

## 21世紀のアメリカ社会保障

渋谷 博史・中浜 隆・櫻井 潤

---

### ■ 要約

アメリカ福祉国家の特徴は、第1に年金分野では主役の雇用主提供年金（企業年金、公務員年金）を社会保障年金（最低保障的な一階部分）が補完し、第2に医療保障分野でも雇用主提供医療保険（現役世代をカバーする主力）をメディケア（高齢者向けの最低保障の社会保険）が補完し、第3に福祉分野では各地域の多様な施策を可能にする分権的な仕組みを軸としている。

医療保障の主力である雇用主提供医療保険等の民間医療保険に対する政府規制も、連邦政府ではなく各州政府レベルで行われ、各地域の特性に合わせて多様な仕組みが構築される。アメリカの分権的な「小さな政府」が良いか悪いかの判断は別として、アメリカ経済社会の実際の姿はこうなっているという正確な認識は必要かつ有用である。

### ■ キーワード

①アメリカ福祉国家 ②雇用主提供年金 ③雇用主提供医療保険 ④分権的な「小さな政府」 ⑤消費者主導型の医療保険

---

### 第1節 アメリカ・モデルの論理

第2次大戦後のアメリカにおいてリベラル派の代表が1960年代のケネディ大統領（民主党）であるとすれば、保守派の代表は1980年代のレーガン大統領（共和党）である。1963年のケネディ暗殺後に継承したジョンソン民主党政権の下で、「偉大なる社会」政策や「貧困との闘い」が展開され、メディケア（高齢者医療の社会保険）やメディケイド（医療扶助）が新設され、また福祉等の拡充も特定補助金（連邦政府からの規制が強い）を軸とする中央集権的なベクトルのものであった。

その中央集権的な「大きな政府」に対して、1980年代のレーガン政権は分権的な「小さな政府」を提示した。いわゆる「レーガノミクス（Reaganomics）」は、アメリカ経済の強い成長力を

回復させる戦略として、リベラル・ケインジアン的な経済政策（「大きな政府」による所得再分配と消費刺激）に代えてサプライサイダー的な経済政策（「小さな政府」による貯蓄・投資促進）を採用し、その重要な一環として、1960年代からの福祉拡充傾向を抑制した。それ以降、1990年代のクリントン民主党政権の時代も含めて「小さな政府」へのトレンドが継続し、2000年代のブッシュ共和党政権期は一層それが強まったという歴史の流れである<sup>1)</sup>。

しかし本稿では、リベラル派の中央集権的な「大きな政府」と保守派の分権的な「小さな政府」の対比という視角ではなく、両者が共有するアメリカ的な特質という切り口から21世紀初頭のアメリカ社会保障をみてみたい。1960年代からの中央集権的な「大きな政府」といっても、それは、1980

年代からの保守化傾向や1950年代までの基本構造と比較してそういえるのであり、ヨーロッパ諸国の福祉国家と比較すれば、アメリカ福祉国家は一貫して分権的な「小さな政府」である。

分権的な「小さな政府」の構造は、第1に民間部門が主体的に福祉国家システムを担い、第2に政府部門が補完的な役割を果たす場合には地域社会をできるだけ活用する形を目指すベクトルを有している。具体的には、第1に年金分野では主役の雇用主提供年金（企業年金、公務員年金）を補完する社会保障年金（国民全体をカバーする一階部分）があり、第2に医療保険分野でも現役世代と家族をカバーするのは主として雇用主提供医療保険であり、社会保険はメディケア（高齢者向けの最低限の医療保障）のみである。第3に狭義の福祉分野では、各地域の多様な施策を可能とする分権的な仕組みを軸としている<sup>2)</sup>。

本稿の構成は、第1節（渋谷博史）で抽出したアメリカ・モデルの論理を具体的に考察するために、第2節（櫻井潤）ではそれを体現するアメリカ福祉国家の全体像を示し、第3節（中浜隆）では民間主導のアメリカ福祉国家における分権的構造の典型的な事例として民間医療保険に対する州政府の規制を取り上げる<sup>3)</sup>。

## 第2節 アメリカ福祉国家の全体構造： 分権的な「小さな政府」

### 2-1 アメリカ福祉国家の規模とその構成

まず表1でアメリカ福祉国家の全体像をみておこう（2006年実績値）。

第1に、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険はアメリカ福祉国家の主軸をなす制度であり、民間企業や政府部門が雇用主として被用者に提供する福利給付である。これらは、被用者が雇用主に提供する労働力商品に対する対価の一部である。その対GDP比率の合計は8.9%である。

第2に、政府は各種の租税優遇措置を実施することで、雇用関係ベースの年金や医療などの福利給付を支援している。租税優遇措置による歳入損失の金額は「租税支出(tax expenditure)」と呼ばれており、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険にかかわる主な租税支出の対GDP比率はそれぞれ0.7%と0.8%であり、その規模は決して小さくない<sup>4)</sup>。

第3に、雇用主提供の年金や医療保険がアメリカ福祉国家の主軸であるのに対して、社会保険は最低限の保障を行うことでそれらを補足する役割を担っている。社会保険は主に社会保険料（賃金税）で賄われており、アメリカの社会保険では、労働による賃金で社会保障年金の受給権を稼ぐという論理が重視されている。社会保険の支柱は、連邦政府が運営する社会保障年金とメディケアであり、その対GDP比率は4.1%と3.0%である。

第4に、租税資金で賄われる公的扶助の対GDP比率は4.1%であり、この規模が大きいこともアメリカ福祉国家の重要な一側面である。中でも医療扶助（メディケイドや児童医療保険制度など<sup>5)</sup>）の同比率は2.4%もあり、それは、国民皆保険制度が無いためである。医療扶助やTANF（貧困家族一時扶助）など、公的扶助の多くが州政府や地方政府によって主体的に運営されており、アメリカ福祉国家の分権的な性質が特に強く表れている。

第5に、これらの給付額の合計は約2.7兆ドルであり、それはGDPの20.8%を占めるに過ぎない。雇用主提供の年金や医療保険も含めたアメリカ福祉国家の規模は先進諸国の中で最低水準であり<sup>6)</sup>、特にヨーロッパ諸国からみれば、アメリカは「小さな政府」を志向するだけでなく現実も「小さな政府」であると評価することができる。

### 2-2 1990年以降の動向

以上のような全体像と特徴をふまえて、アメリカ福祉国家の動向を、1990年代と2000年以降の2つの時期に分けて考察しよう。

表1 アメリカ福祉国家の基本構造 (2006年)

		1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006	
給付と租税支出 (10億ドル)	給付	雇用主提供保険など (A)	415	575	800	930	997	1,052	1,125	1,171
		公務員年金	102	142	192	219	236	251	267	287
		公務員医療保険	36	50	70	91	102	112	123	133
		企業年金	136	191	270	309	320	332	352	361
		企業医療保険	129	176	251	293	320	339	363	370
		団体生命保険	12	16	17	18	19	18	20	20
		社会保険 (B)	408	572	690	816	850	881	933	1,025
		社会保障年金 (OASDI)	244	328	401	447	463	485	513	544
		メディケア	108	179	220	261	278	303	332	395
		失業保険	18	22	21	54	54	37	32	31
	労働災害補償保険	38	43	48	54	55	56	56	55	
	公的扶助など (C)	173	301	360	440	471	516	546	544	
	医療扶助	78	155	205	259	274	300	315	311	
	補足的保障所得 (SSI)	17	28	32	35	36	37	38	40	
フード・スタンプ	15	22	15	19	22	26	29	29		
貧困家族一時扶助 (TANF) ※1	19	23	18	18	18	18	18	18		
住宅補助	16	26	24	28	30	31	32	32		
その他※2	28	47	66	81	91	104	114	114		
合計 (A + B + C)	996	1,448	1,850	2,186	2,318	2,449	2,604	2,740		
租税支出	年金	N/A	46	58	72	80	85	79	91	
	医療	N/A	69	76	84	84	95	103	104	
対GDP比率 (%)	給付	雇用主提供保険など (A)	7.1	7.8	8.1	8.9	9.1	9.0	9.1	8.9
		公務員年金	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.1	2.1	2.2
		公務員医療保険	0.6	0.7	0.7	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
		企業年金	2.3	2.6	2.8	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7
		企業医療保険	2.2	2.4	2.6	2.8	2.9	2.9	2.9	2.8
		団体生命保険	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
		社会保険 (B)	7.0	7.7	7.0	7.8	7.8	7.5	7.5	7.8
		社会保障年金 (OASDI)	4.2	4.4	4.1	4.3	4.2	4.2	4.1	4.1
		メディケア	1.9	2.4	2.2	2.5	2.5	2.6	2.7	3.0
		失業保険	0.3	0.3	0.2	0.5	0.5	0.3	0.3	0.2
	労働災害補償保険	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	
	公的扶助など (C)	3.0	4.1	3.7	4.2	4.3	4.4	4.4	4.1	
	医療扶助	1.3	2.1	2.1	2.5	2.5	2.6	2.5	2.4	
	補足的保障所得 (SSI)	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	
フード・スタンプ	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2		
貧困家族一時扶助 (TANF) ※1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1		
住宅補助	0.3	0.4	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2		
その他※2	0.5	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9		
合計 (A + B + C)	17.2	19.6	18.8	20.9	21.1	21.0	21.0	20.8		
租税支出	年金	N/A	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.6	0.7	
	医療	N/A	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	

注：※1 1995年以前は緊急扶助と要扶養児童貧困扶助 (AFDC)。

※2 直接援助 (direct relief)、勤労所得税額控除 (EITC)、非営利組織への支払い、学生援助、非軍人施設での退役軍人とその家族が受けた医療サービスへの支払い、一般扶助 (general assistance)、エネルギー扶助、貧困者のための医療保険料の支払い。

出所：U. S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States, various issues*; Centers for Medicare and Medicaid Services, *Sponsors of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1987-2008*; Employer Benefit Research Institute(2009), EBRI Data Book 2009; Joint Committee on Taxation, *Estimates of Federal Tax Expenditures, various issues* より櫻井が作成。

まず、1990年代の大まかな動向をみると、1990年から2000年の10年間で給付額合計の対GDP比率は17.2%から18.8%になり、1.6ポイント増えた。この動きを詳しくみると、1990年から1995年には同比率が2.4ポイント増加した一方で、1995年から2000年にかけては0.8ポイント減少しており、前半と後半では異なる動きがみられた。これは、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険が1990年代を通して一貫して増えた一方で、1990年代後半に社会保険と公的扶助の伸びの勢いが小さくなったことによるものである。

1990年代後半に社会保険や公的扶助の増加速度が低下した要因は、1997年均衡予算法に基づく制度改革などの影響でメディケアの増加が緩やかになったことや、経済成長が続いたことで公的扶助の増加幅も低かったことなどである。ただし、公的扶助の中の医療扶助の対GDP比率は1990年から2000年にかけて1.3%から2.1%へと0.7ポイントも増加した。これは、各種の連邦法などに基づくメディケイドの資格要件の緩和や1997年均衡予算法による児童医療保険制度の創設によって、低所得世帯の子供や妊婦を中心に医療扶助の対象者数と給付額が大きく増えたためである<sup>7)</sup>。

次に、2000年以降の動向をみると、2000年から2006年にかけて、給付額合計の対GDP比率は18.8%から20.8%になり、1990年代と同じく2.0ポイント増加した。詳しくみると、2000年から2003年の間には同比率が18.8%から20.9%になり2.1ポイント増えたが、それ以降はほぼ横ばいで推移している。

社会保険と公的扶助の動向をさらに詳しくみると、社会保険ではメディケアの対GDP比率が2000年から2006年にかけて0.8ポイントも増えている。これはメディケアにパートD（処方薬給付制度）が創設され、それが2004年から段階的に実施されたことによる影響が大きい。公的扶助では、2000年代初頭に児童医療保険制度の対象者数が着実

に増えて医療扶助が膨張したことが目立っている。

## 2-3 ブッシュ政権期の動向

以上のように、ブッシュ政権が発足した2001年以降（表1では2002年以降）には、給付額合計の対GDP比率は横ばいで推移しているが、この間に民間部門と公的部門の両方で制度改革が実施された。ブッシュ政権の保守性が反映する改革、すなわち、個人の自立を重視しながらの市場ベースの改革であった。

### 2-3-1 年金政策

#### 2-3-1-1 社会保障年金：個人口座の導入案と信託基金の財政問題

21世紀に突入する頃には、ベビーブーム世代の退職期への突入が近づいてきたことを見据えて、社会保障年金の財政の長期的な見通しを確立することが重要な課題になっていた。クリントン政権の末期には、経済成長に伴う連邦財政収支の黒字化を背景に、連邦基金の資金を社会保障年金信託基金に投入して財源の充実を図ることが提案されたが、その提案は実現しなかった。

ブッシュ政権期になると、財政資金の投入という方向から個人の貯蓄の充実という方向へ政策の重心がシフトし、社会保障年金に個人口座を導入し、それを加入者が選択できるという改革案がほぼ毎年のように示された<sup>8)</sup>。個人口座という選択肢を提供することで加入者に貯蓄を奨励し、その資金が投資に向かうことで経済成長を実現し、その経済成長の中で自己責任に基づいて貯蓄のいっそうの増加を実現することがねらいであった。ブッシュ大統領は2004年の大統領選挙で社会保障年金の改革を公約に掲げ、政権の第二期には個人口座の導入案が強調されたが、実現には至らなかった。

結局のところ、社会保障年金の財政問題は先送りされた。社会保障年金信託基金の2009年報告に

よると、2016年には社会保障年金信託基金の支出が収入を超過し、2037年には剰余金が枯渇する見通しであり<sup>9)</sup>、ベビーブーム世代の本格的な退職期を前に厳しい財政状況が続いている。

### 2-3-1-2 雇用主提供年金等：個人退職口座と 確定拠出年金の推進

社会保障年金における個人口座の導入案にみられるように、ブッシュ政権は退職後の生活資金の確保に向けて個人レベルの貯蓄を促すことを重視しており、私的年金の分野でも個人退職口座(IRA)や確定拠出型年金の推進策が実施された。

まず、2001年経済成長・減税調整法に基づく主要な年金改革は、IRAや401(k)プラン(確定拠出型年金の一部)への年間拠出額上限の引上げや、教育向け個人貯蓄口座の創設であった。さらに2006年年金保護法によって、時限立法であった2001年法の改革が恒久化され、また、確定拠出型年金に関する規制が緩和された。これらの推進策が実施されたこともあり、1990年代までの確定給付型年金から確定拠出型年金へのシフトの流れは2000年以降にも継続し、個人退職口座と確定拠出型年金はブッシュ政権期の全体を通していっそう普及した<sup>10)</sup>。

後述する健康貯蓄口座と同様に、個人退職口座や確定拠出型年金では、資金の運用などに関する個人の自由度を高める一方で、さまざまな運用リスクを個人に帰すことになる。すなわち、金融市場の停滞や景気後退の局面では、これらの年金や口座の資産が減少するリスクが個人に降りかかってくるのである<sup>11)</sup>。それゆえに、2001年以降の株式市場の低迷で明らかになったように、個人退職口座や確定拠出型年金は退職後所得保障の手段としては不安定性という問題があり、その対処が今後の課題になるであろう。

## 2-3-2 医療保険

### 2-3-2-1 メディケア：パートD創設と信託基金 の財政問題

メディケアは、パートAからパートDまでの4つの部分に分かれている。その主軸は、入院費用などを保障するパートAと、外来診療費用などを保障するパートBである。パートCは、民間の保険会社やマネジドケア組織がパートAとパートBの給付内容を盛り込んだ医療プランを提供し、パートAとパートBの代わりにこれらの民間プランへの加入を対象者に認めるオプションである。パートDは、パートAやパートBの給付内容には含まれない処方薬給付を提供するものである。メディケアのパートAは社会保障年金と同様に強制加入であり、現役期に社会保障税を一定期間にわたって納めることで退職後の受給権が獲得できる。そして2009年時点で、パートA対象者の大半がパートBに加入しており、パートDにも約70%が加入している。オプションのパートCに加入する者は全体の約20%である。

ブッシュ政権期における主要なメディケア改革は、2003年メディケア処方薬・改善・近代化法(MMA)に基づいて実施された。特に重要なのは、処方薬給付のパートDが創設され、2004年から段階的に実施されたこと、パートCの名称がメディケア・チョイスからメディケア・アドバンテージに変更されるとともに、医療プランの選択肢を増やすなどの変更が行われたことである。

これらのうちパートDの創設は医療保障の充実策であり、それは2004年の大統領選挙を見据えた対応であった側面もあるが、いずれにせよ、メディケア支出の大幅な増加をもたらす改革であった。議会予算局は、パートD創設に伴う連邦支出の増加額を2004年度から2013年度の10年間で3950億ドルと試算していたが<sup>12)</sup>、実際にその支出は大きく増加している。

その他、医師の診療報酬の抑制策などが実施さ

れたが、それらはメディケア支出の膨張トレンドを大きく変えるものではなく、メディケアの財政状況はいっそう厳しい状況に置かれている。メディケア信託基金の2009年報告によると、メディケアの入院保険信託基金（パートA）の財政状況は社会保障年金の場合よりも深刻であり、その剰余金は2017年度に枯渇する見通しである。補足的医療保険信託基金（パートBとパートD）については、経済成長率を上回る勢いで支出が膨張していくことが予測され、厳しい財政状況であるといえる<sup>13)</sup>。

社会保障年金の場合と同様に、こうした厳しい財政状況を前提に、オバマ政権はベビーブーム世代の退職期への本格的な突入を視野に入れてメディケアの財政再建を目指さねばならず、連邦財政の赤字の拡大と景気後退が進む中で支出抑制の圧力が強まっているといえよう。

### 2-3-2-2 雇用主提供医療保険等：「消費者主導型の医療プラン」の推進とその限界

1990年代半ば頃から、小企業の被用者や無保険者に民間医療保険への加入を促すことと医療費の抑制を目的に「消費者主導型の医療プラン」の推進策が実施され、「高額定額控除型医療保険」(HDHP) というタイプの医療プランへの加入が促されることになった。HDHPでは、保険給付の適用前に加入者が負担する定額控除が高く設定されており、その代わりに他のタイプの医療プランよりも保険料が安い場合が多い。すなわち、HDHPの相対的に低額な保険料は多くの低所得者や無保険者にとって魅力的であり、加入者は医療サービスの消費を柔軟に選択できるが、加入者は自己責任の下で医療費を負担しなければならない側面が大きいのである。加入者にとっての医療費の負担が大きいことから、医療サービスが慎重に利用されることになり、結果として医療費の抑制が実現することも期待されている。HDHPの使用にあ

たっては、医療費や保険料の支払いに備えて医療貯蓄口座(MSA)などの口座を開設することが可能であり、口座への拠出金(雇用主による医療給付の場合には雇用主の拠出もある)、運用益、医療費に充てるために口座から引き出した資金に関して租税優遇措置が受けられる。

ブッシュ政権期に入り、経済状況の悪化や労働編成の変化の下で雇用主提供医療保険への加入がいっそう難しくなる中で<sup>14)</sup>、「消費者主導型の医療プラン」の新たな促進策として健康貯蓄口座(HSA)が創設された(2003年MMA)。HSAは、従来の口座に比べて拠出や運用などに関する口座所有者の自由度が高い。ただし、HSAを開設するためにはHDHPに加入していることが条件になっている<sup>15)</sup>。

「消費者主導型の医療プラン」については批判的な見解も多く、それらは富裕層(多くの租税優遇措置の恩恵を受ける)や健康な者にとって有利に作用するものであり、無保険者を減らすための政策としては効果が疑問視されている。ブッシュ政権は個人の自由と責任を発揮できるという側面を強調しているが、「消費者主導型の医療プラン」の加入者は、自らの責任の下で医療に関するさまざまな金銭的なりリスクを抱えることになる。その結果、その保険料の負担や患者一部負担は低所得者にとって安価であるとは言い難いという指摘もある<sup>16)</sup>。

以上のように、ブッシュ政権は、「消費者主導型の医療プラン」を推進することで医療費の抑制と無保険者の減少という政策課題を達成しようと試みたが、実際には医療費は膨張し続けており、無保険者の数も増加する一方である。経済と財政の厳しい状況の下で、オバマ政権は同じ政策課題に取り組むことになり、医療保険改革の行方が注目されている。

## 2-3-3 福祉政策：分権的な就労支援策の

### いっそうの推進と新たな課題

1996年個人責任・就労機会調整法の成立によって連邦レベルでの福祉改革が実施されてから、各州の各地域では就労支援を軸とする福祉政策がかなり多様な形で展開してきた<sup>17)</sup>。1990年代のクリントン政権期には経済成長が続く中で福祉受給者の就労は各地域で進んだが、ブッシュ政権期になると景気後退という悪条件の中で、福祉制度から離脱した労働者の継続的な就労を支援するという新たな課題が目指されることになった。

1996年法は時限立法であったので、2002年10月に期限を迎えることになっていた。ブッシュ政権は当初から福祉改革を基本的に継承する姿勢を示しており<sup>18)</sup>、数回にわたる期限の延長を経て、2005年財政赤字削減法で福祉改革が再承認されると同時に、個人の自立を重視する就労支援策がいっそう強化された。

その主な内容は、現金扶助のTANFに関する包括補助金の交付年限が2010年度まで延長されたこと、就労参加率を計測するための基準年が1995年度から2005年度に変更されたこと、州の自主財源も用いた就労支援政策の実施も奨励されたことである<sup>19)</sup>。すなわち、ブッシュ政権期には個人の自立を軸とする福祉改革がさらに強化され、それがいっそう分権的に運営できるような改革が実施されたといえよう。

各地域における就労支援政策の実態はかなり多様であり、いったんは就労したが失職して再び福祉受給者へと戻る者や現金扶助の受給期間が終了する者への対応を含めて、福祉改革は新たな段階を迎えている。近年の景気後退が続く状況下、就労支援策は厳しい局面を迎えており、今後もそれぞれの州や地方政府による分権的な就労支援策の取り組みやその帰結に注目すべきであろう。

以上のように、ブッシュ政権期に実施された制度改革では、個人の自立と市場を重視する方向に

重点が置かれた。しかし、年金、医療、福祉の各分野の政策課題がすべて順調に達成されたとは言えず、財政赤字の拡大や景気後退が進む中で問題がますます深刻化している。結果的に、ブッシュ政権はさまざまな形でオバマ政権に「負の遺産」を残したのであり、オバマ政権は発足直後から厳しい状況に立たされていたといえよう。

## 第3節 医療保険の州規制：民間活用と分権性

### 3-1 州規制の立法過程

アメリカでは、保険はおもに州政府が規制を行ってきている。各州政府が保険を規制するための立法を行う場合、全米保険監督官協会 (NAIC) が重要な役割を果たしている。NAICは、各州の保険監督規制を統一的・効果的に行うために、各州の保険監督官によって1871年に設立された非政府機関である<sup>20)</sup>。NAICは、主要な活動として全米基準となるモデル法を制定している。

NAIC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州保険法を改正している。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、各州の保険規制と保険業に大きな影響を与えているのである。

### 3-2 民間医療保険の改革

各州政府は、1980年代に低下した保険入手可能性と保険料負担可能性を改善するために、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）。この改革（規制）も上記の立法過程を通じて行われたのであり、この改革（規制）のなかにアメリカ・モデル経済社会の特質を見て取るこ

とができる。

### 3-2-1 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」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」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。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」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」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、各団体と各個人のリスクを料率に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、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<sup>21)</sup>。

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<sup>22)</sup>。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。

### 3-2-2 改革の内容

NAIC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、各州政府に提示した。各州政府は、モデル法を受けてそれぞれの州保険法を改正した。

小雇用主医療保険の改革の手段には、「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」「再保険プール」がある。個人医療保険の改革の手段も総じて同じである。

「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。「契約前発病の免責」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」、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。「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際に使用する「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」の制限には、危険特性の使用を禁止している(つまり、標準料率の割増し・割引きを禁止している)州および危険特性の使用は認めていても割り増し率・割引率を制限している州がある。

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。

「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。

### 3-2-3 州規制の特徴

上記の医療保険改革(規制)は以下の2つの点を主要な特徴としており、アメリカ・モデル経済社会に整合するものであった。つまり、渋谷(2010)が的確に指摘しているように、「市場メカニズムに整合する形をとりながら、市場性と公共性の両立を図る」ものであった。

第1に、医療保険改革は、当事者である(医療保険市場に参加する)保険者と雇用主にとって、選択可能な市場行動の範囲内で行われたことである。

保険者は、医療保険市場に参加することもそれから退出することも選択可能である。医療保険改革によって、小雇用主医療保険を引き受ける保険者は「新契約加入保証」や「料率規制」などの規制を受けなければならない。こうした州政府からの規制を受けなければ、その州内の医療保険市場から退出すればよいのである。

他方、雇用主も、被用者に医療保険を提供することも提供しないことも選択可能である。この点は、改革の主体者である州政府にとって重要であった。実際、被用者に医療保険を提供すること

を中小企業の雇用主に強制するクリントン政権の医療保険改革案に対して雇用主は強く反発したのであり、それはクリントン政権の医療保険改革が実現しなかった主要な要因となったのである。

第2に、医療保険改革は、保険者と雇用主に対して、選択可能な市場行動を保証したうえで、医療保険市場への参加を促進するという誘導的な仕組みをとっていることである。

保険者に対しては、「再保険プール」を通じて保険者間のリスクを事後的に調整し、リスクの高い団体の医療保険を多く引き受けた保険者を保護することによって、小雇用主医療保険の引き受けを促進している。

他方、雇用主に対しては、保険者の行き過ぎたアンダーライティングを規制し、保険入手可能性と保険料負担可能性を改善することによって、被用者に医療保険を提供することを促進しているのである。

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、州ごとに規制が大きく異なりうることがある。州ごとに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者のコストは増加する（それは加入者のコストにもなる）。

そのために各州政府は規制をできるだけ統一的・効果的に行う必要があるのであり、その活動を積極的に行っているのがNAICである。そして各州政府は、NAICが制定・提示した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、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。上記の「料率規制」は、後者の事例をよく示している規制である。各州で実情が異なる医療保険市場に対してNAICと各州政府は実効性のある規制を主導的に行っているのであり、こうした医療保険の州規制はアメリカ・モデル経済社会の特質の1つである

「分権性」を典型的に示しているのである。

さらにいえば、アメリカ福祉国家の最大の特徴は、医療保障の分野において国民全体をカバーする社会保険が存在せず、雇用主提供医療保険等の民間医療保険が支柱となる点であるが、その民間医療保険に対する政府部門からの規制においても、連邦政府（中央政府）ではなく各州政府のレベルが行われるので、各地域の特性に合わせて多様な仕組みが構築されることになる。このようなアメリカの分権的な「小さな政府」が良いか悪いかの判断は別として、アメリカ経済社会の実際の姿はこうなっているという正確な認識は必要かつ有用である。

#### 注

- 1) 20世紀のアメリカ福祉国家の大きな流れについては渋谷（2005）を参照されたい。
- 2) 狭義の福祉分野における分権的な「小さな政府」の実態については、根岸（2006）、木下（2007）、渋谷・中浜（2010）を参照されたい。
- 3) アメリカ研究者にとって社会保障という用語は悩みの種である。日本語の社会保障はかなり包括的な概念であり、社会保険や公的扶助等の社会福祉全般を表すイメージであるが、米語のSocial Securityは社会保険の中の年金（日本流に言えば一階部分）を表す言葉である。Welfareは公的扶助に（場合によればAFDCあるいはTANFという制度に）限定されることもある。あえて言えば、Social Welfareの方が広い概念となるが、本稿で力点を置く雇用主提供年金や雇用主提供医療保険が必ずしもそれに含まれない。そこで我がチームは、公的な社会保険や公的扶助と、雇用主提供の福利給付を含む包括的な概念として福祉国家という用語を使用する。それには、表1（櫻井潤作成）にみるように、租税優遇措置（租税支出）も含めることもできる。
- 4) アメリカ福祉国家における租税優遇措置の仕組みや租税支出の詳細については、渋谷（2005）第4章を参照。
- 5) 2009年児童医療保険制度再承認法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009）の制定に伴い、児童医療保険制度の名称は州児童医療保険制度（State Children's Health Insurance Program：CHIP）からCHIPに変更された。なお、2009年の再承認を中心とする2000年以降におけるCHIPの動向について

- は、中浜（2009）を参照。
- 6) Adema（2001）は、OECD諸国の粗社会支出と純社会支出を推計した貴重な報告書であり、それによると、アメリカの社会支出の規模はいずれの場合でも先進諸国の中で最低の順位に属する。
  - 7) 1990年代以降における医療扶助の再編については櫻井（2006a, 2006b）を参照。
  - 8) *Economic Report of the President, various issues*. なお社会保障年金への個人口座の導入についてはWise and Woodbury（2009）が詳しく検討している。
  - 9) Board of Trustees, Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds（2009）, pp. 2-4.
  - 10) 詳しくは吉田（2010）を参照。
  - 11) VanDerhei（2009）を参照。
  - 12) Congressional Budget Office（2004）, pp. 9-10.
  - 13) Board of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds（2009）, pp. 2-4.
  - 14) グローバル化の中で進行する労働編成の変化については渋谷（2010）を参照。
  - 15) HSAとHDHPについてはFronstin（2004）やCongressional Budget Office（2006）を参照。
  - 16) Hoffman and Tolbert（2006）.
  - 17) 福祉改革に至るまでの経緯とその意義については根岸（2006）が詳しい。また木下（2007）は福祉改革を民間化という視点で考察している。
  - 18) Chairman of the Council of Economic Advisors, *Economic Report of the President, various issues*.
  - 19) Boiman（2008）.
  - 20) 州政府の保険監督当局は保険局であり、そ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。
  - 21) 小雇用主医療保険とは、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。小団体医療保険ともいう。
  - 22) このような事態を受けて連邦政府と州政府は医療扶助の改革を行った。渋谷・中浜（2010）を参照。

#### 参考文献

- 木下武徳（2007）『アメリカ福祉の民間化』日本経済評論社。
- 櫻井 潤（2006a）「アメリカの医療扶助と州・地方財政」, 渋谷博史・ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』日本経済評論社。
- 櫻井 潤（2006b）「ニューヨーク市の医療扶助と民間組織の支援活動」, 渋谷博史・ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』日本経済評論社。
- 渋谷博史（2005）『20世紀アメリカ財政史』全3巻, 東京

- 大学出版会。
- 渋谷博史編（2010）『アメリカ・モデルとグローバル化 I：自由と競争と社会的階段』昭和堂。
- 渋谷博史・中浜隆編（2010）『アメリカ・モデル福祉国家I：競争への補助階段』昭和堂。
- 中浜 隆（2006）『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社。
- 中浜 隆（2009）「アメリカの児童医療保険プログラム」『損害保険研究』第71巻第3号。
- 根岸毅宏（2006）『アメリカの福祉改革』日本経済評論社。
- 長谷川千春（2010）『アメリカの医療保障』昭和堂。
- 吉田健三（2008）「社会政策：オーナーシップ社会の理念と現実」, 河音琢朗・藤木編著『G. W. ブッシュ政権の経済政策』ミネルヴァ書房。
- 吉田健三（2010）「アメリカ企業年金政策の変質：2006年年金保護法の分析から」, 渋谷博史・中浜隆編『アメリカ・モデル福祉国家II：リスク保障に内在する格差』昭和堂。
- Adema, W. (1999), *Net Social Expenditure, Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 39*, OECD.
- Board of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds (2009), *2009 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*.
- Board of Trustees, Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds (2009), *2009 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*.
- Boiman, Tiffany (2008), *Entering the Next Phase of Welfare Reform: State Responses to Changes in Federal TANF Law and Regulations*, NGA Centers for Best Practices Issue Brief.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *Sponsors of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1987-2008* (<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>).
- Chairman of the Council of Economic Advisors, *Economic Report of the President, various issues* (大統領経済諮問委員会『米国経済白書』毎日新聞社, 各年版) .
- Congressional Budget Office (2004), *A Detailed Description of CBO's Cost Estimate for the Medicare Prescription Drug Benefit*.
- Congressional Budget Office (2006), *Consumer-Directed Health Plans: Potential Effects on Health Care Spending and Outcomes*.

- Employee Benefit Research Institute, *EBRI Data Book on Employee Benefits*  
(<http://www.ebri.org/publications/books/index.cfm?fa=databook>).
- Fronstin, Paul (2004), *Health Savings Accounts and Other Account-Based Health Plans*, EBRI Issue Brief No.273.
- Hacker, Jacob S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press.
- Hoffman, Catherine & Tolbert, Jennifer (2006), *Health Savings Accounts and High Deductible Health Plans: Are They An Option for Low-Income Families?*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured Issue Paper.
- Howard, Christopher (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditure and Social Policy in the United States*, Princeton University Press.
- Howard, Christopher (2007), *The Welfare State Nobody Knows: Debunking Myths about U. S. Social Policy*, Princeton University Press.
- Social Security Administration, *Social Security Bulletin Annual Statistical Supplements*, various issues.
- VanDerhei, Jack (2009), *The Impact of the Resent Financial Crisis on 401(k) Account Balances*, EBRI Issue Brief.
- Wise, David A. & Woodbury, Richard G. (2009), "Social Security in a Changing Environment: Findings from the Retirement Research Center at the National Bureau of Economic Research," *Social Security Bulletin*, Vol. 69, No. 4, pp.65-81.
- U. S., House Committee on Ways and Means (2004), *2004 Green book*.
- (しふや・ひろし 東京大学教授)  
(なかはま・たかし 小樽商科大学教授)  
(さくらい・じゅん 北海道医療大学専任講師)