

アメリカにおける民間医療保険の料率規制

中 浜 隆

1. 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（small employer health insurance）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。本稿では、3件のモデル法を「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），モデル規則を「1992年モデル規則」（1992年12月制定）と表記する¹⁾。これらは「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⁾。

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³⁾。1990年モデル法（第1条）と1992年モデル法（第2条）は、それぞれ5つと7つの目的のなかで、料率規制に関する目的を「弊害のある料率設定慣行を

1) 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) 「料率規制」は、中浜（2003c）では概要の叙述にとどめているので、本稿と次稿で詳しく叙述する。

防止すること、購入者への料率設定方法の開示を要求すること」と定めている。他方、1995年モデル法（第2条）は、同法の10の目的のなかで、料率規制に関する目的を「弊害のある料率設定慣行を防止すること、医的リスクに基づいた医療保険市場の細分化を防止すること、医療保険リスクをより広く分散すること、購入者への料率設定方法の開示を要求すること」と定めている。

本稿の目的は、おもにモデル法とモデル規則が定める料率規制の内容について考察し、料率設定方式の基本的種類である料率幅方式、調整地域料率方式、純粋地域料率方式の特徴を提示することにある。

2. 料率規制と料率設定方式

料率規制は、州政府が医療保険制度改革として実施している一連の手段のなかでもっとも複雑であり、州によってもっとも大きく異なる手段である。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって、保険者は新契約の加入と契約の更新を小雇用主に保証しなければならない。しかし、保険者がリスクを細分化して料率を設定するならば、リスクの高い小雇用主の保険料はかなり高くなる。そのために小雇用主は、実際には新契約に加入し、契約を更新することはできなくなる。したがって料率規制は、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、もっとも重要な手段である。

料率規制は、①保険者が料率を設定するさいに基づかなければならない料率設定方式の種類、②保険者が料率を設定するさいに使用できる危険要因（risk factor）の制限、③個々の（特定の）危険要因または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、④年間の料率の引き上げに対する制限、からなっている。

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。

NAICが料率幅方式から調整地域料率方式に変更したのは、料率幅方式はきわめて複雑であり、また料率の格差に対する制限がかなり緩いためである。そのために、1995年3月の改正以前に調整地域料率方式（または純粹地域料率方式）を採用している州もあった。

しかし、改正モデル法案の審議過程では、調整地域料率方式に対する反対論もあった。そこで、賛否両論に対する妥協策として「上記の保険料率の格差に対する制限は、州が検討してもよいであろういくつかの実行可能な方法の1つを示しており、勧告された方法というよりはそのような方法とみなされるべきである」というNAICの見解を改正モデル法案で明示することになった（1995年モデル法第5条A項 Drafting Note を参照）。

1995年3月に開催された執行委員会は、医療保険委員会と州・連邦医療保険立法政策専門部会が1994年12月に採択した改正モデル法案を最終的に審議している。執行委員会でも、第5条の規定（調整地域料率方式による料率規制）に対して賛成意見と反対意見が表明されている。

エインズ保険監督官（コロラド州）は「改正案は医療保険委員会で全会一致で採択され、医療保険業界の代表者が提起している問題は規制枠組作業部会と州・連邦医療保険立法政策専門部会で1年半にわたって十分に審議されている。（中略）たとえば地域料率のような問題は、医療保険委員会で再検討されるべきではない」と述べている。コスル保険監督官（バーモント州）は「バーモント州は80%の料率格差を認めており、保険者が予想した問題は生じていない」と述べ、料率規制はバーモント州で実行可能であることがわかったので、改正案を支持している。セン保険監督官（ワシントン州）は「モデル法案は、異なっている市場に対応するための柔軟性を各州に付与しているであろう。ワシントン州の保険者が提起した同州の料率規制の内容に関する問題は生じていない」と述べ、改正案を支持している。

他方、ランダル氏（オハイオ州）は「第5条改正案の地域料率方式の規定は、大部分の州で受け入れられないであろう。この料率設定方式はオハイオ州で提案されたが、オハイオ州の医療保険市場では機能しないであろうと考えられたために否決された」と述べている。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。その変更はニューメキシコ州の市場に混乱を引き起こした。（中略）モデル法案の第5条の規定は、各州の市場に大きな問題を生じさせるかもしれない」と述べている。ウィリアムズ保険監督官（デラウェア州）は「モデル法の第5条（料率規定）には、やはり問題がある。私と私の代理人は改正案の作成に参加したが、私はこれらの規定について懸念している。モデル法を制定する場合、NAICは基本的に全国的基準を設定している。このモデル法の改正案を採択することは、NAICは純粋地域料率方式の基準を設定するであろうということを示すことになるであろう。私はそのような基準を支持する用意はない」と述べ、医療保険改革が各州の市場に与える影響について分析するよう委員に求めている。

そして、こうした審議を経て改正モデル法案を採決し、「賛成11，反対4，棄権1（1委員は投票時に不在）」で採択している⁴⁾。

NAICは、連邦法の1996年HIPA法の要件を盛り込むために、2000年12月に1995年モデル法を改正している⁵⁾。しかし、1990年モデル法と

4) NAIC, 1994 *Proceedings*, Fourth Quarter, pp.26-30. なお、コスル保険監督官（バーモント州）とフィックス氏（ニューメキシコ州）の発言内容（それぞれ「80%の料率格差」と「調整地域料率方式の採用」）については、次稿で補足説明する。

5) 1996年HIPA法（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996）は、小雇用主医療保険の「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、州政府が実施しなければならない最低限の基準を定めている。しかし「料率規制」と「再保険プール」についてはほとんど定めていない（NAICモデル法のような包括的規定は存在しない）。1996年HIPA法については、中浜（2003a）を

1992年モデル法はもはや支持していないために、改正していない⁶⁾。なお、1996年H I P A法は料率規制についてほとんど定めていない（モデル法のような包括的規定は存在しない）ために、1995年モデル法の改正にあたって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。

1995年モデル法は制定当初、料率幅方式を採用した。1992年モデル法と1995年モデル法の主要な相違は、リスクの高い小雇用主に対する保険者間のリスク調整手段として、1992年モデル法は割当方式（allocation method）を、1995年モデル法は再保険方式（reinsurance method）を採用していることにある。しかし、これまでに割当方式を採用している州は1州（アラバマ州）のみである。また、N A I Cは料率幅方式における契約クラスの規定（次章で叙述）をもはや支持していない。そのために、医療保険・マネジドケア委員会規制枠組専門部会は1992年モデル法を公式の「N A I Cモデル法・規則・ガイドライン（NAIC Model Laws, Regulations and Guidelines）」のリストから削除することを2004年3月に医療保険・マネジドケア委員会に勧告した。規制枠組専門部会の勧告を受けて、2004年中に医療保険・マネジドケア委員会は1992年モデル法の削除について審議・採決し、その後、執行委員会はそれを議題に取り上げる予定である⁷⁾。

また、1992年モデル規則も料率幅方式を採用してきた。しかし、1996年H I P A法の要件を盛り込み、調整地域料率方式に変更するために、規制枠組専門部会は2001年3月に1992年モデル規則の改正案を起草した。改正

参照。

6) NAIC (2002), p.9, p.22.

7) NAIC (2004a), p.1. なおN A I Cは、各種委員会・専門部会が2004年に果たすべき任務を策定している。そのなかで、医療保険・マネジドケア委員会と規制枠組専門部会の任務の1つに「1989年から1993年までに制定され、それ以来改正されていないモデル法を再検討する。2004年冬季全国大会までに報告する。最重要事項。」があげられている（NAIC, 2004b, p.10, p.12）。したがって、1990年モデル法も再検討の対象になっていると考えられる。

案は2004年8月時点で審議中であり、規制枠組専門部会は2004年冬季全国大会までに報告する予定である⁸⁾。

このようにNAICは現在、小雇用主医療保険における料率幅方式は支持していない⁹⁾。

3. 料率幅方式

料率幅方式 (rating bands) は、保険契約のクラス (class of business: 以下「契約クラス」と表記する) を設定し、契約クラス内と契約クラス間の料率の格差を制限する方式である。

伝統的に多くの保険者は、商品設計・料率設定・販売において、すべての小雇用主医療保険を単一の契約クラスとして取り扱ってきている。しかし、医療保険が別個の営業職員によって販売される場合、医療保険が他の保険者から取得された場合、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には、別個の契約クラスを設定している保険者もいる¹⁰⁾。こうした保険者の慣行にしたがって、料率幅方式は契約クラスの設定を認めている。

1992年モデル法は、契約クラスを「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(第3条I項を参照)。保険者は、下記の理由によって生じる予定保険金支払額または予定事業費 (expected claims experience or administrative costs) の大きな差異を反映させるためのみ、別個の契約クラスを設定することができる。予定保険金支払額と予定事業費に大きな差異が生じる理由とは、①保険者が小雇用主医療保険の販売システムを2種類以上採用しているため、②保険者が他の保険者から契約クラスを取得したため、③保険者が所定の要件を満している協会団体

8) NAIC (2004b), p.12.

9) しかし現在、多くの州は料率幅方式を採用しているので、料率幅方式について考察する必要がなくなったわけではない。

10) Hall (2000/2001), p.377.

(association group) に医療保険を提供しているため、である（第5条A項を参照）¹¹⁾。しかし、保険者は契約クラスを設定するための基準として「団体規模」を直接的または間接的に使用することはできない（1992年モデル規則第4条B項を参照）。

保険者は、上記の3つの理由に基づいて、別個の契約クラスを9つまで設定することができる。しかし、保険監督官に申請があり、契約クラスの追加設定が小雇用主市場の効率性と公平性を高めるであろうとの結論を保険監督官が出した場合には、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（第5条B項、D項を参照）。

NAICの医療保険委員会医療保険入手作業部会が1991年9月に起草したモデル法案（1992年モデル法の法案）は、上記の3つの理由（3種類の契約クラス）それぞれについてさらに契約クラスの数を3つまで、合計9つまでとしていた。しかしそれは厳しく、多数の協会団体の医療保険を引き受けている保険者または他の保険者から契約クラスを取得した保険者にはとくに大きな負担になりうるとの懸念が1991年12月開催の上記の作業部会に出された。そこで作業部会は、妥協策として、契約クラスの種類ごとの制限を撤廃し、全体で9つまでの制限とする修正を行っている¹²⁾。なお1990年モデル法は、契約クラスの設定理由（種類）を4つ定め、4つの理由（種類）それぞれについて契約クラスの数をさらに2つまで設定することを認めている（第2条E項を参照）¹³⁾。

それぞれの契約クラスにおいて、同じまたは類似した医療保険に加入し、

11) 協会団体の要件は、NAICが1982年12月に制定したGroup Health Insurance Definition and Group Health Insurance Standard Provisions Model Act 第1条E項で定められている。

12) NAIC, *1992 Proceedings*, Vol.IB, p.916, p.919.

13) 4つの理由（種類）のうち3つは、先に本文で叙述した1992年モデル法の3つの理由（種類）と同じである。もう1つは、後に本文で叙述する「契約クラス間の指標料率の格差に対する制限」が適用されない医療保険に対して設定される契約クラスである。しかしこれは、1992年モデル法では削除されている。

被保険者の特性が類似した小雇用主に料率期間中に課される保険料率は、指標料率の25%を超えるほど指標料率から乖離してはならない（1990年モデル法第4条A項(2)と1992年モデル法第6条A項(2)を参照）。つまり、契約クラス内の料率の格差を「指標料率±25%」以内に制限している。

「被保険者の特性 (case characteristics)」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またはその他の客観的特性である。「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。保険者は、一般に料率期間を1年に設定している。「指標料率 (index rate)」とは、それぞれの契約クラスにおいて、料率期間に、被保険者の特性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。「基礎料率 (base premium rate)」とは、それぞれの契約クラスにおいて、保障内容が同じまたは類似した医療保険に加入し、被保険者の特性が類似した小雇用主に課される最低料率である¹⁴⁾。

1990年モデル法は、被保険者の特性を示す危険要因の種類について定めていない。1992年モデル法は、一般に合理的と認められる被保険者の特性として、年齢・性別・産業・地域・家族構成・団体規模を明示し、これら以外の危険要因は保険監督官の事前認可によって使用できることとしている¹⁵⁾。

大団体の医療保険の場合、大団体の被保険者（従業員と扶養家族）は多いために、保険金支払実績 (claims experience) は毎年総じて同じである。そこで保険者は、大団体のリスクを測定する（保険金支払額を予定する）さいに、当該団体の保険金支払実績を使用してきた。つまり、保険者

14) 「被保険者の特性」は1990年モデル法第2条D項、1992年モデル法の第3条H項と第6条A項(9)、「料率期間」は1990年モデル法第2条K項と1992年モデル法第3条Y項、「指標料率」は1990年モデル法第2条B項と1992年モデル法第3条Q項、「基礎料率」は1990年モデル法第2条B項と1992年モデル法第3条D項を参照。

15) NAIC, 1992 *Proceedings*, Vol.IB, p.916.

はそれぞれの団体の保険金支払実績によって料率を設定する経験料率方式 (experience rating) を採用してきた。

他方、小雇用主医療保険の場合には、小雇用主の被保険者は少ないために、小雇用主の保険金支払実績は毎年大きく変動する。そこで保険者は、小雇用主のリスクを測定し、料率を設定するさいに、合理的・客観的な危険要因を使用してきた。つまり、保険者はいくつかの危険要因を組み合わせる階層を設定し、それぞれの階層に多数の小雇用主の平均的な保険金支払実績を割り当てる階層料率方式 (tier rating) を採用してきた。

料率幅方式は階層料率方式を認めている。しかし、保険者がさまざまな危険要因を使用することによって生じるリスク細分化を抑止するために、1992年モデル法は保険者が使用できる危険要因の種類を明示している (明示していない危険要因の使用は保険監督官の事前認可を必要としている)。

そして1992年モデル法は、保険者が保険料率を設定するさいに被保険者の特性として「産業」を使用する場合、最高の料率係数 (rate factor) を最低の料率係数の15% (1.15倍) 以下に制限している (第6条A項(5)を参照)¹⁶⁾。また1992年モデル規則は、保険者が被保険者の特性として「団体規模」を使用する場合、最高の料率係数を最低の料率係数の20% (1.2倍) 以下に制限している (第6条C項を参照)。

また、いかなる契約クラスの指標料率も、料率期間に、他のいかなる契約クラスの指標料率を20%超上回ってはならない (1990年モデル法第4条A項(1)と1992年モデル法第6条A項(1)を参照)。つまり、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。

先述のように、モデル法は3つの契約クラスの設定理由 (種類) を定めているが、保険者が契約クラスを設定する標準的方法は存在していない¹⁷⁾。

16) 1991年12月開催の医療保険委員会医療保険入手作業部会では、15%の制限は厳しく、保険業界はそれに反対しているとの意見が保険会社とアメリカ医療保険協会 (Health Insurance Association of America) の代表者から出ている。NAIC, 1992 *Proceedings*, Vol.IB, p.916, p.921.

17) Curtis et al.(1999), p.159.

モデル法が契約クラス間の指標料率の格差を制限しているのは、保険者が契約クラス内の料率の格差に対する制限を回避するために、契約クラスの設定を改変する（リスクの高い小雇用主とリスクの低い小雇用主を異なる契約クラスに区分する）ことを防止するためである¹⁸⁾。

モデル法は、同じまたは類似した医療保険に加入し、被保険者の特性が類似した小雇用主に課される料率について、契約クラス内の料率の格差を「指標料率±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。ここで、NAICが最初に制定した1990年モデル法の審議過程について叙述しておきたい。

NAICの医療保険委員会が組織した団体医療保険料率審査諮問委員会は、1989年12月に医療保険委員会団体医療保険料率審査作業部に報告書を提出し、保険者のすべての契約（小雇用主医療保険）に対する料率の格差を「2.5：1」以内に制限することを勧告した¹⁹⁾。つまりこの報告書では、契約クラス内と契約クラス間の料率の格差を制限するという手法は採用されていない。

諮問委員会は、最大限の格差「2.5：1」は大きすぎるという懸念について議論している。その結果、①この制限は保険者が引き受けているすべての契約に適用される。したがって、②保険者は一般に多様な契約クラスを設定しているので、この制限はリスクの特徴や事業費が異なる契約クラスを包含するためには充分大きくする必要がある。また、③この制限はそれぞれの契約クラスに対する比較的厳しい制限よりも〔継続料率方式の〕悪用を防止しやすい、と判断している²⁰⁾。

その後、医療保険委員会が上記の諮問委員会を再任して発足させた小雇用主団体医療保険料率審査方法諮問委員会は、1990年6月に上記の作業部

18) Hall (2000/2001), p.377.

19) NAIC, 1990 *Proceedings*, Vol.IB, p.488.

20) *Ibid.*, p.488. なお、継続料率方式 (durational rating) については後に本章で叙述する。

会に最終報告書を提出し、契約クラス内の料率の格差を「平均料率±30%」以内に、契約クラス間の平均料率の格差を20%以内に制限することを勧告した²¹⁾。この最終報告書では、契約クラス内と契約クラス間の料率の格差を制限するという手法が採用されている。しかし、契約クラス内の料率の格差に対する制限は1990年モデル法と異なっている。なお、ここでは「平均料率 (average rate)」と表記されているが、モデル法の「指標料率」と同義である。

諮問委員会は、三段階料率規制 (three tier rating restriction : ①契約クラス間の料率の格差に対する制限, ②契約クラス内の料率の格差に対する制限, ③年間の料率の引き上げに対する制限) は複雑すぎるという懸念について議論している。その結果, ①それぞれの契約クラスに対して比較的厳しい制限を行うこと, ②保険者は契約クラス内では同じ人口統計的特性と料率係数を使用しているため, それぞれの契約クラスについて審査するほうがずっと容易であり, 信頼性がより高いこと, を主要な理由として三階層料率規制を勧告している。

諮問委員会は、三段階料率規制と二段階料率規制 (①契約クラス全体の料率の格差に対する制限, ②年間の料率の引き上げに対する制限) の最終的な選択は作業部会にゆだねているが、二段階料率規制よりも包括的な三段階料率規制のほうが厳しくかつ適切な規制方法であると判断している²²⁾。

作業部会は、こうした諮問委員会の勧告を受けて、1990年9月にモデル法案を起草した。その後、プリンシパル生命保険相互会社、アメリカ医師会、アメリカ団体医療制度協会 (Group Health Association of America : G H A A)、ブルークロス・ブルーシールド協会がモデル法案に対していくつかのコメントを行った²³⁾。作業部会は、それらに基づいてモデル

21) NAIC, 1990 *Proceedings*, Vol. II, p.609.

22) *Ibid.*, p.610.

23) G H A Aはグループ診療型HMOの業界団体である。なお、G H A AとAmerican Managed Care and Review Association (マネジドケア組織の業界団体) が1995年11月に合併してAmerican Association of Health Plan

法案を修正し、1990年12月に採択した²⁴⁾。

作業部会は、1990年9月に起草したモデル法案において、契約クラス内の料率の格差を「指標料率±25%」以内に制限している（つまり諮問委員会が勧告した「平均料率±30%」を修正している）。それは、「平均料率±30%」以内の制限では緩いと判断したためと思われる。しかし、この点に関するモデル法案の主旨説明または審議内容が1990年9月開催の作業部会の議事録に記載されていないために不明である。

以上のように、NAICは1990年モデル法の審議過程において、契約クラス内と契約クラス間の料率の格差に対して、より厳しい制限に修正している。

モデル法が定める料率幅方式では、保険者はまず、たとえば「従業員給付管理業務代行会社」と「自社の営業職員」のように異なる販売システムを採用している場合、別個の契約クラスを設定する²⁵⁾。

次に、保険者はそれぞれの契約クラスにおいて「被保険者の特性」である年齢・性別・産業・地域・家族構成・団体規模を使用して料率を算定する。それぞれの契約クラスにおいて、被保険者の特性に基づいて算定する料率が「マニュアル料率 (manual rate)」である。マニュアル料率は、多数の小雇用主の平均的な保険金支払実績に基づいて算定される標準料率である。多数の小雇用主医療保険を引き受けている保険者は、自社の保険

(AAHP) が設立され、さらにAAHPとHealth Insurance Association of America (民間保険会社の業界団体) が2003年12月に合併している。マネジドケア (管理医療)、マネジドケア組織、HMOについては、中浜・バンクス (1997) を参照。

24) NAIC, *1991 Proceedings*, Vol.IB, pp.628-633.

25) 従業員給付管理業務代行会社 (Third Party Administrator) とは、保険料の徴収や給付金の支払いなど、従業員給付制度 (employee benefit plan) の管理業務を提供する第三者機関である。同社の生成・発展と業務内容については、Harker (2003) の第11章を参照。NAICは、Third Party Administrator Statute を1976年12月に制定し、90年12月に大幅に改正している。

金支払データに基づいてマニュアル料率を算定している。他方、そうでない保険者は、多数の保険者の保険金支払データに基づいてマニュアル料率を算定している。多数の保険者の保険金支払データは、アクチュアリー会 (Society of Actuaries) などの専門機関によって作成されている。

保険者は、それぞれの契約クラスに対して、別個のマニュアル料率を設定しなければならない (1992年モデル規則第6条A項(1)を参照)。また、ある契約クラスにおいて、それぞれの医療保険について料率を算定するときに、同じ「被保険者の特性」を使用し、同じ方法で「被保険者の特性」を適用しなければならない (1992年モデル規則第6条B項(3)を参照)。

そして、保険者は「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小雇用主の料率を決定する。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、個々の従業員または扶養家族に対して行うことはできない。つまり、料率の調整は小雇用主のすべての従業員と扶養家族に対して均一に適用されなければならない (1992年モデル法第6条A項(4)を参照)。

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。小雇用主団体の「健康状態」「保険金支払実績」「契約の継続期間」「これらに類似した、健康状態または保険金支払実績に関わるすべての特性」は「危険特性 (risk characteristic)」と呼ばれる (1992年モデル規則第2条A項を参照)。被保険者の特性は、小雇用主の危険特性に関わりなく使用されなければならない (1992年モデル規則第6条B項(3)を参照)。

団体医療保険の保険期間は一般に1年であり、小雇用主は医療保険を毎年更新する。「契約の継続期間 (duration of coverage)」とは、新契約加入時からそれぞれの契約更新時までの期間である。契約の継続期間の使用を認めていることは、継続料率方式を認めていることを意味する。継続料率方式 (durational rating) とは、新契約加入時に料率を低く設定し、契

約更新時に料率を引き上げる手法である。保険者が新契約の料率を低く設定するのは、新契約の引受競争は比較的激しいためであり、新契約に対して「契約前発病の免責」を適用することによって保険金支払額を抑制しているためである²⁶⁾。しかし、保険者が継続料率方式を悪用することもあった。継続料率方式の悪用とは、契約更新時にリスクが高くなっている小雇用主の料率を大幅に引き上げ、実質的に契約の更新を拒否することである。

契約クラス内と契約クラス間の料率の格差に対する制限および年間の料率の引き上げに対する制限（本章で後述）は、継続料率方式の悪用を防止することにある。つまり、健康状態と保険金支払実績の使用によって生じる料率の格差を抑制することによって、新契約に加入するリスクの低い小雇用主と契約を更新するリスクの高い小雇用主とのあいだでリスクの分散をはかることにある。1990年モデル法と1992年モデル法の料率規制に関する目的の1つである「弊害のある料率設定慣行を防止すること」とは、このことを意味している。

保険者は、被保険者の特性を使用してマニュアル料率を算定する。モデル法は、「産業」と「団体規模」以外の「被保険者の特性」の使用によって生じる料率の格差は制限していない。そして保険者は、それぞれの小雇用主の「危険特性」を考慮し、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料率を決定する。モデル法は、同じまたは類似した医療保険に加入し、被保険者の特性が類似した小雇用主の料率について、契約クラス内の最高料率と最低料率の格差を「指標料率±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。つまり、モデル法は「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。

モデル法が許容する契約クラス内と契約クラス間の最大限の料率格差を単純化した事例で示すと以下のようなになる。

保険者が設定しているいくつかの契約クラスのなかで、2つの契約クラ

26) 「契約前発病の免責 (preexisting condition exclusions)」については、中浜 (2003b) を参照。

スをそれぞれ「クラスA」「クラスB」とする。そして「同じまたは類似した医療保険」に加入し、「被保険者の特性」が類似した小雇用主に対する「クラスA」と「クラスB」のマニュアル料率（月払保険料）をそれぞれ\$1000、\$1200とする。また「クラスA」「クラスB」ともに、マニュアル料率に対する最大割増率と最大割引率を25%とする。

この場合、「クラスA」と「クラスB」の最高料率・最低料率（＝基礎料率）・指標料率は以下ようになる。

クラスA	最高料率	$\$1000 \times 1.25 = \1250
	最低料率	$\$1000 \times 0.75 = \750
	指標料率	$(\$1250 + \$750) \div 2 = \$1000$
クラスB	最高料率	$\$1200 \times 1.25 = \1500
	最低料率	$\$1200 \times 0.75 = \900
	指標料率	$(\$1500 + \$900) \div 2 = \$1200$

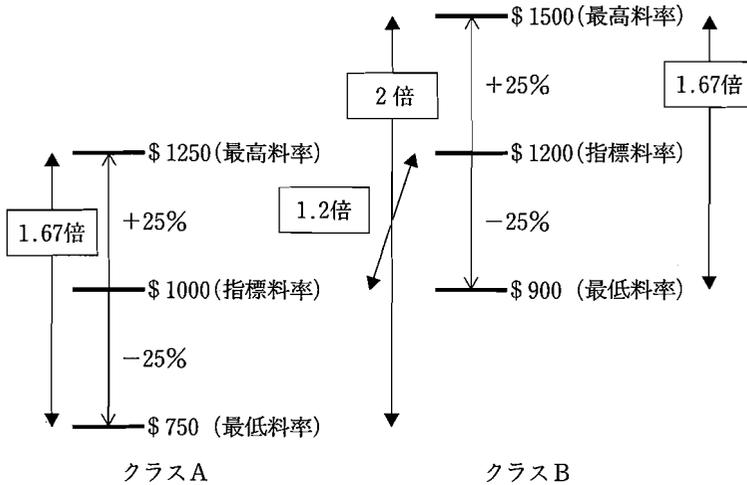
したがって、「クラスA」の最高料率と最低料率の格差は $\$1250 \div \$750 = 1.67$ となる。「クラスB」の場合も同じである。

「クラスA」と「クラスB」の指標料率の格差は $\$1200 \div \$1000 = 1.2$ である。つまり、2つの契約クラスの指標料率の格差は、最大限の20%である。したがって「クラスAの最低料率」は全クラスの料率のなかで最低の料率であり、「クラスBの最高料率」は全クラスの料率のなかで最高の料率である。「クラスBの最高料率」と「クラスAの最低料率」の格差は $\$1500 \div \$750 = 2$ となる（以上、図1を参照）。

つまり、モデル法は「同じまたは類似した医療保険」に加入し、「被保険者の特性」が類似した小雇用主に対する契約クラス内の料率の格差を「1.67:1」以内に、契約クラス間（全契約クラス）の料率の格差を「2:1」以内に制限している。

上記の事例では、マニュアル料率に対する最大割増率と最大割引率は同じである。最大割増率と最大割引率が異なる場合、マニュアル料率と指標料率は一致しない。1992年モデル法と1992年モデル規則は、マニュアル料

図1 最大限の料率格差



率と指標料率との乖離幅および最大割増率と最大割引率については定めていない（制限していない）。

「マニュアル料率 = 指標料率」でなければならないならば、保険者が危険特性を考慮して、リスクの高い小雇用主の料率をマニュアル料率に対してかなり高く設定しようとしても、「指標料率±25%」以内の制限があるので、リスクの高い小雇用主の料率をマニュアル料率の25%超に設定することはできない。しかし「マニュアル料率 ≠ 指標料率」であるならば、リスクの高い小雇用主の料率をマニュアル料率の25%超に設定することができる（しかしそのために、リスクの低い小雇用主の料率をそれほど低く設定することはできなくなる）。したがって「マニュアル料率 ≠ 指標料率」の場合、リスクの高い小雇用主の料率をマニュアル料率に対して比較的高く設定するという点に保険者の料率決定の裁量性がある。

たとえば、ある契約クラスにおいて「同じまたは類似した医療保険」に加入し、「被保険者の特性」が類似した小雇用主に対するマニュアル料率

(月払保険料)を\$1000とする。そして、保険者はそれぞれの小雇用主の「危険特性」を考慮し、マニュアル料率に対する最大割増率を30%、最大割引率を10%に設定したとする。

この場合、最高料率・最低料率(=基礎料率)・指標料率は以下のようになる。

$$\text{最高料率} \quad \$1000 \times 1.3 = \$1300$$

$$\text{最低料率} \quad \$1000 \times 0.9 = \$900$$

$$\text{指標料率} \quad (\$1300 + \$900) \div 2 = \$1100$$

この事例では、 $\$1300 \div \$1100 \approx 1.18$ 、つまり最高料率と最低料率の格差 = 指標料率 \pm 18%となり、モデル法の要件を満たしている。

新契約の引受競争は比較的激しいために、一般に保険者は新契約の料率に基礎料率を適用している。なお上記の事例において、保険者がまず基礎料率を\$900(マニュアル料率に対する最大割引率を10%)に設定した場合、モデル法の要件を満たす最大限の最高料率は\$1500(マニュアル料率に対する最大割増率は50%)となる。つまり保険者は、リスクの高い小雇用主の料率を\$1500まで引き上げる(マニュアル料率を50%まで割り増す)ことができる。

指標料率は「同じまたは類似した医療保険」に加入し、「被保険者の特性」が類似した小雇用主に課される料率について計算される料率である。したがって、医療保険の種類と被保険者の特性が異なるならば、1つの契約クラスにおいていくつもの指標料率が存在する。さらに、いくつかの契約クラスにおいて医療保険の種類と被保険者の特性が類似した小雇用主が存在する場合、指標料率の格差は20%以内でなければならない。

このように、モデル法が定める料率幅方式はきわめて複雑である。そこで、モデル法の要件(契約クラス間の指標料率の格差の制限)を満たしているかどうかを検査する場合、州保険局(保険監督当局)は代替的手法を採用している。すなわち、保険者はまず、それぞれの契約クラスからサンプルとして最低100の小雇用主団体を無作為に抽出する。次に、それぞれ

表1 契約クラスの事例

	クラスA			クラスB		
	地域係数	団体数	指標料率	地域係数	団体数	指標料率
地域1	1.1	80	\$ 1100	1.2	20	\$ 1200
地域2	1.0	15	\$ 1000	0.9	40	\$ 900
地域3	0.9	5	\$ 900	0.7	40	\$ 700

(出典) NAIC (2002), p.43.

の契約クラスの「総指標料率 (aggregate index rate)」を算出する。総指標料率は、当該契約クラスの全小雇用主団体の指標料率の総和として算出される。そして、それぞれの総指標料率の格差は20%以内でなければならない。州保険局の検査官は、こうした保険者の自己検査が適正に行われているかどうかを検査している。

表1は、NAICが総指標料率の検査のために単純化して示している契約クラスの事例である。「クラスAの総指標料率」は $\$1100 \times 80 + \$1000 \times 15 + \$900 \times 5 = \107500 、「クラスBの総指標料率」は $\$1200 \times 20 + \$900 \times 40 + \$700 \times 40 = \88000 である。したがって、契約クラス間の総指標料率の格差は $\$107500 \div \$88000 = 1.22$ (22%) となり、モデル法が定める20%以内の制限を満たしていないことになる。

しかし、「地域」による団体の分布は、クラスAとクラスBでは異なっている。そのために、クラスAの団体の総指標料率は、クラスBの指標料率によって算出されなければならない。「クラスBの指標料率によるクラスAの団体の総指標料率」は $\$1200 \times 80 + \$900 \times 15 + \$700 \times 5 = \113000 である。したがって「クラスAの総指標料率」と「クラスBの指標料率によるクラスAの団体の総指標料率」の格差は $\$113000 \div \$107500 = 1.05$ となり、モデル法が定める20%以内の制限を満たしている。

同様に「クラスAの指標料率によるクラスBの団体の総指標料率」は $\$1100 \times 20 + \$1000 \times 40 + \$900 \times 40 = \98000 である。したがって「クラスBの総指標料率」と「クラスAの指標料率によるクラスBの団体の総指標料率」の格差は $\$98000 \div \$88000 = 1.11$ となり、この場合もモデル法が定める20%以内の制限を満たしている。

新料率期間 (new rating period) における料率の引き上げ率 (年間の料率の引き上げ率) は、①前料率期間の初日から新料率期間の初日までの新契約の料率の変化率、②小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医療保険の変更または被保険者の特性の変化による調整、の合計を上回ってはならない (1990年モデル法第4条A項(3)と1992年モデル法第6条A項(3)を参照)。つまり、更新する医療保険に変更がなく、また被保険者の特性に変化がない場合、新料率期間における料率の引き上げ率は「新料率期間の新契約の料率 \times (前料率期間に小雇用主に適用された危険割増+15%)」以内でなければならない (1992年モデル規則第6条E項(1)を参照)。しかしこうした規定にかかわらず、引き上げられる料率は契約クラス内の料率の格差に対する制限 (「指標料率 $\pm 25\%$ 」以内) を満たさなければならない (1992年モデル規則第6条E項(4)を参照)。

「新契約の料率 (new business premium rate)」とは、それぞれの契約クラスにおいて、料率期間に、保障内容が同じまたは類似した医療保険に新規加入し、被保険者の特性が類似した小雇用主に課される保険料率である (1990年モデル法第2条J項と1992年モデル法第3条S項を参照)。新契約の引受競争は比較的激しいために、一般に保険者は新契約の料率に基礎料率を適用している。保険者が新契約をもはや引き受けていない医療保険の場合、上記の「①新契約の料率の変化率」は「当該医療保険の保有契約の基礎料率の変化率」と「当該医療保険にもっとも類似した医療保険の新契約の料率の変化率」のうちの小さいほうとなる (1992年モデル規則第6条E項(2)を参照)。「危険割増 (risk load)」とは、小雇用主団体の危険

特性を反映させるために小雇用主に課される、基礎料率に対する割増率である（1992年モデル規則第2条C項を参照）。

なお、NAICは1990年モデル法の審議過程において、前出の団体医療保険料率審査諮問委員会は、1989年12月の報告書において、年間の料率の引き上げ率を「新契約の料率+35%」以内（つまり「新契約の料率×1.35」以内）に制限することを勧告した²⁷⁾。そして小雇用主団体医療保険料率審査方法諮問委員会は、1990年6月の最終報告書において、1990年モデル法と同じ「新契約の料率+15%」以内に制限することを勧告している²⁸⁾。NAICは、年間の料率の引き上げに対する制限についても、より厳しい制限に修正している。

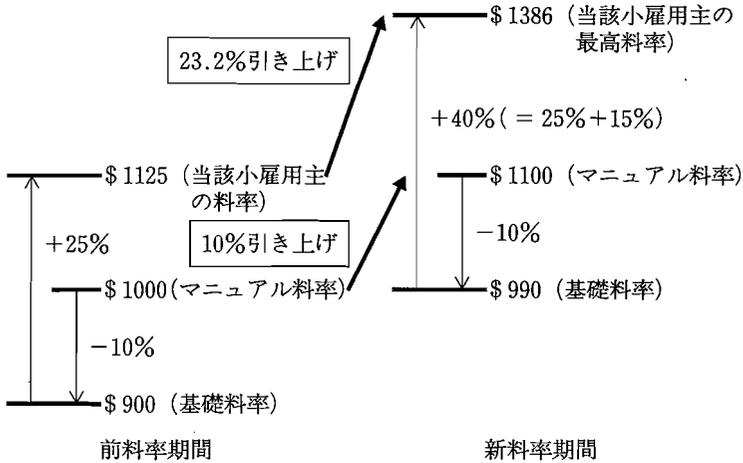
たとえば、ある契約クラスにおいて、前料率期間に、「同じまたは類似した医療保険」に加入し、「被保険者の特性」が類似した小雇用主に対するマニュアル料率（月払保険料）を\$1000とし、保険者はマニュアル料率に対する最大割引率を10%、ある小雇用主に対する危険割増を25%に設定していたとする。この場合、基礎料率（＝新契約の料率）は $\$1000 \times 0.9 = \900 、当該小雇用主の料率は $\$900 \times 1.25 = \1125 となる。

そして、新料率期間に、保険者は市場全体の医療費上昇のためにマニュアル料率を10%引き上げ、マニュアル料率に対する最大割引率を前料率期間と同じ10%に決定したとする。この場合、基礎料率（＝新契約の料率）は $\$1000 \times 1.1 \times 0.9 = \990 となる。そして、当該小雇用主に課される最大限の危険割増は、前料率期間に課された危険割増25%+15%＝40%である。したがって保険者は、当該小雇用主の料率を $\$990 \times 1.4 = \1386 まで引き上げることができる。換言すると、 $\$1386 \div \$1125 = 1.232$ 、つまり23.2%まで引き上げることができる（以上、図2を参照）。1992年モデル法と1992年モデル規則は、マニュア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）。

27) NAIC, *1990 Proceedings*, Vol.IB, p.488.

28) NAIC, *1990 Proceedings*, Vol.II, pp.605-606.

図2 料率の引き上げ



(注)「最高料率」と「指標料率」の記述は省略している。

上記の事例では、マニュアル料率と基礎料率の引き上げ率はともに10%である。しかし、新契約の引受競争は比較的激しいために、保険者は料率を改定するさいに基礎料率の引き上げ率をマニュアル料率のそれ以下に抑制することもある。

保険者は、別個の契約クラスを設定し、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、階層・継続料率方式（tier and durational rating）を採用してきた。料率幅方式の特徴は、第1に、こうした保険者の料率設定慣行にしたがって、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ていることである。つまり、被保険者の特性の種類を明示によって、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ていることである。つまり、料率の格差に対する制限によって、継続料率方式の悪用を防止しようとし

ていることである。

料率幅方式は、階層・継続料率方式を認めながら、他方でそれによって生じていた弊害を防止し、リスクの高い小雇用主の保険料負担可能性を改善しようとする規制方法・規制内容であるといえることができる。

4. 調整地域料率方式

調整地域料率方式 (adjusted community rating) は、別個の契約クラスを設定しないで、いくつかの危険要因を使用して料率を設定する方式である²⁹⁾。つまり保険者は、別個の契約クラスの設定を禁止されており、すべての小雇用主に対して同じ種類の危険要因を使用して地域料率を調整する (料率幅方式では、使用する危険要因の種類は契約クラスによって異なることもある)³⁰⁾。

1995年モデル法は、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。

「年齢」による料率の調整は、それぞれが5年以上の年齢階層 (age brackets) を使用し、年齢階層は30歳から始まり、65歳で終わらなければならない (第5条A項(2)を参照)。保険者は、65歳以上の加入者について、メディケアの給付順位が第1順位である医療保険と第1順位でない医療保険に対して別々の料率を設定することができる (第5条A項(3)を参

29) 1995年モデル法と州保険法 (フロリダ州保険法を除く) は adjusted community rating と表記している。他方、フロリダ州保険法と医療保険の文献 (著書・論文・報告書) のいくつかは modified community rating と表記している。両者は同義である。

30) 「地域料率 (community rate)」とは、加入者のリスクに関わりなく、同じ地域の加入者に対して同一に課される料率である。したがって、後に本章で言及する「地域料率 (territorial rating)」とはまったく異なる。

照)。

メディケア（高齢者・障害者・末期腎不全者を対象とする公的医療保険）の受給資格を有する65歳以上の人々が民間医療保険（従業員20人以上の雇用主提供医療保険）にも加入している場合、両者の給付順位は、退職者の場合はメディケアが第1順位、雇用主提供医療保険が第2順位であり、現職者の場合は雇用主提供医療保険が第1順位、メディケアが第2順位である。従業員20人以上の企業は、メディケアの受給資格を有する65歳以上の現職者と配偶者に対して、64歳以下の現職者と同じ医療保険を提供しなければならない。

また、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(3)を参照）。こうした段階的制限において最低限の料率の格差が400%に設定されたのは、小雇用主団体の場合、63歳の加入者に対する保険金支払額は23歳の加入者に対するその約6倍であることによるものである³¹⁾。

「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N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」

31) NAIC, 1994 *Proceedings*, Fourth Quarter, p.829.

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)³²⁾。

医療費は「物価水準」「医療の専門化」「医療供給者の競争の程度」などの相違によって、地域ごとにより異なっている。大部分の小雇用主医療保険は「郡」または「郵便番号(一般に最初の3桁)」によって料率に格差がつけられている。小雇用主が該当する地域として、小雇用主の事業所の住所が一般に利用されている。それは、小雇用主の場合、ほとんどの従業員は小雇用主の事業所が所在する地域に居住しているためである。

「家族構成」とは、①従業員、②従業員・配偶者・子供、③従業員と配偶者、④従業員と子供、である(第3条M項を参照)。つまり、保険者は従業員の家族構成を4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、1995年モデル法は「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「従業員の性別」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。

料率の変更(引き上げ)については、①小雇用主の加入数の変化、②従業員の家族構成の変化、③小雇用主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)。

調整地域料率方式は、料率幅方式と比較して、第1に、別個の契約クラスの設定を禁止し、保険者はすべての小雇用主団体に対して同じ危険要因を使用しなければならない。第2に、保険者が使用できる「被保険者の特性」を3種類に制限している(さらに「年齢」の使用によって生じる料率の格差を制限している)。第3に、「危険特性(健康状態・保険金支払実

32) アメリカの郵便番号は5桁である。

績・契約の継続期間)」の使用を禁止している。第4に、更新する医療保険に変更がなく、また被保険者の特性に変化がない場合、更新契約の料率は新契約の料率と同じである。

したがって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」「危険特性の使用」「継続料率方式の採用」を禁止していることである。つまり、前章で叙述した保険者の料率設定慣行を認めていないことである。第2に、保険者が使用できる危険要因（被保険者の特性）の種類を大幅に制限していることである。つまり、危険要因の種類的大幅な制限によって、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。したがって第3に、料率幅方式よりも厳しい規制方法・規制内容であることである。

1995年モデル法の料率規制に関する目的である「医的リスクに基づいた医療保険市場の細分化を防止すること、医療保険リスクをより広く分散すること」は、上記の点に示されている。

5. 純粋地域料率方式

NAICモデル法は、純粋地域料率方式（pure community rating）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。

他方、アメリカアクチュアリー会（American Academy of Actuaries）は「純粋地域料率方式は、家族構成・地域・商品内容（plan design）によって料率を変えることができる」と定義している³³⁾。また会計検査院は、純粋地域料率方式の要件を「健康状態やその他の要因（年齢・団体規模・性別のような要因）の使用を禁止している。保険料は、小団体間で地域と家族構成のみによって変わりうる」としている³⁴⁾。

アメリカアクチュアリー会と会計検査院の定義は同じである。つまり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

33) AAA (1995), p.4.

34) GAO (2003), p.19.

族構成のみを使用して料率を設定する方式である。

地域料率方式 (community rating) とは、加入者のリスクに関わりなく、同じ地域の加入者に対して同一料率を設定する方式をいう。地域料率方式に対して、「地域」のほかに「家族構成」のみを使用して料率を設定する方式が「純粋な」(「地域」のほかに「家族構成」のみを使用するのであれば「純粋」とする) 地域料率方式である。

そして、さらにその他の危険要因を使用して地域料率を調整する (リスク調整を行う) 方式が「調整された」地域料率方式 (adjusted community rating) である。前章で叙述したように、モデル法が定める調整地域料率方式は「地域」と「家族構成」のほかに「年齢」の使用を認めている。

しかし、地域・医療保険・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 rating)」とみなす論者もいる³⁵⁾。

純粋地域料率方式は、保険者が使用できる「被保険者の特性」の種類を調整地域料率方式よりも制限している。つまり、同じ医療保険に加入し、地域と家族構成が同じ小雇用主の料率は同一である。また、更新する医療保険に変更がなく、家族構成に変化がない場合、更新契約の料率は新契約の料率と同じである。

6. むすび

医療保険の種類には、大別するとインデムニティ型保険とマネジドケア型保険がある。マネジドケア型保険には、HMO、PPO、POSがある。また医療保険には、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) がある。雇用主提供医療保険において雇用主が複数の医療保険を従業員に用意する場合、従業員は、加入する

35) Hall (2000/2001) , p.377.

医療保険の種類を選択し、そして単身保険と家族保険のどちらかを選択する。

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³⁶⁾。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。

1990年代に小雇用主医療保険の改革のために実施された料率規制の主要な目的は、団体間の料率の格差と料率の変動（とくに契約更新時の料率の大幅な上昇）を抑制することによって、小雇用主の新契約加入と契約更新を促進することにある。

全米保険監督官協会（NAIC）は、1990年代初めに制定したモデル法において料率幅方式を採用した。モデル法案の審議過程では、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率について、より厳しい制限に修正している。

そしてその後、NAICはモデル法を改正し、保険者が使用できる危険要因の種類に対する制限と料率の格差に対する制限において、料率幅方式よりも厳しい調整地域料率方式に変更している。

モデル法が定める料率幅方式の特徴は、第1に、保険者の料率設定慣行にしたがって、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ている（明示していない危険要因の使用は保険監督官の事前認可を必要としている）ことである。つまり、被保険者の特性の種類によっ

36) それに対して大団体の医療保険では、雇用主は一般に複数の医療保険を用意している。

て、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ていることである。つまり、料率の格差に対する制限によって、継続料率方式の悪用を防止しようとしていることである。

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」「危険特性の使用」「継続料率方式の採用」を禁止していることである。つまり、保険者の料率設定慣行を認めていないことである。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ていることである。つまり危険要因の種類的大幅な制限によって、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。

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協会が定義している純粋地域料率方式は、年齢の使用を禁止している点で調整地域料率方式と異なっている。

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。次稿では、各州保険法・保険規則が定める規制内容とNAICモデル法・モデル規則との異同について考察することにしたい。

(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,1995). *What's Really at Stake in Health Care Reform – 1994 and After: A Summary of Major Findings of the American Academy of Actuaries*. Washington, D.C.: American Academy of Actuaries, April.
- 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.
- General Accounting Office (GAO,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. (2000/2001). "The Structure and Enforcement of Health Insurance Rating Reforms." *Inquiry*, Vol.37 No.4 (Winter), pp.376-388.
- Harker, Carlton (2003). *Self-Funding of Health Care Benefits* (Fifth Edition). Brookfield, WI: International Foundation of Employee Benefit Plans, Inc.
- 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.
- (2004a). *Existing Models Review: Small Employer Health Insurance Availability Model Act (Allocation With or Without An Opt-Out)*. Kansas City: National Association of Insurance Commissioners.
- (2004b). *2004 Charges (Proposed 2004 Charges)*. Kansas City: National Association of Insurance Commissioners.
- 中浜 隆, ドウェイン・バンクス (1997) 「アメリカの医療システムと医療保険」 渋谷博史・井村進哉・中浜 隆編著 『日米の福祉国家システム』 (第1章所収) 日本経済評論社, pp.15-63.
- 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.