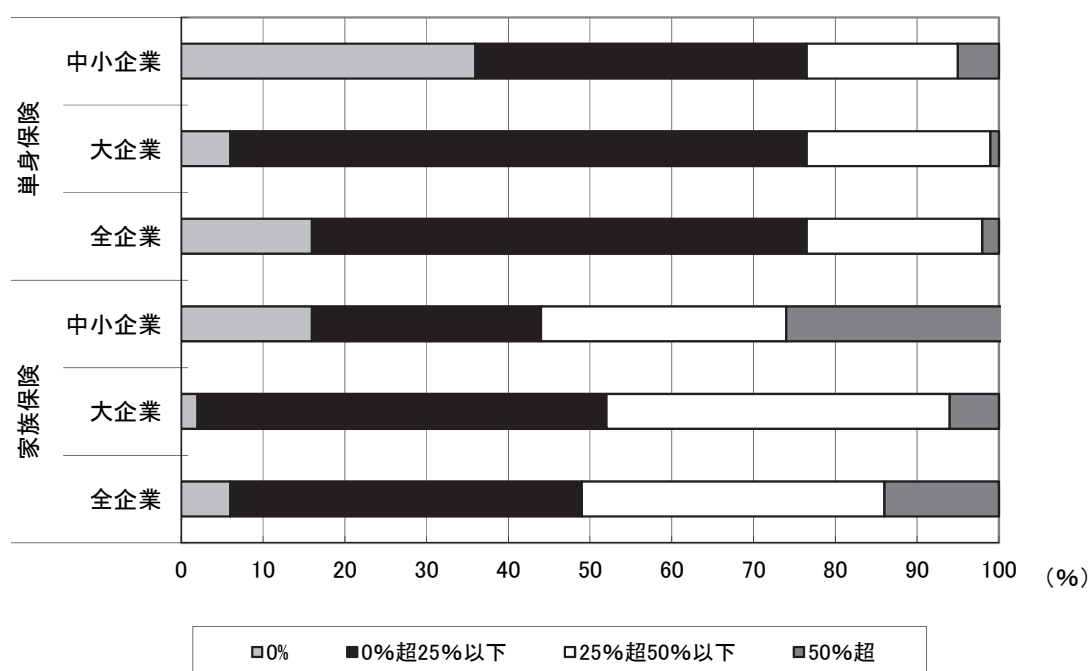
(出所) Kaiser Family and HRET (2012)

48州・コロンビア特別区用の2012年連邦貧困水準は、3人家族の場合1万9090ドル、4人家族の場合2万3050ドルである⁽⁵⁾。したがって、家族保険における中小企業の被用者拠出額5134ドルは、3人家族の連邦貧困水準の26.9%、4人家族の連邦貧困水準の22.3%に相当する。家族保険の保険料率は、家族構成にかかわらず同じである保険もあれば、家族構成によって異なる保険もある。後者の保険には、家族構成が「本人（被用者）+配偶者」と「本人+配偶者+子ども」に区分されている保険、「配偶者」「子ども」「配偶者+子ども」に区分されている保険などがある。前者の保険か後者の保険か、後者の保険の場合、家族構成がどのように区分されているかは企業によって異なる。

(5) 連邦貧困水準 (federal poverty level) は、食料スタンププログラム (Food Stamp Program)、全米学校給食プログラム (National School Lunch Program)、児童医療保険プログラムなど多くの公的プログラムで受給資格を決定するために利用されている貧困水準である。48州・コロンビア特別区用とアラスカ州用とハワイ州用の連邦貧困水準があり、毎年改定されている。

雇用主と被用者の保険料拠出割合は企業によって大きく異なっており、被用者が保険料をまったく拠出していない企業もあれば、被用者が保険料の大部分を拠出している企業もある。図表5-2は、被用者の保険料拠出割合別の被用者の構成割合を示したものである。被用者が保険料をまったく拠出していない被用者の割合は、単身保険で中小企業36%、大企業6%であり、家族保険で中小企業16%、大企業2%である。つまり、単身保険も家族保険も中小企業のほうがかなり大きい。他方、被用者が保険料の50%超を拠出している被用者の割合は、単身保険で中小企業5%、大企業1%であり、家族保険で中小企業30%、大企業6%である。つまり、家族保険では中小企業のほうがかなり大きい⁽⁶⁾。

【図表5-2 被用者の保険料拠出割合別の被用者の構成割合（2012年）】



(出所) Kaiser Family and HRET (2012)

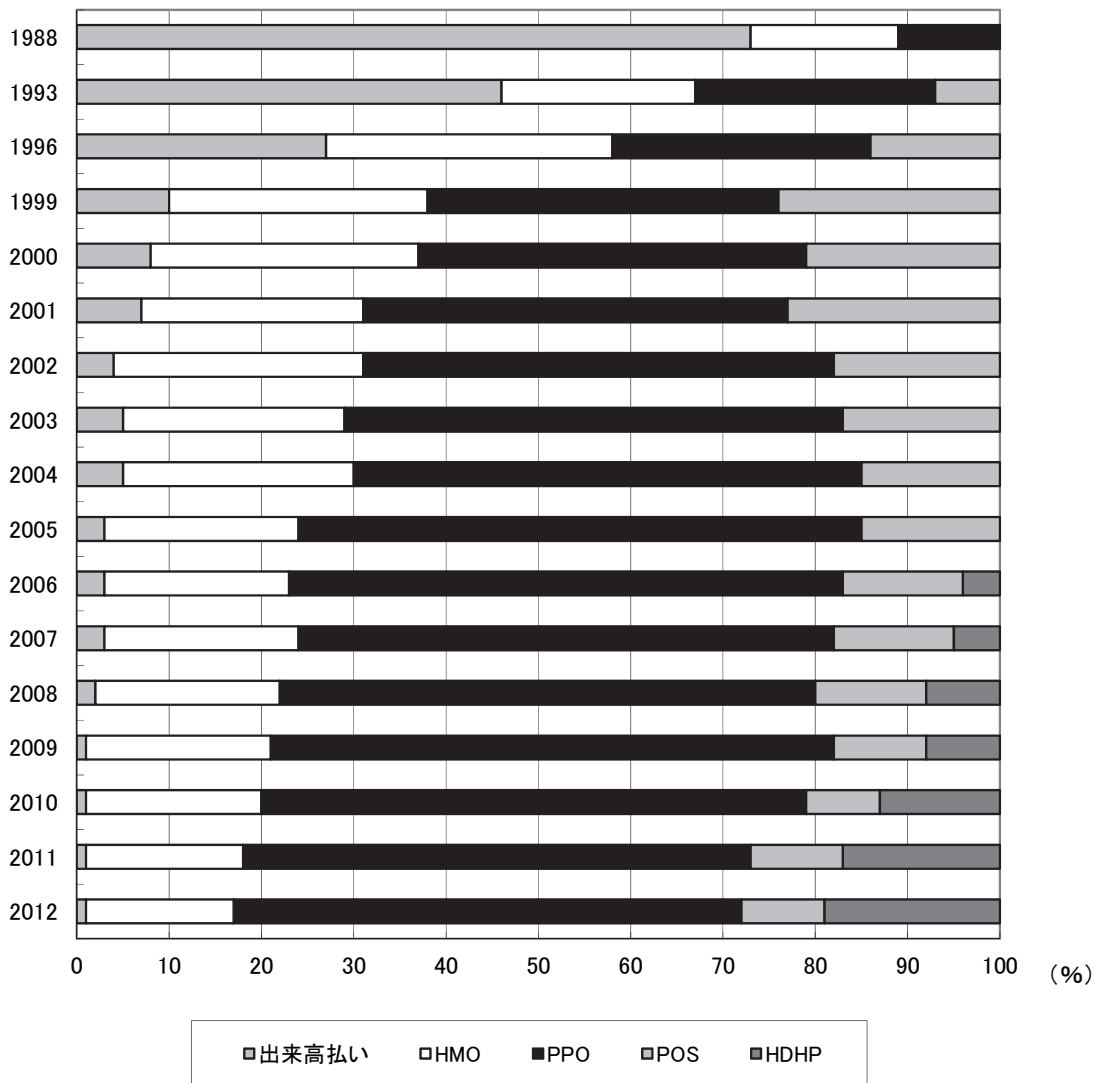
(3) 加入割合とマネジドケア・プラン

図表5-3は保険種類別の被用者の加入割合を示したものである。それによると、1980年代末から90年代末にかけて伝統的な出来高払いプランの割合が大幅に減少し、HMOプランやPPOプランなどのマネジドケア・プランが増加している。2012年の割合は、出来高払

(6) 所得が低い被用者ほど、単身保険でも家族保険でも、被用者の保険料拠出割合は総じて大きくなっている。この点について詳しくは、Sommers (2007) を参照。

いプラン1%、HMOプラン16%、PPOプラン56%、POSプラン9%、HDHPプラン19%である。医療保険のほとんどすべてはマネジドケア・プランであり、PPOプランがもっとも大きな割合を占めている。また、HDHPプラン（保険給付が行われる前に加入者が負担しなければならない定額控除〔医療費自己負担〕が高く設定されている保険）の割合が2000年代半ば以降、増加している⁽⁷⁾。

【図表 5 - 3 保険種類別の被用者の加入割合】



(出所) Kaiser Family and HRET (2012)

(7) HMOはHealth Maintenance Organization、PPOはPreferred Provider Organization、POSはPoint of Service、HDHPはHigh Deductible Health Planの略である。

マネジドケア（管理医療）は、保険者が保険金（医療費）の支払いだけでなく、医療提供者（医師と病院）の医療サービスも管理するものである。マネジドケア・プランは、マネジドケア組織（マネジドケアの手法を用いて医療サービスを提供する組織であり、HMOやPPOなどがある）を通じて加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に保険金（医療費）を支払う医療保険である。

民間医療保険は1930年代以降、普及していった。1970年代まで、保険会社とブルークロス・ブルーシールドが出来高払いプランを引き受けていた。ブルークロス・ブルーシールドは、各州で医療保険を引き受けている非営利組織または営利組織である。多くの州では1社が州内全域で営業している。数社が存在する州では、各社は州内の所定の地域で営業している。出来高払いプランは、加入者は医療提供者を自由に選択でき、保険者は医療提供者に出来高払い方式で保険金（医療費）を支払う医療保険である。

HMOは1980年代以降に成長した比較的新しい保険者であり、非営利組織と営利組織がある。HMOが引き受けている医療保険がHMOプランである。出来高払いプランと比較した場合、HMOプランの特徴は以下の点にある。

第1に、HMOは、医療サービスの提供と医療費の支払いについて契約を締結した医療提供者を通じて加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に保険金（医療費）を支払っていることである。つまり、HMOは保険者でもある。第2に、加入者は、保険者が指定した医療提供者のなかから医療サービスを受けたい医療提供者を選択しなければならないことである。第3に、ゲートキーパーと呼ばれるプライマリケア医（医療相談や初期診療を行い、また必要に応じて専門医を紹介する医師）が配置され、加入者は最初にプライマリケア医から診察を受けなければならないことである。第4に、医療費（診療報酬）は定額払い・包括払い方式または出来高払い方式で支払われることである。

PPOは、保険者と契約を締結し、従来の診療価格を割り引いた価格で加入者に医療サービスを提供する医療提供者のグループである。つまり、PPOは保険者ではない。保険者は医療提供者に対して一定数の加入者を確保し、出来高払い方式で医療費を支払う。医療提供者は、割り引いた診療価格（割引率は一般に10～20%）で加入者に医療サービスを提供する。PPOを通じて加入者に医療サービスを提供する医療保険がPPOプランである。PPOプランは以下の点でHMOプランと異なっている。

第1に、保険者が指定した医療提供者を加入者は選択する必要はないことである。しかし、保険者が指定していない医療提供者を選択した場合には、医療費の自己負担は大きくなる。それは、保険者が指定した医療提供者を選択するインセンティブを加入者に与えるためである。第2に、プライマリケア医は配置されていないことである。第3に、医療費（診療報酬）は一般に出来高払い方式で支払われることである。

4. 保険加入者と無保険者

図表5-4は医療保険の加入状況を示したものである。全国民のうち、32.2%は公的医

療保険に、63.9%は民間医療保険に加入している。無保険者の割合は15.7%である。高齢者は、93.3%が公的医療保険に、58.1%が民間医療保険に加入している。無保険者の割合は1.7%にすぎない。非高齢者は、22.7%が公的医療保険に、64.8%が民間医療保険に加入している。民間医療保険に加入している非高齢者の大部分は団体医療保険（雇用主提供医療保険）に加入している。無保険者の割合は17.9%であり、無保険者のほとんどは非高齢者である。

2011年の無保険者4861万人（15.7%）は、2012年2月から4月にかけて『昨年になんかの医療保険に加入していたか、年間を通じて無保険であったか』について調査した結果であり、したがって2011年の年間を通じて無保険であった人々の数である。しかし、いくつかの理由のために「いずれかの医療保険に加入していた」という回答は現実よりも少なくなっており（したがって「年間を通じて無保険であった」という回答は現実よりも多くなっており）、他の調査と比較すると4861万人の無保険者数は調査時点で無保険であった人々の数により近いとみなされている。

【図表5-4 医療保険の加入状況（2011年）】

種 類	全国民		高齢者		非高齢者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
公的医療保険	99,497	32.2%	38,712	93.3%	60,785	22.7%
メディケア	46,922	15.2%	38,496	92.8%	8,426	3.2%
メディケイド	50,835	16.5%	3,883	9.4%	46,952	17.6%
軍人医療制度	13,712	4.4%	3,816	9.2%	9,896	3.7%
民間医療保険	197,323	63.9%	24,098	58.1%	173,225	64.8%
団体医療保険	170,102	55.1%	14,137	34.1%	155,965	58.3%
個人医療保険	30,244	9.8%	11,276	27.2%	18,968	7.1%
無保険者	48,613	15.7%	690	1.7%	47,923	17.9%
合 計	308,827	100.0%	41,507	100.0%	267,320	100.0%

(注) ① 「人数」の単位：千人

② 複数の医療保険の加入者がいる。

③ 児童医療保険プログラムはメディケイドに含まれている。

(出所) DeNavas-Walt, Proctor and Smith (2012)

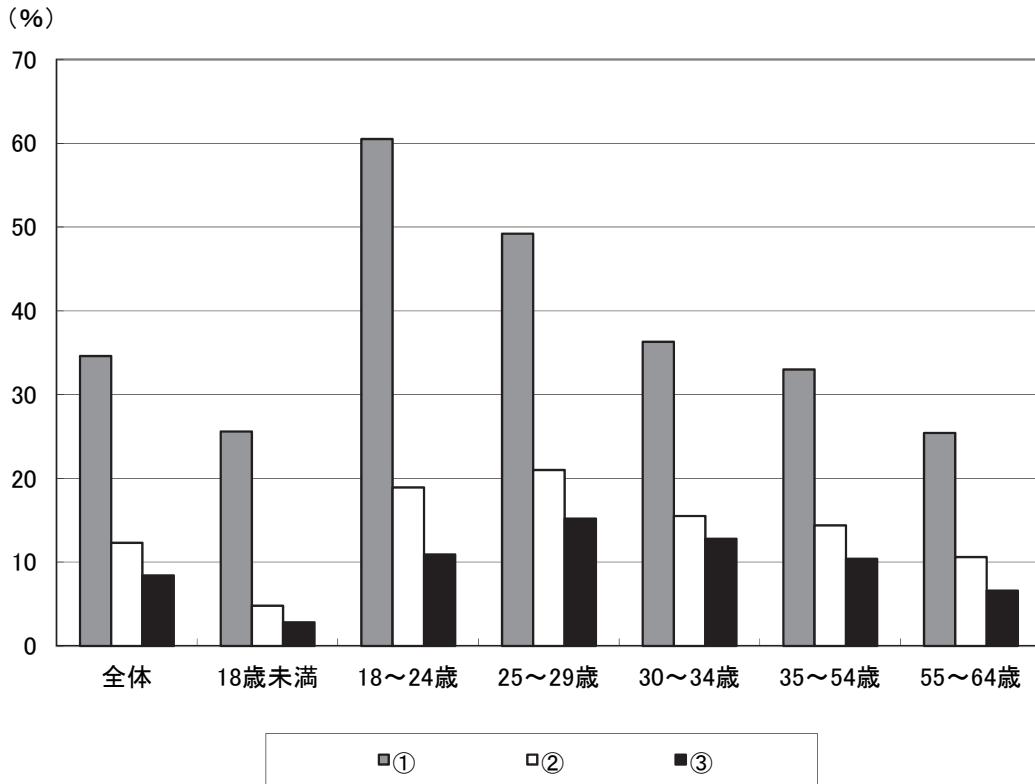
Cohen and Martinez (2012) は、①調査時点で無保険であった人々、②調査時点から過去1年間に無保険になったことがある人々、③調査時点で1年超無保険であった人々について調査した結果を示している。2011年の①は4630万人（15.1%）、②は5870万人（19.2%）、

③は3420万人（11.2%）である。

図表 5 - 5 は非高齢者の年齢層別の無保険期間を示したものである。①のグラフは2008年と2009年の2年間に於いて少なくとも1カ月間、無保険になったことがある人々の割合、②のグラフは2008年と2009年の2年間を通じて無保険であった人々の割合、③のグラフは2006～2009年の4年間を通じて無保険であった人々の割合である。

非高齢者全体では、①が34.6%、②が12.3%、③が8.4%である。年齢層別（2008年末時点の回答者の年齢）では、①がもっとも大きい年齢層は18～24歳であり、60.5%である。②と③がもっとも大きい年齢層は25～29歳であり、それぞれ21.0%と15.2%である。

【図表 5 - 5 無保険者の無保険期間】

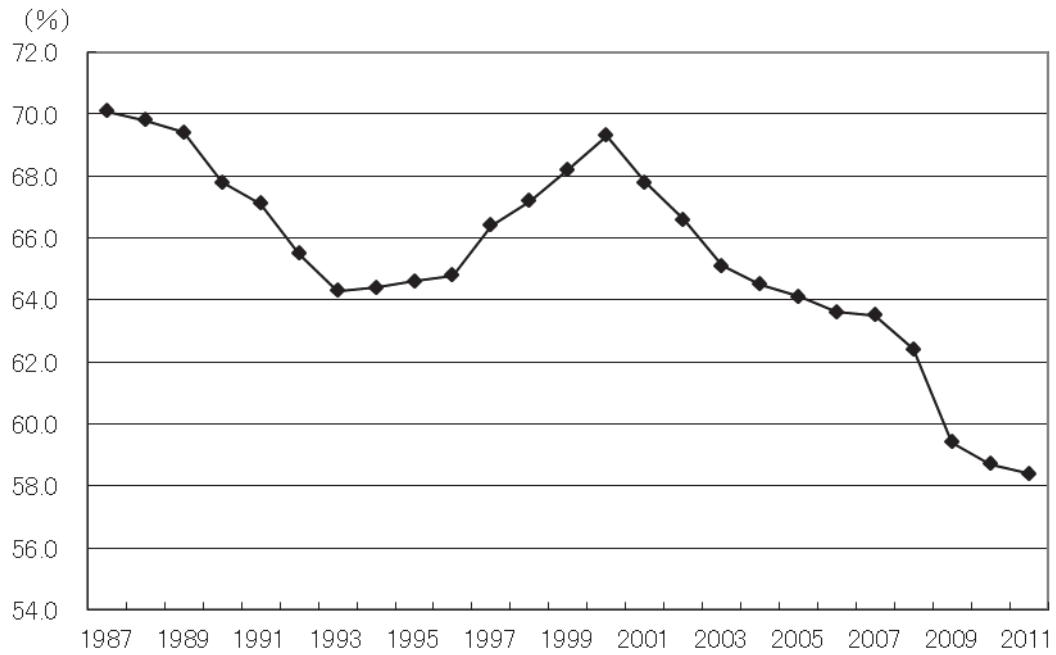


(出所) Rhoades and Cohen (2011)

非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。民間医療保険の多くは団体医療保険であり、しかもその大部分は雇用主提供医療保険である。図表 5 - 6 は1980年代後半以降における非高齢者の雇用主提供医療保険の加入率の推移を、図表 5 - 7 は非高齢者の無保険率の推移を示したものである。非高齢者の雇用主提供医療保険の加入率は、1980年代半ばから90年代初めにかけて低下した。その後1990年代後半に上昇したが、2000年代には大き

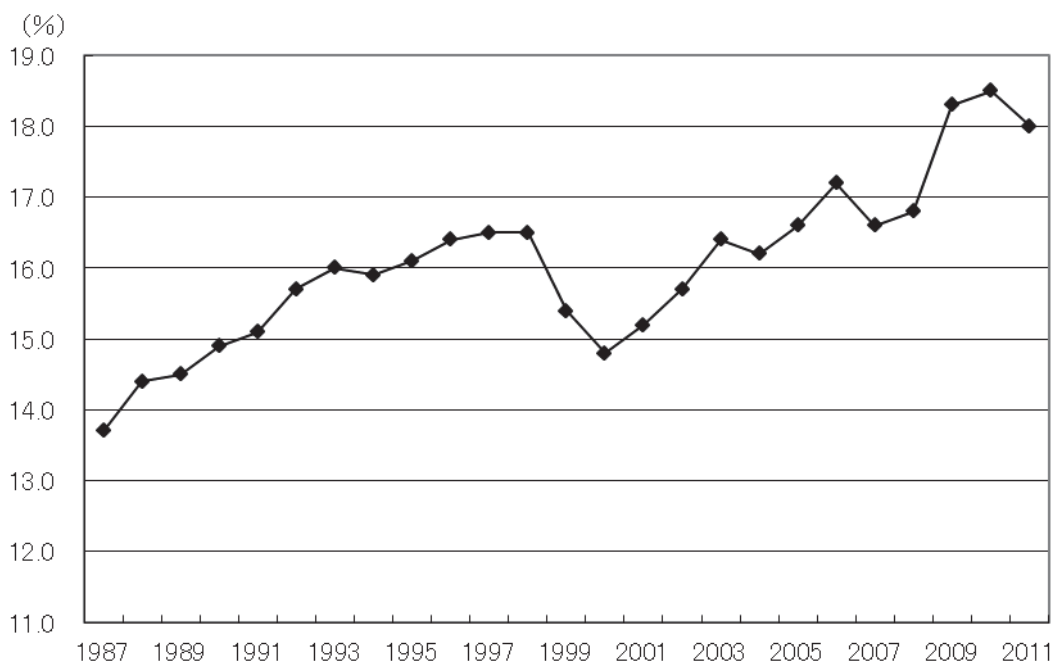
く低下した。こうした加入率の低下に対応して、非高齢者の無保険率は上昇した。無保険者のほとんどは非高齢者である。次節で考察する州政府の医療保険改革および第V節で考察するオバマ政権の包括的な医療保険改革の背景には、それぞれ1980年代半ばから90年代初めにかけておよび2000年代において非高齢者の雇用主提供医療保険の加入率が低下しているという事態があったのである。

【図表 5 - 6 非高齢者の雇用主提供医療保険の加入率の推移】



(出所) Fronstin (2003, 2012)

【図表 5－7 非高齢者の無保険率の推移】



(出所) Fronstin (2003, 2012)

Ⅲ 州政府の医療保険改革

本節では、州政府が1990年代に行った民間医療保険（小雇用主医療保険と個人医療保険）の改革について考察する。本節で州政府の医療保険改革を取り上げるのは、連邦政府の医療保険改革の特徴を明らかにするためには両者の関連性を検討する必要があるためである。

1. 改革の背景

民間保険が公的保険（社会保険）と異なる点、つまり民間保険の特徴の1つは、保険者がアンダーライティングを行う点にある。アンダーライティングは2つの過程から構成されている。1つは、保険者が申込者のリスクに基づいて保険を引き受けるかどうかを判断する「危険選択（risk selection）」である。もう1つは、保険を引き受ける場合、それぞれの加入者のリスクを測定・評価して保険料率を決定する「危険の分類（risk classification）」である。

1980年代半ば～90年代初めにおける民間医療保険は、医療費の急増、保険引受競争の激

化、危険選択の強化、料率の格差拡大、料率の変動として特徴づけられる⁽⁸⁾。医療費の急増と保険引受競争の激化のために、保険者はアンダーライティングを強化した。1つは「危険選択」における引受拒否の増加であり、もう1つは「危険の分類」におけるリスクの細分化である。

民間医療保険は1930年代に生成し、発展していった。保険者は1970年代まで、危険選択（引受拒否）をほとんど行っていなかった。しかし、1980年代に危険選択を強化し、申込者の「健康状態」などの医的リスクを重視して保険を引き受けるかどうかを判断し、リスクの高い申込者に対して引受拒否をした。引受拒否は、新契約加入時だけでなく、契約更新時にも行われた（民間医療保険の保険期間は一般に1年である）。

保険者は「危険の分類」において、危険要因を使用して料率を算定する。危険要因は加入者の属性であり、保険者は加入者のリスクを測定するために指標として使用する。医療保険の危険要因のなかで、「地域」「性別」「年齢」「家族構成」「職業・産業」などは人口統計的・客観的要因とされ、「被保険者の特性（case characteristics）」と呼ばれる。他方、「健康状態」や「保険金支払実績」などは主観的要因とされ、「危険特性（risk characteristic）」と呼ばれる。「被保険者の特性」を使用して算定する料率が標準料率である。

保険者は1970年代まで、少数の「被保険者の特性」を使用して標準料率を算定していた（「危険特性」は使用していなかった）。しかし、1980年代に多数の「被保険者の特性」を使用して標準料率を細分化した。そのために、団体（企業）間で料率の格差が拡大した。

さらに、各団体のリスクを料率にいつそう反映させるために、保険者は「危険特性」を使用して標準料率の割り増しまたは割り引きを行った。中小企業の場合、1社の被保険者数は少ないために「健康状態」は変化しやすく、「保険金支払実績」は毎年大きく変動する。そのために、契約更新のたびに料率が大きく変動するようになった（個人が加入する個人医療保険でも同じであった）。

リスクの高い中小企業の保険入手可能性と保険料負担可能性が低下したために、1980年代半ばから90年代初めにかけて雇用主提供医療保険の加入率が低下し、無保険者が増加した（前節の図表5-6と図表5-7を参照）。無保険者の多くは、中小企業の被用者とその扶養家族であった。

2. 小雇用主医療保険の改革

小雇用主医療保険（small employer health insurance）とは、一般に被用者50人以下の雇用主が被用者とその扶養家族に提供する医療保険である。小団体医療保険（small group health insurance）ともいう。

(8) 医療費の急増は、「医療」の消費者物価指数の対前年上昇率に示されている。また、保険引受競争の激化は、1980年代に多数のHMOが医療保険市場に参入したことおよび1970年代半ば以降に大企業が自家保険を採用したことによって生じた。

小雇用主医療保険の改革は、全米保険監督官協会（NAIC）がモデル法を制定・提示し、それを受けて各州政府が立法化（州保険法を改正）することによって行われた。NAICは小雇用主医療保険にかかわる以下のモデル法3件を制定し、各州政府に提示した。

①小雇用主医療保険の保険料率及び契約更新モデル法（Premium Rates and Renewability of Coverage for Health Insurance Sold to Small Employers Model Act）、1990年12月制定
このモデル法（以下「1990年モデル法」と表記する）は「契約更新保証」と「料率規制」について定めている。

②小雇用主医療保険入手可能モデル法〔Small Employer Health Insurance Availability Model Act（Allocation With or Without an Opt-Out）〕、1991年12月制定
このモデル法（以下「1991年モデル法」と表記する）は、1990年モデル法が定めた「契約更新保証」と「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」「割当プログラム」について定めている。

③小雇用主医療保険入手可能モデル法〔Small Employer Health Insurance Availability Model Act（Prospective Reinsurance With or Without an Opt-Out）〕、1991年12月制定
このモデル法は、1990年モデル法が定めた「契約更新保証」と「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」「再保険プログラム」について定めている。同法は1995年3月に大幅に改正された（以下「1995年モデル法」と表記する）。

上記の3件のモデル法が定める改革の手段には、「新契約加入保証（guaranteed issue）」「契約更新保証（guaranteed renewability）」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行（portability）」「料率規制」「再保険プール」がある。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」は、リスクにかかわらず、保険者が雇用主に対して新契約加入と契約更新を保証しなければならないものである。つまり、保険者が危険選択を行う（リスクの高い団体に対して引受拒否をする）ことを禁止するものである。

「契約前発病の免責に対する制限」は、遡及期間と除外期間を一定期間内に制限するものである。責任開始日前の一定期間を遡及期間、責任開始日後の一定期間を除外期間という。契約前発病とは、遡及期間中に診断または治療された症状をいう⁽⁹⁾。契約前発病の免責は新契約に適用され、除外期間中に行われた契約前発病の治療に要した医療費に対する保険金支払いを免責とするものである。「契約前発病の免責に対する制限」は、保険者が保

(9) 大部分の団体医療保険では、被保険者が遡及期間中に治療を受けた症状のみを契約前発病としている。たとえば、ある被保険者が以前から喘息にかかっているが、遡及期間中に喘息の治療を受けなかったならば、この被保険者の喘息は契約前発病とはならない。

険金支払いを過度に抑制することを禁止している。

「契約の携行」は、医療保険に加入している被用者が転職によって新しい医療保険（小雇用主医療保険または個人医療保険）に加入する場合、以前の保険契約の終了日から新しい保険契約の責任開始日までが一定期間（携行期間）内であるならば、新しい医療保険の保険者が契約前発病の免責を適用することを禁止するものである。

「料率規制」は、保険者が料率を算定する時に使用する危険要因を制限するものである。危険要因の使用は以下の2つの方法で制限している。1つは、保険者が使用できる「被保険者の特性」の種類を制限することである。それは、標準料率の細分化を禁止し、団体間の料率の格差を抑制するためである。もう1つは「危険特性」を制限することである。それは、契約更新のたびに生じうる料率の変動（とくに、リスクの高い団体に対する料率の大幅な引き上げ）を抑制するためである。危険特性の制限には2つある。1つは、危険特性の使用はできるが、標準料率に対する割り増し率と割り引き率を制限することである。もう1つは、危険特性の使用を禁止することである⁽¹⁰⁾。

上記の3件のモデル法のうち、1990年モデル法と1991年モデル法は料率算定方式として料率幅方式(rating band)を、1995年モデル法は調整地域料率方式(adjusted community rating)を採用している⁽¹¹⁾。料率幅方式と調整地域料率方式は以下の2つの点で異なっている。1つは「被保険者の特性」の制限である。保険者が使用できる被保険者の特性の種類は、調整地域料率方式ほうが少ない。もう1つは「危険特性」の制限である。料率幅方式では、危険特性の使用はできるが、標準料率に対する割り増し率と割り引き率を制限している。調整地域料率方式では、危険特性の使用を禁止している。したがって、料率幅方式よりも調整地域料率方式のほうが料率規制は厳しい。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって、保険者はリスクの高い団体の医療保険も引き受けなければならない。しかし他方で「料率規制」によって、保険者は高いリスクを料率に反映させることができない。リスクの高い団体の医療保険を多く引き受けた保険者は、多額の保険金を支払わなければならないために財務内容が悪化する可能性がある。「再保険プール」は、多額の保険金支払いによって生じる保険者の損失を緩和することによって、リスクの高い団体の医療保険も保険者が積極的に引き受けるようにすることにある⁽¹²⁾。

(10) 料率規制は料率の格差と料率の変動を抑制するものであり、料率の絶対額を全体的に抑制するものではない。

(11) 1995年モデル法は、1991年の制定当初は料率幅方式を採用していた。しかし、1995年の大幅改正によって調整地域料率方式に変更された。なお、1990年モデル法と1991年モデル法は2004年に廃止された。

(12) 1991年モデル法は割当プログラムについて定めているのに対して、1995年モデル法は再保険プログラムについて定めている。州政府は、医療保険では再保険プログラムを採用している（割当プログラムは自動車保険や労働者災害補償保険で採用している）。

NAICがモデル法を制定・提示したことを受けて、1990年代に各州政府はモデル法が定めている上記の6つの手段を立法化（州保険法を改正）した。なお、6つの手段に加えて、1990年代に「医療貯蓄口座（Medical Savings Account, Health Savings Account）」を立法化した州政府もあった（2001年時点で26州）。しかしNAICは、医療貯蓄口座のモデル法は制定しなかった。

医療貯蓄口座は、各被用者に対して開設される口座に雇用主と被用者が資金を拠出し、口座から保険料を支出して医療保険（医療費の自己負担が高額の医療保険）を購入する。医療費の自己負担が高額なので、保険料は比較的安い。口座への拠出金と口座の運用益に対して租税優遇措置が講じられる。口座の資金は医療費の自己負担に使用されるが、医療費の自己負担以外に使用することもできる（ただし、それに対する課税がある）。また、当期に生じた口座の残高は翌期に繰り越すことができる。

医療貯蓄口座はリスクの低い被用者（医療費の自己負担のために口座の資金をあまり使用しない被用者）に有利であるので、リスクの低い小雇用主（リスクの低い被用者が多い小雇用主）は従来の医療保険から医療貯蓄口座に変更する可能性がある。医療貯蓄口座に変更する小雇用主が増加すると、従来の医療保険の保険料率は上昇する。保険料率が上昇すると、リスクの高い小雇用主の保険料負担可能性は低下する。それは医療保険改革の趣旨に反することになる。そのために、医療保険改革をもっとも積極的に行った州政府は、医療貯蓄口座の立法化に消極的であった⁽¹³⁾。NAICが医療貯蓄口座のモデル法を制定しなかったのは、上記のような理由によるものと思われる。

ここでは、1990年代にNAICは医療貯蓄口座のモデル法を制定しなかったが、医療貯蓄口座を立法化した州政府があったことを指摘しておきたい。

2. 個人医療保険の改革

個人医療保険は、雇用主が医療保険を提供していない被用者、65歳未満の早期退職者、自営業者などが加入している。個人医療保険の加入者数は、団体医療保険と比較すると少ない。NAICは個人医療保険にかかわる以下のモデル法2件を制定し、各州政府に提示した。

①小雇用主・個人医療保険入手可能モデル法（Small Employer and Individual Health Insurance Availability Model Act）、1996年3月制定

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。同法は1995年モデル法に個人医療保険の規定を追加しており、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」「再保険プログラム」について定めている。

(13) Holahan and Nichols (1996), p. 63.

②個人医療保険携行可能モデル法 (Individual Health Insurance Portability Model Act)、1996年3月制定

このモデル法は個人医療保険のみについて定めている。同法も「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」について定めている（「再保険プログラム」については定めていない）。しかし、上記のモデル法における個人医療保険の規定とはかなり異なっている。

上記2件の個人医療保険のモデル法が定める改革の手段は、小雇用主医療保険のモデル法が定めるものと総じて同じである。なお、個人医療保険のモデル法が制定されたのは1996年3月である。他方、次節で取り上げる1996年連邦法が制定されたのは1996年8月である。つまり、個人医療保険のモデル法は1996年連邦法の5カ月前に制定されたことを指摘しておきたい。

3. モデル法の諸規定と州政府の立法化

各州政府は、NAICが制定・提示したモデル法の規定が自州で実行可能である場合、モデル法と同じ規定を採用している。他方、モデル法の規定が自州の実情に合わない場合には、自州の実情に合わせてモデル法の規定を修正している。

本節で取り上げた小雇用主医療保険のモデル法が定める改革の手段のうち、「新契約加入保証」と「契約更新保証」は、モデル法と同じ規定を採用している事例である。それは、「保険者は雇用主に対して新契約加入と契約更新を保証しなければならない」というモデル法の規定を各州政府が修正する必要性はほとんどないためであり、したがって各州政府は新契約加入保証と契約更新保証を改革の手段として採用するかどうか（州保険法に盛り込むかどうか）という二者択一的な選択をするだけであるためである。

「契約前発病の免責に対する制限」と「契約の携行」も、どちらかという、モデル法と同じ規定を採用している事例である。しかし「契約前発病の免責に対する制限」については、モデル法が定めている遡及期間と除外期間を自州の実情に合わせて修正している州政府もある。「契約の携行」についても、モデル法が定めている携行期間を修正している州政府もある。

「料率規制」と「再保険プール」は、モデル法の規定を修正している事例である。とくに料率規制はその典型的な事例である。料率規制は複雑であり、また各州の実情は異なるために、各州政府が自州の実情をふまえて採用する料率規制の諸規定は異なるのである。

IV クリントン政権の医療保険改革

1. 改革法の概要

連邦政府（クリントン政権）も、1993年9月に医療保険改革法案（Health Security Act）を発表し、11月に第103回連邦議会に提出したが、翌年9月に不成立に終わった。その後、第104回連邦議会で39件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、1995年7月に提出された上院法案（Health Insurance Reform Act of 1995）は翌年4月下旬に上院を通過した。また、1996年3月初めに提出された下院法案（Health Coverage Availability and Affordability Act of 1996）は3月末に下院を通過した⁽¹⁴⁾。

そして、1996年8月に両法案の妥協法案である1996年医療保険携行可能及び執行責任法（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996）が上下両院を通過し、クリントン大統領の署名によって成立し、大部分の規定は1997年7月1日から施行された。

1996年医療保険携行可能及び執行責任法（以下「1996年連邦法」と表記する）は5つの編から構成されている。第Ⅰ編では、医療保険の入手可能性と携行可能性を改善するために、個人と小団体（被用者2～50人）と大団体（被用者51人以上）の医療保険に対する「新契約加入保証」「契約更新保証」「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、第Ⅲ編では「医療貯蓄口座」について定めている⁽¹⁵⁾。

1996年連邦法は、州政府が定めなければならない最低限の基準である。州保険法が1996年連邦法に反しておらず、州保険法の規定のほうが被保険者に有利であるならば、州保険法の規定が適用される。

1996年連邦法は、全米保険監督官協会（NAIC）が制定した小雇用主医療保険と個人医療保険のモデル法と次の2つの点で異なっている。第1に、大団体医療保険（自家保険を含む）をNAICモデル法は対象にしていないのに対して、1996年連邦法は対象にしていることである。第2に、NAICモデル法は「料率規制」と「再保険プール」について定めているのに対して、1996年連邦法は定めていないことである。

以下では、大団体と小団体と個人の医療保険に対する改革の内容（1996年連邦法の規定）について考察しよう。

(14) 下院法案は「医療貯蓄口座」などいくつかの規定を上院法案に追加したものである。

(15) 下院法案には「医療貯蓄口座」の規定が盛り込まれた。同規定が盛り込まれたならば法案に拒否権を行使する旨をクリントン大統領は表明した。そこで妥協法案では、自営業者・無保険者・小団体の被用者のみを対象とする75万人までに限定し、1997年から4年間のデモンストレーションプログラムとして実施する規定に修正された（Rushefsky and Patel, 1998, pp. 82-83, p. 135）。

2. 改革の内容

大団体には、保険者から医療保険を購入している大団体だけでなく、自家保険を採用している大団体も含まれる。大団体医療保険に対しては、「契約更新保証」「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（図表5-8を参照）。「新契約加入保証」については定めていない。ここで指摘したいことは次の2つの点である。

【図表5-8 1996年連邦法が定める改革の手段】

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

(注) ○は規定あり、×は規定なし、△は有資格個人に対する規定のみあり。

(出所) GAO (1998)

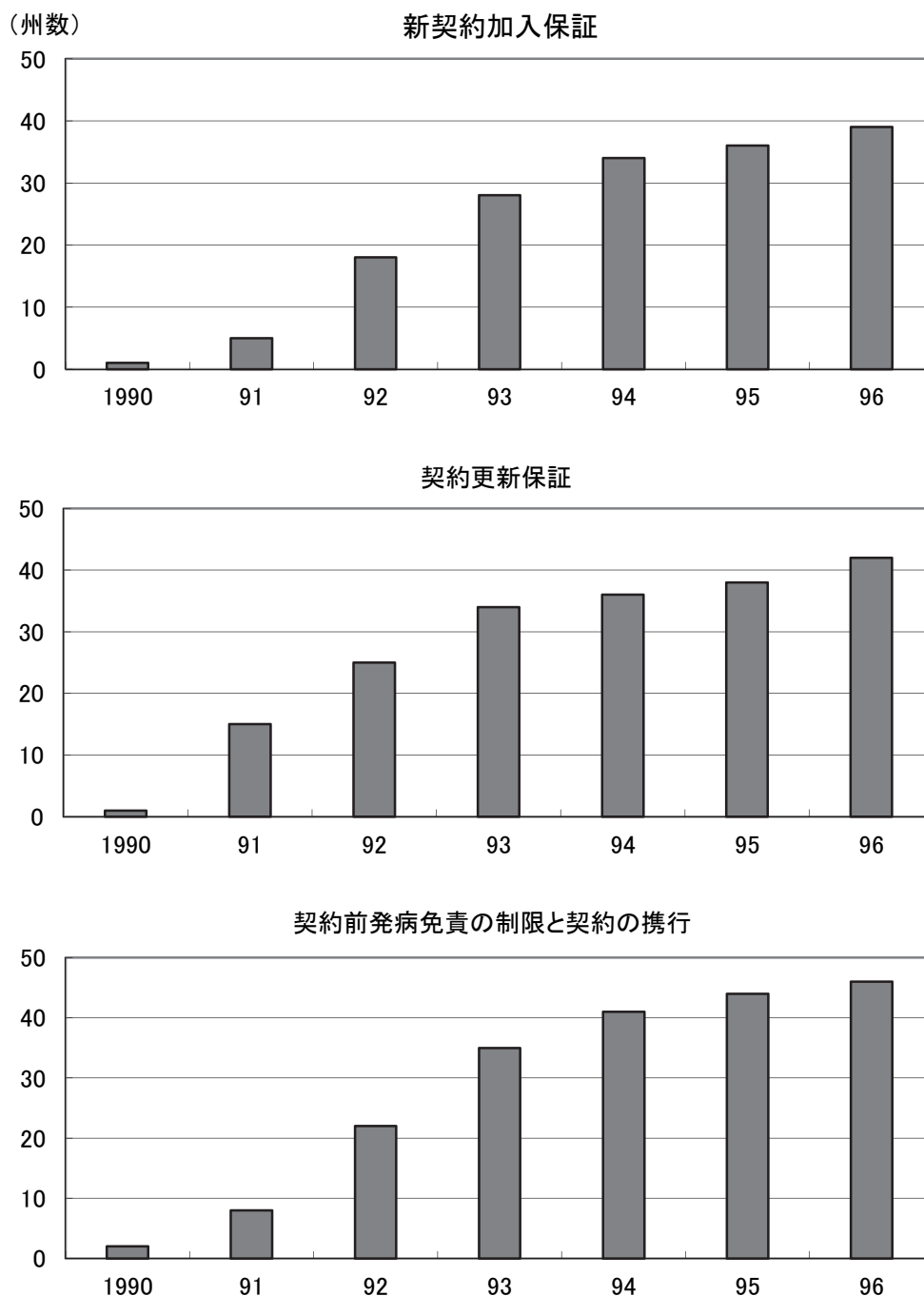
第1に、NAICモデル法は大団体医療保険（自家保険を含む）を対象にしていなかったが、1996年連邦法が大団体医療保険に対して定めた改革の手段はすでにNAICモデル法が定めていたものであることである。

第2に、1996年連邦法が大団体医療保険（自家保険を含む）も対象にしていることを州政府は支持したことである。大団体（大企業）の多くは自家保険を採用している⁽¹⁶⁾。自家保険は、1974年9月に制定された1974年被用者退職所得保障法 (Employee Retirement Income Security Act of 1974) によって州保険法の適用が除外された。大団体医療保険も対象にすることを州政府が支持したのは、州保険法で規制できない「自家保険」と規制できる「保険者から購入する保険」とが1996年連邦法（自家保険に対する規制）によって公平に取り扱われることになるためである⁽¹⁷⁾。

(16) 1990年代における大企業（被用者500人超の企業）の自家保険の採用状況については、Acs et al. (1996) ; Marquis and Long (1999) を参照。

(17) Nichols and Blumberg (1998), pp. 30-31.

【図表 5-9 改革の手段を立法化した州政府の数（小団体医療保険）】



(出所) Laudicina, Losleben and Walker (2001) ; 各州保険法

次に、小団体医療保険に対しては「新契約加入保証」「契約更新保証」「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。ここで指摘したいことは次の4つの点である。

第1に、小団体医療保険に対して定めた改革の手段もすでにNAICモデル法が定めていたものであることである。

第2に、NAICモデル法が小団体医療保険に対して定めた改革の手段を、1996年連邦法が制定された時点で大部分の州政府は立法化していたことである（図表5-9を参照）。

第3に、1996年連邦法はNAICモデル法（前節で考察した1995年モデル法）よりも規制が緩いことである。「新契約加入保証」と「契約更新保証」については、1996年連邦法はNAICモデル法と同じである。「契約前発病の免責に対する制限」については、1996年連邦法はNAICモデル法よりも規制が緩い。遡及期間は、1996年連邦法もNAICモデル法も6カ月である。除外期間は、1996年連邦法は12カ月であるのに対して、NAICモデル法は6カ月である。遡及期間と除外期間が短いほど、契約前発病の免責に対する規制は厳しい⁽¹⁸⁾。「契約の携行」についても、1996年連邦法はNAICモデル法よりも規制が緩い。携行期間は、1996年連邦法は63日であるのに対して、NAICモデル法は90日である。携行期間が長いほど、契約前発病の免責に対する規制は厳しい⁽¹⁹⁾。

第4に、多くの州政府は1996年連邦法の規定に合わせるために州保険法を改正する必要はほとんどないことである。前節において、「新契約加入保証」と「契約更新保証」についてはNAICモデル法の規定を各州政府は州保険法に盛り込むかどうかという二者択一的な選択をするだけであることを指摘しておいた。そこで、ここでは「契約前発病の免責に対する制限」と「契約の携行」を取り上げたい。それは、遡及期間と除外期間を何カ月とし、携行期間を何日とするかは各州政府に裁量の余地があるためである。1996年時点で多くの州（34州）は遡及期間を6カ月以内に、大部分の州（46州）は除外期間を12カ月以内に定めていた⁽²⁰⁾。また、1995年時点で大部分の州（40州）は携行期間を30日または60日または90日に定めていた⁽²¹⁾。1996年連邦法のほうが州保険法よりも規制が厳しい（被保険者に有利である）ならば、州政府が監督規制を主導的に行うためには1996年連邦法の規定に合わせて州保険法を改正しなければならない。しかし、1996年連邦法は多くの州保険法よりも規制が緩いので、多くの州政府は州保険法を改正する必要はほとんどないのである。

最後に、個人医療保険に対しては「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免

(18) 遡及期間は責任開始日前の一定期間、除外期間は責任開始日後の一定期間である。遡及期間が短いほど、契約前発病に該当する可能性は低くなる。他方、除外期間が短いほど、契約前発病の免責に該当する可能性は低くなる。したがって、遡及期間と除外期間が短いほど、被保険者に有利である（保険者には、契約前発病の免責に対する規制は厳しい）。

(19) 携行期間は、以前の保険契約の終了日から新しい保険契約の責任開始日までの一定期間である。医療保険に加入している被用者が転職によって新しい医療保険に携行期間内に加入したならば、新しい医療保険の保険者は契約前発病の免責を適用することができない。したがって、携行期間が長いほど、被保険者に有利である（保険者には、契約前発病の免責に対する規制は厳しい）。

(20) Chollet, Kirk and Simon (2000).

(21) Popolo and Parde (1995).

責に対する制限」について定めている。「契約の携行」については定めていない。しかし、「新契約加入保証」と「契約前発病の免責に対する制限」は、有資格個人が加入する医療保険に限定されている。なお、「新契約加入保証」と「契約前発病の免責に対する制限」は新契約に対して適用される。

有資格個人 (eligible individual) とは、個人医療保険の加入を求める日において認定可能保険 (creditable coverage) に加入していた期間の総計が18カ月以上である個人であり、かつ、最後に加入していた医療保険が団体医療保険である個人である。認定可能保険には、ほとんどの医療保険とメディケイドが含まれる。

1996年連邦法は、有資格個人が加入する個人医療保険の新契約加入保証として「連邦準拠 (federal fall-back)」または「代替手段 (alternative mechanism)」を定めており、以下の4つの要件をすべて満たしている場合、州政府は「代替手段」を選択することができる。

- ①すべての有資格個人は、医療保険の選択が可能であること
- ②それらの医療保険は、契約前発病の免責の適用が除外されていること
- ③それらの医療保険には、本州の個人医療保険市場で提供されている総合医療保険に相当する医療保険または本州の団体・個人医療保険改革法に基づいて提供されている標準医療保険に相当する医療保険が少なくとも1つ含まれていること
- ④本州が (a) NAICの個人医療保険のモデル法を立法化していること、または (b) 適格ハイリスクプールを設立していること、または (c) 保険者が有資格個人に対してリスク調整またはリスク分散を行っていること

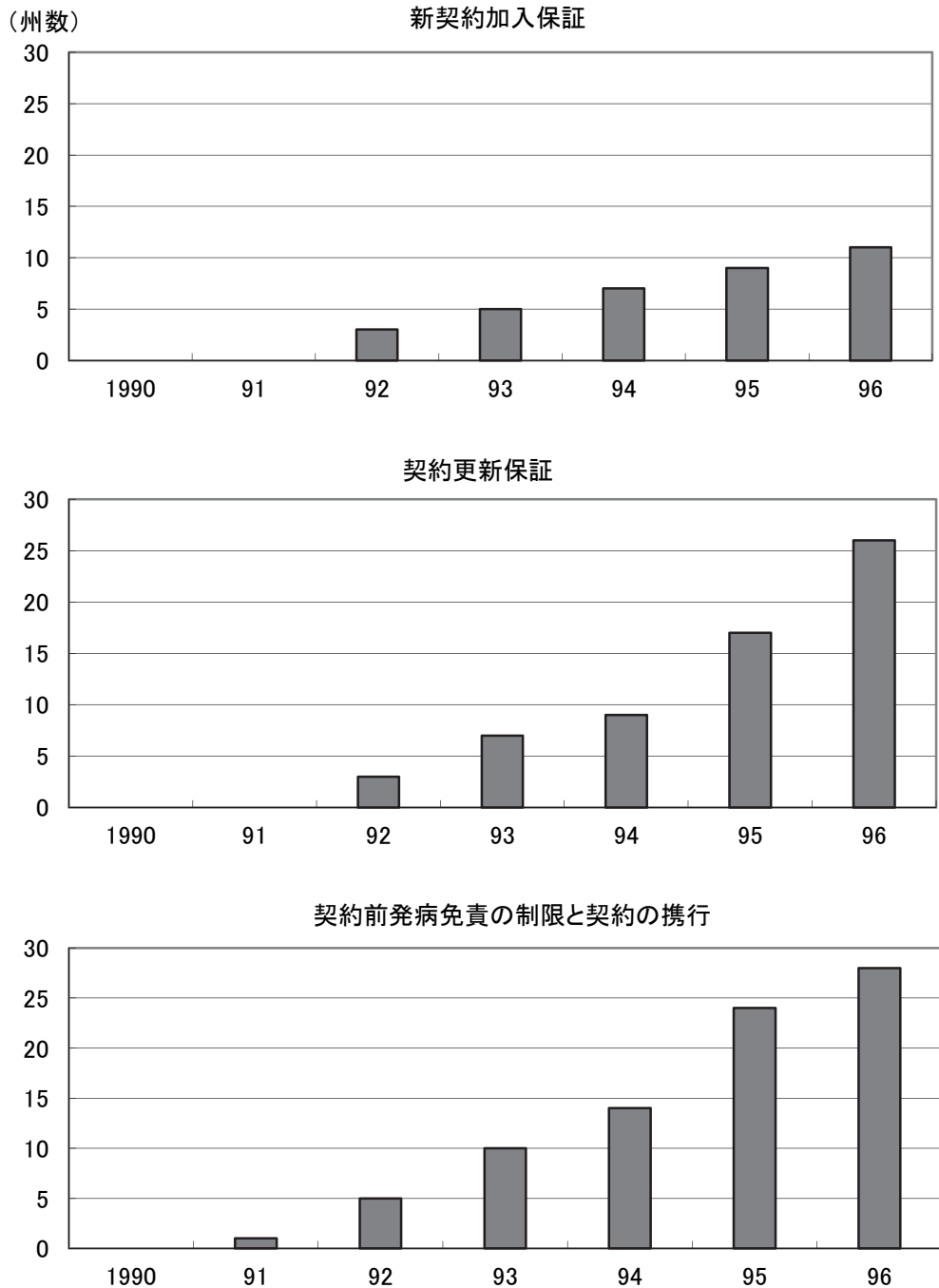
上記の要件で着目したいのは、④の (b) で「適格ハイリスクプール」を選択肢の1つとして定めていることである。適格ハイリスクプールとは、有資格個人に対してどのような契約前発病の免責も適用されない医療保険を有資格個人に提供しているハイリスクプールであり、かつ、NAICのハイリスクプールのモデル法が定める料率と給付の要件を満たしているハイリスクプールである。州政府が「代替手段」を選択した場合、ハイリスクプールを利用できるようにしているのである。NAICは1982年12月にハイリスクプールのモデル法 (Model Health Insurance Pooling Mechanism Act) を制定していた⁽²²⁾。それを受けて、1996年連邦法が制定されるまでに24の州政府がハイリスクプールを立法化していた。そして、1996年連邦法の制定を受けて、大部分の州政府は「代替手段」を選択し、それを選択した州政府の大部分はハイリスクプールを選択したのである。

(22) NAICは1992年6月にモデル法を全面改正し、モデル法名をModel Health Plan for Uninsurable Individuals Actに変更した。

3. 改革の評価

以上から、クリントン政権の民間医療保険の改革（1996年連邦法）について次のようにまとめ、評価することができる。

【図表5-10 改革の手段を立法化した州政府の数（個人医療保険）】



(出所) Laudicina, Losleben and Walker (2001) ; 各州保険法

第1に、大団体と小団体と個人の医療保険に対して定めた改革の手段はすべて、すでにNAICモデル法が定めていたものである。「医療貯蓄口座」については、対象者と口座数と実施期間を限定していた。NAICは医療貯蓄口座のモデル法を制定しなかったが、1990年代にそれを立法化した州政府もあった。

第2に、大団体医療保険(自家保険を含む)をNAICモデル法は対象にしていなかったが、1996年連邦法は対象にした。しかし、州政府はそれを支持したのである。

第3に、NAICモデル法が小団体医療保険に対して定めた改革の手段を、1996年連邦法が制定された時点で大部分の州政府は立法化していた。そして、1996年連邦法は多くの州保険法よりも規制が緩いので、多くの州政府は州保険法を改正する必要はほとんどなかったのである。

第4に、1990年代前半に小雇用主医療保険の改革に続いて個人医療保険の改革を行った州政府もあった。しかし、1996年連邦法が制定された時点で個人医療保険の改革を行っていた州政府の数は、小雇用主医療保険の改革と比較すると少なかった(図表5-10を参照)。前節で指摘しておいたように、NAICは1996年3月に個人医療保険のモデル法を制定した。それは1996年連邦法が制定される5カ月前であった(逆に言えば、連邦政府が1996年連邦法を制定したのはその5カ月後であった)。連邦政府が1996年連邦法を制定したのは、①個人医療保険の改革を行った州政府の数は比較的少ないこと、②しかしNAICが個人医療保険のモデル法を制定したこと、おもに個人医療保険の改革のための立法化を州政府に求めるためであるといえるであろう。しかし、「新契約加入保証」と「契約前発病の免責に対する制限」は、有資格個人が加入する医療保険に限定した。そして、有資格個人が加入する医療保険の「新契約加入保証」として、州政府がハイリスクプールを利用できるようにしたのである。

以上の4つの点から、クリントン政権の民間医療保険の改革(1996年連邦法)は州規制(州政府の主導性)を前提としており、連邦規制を強化しようとするものではない(したがって州規制と連邦規制の二重規制を生じさせるものではない)と評価することができよう。

V オバマ政権の医療保険改革

1. 改革法の概要

オバマ政権は医療保険改革を国内政策の重要課題の1つに掲げた。医療保険改革法案はまず下院法案(Affordable Health Care for America Act)が2009年11月上旬に通過し、続いて上院法案(Patient Protection and Affordable Care Act)が12月下旬に通過した。そして、2010年3月下旬に上院法案が下院を通過し、オバマ大統領が署名して成立した。

患者保護及び医療費負担可能法(Patient Protection and Affordable Care Act、以下「2010

年連邦法」と表記する)は1996年連邦法よりも包括的である。2010年連邦法は10の編から構成されており、民間医療保険、公的医療保険、医療扶助、医療サービス提供などにかかわるさまざまな規定が定められている。民間医療保険にかかわる規定はおもに第I編で定められており、2010年から2018年にかけて施行される(主要な規定は2014年に施行される)。

本節では、民間医療保険を取り上げ、医療保険取引所の創設および既存市場の医療保険(既存の医療保険市場で引き受けられている医療保険)の改革について考察する。それは各州政府とクリントン政権が1990年代に行った民間医療保険の改革と比較するためである。

2. 改革の内容

医療保険取引所にかかわる主要な諸規定は以下のとおりである。

- (a) 州政府は、政府機関または非営利機関が運営する個人医療保険の取引所(American Health Benefit Exchange)と小団体医療保険(被用者100人以下)の取引所(Small Business Health Options Program Exchange)を2014年までに創設する。2017年から被用者100人超の大団体医療保険も小団体医療保険の取引所に含めるかどうかを州政府は決めることができる。
- (b) 全州とコロンビア特別区で非営利かつメンバー運営の医療保険会社の設立を促進するために、Consumer Operated and Oriented Plan (CO-OP) Programを創設する。
- (c) 保険給付と医療費自己負担が異なる4種類の医療保険を創設する。
- (d) 「新契約加入保証」と「契約更新保証」と「料率規制」を行う。料率は地域、年齢(3:1)、家族構成、喫煙の有無(1.5:1)のみに基づいて算定されなければならない。

他方、既存市場の医療保険にかかわる主要な諸規定は以下のとおりである。

- (e) 個人医療保険と小団体医療保険において、保険給付と医療費自己負担が異なる4種類の医療保険を創設する。
- (f) 個人医療保険と小団体医療保険に対して、「新契約加入保証」と「契約更新保証」と「料率規制」を行う。料率は、地域、年齢(3:1)、家族構成、喫煙の有無(1.5:1)にのみに基づいて算定されなければならない。
- (g) メディカルロスレシオ(medical loss ratio)が大団体医療保険で85%、個人医療保険と小団体医療保険で80%を下回った場合、保険者は保険契約者にその分の保険料の払戻しをしなければならない。
- (h) 個人医療保険と団体医療保険は、①年間給付額と生涯給付額の制限を禁止する、②詐欺と不実告知を除いて契約解除を禁止する、③児童に対する契約前発病の免責を禁止する、④年間の医療費自己負担の上限を定める、⑤予防サービスに対して自己負担を課してはならない。

上記の医療保険取引所および既存市場の医療保険にかかわる諸規定のうち、(c)と(e)およ

び(d)と(f)は同じである。医療保険取引所および既存市場の医療保険の諸規定は次の3つに大別できる。

第1に、全米保険監督官協会 (NAIC) はモデル法を制定しておらず、各州政府も総じて立法化していない規定である。(a)と(b)と(c)と(e)と(h)が該当する。

第2に、NAICはモデル法を制定し、各州政府も立法化した規定であって、各州保険法と同じ規定である。(d)と(f)の「新契約加入保証」と「契約更新保証」が該当する。

第3に、NAICはモデル法を制定し、各州政府も立法化した規定であるが、各州保険法よりも総じて厳しい規定である。(d)と(f)の「料率規制」が該当する。

なお、(g)のメディカルロスレシオについては、NAICはモデルガイドラインを制定し、州政府も(数は少ないが)立法化した規定である。すなわち、NAICは1980年12月にモデルガイドライン (Guidelines for Filing of Rates for Individual Health Insurance Forms) を制定し、そのなかで個人医療保険のメディカルロスレシオについて定めた(団体医療保険のメディカルロスレシオについてはその後も定めていない)。そして、2010年4月時点で10州は個人医療保険、19州は小団体医療保険、7州は大団体医療保険のメディカルロスレシオについては定めていた⁽²³⁾。しかし、2010年連邦法が定めるメディカルロスレシオはNAICモデルガイドラインと各州保険法よりも規制が厳しいかどうかを判断することはむづかしい。それは、2010年連邦法のメディカルロスレシオの定義がNAICモデルガイドラインと各州保険法(従来のメディカルロスレシオの定義)と異なるためである⁽²⁴⁾。

(a)と(b)と(c)と(e)と(h)は、NAICはモデル法を制定しておらず、各州政府も総じて立法化していない規定である。(a)と(b)と(c)は医療保険取引所にかかわる規定である。NAICは2011年11月に医療保険取引所のモデル法 (American Health Benefit Exchange Model Act) を制定した。そして、各州政府はそれを受けて、立法化を検討している(2012年1月時点で13州が立法化している)。

医療保険取引所について指摘したいことは次の2つの点である。第1に、各州政府は医療保険取引所の設計に大きな裁量を有していることである。具体的には、①医療保険取引所の設立方法(医療保険取引所を既存のまたは新しい政府機関として設立するか、独立公共機関すなわち準政府機関として設立するか、非営利機関として設立するか)、②医療保険取引所に参加する適格医療プラン(保険者)との契約関係(医療保険取引所は所定の基準を満たしているすべての適格医療プランと契約を締結するか、医療保険取引所が選定した

(23) 従来のメディカルロスレシオは「医療費(保険金)÷保険料」である。それに対して2010年連邦法のメディカルロスレシオは「(医療費+医療の質を改善する活動のための経費)÷(保険料-連邦・州税-免許手数料)」である。この点については、AHIP (2010) を参照。

(24) この点については、GAO (2011a, 2011b) を参照。なお、NAICは2010年10月にメディカルロスレシオのモデル規則 (Regulation for Uniform Definitions and Standardized Methodologies for Calculation of the Medical Loss Ratio for Plan Years 2011, 2012 and 2013 per Section 2718 (b) of the Public Health Service Act) を制定した。

いくつかの適格医療プランのみと契約を締結するか)、③医療保険取引所のガバナンス(医療保険取引所を指揮する理事会のメンバーの人数や構成や任期などをどうするか)などを各州政府は決めることができる。

第2に、①医療保険取引所で提供される医療保険の種類、②医療保険取引所で提供される医療保険における医療費自己負担の制限、③医療保険取引所の管理、にかかわる要件(連邦法と連邦ガイドラインが定める要件)のウェイバーを各州政府は2017年以降、保健福祉省長官に申請することができることである⁽²⁵⁾。

各州政府は2010年連邦法と連邦ガイドラインの範囲内で自州の実情に合わせて医療保険取引所を設計し、運営することができるのである。この点において、医療保険取引所の創設は州政府の主導性を前提にしているといえることができる。

(d)と(f)の「新契約加入保証」と「契約更新保証」は、NAICはモデル法を制定し、各州政府も立法化した規定であって、各州保険法と同じ規定である。すべての州政府はすでに1990年代末時点で小団体医療保険に対する新契約加入保証および小団体医療保険と個人医療保険に対する契約更新保証を立法化していた。しかし、個人医療保険に対する新契約加入保証については、2010年時点で、1996年連邦法が定める有資格個人に限定し、その他の個人に対する新契約加入保証を立法化していない州政府もある。

(d)と(f)の「料率規制」は、NAICはモデル法を制定し、各州政府も立法化した規定であるが、各州保険法よりも総じて厳しい規定である。最後に以下では、NAICモデル法(第Ⅲ節で考察した小雇用主医療保険の1995年モデル法)が定める料率規制および各州政府が2010年時点で行っている料率規制について考察し、2010年連邦法が定める料率規制と比較しよう。

第Ⅲ節で述べたように、1990年モデル法と1991年モデル法は料率算定方式として料率幅方式を、1995年モデル法は調整地域料率方式を採用している。料率幅方式よりも調整地域料率方式のほうが規制は厳しい。

1995年モデル法は、保険者が使用できる危険要因として「地域」と「年齢」と「家族構

(25) ウェイバー(waiver)とは、連邦法の規定を連邦政府が州政府に課す権利を放棄することをいう。

メディケイドや児童医療保険プログラム(次節を参照)などの公的プログラムは州政府が運営している。公的プログラムを運営している州政府に対して連邦政府が補助金を交付する場合、連邦政府は公的プログラムに対して定めた連邦法と連邦ガイドラインの要件を州政府に課している。換言すれば、州政府が連邦補助金を受け取ることができるためには、連邦法と連邦ガイドラインの要件に従って公的プログラムを設計し、運営しなければならない。しかし、州政府が自州のプログラムを柔軟に設計し、運営することができるように連邦政府は連邦法と連邦ガイドラインの要件を定めている。換言すれば、州政府は連邦法と連邦ガイドラインの範囲内で自州のプログラムを柔軟に設計し、運営することができる。さらに、ウェイバー制度を活用することによって(連邦政府にウェイバーを申請し、連邦政府がそれを承認した場合)、州政府は自州のプログラムをいっそう柔軟に設計し、運営することができる。

成」の3つを認めている。そして「年齢」の使用によって生じる料率の格差を2：1（2倍以内）に制限している。他方、2010年連邦法は「地域」と「年齢」と「家族構成」と「喫煙の有無」の4つを認めている（したがって同法は調整地域料率方式を採用している）。そして「年齢」と「喫煙の有無」の使用によって生じる料率の格差をそれぞれ3：1と1.5：1に制限している。つまり、①保険者が使用できる危険要因の数は2010年連邦法のほうが1つ多いこと、②「年齢」の使用によって生じる料率の格差に対する制限は2010年連邦法のほうが緩い（1995年モデル法は2倍以内であるのに対して2010年連邦法は3倍以内である）ことから、2010年連邦法のほうが規制は少し緩い。

ほとんどの州政府は2010年時点で小団体医療保険の料率規制を行っており、料率幅方式を採用している州は35州、調整地域料率方式は11州、純粋地域料率方式は2州である。純粋地域料率方式では、保険者が使用できる危険要因として「地域」と「家族構成」のみを認めている。したがって、調整地域料率方式よりも純粋地域料率方式のほうが規制は厳しい⁽²⁶⁾。

図表5-11は「被保険者の特性」に該当する危険要因を6つ取り上げ、保険者が使用することを認めている州保険法の数を示したものである⁽²⁷⁾。料率幅方式では、2010年連邦法が認めている「地域」「年齢」「家族構成」を大部分の州保険法は認めている。また、2010年連邦法が認めていない「性別」「職業・産業」「団体規模」も多く、多くの州保険法は認めている。逆にいえば、「性別」「職業・産業」「団体規模」を認めていない州保険法は少ない（これら3つの危険要因をすべて認めていない州保険法はほとんどない）。さらに、第Ⅲ節で述べたように、料率幅方式では「危険特性」に該当する危険要因（「健康状態」や「保険金支払実績」など）も認めている。したがって、料率幅方式を採用しているすべての州保険法は2010年連邦法よりも規制がかなり緩い。

調整地域料率方式では、2010年連邦法が認めている「地域」「年齢」「家族構成」をほとんどの州保険法は認めている。他方、2010年連邦法が認めていない「性別」「職業・産業」「団体規模」を多くの州保険法は認めていない。しかし、2010年連邦法が認めていない3つの危険要因をすべて認めていない州保険法は少ない。したがって、調整地域料率方式を採用している多くの州保険法は2010年連邦法よりも規制が緩い。

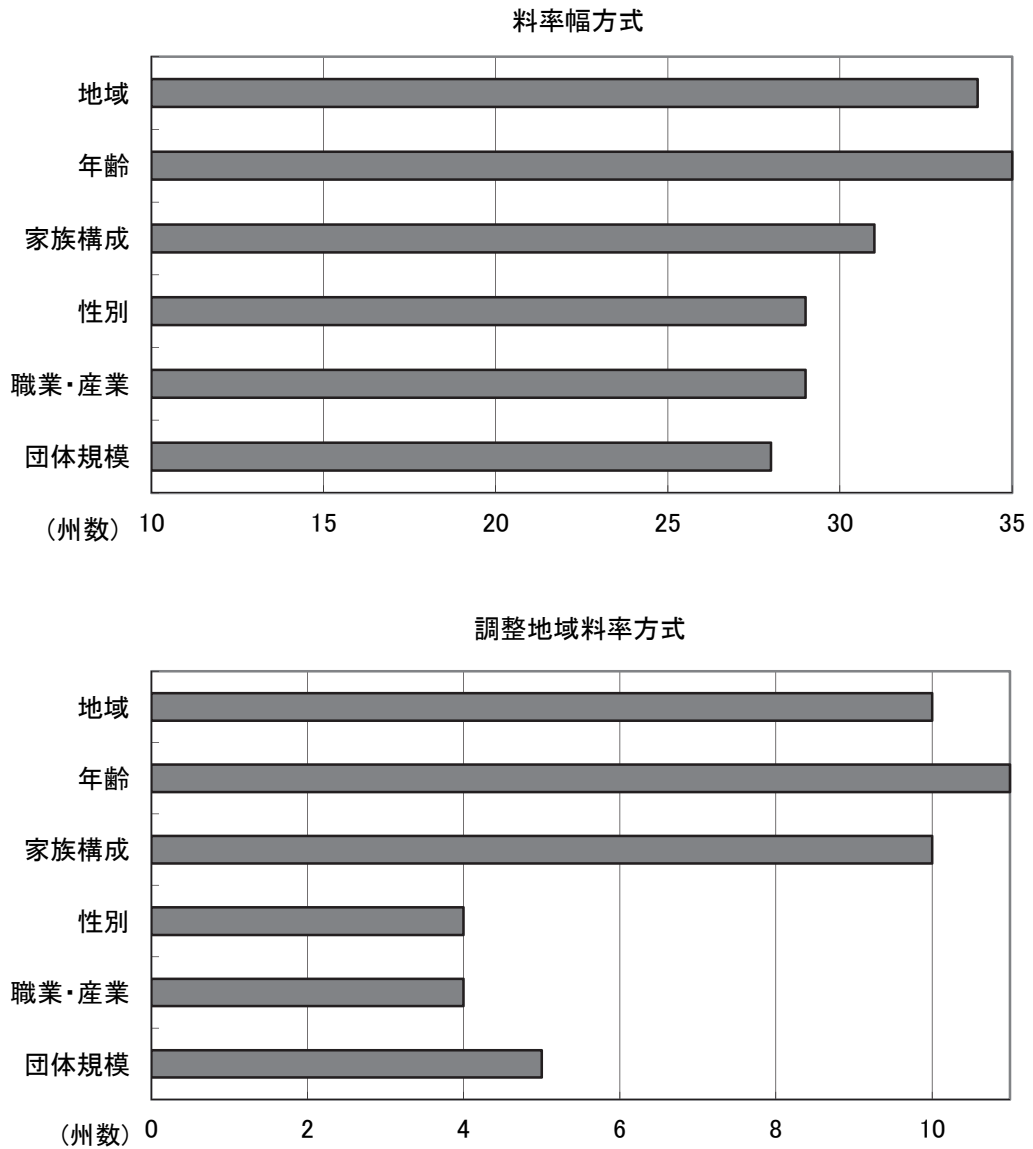
なお、純粋地域料率方式では、保険者が使用できる危険要因として「地域」と「家族構成」のみを認めている。したがって、純粋地域料率方式を採用している州保険法は2010年連邦法よりも規制が厳しい⁽²⁸⁾。

(26) NAICモデル法は純粋地域料率方式（pure community rating）について定めていない。

(27) 1992年モデル法は、被保険者の特性としてこれら6つの危険要因を明示している。

(28) 2010年連邦法は個人医療保険の料率規制についても定めている。個人医療保険の料率規制については考察しないが、①個人医療保険の料率規制を行っている州は2010年時点で19州（料率幅方式12州、調整地域料率方式6州、純粋地域料率方式1州）であり、小団体医療保険の料率規制と比較すると

【図表 5-11 州保険法が認める危険要因（2010年）】



（出所）NAIC（2010）；各州保険法

3. 改革の評価

以上から、オバマ政権の民間医療保険の改革（医療保険取引所の創設および既存市場の医療保険の改革）について次のようにまとめ、評価することができる。

2010年連邦法は1996年連邦法と同様、州政府が定めなければならない最低限の基準であ

少ないこと、②19州の州保険法の多くは2010年連邦法よりも規制が緩いことを指摘しておきたい。

る。州保険法が2010年連邦法に反しておらず、州保険法の規定のほうが被保険者に有利であるならば、州保険法の規定が適用される。この点において、2010年連邦法も州政府の主導性を前提にしている。

しかし、2010年連邦法は1996年連邦法と次の2つの点で異なっている。第1に、2010年連邦法の諸規定のなかには、NAICはモデル法を制定しておらず、各州政府も総じて立法化していない規定があることである。第2に、NAICはモデル法を制定し、各州政府も立法化している規定であっても、州政府が定めなければならない最低限の基準であるとはいえない規定がある（2010年連邦法のほうが州保険法よりも規制が厳しい）ことである。

州政府が監督規制を主導的に行うためには、上記の2つの点に該当する2010年連邦法の規定を州政府は立法化しなければ（州保険法を改正しなければ）ならない。第1の点に該当するのは、オバマ政権の医療保険改革の目玉とされる医療保険取引所の創設である（医療保険取引所にかかわる規定は2014年1月1日に施行される）。それは、2010年連邦法と連邦ガイドラインの範囲内で各州政府が自州の実情に合わせて設計し、運営することができるという点において州政府の主導性を前提にしている。他方、第2の点に該当するのは料率規制である（料率規制にかかわる規定も2014年1月1日に施行される）。第Ⅲ節で述べたように、料率規制は複雑であり、各州の実情は異なるために、各州政府が自州の実情をふまえて採用する料率規制の諸規定は異なっているのである。しかし、2010年連邦法は、各州における料率規制の統一化を促進する可能性が高いであろう。それは、①2010年連邦法は、とくに料率幅方式を採用している多くの州保険法よりも規制がかなり厳しいためであり、したがって②州政府が州保険法を改正する場合、2010年連邦法と同じ規定を立法化する可能性が高いためである。州政府が州保険法を改正しない場合には、連邦法によって規制される⁽²⁹⁾。

以上から、オバマ政権の民間医療保険の改革も州規制（州政府の主導性）を前提にしているが、規制の統一化を促進する側面がある（州規制と連邦規制の二重規制を生じさせる可能性がある）と評価することができよう。

VI 公的医療保険と医療扶助（補論）

1. メディケア

メディケア（Medicare）はパートA～パートDの4つの保険からなっており、連邦政府が

(29) 2010年連邦法の制定を受けて、NAICは小団体医療保険の新モデル法案（Small Group Market Health Insurance Coverage Model Act）と個人医療保険の新モデル法案（Individual Market Health Insurance Coverage Model Act）を起草し、審議している（2012年10月現在）。料率規制にかかわる両モデル法案の規定は2010年連邦法の規定と同じである。今後のNAICと各州政府の対応に注目したい。

運営している。パートAとパートBは1965年社会保障修正法（Social Security Amendments of 1965）によって創設され、66年から実施された。

パートAは強制加入であり、財源は社会保障税である。現役期に社会保障税（労使折半）を10年間納付すると、パートAの受給資格を取得できる。高齢者のほとんどは受給資格を有している。受給資格を有していない高齢者は、パートAの保険料を支払うとパートAに加入できる（ただし、パートBにも加入しなければならない）。パートAは、入院ケア、在宅ケア、ホスピスケア（余命6カ月以内の終末期の人々に対するケア）のサービスをカバーしている。

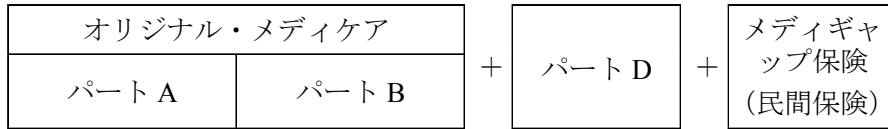
パートBは任意加入であり、財源は保険料と公費である（公費が財源の約75%を占めている）。パートAの加入者は、パートBの保険料を支払うとパートBに加入できる。保険料は2006年まで定額であったが、2007年から所得に応じて設定されている。パートAの加入者のほとんどはパートBに加入している。パートBは、医師サービス、臨床検査サービス、外来サービス、在宅ケアサービス、予防サービスなど、パートAがカバーしていないサービスをおもにカバーしている。

パートAとパートBには医療費の自己負担があり、在院日数が多くなるとかなり大きくなる。そのために、加入者の多くは民間保険のメディギャップ保険に加入している。メディギャップ保険はパートAとパートBにおける医療費の自己負担をカバーしている。

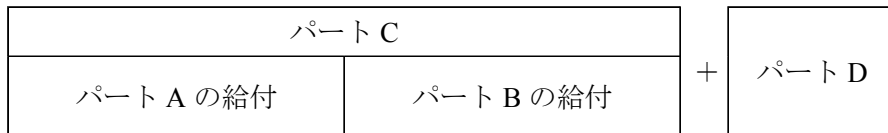
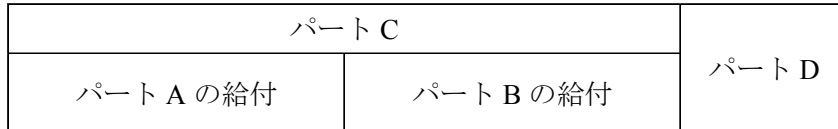
パートCとパートDは比較的新しい保険である。パートCは1997年均衡予算法（Balanced Budget Act of 1997）によって創設され、99年から実施された。パートAとパートBはオリジナル・メディケア、パートCはメディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれている。

【図表 5-12 加入者の選択】

① オリジナル・メディケア



② メディケア・アドバンテージ・プラン



(出所) 筆者作成

パートCは、民間保険会社が提供している保険（プラン）である（つまり、連邦政府は民間保険を活用している）。それには、HMOプラン、PPOプラン、出来高払いプランなどがある。すべてのプランは、オリジナル・メディケアがカバーしているサービスと同じサービスをカバーしている。また、HMOプランとPPOプランの大部分は、付加給付（眼鏡、補聴器、入れ歯などに対する給付）も行っている（付加給付を行っている出来高払いプランは少ない）。さらに、大部分のプランはパートDの外来処方薬もカバーしている。

オリジナル・メディケア（パートAとパートBの双方）の受給資格者は、それに代えてパートCのプランに加入できる。加入するプランが付加給付とパートDの外来処方薬給付を行う場合、加入者はパートB・付加給付・パートDの保険料をまとめて支払う。多くのプランの医療費自己負担は、オリジナル・メディケアとメディギャップ保険の双方に加入している場合よりも少ない。そのために、パートCの加入者はメディギャップ保険に加入できない（図表 5-12を参照）。

しかし他方で、HMOプランまたはPPOプランに加入する場合、加入者は医療提供者の選択に制約を受ける。HMOプランでは、プランが指定した医療提供者から加入者は医療サービスを受けなければならない。また、加入者は最初にプライマリケア医から診察を受けなければならない。PPOプランでは、プランが指定していない医療提供者から医療サービスを受けることもできる（しかし、医療費の自己負担は大きくなる）。また、最初にプライマリケア医から診察を受ける必要はない。

パートDは2003年メディケア処方薬・改善・現代化法（Medicare Prescription Drug,

Improvement, and Modernization Act of 2003) によって創設され、2004年から実施された。パートDは任意加入であり、外来処方薬をカバーしている。財源は保険料と公費である（公費が財源の約75%を占めている）。オリジナル・メディケアは外来処方薬の大部分をカバーしていない。また、パートCのプランのなかには、外来処方薬をカバーしていないものがある。オリジナル・メディケアの加入者および外来処方薬をカバーしていないパートCのプランの加入者は、パートDの保険料を支払うとパートDに加入できる。

パートDも民間保険会社が提供している保険（プラン）である。つまり、連邦政府はパートDでも民間保険を活用している。プランがカバーする外来処方薬はプランによって異なっている。プランがカバーする外来処方薬は、フォーミュラリーと呼ばれる薬剤リストに掲載されている。多くのプランのフォーミュラリーは、薬剤がジェネリック医薬品か新薬かによっていくつかのカテゴリーに区分されており、カテゴリーによって保険料と医療費自己負担が異なっている。メディギャップ保険は、パートDの医療費自己負担はカバーしていない。

2. メディケイド

メディケイド（Medicaid）も1965年社会保障修正法によって創設された。メディケイドは貧困者（高齢者、障害者、扶養児童のいる世帯など）を対象とする医療扶助であり、州政府が運営している。州政府がメディケイドを実施するかどうかは州政府の任意であるが、すべての州とコロンビア特別区は実施している⁽³⁰⁾。

メディケイドの財源のほとんどは連邦政府の補助金と州政府の自主財源である。メディケイドを実施する場合、州政府が連邦補助金を受け取ることができるためには、メディケイドに対して定めた連邦法と連邦ガイドラインの要件に従わなければならない。

州政府は、連邦法と連邦ガイドラインの要件に従って受給資格者、保険料（加入料）、保険給付、医療費の自己負担、医療提供者に支払う医療費（診療報酬）などについて自州のプログラムを設計し、運営しなければならない。しかし、州政府が自州のプログラムを柔軟に設計し、運営することができるように連邦政府は連邦法と連邦ガイドラインの要件を定めている。つまり、州政府は連邦法と連邦ガイドラインの範囲内で自州のプログラムを柔軟に設計し、運営することができる。そのために、受給資格者や保険給付などは州ごとに異なっている。

たとえば受給資格者では、社会保障法は州政府がメディケイドの受給資格を「与えなければならない人々」と「与えてもよい人々」について定めている。前者には、以前の要扶養児童家族扶助の所得・資産要件を満たしている貧困世帯、世帯所得が連邦貧困水準の

(30) メディケイドを最後に実施したのは1982年のアリゾナ州である。

133%以下の妊婦と6歳未満の児童などが含まれる⁽³¹⁾。後者には、世帯所得が連邦貧困水準の133%超185%以下の妊婦と1歳未満の乳児などが含まれる。

保険給付にも、州政府がメディケイドで「行わなければならない給付」と「行ってもよい給付」がある。前者には、入院サービス、医師サービス、外来サービスなどが含まれる。後者には、処方薬、歯科サービス、検眼サービスなどが含まれる。前者でも、たとえば州政府は入院サービスの年間給付日数を何日と制限してもよいし、制限しなくてもよい。

メディケイドの財源のほとんどは連邦政府の補助金と州政府の自主財源である。メディケイドに要した給付費と事務費は、連邦政府と州政府が分担する。給付費と事務費の全額のうち、連邦政府が分担する割合は連邦医療補助率（federal medical assistance percentage）と呼ばれている。給付費に対する連邦医療補助率は州によって異なっており、各州の1人当たり個人所得に基づいて50～83%の範囲内に設定される。たとえば、連邦医療補助率が60%の場合、給付費の60%を連邦政府が支払い、40%を州政府が支払う。事務費に対する連邦医療補助率はすべての州で50%である（なお、事務費のなかには50%超の連邦医療補助率が適用されるものもある）。

連邦補助金は事後的に（四半期ごとに）州政府に交付される。州政府は給付費と事務費の全額を支払い、四半期ごとに連邦政府に支出報告書を提出して連邦補助金を申請する。連邦政府は給付費と事務費に連邦医療補助率をかけた金額の連邦補助金を州政府に交付する。

3. 児童医療保険プログラム

児童医療保険プログラム（Children's Health Insurance Program、以下CHIPと表記する）は1997年均衡予算法によって創設された⁽³²⁾。同法が定めたCHIPの実施期間は1998年度から2007年度まで（1997年10月1日から2007年9月30日まで）の10年間であった。その後、連邦議会は数件の連邦法（時限法）を制定し、2015年度までCHIPを延長している。

CHIPは州政府が運営している。州政府がCHIPを実施するかどうかは州政府の任意であるが、すべての州とコロンビア特別区は実施している。

(31) 要扶養児童世帯扶助（Aid to Families with Dependent Children, AFDC）は扶養児童のいる貧困世帯に最低限の所得を保障する現金扶助であり、州政府が運営している。

1935年社会保障法によって「要扶養児童扶助（Aid to Dependent Children, ADC）」が創設され、1961年社会保障修正法によってADCがAFDCに名称変更された。そして、1996年個人責任及び就労機会調整法（Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996）、いわゆる1996年福祉改革法によってAFDCは「貧困家族一時扶助（Temporary Assistance for Needy Families, TANF）」に再編された。

(32) CHIPの当初の名称は「州児童医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program）」であったが、2009年児童医療保険プログラム再認可法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009）によってCHIPに名称変更された。

CHIPは「保険」の名称が付けられているが、財源のほとんどは連邦政府の補助金と州政府の自主財源であり、保険料はわずかである。州政府が連邦補助金を受け取ることができるためには、連邦法と連邦ガイドラインの要件に従って自州のプログラムを設計し、運営しなければならない。しかし、連邦法と連邦ガイドラインの範囲内で自州のプログラムを柔軟に設計し、運営することができる。

CHIPの加入資格を有する児童は、メディケイドの受給資格を有していない低所得世帯の無保険の児童（19歳未満）である。つまり、メディケイドの受給資格を有するほどの貧困世帯の児童ではなく、医療保険（公的医療保険または民間医療保険）に加入していない低所得世帯の児童である。

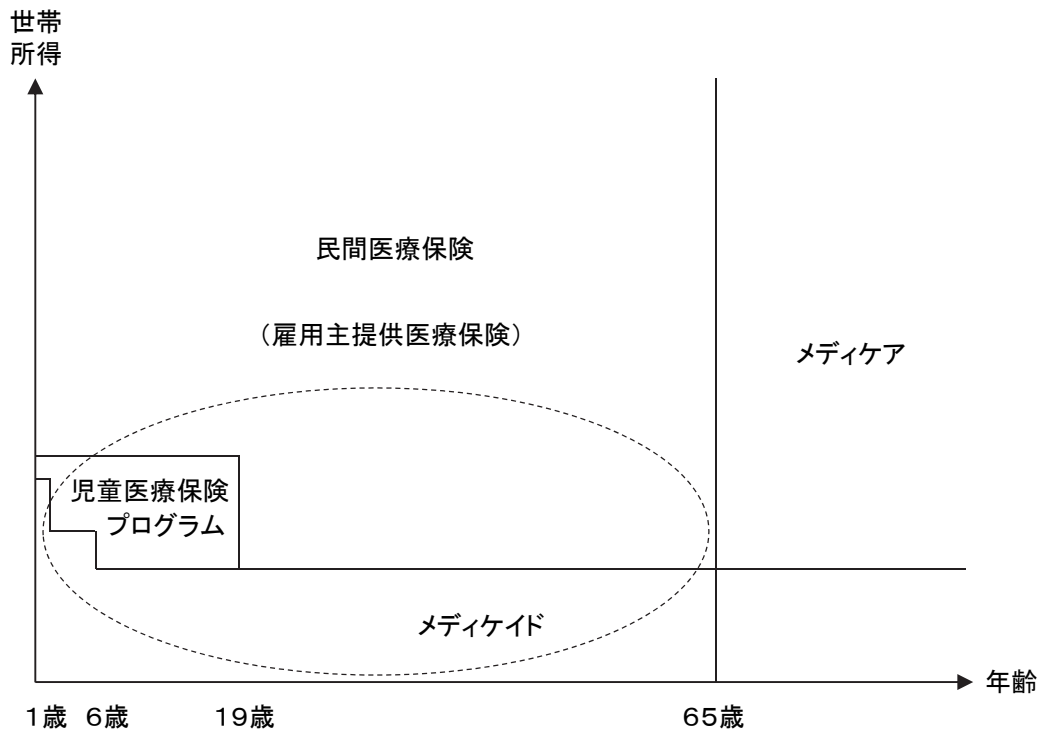
CHIPでは、加入資格を有する児童に医療保険を提供する際、州政府は民間保険を活用している。つまり、州政府は児童向けの医療保険（マネジドケア・プラン）を民間保険会社に開発・販売してもらい、その保険料の大半を助成している。

CHIPの財源のほとんどは連邦政府の補助金と州政府の自主財源である。CHIPに要した給付費（保険料）と事務費は、連邦政府と州政府が分担する。州政府がCHIPを実施するように仕向けるために、連邦政府はCHIPの連邦医療補助率をメディケイドのそれよりも高く設定している。CHIPの連邦医療補助率は、100%とメディケイドの連邦医療補助率との差額の30%がメディケイドの連邦医療補助率に加算される（ただし、85%の上限がある）。たとえば、メディケイドの連邦医療補助率が60%の場合、CHIPの連邦医療補助率は $60 + (100 - 60) \times 0.3 = 72\%$ になる。CHIPの連邦医療補助率が72%の場合、給付費＋事務費の72%を連邦政府が支払い、28%を州政府が支払う（なお、事務費は給付費＋事務費の10%以下でなければならないという事務費の上限がある）。

4. 年齢・世帯所得と医療保険

図表5-13は、横軸を年齢、縦軸を世帯所得として、公的医療保険（メディケアと児童医療保険プログラム）と医療扶助（メディケイド）と民間医療保険の位置を示したものである。点線は、その内側に比較的多くの無保険者がいることを示している（無保険者は点線の外側にもいる）。なお、点線がメディケイドと児童医療保険プログラムにも掛かっているのは、申請すればメディケイドの受給資格を得られるまたは児童医療保険に加入できる可能性が高いにもかかわらず、①メディケイドと児童医療保険プログラムの存在を知らない、②知っていても申請しない（申請の方法がわからないことも含む）、③更新手続きをしない（更新手続きが必要であることを知らないまたは更新手続きを忘れていた）などの理由で無保険者がいるためである。

【図表 5-13 年齢・世帯所得と医療保険（2010年）】



(出所) 筆者作成

【参考文献】

- ・ 櫻井潤『アメリカの医療保障と地域』（渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と分権」第5巻）日本経済評論社、2012年。
- ・ 渋谷博史・中浜隆・櫻井潤「21世紀のアメリカ社会保障」『海外社会保障研究』（国立社会保障・人口問題研究所）第171号、2010年、pp. 4-15。
- ・ 中浜隆『アメリカの民間医療保険』（渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第7巻）日本経済評論社、2006年。
- ・ ——「医療保険」地主敏樹・村山裕三・加藤一誠編著『現代アメリカ経済論』（シリーズ「現代の世界経済」第1巻）ミネルヴァ書房、第13章所収、2012年、pp. 254-273。
- ・ ——「アメリカにおける州・連邦政府の医療保険規制－規制の分権性と州政府の主導性－」渋谷博史・根岸毅宏編『アメリカの分権と民間活用』（渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と分権」第1巻）日本経済評論社、第5章所収、2012年、pp.173-202。
- ・ 溝渕彰「オバマ政権下における金融制度改革と保険規制－AIGの経営破綻の事例を参考にして－」『生命保険論集』（生命保険文化センター）第173号、2010年、pp.69-89。
- ・ Acs, Gregory, Stephen H. Long, M. Susan Marquis, and Pamela Farley Short, “Self-Insured Employer Health Plans : Prevalence, Profile, Provisions, and Premiums.” *Health Affairs*, Vol.15, No.2, 1996,

pp. 25–42.

- American Council of Life Insurers, *2011 Life Insurers Fact Book*. Washington, D.C. : ACLI, 2011.
- America’s Health Insurance Plans, *State Mandatory Medical Loss Ratio (MLR) Requirements for Comprehensive, Major Medical Coverage : Summary of State Laws and Regulations*. Washington, D.C. : AHIP, 2010.
- Chollet, Deborah J., Adele M. Kirk, and Kosali Ilayperuma Simon, *The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure. Report to the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*. Washington, D.C. : U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- Cohen, Robin A and Michael E. Martinez, *Health Insurance Coverage : Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2011*. Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics, 2012.
- DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60–243, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2011*, Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, 2012.
- Fronstin, Paul, *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured : Analysis of the March 2003 Current Population Survey*, EBRI Issue Brief No. 264, Washington, D.C. : Employee Benefit Research Institute, 2003.
- ———, *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured : Analysis of the March 2012 Current Population Survey*, EBRI Issue Brief No. 376, Washington, D.C. : Employee Benefit Research Institute, 2012.
- Health Insurance Association of America, *The Health Insurance Primer*. Washington, D.C. : HIAA, 2000.
- Holahan, John and Len Nichols, “State Health Policy in the 1990s.” Robert F. Rich and William D. White (eds), *Health Policy, Federalism, and the American States*. Washington, D.C. : The Urban Institute Press, 1996, pp. 39–70.
- Kaiser Family Foundation, *Summary of New Health Reform Law*. Menlo Park, CA : Kaiser Family Foundation, 2010.
- Kaiser Family and HRET, *Employer Health Benefits : 2012 Annual Survey*, Menlo Park, CA : The Henry J. Kaiser Family Foundation, and Chicago : Health Research and Educational Trust, 2012.
- Laudicina, Susan S., Betsy Losleben, and Natasha Walker, *State Legislative Health Care and Insurance Issues : 2001 Survey of Plans*. Washington, D.C. : Blue Cross Blue Shield Association, 2001.
- Marquis, Susan M. and Stephen H. Long, “Recent Trends in Self-Insured Employer Health Plans.” *Health Affairs*, Vol.18, No.3, 1999, pp. 161–166.
- National Association of Insurance Commissioners, *Compendium of State Laws on Insurance Topics*. Kansas City : NAIC, 2010.

- ———, *Patient Protection and Affordable Care Act : Section-by-Section Analysis*. Kansas City : NAIC, 2011.
- Nichols, Len M. and Linda Blumberg, “A Different Kind of ‘New Federalism’? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.” *Health Affairs*, Vol.17, No.3, 1998, pp. 25-42.
- Popolo, Christine F. and Duane A. Parde, *Health Care Reform in the States, 1995*. Alexandria, VA : Council for Affordable Health Insurance, 1995.
- Rhoades, Jeffrey A. and Steven B. Cohen, *The Long-Term Uninsured in America, 2006-2009 (Selected Intervals) : Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population under Age 65*, Statistical Brief No. 335. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.
- Rushefsky, Mark E. and Kant Patel, *Politics, Power, and Policy Making : The Case of Health Care Reform in the 1990s*. Armonk, NY : M.E. Sharpe, Inc., 1998.
- Sommers, John P., *A Comparison of Employer-Sponsored Health Insurance Characteristics for the Private Sector for the Years 2001 and 2004, by Average Payroll*. Statistical Brief, No.160. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
- United States General Accounting Office, *Health Insurance Standards : New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulators*. Washington, D.C. : GAO., 1998.
- United States General Accountability Office, *Private Health Insurance : Early Experiences Implementing New Medical Loss Ratio Requirements*. Washington, D.C. : GAO, 2011a.
- ———, *Private Health Insurance : Early Indicators Show That Most Insurers Would Have Met or Exceeded New Medical Loss Ratio Standards*. Washington, D.C. : GAO, 2011b.