

國學院大學学術情報リポジトリ

オバマ政権の医療保険改革： 特集アメリカ福祉国家とグローバル化(2)

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-02-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中浜, 隆 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.57529/00001012

オバマ政権の医療保険改革

■ 中 浜 隆

▶ 要 約

アメリカでは、医療保険の主軸は民間保険であり、民間保険はおもに州政府が規制を行ってきている。オバマ政権の医療保険改革もおもに民間保険の改革を行うものであり、改革法には多くの規定（改革の手段）が定められている。それには、「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」（改革の連続性）と「新たに導入した手段」（改革の新規性）がある。前者には「新契約加入保証」や「料率規制」などが、後者には「個人の義務」や「医療保険取引所の設立」や「保険料税額控除」などがある。

本稿では「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」を取り上げ、医療保険規制における州政府の主導性の観点から、オバマ政権の改革を州政府とクリントン政権の改革と比較している。それによって、オバマ政権の改革は民間保険に対して強く介入しているように見えるが、連邦政府と全米保険監督官協会（NAIC）との協議・調整および各州政府の選択や裁量や従来の州規制を認めていること、したがって医療保険規制における州政府の主導性という枠組みを損なうものではないことを明らかにしている。

▶ キーワード

医療保険 民間保険 オバマ政権 州・連邦規制

1. はじめに
2. 州政府の医療保険改革
3. クリントン政権の医療保険改革
4. オバマ政権の医療保険改革
5. おわりに

1. はじめに

2010年3月23日、連邦法の Patient Protection and Affordable Care Act (Public Law 111-148) が制定された。そして1週間後の3月30日に同法の一部を改正する Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (Public Law 111-152) が制定された(以下、両法を「オバマ政権の改革法」と表記する)。オバマ政権の改革法は包括的であり、国民皆保険を目指す連邦法としてアメリカ史上初めて制定された点において画期的であるとも評価されている。

オバマ政権の医療保険改革については、すでにわが国でも優れた研究が行われている。たとえば、天野(2013)は、オバマ政権の医療改革法をめぐる政治的対立・背景を分析することによって、オバマ政権の医療改革(改革法)の特質を明らかにするとともに、残された課題についても明らかにしている。また、山岸(2014)は、20世紀以降の医療制度の変化(とくに民間医療保険の誕生と発展、変容)を分析することによってオバマ政権の医療制度改革の背景を明らかにするとともに、オバマ政権の医療制度改革の成立過程や反対論、最高裁判決、今後の方向性について分析している。

こうした先行研究に対して筆者は、オバマ政権の医療保険改革をおもに1990年代以降に州政府が行ってきた医療保険改革と比較することによって、オバマ政権の改革の特徴を分析したい。

アメリカでは、医療保険の主軸は民間保険であり、民間保険は歴史的に州政府が規制を行ってきた。州政府は1990年代以降、民間医療保険の改革を行っている。他方、連邦政府は歴史的に数回にわたって国民皆保険を目指す医療保険改革法案を提案したが、成立しなかった。この点においてオバマ政権の改革法はアメリカ史上初めて成立した連邦法であり、オバマ政権の改革もおもに民間医療保険の改革を行うものである。ただし、民間医療保険の改革を行う(民間医療保険を規制する)ために制定された連邦法は、オバマ政権の改革法が初めてではない。連邦政府はとくに1990年代以降、連邦法を制定して民間医療保険の改革を行って(民間医療保険を規制して)いる。それには、クリントン政権期に成立した Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Public Law 104-191) などがある。

オバマ政権の改革はおもに民間医療保険の改革を行うものであり、多くの規定(改革の手段)を定めている。それには、「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」(改革の連続性)と「新たに導入した手段」(改革の新規性)がある。上記の「クリントン政権

の改革」とは、既出の1996年の連邦法を制定してクリントン政権が行った改革である。「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」には「新契約加入保証」や「料率規制」などがあり、「新たに導入した手段」には「個人の義務」や「医療保険取引所の設立」や「保険料税額控除」などがある。

筆者は、オバマ政権の改革法を「成立しなかった過去の連邦法案（実施されなかった改革）」ではなくて、おもに「州政府の改革」と比較する。それは、以下の2つの点を新たに解明することができるためである。

第1に、医療保険規制における州政府の主導性を検証することができることである。医療保険を含む民間保険は、歴史的におもに州政府が規制してきている。オバマ政権の改革法は州政府が実施しなければならない連邦基準（最低限の基準）を定めており、州政府に改革（規制）の裁量を与えている。オバマ政権の改革は医療保険規制における州政府の主導性を後退させているか（換言すれば、規制の統一化・集権化をもたらしているか）を検証する（医療保険における連邦制下の政策的特徴（アメリカ的特徴）を明らかにする）ことができる。

第2に、オバマ政権の改革の効果（有効性）を検証することができることである。オバマ政権の改革法は民間医療保険の改革のために多くの規定（改革の手段）を定めている。それには、上記のように「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」と「新たに導入した手段」がある。オバマ政権の改革によって民間保険の加入者が増加するならば、それは従来の「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」よりもむしろ「新たに導入した手段」によるもの（または両者の相乗効果によるもの）と考えられる。つまり、両者を区別して分析することによって、オバマ政権の改革の効果（有効性）＝民間保険の加入者の増加（無保険者の減少）に与える影響を検証することができる。

本稿では、紙幅の制約から「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」のみを取り上げ、上記の第1の点（医療保険規制における州政府の主導性）の観点から、オバマ政権の改革を州政府とクリントン政権の改革と比較する。それによって、オバマ政権の改革は民間保険に対して強く介入しているようにみえるが、連邦政府と全米保険監督官協会（NAIC）との協議・調整および各州政府の選択や裁量や従来の州規制を認めていること、したがって医療保険規制における州政府の主導性という枠組みを損なうものではないことを明らかにしたい。

2. 州政府の医療保険改革

(1) 州政府による保険規制

保険（保険業）を規制する権限を有するのは州政府または連邦政府であるのかは、合衆国憲法に定める州際通商（interstate commerce）に保険（保険業）が該当するかどうかが判断の根拠になっている。州際通商は連邦政府が規制する権限を有し、州内通商（intrastate commerce）は州政府が規制する権限を有している。州際通商とは、財・サービスが州をまたがって取引されることをいう。

保険は19世紀初頭以来、州政府が監督規制を行ってきた。州政府が保険を規制する権限を有することは、保険は州際通商ではないとした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6月に連邦最高裁は、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、連邦政府は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までは否定しないで、連邦法に反する州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3月に「保険業の規制に係る連邦議会の意思を表明する法律（An Act to express the intent of Congress with reference to the regulation of the business of insurance, Public Law 79-15）」、いわゆるマッカラン＝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、保険業はそれを規制する州法に従わなければならないとして、州政府による保険業の規制を保証した⁽¹⁾。

1944年の連邦最高裁の判決によって、連邦政府が保険業を規制する権限を有することになった。しかし、翌年のマッカラン＝ファーガソン法によって、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委ねたのである⁽²⁾。

マッカラン＝ファーガソン法の制定以降、民間保険における生命保険と損害保険の分野では、連邦政府はほとんど規制していない⁽³⁾。それに対して医療保険の分野では、連邦政府はとくに1990年代以降、連邦法を制定して規制している⁽⁴⁾。

(2) 州規制と全米保険監督官協会

保険（保険業）はおもに州政府が監督規制を行っている。州政府の保険監督当局は保険局（insurance department）であり、保険局長官は保険監督官（insurance commissioner）と呼ばれている。大部分の州では、保険監督官は州知事によって任命されている。

州規制には、いくつかのメリットとデメリットがある。主要なデメリットには、州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。保険者がそのコストの一部を保険料に転嫁するならば、加入者もコストを負担することになる。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。

各州政府が保険規制のために立法を行う（州保険法を改正する）場合、全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners, 以下「NAIC」と表記する）が重要な役割を果たしている。NAICは、各州政府の保険規制を統一的・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。NAICの主要な活動は、各州政府の保険立法にさいして、全米基準となるモデル法を制定すること（新しいモデル法を制定することおよび既存のモデル法を改正すること）である⁽⁵⁾。モデル法を採択するまでの過程では、監督当局としての保険監督官の意見だけでなく、保険者や消費者団体などの代表者の意見もふまえてモデル法案が起草・審議され、必要に応じて修正されている。

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有していない）、各州政府はそれを参考にして立法化して（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。

各州政府は、NAICが提示したモデル法の諸規定が自州で実行可能である場合、モデル法と同じ諸規定を採用している。他方、モデル法の諸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諸規定を修正している。各州で異なる医療保険市場と医療サービス市場（それらに参加する保険者、医療提供者、雇用主・被保険者）の実情に応じて各州政府は実効性のある規制を行っているのである。

NAICが全米基準となるモデル法を制定・提示し、それを受けて各州政府は立法化して（州保険法を改正して）実効性のある規制を実施するという保険の州規制は、規制の分権性と州政府の主導性を典型的に示しているといえることができる。

(3) 小雇用主医療保険の改革

州政府は1990年代以降、民間医療保険（小雇用主医療保険と個人医療保険）の改革を行っている。州政府が小雇用主医療保険と個人医療保険を改革の対象としているのは、無保険者のなかで、民間医療保険に加入するならば小雇用主医療保険または個人医療保険に加入することになる人々が比較的多いためである。小雇用主医療保険（small employer health insurance）とは、所定の人数以下の被用者を雇用している雇用主が被用者（本人）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⁽⁶⁾。

小雇用主医療保険の改革も、全米保険監督官協会（NAIC）が全米基準となるモデル法を制定・提示し、それを受けて各州政府が立法を行う（州保険法を改正する）ことによって行われた。NAICは、1990年代初めに小雇用主医療保険にかかわる以下のモデル法3件を制定し、各州政府に提示した⁽⁷⁾。

- ①小雇用主医療保険の保険料率及び契約更新モデル法（Premium Rates and Renewability of Coverage for Health Insurance Sold to Small Employers Model Act）、1990年12月制定

このモデル法（以下「1990年モデル法」と表記する）は「契約更新保証」と「料率規制」について定めている。

- ②小雇用主医療保険入手可能モデル法〔Small Employer Health Insurance Availability Model Act (Allocation With or Without an Opt-Out)〕、1991年12月制定

このモデル法（以下「1991年モデル法」と表記する）は、1990年モデル法が定めた「契約更新保証」と「料率規制」のほかに、「新契約加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「保険者間のリスク調整（割当プログラム）」について定めている。

- ③小雇用主医療保険入手可能モデル法〔Small Employer Health Insurance Availability Model Act (Prospective Reinsurance With or Without an Opt-Out)〕、1991年12月制定

このモデル法は、1990年モデル法が定めた「契約更新保証」と「料率規制」のほかに、「新契約加入保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「保険者間のリスク

調整（再保険プログラム）」について定めている。同法は、1995年3月に大幅に改正された（以下「1995年モデル法」と表記する）。

NAICモデル法（上記の3件のモデル法）が定める改革の手段には、「新契約加入保証」「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」「保険者間のリスク調整」がある。

(a) 新契約加入保証と契約更新保証

「新契約加入保証（guaranteed issue）」と「契約更新保証（guaranteed renewability）」とは、所定の理由を除いて、団体（被用者とその扶養家族）のリスクにかかわらず、保険者は雇用主に対して新契約加入と契約更新を保証しなければならないものである。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を拒否する）ことを禁止するものである。

保険者が引受を拒否できる所定の理由の1つに、雇用主が「最低限加入要件」と「最低限雇用主拠出要件」を満たしていないことがある。「最低限加入要件（minimum participation requirements）」とは、医療保険に加入する被用者の最低限の割合を保険者が要求するものである。他方、「最低限雇用主拠出要件（minimum employer contribution requirements）」とは、雇用主が拠出しなければならない保険料の最低限の割合を保険者が要求するものである。

雇用主提供医療保険には、雇用主が保険料を全額拠出する（被用者は拠出しない）「非拠出プラン（non-contributory plan）」と、被用者も保険料を拠出する「拠出プラン（contributory plan）」がある。非拠出プランの場合、一般にすべての被用者が医療保険に加入する。拠出プランの場合には、大部分の州では、雇用主は被用者に医療保険の加入を強制することはできない。雇用主の保険料拠出割合が低い（被用者の保険料拠出割合が高い）と、被用者の保険料負担が大きいために、リスクの低い被用者が医療保険に加入しないという逆選択が生じうる。2つの要件を満たしていない団体には、こうした逆選択が生じている可能性が高い。したがって保険者が2つの要件を求めるのは、逆選択を防止するためである。

(b) 契約前発病の免責に対する制限

「契約前発病の免責（preexisting condition exclusion）」は新契約に適用される。保険契約（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「免責期間（exclusion period）」または「待機期間（waiting period）」と

いう⁽⁸⁾。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。契約前発病の免責とは、免責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。それは、病気になるまで医療保険に加入しない（病気になってから医療保険に加入する）という逆選択を保険者が防止するためである。

「契約前発病の免責に対する制限」とは、遡及期間と免責期間を一定期間内に制限するものである。NAIC モデル法（1995 年モデル法）は遡及期間を 6 カ月以内、免責期間を 6 カ月以内に制限している。それによって、保険者が保険金支払いを過度に抑制することを禁止している。

（c） 契約の携行

医療保険に加入している被用者が転職によって他の企業に勤務する時、その企業が被用者に医療保険を提供している場合には、それに新たに加入する。その企業が医療保険を提供していない場合には、個人医療保険に新たに加入しなければならない。新契約に加入するので、上記の「契約前発病の免責」の適用を受けることになる。本人または扶養家族に契約前発病がある場合には、保険保障が中断する。それは転職の制約となり、職業の固定化（job lock）を生じさせていた。

「契約の携行（portability）」とは、医療保険に加入している被用者が転職によって新しい医療保険（小雇用主医療保険または個人医療保険）に加入する場合、以前の保険契約の終了日から新しい保険契約の責任開始日までが一定期間（携行期間）内であるならば、新しい医療保険の保険者が契約前発病の免責を適用することを禁止するものである。1995 年モデル法は携行期間を 90 日に定めている。

（d） 料率規制

雇用主は「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって新契約に加入し、また契約を更新することができる。しかし、保険者がリスクを細分化すると、リスクの高い雇用主（被用者とその扶養家族）の保険料率は高くなる。そのために雇用主は、実際には新契約に加入し、また契約を更新することはできなくなる。「料率規制」とは、保険者のリスク細分化を禁止し、団体間の料率格差を制限することによって、リスクの高い雇用主の保険料負担可能性を改善するものである。料率規制は団体間の料率格差を制限し、また各団体の料率変動を抑制するものであって、料率の絶対額を全体的に抑制するものではない。

保険者は、被保険者のリスクを測定する時、被保険者の属性である危険要因（risk factor）を指標として使用する。医療保険の危険要因には、「地域」「性別」「年齢」「家族構成」「団体規模」「職業・産業」「健康状態」「保険金支払実績」などがある。その場合、保

険者が①危険要因の数を多く使用するほど、また②1つの危険要因で区分の数を多くするほど、リスクは細分化される（料率格差は拡大する）。

したがって料率規制は、①保険者が使用できる危険要因の数（種類）を制限し、また②1つの危険要因で区分の数を制限する（たとえば、州全域を「地域」に区分する場合、所定の数以上に区分することを禁止する）または1つの危険要因による料率の格差を制限する（たとえば、「年齢」による料率格差を3倍以内に制限する）ものである。

NAICモデル法は、医療保険の危険要因を「被保険者の特性」と「危険特性」に大別している。「被保険者の特性（case characteristics）」には「地域」「性別」「年齢」「家族構成」などの危険要因が含まれる。「被保険者の特性」は、被保険者のリスクが人口統計から導き出され、したがって客観的な要因であることから、人口統計的・客観的要因（demographic and objective factor）とされる。他方、「危険特性（risk characteristic）」には「健康状態」や「保険金支払実績」などの危険要因が含まれる。「危険特性」は保険者が被保険者のリスクを主観的に判断することから、主観的要因（subjective factor）とされる。保険者は、「被保険者の特性」に該当する危険要因を使用して各団体の料率（標準料率）を算出する。そして、「危険特性」に該当する危険要因の使用が認められている場合には、それを使用して各団体の標準料率を割り増すまたは割り引く。

1990年モデル法と1991年モデル法は、料率設定方式として料率幅方式（rating bands）を採用している。他方、1995年モデル法は調整地域料率方式（adjusted community rating）を採用している⁹⁾。料率幅方式と調整地域料率方式は、以下の2つの点で異なっている。

第1に、「被保険者の特性」の使用に対する制限である。料率幅方式でも調整地域料率方式でも、保険者は「被保険者の特性」を使用できる。しかし、保険者が使用できる「被保険者の特性」の数（種類）は、調整地域料率方式ほうが少ない。

第2に、「危険特性」の使用に対する制限である。料率幅方式では、保険者は「危険特性」を使用できるが、標準料率に対する割り増し率と割り引き率を制限している。調整地域料率方式では、保険者が危険特性を使用することを禁止している。したがって、料率幅方式よりも調整地域料率方式のほうが料率規制は厳しい。保険者に対して「危険特性」の使用を制限または禁止しているのは、契約更新のたびに生じうる料率の変動（とくに、リスクの高い団体に対する料率の大幅な引き上げ）を抑制するためである。

なお、NAICは1990年モデル法と1991年モデル法を2004年に廃止した。つまり、NAICは料率設定方式として調整地域料率方式のみを支持している。なお、第4章第6節で述べるように、オバマ政権の改革法も調整地域料率方式を採用している。

(e) 保険者間のリスク調整

「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。「保険者間のリスク調整（再保険プログラム）」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。

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

医療貯蓄口座は、各被用者に対して開設される口座に雇用主と被用者が資金を拠出し、口座から保険料を支出して医療保険（医療費の自己負担が高額の医療保険）を購入する。医療費の自己負担が高額なので、保険料は比較的安い。口座への拠出金と口座の運用益に対して租税優遇措置が講じられる。口座の資金はおもに医療費の自己負担に用いられる。

医療貯蓄口座はリスクの低い被用者に有利であるので、リスクの低い雇用主（リスクの低い被用者が多い雇用主）は従来の医療保険から医療貯蓄口座に変更する可能性がある。医療貯蓄口座に変更する雇用主が増加すると、従来の医療保険の料率は上昇する。保険料率が上昇すると、リスクの高い雇用主の保険料負担可能性は低下する。それは、医療保険改革の趣旨に反することになる。そのために、医療保険改革をもっとも積極的に行っている州政府は、医療貯蓄口座の立法化に消極的であった⁽¹⁰⁾。NAIC が医療貯蓄口座のモデル法を制定しなかったのは、こうした理由によるものと思われる。ここでは、1990 年代に NAIC は医療貯蓄口座のモデル法を制定しなかったが、医療貯蓄口座を立法化した州政府があったことを指摘しておきたい。

(4) 個人医療保険の改革

個人医療保険は、雇用主が医療保険を提供していない被用者、65 歳未満の早期退職者、自営業者などが加入している。個人医療保険の加入者数は、団体医療保険と比較すると少

ない。NAIC は個人医療保険にかかわる以下のモデル法 2 件を制定し、各州政府に提示した。

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

このモデル法は 1995 年モデル法に個人医療保険の規定を追加したものであり、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」「保険者間のリスク調整 (再保険プログラム)」について定めている。

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

このモデル法は個人医療保険の規定のみであり、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」について定めている (「保険者間のリスク調整」については定めていない)。

個人医療保険のモデル法が定める改革の手段も、小雇用主医療保険のモデル法と同じである。個人医療保険のモデル法が制定されたのは 1996 年 3 月である。他方、次章で取り上げる 1996 年連邦法が制定されたのは 1996 年 8 月である。つまり、個人医療保険のモデル法は 1996 年連邦法の 5 カ月前に制定されたことを指摘しておきたい。

(5) モデル法の諸規定と州政府の立法化

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

小雇用主医療保険のモデル法が定めている改革の手段のなかで、「契約の携行」については、モデル法が定めている携行期間を修正している州政府がある。また、「契約前発病の免責に対する制限」についても、モデル法が定めている遡及期間と除外期間を自州の実情に合わせて修正している州政府もある。この点について、1995 年 5 月 12 日に開催された第 104 回連邦議会下院歳入委員会の医療小委員会の公聴会において、ブルークロス・ブルーシールド協会のレーンハルト女史 (senior vice president) は、1990 年以降、45 州が小雇用主医療保険の改革を行っていることを具体的に説明したうえで、次のように述べて

いる。「医療保険の保険者を規制するという複雑でやりがいのある仕事を計画・実行するのに、州政府はもっともよい立場にある。たとえば、契約前発病の免責における除外期間の長短は、医療保険の予定コストに大きな影響を与える。一般に、契約前発病の免責における除外期間が短いほど、医療保険のコストは高くなる。除外期間に対して各州政府が設定している制限は、自州の雇用主が負担できるコストをあらわしているのである⁽¹¹⁾。」

「料率規制」はモデル法の規定を修正している典型的な事例である。各州政府は、料率規制の規定を定めるさい、以下の点について判断しなければならない。第1に、保険者が使用できる「被保険者の特性」として、どの危険要因を認めるのかという点である。

第2に、使用を認める危険要因のそれぞれについて、区分の数を制限するのかもしれないのか、料率の格差を制限するのかもしれないのかという点である。たとえば「地域」の場合、州全域をいくつかの地域に区分することを認めるのか、リスクのもっとも高い地域ともっとも低い地域との料率の格差を制限するのかもしれないのか（制限するならば、どの程度に制限するのか）という点である。

第3に、「危険特性」の使用を認めるのかどうか、使用を認める場合、標準料率に対する割り増し率と割り引き率をどの程度に制限するのかという点である。

保険の州規制は、規制の分権性と州政府の主導性を典型的に示している。NAICは全米標準となるモデル法を制定して各州政府に提示し、各州政府は自州の実情をふまえて立法化（州保険法を改正）し、実効性のある規制を実施している。州政府が1990年代に行った医療保険改革は、保険規制の分権性と州政府の主導性をとくによく示している規制の典型であるということができよう。

3. クリントン政権の医療保険改革

(1) 改革の概要

クリントン政権は1993年9月に医療保険改革法案（Health Security Act）を発表し、11月に第103回連邦議会に提出したが、翌年9月に不成立に終わった。その後、第104回連邦議会でも39件の医療保険改革法案が提出された。

これらの法案のなかで、1995年7月に提出された上院法案（Health Insurance Reform Act of 1995）は翌年4月下旬に上院を通過した。また、1996年3月初めに提出された下院法案（Health Coverage Availability and Affordability Act of 1996）は3月末に下院を

通過した⁽¹²⁾。そして、1996年8月に両法案の妥協法案（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996）が上下両院を通過し、クリントン大統領の署名によって成立し（Public Law 104-191）、大部分の規定は1997年7月1日から施行された（以下、同法を「1996年連邦法」と表記する）。

1996年連邦法の制定目的は、①団体医療保険と個人医療保険の携行可能性と継続性を改善すること、②医療保険と医療サービスにおける詐欺と乱用を防止すること、③医療貯蓄口座の利用を促進すること、④長期介護保険へのアクセスを改善すること、⑤医療保険の管理運営を簡素化すること、などである。

1996年連邦法は5つの編（TITLE）から構成されている。第Ⅰ編では、医療保険の入手可能性と携行可能性を改善するために、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」について定めている。第Ⅲ編では、「医療貯蓄口座」について定めている⁽¹³⁾。これらの改革の手段について定めた規定は、州政府が実施しなければならない最低限の基準である。州法（州保険法）が1996年連邦法に反しておらず、州法の規定のほうが加入者（被保険者）に有利であるならば、州法の規定が適用される⁽¹⁴⁾。

(2) 改革の内容

本節では、州政府の改革（NAIC モデル法）とクリントン政権の改革（1996年連邦法）を2つの点から比較する。1つは「改革の手段」であり、もう1つは「改革の対象とする保険」である。

1つ目の「改革の手段」について、次の3つの点を指摘することができよう。第1に、1996年連邦法が定めている「新契約加入保証」など4つの改革の手段（表1の上から4つの改革の手段）はNAICモデル法が定めていることである⁽¹⁵⁾。第2に、1996年連邦法は「料率規制」と「保険者間のリスク調整」について定めていないことである。第3に、1996年連邦法は新たな改革の手段（NAICモデル法が定めていない改革の手段）を追加していないことである（表1を参照）。

2つ目の「改革の対象とする保険」については、次の2つの点を指摘することができよう。第1に、「小団体保険」と「個人保険」はNAICモデル法が対象としている保険であることである。第2に、1996年連邦法は「大団体保険」も対象にしている（NAICモデル法は対象にしていない）ことである（表1を参照）。

前章第3節で取り上げた3件のNAICモデル法は、小雇用主（小団体）を次のように

表1 NAIC モデル法と 1996 年連邦法

	NAIC モデル法		1996 年連邦法		
	小団体	個人	大団体	小団体	個人
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	○	○	○	○	×
料率規制	○	○	×	×	×
保険者間のリスク調整	○	○	×	×	×

(注) ○=規定あり, △=有資格個人に対する規定のみあり, ×=規定なし

(出典) NAIC モデル法と 1996 年連邦法より筆者作成

定めている。1990 年モデル法と 1991 年モデル法は「フルタイム被用者 25 人以下」と定義している。1995 年モデル法は、フルタイム被用者何人以下と定義するかは各州政府の判断に委ねている。なお、1995 年モデル法は 2000 年 12 月の改正で、フルタイム被用者の最大限の人数を 50 人以上とし、最大限の人数を具体的に何人とするか（フルタイム被用者何人以下と定義するか）は各州政府の判断に委ねている。

1996 年連邦法は、小雇用主（小団体）を「被用者 2 人以上 50 人以下」、大雇用主（大団体）を「被用者 51 人以上」と定義している。被用者には、パートタイム被用者とフルタイム被用者の双方が含まれる。したがって、たとえば X 州にある A 社は被用者 65 人（フルタイム被用者 45 人とパートタイム被用者 20 人）を雇用しているならば、1996 年連邦法上の「大雇用主」に該当する。大雇用主（大団体）に対しては、「新契約加入保証」は適用されない（表 1 を参照）。しかし、X 州法が小雇用主（小団体）を「フルタイム被用者 50 人以下」と定義しているならば、A 社は X 州法上の「小雇用主」に該当し、「新契約加入保証」が適用される。

以下では、対象とする保険（大団体、小団体、個人）ごとに 1996 年連邦法が規定する改革の手段について考察しよう。

(a) 大団体保険

大団体には、保険者から医療保険を購入している大団体だけでなく、自家保険を採用している大団体も含まれる。大団体保険に対しては、「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」について定めている。

州政府は、1996 年連邦法が大団体保険（自家保険を含む）も対象にしていることを支持した。1990 年代に大団体（大企業）の多くは自家保険を採用していたが⁽¹⁶⁾、自家保険は 1974 年被用者退職所得保障法（ERISA）によって州法の適用が除外されていた⁽¹⁷⁾。大団体保険も対象にすることを州政府が支持したのは、州法で規制できない「自家保険」と

規制できる「保険者が引き受ける保険」が1996年連邦法（自家保険に対する規制）によって公平に取り扱われることになるためである⁽¹⁸⁾。

(b) 小団体保険

小団体保険に対しては、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」について定めている。ここでは、次の3つの点を指摘したい。

第1に、NAICモデル法が小団体保険に対して定めている改革の手段を、1996年連邦法が制定された時点で大部分の州政府は立法化していたことである（図1を参照）⁽¹⁹⁾。

第2に、「新契約加入保証」と「契約更新保証」については、1996年連邦法はNAICモデル法（1995年モデル法）と同じであることである。他方、「契約前発病の免責に対する制限」と「契約の携行」については、1996年連邦法はNAICモデル法よりも規制が緩いことである。

「契約前発病の免責に対する制限」における遡及期間は、1996年連邦法もNAICモデル法（1995年モデル法）も6カ月以内に制限している。免責期間は、1996年連邦法は12カ月以内に制限しているのに対して、NAICモデル法は6カ月以内に制限している（遡及期間も免責期間も短いほど、加入者に有利である）。「契約の携行」における携行期間は、1996年連邦法は63日であるのに対して、NAICモデル法は90日である（携行期間は長いほど、加入者に有利である）。

第3に、多くの州法は1996年連邦法の規定（州政府が実施しなければならない最低限の基準）を満たしていたことである。1996年連邦法の制定時点で、「契約前発病の免責に対する制限」における遡及期間を多くの州（34州）は6カ月以内に、免責期間を大部分の州（46州）は12カ月以内に制限していた⁽²⁰⁾。また、1995年時点で、「契約の携行」における携行期間を大部分の州（40州）は30日または60日または90日に定めていた⁽²¹⁾。

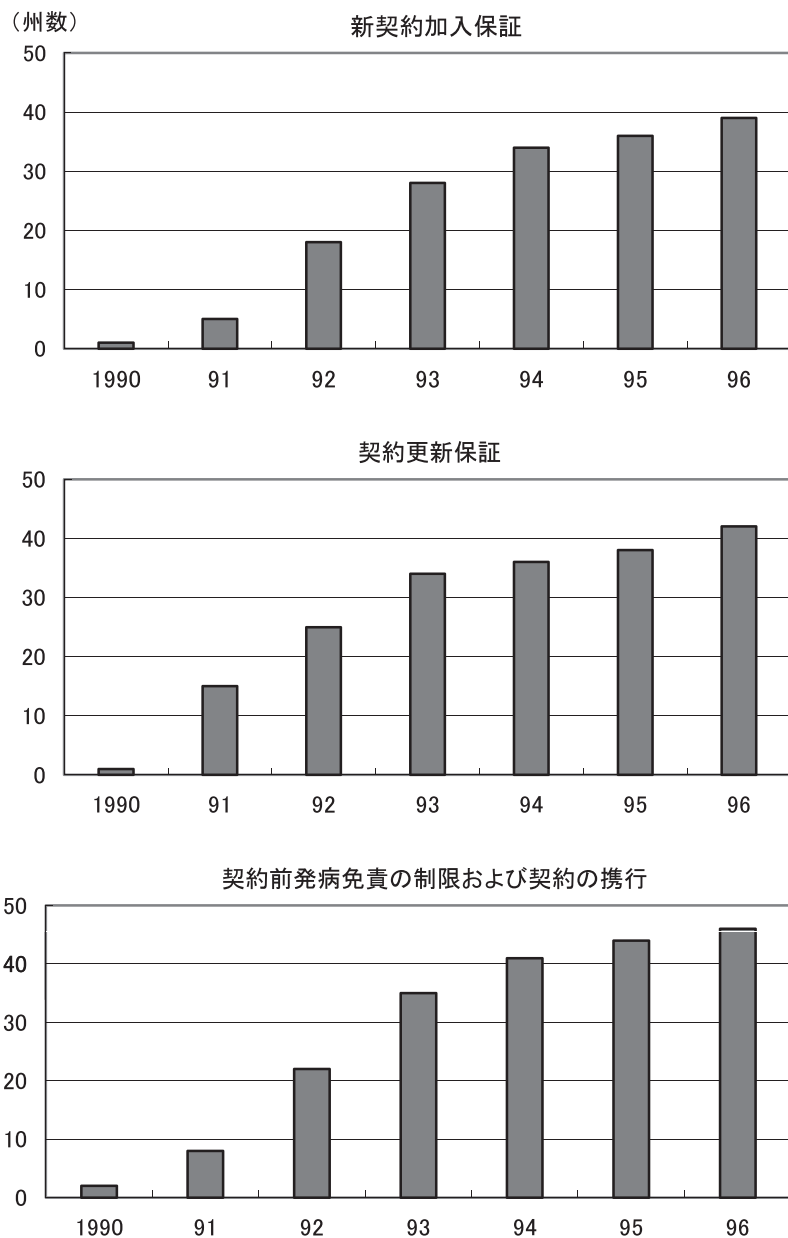
(c) 個人保険

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

有資格個人とは、①個人医療保険の加入を求める日において、認定可能保険（creditable coverage）に加入していた期間の総計が18カ月以上であり、かつ、②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。認定可能保険には、雇用主提供医療保険や個人医療保険やメディケアやメディケイドなど、ほとんどの医療保険が含まれる。

1996年連邦法は、有資格個人が加入する医療保険に対する新契約加入保証として、「連邦準拠」または「代替手段」の選択を州政府に認めている。1996年連邦法が定める以下

図1 改革の手段を立法化した州政府の数（小団体保険）



(出典) Laudicina, Losleben, and Walker, State Legislative Health Care.

の4つの要件を満たしている場合、州政府は「代替手段」を選択することができる。

- ①すべての有資格個人は、医療保険の選択が可能であること
- ②それらの医療保険は、契約前発病の免責が適用されないこと
- ③それらの医療保険には、本州の個人医療保険市場で提供されている総合医療保険に相当する医療保険または本州の団体・個人医療保険改革法に基づいて提供されている標準医療保険に相当する医療保険が少なくとも1つ含まれていること

- ④本州が (a) NAIC の個人医療保険のモデル法を立法化していること, または (b) 適格ハイリスクプールを設立していること, または (c) 保険者が有資格個人に対してリスク調整またはリスク分散を行っていること

上記の要件で着目したいのは、4つめの要件の (b) で「適格ハイリスクプール」を選択肢の1つとして定めていることである。ハイリスクプールとは、リスクがかなり高いために既存の市場で医療保険を購入できない人々に対して医療保険を提供する仕組みである。そして、適格ハイリスクプールとは、①有資格個人にはいかなる契約前発病の免責も適用されない医療保険をすべての有資格個人に提供しているハイリスクプールであり、かつ、②NAIC のハイリスクプールのモデル法が定める料率と給付の要件を満たしているハイリスクプールである。州政府が「代替手段」を選択した場合、ハイリスクプールを利用できるようにしているのである。NAIC は 1982 年 12 月にハイリスクプールのモデル法 (Model Health Insurance Pooling Mechanism Act) を制定していた⁽²²⁾。それを受けて、1996 年連邦法が制定されるまでに 24 の州政府がハイリスクプールを立法化していた。そして、1996 年連邦法の制定を受けて、大部分の州政府は「代替手段」を選択し、それを選択した州政府の大部分はハイリスクプールを選択したのである。

(3) 改革の特徴

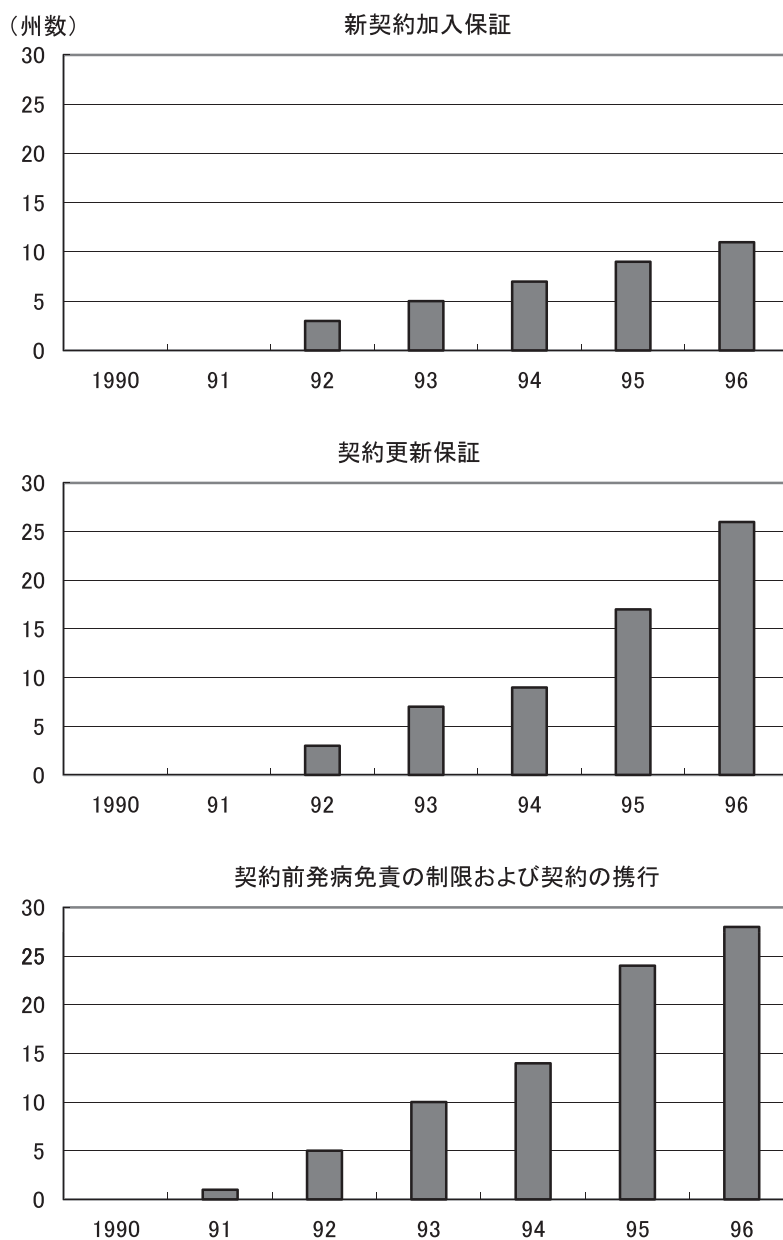
クリントン政権の医療保険改革 (1996 年連邦法) の特徴は、以下の 4 つの点にまとめることができる。

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

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

第 3 に、NAIC モデル法が小団体保険に対して定めた改革の手段を、1996 年連邦法が制定された時点で大部分の州政府は立法化していた。しかも、多くの州法は 1996 年連邦法の規定 (州政府が実施しなければならない最低限の基準) を満たしていたのである。1996 年連邦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ことは、この点によくあらわれている。

図2 改革の手段を立法化した州政府の数（個人保険）



(出典) 図1に同じ

第4に、1990年代前半において、小雇用主医療保険の改革に続いて個人医療保険の改革を行った州政府もあった。しかし、1996年連邦法が制定された時点で個人医療保険の改革を行っていた州政府は、小雇用主医療保険の改革と比較すると少なかった（図2を参照）。

前章第4節で指摘したように、NAICは1996年3月に個人医療保険のモデル法を制定した。それは1996年連邦法が制定される5カ月前であった。逆に言えば、連邦政府が

1996年連邦法を制定したのはその5カ月後であった。①個人医療保険の改革を行った州政府は比較的少ないこと、②しかしNAICが個人医療保険のモデル法を制定したことから、1996年連邦法の制定によって、連邦政府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化を求めたといえるであろう。しかし、「新契約加入保証」と「契約前発病の免責に対する制限」は、有資格個人が加入する医療保険に限定した。そして、有資格個人が加入する医療保険に対する「新契約加入保証」として、州政府が設立していたハイリスクプールを利用できるようにしたのである。連邦政府（クリントン政権）は州政府の医療保険改革を追認するとともに、まだ改革を行っていない州政府に対して改革のための立法化を求めた（しかし、各州政府の選択や裁量を認めている）といえるであろう。

4. オバマ政権の医療保険改革

(1) 改革の概要

医療保険改革法案は、まず下院法案（Affordable Health Care for America Act）が2009年11月上旬に通過し、続いて上院法案（Patient Protection and Affordable Care Act）が12月下旬に通過した。そして、2010年3月下旬に上院法案が下院を通過し、3月23日にオバマ大統領が署名して成立した（Public Law 111-148）。また、同法制定の1週間後の3月30日に、同法の一部を改正するHealth Care and Education Reconciliation Act of 2010（Public Law 111-152）が制定された（以下、両法を「オバマ改革法」と表記する）。

Patient Protection and Affordable Care Actは10の編（TITLE）から構成されている。同法は前章で取り上げた1996年連邦法と比較すると包括的であり、メディケアやメディケイドや児童医療保険プログラムについても多くの規定を定めている⁽²³⁾。

民間保険にかかわる規定は第I編で定められている。民間保険についても多くの規定が定められており（主要な規定（改革の手段）については表2を参照）、2010年から18年にかけて施行される（主要な規定の施行日については表3を参照）。

Health Care and Education Reconciliation Act of 2010は2つの編から構成されている。民間保険にかかわる規定は第I編のSubtitle Aで定められている（以上の2件の法律を以下では「オバマ改革法」と表記する）。なお、オバマ改革法の制定後、施行が延期された規定および廃止された規定がある。

表2 民間保険にかかわる主要な規定

保険入手可能性の改善 ①新契約加入保証 ②健康状態に基づいて加入資格を決定することを禁止する（健康状態に基づく差別の禁止） ③フルタイム被用者に対して、給与に基づいて加入資格要件を設定することを禁止する（給与に基づく差別の禁止） ④家族保険を提供している場合、家族保険の扶養家族に26歳未満の子供を含めなければならない（2010年3月23日以前に加入した個人保険を除く） ⑤契約更新保証 ⑥受給資格の待機期間を90日以内に制限する ⑦加入者の詐欺または不実告知の場合を除いて契約解除を禁止する
保険料負担可能性の改善 ①料率規制 ②個人（低所得者）に対する保険料税額控除 ③個人（低所得者）に対する医療費自己負担の引き下げ ④小雇用主に対する税額控除
保険者間のリスク調整（リスク緩和プログラム） ①リスク調整（risk adjustment） ②リスクコリダー（risk corridors, 2014年～16年のみ実施） ③過渡的再保険（transitional reinsurance, 2014年～16年のみ実施）
保険給付の標準化・充実 ①最低保険数理要件（4つのプラン） ②必要医療給付（essential health benefits）を提供しなければならない ③生涯給付額を制限すること（上限額を設定すること）を禁止する ④年間給付額を制限すること（上限額を設定すること）を禁止する ⑤すべての人々に対する契約前発病の免責を禁止する ⑥所定の予防サービスに対する患者の自己負担を禁止する
消費者保護 ①医療ロスレシオ

（出典） オバマ改革法等より筆者作成

(2) 規定が適用される保険

オバマ改革法は民間医療保険の改革のために多くの規定を定めている。しかし、これらのすべての規定がすべての保険（加入者）と保険市場に適用されるわけではない。オバマ改革法の規定が適用される保険もあれば、適用されない保険もある。既存保険（grandfathered health plan）には、オバマ改革法の規定の多くは適用されない。それに対して、非既存保険（non-grandfathered health plan）には、規定の多くが適用される。しかし、同じ非既存保険でも、大団体市場または小団体市場または個人市場によって、適用される

表3 主要な規定の施行日

2010年9月23日施行 ①フルタイム被用者に対して、給与に基づいて加入資格要件を設定することを禁止する（給与に基づく差別の禁止） ②家族保険を提供している場合、家族保険の扶養家族に26歳未満の子供を含めなければならない（2010年3月23日以前に加入した個人保険を除く） ③加入者の詐欺または不実告知の場合を除いて契約解除を禁止する ④生涯給付額を制限すること（上限額を設定すること）を禁止する ⑤年間給付額を制限すること（上限額）を規制する ⑥19歳未満の児童に対する契約前発病の免責を禁止する ⑦所定の予防サービスに対する患者の自己負担を禁止する
2011年1月1日施行 ①医療ロスレシオ
2013年10月1日施行 ①医療保険取引所の設立
2014年1月1日施行 ①個人の義務 ②雇用主の義務 ③新契約加入保証 ④受給資格の待機期間を90日以内に制限する ⑤加入者の健康状態に基づいて加入資格要件を設定することを禁止する（健康状態に基づく差別の禁止） ⑥契約更新保証 ⑦最低保険数理要件（4つのプラン） ⑧年間給付額を制限すること（上限を設定すること）を禁止する ⑨すべての人々に対する契約前発病の免責を禁止する ⑩必要医療給付を提供しなければならない ⑪料率規制 ⑫リスク緩和プログラム
2018年1月1日施行 ①保険料の高い医療保険に対する課税（物品税）

（出典） オバマ改革法等より筆者作成

規定もあれば、適用されない規定もある。さらに、同じ大団体市場または同じ小団体市場でも、完全保険（保険者が引き受ける保険）または自家保険によって、適用される規定もあれば、適用されない規定もある（表4を参照）。

「既存保険」とは、オバマ改革法（Patient Protection and Affordable Care Act）の制定日である2010年3月23日に存在していた団体医療保険または個人医療保険である。オバマ改革法の制定日以降も、1人以上が加入しており、保険給付の削減、医療費自己負担の引き上げ、雇用主の保険料拠出割合の引き下げという変更が大幅に行われない限り、

表4 医療保険に適用される主要な規定①

	既存保険			非既存保険				
	団体市場		個人市場	大団体市場		小団体市場		個人市場
	完全保険	自家保険		完全保険	自家保険	完全保険	自家保険	
新契約加入保証	×	×	×	○	×	○	×	○
健康状態に基づく差別の禁止	×	×	×	○	○	○	○	○
扶養家族（子供）への拡大	○	○	○	○	○	○	○	○
給与に基づく差別の禁止	×	×	×	○	×	○	×	×
待機期間の制限	○	○	×	○	○	○	○	×
契約更新保証	×	×	×	○	×	○	×	○
契約解除の禁止	○	○	○	○	○	○	○	○
料率規制	×	×	×	×	×	○	×	○
必要医療給付の提供	×	×	×	×	×	○	×	○
自己負担のない予防医療サービス	×	×	×	○	○	○	○	○
契約前発病免責の禁止	○	○	×	○	○	○	○	○
年間自己負担額の制限	×	×	×	○	○	○	○	○
最低限保険数理要件	×	×	×	×	×	○	×	○
生涯給付額制限の禁止	○	○	○	○	○	○	○	○
年間給付額制限の禁止	○	○	×	○	○	○	○	○
医療ロスレシオ	○	×	○	○	×	○	×	○

(注) ○＝適用される，×＝適用されない

(出典) U. S. Library of Congress, Congressional Research Service, *Private Health Insurance Market Reforms*, 16-18.

「既存の地位（grandfathered status）」を維持することができる。既存保険はいつ終了されるのか（既存保険の終了日）については、オバマ改革法は定めていない。既存保険がオバマ改革法の制定日以降に更新された場合でも、既存の加入者（とその扶養家族）はそれに加入することができる。また、新規採用された被用者（とその扶養家族）もオバマ改革法の制定日以降に加入することができる。

他方、「非既存保険」とは、オバマ改革法の制定日以降の契約更新時に既存の地位を喪失した保険およびオバマ改革法の制定日以降に新たに加入した保険（新契約）である。非既存保険に対しては、オバマ改革法の規定の多くが適用される。オバマ改革法の規定は、2010年から18年にかけて（主要な規定の多くは2014年に）施行される（表3を参照）。したがって、非既存保険は2010年または11年に、「年間給付額の制限に対する規制」など2010年9月23日に施行される規定に従わなければならない⁽²⁴⁾。また2014年には、「契約更新保証」「必要医療給付の提供」「自己負担額の制限」「料率規制」など2014年1月1日に施行される主要な規定にも従わなければならない。つまり、非既存保険は2014

年には、オバマ改革法に従う保険（ACA-compliant plan）に移行しなければならない⁽²⁵⁾。

2014年1月1日には、すべての州で医療保険取引所が開設される予定であった。取引所では、オバマ改革法に従う保険が提供される。オバマ改革法に従う保険のうち、とくに個人向けの医療保険は一般に保険年度（保険期間）が暦年と一致している。そこで2014年から、既存保険からオバマ改革法に従う保険（取引所で提供される保険）に移行できる（2014年1月1日からオバマ改革法に従う保険に加入できる）ように、保険者は非既存保険を解除してもよいことを連邦政府は認めた。そこで、保険者は加入者に対して契約解除の通知を行ったが、それを受けた加入者から多くの苦情が寄せられた。

そのために、契約日が2010年3月23日以降2013年10月1日までの期間であり、小団体と個人が加入している非既存保険に対して、オバマ改革法に従う保険に円滑に移行することができるように、連邦政府は移行政策（transitional policy）を導入した。つまり、州政府が認めるならば、2014年1月1日から2014年10月1日までの期間、保険者は非既存保険（2014年1月1日に施行される規定のうち、契約更新保証や料率規制など8つの規定を満たしていない非既存保険）を更新してもよいことになった。さらに、連邦政府は移行政策を3年間延長し、州政府が認めるならば保険者は2017年10月1日まで非既存保険を更新してもよいことになった（ただし、2017年末までに移行しなければならない。したがって、医療保険の保険期間は一般に1年であるが、2017年に契約を更新した場合には2017年末には契約を終了しなければならない）。なお、①小団体と個人が加入しており、②契約日が2010年3月23日以降2013年10月1日まで（「2013年12月31日まで」としている州もある）の期間であり、③契約更新保証や料率規制など8つの規定を満たしていない（8つの規定を満たしていても、8つの規定に従っていないとはみなされない）既存保険は、準既存保険（grandmothered health plan）と呼ばれている。

当初、2014年以降は既存保険と非既存保険（オバマ改革法に従う保険）の2種類が並存するはずであった。しかし、上記の移行政策によって、2014年～17年は①既存保険、②準既存保険、③非既存保険の3種類が並存することになった。

非既存保険に対しては、オバマ改革法の規定の多くが適用される。それらは、非既存保険が取引される3つの市場（大団体市場、小団体市場、個人市場）に対して定めている。大団体市場と小団体市場はそれぞれ、大雇用主または小雇用主が提供する団体医療保険を通じて個人が医療保険に加入する医療保険市場である。オバマ改革法は、小雇用主を「被用者100人以下」、大雇用主を「被用者101人以上」と定義した。ただし、各州政府が定めていた小雇用主の定義（被用者50人以下）を2016年1月1日まで継続できるように、「被用者50人以下」の定義を選択できる裁量を州政府に与えた。そして、2015年10月に制定されたProtecting Affordable Coverage for Employees Act of 2015（Public Law

114-60) は、小雇用主と大雇用主の定義をそれぞれ「被用者 50 人以下」と「被用者 51 人以上」に修正し、小雇用主の定義を「被用者 50 人以下」から「被用者 100 人以下」に拡大するかどうかを決めることができる裁量を州政府に与えている。したがって 2016 年以降、小雇用主は「フルタイム被用者 50 人以下」であるが、州政府は小雇用主を「被用者 100 人以下」と定義してもよい。

2015 年末時点で、大部分の州は小雇用主を「被用者〔1 人以上〕50 人以下」または「被用者 2 人以上 50 人以下」と定義している。他方、6 州（カリフォルニア、コロラド、コネチカット、メリーランド、ニューヨーク、バーモント）は「被用者 100 人以下」と定義している。しかし、被用者の人数の上限（50 人または 100 人）は同じであっても、フルタイム被用者とパートタイム被用者の双方を被用者に含めている州（テキサス州など）もあれば、被用者を「有資格被用者 (eligible employee)」としている州（オハイオ州など）もある（有資格被用者は週に所定時間以上勤務しているフルタイム被用者である）。

オバマ改革法は、医療保険取引所の設立について定めている。したがって、保険市場は取引所と既存の市場（取引所外の市場）が並存している。医療保険には、取引所のみで提供される保険、取引所と既存の市場の双方で提供される保険、既存の市場のみで提供される保険がある。取引所のみで提供される保険は「多州プラン」のみである⁽²⁶⁾。取引所で医療保険を提供する保険者は、既存の市場でも、取引所で提供する医療保険と同じ医療保険を同じ保険料で提供しなければならない。取引所で提供される保険にはオバマ改革法の規定が適用されるが、既存の市場で提供される保険のなかには規定が適用されないものもある（表 5 を参照）。

次節以降では、オバマ改革法が定めている規定（改革の手段）のうち、NAIC モデル法または 1996 年連邦法も定めている「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」を取り上げる。また、「医療ロスレシオ」も取り上げたい。「医療ロスレシオ」は 1990 年代に州政府が行った医療保険改革で導入されたものではない。しかし、本稿で「医療ロスレシオ」を取り上げるのは、連邦政府に先行して NAIC は医療ロスレシオにかかわるモデル法を制定し、それを受けて州政府は立法化していたからであり、したがってこの点において上記の「新契約加入保証」や「料率規制」などと同じであるからである。

(3) 新契約加入保証

新契約加入保証は 2014 年 1 月 1 日に施行され、非既存保険かつ完全保険（保険者が引

表5 医療保険に適用される主要な規定②

	取引所と既存の市場の 双方で提供される保険				取引所 のみで提供 される保険	既存の市場のみで 提供される保険		
	適格 医療 プラン	児童 限定 保険	CO-OP プラン	高額定 額控除 保険 (HDHP)	多州 プラン	個人・ 団体保 険(非 ACA 創 設保険)	既存 保険	自家 保険
新契約加入保証と契約更新保証	○	○	○	○ ^a	○	○ ^b	×	×
健康状態に基づく差別禁止	○	○	○	○	○	○ ^c	×	○ ^c
扶養家族（子供）への拡大	○	○	○	○	○	○	○	○
料率規制	○	○	○	○ ^d	○	○ ^e	×	×
必要医療給付の提供	○	○	○	○ ^d	○	○ ^e	×	×
自己負担のない予防医療サービス	○	○	○	○	○	○ ^c	×	○ ^c
契約前発病免責の禁止	○	○	○	○	○	○ ^f	○ ^g	○
最低限保険数理要件	○	○	○	○ ^d	○	○ ^e	×	×
生涯給付額制限の禁止	○	○	○	○	○	○	○	○
年間給付額制限の禁止	○	○	○	○	○	○ ^f	○ ^g	○
医療ロスレシオ	○	○	○	○ ^a	○	○ ^h	○ ^h	×

(注) (1) ○=適用される, ×=適用されない

(2) 各医療保険（「適格医療プラン」など）は相互に排他的ではない

(3) a 自家保険の HDHP は適用除外, b 既存保険と自家保険は適用除外, c 既存保険は適用除外, d 大団体保険の HDHP と自家保険の HDHP は適用除外, e 大団体保険と既存保険と自家保険は適用除外, f 既存保険かつ個人保険は適用除外, g 個人保険は適用除外, h 自家保険は適用除外

(出典) U. S. Library of Congress, Congressional Research Service, *Private Health Plans*, 8-10 に筆者加筆

き受ける保険）に適用される（既存保険には適用されない）。

保険者は保険を申し込むすべての個人と雇用主を受け入れなければならない。ただし、保険者は例外として、加入を制限してもよいことを認められている。それには、①所定の自由加入期間と特別加入期間に加入を制限してもよい、②ネットワークプランの場合、サービス地域に居住または就労していない人々に対しては加入を制限してもよい、③ネットワークのサービス提供能力や引受能力の点でさらなる引き受けが困難である場合には、加入を制限してもよい、がある⁽²⁷⁾。

小団体保険の場合、州法が定めている「最低限加入要件（minimum participation requirement）」と「最低限雇用主拠出要件（minimum contribution requirement）」を満たしていない雇用主に対しては、保険者は自由加入期間（open enrollment period）に引き受けを限定してもよい。自由加入期間は各年の11月15日～12月15日に設定されている。最低限加入要件と最低限雇用主拠出要件は、逆選択を防止するために定められている。つまり、2つの要件を満たしていない小団体では、逆選択が生じている可能性が高いため

ある。保険者は、自由加入期間以外の期間では、2つの要件を満たしていない雇用主に対しては、引き受けを拒否することができる。

オバマ改革法によって創設される医療保険取引所には、州政府が設立・運営する州ベース取引所 (state-based exchange) と、連邦政府 (保健福祉省長官) が設立する連邦支援取引所 (federally-facilitated exchange) がある (連邦支援取引所は、連邦政府のみが運営する取引所と、連邦政府が州政府と協力して運営する取引所がある)。連邦支援取引所では、連邦基準の最低限加入率は70%であるが、州法が最低限加入率を定めている場合または自州の適格医療プランの多くが連邦基準と異なる最低限加入率を採用している場合、州政府は連邦基準と異なる最低限加入率を設定することができる⁽²⁸⁾。他方、州ベース取引所では、州政府は自州の最低限加入率を設定することができる。

個人保険の場合も、保険者は自由加入期間に引き受けを限定してもよい。それに対して大団体保険の場合には、保険者は1年のいつでも引き受けなければならない (自由加入期間に引き受けを限定することはできない)。それは、大団体保険では逆選択が小団体保険ほど生じないためである。

自由加入期間は、取引所も既存の市場も同じである。それは逆選択を防止するため (自由加入期間が取引所と既存の市場で異なると、逆選択が生じやすくなるため) である。自由加入期間は、2014年は2013年10月1日～2014年3月31日、2015年は2014年11月15日～2015年2月15日、2016年～18年は11月1日～1月31日、2019年以降は11月1日～12月15日である⁽²⁹⁾。

また、小団体保険と個人保険では、「適格事由 (qualifying event)」に該当する人々に対して「特別加入期間 (special enrollment period)」が設定されている。適格事由には、①「最低限必要保険 (minimum essential coverage) または「妊娠関連給付 (pregnancy-related coverage)」または「医療困窮者向けの給付 (medically needy coverage)」を失うこと⁽³⁰⁾、②結婚・誕生・養子によって扶養家族を得ることまたは扶養家族になること、③離婚によって扶養家族を失うことまたは扶養家族でなくなること、④引越しの結果、新しい適格医療プランにアクセスできること、がある。特別加入期間は、個人保険が60日、団体保険が30日である。

オバマ改革法が定める新契約加入保証は、1996年連邦法 (HIPAA) が定める新契約加入保証と総じて同じである。この点について、保健福祉省は次のようにコメントしている。「公衆衛生法 (Public Health Service Act) 第2702条〔オバマ改革法が定める新契約加入保証：引用者〕は、小団体市場の新契約加入保証について定めたHIPAAの規定に総じて基づいている。しかしHIPAAと比較すると、オバマ改革法は①小団体市場だけでなく個人市場と大団体市場にも新契約加入保証を拡大している、②自由加入期間の設定を義務づ

けている、③HIPAA が定めた特別加入期間に加えて、新たな特別加入期間を設定している、④小団体市場で善意の団体 (bona fide association) のみに提供される医療保険に対する新契約加入保証の適用除外を廃止している。したがって、提案した規則〔新契約加入保証について保健福祉省が提案した連邦規則：引用者〕は、小団体市場の新契約加入保証について定めた HIPAA の規定に総じて基づいている。⁽³¹⁾」なお、上記の③「新たな特別加入期間を設定している」とは、取引所で提供される適格医療プランに対しても特別加入期間を設定していることである。

(4) 契約更新保証

契約更新保証も 2014 年 1 月 1 日に施行され、非既存保険かつ完全保険（保険者が引き受ける保険）に適用される（既存保険には適用されない）。

雇用主または個人が更新を選択するならば、保険者は契約を更新しなければならない。ただし、保険者は例外として、更新しなくてもよいことを認められている。例外には、①雇用主または個人による保険料の不払い、②雇用主または個人による詐欺または不実告知、③団体保険の場合、州法が定めている最低限加入要件と最低限雇用主拠出要件を満たしていないこと、④保険者は、個人または雇用主が更新しようとする契約と同種の保険の引き受けを中止していること、⑤ネットワークプランの場合、サービス地域に居住または就労している加入者がもはやいないこと、⑥善意の団体 (bona fide association) を通じてのみ団体市場で購入する医療保険については、雇用主が善意の団体のメンバーでなくなったこと、がある。

オバマ改革法が定める契約更新保証も、1996 年連邦法が定める契約更新保証と総じて同じである。

(5) 契約前発病の免責に対する制限および契約の携行

オバマ改革法は、既存保険かつ団体保険について、19 歳未満の児童に対する契約前発病の免責を禁止している（2010 年 9 月 23 日に施行、2010 年 9 月 23 日以降に開始される保険年度から適用される）。他方、非既存保険については、まず①19 歳未満の児童に対する契約前発病の免責を禁止する（2010 年 9 月 23 日に施行、2010 年 9 月 23 日以降に開始される保険年度から適用される）とともに、②すべての人々に対する契約前発病の免責を

禁止している（2014年1月1日に施行，2014年1月1日以降に開始される保険年度から適用される）。

契約前発病の免責に対する制限について，第2章第3節で述べたように，NAICモデル法（1995年モデル法）は遡及期間を6カ月以内，免責期間を6カ月以内に制限している。1996年連邦法は，前章第2節で述べたように，遡及期間を6カ月以内，免責期間を12カ月以内に制限している。それに対してオバマ改革法は，上記のように契約前発病の免責を禁止している。つまり，免責期間を設定すること自体を禁止している（したがって，遡及期間も免責期間も0カ月である）。この点において，オバマ改革法は契約前発病の免責に対して規制を強化しているといえることができる。

契約の携行における携行期間（保険保障の中断）については，NAICモデル法（1995年モデル法）は90日に，1996年連邦法は63日に定めている。オバマ改革法は契約前発病の免責を禁止している（つまり，免責期間を設定することができない）ので，携行期間について定めていない（定める必要はない）。

なお，オバマ改革法は受給資格の待機期間（eligibility waiting period）についても定めている。受給資格の待機期間とは，被用者が雇用された日から医療保険の受給資格を有する日までの期間である。オバマ改革法は，既存保険も非既存保険も受給資格の待機期間を90日以内に制限している（2014年1月1日施行，2014年1月1日以降に開始される保険年度から適用）。それに対してNAICモデル法と1996年連邦法は，受給資格の待機期間については定めていない。しかし，契約前発病の免責期間には，受給資格の待機期間も含まれる。他方，契約の携行における携行期間には，受給資格の待機期間は含まれない⁽³²⁾。

オバマ改革法は受給資格の待機期間を90日（3カ月）以内に制限している。しかし，オバマ改革法が制定された2010年において，小企業の被用者の82%，大企業の被用者の93%，全企業の被用者の93%は待機期間が3か月以内であった（表6を参照）。つまり，大部分の企業（雇用主提供医療保険）はオバマ改革法が定める加入資格の待機期間の制限を満たしていた。オバマ改革法は，こうした現状に基づいて，待機期間を4か月以上に設

表6 待機期間の期間別の被用者の構成割合（2010年）

	なし	1カ月	2カ月	3カ月	4カ月以上
小企業	24%	26%	8%	34%	8%
大企業	27%	34%	13%	18%	7%
全企業	26%	31%	11%	24%	7%

（注） 小企業は被用者3人～199人，大企業は被用者200人以上

（出典） Kaiser Family and HRET, *Employer Health Benefits*, 53.

定している企業（雇用主提供医療保険）に対して、大部分の企業と同じように待機期間を3か月以内に設定するよう求めたといえるであろう。

(6) 料率規制

料率規制は2014年1月1日に施行され、非既存保険のなかの小団体保険（完全保険）と個人保険に適用される。この点は、小団体保険と個人保険に対して料率規制を定めているNAICモデル法と同じである。

オバマ改革法は、保険者が使用できる危険要因として「地域」「年齢」「家族構成」「喫煙」のみを認めている。そして、「年齢」による料率格差を3倍（3：1）以内、「喫煙」による料率格差を1.5倍（1.5：1）以内に制限している。したがってオバマ改革法は、第2章第3節で取り上げた「調整地域料率方式（adjusted community rating）」を採用している。この点もNAICモデル法と同じである。以下では、それぞれの危険要因について定めている規定（連邦規則）をみていきたい。

(a) 地域（rating area）

州政府は州全域をいくつかの地域に区分することができる。地域は、①郡、②zip code（5桁）の最初の3桁、③大都市統計地域（metropolitan statistical area）と非大都市統計地域、の1つに基づかなければならない。

地域については、①2013年1月1日時点で、州政府は州法または州規則などによって地域を州全域にわたって設定していたこと、②2013年1月1日以降に地域を設定する場合、州政府は州法または州規則などによって「大都市統計地域の数+1」を上回らない数の地域を州全域にわたって設定すること、のどちらかを満たしているならば、地域設定は適切とみなされる。州政府が2013年1月1日以降に料率地域を設定し、①郡、②zip codeの最初の3桁、③大都市統計地域と非大都市統計地域の1つに基づいて設定した地域の数が「大都市統計地域の数+1」を上回る場合、地域設定が保険数理的に適切であることを示す情報（データ）を保健福祉省に提出し、認可を受けなければならない。

州政府が地域を設定しない場合または保健福祉省に報告しない場合、または州政府が設定した地域を保健福祉省が不適切と決定した場合、「それぞれの大都市統計地域が1つの料率地域、すべての非都市統計地域が1つの料率地域」となる。

オバマ改革法と連邦規則は、地域のあいだの料率格差を制限していない。しかし、州政府は地域に対して「地域係数（rating area factor）」を設定することができる裁量を有し

ている。

(b) 年齢 (age)

21歳以上の加入者の「年齢」による料率格差を3倍以内に制限している。オバマ改革法は「保健福祉省長官はNAICと協議して、許容できる年齢幅 (permissible age bands) を定義しなければならない」と定めており、「連邦基準の年齢カーブ (federal standard default age curve)」を作成している (表7を参照)。連邦政府 (保健福祉省) が各州政府に対して提示した連邦基準の年齢カーブにおける「年齢係数 (age rating factor)」は、0歳~20歳は同一であり、21歳~63歳は1歳ごとに異なっており、64歳以上は同一である。

オバマ改革法は、雇用主提供医療保険において雇用主が家族保険を提供している場合、家族保険の扶養家族に26歳未満の子供を含めなければならない旨を定めている (前掲表2を参照)。³³⁾ しかし、連邦基準の年齢カーブでは、子供を20歳と21歳のあいだで区分している。それは、21歳~26歳の医療リスクは21歳未満よりも高いためである⁽³³⁾。

各州政府は自州の年齢カーブを設定することができる。州政府が自州の年齢カーブを設定しない場合または自州の年齢カーブを保健福祉省に報告しない場合、連邦基準の年齢カーブが適用される。

(c) 家族構成 (individual or family)

連邦基準では、21歳未満の子供の保険料は1世帯で3人まで計算される (4人目以降は計算されない)。したがって、21歳未満の子供が3人以上いる世帯では、子供の保険料は同額 (子供3人分の保険料) となる。それは、子供の多い世帯の保険料負担を軽減するた

表7 連邦基準の年齢カーブ

年齢	係数	年齢	係数	年齢	係数	年齢	係数	年齢	係数
0-20	0.635	30	1.135	40	1.278	50	1.786	60	2.714
21	1.000	31	1.159	41	1.302	51	1.865	61	2.810
22	1.000	32	1.183	42	1.325	52	1.952	62	2.873
23	1.000	33	1.198	43	1.357	53	2.040	63	2.952
24	1.000	34	1.214	44	1.397	54	2.135	64+	3.000
25	1.004	35	1.222	45	1.444	55	2.230		
26	1.024	36	1.230	46	1.500	56	2.333		
27	1.048	37	1.238	47	1.563	57	2.437		
28	1.087	38	1.246	48	1.635	58	2.548		
29	1.119	39	1.262	49	1.706	59	2.603		

(出典) Department of Health and Human Services, “Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules: Rate Review: Proposed Rule” 70595.

めである。

州政府が「年齢」と「喫煙の有無」の使用を禁止する場合、当該州政府が定めた「家族構成」の区分を用いることができる。2016年初め時点で、ニューヨーク州とバーモント州のみ「年齢」と「喫煙の有無」の使用を禁止している。ニューヨーク州は「成人 (1.0)」「成人2人 (2.0)」「成人1人+子供 (1.7)」「成人2人+子供 (2.85)」に、バーモント州は「成人 (1.0)」「成人2人 (2.0)」「成人1人+子供 (1.93)」「成人2人+子供 (2.81)」に区分している（カッコ内の数値は家族構成の係数である）。

(d) 喫煙 (tobacco use)

「喫煙」による料率格差を1.5倍以内に制限している。州政府は、1.5倍以内であれば、異なる年齢層の加入者に対して異なる「喫煙係数 (tobacco use factor)」を設定することができる。喫煙係数はそれぞれの加入者（喫煙者）の保険料に対して適用される（この点については後述する）。

小団体保険において保険者が各小団体の料率を算定する場合、連邦政府（保健福祉省）は、連邦基準として「各加入者方式 (per-member rating)」と加入者平均方式 (composite rating)」の2つの方式を各州政府に提示している。

小団体保険における連邦基準の各加入者方式は、加入者一人ひとりの保険料を「地域」「年齢」「家族構成」「喫煙」に基づいて算定する方式である。小団体保険では、各小団体の保険料は加入者の保険料を合計した額となる。

他方、連邦基準の加入者平均方式は、①加入者一人ひとりの保険料を上記の各加入者方式に基づいて算定し、②加入者を「成人（21歳以上で、被用者だけでなく配偶者と成人の子供 (adult children) も含まれる）」と「子供（21歳未満）」の2層 (two tier) に区分し、③それぞれの層に属する加入者の保険料を平均する方式である。したがって、成人の保険料は年齢にかかわらず同額となる。また、子供（21歳未満）の保険料も、連邦基準の年齢カーブにおける0歳～20歳の年齢係数は同一なので、年齢にかかわらず同額となる。

メイン州の保険監督官は、同州保険局のホームページに掲載した2014年9月22日付けの資料のなかで、同州ケネベック郡 (Kennebec County) における小団体保険の連邦基準の各加入者方式と加入者平均方式に基づく月払い保険料の例を以下のように示している⁽³⁴⁾。

●連邦基準の各加入者方式に基づく各加入者の月払い保険料

4人の被用者が小雇用主に雇用されており、被用者とその扶養家族（4世帯）は以下のように4つの世帯層（family tier）のそれぞれに属している。すべての加入者（被用者4人と扶養家族8人）は非喫煙者である。年齢係数は連邦基準の年齢カーブを採用しており、基準料率（年齢係数が1.000の保険料）は\$395である。

①被用者のみ

被用者の年齢45歳，保険料 \$570 ($=\395×1.444)

②被用者+配偶者

被用者：年齢55歳，保険料 \$881 ($=\395×2.230)

配偶者：年齢51歳，保険料 \$736 ($=\395×1.865)

③被用者+配偶者+子供

被用者：年齢49歳，保険料 \$674 ($=\395×1.706)

配偶者：年齢39歳，保険料 \$499 ($=\395×1.262)

子供：年齢10歳，保険料 \$251 ($=\395×0.635)

子供：年齢5歳，保険料 \$251 ($=\395×0.635)

④被用者+子供

被用者：年齢43歳，保険料 \$536 ($=\395×1.357)

成人の子供：年齢22歳，保険料 \$395 ($=\395×1.000)

成人の子供：年齢23歳，保険料 \$395 ($=\395×1.000)

子供：年齢13歳，保険料 \$251 ($=\395×0.635)

子供：年齢15歳，保険料 \$251 ($=\395×0.635)

●連邦基準の加入者平均方式に基づく各加入者の月払い保険料

上記の12人の加入者のうち成人（21歳以上）は8人であり，8人の保険料（上記の各加入者方式に基づいて算定した8人の保険料）を平均すると\$586になる。連邦基準の加入者平均方式では，成人の加入者の保険料は同額になる。

①被用者のみ

被用者（45歳）の保険料 \$586

②被用者+配偶者

被用者（55歳）の保険料 \$586

配偶者（51歳）の保険料 \$586

③被用者+配偶者+子供

被用者（49歳）の保険料 \$586

配偶者（39歳）の保険料 \$586

子供（10 歳）の保険料 \$ 251

子供（5 歳）の保険料 \$ 251

④被用者+子供

被用者（43 歳）の保険料 \$ 586

成人の子供（22 歳）の保険料 \$ 586

成人の子供（23 歳）の保険料 \$ 586

子供（13 歳）の保険料 \$ 251

子供（15 歳）の保険料 \$ 251

なお、上記の例では、「喫煙」に基づく保険料の割増については示されていない（したがって、すべての加入者は非喫煙者という仮定になる）。上記の例において、もし①の被用者（45 歳）が喫煙者であるならば、連邦基準の各加入者方式では、当被用者の保険料 $= \$ 570 \times 1.5 = \$ 855$ となる。他方、連邦基準の加入者平均方式でも、各加入者方式に基づいて算定された当被用者の保険料に対して喫煙係数が掛けられる（成人の平均保険料 \$ 586 に対して喫煙係数が掛けられるのではない）。したがって連邦基準の加入者平均方式では、「喫煙」による当被用者の割増保険料 $= \$ 855 - \$ 586 = \$ 269$ となる。

●州設定の加入者平均方式

大部分の州では、加入者平均方式が団体保険において一般的に使用されてきた。メイン州の保険局は小団体保険に適用する加入者平均方式を保健福祉省のメディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services）に申請し、2016 年 1 月 1 日から既存の市場でそれを採用できる認可を受けた。同州の保険監督官は、同州保険局が発行する Bulletin 404 において、連邦基準の加入者平均方式に代えて、同州政府が採用する加入者平均方式に基づく月払い保険料の例を以下のように示している⁽³⁵⁾。

5 人の被用者が小雇用主に雇用されており、各被用者の家族構成および各加入者の保険料は以下のとおりである。「各加入者の月払い保険料」はメイン州が採用する各加入者方式に基づいて算定されており、「喫煙」による保険料の割増が適用される前の保険料である。加入者のうち、被用者 B と被用者 E は喫煙者である。被用者 D の 4 人の子供はすべて 21 歳未満である。21 歳未満の子供の保険料は、1 世帯で 3 人まで計算される（なお、被用者 A の 2 人の子供の保険料が異なっているのは、1 人が 21 歳以上 26 歳未満、もう 1 人が 21 歳未満と仮定しているためと思われる。他方、被用者 C の 3 人の子供の保険料が同じであるのは、3 人とも 21 歳未満と仮定しているためと思われる）。

・各加入者の月払い保険料

被用者 A

被用者 (\$ 450) + 配偶者 (\$ 500) + 子供 2 人 (\$ 300, \$ 200)

被用者 B

被用者 (\$ 525) + 配偶者 (\$ 400)

被用者 C

被用者 (\$ 625) + 配偶者 (\$ 425) + 子供 3 人 (\$ 200×3)

被用者 D

被用者 (\$ 350) + 子供 4 人 (\$ 200×3)

被用者 E

被用者 (\$ 550)

保険料の合計は\$ 5525 である。

・世帯層と層係数

世帯は「被用者のみ」「被用者+配偶者」「被用者+子供」「被用者+配偶者+子供」の4つの層（家族構成）に区分されており，上記の5世帯（被用者 A～被用者 E）が該当する世帯層および各世帯層の層係数（tier factor）は以下のとおりである。

被用者 A：被用者+配偶者+子供=3.1

被用者 B：被用者+配偶者=2.0

被用者 C：被用者+配偶者+子供=3.1

被用者 D：被用者+子供=1.85

被用者 E：被用者のみ=1.0

・各世帯の月払い保険料

5世帯が属する4つの世帯層は，「被用者のみ」と「被用者+子供」と「被用者+配偶者」がそれぞれ1世帯，「被用者+配偶者+子供」が2世帯である。層係数で加重した被用者数は1人×1.0+1人×1.85+1人×2.0+2人×3.1=11.05人となる。したがって，「被用者のみ」の世帯の月払い保険料=\$ 5525÷11.05=\$ 500となる。

加入者のうち，被用者 B と被用者 E は喫煙者である。したがって，2人の保険料（各加入者方式に基づいて算定された保険料）に対して喫煙係数（1.2）が掛けられる。被用者 B の割増保険料は\$ 525×0.2=\$ 105，被用者 E の割増保険料は\$ 550×0.2=\$ 110となる。各世帯の月払い保険料は以下のように，「被用者のみ」の世帯の月払い保険料に層係数が掛けられる（被用者 B と被用者 E は喫煙者なので，割増保険料が加算される）。

被用者 A：被用者+家族 \$ 500×3.1=\$ 1550

被用者 B：被用者+配偶者 \$ 500×2.0+\$ 105=\$ 1105

被用者 C：被用者+家族 \$ 500×3.1=1550

被用者 D：被用者＋子供 $= \$ 500 \times 1.85 = \$ 925$

被用者 E：被用者のみ $= \$ 500 \times 1.0 + \$ 110 = \$ 610$

保険料の合計は \$ 5740 である。

連邦基準の加入者平均方式は、保険者が従来、一般的に使用してきた加入者平均方式とは異なっている。従来の加入者平均方式について、保健福祉省は次のようにコメントしている。「現在（2012 年時点：引用者）、小団体保険の料率は 2 つの方式によって算定されている。第 1 の方式は加入者平均方式として知られており、「被用者の平均医療リスク」「被用者の平均年齢」「地域」「団体規模」「産業コード」といった危険要因を使用して被用者平均保険料を算定し、そして世帯層平均保険料を算定している。2～3 の州はこの方式を義務づけているとわれわれは理解している。この方式を義務づけていない州では、保険者は一般に、たとえば 10 人超の団体に対してこの方式を用いている。それに対して第 2 の方式では、使用が認められている危険要因に基づいて各加入者（被用者と扶養家族）の保険料を算定し、各加入者の保険料を合計して団体全体の保険料を決定している。この方式はかなり小さい団体（たとえば、被用者 10 人以下）に対してしばしば用いられている。⁽³⁶⁾」

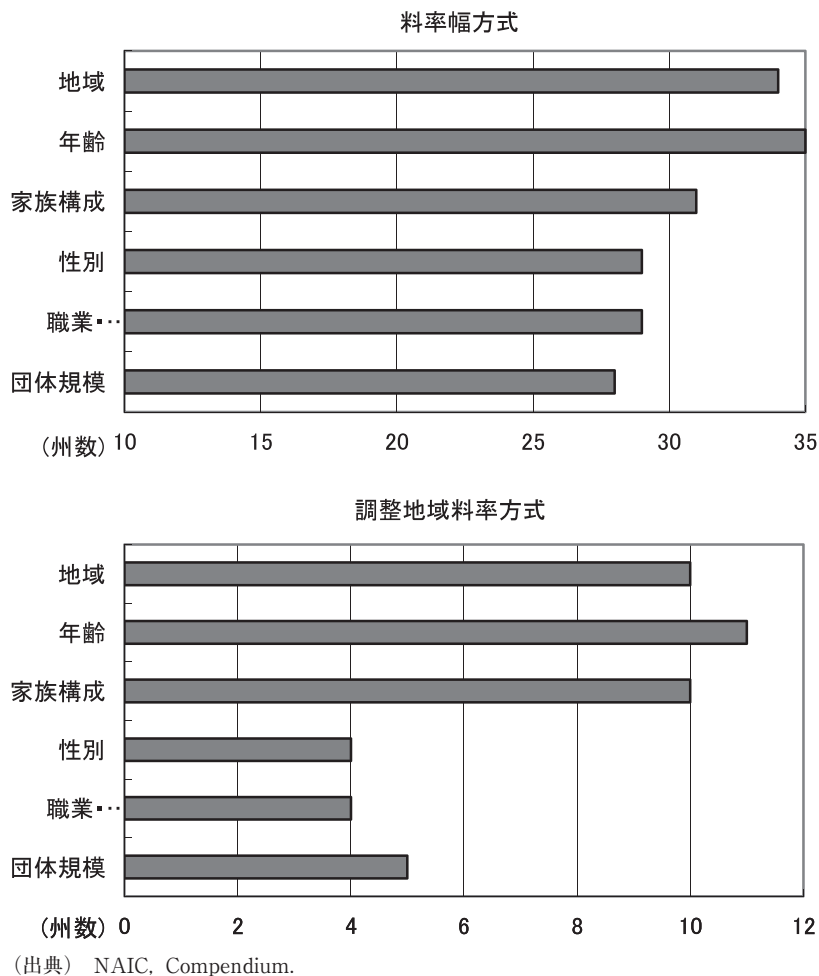
上記の「第 2 の方式」は各加入者方式であり、連邦基準の各加入者方式と同じである。それに対して、従来の加入者平均方式とは異なる加入者平均方式を連邦政府が連邦基準として提示しているのは、小雇用主向けの取引所において被用者が加入する保険の選択とかわっていると思われる⁽³⁷⁾。

料率規制も、NAIC は 1990 年代にモデル法を制定し、それを受けて各州政府も立法化していた。以下では、NAIC モデル法（小雇用主医療保険の 1995 年モデル法）が定める料率規制および各州政府が 2010 年時点で行っている料率規制について考察し、オバマ改革法が定める料率規制と比較しよう。

第 2 章第 3 節で述べたように、1990 年モデル法と 1991 年モデル法は料率幅方式を、1995 年モデル法は調整地域料率方式を採用している。NAIC は現在、1995 年モデル法が定める調整地域料率方式を支持している。

1995 年モデル法は、保険者が使用できる危険要因として「地域」と「年齢」と「家族構成」を認めている。そして、「年齢」の使用によって生じる料率格差を 2 倍以内に制限している。他方、オバマ改革法は「地域」「年齢」「家族構成」「喫煙の有無」を認めている。そして、「年齢」と「喫煙の有無」の使用によって生じる料率格差をそれぞれ 3 倍以内と 1.5 倍以内に制限している。つまり、①保険者が使用できる危険要因の数はオバマ改革法のほうが 1 つ多く、②「年齢」の使用によって生じる料率格差に対する制限はオバマ

図3 州保険法が認める危険要因（2010年）



改革法のほうが緩い。

ほとんどの州政府はオバマ改革法の制定時点（2010年）で小団体保険の料率規制を行っており、料率幅方式を採用している州は35州、調整地域料率方式は11州、純粋地域料率方式は2州である。純粋地域料率方式では、保険者が使用できる危険要因として「地域」と「家族構成」のみを認めている⁽³⁸⁾。

図3は、第2章第3節で述べた「被保険者の特性」に該当する危険要因を5つ取り上げ、保険者に使用を認めている州政府（州保険法）の数を示したものである。

料率幅方式では、オバマ改革法が認めている「地域」「年齢」「家族構成」を大部分の州は認めている。オバマ改革法が認めていない「性別」「職業・産業」「団体規模」を多くの州は認めている。逆にいえば、「性別」「職業・産業」「団体規模」を認めていない州は少ない（3つの危険要因をすべて認めていない州はほとんどない）。また、第2章第3節で述べたように、料率幅方式では「危険特性」に該当する危険要因も認めている。

表 8 各州の料率規制 (2016 年 2 月末時点)

	小団体市場				個人市場		
	州設定の 最大限年 齢係数	州設定の 年齢 カーブ	州設定の 最大限喫 煙係数	州設定の 加入者平 均方式	州設定の 最大限年 齢係数	州設定の 年齢 カーブ	州設定の 最大限喫 煙係数
アラバマ アラスカ アリゾナ アーカンソー カリフォルニア			1.2 : 1 1 : 1	○ ○ ○ ○			1.2 : 1 1 : 1
コロラド コネチカット デラウェア コロンビア特別区 フロリダ		○	1.15 : 1 1 : 1 1 : 1	○ ○		○	1.15 : 1 1.5 : 1 1 : 1
ジョージア ハワイ アイダホ イリノイ インディアナ				○ ○ ○ ○ ○			
アイオワ カンザス ケンタッキー ルイジアナ メイン			1.4 : 1	○ ○ ○			1.4 : 1
メリーランド マサチューセッツ ミシガン ミネソタ ミシシッピ	2 : 1	○ ○	1 : 1	○ ○	2 : 1	○ ○	1 : 1
ミゾーリ モンタナ ネブラスカ ネバダ ニューハンプシャー				○ ○			
ニュージャージー ニューメキシコ ニューヨーク ノースカロライナ ノースダコタ	1.824 : 1 1 : 1	○	1 : 1 1 : 1 1.2 : 1		1 : 1		1 : 1 1 : 1
オハイオ オクラホマ オレゴン ペンシルバニア ロードアイランド	3 : 1		1.5 : 1 1 : 1	○			1 : 1
サウスカロライナ サウスダコタ テネシー テキサス ユタ		○		○ ○ ○ ○		○	
バーモント バージニア ワシントン ウェストバージニア ウィスコンシン ワイオミング	1 : 1		1 : 1	○	1 : 1		1 : 1

(出典) CCIIO, "Market Rating Reforms, State Specific Rating Variations."

他方、調整地域料率方式では、オバマ改革法が認めている3つの危険要因をほとんどの州は認めている。オバマ改革法が認めていない3つの危険要因を多くの州は認めていない(3つの危険要因をすべて認めていない州は少ない)。

したがって、保険者に使用を認める危険要因の種類(数)の点においては、オバマ改革法は規制を強化しているといえよう。しかし、連邦政府は各州政府が採用する規制を認めており、とくに上記の加入者平均方式については比較的多くの州政府が自州の方式を採用している(表8を参照)。この点において、オバマ改革法(と連邦規則)が定める料率規制も各州政府に提示する連邦基準であるということができよう。

(7) 医療ロスレシオ

医療ロスレシオ(medical loss ratio: MLR)は2011年1月1日に施行され、既存保険にも非既存保険にも適用される(ただし、自家保険には適用されない)。

医療ロスレシオが大団体保険で85%、個人保険と小団体保険で80%を下回った場合、保険者は加入者に保険料の払戻し(rebate)をしなければならない。こうした医療ロスレシオ要件を定める目的は2つある。第1に、保険者の支出について透明性を高め、説明責任を求めることである。第2に、保険者に対して医療ロスレシオ基準(連邦基準は大団体保険が85%、個人保険と小団体保険が80%)を設定することによって、保険契約者が支払った保険料に対して正当な対価を受け取ったかどうかを保険契約者が確認できるようにすることである。

オバマ改革法は民間保険だけでなく、メディケアのパートCとパートD(両者は民間の保険者が引き受けている)に対しても医療ロスレシオ要件(85%)を定めている。医療ロスレシオ要件は、民間保険の営利保険者に対しては2011年1月1日に施行されるが、民間保険の非営利保険者に対しては2013年1月1日に、メディケアのパートCとパートDの保険者に対しては2014年1月1日に施行される。なお、オバマ改革法はメディギャップ保険に対しては医療ロスレシオ要件を定めていない。しかし、メディギャップ保険に対してはすでにOmnibus Budget Reconciliation Act of 1990(Public Law 101-508)が定めており、連邦基準は団体保険が75%、個人保険が65%である。

保険者は、各年(暦年と一致する)の医療ロスレシオ報告書を作成し、2011年~13年のそれについては翌年の6月1日までに、2014年以降のそれについては翌年の7月31日までに保健福祉省に提出しなければならない。報告書には、各州(複数の州で医療保険を引き受けている場合)における大団体保険・小団体保険・個人保険それぞれの医療ロスレ

シオが算出され、記載される。

ロスレシオ（損害率）は保険会社の経営状態を判断するさいの経営指標の1つであり、一般に損害保険で用いられている（ロスレシオ＝保険金÷既経過保険料で算出される）。オバマ改革法と連邦規則が定める医療ロスレシオは、以下の式によって算出される。

$$\text{医療ロスレシオ} = \frac{\text{保険金} + \text{医療の質の改善活動費}}{\text{既経過保険料} - (\text{連邦・州税} + \text{免許等手数料})}$$

オバマ改革法の医療ロスレシオの算出式が従来のそれ（民間保険の医療ロスレシオについて定めたNAICモデルガイドラインと各州保険法、およびメディギャップ保険の医療ロスレシオについて定めた連邦法とNAICモデル法・モデル規則と各州保険法）と異なる点は、「連邦・州税＋免許等手数料」と「医療の質の改善活動費」を含めていることである。オバマ改革法は、算出式の4つの項である「既経過保険料」「連邦・州税＋免許等手数料」「保険金」「医療の質の改善活動費」のそれぞれに該当する項目について考案するようNAICに指示している。つまり、算出式のそれぞれの項に該当する項目はNAICが考案したものである。

医療ロスレシオの算出式の分母では、既経過保険料から連邦・州税と免許等手数料が控除される。したがって、連邦・州税と免許等手数料の額が大きく〔小さく〕なると、医療ロスレシオは高く〔低く〕なる。既経過保険料は元受保険料であり、再保険料は除く。連邦・州税は連邦所得税や州保険料税などであるが、連邦所得税については、投資収益（インカムゲイン）とキャピタルゲインに課される連邦所得税は除く。

医療ロスレシオの算出式の分子では、保険金に医療の質の改善活動費が加算される。したがって、医療の質の改善活動費の額が大きく〔小さく〕なると、医療ロスレシオは高く〔低く〕なる。

保険金は次の項目から構成される。すなわち、保険金＝元受保険金＋支払備金＋保険契約準備金の増減額＋偶発給付（繰延出産給付等）や訴訟のための準備金＋経験料率の返戻金、である。

医療の質の改善活動費は、以下の①～④のいずれかに該当する活動費である。なお、オバマ改革法に従って、保健福祉省長官は同法制定日から6か月以内に、医療の質に関する報告要件を定めなければならない。そして、保険者または雇用主は同報告要件に従って報告書を毎年作成し、保健福祉省長官と加入者に提出しなければならない。同報告書では、保険者が引き受けた（雇用主が提供した）医療保険の保険給付が4つの活動を促進するものであったかが示される。4つの活動はオバマ改革法が定めており、以下の①～④と同じである。したがってNAICは、オバマ改革法が定めた4つの活動すべてに要した費用を医療ロスレシオの算出式における「医療の質の改善活動費」に計上できるようにし

たといえる。

- ①「医療の質についての報告」「効果的な症例管理」「医療連携」「慢性疾患管理」「服薬・治療遵守の取り組み」といった活動を行うことによって、健康医療の成果を改善する費用であること
- ②保健医療の専門家が行う「患者への教育やカウンセリング」「退院計画」「退院後のフォローアップ」を含む包括的な退院計画のように、再入院を防止する活動を行う費用であること
- ③医療保険において「治験実施基準」「根拠に基づく医療」「医療情報技術」を利用することによって、患者の安全性を向上させ、医療過誤を減少させるための活動を行う費用であること
- ④ウェルネス・健康増進活動を行う費用であること

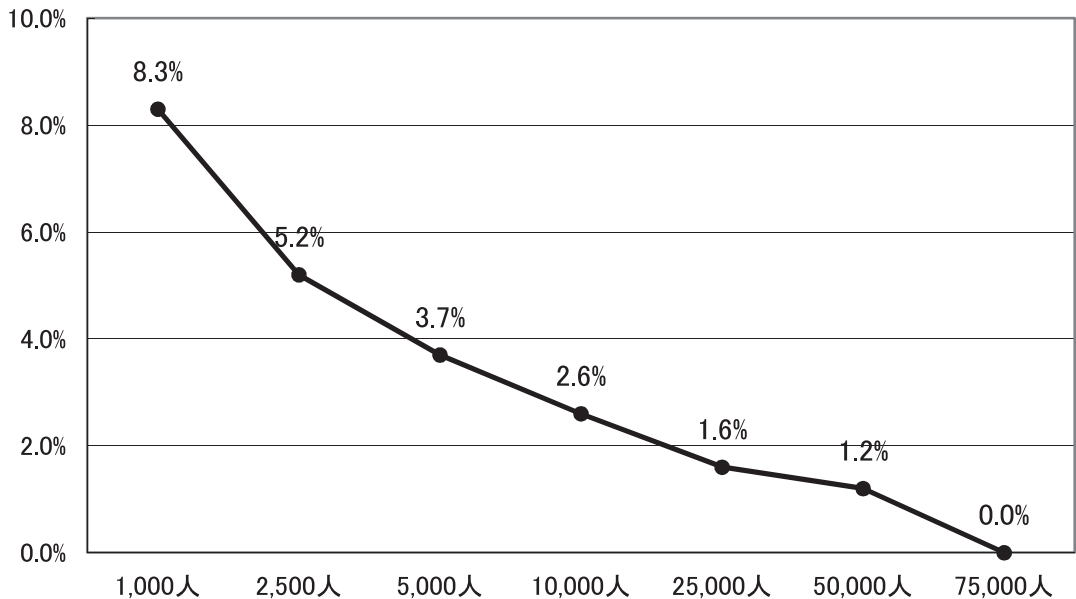
また、以下の①～④のすべてに該当する費用も医療の質の改善活動費に該当する。

- ①医療の質を高めるために計画された費用であること
- ②客観的に測定でき、検証可能な結果と成果を生み出しうる方法で健康医療の成果を高めるように計画された費用であること
- ③個々の加入者または特定の加入者のために要した費用であること、または、非加入者のために追加的な費用をかけない限りにおいて、非加入者を含む人々の健康を増進する費用であること
- ④「根拠に基づく医療」または「広く受け入れられている治験実施基準」または「医師会、認証団体、全国的に知られている医療の質の関係団体が定めた基準」に基づいている費用であること

医療ロスレシオは上記の算出式によって算出されるが、それに対して2つの「信用性調整 (credibility adjustment)」が行われる。2つの信用性調整についても NAIC が考案し、保健福祉省が採用したものである。2つの信用性調整は、保険金データの不規則変動にかかわる問題に対処するために導入されたものである。

1つ目の信用性調整は、加入者が少ない保険者の医療ロスレシオに対する調整である。加入者数が少ない保険者ほど、年間の保険金支払額は変動しやすい（実際の保険金支払額は予定の保険金支払額から大きく乖離しやすい）。加入者数が1,000人以上75,000人未満の保険者の保険金データは「部分的に信用できる (partially credible)」とされ、医療ロスレシオに対して信用性調整が行われる。具体的には、上記の算定式によって算定された医療ロスレシオに「基準信用性係数 (base credibility factor)」が掛けられる。加入者数

図4 基準信用性係数



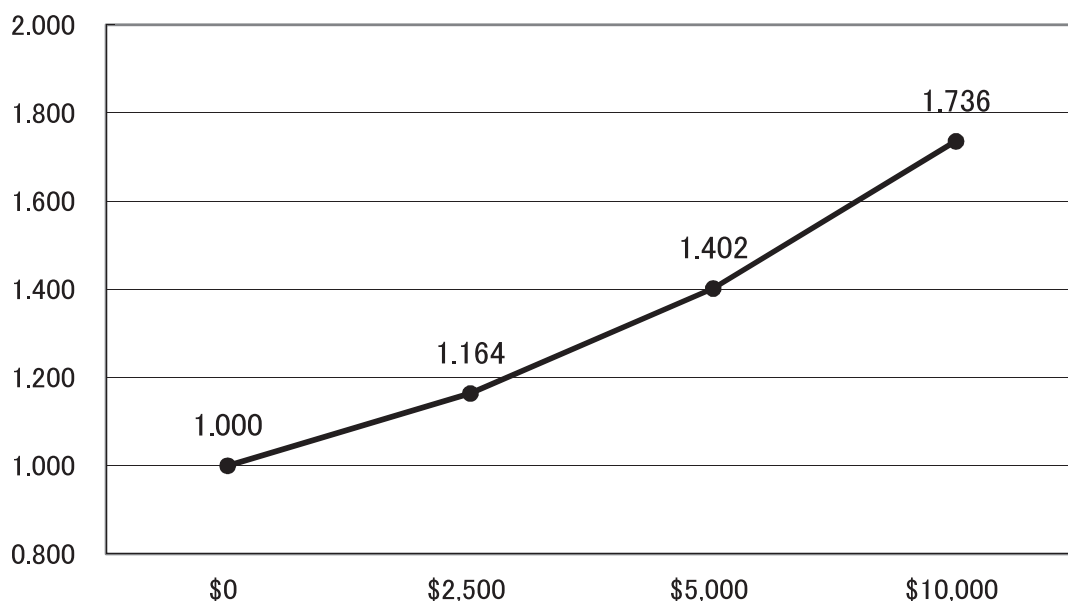
(出典) Department of Health and Human Services, “Health Insurance Issuers” 74882.

が少ない保険者ほど、保険金データに対する信用性は低いとされるので、基準信用性係数は大きくなる。たとえば、加入者数が1,000人の場合には8.3%、10,000人の場合には2.6%、50,000人の場合には1.2%の基準信用性係数が掛けられる(図4を参照)。つまり、加入者数が少ない保険者ほど、医療ロスレシオは大きく引き上げられる。加入者数が1,000人未満の保険者については、保険金データは「信用できない(not credible)」とされ、医療ロスレシオ要件を満たさなくても保険者は加入者に保険料の払戻をしなくてもよい。他方、加入者数が75,000人以上の保険者については、保険金データは「十分に信用できる(fully credible)」とされ、信用性調整は行われない。

2つ目の信用性調整は、高額定額控除の医療保険(HDHP)を多く引き受けた保険者の医療ロスレシオに対する調整である。定額控除額の大きい医療保険は、他の医療保険よりも、年間の保険金支払額が変動しやすい。そこで、上記の算定式によって算定された医療ロスレシオに「定額控除係数(deductible factor)」が掛けられる。保険者が引き受けた医療保険の平均定額控除額が大きい保険者ほど、定額控除係数は大きくなる。たとえば、平均定額控除額が10,000ドルの場合には1.736、2,500ドルの場合には1.164の定額控除係数が掛けられる(図5を参照)。つまり、平均定額控除額が大きい保険者ほど、医療ロスレシオは大きく引き上げられる。

しかし2013年以降は、当年と過去2年の3年間(たとえば、当年が2013年であれば2011年~13年の3年間)において、①信用性調整を行う前の医療ロスレシオが医療ロスレシオ基準(連邦基準は大団体保険が85%、個人保険と小団体保険が80%)を下回った

図5 定額控除係数



(出典) 図4に同じ。

場合、かつ②加入者数が1,000人以上であった場合、保険者は信用性調整を行うことができない。信用性調整を行う前の医療ロスレシオが医療ロスレシオ基準を3年連続して下回ったのは、保険金データの不規則変動（年間の保険金支払額の変動）によるものではなくて、保険者が医療ロスレシオ基準を下回る保険料を設定したことによるものとみなされるためである。

基準信用性係数と定額控除係数を大きく設定するほど、保険者の医療ロスレシオは大きく引き上げられる。そのために、第1に、保険者の医療ロスレシオがその基準を上回る保険者は多くなる。第2に、保険者の医療ロスレシオがその基準を下回った保険者は保険契約者に保険料の払戻をしなければならないが、払戻の額は小さくなる。したがって、信用調整をどの程度行うか（基準信用性係数と定額控除係数をどのように設定するか）は、保険者と保険契約者の利害にかかわる問題である。保険契約者に対する保険料の払戻は、保険金データの不規則変動に基づいて行われるのではなくて、保険者が医療ロスレシオ基準を下回る保険料を設定したことに基づいて行われる必要があるのである。

NAICは、団体保険と個人保険を引き受けてきた保険者のデータに基づく統計分析を保険数理のコンサルティング会社に依頼した。そして、その分析結果を受けて、消費者団体の代表者等の利害関係者と協議するなど審議を重ねたうえで、保険者と保険契約者の利害のバランスを図った（保険金支払額の変動のみのために保険者が保険料の払戻をしなければなくなる可能性を低くし、他方で医療ロスレシオ基準を下回るように保険料を設定した保険者から保険契約者が保険料の払戻を受けることができる可能性を高める）基準信

用性係数と定額控除係数を設定した。

オバマ改革法が定める医療ロスレシオの連邦基準は大団体保険が85%、個人保険と小団体保険が80%である。しかし、個人保険の医療ロスレシオ基準については、80%の医療ロスレシオ基準の適用が州の個人市場を不安定化させると保健福祉省長官が決定した場合、オバマ改革法は個人保険の医療ロスレシオ基準を調整する権限（医療ロスレシオ要件のウェイバー）を保健福祉省長官に与えている。各州政府は、3年間（2011年～13年）の医療ロスレシオ基準の調整を保健福祉省長官に申請することができる。保健福祉省長官は「80%の医療ロスレシオを調整しないならば州の個人市場から退出しそうなまたは特定の商品の提供を中止しそうな保険者の数、およびその結果生じる当該州の競争への影響」や「医療ロスレシオを調整しないならば州の個人市場から退出しそうな保険者によって保険が引き受けられている個人市場の加入者の数」など連邦規則が定める5つの主要な評価基準を考慮して、医療ロスレシオ基準を調整するかどうかを決定する。

医療ロスレシオ基準の調整を保健福祉省長官に申請したのは17州である。そして、調整が認められたのは7州、認められなかったのは10州である。しかし、調整が認められた7州のうち、州政府が申請した3年間の医療ロスレシオをそのまま保健福祉省が認めたのは1州（メイン州）のみである。他の6州については、州政府が申請した医療ロスレシオよりも高いそれを認めたか、調整を認めていない。たとえば、ジョージア州政府は2011年65%、12年70%、13年75%で申請したが、保健福祉省は2011年70%、12年75%に決定し、13年は調整を認めていない（表9を参照）。

医療ロスレシオがその基準を下回った保険者は、保険契約者に保険料の払戻をしなければならない。2011年～13年の医療ロスレシオがその基準を下回った場合には、それぞれ翌年の8月1日までに保険料の払戻をしなければならない（たとえば、2011年の医療ロスレシオがその基準を下回った場合、2012年8月1日までに保険料の払戻をしなければならない）。2014年以降の医療ロスレシオがその基準を下回った場合には、それぞれ翌年の9月30日までに保険料の払戻をしなければならない。

保険料の払戻は、大団体保険・小団体保険・個人保険ごとに行われる。たとえば、ある保険者の大団体保険と小団体保険の医療ロスレシオはその基準を上回り、個人保険の医療ロスレシオはその基準を下回った場合、当該保険者は個人保険の保険契約者に対して保険料の払戻をしなければならない。払戻金は、次の式によって算出される。すなわち、払戻金＝〔既経過保険料－（連邦・州税＋免許等手数料）〕×（医療ロスレシオ基準－保険者の医療ロスレシオ）である。

雇用主提供医療保険の場合、保険契約者には雇用主と被用者の双方が含まれる。払戻金は、雇用主と被用者の保険料拠出割合に基づいて行われる。たとえば、雇用主が保険料の

表9 個人保険の医療ロスレシオ基準の調整

	2011 年		2012 年		2013 年	
	申請	決定	申請	決定	申請	決定
デラウェア	65%	×	70%	×	75%	×
フロリダ	68%	×	72%	×	76%	×
ジョージア	65%	70%	70%	75%	75%	80%
インディアナ	65%	×	68.75%	×	72.5%	×
アイオワ	60%	67%	70%	75%	75%	80%
カンザス	70%	×	73%	×	76%	×
ケンタッキー	65%	75%	70%	80%	75%	80%
ルイジアナ	70%	×	75%	×	—	
メイン	65%	65%	65%	65%	65%	65%
ミシガン	65%	×	70%	×	75%	×
ネバダ	72%	75%	—		—	
ニューハンプシャー	70%	72%	70%	75%	70%	80%
ノースカロライナ	72%	75%	74%	80%	76%	80%
ノースダコタ	65%	×	70%	×	75%	×
オクラホマ	65%	×	70%	×	75%	×
テキサス	71%	×	74%	×	77%	×
ウィスコンシン	71%	×	74%	×	77%	×

(注) —は申請せず, ×は認められず

(出典) CCHIO, “Medical Loss Ratio Data and System Resources.”

60%, 被用者が40%を拠出している場合, 払戻金の60%が雇用主に, 40%が被用者に支払われる。なお, 保険者と雇用主が合意すれば, 保険者は直接, 被用者に払戻金を支払わないで, まず全額を雇用主に支払い, 次にその一部(被用者の保険料拠出割合に相当する額)を雇用主が被用者に分配することができる。また, 雇用主と被用者は, 返戻金を保険者から受け取らないで, それを将来の保険料の支払いに充てることもできる。

保健福祉省によれば, 保険者が保険契約者に支払った払戻金は, 2011年が1276万人に11億137万ドル, 2012年が852万人に5億416万ドル, 2013年が682万人に3億3215万ドル, 2014年が553万人に4億6936万ドルである(表10を参照)。

上記のように, 医療ロスレシオの算出式の4つの項のそれぞれに含まれる項目も2つの信用性調整もNAICが考案し, 保健福祉省が採用したものである。NAICはオバマ改革法に従って, 2010年10月に医療ロスレシオのモデル規則(Regulation for Uniform Definitions and Standardized Methodologies for Calculation of the Medical Loss Ratio for Plan Years 2011, 2012 and 2013 per Section 2718(b) of the Public Health Service Act)を制定した。保健福祉省はそれを受けて, 2010年12月に医療ロスレシオの暫定的最終規則を公表した。保健福祉省の暫定的最終規則は, 総じてNAICのモデル規則に基づいて

表 10 医療ロスレシオの連邦基準を満たした保険者の割合

	2011 年		2012 年	
	連邦基準を満たした保険者の割合	保険者の中位の MLR	連邦基準を満たした保険者の割合	保険者の中位の MLR
個人保険	65.1%	84.0%	69.7%	85.8%
小団体保険	79.7%	84.5%	81.2%	85.1%
大団体保険	83.7%	90.3%	86.2%	90.7%
全保険	76.4%	87.5%	79.1%	88.0%

(出典) U. S. Government Accountability Office, *Private Health Insurance: Early Effects*, 13.

いる。そして保健福祉省は 2012 年 6 月に暫定的最終規則を修正した（ただし、わずかな修正に留まっている）最終規則を公表した。したがって、医療ロスレシオ要件は事実上、NAIC が策定したといってよい。

民間保険に対して医療ロスレシオを定めたのは、オバマ改革法が初めてではない。NAIC はすでに 1970 年代末に定めていた。NAIC は民間保険であるメディケア補足保険（通称、メディギャップ保険）のモデル法（Medicare Supplement Insurance Minimum Standards Model Act）とモデル規則（Model Regulation to Implement the NAIC Medicare Supplement Insurance Minimum Standards Model Act）を 1979 年 6 月に制定し、メディギャップ保険の医療ロスレシオを定めた。連邦政府は NAIC モデル法の制定を受けて、1980 年 6 月に制定した 1980 年社会保障障害年金修正法（Social Security Disability Amendments of 1980, Public Law 96-265）でメディギャップ保険の医療ロスレシオを定めた。同法が定める医療ロスレシオ基準（団体保険が 75%，個人保険が 60%）は NAIC モデル法と同じであった。

続いて NAIC は、1980 年 12 月に制定した個人医療保険のモデルガイドライン（Guidelines for Filing of Rates for Individual Health Insurance Forms）のなかで、個人保険の医療ロスレシオについて定めた。NAIC は、団体保険の医療ロスレシオそれについてはその後も定めていないが、2010 年 4 月（オバマ改革法が制定された翌月）時点で、27 州が個人保険、19 州が小団体保険、7 州が大団体保険の医療ロスレシオを定めていた⁽³⁹⁾。

以上から、医療ロスレシオ要件について、以下の 2 つの点を改めて指摘し、強調しておきたい。第 1 に、NAIC は連邦政府に先行してモデル法を制定し、それを受けて州政府は立法化していたこと、そして連邦政府は NAIC のモデル法と各州政府の立法化の状況を踏まえて連邦法を制定していることである。第 2 に、オバマ政権の医療保険改革における医療ロスレシオ要件については、NAIC はオバマ改革法の制定を受けて新しいモデル規則を制定したが、連邦政府はそのモデル規則をほとんどそのまま連邦規則として採用したことである。したがって、連邦政府の医療ロスレシオ要件は事実上、NAIC が策定したこと

である。

5. おわりに

オバマ政権の改革（オバマ改革法）は、民間医療保険の改革のために多くの規定（改革の手段）を定めている。それには、「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」（改革の連続性）と「新たに導入した手段」（改革の新規性）がある。

本稿では、「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」のみを取り上げ、オバマ政権の改革（オバマ改革法）における「新契約加入保証」や「料率規制」などは州政府の改革（NAIC モデル法）とクリントン政権の改革（1996 年連邦法）と総じて同じであることを確認した。オバマ改革法と連邦規則は、各州（さらには各州内の地域）の医療保険市場と医療サービス市場は異なるという実情を踏まえて、各州政府が実施しなければならない連邦基準（最低限の基準）を各州政府に提示しているということができよう。

各州・各地域の市場と医療保険改革に関して、2009 年 5 月 6 日に開催された第 111 回連邦議会下院歳入委員会の公聴会において、「過去数カ月にわたってずいぶん聞かされた全国画一的な医療保険（one-size-fits-all plan）に対して、地域主導的な医療保険といった解決策はあるか見解を伺いたい」というデイビス議員（共和党、ケンタッキー州選出）の質問に対して、保健福祉省のセベリウス長官は次のように答えている。「全国画一的な医療保険はないと断言しよう。これまで開発されたことのあるまたは引き受けられたことのある全国民向けの医療保険（national health insurance）はないのである。実際、地域レベル・州レベルで成功している戦略が多いほど、満足のいく有益な医療保険に加入している人々が多いであろうし、また医療提供者の支持も高いであろう。医療保険改革の努力は、まさにこうした市場を安定化させることに向けられているのである⁽⁴⁰⁾。」セベリウス長官はカンザス州の保険監督官を 8 年間勤めている（カンザス州知事も勤めている）ので、カンザス州の医療保険市場と医療サービス市場および州規制について熟知しているはずである。

各州・各地域の実情に応じた医療保険改革を連邦政府が行っていること（そしてそれが市場の安定化および保険加入者の増加（無保険者の減少）に有効であること）は、連邦政府（保健福祉省）が連邦基準（連邦規則）を全米保健監督官協会（NAIC）と協議して定めていることおよび各州政府の選択や裁量や従来の州規制を認めていることにあらわれている。前章で指摘したように、連邦規則を NAIC と協議して定めていることは、料率規

制において保健福祉省は連邦基準の年齢カーブを NAIC と協議して作成したこと、医療ロスレシオにおいて NAIC が事実上、医療ロスレシオ要件を策定したことに具体的に示されている。また、各州政府の選択や裁量を認めていることは、新契約加入保証と契約更新保証において各州政府は最低限加入要件と最低限雇用主拠出要件を雇用主に要求してもよいこと、連邦基準の最低限加入割合と最低限雇用主拠出割合に対して各州政府は自州の最低限加入割合と最低限雇用主拠出割合を設定できること、料率規制において各州政府は地域区分を3つの選択肢から選択できること、各州政府は自州の地域係数や年齢カーブや喫煙係数や加入者平均方式を設定できることに具体的に示されている。さらに、各州政府の従来の州規制を認めていることは、料率規制において各州政府がすでに定めていた地域設定を認めている（2013年1月1日時点で、州政府は州法または州規則などによって地域を州全域にわたって設定していた場合には、地域設定は適切とみなされる）ことに具体的に示されている。

本稿では、「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」のみを取り上げ、医療保険規制における州政府の主導性の観点から、オバマ政権の改革を州政府とクリントン政権の改革と比較した。それによって、オバマ政権の改革は一見すると民間保険に対して強く介入しているようにみえるが、連邦政府と全米保険監督官協会（NAIC）との協議・調整および各州政府の選択や裁量や従来の州規制を認めていること、したがって医療保険規制における州政府の主導性という枠組みを損なうものではないことを明らかにした。

オバマ改革法は民間医療保険にかかわる多くの規定（改革の手段）を定めており、それには本稿で取り上げた「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」のほかに「新たに導入した手段」もある。「新たに導入した手段」には、「個人の義務」や「医療保険取引所の設立」や「保険料税額控除」などがある。次稿以降では、①それぞれの「新たに導入した手段」はどのような内容であり、「新たに導入した手段」についても連邦政府は NAIC と協議・調整し、各州政府の選択や裁量を認めているかどうか（医療保険規制における州政府の主導性という枠組みを損なうものかどうか）、②「新たに導入した手段」は「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」とどのように関連しているのか、③オバマ政権の改革によって民間保険の加入者は増加しているかどうか、④（a）民間保険の加入者が大幅に増加しているならば、それは従来の「州政府とクリントン政権の改革を受け継ぐ手段」よりもむしろ「新たに導入した手段」によるもの（または両者の相乗効果によるもの）と考えられるが、それはどうしてなのか、（b）民間保険の加入者があまり増加していないならば、オバマ政権の改革（民間保険をベースとする改革）の限界はどこにあるのか（オバマ政権の改革の効果（有効性）＝民間保険の加入者の増加に与える影響）、などについて考察していきたい。

注

- (1) 同法第2条(b)項は、保険業が州法によって規制される限りにおいて、シャーマン法とクレイトン法と連邦取引委員会法は保険業には適用されないと規定している。
- (2) マッカラン＝ファークソン法で連邦政府は、保険業の規制を放棄すると宣言したわけではない。
- (3) 生命保険の分野では、変額商品(変額年金と変額保険)に対する連邦規制がある。変額商品とは、資産の運用成果によって保険金の額が変動する商品である。変額商品は連邦証券諸法(1933年証券法, 1934年証券取引所法, 1940年投資会社法)に従わなければならない。
- (4) 連邦政府は1970年代と80年代にも医療保険にかかわる連邦法を制定している。たとえば, ①HMOの設立とHMOの加入を促進する1973年HMO法(Health Maintenance Organization Act of 1973, Public Law 93-222), ②雇用主が提供する被用者給付プラン(年金だけでなく, 医療保険や生命保険なども含む)を規制する1974年被用者退職所得保障法(Employee Retirement Income Security Act of 1974, Public Law 93-406), ③所定の事由が生じた被用者とその扶養家族が医療保険を所定の期間, 継続できる選択権を雇用主は彼らに与えなければならないことを定めた1985年包括財政調整法(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, Public Law 99-272), がある。
- (5) モデル法のほかに, モデル規則とモデルガイドラインも制定・改正している。
- (6) 小雇用主(小団体)に該当する被用者(小雇用主(小団体)の定義)については, 次章第2節と第4章第2節で取り上げる。
- (7) 1990年代における州政府の医療保険改革の背景と目的については, 中浜『アメリカの民間医療保険』の第4章と第5章を参照。
- (8) 医療保険にかかわる待機期間には2つある。1つは, 本節で取り上げた契約前発病の待機期間である。もう1つは, 第4章第5節で取り上げる受給資格の待機期間である。2つの待機期間の混同を避けるために, 契約前発病のほうは「免責期間」と表記する。
- (9) 1995年モデル法は, 1991年の制定当初は料率幅方式を採用したが, 1995年の大幅改正によって調整地域料率方式に変更した。
- (10) Holahan and Nichols, "State Health Policy" 63-64.
- (11) U. S. Congress, House of Representatives, Committee, *Health Insurance Portability*, 55.
- (12) 下院法案は「医療貯蓄口座」などいくつかの規定を上院法案に追加したものである。
- (13) 下院法案には「医療貯蓄口座」の規定が盛り込まれた。同規定が盛り込まれたならば法案に拒否権を行使する旨をクリントン大統領は表明した。そこで妥協法案では, 自営業者・無保険者・小団体の被用者のみを対象とする75万人までに限定し, 1997年から4年間のデモンストレーションプログラムとして実施する規定に修正された(Rushefsky and Patel, *Politics, Power, and Policy Making*, 82-83, 135)。
- (14) Beam and McFadden, *Employee Benefits*, 204.
- (15) 「医療貯蓄口座」については, 前章第3節で指摘したように, 全米保険監督官協会(NAIC)はモデル法を制定しなかったが, 医療貯蓄口座も立法化した州政府があった。
- (16) 1990年代における大企業(被用者500人超の企業)の自家保険の採用状況については, Acs et al., "Self-Insured" 25-42; Marquis and Long, "Recent Trends" 161-66を参照。
- (17) 同法によって規制される被用者給付プランは州法に従う保険に従事する保険者とみなされるべきではない(被用者給付プランを保険者とみなして, 州法に対する同法の優位を回避してはならない)という同法の「みなし条項(deemer clause)」によって, 自家保険は州法の適用が除外された。他方, 同法の優位を除外する(保険を規制する州法の施行を州政府に認める)同法の留保条項(savings clause)によって, 完全保険(保険者が引き受ける保険)は同法の優位が除外された。
- (18) Nichols and Blumberg, "A Different Kind" 30-31.

- (19) 1996 年連邦法は料率規制について定めていないので、図 1 と後掲図 2 には料率規制を記載していない。
- (20) Chollet, Kirk, and Simon, “The Impact of Access Regulation,” Table 2 による。
- (21) Popolo and Parde, *Health Care Reform*, 14-15.
- (22) NAIC は 1992 年 6 月にモデル法を全面改正し、モデル法名を Model Health Plan for Uninsurable Individuals Act に変更した。
- (23) 児童医療保険プログラムについては、オバマ政権は 2009 年 2 月に 2009 年児童医療保険プログラム再認可法 (Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009, Public Law 111-3) を制定している。同法は、児童医療保険プログラムを 4 年半 (2013 年 9 月 30 日まで) 延長し、加入資格の拡大、連邦補助金の増額、保険給付の拡大、保険料補助の促進などの措置を盛り込んでいる (「保険料補助」とは、児童医療保険プログラムの加入資格を有する児童が雇用主提供医療保険 (家族保険) に加入する場合、州政府がその保険料を補助するものである)。なお、児童医療保険プログラムは Patient Protection and Affordable Care Act によって 2 年間 (2015 年 9 月 30 日まで) 延長され、さらに 2015 年 4 月に制定された Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (Public Law 114-10) によって 2 年間 (2017 年 9 月 30 日まで) 延長された。
- (24) 本文で「2010 年または 11 年に」としているのは、2010 年 9 月 23 日に施行される規定は 2010 年 9 月 23 日以降に開始される保険年度 (plan year) から適用されるためである。したがって、たとえば 2010 年 9 月 1 日に保険年度が開始される医療保険に対しては、翌年の 2011 年 9 月 1 日に開始される保険年度から適用される。
- (25) ACA-compliant plan の ACA は Affordable Care Act の略である。
- (26) 「多州プラン (Multi-State Plan)」とは、連邦政府の人事局 (Office of Personnel Management) が運営する多州プランプログラム (Multi-State Plan Program) で提供される医療保険である (人事局は 1959 年に創設された連邦公務員医療給付プログラム (Federal Employees Health Benefits Program) を運営してきている実績がある)。人事局は各州で、複数の保険者 (保険者の協会団体でもよい) と契約を締結しなければならない。保険者は、個人向けの取引所で少なくとも 1 つのシルバープランと 1 つのゴールドプランを提供しなければならない。なお、多州プランプログラムに参加している保険者のすべてが複数の州で多州プランを提供しているわけではない。「多州 “Multi-State”」というのは、人事局が多州プランプログラムを多くの州で運営することによるものである。なお、医療保険取引所およびそこで取引される上記のシルバープランやゴールドプランなどについては、別稿で取り上げることにしたい。
- (27) ネットワークプラン (network plan) とは、保険者との契約に基づいて全部または一部の医療サービスが所定の医療提供者のグループによって提供される医療保険である。
- (28) 適格医療プラン (qualified health plan) とは、医療保険取引所によって認定された医療保険であり、①必要医療給付 (essential health benefits) を提供していること、②必要医療給付に対して生涯給付額や年間給付額を制限していないこと、③必要医療給付に対して年間自己負担額を制限していること、などオバマ改革法が定める要件を満たしている医療保険である。
- (29) ネバダ州のみ、既存の市場で個人保険を提供している保険者は、年間を通じて個人保険を引き受けなければならない。しかし、逆選択を防止するために、保険者は 3 カ月以内の待機期間を設定することができる (待機期間については本章第 5 節で取り上げる)。
- (30) 「最低限必要保険 (minimum essential coverage)」には、雇用主提供医療保険、個人医療保険、メディケア、メディケイド、児童医療保険プログラムなど、ほとんどの医療保険が含まれる。
- (31) Department of Health and Human Services, “Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules; Rate Review; Proposed Rule” 70597.

- (32) 契約前発病の免責期間は一般に保険者が、受給資格の待機期間は一般に雇用主が決定する。オバマ改革法は、契約前発病の免責期間を認めていない（免責期間は0カ月）が、他方で受給資格の待機期間を認めているので、雇用主が受給資格の待機期間を設定するならば、待機期間中に被保険者は保険給付を受けることができないために、契約前発病の免責期間が事実上、設定されることになる。
- (33) Department of Health and Human Services, “Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules: Rate Review: Final Rule” 13409.
- (34) Cioppa, “2015 Rates” 15-21.
- (35) Bureau of Insurance, “Maine Composite Premium Methodology.”
- (36) Department of Health and Human Services, “Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules: Rate Review: Proposed Rule” 70590.
- (37) この点については、医療保険取引所を取り上げる次稿で検討したい。
- (38) NAIC モデル法は、純粋地域料率方式については定めていない。
- (39) America’s Health Insurance Plans, “State Mandatory Medical Loss Ratio Requirements,” 1-3.
- (40) U. S. Congress, House of Representatives, Committee, *Health Care Reform in the 21 st Century*, 23.

参考文献

- Acs, Gregory, Stephen H. Long, M. Susan Marquis, and Pamela Farley Short. “Self-Insured Employer Health Plans: Prevalence, Profile, Provisions, and Premiums.” *Health Affairs* 15, no. 2 (1996): 25-42.
- America’s Health Insurance Plans. “State Mandatory Medical Loss Ratio (MLR) Requirements for Comprehensive, Major Medical Coverage: Summary of State Laws and Regulations.” America’s Health Insurance Plans, 2010. Accessed May 1, 2016. http://www.naic.org/documents/committees_e_hrsi_comdoc_ahip_chart_mlr.pdf.
- Beam, Burton, Jr. and John J. McFadden. *Employee Benefits*. 6th Edition. Chicago: Dearborn Financial Publishing, Inc., 2001.
- Bureau of Insurance. “Maine Composite Premium Methodology for Small Group Health Benefit Plans Issued or Renewed on or after January 1, 2016.” Bulletin 404. Bureau of Insurance, Department of Professional and Financial Regulation, State of Maine, 2015. Accessed June 16, 2016. <http://www.maine.gov/pfr/insurance/bulletins/pdf/404.pdf>.
- Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO). “Market Rating Reforms, State Specific Rating Variations.” Accessed July 11, 2016. <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/state-rating.html>.
- Center for Consumer Information and Insurance Oversight. “Medical Loss Ratio Data and System Resources.” Accessed May 6, 2016. <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/mlr.html>.
- Chollet, Deborah J., Adele M. Kirk, and Kosali Ilayperuma Simon. “The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure.” U. S. Department of Health and Human Services, 2000. Accessed August 5, 2016. <https://aspe.hhs.gov/report/impact-access-regulation-health-insurance-market-structure>.
- Cioppa, Eric. “2015 Rates, Auto-Reenrollment and Small Group Rating Structure.” Bureau of Insurance, Department of Professional and Financial Regulation, State of Maine, 2014. Accessed

- June 16, 2016. https://www1.maine.gov/pfr/insurance/ACA/ACA_Presentation_to_Maine_Health_Exchange.pdf.
- Department of Health and Human Services. "Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules: Rate Review: Final Rule." *Federal Register* 78, no. 39 (February 27, 2013): 13406-442. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-02-27/pdf/2013-04335.pdf>.
- Department of Health and Human Services. "Patient Protection and Affordable Care Act: Health Insurance Market Rules: Rate Review: Proposed Rule." *Federal Register* 77, no. 227 (November 26, 2012): 70584-617. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-11-26/pdf/2012-28428.pdf>.
- Department of Health and Human Services. "Health Insurance Issuers Implementing Medical Loss Ratio (MLR) Requirements Under the Patient Protection and Affordable Care Act: Interim Final Rule." *Federal Register* 75, no. 230 (December 1, 2010): 70584-617. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2010-12-01/pdf/2010-29596.pdf>.
- Holahan, John and Len Nichols. "State Health Policy in the 1990 s." In *Health Policy, Federalism, and the American States*, edited by Robert F. Rich and William D. White, 39-70. Washington, DC: The Urban Institute Press, 1996.
- Kaiser Family Foundation. *Summary of the Affordable Care Act*. Kaiser Family Foundation, 2013. Accessed January 2, 2016. <http://files.kff.org/attachment/fact-sheet-summary-of-the-affordable-care-act>.
- Kaiser Family and HRET. *Employer Health Benefits: 2010 Annual Survey*. The Henry J. Kaiser Family Foundation, and Health Research and Educational Trust, 2010. Accessed January 2, 2016. <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/04/8085.pdf>.
- Kofman, Mila and Karen Pollitz. "Health Insurance Regulation by States and the Federal Government: A Review of Current Approaches and Proposal for Change." *Journal of Insurance Regulation* 24, no. 4 (2006): 77-108.
- Laudicina, Susan S., Betsy Losleben, and Natasha Walker. *State Legislative Health Care and Insurance Issues: 2001 Survey of Plans*. Chicago: Blue Cross Blue Shield Association, 2001.
- Marquis, Susan M. and Stephen H. Long. "Recent Trends in Self-Insured Employer Health Plans." *Health Affairs* 18, no. 3 (1999): 161-66.
- National Association of Insurance Commissioners (NAIC). *Compendium of State Laws on Insurance Topics*. Kansas City: NAIC, 2010.
- National Association of Insurance Commissioners. *Patient Protection and Affordable Care Act: Section-by-Section Analysis*. NAIC, 2011. Accessed May 1, 2016. http://www.naic.org/documents/index_health_reform_general_ppaca_section_by_section_chart.pdf.
- Nichols, Len M. and Linda Blumberg. "A Different Kind of 'New Federalism'? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996." *Health Affairs* 17, no. 3 (1998): 25-42.
- Popolo, Christine F. and Duane A. Parde. *Health Care Reform in the States, 1995*. Alexandria: Council for Affordable Health Insurance, 1995.
- Quadagno, Jill "Right-Wing Conspiracy? Socialist Plot? The Origins of the Patient Protection and Affordable Care Act." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 39, no. 1 (2014): 35-56.
- Rushesky, Mark E. and Kant Patel. *Politics, Power, and Policy Making: The Case of Health Care Reform in the 1990s*. New York: M. E. Sharpe, Inc., 1998.
- U. S. Congress. House of Representatives. Committee on Ways and Means. *Health Care Reform in*

- the 21 st Century: A Conversation with Health and Human Services Secretary Kathleen Sebelius: Hearing before the Committee on Ways and Means*. 111th Cong., 1 st sess., May 6, 2009.
- U. S. Congress. House of Representatives. Committee on Ways and Means. *Health Insurance Portability: Hearing before Subcommittee on Health of the Committee on Ways and Means*. 104th Cong., 1 st sess., May 12, 1995.
- U. S. General Accounting Office. *Health Insurance Standards: New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulators*. GAO/HEHS-98-67. Washington, DC, 1998. <http://www.gao.gov/assets/230/225350.pdf>.
- U. S. General Accounting Office. *Private Health Insurance: HCFA Cautious in Enforcing Federal HIPAA Standards in States Lacking Conforming Laws*. GAO/HEHS-98-217 R. Washington, DC, 1998. <http://www.gao.gov/assets/90/88060.pdf>.
- U. S. Government Accountability Office. *Private Health Insurance: Early Effects of Medical Loss Ratio Requirements and Rebates on Insurers and Enrollees*. GAO-14-580. Washington, DC, 2014. <http://www.gao.gov/assets/670/664719.pdf>.
- U. S. Government Accountability Office. *Private Health Insurance: Early Experiences Implementing New Medical Loss Ratio Requirements*. GAO-11-711. Washington, DC, 2011. <http://www.gao.gov/assets/330/322317.pdf>.
- U. S. Government Accountability Office. *Private Health Insurance: Early Indicators Show That Most Insurers Would Have Met or Exceeded New Medical Loss Ratio Standards*. GAO-12-90 R. Washington, DC, 2011. <http://www.gao.gov/assets/590/586000.pdf>.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *ACA: A Brief Overview of the Law, Implementation, and Legal Challenges*, by C. Stephen Redhead, Hinda Chaikind, Bernadette Fernandez, and Jennifer Staman. CRS Report R41664. 2012.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Grandfathered Health Plans Under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, by Bernadette Fernandez. CRS Report R41166. 2010.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Medical Loss Ratio Requirements Under the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): Issues for Congress*, by Suzanne M. Kirchholl. CRS Report R42735. 2014.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Preexisting Exclusion Provisions for Children and Dependent Coverage under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, by Hinda Chaikind and Bernadette Fernandez. CRS Report R41220. 2011.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Overview of Health Insurance Exchanges*, by Namrata K. Uberoi, Annie L. Mach, and Bernadette Fernandez. CRS Report R44065. 2016.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Overview of Private Health Insurance Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, by Annie L. Mach and Namrata K. Uberoi. CRS Report R43854. 2016.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Private Health Insurance Market Reforms in the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, by Annie L. Mach and Bernadette Fernandez. CRS Report R42069. 2016.
- U. S. Library of Congress. Congressional Research Service. *Private Health Plans Under the ACA: In Brief*, by Bernadette Fernandez and Annie L. Mach. CRS Report R43233. 2013.

- 天野拓『オバマの医療改革－国民皆保険制度への苦闘－』勁草書房，2013年。
- 加藤美穂子『アメリカの分権的財政システム』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と分権」第2巻）日本経済評論社，2013年。
- 加藤美穂子「アメリカのメディケイド補助金とオバマ医療改革」『香川大学経済論叢』第88巻第3号，2015年，75-132。
- 櫻井潤『アメリカの医療保障と地域』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と分権」第5巻）日本経済評論社，2012年。
- 渋谷博史『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，2005年。
- 渋谷博史『20世紀アメリカ財政史〔Ⅱ〕－「豊かな社会」とアメリカ型福祉国家－』東京大学出版会，2005年。
- 渋谷博史『20世紀アメリカ財政史〔Ⅲ〕－レーガン財政からポスト冷戦へ－』東京大学出版会，2005年。
- 渋谷博史「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，2006年，1-13。
- 渋谷博史「アメリカの分権システムをみる眼」渋谷博史・根岸毅宏〔編〕『アメリカの分権と民間活用』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と分権」第1巻）序章所収，日本経済評論社，2012年，1-25。
- 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）日本経済評論社，2006年。
- 渋谷博史・中浜隆〔編〕『アメリカ・モデル福祉国家Ⅰ－競争への補助階段－』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカ・モデル経済社会」第4巻）昭和堂，2010年。
- 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－』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカ・モデル経済社会」第5巻）昭和堂，2010年。
- 渋谷博史・根岸毅宏〔編〕『アメリカの分権と民間活用』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と分権」第1巻）日本経済評論社，2012年。
- 関口智「クリントン政権期以降の医療保険と税制・会計」渋谷博史・塙武郎〔編〕『アメリカ・モデルとグローバル化Ⅱ－「小さな政府」と民間活用－』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカ・モデル経済社会」第2巻）第3章所収，昭和堂，2010年，131-87。
- 中浜隆『アメリカの民間医療保険』（渋谷博史監修，シリーズ「アメリカの財政と福祉国家」第7巻），日本経済評論社，2006年。
- 西山隆行『アメリカ型福祉国家と都市政治－ニューヨーク市におけるアーバン・リベラリズムの展開－』東京大学出版会，2008年。
- 長谷川千春「オバマ医療保険改革による民間医療保険への影響－Medical Loss Ratio 規制を中心とした一考察－」『生命保険論集』第178号，2012年，131-60。
- 山岸敬和『アメリカ医療制度の政治史』名古屋大学出版会，2014年。