

アメリカにおける個人医療保険の料率規制

中 浜 隆

1. はじめに

アメリカでは、医療保険は他の先進諸国と異なり、民間保険が主流である。アメリカでも、医療保険を含む公的医療プログラムはあるが、非高齢者一般を対象とする公的医療保険（社会保険）は存在しないために、非高齢者の多くは民間医療保険に加入している。

民間医療保険は、団体医療保険と個人医療保険に大別される。従業員と扶養家族は、雇用主が提供する（保険者から購入するか自家保険を採用する）団体医療保険（雇用主提供医療保険）に加入している。他方、雇用主が医療保険を提供していない従業員、65歳未満の早期退職者、自営業者などは、個人医療保険に加入している¹⁾。

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。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州保険法を改正し、小雇用主医療保険の改革を実施している²⁾。

1) 団体医療保険と個人医療保険の相違については、以下の文献を参照。
Pauly and Percy (2000)；Hall (2000)。また、個人医療保険の引受けについては、AAA (1999) を参照。

2) 本稿では、NAICが小雇用主医療保険について定めた3件のモデル法を

また NAIC は、個人医療保険の改革のために、1990年代後半にモデル法2件とモデル規則1件を制定した。これらは、改革の手段として「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³⁾。

本稿は、個人医療保険の改革の手段のなかで、料率規制を取り上げる。本稿の目的は、第1に、NAICモデル法・モデル規則と各州保険法・保険規則の規制内容について叙述し、両者の異同を考察すること、第2に、個人医療保険と小雇用主医療保険の規制内容を比較し、個人医療保険の料率規制の特徴を提示することにある。

2. NAICモデル法と1996年HIPA法

(1) NAICモデル法・モデル規則

アメリカでは、おもに州政府が保険業の監督規制を行っている。全米保険監督官協会（NAIC）が制定した個人医療保険の改革のためのモデル法とモデル規則には、以下の3件がある。

① Small Employer and Individual Health Insurance Availability Model Act (1996年3月制定)

このモデル法は小雇用主医療保険と個人医療保険の双方について定めている。同法は、小雇用主医療保険について定めた1995年モデル法に個人医療保険の規定を追加している。したがって同法の小雇用主医療保険の規定と1995年モデル法の規定は同じである。そして、同法は1995年モデル法と

「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）、1件のモデル規則を「1992年モデル規則」（1992年12月制定）と表記する。小雇用主医療保険の改革については、中浜（2003a, 2003b, 2003c, 2004a）を参照。

3) 個人医療保険の「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）を参照。

同じく「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」「再保険プログラム（再保険プール）」について定めている。同法は、以下「1996年モデル法①」と表記する。

なお NAIC は、次節で叙述する連邦法の1996年 HIPA 法の制定を受けて、2000年12月に1996年モデル法①を改正した。しかし、1996年 HIPA 法は料率規制について定めていないために、1996年モデル法①の料率規制に関する規定はほとんどまったく変更していない。そこで本稿では、1996年3月制定時の条文を引用する。

② Individual Health Insurance Portability Model Act (1996年3月制定)

このモデル法は個人医療保険のみについて定めている。同法も「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」について定めている（「再保険プログラム（再保険プール）」については定めていない）。しかし、同法の料率規制に関する規定は、1996年モデル法①の個人医療保険の料率規制に関する規定と大きく異なっている。同法は、以下「1996年モデル法②」と表記する。

NAIC は、1996年モデル法①と同じく、2000年12月に1996年モデル法②も改正した。しかし、1996年モデル法②の料率規制に関する規定はまったく変更していない。そこで本稿では、1996年3月制定時の条文を引用する。

③ Model Regulation to Implement the Individual Health Insurance Portability Model Act (1998年6月制定)

このモデル規則は、1996年モデル法②を実施するさいの細則について定めている。同規則は、以下「1998年モデル規則」と表記する。

NAIC の医療保険・マネジドケア委員会規制枠組専門部会は、2000年12月に1998年モデル規則の改正案を起草した（2005年2月時点で審議中で

ある)。しかし、1998年モデル規則の料率規制に関する規定もほとんどまったく変更していない。

(2) 1996年 HIPA 法

連邦政府は、1996年8月に Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (P.L.104-191, 以下「1996年 HIPA 法」と表記する)を制定した(大部分の規定は1997年7月1日施行)。

1996年 HIPA 法(第I編)は、団体医療保険と個人医療保険の改革のために、1974年従業員退職所得保障法(Employee Retirement Income Security Act of 1974)と公衆衛生法(Public Health Service Act)を修正し、州政府が実施しなければならない最低限の基準として、個人、小団体(従業員2人~50人)、大団体に対する「契約更新保証」などの改革の手段について定めている。

しかし、改革の手段の種類は、個人、小団体、大団体のあいだで異なっている。個人については、「契約前発病の免責に対する制限」と「新契約加入保証」は、同法が定める有資格個人に限定している。また「契約の携行」と「料率規制」については定めていない。

他方、州政府が個人医療保険の料率を規制するさい、次章で叙述するように、保険法において1996年 HIPA 法の有資格個人が加入する医療保険とその他の個人が加入する医療保険の料率規定を別々に定めている場合がある。

1996年 HIPA 法が定める「有資格個人 (eligible individual)」とは、①(a)個人が個人医療保険の加入を求める日に、認定可能保険に加入していた期間の総計が18か月以上である個人であり、また(b)最後に加入していた医療保険が団体医療保険または政府保険または教会保険であった個人、② 団体医療保険またはメディケアまたはメディケイドの受給資格を有しておらず、その他の医療保険にも加入していない個人、③最後に加入していた医療保険が保険スポンサーの保険料の不払いまたは詐欺によって終了しな

かった個人、④ COBRA の継続規定または類似した本州のプログラムに基づいて医療保険の継続を選択し、それが終了している個人である (42 U.S.C. §300gg-41(b)を参照)。

「認定可能保険 (creditable coverage)」とは、加入していた医療保険の期間を上記の18か月間に算入できる保険であり、認定可能保険には団体医療保険、個人医療保険、メディケア、メディケイドなどほとんどの医療保険が含まれている。「政府保険 (governmental plan)」とは、連邦政府機関、州・地方政府機関、国際機関が職員のために設立または維持している保険である。「教会保険 (church plan)」とは、教会または教会の会議・協会が職員 (またはその受取人) のために設立し、維持している保険である (29 U.S.C. §1002(33), (34)を参照)。

COBRA とは、連邦法の1985年包括財政調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985) である。同法によって、従業員20人以上の雇用主 (職員20人以上の州・地方政府機関も含む) は、従業員または扶養家族に適格事由 (qualifying event) が生じ、従業員または扶養家族が医療保険の継続を選択した場合には、医療保険の提供を継続しなければならない。適格事由には、勤務に関連する事由 (辞職、退職、解雇による雇用の終了、医療保険の加入資格を喪失することになる勤務時間の減少) と家族に関連する事由 (従業員の死亡や離婚など) の2種類がある。勤務関連事由の場合は18か月間、家族関連事由の場合は36か月間、医療保険が継続される。

また、大部分の州政府も州保険法で団体医療保険の継続について定めている。州保険法は、従業員19人以下の団体の従業員に対する医療保険の継続や COBRA よりも長期の医療保険の継続期間などについて規定している。

3. NAIC の料率規制

(1) 1996年モデル法①

1996年モデル法①は、「地域」「家族構成」「年齢」の3つの危険要因のみの使用を認めている（第5条A項(1)を参照）。そして、年齢の使用によって生じる料率の格差を一定の範囲内に制限している。つまり、年齢の使用によって生じる料率の格差は制限しているが、地域と家族構成の使用によって生じる料率の格差は制限していない。

「地域」は、医療保険の料率を調整するために使用され、保険監督官によって設定される（第3条P項を参照）。保険監督官は、保険者が地域を区分する方法を規定する規則を制定することができる（第5条F項(2)を参照）。「地域」に関するモデル法の規制は、地域の細分化を禁止し、地域料率 (territorial rating) による危険選択を防止することを意図している（第5条F項 Drafting Note を参照）。

モデル法は、上記のように地域の設定方法を各州（保険監督官）にゆだねているが、他方で各州に対して「郡 (county)」と「郵便番号 (ZIP code) が最初の3桁の地域」のうちの広いほう以上で（たとえば「郡」のほうが広い場合には最小の区分を「郡」で）、地域を設定するように奨励している（第5条F項 Drafting Note を参照）。

「年齢」による料率の調整は、保険者は19歳から始まる1歳の年齢階層 (age brackets) を使用することができる（第5条A項(2)を参照）。そして、本法の制定後最初の2年間は、すべての年齢階層の料率は最低の年齢階層の料率の400%以内でなければならない。その次の3年間は、すべての年齢階層の料率は最低の年齢階層の料率の300%以内でなければならない。本法の制定後5年以降は、すべての年齢階層の料率は最低の年齢階層の料率の200%以内でなければならない（第5条A項(5)を参照）。

なお、小雇用主医療保険について定めた1995年モデル法の年齢階層の規定と比較すると、年齢階層間の料率格差に対する制限は1995年モデル法と

同じであるが、それぞれの年齢階層の年齢幅は異なっている。1995年モデル法は「年齢による調整は5年未満の年齢階層を使用してはならず、またこれらは30歳から始まり、65歳で終わらなければならない」と定めている。つまり保険者は、それぞれの年齢階層において5年以上の年齢幅を設定しなければならない。

罹病率 (morbidity) は、一般に年齢とともに上昇する。したがって個人医療保険の場合、保険金支払額は加入者の年齢の上昇ともなって増加する。それに対して団体医療保険の場合には、高齢の従業員が退職し、若年の従業員が雇用されることによって団体の平均年齢は比較的安定的に推移するために、保険金支払額の増加という問題は一般に生じない⁴⁾。そのため、モデル法は年齢階層の年齢幅について、個人医療保険と小雇用主医療保険で異なった規定を定めている (個人保医療保険では、年齢幅の設定において比較的大きな柔軟性を保険者に認めている)。

「家族構成」とは、①本人、②本人・配偶者・子供、③本人と配偶者、④本人と子供、⑤子供のみ、である (第3条0項を参照)。つまり、保険者は家族構成を5つに区分し、それぞれについて料率を設定する (料率に格差をつける) ことができる。しかし、②と④と⑤において「子供の人数」によって料率に格差をつけることはできない。また、1996年モデル法①は「性別」の使用を禁止している。したがって、保険者は①と④において「本人の性別」によって料率に格差をつける (料率を細分化する) こともできない。他方、保険者は「子供のみ」の医療保険に対してもっとも低い「大人」の料率を適用することができる (第5条A項(3)を参照)。

料率の変更 (引き上げ) については、①有資格者の家族構成の変化と②

4) ただし、この問題は団体規模によって生じうる。小雇用主医療保険では、従業員が少ないために団体の平均年齢が上昇し、保険金支払額が増加する可能性がある。なお、1995年モデル法は「団体規模」の使用を認めている (ただし、1992年モデル規則はその使用によって生じる料率の格差を20%以内に制限している)。

有資格者の要望による医療保険の変更を反映させるための料率の変更を除いて、1年以内に料率を調整することはできない（第5条B項を参照）。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）。なお、「有資格者（eligible person）」とは、本州の居住者であり、雇用主提供団体医療保険の加入資格を有していない者である（第3条M項を参照）。

保険者は、個人医療保険においても、異なる販売システムを採用している場合、医療保険を他の保険者から取得した場合、HMO商品とインデムニティ商品のように商品設計が大きく異なる場合、別個の契約クラス（契約ブロック）を設定してきた。

また、料率を算出するさい、いくつかの合理的・客観的な危険要因を組み合わせて階層を設定し、それぞれの階層に多数の加入者の平均的な保険金支払実績を割り当てて料率（マニュアル料率）を算出する階層料率方式（tier rating）を採用してきた。そして、契約を更新するさい、「危険特性（健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間）」を使用し、マニュアル料率を割り増しまたは割り引きすることによってそれぞれの加入者の料率を決定する（新契約加入時に料率を低く設定し、契約更新時に健康状態や保険金支払実績が悪化している加入者の料率を引き上げる）継続料率方式（durational rating）を採用してきた。

1996年モデル法①は、小雇用主医療保険について定めた1995年モデル法と同じ調整地域料率方式（adjusted community rating）を採用しており、規制内容も総じて同じである。つまり、1996年モデル法①が個人医療保険で定めている調整地域料率方式の特徴は、第1に、別個の契約クラス（契約ブロック）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。

(2) 1996年モデル法②

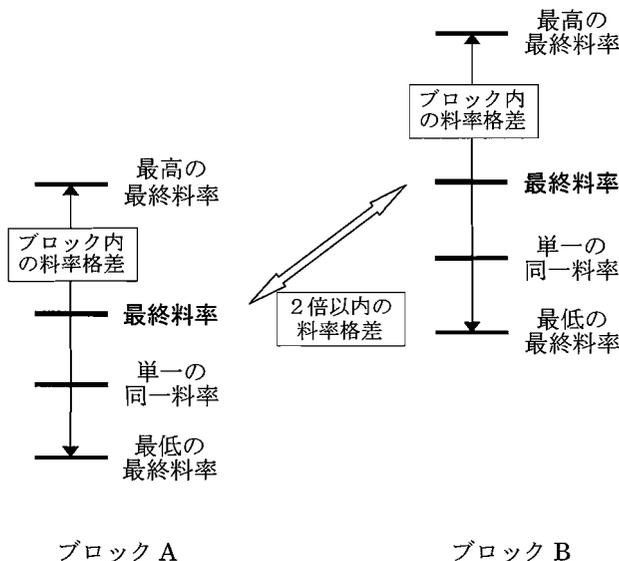
1996年モデル法②は、保険契約のブロック (block of business : 以下「契約ブロック」と表記する) を「規則で認められた、本人と扶養家族の別個のグループ化」と定義している (第3条 F 項を参照)。1998年モデル規則では、保険者は①販売システム, ②保険の種類 (policy form), ③直接引き受けたまたは他の会社から取得した契約, ④保険監督官が認可したその他の著しい特徴, に基づいて契約ブロックの分類方法を決定する (第4条 A 項を参照)。保険者は、契約ブロックを9つまで設定することができる (第4条 C 項を参照)。

それぞれの契約ブロックに対して、単一の同一料率は1つでなければならない。保険者は、料率決定特性と給付設計に基づく料率係数によってのみ単一の同一料率を調整しなければならない。そして、料率決定特性と給付設計による調整後、いかなる契約ブロックの料率も、他のいかなる契約ブロックの料率を100%超上回ってはならない (以上、第5条 A 項(1)と1998年モデル規則第6条 A 項(2)(c), (d)を参照)。つまり、契約ブロック間の料率の格差を2倍以内に制限している (図1を参照⁵⁾)。

「単一の同一料率 (single uniform rate)」とは、それぞれの契約ブロックの料率であり、加入者に対する最終料率が料率係数を使用して計算される料率である (1998年モデル規則第3条 L 項を参照)。「料率決定特性 (rating characteristics)」とは、①家族構成, ②地域, ③年齢階層, ④規則で認められたその他の特性, である (第3条 AA 項を参照)。家族構成の区分, 地域の区分, 年齢階層の規定は、1996年モデル法①と同じである。料率決定特性には、①継続・階層料率方式 (durational or tier rating) または②新契約加入後の健康状態または保険金支払実績の変化は

5) 図1では、単一の同一料率と最高の最終料率の格差のほうが単一の同一料率と最低の最終料率の格差よりも大きくなっている。両者の格差の差異は、NAIC (2002) に掲載されている家族構成, 地域, 年齢階層の料率係数の事例を参考にして作成している。

図1 料率格差の制限



含まれない（第5条A項(1)を参照）。「料率係数（rating factors）」とは、料率設定係数と給付設計（benefit design）に基づく係数であり、最終料率を決定するために単一の同一料率に適用される係数である（1998年モデル規則第3条H項を参照）。

料率の変更（引き上げ）については、保険者は、単一の同一料率を1年以内に変更することはできない。また、①本人の家族構成の変化と②本人の要望による医療保険の変更の場合を除いて、加入者に課される料率を1年以内に変更することはできない（第5条F項を参照）。

さらに、ある契約ブロックに適用される年間の料率の変化額（料率決定要因と給付設計の調整後で、当該契約ブロックの保険金支払実績または健康状態による変化額）は、他のいかなる契約ブロックの料率の変化額を15%超上回ってはならない（第5条B項を参照）。つまり、契約ブロック間の料率の引き上げ額の格差を15%以内に制限している。

モデル法が定める料率設定方法（料率規制）では、保険者はまず、たとえば異なる販売システムを採用している場合や医療保険の種類が異なる場合、別個の契約ブロックを設定する。

次に、保険者はそれぞれの契約ブロックについて、基準となる（料率係数を1とする）「料率決定特性（＝家族構成、地域、年齢階層）」と「給付設計（＝医療保険の種類、自己負担額、給付内容）」の料率を算出する。この料率が「単一の同一料率」である。そして、それぞれの料率決定特性と給付設計の料率係数を「単一の同一料率」に適用し、契約ブロック内のそれぞれの加入者（契約）の「最終料率」を決定する。その場合、契約ブロック間において、料率決定特性と給付設計が類似した加入者（契約）の最終料率の格差は2倍以下でなければならない。

1996年モデル法②が定める料率規制の特徴は、第1に、契約ブロックの設定を認めていることである。これは、小雇用主医療保険で料率幅方式（rating bands）を採用している1992年モデル法と同じである。

第2に、それぞれの加入者の料率を決定するさい、保険者が「単一の同一料率」に適用する「料率決定特性」として、「家族構成」「地域」「年齢」のみを認めていることである。これは、小雇用主医療保険で調整地域料率方式を採用している1995年モデル法と同じである（また前節の1996年モデル法①とも同じである）。換言すれば、1996年モデル法②は、保険者が使用できる危険要因の種類を1992年モデル法よりも厳しく制限していることである。1992年モデル法は、保険者がマニュアル料率を算出するさいに使用できる危険要因＝「被保険者の特性」として、「年齢」「性別」「産業」「地域」「家族構成」「団体規模」を認めている。

第3に、契約ブロック内における料率の格差は制限していないことである（ただし、年齢の使用によって生じる料率の格差は制限している）。1992年モデル法も、保険者がマニュアル料率を算出するさい、「被保険者の特性」の使用によって生じる格差を制限していない（ただし、産業と団体規模の使用によって生じる料率の格差は制限している）。

第4に、契約ブロック間における料率決定特性と給付設計が類似した加入者の料率の格差を制限していることである。加入者間の料率の格差を制限するさい、その加入者を「料率決定特性と給付設計が類似した」加入者としている点は、1992年モデル法と類似している。1992年モデル法は「同じ医療保険に加入し、被保険者の特性が類似した」小雇用主と定めている。

しかし、危険要因の使用によって生じる料率の格差を制限するさい、その危険要因を「家族構成」「地域」「年齢」としている点は、1992年モデル法と異なっている。1992年モデル法は、「危険特性」である「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おり、「被保険者の特性」に含まれる「家族構成」「地域」「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。

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。上記のように、小雇用主医療保険について定めた1992年モデル法は料率幅方式を、1995年モデル法は調整地域料率方式を採用している（モデル法は、純粋地域料率方式は採用していない）。

料率幅方式と地域料率方式（調整地域料率方式と純粋地域料率方式）の基本的相違は、①契約クラスの設定を認めているかどうか、②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かどうか、にある。料率格差の抑制の観点からみた場合、①と②のうち、より重要な相違は②である。それは、健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間の使用は加入者間で大幅な料率の格差を生じさせるためであり、したがってリスクの高い加入者の保険料負担可能性により大きな影響を与えるためである。

①については、料率幅方式は認めているのに対して、地域料率方式は認めていない。②については、料率幅方式は認めている（しかしそれによって生じる料率の格差を制限している）のに対して、地域料率方式は認めていない。なお、調整地域料率方式と純粋地域料率方式の相違は、年齢の使用を認めているかどうかにある（調整地域料率方式は認めているが、純粋地域料率方式は認めていない）。

1996年モデル法②は、第1に、契約ブロックの設定を認めている。第2に、料率を変更する（引き上げる）さい、保険金支払実績または健康状態を使用して加入者の料率（最終料率）を引き上げることを認めている。したがって、同法は料率幅方式を採用しているといえる。

しかし、1996年モデル法②は、同じ料率幅方式を採用している1992年モデル法と以下の点において大きく異なっている。第1に、1996年モデル法②は、ある料率期間における加入者の料率を決定するさい、健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間の使用は認めていないことである（これらの危険要因は「料率決定特性」には含まれない）。それに対して1992年モデル法は、それぞれの小雇用主の健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間を使用して小雇用主の料率に格差をつけることを認めている。なお、料率期間（rating period）」とは、保険者によって設定される保険料率が有効であるとみなされる期間である（第3条BB項を参照）。上記のように保険者は「単一の同一料率」と加入者の「最終料率」を1年以内に変更できないことから、料率期間は1年である。

第2に、1992年モデル法は、料率を変更する（引き上げる）さいにも、それぞれの小雇用主の健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間を使用することを認めている。他方、1996年モデル法②も、保険金支払実績または健康状態を使用して加入者の料率（最終料率）を引き上げることを認めている。しかし、保険金支払実績または健康状態は「契約ブロック」の保険金支払実績または健康状態であり、したがって料率の引き上げは契約ブロック内の加入者全体に適用されることである。つまり、それぞれの加入者の保険金支払実績または健康状態は、加入者の最終料率に直接反映されないことである。

4. 各州の料率規制

(1) 調整・純粋地域料率方式

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。その

表1 調整・純粋地域料率方式の規制内容

州	使用できる危険要因	
	特定の危険要因の制限	全危険要因の制限
メイン	年齢, 地域, 家族構成, 職業または産業, 喫煙	
	規定なし	地域料率±20%
マサチューセッツ	年齢, 地域, 家族構成, 給付水準	
	年齢 0.67~1.33 地域 0.8~1.2	規定なし
オレゴン	年齢, 家族構成, 給付水準	
	年齢 ・1996年 HIPA 法の有資格 個人の保険 100%以内 ・その他の保険 規定なし	規定なし
バーモント	家族構成, 保険監督官が認可した危険要因 (年齢など)	
	規定なし	地域料率±20%
ワシントン	年齢, 地域, 家族構成, ウェルネス活動	
	年齢 375%以内 ウェルネス活動 20%以内の割引	規定なし
ニュージャージー	家族構成	
	規定なし	規定なし
ニューヨーク	地域, 家族構成	
	規定なし	規定なし

(出典) 各州保険法より筆者作成

うち5州は調整地域料率方式を, 2州は純粋地域料率方式を採用している(表1を参照)。

①メイン州

メイン州は「年齢」「地域」「家族構成」「職業または産業」「喫煙」の5つの危険要因の使用を認めている。他方、「性別」「健康状態」「保険金支払実績」「契約の継続期間」の使用を明示的に禁止している。そして、危険要因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5つの危険要因による調整前の、すべての有資格個人に課される料率である（メイン州保険法第2736-C条1項Bを参照）。

②マサチューセッツ州

マサチューセッツ州は「年齢」「地域」「家族構成」の使用を認めている。そして年齢と地域の使用によって生じる料率の格差をそれぞれ0.67~1.33と0.8~1.2の範囲内に制限している。

③オレゴン州

オレゴン州は「年齢」と「家族構成」のみの使用を認めている。そして、1996年 HIPA 法が定める有資格個人が加入する医療保険に対して、年齢の使用によって生じる料率の格差を100%以内に制限している。その他の医療保険に対しては制限していない。

④バーモント州

バーモント州は「家族構成」と保険監督官が認可したその他の危険要因（年齢など）の使用を認めている。そして、危険要因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。

⑤ワシントン州

ワシントン州は「年齢」「地域」「家族構成」「ウェルネス活動」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%以内に、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。同州の個人医療保険の料率規制は、小雇用主医療保険と同じである。

⑥ニュージャージー州

ニュージャージー州は「家族構成」のみの使用を認めており、したがっ

て純粋地域料率方式を採用している。つまり、医療保険の種類と家族構成が同じ加入者の料率は同一である。

⑦ニューヨーク州

ニューヨーク州は「地域」と「家族構成」のみの使用を認めており、同州も純粋地域料率方式を採用している。

州政府が個人医療保険で採用している調整地域料率方式の特徴は、第1に、次節の料率幅方式と比較した場合、①保険者に使用を認めている危険要因の種類と②年齢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、1996年モデル法①が定める規制方法・内容と類似していることである。

第2に、州政府が小雇用主医療保険で採用している調整地域料率方式と比較した場合、保険者が使用できる危険要因の種類を小雇用主医療保険よりも厳しく制限していることである。つまり、個人医療保険のほうをより厳しく規制していることである。

個人医療保険で調整地域料率方式または純粋地域料率方式を採用している州のほとんどは、小雇用主医療保険でも調整地域料率方式または純粋地域料率方式を採用している。バーモント州のみ、小雇用主医療保険では純粋地域料率方式を採用している。つまり同州は、小雇用主医療保険のほうをより厳しく規制している。

(2) 料率幅方式

個人医療保険の料率規制を実施している19州のうち、12州が料率幅方式を採用している。個人医療保険の料率規制を実施している州数は、小雇用主医療保険の料率規制を実施している州数（48州）よりもかなり少ない。しかし、小雇用主医療保険で多くの州（34州）が料率幅方式を採用しているのと同じく、個人医療保険でも多くの州は料率幅方式を採用している。

表2 料率幅方式の規制内容①

州	対象者	対象の保険	使用できる危険要因 (人口統計的・その他の客観的要因)
カリフォルニア アイダホ アイオワ ケンタッキー	HIPAA 全個人 全個人 全個人	2種類 全保険 全保険 全保険	規定なし 年齢、性別、地域、喫煙 明示(列挙)なし 年齢、性別、地域、職業または産業
メリーランド ミネソタ ネバダ ニューハンプシャー	HIPAA 全個人 全個人 全個人	2種類 全保険 全保険 全保険	規定なし 年齢、地域、家族構成、職業 年齢、性別、地域、家族構成、職業 年齢、家族構成、喫煙
ニューメキシコ オハイオ サウスダコタ ユタ	全個人 全個人 全個人 全個人	全保険 2種類 全保険 全保険	年齢、性別、地域、家族構成、喫煙 規定なし 年齢、性別、地域、家族構成、ライフスタイル 年齢、性別、地域、家族構成、産業

(注) HIPAA=1996年 HIPA 法が定める有資格個人
(出典) 各州保険法より筆者作成

州政府が個人医療保険で採用している料率幅方式の特徴は、前節の調整地域料率方式と比較した場合、第1に、保険者に使用を認めている危険要因の種類が多いことである(表2を参照)。この点は、小雇用主医療保険の場合と同じである。第2に、料率格差の制限方法が1996年モデル法②のそれと大きく異なっていることである(この点後述)。

また、州政府が小雇用主医療保険で採用している料率幅方式と比較した場合、以下の点において1996年モデル法②が定める規制方法・内容と大きく異なっていることである。第1に、個人医療医療保険では、ほとんどの州は契約ブロックの定義、種類、数について定めていないことである(表3を参照)。小雇用主医療保険では、多くの州はそれらについて定めている。

表3 料率幅方式の規制内容②

州	契約ブロック		
	定義	種類	数
カリフォルニア	なし	規定なし	規定なし
アイダホ	なし	規定なし	規定なし
アイオワ	あり	1つ	規定なし
ケンタッキー	あり	3つ	規定なし
メリーランド	なし	規定なし	規定なし
ミネソタ	なし	規定なし	規定なし
ネバダ	なし	規定なし	規定なし
ニューハンプシャー	なし	規定なし	規定なし
ニューメキシコ	なし	規定なし	規定なし
オハイオ	なし	規定なし	規定なし
サウスダコタ	あり	2つ	3つ
ユタ	あり	3つ	9つ

(出典) 各州保険法より筆者作成

第2に、個人医療保険では、料率格差の制限について1996年モデル法②と基本的に同じ規制方法を採用している州は、ネバダ州のみであることである。小雇用主医療保険では、ほとんどの州は1992年モデル法と同じ規制方法を採用している。

ネバダ州は、料率決定特性と給付設計による調整後、契約ブロック間において料率決定特性と給付設計が類似した加入者の料率の格差を50%以内に制限している（同州は、1997年の制定時には料率の格差を1996年モデル法②と同じ100%以内に制限していたが、1999年の改正によって50%以内に変更している）。また、保険者が保険料率を算定するさいに危険要因として「健康状態」を使用する場合には、最高の料率係数を最低の料率係数の75%以内に制限している（1996年モデル法②はこの点について定めていない）。料率の変更（引き上げ）に関する規定は、1996年モデル法②と同じである。

アイオワ州も、1996年モデル法②と比較的類似した規制方法を採用して

いる。同州は、①料率決定特性と給付設計による調整後、契約ブロック間の届出料率の格差を20%以内に制限している。「届出料率 (filed rate)」とは、それぞれの契約ブロックにおいて、料率決定特性が類似したすべての個人に課される料率である（アイオワ保険法第513C.3条10項を参照）。「料率決定特性」とは、保険者が個人に対する保険料率を決定するさいに考慮し、保険監督官が認可した人口統計の特性である（513C.3条16項を参照）。②料率決定特性に関わる危険要因による契約ブロック間の届出料率の格差を30%以内に制限している。③保険監督官が認可したその他の特性に関わる危険要因による契約ブロック間の届出料率の格差を30%以内に制限している。④料率の変更（引き上げ）に関する規定は、1996年モデル法②と同じである。

他方、5州（アイダホ、ケンタッキー、ミネソタ、サウスダコタ、ユ

表4 料率幅方式の規制内容③

州	料率格差の制限	
	契約ブロック内	契約ブロック間
カリフォルニア アイダホ アイオワ ケンタッキー	標準保険料の170% 指標料率±50% 規定なし 指標料率±35%	規定なし 規定なし 届出料率の20%と30% 10%
メリーランド ミネソタ ネバダ ニューハンプシャー	200% 指標料率±25% 75% 健康状態 1.5 : 1	規定なし 規定なし 50% 規定なし
ニューメキシコ オハイオ サウスダコタ ユタ	規定なし 新契約の最高料率の2.5倍 指標料率±30% 指標料率±30%	規定なし 規定なし 20% 20%

(注) 料率格差の制限は、アイオワ州とネバダ州の「契約ブロック間」を除き、健康状態・保険金支払実績・契約の継続期間に対する制限
(出典) 各州保険法より筆者作成

タ)は、1992年モデル法が定める料率幅方式と基本的に同じ規制方法を採用している(表4を参照)。つまり、これらの州は、小雇用主医療保険と同じ規制方法を個人医療保険でも採用している。

NAICによれば、1996年モデル法②は1州の既存の法律に基づいて作成されている⁶⁾。上記のように、1996年モデル法②と基本的に同じ規制方法を採用している州はネバダ州のみである。しかし、同州が料率規制に関する法律を制定した(保険法を改正した)のは1997年である。したがって同州は、1996年モデル法②に基づいて料率規制に関する法律を制定した(保険法を改正した)ものと考えられる。

他方、アイオワ州も1996年モデル法②と比較的類似した規制方法を採用している。同州が料率規制に関する法律を制定した(保険法を改正した)のは1995年である。したがって、上記の1州はアイオワ州であると判断できる⁷⁾。

なお、個人医療保険の料率規制を実施している州のほぼ半数は、1996年モデル法①と1996年モデル法②が制定される前に料率規制に関する法律を制定し(保険法を改正し)、実施している(図2を参照)。

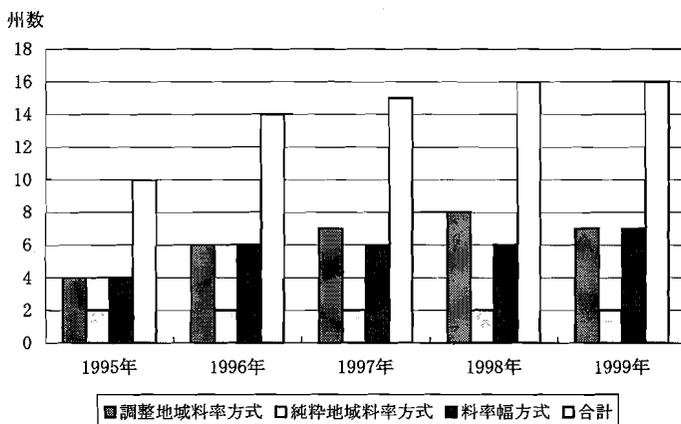
個人医療保険で料率幅方式を採用している州の大部分(10州)は、小雇用主医療保険でも料率幅方式を採用している。つまり、小雇用主医療保険と個人医療保険の双方の料率規制を実施している州の大部分は、両保険で同じ方式を採用している。

ニューハンプシャー州とメリーランド州は、小雇用主医療保険では調整地域料率方式を採用している。ニューハンプシャー州は「年齢」「健康状態」「喫煙」の使用を認めているが、これらの危険要因の使用によって生

6) NAIC (2002), p.9.

7) この点は、1995年12月と96年3月に開催されたNAICの医療保険委員会規制枠組専門部会の議事録からも確認できる。NAIC, 1995 *Proceedings*, 4th Quarter, pp.818-822; NAIC, 1996 *Proceedings*, 1st Quarter, pp.630-639.

図2 1990年代後半に料率規制を実施している州数



(出典) Chollet, Kirk and Simon (2000)

じる最大限の保険料の格差をそれぞれ「4:1」「1.5:1」「1.5:1」に制限している。なお同州は、1994年の制定時には健康状態の使用を禁止していた（したがって調整地域料率方式を採用していた）が、2001年の改正によって健康状態の使用を認めている（つまり料率幅方式に変更している）。

5. むすび

全米保険監督官協会（NAIC）は、1990年代後半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た。モデル法は、個人医療保険においても調整地域料率方式と料率幅方式を採用している。

モデル法が定める調整地域料率方式の特徴は、小雇用主医療保険と同じである。つまり、第1に、別個の契約クラス（契約ブロック）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。

他方、料率幅方式の特徴は、第1に、別個の契約クラスの設定を認めていることである。この点は、小雇用主医療保険と同じである。

しかし第2に、料率の格差に対する制限は、小雇用主医療保険と以下の2つ点において大きく異なっていることである。第1に、ある料率期間における加入者の料率を決定するさい、それぞれの加入者の健康状態、保険金支払実績、契約の継続期間の使用は認めていないことである。第2に、料率を変更する（引き上げる）さい、使用する保険金支払実績または健康状態は「契約ブロック」の保険金支払実績または健康状態であることである。つまり、料率の引き上げは契約ブロック内の加入者全体に適用され、それぞれの加入者の保険金支払実績または健康状態は加入者の料率に直接反映されないことである。

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。そのうち5州は調整地域料率方式を、2州は純粋地域料率方式を、12州は料率幅方式を採用している。

個人医療保険の料率規制を実施している州の特徴は、第1に、小雇用主医療保険の料率規制を実施している州数（48州）よりもかなり少ないことである。第2に、小雇用主医療保険で多くの州（34州）が料率幅方式を採用しているのと同じく、個人医療保険でも多くの州は料率幅方式を採用していることである。第3に、個人医療保険で料率規制を実施している州の大部分は、小雇用主医療保険と同じ料率設定方式を個人医療保険でも採用していることである。

また、州政府が個人医療保険で採用している調整地域料率方式の特徴は、第1に、料率幅方式と比較した場合、①保険者に使用を認めている危険要因の種類と②年齢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、モデル法が定める規制方法・規制内容と類似していることである。第2に、州政府が小雇用主医療保険で採用している調整地域料率方式と比

較した場合、保険者が使用できる危険要因の種類をより厳しく制限していることである。

他方、州政府が個人医療保険で採用している料率幅方式の特徴は、第1に、調整地域料率方式と比較した場合、①保険者に使用を認めている危険要因の種類が多いこと、②料率格差の制限方法がモデル法のそれと大きく異なっていることである。

第2に、州政府が小雇用主医療保険で採用している料率幅方式と比較した場合、①ほとんどの州は契約ブロックの定義、種類、数について定めていない点、②1996年モデル法②と基本的に同じ規制方法（料率格差の制限方法）を採用している州はきわめて少ない点において、モデル法が定める規制方法・規制内容と大きく異なっていることである。

小雇用主医療保険の料率規制はほとんどの州が実施しているのに対して、個人医療保険の料率規制を実施している州は比較的少ない。また新契約加入保証を実施している州も少ない⁸⁾。このことは、多くの州が保険者に個人医療保険の自由な引受活動（アンダーライティング）を認めてきていることを示している。

しかし、個人医療保険の新契約加入保証や料率規制を実施していない州は、リスクの高い（加入を拒否された）個人に対する政策措置を講じていないわけではない。個人医療保険の料率規制を実施していない31州のうち6州（メリーランド、ミシガン、ノースカロライナ、ペンシルバニア、ロードアイランド、バージニア）は、ブルークロス・ブルーシールドが「最後の保険者（insurer of last resort）」として機能している⁹⁾。

8) 全保険者が全個人に対して全医療保険の新契約加入を保証している州は5州（メイン、マサチューセッツ、ニュージャージー、ニューヨーク、バーモント）である（Lucia and Pollitz, 2004）。なお、1996年HIPA法は有資格個人に対する新契約加入保証について定めているために、すべての州はその対応措置を講じている。この点については、中浜（2003b）を参照。

9) GAO（1996）, pp.52-53；GAO（1998）, pp.115-116。

また、多くの州は1970年代半ば以降、州が運営する非営利の「ハイリスクプール」を設立している。2004年において32州（個人医療保険の料率規制を実施していない31州のなかでは20州）がハイリスクプールを運営しており、ハイリスクプールが「最後の保険者」として機能している。

（筆者は小樽商科大学商学部教授 経済学博士）

参考文献

- American Academy of Actuaries (AAA, 1999). *Risk Classification in Individually Purchased Voluntary Medical Expense Insurance*. Washington, D.C. : American Academy of Actuaries, February.
- 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.
- General Accounting Office (GAO, 1996). *Private Health Insurance : Millions Relying on Individual Market Face Cost and Coverage Trade-offs* (GAO/HEHS-97-8). Washington, D.C. : General Accounting Office, November.
- (1998). *Private Health Insurance : Declining Employer Coverage May Affect Access for 55- to 64-Year-Olds* (GAO/HEHS-98-133). Washington, D.C. : General Accounting Office, June.
- Hall, Mark A. (2000). "The Geography of Health Insurance Regulation." *Health Affairs*, Vol.19 No.2 (March/April), pp.173-184.
- Laudicina, Susan S., Betsy Losleben and Natasha Walker (2001). *State Legislative Health Care and Insurance Issues : 2001 Survey of Plans*. Washington, D.C. : Blue Cross and Blue Shield Association, December.
- Lucia, Kevin and Karen Pollitz (2004). *Summary of Key Consumer Protections in Individual Health Insurance Markets*. Washington, D.C. : Health Policy Institute, Georgetown University, May.
- National Association of Insurance Commissioners (NAIC). *Proceedings of the National Association of Insurance Commissioners*, various volumes. Kansas City : National Association of Insurance Commissioners.
- (2000). *Model Laws, Regulations and Guidelines*. Kansas City : National Association of Insurance Commissioners.

- (2002). *Guidance Manual in the Evaluation of Rating Manuals and Filings Concerning Small Employer and Individual Health Insurance Based on NAIC Model Acts and Regulations*. Kansas City : National Association of Insurance Commissioners, December.
- (2003). *Compendium of State Laws on Insurance Topics*. Kansas City : National Association of Insurance Commissioners, November.
- Nichols, Len M. (2000). "State Regulation : What Have We Learned So Far." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.25 No.1 (February), pp.175-196.
- Pauly, Mark V. and Allison M. Percy (2000). "Cost and Performance : A Comparison of the Individual and Group Health Insurance Markets." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.25 No.1 (February), pp.9-26.
- Tapay, Nicole and Judith Feder (1999). *Insurance Market Reforms and the Individual Insurance Marketplace : Implications for Coverage Expansions*. Washington, D.C. : Institute for Health Care Policy and Research, Georgetown University, 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.
- (2004a) 「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), pp.23-51.
- (2004b) 「アメリカにおける州政府の医療保険料率規制」『生命保険論集』(生命保険文化センター) 第149号(12月), pp.1-42.