

## アメリカの医療保障システム

— 雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革 —

長谷川 千春

---

### ■ 要約

アメリカの医療保障システムの中核は雇用主提供医療保険であり、1980年代以降顕著となった医療費の膨張とそれに伴う医療保険料の高騰は企業の人件費コストの膨張としても顕在化し、グローバルな競争が激化する状況下で医療保障に対してもコスト節約圧力が強められた。雇用主である企業側の動きは、必然的に被用者とその家族、退職者らの医療保障に反映され、非正規雇用といわれる雇用の不安定層が同時に医療保障の不安定層であるなど、非高齢者の医療保険加入が民間医療保障に依存している限り、民間医療保障を得られる層と、貧困・低所得などで医療扶助の受給資格を得られる層との間に、固定的な無保険者あるいは加入の不安定な流動層を必然的に生み出す。この状況を前提に進められるオバマ医療保険改革の動向から見えてくるのは、20世紀後半に確立してきた民間ベースでの医療保障というアメリカ的枠組み、すなわち選択の自由の堅持による問題解決の困難性である。

### ■ キーワード

雇用主提供医療保険、コスト節約圧力、医療保障の不安定層、無保険者、オバマ医療保険改革

---

オバマ医療保険改革は、第1に無保険者（医療保険未加入者）の増加、第2に国民医療支出の膨張という、アメリカ医療保障システムのますます深刻化する問題に、連邦政府としての政策的対応を模索するものである。2009年末に上院、下院でそれぞれ異なる法案が可決し、2010年2月時点では法案一本化に向けての調整が続けられている。

本稿は、上記のオバマ政権のもとでの医療保険改革議論の前提として現に存在する、アメリカ医療保障システムの基本構造のうち、医療保険システムの中核を担う雇用主提供医療保険（Employer-Sponsored Health Insurance）に焦点を当て、医療保障システムに現れるアメリカ経済社会の特質を析出する。

### I アメリカ医療保障システムの要： 雇用主提供医療保険

アメリカの医療保障システムは、民間医療保険と連邦政府や州・地方政府が所管する公的医療保険・医療扶助から構成されている。アメリカは国民全体を対象とした、いわゆる「国民皆保険」ではない。すなわち、公的医療保険（メディケア）の受給資格を持つ65歳以上の高齢者と障害者、そして医療扶助にカバーされる貧困者・低所得者以外の人々には、民間医療保険、なかでも雇用主提供医療保険が医療保障を得る手段として存在している。

まずアメリカの医療保障システムの中核的な保険である、雇用主提供医療保険について説明する。民間医療保険には主に、団体保険である雇用

主提供医療保険と、個人で医療保険を購入する個人購入医療保険があるが、その大半は雇用主提供医療保険である。

雇用主提供医療保険とは、雇用主が被用者やその家族、退職者に対して、付加給付（fringe benefit）の一つとして提供する医療保険である。雇用主は、法人、政府、営利・非営利を問わず、被用者に医療保険を提供することを法的に義務付けられていない。また被用者側も医療保険に加入する義務はない。しかし現実には、大企業の大半が付加給付として医療保険を提供している。そのなかには、被用者本人向けの単身保険だけではなく、その扶養家族にまで加入資格を広げた家族保険がある。また、65歳未満の早期退職者や65歳以上のメディケア受給者向けの退職者医療給付プログラムを行っている企業もある。企業が付加給付として医療保険を提供すること、及び被用者の保険加入には、税制上のインセンティブが与えられている<sup>1)</sup>。

民間企業だけでなく、連邦政府、州・地方政府も雇用主として、その公務員と扶養家族、退職者に対して医療保険を提供している（連邦公務員医療給付（FEHB：Federal Employees Health Benefits）プログラム及び州公務員医療給付プログラム（States Employee Health Benefits））。

公的医療保険は、連邦政府が管理・運営するメディケア（Medicare）のみである。メディケアは、1965年に社会保障法修正法（Title X VIII of the Social Security Act）により成立し、1966年7月から施行された。メディケア入院保険（パートA）のみが、現役世代がメディケア社会保障税（Medicare social security tax）の支払い義務を負っている強制加入の社会保険である。実際に、メディケアからの給付を受ける資格を持つ受給資格者は、社会保障年金を受給する65歳以上の高齢者、そして65歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者である。

医療扶助は州・地方政府が所管しており、第1に低所得世帯の子ども、成人、高齢者、障害者を対象とするメディケイド（Medicaid）、第2にメディケイドの受給資格要件には該当しないが民間医療保険の保険料支払いが困難な低所得世帯の子どもをカバーする児童医療保険プログラム<sup>2)</sup>、第3に州・地方政府独自の医療扶助がある。

メディケイドは、一定の要件を満たす低所得者・貧困者向けの、州政府が所管する医療扶助である。いわゆるワーキング・プアの働く親とその子ども、深刻な障害を抱えた人、所得の低いメディケア受給者などが有資格者であるが、個人単位での適格審査で受給資格が認められてはじめて受給資格者となり、実際に受給が開始される。

それでは、医療保険への実際の加入状況についてみてみよう<sup>3)</sup>。民間医療保険、公的医療保険・医療扶助などを含めると、国民全体の約85%がなんらかの医療保障への加入・適用を受けている。ただ、強制保険であるメディケア入院保険（パートA）にカバーされる65歳以上の高齢者と、65歳未満の非高齢者とを区別してみると、65歳以上の高齢者のほとんどが医療保障を受けているのに対し、非高齢者では8割ほどしか医療保障を受けていない。

2008年では、65歳以上の高齢者の93.4%がメディケアの受給資格があり、98.3%が民間医療保険も含めた何らかの医療保障を受けている<sup>4)</sup>。それに対し、65歳未満の非高齢者全体では82.6%にすぎず、とくに18～24歳では71.4%、25～34歳では73.5%と、低い年齢層での加入率が低い<sup>5)</sup>。

表1は医療保険の加入先別に、非高齢者の加入状況を示したものである。非高齢者にとっての中核的な保険は雇用主提供医療保険である。2006年では、非高齢者の6割以上、1億6000万人以上が自らの雇用先で、あるいは家族の雇用先で提供される医療保険に加入している。それに対し、民間医療保険である個人購入医療保険の加入者は約1670

表1 非高齢者（65歳未満）の医療保険の加入先の推移（1987-2008年）

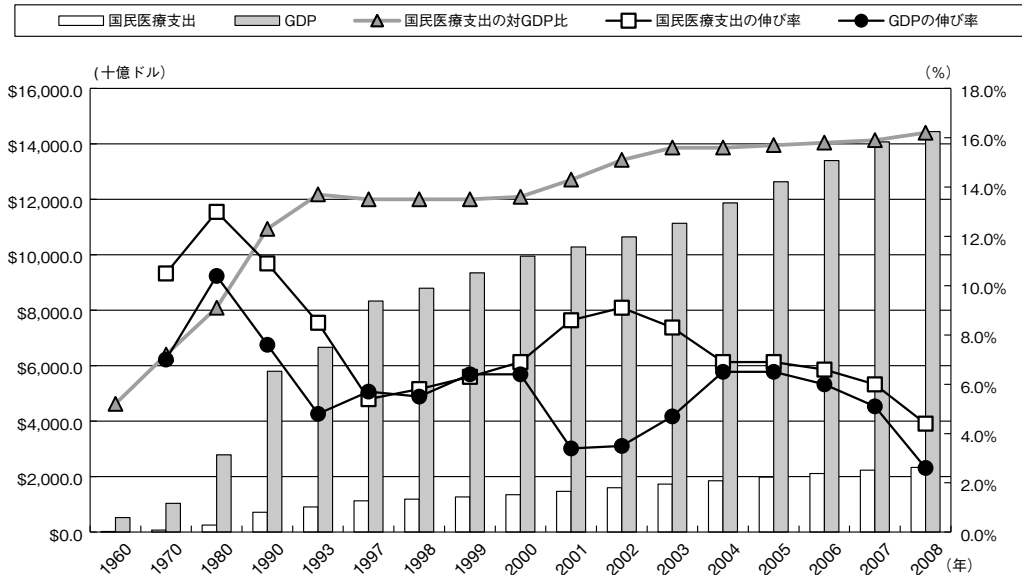
	1987年	1990年	1993年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
(百万人)								
全人口	214.4	220.6	228.0	234.1	236.2	238.6	242.6	244.8
雇用主提供医療保険	150.3	149.6	146.7	151.7	156.9	160.4	164.7	167.5
本人名義	73.5	74.1	76.0	78.0	78.5	80.2	82.2	84.6
家族名義	76.8	75.5	70.7	73.7	78.4	80.2	82.4	82.9
個人購入医療保険	15.0	15.1	17.5	16.8	17.1	16.5	16.4	16.0
公的部門	28.8	32.2	38.5	37.8	35.3	34.6	34.8	35.8
メディケア	3.1	3.5	3.7	4.6	4.7	4.8	4.9	5.4
メディケイド	18.6	22.7	29.4	28.6	26.4	25.2	25.5	26.2
Tricare/CHAMPVA	8.6	7.9	7.5	6.9	6.6	6.9	6.6	6.8
無保険	29.5	32.9	36.4	38.3	39.9	39.4	38.5	38.2
(%)								
全人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
雇用主提供医療保険	70.1	67.8	64.3	64.8	66.4	67.2	67.9	68.4
本人名義	34.3	33.6	33.3	33.3	33.2	33.6	33.9	34.6
家族名義	35.8	34.2	31.0	31.5	33.2	33.6	34.0	33.8
個人購入医療保険	7.0	6.8	7.7	7.2	7.2	6.9	6.8	6.5
公的部門	13.4	14.6	16.9	16.2	15.0	14.5	14.3	14.6
メディケア	1.5	1.6	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	2.2
メディケイド	8.7	10.3	12.9	12.2	11.2	10.6	10.5	10.7
Tricare/CHAMPVA	4.0	3.6	3.3	2.9	2.8	2.9	2.7	2.8
無保険	13.7	14.9	16.0	16.4	16.5	16.5	15.9	15.6
(百万人)								
全人口	247.5	250.8	252.7	255.1	257.4	260.0	261.4	262.8
雇用主提供医療保険	166.1	164.9	162.9	161.0	161.3	161.7	162.5	160.6
本人名義	84.1	82.5	81.5	81.6	82.3	82.9	83.9	82.5
家族名義	82.0	82.4	81.5	79.4	79.0	78.8	78.5	78.1
個人購入医療保険	16.0	16.6	16.7	18.0	17.9	17.7	17.1	16.7
公的部門	37.9	40.0	42.5	45.1	45.5	45.5	47.7	51.0
メディケア	5.6	5.8	6.2	6.3	6.4	6.5	7.1	7.7
メディケイド	28.3	29.9	32.4	34.2	34.7	34.9	36.3	39.2
Tricare/CHAMPVA	6.6	6.9	6.9	7.4	7.7	7.1	7.5	7.8
無保険	39.5	41.8	43.1	43.0	44.4	46.5	45.0	45.7
(%)								
全人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
雇用主提供医療保険	67.1	65.7	64.5	63.1	62.7	62.2	62.2	61.1
本人名義	34.0	32.9	32.2	32.0	32.0	31.9	32.1	31.4
家族名義	33.1	32.8	32.2	31.1	30.7	30.3	30.0	29.7
個人購入医療保険	6.5	6.6	6.6	7.1	7.0	6.8	6.5	6.3
公的部門	15.3	15.9	16.8	17.7	17.7	17.5	18.2	19.4
メディケア	2.3	2.3	2.5	2.5	2.5	2.5	2.7	2.9
メディケイド	11.4	11.9	12.8	13.6	13.5	13.4	13.9	14.9
Tricare/CHAMPVA	2.7	2.8	2.7	2.9	3.0	2.7	2.9	3.0
無保険	16.0	16.6	17.1	16.9	17.2	17.9	17.2	17.4

注：二つ以上の保険に加入している個人を排除していない。

TRICARE (CHAMPUS) は国防省管轄のプログラムで、退役軍人のためのもの。

CHAMPVA (the Civilian Health and Medical Program for the Department of Veterans Affairs) は退役軍人の扶養家族（身体障害者）と遺族のための医療給付プログラム。

出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。



注：国民医療支出とGDPは左Y軸，そのほかは右Y軸。

出所：U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010)より作成。

図1 アメリカ国民医療支出とGDPの推移 (1960-2008年)

万人で、非高齢者の6.7%にすぎない。また、公的医療保険であるメディケアに加入あるいは医療扶助(メディケイドなど)を受給しているのは、非高齢者の17.5%、約5100万人である。非高齢者の無保険者数は4570万人、非高齢者の17.9%にも上っており、その背景には雇用主提供医療保険の加入率低下が大きく影響している(詳しくは第III節)。

次に、アメリカの医療費の負担構造についてみてみよう。国民医療支出は、1965年のメディケア及びメディケイド創設以降、一貫して延び続けている(図1)。とくに、1980年代に入って国民医療支出が対GDP比で二桁となり、連邦政府だけではなく雇用主である企業もそのことを問題視するようになった。国民医療支出の対GDP比は、1980年代半ばに初めて二桁となり、1990年には12.0%、1995年には13.4%となった。1990年代後半は13.2%~13.3%の間で安定していたのであるが、2008年には16.2%にまで上昇している。また、国

民医療支出の年平均伸び率は、1997年、1999年を例外に、常にGDPの伸び率を上回っている。

膨張する一方の国民医療支出は、公的部門が約45%、民間部門が約55%を支えている。公的部門は、連邦政府によるメディケア支出及び州政府に対する医療扶助(メディケイドなど)に関する補助金、州・地方政府による医療扶助関連支出などを通じてのものである。他方、民間部門は、患者による自己負担、民間医療保険、その他慈善事業などを通じてのものである。

民間医療保険の保険料拠出にまでさかのぼると、医療費の実質的負担者は、雇用主としての民間企業、連邦政府、州・地方政府、そしてそれらの被用者などの家計である。表2は、民間医療保険(雇用主提供医療保険および個人購入医療保険)の保険料総額と雇用主拠出・被用者拠出額の推移をみたものである。民間医療保険の保険料総額は、2007年には約7710億ドルとなっており、

表2 民間医療保険の保険料拠出（十億ドル）

	1987年	1992年	1997年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
民間医療保険料総額	\$149.0	\$274.6	\$359.0	\$454.7	\$497.6	\$551.1	\$603.7	\$645.9	\$690.0	\$727.5	\$771.0
雇用主提供医療保険 保険料総額	136.6	252.5	335.0	426.2	467.6	517.2	566.4	608.4	653.9	688.0	730.0
雇用主拠出	105.0	191.0	246.7	321.2	350.9	384.1	421.0	450.7	484.8	502.9	532.4
民間企業	84.2	147.9	191.4	250.9	271.7	293.4	319.2	338.5	362.1	375.4	398.4
連邦政府	4.9	10.7	11.4	14.3	15.8	17.7	19.7	21.6	23.1	24.3	25.5
州・地方政府	16.0	32.4	43.9	55.9	63.3	73.1	82.1	90.6	99.5	103.3	108.5
被用者拠出	31.5	61.6	88.4	105.0	116.8	133.1	145.4	157.7	169.1	185.1	197.7
民間企業	24.9	49.5	71.8	85.1	94.4	107.9	118.2	128.4	136.8	150.3	160.3
連邦政府	2.4	3.5	4.1	5.3	5.9	6.6	7.3	8.0	8.4	9.2	10.0
州・地方政府	4.2	8.5	12.4	14.7	16.4	18.6	19.8	21.4	23.9	25.7	27.4
個人購入保険	12.4	22.1	24.0	28.5	30.0	33.9	37.3	37.5	36.1	39.4	40.9

注：現在ドル。

出所：U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2008) より作成。

1997年の2倍以上となっている。その大半は雇用主提供医療保険の保険料であり、総額約7300億ドル（2007年）の内訳は、雇用主拠出約5324億ドル（民間企業3984億ドル、連邦政府255億ドル、州・地方政府1085億ドル）、被用者拠出約1977億ドル（民間企業1603億ドル、連邦政府100億ドル、州・地方政府274億ドル）で、雇用主拠出・被用者拠出ともに、民間企業が最も大きい。

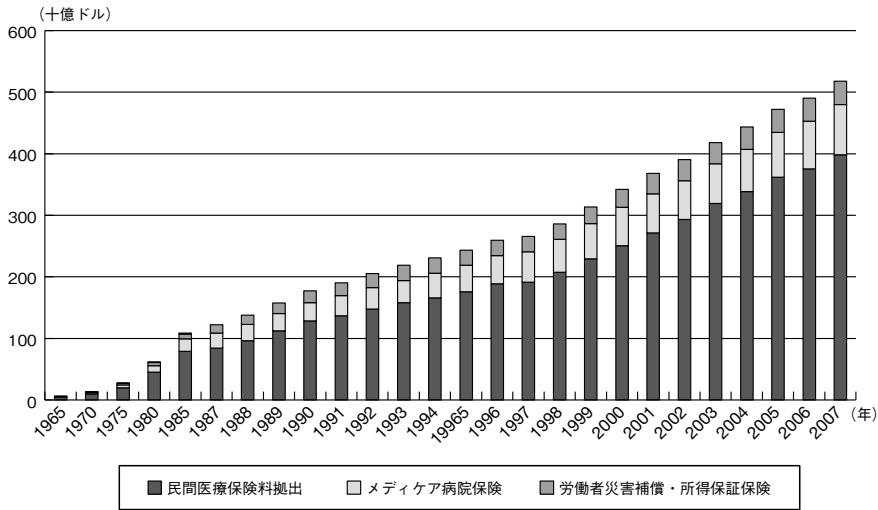
## II 医療保障へのコスト節約圧力

雇用主による医療保険の提供は任意であるにもかかわらず、雇用主としての企業が医療給付を行う理由としては、一般に以下の4点が指摘される<sup>6)</sup>。第1に、優秀な労働者を採用し、維持するためである。被用者は、同等の現金報酬よりも医療給付を望んでおり、また他の給付よりも医療給付を重視している<sup>7)</sup>。第2に、不測の病気や事故による財政的損失から被用者とその家族を保護するためである。第3に、労働者の健康増進のためであり、第4に、それによる労働生産性向上を期待していることが挙げられる。医療給付は雇用主の法的義務ではないのであるが、優秀な労働力を採

用・維持し、労働生産性を向上させることを目的として行ってきた。雇用主である企業は、被用者本人だけでなく、その扶養家族や退職者にまで給付対象を拡大し、給付内容も充実させてきた。

医療費の膨張とそれに伴う医療保険料の高騰は、企業の人件費コストの膨張としても顕在化した。民間企業にとって、医療給付コストはずっと伸び続けている。民間企業による医療関連拠出には、法的義務である社会保障税（メディケアHI Trust Fund）、労働者災害補償・所得保障保険（Workers' Compensation and Temporary Disability Insurance）などがあるが、中でも民間医療保険への保険料拠出が最も大きなコストとなっている（図2）。民間企業による保険料拠出総額は、1980年は約453億ドルであったが、1980年代末から1990年にかけて急増し、1990年には約1123億ドルと1000億ドルを上回った。1990年代に入っても保険料拠出総額は増加傾向を維持し、2007年には3984億ドルとなっている。

とくに1980年代以降、アメリカ経済はグローバルな競争が激化する状況下で厳しい対応を迫られるようになって、医療保障に対してもコスト節約圧力を強めることとなった。



注：1965-1985年の数値は1994年ドルで調整，1987-2007年の数値は2007年ドルで調整されている。  
 出所：Cowan et al (1996); U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services (2008) より作成。

図2 民間企業の医療給付関連コストの推移

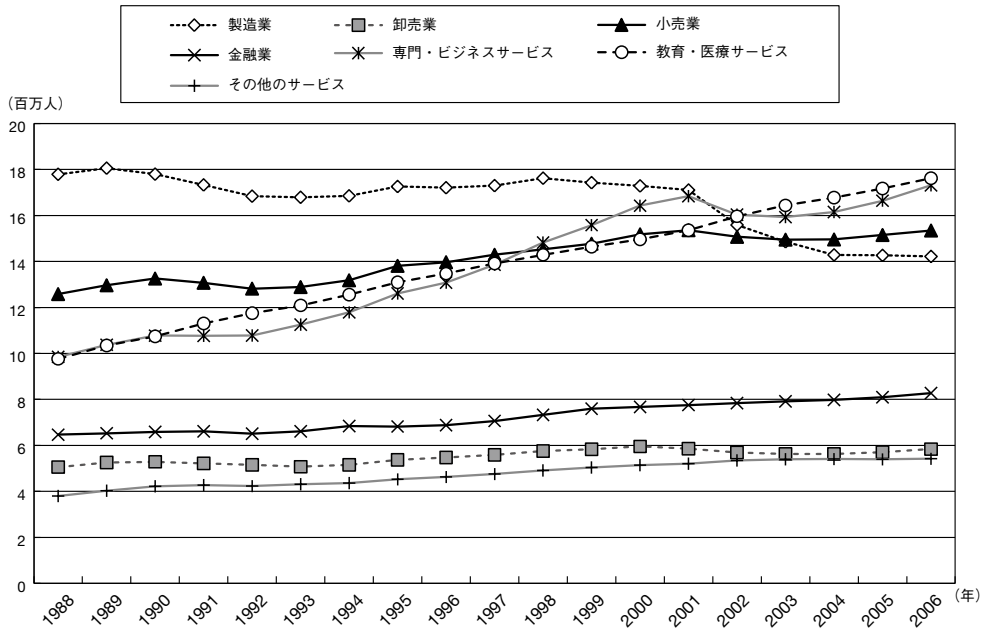
20世紀後半に確立してきたアメリカ医療保障システムの特質を典型的に示すのが、General Motors社（GM社）である。中核的な医療保険として雇用主提供医療保険が発展したのは、GM社のようなアメリカ経済の発展を牽引した国内大手製造企業が、被用者本人だけでなくその配偶者、家族、退職者などにまで対象を拡大し、保険料拠出や給付対象サービスも拡充するなどして、医療保障を担ってきたからである。1980年には、GM社の医療給付の被保険者数は200万人以上になっており、保険料の雇用主拠出や保険の給付対象の拡充などによって、充実した医療給付プランを提供するようになっていた。

しかし、1980年代以降アメリカ経済がグローバル経済に組み込まれる中で、国内問題であるはずのアメリカ医療保障システムも、その再編を余儀なくされる状況となった。すなわち、被用者・退職者などに医療保障を提供してきた大手企業が、日本をはじめとした海外勢との競争激化などの経

営環境の変化のなかで経営合理化を追求し始め、その一方で医療給付コストの膨張を、医療給付を行う民間企業の国際競争力を阻害するものとして認識し、コスト削減のための医療給付改革を模索せざるをえなくなった。

日本企業をはじめとした海外自動車産業との競争の激化と、業績悪化の中で、GM社は医療費の上昇とそれに伴う医療給付コストの膨張が重荷であると主張しはじめた。GM社は1983年には販売自動車一台当たり430ドルの医療給付コストが上乘せされていると表現し、年次報告のなかでその負担感を訴えるようになった。GM社の医療給付コストは、1983年は22億ドルであり、1970年の6倍<sup>8)</sup>にもなっていた（GDPデフレーターで物価調整すると実質約2.5倍）。1970年代までの医療給付プログラムの拡充に伴う医療給付コストの膨張も、経営改善を模策するなかで、無視できなくなった。

2004年の年次報告では、2003年にアメリカ国内



出所：U.S. Bureau of Labor Statistics (1988-2008), Current Employment Statistics Survey より作成。

図3 主要な業種別被用者数の推移 (1988 - 2008年)

で製造した自動車一台当たり約1500ドルが医療給付コストであると説明する一方で、他の先進諸国の自動車メーカーは、母国の政府が被用者や退職者の医療費の大部分をカバーしていると指摘した<sup>9)</sup>。

GM社は日系自動車メーカーのコストの低さを引き合いに出しながら、「過去10年に渡って競争力の改善を行なってきたのに、医療給付負担の影響が我々を苛立たせている」<sup>10)</sup>と、医療給付コストの負担への不快感をあらわにし、ますますグローバル化が進む経営環境の中で、アメリカ企業、とくに製造業にとって重大な競争上の問題である、と主張している。アメリカ国内での生産台数が減少するなかで、2004年のGM社の売上高は1954億ドル、収益は27億ドル、2005年の売上高は1946億ドル、収益はマイナス103億ドルであったが、医療給付コストは2004年52億ドル、2005年には53億ドルに膨張していた<sup>11)</sup>。

GM社のようなミドル・クラスを生み出し、それ

に見合った充実した医療給付プログラムを確立してきた自動車産業でさえも、激しい国際競争にさらされるなかで医療給付の見直しを行い、コスト抑制を模索することとなった<sup>12)</sup>。

そして、21世紀のアメリカ経済構造の変化の中で、新たな雇用の受け皿となってきたサービス・小売業は、医療保障に対するコスト節約圧力を、別の形で典型的に示している。その典型は、Wal-Mart社(WM社)である。

2000年までは製造業が依然として雇用の受け皿として大きかったが、2001年以降、雇用の拡大は教育・医療サービス、専門・ビジネスサービス、小売業に牽引された(図3)。製造業の被用者数は2001年以降大きく減少しており、1980年代、1990年代と比較して非常に減少している。他方、サービス産業の被用者数は1990年代以降増加傾向にあり、2001年の景気後退後もほとんど減少せず増加し続けたか、減少してもすぐに1990年代末の規模

にまで回復した。2006年の業種別（非農業産業）での被用者（16歳以上）の数をみると、「製造業」が依然として多くの被用者を抱えている一方で、「教育・医療サービス」、「専門・ビジネスサービス」、そして「小売業」が労働者の雇用の受け皿として大きくなっている。

パートタイム雇用も含めた非正規雇用は、2005年で被用者全体の30.2%、約4260万人と1995年と比較して約300万人増加している。就労形態の主流は、依然として常勤・フルタイム雇用であるが、非正規雇用の増加は無視できるものではなく、また賃金や付加給付との関係で不当に非正規雇用として就労させられている可能性も大きくなっており、医療保障の不安定層の拡大が懸念される。

WM社はアメリカ国内だけではなく、グローバルに事業展開して多額の売上（2009年度約4056億ドル）、そして利益（2009年度約134億ドル）を上げており、またアメリカ最大の雇用主（アメリカ全体で140万人以上（2009年8月時点））である<sup>13)</sup>。

それにもかかわらず、WM社は、低廉な雇用条件、とくに医療給付の不十分さを理由に労働組合の支援を受けた従業員組織や州政府からの批判にさらされている。医療給付に関しては、2007年度から、「安価な」保険料の医療保険プランを導入し、パートタイム被用者に対する待機期間の短縮、被用者の子どもに対する加入要件の寛大化などを行うことで<sup>14)</sup>、「わが社は国民皆保険という理想に大きく貢献するつもりだ」と強調していた<sup>15)</sup>。

しかし、WM社の医療給付改革後の2007年1月に初めて明らかにされた被用者の医療保険加入状況では、WM社の提供する医療保険への加入率は47.2%と50%に満たなかったことが明らかとなった。そして従業員の3.1%、4万人以上が依然としてメディケイドをはじめとした州の医療扶助を受給しており、1割近くの従業員（9.6%）が無保険状態であった<sup>16)</sup>。

これらの医療保険を提供する雇用主である企業

側の動きは、必然的に被用者とその家族、退職者らの医療保障に反映される。非正規雇用といわれる雇用の不安定層は、同時に医療保障の不安定層であり、構造的に無保険者、不安定層が生み出されることになっている。そして、非高齢者の医療保険加入が民間医療保障に依存している限り、民間医療保障を得られる層と、貧困・低所得などで医療扶助の受給資格を得られる層との間に、固定的な無保険者あるいは加入の不安定な流動層を生み出しているのである。

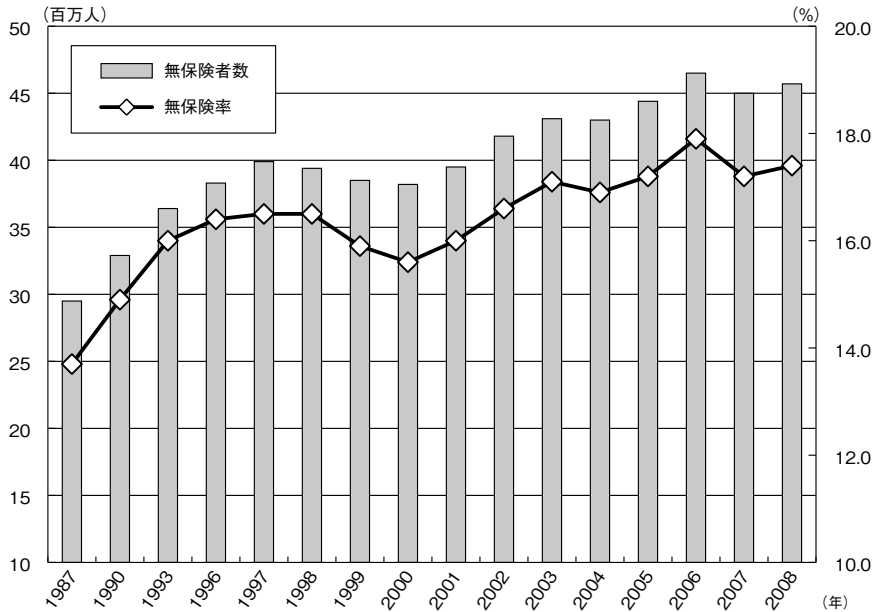
### III 雇用主提供医療保険の加入率低下

アメリカ医療保障システムの特徴は、雇用主提供医療保険をその中核とすることであるが、一方で、つねに無保険者問題を抱えることもその特徴としている。それらの民間医療保険と公的医療保険・医療扶助の狭間に、いわゆる無保険者が存在する。

アメリカ国民に占める無保険者の割合、すなわち無保険率は、1990年代以降基本的に上昇し続けている。貧困・低所得層は無保険者の割合が高く、無保険状態に陥りやすいのであるが<sup>17)</sup>、他方で、1990年代以降の無保険者の増加は貧困・低所得層に限られたものではない。家計所得が連邦貧困基準（FPL: Federal Poverty Guideline）<sup>18)</sup> 200%以上の中所得層であっても雇用主提供医療保険に加入できず医療扶助の受給対象にもならず無保険となる人が増加したことも一因であった<sup>19)</sup>。

非高齢者の無保険者数は、1999年、2000年を例外に、1990年代は一貫して増加し続け、2001年以降もさらに増加している。無保険者数は、1987年は約2950万人であったが、1997年には約3990万人と、10年ほどの間に約1040万人も増加している（図4）。20世紀末の数年間には減少に転じたが、その後再び増加しており、2000年から2008年の間に約750万人も増加した。2008年の無保険者数は約





出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。

図4 非高齢者の無保険者数及び無保険率の推移(1987-2008年)

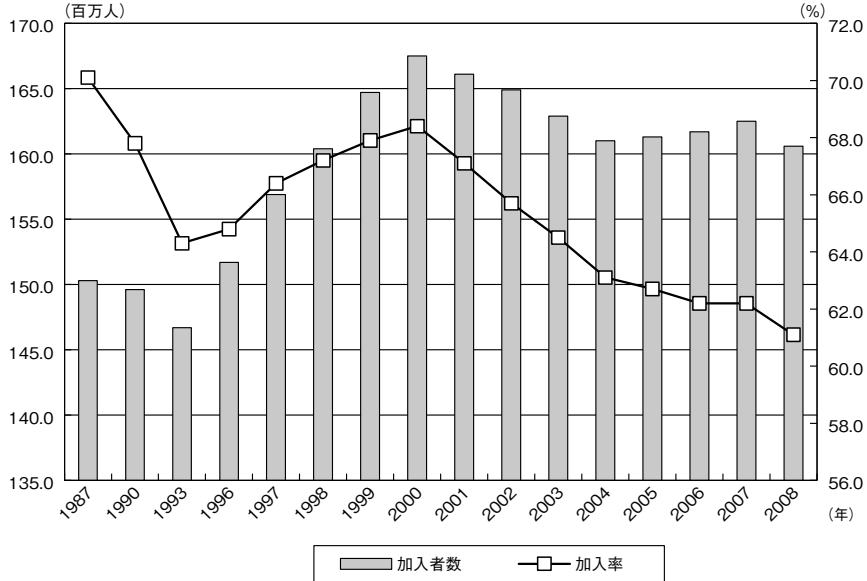
4570万人にのぼっている。非高齢者に占める無保険者の割合（無保険率）も上昇し続けている。1987年には無保険率は13.7%であったが、1990年代に16%台に高止まりした後、2000年以降ふたたび上昇し始め2008年には17.4%に達している。

この無保険率上昇の背景には、雇用主提供医療保険の加入率の低下がある。1990年代以降、雇用主提供医療保険の加入率は1980年代までと比較して非常に低下しており、とくに2000/2001年以降加入者数の減少が著しい（図5）。非高齢者の雇用主提供医療保険への加入率は、1980年代までは70%以上であった。しかし、その後徐々に低下し、2008年には61.1%にまで低下している。1994年から2000年の間は、堅調な経済成長のなかで雇用も拡大したのであるが、加入率は64-68%台にとどまり、1980年代ほど加入率は改善しなかった。

被用者だけに焦点をあてて医療保険の加入状況を示した図6をみると、1990年代は雇用主提供医

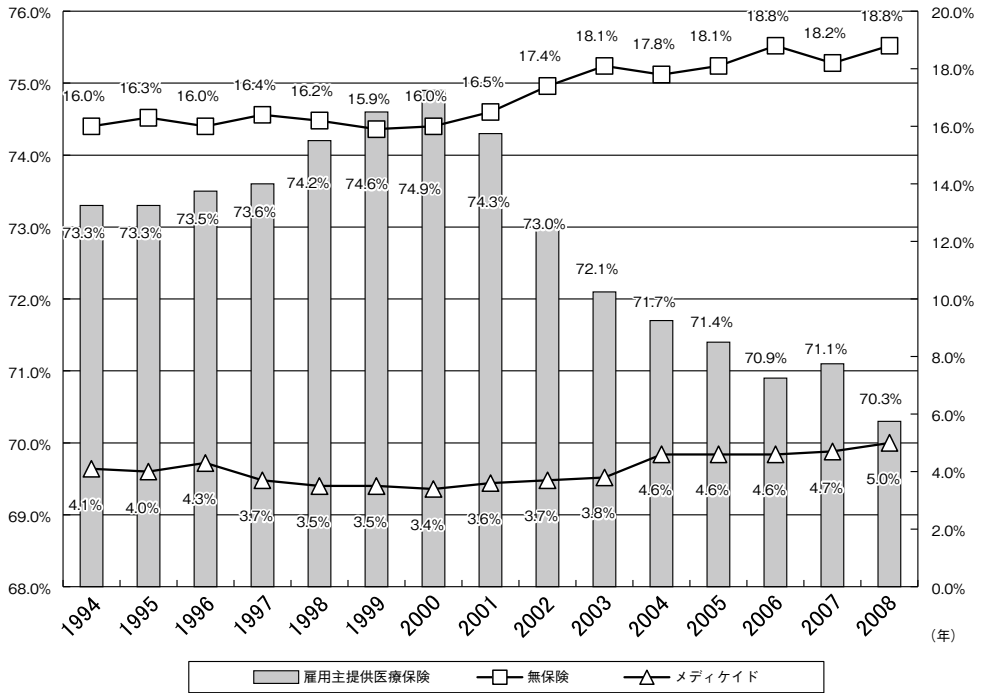
療保険の加入率が上昇していたが、2001年以降大幅に減少していることがわかる。2000年には雇用主提供医療保険の加入率は74.9%であったが、2008年には70.3%にまで低下している。それと反比例するように、被用者の無保険率が悪化し、2008年には18.8%にも達している。

被用者が雇用主提供医療保険に加入できるかどうかは、雇用主が医療保険を提供しているかどうか、そして被用者が雇用主の提示する医療保険の適格条件を満たすかどうか（勤続年数や就労形態などによる。以下、有資格率）、最後に被用者が加入条件を受け入れるかどうか（単身保険か家族保険か、保険料抛出が負担可能かなど。以下、受給率）を分岐点として決まる。医療給付プログラムを持つ雇用主に雇用されている被用者の割合が1990年代は増加傾向にあり、1993年の83.1%から2000年には89.4%に増加し、2000年代以降も高い水準を維持した一方で、第1に有資格率の低下、



出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。

図5 非高齢者の雇用主提供医療保険の加入者数および加入率の推移(1987-2008年)



注：雇用主提供医療保険（本人名義，扶養家族名義含む）は，左Y軸。無保険，メディケイドの加入率は，右Y軸。

出所：Fronstin (2009) より作成。

図6 被用者の無保険率（1994-2008年）

すなわちフルタイム被用者の有資格率の低下と有資格率の低いパートタイム被用者の増加、そして有資格率の低い非正規雇用の増加（その多くがフルタイム雇用）、第2に加入資格がある被用者の加入率の低下、すなわち雇用主による保険料拠出の縮小やそれに伴う被用者拠出の増加によるコスト負担を理由に、保険に加入しない、あるいは加入できない被用者の増加が、1990年代から2000年代前半までの被用者の雇用主提供医療保険の加入率の低下の要因なのである<sup>20)</sup>。

1990年代半ば以降の堅調な経済成長と雇用の回復にもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率はあまり上昇せず、無保険率は上昇し続けた。また、2001年の短期の景気後退の後、アメリカ経済はすぐに持ち直したにもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率は低下し続けており、無保険率も上昇している。さらに、2008年のリーマン・ショックに端を発する世界同時不況は、アメリカ医療保障の悪化に拍車をかけている。

#### IV オバマ医療保険改革と アメリカ経済社会の変化

##### 1 医療保険改革議論の経緯

2009年に大統領に就任したオバマ氏は、民主党の指名候補選のときから、国内政策の重要課題のひとつとして「医療保険改革」を掲げた。オバマ大統領は、第1に医療保険加入者に対しては、より保険の安定性と安全性を高めること、第2に医療保険未加入者（無保険者）に対しては、保険料が負担可能な保険の選択肢を提供すること、そして第3に国民、企業、政府の医療費負担を抑制することを打ち出している<sup>21)</sup>。

オバマ大統領は就任後すぐに、上院下院両議会の民主党指導部に法案のとりまとめを指示した。下院の各委員会（Energy & Commerce; Ways & Means; Education & Labor）での法案を一本化した

下院法案（Affordable Health Care for America Act (H.R. 3962)）は、2009年11月7日に可決され、上院の各委員会（Finance; Health, Education, Labor and Pensions）での法案を一本化した上院法案（Patient Protection and Affordable Care Act (H.R. 3590)）は、2009年12月24日ようやく可決された。法案を成立させるためには、上院と下院で可決した法案をさらに一本化して、オバマ大統領の署名を得て成立させねばならない。2010年2月末時点では、法案一本化に向けて新たに大統領提案（2010年2月22日）が出され、民主・共和両党の超党派での法案成立を目指したミーティングを行うなど、調整が進められている。

##### 2 上院法案と下院法案の特徴

上院法案と下院法案は、いずれも医療保険加入の拡大、医療費の抑制、医療サービスの提供システムの改善を目的とした項目を含むが、その具体的手法については大小の相違点を抱えている。以下では、医療保険加入の拡大に関わる項目に焦点を当て、上院法案と下院法案を対比的に整理する<sup>22)</sup>。

医療保険加入の拡大にかかわる項目は、大きく5点に整理できる。第1に個人の加入義務化、第2に雇用主の責任の明確化、第3に新たな医療保険の加入支援の場（Exchange）の創設、第4に保険料拠出やコストシェアリングに対する補助金の支給、第5に公的医療保険プランの創設である。表3は法案を対比的に整理して一覧にまとめたものである。

第1の個人の加入義務化については、上院法案、下院法案ともに、ほぼすべての国民に対し罰則規定をともなった医療保険加入の法的義務を課すものである。全国で唯一州民への加入義務を課しているマサチューセッツ州では、この義務の対象は18歳以上の成人に限られ、18歳未満の子どもは除外されているが<sup>23)</sup>、上院・下院法案ともに子どもも対象としている<sup>24)</sup>。

表3 医療保険改革法案（上院，下院）の比較（2009年12月時点）

	下院法案（H.R. 3962）	上院法案（H.R. 3590）
加入義務化	<p>対象：個人 罰則規定：罰金、filing threshold（単身9350ドル、夫婦1万8700ドル）を超える所得の2.5%、あるいは適用される医療保険（単身あるいは家族保険）の全国平均保険料のいずれか低額の方と同等額</p>	<p>対象：国民及び合法居住者 罰則規定：罰金、月額罰金額の総計（無保険者一人当たりの定額750ドル（経過措置あり）。最大2250ドル（家族構成員による））あるいは家計所得の2%のどちらか低額の方と同等額（経過措置あり）として算出）、あるいは適用される医療保険の全国平均保険料のいずれか低額の方と同等額</p>
雇用主の責任	<p>雇用主に対して、被用者に対する医療保険（「適格とされる医療保険（qualified health benefits plan）」でなければならない、ただし5年間は既存のプランを継続可能）の提供、あるいはExchange基金への拠出を義務付け 医療保険を提供する場合、単身保険の72.5%以上、家族保険の65%以上の雇用主拠出、あるいはExchange基金に平均賃金の8%を拠出することを義務付け Exchange基金への拠出は、給与総額が75万ドル以上の場合支払給与総額の8%、75万ドル未満の場合は、その額に応じて拠出金を免除あるいは減額（50万ドル未満の場合は免除） 被用者が加入できるもっとも低額な保険料の医療保険に、被用者を自動的に加入させることを義務付け（ただし、被用者本人が別の医療保険に加入すること、あるいは脱退することを妨げない）</p>	<p>雇用主に対する義務規定無し フルタイム被用者（週平均30労働時間以上）50名以上の雇用主のみを対象に、医療保険を提供せずかつ後述の補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合、フルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金 医療保険を提供しかつ補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合、当該被用者一人当たり3000ドル以下の罰金、あるいはフルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金 医療保険を提供しているフルタイム被用者200名以上の雇用主に対して、新規採用のフルタイム被用者を自動的に医療保険に加入させることを義務付け（ただし被用者本人の脱退を妨げない）</p>
Exchangeの設立	<p>新たな独立した行政機関（Commissioner）を設立（連邦ベース。恒久的な連邦補助金で運営）して、運営 一定の要件を満たす限りで、州でのExchangeの運営も可能 適格な医療保険プランの承認・取り消し、保険者との交渉・契約、対象となる個人や雇用主のサポート（情報提供や保険料、コストシェアリング補助金）など</p> <p>対象： 【個人】雇用主から直接医療保険を提供されていない州民およびメディケア、メディケイドなどの医療扶助の非対象者 【雇用主】中小の雇用主（2013年被用者数25名以下、2014年50名以下、2015年100名以下）。Exchangeから医療保険を提供する場合、すべての被用者に対し加入資格を与えねばならない。 フルタイム被用者に対する雇用主拠出率72.5%（単身保険）、65%（家族保険）</p>	<p>州が運営（連邦・保健社会福祉省（Health and Human Services）大臣が州政府に対しスタートアップ補助金を交付。2015年以降は自立的に財政運営） 州政府は、小雇用主向けに単独のExchange（SHOP exchange）を設立することもできる Exchangeを管理・運営するのは州行政機関あるいは非営利組織 適格な医療保険プランの承認・取り消し、提供する医療保険プランの内容や保険料などの情報提供など</p> <p>対象： 【個人】合法的な州民（メディケイドなどの医療扶助の非対象者で、収監されていない者） 【雇用主】中小の雇用主（2015年まで被用者数50名以下（あるいは100名以下。州政府による）、2016年100名以下、2017年以降は州政府の裁量による）Exchangeから医療保険を提供するかは雇用主が決定することができる。保険料拠出や加入資格についての規定なし。</p>

<p>保険料及びコストシェアリングの補助金</p>	<p>対象： 所得が400%以下でかつ認定された医療保険に加入しておらず(例えば雇用主提供医療保険、メディケア、メディケイドなど)、Exchangeを通じて医療保険に加入する個人及び家族(ただし、国民及び合法居住者) 雇用主提供医療保険を提供されている場合は、被用者の保険料拠出が所得の12%を超える場合、適用される(2014年～) 補助金は、Commissionerが保険者に直接支払う</p> <p><b>【保険料補助】</b> 「参考保険料(もっとも低額な保険プラン3つの平均保険料)」以下の負担になるよう調整。 保険料の自己負担上限額を設定(例) FPL133%以下=所得の1.5%、FPL150%=所得の3%、FPL300%=所得の10%、FPL400%=所得の12%</p> <p><b>【コストシェアリング補助】</b> 所得に応じたコストシェアリング(定額控除や共同負担など)の自己負担上限額を設定(例) 2013年 単身保険 FPL150%以下=500ドル、FPL151~200%=1000ドル、FPL251~300%=4000ドル、FPL351~400%=5000ドル(家族保険の場合は、単身保険の倍) 医療保険プランに対し、所得に応じて実際の医療費の一定比率以上を保険給付するよう規定(例) FPL150%以下=保険給付97%、FPL151~200%=保険給付93%、FPL251~300%=保険給付78%、FPL351~400%=70%</p>	<p>対象： 所得が400%以下でかつ認定された医療保険に加入しておらず(例えば雇用主提供医療保険、メディケア、メディケイドなど)、Exchangeを通じて医療保険に加入する個人及び家族(ただし、国民及び確定申告する合法居住者) 雇用主提供医療保険を提供されている場合は、被用者の保険料拠出が所得の9.8%を超える場合、あるいは保険給付が6割以下の場合、適用される(2014年～) 補助金は、個人に対して、前払いで「還付可能な税額控除」として支払う</p> <p><b>【保険料補助】</b> 地域で2番目に低額な保険プラン(Exchangeプラン)の保険料に照らして、所得に対する一定の比率以下の負担になるよう調整。保険料の自己負担上限額を設定(例) FPL133%以下=所得の2%、FPL150%=所得の4.6%、FPL300%~400%=所得の9.8%</p> <p><b>【コストシェアリング補助】</b> 医療貯蓄口座(HSA)適格の高定額控除医療プランの自己負担上限額(2009年 単身保険5800ドル、家族保険11600ドル)を基準として、その一定割合を補助(例) 2014年 FPL200%以下=3分の2減額、FPL201~300%=2分の1減額、FPL301~400%=3分の1減額 医療保険プランに対し、所得に応じて実際の医療費の一定比率以上を保険給付するよう規定(例) FPL150%以下=保険給付90%、FPL151~200%=保険給付80%、FPL200~400%=保険給付70%</p>
<p>公的医療保険プランの設立</p>	<p>Exchangeで提示される保険プランの選択肢のひとつとして、公的医療保険プランを創設したがって、Exchangeの有資格者の加入は任意 連邦HHSが運営(勘定は財務省内) スタートアップ資金は20億ドル</p>	<p>規定無し</p>
<p>医療扶助の拡充</p>	<p>医療扶助の対象を、FPL150%にまで拡大</p>	<p>医療扶助の対象を、FPL133%にまで拡大</p>

出所：Congressional Research Service (2009); Congressional Research Service (2010); H. R. 3962 an ACT (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3962EH/pdf/BILLS-111hr3962EH.pdf>); H.R. 3590 AMENDMENTS (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590EAS/pdf/BILLS-111hr3590EAS.pdf>); Kaiser Family Foundation (2010)より作成。

この加入義務違反の場合の罰則は、下院法案では所得税の filing threshold を超える所得の2.5%あるいは適用される医療保険（単身あるいは家族保険）の全国平均保険料のいずれか低額と同額の罰金としており、上院法案では無保険者一人当たりの定額（750ドル）か家計所得から算出される月額罰金額の総計か、あるいは適用される医療保険の全国平均保険料のいずれか低額の方と相当額を罰金としている。

第2の雇用主の責任については、上院法案、下院法案ともに小雇用主（上院法案では「フルタイム被用者数50名未満」、下院法案では「支払給与総額50万ドル未満」）はその対象とされていない。下院法案では、雇用主は被用者に対して医療保険を提供するか（単身保険の72.5%、家族保険の65%以上の雇用主拠出を義務付け）、あるいは後述の医療保険への加入支援プログラム（Exchange）の基金に支払給与総額の最大8%を拠出するか、のいずれかの義務を果たすことを規定している。ただし、支払給与総額50万ドル未満の雇用主は医療保険を提供しなくても、罰金を免除され、支払給与総額75万ドル未満の雇用主は2～6%に罰金を減額するとしている。また医療保険を提供している場合、雇用主は被用者を最も低額な保険料の医療保険に自動加入させるよう規定している。

それに対し、上院法案では雇用主に対する医療保険の提供義務及び保険料拠出義務の規定はなく、ただフルタイム被用者（週平均30労働時間以上）50名以上の雇用主のみを対象として、医療保険を提供せずかつ後述のExchangeを通じて医療保険に加入し、さらに補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合には、フルタイム被用者一人当たり750ドル（月額62.50ドル）の罰金、医療保険を提供しかつ補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合には、当該被用者一人当たり3000ドル（月額250ドル）の罰金、あるいはフルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金を科すと規定している。

下院法案で規定している被用者の自動加入については、上院法案ではフルタイム被用者数200名以上の企業のみを対象として規定している。

医療保険を提供する零細雇用主（フルタイム被用者10名以下かつ平均課税賃金2万ドル以下）に対しては、上院法案、下院法案ともにその保険料拠出について税額控除を認めることで、被用者への医療保険の提供を促している。

第3の医療保険への加入支援（Health Insurance Exchange）は、上院法案、下院法案ともに、雇用主提供医療保険に加入できない、メディケイドなどの医療扶助の非対象者である個人と雇用主提供医療保険を提供することが困難な中小の雇用主を対象に、医療保険の購入を促すことを目的としたものである。

Exchangeは保険者ではなく、対象となる個人や小雇用主に対し、比較可能な形で複数の医療保険の選択肢を提示する場であり、下院法案では独立した新たな行政機関（Health Choices Commissioner、以下 Commissioner）を設立して、上院法案では州行政機関か非営利組織が、Exchangeで提供する医療保険について交渉・契約し、後述の保険料やコストシェアリングの補助金の管理・運営を行うとしている。

Commissionerの機能は、マサチューセッツ州医療改革で新たな医療保険プログラムを管理・運営するために創設された準政府機関である Commonwealth Health Insurance Connector Authority（Connector）と同等のものと考えられる。Connectorは、適正な保険料であるか、標準的な質の医療サービスを提供しているかなどをチェックし、認証を与えた民間保険会社などが提供する複数の医療保険のプランの選択肢を提示し、無保険の人がそのなかから家族構成や就労形態などに応じて、負担可能な保険料で民間の医療保険に加入できるようサポートしている<sup>25)</sup>。

中小の雇用主がExchangeを通じて被用者に対し

て医療保険を提供する場合、下院法案では医療保険の幅広い提供や保険料拠出についても義務付けているが、上院法案では特に規定はなく、雇用主の裁量を多く残しているといえる。

Exchangeの財源について、下院法案が恒久的な連邦補助金（州が運営する場合はマッチング補助金）での運営としているのに対し、上院法案では開始当初は連邦補助金を財源とするが、その後は自立的な財政運営を行うとしている。

第4の保険料およびコストシェアリングに対する補助金の支給については、上院法案、下院法案ともに、FPL400%以下の所得層を対象としている。具体的には、上院法案ではFPL400%以下の所得層の個人及び世帯に対して、Exchangeを通じて医療保険に加入する場合に、Exchangeを通じて提供される医療保険のうち2番目に低額の保険料に照らして、所得に対する一定の比率以下の保険料拠出になるように補助金を支給する。加入者の保険料拠出の上限額を所得の2%（FPL133%以下）～9.8%（FPL300～400%）と設定して低所得層ほど手厚くしている。ただし、下院法案のほうがより手厚い補助金支給になるように規定している。

また、上院法案、下院法案ともに、医療保険からの保険給付と加入者自己負担（定額控除や共同負担など）とのコストシェアリングについては、家計所得に応じた自己負担上限額を設定し、保険プランに対しては一定の保険給付率を提示することで、加入者自己負担を抑制するとしている。ただし、家計所得に応じた保険給付率の規定は、下院法案のほうが高く設定している（下院法案：97%（FPL133～150%）～70%（FPL350～400%）、上院法案：90%（FPL100～150%）～70%（FPL200.1%～））。

第5の公的医療保険プランの創設については、下院法案にのみ盛り込まれた項目である。公的医療保険プランは、Exchangeを通じて加入可能な医療保険の一選択肢として提供するとしており、民

間医療保険プランと競合的なものとされている。したがって、加入は任意である。スタートアップ資金は20億ドルとしている。

### 3 オバマ医療保険改革をどうみるか：グローバル化と企業保障の後退のなかで

2010年2月22日に公表されたオバマ大統領による新提案<sup>26)</sup>は、上院法案をベースに、下院法案と大統領の独自提案を盛り込んだものとなった。中低所得層への補助金の支給を拡大する一方で、民間医療保険に対する監視を強化して保険料上昇を抑制することで、国民と保険者双方から保険料負担可能性を追求するとしている。オバマ大統領が当初から導入を目指し、また下院法案にも盛り込まれていた公的医療保険プランの創設は盛り込まれていない。また、雇用主である企業に対する、被用者向けの医療保険の提供及び保険料拠出についての義務規定もなくなっている。

上院法案、下院法案及びオバマ大統領の新提案から見えてくるのは、公的医療保険の導入見送りに象徴的であるように、20世紀後半に確立してきた「民間ベース」での医療保障というアメリカ的枠組みからはみ出すことが非常に困難ということである。国民に対する医療保険加入義務についても、あくまでも国民による「選択の自由」が堅持されることが強調され、保険料負担可能性のある民間医療保険の選択肢を市場での競争を通じて増やし、保険料拠出に対する補助金支給によって保険加入を促すにとどまる。また、企業に対する被用者向けの医療保険の提供及び保険料拠出義務についても、法定給付の意味合いを強めることから回避されたと考えられる。ただ、「選択の自由」が制限されている既往症のある人に対しては、民間医療保険側の加入拒否や保険料上乘せを禁止することで、政府の介入によって選択の自由を回復しようとしていると捉えられる。

しかし、民間での競争と選択の自由を重視した

企業保障をベースとしたアメリカ医療保障が空洞化の方向にあることは間違いない。1980年代以降の医療費の顕著な膨張と医療保険料の高騰のなかで、医療保障の中核を担うアメリカ企業はグローバルな競争が激化するなかでコスト節約圧力を強めざるを得なくなっており、他方で非正規雇用の増加などの労働編成の再編も、アメリカ企業の医療保障からの後退を方向付けている。そのなかで、無保険者や医療保障の不安定層の問題は深刻化せざるを得ない状況にあるのであり、政府による政策的対応の必要性は高まっているといえよう。

\* 本稿脱稿直前の2010年3月21日に医療保険改革法案は連邦下院で可決され、3月23日にオバマ大統領が署名して同法は成立した。同法の内容と実効性については今後の検討課題としたい。

#### 注

- 1) 渋谷 (2005) ; 関口 (2010). 雇用主提供医療に関する租税優遇措置から、アメリカでは雇用主による被用者への医療提供と被用者の医療保険への参加を促進するような租税政策を採用している。
- 2) 州児童医療保険プログラム (State Children's Health Insurance Program: SCHIP) は、2009年の新法制定に伴いChildren's Health Insurance Program (CHIP) に名称変更された。
- 3) 以下の非高齢者の医療保険加入状は、Fronstin (2003, 2009) による。
- 4) U.S. Census Bureau (2009).
- 5) U.S. Census Bureau (2009).
- 6) *EBRI Notes*, March 2002.
- 7) O'Brien (2003).
- 8) *American Demographics*, May 1987.
- 9) General Motors Corporation (2004).
- 10) General Motors Corporation (2006).
- 11) 2005年にはUAWとの労使交渉の結果、時間給退職者の医療給付コストをUAWと共同負担することに合意し、2006年度の医療給付コストは48億円に削減された (General Motors Corporation (2006), Annual Report).
- 12) 1985年にはじまるGM社の医療給付改革については、長谷川 (2010a) 第2章で詳論している。
- 13) Wal-Mart State by State Information.
- 14) Wal-Mart社の医療給付改革については、長谷川 (2010a), 第3章で詳論している。
- 15) ダウ・ジョーンズ米国企業ニュース2006年2月24日、日本経済新聞夕刊2004年4月18日。
- 16) Wal-Mart (2007); *Washington Post*, January 11, 2007.
- 17) 2008年では、無保険者の3分の1 (32.5%) が家計所得2万ドル未満の人であり、家計所得1万ドル未満の人の34.9%, 家計所得1万ドル~2万ドル未満の人の32.5%が無保険状態にある一方で、家計所得7万5000ドル以上の人では無保険率が6.8%にすぎない (Fronstin (2009)).
- 18) 連邦貧困基準とは、連邦政府が定める貧困判断の基準である。U.S. Department of Health and Human Servicesの2009年の連邦貧困基準では、4人家族 (子ども (18歳未満) 2人) で22050ドルがFPL100%である (Federal Register, Vol. 74, No. 14, January 23, 2009).
- 19) 1980年代後半から2000年代前半までの約20年間の無保険率、無保険者数の変化を家計所得層別に分析すると、1990年代後半の堅調な経済成長期において家計所得が上位に移動した人が増加した一方で、そのことが必ずしも医療保険の加入につながらなかったこと、そして2000年代前半の景気後退期において医療扶助の対象となるほどには貧困ではないが、雇用主提供医療保険に加入できない低所得層が増加したことが無保険率の悪化につながっている。詳しくは、長谷川 (2010a) 第4章。
- 20) 筆者は雇用主提供医療保険の被提供率が高い一方で、被用者のそれへの加入率が低下する傾向にあることを「雇用主提供医療保険の空洞化」と捉えている。雇用主提供医療保険の空洞化については、長谷川 (2010a) 第4章で詳論している。
- 21) White House (2009).
- 22) 以下の上院法案、下院法案の整理については、以下を参照。Congressional Research Service (2009); Congressional Research Service (2010); H. R. 3962 an ACT (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3962EH/pdf/BILLS-111hr3962EH.pdf>); H.R. 3590 AMENDMENTS (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590EAS/pdf/BILLS-111hr3590EAS.pdf>); Kaiser Family Foundation (2010).
- 23) アメリカで初めて州民への医療保険加入義務を課す州法を成立させたマサチューセッツ州の医療改革については、長谷川 (2010b) で詳論している。
- 24) ただし、上院法案、下院法案ともに、医療保険の購入が「財政的困難 (financial hardship)」(ただし両法案で「困難」の判断基準は異なる) を理由とする人は例外としている。
- 25) マサチューセッツ州医療改革とConnectorについて、詳しくは長谷川 (2010b) 参照。



- 26) White House, *THE PRESIDENT'S PROPOSAL*, February 22, 2010.

参考文献

- Congressional Research Service (2009), "Private Health Insurance Provisions of H.R.3962", *CRS Report*, R40885.
- Congressional Research Service (2010), "A Comparative Analysis of Private Health Insurance Provisions of H.R. 3962 and Senate-Passed H.R. 3590", *CRS Report*, R40981.
- Cowan, C.A., B.R. Braden, P.A. McDonnell and L. Sivarajan (1996), "Business, households, and government: health spending, 1994", *Health Care Financing Review*, 17(4), pp.157-178.
- Fronstin, P. (2003), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2003 Current Population Survey," *EBRI Issue Brief*, 264.
- Fronstin, P. (2009), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2009 Current Population Survey", *EBRI Issue Brief*, 334.
- General Motors Corporation (2004-2006), *General Motors Corporation Annual Report*.
- Kaiser Family Foundation (2010), "Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposals", *Focus on Health Reform*, updated January 13.
- O'Brien, E. (2003), "Employers' Benefits from Workers' Health Insurance," *Milbank Quarterly*, 81(1).
- U.S. Bureau of Labor Statistics (1988-2008), *Current Employment Statistics Survey*.
- U.S. Census Bureau (2009), *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Center for Medicare & Medicaid Services (2008), *Sponsors of Health Care Costs: Businesses, Households, and Governments, 1987-2007*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010), *National Health Expenditure Data*.
- Wal-Mart (2007), *Open Enrollment Survey Report*.
- White House (2009), "The OBAMA Plan Stability & Security for All Americans".
- 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.
- 関口 智 (2010) 「雇用主提供医療とアメリカ租税政策—雇用主提供年金との比較の視点から」渋谷博史・埜武郎編 『アメリカ・モデルとグローバル化Ⅱ』, 昭和堂.
- 長谷川千春 (2010a) 『アメリカの医療保障 グローバル化と企業保障のゆくえ』 昭和堂.
- 長谷川千春 (2010b) 「アメリカ・マサチューセッツ州における医療改革-『加入義務化』と『共同責任』の実態についての考察」, 『生命保険論集』170号.
- (はせがわ・ちはる 立命館大学准教授)