

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

中浜 隆

(小樽商科大学商学部教授)

1. はじめに

日本では、公的医療保険（社会保険）が主流であり、民間医療保険はその補完的役割をおもに果たしている。近年、民間医療保険の新契約件数と保険料収入は増加しており、保険会社の医療保険の業容は拡大している。

保険会社の医療保険の積極的な新商品開発は、商品の多様化・複雑化をもたらしている。保障内容が異なる商品の開発によって商品が多様化し、またそれぞれの商品の保障内容は生命保険（死亡保険）と比較すると複雑化している。

加入者は、商品の多様化によって選択の幅が拡大し、自分のニーズに合った商品を購入することができる。しかし、商品の複雑化によって、それぞれの商品の保障内容を理解することはほとんどできないであろう。保険会社も、医療保険の知識が少ない加入者に、多様化・複雑化している商品の保障内容をわかりやすく、きちんと説明することは困難であろう。

保険会社が加入者にわかりやすく説明し、加入者がそれをよく理解することができる状況をつくるためには、商品の標準化を検討する必要があると思われる。

アメリカでは、高齢者が加入する民間医療保険は公的医療保険の補完的役割を果たしている。高齢者（65歳以上）をおもな対象とする公的医療保険（社会保険）は「メディケア（Medicare）」と呼ばれ、ほと

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

んどの高齢者はメディケアの受給資格を有している¹⁾。しかし、メディケアの給付は十分ではない（患者の自己負担が大きい）ために、高齢者の多くは民間医療保険にも加入している²⁾。

高齢者がメディケアを補足するために加入する民間医療保険（個人医療保険）は「メディケア補足保険(Medicare supplement insurance)」、通称「メディギャップ保険 (Medigap insurance)」と呼ばれている。

本稿では、1990年代において保障内容が標準化されたメディギャップ保険について考察する。

メディギャップ保険は、メディケア（パートAとパートB）における患者の自己負担をおもに保障している。そこで、以下ではまず、メディケアの保障内容について考察したい。

注1) しかし、非高齢者一般を対象とする公的医療保険は存在しない。そのために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。

2) 2005年において、メディケアの加入者の割合は95.4%、民間医療保険は59.4%、無保険者は1.3%である (DeNavas-Walt, Proctor and Lee, 2006)。

2. メディケア

(1) メディケアの構成

メディケアは、高齢者（65歳以上）、障害者（65歳未満）、末期腎不全者（全年齢）を対象とする公的医療保険である。現在、パートAからパートDの4つの保険からなっている。

「パートA」と「パートB」は、1965年6月に制定された1965年社会保障修正法 (Social Security Amendments of 1965, P.L. 89-97) によって創設され、翌年から実施された。パートAは強制加入であり、「入院保険 (Hospital Insurance)」とも呼ばれている。パートBは任意加入であり、「補足医療保険 (Supplementary Medical Insurance)」とも呼ばれている。

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

「パートC」は、1997年8月に制定された1997年均衡予算法(Balanced Budget Act of 1997, P.L. 105-33)によって創設され、99年から実施された。それとともに、従来の「パートA」と「パートB」は「オリジナル・メディケア (Original Medicare)」と呼ばれている。

「パートD」は、2003年12月に制定された2003年メディケア処方薬・改善・近代化法 (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003, P.L. 108-173) によって創設され、翌年から実施された³⁾。なお「パートC」は、創設当初は「メディケア・プラス・チョイス (Medicare+Choice)」と呼ばれていたが、同法によって「メディケア・アドバンテージ (Medicare Advantage)」に変更されている。

(2) パートA

高齢者のほとんどは、パートAの受給資格を有している。受給資格者は、保険料の支払いが免除されている。受給資格を有していない高齢者も、パートAに加入することができる。しかし、パートAの保険料を毎月支払い、またパートBにも加入しなければならない。

パートAは、①病院、②熟練看護施設、③自宅、④ホスピスで受けたサービスに対する医療費を保障している。1給付期間は、加入者が病院に入院した時点で開始し、病院または熟練看護施設を退院した状態が60日間継続した場合に終了する。60日間経過後に再入院した場合には、新たな給付期間が開始する。加入者の生涯にわたって、給付期間数に対する制限はない。

①入院ケア (Inpatient Hospital Care)

入院ケアでは、病室代、食事代、一般的な看護サービス、常置されている病院機器の使用、病院で通常出される薬剤などに対して給付される。医師サービスに対しては給付されない。

1給付期間において、最初の60日間は患者が952ドル(2006年)までの医療費を負担し、それを上回る医療費は保険から全額給付される。

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

患者の自己負担額は、医療費の上昇に応じて毎年調整される。

在院日数が60日間を超過する場合、61日目～90日目の30日間は1日当たり238ドル（上記の患者負担額952ドルの25%に相当）までの医療費を、91日目～150日目の60日間は1日当たり476ドル（952ドルの50%に相当）までの医療費を患者が負担し、それを上回る医療費は保険から全額給付される。

91日目～150日目の60日間は生涯最高給付日数（lifetime reserve days）となっており、ある給付期間でこの日数を使用すると、次の給付期間では残りの日数しか使用できない。

そして、在院日数が150日を超過する場合には、患者が医療費を全額負担する（表1を参照）。

表1 パートAの保障内容（2006年）

	給 付	患者負担額	保険支払額
入院ケア	最初の60日間 61日目～90日目 91日目～150日目 151日目以降	952ドル 1日238ドル 1日476ドル 全医療費	左記を上回る全医療費 左記を上回る全医療費 左記を上回る全医療費 なし
熟練看護 施設ケア	最初の20日間 21日目～100日目 101日目以降	なし 1日119ドル 全医療費	認定金額の全額 左記を上回る全医療費 なし
在宅ケア	100日間	なし 耐久医療機器に対す る認定金額の20%	認定金額の全額 耐久医療機器に対する 認定金額の80%
ホスピス ケア	医師が必要性を認 める期間	外来処方薬に対して 5ドルまで 在院レスパイトケア に対する認定金額の 5%	左記を上回る全医療費 左記を上回る全医療費
血 液	医療上必要な場合、 無制限	病院または熟練看護 施設で、年間、最初の 3パイント 4パイント以降は認 定金額の20%	なし 認定金額の80%

（注）パイント（pint）とは液量の単位で、1パイント≒0.473リットル
（出典）CMS（2005）

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

②熟練看護施設ケア (Skilled Nursing Facility Care)

熟練看護施設ケアでは、最低3日間継続して病院に入院した後、熟練看護施設（専門施設または病院の1部門）で日々熟練看護またはリハビリが行われ、病室代、食事代、熟練看護サービス、リハビリサービスなどに対して給付される。

最初の20日間は、保険から医療費（メディケアが認定した金額）が全額給付される。21日目～100日目の80日間は、1日当たり119ドル（入院ケアにおける最初の60日間の患者負担額952ドルの12.5%に相当）までの医療費を患者が負担し、それを上回る医療費は保険から全額給付される。101日目以降は、患者が医療費を全額負担する。

③在宅ケア (Home Health Care)

在宅ケアでは、自宅で断続的に（1日に所定時間以内、1週間に所定日数以内で）行われる熟練看護サービス、在宅ケア助手（home health aide）サービス、物理療法、作業療法、言語療法などに対して給付される。

在宅ケアの場合、以前の入院は必要とされない。患者が在宅し、熟練看護サービスや理学療法などが患者に必要であると医師が判断して在宅ケア計画を立てた場合、在宅ケア機関(home health agency)による訪問派遣の回数は無制限に保障され、医療費も保険から全額給付される。ただし、在宅ケア計画の一部として耐久医療機器を使用する場合には、患者は医療費（メディケアが認定した金額）の20%を負担する。

④ホスピスケア (Hospice Care)

ホスピスケアでは、自宅またはメディケア公認施設において余命6カ月以下の末期患者に提供される医師サービス、看護サービス、在宅ケア助手サービス、医療機器の使用、薬剤などに対して給付される。

給付期間は180日であるが、延長も可能である。医療費は保険から全額給付される。ただし、外来処方薬と在院レスパイトケア（家族の介護負担を軽減するために短期間入院して受けるケア）に対する医療費（メディケアが認定した金額）は、患者が一部を負担する。

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

(3) パートB

パートAの受給資格者は、パートBの加入資格も有している。しかし、パートBの保険料（2006年の月払保険料は88.5ドル）を支払わなければならない⁴⁾。パートAの受給資格者のほとんどは、パートBにも加入している。

パートBは、①医師サービスや予防サービスなど、②病院検査サービス、③在宅ケア、④外来病院サービスなど、一般にパートAが保障しないサービスに対する医療費を保障している。

表2 パートBの保障内容（2006年）

	給 付	患者負担額	保険支払額
		年間124ドル	
医師サービス、予防サービスなど	医療上必要な場合、無制限	認定金額の20%	認定金額の80%
病院検査サービス	医療上必要な場合、無制限	なし	認定金額の全額
在宅ケア	医療上必要な場合、無制限(ただし、パートAで給付されない基礎的医療のみ)	なし 耐久医療機器に対する認定金額の20%	認定金額の全額 耐久医療機器に対する認定金額の80%
外来病院サービス	医療上必要な場合、無制限	医師サービスに対する認定金額の20% 医師サービス以外の負担額（定額）はサービスの種類によって異なる	医師サービスに対する認定金額の80% 左記を上回る医療費
血 液	医療上必要な場合、無制限	外来またはパートBのサービスの一部として、年間、最初の3ポイント 4ポイント以降は認定金額の20%	なし 認定金額の80%

(注) ①年間124ドルの患者負担額は「病院検査サービス」と「在宅ケア」以外のすべてのサービスに適用される。

②上記のサービスのほかに、「精神衛生サービス」などに対する給付もある。

(出典) 表1に同じ

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

患者の自己負担は、年間124ドルまでの医療費と、それを上回る医療費（メディケアが認定した金額）の20%である（表2を参照）。

(4) パートC

パートAとパートBの双方の加入者は、「パートC」を選択することができる。パートAとパートBは「オリジナル・メディケア」、パートCは「メディケア・アドバンテージ」と呼ばれている。

メディケアから認可を受けた多くの民間保険者（ブルークロス・ブルーシールド、保険会社、HMO）がパートCに参加し、医療保険（プラン）を提供している。パートCの保障内容は画一化されておらず、プランによって保障内容と患者の自己負担が異なっている。

パートCには、①メディケアHMOプラン、②メディケアPPOプラン、③メディケア民間出来高払いプラン（Medicare Private Fee-for-Service Plans）がある⁵⁾。これらのプランは、多くの地域で加入することができる（換言すれば、プランのサービス地域に居住していない場合、そのプランには加入できない）。

パートCのすべてのプランは、オリジナル・メディケアと同じサービスを保障している。また、上記の①と②の大部分のプランは、特別給付（眼鏡、補聴器、入れ歯などに対する給付）も提供している（③のプランは少ない）。さらに、パートCの大部分のプランは、次節で述べる「パートD」の外来処方薬も保障している。

加入者がパートCのプランを選択し、そのプランが特別給付と処方薬給付を提供する場合、加入者はパートB、特別給付、処方薬給付に対する保険料をまとめて毎月支払う。

パートCにおける患者の自己負担は、多くの場合、オリジナル・メディケアとメディギャップ保険の双方に加入している場合よりも少ない⁶⁾。

しかし他方で、加入者が上記の①または②のプランを選択する場合、医療提供者の選択に制約を受ける。①のプランでは、加入者はブ

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

ランが指定した医療提供者（プランのネットワーク内の医療提供者）からサービスを受けなければならない。また、ゲートキーパーと呼ばれるプライマリケア医（医療相談や初期診療を行い、また必要に応じて専門医を紹介する医師）を選択しなければならない。②のプランでは、プランが指定していない医療提供者からサービスを受けることもできる。しかし、患者の自己負担は大きくなる。また、プライマリケア医を選択する必要はない。

2006年4月時点で、メディケア（パートAとパートBの双方）の加入者3,960万人（推定）のうち、ほぼ700万人（17.7%）がパートCに加入している⁷⁾。

(5) パートD

パートDは任意加入であり、外来処方薬を保障している。オリジナル・メディケア（パートAとパートB）は、大部分の外来処方薬を保障していない。また、パートCのプランのなかには、外来処方薬を保障していないプランがある。

オリジナル・メディケアの加入者と、外来処方薬を保障していないパートCのプランの加入者は、パートDに加入することができる（パートDの保険料を毎月支払わなければならない）⁸⁾。

パートDにもメディケアから認可を受けた民間保険者が参加し、プランを提供している。民間保険者は、保障する外来処方薬が異なるプランを提供している。プランが保障する外来処方薬は、フォーミュラリー（formulary）と呼ばれる薬剤のリストに掲載されている。多くのプランのフォーミュラリーは、薬剤がジェネリック医薬品か新薬かによっていくつかのカテゴリーに区分されており、カテゴリーによって保険料と患者の自己負担が異なっている。

なお、メディギャップ保険は、パートDにおける患者の自己負担は保障していない。

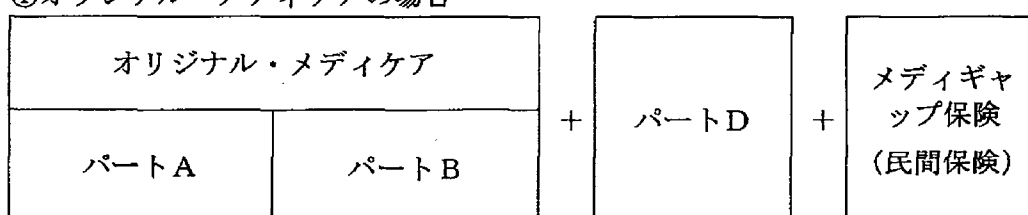
アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

(6) 加入者の選択

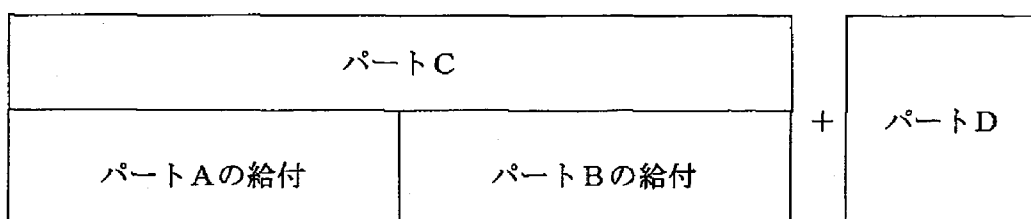
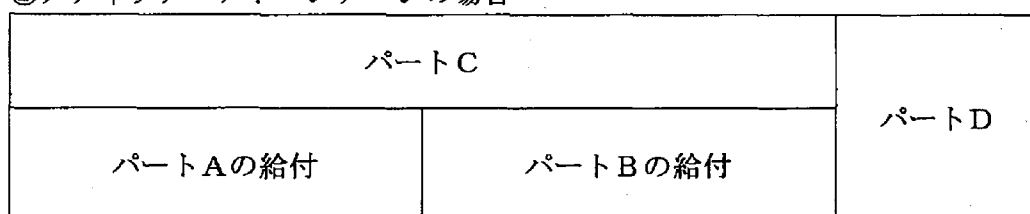
オリジナル・メディケア（パートAとパートB）は、大部分の外来処方薬を保障していない。また、オリジナル・メディケアにおける患者の自己負担は比較的大きい。メディケアの加入者がオリジナル・メディケアにとどまる（メディケア・アドバンテージを選択しない）場合、加入者は別途、外来処方薬を保障するパートDと、オリジナル・メディケアにおける患者の自己負担をおもに保障するメディギャップ保険（民間保険）に加入することになる（図1を参照）。

図1 加入者の選択（2006年）

①オリジナル・メディケアの場合



②メディケア・アドバンテージの場合



(注) パートCのプランの多くは「特別給付」も提供している。

パートAとパートBの双方の加入者は、メディケア・アドバンテージ（パートC）を選択することができる。パートCのすべてのプラン

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

は、オリジナル・メディケアと同じサービスを保障している。また、大部分のプランは外来処方薬も保障している（パートDの給付も合わせて提供している）。加入するプランが外来処方薬を保障していない場合、加入者は別途、パートDに加入することになる。

メディケア・アドバンテージにおける患者の自己負担は、多くの場合、オリジナル・メディケアとメディギャップ保険の双方に加入している場合よりも少ない。したがって、メディケア・アドバンテージの加入者は、メディギャップ保険に加入する必要はない⁹⁾。メディギャップ保険は、オリジナル・メディケアの加入者が加入する。

メディケア・アドバンテージを選択する加入者は近年、増加しているが、第4節で述べたように2006年4月時点で加入者の多くはオリジナル・メディケアにとどまっている。

注3) 当初は低所得者のみが対象になっていたが、2006年からすべての加入者が対象になった。

4) 保険料は2006年まで定額であったが、2007年から所得に応じて設定されることになった。

5) これらのプランのほかに、特定の人々（メディケアとメディケイドの双方の受給資格者、ナーシングホームの居住者、所定の慢性病患者）のニーズを満たすためのプラン（Medicare Special Needs Plans）もある。なお、メディケイド（Medicaid）とは、貧困者を対象とする公的医療扶助である。

6) メディケア・アドバンテージにおける患者の自己負担は、患者の健康状態とプランの保障内容によって大きく異なっている。この点については、Biles, Nicholas and Guterman (2006) を参照。

7) CMS (2006b)。

8) これらの加入者が別途、加入するパートDは、単品型処方薬保険（stand-alone prescription drug coverage）」と呼ばれる。

9) 実際、メディケア・アドバンテージの加入者は、メディギャップ保険に加入することはできない。

3. メディギャップ保険

(1) 標準化の経緯

高齢者のほとんどはパートAの受給資格を有している。また、パートAの受給資格者のほとんどはパートBにも加入している。しかし、オリジナル・メディケア（パートAとパートB）の給付は十分ではない（患者の自己負担が大きい）ために、高齢者の多くは民間医療保険にも加入している。

高齢者がメディケアを補足するために加入している民間医療保険には、雇用主が退職者（メディケアの受給資格者）に提供する「雇用主提供退職者医療保険（employer-sponsored retiree health insurance）」と、高齢者が個人的に購入する「メディケア補足保険」、通称「メディギャップ保険」がある¹⁰⁾。メディギャップ保険は、オリジナル・メディケアにおける患者の自己負担をおもに保障している¹¹⁾。

1965年におけるメディケアの創設以降、保険会社とブルークロス・ブルーシールドはメディギャップ保険の販売をすぐに開始した。しかし1970年代に、募集人による誤った販売（募集人が高齢者に複数のメディギャップ保険に無理に加入させることなど）、メディギャップ保険のロスレシオが低いこと、高齢者のメディギャップ保険の知識が少ないことなど、多くの問題が発生した¹²⁾。

そこで、全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners: NAIC）は、1980年6月にメディギャップ保険に関するモデル法（Medicare Supplement Insurance Minimum Standards Act）とモデル規則（Model Regulation to Implement the Medicare Supplement Insurance Minimum Standards Act）を制定した¹³⁾。

モデル法とモデル規則は、最低限の給付、契約前発病の免責に対する制限¹⁴⁾、最低限のロスレシオ（個人保険の場合60%、団体保険の場合75%）¹⁵⁾、保障内容などの情報開示、などについて定めている。

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

上記の「最低限の給付」とは、①パートAの入院ケアの61日目～90日目の患者負担額に対する給付と、生涯にわたる365日分の入院費の90%に対する給付、②パートBの患者負担額（医療費の20%）に対する給付、である¹⁶⁾。

続いて連邦政府も、1980年6月に1980年社会保障障害年金修正法（Social Security Disability Amendments of 1980, P.L. 96-265）、通称「ボーカス修正法（Baucus Amendment）」を制定した¹⁷⁾。同法も、最低限の給付、契約前発病の免責に対する制限、最低限のロスレシオ、保障内容などの情報開示、について定めている。

上記の「最低限の給付」は、①パートAの入院ケアの61日目～90日目の患者負担額に対する給付と、生涯にわたる365日分の入院費の90%に対する給付、②パートBの患者負担額（医療費の20%）に対する給付、③パートAとパートBの血液（年間、最初の3ポイント）の患者負担額に対する給付、である¹⁸⁾。

連邦政府は、ボーカス修正法の制定によって各州政府に同法の規定（上記のモデル法とモデル規則の立法化）を求め、ほとんどの州政府は同法を採用した¹⁹⁾。

モデル法・モデル規則とボーカス修正法は、最低限の給付を定めたものであり、保障内容を標準化するものではなかった。そのために、1980年代においても保障内容の異なる商品が多数販売された²⁰⁾。

保障内容の標準化は、1990年11月に制定された1990年包括財政調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, P.L. 101-508）によって行われた。同法によって、1992年7月31日以降に販売されるメディギャップ保険は10種類の商品に標準化された（1992年7月30日までにメディギャップ保険に加入していた契約者は既契約を更新できる）。10種類の商品は、同法に基づいて全米保険監督官協会（NAIC）が設計した。

さらに、2003年メディケア処方薬・改善・近代化法によって、2005

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

年に2種類の商品が追加された。したがって、現在は12種類の商品に標準化されている。ただし、マサチューセッツ州、ミネソタ州、ウィスコンシン州の3州は1990年包括財政調整法の制定以前にメディギャップ保険の商品標準化を独自に行っており、3州のメディギャップ保険には1990年包括財政調整法と2003年メディケア処方薬・改善・近代化法の適用が除外されている。

なお、1990年包括財政調整法は、以下の規定も定めている²¹⁾。

- ・ 個人保険の最低限のロスレシオを60%から65%に引き上げ（団体保険は75%を維持する）、この基準を満たさなかった場合、保険者は契約者に保険料を返還しなければならないか将来の保険料を割り引かなければならない
- ・ メディギャップ保険にすでに加入している契約者にメディギャップ保険をわざと販売した（複数のメディギャップ保険に加入させた）保険者と募集人に対して刑罰を課す（不必要な重複保障を防止するため）
- ・ 初年度（新契約）の募集人手数料を次年度以降（更新契約）のそのの2倍以内に制限する（契約者に既契約を乗り換えさせようとする募集人のインセンティブを抑止するため）
- ・ パートBに初めて加入したときから6カ月間の新契約加入保証を保険者は提供しなければならない（この期間中、健康状態にかかわらずなくメディギャップ保険に加入できるようにするため）
- ・ 契約前発病の免責を制限する（「遡及期間」と「除外期間」を6カ月以内に制限する）

(2) 標準化の内容

1990年包括財政調整法によって標準化された10種類の商品（プラン）はAからJまでのアルファベットで、2003年メディケア処方薬・改善・近代化法によって追加された2種類の商品はKとLで表示されている。

表3 メディギャップ保険の保障内容① (2006年)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付	基礎給付
		パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル	パートA熟練看護施設ケアの119ドル
	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル	パートA入院ケアの952ドル
		パートBの年間124ドル			パートBの年間124ドル				パートBの年間124ドル
					パートB医師サービスの超過料金の全額	パートB医師サービスの超過料金の80%		パートB医師サービスの超過料金の全額	パートB医師サービスの超過料金の全額
		海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療	海外旅行の救急医療
			在宅回復			在宅回復		在宅回復	在宅回復
				予防サービス					予防サービス

(注)「基礎給付」=①パートAの入院ケアの61日目～90日目と91日目～150日目の患者負担額に対する給付+生涯にわたる365日分の入院費に対する給付

②パートBのすべての患者負担額（年間124ドルの患者負担額を除く）に対する給付

③パートAとパートBの血液（年間、最初の3パイント）の患者負担額に対する給付

「在宅回復」=メディケアが保障しない在宅ケアに対する給付（1回の訪問派遣40ドルまで、年間1,600ドルまで）

「予防サービス」=メディケアが保障しない予防サービスに対する給付（年間120ドルまで）

(出典) CMS (2006a)

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

表4 メディギャップ保険の保障内容② (2006年)

K	L
<p>基礎給付</p> <p>①パートA入院ケアの61日目～90日目と91日目～150日目の患者負担額に対する給付＋生涯にわたる365日分の入院費に対する給付</p> <p>②パートBのすべての患者負担額(年間124ドルの患者負担額を除く)の50%</p> <p>③パートAとパートBの血液(年間、最初の3ポイント)の患者負担額の50%</p> <p>④パートAホスピスケアの患者負担額の50%</p>	<p>基礎給付</p> <p>①パートA入院ケアの61日目～90日目と91日目～150日目の患者負担額に対する給付＋生涯にわたる365日分の入院費に対する給付</p> <p>②パートBのすべての患者負担額(年間124ドルの患者負担額を除く)の75%</p> <p>③パートAとパートBの血液(年間、最初の3ポイント)の患者負担額の75%</p> <p>④パートAホスピスケアの患者負担額の75%</p>
パートA熟練看護施設ケアの119ドルの50% (=59.50ドル)	パートA熟練看護施設ケアの119ドルの75% (=89.25ドル)
パートA入院ケアの952ドルの50% (=476ドル)	パートA入院ケアの952ドルの75% (=714ドル)

(注) Kは年間4,000ドル、Lは年間2,000ドルの患者負担額の上限がある。

(出典) 表3に同じ

表3は2006年におけるA～Jのプランの保障内容を、表4はKとLのプランの保障内容を示したものである。

A～Jの10種類のプランでは、「基礎給付」はすべてのプランが提供している。「基礎給付」には、①パートAの入院ケアの61日目～90日目の患者負担額(1日238ドル)と91日目～150日目の患者負担額(1日476ドル)に対する給付と、生涯にわたる365日分の入院費に対する給付、②パートBのすべての患者負担額(年間124ドルの患者負担額を除く)に対する給付、③パートAとパートBの血液(年間、最初の3ポイント)の患者負担額に対する給付、がある。

上記①の「生涯にわたる365日分の入院給付」とは、在院日数91日目

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

以降の入院費に対する給付である。前章第2節で述べたように、在院日数91日目～150日目の60日間は生涯最高給付日数となっている。つまり、もしある給付期間で生涯最高給付日数をすべて使用すると、次の給付期間で在院日数が90日を超過する場合、91日目以降の入院費は患者が全額負担しなければならない。「生涯にわたる365日分の入院給付」は、60日間の生涯最高給付日数をすべて使用し、在院日数が90日を超過する場合、91日目以降の入院費（ただし、生涯で365日までの入院費）を給付するものである。

また、「パートAの熟練看護施設ケアの21日目～100日目の1日119ドルの患者負担額」、「パートAの入院ケアの最初の60日間の952ドルの患者負担額」、「海外旅行の救急医療」も多くのプランが保障している。それに対して、「パートBの年間124ドルの患者負担額」は3つのプラン（CとFとJ）、「パートBの医師サービスの超過料金」は4つのプラン（F、G、I、J）、「在宅回復（メディケアが保障しない在宅ケアに対する給付）」は4つのプラン（D、G、I、J）、「予防サービス」は2つのプラン（EとJ）が保障している。なお、「在宅回復」と「予防サービス」は新しい給付であり、1990年包括財政調整法が制定された時点で両者を保障するメディギャップ保険はほとんどなかった。

上記の「パートBの医師サービスの超過料金」とは、医師が請求する医療費とメディケアが支払う医療費との差額に対する給付である。

オリジナル・メディケアでは、患者が医療提供者（メディケアに参加している医師・その他の医療提供者）からサービスを受けた場合、まず患者が医療費を医療提供者に支払い、後にメディケアが患者に医療費（患者負担額を除く）を支払うことになっている。

しかし、一般に給付金の「譲渡（assignment）」が行われている。譲渡は、メディケアと医療提供者とのあいだで協定される。譲渡に同意した医療提供者から患者がサービスを受けた場合、メディケアが認定した金額（患者負担額を除く）がメディケアから医療提供者に直接

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

支払われる。

譲渡に同意しなかった医療提供者から患者がサービスを受けた場合、患者は医療費を全額負担し、後にメディケアが患者に医療費（患者負担額を除く）を支払う。医療提供者が患者に医療費を請求するさい、メディケアが認定する金額以上の医療費を請求する場合がある。しかし、ほとんどの医師サービスに対して、医療提供者が患者に請求できる金額は、メディケアが認定する金額+15%以内に制限されている（「+15%以内」が合理的な診療報酬とされている）。

医師のメディケアへの参加率は医師の専門によって多少異なるが、ほとんどの医師はメディケアに参加している。そして、ほとんどすべての医師は給付金の譲渡に同意している。

「パートBの医師サービスの超過料金」は、譲渡に同意しなかった医療提供者から患者がサービスを受けた場合、患者が医療提供者に支払う医療費とメディケアが患者に支払う医療費（メディケアが認定した金額）との差額を給付するものである。

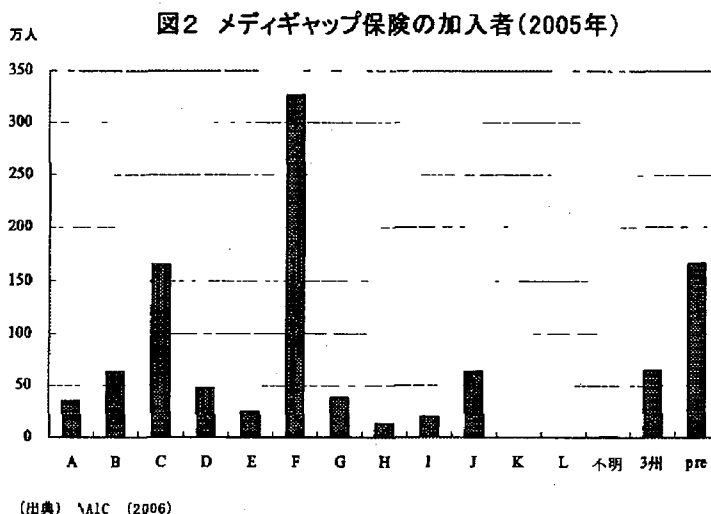
プランAは「基礎給付」のみを提供し、おおまかではあるが給付の種類は増加し、プランJは「基礎給付」から「予防サービス」までのすべての給付を提供している。なお、プランHは8番目であるが、「基礎給付」のほかは3種類の給付しか提供していない。実は、HとIとJの3つのプランは外来処方薬を保障していた。つまりプランHは、外来処方薬を保障するプランのなかで、提供する給付の種類がもっとも少ないプランであった。しかし、外来処方薬を保障するパートDの創設によって、メディギャップ保険から外来処方薬に対する給付は除外されることになった。

KとLのプランは、提供する給付の種類が少なく、それぞれの種類の給付額も少なく設定されている。つまり、給付額は患者負担額の全額ではなく、50%または75%に設定されている。しかし、いうまでもなく、給付の種類と給付額が少ない分、保険料も低くなる。

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

以上のように、メディギャップ保険は12種類の商品に標準化され、それぞれの商品の保障内容は画一化されている。州政府は、自州の保険者が販売する商品の種類を制限することができる（ただし、プランAはかならず含めなければならない）。保険者は、州政府が指定するすべての商品を販売する必要はなく、販売する商品を選択することができる。また、料率規制が行われている場合にはそれにしたがったうえで保険料を設定することができる。つまり、それぞれの種類の商品の保障内容はどの保険者の商品も同じであるが、保険料は同じ種類の商品でも保険者によって異なっている。

高齢者は、利用できる商品の保障内容と保険料を比較して、購入する商品と保険者を決定する。図2は、2005年における12種類の商品の加入者数を示したものである。メディギャップ保険の加入者は1,027万人である。もっとも加入者が多いプランはFの326万人（31.8%）であり、その次に加入者が多いプランはCの165万人（16.1%）である。つまり、メディギャップ保険の加入者の約半数がCとFのプランに加入している。その他のプラン（KとLを除く）の加入者は、プランJの63万人（6.2%）からプランHの13万人（1.3%）にとどまっている。KとLのプランは導入されて間もないこともあるが、加入者はほとんどまったくいない。



アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

なお、「3州」は「マサチューセッツ、ミネソタ、ウィスコンシンの3州で提供されているプラン」であり、加入者は65万人（6.3%）である。「pre」は「標準化前に加入し、更新しているプラン」であり、加入者は166万人（16.1%）と比較的多い。

注10) 雇用主提供退職者医療保険については、中浜（2006）の第2章を参照。

- 11) メディギャップの「ギャップ」とは、オリジナル・メディケアにおける患者の自己負担をさしている。
- 12) メディギャップ保険の加入状況と保障内容についてはRice and McCall（1985）、メディギャップ保険の知識についてはMcCall, Rice and Sangl（1986）を参照。
- 13) 当初（1979年6月に）、モデル法とモデル規則の規定は既存のモデル法（Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Act）とモデル規則（Individual Accident and Sickness Insurance Minimum Standards Regulation）に追加されたが、翌年6月に独立のモデル法、モデル規則として制定された。なお、独立のモデル法とモデル規則が制定されたのは、のちに本文で述べる「ボーカス修正法」の制定（1980年6月）の直後である。
- 14) 「契約前発病」とは、保険契約の責任開始前の一定期間中に診断または治療された症状である。この一定期間（契約前発病とする期間）を「遡及期間」という。「契約前発病の免責」とは、保険契約の責任開始後の一定期間中は契約前発病から生じる保険金支払いを免責にすることをいう。この一定期間（契約前発病から生じる保険金支払いを免責にする期間）を「除外期間」という。ここでの規定は、「遡及期間」と「除外期間」を6カ月以内に制限している。
- 15) 団体保険は、協会（association）または共済組合（fraternal）を通じて販売されている。アメリカ退職者協会（AARP）が最大であり、同協会の会員向けのメディギャップ保険は現在、ユナイテッド・ヘルスケアが引き受けている。個人保険と団体保険の加入者の比率は州によって大きく異なっているが、全国でみると個人保険の加入者の割合が大きい。
- 16) NAIC（1980），pp. 595-605. なお、「生涯にわたる365日分の入院費」については、次節で詳しく述べる。
- 17) 同法の法案はピックル下院議員（民主党：テキサス州選出）が提出し

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

たが、上院で修正法案を提出したボーカス上院議員（民主党：モンタナ州選出）にちなんで同法は「ボーカス修正法」と名づけられている。

- 18) 42 U.S.C. § 1395ss ; Fox, Rice and Alecxith (1995), pp. 33 ; Rice, Graham and Fox (1997), pp. 107-108. なお、「最低限の給付」は、次節で述べる「基礎給付」に該当する。
- 19) 同法を採用しなかった州は、マサチューセッツ、ニューヨーク、ロードアイランド、ワイオミングの4州である。しかし、4州は独自の基準を制定し、それらのなかにはボーカス修正法の規定よりも厳しいものもあった (GAO, 1986, pp. 15-16)。
- 20) 加入できる商品は数百種類もあったといわれている。
- 21) 42 U.S.C. § 1395ss ; Fox, Rice and Alecxith (1995), pp. 36 ; Rice, Graham and Fox (1997), pp. 106-107.

4. おわりに

本論で考察したように、アメリカでは1990年代に保険者が販売できるメディギャップ保険の商品は12種類までに制限され、それぞれの商品の保障内容が画一化された。民間医療保険において保障内容に対する規制が行われる場合、一般に「最低限の給付」が定められている。商品の種類が制限され、しかも保障内容が画一化されているのはメディギャップ保険のみである。この点において、メディギャップ保険の保障内容に対する規制は比較的厳しいといえる。

1990年包括財政調整法のメディギャップ保険に関する立法化の目的は、①商品の比較を容易にするために市場を単純化すること、②逆選択を防止すること、③消費者に選択させること、④市場を安定化させること、⑤競争を促進すること、の5つである。

上記②は、おもに外来処方薬に対する給付にかかわるものである。前章第2節で述べたように、外来処方薬はH～Jの3つのプランで保障された。しかし、パートDの創設によって、メディギャップ保険から外来処方薬に対する給付は除外されることになった。したがって現

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

在では、②の目的はなくなっているといえる。

それでは、上記の4つの目的は、メディギャップ保険の商品標準化によってどの程度達成されたのであろうか。換言すれば、メディギャップ保険の商品標準化は、消費者の商品の比較・選択、保険者間の競争の促進、メディギャップ保険市場の安定化に対してどのような影響を与えたのであろうか。次稿では、この点について考察したい。

参考文献

- Biles, Brian, Lauren Hersch Nicholas, and Stuart Guterman. 2006. *Medicare Beneficiary Out-of-Pocket Costs : Are Medicare Advantage Plans a Better Deal?* New York : The Commonwealth Fund.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2005. *Medicare and You*. Baltimore, MD : U. S. Department of Health and Human Services, CMS.
- . 2006a. *2006 Choosing a Medigap Policy : A Guide to Health Insurance for People With Medicare*. Baltimore, MD : U. S. Department of Health and Human Services, CMS.
- . 2006b. “Medicare Advantage Plans Provide Lower Costs and Substantial Savings.” Baltimore, MD : U. S. Department of Health and Human Services, CMS.
- DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Cheryl Hill Lee. 2006. U. S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-231, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2005*. Washington, D. C. : U. S. Government Printing Office.
- Fox, Peter D., Thomas Rice, and Lisa Alecxih. 1995. “Medigap Regulation : Lessons for Health Care Reform.” *Journal of Health*

アメリカにおけるメディギャップ保険の標準化

- Politics, Policy and Law*, Vol.20, No.1 (Spring), pp.31-48.
- McCall, Nelda, Thomas Rice, and Judith Sangl. 1986. "Consumer Knowledge of Medicare and Supplemental Health Insurance Benefits." *Health Services Research*, Vol.20, No.6, Part I (February), pp.633-657.
- National Association of Insurance Commissioners (NAIC). 1980. *1980 Proceedings of the National Association of Insurance Commissioners*, Vol. II. Brookfield, WI : NAIC.
- . 2006. *Medicare Supplement Nationwide Plans, 2005 Data*. Kansas City, MO : NAIC.
- Rice, Thomas, Marcia L. Graham, and Peter D. Fox. 1997. "The Impact of Policy Standardization on the Medigap Market." *Inquiry*, Vol.34, No.2 (Summer), pp.106-116.
- Rice, Thomas and Nelda McCall. 1985. "The Extent of Ownership and the Characteristics of Medicare Supplemental Policies." *Inquiry*, Vol.22, No.2 (Summer), pp.188-200.
- United States General Accounting Office (GAO). 1986. *Medigap Insurance : Law Has Increased Protection Against Substandard and Overpriced Policies*. GAO/HRD-87-8. Washington, D.C. : GAO.
- . 1991. *Medigap Insurance: Better Consumer Protection Should Result From 1990 Changes to Baucus Amendment*. GAO/HRD-91-49. Washington, D.C. : GAO.
- 中浜 隆『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社、2006年