

アメリカ合衆国における 準低所得世帯に対する健康保険適用

マーサ N. オザワ
ヨン T. ウァン
訳：丹司 紅
長屋祥子

I. 要 約

もし、国民皆保険制度がアメリカ合衆国で受け入れられ実施されるとすると、公的福祉による保険の適用対象になるほど貧しくはないものの、私的保険市場からは締め出されている低所得若年世帯がその制度の最も明らかな利益者となるだろう。この論文にまとめられた研究は、これらの世帯に対する健康保険適用と、これらの世帯の所得レベル、年齢、性別、婚姻、居住地区との関連を双変量解析及び多変量解析により検討したものである。その結果、これらの世帯が私的健康保険に加入しているか、公的保険の対象となっているか、あるいは全く保険の適用になっていないかは、他の諸条件が同じであれば、雇用状態と世帯の所得レベルに強く影響されるということがわかった。

II. アメリカ合衆国における準低所得 世帯に対する健康保険適用

アメリカ合衆国は南アメリカを除く他の先進国が持たないユニークな問題を抱えている。す

なわち、国民皆保険制度がないということである。これまでの長い年月のなかで初めて、政治的な環境がこの国における皆保険制度の確立に向けて熟して来ているようである。

現行の健康保険制度は第二次世界大戦中に端を発している。その当時、連邦政府は賃金と物価の統制は必要としていたが、賃金以外の雇用条件 (Fringe Benefits) については、雇用主が自由に付加することを許した。1943年には、Internal Revenue Service(以下、IRS) (訳注：日本の大蔵省国税局に相当) は、雇用主が被雇用者のためにグループとして健康保険に加入する場合は、その負担費用が免税対象になることを明確に定めている。雇用主が個々の被雇用者のために個別に健康保険に加入する場合の負担費用については、1953年の IRS の規制 (Revenue Rule) では課税対象にすると定めているものの、翌1954年には国会が Internal Revenue Code (訳注：課税に関する法律) の16条を発動することによってその規制を取り消した。結果として、雇用を通じて支給されるすべての健康保険が、低所得者よりも高額所得者に対してより多く課せられているという性格を持つ税金によって補助されてきたわけである。特に、1994

年には、この雇用主の被雇用者のための健康保険の負担費用に対する免税措置によって、連邦政府が逃した歳入額は740億ドルにのぼっている。州の所得税の様々な控除を含めると、これらの税免除額は、いくつかの高額所得世帯の税支払後の健康保険にかかる費用を半分にまで減らすことができる程になる (Congressional Budget Office, 1994)。

これに比して、自営業者や雇用されていない者は IRS によってあまり優遇されていない。自営業者の場合、健康保険加入料についてはその25%が税額控除の対象として認められているに過ぎない。また、雇用されていない者にとっては税に関する恩恵は何もない (Congressional Budget Office)。そのため、彼らは課税後の手取りの収入から自力で健康保険に加入しなければならないということになる。

健康保険産業は、雇用を基本とした健康保険制度に対して、競争原理に従って対応してきた。営利的健康保険会社は経験予測 (Experience Rating, 訳注: そのグループでの過去における病気発生率からの予測に基づく価格決定) と危険度分類 (Risk Classifications) とを確立し、特定の会社についての危険度と経験予測に従って、それぞれ違った保険料を提示した (Kim & McMullin, 1988)。更に彼らは会社の規模によっても違った保険料を定めた。つまり、大規模な会社は、保険料徴収と医療費請求の処理にかかる一人当たりの経費が少なくすむという理屈から、小規模な会社に比べて比較的低い保険料が提示されたのである (Congressional Budget Office, 1991)。

非営利的医療保険組織である Blue Cross/Blue Shield でさえ、営利的保険会社と同様の運営方針を取らなければならなかった (Oppen-

heimer & Padgug)。今日でも、Blue Cross/Blue Shield が提供する健康保険の約3分の1では、自由加入期間 (Open-enrollment Period) が毎年設けられているが、それでも経験予測と危険度分類の導入は余儀なくされた。この自由加入期間には、その保険料は広域な地区全体を対象とした経験分析によって算定されるが、その保険料は割高であるわりに、包括的な還付利益は少なく自己負担割合も高い (Congressional Budget Office, 1991)。

合衆国においてはこのような方法で健康保険が適用されて来たが為に、特定のグループに属する人々、つまり貧困者、障害者、そして高齢者は、保険に加入できないと考えられて来た。貧困者は彼ら自身に適用される健康保険に加入する財力がなく、障害者及び高齢者は営利的保険会社にとって余りに危険度が高いと見なされたわけである。その結果、これらのグループの健康管理の必要性のために、連邦政府が介入して公的健康保険制度—Medicare と Medicaid—を設立せざるを得なかった。

合衆国における健康保険適用をめぐるこの二面性は、悪名高い適用のパターンを作り出してしまった。健康でかつ大きな組織に属する裕福な人々は、比較的 low price で保険に加入できる。健康ではあるが小さな会社に勤めて賃金が少ない人々はいかなる健康保険にも加入していない可能性がある。更に、何とか毎日の仕事はこなせるものの、心疾患や糖尿病等の既存条件 (Preexisting Conditions) を有する人々はいかなる状況においても健康保険に加入することが難しいということもあるわけである。大会社に雇用されていない人々は、高齢者か重度障害者であるか (訳注: Medicare の対象)、あるいは、階層別社会福祉制度 (Categorical Welfare

Programs) —Aids to Dependent Children (AFDC) と Supplement Security Income (SSI) —の対象となる貧困者、つまり Medicaid の対象者であるが、これらのグループに属さない限り、健康保険制度の狭間に陥ってしまい、グループ価格を得られる人よりもかなり高い値段で自力で健康保険に加入しなければならないということなのである。端的にいうと、合衆国における健康保険適用の不確実性の度合いは、その人が働く会社の規模、賃金のレベル、健康状態に依存しているというわけである。

健康保険適用の不確実性は、特に、Medicaid の対象となるほどには貧しくないものの、十分に裕福ではないか、あるいは十分な健康保険を供与されるほどの就労状態にない若年世帯で顕著である。これらは典型的な準低所得世帯、つまりその収入は貧困ラインよりは上であるもののそれ程は高くないという世帯である。このようなわけで、この準低所得者階級は、合衆国における Medicaid の拡大あるいは健康保険制度の改革へ向けての政治的論議の的となり続けて来た。元来は準低所得者は貧困ラインからその 1.25 倍の収入の間をいうと定義されてきた。しかしながら、医療についての最近の政治的論議や研究においては、準低所得者は貧困ラインからその 2 倍の収入の間に属する者をいうことになっている (Levit, Olion & Letsch, 1992)。

この論文は、収入が貧困ラインからその 2 倍までの間に入る若年世帯の健康保険適用に関する問題点を論じるものである。これらの世帯の健康保険適用を何が決定するのか？ どの程度まで彼らの雇用状態と所得レベルが保険適用に関係するのか？ 他の要因、例えば年齢、性別、人種、婚姻、居住地区は影響を及ぼすかどうか？

これらの諸要因が彼らの保険適用の状態：私的保険、公的保険、無保険にどのように関与しているか？

III. 文献検討

最近の人口調査に基づいた最も包括的な健康保険の研究は Levit, Olin 及び Letsch (1992) によってなされたものであるが、彼らは全員とも Health Care Finance Administration に属する連邦局員である。他の事項も述べているなかで、所得レベルが若年世帯にとって健康保険に加入するかどうかを決める最も重要な要因であること、準低所得世帯における子ども達が、すべての所得階級のなかでも最も保険を持たない可能性が大きいこと、一年を通じて完全雇用されていることが必ずしも健康保険に加入することを保証されないこと、人口における保険を持たない人の割合には大きな地域差がみられること、を報告している。

合衆国国勢調査局 (U.S. Bureau of the Census) の Survey of Income and Program Participation (SIPP) に基づいた発表では、私的健康保険加入は雇用状態、年齢、性別、人種、居住地域に関連することを示唆している。その報告は次のようなものである。(1) 保険を有する人々の 70% が直接的あるいは間接的に雇用を通じた保険の適用を受けている；(2) 若年成人 (18-21 歳) が、すべての年齢層のなかで最も保険を有さない可能性が高い；(3) 非白人は白人よりも無保険である可能性がより高く、ヒスパニック系人種では白人及び非白人よりも無保険である傾向が強い；(4) 南部、西部の人々は北西部、中西部の人々に比べて、1 か月から数か月の間無保険で過ごした経験を持つ傾向が強い；(5) 女性

は男性よりも Medicaid の適用を受ける傾向が強い。

Berk と Wilensky の研究 (1987) は、1977年の National Medical Care Expenditure 調査に基づくものであるが、それによるといかに就労貧困世帯が矛盾に陥っているかを示している。家長が就労している準低所得世帯のほうが、家長が就労していない準低所得世帯よりも無保険である傾向がみられるというのである。この異常さの秘密は、非就労貧困階級に属する者のほうが Medicaid の適用をより多く受けているということである。

Berk と Taylor (1984) の同じく1977年の National Medical Care Expenditure 調査に基づく研究では、婚姻状況がいかに女性の健康保険適用に影響しているかが示されている。それによると、離婚した女性は結婚している女性よりも、いかなる健康保険にも加入していない可能性が2倍高い。特に、結婚している女性は私的健康保険に加入している傾向がより強いのに対して、離婚した女性は Medicaid の適用となっていることが多い。仕事を持たない離婚女性が最悪の状態であり、Medicaid に強く依存している。

Tallon と Block (1987) も同様に、女性の健康保険加入状況に注目している。彼らの報告では、女性は、小さな会社やサービス産業、あるいは一時的な仕事に就いている傾向がある為に、彼らが調査した女性が家長である世帯では、私的健康保険を有していたのは、半数をやや上回る程度にしか過ぎなかった。さらに15-44歳の女性で貧困ラインより所得が少ない場合、私的健康保険に加入している割合は24%のみであるのに対し、Medicaid の対象となっているのは40%、無保険状態が36%であると報告している。

IV. 方法

1. 情報の入手先

本研究では、1985年の Survey of Income and Program Participation (以下、SIPP) の Wave 6 Microdata のなかの、健康状態と医療利用についての調査 (Topical Module) に含まれている健康保険加入についてのデータを利用した。我々は、本研究の目的のため、若年でかつ年間所得が貧困ラインの1.00倍から2.00倍の間にある者を家長とする世帯を抽出した。以後、これらの世帯について“準低所得若年世帯”又は単に“準低所得世帯”と記載する。

SIPP は毎年、合衆国国勢調査局 (U.S. Bureau of Census) によって実施される。本調査は、全国規模の人口抽出に基づき、アメリカ国民の客観的背景 (Demographic Background)、雇用状態、Public Income Transfer Program への参加状況についての詳細な情報を得るための包括的なデータを有している。合衆国国勢調査局はまた定期的に、特定の事項、例えば健康保険適用などについての特別調査を行っている。これらの特別調査は“Topical Module”と呼ばれている。研究者はしばしば、この毎年の Survey of Income and Program Participation と特定の Topical Module とを併せ用いている。SIPP からのデータは政府諸機関のみならず、学術研究者によっても広く利用されているのである。

2. 変数の定義:

独立変数 (Independent Variables) は家長が有する背景要因に関するもので、雇用状態、年齢、性別、人種、婚姻、居住地域、世帯の所得

とした。

依存変数 (Dependent Variables), 本研究では即ち健康保険適用状態であるが, これは1986年8月から10月の間に行った聞き取り調査の直前の時点におけるものとした。更に, 調査対象となった世帯を, 家長の健康保険適用状態に基づいて3つの範疇に分類した。

(1)私的保険を有する者, (2)公的保険を有する者, (3)無保険の3つである。公的保険は Medicare, Medicaid, CHAMPUS, CHAMPVA を指す。CHAMPUS は, 軍隊に属する人の家族に対する健康保険制度であり, CHAMPVA は退役軍人の家族に適用されるものである。この研究の目的から, 家長が健康保険を有している場合はその家族も適用を受けていると解釈することとした。

世帯の所得の程度は貧困比で表した。即ち, 世帯の年間所得を同規模世帯の貧困ライン所得で割ったものである。完全雇用 (Full-Time Employment) とは聞き取り調査直前までまる1か月働いていた者と定義し, 無職とはその期間全く就労していなかった者を, 部分雇用 (Part-Time Employment) とは種々の理由によりまる1か月より少ない期間しか働かなかった者を指すことにした。他の全ての独立変数の定義は, 言葉の示す通りである。

3. データの解析

データは3種類の方法で解析した。第一に, 準低所得若年世帯と全ての若年世帯について, 本研究で用いた変数各々についての分布を求めた。この分析の目的は, 準低所得世帯の特徴を全若年世帯のそれと比較するためである。第二に, 依存変数と個々の独立変数との関係を調べるために, 双変量解析—カイ二乗検定—をそれ

ぞれについて試みた。第三には, Polytomous Logistic Regression という多変量解析を行った。この解析は, ある世帯がある種類の健康保険適用状況である可能性が, 他のもうひとつの健康保険適用状況である可能性に比べてどの位かということ, 残る第三の健康保険適用状況をコントロールした条件のもとで評価できるものである。従って, この分析方法は3つの依存変数で表される健康保険適用状況—私的保険加入, 公的保険加入, 無保険—を扱った本研究には特に有効であった。本研究の目的のため, 無保険グループを, 私的保険あるいは公的保険を有するグループと比較する対照として用いた。回帰係数 (Regression coefficients) は, Odds Ratio に変換した。つまりそれは, ある特定の客観的背景を持つグループが, その他の変数が全て一定にコントロールされている条件のもとでは, どの保険に加入している(あるいは無保険)傾向があるかを示すものである。例えば, 本研究において, Odds Ratio 1.92 とあれば, ある世帯グループが私的健康保険に加入している確率は, 対照グループ世帯よりも1.92倍高いということの意味する。また, Odds Ratio 0.6 とあれば, ある世帯グループが私的健康保険に加入している確率は, 対照グループに比して0.6倍(もしくは60%)のみということの意味している(対照グループとは, それに対して特定の世帯グループが比較されるグループのことである)。Wald カイ二乗検定値は, 個々の独立変数と依存変数相互の関連の相対的強さを示すために用いた。従ってその有意差は個々の Odds Ratio に対応する。

4. 解析の単位

解析の単位は世帯とした。重みづけ (Weight

Procedure)は、世帯分布を求め、準低所得若年世帯数と全若年世帯数の人口を求める際に行った。この方法はカイ二乗検定と Polytomous Logistic Regression Analysis については行わなかった。

V. 結果

1. 準低所得世帯の特徴

1986年において、7,430万の全若年世帯のうち、1,350万世帯の年間所得額が貧困ラインからその2倍の間に属していた。表1はこれらの準低所得者階級が全若年世帯に比して、保険に加入していない割合が大きいこと、私的保険に加入している割合が小さいことを示している。

準低所得若年世帯の雇用状態は、全若年世帯のそれとほんの小さな差を示すに留まった。完全雇用の割合は、全若年世帯の79%に対して、準低所得世帯でも73%にのぼっている。また、全若年世帯の17%に対して、準低所得世帯の22%が就労していなかった。若く、女性が家長、非白人という特徴を持つ世帯の占める割合がより多かった。加えて、準低所得世帯は全貧困若年世帯に比べると、南部に住んでいる確率がより高く、北東部に居住する確率がより低いことがわかった。

2. 双変量解析：カイ二乗検定

表2は依存変数と個々の独立変数の関係を求めるために行ったカイ二乗検定の結果である。これをみると、健康保険適用状態は、性別を除く全ての独立変数との間に統計学的に有意な関連があると認められる。雇用状態と所得レベルは保険適用状態に強く影響している。他の2つの世帯グループに比べて、完全雇用労働者を家

表1 貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯と全世帯の特徴

	貧困ラインの 1.0-2.0倍の所得 を有する世帯	全世帯
年齢		
30歳以下	31	26
31-40	31	30
41-50	16	20
51-64	22	25
性別		
男性	62	70
女性	38	30
人種		
白人	81	86
非白人	19	15
婚姻		
結婚している &配偶者あり	51	57
その他	49	43
居住地区		
北東部	17	21
中西部	25	25
西部	21	22
南部	37	33
雇用		
完全雇用	73	79
部分雇用	5	4
非就労	22	17
所得レベル(貧困比)		
1.0 -1.35	33	
1.351-1.65	30	
1.651-2.0	38	
保険適用		
無保険	29	15
公的保険	9	8
私的保険	62	77

注：端数切り捨てのため、合計数は必ずしも100とはならない。

長とする世帯では私的保険に加入している可能性が最も高く、部分雇用労働者を家長とする世帯では無保険である可能性が最も高く、非就労

表 2 カイ二乗検定：貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯の、保険種類別による百分率分布

	公 的	私 的	無保険	合 計	N	χ^2 値
年齢						
30歳以下	4	62	35	100	532	
31-40	5	67	29	100	473	
41-50	10	66	24	100	257	
51歳以上	21	55	23	100	350	102,460***
性別						
男性	8	63	29	100	988	
女性	11	62	28	100	624	4,307
人種						
白人	8	63	29	100	1,356	
非白人	13	62	25	100	256	7,182*
婚姻						
結婚している &配偶者あり	7	69	24	100	828	
その他	10	56	34	100	784	27,841***
居住地区						
北東部	8	71	21	100	249	
中西部	5	68	27	100	436	
西部	13	46	42	100	318	
南部	9	65	26	100	604	56,399***
雇用						
完全雇用	3	69	28	100	1,171	
部分雇用	4	55	42	100	82	
非就労	30	44	27	100	359	268,693***
所得						
1.0 -1.35	13	51	36	100	535	
1.351-1.65	8	64	28	100	464	
1.651-2.0	6	71	23	100	613	52,826***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

者を家長とする世帯においては公的保険が適用されている可能性が最も高かった。所得レベルと健康保険適用の関連は驚くほど単純であった。つまり、所得の少ない世帯ほど、公的保険の適用となっているグループにおいても無保険のグループにおいてもより多くみられるということである。これに対して、所得が高くなるほど私的保険を有する可能性が高くなっていた。

予期していた如く、他の年齢グループに比して、若年世帯では無保険である可能性がより高く、高齢世帯では公的保険を有する可能性がより高く、中年世帯においては私的保険に加入している可能性がより高くみられた。白人世帯に比べると、非白人世帯の方がより強く公的制度に依存していた。更に、興味深いことには、保険を有さないグループの中では白人世帯の方が

目立っていた。結婚状況による影響は顕著であった。結婚している世帯ではより私的保険に加入している傾向が強いのに対して、結婚していない世帯では公的保険が適用されている傾向が強かった。居住地域もやはり統計学的に有意な影響を及ぼしていた。北東部に居住する世帯は私的保険に加入している確率が最も高く、西部に居住する世帯は公的保険に加入しているかあるいはいかなる種類の保険をも有していない確

率が最も高くみられた。性別は健康保険適用状態には何ら関連を示さなかった。

3. 多変量解析

どの独立変数が健康保険適用状態に総合的な影響を及ぼしているであろうか？ つまり、他の変数を一定とした条件の下で、私的保険、公的保険、無保険の何れの状態にあるかにどの変数が影響を及ぼしているのであろうか？ 表3

表3 貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯に対する健康保険適用についての
Polytomous Logistic Regression Analysis

(N = 1607)

	私的 vs. 無保険		公的 vs. 無保険	
	Odds Ratio	χ^2	Odds Ratio	χ^2
定数 (Constant)	1.244	.83	3.067	11.25***
年齢				
30歳以下	.661	5.28*	.324	12.79***
31-40	.815	1.23	.406	8.56**
41-50	.467	.13	.776	.64
(51-64)				
男性	.631	10.11**	.780	.98
白人	.997	.00	.526	5.41*
既婚	2.007	24.03***	1.132	.25
居住地区				
北東部	1.383	2.94	1.094	.08
中西部	1.050	.11	.720	1.20
西部	.490	19.91***	1.175	.36
(南部)				
雇用				
完全雇用	1.807	12.97***	.125	65.11***
部分雇用	.937	0.05	.104	13.07***
(非就労)				
所得レベル(貧困比)				
(1.0-1.35)				
1.351-1.65	1.486	7.36**	.885	.21
1.651-2.0	2.025	25.18***	.952	.04

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

注: () 内は対象群

に Polytomous Logistic Regression の分析結果を示した。

他の変数を一定とした条件の下で、雇用状態は準低所得世帯の健康保険適用状態に統計的に有意な影響を及ぼしているということがわかった。公的保険が適用されている可能性が一定とした条件の下では、完全雇用就労者の世帯では、非就労者の世帯に比べて、1.8倍の確率で無保険状態より私的保険に加入していた ($p < .001$)。部分雇用者を家長とする世帯と非就労者を家長とする世帯を比べた場合には、統計学上有意な確率の相違は認められなかった。

次に、私的保険に加入している可能性が一定であるという仮定の下で、無保険状態より公的保険の対象となっている確率に焦点をあててみる。表3の左側がその仮定を示し、完全雇用労働者を家長とする世帯が公的保険適用を受けている確率は、非就労者を家長とする世帯の場合の0.13倍にしかっていない ($P < .001$)。同様に部分雇用労働者を家長とする世帯が公的保険の適用となっている確率は、非就労者を家長とする世帯の実に0.10倍にしか過ぎない ($p < .001$)。

推論的解釈を行うと、部分雇用労働者が家長である世帯についてのこれらの所見からは、この世帯はいかなる保険適用を受けている可能性も最低であるといえる。つまり、これらの世帯では、非就労者が家長である場合に比べて、私的保険に加入している傾向は殆ど同じ位であるものの、公的保険の適用になっている傾向はより少ない。

所得レベルでは、最低の所得階級に属する世帯（貧困ラインの1.0-1.35倍）に比較して、貧困ラインの1.351-1.65倍の所得範囲の世帯でも1.651-2.00倍の所得範囲の世帯でも、無保険で

あるより私的保険に加入している確率に統計学的に有意な影響が認められた ($p < .01$, $p < .001$)。これら2つの世帯グループの Odds Ratio はそれぞれ1.49, 2.03であった。しかし、最低の所得階級における世帯に比べて、これら2グループに属する世帯が公的保険適用となっている確率については所得レベルによる差は特に認められなかった。

健康保険適用状態に影響を与えるもうひとつの強力な要因は年齢であった。公的保険の適用となっている可能性を一定とした条件では、若い世帯は年長の世帯に比して、無保険であるより私的保険に加入している確率が少ないことがわかった。例えば、家長が30歳以下である世帯の場合、51-64歳の家長を有する世帯の場合に比して、0.66倍の確率でしか私的保険に加入していない ($p < .05$)。また、若年世帯では公的保険を有する確率もやはり低い。例えば、家長が30歳以下の世帯では、家長が51-64歳の場合の0.32倍の確率で公的保険が適用されているのみである ($p < .001$)。これらの所見から、家長が30歳以下の世帯ではどの種の保険についても最低の適用状態にあるということが推測される。

白人世帯が無保険の状態よりも公的保険の適用になっている可能性は、0.53倍に過ぎなかった ($p < .05$)。私的保険については、白人、非白人世帯の間に特に相違はみられなかった。結婚世帯は非結婚世帯と比べて2倍の確率で、無保険よりも私的保険に加入している可能性が高い ($P < .001$)。西部に居住する世帯は南部に居住する世帯の0.49倍の可能性でしか私的保険を有していなかった ($P < .001$)。男性を家長とする世帯が私的保険に加入している確率は、女性を家長とする世帯の0.63倍でしかなかった。

Polytomous Logistic Regression Analysis

の結果からわかったことは、2変量レベルで依存変数に関連を示す独立変数は、多変量レベルでもやはり関連を示しているということなのであるが、いくつかの変数の有意差はなぜか減じている。性別は2変量レベルでは目立たないが、多変量レベルでは顕著になっていた。雇用状態が、常に、他の要因が一定という条件にコントロールした状態でも高い有意差を保っていたということは特記すべきである。

VI. 考 察

本研究の結果からわかるように、他の変動要因がコントロールされている場合、雇用状態と所得レベルが準低所得世帯の健康保険適用状態に決定的な影響を与える。所得レベルと世帯の他の背景要因が一定であると仮定すると、家長が完全雇用されている世帯は、部分雇用や非就労である場合に比して私的保険に加入している可能性が無保険であるより大であるといえる。公的保険の適用を受けている場合については、これと逆のことがいえる。つまり、完全雇用に近いほど公的保険適用を受けている可能性が無保険に比して低い。

また、所得レベルもやはり影響している。雇用状態や世帯の他の背景要因が一定であると仮定すると、高所得世帯が低所得世帯より私的保険に加入している可能性が無保険である場合より大きい。最後に、他の変動要因がコントロールされている場合、性別、人種、結婚が健康保険適用について違いをもたらしているということがわかる。

雇用状態と所得レベルが及ぼす影響についてのこれらの所見は、準低所得世帯においてですら、私的保険加入が直接的に社会階層に影響さ

れるということを語っている。この関連を説明する要因は次の3つである。(1)健康保険制度は、根底のところ、営利的又は非営利的保険会社の何れかによって運営されており、両者とも経験予測と危険度分類を行っていること。(2)歴史的事情により、雇用を基本とした型の健康保険が中心になっていること。(3)連邦及び州政府は Internal Revenue Code を通じて、健康保険加入に必要な費用について、低所得世帯より高所得世帯に対してより多い補助をしていること。

準低所得世帯における無保険状態の問題について、本研究はひとつの異常な状態を明らかにした。つまり、部分雇用の家長を有する世帯はいかなる種類の保険にも加入していない可能性が最も高く、それはむしろ全く働いていない家長を有する世帯よりも高い、ということである。この異常な状態の秘密は公的保険制度の存在であり、これによって非就労世帯は他に比して不相应に恩恵を受けているのである。

もうひとつ予期していなかった所見は、公的保険の適用を受けている可能性が一定にコントロールされている場合、男性を家長とする世帯は女性を家長とする世帯よりも私的保険に加入している可能性が低いということである。この所見は、予期していなかったものの、驚くには当たらない。先に引用した Levit, Olin, Letsch (1992) の研究も類似のことを報告している。しかしながら、なぜ男性を家長とする場合、女性を家長とする場合よりも私的保険を有していない可能性が高いのかは更なる研究が必要である。

若年世帯が何ら保険を有さない傾向がより強いということは、若年世帯が Medicare の適用を受ける可能性が殆どないということ、あるいは、男性を家長とする場合は Medicaid の適用

を受ける可能性が少ししかないということで、部分的には説明できるかもしれない。また、ある程度、若年世帯は保険に加入しないという選択をしやすいとも考えられる。若年世帯（家長が30歳未満）と年長世帯（家長が30-64歳）についての別のデータ分析でも、年長世帯の保険適用（私的及び公的）は居住地域に強く依存しているのに対し、若年世帯にはそのような地域的差異がみられないという点を除くと、両グループにおける保険加入状態が、同じ一連の独立変数によって、同程度の統計的強さで影響されるということが認められている。従って、若い家長を有する世帯は、年長の家長を有する世帯よりも、私的及び公的健康保険に加入している可能性が低いものの、若年世帯の中でみるならば彼らの健康保険適用状況は年長世帯におけると同じ要因によって左右されるということが仮説としていえるかもしれない。

VII. 結 論

機会の国として認識されている合衆国において、私的保険加入状況と貧富の差の間に直接的関連があるということは容認できる現象と考えられている。しかし、合衆国はこの現象に高い代価を払ってきた。公的健康保険制度—MedicareとMedicaid—を発足させ、そのための大規模な機関を設置することを余儀なくされ、かつ、そのために何らの健康保険をもたない世帯の増加を許容してきたのである。

しかし、全体として医療費が増大してくるにつれ、また非常に非組織的かつ非効率な形で出てくる無保険者の医療需要に応じるための公的負担と労苦が増大してくるにつれ、そして政府のMedicareとMedicaidに対する支出が増

加してくるにつれて、米国社会はもはや、現状を維持する意志も能力もなくなってきているのである。私的健康保険加入のための財源の減少は、公平性の立場からも現状をさらに受け入れ難くしている。例えば、雇用に基づく健康保険適用に関するRussell, Bernstein, Tang (1993)の研究は、低所得世帯においての方が高所得世帯よりも、保険料の所得に占める割合が高くなっており、高所得世帯の方が収入に対しての節税率が高いということを指摘している。又、Congressional Budget Officeの報告(1994)は、雇用に基づく健康保険適用に対する税金の補助は、絶対額でみても保険料に対する割合でみても、世帯の所得によって大きく変わると報告している。

この貧富の差と私的健康保険加入の関係を、最も論理的かつ単純に解決する方法は、雇用を基本とする適用を廃止し、人々の支払い能力に基づく出資制度を確立することである。なかでも特に、単一支払い者制 (Single-payer System) はひとつの論理的な解決方法であろう。これは、各世帯は年間賃金（あるいは所得）のある割合を支払い、税額控除はないという方式である。しかし、このような制度は、全ての所得階級を巻き込んで収入源の大規模な再分布をもたらすこともあり得る。このことが、アメリカ社会が単一支払い者制を改革案として受け入れないことの最大理由なのかもしれない。一方で、アメリカ社会は、支払い能力に基づいた医療費の相互補助 (Cross-subsidization of Health Care) なしには皆保険の原則は決して実現され得ないということを認識すべきである。また、皆保険を実現している全ての先進国においては、何らかの形式で相互補助が行われているということも知るべきである。端的にいうと、皆

保険制度を実施する安易な方法はないということなのである。

参考文献

- Berk, M.L., & Taylor, A.K. (1984). Women and divorce: Health insurance coverage, utilization, and health care expenditures. *American Journal of public Health, 74*, 1276-1278.
- Berk, M.L., & Wilensky, G.R. (1987). Health insurance coverage of the working poor. *Social Science and Medicine, 25*, 1183-1187.
- Congressional Budget office. (1991). *Rising health care costs: Causes, implications, and strategies*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Congressional Budget Office. (1994). *The tax treatment of employment-based health insurance*. Washington, DC: Author.
- Kim, R.E., & McMullin, K.R. (1988). AIDS and the insurance industry: An evolving resolution of conflicting interests and rights. *St. Louis University Public Law Review, 7*, 155-175.
- Levit, K.R., Olin, G.L., & Letsch, S.W. (1992). Americans' health insurance coverage, 1980-91. *Health Care Finance Review, 14* (1), 31-57.
- Oppenheimer, G.M., & Padgug, R.A. (1986, October). AIDS: The risk to insurers, the threat to equity. *Hastings Center Report*, pp. 18-22.
- Rasell, E., Bernstein, J., & Tang, K. (1993). The impact of health care financing on family budgets. *Challenge, 36* (6), 12-20.
- Tallon, J.R., & Block, R. (1987). Changing patterns of health insurance coverage: Special concerns for women. *Women and Health, 12* (3/4), 119-136.
- U.S. Bureau of the Census. (1992). *Health insurance coverage: 1987-1990*, Current Population Reports (Series p-70, No. 29). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- (Martha N. Ozawa ワシントン大学教授
Yeong-Tsyng Wang Fu-Jeng 大学助教授)
(たんじ・くれない
コロムビア大学医学部神経学教室研究員
ながや・しょうこ
ロックフェラー財団フェロー)