

米國医療保險制度の改革

— 医療保險販売の現場から —

永 島 英 器

一 はじめに

米國医療保險制度改革については、日本においても大きな関心を呼び、マスコミによる報道も詳細にわたっているようである。「生命保險経営」においても既に何度か取り上げられ（最近では、平成五年一月、「米國医療保險制度改革の行方」武藤弘明氏）、また、明治生命フィナンシユランス「研究所調査報」アメリカの医療保障—その理想と現実」（長谷川貞悌氏）には歴史的、理論的背景に至るまで詳しくかつ平明に解説されている。

こうした中、本稿においては、営業の第一線で医療保險販売に携わる駐在員（ロスアンゼルス）の視点から、医療保險制度改革のもたらす企業への影響、現地日系ブローカーおよびエージェントの役割等につき論じることとしたい。

二 医療保險の抱える問題点と解決の試み

1. 医療保險の抱える問題点

医療保險については、相互に関連する様々な問題点が指摘されているが、代表的なものは次の三点に集約される。

(1) 無保險者の存在

最大の問題は、アメリカ人口の一五％に当たる三七〇〇万人にのぼる無保險者の存在である。クリントン改革案の中の試算によると、二年以内にこの数は六三〇〇万人（国民の四人に一人）に達するものと見積もられている。

医療保險料の高騰などの理由から、事業主の全てが従業員に対する医療保險を用意できる訳ではなく、また公的保險であるメディケイドについても、所得基準に加え州ごとに様々な要件（障害者、母子家庭など）が定められているため、連邦政府のガイドライン（年収七〇〇〇ドル）以下のい

わゆる貧困層のうち実際の受給者は半数に満たないと言われている。Kaiser Family Foundationが一九九二年にカリフォルニア州で行った調査によると、黒人のうち三二%、ラテン系住民の二一%、アジア系住民の一七%が無保険者であるのに対して、白人のそれは八%に過ぎず、ここにもアメリカのアクセシブルである人種的な問題が顔をのぞかせている。

(2) 医療保険料の高騰

・アメリカ製の自動車を一両買おうと、購入代金のうち一〇〇ドルはその自動車会社の従業員のための医療保険料に当てられる。日本製のそれは五五〇ドルに過ぎず、この時点でアメリカメーカーは一両あたり五五〇ドルのハコネを負っていることになる。

・従業員一人あたりにかかる医療保険料の平均コストは、一九八四年の一六四五ドルから一九九二年には四〇〇〇ドルに上昇した。

・一九八六年から一九九三年までの間の医療保険料上昇率は、図1 (KPMG Peat Marwick調べ) のとおり、インフレ率の三・五倍、非管理職給与上昇率の五倍に達している。

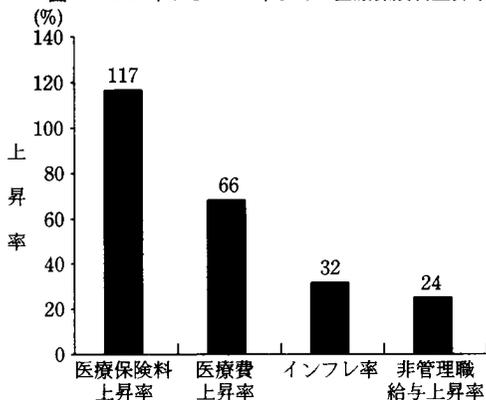
・Foster Higgins社の調べによると、一九九一年の平均医

療保険料コストは、平均会社純益 (Net Earnings) の五〇%に匹敵する(一九九〇年は四五%であった)。

こうした事実から、医療保険料の負担がアメリカ企業を苦しめ、国際競争力を弱める一因となることが容易にうかがえる。

医療保険料高騰の最大の原因が医療コストの上昇にあるのは明らかである。一部の公的保険を除き日本の点数制のような制約がなく、きわめて資本主義的自由競争が、生命、健康といった代替不可能なマーケットで、しかも免許制のもと、医師の数は無制限には増えないという条件下で行われた結果、国民医療費のGDPに占める割合は一九九二年

図1 1986年から1993年までの医療保険料上昇率



〈KPMG Peat Marwick調べ〉

時点で一四％（日本は六％）に達し、今世紀中には一九％に達するとみられている。

このほか、医療過誤訴訟が頻発する中、医師は訴訟を力加する損害保険（平均年間保険料一万五千ドル（一九九〇年））に加入するのが常識で、また訴訟の可能性を最小化するために過剰サービスを提供する傾向が指摘されている。さらに、無保険者および政府からの医療機関への支払いが十分でない公的保険の受益者については、医療機関から見れば「招かれざる客」であり、この回収不能コストを民間保険加入者に転嫁する、いわゆる「コストシフトイング」が保険料高騰に寄与していると言われている。（コストシフトされる金額は本来の医療費の三八％に相当するとの試算あり（Healthcare Financial Management Assn. 一九九二年））

(3) ジョブロックの出現

前述の Kaiser の調査によると、カリフォルニア州住民を対象としたアンケートに、四分の一の人が、医療保険を失う危惧からジョブロック（転職できない状況）に陥っていると回答している。家族の中に一人でも既往症を抱えたメンバーがいる場合、新しい勤務先の保険会社から、加入を拒否されたり、既往症免責が適用されたりすることを恐れて、なかなか転職に踏み切れない。

一般にアメリカは労働力の流動性が高く、これが労働力の最適配分、ひいては経済の活力につながっていると言われるが、医療保険の問題がこれに暗い影を投げかけているとしたら、これは個人レベルの問題にとどまらない。

さらに、既往症については、たった一人の既往症を抱えた従業員がいるために、民間保険会社から引受けを拒否されたり、割高な保険料を要求される中小企業の事業主にとっても切実な問題である。「彼さえいなければずっと安い保険料で済むのに」と思う事業主と、「保険の保障さえあればすぐこんな会社を辞めたいのに」と思う従業員が長い間付き合わなければいけない状況は、誰にとっても幸せなこととはいえないだろう。

2. 問題解決の試み

こうした問題に対して、保険会社あるいは州政府が対応策を講じており、一定の効果をそれぞれあげてはいるものの、一方で限界も露呈している。

(1) 管理型医療の普及

伝統的な医療保険は、一定の Deductible (免責) の後、一定割合（通常八割）を保険会社が加入者に払戻す。この方式をとる限り、ピバリーヒルズの高名な医師が法外な診療

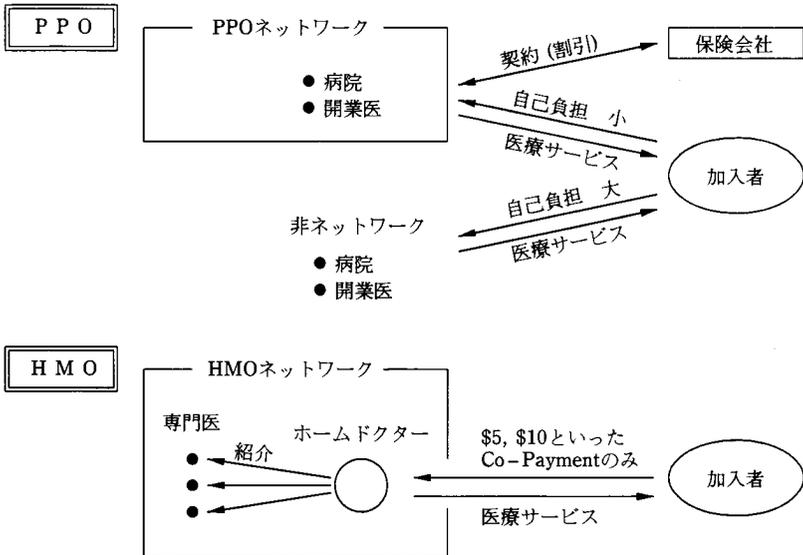
費を請求した場合でも、基本的に八割の負担を保険会社は覚悟しなければならない。「合理的かつ妥当 (Reasonable & Customary)」な範囲に給付対象を限定したり、入院や手術の事前承認制を取り入れてもそれらは緊急避難的対応の域を出ない。

こうした中、一九八〇年代後半から急速に普及したのが、PPO (Preferred Provider Organization) と HMO (Health Maintenance Organization) に代表される管理型医療 (Managed Care) である。PPO においては、保険会社と医療機関が契約を結び、PPO 加入者に対する医療サービスは通常一〇〜二〇% 割り引かれる。加入者は、ネットワーク内の医療機関に行った場合自己負担が小さくなり、医療機関はフィーが制約される反面、安定した顧客を確保することができる。

HMO においては、一定の保険料 (前払い) を対価に、HMO 組織が予防診療を含めたあらゆる医療サービスを加入者に提供する。HMO 加入者は、ID カードを示し僅かな Co-Payment (通常五ドルまたは一〇ドル) を支払うのみで医療サービスを受けられ、クレイムフォームの記入や Deductible の自己負担から解放される (図 2 参照)。

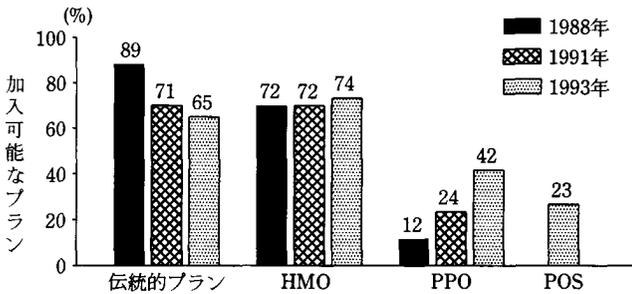
いずれのプランも加入者の医師選択の幅の縮小 (HMO

図2 PPOとHMOの仕組み



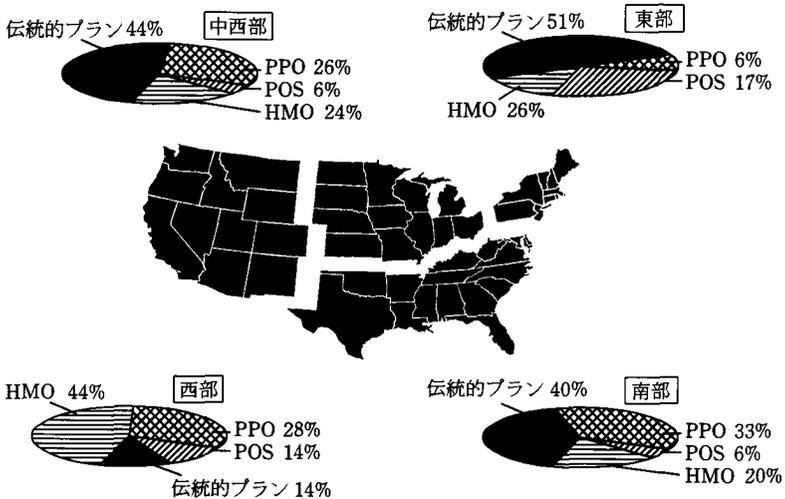
の場合、ホームドクターを選択し、全ての専門治療はホームドクターの紹介を受けて行う必要がある」と引換えに医療コスト引き下げにある程度成功している。また、最近では、HMOと従来の伝統的保険を組み合わせたPOS (Point-of-Service) と呼ばれるプランも登場している。図3、4、表1のとおり、管理型医療の占率は年々高まっており、この傾向は特に、西海岸および大企業に顕著である。しかし、管理型医療の進展が医療保険料上昇の抑制策に有効であるとしても、無保険者あるいはジョブロックといった問題については政府レベルの対応なくして解決は不可能であ

図3 従業員が会社からオファーされている医療保険のタイプ



(注) 従業員が複数プランの中から選択を許されている場合があるため、合計が100%を上回っている。
 〈KPMG Peat Marwick調べ〉

図4 地域別プラン加入状況



〈KPMG Peat Marwick調べ - 1993年〉

表1 会社規模別加入状況

会社規模（従業員数）	伝統的プラン	HMO	PPO	POS
200-999	45%	22%	28%	5%
1,000-4,999	46	22	22	10
5,000-	38	29	20	13
計	41	26	22	10

（KPMG Peat Marwick調べ-1993年）

- る。
- (2) 州政府の対応
日系企業が集中するニュー
ヨーク州（一九九三年四月）、
カリフォルニア州（一九九三
年七月）で相次いで医療保険
に関する新法が施行され、保
険会社および事業主に大きな
影響を与えている。二州の規
制は微妙に異なる点があるも
の、次の共通項を含んでい
る。
- ① 新法適用対象は、従業員数
五〇名以下の中小企業。
- ② 商品内容及び保険料につ
いては州政府の事前承認が
必要。
- ③ 保険料について、業種、性
別、既往症の有無などによ
って差別してはいけない。
- ④ 保険会社は、既往症を理由

に、個人あるいは団体の引受けを拒否できない。
こうした規制により、アンダーライティング（危険選択）
機能を奪われた保険会社は、採算割れを恐れ、少なからず
両州から撤退。また、州内にとどまった保険会社について
は、既往症等によるリスクの増大から、伝統的プラン
（Indemnityタイプ）では事業主が負担可能な保険料を維持
できないとして、HMOやPPOを中心とした申請を州に
行ったため、管理型医療への移行が加速した（大手保険会
社のうち、伝統的プランを州に申請したところはごく僅か）。

また、両州以外でも、フロリダ、ミネソタ、ワシントン、
オレゴンなどの州が連邦の改革を待たずに独自の規制を発
効させている。こうした州政府レベルの改革によって、五
〇名以下規模の会社に属する従業員の既往症などの問題に
ついて一定の前進があったことは評価できるものの、複数
の州にオペレーションがまたがる会社では、従業員がそれ
ぞれの州の規制に服することから、従業員間で保険給付に
差が出てくるといった新たな問題も惹起し、連邦レベルで
の解決、調整を望む声が高まる結果となった。また、いず
れの州も、事業主に従業員のための保険加入を強制してい
ないため、無保険者問題は連邦レベルの改革に委ねられ
ている。

三 クリントン改革案とその影響

1. クリントン改革案の概要

昨年一〇月にクリントン大統領が議会に提出した改革案の概要は次のとおりである。セキュリティの創出（皆保険の実現、既往症のカバー）とコストの抑制（一九九七年までにGDPの伸びの枠内に抑える目標）に主眼が置かれている。

(1) 皆保険の実現

無保険者の八五%が被用者またはその家族であることから、全ての事業主に対して従業員（注）およびその家族に医療保険を提供することを義務づけること、さらに社会保険を充実させることによって、皆保険を実現。

（注）週一〇時間以上勤務するパートタイマーや収入の八〇%以上を当該事業主に依るインデペンデントコントラクターを含む。

(2) 転職時の医療保険の保障

保険会社は既往症、年齢、財政状況等のリスク要素によつて、加入を拒むことはできない。

(3) アライアンス（保険購入組合）の創設

米国医療保険制度の改革

州ごとに設置されるアライアンスが、個々の事業主に代わつて保障内容、保険料を交渉。従業員数五〇〇〇名超の会社に限り、コーポレートアライアンスを設けて独自のプランを持つことができる。これは、相対的に交渉力の弱い個々の中小企業事業主に代わつて、州アライアンスに保険会社との交渉を委ねることによつてコストの抑制等を図ることを意図したもので、「Managed Competition（管理された競争）」の考え方に基づくものである。

なお、各州のアライアンスを監督する機関として中央には、National Health Board（連邦医療委員会）が設置される。なお、各プランは改革案に示されたミニマムパッケージを含まなければならない。ミニマムパッケージに含まれる主な医療サービスは以下のとおり。

- ①入院
 - ②緊急医療
 - ③ドクターフィー
 - ④予防医療
 - ⑤精神病、アルコール中毒治療
 - ⑥家族計画
 - ⑦妊娠、出産
 - ⑧ホスピス
 - ⑨在宅看護
 - ⑩救急車
 - ⑪外来リハビリ
 - ⑫外来薬事処方
 - ⑬人工器官
 - ⑭歯科（子供のみ）
- (4) 被用者個人が医療保険を選択

州アライアンスによつて選ばれたいくつかのプランの中から、被用者自身がプランを選択。これによつて、従業員数五〇〇〇名以下の企業については、プラン選択権が事業

主からアライアンスおよび個人に移行する(図5参照)。

(5) 事業主が保険料の八〇%以上を

全ての事業主が、従業員およびその家族について、基準

保険料の八

〇%以上を

負担(残り

は自己負担)。

被用者が基

準保険料よ

り保険料が

高いリッチ

なプランを

選択した場

合でも、会

社は基準保

険料の八〇

%のみを負

担するた

め、この場

合は個人負

担割合は二

図5 クリントン案の概略図

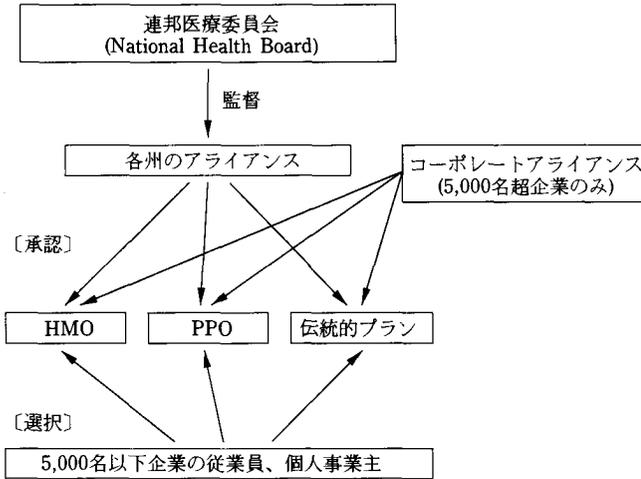
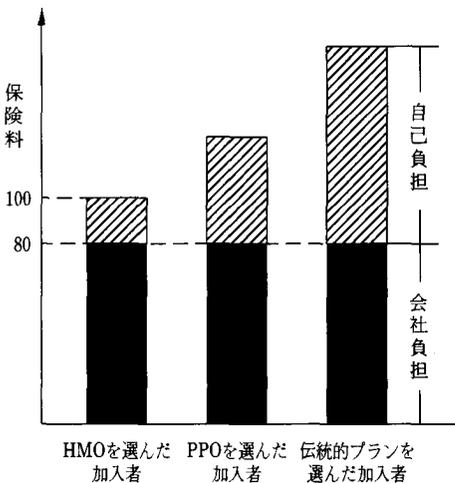


図6 クリントン案においてHMOが基準保険料となった場合の自己負担



〇%を上回る(図6参照)。

(6) 事業主負担にキャップ(上限)を設定

年間総給与および従業員数によって、最大七・九%(給

与比)の段階的な事業主負担のキャップを設定。なお、従

業員数七五名以下かつ平均給与二万四〇〇〇ドル以下の企

業については政府が助成を行う。

(7) 事務処理の効率化

標準的ベネフィットパッケージ(ミニマムパッケージ)の

導入、クレイムフォームの統一などによって、事務処理を軽減し、コスト抑制を図る。

2. クリントン改革案に対する反応

議会内にはクリントン案のほかにも数多くの改革案が存在する。これらの案のポイントおよび民間団体の反応は概ね次のようなものである。

(1) 民主党のリベラル派の中には、クリントン改革案はまだ政府の関与が十分でなく、カナダのような一律な公的保険(Single Payer Plan)にすべきであるとの意見があるが、多数派を構成するに至ってはいない。

(2) 共和党および民主党員のかんりの支持を集めているクーパー案(Jim Cooper下院議員、民主党)は、アライアンスの認定した標準プランの強制適用を従業員数一〇〇名以下(クリントン案では五〇〇名)の企業に限るほか、事業主に保険料負担を義務づけられないなど政府の介入を抑えた案となっている。一〇〇名超企業におけるコスト抑制策としては、医療保険料の損金計上に上限を設定(現在は制約なし)することによって、企業を保険料の安いプラン(管理型医療)に誘導できるとしている。

(3) チャフィー案(John Chafee上院議員、共和党)は、ク

ーパー案よりさらに規制が緩く、従業員数一〇〇名以下の企業についても標準プランの適用を強制してはいない。また、クーパー案と同様に事業主の保険料負担を義務づけてはいないが、一方で二〇〇五年までに全国民に何らかの保険に加入することを義務づけるとしている。

(4) 一九九四年四月一七日には、議会内で大きな影響力を持つGeorge Mitchell上院議員(民主党)が、①事業主負担のキャップを七・九%から一二%に変更 ②分岐点となる従業員数五〇〇名を一〇〇〇名に変更 ③事業主の保険料負担割合を八〇%から五〇%に引下げる、といったクリントン案に対する修正案を発表した。

(5) 経済界とりわけ中小企業事業主は、八〇%の保険料負担を強制するクリントン案に反対する空気が強く、Business Roundtable(経済円卓会議)がクーパー案を支持、United States Chamber of Commerce(商工会議所)およびNational Association of Manufacturers(製造業協会)はクリントン案不支持(支持案は特定せず)を表明している。

(6) 州アライアンスを通して選別、淘汰されていくと予想される中小保険会社はクリントン案に反対、テレビを通して反対キャンペーンを張っている。このほか、医療機関

はプライスコントロールを危惧。プラン選択の主体が事業主からライアンスおよび個人に移ることから、保険ブローカーやエージェントは自らの役割低下に対して危機感を持っている。

また、財源面からシンタックス（酒、タバコ等の「罪悪税」）増税が噂されており、タバコ、酒業界も神経をとがらせている。

3. 今後の審議見通し

クリントン大統領としては、一九九四年一一月の中間選挙までに法案を成立させ、一九九八年一月に皆保険を実現させることを目標としているものの、上述のように様々な意見、案があるうえに、現在（一九九四年五月）、両議院議決前の種々の委員会審議が始まったばかりであり、今後の展開はまったく予断を許さない。今後の審議で有力案の中で大胆な妥協が図られ議会を通過することがあっても、内容如何ではクリントン大統領による拒否権行使の可能性も否定できない。今後の議論の主要論点は次のようなものとなるろう。

- (1) 事業主に保険料負担を強制するか（その場合の負担割合）
- (2) ユニバーサルカバレッジ（クリントン案の目指す皆保険）

かユニバーサルアクセス（クーパー案の目指す誰でも入ることが可能な状態）か

- (3) 事業主負担にキャップを設ける場合その水準は
- (4) 独自プランを持てる企業規模をどこに設定するか
- (5) コストコントロールの手段
- (6) 保険料負担能力のない中小企業および個人に政府助成を行うべきか
- (7) 財源としてペイロールタックス（給与所得税）やシンタックスの増税を行うべきか

4. 企業に与える影響

仮にクリントン案あるいはそれに近い案が成立した場合には、企業に与える影響としては次のようなものと考えられる。

- (1) 従業員の平均年齢が高い、労働組合の力が強い、プラン内容がリッチ、などの理由から現在クリントン案の想定する負担上限（給与比七・九％）以上の保険料を負担している会社（多くは大企業）については、医療保険コストが軽減される可能性がある（現在、全企業平均二二％、ゼネラル・モーターズでは一九％）。

- (2) 逆に、現在プランを持っていない、プランを持っている

が内容がリッチでなかったり、従業員が若いなどの理由から保険料が安い、パートタイマーが多く彼らを保険に入れていないといった会社については、大きなコスト増となり、その多くが中小企業であることから、企業経営そのものが脅かされかねない。これがクリントン案に対してもっとも強く批判されている点であるが、大統領は、仮に中小企業の倒産がおこっても、他方で前記(1)のようにメリットを受け業容を拡大する会社もあるので、社会全体として失業問題が深刻化することはないと反論している。

(3) コスト抑制策としては、いずれの案もHMOやPPOといった管理型医療への移行促進を挙げている。州アライアンスの認める保険も管理型医療中心となるほか、移行促進のための税制上のインセンティブも導入される可能性が高い。

(4) 中小企業については(クリントン案では従業員数五〇〇〇名以下)、州アライアンスの選んだプランの中から各従業員が選択するため、事業主はプラン選択に関して主体性を失う。これに対して大企業については、州アライアンスに参加するか、コーポレートアライアンスを設置して独自プランを持つかについて選択を迫られる(クリント

ン案では、独自プランを選択する企業には1%のペイロートルタックスを課すとしている)。

(5) 州アライアンスによる選別の過程で、中小の保険会社および管理型医療のネットワークが弱い保険会社は淘汰され、大手保険会社の寡占化が進行することが予想される。医療機関についても、HMO、PPO加入者の急増、医療機器の高額化等によって、ネットワーク化、資本集中化が加速すると考えられている。また、医師については、現在、相対的に社会的地位や報酬が高いとの理由から専門医の人氣が高く、ホームドクターが不足していると言われているが、ホームドクターの存在を前提とするHMOがさらに普及するためには、専門医からホームドクターへのキャリアチェンジを促す教育プログラムの開発等が一層重要となろう。

四 おわりにー現地日系ブローカー、エージェントの役割ー

米国において、医療保険の問題はコスト面および労務政策の両面で企業経営上大きなウェイトを占める。一方で、俗に言う「水と安全はタダ」の国日本からやって来た駐在員が戸惑うもう一つの代表が、この医療保険の問題でもあ

る。在米日系企業の多くはベネフィット専門のコンサルタントを雇ったり、契約を結ぶほどの余裕はなく、駐在員が現地スタッフの力を借りながら、不慣れた医療保険の問題に懸命に取り組んでいるのが現状とみられる。こうした駐在員が頼りにするのが保険ブローカー、エージェントであり、この意味で日本の生命保険会社の現地法人を含む日系のブローカー、エージェントの果たす役割は小さくない。

クリントン改革案がそのまま実施されれば、五〇〇〇名以下企業マーケットにおけるブローカーの役割低下は必至の状況だが、州レベルの改革が相次いで実施される一方で連邦の改革は先行き不透明という一種のケイオスの中、少なくとも短期的には日系ブローカー、エージェントに対する期待はかつてないほど高まりを見せているといえよう。具体的には次のような役割、使命が考えられる。

1. 管理型医療への円滑な移行促進

クリントン改革案の成否にかかわらず、管理型医療は時代の趨勢である。日系企業は、HMOやPPOのネットワークに日本人医師が少ないことから、これに躊躇するところが多いが、いきなりHMOは無理でも、PPOやPOSといったOut-of-Networkについてもカバレッジのあるも

のをまず採用するなどして円滑な移行を考えるべきであろう。管理型医療というのは、相対的に保険料が安いばかりでなく、自己負担が少ない、予防治療に熱心であるなどユーザー側にもメリットが多い。ブローカー、エージェントが、経営層はもとより従業員説明会の場等を利用して個々の加入者に対しても、管理型医療の必要性、上手な利用方法などを十分に説明することが肝要であろう。

また、日系医師は従来、①ネットワークに加盟するとフリーが制約されてしまう ②ネットワークに加盟しなくとも患者に困らない、等の理由から管理型医療のネットワーク加盟に消極的であったが、ここにきて少しずつ加盟病院（医師）が増えてきている。今後、管理型プランの加入者が増えるにつれて、こうした動きはさらに加速することが予想されるが、日系ブローカーやエージェントがネットワーク（保険会社）と病院の橋渡し機能を果たすケースも増えてくるだろう。（ネットワーク（保険会社）サイドも病院サイドもユーザー（患者）からの要望には耳を傾けるものであり、「この病院をネットワークに入れてほしい（対保険会社）」「このネットワークに入ってほしい（対病院）」といった要望をまとめた形で突きつけることは効果があると思われる。）

2. 法規制や差別問題等に関する確な情報提供

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) によつて退職者等に対してプラン加入継続権に関する通知を出すことを義務づけられているにもかかわらずこれを怠っていたり、就業規則等に基づかず駐在員と現地採用従業員のベネフィットに差をつけているなど従業員福祉制度の運営に問題点を抱えている日系企業があるとの声も聞かれる。言うまでもなく、訴訟社会アメリカではこうしたことは命取りになりかねない。また、駐在員の中には、とりあえず自分で医療費を立て替えておいて、後日日本の健康保険に請求すれば現地の保険加入は不要と考えている方もいるが、緊急事態が発生したときにしっかりした保険会社のIDカードがないと診療を拒否されることがあるのもこれは大変危険である。こうした問題はクリントン改革云々以前の問題であり、こうした例に接するたびにまだまだ我々の努力が足りないと思ふ次第であるが、残念ながらこうしたケースは必ずしも珍しくはない。

さらに、一九九三年に相次いで実施されたニューヨーク州、カリフォルニア州の医療保険改革は、事業主および加入者に大きな影響を与えるものであるにもかかわらず、正

確にこれを理解している人は少ない（行政の拙速とも思われる対応も一因だが）。また、前述のように、州レベルの改正によつて、事業所ごと支店ごとでベネフィットの整合性がとれなくなったという新たな問題も発生している。

こうしたなかで、連日のように医療保険改革をめぐる情報がマスコミを賑わし、ともすればそれに振り回されかねない状況であるが、今こそ、本当に必要な情報を取捨選択し、現在の各会社の制度を分析し問題を一つ一つ解決していくことが、ブローカーおよびエージェントに求められる役割であろう。

（明治生命　ロスアンゼルス駐在員事務所　係長）