

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

中浜 隆

(小樽商科大学教授)

はじめに

アメリカでは、保険業はおもに州政府が監督規制を行っている。州保険局（保険監督当局）の長官である保険監督官によって構成される全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners : NAIC）は小雇用主医療保険の改革のために、1990年代初めにモデル法3件とモデル規則1件を制定した¹⁾。それらは「契約更新保証」「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」「料率規制」「再保険プール」について定めている²⁾。そしてほとんどの州政府は、モデル法とモデル規則の制定を受けて1990年代に6つの手段に関する法律を制定し、実施している³⁾。

本稿は、上記の改革の手段のなかで「料率規制」を取り上げる。料率設定方式の基本的種類には、料率幅方式、調整地域料率方式、純粹地域料率方式がある。1990年モデル法と1992年モデル法は料率幅方式を採用している。1995年モデル法は、1991年12月の制定当初は料率幅方式を採用したが、1995年3月の改正によって調整地域料率方式に変

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

更している。モデル法は、純粹地域料率方式は採用していない。

モデル法が定める料率幅方式の特徴は、第1に、別個の契約クラスの設定と危険特性の使用を認めていることである。しかし第2に、保険者が使用できる被保険者の特性の種類を明示し、階層料率方式で生じていたリスク細分化を抑止しようとしていることである。第3に、契約クラス内と契約クラス間の料率の格差および年間の料率の引き上げを制限し、継続料率方式の悪用を防止していることである。

他方、調整地域料率方式の特徴は、第1に、別個の契約クラスの設定を禁止していることである。第2に、保険者が使用できる危険要因の種類を大幅に制限し、階層料率方式で生じるリスクの細分化を大幅に抑制していることである。第3に、危険特性の使用を禁止することによって、継続料率方式の採用を禁止していることである⁴⁾。

本稿の目的は、NAICモデル法・モデル規則と各州保険法・保険規則が定める料率幅方式と調整地域料率方式の規制内容を比較し、両者の異同について考察することにある。

注1) 本稿では、3件のモデル法をそれぞれ「1990年モデル法」(1990年12月制定)、「1992年モデル法」(1991年12月制定、92年12月一部改正)、「1995年モデル法」(1991年12月制定、92年12月一部改正、95年3月大幅改正、2000年12月大幅改正)、モデル規則を「1992年モデル規則」(1992年12月制定)と表記する。これらについては、中浜(2003a)を参照。

2) 「契約更新保証」「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」については中浜(2003b)を、「再保険プール」については中浜(2003c)を参照。

3) 2004年5月時点で、ハワイ州・ペンシルバニア州・コロンビア特別区は、小団体(従業員2人~50人)に対する「契約更新保証」「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」について定めた連邦法の1996年HIPA法(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)の制定を受けて、これら4つの手段を実施

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

している。しかし、同法は「料率規制」と「再保険プール」については定めていないために、これら2つの手段は実施していない。1996年HIPA法については、中浜（2003a）を参照。

- 4) NAICモデル法・モデル規則が定める料率規制については、中浜（2004）を参照。

1. 料率幅方式

2004年において、34州が料率幅方式を採用している⁵⁾。本章では、そのうちの主要14州（人口500万人以上の州）の料率規制の主要な内容（保険者が使用できる危険要因や料率格差の制限など）について叙述する⁶⁾。

①アリゾナ州

アリゾナ州は、契約クラスについて定義していない⁷⁾。被保険者の特性に関しては「人口統計的特性（demographic characteristics）」を「保険料率を設定するさいに保険者が考慮する客観的要因」と定義しており（アリゾナ州保険法第20-2301条A項8を参照）、その種類については明示していない。しかし、健康状態関連要因・産業・契約の継続期間は、人口統計的特性には含まれない。

「健康状態関連要因（health status-related factor）」とは、医療保険に加入しているまたは加入する予定の本人または扶養家族の健康に関連したあらゆる要因であり、「健康状態」「病状」「保険金支払実績」「受療」「病歴」「遺伝情報」「保険可能体の証拠（evidence of insurability）」「身体・精神障害の存在」が含まれる（第20-2301条A項12を参照）⁸⁾。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

なお、上記の健康状態関連要因は、1996年HIPA法でも定められている（42 U.S.C. §300gg-1(a)(1)(2003)を参照）。1996年HIPA法は、本人または扶養家族に関わる健康関連要因に基づいて団体内の「類似した状況にある加入者」の保険料よりも高い保険料を支払うことを団体医療保険の保険者が（新契約加入または契約更新の条件として）加入者に要求すること（つまり健康関連要因に基づいて団体内の「類似した状況にある加入者」の保険料に格差をつけること）を禁止している（42 U.S.C. §300gg-1(b)(1)(2003)を参照）。

そして、保障内容が同じまたは類似した医療保険に加入し、家族構成と地域が同じまたは類似した小雇用主に対する料率の格差を「指標料率±60%」つまり「4:1」以内に制限している。

年間の料率の引き上げ率は、①基礎料率の変化率、②15%、③保障内容・家族構成・地域・人口統計的特性による調整、の合計以内に制限しており、1992年モデル法とほとんどまったく同じである。

②カリフォルニア州

カリフォルニア州は「リスクカテゴリー（適格従業員の特性）」として、年齢・地域・家族構成・医療保険の使用を認めている。小雇用主団体のそれぞれの適格従業員に適用される料率（上記の危険要因を使用して算定する料率）が「標準従業員リスク料率（standard employee risk rate）」である（カリフォルニア州保険法第10700条(v)項と(x)項を参照）。なお、料率期間は6か月以上でなければならない。

そして「リスク調整係数（risk adjustment factor）」として健康状態の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「標準従業員リスク料率±10%」つまり「1.22:1」以内に制限している。リスク調整係数は、小雇用主団体のそれぞれの標準従業員リスク料率に均一に適用

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

されなければならない。

料率の引き上げについては、リスク調整係数の引き上げ率を前料率期間に適用されたリスク調整係数の10%以内に制限している。リスク調整係数は、12か月以内に修正することはできない。

③フロリダ州

フロリダ州は、調整地域料率 (modified community rate) を算定するさいに、年齢・性別・地域・家族構成・喫煙のみの使用を認めている。そして、健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間による料率の調整によって生じる料率の格差を「調整地域料率±15%」以内に制限している。

フロリダ州が健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間による料率の調整を認めたのは2000年7月である。フロリダ州保険法は「保険者は調整地域料率方式 (modified community rating methodology) を使用しなければならない」と定めている (第6699条(6)項(b)を参照)。

NAICモデル法が定める料率幅方式は「危険特性 (健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間)」の使用を認めているが、それによって生じる料率の格差を制限している。他方、調整地域料率方式と純粹地域料率方式は「危険特性」の使用を禁止している。これによれば、フロリダ州は料率幅方式である。なお、GAO (2003) も同州を料率幅方式としている⁹⁾。

料率の引き上げについては、団体の構成が変化しないまたは給付内容が変更されないならば、新契約日または契約更新日から12か月間、保険者は料率を変更することはできない。保険者は、健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間によって、更新保険料に対して年間10%を上回らない調整をすることができる。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

④ジョージア州

ジョージア州は、プール料率を算定するさいに「人口統計的引受要因 (demographic underwriting factors)」として、年齢・団体規模・家族構成・性別・地域・産業・職業・嗜好（喫煙等）の使用を認めている。産業を使用する場合には、それによって生じる料率の格差を「基礎係数1.0±15%」以内に制限している。「プール料率 (pool rate)」とは、上記の人口統計的引受要因によって調整された、保険者の小団体医療保険プール内のすべての小団体における従業員または扶養家族に対する平均料率である（ジョージア州保険規則第12条(1)項(k)と(5)項(b)を参照）。料率期間は12か月未満であってはならない。

そして、それぞれの小団体の保険金支払実績である「団体経験係数 (group experience factor)」の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「プール料率±25%」以内に制限している。

契約更新時の料率の引き上げについては、1料率期間における団体経験係数の引き上げ率を15%以内に制限している。プール料率の引き上げ率については定めていない（制限していない）。

⑤イリノイ州

イリノイ州は、契約クラスについて定義し、契約クラスの種類を3つ定め、契約クラスの数も4つまで認めている。しかし、保険監督官は契約クラスの追加設定を認可することができる。

被保険者の特性とは「小雇用主に対して保険料率を設定するさいに保険者が考慮する小雇用主の人口統計的・地理的・その他の客観的特性」である。客観的特性 (objective characteristics) とは「測定できるまたは観察できる諸事象」であり、測定できる特性として「遅延加

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

入者である従業員の数」を、観察できる特性として「雇用主の地域」または「従業員の性別」を例示している（イリノイ州保険法第93/10条を参照）¹⁰⁾。健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間は、被保険者の特性には含まれない。

契約クラス内の料率の格差と契約クラス間の指標料率の格差に対する制限は、1992年モデル法と同じである。年間の料率の引き上げ率に対する制限も、1992年モデル法と同じである。

⑥インディアナ州

インディアナ州は、被保険者の特性を「小雇用主に対して保険料率を設定するさいに保険者が考慮し決定する小雇用主の人口統計的またはその他の適切な特性」と定義しており（インディアナ州保険法第8章第15節第6条を参照）、その種類については明示していない。しかし健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間は、被保険者の特性には含まれない。

そして健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「中間料率±35%」つまり「2.08:1」以内に制限している。「中間料率 (midpoint rate)」とは、被保険者の特性と医療保険が類似した小雇用主に適用される基礎料率と最高料率の算術平均である（第8章第15節第4条を参照）。

年間の料率の引き上げ率に対する制限は、1992年モデル法と同じである。

⑦ミネソタ州

ミネソタ州は、被保険者の特性を「小雇用主に対して保険料率を設定するさいに保険者が考慮し決定する小雇用主の明確な特性」と定義

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

しており（ミネソタ州保険法第62L.02条6項を参照）、その種類については明示していない。ただし「性別」の使用は禁止している。

そして健康状態・保険金支払実績・産業・契約の継続期間の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「指標料率±25%」以内に制限している。これに加えて、年齢の使用によって生じる料率の格差を「指標料率±50%」まで認めている。また、保険者は保険監督官の認可を受けて、3つまでの地域を設定し、それぞれの地域に対して別々の指標料率を設定することができる。ただし、地域間の指標料率の格差は20%以内でなければならない。

年間の料率の引き上げ率は、①指標料率の変化率、②雇用主の従業員または扶養家族の保険金支払実績・健康状態・契約の継続期間による、年間15%を上回らない調整、③保障内容の変更または被保険者の特性の変化による調整、の合計以内に制限しており、①が1992年モデル法（同法は「新契約の料率の変化率」）と異なっている。

⑧ミズーリ州

ミズーリ州の主要な料率規定は、以下の点以外は1992年モデル法と1992年モデル規則と同じである。すなわち、保険者が被保険者の特性として「産業」を使用する場合、1992年モデル法は最高の料率係数を最低の料率係数の15%以内に制限しているが、ミズーリ州法は10%以内に制限している（第379.936条1項(6)を参照）。また「団体規模」を使用する場合、1992年モデル規則は最高の料率係数を最低の料率係数の20%以内に制限しているが、ミズーリ州法は制限していない。

年間の料率の引き上げ率に対する制限も、1992年モデル法と同じである。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

⑨ノースカロライナ州

ノースカロライナ州は、被保険者の特性として年齢・性別・家族構成・地域の使用を認めている。保険者は、これらの危険要因のみに基づいて料率を算定する調整地域料率方式を使用しなければならない（ノースカロライナ州保険法第50節第130条(b)項を参照）。そして、同じ医療保険に加入し、被保険者の特性が類似した小雇用主に課される料率の格差を「調整地域料率±20%」以内に制限している。

「調整地域料率±20%」は「被保険者の特性」以外の危険要因の使用によって生じる料率の格差に対する制限である。つまりノースカロライナ州は、健康状態などの使用を認めている。前記のように、料率幅方式は「健康状態」に基づく料率の格差を認めているが、調整地域料率方式と純粋地域料率方式は禁止している。これによれば、ノースカロライナ州は料率幅方式である。なお、GAO（2003）は同州を調整地域料率方式としている。

料率の引き上げについては、団体の構成が20%以上変化しないまたは給付内容が変更されないならば、新契約日または契約更新日から12か月間、保険者は料率を変更することはできない。年間の料率の引き上げ率は、①調整地域料率の変化率、②保険金支払実績・健康状態・契約の継続期間による、年間15%を上回らない調整、③保障内容の変更または被保険者の特性の変化による調整、の合計以内に制限している。こうした制限方法・内容も、モデル法が定める料率幅方式のそれと基本的に同じである。

⑩オハイオ州

オハイオ州は、被保険者の特性として地域・年齢・性別・産業・団体規模・保険者が設定するその他の客観的基準の使用を認めている。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

産業を使用する場合には、それによって生じる料率の格差を「全産業分類に関わる料率係数の算術平均±15%」以内に制限している。

そして健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「中間料率±35%」以内に制限している。中間料率の定義（オハイオ州保険法第3924.01条(k)項を参照）は、上記のインディアナ州保険法のそれと同じである。

年間の料率の引き上げ率に対する制限は、1992年モデル法と同じである。

⑩テネシー州

テネシー州は、契約クラスを「保険者の記録に示される小雇用主のすべてまたは別個のグループ化」と定義している（テネシー州保険法第2203条(7)項を参照）が、契約クラスの種類と数については定めていない。被保険者の特性は「小雇用主に対して保険料率を設定するさいに保険者が考慮し決定する小雇用主の人口統計的またはその他の客観的特性」と定義しており（第2203条(6)項を参照）、インディアナ州保険法の定義とほとんど同じである。被保険者の特性として「産業」を使用する場合には、それによって生じる料率の格差を「全産業分類に関わる料率係数の算術平均±15%」以内に制限している。

そして健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用を認め、契約クラス内の料率の格差を「指標料率±35%」以内に、また契約クラス間の指標料率の格差を25%以内に制限している。中間料率の定義（第2203条(15)項を参照）は、1992年モデル法の指標料率のそれと同じである。

年間の料率の引き上げ率に対する制限も、1992年モデル法と同じである。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

⑫テキサス州

テキサス州の主要な料率規定は、以下の点以外は1992年モデル法と1992年モデル規則と同じである。すなわち、被保険者の特性は「小雇用主に関して、雇用主の従業員が居住する地域、それぞれの従業員と扶養家族の年齢と性別、従業員と扶養家族の数、保険者が決定する適切な産業分類、保険者が設定するその他の客観的基準」と定義している。しかし健康状態・契約の継続期間・加入者の妊娠またはその可能性は、被保険者の特性には含まれない（テキサス州保険法第1501.201条(2)項を参照）。

年間の料率の引き上げ率に対する制限も、1992年モデル法と同じである。

⑬バージニア州

バージニア州は、危険分類要因（risk classification factors）として、年齢・性別・地域の使用を認めている。保険者は、これら3つの危険要因のみに基づいて地域料率を算定しなければならない。地域料率（community rate）とは「同じまたは類似した医療保険について、年齢・地域・性別の特性が同じすべての小雇用主団体に課される平均料率」である（バージニア州保険法第3431条B項を参照）。なお、料率期間は12か月である。

そして健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用を認め、それによって生じる料率の格差を「地域料率±20%」以内に制限している。健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間による料率の調整は、当該小雇用主のすべての加入者に課される料率に均一に適用されなければならない。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

バージニア州は「地域料率」を算定しなければならないことを明記しているが、それを「危険特性」によって調整することを認めている点で、フロリダ州とノースカロライナ州と同じである。GAO (2003) は同州を料率幅方式としている。

⑭ ウィスコンシン州

ウィスコンシン州は、契約クラスを「保険監督官が定めた規則にしたがって決定された小雇用主のすべてまたは別個のグループ化」と定義している（ウィスコンシン州保険法第635.02条(3)項を参照）。それは、小雇用主間における保険種類・マーケティング方法・契約の継続期間の差異に関わりなく、① 医的引受けされた保険のすべての小雇用主、② 医的引受けされなかった保険のすべての小雇用主、③ 非系列保険者との特定の再保険特約によって引き受けられた保険のすべての小雇用主であり、保険者はこれら以外の契約クラスを設定することはできない。

「医的引受けされた保険 (medically underwritten policy)」とは、保険者が危険選択のために、団体の保険金支払実績または適格加入者の病歴に関する情報を使用したあとに引き受けられた保険である（ウィスコンシン州保険規則第8.54条(2)項(b)を参照）。

被保険者の特性とは、年齢・性別・地域のような人口統計的・保険数理に基づく特性である。保険金支払実績・健康状態・職業・契約の継続期間・その他の保険金支払実績に関連する要因は、被保険者の特性には含まれない。

そして、上記の「被保険者の特性」に含まれない危険要因の使用を認め、同じまたは類似した医療保険に加入し、被保険者の特性が同じ小雇用主に対する料率の格差を「中間料率±30%」以内に制限してい

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

る。中間料率とは、基礎料率と最高料率の算術平均である（ウィスコンシン州保険法第635.02条(4m)項を参照）。

年間の料率の引き上げ率に対する制限は、1992年モデル法と同じである。

- 注5) 筆者は、Westlaw と LexisNexis のデータ・ベースにより、各州保険法・保険規則が定める料率規定を2003年11月に調査した。そしてその後、規定の改正が行われているかどうかを確認するために、2004年5月に再度調査している。
- 6) 2003年7月において、14州の人口は料率幅方式を採用している全州の人口の78.4%を占めている。なお、各州の人口は推定値であり、U.S. Department of Commerce, U.S. Census Bureau による。
- 7) アリゾナ州保険法には、契約クラスの定義など、契約クラスに関わる規定は存在しない。以下本文で叙述する各州の料率規制において、アリゾナ州のように契約クラスについて定めていない場合、この点の叙述は省略する。
- 8) 「類似した状況にある加入者 (similarly situated individual)」の規定と例示については、45 C.F.R. §146.121(d) (2004)を参照。
- 9) GAO (2003) は、料率幅方式と調整地域料率方式の要件を以下のように叙述している。
- ・料率幅方式
保険料は小団体間で健康要因やその他の要因（たとえば年齢・団体規模・産業のような要因）によって制限範囲内で変わりうる。
 - ・調整地域料率方式
健康状態の使用を禁止している。保険料は小団体間で地域・家族構成・その他の要因（たとえば年齢や性別のような要因）によって制限範囲内で変わりうる。
- 10) 1992年モデル法は、遅延加入者 (late enrollee) を「当初加入期間 (initial enrollment period) が最低30日間であるならば、医療保険の約款で当初加入期間中に加入資格があり、当初加入期間のあとに医療保険の加入を求める適格従業員または扶養家族」と定義している（第3条R項を参照）。

2. 調整地域料率方式

2004年において、12州が調整地域料率方式を採用している。本章では、各州の料率規制の主要な内容（保険者が使用できる危険要因や料率格差の制限など）について叙述する¹¹⁾。

①アラバマ州

アラバマ州は、調整地域料率を算出するさいに年齢・性別・地域・家族構成のみの使用を認めている。そして、年齢の使用によって生じる加入者1人当たりの料率の格差を400%以内に制限している。また、上記の4つの危険要因の使用によって生じる料率の格差を「0.75～1.25」の範囲内に制限している。保険者が団体規模を使用する場合には、それによって生じる料率の格差を「0.85～1.15」の範囲内に制限している。

料率の変更（引き上げ）に対する制限は、1995年モデル法と同じである。

②コロラド州

コロラド州は、被保険者の特性として年齢・地域・家族構成の使用を認めている。保険者は「単一の指標料率（single index rate）」を算出しなければならない。単一の指標料率は地域料率（community rate）と同一であり、すべての小団体保険の経験を使用して計算される。すべての小雇用主に適用される料率は、単一の指標料率に基づき、被保険者の特性と医療保険によって調整されなければならない（コロラド州保険規則4-6-7第5条A項(1)を参照）。しかし、被保険者の特性と医療保険の使用によって生じる料率の格差については制限してい

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

ない。

③コネチカット州

コネチカット州は、年齢・性別・地域・産業・団体規模・家族構成の使用を認めている。他方、健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用は明示的に禁止している。

小雇用主の料率は、上記の分類（危険要因）を反映させるために調整される地域料率（community rate）に基づいて算定されなければならない。そして、産業がいかなる産業分類にも関わる料率係数であるならば、それによって生じる料率の格差を「全産業分類に関わる最高料率係数と最低料率係数の算術平均±15%」以内に制限している。また、団体規模に関わる最高の料率係数と最低の料率係数の比率を「1.25 : 1.0」以内に制限している。

料率の変更（引き上げ）に対する制限については、いかなる料率の調整も被保険者の特性を反映させなければならない。また、産業に関わる料率係数の引き上げ率を年間5%以内に制限している。

④メイン州

メイン州は、年齢・職業または産業・地域・家族構成・団体規模・喫煙・ウェルネスプログラムへの参加の使用を認めている。そして、年齢・職業または産業・地域の使用によって生じる料率の格差を「地域料率±20%」以内に制限している。

「地域料率（community rate）」とは、上記の7つの危険要因による調整前の、すべての適格小団体に課される料率である（メイン州保険法第2808-B条1項Bを参照）。

なお、ウェルネスプログラム（wellness programs）とは、企業が

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

従業員と扶養家族の病気を予防・早期発見し、健康的なライフスタイルを促進するために実施しているプログラムである。それには「健康診断プログラム」と「ライフスタイル管理プログラム」がある。「健康診断プログラム」には、一般的な健康診断や各種の検診がある。「ライフスタイル管理プログラム」には、禁煙プログラム・フィットネスプログラム・減量プログラム・栄養プログラム・ストレス管理プログラムがある。

⑤メリーランド州

メリーランド州は、年齢・地域・家族構成のみによる地域料率 (community rate) の調整を認めている。つまり、保険者が使用できる危険要因の種類は1995年モデル法の規定と同じである。

メリーランド州保険法は、地域料率について「地域料率を算定するさいに、健康状態または職業または本項で明示的に認可していないその他のいかなる要因とも関わりなく、医療保険が保障しているすべての危険の経験に基づく料率設定方法を保険者は使用しなければならない」と定めている (第15-1205条(a)項(1)を参照)。そして、年齢と地域による料率の調整を「地域料率±40%」つまり「2.33:1」以内に制限している。

⑥マサチューセッツ州

マサチューセッツ州は、被保険者の特性として年齢・家族構成・産業・団体規模・適格従業員の保険加入率の使用を認めている。年齢・家族構成・産業の使用によって生じる料率の格差は制限していない。他方、団体規模と適格従業員の保険加入率の使用によって生じる料率の格差は一定の範囲内に制限している。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

保険者は実際の事業費のみに基づいて団体規模による料率の調整を行うことができるが、その値は0.95～1.05の範囲でなければならない。また、保険者は「従業員5人以下の団体に対して100%、従業員6人以上の団体に対して75%」の最低限加入要件を下回る加入率の医療保険に対して料率の調整を行うことができるが、その値の範囲については明示していない。

被保険者の特性（5つの危険要因）のみに基づいて算定する料率が「団体基礎保険料率（group base premium rates）」である。それは、それぞれの適格小団体のすべての適格従業員と適格扶養家族に課される保険料の合計を適格従業員数で割った「団体平均保険料率（group average premium rates）」である（マサチューセッツ州法第I部第22編第176J章第1条を参照）。全危険要因の使用によって生じる料率の格差に対する制限として、それぞれの小団体に課される団体基礎保険料率を最低の団体基礎保険料率の2倍までに制限している。

保険者は「団体基礎保険料率」に対して、以下の料率の調整を行うことが認められている。①保険者は給付水準（数理的給付額の比率）による料率の調整を行うことができる。②保険監督官は毎年、地域によるリスク調整のために、州を少なくとも5つの地域に区分しなければならない。保険者は地域による料率の調整を行うことができるが、その値は0.8～1.2の範囲でなければならない。③保険監督官が定める最低限の基準を満たしているウェルネスプログラムを従業員に提供している適格小団体に対して保険者は料率を割り引くことができるが、その値は0.95～0.99の範囲でなければならない。

⑦ミシガン州

ミシガン州は2004年1月から料率規制を実施している。保険者は、

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

医療保険の保険料を調整するために、10の地域まで設定することができる。そして、地域ごとの保険料を設定するさい、非営利の保険者（ブルークロス・ブルーシールド）は産業と年齢のみを、HMOは産業・年齢・団体規模のみを、営利の保険者は産業・年齢・団体規模・健康状態のみを使用することができる。

そして、非営利の保険者とHMOが設定する保険料の格差を「指標料率±35%」以内に、営利の保険者が設定する保険料の格差を「指標料率±45%」以内に制限している。指標料率とは、ある地域において、それぞれの医療保険について保険者が小雇用主に課す、従業員1人当たりの基礎保険料（＝最低保険料）と最高保険料の算術平均である（ミシガン州保険法第3701条(1)項を参照）。

保険者は、上記の危険要因のほかに、医療保険の種類・家族構成・メディケアの受給資格も使用することができる。保険者は、ある地域のすべての小雇用主に対して、すべての危険要因を均一に適用しなければならない。また、医療保険の種類・家族構成・メディケアの受給資格を除いて、保険者は混合料率（composite rate）のみによって小雇用主団体の料率を設定しなければならず、小雇用主団体の1人または複数の従業員の保険料が他の従業員の保険料よりも高く設定することはできない。

保険料の引き上げ率は「指標料率の年間の引き上げ率」と「産業・年齢・団体規模・健康状態（上記のように保険者によって異なる）に基づく引き上げ率（年間15%以内）」の合計以内に制限している。

ミシガン州は、使用できる危険要因の種類は保険者によって異なっている。また、産業・年齢・団体規模・健康状態の使用によって生じる料率の格差は制限しているが、医療保険のオプション・家族構成・メディケアの受給資格の使用によって生じる料率の格差は制限してい

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

ない。

また、ミシガン州は「指標料率±x%」の手法で料率の格差を制限している。前章で叙述したように「指標料率±x%」は料率幅方式で採用され、「危険特性」の使用によって生じる料率の格差を制限している。それに対してミシガン州は、第1に「危険特性」の使用は禁止しており（ただし営利の保険者については「健康状態」の使用を認めている）、第2に「指標料率±x%」は「被保険者の特性」の使用によって生じる料率の格差を制限している点において料率幅方式と大きく異なっており、むしろ調整地域料率方式に該当しているといえる。

⑧ニューハンプシャー州

ニューハンプシャー州は、年齢と団体規模のみに基づいて地域料率に格差をつけることを認めている。小雇用主に課されるすべての保険料は、地域料率方式のみに基づかなければならない。

地域料率は、性別・地域・職業・健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間による修正が行われず、それぞれの家族構成（単身・夫婦・家族を含む）に対して計算される単一の平均保険料として設定されなければならない（ニューハンプシャー州保険法第420-G:4条I項(a)を参照）。

そして、年齢の使用によって生じる料率の格差を「3:1」以内に制限している。また、団体規模に基づく最高係数を最低係数の20%以下に制限している。

⑨ニュージャージー州

ニュージャージー州は、年齢・性別・地域のみに基づいて地域料率を調整することを認めている。地域料率方式とは、保険に加入するす

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

べての人々に対して保険者が設定する保険料が、年齢・性別・健康状態・地域・職業に関わりなく、リスクプール全体の経験に基づいて同じである料率設定方式である（ニュージャージー州保険法第27A章第17条を参照）。

そして、3つの危険要因の使用によって生じる料率の格差を200%以内に制限している。

⑩オレゴン州

オレゴン州は、年齢・地域・家族構成のみの使用を認めている。そして、地域の使用によって生じる料率の格差を「地域平均料率±33%」以内に制限している。「地域平均料率 (geographic average rate)」とは、それぞれの地域における最低の保険料と最高の保険料の算術平均である（オレゴン州保険法第743.730条(16)項(a)を参照）。しかし、年齢と家族構成の使用によって生じる料率の格差については制限していない。

料率の変更（引き上げ）に対する制限については、保険者は12か月以内に料率を引き上げることはできない。料率の引き上げ率は、①地域平均料率の変化率、②年齢の変化と家族構成の差異による調整、の合計以内に制限している。

⑪ロードアイランド州

ロードアイランド州は、年齢・性別・家族構成のみの使用を認めている。保険者は、調整地域料率に基づいて料率を算出しなければならず、上記の危険要因のみによって料率に格差をつけることができる。

そして、家族構成の使用によって生じる料率の格差を4倍以内に制限している。年齢と性別の使用によって生じる料率の格差については

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

制限していない。

料率の変更（引き上げ）に対する制限については、1995年モデル法と同じである。

⑫ワシントン州

ワシントン州は、保険者が調整地域料率を算定するさいに、年齢・地域・家族構成・ウェルネス活動のみの使用を認めている。そして、年齢の使用によって生じる料率の格差を375%以下に制限している。また、ウェルネス活動による料率の割引率を20%以内に制限している。

料率の変更（引き上げ）に対する制限については、1995年モデル法と同じである。

注11) 各州の料率規制において、料率の変更（引き上げ）について定めていない場合、この点の叙述は省略している。

3. 純粋地域料率方式

NAICモデル法は純粋地域料率方式について定義しておらず、したがって同方式は採用していない。

アメリカアクチュアリー会と会計検査院の定義によれば、純粋地域料率方式は、同じ医療保険に加入する小雇用主に対して、地域と家族構成のみを使用して料率を設定する方式である¹²⁾。

しかし、地域と家族構成以外の危険要因の使用を認めていても、年齢と性別の使用によって生じる料率の格差を厳しく制限している場合には「ほとんど純粋な地域料率方式（nearly pure community

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

rating)」とみなす論者もいる¹³⁾。

上記の定義にしたがえば、純粋地域料率方式を採用している州はニューヨーク州とバーモント州である（ニューヨーク州は2003年の同州保険法、バーモント州は2004年の同州保険法・保険規則による）。

ニューヨーク州は、1993年に小雇用主医療保険の改革を実施した。料率規制では、それ以来、地域と家族構成のみの使用を認める純粋地域料率方式を採用している。

バーモント州は、小団体保険の保険料を設定するさいに「地域料率方式 (community rating method)」を使用しなければならない。そのさいに、危険分類要因である「年齢」「性別」「地域」「産業」「医的審査・査定」「経験料率方式」「階層料率方式」「段階料率方式」の使用を禁止している。保険監督官は、地域料率方式で危険分類要因の使用を認める場合、そのための基準と方法を規則で定めなければならない。ただしその場合、保険料は「地域料率±20%」以内でなければならない。また保険監督官はいかなる医的審査・査定をも認めてはならない（バーモント州保険法第4080a条(h)項を参照）。

規則では、個々の小団体に対して、地域料率を上記の危険分類要因（料率設定方法）によって調整することができるが、保険料は「地域料率±20%」以内でなければならない（ただし非営利の保険者は地域料率の調整を認めてられていない）。

しかしこうした規定に関わらず、2000年1月1日時点で、保険者は新契約の保険料を地域料率から乖離させることはできない。また保険者は、以下のスケジュールにしたがって、2000年1月1日時点における保有契約の保険料の乖離を段階的に廃止しなければならない（バーモント州銀行・保険・証券・医療規則99-H

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

第B条8項を参照)。

- ・ 契約応当日が2000年1月1日から2000年12月31日までのすべての更新契約：15%までの乖離
- ・ 契約応当日が2001年1月1日から2001年12月31日までのすべての更新契約：10%までの乖離
- ・ 契約応当日が2002年1月1日から2002年12月31日までのすべての更新契約：5%までの乖離
- ・ 契約応当日が2003年1月1日以後のすべての更新契約：乖離なし

バーモント州は、1992年に小雇用主医療保険の改革を実施した。料率規制では、料率の格差を当初「地域料率±40%」に制限したが、1994年に「地域料率±20%」に変更した¹⁴⁾。そして、新契約の料率の格差を2000年に禁止している。また、更新契約の料率の格差を2000年から段階的に縮小し、2003年に禁止している。

したがって現在、保険者は同じ医療保険に加入する小雇用主に対して「家族構成」のみを使用して料率を算定しなければならない。家族構成とは、①単身、②2人(大人2人または大人1人子供1人)、③家族である。その他の分類は、保険監督官が認可した場合、届出・使用することができる(バーモント州銀行・保険・証券・医療規則99-H第B条3項を参照)。

注12) 中浜(2004)を参照。

13) Hall(2000/2001),p.377. なお、Hallは7州が「純粋地域料率方式」または「ほとんど純粋な地域料率方式」を採用しているとしている(Hall,2000,p.184)。

14) Hall(1998),p.9. なお、中浜(2004)の第2章で叙述したように、コ

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

スル保険監督官（バーモント州）は1995年3月開催のNAIC執行委員会で「バーモント州は80%の料率格差を認めており」と発言しているが、「80%の料率格差」とは「地域料率±40%」のことを指している。しかし厳密に言えば、1995年3月時点では「地域料率±20%」に変更している。

他方、フィックス氏（ニューメキシコ州）は「ニューメキシコ州議会は、調整地域料率方式を採用し、性別に基づく料率の格差を制限する州規制への変更を最近、採択した」と発言している。

ニューメキシコ州は1991年に小雇用主医療保険の改革を実施し、料率規制として料率幅方式を採用したが、年齢・性別・地域・喫煙習慣のみを使用して料率を算定する調整地域料率方式を1995年1月に採用している。しかし、調整地域料率方式は「新契約」の「加入者が負担する保険料」に対してのみ適用されている（雇用主が支払う保険料に対しては「健康状態」と「職業または産業」を使用して算定することを認めている）。ニューメキシコ州保険法第59A章第23C節第5.1条を参照。

4. 危険要因と料率格差

表1は、1990年代後半において「年齢」と「健康状態」の使用によって生じる料率の格差を制限している州数を示したものである。

まず年齢については、次章第2節で叙述するように、2003年または2004年に料率幅方式と調整地域料率方式を採用しているすべての州は年齢の使用を認めている。

1999年に年齢の使用によって生じる料率の格差を制限しているのは16州であり、料率の格差を1倍超2倍未満に制限している州（4州）もあれば、5倍以上6倍未満に制限している州（2州）もあり、格差の範囲は州によって異なっている。料率の格差を禁止しているのは1州（ニューヨーク州）のみである。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

表1 「年齢」と「健康状態」による料率の格差を制限している州数

年齢					
格差の範囲	1995年	96年	97年	98年	99年
禁止	1	1	1	1	1
1.1~1.9 1	3	3	4	4	4
2.0~2.9 1	3	5	5	5	5
3.0~3.9 .1	3	3	1	1	1
4.0~4.9 1	1	2	2	3	3
5.0~5.9 1	1	1	2	2	2
6.0~6.9 1	0	0	0	0	0
未制定	38	35	35	34	34
合計	50	50	50	50	50
健康状態					
格差の範囲	1995年	96年	97年	98年	99年
禁止	9	11	12	14	13
1.1~1.9 1	23	22	22	19	21
2.0~2.9 1	8	9	9	9	8
3.0~3.9 .1	0	0	0	0	0
4.0~4.9 1	0	0	0	0	0
5 1	3	3	3	3	3
未制定	7	5	5	5	5
合計	50	50	50	50	50

(出典) Chollet, Kirk and Simon (2000)

下記の健康状態の場合とは異なって、多くの州（34州）は料率の格差を制限していない。それは第1に、それぞれの小雇用主の料率に与える年齢と健康状態の使用の影響が異なるためである。年齢は健康状態と相関関係があり、年齢構成の相違によって小雇用主のあいだで大幅な料率の格差を生じさせる。しかし年齢の場合、保険者はすべての小雇用主の従業員の年齢階層ごとの平均的な保険金支払実績に基づい

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

て料率を設定する。つまり、ある小雇用主に高年齢でリスクの高い従業員がいても、小雇用主（同年齢のリスクの高い加入者とリスクの低い加入者）のあいだでリスクが分散されるために、その小雇用主の料率の増加は緩和される。

第2に、年齢が低い従業員は一般にリスクが低いが、他方で年齢が低い従業員は平均所得も少ない（したがって保険料の負担が大きい）ためである¹⁵⁾。ほとんどの小雇用主医療保険では、雇用主は従業員に1種類の医療保険のみを用意している。従業員は単身保険（従業員のみが加入する保険）と家族保険（従業員と扶養家族が加入する保険）のどちらかを選択する。そして大部分の場合、従業員も保険料を拠出している。団体の保険料（従業員1人当たりの保険料）は、それぞれの団体のリスクが異なるために異なっている。しかし従業員は、それぞれの従業員のリスクは異なっても、選択する医療保険（単身保険または家族保険）が同じ場合、同額の保険料を負担している。つまり保険料は、団体間では格差があるが、団体内では同一である。

団体の料率が引き上げられ、従業員の保険料負担が増加する場合、年齢の低い（リスクの低い）従業員は医療保険に加入しなくなる傾向がある¹⁶⁾。また、年齢の使用が禁止されている場合、従業員の平均年齢が低い団体の料率は高くなるために、そのような小雇用主は従業員に医療保険を提供しなくなる可能性がある。つまり、多くの州が年齢による料率の格差を制限していないのは、団体内のリスクの低い従業員と従業員の平均年齢の低い団体が医療保険に加入しなくなり、したがって保険団体においてリスクの高い加入者の比重が高くなるのを防止するためである。

他方、健康状態については、1999年にほとんどの州（45州）が健康状態の使用によって生じる料率の格差を制限している。そのなかで、

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

13州は料率の格差を禁止し、21州は料率の格差を1倍超2倍未満に制限している。つまり、大部分の州は健康状態の使用によって生じる料率の格差を比較的厳しく制限している。健康状態の使用は、調整地域料率方式と純粹地域料率方式では禁止されている¹⁷⁾。

ほとんどの州が健康状態の使用によって生じる料率の格差を制限しているのは、第1に、上記の年齢の場合とは異なって、保険者はそれぞれの小雇用主の従業員の健康状態に基づいて料率を設定するためである。したがって、ある小雇用主にリスクのかなり高い従業員がいる場合、その小雇用主の料率は大幅に増加する。

第2に、健康状態は、他の危険要因よりも料率の変動に大きな影響を与えるためである。つまり従業員の健康状態は、年齢や性別のような被保険者の特性とは異なって大幅に変化するためであり、場合によっては料率を大幅に増加させるためである。

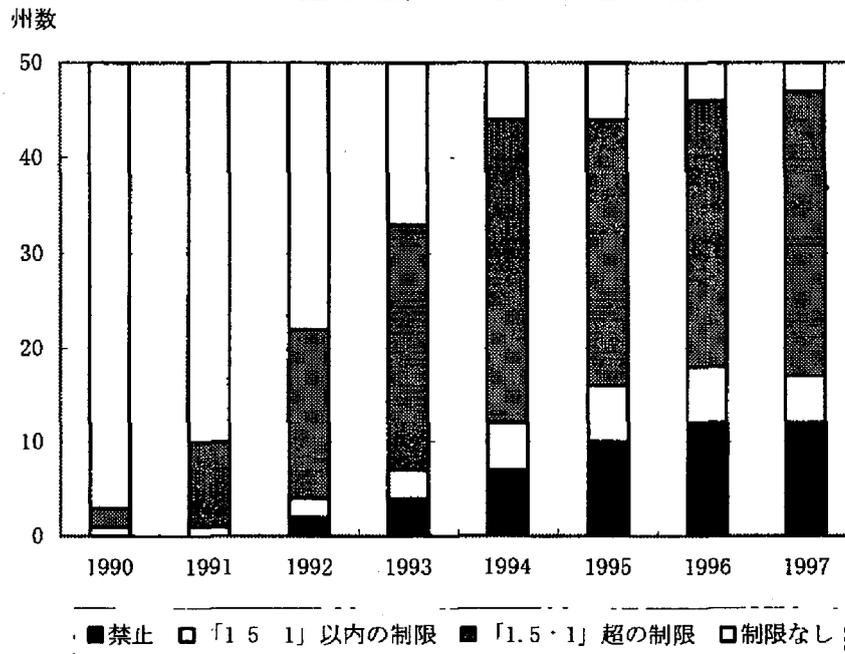
第3に、保険者が医的引受けを行う場合、健康状態の使用は、保険者の事業費（したがって小雇用主医療保険の付加保険料）を大幅に増加させるためである。

図1は、1990年～97年において「健康状態」の使用によって生じる料率の格差を制限している州数を示したものである。これによると、第1に、NAICが1990年代初めにモデル法を制定したことを受けて、州保険法を改正し、医療保険制度改革として料率規制を実施する州が増加している。

第2に、健康状態によって生じる料率の格差を比較的厳しく制限する州が次第に増加している。つまり、料率幅方式を採用している州のなかで、料率の格差を「1.5:1」以内と比較的厳しく制限する州が次第に増加している。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

図1 「健康状態」による料率格差の制限



(出典) Curtis et al. (1999)

第3に、健康状態の使用を禁止する州も次第に増加している。それは、調整地域料率方式と純粋地域料率方式を採用する州が増加したためである。また、次章第2節で叙述するように、調整地域料率方式と純粋地域料率方式を採用している州は、保険者が使用できる危険要因の種類について、料率幅方式を採用している州よりも厳しい規制を行っている。

このように、危険要因の種類と料率の格差に対する制限において、1990年代に厳しい料率規制を行う州が次第に増加しているといえる。

注15) 1999年における年齢階層ごとの所得水準については、次の文献を参照。
U.S. Census Bureau (2000) ; Dalaker and Proctor (2000).

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

- 16) この点については、Cooper and Schone (1997) を参照。
- 17) 第1章で叙述したように、料率幅方式を採用している州は「危険特性（健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間）」の使用によって生じる料率の格差を制限している。したがって、ここでの「健康状態」の使用によって生じる料率格差の制限は「健康状態」のみではなく「健康状態」を含む「危険特性」の使用によって生じる料率格差の制限を示している。

5. 料率設定方式と規制内容

第1章と第2章では、2004年において料率幅方式を採用している主要14州と調整地域料率方式を採用している12州の主要な規制内容について叙述した。本章では、各州保険法（料率幅方式34州と調整地域料率方式12州）とモデル法の規制内容の異同について叙述する。

(1) 契約クラス

モデル法では、別個の契約クラスの設定を料率幅方式は認めているが、調整地域料率方式は認めていない。1992年モデル法は、契約クラスについて定義し、契約クラスの種類を3つ定め、3種類の契約クラス全体で契約クラスの数を9つまで認めている（つまりそれぞれの契約クラスの種類に対する制限はない）。なお1990年モデル法は、契約クラスの種類を4つ定め、4種類の契約クラスそれぞれについて契約クラスの数を2つまで認めている。

それに対して各州（34州）の保険法では、アラスカ州やアリゾナ州など10州は、契約クラスの定義、契約クラスの種類と数、契約クラス間の指標料率の格差に対する制限など、契約クラスに関わる事項を定

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

めていない。

テネシー州は、契約クラスについて定義しているが、契約クラスの種類と数については定めていない。ケンタッキー州・ニューメキシコ州・ウィスコンシン州は、契約クラスについて定義し、契約クラスの種類についても定めているが、契約クラスの数については定めていない。アーカンソー州やアイオワ州など7州は、それぞれの契約クラスの種類に対して契約クラスの数制限している。なお、アーカンソー州・サウスカロライナ州・サウスダコタ州・ウェストバージニア州のうち、サウスカロライナ州以外の3州の契約クラスの種類と数の規定は、1990年モデル法と同じである(サウスカロライナ州は契約クラスの種類の内容がモデル法と異なっている)。

そして、アーカンソー州やイリノイ州など8州は、契約クラスの数制限をモデル法よりも厳しく制限している。1992年モデル法と同じ契約クラスの種類と数を定めているのは、デラウェア州やアイダホ州など12州である(以上、表2を参照)。

このように多くの州は、契約クラスについてモデル法とは異なる規定をしている。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

表2 料率幅方式の規制内容

州	契約クラス			料率格差の制限	
	定義	種類	数	契約クラス内	契約クラス間
アラスカ	なし	規定なし	規定なし	指標料率±35%	規定なし
アリゾナ*	なし	規定なし	規定なし	指標料率±60%	規定なし
アーカンソー	あり	4つ	8つまで	指標料率±25%	20%
カリフォルニア*	なし	規定なし	規定なし	標準従業員リスク料率±10%	規定なし
デラウェア	あり	3つ	9つまで	指標料率±35%	20%
フロリダ*	なし	規定なし	規定なし	調整地域料率±15%	規定なし
ジョージア*	なし	規定なし	規定なし	プール料率±25%	規定なし
アイダホ	あり	3つ	9つまで	指標料率±50%	20%
イリノイ*	あり	3つ	4つまで	指標料率±25%	20%
インディアナ*	なし	規定なし	規定なし	中間料率±35%	規定なし
アイオワ	あり	3つ	6つまで	指標料率±25%	20%
カンザス	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
ケンタッキー	あり	2つ	規定なし	指標料率±25%	10%
ルイジアナ	あり	3つ	6つまで	指標料率±33%	20%
ミネソタ*	なし	規定なし	規定なし	指標料率±25%	規定なし
ミシシッピ	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
ミズーリ*	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
モンタナ	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
ネブラスカ	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
ネバダ	あり	3つ	9つまで	指標料率±30%	20%
ニューメキシコ	あり	2つ	規定なし	指標料率±20%	20%
ノースカロライナ*	なし	規定なし	規定なし	調整地域料率±20%	規定なし
ノースダコタ	あり	3つ	9つまで	指標料率±20%	15%
オハイオ*	なし	規定なし	規定なし	中間料率±35%	規定なし
オクラホマ	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
サウスカロライナ	あり	4つ	8つまで	指標料率±25%	20%
サウスダコタ	あり	4つ	8つまで	指標料率±25%	20%
テネシー*	あり	あり	規定なし	指標料率±35%	25%
テキサス*	あり	3つ	9つまで	指標料率±25%	20%
ユタ	あり	3つ	9つまで	指標料率±30%	20%
バージニア*	なし	規定なし	規定なし	地域料率±20%	規定なし
ウェストバージニア	あり	4つ	8つまで	指標料率±30%	20%
ウィスコンシン*	あり	3つ	規定なし	中間料率±30%	規定なし
ワイオミング	あり	3つ	6つまで	指標料率±35%	20%

(注) * : 第1章で叙述した14州

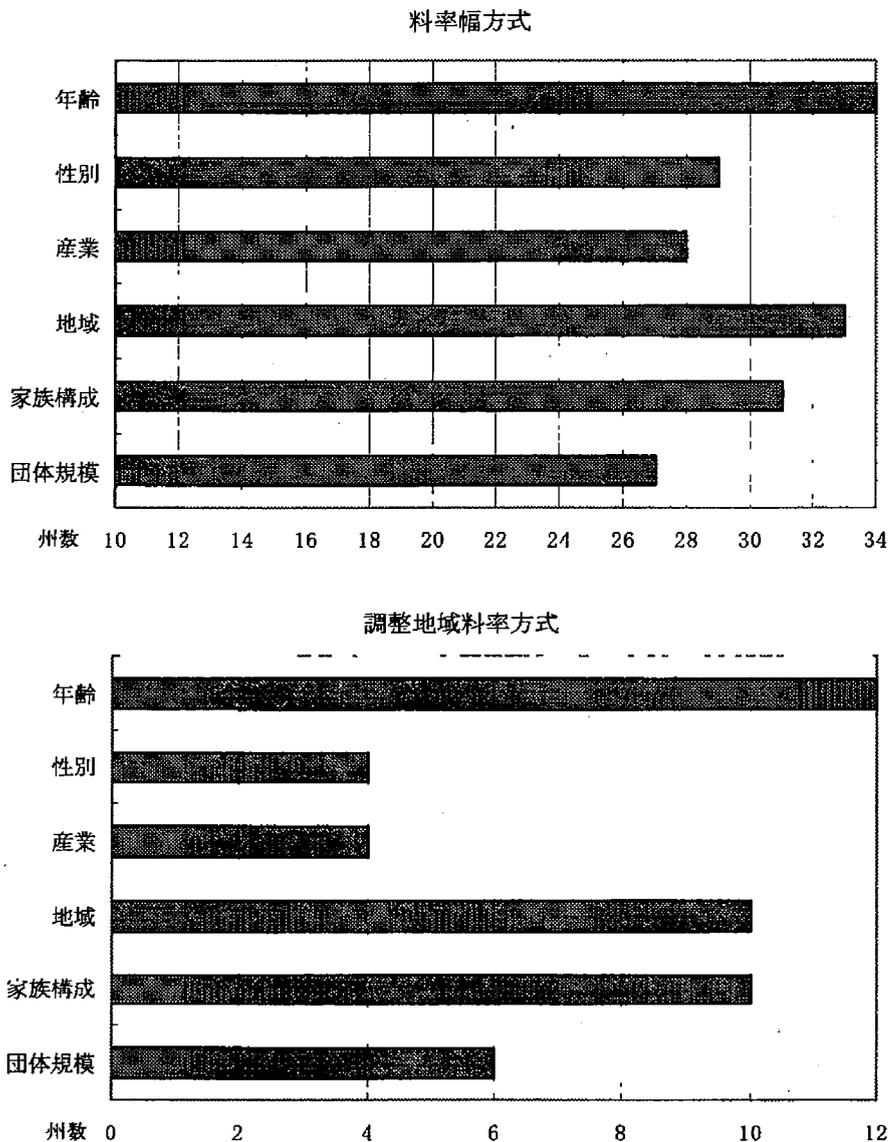
(出典) 各州保険法より筆者作成

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

(2) 被保険者の特性

図2は、料率幅方式と調整地域料率方式について、1992年モデル法が「被保険者の特性」として明示している危険要因の使用を認めている州数を示したものである。

図2 使用できる危険要因



(出典) 各州保険法より筆者作成

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

1992年モデル法は、被保険者の特性を「保険者が保険料率を決定するさいに考慮する小雇用主の人口統計的特性またはその他の客観的特性」と定義し、年齢・性別・産業・地域・家族構成・団体規模を明示している。そこで、第1章で叙述したテネシー州保険法のように被保険者の特性を上記の1992年モデル法と実質的に同じ定義をし、そしてその種類について明示していない場合には、保険者は1992年モデル法が明示している危険要因を使用できるものとみなしている。

料率幅方式では、年齢の使用はすべての州が認め、その他の5つの危険要因の使用も大部分の州が認めている。調整地域料率方式では、年齢の使用はすべての州が認め、地域と家族構成の使用は大部分の州が認めている。1995年モデル法は、地域・家族構成・年齢の使用を認めている。したがって、調整地域料率方式を採用している大部分の州は、これらの使用を認めている。他方、1995年モデル法が認めていない性別・産業・団体規模の使用を認めている州もある。なお、第3章で叙述したように、純粹地域料率方式を採用している州は、地域と家族構成のみの使用を認めている。

それぞれの危険要因の使用を認めている州の割合で料率幅方式と調整地域料率方式を比較すると、年齢の使用を認めている州の割合は同じ(100%)であるが、その他の5つの危険要因を認めている州の割合は料率幅方式が上回っている。

調整地域料率方式と純粹地域料率方式を採用している州は、保険者が使用できる危険要因について、料率幅方式を採用している州よりも厳しい規制を行っている。

(3) 料率格差の制限

料率幅方式では、モデル法は契約クラス内の料率の格差を「指標料

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

率±25%」以内に、契約クラス間の指標料率の格差を20%以内に制限している。

各州（34州）保険法では、15州が契約クラス内の料率の格差をモデル法と同じ「指標料率±25%」以内に制限している。他方、13州はモデル法よりも緩く、6州（フロリダ州・ノースカロライナ州・バージニア州を含む）はモデル法よりも厳しく制限している。

また、20州は契約クラス間の指標料率の格差をモデル法と同じ20%以内に制限している。他方、モデル法よりも緩く規制している州は1州（テネシー州）、厳しく規制している州は2州（ケンタッキー州とノースダコタ州）のみである。また、本章第1節で叙述したように、契約クラスについて定めていないことに対応して、10州（フロリダ州・ノースカロライナ州・バージニア州を含む）は契約クラス間の指標料率の格差に対する制限について定めていない。ウィスコンシン州は、契約クラスについて定義し、契約クラスの種類についても定めているが、契約クラス間の中間料率の格差に対する制限については定めていない（以上、前掲の表2を参照）。

調整地域料率方式では、モデル法は3つの危険要因（年齢・地域・家族構成）を認め、年齢の使用によって生じる料率の格差を制限している。

各州（12州）保険法では、前節で叙述したように、いくつかの州はモデル法が認めていない危険要因の種類を認めている。また、前章で叙述したように、多くの州は年齢の使用によって生じる料率の格差は制限していない。

しかし他方で、9州は年齢以外の危険要因の使用によって生じる料率の格差を制限している。さらに、アラバマ州とマサチューセッツ州は、個々の（特定の）危険要因の使用によって生じる料率の格差に対

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

する制限に加えて、全危険要因の使用によって生じる料率の格差も制限している。ニュージャージー州は、個々の（特定の）危険要因の使用によって生じる料率の格差は制限していないが、全危険要因の使用によって生じる料率の格差を制限している（以上、表3を参照）。

表3 調整地域料率方式の規制内容

州	特定の危険要因の制限	全危険要因の制限
アラバマ コロラド コネチカット メイン	年齢、団体規模 規定なし 産業、団体規模 年齢、職業または産業、地域	0.75～1.25 規定なし 規定なし 規定なし
メリーランド マサチューセッツ ミシガン	年齢、地域 団体規模、従業員の保険加入率 年齢、産業、地域、団体規模 (保険者によって異なる)	規定なし 2倍 規定なし
ニューハンプシャー	年齢、団体規模	規定なし
ニュージャージー オレゴン ロードアイランド ワシントン	規定なし 地域 家族構成 年齢、ウェルネス活動	200% 規定なし 規定なし 規定なし

(出典) 各州保険法より筆者作成

6. 料率設定方式と料率格差

表4は、料率設定方式とリスクの異なる小雇用主団体の保険料を比較したものである。各都市の医療保険はHMO (Health Maintenance Organization) またはPPO (Preferred Provider Organization) で同じ種類である。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

表4 小雇用主団体の月払保険料（2000年）

保険者	保険の種類等	団体1	団体2	団体3	保険者	保険の種類等	団体1	団体2	団体3	
カリフォルニア州（料率幅方式） サクラメント					フロリダ州（調整地域料率方式・料率幅方式） オークランド					
保険者1	HMO/NA/\$5	\$1,312	\$1,312 (0%)	\$1,989 (52%)	保険者1	PPO/\$500/\$10	\$1,644	\$1,807 (10%)	\$3,184 (94%)	
	HMO/NA/\$10	\$1,177	\$1,177 (0%)	\$1,753 (49%)		PPO/\$500/\$15	\$1,610	\$1,769 (10%)	\$3,117 (94%)	
	HMO/NA/\$15	\$1,101	\$1,101 (0%)	\$1,638 (49%)		PPO/\$500/\$15	\$1,539	\$1,691 (10%)	\$2,980 (94%)	
	HMO/NA/\$20	\$1,033	\$1,033 (0%)	\$1,564 (51%)		PPO/\$500/\$15	\$1,487	\$1,634 (10%)	\$2,879 (94%)	
保険者2	HMO/NA/\$5	\$1,406	\$1,406 (0%)	\$2,005 (43%)	保険者2	HMO/NA/\$10	\$1,587	\$1,587 (0%)	\$2,839 (79%)	
	HMO/NA/\$10	\$1,356	\$1,356 (0%)	\$1,970 (45%)		保険者3	PPO/\$500/\$15	\$2,018	\$2,055 (2%)	\$3,521 (74%)
	HMO/NA/\$15	\$1,300	\$1,300 (0%)	\$1,855 (43%)	HMO/NA/\$15		\$1,441	\$1,459 (1%)	\$2,371 (65%)	
	HMO/NA/\$20	\$1,185	\$1,185 (0%)	\$1,690 (43%)	メリーランド州（調整地域料率方式） ホルティモア					
保険者3	HMO/NA/\$10	\$1,289	\$1,289 (0%)	\$1,748 (36%)	保険者1	HMO/NA/\$10	\$1,614	\$1,614 (0%)	\$2,340 (45%)	
	HMO/NA/\$10	\$1,615	\$1,615 (0%)	\$2,200 (36%)	保険者2	HMO/NA/\$10	\$2,414	\$2,414 (0%)	\$3,118 (29%)	
保険者4	PPO/\$0/\$10	\$1,829	\$1,829 (0%)	\$2,827 (55%)		PPO/\$250/\$20	\$2,018	\$2,018 (0%)	\$3,816 (89%)	
	HMO/NA/\$15	\$1,731	\$1,731 (0%)	\$2,520 (46%)	保険者3	PPO/\$250/\$20	\$1,675	\$1,675 (0%)	\$3,886 (132%)	
	HMO/NA/\$10	\$1,820	\$1,820 (0%)	\$3,100 (70%)	保険者4	HMO/NA/\$5	\$1,746	\$1,746 (0%)	\$2,863 (64%)	
保険者4	PPO/\$500/\$35	\$1,447	\$1,447 (0%)	\$2,496 (72%)	保険者5	HMO/NA/\$10	\$1,667	\$1,667 (0%)	\$3,063 (84%)	
	PPO/\$250/\$15	\$1,838	\$1,838 (0%)	\$3,127 (70%)		PPO/\$750/\$10	\$1,761	\$1,761 (0%)	\$3,314 (88%)	
テキサス州（料率幅方式） オースティン					ニューヨーク州（純粋地域料率方式） オールハニー					
保険者1	PPO/\$250/\$15	\$1,603	\$2,985 (86%)	\$5,195 (224%)	保険者1	HMO/NA/\$10	\$1,976	\$1,976 (0%)	\$1,976 (0%)	
保険者2	PPO/\$250/\$10	\$1,674	\$1,713 (2%)	\$3,053 (82%)		PPO/\$500/\$10	\$2,150	\$2,150 (0%)	\$2,150 (0%)	
保険者3	PPO/\$300/\$10	\$1,508	\$2,445 (62%)	\$5,876 (290%)		保険者2	HMO/NA/\$15	\$2,020	\$2,020 (0%)	\$2,020 (0%)
保険者4	PPO/\$250/\$10	\$1,541	\$1,527 (-1%)	\$3,134 (103%)		保険者3	PPO/\$1,250	\$3,712	\$3,712 (0%)	\$3,712 (0%)
保険者5	PPO/\$250/\$15	\$1,796	\$2,865 (59%)	\$5,393 (200%)			/ \$12			

(注) ①「保険の種類等」は、医療保険の種類/ネットワーク外の医療機関を利用した場合の年間定額控除額/ネットワーク内の医療機関で通院治療を受けたさいの自己負担額

②かっこ内の%は「団体1」の保険料に対する割増率

(出典) GAO (2001)

3つの団体は仮定上の小雇用主団体である。それぞれの団体の加入者は10人（従業員7人と扶養家族3人）であり、従業員5人は単身保険、従業員2人は家族保険に加入する。そして「団体1」はリスクの低い団体、「団体2」は中程度のリスクの団体、「団体3」はリスクの高い団体である¹⁸⁾。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

保険料は、小雇用主団体の月払保険料である。なお、保険者・保険の種類・年間定額控除額・1回の通院治療（office visit）に対する自己負担額が同じでも保険料が異なっているのは、保障内容が異なっているためである¹⁹⁾。

リスクの異なる3つの小雇用主団体の保険料を比較すると、その格差は料率設定方式によって、また同じ料率設定方式でも保険者が使用できる危険要因の種類と料率の格差に対する制限によって、大きく異なっている。

料率幅方式を採用しているテキサス州では、保険料は保険者によって大きく異なっているが、「団体1」と「団体3」で最大約4倍の格差が生じている。他方、カリフォルニア州では、被保険者の特性が類似している「団体1」と「団体2」の保険料は同じであり、また「団体1」と「団体3」の保険料の格差は多くの医療保険で1.5倍以内になっている。同州は料率幅方式を採用している州のなかで比較的厳しい料率規制を行っているといえる。

調整地域料率方式を採用しているメリーランド州では、「団体1」と「団体2」の保険料は同じであり、また「団体1」と「団体3」の保険料の格差は1つの事例を除いて2倍以内になっている。このことは「被保険者の特性」の使用を制限し、「危険特性」の使用を禁止している調整地域料率方式を反映しているといえる²⁰⁾。

純粹地域料率方式を採用しているニューヨーク州では、保険料は3つの団体ともに同じである。第3章で叙述したように、純粹地域料率方式は地域と家族構成のみの使用を認めている。ここでの事例で保険料の格差が生じていないのは、3つの団体の地域と家族構成が同じであることによるものである。

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

- 注18) それぞれの団体の加入者の特徴は、以下のとおりである。
- 団体1＝単身保険に加入する従業員5人は、4人が25歳～28歳男性（1人は喫煙者）、1人が26歳・非喫煙の女性である。家族保険に加入する従業員2人は、1人が29歳・非喫煙の女性（25歳の配偶者あり）、もう1人が34歳・非喫煙の男性（34歳の配偶者と7歳の女兒あり）である。
- 団体2＝単身保険に加入する従業員5人は、4人が24歳～27歳男性（1人は喫煙者）、1人が25歳・非喫煙・糖尿病の女性である。家族保険に加入する従業員2人は、1人が28歳・非喫煙の女性（25歳の配偶者あり）、もう1人が33歳・非喫煙の男性（34歳の配偶者と7歳の女兒あり）である。「団体2」は、「被保険者の特性」は「団体1」と類似している（したがってリスクはほとんど同じである）が、「危険特性」で「団体1」よりもリスクが高い。
- 団体3＝単身保険に加入する従業員5人は、4人が25歳～48歳男性（4人のうち1人は喫煙者、1人は糖尿病あり）、1人が25歳・非喫煙・糖尿病の女性である。家族保険に加入する従業員2人は、1人が51歳・非喫煙の男性（46歳の配偶者あり）、もう1人が58歳・喫煙の男性（48歳の配偶者と12歳の男児あり）である。「団体3」は、「団体1」と「団体2」よりも「被保険者の特性」で従業員の「年齢」が高く（したがってリスクが高く）、「危険特性」でもリスクが高い。
- 19) HMOの年間定額控除額がNA（not applicable）になっているのは、HMOは一般にネットワーク内の医療供給者（HMOと契約を締結している医療供給者）が行ったサービスのみに対して給付しているためである。
- 20) 第1章で叙述したように、フロリダ州は2001年7月に健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間の使用を認めている。フロリダ州で、被保険者の特性が類似している「団体1」と「団体2」の保険料に格差が生じているのは、このことによる可能性がある。

むすび

全米保険監督官協会（NAIC）が1990年代初めに制定したモデル法は、料率規制について定めている。料率規制は、リスク細分化の防止と料率格差の抑制によってリスクの高い小雇用主の保険料負担可能性を改善するという点において、医療保険制度改革の手段のなかでもっとも重要な手段である。

料率設定方式の基本的種類には、料率幅方式、調整地域料率方式、純粋地域料率方式がある。1990年モデル法と1992年モデル法は料率幅方式を採用している。1995年モデル法は、1991年12月の制定当初は料率幅方式を採用したが、1995年3月の改正によって調整地域料率方式に変更している。

ほとんどの州政府は、NAICモデル法の制定を受けて料率規制を実施している。ほとんどの州は、料率幅方式または調整地域料率方式を採用している。料率幅方式は、合理的・客観的な危険要因とされる「被保険者の特性」の使用によって生じる料率の格差は一般に制限していないが、料率の変動に比較的大きな影響を与え、料率を大幅に増加させる「健康状態」を含む「危険特性」の使用によって生じる料率の格差を制限している。他方、調整地域料率方式は、保険者が使用できる「被保険者の特性」の種類を料率幅方式よりも厳しく制限し、また「危険特性」の使用も禁止している。

1990年代における州政府の料率規制の傾向は、第1に、料率幅方式を採用している州のなかで「健康状態」の使用によって生じる料率の格差を比較的厳しく制限する州が次第に増加していることである。第2に、調整地域料率方式と純粋地域料率方式を採用する州が次第に増加していることである。つまり、保険者が使用できる「被保険者の特

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

性」の種類を比較的厳しく制限し、「危険特性」の使用も一般に禁止する州が次第に増加していることである。したがって1990年代には、危険要因の種類と料率の格差に対する制限において、厳しい料率規制を行う州が次第に増加しているといえる。

2004年において、34州が料率幅方式、12州が調整地域料率方式、2州が純粋地域料率方式を採用している。

料率幅方式では、第1に、多くの州は契約クラスについてモデル法と異なる規定をしている。第2に、大部分の州はモデル法が明示している「被保険者の特性」の使用を認めている。第3に、大部分の州は契約クラス内の料率の格差に対する制限について、モデル法と同じ範囲に制限しているかモデル法よりも緩く制限している。第4に、いくつかの州は契約クラスについて定義していないことと対応して、契約クラス間の料率の格差に対する制限についても定めていない。契約クラスについて定義している州では、大部分の州はモデル法と同じ範囲に制限している。

他方、調整地域料率方式では、第1に、大部分の州はモデル法が定めている3種類の危険要因の使用を認めている。また、モデル法が認めていない危険要因の使用を認めている州もある。第2に、しかし他方で、多くの州は個々の（特定の）危険要因の使用によって生じる料率の格差を制限している。また、全危険要因の使用によって生じる料率の格差を制限している州もある。

NAICは、1990年代に個人医療保険の改革のためのモデル法とモデル規則も制定し、料率規制について定めている。また、2004年において19州が個人医療保険の料率規制を実施している。次稿では、モデル法・モデル規則と各州保険法が定める料率規制の内容と相違について考察し、個人医療保険の料率規制の特徴を提示することにしたい。

参考文献

- Chollet, Deborah J., Adele M. Kirk and Kosali Ilayperuma Simon (2000). *The Impact of Access Regulation on Health Insurance Market Structure*. Report to the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, October.
- Cooper, Philip F. and Barbara Steinberg Schone (1997). "More Offers, Fewer Takers for Employment-Based Health Insurance : 1987 and 1996." *Health Affairs*, Vol.16 No.6 (November/December), pp.142-149.
- Curtis, Rick, Stephanie Lewis, Kevin Haugh and Rafe Forland (1999). "Health Insurance Reform in the Small-Group Market." *Health Affairs*, Vol.18 No.3 (May/June), pp. 151-160.
- Dalaker, Joseph and Bernadette D. Proctor, U.S. Census Bureau (2000). Current Population Reports, Series P60-210, *Poverty in the United States : 1999*. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, September.
- General Accounting Office (GAO,1995). *Health Insurance Regulation : Variation in Recent State Small Employer Health Insurance Reforms* (GAO/HEHS-95-161FS). Washington, D.C. : General Accounting Office, June.
- (2001). *Private Health Insurance : Small Employers Continue to Face Challenges in Providing Coverage* (GAO-02-8). Washington, D.C. : General Accounting Office, October.

アメリカにおける州政府の医療保険料率規制

- (2003). *Private Health Insurance : Federal and State Requirements Affecting Coverage Offered by Small Businesses* (GAO-03-1133). Washington, D.C. : General Accounting Office, September.
- Hall, Mark A. (1998). *An Evaluation of Vermont's Health Insurance Reform Laws*. Wake Forest University School of Medicine, December.
- (2000). "The Geography of Health Insurance Regulation." *Health Affairs*, Vol.19 No.2 (March/April), pp.173-184.
- (2000/2001). "The Structure and Enforcement of Health Insurance Rating Reforms." *Inquiry*, Vol.37 No.4 (Winter), pp.376-388.
- U.S. Census Bureau (2000). *Current Population Reports, P60-209, Money Income in the United States : 1999*. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, September.
- 中浜 隆 (2003a,2003b) 「アメリカにおける州政府の医療保険制度改革(1)(2)」『生命保険論集』(生命保険文化センター) 第144号(9月), pp.63-87 ; 第145号(12月), pp.1-31.
- (2003c) 「アメリカにおける民間医療保険の改革」『保険学雑誌』(日本保険学会) 第583号(12月), pp.59-78.
- (2004) 「アメリカにおける民間医療保険の料率規制」『損害保険研究』(損害保険事業総合研究所) 第66巻第3号(11月).