

アメリカの医療扶助改革と民間医療保険

中 浜 隆

概 要

アメリカでは、国民一般を対象とする公的医療保険〔社会保険〕は存在しない。非高齢者の多くは就労を通じて民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕に加入し、貧困者は医療扶助を受けている。しかし、低所得であっても貧困ではないために医療扶助の受給資格が得られず、他方で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無保険者が多数存在している。

連邦政府は、無保険者問題に対処するために 1980 年代と 90 年代に医療扶助の改革〔とくに 1997 年における州児童医療保険プログラムの創設〕を行った。それは、たんに公的扶助を拡充するだけではない。民間保険を活用して無保険者に医療保険を提供し、雇用主提供医療保険に対する保険料助成を行って民間医療保険の加入を促進しているのである。このことは、アメリカ型医療保険制度の特徴をもっともよくあらわしており、民間メカニズムをできるだけ活用するというアメリカ型福祉国家の特徴を端的に示すものである。

キーワード

医療扶助、無保険者、民間医療保険、雇用主提供医療保険、アメリカ型福祉国家

I. はじめに

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〕一般・障害者・末期腎不全者を対象とする「メディケア (Medicare)」などがある¹⁾。しかし、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しな

1) 公的医療保険には、メディケアのほかに、連邦公務員とその扶養家族を対象とする「連邦公務員医療給付プログラム (Federal Employees Health Benefits Program)」と、州公務員とその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。しかし、これらは公的医療保険と民間医療保険の双方の特徴を有している。

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。

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 (employer-sponsored health insurance)」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者から購入するか、自家保険を採用している。

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)」などがある²⁾。

連邦政府は、1965年6月に1965年社会保障修正法 (Social Security Amendments of 1965, P.L.89-97) を制定し〔社会保障法に第19編を追加し〕、メディケイドを創設した。州政府は、連邦政府が定めたガイドラインにしたがって、受給資格要件・保険料〔加入手数料〕負担・給付内容・医療費の自己負担などの制度設計を行い、運営している³⁾。財源は、連邦政府の補助金と州政府の自主財源によってまかなわれている⁴⁾。

以上の点を含め、アメリカの医療保険制度の特徴は、以下の点にある。第1に、国民一般を対象とする公的医療保険は存在しないことである。第2に、民間医療保険が主流であることである。非高齢者は、就労を通じて民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕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⁵⁾。そして、民間医療保険に加入できない貧困者は、政府が最低限の医療を保障する医療扶助〔メディケイド〕を受けているのである⁶⁾。

しかし第3に、低所得であっても貧困ではないために医療扶助の受給資格を得られず、他方で民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕にも加入できないために、医療へのアクセスに大きな制約を受けている無保険者が多数存在していることである⁷⁾。このことは、1990

2) 公的医療サービスには、メディケイドのほかに、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)」と、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。

3) 社会保障法は、州政府が所定の受給資格者に対して保険料の負担と医療費の自己負担を求めることを禁止している。また、所定の医療サービスに対して医療費の自己負担を設定することも禁止している。さらに、州政府が保険料の負担と医療費の自己負担を求めることができる場合でも、それらの金額を制限している。

4) メディケイドについて詳しくは、Hearne (2005) と Herz, Hearne et al. (2005) を参照。

5) メディケアにおける医療費の自己負担をおもに保障する民間医療保険〔個人医療保険〕を「メディケア補足保険 (Medicare supplement insurance)」、通称「メディギャップ保険 (Medigap insurance)」という。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、メディケアにおける医療費の自己負担などを保障する医療保険を提供している雇用主もいる。

6) 貧困の実態と貧困問題について詳しくは、久本 (2006) を参照。

7) 雇用主提供医療保険では、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任意である〔法律で義務づけられていない〕。収益が少ないなどのために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、パートなどのために医療保険の加入資格を有しない被用者もいる。さ

年代以降におけるグローバリゼーションの進展のもとで、アメリカがグローバル・スタンダードとして世界に向けて提示するアメリカ・モデル〔アメリカ型福祉国家〕の重大な欠点となりうる⁸⁾。

そして第4に、州政府と連邦政府が上記の無保険者問題に取り組むさい、雇用主が被用者とその扶養家族に医療保険を提供できる可能性を高めるために、民間医療保険に対する介入と規制という政策手段で対応していることである⁹⁾。それだけではない。雇用主提供医療保険に加入できる可能性の低い低所得者に対して医療扶助を拡充する〔医療保険を提供する〕さい、民間保険を活用していることである。このことは、アメリカ型医療保険制度の特徴をもっともよくあらわしており、渋谷（2006）が的確に指摘しているように民間メカニズムをできるだけ活用するというアメリカ型福祉国家の特徴を端的に示しているのである。

本稿では、連邦政府が1980年代と90年代に行った医療扶助〔メディケイド〕の改革、とくに州児童医療保険プログラムの創設について考察する。それにあたり、医療扶助の改革を時期と内容によって以下の3つに区分する。

① 1980年代における医療扶助の改革

(a) 過渡的医療扶助の創設

稼得所得の増加などのために要扶養児童家族扶助とメディケイドの受給資格を喪失する扶養児童のいる家族に対して一定期間、メディケイドの給付を継続する

(b) メディケイドの受給資格者の拡大

おもに低所得世帯の妊婦と児童にメディケイドの受給資格を拡大する

② 1997年における州児童医療保険プログラムの創設

低所得世帯の無保険の児童〔18歳以下〕にメディケイドの受給資格を拡大するまたは医療保険を提供する

上記①(a)の「要扶養児童家族扶助（Aid to Families with Dependent Children）」〔以下、

らに、雇用主が医療保険を提供し、医療保険の加入資格があっても、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。1980年代後半以降における雇用主提供医療保険の実態と無保険者問題について詳しくは、長谷川（2006a, 2006b）を参照。

8) 渋谷はこの点を的確に指摘している。渋谷・樋口（2006）の第3節〔第1節と第3節は渋谷教授、第2節は樋口教授の執筆〕を参照。

9) 民間医療保険の加入を促進する政策手段の1つとして、雇用主提供医療保険に対する租税優遇措置がある。この点について詳しくは、渋谷（2005）の第2章と五嶋（2006）を参照。

AFDC と表記する〕は、扶養児童のいる貧困家族に最低限の所得を保障する現金扶助である。AFDC は 1935 年社会保障法 (Social Security Act of 1935) によって創設され、1996 年福祉改革によって「貧困家族一時扶助 (Temporary Assistance for Needy Families)」に再編された¹⁰⁾。

連邦政府は、1980 年代と 90 年代において、医療扶助の改革と同時に、AFDC の改革と AFDC の TANF への再編を中心とする福祉改革を行っている¹¹⁾。それは、貧困家族の「福祉から就労へ (welfare to work)」を促進するものである。そこで、同時期における医療扶助の改革を評価するさいの観点として、「公的扶助から民間保険へ (public assistance to private insurance)」を筆者は提示したい。

医療扶助の改革〔とくに州児童医療保険プログラムの創設〕は、公的扶助〔政府部門の医療保険〕のたんなる拡充であり、将来的に民間医療保険に加入できるまでの救済措置にすぎないのであろうか。または、低所得世帯の「公的扶助から民間保険へ」も促進するものなのであろうか。

以下の第Ⅱ章と第Ⅲ章では、医療扶助の改革の内容を、連邦法の規定を中心に整理しながら考察する。そして第Ⅳ章と第Ⅴ章では、次の 3 つの点を明らかにする。第 1 に、1980 年代における過渡的医療扶助の創設とメディケイドの受給資格者の拡大は、民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕に加入しやすくする役割も果たしていることである。第 2 に、州児童医療保険プログラムにおいて、州政府は民間保険を活用して無保険者に医療保険を提供し、雇用主提供医療保険に対する保険料助成を行って民間医療保険の加入を促進していることである。第 3 に、州児童医療保険プログラムの創設に先立って州政府と連邦政府が 1990 年代に行った民間医療保険の改革は、保険料助成による民間医療保険の加入促進にとって重要であることである。

Ⅱ. 1980 年代における医療扶助の改革

1. 過渡的医療扶助の創設

「過渡的医療扶助 (Transitional Medical Assistance)」は、養育費の増加、稼得所得・勤

10) 1935 年社会保障法によって「要扶養児童扶助 (Aid to Dependent Children)」が創設され、1962 年 7 月に制定された 1961 年社会保障修正法 (Social Security Amendments of 1961, P.L.87-543) によって名称が AFDC に変更された。

11) 根岸 (2006) は、就労促進と分権化の方向を強めるアメリカ的再編という観点から 1980 年代～90 年代の

務時間の増加、期間限定稼得所得控除の喪失のために要扶養児童家族扶助（AFDC）の受給資格〔メディケイドの受給資格〕を喪失する扶養児童のいる家族に対して、メディケイドの給付を一定期間、継続するものである。

現行の社会保障法第 1931 条(c)項は、「養育費の取り立て（child support collections）の場合の過渡期」と「稼得所得（earnings from employment）の場合の過渡期」という 2 つの過渡期を定めている。上記におけるメディケイドの給付継続事由のうち、「養育費の増加」は「養育費の取り立ての場合」に、「稼得所得・勤務時間の増加または期間限定稼得所得控除の喪失」は「稼得所得の場合」に該当する。

過渡的医療扶助は、1980 年代半ば以降に制定された連邦法によって基本的枠組みが形成された。しかし、過渡的医療扶助が連邦法で初めて規定されたのは 1973 年である。

① 1973 年社会保障修正法（Social Security Amendments of 1973），P.L.93-233，1973年12月制定

稼得所得の増加のために AFDC とメディケイドの受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を 4 カ月間、継続することを州政府に義務づけた。

メディケイドの給付継続事由は「稼得所得の増加」である。AFDC の受給資格を有する家族は自動的にメディケイドの受給資格も有した¹²⁾。したがって、AFDC の受給資格者が稼得所得の増加のために AFDC の受給資格を喪失すると、メディケイドの受給資格も同時に喪失した。

1960 年代～70 年代における福祉拡充策によって生じた AFDC 受給者の増加と福祉依存に対して、1981 年に成立したレーガン政権は福祉改革を強力に推進した。同政権下の連邦政府は、1981 年 8 月に制定した 1981 年包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981, P.L.97-35）によって AFDC の受給資格を厳格化した。その結果、多くの就労世帯が AFDC の受給資格を喪失し、AFDC 受給者が減少した。AFDC の受給資格はメディケイドの受給資格とリンクしていたために、AFDC の受給資格を喪失した就労世帯はメディケイドの受給資格も喪失し、メディケイド受給者も減少した。

メディケイドの受給資格の喪失は、それによって給付を受けられなくなった人々の健康状態に影響を与えうる。とくに、慢性病のある人々の健康状態に大きな影響を与える。カ

福祉改革を詳細に分析している。また、木下（2007）は、委託契約を中心とする福祉の民間化という観点から福祉改革を詳細に分析している。

12) なお、AFDC は 1996 年福祉改革によって貧困家族一時扶助（TANF）に再編され、TANF の受給資格はメディケイドの受給資格と切り離された。

リフォルニア州において、1982年のメディケイドの改革によって給付を受けられなくなった慢性病〔高血圧と糖尿病の一方または双方〕のある成人は、給付終了後6カ月以内に健康状態が大幅に悪化した¹³⁾。1980年代半ばまでに、1981年包括財政調整法は受給資格を厳格化しすぎたという懸念が連邦政府と州政府のあいだで広まっていた¹⁴⁾。

連邦政府は、1981年改正はAFDC受給者を締め出して自立させることを意図したが、1984年改正と1988年改正は「就労している受給者」を増加させる方向でAFDCの改革を行った¹⁵⁾。以下述べる1984年改正・1988年改正・1989年改正もメディケイド受給者の就労を促進する方向で過渡的医療扶助〔メディケイドの給付継続〕を創設した。

② 1984年赤字削減法（Deficit Reduction Act of 1984）、P.L.98-369、1984年7月制定

期間限定稼得所得控除の喪失のためにAFDCの受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を9カ月間、継続することを州政府に義務づけた。また、メディケイドの給付をさらに6カ月間、継続することができる選択権を州政府に付与した。

メディケイドの給付継続事由は「期間限定稼得所得控除（time-limited earned income disregard）の喪失」である。AFDC受給者が就労して所得を得ると、AFDC給付額は減額される。その場合、AFDC給付額の減額が稼得所得と同額であるならば、受給者の就労インセンティブは低下する。稼得所得控除とは、AFDC受給者の就労を促進するために、稼得所得から基礎控除・就労経費控除・保育費控除などを行って認定所得を算出し、AFDC給付額の減額を緩和する措置である¹⁶⁾。

稼得所得控除は1961年社会保障修正法によって導入されたが、1981年改正〔1981年包括財政調整法〕によって稼得所得から所定の費用を控除できる期間が就労後の一定期間に限定された¹⁷⁾。稼得所得から費用を控除できる期間は、費用によって異なっている。つまり、就労後4カ月まで控除できる費用、12カ月まで控除できる費用、12カ月後も控除できる費用がある。

13) Lurie, Ward, Shapiro and Brook (1984).

14) GAO (1991), p.10.

15) 根岸 (2006), p.93.

16) 簡単な事例で示すと次のようになる。ある受給者のAFDC給付額は500ドルであり、当受給者が就労して400ドルの所得を得たとする。控除総額を250ドルとすると、認定所得は $400 - 250 = 150$ ドル、AFDC給付額は $500 - 150 = 350$ ドルになる。したがって、当受給者の稼得所得とAFDC給付額の合計は $400 + 350 = 750$ ドルになる。

17) 1984年改正と1988年改正によって、AFDC給付額の計算方法が変更された。1981年改正を含め、この点について詳しくは根岸 (2006) の第3章を参照。

③ 1984 年児童支援実施修正法 (Child Support Enforcement Amendments of 1984), P.L.98-378, 1984 年 8 月制定

養育費の増加のために AFDC の受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を 4 カ月間、継続することを州政府に義務づけた。この規定は、1988 年 9 月 30 日までの時限規定であった。

メディケイドの給付継続事由は「養育費の増加」である。それは、「児童支援実施プログラム (Child Support Enforcement Program)」に基づいて実行された養育費の取り立てによって生じるものである。児童支援実施プログラムは、1975 年 1 月に制定された 1974 年社会サービス修正法 (Social Services Amendments of 1974, P.L.93-647) によって創設された¹⁸⁾。州政府は、連邦政府および地方政府と連携して同プログラムを運営している。州・地方政府は、同プログラムに基づいて、逃亡した父親を家族に代わって捜し出し、父権を確定し〔子の父に相違ないことを法的に確認し〕、父親から養育費を取り立て、家族に分与している。

養育費の増加のためにメディケイドの受給資格を喪失する家族は、受給資格を喪失する直前の 6 カ月間のうちの少なくとも 3 カ月間、受給資格を有していた場合、メディケイドの給付を 4 カ月の全期間、受けることができる。

④ 1988 年家族支援法 (Family Support Act of 1988), P.L.100-485, 1988 年 10 月制定

- (a) 稼得所得・勤務時間の増加または期間限定稼得所得控除の喪失のために AFDC の受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を 12 カ月間、継続することを州政府に義務づけた。また、メディケイドの給付をさらに 6 カ月間、継続することができる選択権を州政府に付与した。この規定は、1990 年 4 月 1 日から 1998 年 9 月 30 日までの時限規定であった。

州政府がメディケイドの給付を継続しなければならない 12 カ月間のうち、最初の 6 カ月間と次の 6 カ月間では受給資格要件が異なっている。最初の 6 カ月間では、稼得所得・勤務時間の増加または期間限定稼得所得控除の喪失のためにメディケイドの受給資格を喪失する家族は、受給資格を喪失する直前の 6 カ月間のうちの少なくとも 3 カ月間、受給資格を有していなければならない。この要件を満たす家族は、メディケイドの給付を 6 カ月

18) 児童支援実施は 1950 年 8 月に制定された 1950 年社会保障法修正法 (Social Security Act Amendments of 1950, P.L.81-734) で初めて規定され、1974 年社会サービス修正法によって社会保障法第 4 編にパート D が追加され、児童支援実施プログラムとして整備された。

の全期間、受けることができる。

次の6カ月間では、受給資格を維持するためには、家族は所定の受給資格要件を満たさなければならない。受給資格要件には、家族に扶養児童がいなければならない、就労のために必要な子供の保育費を控除した家族の月間平均稼得所得は連邦貧困水準（federal poverty level）の185%以下でなければならない、家族は月間稼得所得と保育費を四半期ごとに報告しなければならない、などがある¹⁹⁾。6カ月間の途中でこれらの要件を満たさなくなった家族は、メディケイドの受給資格を喪失する。

上記の規定は1998年9月30日までの時限規定であった。その後、一連の連邦法〔時限立法〕によって、有効期限が2007年12月31日まで延長されている〔2007年10月現在、表1を参照〕。

- (b) 養育費の増加のために AFDC の受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を4カ月間、継続することを州政府に義務づける規定の有効期限を1989年9月30日まで延長した。

この規定は、上記③の規定が1988年9月30日までの時限規定であったことを受けて、有効期限を1年間、延長したものである。

- ⑤ 1989年包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989），P.L.101-239，1989年12月制定

養育費の増加のために AFDC の受給資格を喪失する家族に対して、メディケイドの給付を4カ月間、継続することを州政府に義務づける規定を恒久化した。

以上のように、現行の社会保障法が定めるメディケイドの給付継続事由は「養育費の取り立ての場合」と「稼得所得の増加の場合」である。「養育費の取り立ての場合」は1984年に導入され、現在〔2007年10月〕まで実施されてきている。給付継続期間は4カ月間である。

「稼得所得の増加の場合」には「稼得所得の増加」と「期間限定稼得所得控除の喪失」がある。「稼得所得の増加」は1973年に、「期間限定稼得所得控除の喪失」は1984年に導入された。給付継続期間は、「稼得所得の増加」が4カ月間、「期間限定稼得所得控除の喪失」が4カ月間である。

19) Grady (2004), p.6. なお、1988年と2007年の連邦貧困水準はそれぞれ、3人家族の場合9,690ドルと17,170ドル、4人家族の場合11,650ドルと20,650ドルである。

失」が9カ月間であった。そして、1988年に給付継続期間が「稼得所得の増加」も「期間限定稼得所得控除の喪失」も12カ月間に延長され、現在〔2007年10月〕まで実施されてきている。

表1 過渡的医療扶助の延長

法 律	有効期限
1996年個人責任・就労機会調整法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996), P.L.104-193, 1996年8月制定	2001年9月30日まで
2001年包括支出法 (Consolidated Appropriations Act, 2001), P.L.106-554, 2000年12月制定	2002年9月30日まで
2003年度に支出を継続する等の法律 (Making continuing appropriations for the fiscal year 2003, and for other purposes), P.L.107-229, 2002年9月制定	2002年12月31日まで
2003年度に支出をさらに継続する等の法律 (Making further continuing appropriations for the fiscal year 2003, and for other purposes), P.L.107-294, 2002年11月制定	2003年1月11日まで
2003年度に支出をさらに継続する等の法律 (Making further continuing appropriations for the fiscal year 2003, and for other purposes), P.L.108-2, 2003年1月制定	2003年1月31日まで
2003年福祉改革延長法 (Welfare Reform Extension Act of 2003), P.L.108-40, 2003年6月制定	2003年9月30日まで
TANF等プログラムを延長する等の法律 (To extend the Temporary Assistance for Needy Families block grant program, and certain tax and trade programs, and for other purposes), P.L.108-89, 2003年10月制定	2004年3月31日まで
2004年福祉改革延長法 (Welfare Reform Extension Act of 2004), P.L.108-210, 2004年3月制定	2004年6月30日まで
2004年TANF・関連プログラム継続法 (TANF and Related Programs Continuation Act of 2004), P.L.108-262, 2004年6月制定	2004年9月30日まで
福祉改革延長法パートⅧ (Welfare Reform Extension Act, Part Ⅷ), P.L.108-308, 2004年9月制定	2005年3月31日まで
2005年福祉改革延長法 (Welfare Reform Extension Act of 2005), P.L.109-4, 2005年3月制定	2005年6月30日まで
2005年TANF延長法 (TANF Extension Act of 2005), P.L.109-19, 2005年7月制定	2005年9月30日まで
2005年QI・TMA・禁欲プログラム延長およびハリケーンカトリナ失業救済法 (QI, TMA, and Abstinence Programs Extension and Hurricane Katrina Unemployment Relief Act of 2005), P.L.109-91, 2005年10月制定	2005年12月31日まで
2005年赤字削減法 (Deficit Reduction Act of 2005), P.L.109-171, 2006年2月制定	2006年12月31日まで
2006年減税・医療法 (Tax Relief and Health Care Act of 2006), P.L.109-432, 2006年12月制定	2007年6月30日まで
2007年度末までTMA・禁欲教育プログラムを延長する等の法律 (A bill to provide for the extension of transitional medical assistance (TMA) and the abstinence education program through the end of fiscal year 2007, and for other purposes), P.L.110-48, 2007年7月制定	2007年9月30日まで
2007年TMA・禁欲教育・QIプログラム延長法 (TMA, Abstinence Education, and QI Programs Extension Act of 2007), P.L.110-90, 2007年9月制定	2007年12月31日まで

(出典) Herz and Peterson (2006); The Library of Congress, Thomas より作成

2. メディケイドの受給資格者の拡大

連邦政府は、1980年代半ばから90年代初めにかけて制定した下記の一連の法律によって、おもに低所得世帯の妊婦と児童にメディケイドの受給資格を拡大した²⁰⁾。

① 1984年赤字削減法 (Deficit Reduction Act of 1984), P.L.98-369, 1984年7月制定

- (a) 子供が誕生した場合に AFDC または AFDC-UP [Unemployed Parent] の受給資格を有することになる妊婦にメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。
- (b) 家族構成にかかわらず、1983年9月30日以降に誕生し、5歳未満であり、AFDC の所得・資産要件を満たす家族の乳幼児に段階的にメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。
- (c) 子供が誕生した日に母親がメディケイドの受給資格を有しており、母親と同居する乳児に1年間、メディケイドの受給資格を自動的に与えることを州政府に義務づけた。

上記(c)の「自動的に与える」とは、子供が誕生した日にメディケイドの申請が行われ、受給資格が認定されたものとみなされなければならないものである。

② 1985年包括財政調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985), P. L.99-272, 1986年4月制定

- (a) 家族構成にかかわらず、AFDC の所得・資産要件を満たす家族のいかなる妊婦にもメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。
- (b) 生年月日にかかわらず、5歳未満であり、AFDC の所得・資産要件を満たす家族の乳幼児にメディケイドの受給資格を与えることができる選択権を州政府に付与した。

上記(b)の「生年月日にかかわらず」は、上記①(b)の「1983年9月30日以降に」という誕生日の規定にしたがって州政府がメディケイドの受給資格を段階的に与えるのではなく、ただちに与えることができるようにしたものである。

20) 妊婦と児童のほかに、高齢者や障害者などにもメディケイドの受給資格とサービスを拡大した。

- ③ 1986 年包括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986), P.L.99-509, 1986 年 10 月制定
世帯所得が連邦貧困水準の 100%以下である妊婦と 1 歳未満の乳児にメディケイドの受給資格を与えることができる選択権を州政府に付与した。
- ④ 1987 年包括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987), P.L.100-203, 1987 年 12 月制定
(a) 上記③における「連邦貧困水準の 100%以下」を「185%以下」に引き上げた。
(b) 世帯所得が連邦貧困水準の 100%以下である 1 歳～7 歳の子供にメディケイドの受給資格を与えることができる選択権を州政府に付与した。
- ⑤ 1988 年メディケア高額医療費保険法 (Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988), P.L.100-360, 1988 年 7 月制定²¹⁾
世帯所得が連邦貧困水準の 100%以下である妊婦と 1 歳未満の乳児にメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。
- ⑥ 1989 年包括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989), P.L.101-239, 1989 年 12 月制定
世帯所得が連邦貧困水準の 133%以下である妊婦と 6 歳未満の乳幼児にメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。
- ⑦ 1990 年包括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990), P.L.101-508, 1990 年 11 月制定
世帯所得が連邦貧困水準の 100%以下で 1983 年 9 月 30 日以降に誕生した 6 歳～18 歳の児童に段階的にメディケイドの受給資格を与えることを州政府に義務づけた。

以上のように、前節で考察した過渡的医療扶助〔メディケイドの給付継続〕の基本的枠組みが形成された時期と同じ時期において、児童の対象年齢の引き上げ、所得・資産要件の緩和、選択 (option) から義務 (mandate) への変更によって、メディケイドの受給資格者が拡大されている。

21) 連邦政府は、1989 年 12 月に 1989 年メディケア高額医療費保険廃止法 (Medicare Catastrophic Coverage Repeal Act of 1989, P.L.101-234) を制定し、1988 年メディケア高額医療費保険法のメディケアにかかわる規定を廃止したが、メディケイドにかかわる規定は廃止しなかった。

Ⅲ. 州児童医療保険プログラムの創設

連邦政府は、1997 年 8 月に 1997 年均衡予算法 (Balanced Budget Act of 1997, P.L.105-33) を制定し〔社会保障法に第 21 編を追加し〕, 「州児童医療保険プログラム (State Children's Health Insurance Program)」を創設した〔以下, SCHIP と表記する〕. 同法〔SCHIP に関する規定〕は、10 年間〔1998 年度から 2007 年度まで〕の時限法である²²⁾.

州政府は、SCHIP においても、加入資格要件・保険料負担・給付内容・医療費の自己負担などの制度設計を行い、運営する²³⁾.

社会保障法が定める SCHIP の加入資格者は、メディケイドの受給資格を有していない児童であり、世帯所得が連邦貧困水準の 200% 以下である無保険の 18 歳以下の児童である。したがって、公的医療保険または民間医療保険に加入している児童は、SCHIP の加入資格を有しない。そして、州政府は、民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕から SCHIP への乗り換え (crowd-out) を防止する措置 (firewall) を講じなければならない。それは、親の勤務先の雇用主提供医療保険に加入している児童のなかには、雇用主提供医療保険に加入しないと SCHIP の加入資格を得られる低所得世帯の児童がいるためである。

上記の措置には、① SCHIP の申し込み前の所定の期間に雇用主提供医療保険に加入していた場合には SCHIP の加入資格を与えない、② 「家族保険」の保険料に対する雇用主の最低限の拠出割合を定める、③ 雇用主がその拠出割合を変更しているかどうかを監視する、がある²⁴⁾.

SCHIP も、連邦政府の補助金と州政府の自主財源によってまかなわれている。しかし、メディケイドと異なり、各年度の補助金の総額が定められている〔包括補助金〕²⁵⁾。各年度の補助金は、所定の配分方式によって各州に配分される。配分方式は、「児童数」〔各州における無保険の低所得の児童数とすべての低所得の児童数〕と「州コスト係数」〔各州

22) 連邦政府は、2007 年 9 月末に制定した 2008 年度支出継続法 (Making continuing appropriations for the fiscal year 2008, and for other purposes, P.L.110-92) によって、SCHIP を 2007 年 11 月 16 日まで延長している〔2007 年 10 月現在〕。

23) 次章第 3 節で考察するように、「州児童医療プラン」において無保険の児童に医療保険を提供する場合、州政府は民間保険を活用している。州児童医療プランで提供される医療保険の商品設計には、民間保険者も多分に関与していると思われる。SCHIP の保険料負担と医療費の自己負担については、GAO (2004) を参照。

24) 「家族保険」については、次章第 3 節で考察する。

25) 補助金の総額は、1998 年度～2007 年度の 10 年間で 396.7 億ドルである。各年度の補助金は、1998 年度 42.95 億ドル、1999 年度～2001 年度 42.75 億ドル、2002 年度～2004 年度 31.5 億ドル、2005 年度～2006 年度 40.5 億ドル、2007 年度 50 億ドルである。2002 年度～2004 年度における補助金の減額は“SCHIP dip”と呼ばれる。

における医療サービス業の被用者の年平均賃金]に基づいている。

州政府は、各年度の補助金を3年間、利用できる〔たとえば、1998年度の補助金は2000年度末まで利用できる〕。3年後に、使用しなかった州の補助金は、補助金をすべて使用した州に再配分される〔再配分の方式は、年度によって異なる〕。再配分された補助金は、使用されなかった場合、財務省に帰属する²⁶⁾。

州政府が SCHIP を実施するかどうかは任意である²⁷⁾。州政府が SCHIP を実施するように仕向けるために、連邦政府は SCHIP の連邦医療扶助率 (federal medical assistance percentage) をメディケイドよりも高くしている。SCHIP の連邦医療扶助率は、100%とメディケイドの連邦医療扶助率との差額の30%がメディケイドの連邦医療扶助率に加算される。たとえば、メディケイドの連邦医療扶助率が60%の場合、SCHIP の連邦医療扶助率は $60 + (100 - 60) \times 0.3 = 72\%$ となる。ただし、85%の上限がある。

州政府は SCHIP の実施にあたり、社会保障法が定める以下の①～③のプログラムのいずれかを選択しなければならない。

① 州児童医療プラン (State Child Health Plan)

「州児童医療プラン」は、メディケイドとは別のプログラムを創設して児童に医療保険を提供するものである。

このプログラムは、メディケイドと異なり、エンタイトルメント・プログラムではない。エンタイトルメント・プログラムとは、受給資格要件を満たす人々に対して受給権が保障され、受給権が付与されると給付が自動的に行われるプログラムである。州児童医療プランでは、加入者数の上限を設定する措置や SCHIP の財源がなくなった場合に加入を停止する措置などを州政府は講じることができる²⁸⁾。

2007年8月時点で、ジョージア州・ニューヨーク州・ペンシルバニア州・テキサス州など18州が州児童医療プランを選択している²⁹⁾。

② メディケイド拡大 (Medicaid Expansion)

「メディケイド拡大」は、従来のメディケイドにおいて児童に対する受給資格を拡大す

26) 連邦補助金の配分と再配分について詳しくは、Peterson (2006a, 2006b) を参照。

27) 全州とコロンビア特別区は SCHIP を実施している。なお、メディケイドも、州政府が実施するかどうかは任意である。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、連邦政府が定めたガイドラインに従わなければならない。

28) 加入者数の上限設定については、Pernice and Bergman (2004) を参照。

29) 保健福祉省メディケア・メディケイドサービスセンター (U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services) の資料〔SCHIP のウェブページに掲載〕による。

るものである。このプログラムはエンタイトルメント・プログラムであり、給付内容は従来のメディケイドにおける児童に対する給付内容と同じである。

2007年8月時点で、メリーランド州・ミズーリ州・オハイオ州など9州とコロンビア特別区が「メディケイド拡大」を選択している。

なお、1997年均衡予算法では、「メディケイド拡大」にかかわるコストの連邦負担分は従来のメディケイドから支払われた。SCHIPの連邦補助金は「州児童医療プラン」にかかわるコストの連邦負担分のみに支払われた。SCHIPの連邦補助金は、メディケイドから支払った金額分が減額された。しかし、2000年12月に制定された2001年包括支出法(Consolidated Appropriations Act, 2001, P.L.106-554)によって、「メディケイド拡大」にかかわるコストの連邦負担分もSCHIPの連邦補助金から支払われることになった。

③ 組合せプログラム (Combination Program)

「組合せプログラム」は、①「州児童医療プラン」と②「メディケイド拡大」を組み合わせるものである。①と②の使い分けは、州によって異なっている。たとえば、世帯所得が比較的少ない児童は②に加入し、比較的多い児童は①に加入している州がある。また、年齢が比較的低い児童は②に加入し、比較的高い児童は①に加入している州もある³⁰⁾。

2007年8月時点で、カリフォルニア州・フロリダ州・イリノイ州・マサチューセッツ州・ミシガン州・ニュージャージー州・バージニア州など23州が「組合せプログラム」を選択している。

州政府が「州児童医療プラン」を選択する場合、給付内容として、社会保障法が定める以下の①～④の保険のなかから選択しなければならない。

① ベンチマーク保険 (Benchmark Coverage)

「ベンチマーク保険」とは、次の(a)～(c)のいずれかと同じ医療保険である。

- (a)「連邦公務員医療給付プログラム (Federal Employees Health Benefits Program)」においてブルークロス・ブルーシールドが引き受けている標準的なPPOプラン
- (b)「州医療給付プログラム (State Health Benefits Program)」において提供されている一般的な医療保険
- (c) 自州で加入者数が最大のHMOプラン

30) Duchovny, Nelson et al. (2007), p.vii.

アメリカにおける民間医療保険のおもな保険者〔自家保険を除く〕は、ブルークロス・ブルーシールド、保険会社、HMO である。ブルークロス・ブルーシールド（Blue Cross and Blue Shield）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〔営業地域はほとんど重複していない〕。

保険会社（insurance company）は、おもに生命保険会社が医療保険も引き受けている。また、医療保険を専門的に引き受けている保険会社もある。各州に多くの保険会社が存在し、大手保険会社は全国的規模で営業している。

HMO（Health Maintenance Organization）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。HMO の特徴は、以下の点にある。

第 1 に、HMO は、契約を締結した医療提供者〔医師と医療機関〕を通じて加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に診療報酬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から医療サービスを受けなければならないことである。また、加入者は、医療相談や初期診療を行い、必要に応じて患者に専門医を紹介するプライマリケア医〔「ゲートキーパー」と呼ばれる〕を選択しなければならないことである。第 3 に、医療提供者に対する診療報酬は、定額払い・包括払い方式または出来高払い方式に基づいて支払われることである。

PPO（Preferred Provider Organization）は、保険者〔生命保険会社が多い〕と契約を締結し、従来の診療価格を割り引いた診療報酬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、出来高払い方式に基づいて診療報酬を支払う。医療提供者は、割り引いた診療報酬〔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 を通じて医療サービスを提供する医療保険が PPO プランである。PPO は、以下の点で HMO と異なっている。

第 1 に、加入者は、保険者が指定した医療提供者を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、ゲートキーパーとしての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、医療提供者に対する診療報酬は、一般に出来高払い方式に基づいて支払われることである。

② ベンチマーク同等保険（Benchmark-Equivalent Coverage）

「ベンチマーク同等保険」とは、次の(a)～(c)を満たす医療保険である。

- (a) 総保険数理価値 (aggregate actuarial value) がベンチマーク保険のうちの 1 つの総保険数理価値と少なくとも同じであること
- (b) 「基礎サービス」〔入院・外来病院サービス、医師サービス、生化学・レントゲン検査サービス、予防サービス〕を保障していること
- (c) それぞれの「追加サービス」〔処方薬サービス、精神衛生サービス、眼科サービス、耳科サービス〕の保険数理価値がベンチマーク保険の保険数理価値の少なくとも 75 %であること

医療保険の「保険数理価値 (actuarial value)」は、加入者が受ける医療サービスに対して支払われる全医療費のうち、どれだけが医療保険から支払われるかを示すものである。主要な医療サービスを保障し、医療費の自己負担が少ない医療保険の保険数理価値は高くなる。保険数理価値は、保障される医療サービスや医療費の自己負担などが異なる医療保険を比較する手段の 1 つである。

③ 既存の総合保険 (Existing Comprehensive State-Based Coverage)

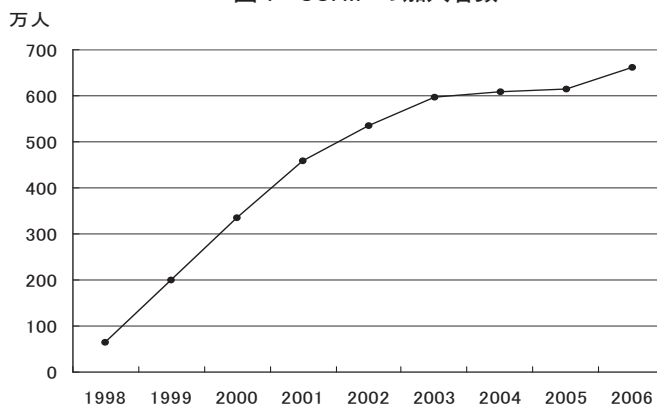
「既存の総合保険」とは、ニューヨーク州・フロリダ州・ペンシルバニア州の 3 州において、SCHIP の実施以前から州内全域で低所得世帯の児童に提供されている総合医療保険である。

④ 保健福祉省長官が認可した保険 (Secretary-Approved Coverage)

これは、州児童医療プランにおいて低所得世帯の児童に提供する適切な保険であると保健福祉省長官が決定した医療保険である。それには以下の保険が含まれるが、それらの保険に限定されない。

- (a) 自州のメディケイドで児童に提供されている給付と同じ保険
- (b) 社会保障法第 1115 条にしたがって保健福祉省長官が承認したメディケイドの実験プロジェクトで児童に提供されている総合保険
- (c) 早期・定期検診治療 (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) サービスをすべて含んでいる保険、または自州のメディケイドの全受給者に拡張している保険
- (d) ベンチマーク保険〔上記①〕に追加給付をプラスした保険
- (e) 既存の総合保険〔上記③〕で提供されている給付と同じ保険
- (f) 州が購入する団体医療保険の給付を含んでおり、ベンチマーク保険〔上記①〕のそ

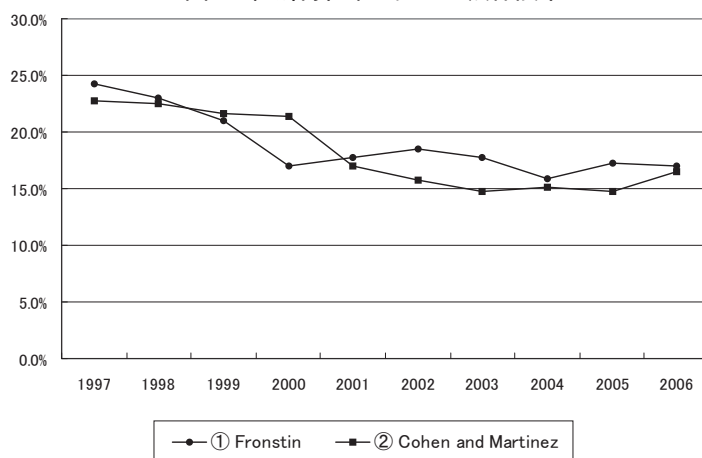
図1 SCHIP の加入者数



(注) 各年は財政年度

(出典) 保健福祉省メディケア・メディケイドサービスセンター資料

図2 低所得世帯の児童の無保険率



(出典) Fronstin (1998-2007); Cohen and Martinez (2007)

それぞれの給付とほとんど同じまたはそれ以上であることを州が証明した保険

図1は、1998年度～2006年度における SCHIP の加入者数を示したものである。SCHIP が実施された 1998 年度から 2003 年度までの 6 年間に加入者は着実に増加し〔2003 年度の加入者数は約 598 万人〕, 2006 年度には約 662 万人が SCHIP に加入している。

図2は、1997 年～2007 年における低所得世帯〔連邦貧困水準の 100%以上 200%未満〕の 18 歳未満の児童の無保険率を示したものである。①と②で各年の無保険率とそれらの推移に多少の違いがあるが、両者とも 2000 年代の無保険率は各州が SCHIP を実施した

1990 年代後半の水準よりも低下している。それは、上記の SCHIP の加入者数の増加が大きな要因となっているのである³¹⁾。

IV. 医療扶助の改革と雇用主提供医療保険

1. 公的扶助から民間保険へ

連邦政府は、1980 年代と 90 年代において、医療扶助の改革と平行して福祉改革を行った。それは、「福祉から就労へ (welfare to work)」を促進するものである。そこで、同時期における医療扶助の改革を評価するさいの観点として、「公的扶助から民間保険へ (public assistance to private insurance)」を提示する。

そして、以下の本章第 2 節・第 3 節と次章では、公的保険〔社会保険〕と対比される民間保険の特徴をふまえて、次の 3 つの点を明らかにする。

第 1 に、1980 年代における過渡的医療扶助の創設とメディケイドの受給資格者の拡大は、受給者が将来的に民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕に加入できることになった場合、それに加入しやすくする役割を果たしていることである。

第 2 に、州児童医療保険プログラム〔州児童医療プラン〕において、その加入資格を有する児童に医療保険を提供するさい、州政府は民間保険を活用していることである。つまり、州政府は無保険児童向けの医療保険を民間保険者に開発・販売してもらい、その保険料を助成していることである。また、児童の親が就労していても、家族保険の保険料負担が大きいために雇用主提供医療保険に加入できない場合には、州政府はその保険料も助成して、民間医療保険の加入を促進していることである。

第 3 に、州児童医療保険プログラムの創設に先立って州政府と連邦政府が 1990 年代に行った民間医療保険の改革は、保険料助成による民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕の加入促進にとって重要であることである。つまり、保険入手可能性と保険料負担可能性を改善する民間医療保険〔とくに小雇用主医療保険〕の改革は、児童〔または親を含む家族〕が雇用主提供医療保険〔家族保険〕に継続して加入することを可能にし、彼らの家族保険に対する保険料助成を「コスト効果的」にする可能性を高めていることである。

31) この点について詳しくは、Hudson, Selden and Banthin (2005) を参照。

2. 1980 年代の医療扶助改革と雇用主提供医療保険

第Ⅱ章で考察したように、1980 年代における医療扶助の改革は、過渡的医療扶助を創設し、またメディケイドの受給資格者を拡大するものであった。つまり、前者は、稼得所得の増加または期間限定稼得所得控除の喪失のために要扶養児童家族扶助（AFDC）とメディケイドの受給資格を喪失した扶養児童のいる家族に対して一定期間、メディケイドの給付を継続するものであった。他方、後者は、おもに低所得世帯の妊婦と子供にメディケイドの受給資格を拡大するものであった。

表 2 は、18 歳以上の無保険者の無保険の継続期間を示したものである。表中の医療保険は、無保険になる前に加入していた医療保険である〔それに加入できなくなったために無保険になっている〕。メディケイドの受給資格を喪失したために無保険になった人々は、その他の医療保険〔雇用主提供医療保険など〕に加入できなくなったために無保険になった人々と比較して、無保険の継続期間は長くなっている。しかし、メディケイドの受給資格を喪失したために無保険になった人々でも、3 人に 1 人以上〔37.9%〕は 5 カ月以内に、ほぼ半数〔53.2%〕は 8 カ月以内に、ほぼ 3 人に 2 人〔65.7%〕は 1 年以内に医療保険に加入している。

メディケイドの受給資格を喪失したために無保険になった人々の多くは、1 年以内に医療保険に加入している。それには、公的医療保険に加入した場合、ふたたび貧困になってメディケイドの受給資格を得た場合、民間医療保険〔雇用主提供医療保険など〕に加入し

表 2 無保険の継続期間（1984 年）

（単位：％）

継続期間	雇用主提供医療保険		左記以外の 民間医療保険	家族保険	メディケイド	合 計
	最近失業	非最近失業				
5 カ月未満	40.1	60.0	52.8	50.7	37.9	50.4
5～8 カ月	20.3	14.8	15.5	16.0	15.3	16.5
9～12 カ月	9.2	6.7	6.8	7.3	12.5	7.7
13～16 カ月	7.5	3.7	6.6	5.1	7.5	5.3
17～24 カ月	7.3	4.0	5.5	4.3	9.7	5.3
24 カ月超	15.5	10.7	12.8	16.6	17.2	14.8
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（注）「家族保険」は、配偶者の死亡や子供の成長などによって扶養家族が家族保険の被保険者でなくなったため、

（出典）Swartz and McBride (1990)

た場合があるであろう。しかし、医療保険に加入する場合、公的保険・医療扶助と民間保険では大きく異なっている。

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・評価して料率を決定する「危険の分類 (risk classification)」である。

危険選択において、申込者の「健康状態」がよくないためにリスクが高いと判断した場合、保険者は医療保険の引受拒否をする。また、医療保険を引き受けても、リスクが比較的高い加入者に対して保険料を高く設定する。民間医療保険に加入する場合、申込者〔加入者〕のリスクは、その保険入手可能性 (availability) と保険料負担可能性 (affordability) に大きな影響を与えるのである。

1980年代後半に創設された過渡的医療扶助は、メディケイドの給付を一定期間、継続するものであった。給付継続期間は、第Ⅱ章で明らかにしたように、給付継続事由が「養育費の取り立て」の場合は4カ月間、「稼得所得の増加」の場合は12カ月間であった。上記のように、メディケイドの受給資格を喪失したために無保険になった人々の多くは1年以内に医療保険に加入していた。そして、過渡的医療扶助が創設された時期と重なる1980年代半ば～90年代初めの時期は、保険者がアンダーライティングを強化し〔医的アンダーライティングを行い〕、非高齢者の雇用主提供医療保険〔とくに小雇用主医療保険〕の加入率が大きく低下した時期であった³²⁾。

メディケイドの給付を一定期間、継続する過渡的医療扶助は、受給資格を有する貧困家族に就労するインセンティブを与え、民間医療保険〔雇用主提供医療保険〕に加入できないために貧困家族を一時的に救済する措置であるとともに、民間医療保険に加入する場合〔上記のように、メディケイドの受給資格を喪失したために無保険になった人々の多くは1年以内に医療保険に加入している〕、受給者の「健康状態」を悪化させないことによって民間医療保険に加入しやすくする役割をも果たしているのである。

他方、同時期におけるメディケイドの受給資格者の拡大は、おもに低所得世帯の妊婦と子供を対象としたものであった。妊婦〔＝胎児〕と子供〔とくに乳幼児〕が必要な医療にアクセスできるかどうかは、子供の将来の健康に大きな影響を与えうる³³⁾。子供が将来的

32) この点については、次章第1節で考察する。

33) 妊婦と子供に対するメディケイドの受給資格の拡大が医療へのアクセスと健康状態に与えた影響については、Baldwin et al. (1998); Newacheck et al. (1998); Mann, Rowland and Garfield (2003) を参照。

に民間医療保険に加入する場合、メディケイドの受給資格者の拡大も上記と同じ役割を果たしているということができよう。

3. 州児童医療保険と雇用主提供医療保険

前章で考察したように、州児童医療保険プログラム（SCHIP）は、低所得世帯の無保険の児童にメディケイドの受給資格を拡大または医療保険を提供するものである。州政府は SCHIP の実施にあたり、「州児童医療プラン」または「メディケイド拡大」または「組合せプログラム」を選択する。2007 年 8 月時点で、「メディケイド拡大」を選択しているのは 9 州とコロンビア特別区である。換言すれば、「組合せプログラム」を含め、多くの州は「州児童医療プラン」を選択している。

SCHIP が医療扶助〔メディケイド〕を拡充するだけでなく、医療保険も提供している点が、1980 年代における過渡的医療扶助の創設およびメディケイドの受給資格者の拡大と大きく異なっている。そして、州児童医療プランのもとで無保険の児童に医療保険を提供するさいの特徴は、民間保険を活用していることである。つまり、無保険児童向けの医療保険を民間保険者に開発・販売してもらい、州政府はその保険料を助成している。

カリフォルニア州〔組合せプログラムを選択〕では、州児童医療プランには Access for Infants and Mothers と Healthy Families がある。前者には、世帯所得が連邦貧困水準の 200%～250%である妊婦〔胎児〕と 1 歳未満の乳児が加入している。後者には、世帯所得が連邦貧困水準の 100%～200%である 1 歳～19 歳の児童が加入している。両者に参加している保険者の大部分は HMO である。加入者数が比較的多い後者には、Access Dental Plan〔歯科サービスを提供〕、Blue Cross of California〔フルサービス〕、Delta Dental of California〔歯科サービス〕、Health Net of California, Inc.〔歯科サービス〕、Kaiser Foundation Health Plan, Inc.〔フルサービス〕、SafeGuard Health Plans, Inc.〔歯科・眼科サービス〕、Vision Service Plan〔眼科サービス〕などが参加している。

フロリダ州〔組合せプログラムを選択〕では、州児童医療プランは Healthy Kids と呼ばれ、世帯所得が連邦貧困水準の 133%～200%である 1 歳～5 歳の幼児と同 100%～200%の 6 歳～18 歳の児童が加入している。保険者は入札を通じて選定される。応札できる保険者は、同州の事業免許を受けていなければならない。そして、応札のさいに、給付種類〔入院ケア、外来ケア、処方薬など〕ごとの月間保険料の明細書を提出しなければならない。選定された保険者は、州政府と契約を締結してマネジドケア・プランを販売している。Amerigroup of Florida, Inc., Vista Health Plan, Inc., Well Care HMO, Inc. などが HMO プランを販売している。

ミシガン州〔組合せプログラムを選択〕では、SCHIP は MICHild と呼ばれ、世帯所得が連邦貧困水準の 185%～200%である 1 歳未満の乳児および同 150%～200%の 1 歳～18 歳の幼児と児童が州児童医療プランに加入している。同州の事業免許を受けており、HMO プランと PPO プランを提供している保険者は、いつでも州政府と契約を締結して参加することができる。MICHild の事務管理は、提案依頼書 (request for proposal) 方式によって 1 社を選定し、大部分の事務管理を委託している。

ニューヨーク州〔州児童医療プランを選択〕では、州児童医療プランは Child Health Plus と呼ばれ、世帯所得が連邦貧困水準の 200%～250%である 1 歳未満の乳児、同 133%～250%の 1 歳～5 歳の幼児、同 100%～250%の 6 歳～18 歳の児童が加入している。保険者は提案依頼書方式によって応募し、選定された保険者は州政府と契約を締結して保険商品〔マネジドケア・プラン〕を販売している³⁴⁾。

ペンシルバニア州〔州児童医療プランを選択〕では、世帯所得が連邦貧困水準の 185%～200%である 1 歳未満の乳児、同 133%～200%の 1 歳～5 歳の幼児、同 100%～200%の 6 歳～18 歳の児童が加入している。保険者は提案依頼書方式によって応募し、選定された保険者〔9 社〕は州政府と契約を締結してマネジドケア・プランを販売している。大部分のカウンティでは数社が営業しており、加入者は保険者を選択することができる。

テキサス州〔州児童医療プランを選択〕では、世帯所得が連邦貧困水準の 0%である胎児、同 185%～200%の 1 歳未満の乳児、同 133%～200%の 1 歳～5 歳の幼児、同 100%～200%の 6 歳～18 歳の児童が加入している。保険者は、州政府と契約を締結して HMO プランまたは EPO プランを販売している。一般に都市部では数社が HMO プランを、農村部では 1 社が EPO プランを販売している³⁵⁾。なお、EPO (exclusive provider organization) は医療提供者のグループであり、前章で述べた PPO と類似している。しかし、加入者は、保険者が指定した医療提供者を選択しなければならない〔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、一般に医療費の全額を自己負担しなければならない〕点が PPO と異なっている。

また、こうした民間保険の活用とともに、無保険児童の親が就労していても、家族保険の保険料負担が大きいために雇用主提供医療保険に加入できない場合には、州政府は州児童医療プランのもとでその保険料も助成している。

雇用主提供医療保険には、被用者のみが加入する「単身保険」と、被用者とその扶養家

34) 櫻井 (2006a, 2006b) は、ニューヨーク市の事例を中心に医療扶助を医療財政と民間支援との関係から詳細に分析している。

35) 以上は、保健福祉省メディケア・メディケイドサービスセンターの資料〔SCHIP のウェブページに掲載〕および各州政府の資料〔SCHIP のウェブページに掲載〕による。

族が加入する「家族保険」がある。保険料は、家族保険のほうが高い。被用者の保険料の拠出割合は、単身保険も家族保険も雇用主によって大きく異なるが、同じ雇用主では一般に家族保険のほうが大きい³⁶⁾。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、保険料の負担は大きくなる³⁷⁾。

図3は、雇用主と被用者の年平均保険料の負担額を示したものである。まず、保険料の総額をみると、「単身保険」では中小企業〔被用者3～199人〕のほうが大企業〔被用者200人以上〕よりもわずかに多いが、「家族保険」では大企業のほうが多い。

次に、被用者の保険料の負担額〔負担割合〕をみると、「単身保険」では、中小企業の被用者の負担額は561ドル〔12.3%〕、大企業の被用者の負担額は759ドル〔17.1%〕であり、大企業の負担額〔負担割合〕のほうが大きい。しかし「家族保険」では、中小企業の被用者の負担額は4,236ドル〔35.8%〕、大企業の被用者の負担額は2,831ドル〔23.1%〕であり、中小企業の負担額〔負担割合〕のほうがかなり大きい³⁸⁾。

つまり「家族保険」では、保険料の総額は中小企業のほうが少ないにもかかわらず、被用者の保険料の負担額は中小企業のほうがかなり大きくなっている。

図4は、被用者の保険料負担割合による被用者の構成割合を示したものである。雇用主と被用者の保険料の負担割合は、企業によって大きく異なっている。「単身保険」も「家族保険」も、被用者が保険料をまったく負担していない企業もあれば、被用者が保険料の半分以上を負担している企業もある。

「単身保険」では、被用者が保険料の25%以下を負担している被用者の割合は、中小企業〔被用者3～199人〕が80%、大企業〔被用者200人以上〕が75%であり、中小企業のほうが5ポイント大きい³⁹⁾。

「家族保険」では、被用者が保険料の25%以下を負担している被用者の割合は、中小企業が38%、大企業が61%であり、大企業のほうがかなり大きい⁴⁰⁾。また、被用者が保険料の半分以上を負担している被用者の割合は、中小企業が63%、大企業が95%であり、この場合も大企業のほうがかなり大きい。

36) 雇用主が保険料を全額負担する〔被用者は負担しない〕保険を「非拠出プラン」、被用者も保険料を負担する保険を「拠出プラン」という。

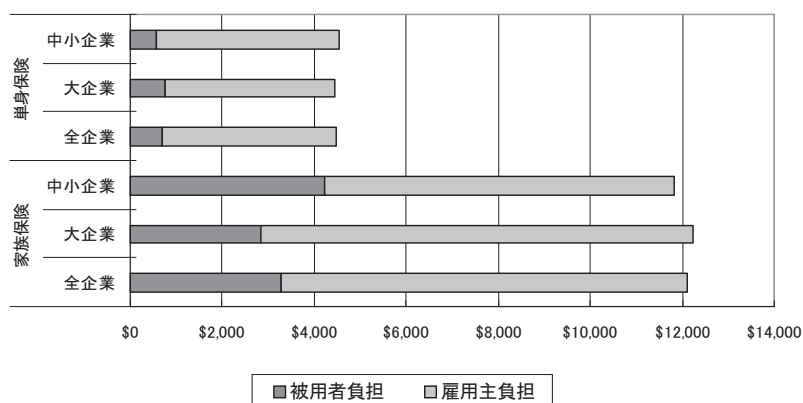
37) 一般に所得が低い被用者ほど、単身保険でも家族保険でも、被用者の保険料の負担割合は大きくなっている。この点について詳しくは、Sommers (2007) を参照。

38) 2007年の連邦貧困水準は、4人家族の場合20,650ドルである。したがって、中小企業の被用者の負担額4,236ドルは、連邦貧困水準20,650ドルの20.5%に相当する。

39) 被用者が保険料をまったく負担していない被用者の割合は、中小企業が44%、大企業が9%であり、中小企業のほうがかなり大きい。

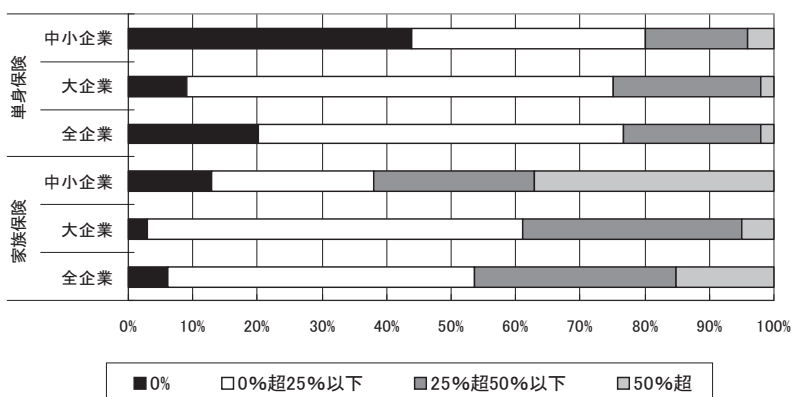
40) しかし、被用者が保険料をまったく負担していない被用者の割合は、中小企業が13%、大企業が3%であり、中小企業のほうが10ポイントも大きい。

図3 年平均保険料の負担額（2007年）



(出典) Kaiser Family and HRET (2007)

図4 被用者の保険料負担割合別の被用者の構成割合（2007年）



(出典) 図3に同じ

つまり、被用者が保険料の25%以下を負担している被用者の割合は、「単身保険」ではわずかではあるが中小企業のほうが大きいのに対して、「家族保険」では大企業のほうがかなり大きくなっている。

しばしば指摘されているように、親が就労していて、勤務先の雇用主が医療保険を提供しているにもかかわらず、被用者の保険料負担が大きいために家族保険に加入できない児童がいる。

1997年において、雇用主提供医療保険に加入している18歳以下の児童の割合を世帯所得別にみた場合、世帯所得が連邦貧困水準の100%未満である児童のなかで雇用主提供医療保険に加入している児童の割合は13.0%、100%~149%の児童は37.2%、150%~199%の児童は58.8%、200%~249%の児童は70.6%、250%~299%の児童は76.3%、300%

以上の児童は 85.4%である⁴¹⁾。

世帯所得が低い児童ほど、雇用主提供医療保険の加入率は低くなっている。それには、次の 2 つ要因が考えられる。1 つは、親がパートなどであるために、雇用主提供医療保険の加入資格を有していないことである。もう 1 つは、雇用主提供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家族保険に加入できないことである。

1996 年において、無保険の児童のうちの 22%の児童は、親の一方または双方が雇用主医療保険に加入していた。15%の児童は、親の一方または双方が雇用主提供医療保険の加入資格を有していたが、親の一方も双方もそれに加入していなかった⁴²⁾。また、1998 年～99 年において、無保険の児童の 30%と無保険の親の 26%は雇用主提供医療保険の加入資格を有していたが、それに加入していなかった。そして、世帯所得が連邦貧困水準の 133%～200%である無保険の児童のうち、16.2%の児童は、親が雇用主提供医療保険に加入していた。19.4%の児童は、親が雇用主提供医療保険の加入資格を有していたが、それに加入していなかった⁴³⁾。

「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、親が雇用主提供医療保険に加入し、児童がそれに加入していないのは、「家族保険」における被用者の保険料負担が大きいために、親がそれを断っている〔親のみが「単身保険」に加入している〕ことを示している。また、雇用主提供医療保険の加入資格を有していても、親も児童もそれに加入していないのは、親が「単身保険」も「家族保険」も断っていることを示している。

SCHIP では、SCHIP の加入資格を有する児童が、州児童医療プランで提供される医療保険に加入するよりも親の勤務先の雇用主提供医療保険〔家族保険〕に加入するほうが「コスト効果的 (cost-effective)」であるならば、「家族保険」で被用者が負担する保険料を州政府は SCHIP の財源から支払う〔保険料の全額とは限らない〕ことができる。これは、一般に「保険料助成 (premium assistance)」と呼ばれる〔“buy-in program”とも呼ばれる〕。

従来のメディケイドでも、雇用主提供医療保険における被用者負担の保険料を州政府はメディケイドの財源から支払うことができる。これは、一般に「医療保険料助成 (health insurance premium payment)」と呼ばれる⁴⁴⁾。また、過渡的医療扶助によってメディケイ

41) IHPS (1998), p.1.

42) *Ibid.*, p.3.

43) Neuschler and Curtis (2003), p.2.

44) 医療保険料助成は 1990 年包括財政調整法によって導入され、州政府の義務とされた。しかし、1997 年均衡予算法によって州政府の義務から選択に変更された。

ドの給付を継続する 12 カ月間のうちの「次の 6 カ月間」において、雇用主提供医療保険で被用者が負担する保険料を州政府はメディケイドの財源から支払うことができる⁴⁵⁾。メディケイドで導入されていた雇用主提供医療保険の保険料助成が SCHIP でも採用され、拡充されたものといえる。

保険料助成には、親は雇用主提供医療保険に加入しているが、児童はそれに加入していない場合、親も児童も雇用主提供医療保険に加入していない場合、がある。後者でも、「家族保険」の保険料に対する雇用主の拠出割合が比較的大きい〔換言すれば、被用者の拠出割合が比較的小さい〕ならば、児童のみが州児童医療プランで提供される医療保険に加入するよりも、親を含む家族が雇用主提供医療保険〔家族保険〕に加入するほうが「コスト効果的」になる⁴⁶⁾。

SCHIP の加入資格を有する児童は「無保険」であり、したがって SCHIP に加入するまで医療へのアクセスに制約を受けていた可能性が高い〔前章で述べたように、SCHIP の申し込み前の所定の期間に雇用主提供医療保険に加入していた場合には SCHIP の加入資格は与えられない〕。そのために、児童のなかには健康状態のよくない、つまりリスクの高い児童がいるであろう。また、親も無保険であったならば、リスクの高い親もいるであろう。したがって、こうした児童〔または親を含む家族〕を民間医療保険が受け入れるには、リスクの高い加入者に対する措置が必要である。

州政府と連邦政府は、1997 年の SCHIP の創設に先立って、以下の民間医療保険の改革を行っていた。

- ① 州政府は、1990 年代初め以降、保険入手可能性と保険料負担可能性を改善するために小雇用主医療保険の改革を行った
- ② 連邦政府は、1996 年 8 月に制定した 1996 年医療保険携行・執行責任法によって、州政府が改革を行っていない大団体〔大企業〕の医療保険の保険入手可能性も改善した

45) この保険料助成は 1988 年家族支援法によって導入された。

46) ただし、州政府が保険料助成を行う場合、次のような制約がある。第 1 に、雇用主提供医療保険の給付水準と医療費の自己負担は、州児童医療プランで提供される医療保険と同等でなければならないことである。雇用主提供医療保険の給付水準が州児童医療プランの医療保険よりも低い場合、州政府は補足給付を提供しなければならない。また、雇用主提供医療保険の医療費の自己負担が州児童医療プランの医療保険よりも大きい場合、州政府は差額を支払わなければならない。第 2 に、雇用主は家族保険の保険料の所定の割合以上を負担していなければならないことである。これは、被用者の児童が SCHIP の加入資格を有することがわかった場合、雇用主が家族保険における雇用主の保険料の負担割合を引き下げること防止するためである。第 3 に、上記の 2 つの点と関連して、雇用主提供医療保険の監視・調査に手間がかかることである。

SCHIP を創設する 1997 年までに、州政府と連邦政府は上記の①と②を行っていた。こうした民間医療保険の改革があって、リスクの高い児童または親を含む家族も雇用主提供医療保険に加入しやすくなり、州政府も保険料助成を行いやすくなっている。

そこで、次章では、保険料助成による雇用主提供医療保険の加入促進にとって重要な民間医療保険の改革について考察することにした。

V. 1990年代における民間医療保険の改革

1. 州政府の医療保険改革

(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⁴⁷⁾。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⁴⁸⁾。

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〔加入者〕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。団体医

47) 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、第Ⅲ章で述べたように 1980 年代に多数の HMO が医療保険市場に参入したことと、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。

48) 保険者が申込者〔加入者〕の医的リスク (medical risk, health risk) に基づいて危険選択を行い、料率を決定する過程全般は、医的アンダーライティング (medical underwriting) と呼ばれる。

療保険の場合、引受拒否には、団体〔被用者とその扶養家族の全員〕に対する場合と、団体内のリスクの高い被用者とその扶養家族に対する場合があった。

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 (risk factor) と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」「団体規模」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」「保険金支払実績」「契約の継続期間」などは主観的要因とされ、「危険特性 (risk characteristic)」と呼ばれる⁴⁹⁾。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⁵⁰⁾〕。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、団体間〔団体医療保険の場合〕と個人間〔個人医療保険の場合〕で料率の格差が拡大した。

さらに、それぞれの団体または個人のリスクを料率により厳密に反映させるために、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。中小企業と個人の加入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、とくに小雇用主医療保険と個人医療保険において、契約更新のたびに料率が大きく変動するようになった⁵¹⁾。

リスクの高い中小企業と個人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、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。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) 改革の内容

アメリカでは、保険業はおもに州政府が監督規制を行っている⁵²⁾。保険入手可能性と保険料負担可能性を改善するために、州政府は1990年代に民間医療保険の改革を行った〔現在も継続している〕。

49) 「契約の継続期間」とは、新契約加入時からそれぞれの契約更新時までの期間である。

50) 「地域」と「家族構成」のみの危険要因を使用して料率を算定する方式を純粋地域料率方式 (pure community rating) という。換言すれば、同じ「地域」に居住し、「家族構成」が同じ加入者に対して同一料率を設定する方式である。保険者は1930年代以降、一般に純粋地域料率方式を採用していた。

51) 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。

52) 州政府の保険監督当局は保険局である。保険局の長官を保険監督官という。保険監督官は、大部分の州では州知事によって任命されている。

全米保険監督官協会は、1990年代初めに小雇用主医療保険のモデル法を、1996年に個人医療保険のモデル法を制定し、州政府に提示した⁵³⁾。州政府は、それらを受けて州保険法を改正した⁵⁴⁾。

小雇用主医療保険の主要な改革の手段には、「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」「料率規制」がある。「料率規制」を除く4つの手段は保険入手可能性を改善するための手段であり、「料率規制」は保険料負担可能性を改善するための手段である。個人医療保険の改革の手段も基本的に同じである。前節で述べたように、保険料助成は雇用主提供医療保険の加入を促進するものである。そこで、以下では、雇用主提供医療保険である小雇用主医療保険の改革について述べたい。

「新契約加入保証 (guaranteed issue)」と「契約更新保証 (guaranteed renewal, guaranteed renewability)」は、リスクにかかわらず、保険者が小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〔リスクの高い小雇用主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 (limits on preexisting condition exclusions)」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⁵⁵⁾。「契約前発病の免責 (preexisting condition exclusions)」は新契約に適用される。新契約の責任開始日前の一定期間を「遡及期間 (look back period)」, 責任開始日後の一定期間を「除外期間 (exclusion period)」という。「契約前発病 (preexisting condition)」とは、遡及期間中に診断または治療された症状をいう。「契約前発病の免責」は、除外期間中に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または制限するものである。「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ことによって、保険者が保険金支払いを過度に抑制することを禁止し、加入者に対する保険保障を高めている。

「契約の携行 (portability)」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

53) 全米保険監督官協会 (National Association of Insurance Commissioners: NAIC) は、各州の保険監督規制を統一的・効果的に行うために、保険監督官が1871年に設立した非政府機関である。同会は、主要な活動として、全米基準となるモデル法とモデル規則を制定している。なお、同会が1996年に個人医療保険のモデル法を制定したのは、次節で述べる1996年医療保険携行・執行責任法の制定の動きを受けたものであったと思われる。

54) 全米保険監督官協会は、各州政府に対してモデル法を全米基準として提示し〔モデル法を強制する権限はない〕、各州政府はそれを参考にして実際に立法を行っている。モデル法は、各州政府にとってたんなる1つの参考モデルではない。各州の保険立法・保険監督・保険業の責任者と専門家が実質的な審議を行い、保険監督官の総意に基づいた重みのある全米基準モデルであり、各州の保険立法〔保険規制〕と保険業に大きな影響を与えているのである。

55) 保険者は、保険金支払額を抑制するために、1980年代に「遡及期間」と「除外期間」を長くした。

了日から新しい保険契約の責任開始日までが一定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 (rating restrictions)」は、保険者が料率を算定するさいに使用する「危険要因」を規制するものである。まず、保険者が標準料率を算定するさいに使用できる「被保険者の特性」の種類を制限する〔標準料率の細分化を禁止する〕ことによって、団体間〔小雇用主間〕の料率の格差を抑制している。

また、保険者が標準料率を割り増すまたは割り引くさいに使用する「危険特性」を制限することによって、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〕を抑制している。「危険特性」に対する制限には、危険特性の使用を禁止している〔つまり、標準料率の割り増し・割り引きを禁止している〕州と、危険特性の使用は認めていても割り増し率・割り引き率を制限している州がある⁵⁶⁾。

2. 連邦政府の医療保険改革

保険業は、19世紀初頭以来、州政府が監督規制を行ってきた。州政府が保険業を規制する権限を有することは、保険は州際通商 (interstate commerce) ではないとした1869年の連邦最高裁の判決によって確認されていた。

しかし、1944年に連邦最高裁は、保険業はシャーマン反トラスト法に従わなければならない州際通商であり、連邦政府が保険業を規制する権限を有すると判断した。ただし、州政府が保険業を規制する権限を否定しないで、連邦法に反する州保険法は無効であるとした。

州政府と保険業界は、連邦規制に対して強く反発した。また、州保険法は無効であるとされるならば、連邦保険法は存在しないために保険業は無規制の状態になるという懸念が生じた。そこで、連邦政府は、1945年にマッカラン＝ファーガソン法 (McCarran-Ferguson Act) を制定し、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、保険業の州規制を保証した⁵⁷⁾。

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。しかし、州規制がそうでないと判断する場合には、保険業を規制して〔保険の立法を行って〕いる。

56) 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。民間医療保険におけるマネジドケアの導入は、料率の水準を抑制するものととらえることができよう。マネジドケアについて詳しくは、安部 (2006) を参照。

57) 同法は、保険業に対する反トラスト法〔シャーマン法、クレイトン法、連邦取引委員会法〕の原則的な適用除外を定めている。

連邦政府は、1996年8月に1996年医療保険携行・執行責任法（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996）を制定した〔以下、「1996年 HIPA 法」と表記する〕。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である。州保険法が1996年 HIPA 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⁵⁸⁾。

1996年 HIPA 法は、小団体〔被用者2～50人〕と個人だけでなく、大団体〔被用者51人以上〕も対象としている。大団体には、州保険法〔州規制〕が適用されない自家保険も含めている⁵⁹⁾。改革の手段は「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」である。

小団体に対しては、4つの手段を定めている。個人に対しては、「契約前発病の免責に対する制限」と「新契約加入保証」は有資格個人に限定している⁶⁰⁾。「契約の携行」は定めていない。大団体に対しては、「新契約加入保証」を除く3つの手段を定めている〔表3を参照〕。

1996年 HIPA 法が制定された時点で、小団体〔小雇用主医療保険〕に対しては、大部分の州政府は1996年 HIPA 法とほとんど同じ規定を州保険法で定めていた。しかし、個人〔個人医療保険〕に対しては、大部分の州政府は1996年 HIPA 法の規定を州保険法で定めていなかった〔個人医療保険の改革を行っていなかった〕。

連邦政府は、NAIC モデル法とそれを受けて制定された各州保険法の内容をふまえて連邦法を制定し、まだ立法を行っていない州政府に対して立法を求めている。1996年 HIPA 法は、州政府に対しておもに個人医療保険の改革のための立法を求めて個人医療保

表3 1996年 HIPA 法

	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
個人	△	○	△	×
小団体	○	○	○	○
大団体	×	○	○	○

（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。

（出典）GAO（1998a, 1998b）

58) Beam and McFadden (2001), p.204.

59) 医療保険の自家保険は、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, P.L.93-406）によって、州保険法の適用が除外された。

60) 「有資格個人（eligible individual）」とは、個人が個人医療保険の加入を求める日に認定可能保険に加入していた期間の総計が18カ月以上であり、最後に加入していた医療保険が団体医療保険であった個人である。「認定可能保険（creditable coverage）」には、団体医療保険、個人医療保険、メディケア、メディケイドなどほとんどの医療保険が含まれる。

険の入手可能性を改善するとともに、州政府が改革を行っていない大団体の医療保険と州保険法〔州規制〕が適用されない自家保険の入手可能性も改善するものである。

3. 民間医療保険の改革と雇用主提供医療保険

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。つまり、民間保険では、リスクの高い人々は排除されうる。また、排除されなくても、リスクの比較的高い人々は保険料が高くなる。

前節で考察した民間医療保険の改革は、とくに小雇用主医療保険〔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〕にとって重要である。それは、小雇用主医療保険の加入者数は少ないために、リスクの高い被用者または扶養家族がいると、その団体のリスクは高くなりやすいからである⁶¹⁾。

そのために、保険入手可能性を改善する「新契約加入保証」や「契約更新保証」は、小雇用主医療保険に必要であった。しかし、それだけではない。保険料負担可能性を改善する「料率規制」も必要であった。「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって、小雇用主は新契約に加入し、契約を更新することができる。しかし、保険者がそれぞれの小雇用主〔被用者とその扶養家族〕のリスクにできるだけ応じて料率を算定するならば、リスクの高い小雇用主の料率はかなり高くなる。そのために、小雇用主は、実際には新契約に加入し、契約を更新することはできなくなるからである。

民間医療保険の料率はリスクに基づいて算定されるので、小雇用主医療保険の場合、雇用主と被用者の保険料負担可能性は「リスク」と「収益・所得」の双方に依存する。つまり、保険料負担可能性は、団体のリスクが高くなると低くなり、雇用主の収益が低く被用者の所得が少なくなると低くなる。したがって、小雇用主医療保険の改革〔保険入手可能性と保険料負担可能性の改善〕は、リスクの高い団体に対する政策措置であるとともに、雇用主の収益が低く被用者の所得が少ない団体に対する政策措置でもある。

無保険であったためにリスクの高い児童〔または親を含む家族〕が雇用主提供医療保険〔家族保険〕に加入できるためには、民間医療保険〔とくに小雇用主医療保険〕の改革は重要である。雇用主〔被用者とその扶養家族〕は、「新契約加入保証」によって医療保険に加入でき、「契約更新保証」によって医療保険を更新できる。つまり、州児童医療保険プログラム (SCHIP) の加入資格を有する児童〔または親を含む家族〕は、たとえ無保険

61) たとえば、比較的高額の医療費を要するある病気に罹患する被用者または扶養家族は、平均して200人に1人いるとする。もし加入者数が40人の企業でこの病気に罹患している被用者または扶養家族が1人でもいると、この団体のリスクはかなり高くなる。

であったためにリスクが高くても、雇用主提供医療保険〔家族保険〕に継続して加入できるのである。

その場合、SCHIP において州政府が雇用主提供医療保険〔家族保険〕に対して保険料助成を行うことができるためには、SCHIP の加入資格を有する児童が州児童医療プランで提供される医療保険に加入するよりも、親の勤務先の雇用主提供医療保険〔家族保険〕に加入するほうが「コスト効果的」でなければならない。もし「料率規制」が行われていなければ、リスクの高い団体の保険料〔被用者 1 人当たりの保険料〕は高くなり、したがって「家族保険」で被用者が負担する保険料も高くなる。そのために、たとえ SCHIP の加入資格を有する児童〔または親を含む家族〕のリスクは低くても、彼らが属する団体のリスクが高ければ、彼らの家族保険に対する保険料助成は「コスト効果的」でなくなる可能性が高くなる。

「料率規制」は、団体間の料率の格差とそれぞれの団体の料率の変動〔とくに契約更新時における料率の大幅な上昇〕を抑制するものである。こうした「料率規制」は、SCHIP の加入資格を有する児童〔または親を含む家族〕のリスクが高い場合でも、または彼らのリスクは低くても彼らが属する団体のリスクが高い場合でも、彼らの家族保険に対する保険料助成を「コスト効果的」にする可能性をも高めているのである。

VI. おわりに

アメリカの医療保険制度も、日本と同じく公的医療保険と民間医療保険からなっている。高齢者〔65 歳以上〕一般には、「メディケア」と呼ばれる公的医療保険がある。しかし、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しない。非高齢者の多くは、就労を通じて雇用主提供医療保険と呼ばれる民間医療保険に加入している。また、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、高齢者の多くも民間医療保険に加入している。つまり、アメリカでは、民間医療保険が主流である。

民間医療保険に加入できない貧困者は、政府が最低限の医療を保障する「メディケイド」と呼ばれる医療扶助を受けている。しかし、低所得であっても貧困ではないために医療扶助を受けられず、他方で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無保険者が多数存在している⁶²⁾。それは、1990 年代以降におけるグローバリゼーションの進展

62) 無保険者は 2006 年に約 4,700 万人、全国民に占めるその割合は 15.8%である。そして、無保険者のほとんど〔99.0%〕は非高齢者である (DeNavas-Walt, Proctor and Smith, 2007)。

のもとで、アメリカがグローバル・スタンダードとして世界に向けて提示するアメリカ・モデル〔アメリカ型福祉国家〕の重大な欠点となりうるのである。

本稿では、無保険者対策として、1980年代から90年代にかけて連邦政府と州政府が行った医療扶助の改革について考察した。それは、1980年代における過渡的医療扶助の創設とメディケイドの受給資格者の拡大であり、1990年代における州児童医療保険プログラム（SCHIP）の創設であった。SCHIPは、州政府が無保険の児童にメディケイドの受給資格を拡大するまたは医療保険を提供するものである。つまり、SCHIPがたんにメディケイドを拡充するのではなく医療保険を提供していることが1980年代の医療扶助の改革と大きく異なっている。

そして、州政府が無保険の児童に医療保険を提供するさいの特徴は、民間保険を活用していることである。州政府は、民間保険者に無保険児童向けの医療保険を開発・販売してもらい、その保険料を助成している。また、SCHIPの加入資格を有する児童の親が就労していても、被用者の保険料負担が大きいために雇用主提供医療保険〔家族保険〕に加入できない場合には、その保険料も助成して民間医療保険の加入を促進している。こうした民間保険の活用は、アメリカ型医療保険制度の特徴をもっともよくあらわしており、民間メカニズムをできるだけ活用するというアメリカ型福祉国家の特徴を端的に示しているのである。

参考文献：

- 渋谷博史（2005）『20世紀アメリカ財政史〔I〕—パクス・アメリカーナと基軸国の税制—』東京大学出版会。
- （2006）「アメリカ・モデルにおける貧困と福祉」渋谷博史・C. ウェザーズ（編）『アメリカの貧困と福祉』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第4巻〕序章所収、日本経済評論社、1-13頁。
- 渋谷博史・樋口 均（2006）「アメリカ型福祉国家」渋谷博史・中浜 隆（編）『アメリカの年金と医療』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第3巻〕序章所収、日本経済評論社、1-33頁。
- 安部雅仁（2006）「マネジドケアと医療改革」同上書、第5章所収、199-225頁。
- 木下武徳（2007）『アメリカ福祉の民間化』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第10巻〕、日本経済評論社。
- 五嶋陽子（2006）「アメリカの年金と医療の租税優遇措置」渋谷博史・中浜 隆（編）『アメリカの年金と医療』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第3巻〕第6章所収、日本経済評論社、227-269頁。
- 櫻井 潤（2006a）「アメリカの医療扶助と州・地方財政—ニューヨーク市の医療扶助の再編とアメリカ型福祉国家の論理—」渋谷博史・C. ウェザーズ（編）『アメリカの貧困と福祉』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第4巻〕第4章所収、日本経済評論社、123-162頁。
- （2006b）「ニューヨーク市の医療扶助と民間組織の支援活動」同上書、第5章所収、163-192頁。
- 中浜 隆（2006）『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。
- 根岸毅宏（2006）『アメリカの福祉改革』〔渋谷博史監修、シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第9巻〕日本経済評論社。
- 長谷川千春（2006a）「雇用主提供医療保険システムの動揺—1980年代以降のGM社の医療給付改革との関係で—」

- 渋谷博史・中浜 隆（編）『アメリカの年金と医療』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第3巻）第4章所収，日本経済評論社，159-198頁。
- （2006b）「アメリカの無保険者問題—雇用主提供医療保険の「空洞化」を中心に—」渋谷博史・C. ウェザーズ（編）『アメリカの貧困と福祉』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第4巻）第3章所収，日本経済評論社，89-122頁。
- 久本貴志（2006）「アメリカの貧困—労働市場の視点から—」同上書，第1章所収，15-53頁。
- Baldwin, Laura-Mae, Eric H. Larson, Frederick A. Connell, Daniel Nordlund, Kevin C. Cain, Mary Lawrence Cawthon, Patricia Byrns, and Roger A. Rosenblatt (1998), "The Effect of Expanding Medicaid Prenatal Services on Birth Outcomes." *American Journal of Public Health*, Vol.88, No.11 (November), pp.1623-1629.
- Baumrucker, Evelyne P. (2001), *The State Children's Health Insurance Program: Eligibility, Enrollment, and Program Funding*. CRS Report for Congress, RL30642, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Beam, Burton, Jr. and John J. McFadden (2001), *Employee Benefits*. Sixth Edition. Chicago: Dearborn Financial Publishing, Inc.
- Bilheimer, Linda et al. (1998), *Expanding Health Insurance Coverage for Children Under Title XXI of the Social Security Act*. The Congress of the United States, Congressional Budget Office.
- Cohen, Robin A. and Michael E. Martinez (2007), *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2006*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica Smith (2007), U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-233, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Duchovny, Noelia, Lyle Nelson et al. (2007), *The State Children's Health Insurance Program*. The Congress of the United States, Congressional Budget Office.
- Fronstin, Paul (1998), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 1998 Current Population Survey." *EBRI Issue Brief*, No.204. Washington, DC: Employee Benefit Research Institute.
- （2007），“Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2007 Current Population Survey.” *EBRI Issue Brief*, No.310. Washington, DC: Employee Benefit Research Institute.
- 〔注記〕図3のグラフ①は，Fronstinの10の文献に依拠しているが，ここでは2つの文献のみを記載している。記載していない8つの文献は，*EBRI Issue Brief*, No.217 (2000); No.228 (2000); No.240 (2001); No.252 (2002); No.264 (2003); No.276 (2004); No.287 (2005); No.298 (2006) である。
- Grady, April (2004), *Transitional Medical Assistance (TMA) Under Medicaid*. CRS Report for Congress, RL31698, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Hearne, Jean (2005), *Medicaid Eligibility for Adults and Children*. CRS Report for Congress, RL33019, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Herz, Elicia J. and Chris L. Peterson (2006), *State Children's Health Insurance Program (SCHIP): A Brief Overview*. CRS Report for Congress, RL30473, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Herz, Elicia, Jeane Hearne, et al. (2005), *How Medicaid Works: Program Basics*. CRS Report for Congress, RL32277, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Hudson, Julie L., Thomas M. Selden, and Jessica S. Banthin (2005), "The Impact of SCHIP on Insurance Coverage of Children." *Inquiry*, Vol.42, No.3 (Fall), pp.232-254.
- Institute for Health Policy Solutions (IHPS) (1998), *Children and Employer-Based Coverage: The Data*. Washington, DC: IHPS.
- Kaiser Family and HRET (2007), *Employer Health Benefits: 2007 Annual Survey*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation, and Chicago, IL: Health Research and Educational Trust.

- Lambrew, Jeanne M. (2007), *The State Children's Health Insurance Program: Past, Present, and Future*. New York : The Commonwealth Fund.
- Lurie, Nicole, Nancy B. Ward, Martin F. Shapiro, and Robert H. Brook (1984), "Termination from Medi-Cal —Does it Affect Health?" *New England Journal of Medicine*, Vol.311, No.7 (August), pp.480-484.
- Mann, Cindy, Diane Rowland, and Rachel Garfield (2003), "Historical Overview of Children's Health Care Coverage." *The Future of Children*, Vol.13, No.1, pp.31-53.
- Neuschler, Ed and Rick Curtis (2003), *Premium Assistance: What Works? What Doesn't?* Washington, DC: Institute for Health Policy Solutions.
- Newacheck, Paul W., Michelle Pearl, Dana C. Hughes, and Neal Halfon (1998), "The Role of Medicaid in Ensuring Children's Access to Care." *Journal of American Medical Association*, Vol.280, No.20 (November), pp.1789-1793.
- Pernice, Cynthia and David Bergman (2004), *State Experience with Enrollment Caps in Separate SCHIP Programs*. Portland, ME : National Academy for State Health Policy.
- Peterson, Chris L. (2006a), *SCHIP Financing : Funding Projections and State Redistribution Issues*. CRS Report for Congress, RL32807, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- (2006b), *SCHIP Original Allotments: Description and Analysis*. CRS Report for Congress, RL33366, Congressional Research Service, The Library of Congress.
- Sommers, John P. (2007), "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. Medical Expenditure Panel Survey, Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services.
- Swartz, Katherine and Timothy D. McBride (1990), "Spells Without Health Insurance : Distributions of Durations and Their Link to Point-in-Time Estimates of the Uninsured." *Inquiry*, Vol.27, No.3 (Fall), pp.281-288.
- United States General Accounting Office (GAO) (1991), *Medicaid Expansions: Coverage Improves but State Fiscal Problems Jeopardize Continued Progress*. GAO/HRD-91-78. Washington, DC: GAO.
- (1998a), *Health Insurance Standards: New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulators*. GAO/HEHS-98-67. Washington, DC: GAO.
- (1998b), *Private Health Insurance: HCFA Cautious in Enforcing Federal HIPAA Standards in States Lacking Conforming Laws*. GAO/HEHS-98-217R. Washington, DC: GAO.
- (1999), *Children's Health Insurance Program: State Implementation Approaches Are Evolving*. GAO/HEHS-99-65. Washington, DC: GAO.
- (2004), *Medicaid and SCHIP: States' Premium and Cost Sharing Requirements for Beneficiaries*. GAO-04-491. Washington, DC: GAO.
- United States Government Accountability Office (GAO) (2007), *Children's Health Insurance: States' SCHIP Enrollment and Spending Experiences and Considerations for Reauthorization*. GAO-07-558T. Washington, DC: GAO.