

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

中 浜 隆

(小樽商科大学助教授)

はじめに

アメリカにおける公的医療制度は、おもに65歳以上の高齢者と障害者を対象とする医療保険としてのメディケアと、低所得者を対象とする医療扶助としてのメディケイドである。こうした公的医療制度の対象とならない大部分の国民だけでなく、その対象となる多くの国民も私的医療保険に加入している。そして私的医療保険によって保障されている大部分の国民は、雇用主提供医療保険を通じて医療給付を受けている。

他方、近年におけるアメリカの医療制度は、医療費の持続的な上昇によって基本的に特徴づけられている。それは、国民医療費支出の増大と国内総生産に対するその比率や、消費者物価指数の上昇（一般的インフレ）を上回る医療の消費者物価指数の上昇（医療費インフレ）にあらわれている。

こうした医療費の上昇は企業が支払う医療費の増大をもたらしている。そのために企業は、医療保険に対してさまざまな措置を講じるようになってきている。従業員に対する医療給付の制限や自己負担（定額控除・共同負担）の引き上げ、管理型医療制度の導入、自家保険の採用¹⁾などである。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

本稿では、こうした企業の対応措置のなかで、雇用主提供退職者医療保険を取り上げる。上述したように、65歳以上の国民（退職者）はメディケアの受給資格を有している。他方、多くの企業（とりわけ大企業と中企業）は、現職者だけでなく退職者に対しても医療保険を提供している。したがってそれに対する企業の対応措置は、退職者（現職者＝将来の退職者と、現在の退職者）とその扶養家族にも大きな影響を与えるようになっている。

65歳以上の多くの退職者は、メディケアと雇用主提供退職者医療保険によって保障されている。メディケアの受給資格があり、退職者医療保険にも加入している退職者にとっては、両者の給付順位はメディケアが第1順位であり、退職者医療保険が第2順位である。そして大部分の退職者医療保険では、メディケアの給付との調整が行われている。そこでまず第1章では、第1節で65歳以上の国民の公的医療制度と私的医療制度への加入状況について、第2節でメディケアの保障・給付内容についてみておきたい。

雇用主提供退職者医療保険は一般的に、65歳以上の退職者にメディケアの給付を補足するか、メディケアの受給資格をまだ有していない早期退職者に保障を提供している。しかし、近年における裁判所の判断にともなって、企業は増大する医療費を抑制するために退職者医療保険を変更するようになっている。第2章では、第1節で退職者医療保険による退職後医療保障の状況と退職者医療保険の種類について、第2節で増大する企業の医療費について述べる。そして、第3節では退職者医療保険の変更（カーブ・アウト方式の採用や退職者が拠出する保険料の引き上げ、自己負担の導入・引き上げ、医療内容審査の実施）について検討していきたい。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

注1) これらの点については、拙稿「アメリカにおける健康保険と保険会社の健康保険業務」【文研論集】（生命保険文化研究所）第110号（平成7年3月）、を参照。

第1章 医療制度への加入状況とメディケア

第1節 医療制度への加入状況

1950年代までは、退職者医療保険を提供する企業はわずかであった。しかし、1965年に創設されたメディケアが退職者に対する入院・治療費の大部分を支払ったために、企業が退職者医療保険を提供するためのコストはかなり低下することになった。退職者に医療給付を拡大する企業は1970年代に急増し、1980年までには大企業と中企業における60%以上の従業員が雇用主提供退職者医療保険(employer-sponsored retiree health insurance) ²⁾によって保障されていた。

現在、メディケアの受給資格を有する多くの国民は私的医療保険にも加入している。退職者医療保険は一般的に、65歳以上の退職者にメディケアの給付を補足するか、メディケアの受給資格をまだ有していない退職者に保障を提供している。メディケアの受給資格があり、退職者医療保険にも加入している退職者にとっては、給付順位はメディケアが第1順位であり、退職者医療保険が第2順位である。表1は、1991年における65歳以上の国民（約3000万人）の公的・私的医療制度への加入状況を示したものである。それによると、メディケアによって保障されている人々は全体の95.7%を占めている。そのうち、メディケアのみによって保障されている人々は全体の22.4%、メディケアを含む公的医療制度のみによって保障されている人々は30.7%である。他方、メディケアと私的医療保険によって保障されている人々は全体の61.5%、メディケアを含む公的医療制度と私的医療保険によって保

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

表1 65歳以上の国民の医療制度への加入状況 (1991年)

(単位：千人)

公的保険のみ		
メディケアのみ	6,733	(22.4%)
メディケイドのみ	20	(0.1)
CHAMPUSのみ	44	(0.1)
メディケアとメディケイド	1,985	(6.6)
メディケアとCHAMPUS	408	(1.4)
メディケイドとCHAMPUS	0	(0.0)
<u>メディケアとメディケイド、CHAMPUS</u>	<u>61</u>	<u>(0.2)</u>
小計	9,250	(30.7)
公的保険と私的保険		
メディケアと私的保険	18,516	(61.5)
メディケイドと私的保険	2	(0.0)
CHAMPUSと私的保険	37	(0.1)
メディケアとメディケイド、私的保険	492	(1.6)
メディケアとCHAMPUS、私的保険	578	(1.9)
メディケイドとCHAMPUS、私的保険	0	(0.0)
<u>メディケアとメディケイド、CHAMPUS、私的保険</u>	<u>23</u>	<u>(0.1)</u>
小計	19,648	(65.3)
私的保険のみ	918	(3.1)
被保険者合計	29,816	(99.1)
無保険者	276	(0.9)
合計	30,093	(100.0)

[注] CHAMPUS は現役軍人の扶養家族と、退役軍人とその扶養家族、死亡した軍人の扶養家族のための健康医療制度 (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services) であり、現役・退役軍人とその扶養家族を保障する他の制度も含んでいる。CHAMPUS は国防総省によって運営され、民間の施設で行われた医療に対して医療費が償還されるものである。

[出典] Levit, Katharine R., Gary L. Olin, and Suzanne W. Letsch, "Americans' Health Insurance Coverage, 1980-91," *Health Care Financing Review*, Vol. 14 No 1(Fall 1992), p. 36

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

障されている人々は65.3%を占めている。

そして、私的医療保険によって保障されている65歳以上の国民は、雇用主提供保険に加入しているか個人的に保険を購入している。1991年において、メディケアによって保障されている65歳以上の国民（約2900万人）のなかで、雇用主提供保険のみに加入している人々は全体の33.0%、個人保険のみに加入している人々は36.8%、双方に加入している人々は5.0%である。その場合、加入者の年齢が高くなるにしたがって雇用主提供保険の加入割合は減少している。それに対して、個人保険の加入割合と無加入（メディケアやメディケイドなどの公的医療制度のみによって保障）の割合が増大している。65歳以上の国民は、高年齢になるほど個人的に保険を購入するか公的医療制度に依存するようになっている（表2を参照）。

表2 65歳以上の国民の私的医療保険への加入状況（1991年）

（単位：千人）

年 齢	私 的 医 療 保 険			無 加 入
	雇 用 主 提 供	個 人 購 入	双 方 加 入	
65～69歳	3,553 (41.5%)	2,817 (32.9%)	498 (5.8%)	1,702 (19.8%)
70～74歳	2,842 (35.8)	3,034 (38.3)	442 (5.6)	1,614 (20.4)
75～79歳	1,826 (31.3)	2,319 (39.7)	264 (4.5)	1,430 (24.4)
80～84歳	946 (24.3)	1,579 (40.5)	167 (4.3)	1,205 (31.0)
85歳以上	454 (15.5)	975 (33.2)	96 (3.3)	1,414 (48.2)
全 体	9,621 (33.0)	10,725 (36.8)	1,467 (5.0)	7,364 (25.3)

[出典] Chulis, George S., et al., "Health Insurance and the Elderly: Data from MCBS," *Health Care Financing Review*, Vol 14 No. 3(Spring 1993), p. 169.

注2) Clark, Robert L. and Juanita M Kreps, "Employer-Provided Health Care Plans for Retirees," *Research on Aging*, Vol 11 No. 2(June 1989), pp. 206-

第2節 メディケア

メディケア(Medicare)は、社会保障法(Social Security Act) 第18編に基づいて1965年に創設された公的医療保険である。メディケアは、強制保険である入院保険(Hospital Insurance)と任意保険である補足医療保険(Supplementary Medical Insurance) から構成されている。入院保険はパートA、補足医療保険はパートBと呼ばれている [メディケアの改正 (おもに保障・給付面) の概略については表3を参照]。

入院保険は、社会保障年金制度または鉄道従業員退職年金制度で退職給付を受ける権利を有している65歳以上の人々と、社会保障年金制度で障害給付を最低2年間受けている障害者がおもに受給資格を有している。65歳以上の連邦職員も受給資格を有している。受給資格要件を満たしている人々は、保険料が免除されている。受給資格要件を満たしていない65歳以上の大部分の人々も、入院保険に任意に加入することができる。しかし、入院保険の保険料を毎月支払い、また補足医療保険にも加入しなければならない。

入院保険の受給資格を有する人々は、補足医療保険の受給資格も有している。しかし、補足医療保険の保険料は支払わなければならない。入院保険と補足医療保険の保険料は、毎年調整される。³⁾

入院保険は、病院や熟練看護施設、自宅、ホスピスでかかった医療費を給付する。1給付期間は、メディケアの加入者が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。

入院医療(inpatient hospital care) では、病室代や食事代、一般的

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

表3 メディケアの改正

年	事 項
1965年	社会保障法(Social Security Act)の修正(第18編の追加)によって、65歳以上の国民のためにメディケアを創設(翌年7月実施)
1967年	退院後の熟練看護施設医療を保障
1972年	社会保障法の修正によって、障害者と末期の腎臓病患者に保障を拡大;医療内容を審査し、増大する医療費を抑制するために、専門医療基準審査機関(Professional Standards Review Organization)に医療内容審査を委任
1982年	1982年税負担の公正と財政責任に関する法律(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982)によって、末期患者に対して入院保険でホスピス医療を提供;全連邦職員に保障(入院保険)を拡大;65歳から69歳までの現職者に対してメディケアは第2順位に(第1順位は雇用主提供医療保険)専門医療基準審査機関に代えて、医療内容審査機関(Peer Review Organization)に医療内容審査を委任
1983年	社会保障法の修正によって、入院保険で給付される入院費に対して従来の出来高払方式から治療項目別料金事前設定方式に変更
1985年	1985年包括財政調整法(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985)によって、メディケアの受給資格を有する現職者とその配偶者に対してメディケアは第2順位に
1986年	1986年包括財政調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986)によって、障害者となった従業員に対してメディケアは第2順位に
1988年	1988年メディケア高額医療費保険法(Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988)によって、保障範囲の拡大と患者の自己負担の軽減により保障内容を大幅に改善
1989年	1989年メディケア高額医療費保険廃止法(Medicare Catastrophic Coverage Repeal Act of 1989)によって、1988年メディケア高額医療費保険法を廃止 1989年包括財政調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989)によって、医師の診療費に対して診療報酬明細表を導入

[注] 上記の年は法律が制定された年に基づくものである。

な看護サービス料、常置されている病院機器の使用料、病院で通常出される薬剤費などが保障される。医師の診療費は保障されない。入院保険と補足医療保険では、患者が医療費の一部(一定の金額または

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

割合)を負担しなければならない定額控除 (deductible) と共同負担 (coinsurance) が規定されている。それぞれの給付期間において、最初の60日間は患者が定額控除額696ドル (1994年) の医療費を負担し、それを上回る医療費は保険から全額支給される。定額控除額は医療費の上昇に応じて毎年調整される。入院期間が60日を超える場合、61日目から90日目までの30日間は共同負担によって1日あたり174ドル (定額控除額の25%) の医療費を、91日目から150日目までの60日間は共同負担によって1日あたり348ドル (定額控除額の50%) の医療費を患者が負担し、それ以外の医療費は保険から全額支給される。91日目から150日目までの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。そして入院期間が150日を超える場合には、患者が医療費を全額負担する。

退院後の熟練看護施設医療(posthospital skilled nursing facility care) は、最低3日間継続して入院した後、熟練看護施設 (専門施設または病院の1部門) で日々看護またはリハビリが行われるものであり、こうした医療費が保障される。最初の20日間は保険から医療費が全額支給される。20日を超える場合、21日目から100日目までの80日間は共同負担によって1日あたり87ドル(入院医療の定額控除額の12.5%) の医療費を患者が負担し、それ以外の医療費は保険から全額支給される。101日目以降は患者が医療費を全額負担する。

在宅保健医療(home health care)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) 看護や物理療法、言語障害療法、在宅保健医療助手(home health aide)サービスなどが行われるものである。この医療に対しては、以前の入院は必要とされない。患者が在宅し、また看護や物理療法、言語障害療法などが患者に必要であると

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

医師が判断して在宅保健医療計画を立てた場合には、在宅保健医療機関(home health agency)による訪問派遣の回数は無制限に保障される。また医療費も保険から全額支給される(ただし、在宅保健医療計画の一部として医療機器を使用する場合は、共同負担によって患者は医療費の20%を負担しなければならない)。

ホスピス医療(hospice care)は、余命6か月以下の末期患者に対す

表4 メディケアの給付(1994年)

入院保険			
医療	給付	患者負担	保険給付
入院	最初の60日間 61日目～90日目 91日目～150日目 151日目以降	696ドル(定額控除) 1日174ドル(共同負担) 1日348ドル(共同負担) 全医療費	左記を上回る全医療費 左記以外の全医療費 左記以外の全医療費 なし
退院後の熟練看護施設	最初の20日間 21日目～100日目 101日目以降	なし 1日87ドル(共同負担) 全医療費	メディケアが認定した全医療費 左記以外の全医療費 なし
在宅保健	無制限	なし	全医療費
ホスピス	180日(延長あり)	一部の医療費を分担	左記以外の全医療費
補足医療保険			
医療	給付	患者負担	保険給付
医療費(医師の診療費等)	入院・通院での医療費	年間100ドル(定額控除) メディケアが認定した医療費の20%(共同負担)	メディケアが認定した医療費の80%
在宅保健	無制限	なし	全医療費
通院	無制限	年間100ドル(定額控除) メディケアが認定した医療費の20%(共同負担)	メディケアが認定した医療費の80%

[注] 補足医療保険の年間定額控除額100ドルは、同保険で保障されている医療全体に適用される(「医療費」「通院」別々に適用されない)。

[出典] Black, Kenneth, Jr. and Harold D. Skipper, Jr., *Life Insurance*, Twelfth Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1994, p. 708, "Social Security Programs in the United States, 1993," *Social Security Bulletin*, Vol. 56 No 4(Winter 1993), pp 43-47

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

るサービスが行われるものである。自宅またはメディケア公認施設で医療が提供される場合、医師の診療や看護、医療機器、薬剤、在宅保健医療助手などのサービスが保障される。ホスピス医療の給付期間は180日であるが、延長も可能である。医療費は保険から全額支給される[ただし、外来薬剤とレスパイトケア（家族の介護負担を軽減するために短期間入院する制度）に対する医療費については患者が一部を負担する]。

補足医療保険は、入院や通院で受ける内科・外科などの医師やその他の医療従事者によるサービスや検査、在宅医療など、一般的に入院保険では保障されない医療費を給付する。この保険では、保障されている大部分の医療に対して、患者は年間定額控除額100ドルと、それを上回る医療費（メディケアが認定した医療費）の20%を共同負担によって負担する。⁴⁾

1991年において、入院保険の加入者は3443万人（高齢者3104万人、障害者334万人）、受給者は728万人（高齢者658万人、障害者71万人）、給付額は690億ドル（高齢者に対して615億ドル、障害者に対して75億ドル）、受給者1人あたりの給付額は高齢者9349ドル、障害者10634ドルである。また、補足医療保険の加入者は3424万人（高齢者3119万人、障害者305万人）、受給者は2749万人（高齢者2505万人、障害者244万人）、給付額は419億ドル（高齢者369億ドル、障害者50億ドル）、である。受給者1人あたりの給付額は高齢者1473ドル、障害者2047ドルである。⁵⁾

注3) 入院保険は、大部分が雇用主、従業員、自営業者の拠出する入院保険税によってまかなわれている。税率は、課税所得の2.90%（雇用主1.45%、従業員1.45%の労使折半、自営業者2.90%）である（自営業者に対しては50%の減税措置がある）。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

なお、1990年までは社会保険税〔老齢・遺族・障害保険 (Old-Age, Survivors, and Disability Insurance) の税金〕と入院保険税に同じ年間課税所得額上限 (maximum taxable earnings base)が適用されていたが、1990年包括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990) によって1991年に入院保険税に適用される年間課税所得額上限は125,000ドルに引き上げられた (1993年の年間課税所得額上限は、社会保険税57,600ドル、入院保険税135,000ドル)。そして、1993年包括財政調整法によって1994年から入院保険税に適用される年間課税所得額上限は廃止されている。

補足医療保険は、加入者の保険料と連邦政府の一般歳入からの補助によってまかなわれている。

入院保険税や保険料、一般歳入からの補助は、入院保険信託基金 (Hospital Insurance Trust Fund) と補足医療保険信託基金 (Supplementary Medical Insurance Trust Fund) に納入される。1993年において、入院保険信託基金の収入は 982億ドルであり、その内訳は入院保険税845億ドル(86.1%)、一般歳入 4 億ドル(0.5%)、保険料 7 億ドル(0.7%)、利子125億ドル(12.8%)である。他方、補足医療保険信託基金の収入は577億ドルであり、その内訳は一般歳入415億ドル(71.9%)、保険料142億ドル(24.6%)、利子20億ドル(3.5%)である (Levit, Katharine R., et. al., "National Health Expenditures, 1993," *Health Care Financing Review*, Vol 16 No 1(Fall 1994), p. 277.)。

- 4) メディケアは、急性医療の治療費が保障されているだけであり、高齢者にとって必要性のきわめて高い慢性医療の治療費や介護費は保障されていない。また、これまで本文で述べたように、急性医療に対しても保障範囲に制限があり、患者の自己負担が大きいため、保障内容は不十分なものとなっている。そのために、高齢者に対する公的医療保険としてメディケアが制度化されていても、本稿で対象としている雇用主提供退職者医療保険または個人医療保険にも高齢者は加入しなくなっている。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

こうしたメディケアの保障範囲を拡大し、患者の自己負担を軽減させるために、1988年メディケア高額医療費保険法 (Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988) が制定され、メディケアの大幅な改正が行われた。なお、同法では、保障内容が改善されると同時に、国庫負担を増大させないように高齢者が負担する保険料も引き上げられた。しかし、同法の制定にさいして製薬会社と保険会社が反対しており、保険料負担増に対して高齢者からも批判がでるようになったために、1989年メディケア高額医療費保険廃止法 (Medicare Catastrophic Coverage Repeal Act of 1989) によって同法の制定から1年も経過しないうちに同法は廃止されることになった。

- 5) "Social Security Programs in the United States, 1993," *Social Security Bulletin*, Vol 56 No. 4(Winter 1993), p. 44

第2章 退職者医療保険

第1節 退職後医療保障と退職者医療保険の種類

こうした65歳以上の国民に対するメディケアの医療保障によって、退職者医療保険に対する企業のコストはかなり低下することになった。退職者がメディケアと雇用主提供医療保険によって保障される場合、両者の給付順位はメディケアが第1順位であり、雇用主提供医療保険が第2順位である。当初、退職者に対する医療費は比較的少なかったために、企業はそれについてそれほど懸念せず、多くの企業は従業員給付をめぐる団体交渉で退職者医療保険を小さな問題とみていた。

退職者医療保険はおもにメディケアの実施以降に導入され、多くの企業は従業員に退職後、医療給付を保障している。労働省労働統計局の従業員給付調査によると、1986年において企業（大企業と中企業）が退職後の医療給付を保障している従業員の割合は、従業員100人以

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

上 249人以下の企業で47.5%、2500人以上の企業で80.5%であり、総じて規模が大きい（従業員数が多い）企業ほど退職後の医療給付を保障している。また退職者医療保険の購入先は、民間保険会社30.4%、ブルークロス・ブルーシールド17.5%、健康維持組織 (Health Maintenance Organization) 11.5%、自家保険38.7%であり、企業はおもに民間保険会社から医療保険を購入するか自家保険を採用している。退職後の給付水準では、従業員の79.1%は退職後も現職者と同じ給付水準を保障され、従業員の18.3%は退職後には現職者の給付水準を下回ることになっている。そして保険料の拠出では、まったく負担する必要のない従業員は57.5%、一部負担する従業員は24.1%と大部分の企業は保険料の一部または全額を拠出することになっているが、従業員の15.4%は保険料を全額負担しなければならないことになっている（表5を参照）。

また、会計検査院は1989年に民間企業2739社（企業規模別の内訳は、従業員24人以下の企業812社、25人以上99人以下の企業746社、100人以上499人以下の企業728社、500人以上の企業453社）を対象とした退職者医療保険の調査を行い、それに基づいて250万社・従業員9580万人の雇用主提供医療保険の実施・加入状況を推計している。なお、250万社の85%は従業員24人以下の小企業であり、従業員9580万人の約73%は100人以上の企業で雇用されている。それによると、従業員の割合では、従業員（現職者）9580万人のうち、退職者は保障しない雇用主提供医療保険に加入している従業員は31%、退職者も保障する雇用主提供医療保険に加入している従業員は32%、雇用主提供医療保険を実施していない企業の従業員は37%である。また、雇用主提供医療保険に加入している退職者は530万人であり、そのうち65歳未満の退職者は210万人である。企業の割合では、250万社のうち、現職者

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

表5 雇用主提供医療保険による退職後医療保障 (1986年)

項目	雇用主保険料拠出	全体
企業規模	保障従業員 割合	保障従業員 割合
100~249人	8万人 35.4%	11万人 47.5%
250~499人	14 37.8	18 48.5
500~999人	23 58.6	28 70.2
1000~2499人	22 57.7	25 66.5
2500人以上	45 73.5	49 80.5
購入先	構成割合	構成割合
民間保険会社	30.4%	30.4%
ブルークロス・ブルーシールド	18.4	17.5
健康維持組織	11.4	11.5
自家保険	38.5	38.7
その他	1.3	0.6
給付水準		
現職者以下	20.0%	18.3%
現職者以上	0.6	0.7
現職者と同じ	78.5	79.1
分類できない	0.9	0.7
保険料 (退職者拠出)		
全額	0.0%	15.4%
一部	29.0	24.1
なし	68.9	57.5
分類できない	2.1	1.7

- [注] (1) 「雇用主保険料拠出」は雇用主が保険料の一部または全額を支払う医療保険。「全体」は退職者が保険料を全額支払う医療保険も含めた医療保険。
 (2) 「企業規模」の項目の割合は全従業員に占める退職後医療保障を約束されている従業員の割合。
 (3) 端数処理のため合計が100%にならない項目がある。

[原典] Unpublished data, Bureau of Labor Statistics Employee Benefits Survey, 1986

[出典] Morrissey, Michael A., Gail A. Jensen, and Stephen E. Henderlite, "Employer-Sponsored Health Insurance for Retired Americans," *Health Affairs*, Vol. 9 No. 1(Spring 1990), p 63, p 65.

に医療保険を提供している企業は50%超、退職者にも医療保険を提供している企業は4%である。企業規模別にみると、従業員500人以上の企業では、ほとんどすべての企業が現職者に、43%の企業が退職者に医療保険を提供している。それに対して従業員24人以下の企業では、

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

わずか半分の企業が現職者に、2%の企業が退職者に医療保険を提供しているだけである（なお、退職者に医療保険を提供していない理由の1つとして、退職者がいないことをあげている企業が多い）。また、退職者にも医療保険を提供している企業のうち、年齢にかかわらず退職者に医療保険を提供している企業は79.4%、65歳未満の従業員に医療保険を提供している企業は61.2%、退職者に保険料の分担を求めている企業は39.9%となっている。⁶⁾

退職者医療保険は一般的に、65歳以上の退職者にメディケアの給付を補足するか、メディケアの受給資格をまだ有していない退職者に保障を提供している。

65歳未満の退職者に対する雇用主提供医療保険は一般的に、現職者に対するそれと同一である。65歳以上の退職者に対する雇用主提供医療保険では、大部分の場合、メディケアの給付との調整が行われている。この保険は、メディケアの給付との調整方式によって、医療費給付の調整、控除、カーブ・アウトの3種類に一般的に分類される。

医療費給付の調整(coordination of benefits)方式は、(1)メディケアの給付額と無関係に算定した退職者医療保険の給付額〔この保険で保障されている医療費から退職者の自己負担額（この保険で規定されている定額控除と共同負担によって退職者が負担する医療費）を控除した金額〕と(2)退職者医療保険で保障されている医療費からメディケアの給付額を控除した金額、のうちの少ないほうの金額を退職者医療保険が給付するものである。(2)の場合、メディケアの給付額はまず退職者の自己負担部分にあてられる。

控除(exclusion)方式は、まず退職者医療保険で保障されている医療費からメディケアの給付額を控除し、そしてこの差額に対して定額控除と共同負担の規定を適用するものである。退職者医療保険はこの

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

差額から退職者の自己負担額を控除した医療費を給付し、退職者は自己負担額を支払う。

カーブ・アウト(carve-out)方式は、まず退職者医療保険で保障されている医療費に対して定額控除と共同負担の規定を適用し、そしてメディケアの給付額は医療費から退職者の自己負担額を控除したこの保険の給付部分にあてられるものである。したがってこの方式では、退職者は退職者医療保険で規定されている定額控除と共同負担による自己負担額を全額支払うことになる。退職者医療保険は、この保険で保障されている医療費から退職者の自己負担額とメディケアの給付額を控除した医療費⁷⁾を給付する。

これら3つの方式を比較すると、退職者医療保険で自己負担が規定されている場合、一般的に医療費給付の調整方式で退職者医療保険の給付額がもっとも大きくなり、退職者の自己負担額がもっとも少なくなる。逆にカーブ・アウト方式で退職者医療保険の給付額がもっとも少なくなり、退職者の自己負担額がもっとも大きくなる。

注6) United States General Accounting Office, *Employee Benefits : Extent of Companies' Retiree Health Coverage*. Washington, D. C. : United States General Accounting Office, March 1990, pp 4-6.

7) これら3つの方式の相違を例示すると以下のようになる。なお、退職者医療保険で保障されている医療費を1000ドル、そのうちメディケアの給付額を600ドル(メディケアで保障されている医療費から、メディケアで規定されている定額控除と共同負担によって退職者が負担する医療費を控除したもの)とし、また退職者医療保険で100ドルの定額控除額と20%の共同負担による退職者の自己負担が規定されているものとする。

医療費給付の調整方式では、(1)の場合、退職者医療保険の給付額は(1000-100)

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

$\times 0.8 = 720$ ドルとなる。(2)の場合、給付額は $1000 - 600 = 400$ ドルとなる。したがって、(2)のもとで退職者医療保険から400ドルが給付される。この場合、退職者は自己負担として医療費を支払う必要はない。

控除方式では、退職者医療保険の給付額は $(1000 - 600 - 100) \times 0.8 = 240$ ドルとなる。退職者の自己負担額は $1000 - 600 - 240 = 160$ ドルとなる。

カーブ・アウト方式では、退職者医療保険の給付額は $(1000 - 100) \times 0.8 - 600 = 120$ ドルとなる。退職者の自己負担額は $100 + (1000 - 100) \times 0.2 = 280$ ドルとなる。

第2節 医療費の増大

しかし他方で、医療費の持続的な上昇にともなって、企業が支払う医療費も増大している。医療費の上昇は、国民医療費支出の増大と国内総生産に対するその比率や、消費者物価指数の上昇（一般的インフレ）を上回る医療の消費者物価指数の上昇（医療費インフレ）にあらわれている。

1970年代初めから1990年代前半にかけて、国民医療費支出 (National Health Expenditure) は 1970年743億ドル、1980年2511億ドル、1993年8842億ドルと増大し、同時期に12倍の伸びを示している。そして、国内総生産に対する国民医療費支出の比率は 1970年7.4%、1980年9.2%、そして1982年以降は10%を上回り、1993年13.9%に増大している。国民医療費の大部分を占めているのは個人医療費(Personal Health Care)である。国民医療費に占めるその割合は、1970年87.2%、1980年87.7%、1993年88.5%である。1993年において個人医療費7825億ドルを支払っているのは、連邦政府33.1%、私的医療保険33.0%、自己負担20.1%、州・地方政府10.0%、その他3.8%である。個人医療費の支払いに占める私的医療保険の割合は、1970年23.6%、19

80年29.1%、1993年33.0%と増大している。⁸⁾

また、医療の消費者物価指数(Consumer Price Index for Medical Care)の年上昇率は、一般的な消費者物価指数[都市の全消費者の消費者物価指数(Consumer Price Index for All Urban Consumers)]の年上昇率を総じて上回っている。1970年から1994年までの期間において、医療の消費者物価指数の年上昇率は、1972年—74年と1979年—80年の5年間を除いたすべての年で一般的な消費者物価指数の年上昇率を上回っており、また1980年代半ばから比較的大きく上回るようになって⁹⁾いる。

こうした医療費の持続的な上昇にともなって、企業が支払った医療費も増大している。雇用主(大部分は民間企業)¹⁰⁾が拠出した医療保険料(賃金・給料に対するその比率)は、1970年121億ドル(2.2%)、1980年596億ドル(4.3%)、1993年2356億ドル(7.6%)である。また、1993年に雇用主は私的年金・医療福利厚生基金(private pension and welfare funds)に3502億ドルを拠出している。その内訳は、年金・利益分配制度(pension and profit-sharing) 682億ドル(19.5%)、団体医療保険2356億ドル(67.3%)、団体生命保険59億ドル(1.7%)、労働者災害補償(workers' compensation) 401億ドル(11.4%)、補足的失業補償(supplemental unemployment) 4億ドル(0.1%)であり、団体医療保険が拠出額の大部分を占めている。他方、1993年に私的年金・医療福利厚生基金から支払われた給付金は、年金・利益分配制度1926億ドル(40.2%)、団体医療保険2370億ドル(49.4%)、団体生命保険117億ドル(2.4%)、労働者災害補償377億ドル(7.9%)、補足的失業補償4億ドル(0.1%)、合計4794億ドル¹¹⁾であり、団体医療保険が給付金の半分を占めている(1982年—93年における統計数値については表6を参照)。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

表6 国民医療費支出と消費者物価指数、民間団体医療保険の保険料・給付金

(単位：億ドル)

年	国民医療費支出	消費者物価指数		民間団体医療保険	
		CPI-M	CPI-U	保険料	給付金
1982	3372(10.4%)	11.6%	6.1%	803(5.1%)	859
1983	3637(10.6)	8.7	3.2	891(5.3)	912
1984	3921(10.5)	6.2	4.3	969(5.3)	976
1985	4345(10.8)	6.3	3.6	1047(5.3)	1056
1986	4660(10.9)	7.5	1.9	1090(5.2)	1153
1987	5062(11.1)	6.6	3.6	1174(5.2)	1287
1988	5632(11.5)	6.5	4.1	1321(5.4)	1421
1989	6239(11.9)	7.7	4.8	1572(6.1)	1588
1990	6966(12.6)	9.0	5.4	1766(6.4)	1738
1991	7556(13.2)	8.7	4.2	1942(6.9)	1939
1992	8203(13.6)	7.4	3.0	2165(7.3)	2188
1993	8842(13.9)	5.9	3.0	2356(7.6)	2370

- [注] (1) 「国民医療費支出」の括弧内の％は国内総生産に対する比率。
 (2) 「民間団体医療保険」で、保険料は雇用主拠出分。括弧内の％は賃金・給料に対する比率。

[出典] U. S. Department of Health and Human Services, *Health Care Financing Review*, U. S. Department of Labor, *Monthly Labor Review*, U. S. Department of Commerce, *Survey of Current Business* 各号

退職者の医療費は、平均余命の伸長や従業員の早期退職による退職者数の増大、高齢者医療費の上昇、医療費のメディケアから雇用主提供医療保険への転嫁などによって、企業にとって大きな問題となってきた。企業が退職者とその扶養家族のために支払った医療費は、1988年の90億ドルから1993年の137億ドルに増大している。¹²⁾

平均余命 (life expectancy) は、男性55歳で1950年19.0年、1970年19.5年、1991年22.5年、女性55歳で1950年22.5年、1970年24.9年、1991年27.1年と伸びている。なお、社会保障庁は、男性55歳の平均余命

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

は2010年23.6年、2050年25.2年、女性55歳の平均余命は2010年29.4年、
2050年31.4年と推測している。¹³⁾

従業員の早期退職は、労働力参加率(labor force participation rate) からその傾向をみることができる。表7は、1960年—90年における45歳以上の男性と女性の労働力参加率を示したものである。それによると、男性の労働力参加率はそれぞれの年齢層で総じて低下しており（ただし、1990年にわずかではあるが上昇した年齢層がある）、とりわけ60歳以上の年齢層で大きく低下している。それに対して女性の労働力参加率は、45歳以上59歳以下の年齢層で上昇し、60歳以上69

表7 労働力参加率

	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75歳以上
男性							
1960	96.9%	94.7%	91.6%	81.1%	46.8%	31.6%	17.5%
1965	96.1	95.0	90.2	78.0	43.0	24.8	14.1
1970	95.3	93.0	89.5	75.0	41.6	25.2	12.0
1975	94.1	90.1	84.4	65.5	31.7	21.1	10.1
1980	93.2	89.2	81.7	60.8	28.5	17.9	8.8
1985	93.3	88.6	79.6	55.6	24.5	14.9	7.0
1990	92.3	88.8	79.8	55.5	26.0	15.4	7.1
女性							
1960	50.7%	48.7%	42.2%	31.4%	17.6%	9.5%	4.4%
1965	51.7	50.1	47.1	34.0	17.4	9.1	3.7
1970	55.0	53.8	49.0	36.1	17.3	9.1	3.4
1975	55.9	53.3	47.9	33.2	14.5	7.6	3.0
1980	62.1	57.8	48.5	33.2	15.1	7.5	2.5
1985	67.8	60.8	50.3	33.4	13.5	7.6	2.2
1990	74.8	66.9	55.3	35.5	17.0	8.2	2.7

[出典] Gendell, Murray and Jacob S. Siegel, "Trends in Retirement Age by Sex, 1950-2005," *Monthly Labor Review*, Vol. 115 No. 7(July 1992), p. 24.

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

歳以下の年齢層ではそれほど大きく変動していない。しかし、45歳以上59歳以下の女性の労働力参加率は男性の労働力参加率と比較すると低く、また70歳以上の女性の労働力参加率は低下している。65歳未満の早期退職者はメディケアの受給資格がないために、メディケアの受給資格がある退職者と比較すると、それがない早期退職者のために企業が支払う1人あたりの医療費はかなり高くなっている。1993年に企業が現在の退職者のために支払った医療費137億ドルのなかで、早期退職者のための医療費は79億ドルとなっている。¹⁴⁾

また、高齢者医療費の上昇にともなって、メディケアの入院保険税や自己負担（定額控除・共同負担）、保険料が引き上げられてきている。入院保険税（労使折半）は、1966年0.7%、1980年2.1%、1994年2.9%である。入院医療における定額控除（最初の60日間）は、1966年40ドル、1980年180ドル、1994年696ドルであり、61日目から90日目までの共同負担は1966年10ドル、1980年45ドル、1994年174ドルである。熟練看護施設医療における21日目から100日目までの共同負担は、1966年5ドル、1980年22.5ドル、1994年87ドルである。また、補足医療保険の月払保険料は1966年3ドル、1980年9.6ドル、1994年41.4ドルである（表8を参照）。こうした改訂によって、企業（雇用主提供医療保険）や従業員、退職者に医療費が転嫁されている。

また、メディケアの入院保険の給付について、1983年の社会保障法の修正によって、従来の出来高払方式から治療項目別料金事前設定方式に変更されている。出来高払方式(fee-for-service system)は入院治療に対して妥当な料金を償還するのに対して、治療項目別料金事前設定方式(diagnosis related group system)は入院治療を467の治療項目に区分し、患者の症例が該当する治療項目にしたがって行われる入院治療に対して事前に定額料金を設定するものである。¹⁵⁾ また、メディ

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

表8 メディケアの入院保険税・自己負担・保険料

	入院保険税	入院保険 定額控除	保険 共同負担 ^{a)}	共同負担 ^{b)}	補足医療保険 月払保険料
1966	0.7%	40 ^{ドル}	10 ^{ドル}	5.0 ^{ドル}	3.0 ^{ドル}
1970	1.2	52	13	6.5	5.3
1975	1.8	92	23	11.5	6.7
1980	2.1	180	45	22.5	9.6
1985	2.7	400	100	50.0	15.5
1986	2.9	492	123	61.5	15.5
1987	2.9	520	130	65.0	17.9
1988	2.9	540	135	67.5	24.8
1989	2.9	560	^{c)}	25.5 ^{d)}	27.9
1990	2.9	592	148	74.0	28.6
1991	2.9	628	157	78.5	29.9
1992	2.9	652	163	81.5	31.8
1993	2.9	676	169	84.5	36.6
1994	2.9	696	174	87.0	41.4

a) 61日目～90日目の入院医療で患者が負担する1日あたりの医療費

b) 21日目～100日目の熟練看護施設医療で患者が負担する1日あたりの医療費

c) 1989年は適用されず

d) 1989年の最初の8日間に対する共同負担

ケアの補足医療保険の給付については、1989年包括財政調整法(Omnibus Reconciliation Act of 1989)によって、医師の診療費に対して診療報酬明細表(fee schedule)が採用され、実際の診療費と診療報酬明細表によって算定された診療費のうちの少ないほうが給付されるようになっている。こうしたメディケアの給付を抑制する措置によって、メディケアが認定しない(したがって給付しない)医療費も企業(雇用主提供医療保険)や退職者に転嫁されることになる。

他方、65歳以上の現職者の医療費も雇用主提供医療保険に転嫁され

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

るようになっている。65歳以上の現職者は、雇用主提供医療保険が第1順位であり、メディケアが第2順位である。そして企業は、こうした従業員（とその配偶者）に対して65歳未満の従業員（とその配偶者）と同じ医療保険を提供しなければならない。これまで、従業員の退職年齢の引き上げ・撤廃¹⁶⁾にともなって、医療保障を受けることのできる従業員とその配偶者の範囲が拡大されている。1982年税負担の公正と財政責任に関する法律(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982)によって、従業員20人以上の企業は、65歳から69歳までの従業員とその配偶者に対して65歳未満の従業員と同じ医療保障を提供しなければならないことになった。そして、1984年財政赤字削減法(Deficit Reduction Act of 1984)によって、65歳未満の従業員の69歳から70歳までの配偶者にも拡大され、こうした配偶者に対してメディケアは第2順位になった。さらに、1985年包括財政調整法(Consolidated Omnibus Reconciliation Act of 1985)によって、70歳以上の従業員とその配偶者にも拡大され、メディケアの受給資格を有する現職者とその配偶者に対してメディケアは第2順位になっている（ただし、メディケアの受給資格を有する現職者はメディケアを第1順位として選択することができるが、その場合には雇用主提供医療保険からの給付はまったく受けられない）。なお、1986年包括財政調整法によって、障害者になった65歳未満の従業員に対してもメディケアは第2順位になっている。

注8) Levit, Katharine R., et. al, "National Health Expenditures, 1993,"

Health Care Financing Review, Vol. 16 No. 1(Fall 1994), pp 279-280, p. 284.

9) 消費者物価指数は、U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics,

Monthly Labor Review 各号による。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

- 10) 医療保険を提供している雇用主の大部分は民間企業であるが、その他に政府（政府職員の医療保険）と自営業者もある。1991年において、雇用主提供医療保険によって保障されている従業員は7025万人であり、内訳は民間企業5455万人(77.6%)、政府1382万人(19.7%)、自営業者188万人(2.7%)である。また、政府と自営業者が提供する医療保険によって、全政府職員の66.6%と自営業の全従業員の17.7%が保障されている (Levit, Katharine R., Gary L. Olin, and Suzanne W. Letsch, "Americans' Health Insurance Coverage, 1980-91," *Health Care Financing Review*, Vol. 14 No. 1(Fall 1992), p. 38)
- 11) Chollet, Deborah J. and Robert B. Friedland, "Employer-Paid Retiree Health Insurance : History and Prospects for Growth," in *The Changing Health Care Market*, edited by Frank B McArdle. Washington, D. C. : Employee Benefit Research Institute, 1987, p. 207 , U. S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis, *Survey of Current Business*, Vol. 66 No. 7(July 1986), p. 69., Vol. 70 No. 7(July 1990), p. 83., Vol. 74 No. 7(July 1994), p. 92. 民間企業と州・地方政府の従業員総報酬（賃金・給与と諸給付）のコストについては、Braden, Bradley R and Stephanie L. Hyland, "Cost of Employee Compensation in Public and Private Sectors," *Monthly Labor Review*, Vol. 116 No 5(May 1993), pp. 14-21., を参照。
- 12) United States General Accounting Office, *Early Retiree Health : Health Security Act Would Shift Billions in Costs to Federal Government*. Washington, D. C. : United States General Accounting Office, July 1994, p. 12.
- 13) Warshawsky, Mark J , *The Uncertain Promise of Retiree Health Benefits An Evaluation of Corporate Obligations*. Washington, D. C. . The AEI Press, 1992, pp 76-78., American Council of Life Insurance, *1994 Life Insurance Fact Book*. Washington, D. C. : American Council of Life Insurance, p. 113.
- 14) United States General Accounting Office, *Early Retiree Health : Health Se-*

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

curity Act Would Shift Billions in Costs to Federal Government, p 12

- 15) 治療項目別料金事前設定方式が入院治療に与える影響については、Guterman, Stuart and Allen Dobson, "Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospitals," *Health Care Financing Review*, Vol.7 No 3(Spring 1986), pp. 97-114., を参照。
- 16) 従業員の退職年齢の上限は、1967年雇用年齢差別禁止法(Age Discrimination in Employment Act of 1967) では、従業員20人以上の企業の場合、退職年齢の上限は65歳であった。しかし、1978年における同法の修正によってそれが70歳に引き上げられた。さらに、1986年における同法の修正によって退職年齢の上限そのものが撤廃されている(ただし、適用除外の職種が若干ある)。

第3節 退職者医療保険の変更

増大する医療費を抑制するために、多くの企業は退職者医療保険、とりわけ将来の退職者の医療保険を変更するようになっている。現行法と近年の裁判所の判断によって、企業(雇用主)は制度規約(plan document) または労働協約(collective bargaining agreement) において現在と将来の退職者に対する退職者医療保険を変更または終了する権利を留保している場合には、企業はそれを変更または終了することができるようになっている。¹⁷⁾ 大多数の企業は医療保険を変更できる権利を留保している。

退職者医療保険の変更は大部分の場合、企業が医療費を退職者に転嫁しようとするものである。カーブ・アウト方式の採用や退職者が拠出する保険料の引き上げ、退職者の自己負担(定額控除・共同負担)の導入・引き上げ、医療内容審査の実施である。また、わずかではあるが退職者医療保険を終了させた企業もある。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

企業は、メディケアと雇用主提供医療保険の給付を調整することによって、退職者の医療費を抑制している。前節で、メディケアの給付との調整方式として、一般的に医療費給付の調整、控除、カーブ・アウトの3方式が採用されていることを述べておいた。メディケアは定額控除や共同負担の規定によって、保障した医療費についても一般的にその全額を給付することはない。そのために、雇用主提供医療保険で自己負担が規定されている場合、企業が退職者医療保険でどの調整方式を採用するかによって、メディケアが給付しない医療費について企業（退職者医療保険）と退職者（自己負担）が分担する程度が大きく異なることになる。

企業は、一般的に退職者の自己負担がきわめて少ない医療費給付の調整方式からそれがきわめて大きくなるカーブ・アウト方式に変更している。すでに述べたように、医療費給付の調整方式では、退職者医療保険で保障されている医療費のなかで、メディケアの給付はまず退職者が支払わなければならない自己負担額（メディケアで規定されている定額控除と共同負担によって退職者が負担する医療費）にあてられる。メディケアの給付額が退職者の自己負担額を上回る場合、その残額は退職者医療保険が支払う医療費にあてられる。したがって退職者医療保険の給付額は、この保険で保障されている医療費からメディケアの給付額と退職者が実際に負担する医療費を控除したものとなる。

それに対してカーブ・アウト方式では、まず退職者医療保険で保障されている医療費に対して定額控除と共同負担が適用される。そしてメディケアの給付額は退職者医療保険が支払う医療費にあてられる。そのために、退職者は自己負担額を全額（退職者医療保険で保障されている医療費全額に対して適用される定額控除と共同負担による医療費全額）を支払わなければならない。したがってこの方式の場合に、

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

退職者の医療利用度をもっとも大きく抑制されることになる。また、退職者医療保険に管理型医療(Managed Care)が導入されている場合には、この保険で保障されている医療費と要した医療費との差額も退職者は支払わなければならなくなる。

従来は医療費給付の調整方式が一般的に採用されていたが、現在ではカーブ・アウト方式が多く採用されている。表9は、1988年に米国健康保険協会(Health Insurance Association of America)が民間企業327社を対象に、雇用主提供退職者医療保険によって保障されている退職者の年齢構成と調整方式の割合について行った調査を示した

表9 雇用主提供退職者医療保険の調整方式 (1988年)

	退職者		メディケアとの調整方式		
	65歳未満	65歳以上	医療費の調整	控除	カーブ・アウト
企業規模					
100人未満	0.4%	0.6%	6.9%	5.6%	75.3%
100~999人	9.5	5.2	10.0	3.5	36.3
1000人以上	90.1	94.2	16.2	5.7	69.1
導入年数					
4年以下	2.6%	2.4%	27.6%	4.7%	44.7%
5~10年	40.5	45.2	1.4	0.2	97.1
11~20年	28.3	29.4	14.6	1.9	81.4
21年以上	28.6	23.0	25.0	11.4	35.7
合計・全体	100.0%	100.0%	15.3%	5.4%	66.3%

[注] 調整方式の全体の割合は、以下の理由のために合計しても100%にはならない。
 (1)7.2%の退職者は異なる調整方式を採用している複数の医療保険によって保障されているため(2)4.7%の退職者の医療保険は調整方式を採用していないため(3)0.1%の退職者はメディケアの受給資格がないため(4)0.9%の退職者の医療保険は調整方式を分類できないため。

[原典] 1988 Health Insurance Association of America Retiree Follow-up Survey

[出典] Morrissey, Michael A., Gail A. Jensen, and Stephen E. Henderlite, "Employer-Sponsored Health Insurance for Retired Americans," *Health Affairs*, Vol. 9 No. 1(Spring 1990), p. 67.

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

ものである。退職者の内訳は、65歳未満の早期退職者が37.2%、65歳以上の退職者が62.8%である。65歳以上の退職者のうち、94.2%の退職者は従業員1000人以上の企業を退職し、100人未満の企業を退職した退職者はきわめてわずかである。また、52.4%の退職者が11年以上前に導入された医療保険によって保障されているように、多くの退職者は比較的以前から医療保険を導入している企業から医療保障を受けている。そして、66.3%の退職者がカーブ・アウト方式を採用している医療保険によって保障されている。また、自家保険は州法の規制を受けないために、この方式は自家保険で採用されている。

3つの調整方式を比較すると、退職者医療保険による医療費の支払いは、一般的にカーブ・アウト、控除、医療費給付の調整の順で大きくなる。そこで、控除方式や医療費給付の調整方式を採用している医療保険では、退職者が拠出する保険料や自己負担（定額控除・共同負担）の引き上げによって、医療費が退職者に転嫁されるようになっている。

1987年から1992年にかけて、企業福祉コンサルタント会社7社は、民間企業を対象に、雇用主提供退職者医療保険についてそれぞれ独自に調査を行っている（7社の調査対象企業数は最少の72社から最多の1386社までの範囲にわたっている¹⁸⁾）。企業福祉コンサルタント会社7社の調査結果のうち、ここ数年のあいだに退職者が拠出する保険料を引き上げた企業の割合は、372社を対象とした調査がその14%でもっとも小さく、780社を対象とした調査がその48%でもっとも大きくなっている。つまり、企業福祉コンサルタント会社7社の調査結果によると、調査対象372社の14%から調査対象780社の48%までの割合の企業で、ここ数年のあいだに退職者が拠出する保険料が引き上げられている。また、企業福祉コンサルタント会社7社のうちの3社の調査結果

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

によると、調査対象377社の1%から調査対象173社の6%までの割合の企業で、退職者はその企業の団体保険料率による保険料を全額拠出している。そして、企業福祉コンサルタント会社2社の調査結果によると、調査対象173社の41%と調査対象780社の44%の企業で、自己負担が導入されるか引き上げられている。

退職者の自己負担をメディケアの給付との調整方式別でみると、1988年の米国健康保険協会の調査によると、定額控除の医療費を負担しなければならない退職者の割合は、医療費の調整方式で74.0%、控除方式で98.9%、カーブ・アウト方式で48.2%であり、大部分の医療費の調整方式と控除方式で定額控除が規定されている。また平均でみて、定額控除額はカーブ・アウト方式よりも医療費の調整方式のほうで高くなっている。¹⁹⁾そして企業は、退職者が拠出する保険料や定額控除・共同負担の上限を消費者物価の変動に基づいて毎年引き上げるようになっている。

また、医療費を抑制するために、退職者医療保険で医療内容審査が実施されている。退職者医療保険によって保障されている退職者のなかで医療内容審査を受けなければならない退職者の割合は、セカンド・サージカル・オピニオン(second surgical opinion; 緊急を要しない手術を受けることをまたはそれを受けるかどうかの選択を患者が医師から勧められたとき、別の医師の診断を受けて手術を受ける必要性があるかどうかの意見を求めるもの) 61%、入院事前審査 (preadmission review; 入院の必要性や入院日数を事前に審査するもの) 76%、病院滞在審査(concurrent review; 入院中の患者に対して入院治療を継続する必要性があるかどうかを判断し、適正な入院日数を審査するもの) 78%、高額症例管理(catastrophic case management; 高額医療費を要する可能性のある症例を早期に指定して適切な治療を計画・

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

実施し、医療費をできるだけ効率的に管理するもの) 74%となっている。調整方式別でみると、入院事前審査を受けなければならない退職者の割合は、医療費の調整方式で20.6%、控除方式で76.2%、カーブ・アウト方式で87.3%である。²⁰⁾

企業が医療費を退職者に転嫁する一般的な方法として、受給資格要件(勤続年数や勤務時間)の強化も行われている。先に述べた企業福祉コンサルタント会社7社のうちの6社の調査によると、調査対象1386社の11%から調査対象780社の29%までの割合の企業で、受給資格要件が強化されている。また、1988年の米国健康保険協会の調査によると、退職者医療保険を提供している企業の74%は、早期退職者に対して所定の最低限の年数、企業に勤務することを要求している(91.5%の退職者はこの要件を満たしている)。²¹⁾

さらに、退職者医療保険を終了させた企業もある。1990年における会計検査院の推計によると、1984年以降、250万社の1%未満の企業が退職者医療保険を終了させ、それによって退職者が医療保障を失うか現職者が退職時点での医療保障の資格を失っている。²²⁾企業が退職者医療保険を終了させると退職者は医療給付を受けることができなくなり、保険料の比較的高い個人医療保険を購入しなければならなくなる。しかし、契約前発病(preexisting condition)のある退職者は個人医療保険を購入できない場合もある。また、65歳未満の早期退職者はメディケアの受給資格がないために、退職者医療保険の終了はとりわけ早期退職者に大きな影響を与えるものとなっている。ただ、早期退職者は、1985年包括財政調整法によって雇用主提供医療保険に加入できるが、医療保障の継続期間は一般的に18か月と一定の期間に限定されている。

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

- 注17) 退職者医療保険の変更または終了に関する裁判所（連邦地方裁判所・連邦巡回控訴裁判所）の判断については、以下の文献を参照。Chollet and Friedland, "Employer-Paid Retiree Health Insurance · History and Prospects for Growth," pp.215-218., Finkel, Madelon Lubin and Hirsch S. Ruchlin, *The Health Care Benefits of Retirees* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1991, pp.82-90., Warshawsky, *The Uncertain Promise of Retiree Health Benefits*, pp 32-44 , United States General Accounting Office, *Retiree Health Plans · Health Benefits Not Secure Under Employer-Based System*. Washington, D. C.: United States General Accounting Office, July 1993, pp. 17-20
- 18) 7社は、William H. Mercer Inc., Towers-Perrin Company, A Foster-Higgins & Co Inc., Buck Consultants Inc , The Wyatt Company, Hewitt Associates, Hay/Huggins Company Inc. である。会計検査院は以下の文献で、これら7社と、米国健康保険協会とブルークロス・ブルーシールド協会が行った調査を論評している。United States General Accounting Office, *Retiree Health Plans . Health Benefits Not Secure Under Employer-Based System*, pp.10-16. 以下本文で述べる企業福祉コンサルタント会社の調査結果は同文献によるものである。
- 19) Morrisey, Michael A., Gail A. Jensen, and Stephen E. Henderlite, "Employer-Sponsored Health Insurance for Retired Americans," *Health Affairs*, Vol 9 No. 1(Spring 1990), p. 70.
- 20) *Ibid.*, p. 68, p. 70.
- 21) *Ibid.*, p. 69
- 22) United States General Accounting Office, *Employee Benefits : Extent of Companies' Retiree Health Coverage*, p. 8.

おわりに

現在、多くの現職者は雇用主提供医療保険によって退職後の医療給付を保障されている。65歳以上の退職者はメディケアの受給資格を有し、またその多くは雇用主提供医療保険にも加入している。

しかし、退職者の医療費を抑制するために、企業は退職者医療保険を変更または終了するようになっている。こうした企業の措置に対して、現在医療保障を受けている退職者や退職後に医療保障を受けることになる現職者は、現行法のもとではあまり保護されていない。

従業員給付制度(employee benefit plan)を改革するために制定された1974年従業員退職所得保障法(Employee Retirement Income Security Act of 1974)は、企業年金制度に対して加入資格や受給権付与、積み立て基準、制度の終了などについて規定している。しかし、医療給付を含む従業員医療・福利厚生制度(employee welfare benefit plan)²³⁾に対しては、報告・開示基準(reporting and disclosure standards)と受託者責任(fiduciary responsibility)を規定しているのみであり、加入資格や受給権付与、積み立ては規定していない。

その後、退職者の医療給付を保護するために、立法上の措置が講じられている。1985年包括財政調整法(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985)は、従業員の死亡、著しい違法行為を除くすべての理由による雇用の終了(辞職・退職・解雇)、勤務時間の減少(レイオフ)、離婚など、医療保障の喪失となる認定事由(qualifying event)が生じた場合、雇用主は従業員とその扶養家族に対して医療給付を継続しなければならないことを規定している。しかし、医療保障の継続期間は、雇用の終了または勤務時間の減少(レイオフ)の場合18か月であり、その他の場合は36か月と一定の期間に限定されている。

また、1987年退職者保険給付保障法(Retiree Insurance Benefits Security Act of 1987)によって、破産法第11章に基づいて登録した企業は、すべての退職者と配偶者、扶養家族に医療・生命保険給付を継続しなければならなくなった。同法では、退職者は無担保の債権者よりもむしろ管理費用とみなされ、それによって無担保の債権者に先だって退職者に支払いが行われることになった。また、退職者の給付の変更を当事者が同意しない場合または裁判所が命令しない場合には、企業は退職者の給付を継続しなければならなくなった。

さらに、1988年退職者給付破産保護法(Retiree Benefits Bankruptcy Protection Act of 1988)によって、企業が破産した場合に退職者の医療・福利厚生制度を保護するために、破産法第11章にあらたに1条(第1114条)が付け加えられた。同条によって、退職者の給付の変更を退職者の委員会が同意しない場合または裁判所が命令しない場合には、企業は退職者の給付を継続しなければならず、また退職者の給付は管理費用と同等の地位が与えられた。²⁴⁾しかし、こうした規定によっても、退職者はそれほど保護されていない。²⁵⁾

多くの大企業と中企業は、おもに1960年代半ばにおけるメディケアの実施以降、退職者に医療保険を提供している。しかし、高齢者医療費の上昇やメディケアから企業への医療費の転嫁は、雇用主提供退職者医療保険に大きな影響を与えるようになっている。そのために、退職者医療保険を変更または終了する企業もでている。また、多くの小企業はとりわけ退職者に対して医療保険を提供していない。65歳以上の国民はメディケアの受給資格を有し、雇用主提供医療保険にも加入している場合には給付順位はメディケアが第1順位である。そのために、メディケアに対する措置は退職者医療給付に大きな影響を与える。また、雇用主提供医療保険はメディケアを補足し、多くの退職者はそ

アメリカの雇用主提供退職者医療保険

れに加入している。雇用主提供医療保険による退職者医療給付が確保されるかどうかは、従業員に対して受給権を付与し、将来の医療給付の事前積み立て²⁶⁾を促進するためにそれに対して税制優遇措置を拡大し、要件・制限を緩和するといった措置に依存している。

注23) 従業員給付制度(employee benefit plan) は、賃金・給与以外の退職年金や生命保険、医療保険、労働者災害保障保険、失業保険等、さまざまな給付を含んでいる。従業員医療・福利厚生制度(employee welfare benefit plan) は、従業員給付制度のなかの年金給付を除いた諸給付を指している。

24) Finkel and Ruchlin, *The Health Care Benefits of Retirees*, pp 82-84., United States General Accounting Office, *Retiree Health Plans : Health Benefits Not Secure Under Employer-Based System*, p 18

25) この点については、United States General Accounting Office, *Employee Benefits : Effect of Bankruptcy on Retiree Health Benefits*. Washington, D. C. United States General Accounting Office, August 1991 , を参照。

26) 税制優遇措置を受けることのできる退職者医療給付の事前積み立て方法として、内国歳入法第401条h項に基づく信託(section 401(h) trust)と内国歳入法第501条c項9号に基づく信託(section 501(c)(9) trust) がある。しかし、こうした方法の利用に対してはいくつかの要件や制限が規定されている。大部分の企業は、退職者医療給付の事前積み立てはまったく行っていない。