

アメリカの雇用主提供医療保険と地域市場の発展

櫻井 潤*

抄録：本稿は、アメリカの医療保障システムの主軸である雇用主提供医療保険を地域市場との関係に焦点を当てて考察することで、それが地域市場を基盤として成り立っていることを明らかにするものである。雇用主提供医療保険の誕生と発展は、保険プランの多様化と地域市場の多様な発展をもたらしてきた。雇用主提供医療保険は、医療保障システム全体の基盤である地域市場の発展を先導してきた存在であるがゆえに、医療保障システムの主軸なのである。

キーワード：雇用主提供医療保険、地域市場、マネジドケア、連邦政府職員医療給付制度 (FEHBP)、州政府職員医療給付制度 (SHBP)、アメリカ

1 問題設定

本稿の課題は、アメリカの医療保障システムの主軸である雇用主提供医療保険を地域市場との関係に焦点を当てて考察することで、それが地域市場を基盤として誕生したものであり、地域市場を基盤とする雇用主提供医療保険の多様な発展がシステム全体の地域性に基づく多様性を形作る推進力であることを明らかにすることである。雇用主提供医療保険は、単に加入者の規模が大きいからではなく、システム全体の基盤である地域市場の発展を先導してきた存在であるがゆえに、医療保障システムの主軸なのである。

本稿では、雇用主提供医療保険を地域市場に基づく医療保障制度としてとらえ、その発展が保険プランと地域市場の多様化をもたらしてきたことについて考察する。その上で、連邦政府職員医療給付制度のテキサス州における運用の事例とジョージア州の州政府職員医療給付制度をそれぞれの地域の実情に即して考察することで、雇用主提供医療保険が地域市場を基盤としていることを具体的に明らかにする。

2 雇用主提供医療保険と地域市場の多様な発展

2-1 地域市場を基盤とする雇用主提供医療保険の誕生と発展

アメリカの医療保障システムの主軸をなす雇用主提供

医療保険は、地域の医療団体や保険会社と地元企業との契約に基づいて構築される医療保障制度であり、地域市場を基盤として成り立っている。雇用主提供医療保険の発展は、各地域の病院や医師の主導性に基づく保険会社であるブルークロス (Blue Cross) とブルーシールド (Blue Shield) の誕生や発展と不可分の関係にあり、企業の論理だけでなく、各地域における医療サービスの提供側の主導性が強く発揮されることで雇用主提供医療保険のプランが開発された。

ブルークロスは、テキサス州ダラスのベイラー大学病院 (Baylor University hospital) が大不況に伴う地域病院の経営難を背景に、安定的な収入や医学教育の機会の確保を重要な動機として1929年に開発した前払いプラン (prepaid plan) を嚆矢としている。すなわち、そのプランは地元の教員の団体を対象に、月額50セントの保険料でベイラー大学病院での入院にかかわる費用を保障するものであった。この入院保障のプランは他の地域でも次々に開発され、後にブルークロス・プランと呼ばれるようになった¹。

一方で、ブルーシールドは医師の診療にかかわる費用を保障するブルーシールド・プランを販売している。ブルーシールド・プランの発展は、1930年代にカリフォルニア州で医師の診療にかかわるプランの販売が開始されたことを契機としている。ブルークロス・プランと同様に、ブルーシールド・プランも全米の各地域で急速に加入者を増やしていった²。

* 看護福祉学部人間基礎科学講座

¹ Cunningham and Cunningham (1997), pp.3-33.

各地域のブルークロスとブルーシールドは合併を繰り返し、現在では全米の各地域に39社のブルークロスやブルーシールドが存在している。各地域のブルークロスやブルーシールドは、それらを統括する全米組織のブルークロス・ブルーシールド協会（Blue Cross and Blue Shield Association ; BCBSA）に加盟している。ブルークロスとブルーシールドは非営利組織として誕生したが、1980年代以降には両者の営利の保険会社への転換が進み、現在では非営利と営利のブルークロスやブルーシールドが並存している。ウェルポイント社（WellPoint）は営利の保険会社に転換した事例として特に有名であり、その本部はインディアナ州インディアナポリス市にある。ウェルポイント社は、コネティカット州、ニューハンプシャー州、メイン州、ニューヨーク州、インディアナ州、ウィスコンシン州、オハイオ州、ミズーリ州、ジョージア州、ヴァージニア州、ケンタッキー州、コロラド州、ネヴァダ州、カリフォルニア州など、全米の多くの地域市場で営業活動を行っており、2011年にはフォーチュン500社（Fortune500）の第42位に位置している³。

地域市場を基盤として誕生した雇用主提供医療保険は、租税優遇措置をはじめとする数々の公的支援を受けながら各地域で発展し、それに伴い地域市場も多様な形で発展していった。

第1に、1940年代と1950年代には雇用主提供医療保険に関するいくつかの租税優遇措置が、内国歳入庁（Internal Revenue Service）による規定や連邦議会による立法を通して行われ、それらが雇用主提供医療保険の普及と地域市場の発展に大いに貢献した。戦時体制の下で1942年安定化法（Stabilization Act of 1942）によって賃金統制が行われると、多くの企業の雇用主は労働者を確保するための手段として、賃金統制が適用されない付加給付に注目し、雇用主提供医療保険を被用者に提供するようになった。その直後の1943年に内国歳入庁は、現金給与の支払いに代えて、雇用主から被用者に対して提供される団体医療保険の保険料を雇用主が拠出した場合に、その全額を損金として算入することを正式に認め、雇用主の拠出額が連邦の法人所得税の課税所得には含ま

れないことになった⁴。さらに1954年には、そのような雇用主の拠出が行われた場合、雇用主にとっての社会保障税（Social Security Tax）という賃金税の課税所得にも含まれず、同時に被用者にとっての連邦の個人所得税や社会保障税の課税所得にも含まれないことが内国歳入庁によって認められた。これらの租税優遇措置は、雇用主から被用者への医療保険の提供を強力に後押しした⁵。

第2に、地域保険市場で販売される雇用主提供医療保険のプランとは別に、主に大企業によって自家保険（self-insurance）という独自の制度が構築され、自家保険を通して被用者に医療保障が提供されている場合もある。連邦法の1974年被用者退職所得保障法（Employee Retirement Income Security Act of 1974 ; ERISA）が制定され、ERISAが州保険法よりも優先されるようになると、自家保険は州保険法による規制の対象から外れることになった。すなわち、自家保険を採用する企業は、州保険法による規制の下で州保険税⁶の納税義務を課されていたが、ERISAの制定によって州保険税の納税義務が免除されることになった。保険会社は、プランを購入した企業や個人などに自らの州保険税の負担を転嫁するものとして考えるとすれば、自家保険を通して被用者に医療保障を行う企業はその負担を回避できるのである。それに加えて、その企業は州保険法で定められた法定医療給付を保障する義務も免除される。さらに、医療給付準備金を保有することが可能であり、その準備金を用いて連邦債や株式などを購入し、資金運用を行うことで利子収入を得ることもできる。医療価格の高騰が続いた1980年代以降には、急速に増加する保険プランの保険料を支払う代わりに、自家保険を採用する大企業が急増した。2010年には全米の各地域に住む被用者の59%が自家保険のプランに加入しており、被用者数が1,000人から4,999人の企業と5,000人以上の企業では、被用者の加入率はそれぞれ80%と93%にも上る⁷。多くの場合、自家保険のプランは保険会社やマネジドケア組織によって販売されるプランと併存しており、それらのプランの両方が選択肢として被用者に提供されている。

自家保険も地域市場を基盤として構築されており、地域性が色濃く反映される。自家保険では、企業が各地域

² *Ibid.*, pp. 35–55. ブルークロスとブルーシールドの歴史については Anderson (1975) ; Law (1976) ; Schaal (1999) ; Starr (1982) も参照。

³ CNN社のウェブサイト (<http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2011/index.html>)。ウェルポイント社の設立の経緯についてはウェルポイント社のウェブサイト (<http://www.wellpoint.com/AboutWellPoint/index.htm>) を参照。

⁴ すなわち、内国歳入庁は1913年から、雇用主による被用者のための医療保険などの保険料の拠出額を損金として算入することが可能な福利給付として扱っていたが、それが1943年に正式に規定されたのである。Congressional Budget Office (1994), p.5.

⁵ 雇用主提供医療保険にかかわる租税優遇措置についてはCongressional Budget Office (1994) や関口 (2007) を参照。

の医療機関との間でサービスの提供や報酬などに関する契約を直接に結び、その契約内容に基づいて被用者に医療給付が行われる。さらに、自家保険を採用している企業の大半は自家保険の管理を各地域の保険会社やマネジドケア組織などに委託しており、このことから自家保険が地域市場に基づく制度であることがわかる⁶。

第3に、20人以上の被用者を雇用し、なおかつ雇用主提供医療保険を提供する雇用主は、そのプランの加入者に対して離職後の一定期間（少なくとも18ヵ月間）に限り、離職前のプランに継続して加入する権利を保障することを義務づけられている。この継続加入の制度は1985年統合包括財政調整法（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985；COBRA）によって創設された。ただし、離職者が継続加入を選択する場合には雇用主による拋出が行われないことが多く、加入者は保険料の全額を支払うことになる。

これらの公的支援が、雇用主提供医療保険の普及と同時に、地域市場の発展を強力に支えたのである。それは、地域市場を基盤とするアメリカの医療保障システムが福祉国家による数々の支援策を不可欠な条件として構築されたことを象徴的に示している。

2-2 雇用主提供医療保険の加入率の地域差

雇用主提供医療保険の加入率の主な規定要因は、企業の提供率（offer rate）、被用者の有資格率（eligibility rate）、被用者の利用率（take-up rate）であり、これらが地域ごとに異なるがゆえに加入率の地域差が生じている⁹。提供率は、「企業の総数」を「被用者に医療保険のプランを提供している企業の数」で除したものであり、有資格率は「雇用主提供医療保険のプランへの加入資格を持つ者（有資格者）の数」を「被用者の総数」で除したものと算出される。利用率は、「雇用主提供医療保険のプランの加入者数」を「有資格者数」で除したものである。

第1に、表1を用いて2010年の全米レベルでの状況を

⁶ それぞれの州政府は、地域保険市場でプランを販売している保険会社やマネジドケア組織などに対して、保険料の収入を課税ベースとする州保険税を課税している。州保険税の制度は多様であり、州によってはブルークロスやブルーシールドに対して保険税の納税を免除しているほか、保険会社などよりも低い税率を課している場合もある。

⁷ The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2010), p.155.

⁸ 自家保険についてはEmployee Benefit Research Institute (1995)を参照。

表1 雇用主提供医療保険の企業規模（被用者数）別の加入率とその規定要因*（2010年）

	企業の提供率	被用者の有資格率	被用者の利用率	被用者の加入率
3～9人	59	N/A	N/A	N/A
10～24人	76	N/A	N/A	N/A
3～24人	N/A	83	76	44
25～49人	92	84	77	59
50～199人	95	80	79	60
200～999人	98	76	81	61
1,000～4,999人	99	80	83	66
5,000人以上	99	76	82	63
全体	69	79	80	59

* 企業の提供率、被用者の有資格率、被用者の受給率については本文を参照。被用者の加入率は、雇用主提供医療保険のプランの加入者数を、プランを提供されていない者も含むすべての被用者数で除したもの。出所）The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2010) より作成。

みると、提供率と利用率は被用者数でみた企業の規模が大きくなるにつれて高く、結果として加入率も企業規模の大きさに応じて高くなる。企業の提供率は3人から9人までの被用者数を雇用する零細企業では59%であり、被用者数が10人から24人の小規模な企業では76%であるのに対して、50人以上の被用者を抱えるほぼすべての企業が医療保険を提供している。被用者の利用率には提供率ほどの差はないが、零細企業や小規模な企業の被用者の利用率は相対的に低く、それよりも大きな企業では比較的高い。加入率は、「雇用主提供医療保険のプランの加入者数」を、「プランを提供していない企業の被用者も含めたすべての被用者の総数」で除したものである。提供率の違いが加入率の相違をもたらす大きな要因であり、被用者の平均加入率が59%であるのに対して、零細企業や小企業の被用者の加入率は44%に過ぎない。2001年以降には提供率や利用率が減少傾向にあり、それらが雇用主提供医療保険の加入率の減少要因になっている¹⁰。

第2に、表2を用いて全米を4つの地域に分けてみると、企業の提供率が地域ごとに異なり、それが加入率の地域差の主な要因になっている。北東部の提供率は78%

⁹ 長谷川（2010）は、産業構造のサービス業へのシフトに伴う非正規雇用の増加が有資格率の減少をもたらすとともに、低賃金の被用者の増加が利用率の主な減少要因であることを指摘している。長谷川（2010），pp.153-164.

¹⁰ The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2010), p.48 ; p.53. Fronstin (2010)は、2000年以降の景気後退と不況の継続に伴う雇用主提供医療保険の加入率の減少を雇用関係に基づく医療給付の「侵食」(erosion)と表現している。

表2 雇用主提供医療保険の加入率の地域差とその要因
(2010年)

	企業の 提供率	被用者の 有資格率	被用者の 利用率	被用者の 加入率*
北東部	78	78	83	64
中西部	63	78	80	62
南部	67	80	79	63
西部	70	79	81	64
全米	69	79	80	63

* 雇用主提供医療保険の各プランの加入者数を、提供企業の被用者の総数で除したもの。
出所) The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2010)より作成。

であり、全米平均の69%よりも9ポイントも高い。一方で、中西部の提供率は63%しかなく、全米平均よりも6ポイント低い。有資格率や利用率にはこれらの地域の間で大きな差はみられず、加入率(資料の制約上、雇用主提供医療保険のプランの加入者数を、保険を提供している企業の被用者の総数で除したものとして算出しており、表1の加入率とは異なる)もこれらの地域の間ではほぼ同じである。ただし、同じ地域の中でも加入率は州ごとにかかなり多様であり、有資格率や利用率の州間の多様性が加入率の地域差をもたらしていると考えられる。

2-3 地域市場と保険プランの多様性

雇用主提供医療保険の普及に伴う地域市場の発展は保険プランの多様化をもたらし、それがシステム全体の多様化も推進してきた。次に、保険プランの種類やそれらの特徴について、地域市場の多様性に着目して整理を行う。

2-3-1 出来高払制 (FFS) プランと地域市場の発展

1970年代までは、全米のほぼすべての地域において、雇用主提供医療保険のプランの大半は出来高払制 (Fee For Services ; FFS) プランであった。FFSプランはサービス・プラン (Service Plans) と損失補償型保険 (Indemnity Insurance) プランに分類され、これらのプランの加入者が各地域で急速に増加していった。

第1に、1930年代頃から販売されていたFFSプランの多くはサービス・プランであり、それは主に各地域のブルークロスやブルーシールドによって販売されていた。サービス・プランの加入者は、医療サービスを利用した際に、各プランの契約で定められた金額の患者一部負担を医療機関に支払う。その後、保険会社は医療機関からの請求に応じて、医療機関に報酬を支払う。

患者一部負担は、定額控除 (deductible) と共同負担 (co-insuranceまたはco-payment) に大別される。定額控除は、医療サービスの料金のうち、保険給付が開始され

る前に加入者が負担しなければならない部分である。共同負担は、医療サービスの料金から定額控除を除いた金額の一定金額または一定割合の金額の支払いを加入者に求めるものである。医療サービスの料金が1,000ドルで定額控除が300ドルの場合、加入者は300ドルの定額控除を支払い、残りの700ドルが保険給付の対象になる。共同負担が定額の100ドルであったとすると、加入者は100ドルの共同負担を支払い、600ドルの給付を受けることになる。同じ例で共同負担が定額の20%であったとすると、加入者は700ドルの20%に相当する140ドルを支払い、560ドルの給付が受けられる。

サービス・プランの加入者は、各地域の大半の医療機関を通して医療サービスを利用し、保険給付を受けられる。すでに述べたように、サービス・プランは主に地域の病院や医師の団体であるブルークロスやブルーシールドによって販売されており、自らが地域の医療サービス市場の担い手でもある。それは保険プランを設計する上での強みであり、多くのサービス・プランでは、地域市場で医療サービスを提供している大半の医療機関と保険会社の間で契約が交わされている。それゆえに、サービス・プランでは、加入者にとっての医療機関を選択する際の自由度が、後述するマネジドケア・プランよりも高い。

第2に、1940年代以降には、全米の複数の地域保険市場で営業活動を行う商業保険会社 (commercial insurance companies) が各地域のブルークロスやブルーシールドに対抗し、損失補償型プランを本格的に販売するようになった。損失補償型プランの加入者は、医療サービスの利用時に代金の全額を医療機関に支払い、その後保険会社が加入者からの請求に応じて保険金を支払う。これは償還払いと呼ばれる報酬の支払い方法であり、償還払いは公的医療保険制度のメディケア (Medicare) などでも採用されている。ただし、現在では実際に償還払いが行われる場合はほとんどなく、メディケアのプランも含め、ほぼすべての医療保険プランでは実質的にはサービス・プランと同様の報酬支払いの仕組みが採用されている。

商業保険会社は全米の広範囲にわたって営業活動を行っているが、それぞれの地域保険市場で販売されている損失補償型プランも各地域の医療機関との契約の下で成り立っており、サービス・プランと同様に地域市場に基づいて設計されている。主な商業保険会社としては、エトナ社 (Aetna)、シグナ社 (Cigna)、ヒューマナ社 (Humana) などが存在しており、これらのすべてが2011年のフォーチュン500社に選ばれている¹¹⁾。

FFSプランでは、病院や医師への診療報酬の支払いが出来高払制 (FFS) という方式に沿って行われており、

プランごとに地域市場に基づいて価格が設定されている。FFSは医療機関によって提供された医療サービスの量に応じて診療報酬を支払う方法であり、この支払方法の下では医療サービスの提供量が増えるほど医療機関に支払われる報酬額も増加する。損失補償型保険プランでは、診療報酬は主に、地域市場の一般的、慣習的、合理的な料金（Usual, Customary, and Reasonable ; UCR）に基づいて決まる。サービス・プランの診療報酬の支払いは、保険会社と医療機関の間の契約によって決められた料金表に沿って行われるが、その大半はUCRを基準にいくらかの割引を適用した料金であり、損失補償型プランと同様に地域の慣行価格を基盤としている。医療機関が保険会社によって提示された料金表に同意する場合、医療サービスを提供するごとにその料金が診療報酬として支払われ（payment in full）、多くのプランでは医療機関が加入者に追加料金を請求してはならないという規定が定められている。ただし、医師の診療については追加料金の請求権が認められている場合もあり、それは地域の医療機関による料金の設定や料金の徴収を前提とする診療報酬の特質を象徴的に示している。

2-3-2 マネジドケア・プランと地域市場の再編

1980年代から1990年代にかけて、各種のマネジドケア・プランの販売が地域保険市場で積極化し、FFSプランに代わってマネジドケア・プランが雇用主提供医療保険の主力になった。

マネジドケア（Managed Care）の柔軟性や地域間の多様性とその激しい変化ゆえに、マネジドケアの実態に即した明確な定義が困難であることが多くの論者によって指摘されてきた。アメリカの医療政策の標準的な教科書であるPatel and Rushefsky（2006）は、マネジドケアを「医療サービスの利用を制限しようと試みるすべての医療保険プラン」¹²と定義づけており、この定義に従うとすれば、何らかの形で医療サービスの利用に制限を加えるFFSプランもマネジドケア・プランに含まれる。一方で、Kongstvedt（2009）はマネジドケア組織（Managed Care Organizations）を「（マネジドケア組織と医療機関の間で交わされる：引用者）契約に基づく医療機関の

ネットワークを通して医療サービスに関する（報酬の：引用者）支払いと提供を行う」組織¹³と定義しており、医療サービスの提供と報酬の支払いの一体性というよりは、契約に基づいて医療機関のネットワークが形成されていることがマネジドケア組織の必要条件であることを特に強調している。どちらの場合も、特定の種類の組織や特定のタイプのプランを基準にするのではなく、地域市場におけるマネジドケア・プランやマネジドケア組織の多様な実態をふまえて広義に解釈しようとしている。

以上をふまえて、マネジドケアを地域市場との関連で特徴づけるとすれば、それは地域の医療サービス市場と医療保険市場の一体的な組織化を通して医療サービスの提供と利用の両面に介入し、医療費の抑制を実現しようとする数々の試みとしてとらえることができる。医療サービスの提供と利用への介入は、医療機関のネットワークの形成、加入者によるプライマリ・ケア医師（Primary Care Physician）の選択とそれを通じた専門医による診療へのアクセスの制限、医療行為の質や適切性などに関する診療内容審査（Utilization Review）などの手段を通して行われる¹⁴。

Kongstvedt（2009）も強調しているように、医療機関のネットワークの形成はマネジドケア組織による強力な介入手段であり、それはマネジドケア・プランが地域市場に基づく保険プランの設計上の工夫であることを明確に示している。それは保険給付の対象の医療機関を特定することであり、プランによっては加入者が他の医療機関を利用した際には保険給付額を減額するか、保険給付を一切行わないという規定が保険契約の内容に加えられる。医療機関のネットワークは地域ごとに形成されるので、同じマネジドケア組織によって販売されている同じ種類のプランでも、ネットワークの編成は地域ごとに異なる。マネジドケア組織はこれらの医療機関との契約を通して医療サービスの提供に介入し、費用節約的で効果的な医療サービスの提供を促す。このような手法を用いることで、マネジドケア組織は加入者に対して各地域の指定された医療機関の選択を促し、効率的かつ合理的な医療サービスの利用を目指す。すなわち、マネジドケア・プランではFFSプランよりも医療機関の選択の幅が制限されており、その代わりに相対的に安価な保険料が実現しているのである。

¹¹ CNN社のウェブサイト（<http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2011/index.html>）。それぞれの商業保険会社による医療保険プランの販売の歴史や実績については、エトナ社（<http://www.aetna.com/about-aetna-insurance/aetna-corporate-profile/aetna-history/index.html>）、シグナ社（http://www.cigna.com/about_us/company_history.html）、ヒューマナ社（http://www.humana.com/resources/about/company_profile/）のウェブサイトを参照。

¹² Patel and Rushefsky (2006), p.418.

¹³ Kongstvedt (2009), pp.55-57.

¹⁴ 加入者によるプライマリ・ケア医師の選択や診療内容審査など、マネジドケア組織による医療サービスの提供と利用への介入手段の詳細はPatel and Rushefsky(2006) ; Kongstvedt (2009) ; Birenbaum (1997)を参照。

このような介入は、マネジドケア組織と各地域の医療機関の間の契約に基づいて実施される。マネジドケア組織は、マネジドケアの手法を取り入れた保険プランを開発し、それを地域保険市場で販売する組織である。マネジドケア組織の中には、医療機関との契約に基づく保険プランの販売にとどまらず、後述するように医療機関を所有し、それらの医療機関を通して加入者に保障を行うものも存在する。そのような形態のマネジドケア組織も、医療機関との契約に基づいてプランを販売する場合と同様に、地域の医療サービス市場と医療保険市場の一体的な組織化というマネジドケアの特質を明確に示している。

このように、マネジドケア組織による活動は地域市場のいっそうの多様化をもたらしており、地域ごとに異なる形で実施される地域市場の再編が多様なマネジドケア・プランとして表れているのである。

地域保険市場で販売されているマネジドケア・プランの多様化が進むにつれて、各プランの明確な分類が次第に困難になっている。以下では、各地域の主なマネジドケア組織の誕生や発展とともに各プランのさまざまな特徴を整理する。

第1に、HMO (Health Maintenance Organization) プランはマネジドケア・プランの中で最も古く、各地域のHMOというマネジドケア組織が特定の地域保険市場でHMOプランを販売していた。それぞれのHMOは各地域に特有の事情に基づいて設立され、HMOプランの誕生は地域性を色濃く有している。ただし、すでに述べたように、当時はFFSプランが主流であり、カリフォルニア州の一部の地域などを除けば、HMOプランの市場シェアはかなり小さかった。

1910年代から1940年代にかけて、初期のHMOは西部や西南中央部の諸州の都市部を中心に設立され、北東部の都市部やワシントンD.C.でも地域市場を基盤としてHMOが設立された。1910年には、ワシントン州タコマ市でウェスタン・クリニック (Western Clinic) が製材業者とその被用者を対象に、後のHMOプランの原型となるプランの販売を開始した。ブルークロスの場合と同様に、ウェスタン・クリニックがこのプランを販売するに至った動機は、患者の安定確保とそれを通じた診療所の収入の安定化であった。その後、同様のプランがワシントン州の他の地域やオレゴン州でも販売されるようになった。1929年には、オクラホマ州エルク市で農民を対象とする医療保険プランが地元の医師によって開発され、それは病院の設立資金に充当するための1人当たり50ドルの出資金 (shares) を支払う代わりに医療サービスを割引料金で利用できるというものであった。その後、ファーマーズ・ユニオン (Farmers Union) が1934

年にその病院と医療保険プランを引き継ぐことになった。1937年には、カイザー財団 (Kaiser Foundation) がカリフォルニア州やワシントン州で、カイザー建設会社 (Kaiser construction company) の要望に基づいて医療保険プランの販売を開始した。第二次大戦の最中の1942年には、サンフランシスコ・ベイエリアのカイザー造船所 (Kaiser shipbuilding plants) で同様のプランが開発され、これらが現在のカイザー・パーマネンテ社 (Kaiser Permanente) という全米で最大規模のHMOに成長していった。同じく1937年には、ワシントンD.C.で住宅所有者資金貸付公社 (Home Owner's Loan Corporation) がGHA社 (Group Health Association) を設立した。この公社がGHA社を設立した目的は、高額な医療費の支払いによってモーゲージ (mortgage) のデフォルトが発生することを防ぐことであった。GHA社は1994年に支払不能の状態に陥り、営利の保険会社のヒューマナ社によって買収されたが、その数年後に解散することになった。現在では、GHA社のかつての顧客は北東部のミッド・アトランティック地域のカイザー財団 (Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic) によって引き継がれている。北東部の事例としては、1944年にニューヨーク州ニューヨーク市でHIP社 (HIP of Greater New York) が設立され、ニューヨーク市政府の職員を対象とするプランの販売が開始された。そして、1947年にはワシントン州シアトル市でピュージェット湾団体医療協同組合 (Group Health Cooperative of Puget Sound) というHMOが設立された¹⁵。

HMOプランは、各地域で契約に基づいて形成される医療機関のネットワークを通して加入者に医療保障を行うマネジドケア・プランであり、加入者による医療機関の選択に対して強い制限が加えられている。加入者がネットワークに含まれない医療機関を利用した場合には、その医療サービスの料金は給付されず、加入者がその料金の全額を支払わなければならない。この他にも、加入者はネットワークの中からプライマリ・ケア医師を指定し、専門医による診療を受ける際にはプライマリ・ケア医師による承諾を得なければならないなど、医療サービスの利用に関して制約が課される。一方で、HMOプランは入院医療や医師の診療などに加えて予防サービスも含む包括的な内容の給付を行っており、患者一部負担の金額も他のプランに比べて少額である。

HMOプランは医師との契約関係に応じて、スタッフ型、グループ型、ネットワーク型、IPA (Independent Practice Association) 型、混合型の5種類に分類されており、HMOプランの種類は地域市場ごとに大きく異なる

¹⁵ Kongstvedt (2009), pp.1-4.

る。たとえば、西部や西南中央部の地域市場で大きな市場シェアを持つカイザー・パーマネンテ社は、カイザー・パーマネンテ社に直接に雇用されている医師や自らが所有する医療機関を通してスタッフ型のHMOプランを開発し、それを他のマネジドケア組織に先駆けて販売してきた実績を持っている¹⁶。グループ型は単一の医師の地域団体との契約に基づくHMOプランであり、ネットワーク型は複数の医師団体との契約に基づいている。IPA型のHMOプランを販売するマネジドケア組織はIPAという法人組織と契約し、IPAに所属する医師は自らの診療所で医療サービスを提供している。混合型は様々な型の特徴を組み合わせたHMOプランであり、地域市場の諸条件や医療機関の編成などをふまえてかなり柔軟に設計されている¹⁷。

スタッフ型などを除いて、多くのHMOプランでは医療機関への報酬は定額払い制または人頭払い制（capitation；以下「定額払い制」に統一して表記する）に則って支払われており、その料金は地域市場に基づいて設定される。定額払い制は、加入者1人につき一定額を医療機関に契約時に支払う診療報酬の支払方法であり、その報酬額はマネジドケア組織と医療機関の間の交渉を通して、地域市場における慣行料金などをふまえて設定される。FFSとは異なり、医療機関に支払われる報酬は医療サービスの提供量とは無関係なので、医療機関は医療サービスの提供費用が報酬額を超えることで赤字が生じることのないように注意しなければならない。それゆえに、定額払い制の下では、医療機関によって提供される医療サービスが適切な量に抑えられ、医療費の節約が実現されることが期待されている。ただし、医療サービスの提供や利用に対する他の介入手段と同じく、定額払い制が期待通りの医療費の節約効果をもたらすかどうかについては明確な証拠が提出されておらず、地域市場における定額払い制の意義は依然として不明瞭である。

第2に、PPO（Preferred Provider Organization）プランは、1980年代以降に各地域でHMOプランの加入者数が急増したことを背景に、商業保険会社がマネジドケア組織に対抗し、地域保険市場で市場シェアを奪い返すことを目的として開発したマネジドケア・プランである。PPOプランの加入者数は、1980年代末頃から1990年代にかけて大きく増加し、現在ではPPOプランの加入者数が

¹⁶ 詳細はカイザー・パーマネンテ社のウェブサイト (<https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/aboutus.do>) を参照。

¹⁷ HMOプランの分類やそれぞれの種類のHMOプランの内容についてはBirenbaum (1997)；Patel and Rushefsky (2006)；Kongstvedt (2009)を参照。

すべての医療保険プランの中で最も多い。

PPOプランも地域市場に基づくものであり、ブルークロスやブルーシールドや営利保険会社などと契約関係にあるPPOという医療機関の地域団体が、自らの医療機関のネットワークを通して加入者に医療サービスを提供するマネジドケア・プランである。多くの場合、PPOプランはFFSに基づいて報酬の支払いを受けるが、契約の際には各地域のFFSプランで適用されている報酬額からの割引が保険会社との間で交渉される。HMOプランとは異なり、加入者がネットワークに含まれない医療機関を利用した際にも給付が行われるが、料金に対する給付の割合はネットワークの利用時よりもいくらか小さく、割引率は20%前後であることが多い。さらに、多くのPPOプランではHMOプランに比べてサービスの利用に関する制限が少ない。たとえば、PPOプランの中には、加入者がプライマリ・ケア医師を指定しなければならない場合でも、専門医による診療を受ける際にプライマリ・ケア医師による事前の承諾が不要であるものが存在する。PPOプランは、医療機関の選択の幅をHMOプランよりも広く設定すると同時にFFSプランよりも安価な保険料を提示することで、多くの地域保険市場で数多くの加入者を獲得してきたのである。

第3に、POS（Point of Service）プランはHMOプランとPPOプランの両方の特徴を兼ね備えており、それらと同様に地域市場を基盤とするマネジドケア・プランである。加入者が医療機関のネットワークを通してサービスを利用した場合、患者一部負担はHMOと同様に相対的に少額であるのに対して、PPOプランと同じくネットワークに含まれない医療機関を利用した場合には保険給付額が減額され、加入者はもっと高額な患者一部負担を支払わなければならない。医療機関のネットワークの利用についてはHMOとほぼ同様であるが、一方でネットワークには含まれない医療機関への支払いは主にFFSに基づいて行われる。POSプランは主に商業保険会社によってPPOプランとともに地域保険市場で販売されていたが、他のマネジドケア・プランと同様に、現在では各地域のブルークロスやブルーシールドもPOSプランの販売に力を入れている。

第4に、2000年代には消費者主導型医療プラン（Consumer-Directed Health Plan；CDHP）という新たなプランが主に商業保険会社によって販売されるようになり、それは地域保険市場で次第に存在感を強めている。CDHPは、高額定額控除型医療プラン（High Deductible Health Plan；HDHP）とHRA（Health Reimbursement Accounts）や健康貯蓄口座（Health Savings Accounts；HSA）などの個人口座を組み合わせたものである。

HDHPはマネジドケア・プランの急速な普及とそれに

表3 雇用主提供医療保険のプラン別の加入状況と地域差 (2010年)

	北東部	中西部	南部	西部	全米	
(%)	加入者の構成 ^{*1}	100	100	100	100	100
	FFSプラン	1	1	1	1	1
	HMOプラン	26	11	12	33	19
	PPOプラン	53	62	67	47	58
	POSプラン	8	6	10	7	8
	HDHP	13	20	10	12	13
(ドル)	月額保険料の平均 ^{*2}	1,123	876	822	841	899
	FFSプラン	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	HMOプラン	1,333	908	929	916	1,028
	PPOプラン	998	947	848	882	905
	POSプラン	2,000	808	628	907	974
	HDHP	707	658	710	382	632
	定額控除の負担額の平均	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	FFSプラン	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	HMOプラン	693	516	696	N/A	601
	PPOプラン	561	660	673	814	675
	POSプラン	N/A	908	1,065	N/A	1,048
	HDHP	1,765	2,000	1,902	1,868	1,903

^{*1} 各プランの加入者数を加入者数の総数で除したものの。小数点第一位を四捨五入しているため、各プランの加入者の割合を足し合わせたものが100にならない場合もある。

^{*2} 単身者が加入する場合。

出所) The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2010)より作成。

伴う地域市場の再編を前提としており、マネジドケアの手法を取り入れている場合も多い。HDHPの定額控除は他のプランよりも高額に設定されており、加入者は定額控除の全額を支払った後に給付を受けられる。定額控除や給付に関する規定はプランごとに多様であり、大半のHDHPでは加入者による患者一部負担の支払額に上限が設定されているほか、医療機関のネットワークを活用しているプランもある。HRAとHSAは、医療費の支払いに限定して適用される租税優遇措置であり、HDHPの加入者がこれらの個人口座を開設できる。これらの個人口座は、2003年メディケア処方薬・改善・現代化法(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003; MMA)によってHSAが創設されたことをきっかけに急速に普及していった。CDHPが雇用主提供医療保険として実施される場合、雇用主や個人口座の所有者である被用者またはその家族が口座への繰り入れを行う。それらの繰り入れ額は非課税(雇用主による繰り入れは損金参入)であり、保険料や患者一部負担を支払うために被用者によって個人口座から引き出された金額と運用益がすべて所得控除の対象になる。HRAとHSAの双方が連邦の財務省(Department of the Treasury)による規制の下にあり、HRAはさらに形態に応じて各州の保険法やERISAや労働省(Department of Labor)などによる規制の適用を受けることがあるが、実際の利用に関して両者の間に大きな違いは存在しない。

CDHPは幅広い層の人々にとって魅力的な医療保障としてとらえられており、多くの地域保険市場で加入者数が着実に増加している。確かに、HRAやHSAの利用に関して租税優遇措置を受けられることが、ミドルクラスや高所得者を中心とする幅広い所得層の加入者の獲得につながっている。それに加えて、個人口座からの引き出しは残額の減少に直結する一方で、逆に医療サービスを利用せずに個人口座からの引き出しを行わないことが残額の増加をもたらすがゆえに、CDHPは若年層に有利な医療保障としてとらえることもできる¹⁸。ただし、地域市場との関連で特に重要なのは、多くのHDHPの保険料が地域保険市場で販売されている他のプランよりもかなり安価であり、それが多くの低所得者を引きつけていることである。アメリカの医療保障システムの課題は、手の届く価格で医療保障を獲得できるようにすることであり、CDHPは地域市場を通してその課題に取り組もうとする試みであると評価できる。

以上のように、1980年代後半以降には地域保険市場の主力がFFSプランからマネジドケア・プランやCDHPにシフトし、地域の医療サービス市場と医療保険市場の関係がますます複雑になっている。各地域の医療機関は、ブルークロスやブルーシールド、商業保険会社、マネジドケア組織のいずれかではなく、複数の保険会社またはマネジドケア組織と契約している場合がほとんどである。マネジドケア・プランの販売も複雑化しており、HMOプランに加えてPPOプランやPOSプランを販売しているHMOや、HMOプランを販売している商業保険会社などのほか、各地域の多くのブルークロスやブルーシールドも各種のマネジドケア・プランやHDHPを販売している。

2-3-3 地域市場の多様な発展と保険プランの多様性

医療保険プランが地域市場を基盤とするものであるがゆえに、各プランの加入状況には地域差が存在しており、それらの内容も地域ごとに異なる。表3は、雇用主提供医療保険として提供されている各プランの加入状況や保険料や患者一部負担について、全米を4つの地域に分けて比較したものである。

第1に、各プランの加入率には地域差があり、西部と北東部ではHMOプランの加入率が相対的に高いのに対して、中西部と南部ではPPOプランの加入率が北東部や西部よりも高い。中西部のHDHPの加入率は20%であり、全米平均の13%よりも7ポイントも高い。こうした提供率の地域差は、地域保険市場における保険会社やマ

¹⁸ CDHPについてはCongressional Budget Office (2006)を参照。

ネジドケア組織の編成、各プランの販売状況、各プランの保険料や患者一部負担の条件などがそれぞれ異なるがゆえに生じている。

第2に、各プランの保険料の月額も地域ごとに異なる。北東部ではHMOプランの保険料の平均額が他の地域よりも高く、全米のすべてのHMOプランにおける保険料の平均額との差額は305ドルである。PPOプランの保険料も北東部で相対的に高額であるが、HMOプランに比べると地域差は小さい。POSプランの保険料は同じく北東部で格段に高く、全米のすべてのPOSプランにおける保険料の平均額が974ドルであるのに対して、北東部のそれは2,000ドルにも上る。一方で、南部のPOSプランの保険料は628ドルであり、全米の平均額よりも346ドルも少なく、HMOプランやPPOプランの保険料も全米の平均額よりも安価である。HDHPの保険料が相対的に安価なのは西部であり、それは全米の平均額の632ドルよりも250ドルも少ない。

第3に、加入者による定額控除の負担額も地域ごとに異なる。資料の制約ゆえに統一的な比較が困難であるが、北東部ではHMOプランの負担額が相対的に高い一方でHDHPのそれは他の地域よりも少ない。南部でもHMOプランの負担額が相対的に高いが、他のプランについては全米平均とほぼ同額である。中西部ではHMOプランとPOSプランの負担額が全米平均よりも少なく、HDHPの定額控除の負担額は他の地域よりも高額である。西部については、この地域で大きな市場シェアを誇るHMOプランの負担額が不明であるが、PPOプランの負担額は他の地域よりも高く、全米平均よりも139ドルも高い。

以上のように、雇用主提供医療保険の普及に伴う地域市場の発展がプランの多様化をもたらし、それが医療保障システム全体の多様化を推し進めているのである。雇用主提供医療保険は単に多くの国民を対象としているだけでなく、システム全体を貫く地域性とそれに基づく多様性をいっそう強める推進力であるがゆえに、システムの主軸として存続しているのである。

民間企業だけでなく、雇用主としての政府も政府職員に対して雇用主提供医療保険を提供しており、大規模なものとしては連邦政府職員医療給付制度（Federal Employees Health Benefits Program ; FEHBP）と州政府職員医療給付制度（State Health Benefits Program ; SHBP）がある。以下では、FEHBPとSHBPという雇用主提供医療保険が地域市場を基盤として成り立っていることを考察する。なお、FEHBPやSHBPは公的医療保障制度に分類することもできるが、これらが各地域における雇用関係に基づいて成り立っていることをふまえて、本稿ではこれらを雇用主提供医療保険として分類し、メディケアや

メディケイド（Medicaid）などの公的医療保障制度とは区別する。

3 連邦政府職員医療給付制度（FEHBP）：テキサス州における運用の事例

FEHBPは連邦政府の人事院（Office of Personal Management）によって運営される雇用主提供医療保険であり、ほぼすべての現役の文官の連邦職員や退職者とそれらの人々の家族を対象としている¹⁹。2010年時点での加入者数は約900万人であり、FEHBPは全米で最も多くの加入者数を持つ最大規模の雇用主提供医療保険である。FEHBPの収入と支出は連邦の公務員医療給付基金（Employee Health Benefits Fund）で管理されている。

FEHBPのプランも地域保険であり、雇用主である連邦政府と各地域の保険会社やマネジドケア組織の契約に基づいて、地域保険市場で多様なFEHBPの民間プランが販売されている。表4に示されるように、FEHBPのプランには、すべての州とワシントンD.C.で販売される14種類の全米型プランと、特定の州または州内の地域で販売される地域限定型プランが存在する。全米型プランはすべてFFSプランであるのに対して、地域限定型プランはHMOプランとCDHPとHDHPで構成されている。すべての州とワシントンD.C.で少なくとも1種類の地域限定型プランが販売されており、全米型プランとあわせて15種類から29種類のプランに加入する選択肢が保障されている。ニューヨーク州では全米型プランの数を上回る15種類の地域限定型プランが販売されており、イリノイ州、ジョージア州、テキサス州、ペンシルヴェニア州でも10種類以上の地域限定型プランが販売されている。

FEHBPの各プランの加入者は保険料の約25%を支払い、雇用主である連邦政府が残りの約75%を負担する。すなわち、保険料に関する連邦政府の拠出割合は、すべてのプランの加重平均保険料の72%分と、各プランの保険料の75%分のうち少ないほうに設定される。加入者は保険料の約4分の1を支払うことでそれぞれのプランに加入できるのであり、プランの選択肢が豊富であることに加えて、FEHBPは雇用主の拠出割合についても被用者にとって条件の良い雇用主提供医療保険であるといえよう²⁰。さらに、プランごとに違いがあるとはいえ、FEHBPの各プランの給付内容は総じて、他の医療保障制度における同じタイプのプランに比べて充実した内容である²¹。

FEHBPのプランの多様性について、加入者数と販売

¹⁹ 一定期間や特定の季節のみ雇用されている人々はFEHBPの加入資格を認められていない。

されているプラン数が南部で最も多いテキサス州における運用の事例を用いて詳しく考察する。表5は、テキサス州の地域保険市場で販売されているFEHBPの保険プランの種類や保険料についてまとめたものである。

テキサス州では、14種類の全米型プランに加えて10種類の地域限定型プランが販売されている。全米型プランのうち3種類と地域限定型プランのうち5種類がCDHPまたはHDHPであり、それらの保険料は多くのFFSプランやHMOプランに比べて安価である代わりに、定額控除がそれらのプランよりも高額に設定されている。全米郵便配達労働組合（National Postal Mail Handlers Union）によって販売されている「Mail Handlers Benefit Plan Value」という全米型プランの月額保険料は285.91ドルであり、この地域で最安値のFEHBPのプランである。一方で、ヒューマナ社がサンアントニオ市の周辺地域とオースティン市の周辺地域で限定的に販売している「Humana Health Plan of Texas San Antonio」の月額保険料は768.54ドルであり、それは「Mail Handlers Benefit Plan Value」の保険料の約2.7倍にも上る。

テキサス州のFEHBPの加入者は、保険料の金額、医療機関のネットワーク、患者一部負担などを比較した上で24種類のプランの中から1つを選択し、保険料のうち本人の負担分を支払う。エトナ社が販売する「Aetna Open Access」というHMOプランに単身で加入する場合、雇用主の拠出割合を75%とすると、加入者は月額610.05ドルの保険料の25%に相当する152.51ドルを支払う。

このように、複数の民間プランが地域保険市場で販売されることで、FEHBPの資格要件を満たす各地域の連邦職員とその家族に対して多様な選択肢が保障されている。メディケアのプライバタイゼーションを主な議題とする2003年メディケア処方薬・改善・現代化法（MMA）の審議過程では、共和党の保守派の議員を中心とする多くの者がFEHBPをメディケアの改革のモデルと位置づけていた。すなわち、メディケアのプライバタイゼーションの重要な課題が、地域保険市場で販売されるメディケアの民間プランの数を増やすことで、FEHBPと同様にメディケアの加入者に対して保険プランの選択肢を提供することであるという見解が示され、それがMMAによる改革の基本路線になったのである²⁰。それは、アメリカでは医療保障においても選択の自由が特に重視されており、しかもそれが地域市場を基盤とするシ

表4 各州の連邦政府職員医療給付制度（FEHBP）のプラン数（2011年）^{*1}

	全米型 ^{*2} FFS プラン	地域限定型 HMOプラン・ CDHP・HDHP	合計	
北東部	【ニュー・イングランド】			
	コネティカット	14	1	15
	ニューハンプシャー	14	1	15
	ヴァーモント	14	1	15
	マサチューセッツ	14	2	16
	メイン	14	1	15
	ロードアイランド	14	1	15
	【ミドル・アトランティック】			
	ニュージャージー	14	4	18
	ニューヨーク	14	15	29
ペンシルヴェニア	14	10	24	
中西部	【東北中央部】			
	イリノイ	14	11	25
	インディアナ	14	9	23
	ウィスコンシン	14	6	20
	オハイオ	14	5	19
	ミシガン	14	9	23
	【西北中央部】			
	アイオワ	14	7	21
	カンザス	14	5	19
	サウスダコタ	14	3	17
	ネブラスカ	14	1	15
	ノースダコタ	14	3	17
	ミズーリ	14	7	21
ミネソタ	14	3	17	
南部	【サウス・アトランティック】			
	ウェストヴァージニア	14	2	16
	サウスカロライナ	14	1	15
	ジョージア	14	10	24
	デラウェア	14	2	16
	ノースカロライナ	14	1	15
	ヴァージニア	14	7	21
	フロリダ	14	8	22
	メリーランド	14	7	21
	ワシントンD.C.	14	5	19
	【東南中央部】			
	アラバマ	14	1	15
	ケンタッキー	14	5	19
	テネシー	14	2	16
ミシシッピ	14	1	15	
【西南中央部】				
アーカンソー	14	2	16	
オクラホマ	14	2	16	
テキサス	14	10	24	
ルイジアナ	14	2	16	
西部	【山岳部】			
	アイダホ	14	4	18
	アリゾナ	14	3	17
	コロラド	14	2	16
	ニューメキシコ	14	3	17
	ネヴァダ	14	2	16
	モンタナ	14	2	16
	ユタ	14	4	18
	ワイオミング	14	3	17
	【海洋部】			
	アラスカ	14	1	15
	オレゴン	14	2	16
	カリフォルニア	14	9	23
ハワイ	14	3	17	
ワシントン	14	5	19	

²⁰ アメリカ郵便公社（U. S. Postal Service）の職員などについては資格要件や雇用主の拠出率が異なる。

²¹ FEHBPの詳細な内容についてはU. S. Office of Personnel Management（2009）を参照。

^{*1} U. S. Census Bureauの地理区分に基づいて地域を分類した。

^{*2} 特定の者のみが加入できるプランを含む。

出所）U. S. Office of Personnel Managementのウェブサイト（<http://www.opm.gov/insure/health/rates/index.asp>）；U. S. Census Bureauのウェブサイト（[http://www.census.gov/geo/www/us_regdiv.pdf#search=census bureau region map](http://www.census.gov/geo/www/us_regdiv.pdf#search=census+bureau+region+map)）より作成。

表5 テキサス州で販売されている連邦政府職員医療給付制度（FEHBP）のプラン（2011年）

（ドル）

プランの名称	オプション	種類	月額保険料		
			本人	本人と家族	
全米型 (14) *	APWU Health Plan	High CDHP	FFS CDHP	477.08 336.70	1078.72 757.47
	Blue Cross and Blue Shield Service Plan (Basic)	Basic	FFS	453.48	1061.97
	Blue Cross and Blue Shield Service Plan (Standard)	Standard	FFS	578.61	1306.89
	Compass Rose Health Plan*	High	FFS	510.49	1184.93
	Foreign Service Benefit Plan*	High	FFS	493.96	1181.46
	GEHA Benefit Plan	High	FFS	567.62	1290.97
		Standard	FFS	346.62	788.28
	GEHA High Deductible Health Plan	HDHP	HDHP/FFS	380.81	869.79
	Mail Handlers Benefit Plan	Standard	FFS	611.20	1398.76
	Mail Handlers Benefit Plan Consumer Option	HDHP	HDHP/FFS	394.77	894.51
	Mail Handlers Benefit Plan Value	Value	FFS	285.91	681.63
	NALC	High	FFS	552.07	1202.61
	Panama Canal Area Benefit Plan*	High	FFS	409.24	854.21
	Rural Carrier Benefit Plan*	High	FFS	565.83	1155.79
SAMBA	High	FFS	661.68	1558.25	
	Standard	FFS	501.78	1145.95	
地域限定型 (10)	Aetna HealthFund	CDHP	CDHP	500.48	1175.42
		HDHP	HDHP	341.38	747.63
	Aetna Open Access	High	HMO	610.05	1536.80
	Firstcare	High	HMO	489.08	1467.29
	Humana CoverageFirst Austin Area	CDHP	CDHP	493.22	1109.72
	Humana CoverageFirst Corpus Christi Area	CDHP	CDHP	417.54	939.47
	Humana CoverageFirst San Antonio Area	CDHP	CDHP	470.84	1059.39
	Humana Health Plan of Texas Austin	High	HMO	590.92	1329.55
		Standard	HMO	511.85	1151.65
	Humana Health Plan of Texas Corpus Christi	High	HMO	524.40	1179.92
		Standard	HMO	463.08	1041.95
	Humana Health Plan of Texas San Antonio	High	HMO	768.54	1729.24
Standard		HMO	487.46	1096.79	
Pacificare of Texas	High	HMO	543.25	1249.95	

※ 特定の者のみが加入できるプランを含む。

出所) U. S. Office of Personnel Managementのウェブサイト (<http://www.opm.gov/insure/health/planinfo/2011/states/tx.asp>) より作成。

システムの重要な条件として確保されるべきであるという考え方を示している。ただし、こうした選択の自由や充実した給付内容は連邦政府から地域市場へと多額の財政資金が投入されることを条件として成り立っており、福祉国家の財政システムを通じた財源の裏づけがあっはじめて医療保障システムが機能しているのである。

4 州政府職員医療給付制度（SHBP）：ジョージア州の事例

SHBPは州政府から州政府の現役職員や退職者とその家族などに対して提供される雇用主提供医療保険であ

り、すべての州とワシントンD. C.がそれぞれ独自のSHBPを実施している。以下では、ジョージア州のSHBPである州政府医療給付プラン（State Health Benefit Plan；SHBP）について考察することで、SHBPにおける地域の主導性について考察する。

ジョージア州のSHBPは、州政府の現役職員とその家族、州立学校の教職員、退職者とその家族を対象とする雇用主提供医療保険であり、地域保健局の公務員医療給付課（Department of Community Health, Public Employee Health Benefits Division）が運営している。加入者数は2011年4月1日の時点で約69.4万人であり、これらの者は州政府と保険会社やマネジドケア組織の間の契約に基づいて提供されるいくつかのプランの中から1つを選択し、所定の保険料を支払うことでそのプランに加入する。

²² 詳細はU. S. Congress, Senate, Committee on Finance (2004)を参照。

表6 ジョージア州の州政府職員医療給付制度 (SHBP) のプラン (2011年)

(ドル)

プランの名称	月額保険料 (加入者の負担額)				保険料の割増	
	本人のみ	+ 配偶者	+ 子供	+ 配偶者と子供	タバコ	配偶者
United Healthcare HMO	110.22	260.14	264.26	284.94	80	50
United Healthcare HRA	68.74	210.10	215.16	228.28	80	50
United Healthcare HDHP	59.84	194.14	199.02	210.86	80	50
Cigna HMO	110.22	260.14	264.26	284.94	80	50
Cigna HRA	68.74	210.10	215.16	228.28	80	50
Cigna HDHP	59.84	194.14	199.02	210.86	80	50

*1 現役の正規職員や65歳未満の退職者でメディケアの受給者ではない者などに適用されるものであり、パートタイム職員や教員などにはもっと高額な保険料が適用される。65歳以上のメディケア受給者には、指定されたメディケアのパートCのプランに加入する場合に限り、州政府が保険料の一部を負担する。

*2 新規加入者はHRAプランとHDHPのいずれかに加入できる。

出所) State of Georgia, Department of Community Healthのウェブサイト (http://dch.georgia.gov/00/channel_title/0,2094,31446711_52230955,00.html) より作成。

表6は、ジョージア州のSHBPのプランと各プランの加入者が支払う保険料の月額である。ジョージア州のSHBPのプランは全部で10種類であり、HMOプラン、HRAを伴うCDHP (以下「HRAプラン」)、HDHPに加えて、「Standard」と「Premium」というメディケアのパートCの民間プランで構成されている (表7を参照)。これらのプランは、全米に渡って多様なプランを販売しているユナイテッドヘルスケア社 (UnitedHealthCare) とシグナ社によって販売されており、2社がそれぞれ5つのタイプのプランを販売している。

ジョージア州のSHBPではいくつかの独特な規定が定められており、それらは他の医療保障制度への加入の誘導や健康的な生活を送るためのインセンティブの付与などを通して保険給付費を抑え、それによって保険料の高騰を防ぐことを主な目的としている。第1に、2009年以降に新規に加入する者はHMOプランに加入することができず、HDHPとHRAプランのどちらかに加入しなければならない。第2に、65歳未満の対象者に配偶者がいる場合で、その配偶者が勤務先の雇用主提供医療保険の加入資格を持つにもかかわらずそれに加入していない場合には、割増料として各プランの月額保険料に50ドルが上乘せされる。第3に、過去1年の間にタバコを喫煙していた者がSHBPのプランに加入する場合、各プランの月額保険料に割増料の80ドルが上乘せされる^{23, 24}。

表6では各プランの保険料のうち加入者の負担額のみが示されており、SHBPの有資格者が単身でHMOプランに加入する場合、この者は月額110.22ドルの保険料を支払う。雇用主の拠出が行われないCOBRAのプランの保険料との比較から試算すると、これらのプランに関する雇用主の拠出割合は7割から8割程度であり²⁵、FEHBPと同程度に好条件であるといえよう。ただし、これらは現役の正規職員や65歳未満の退職者でメディケアの加入

者ではない者などに適用されるものであり、パートタイム職員や教員などにはもっと高額な保険料の支払いが求められる。HRAプランとHDHPの保険料はHMOプランの保険料よりも安価である反面、HRAプランとHDHPの定額控除の金額や共同負担の割合はHMOプランよりも高く設定されている。各プランの保険料のうち加入者の負担額は、同じ種類のものであればどちらの保険会社のプランであっても同額であり、患者一部負担の条件も同じである。ただし、COBRAのプランの保険料はシグナ

²³ E・コールドウェルの代表作の『タバコ・ロード』は、ノースカロライナ州をはじめとする南部の諸州にかつて存在していた広大なタバコ畑で小作農として働くブア・ホワイトが、19世紀後半以降の急速な経済発展の中で取り残された南部の土地にしがみつきながら、物質的にも精神的にも貧しい生活を送っていた様子を鋭く描いている。21世紀初頭の現在では、SHBPというジョージア州の地域保険市場で有数の雇用主提供医療保険の制度を通して、現役労働者や退職者によるタバコの喫煙に対して負の経済的なインセンティブが付与されている。これは、自分自身の生活を振り返ることで自らの健康を確保することを基本とする自立重視の医療保障システムへの再編を象徴的に示しており、ジョージア州という地域にとって大きな前進のための工夫とともに歴史の皮肉であるといえるかもしれない。Caldwell (1932)。

²⁴ ジョージア州のSHBPの詳細は、State of Georgia, Department of Community Health (2010a); State of Georgia, Department of Community Health (2010b); State of Georgia, Department of Community Health (2010c); State of Georgia, Department of Community Health, State Health Benefit Planのウェブサイト (http://dch.georgia.gov/00/channel_title/0,2094,31446711_32021041,00.html) を参照。

社のプランよりもユナイテッドヘルスケア社のプランのほうが高額である。このことをふまえると、雇用主の拠出額は前者よりも後者のほうが高く設定されており、結果として加入者の負担額が同額になっていると考えられる。

さらに、同じ種類のプランでも、ユナイテッドヘルスケア社とシグナ社によって販売されるプランの内容はそれぞれ異なる。これらのプランの独自性に関して特に注目すべきなのは、双方の保険会社のHRAプランで、予防活動や健康的な生活を奨励するための経済的なインセンティブの付与が行われていることである。すなわち、加入者が健康診断や年に一度の予防接種やオンライン上での健康指導などを受けた場合、その加入者のHRAに保険会社からの特別給付金（Extra Benefit）が繰り入れられるのである。保険料の割増制度と同様に、保険会社によるこのような保険商品の設計上の工夫は、経済的なインセンティブを通して加入者に健康の自立的な確保を促すことで保険給付費の膨張を抑え、保険料を手の届く金額に留めようとする試みであると評価できる。同時に、それは州政府と地域保険市場に参入した大手の保険会社の間の交渉を通して設計されたSHBPのプランにおける工夫として行われており、医療保障システムが地域市場を基盤として成り立っていることを象徴するものであるといえよう。

表7に示されるように、加入者の約90%がユナイテッドヘルスケア社のプランに加入しており、ユナイテッドヘルスケア社はシグナ社よりもはるかに大きな市場シェアを獲得している。ユナイテッドヘルスケア社は、全米の各地域で約7,000万人の顧客にサービスを提供している最大規模の保険会社である。ユナイテッドヘルスケア社はSHBPだけでなく、他のプランも含め、ジョージア州の地域保険市場のほぼ全域にわたって大きな市場シェアを獲得している²⁶。

ジョージア州政府は、SHBPを安定的に実施するために、地域保険市場で積極的な営業活動を行うユナイテッドヘルスケア社との間で強力なパートナーシップを結んでいる。ユナイテッドヘルスケア社は、SHBPなどのプランのネットワークへの参加に関して契約を結んでいたジョージア州の病院や医師との間で、自らの他のプランのネットワークにそれらの病院や医師を強引な方法で参加させるなど、いくつかのトラブルを抱えていた。2005

²⁵ State of Georgia, Department of Community Health (2010 a) やState of Georgia, Department of Community Health, State Health Benefit Planのウェブサイト (http://dch.georgia.gov/00/channel_title/0,2094,31446711_32021041,00.html) の情報に基づいて試算を行った。

表7 ジョージア州の州政府職員医療給付制度(SHBP)の加入者数とその構成(2011年4月)

プランの名称	加入者数(人)	構成比(%)
United Healthcare HMO	273,189	39.4
United Healthcare HRA	251,544	36.3
United Healthcare HDHP	22,184	3.2
United Healthcare Standard	38,349	5.5
United Healthcare Premium	37,535	5.4
Cigna HMO	29,723	4.3
Cigna HRA	34,247	4.9
Cigna HDHP	3,087	0.4
Cigna MA Standard	1,693	0.2
Cigna MA Premium	1,981	0.3
合計	693,532	100.0

出所) State of Georgia, Department of Community Healthのウェブサイト (http://dch.georgia.gov/00/article/0,2086,31446711_32021041_33053573,00.html) より作成。

年に、ジョージア州政府とユナイテッドヘルスケア社は医療機関のネットワークに関して以下のような契約上の取り決めを交わしている。すなわち、ユナイテッドヘルスケア社はSHBPのプランのネットワークに参加している医師に対して、ユナイテッドヘルスケア社が販売している他のプランのネットワークへの参加を拒否する権利や、それらのネットワークから退出する権利を保障することと、診療報酬の計算方法などの説明を適切に行うことを義務づけられたのである²⁷。これらは、州法に基づく保険規制とは別に行われた契約上の規定である。こうした取り決めを行うことで、州政府はユナイテッドヘルスケア社に対して、地域保険市場におけるSHBPのプランの販売を公正なルールに基づいて継続的に行うことを期待していると評価できよう。このように、州政府はSHBPの実施に関して保険会社に責任を持たせながら、地域保険市場を最大限に活用しようとしている。

一方で、シグナ社はSHBPのメディケア・アドバンテージ・プランの販売に関して、メディケアの民間プランの販売に関して多くの実績を持つヒューマナ社と提携しており、その提携を通してユナイテッドヘルスケア社に対抗しようとしている。すなわち、SHBPのプランの

²⁶ 詳細は、ユナイテッドヘルスケア社のウェブサイト (<http://www.uhc.com/home.htm>) や、ジョージア州の地域保険市場で販売されているプランや、それらのプランを販売している保険会社やマネジドケア組織に関する情報を提供する組織であるジョージア医療保険(Georgia Health Insurance)のウェブサイト (<http://www.georgia-health-insurance.org/index.php>) を参照。

²⁷ ジョージア州政府による2005年11月17日の報道発表 (http://www.georgia.gov/00/press/detail/0,2668,78006749_79688147_93280208,00.html) を参照。

販売に関して、それぞれの保険会社またはマネジドケア組織が自らのノウハウや医療機関のネットワーク網を駆使して競争を繰り広げているのである。ただし、その競争も、ジョージア州政府による各種の保険規制や契約上の取り決めによって競争条件の整備が図られるとともに、州政府から地域保険市場へと雇用主拠出という形で多額の財政資金が投入されていることを条件として行われている。ジョージア州のSHBPでは、地域保険市場が本来的に競争的であるというよりは、州政府による保険規制や契約上の取り決めと、雇用主拠出という形で地域保険市場に対する財政資金の投入が行われているからこそ、加入者にとって手の届く金額の保険料が実現しているのである。

むすびにかえて

アメリカの医療保障システムの主軸である雇用主提供医療保険は、地域市場を基盤として成り立っている。雇用主提供医療保険の発展は保険プランの多様化と地域市場の多様な発展をもたらし、その多様な地域市場を活用する形で公的医療保障制度が機能している。雇用主提供医療保険を補完するものとして公的医療保障制度があり、さらに各地域の医療機関の主導性に基づく割引診療やフリーケアが加わることで、システムの全体が成り立っている。このように、医療保障システムの全体が地域市場を基盤としており、雇用主提供医療保険の発展がこのような特質を強める要因として現在まで存続しているのである。

本研究の成果をふまえて、公的医療保障制度と割引診療やフリーケアが地域市場を基盤として構築されているという重要な特質について、各地域における各制度の具体的な内容に即して明らかにすることを今後の研究課題としたい。

参 考 文 献

Anderson, Odin W. (1975), *Blue Cross Since 1929 : Accountability and the Public Trust*, Ballinger Publishing Company.

Birenbaum, Arnold (1997), *Managed Care : Made in America*, Praeger.

Caldwell, Erskine (1932), *Tobacco Road*, Scribners (E・コールドウェル著／杉木喬訳 (1958)『タバコ・ロード』岩波文庫).

Congressional Budget Office (1994), *The Tax Treatment of Employment-Based Health Insurance*.

Congressional Budget Office (2006), *Consumer-Directed*

Health Plans : Potential Effects on Health Care Spending and Outcomes.

Congressional Budget Office (2007), *The State Health Insurance Program*.

Cunningham Robert III and Cunningham Robert M. Jr. (1997), *The Blues : A History of the Blue Cross and Blue Shield System*, Northern Illinois University Press.

Employee Benefit Research Institute (1995), *ERISA and Health Plans, EBRI Special Report SR-31*, EBRI Issue Brief, No.167.

Fronstin, Paul (2010), *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured : Analysis of the March 2010 Current Population Survey, Employee Benefit Research Institute Issue Brief, No. 347*.

The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *Employer Health Benefits Annual Survey, various issues*.

Kongstvedt, Peter R. (2009), *Managed Care : What It Is and How It Works (Third Edition)*, Jones and Bartlett Publishers.

Law, Sylvia A. (1976), *Blue Cross : What Went Wrong ? Second Edition*, Yale University Press.

Patel Kant and Rushefsky Mark (2006), *Health Care Politics and Policy in America (Third Edition)*, M. E. Sharpe.

Schaal, Samuel (1999), *Lone Star Legacy : The Birth of Group Hospitalization and the Story of Blue Cross and Blue Shield of Texas*, Odenwald Press.

Starr, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine : The Rise of a Sovereign Profession and the making of a Vast Industry*, Basic Books.

State of Georgia, Department of Community Health (2010a), *Navigating Your State Health Benefit Plan : Active Enrollee Decision Guide 2011*.

State of Georgia, Department of Community Health (2010b), *Navigating Your State Health Benefit Plan : New Enrollee Decision Guide 2011*.

State of Georgia, Department of Community Health (2010c), *Navigating Your State Health Benefit Plan : Retiree Decision Guide 2011*.

U. S. Congress, Senate, Committee on Finance (2004), *Strengthening and Improving the Medicare Program*, U. S. Government Printing Office.

U. S. Office of Personnel Management (2009), *Federal Employees Health Benefits Program Handbook*.

関口智 (2007)「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 (上)(下)」、『税務弘報』中央経済社, 55巻11・12号, 共に106~116頁

中浜隆 (2006)『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社

長谷川千春 (2010)『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

Employer-Sponsored Health Insurance and Development of Local Market in the United States

Jun SAKURAI

Abstract : This paper examines Employer-Sponsored Health Insurance in the United States emphasizing a focus on the characteristic that it is based on local market. The establishment and the development of Employer-Sponsored Health Insurance diversified health insurance plans and these are inseparably-linked to diverse development of local market. That is why Employer-Sponsored Health Insurance is main shaft of local market based health security system in the United States.

Key Words : Employer-Sponsored Health Insurance, local market, managed care, Federal Employees Health Benefits Program, State Health Benefits Program, United States of America