

90年代における米国企業の 従業員医療給付コスト抑制の実態

——マネジド・ケア普及との関係で——

長谷川 千春

はじめに

1980年代以降、特に1990年代に入ってから、米国の医療保険制度の中核を担ってきた雇用主提供医療保険（Employer-Sponsored Health Insurance）は、大きく変容してきている。その動きを牽引したのは、マネジド・ケア（Managed Care）の普及である。

マネジド・ケアは、80年代後半に国民医療支出の増大及び医療保険料の二桁上昇への対応策として注目された考えである。マネジド・ケアは、学術的な定義は確立していないのであるが、一般的には「医療サービスの財政と提供を統合する、組織された制度」といわれる¹⁾。従来の伝統的インデムニティ保険のもとでは、医療費や医療提供部面に対し不干渉であった保険者が、「医療の効率性」追求による医療費抑制のために、医療提供部面への介入を行うようになったことを念頭に置いている。

日本におけるマネジド・ケアの研究では、マネジド・ケアの制度的な側面への着目、あるいは医療の標準化や保険者機能の強化として論じているものが多い²⁾。米国においては、医療システムへのマネジド・ケアの普及の実態につい

1) Musco, T., B. Thompson, *Source Book of Health Insurance Data 2002*, Health Insurance Association of America, 2002, pp. 48-49.

2) 例えば、広井良典編『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社，1999年。山村誠『マネジドケアで医療はどう変わるか』医学書院，1999年。

て、医療サービス提供部面での変化や伝統的インデムニティ保険との比較など、数多くの実証的研究がある³⁾。マネジド・ケアの医療費抑制効果に関しても多くの研究があるが、その効果が十分に明確にされているとはいえない⁴⁾。

実際、このマネジド・ケアが急速にかつ広範に普及した90年代半ば、国民医療支出の伸び率が鈍化し、民間企業の従業員医療保険コストも抑制された。この民間企業の従業員医療保険コストの抑制は、一般的に、マネジド・ケアの普及によると言われた。他方、90年代末以降、再び医療保険コストが上昇し始めたことにより、マネジド・ケアは一回きりの節約をもたらしたに過ぎず、その旋風は過ぎ去ったとする見解も見受けられる⁵⁾。

しかしながら、民間企業の従業員医療給付コスト抑制は、マネジド・ケアという新しい医療管理手法や保険プランの導入だけにその要因を求めるべきではない。注目すべきは、従業員医療給付コストを抑制しようとする雇用主である企業がマネジド・ケアを積極的に導入した事実である。つまり、雇用主である企業は、従業員医療給付コスト抑制という要求のもとで、マネジド・ケアを導入する過程で従業員医療給付制度の再編を行い、さまざまな形での従業員への医療コスト転嫁を行うことで、雇用主自身の従業員医療給付コストを抑制しようとしたと考えられるのである。本稿では、90年代半ばにおける民間企業の従業員医療給付コスト抑制という事実に着目し、その要因と実態について検討する。

3) 例えば、Weiner, J. P., A. Lyles, D. M. Steinwachs, K. C. Hall, "Impact of Managed Care on Prescription Drug Use," *Health Affairs*, 10 (1), 1991, pp. 140-154, Miller, R. H., H. S. Luft, "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?," *Health Affairs*, 16 (5), 1997, pp. 7-25, Singer, S. J., L. A. Bergthold, "Prospects for Improved Decision Making about Medical Necessity," *Health Affairs*, 20 (1), 2001, pp. 200-206.

4) 例えば、Schwartz, W. B., D. N. Mendelson, "Why Managed Care Cannot Contain Hospital Costs-Without Rationing," *Health Affairs*, 11 (2), 1992, pp. 100-107, Staines, V. S., "Potential Impact of Managed Care on National Health Spending," *Health Affairs*, Supplement 1993, pp. 248-257.

5) Galvin, R. S., "An Employer's View of the U. S. Health Care Market," *Health Affairs*, 18 (6), 1999, pp. 166-170.

I マネジド・ケアの普及と雇用主提供医療保険

まず、米国医療保険システムの全体像を提示し、その上で90年代におけるマネジド・ケアの普及は、雇用主提供医療保険におけるマネジド・ケア・プラン加入者の増加として現れたことを示す。

1 概 観

米国には、他の多くの先進諸国と違い、国民すべてに対して医療保険加入を保障するいわゆる国民皆保険制度は存在しない。米国の医療保険制度は、戦後の民間医療保険の発展に依存した形で、特に雇用主提供医療保険を中心として成り立ってきた。

2001年の国民の保険加入状況を見ると、約1億7700万人、全人口の約6割以上が、雇用主が提供する医療保険に加入している⁶⁾。そのほとんどは65歳未満の非高齢者であり、約1億6200万人、非高齢者の約65%が、雇用主が提供する医療保険加入者である。雇用先での保険加入は、本人の雇用先で保険に加入している場合と、配偶者やその他の家族の雇用先の保険に扶養家族として加入している場合とがある。個人的に保険会社から保険プランを購入することも可能ではあるが、その規模は現在に至るまで非常に小さい⁷⁾。

公的な医療保険制度も存在するが、その加入対象は国民の一部に限定されている。高齢者や貧困者などは、公的医療保険に加入することができる。連邦政府及び州・地方政府が財政負担する公的医療保険制度は1965年に作られ、主な公的医療保険制度は、主として高齢者を対象としたメディケア⁸⁾と、主として

6) U.S. Census Bureau, "Health Insurance Coverage: 2001," *Current Population Reports*, September 2002, p. 13.

7) 個人購入保険への非高齢者の加入者数は1640万人であり、非高齢者人口の約6.6%に過ぎない。(Fronstin, P., "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2002 Current Population Survey," *EBRI Issue Brief*, 252, December 2002, p. 4.)

8) メディケアは、強制加入の病院保険 (HI) と任意加入の補足的医療保険 (SHI) からなる。連邦政府所管の公的医療保険制度である。メディケアの対象は、65歳以上の高齢者、身体障害者、及び慢性腎疾患患者である。メディケアの財源は、HI は主に社会保障税、SMI は連邦政府のメ

貧困者を対象としたメディケイド⁹⁾である。2001年のメディケアの加入者は約3,800万人(全人口の13.5%)、うち非高齢者は約560万人(非高齢者の2.3%)であり、加入者の8割以上が高齢者である。同年のメディケイドの加入者は約3,100万人(全人口の11.2%)、うち非高齢者は約2,830万人(非高齢者の11.4%)である¹⁰⁾。公的医療保険への非高齢者の加入は、非高齢者全体の13.7%にすぎない。

したがって、非高齢者の医療保障は、雇用先での保険加入に大きく規定されているといえる。

2 マネジド・ケア・プラン加入者の増加と雇用主提供医療保険

雇用主提供医療保険は、非高齢者にとって最も一般的な保険であるだけでなく、労働者としては医療保険への加入先として、雇用主に期待している¹¹⁾。だが、企業による医療保険の提供それ自体はあくまで任意である。連邦政府は、雇用主提供医療保険の保険料に対し税制上の優遇措置を与えることで、雇用主による従業員への医療保険提供を促してきた。雇用主である企業としては、労働力の生産性向上、あるいは能力のある労働者を引きつけ、採用するための報

一般財源約75%、加入者保険料約25%である。HI加入者のほとんどは保険料負担がないのであるが(賦課方式であるため)、しかし任意加入のSMI加入者は毎月一定の保険料支払が必要である(2003年度では58・70ドル/月)。メディケアはその医療保険加入者が国民の約13%にすぎないにもかかわらず、その連邦予算に占める割合は年々拡大している。2002年度連邦政府予算におけるメディケア支出は2,537億ドル、予算全体の約12.6%、エンタイトルメント部分の約21%にも上っている。

9) メディケイドとは、一定の要件を満たす低所得者を対象にした、州政府所管の医療扶助制度である。連邦政府は、受給資格者の範囲の大枠とそれに対する最低限の基本サービスについて定めており、州政府は、この連邦政府のガイドラインに基づきつつ、受給資格要件、給付の範囲・内容、診療報酬支払方法などについては、独自に規定・運営している。メディケイドの財源は、2002年度は連邦予算から1,475億ドル支出されているが、この額は、連邦医療補助比率(Federal Medical Assistance Percentage: FMAP)により決定されている。

10) U. S. Census Bureau, *op. cit.*, p. 13, Fronstin, *op. cit.*, p. 4.

11) 1999年の従業員給付調査によると、労働者の65%が最も重要な従業員給付として、医療保険を挙げている。(Salisbury, D. L., P. Ostuw, "Value of Benefits Constant in a Changing Job Environment: Findings from the 1999 ACA/EBRI Value of Benefits Survey," *EBRI Notes*, 6, June 2000, pp. 5-9.)

酬の一手段として、医療保険をもっぱら「業務上の理由 (business reason)」で利用してきた¹²⁾。とはいえ、実際のところ、すべての雇用主である企業が従業員医療給付制度を持っているわけではない。

従業員に対し医療保険を提供しているかどうかは、企業規模、産業、また労働組合に加入している労働者（以下、組合員労働者）の有無などに規定されている。2001年の Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component（以下、MEPS-IC）によると、医療保険を導入している企業は、従業員数が50名未満の民間企業では46.0%であるのに対し、従業員100名以上1,000名未満の企業では95.4%、1,000名以上の企業では99.4%である。大企業ほど、保険導入率が高くなっている。産業別で見ると、鉱業・製造業、金融・保険・不動産業では70%以上の企業が保険を提供している一方で、建築業、小売業・専門的サービス以外のサービス業では50%を切っている。組合員労働者がいる企業では、その約89%が保険を提供している一方で、組合員労働者のいない企業では約57%しか提供していない¹³⁾。医療保険制度を持つ企業の割合自体は、90年代において、いずれの企業規模でも、農林水産業・鉱業を除いたいずれの産業でも、組合の有無に関係なく上昇している（第1表）。

米国の医療保険制度では、従来は伝統的インデムニティ保険プランが主流であった。しかし、国民の医療保険加入状況を保険プラン別で見ると、90年代以降急速にマネジド・ケア・プランへの加入者が増加した。このマネジド・ケア・プラン加入者の増加は、企業が従業員に提供している雇用主提供医療保険において顕著に見られたものであった¹⁴⁾。伝統的インデムニティ保険とマネジ

12) Fronstin, P., "Features of Employment-Based Health Plans" in *The Future of Medical Benefits*, ed. by Salisbury D.L., Employee Benefit Research Institute Education and Research Fund, 1998, p. 9. Christensen, R. P., Fronstin, K., Polzer, R., Werntz, "Employer Attitudes and Practices Affecting Health Benefits and the Uninsured." *EBRI Issue Brief*, 250, October 2002, p. 17.

13) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component (MEPS-IC)*, 2001.

14) メディケア、メディケイドにおいては、HMOプランや一部POSプランを加入者が選択することができる。しかしながら、1990年代においても、メディケア、メディケイドの主流は伝統的

第1表 従業員医療保険制度を持つ企業：企業規模、産業別、組合員労働者の有無

	1993年		1999年	
	企業数	%	企業数	%
全 体	3,238,829	51.6	3,612,075	58.4
企業規模別				
従業員50名未満	2,174,144	42.2	2,251,312	47.1
従業員50名以上	1,060,686	94.3	1,361,643	96.9
産業別				
農・林・水産業	65,172	30.2	95,350	29.3
鉱 業	21,838	67.4	10,332	68.9
建設業	214,443	40.4	285,676	48.8
製造業	310,627	60.8	243,721	76.9
卸売業	328,524	64.9	290,372	71.0
小売業	636,211	43.6	814,124	59.0
金融・保険・不動産業	351,475	64.8	377,563	68.3
サービス業	1,141,733	51.3	1,341,279	56.6
組合員労働者の有無				
なし	2,976,932	51.9	3,157,505	56.5
あり	158,256	84.0	246,900	89.5

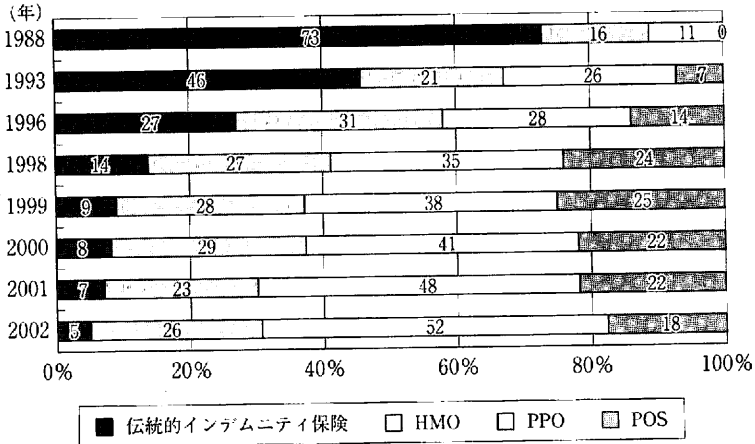
出所：Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component (MEPS-IC)*, 1993, 1999より作成。

ド・ケア・プランの諸特徴・相違点は第2表のとおりである。伝統的インデムニティ保険では、保険者は医療費や医療提供部面に対し介入する手段を持たないが、マネジド・ケア・プランでは、保険者が医療提供者と医療費について交渉し、医療提供部面へ介入する手段を持つ点が大きく異なる。

さて、雇用主提供医療保険における従業員の加入状況を見ると、80年代までは、伝統的インデムニティ保険が中心的な保険プランであった。けれども、90年代以降、マネジド・ケア・プランの加入者が急速に増加した。マネジド・ケ

、的インデムニティ保険である。メディケア加入者の約85%、メディケイド加入者の約75%が伝統的インデムニティ保険である。(McDonnell, K., P. Fronstin, *EBRI Health Benefits Databook*, 1st ed., eds. by Homes, D., S. Blakely, Employee Benefit Research Institute, 1999.)

第1図 雇用主提供医療保険加入労働者のプラン別加入割合



出所：The Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust (Kaiser/HRET), *Employer Health Benefits Annual Survey*, 2000, 2001, 2002, KPMG, *Survey of Employer-Sponsored Health Benefits*, 1988, 1993, 1996 より作成。

ア・プランの加入者割合は1993年に伝統的インデムニティ保険加入者のそれを上回り、2002年には保険加入者の95%がマネジド・ケア・プラン加入者となった(第1図)。それとは対照的に、伝統的インデムニティ保険の加入者は、急速に縮小した。マネジド・ケアには主に三つの保険プランがあるのであるが(第2表参照)、その三つの保険プランいずれにおいても、加入者は劇的に増加した。1992年にはPOSプラン加入者は160万人となり、97年には860万人にまで増加している。1992年のPPOプラン加入者は5,040万に上っており、1997年には8,910万人にまで増加している。

1980年代には、多くの中・大企業が伝統的インデムニティ型の自家保険を持っていたのであるが、自家保険を持つ企業は、民間保険会社や非営利のブルークロス・ブルーシールド(Blue Cross/Blue Shield)、さらに独立したHMO組織と、第三者管理機関(Third Party Administrations: TPAs)として、保険の運営・管理契約を結ぶようになった。それによって、PPOプラン型やPOSプラン型、あるいはHMOプランの諸特徴を持った自家保険として、

第2表 伝統的インデムニティ保険とマネジド・ケア・プランの諸特徴

保険プラン	伝統的インデムニティ保険	マネジド・ケア・プラン
診療報酬 支払方法	事後的・出来高払い制 「一般的、慣習的かつ合理的な料金 (usual, customary, and reasonable charges)」あるいは特定の医療サービスごとの固定料金 (a fixed schedule of fees)	保険者との交渉・契約 割引出来高払い制 (PPO プラン)、引き受ける患者数に応じた前払定額制 (人頭払い制、HMO プラン、POS プラン)、給与制 (HMO プラン) など。
保険者と 医療提供 者との関 係	契約関係なし	契約関係あり 医療の質や効率性などについて一定の基準をもって保険者が審査、特定の医療提供者ないし医療提供者団体からなるネットワークを形成。特に HMO プランは、組織的にも保険者と医療提供者が統合されている。PPO プラン、POS プランでは、ネットワーク内と外で、保険からの給付額または自己負担が異なり、外の方が重い。
医療提供 部面への 保険者の 介入	介入方法を持たない 保険加入者は医療提供者を自由に選別、受診できる。医療提供者は診断に基づき、適切な治療方法を自ら選択、決定する。	介入方法を持つ 保険者が、医療サービス提供の事前・事中・事後に渡り、診療内容審査 (utilization review) を行う。例えば、入院事前認可、入院日数審査、治療後審査、高額症例管理など。プライマリーケア医への受診を義務付けている場合もある。

注：マネジド・ケア・プランには主に以下の3つの類型がある。

PPO プラン；Preferred Provider Organization、HMO プラン；Health Maintenance Organization、POS プラン；Point-of-Service。

実際の保険プランは、非常に多様であり、上記の諸特徴の有無、程度も異なる。

出所：筆者作成。

自家保険にもマネジド・ケアが普及していった。

以上のように、米国医療システムにおけるマネジド・ケアの普及は、第一義的には雇用主提供医療保険におけるマネジド・ケア・プラン加入者の増加という形で現れた。このことは、伝統的インデムニティ保険の加入者あるいは無保険であった者によるマネジド・ケア・プランへの移行あるいは新規加入を反映

していると考えられる。しかし、その前提には、雇用主である企業によるマネジド・ケア導入がある。では、なぜ企業は90年代に急速かつより広範に、マネジド・ケアを導入したのであろうか。

II マネジド・ケア普及期における企業の医療関連支出

第I-2節で明らかになったように、90年代における急速なマネジド・ケアの普及は、雇用主提供医療保険において、すなわち従業員医療給付制度のものでのものであった。特に、80年代末から90年代半ばにかけての医療給付コストの高騰は、雇用主である企業が積極的にマネジド・ケアを導入し、そのコストを抑制しようとする動きを助長したと考えられる。

以下では、主として80年代以降の従業員給付コストの動向を追うことで、雇用主である企業が、マネジド・ケアの導入による積極的なコスト抑制策をとることになったコスト面での要請を明らかにする。

1 雇用コストとしての従業員給付

企業の雇用コストは、賃金及び給与と従業員給付から構成される。従業員給付 (employee benefits, 付加給付ともいう) は、賃金及び給与 (wages and salaries) とあわせた従業員報酬 (total compensation) の約27%を占めている。そのなかでも、企業による医療給付コストは大きな割合となっている¹⁵⁾。米国労働省労働統計局の民間企業の時間当たり雇用コスト調査 (Employer Costs and Employee Compensation) でみると、医療保険コストは、年金 (確定拠出型及び確定給付型年金の合計) のおよそ3倍のコストがかかっている¹⁶⁾。

民間企業にとって、医療保険コストはずっと伸び続けている。民間企業による医療関連支出には、法的義務であるメディケア病院保険料、就労不能所得補

15) 企業の従業員給付には、一般に、有給休暇、休業給付 (病気休暇、短期及び長期就労不能所得補償保険)、遺族給付 (生命保険、災害死亡傷害保障、遺族所得給付)、医療費給付 (医療保険、歯科保険、眼科保険など)、退職年金給付、メディケア保険料支出などがある。

16) Bureau of Labor Statistics, *Employer Costs and Employee Compensation*, 2001.

償保険などがあるが、中でも従業員医療保険料の拠出が最も大きなコストとなっている。民間企業による保険料拠出額は、1980年は約453億ドルであったが、90年には約1,384億ドルと1,000億ドルを突破し、その後も増え続け、2000年には2462億ドルにもなっている¹⁷⁾。

しかしながら、民間企業による医療保険料拠出の上昇率は、90年代に入って以降97年まで、低下し続けた。1987-1993年の間は、11.5%と二桁の上昇率であったが、それ以降は一桁に抑えられて5.8%から6.3%で推移し、1997年にはわずか1.1%の上昇率であった¹⁸⁾。さらに、1労働時間当たりの医療保険料コストで見ると、1994年までは増加傾向にあったが、それ以降やはり97年まで減少し続けている。従業員報酬に占める医療保険料コストの構成比で見ても、医療保険料コストは94年以降縮小している。98年以降は、金額ベースで見ると上昇し始めたが、構成比としては低く抑えられていたことが見て取れる。(第2図)

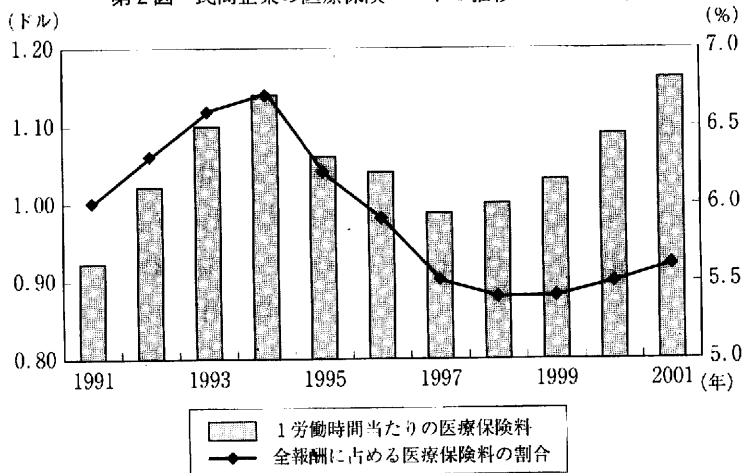
医療保険コストの抑制は、企業の雇用コスト全体の上昇率の抑制にもつながった。1980年代後半から90年代初めには、企業の雇用コストは全体的に上昇傾向にあったが、1990年代半ばから90年代末にかけては相対的に低位安定して推移した。それは、90年代半ば以降、賃金及び給与の上昇率が漸増傾向になった一方で、従業員給付コストのそれが非常に低く抑えられていたため、賃金及び給与上昇率ほどには従業員報酬全体の上昇率が上がらなかったからである。賃金及び給与は、2.9%から4.0%の間で推移した。それに対し、従業員報酬全体は2.7%から3.5%の間で推移し、相対的に抑制されていた。

宮本(1998)は、米国経済の好調継続の理由のひとつとして、労働市場が弾力的で賃金上昇率が抑制されていることを指摘している。その背景として、90年代後半の労働需給の逼迫とともに賃金上昇率もじり高となってきたが、医療

17) Cowan, C. A., P. A. McDomell, K. R. Levit, M. A. Zezza, "Burden of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1987-2000," *Health Care Financing Review*, Spring 2002, p. 138.

18) *Ibid.*, p. 93.

第2図 民間企業の医療保険コストの推移：1991-2001年



出所：Bureau of Labor Statistics, *Employer Costs for Employee Compensation Historical Listing (Annual)*, 1986-2001より作成。

保険のマネジド・ケアへの移行等により付加給付の伸びの鈍化が著しく、全体の労働コストの伸びは賃金の伸びほど高まっていないとしている¹⁹⁾。

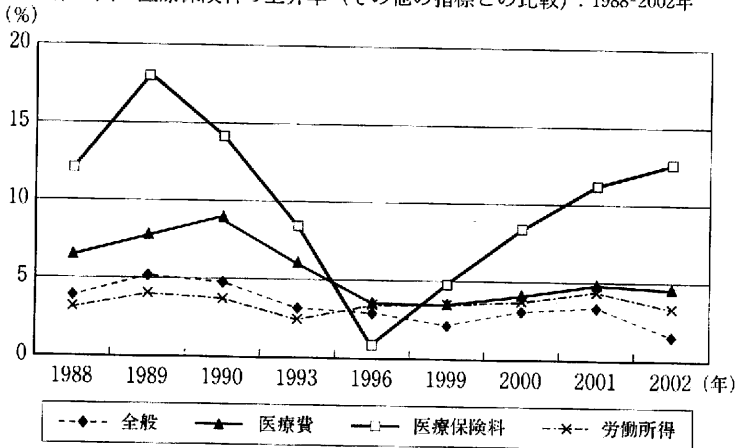
以上のことから、民間企業全体としては、90年代半ばにおける医療保険コストの抑制が達成され、雇用コスト全体の低位安定に貢献したと結論付けられる。

2 企業の保険料抛出の伸びの鈍化とマネジド・ケアとの関係

第II-1節で明らかとなった90年代半ばにおける民間企業の医療保険コストの抑制は、時期的に見ると、マネジド・ケアの急速な普及と合致している。この両者の関係を明らかにするために、医療費が非常に高騰していた80年代後半以降の雇用主提供医療保険とマネジド・ケア・プランの、それぞれの保険料の動向について検討する。

19) 宮本邦夫「アメリカ経済の好調と陥穽——自信過剰と保護主義圧力の高まり」『世界経済評論』1998年2月号、22-28ページ。

第3図 医療保険料の上昇率（その他の指標との比較）：1988-2002年



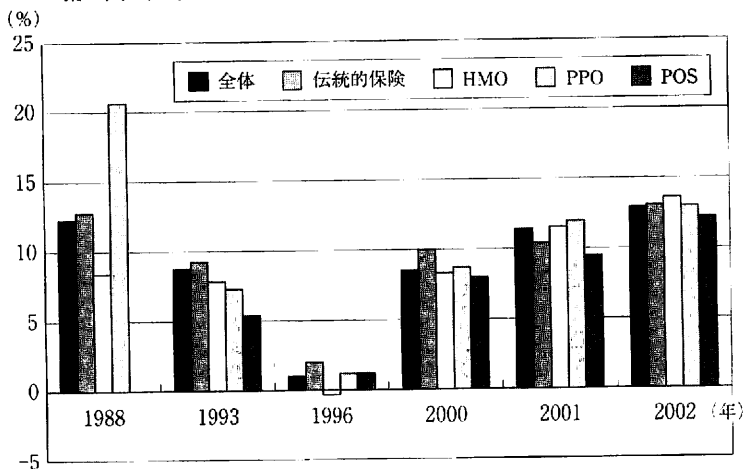
出所：The Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, *op. cit.*, 2002より作成。

1980年代末から1990年代初めにかけては、全般的な医療保険料は非常に高騰していた。そのようななかで、マネジド・ケア・プランの保険料は、伝統的インデムニティ保険のそれと比較して、低額あるいはその伸びが抑制されていた。

まず、Kaiser/HRET [2002] により、1980年代から90年代にかけての雇用主提供医療保険の保険料の動きをみる（第3図）。医療保険料は、1980年代後半から1990年代初めまで、二桁の上昇率となっており、消費者物価指数全般、医療費、労働所得の上昇率のいずれをも大きく上回っていた。これを保険プラン別で見ると、1988年の対前年変化率は、HMOを例外として、伝統的インデムニティ保険、PPOプラン、POSプランいずれも二桁の伸び率となっている（第4図）。しかし、1993年以降、医療保険料の上昇率は一転して一桁に抑えられた。いずれの保険プランの上昇率も、1996年まで下がり続けた。特にHMOプランは1996年にはマイナスとなり、マネジド・ケア・プランの保険料上昇率は、伝統的医療保険よりも低く抑えられた。

1990年代半ばに、全体的に医療保険料の伸び率が低く抑えられたのは、マネジド・ケアによる「医療の効率性」の推進による医療費抑制によるものかどう

第4図 医療保険料の対前年変化率（保険プラン別）：1988-2002年



注：1988年の POS プランの保険料については、データなし。

出所：The Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust, *op. cit.*, 2000, 2001, 2002, KPMG, *op. cit.*, 1988, 1993, 1996 より作成。

かは明確ではない²⁰⁾。ただ、保険料抑制の要因としては、保険者間の保険引受競争が考えられる。マネジド・ケア・プランを提供する保険者は、伝統的インデムニティ保険よりも低額な保険料で保険プランを提示することによって、そのシェアを拡大しようとしてきた。このプランの担い手である営利保険会社や独立型の HMO 組織、また非営利の保険団体間における保険引受競争は、保険料の引き下げあいとして展開した側面もあった。

渋谷 [2003] は、1987年から1996年までの伝統的インデムニティ保険と HMO プラン、PPO プランの保険料の伸び率にあまり差がないということを目指した。その上で、「医療サービス過剰供給能力という条件下で、管理医療（マネジド・ケアのこと（筆者））への移行に伴う厳しい交渉が行われたことで、従来型出来高払制（伝統的インデムニティ保険のこと（筆者））の方も値引き

20) マネジド・ケアによる「医療費抑制効果」について多くの実証研究があるが、その効果は明確にはなっていない。例えば、Miller, Luft, *op. cit.*, pp. 7-25.

されるようになり、全体の保険料の水準が引き下げられたと解釈できる」と論じている²¹⁾。

MEPS-ICによると、民間企業の加入従業員一人当たりの年平均医療保険料は、1996年に最も低額となっている。単身保険では、1993年の年平均保険料は2,069ドルであったが、1996年に1,991ドルに低下し、1999年には2,324ドル、2001年には2,889ドルと再び上昇している。けれども、家族保険でみると、1990年代は一貫して上昇しつづけている。1993年の家族保険の年平均保険料は4,786ドル、1996年は4,953ドル、1999年は6,058ドル、2001年は7,508ドルである。いずれの保険プランの家族保険も、その保険料は伸び続けている²²⁾。ただ、1993年以降で見る限り、マネジド・ケア・プランのほうが相対的に伝統的インデムニティ保険の保険料よりも低額であった(第3表)。

以上のことから、単身保険では、マネジド・ケア普及期に年平均医療保険料が抑制されており、またマネジド・ケア・プランの方が伝統的インデムニティ保険よりも、年平均保険料もその伸び率も、低く抑えられていたといえよう。しかし他方で、家族保険の保険料は、90年代においても伸び続けていたことも事実である。したがって、90年代半ばにおける企業の医療保険コストの抑制を、もっぱら保険料の安価なマネジド・ケア・プランの導入だけで説明するのは一面的であると考えられる。

企業の医療保険コストは、従業員の保険プラン選択(単身保険か家族保険か、伝統的インデムニティ保険かマネジド・ケア・プランか)、企業と従業員の保険料負担、従業員の医療保険への加入条件にも規定されている。企業は、単にマネジド・ケア・プランを導入しただけではなく、その過程で医療給付制度の変更を行ったと考えられる。ゆえに、マネジド・ケア普及期における企業の医療給付コストの抑制は、この再編による影響を考慮して検討されなければならない。

21) 渋谷博史「基軸国アメリカが示す福祉国家モデル」(渋谷博史・渡瀬義男・樋口均編『アメリカの福祉国家システム』東京大学出版会、2003年)134ページ。

22) National Center for Health Statistics, *National Employer Health Insurance Survey (NEHIS)*, 1993, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *op. cit.*, 1996, 1999, 2001.

第3表 単身保険及び家族保険の年平均保険料：1993-2001年

単身保険	1993年	1996年	1999年	2001年
年平均保険料	\$ 2,069	\$ 1,991	\$ 2,324	\$ 2,889
HMO/EPO	\$ 1,926	\$ 1,911	\$ 2,171	\$ 2,672
PPO/POS	\$ 2,098	\$ 2,018	\$ 2,358	\$ 2,984
伝統的インデムニティ保険	\$ 2,128	\$ 2,049	\$ 2,580	\$ 3,058
家族保険	1993年	1996年	1999年	2001年
年平均保険料	\$ 4,786	\$ 4,953	\$ 6,058	\$ 7,508
HMO/EPO	\$ 4,854	\$ 4,867	\$ 5,749	\$ 7,108
PPO/POS	\$ 4,850	\$ 5,006	\$ 6,128	\$ 7,700
伝統的インデムニティ保険	\$ 4,720	\$ 4,924	\$ 6,465	\$ 7,522

出所：National Center for Health Statistics, *National Employer Health Insurance Survey (NEHS)*, 1993, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *op. cit.*, 1996, 1999, 2001 より作成。

III マネジド・ケア導入に伴う、従業員医療給付の再編

従業員への医療保険給付制度において、80年代以降、特に90年代に入って、マネジド・ケア・プランを導入する企業が劇的に増加した。1980年代初頭の景気後退を受けて、1980年代前半には、HMOプランを採用する企業が増加した。1980年代前半には5万社以上の米国企業が従業員への医療保険給付制度にHMOプランを採用していたという²³⁾。NEHSとMEPS-ICによると、1993年には全民間企業の約55.5%、約348万社が、さらに1999年には約88.3%、約546万社が、医療保険給付制度に何らかのマネジド・ケア・プランを導入している²⁴⁾。いずれの企業規模（従業員数）の民間企業においても、マネジド・ケ

23) Gruber, L. R., M. Shadle, C. L. Polich, "From Movement to Industry: the Growth of HMOs," *Health Affairs*, 7 (3), 1988, p. 201.

24) National Center for Health Statistics, *op. cit.*, 1993, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), *op. cit.*, 1996, 1999, 2001.

ア・プラン導入が加速し、1990年代後半から急速にマネジド・ケア・プランを含む従業員医療給付制度へ再編をしたと推察できる。

雇用主としての企業によるマネジド・ケア・プランの導入は、短期的には伝統的医療保険に比べて相対的に低額な保険料による医療保険コスト引き下げを期待したものであった。他方、長期的には「患者の医療へのアクセスを制限せず、医療費をコントロールする」あるいは、「過剰診療や過剰請求などの無駄を省いて、医療の質を改善する」という機能への期待からであったといわれている²⁵⁾。しかし、雇用主による従業員医療給付のコスト抑制欲求は、マネジド・ケア導入だけではなく、従業員への医療給付コストの転嫁としても追求された。それらが、実際の雇用主の医療給付コスト抑制に結びついたと考えられる。

以下では、マネジド・ケア普及期に、米国民間企業において展開された従業員医療給付制度の実態について検討する。

1 マネジド・ケア・プラン加入者増加の背景——プラン選択肢の再編——

雇用主である企業は、相対的に安価な保険料であるマネジド・ケア・プランを導入し、さらには、医療保険への加入資格がある場合にも加入しないということを選択肢に入れる形で医療給付制度の再編を行い、医療給付コストを抑制しようとしたと考えられる。

まず、民間企業の従業員医療給付制度におけるマネジド・ケアの導入は、必ずしも従業員に対して新たに保険選択肢の幅を広げる方向に展開したわけではない。伝統的インデムニティ保険を含めた保険選択による結果ではなく、強制的・半強制的にマネジド・ケア・プランへの加入者の移行を促した企業もある。

まず、企業がどのような保険プランを従業員に対して提供しているのかをみとみる。MEPS-ICによると、従業員医療保険制度の中に伝統的インデムニ

25) Darling, H., "Employers and Managed Care: What are the Early Returns?," *Health Affairs*, 10 (4), 1991, pp. 147-160.

ティ保険を選択肢として入れている企業は、1993年には52%であったが、1996年27.9%、1999年18.7%、2001年15.6%と減少している。このことは、従業員が、伝統的インデムニティ保険を選択する余地自体が縮小していることを意味する。

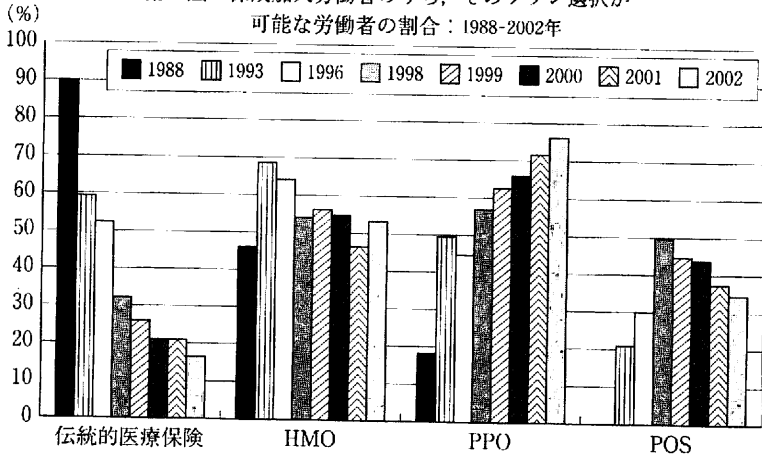
Kaiser/HRETによると、1988年には伝統的医療保険の選択肢を与えられる保険加入従業員は9割にも上っていたのに対し、2002年にはわずか16%になっている。それに対し、マネジド・ケア・プランの選択肢を持つ保険加入従業員の割合は急速に増加している。特にPPOプランの選択肢を与えられる従業員の割合は、88年には18%であったが、2002年には76%にもなり、PPOプランが従業員に提供される最も一般的な保険プランになっている。HMOプランも高い割合を保っており、2002年には再び提供する企業が増えていることが推測できる(第5図)。以上のことから、伝統的医療保険は、企業がその選択肢を提示する割合自体が減少しているのである。

また、複数の選択肢を与えられている保険加入従業員が62%である一方で、保険加入従業員の38%はプラン選択の余地が無い。ただし、複数の選択肢を与えられる従業員の割合は、企業規模により大きな違いが認められる。2002年には、複数の選択肢を与えられる保険加入従業員の割合は、小企業(従業員200名未満)では24%であるのに対し、中企業(従業員200-999名)では61%、大企業(従業員1,000-4,999名)では75%、巨大企業(従業員5,000名以上)では86%である²⁶⁾。

小企業においては、もともと保険プランの選択肢がないのが一般的な中で、マネジド・ケア・プランの提供が増えている。このことは、一つの伝統的インデムニティ保険から一つのマネジド・ケア・プランの提供に変更したことを示唆している。したがって、特に小企業における保険加入従業員は、強制的に伝統的インデムニティ保険からマネジド・ケア・プランに移行させられたと考え

26) The Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust (HRET), *Employer Health Benefits 2002 Annual Survey*, 2002, pp. 92-93.

第5図 保険加入労働者のうち、そのプラン選択が可能な労働者の割合：1988-2002年



出所：KPMG, *op. cit.*, 1988, 1993, 1996, 1998, Kaiser/HRET, *op. cit.*, 1999, 2000, 2001, 2002より作成。

られる。1993年から1995年の従業員50名未満の小企業を対象とした調査によると、1993年に伝統的医療保険だけを提供していた企業のうち、1995年までに48%の小企業がマネジド・ケア・プランだけを提供するように変更している²⁷⁾。

複数の選択肢を提供している場合でも、マネジド・ケア・プランだけしか提示しないように医療給付プログラムを転換した大企業もある。例えば、サターン社は、General Motors (GM) 社から引き受けた UAW (全米自動車労働組合) の組合労働者6千名に対して、HMOプランとPPOプランの選択肢のみを提供するように医療給付制度を変更した²⁸⁾。また、コロンビア特別区を拠点とする複数の大企業は、従業員の大半を Group Health Association (その地域のHMO組織) に強制的に移行させた²⁹⁾。

1994年のある調査 (Commonwealth Fund) によると、ここ3年間で保険プ

27) Jensen, G. A., M. A. Morrissey, S. Gaffney, D. K. Liston, "The New Dominance of Managed Care: Insurance Trends in the 1990s," *Health Affairs*, 16 (1), 1997, pp. 125-136.

28) *Business Insurance*, 9, August, 1985.

29) *EBRI Notes*, November 1989.

ランを変更した労働者の割合は、調査当時マネジド・ケア・プランに加入している労働者の54%であり、10年以上プラン変更していない人はわずか10%であった。これに対し、調査当時伝統的インデムニティ保険に加入している労働者で3年以内にプラン変更した割合は37%で、10年以上プラン変更していない人は26%であった。保険プランを変更した労働者のうち73%は、非自発的なプラン変更であり、その第一の理由は、雇用主によるプラン変更の決定(61%)であった。わずか23%の労働者だけが自発的なプラン変更であった³⁰⁾。

また、フレキシブル・ベネフィット・プラン(Flexible Benefit Plan, 以下FBP)のなかでの医療保険の提供は、「医療保険に加入しない」という選択肢を提示したものと見える。つまり、従業員やその家族の医療保険加入を、その他の従業員給付の中での取捨選択可能な一選択肢に落としてしまい、現金給付やその他の給付を受ける代わりに「医療保険に加入しない」という選択をとる道筋を提示したのである。

1993年のFBPに関する企業調査によると、調査対象企業の82%が、従業員が医療保険加入を放棄することを許容あるいは促進している³¹⁾。医療保険加入の放棄は、代替的な金銭的インセンティブ(平均719ドルの加給金付与)によって促進されている。そして、調査対象企業の12%が、配偶者の保険加入数を減らすような仕組みを導入している。すなわち、配偶者の加入拒否あるいは加給金付与による金銭的インセンティブによって、企業がかかえる保険加入者数を減らすことで、企業の医療保険コストを抑えようとしている。

FBPは、一般に、典型的な家族形態に基づいた画一的な従業員給付プログラムに代わって、個々の従業員の多様な家族形態に対応して、その必要性に応じた選択を促進することに焦点を当てた従業員給付プログラムであるといわれている³²⁾。

30) Davis, K., K. S. Collins, C. Schoen, C. Morris, "Choice Matters: Enrollees' View of Their Health Plans," *Health Affairs*, 14 (2), 1995, pp. 99-112.

31) "Hewitt Reports Flex Trends, Medical Costs," *Employee Benefit Plan Review*, March 1993.

32) Employee Benefit Research Institute, "Flexible Benefits Plans and Changing Demographics," *EBRI Issue Brief*, 128, April 1991.

しかし、雇用主である企業としては、一定の給付保障内容を持つ医療保険の提供を続けるのではなく、毎年FBPに対する拠出額を決定することで、医療費の高騰やそれに伴う医療保険料の変動によるコスト上昇の一部または全部を、従業員に対し転嫁することができる。EBRIの調査によると、企業がFBPを導入する目的として、「従業員の多様なニーズへの対応」を挙げる企業が51%であったのに対し、74%と最も多くの企業が挙げたのは、「医療支出の抑制」であった³³⁾。

マネジド・ケア導入に伴う保険プラン選択肢の再編は、安価な保険プランへの移行を強制・半強制的に促進しようとしただけでなく、保険へ加入しないという選択肢も含めた形でなされたのである。

2 従業員に対する医療給付コストの転嫁

雇用主としての企業は、マネジド・ケアの導入に伴い、従業員に対し医療保険料拠出を要求するようになり、さらにその拠出額を増額させてきた。

企業が提供する医療保険においては、1980年代までは医療保険料全額を企業が負担するのが一般的であった(第4表)。1979年では、中・大企業の単身保険で雇用主が全額負担する保険加入従業員の割合は73%であった。家族保険では、もともと従業員に対し保険料拠出を求める割合が高かったのであるが、それでも1981年には企業が全額負担する保険加入従業員の割合は51%であった。しかしその後、単身保険、家族保険いずれにおいても、雇用主が全額負担する保険加入従業員の割合は減少していった。単身保険では1991年には5割を切り、2003年には企業が全額負担する保険加入従業員はわずか18%となっている。逆に言えば、保険料拠出を求められる保険加入従業員の割合が82%にも上っているのである。家族保険では、2003年には企業が全額負担する保険加入従業員はわずか8%となっており、逆に従業員に対し保険料拠出を求める割合が9割を超えている³⁴⁾。同じ

33) *Ibid.*

34) Bureau of Labor Statistics. *Employee Benefits in Medium and Large Firms, 1979-1989. Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments, 1991, 1993, 1995, 1997. Employee Benefits in Small Private Establishments, 1990, 1992, 1994, 1996. National Compensation Survey, 1999, 2000, 2003.*

第4表 企業による保険料拠出の有無（企業規模別、フルタイム労働者）

中・大企業（%）

	1979	1981	1983	1985	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2003
医療給付プランへの従業員加入割合	97%	97%	96%	96%	92%	83%	82%	77%	76%	61%	61%	55%
単身保険												
全雇用主拠出	73	73	67	64	53	49	33	33	31	25	30	18
従業員拠出あり	27	27	33	36	47	51	67	67	69	75	70	82
家族保険												
全雇用主拠出	na	51	46	44	34	31	22	22	20	15	20	8
従業員拠出あり	na	49	54	56	66	69	78	78	80	85	80	92

小企業（%）

	1990	1992	1994	1996	1999	2000	2003
医療給付プランへの従業員加入割合	69%	71%	66%	64%	46%	43%	36%
単身保険							
全雇用主拠出	58	52	46	48	42	34	28
従業員拠出あり	42	47	52	52	58	64	72
不明	na	na	2	na	na	na	na
家族保険							
全雇用主拠出	33	27	19	24	24	19	13
従業員拠出あり	67	72	75	75	76	81	87
不明	na	na	6	na	na	na	na

注1)：中・大企業の調査は、1988年に改定されている。

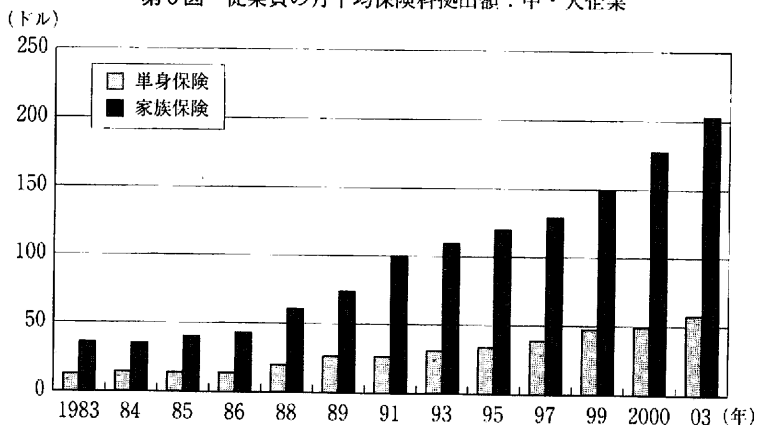
2)：中・大企業とは、従業員100名以上の民間・非農業企業をさす。

3)：小企業とは、従業員100名未満の民間・非農業企業をさす。

4)：na＝データ入手できず。

出所：Bureau of Labor Statistics, *Employee Benefits in Medium and Large Firms*, 1979-1989, *Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments*, 1991, 1993, 1995, 1997, *Employee Benefits in Small Private Establishments*, 1990, 1992, 1994, 1996, *National Compensation Survey*, 1999, 2000, 2003 より作成。

第6図 従業員の月平均保険料拠出額：中・大企業



注：毎月の保険料拠出が定額である保険加入者が対象。中・大企業の97年以前の調査では、フルタイム労働者のみを対象としている。1999年以降の調査では、フルタイム労働者及びパートタイム労働者を含む。

出所：Bureau of Labor Statistics, *Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments*, 各年, *National Compensation Survey 1999, 2000, 2003* より作成。

ような傾向は小企業においてもある。だが、中・大企業のほうが従業員に対する拠出要求がより一般的になっている。

そして、従業員の月平均保険料拠出額の推移を見ると、単身保険、家族保険ともに増額傾向にある（第6図）。1983年は、中・大企業の従業員の月平均保険料拠出額は、単身保険で10.13ドル、家族保険で32.51ドルであったが、1993年には単身保険で31.55ドル、家族保険で107.42ドル、2003年には単身保険で56.06ドル、家族保険で204.52ドルとなっている。

MEPS-ICによると、第Ⅱ-2節で述べたように、民間企業の加入者一人当たりの年平均保険料は1996年まで低下し続けていた一方で、保険加入従業員の保険料拠出は逆に増加していた。単身保険では、1993年は312ドル（全保険料の15.1%）であったが、1996年には342ドル（17.2%）に増加し、家族保険では1993年1,139ドル（23.8%）から1996年1,275ドル（25.7%）であった。つまり、医療保険料の上昇率が、1980年代末から1990年代半ばにかけて鈍化してい

た一方で、さらに民間企業の年平均保険料そのものは抑制されていた一方で、従業員の平均保険料負担は増加傾向にあったのである。

さらに、家計からの民間医療保険への保険料拠出でみると、個人購入保険の保険料が90年代半ばに減少している一方で、雇用主提供医療保険への拠出は増加し続けている。その保険加入者一人当たりの保険料拠出は、1987年には191.66ドルであったのが、1993年には423.42ドルへと急増していた。その後94年にいったん減少したが、1990年代を通じてみると、家計からの雇用主提供医療保険への保険料拠出は上昇傾向にあった。2000年に至っては、552.15ドルにもなっている³⁵⁾。

また、マネジド・ケアの普及は、多様な給付条件をもつ保険プランを出現させることとなり、実際に医療サービスにかかる際の自己負担額も、保険プランの選択次第で異なるということになった³⁶⁾。一般に、自己負担額や割合などの保険内容は企業ごとに異なっている³⁷⁾。しかし、一企業内部においても、免責金や共同負担金の程度の違いに応じた複数の保険プラン選択肢を提示し、その選択に応じて従業員の保険料拠出額を設定する企業も出てきた。例えば、Doubleday Book & Music Clubs社は、1993年に“Signature Benefits”という新たな従業員給付プログラムを開始した。同社は従来一つの保険プランしか提示していなかったのであるが、新たなプログラムの中で保険からの給付割合、免責金、自己負担上限額の異なる3つのプランを提示した。従来の保険プランに相当するのは中レベルの補償内容となった。その際、企業の保険料拠出は最

35) U. S. Census Bureau, *Current Population Survey, Annual Demographic Supplements 1988-2002*.

36) 医療サービスを受けた場合に求められる自己負担には、主に免責金と共同負担金がある。免責金とは、医療保険者からの給付が開始されるまでに、保険加入者が支払わなければならない一定の医療費のことである。保険加入者は、この一定の医療費を自己負担した後保険からの給付を受けられる。また、共同負担金 (Coinsurance or Copayment) とは、保険からの給付が開始された後に求められる。医療費のうちの一定額あるいは一定割合の自己負担のことである。

37) 大企業においては、一般に保険購入に際して競争入札を行っており、このことが企業ごとに保険内容の異なる要因の一つとなっている。Maxwell, J., P. Temin, C. Watts, “Corporate Health Care Purchasing among Fortune 500 Firms,” *Health Affairs*, 20 (3), 2001, pp. 181-188.

も補償程度の低いプランの保険料に固定した。結果、大半の従業員が従来の中レベルのプランにとどまったものの、6%が低レベルのプランに移行し、10%がより高レベルの保険プランを選択した。ただし、従来保険プランにとどまる従業員には、以前よりも高い保険料拠出が求められることになったのである³⁸⁾。

これまで画一的な保険内容と保険料拠出を提示していた企業にとっては、従来よりも補償程度が低い保険プランへの保険料拠出に企業の拠出を引き下げることで、従来保険プランにとどまる従業員に対しては、保険料拠出を求めるあるいは引き上げることができたのである³⁹⁾。

雇用主である企業は、従業員に対し保険料拠出を要求し、あるいは免責金の違うプランを提示することにより、自らの負担が少なくなるような保険プランを選択させ、あるいは保険加入そのものをあきらめさせるようなインセンティブを与えたといえる。

おわりに

1990年代に顕著に現れた雇用主提供医療保険におけるマネジド・ケアの普及は、雇用主である企業の主導の下に、もっぱら企業の従業員医療給付コストを抑制するために行われたものであった。そのことは、雇用主である企業が、医療保険料の高騰により伝統的インデムニティ保険を主流とする従業員医療保険制度の維持が困難となって、代替的な医療保険プランとしてマネジド・ケアを導入し、制度そのものを維持しようとしたとも考えられる。そして、伝統的インデムニティ保険よりも相対的に医療保険料が抑えられたマネジド・ケア・プ

38) "Doubleday Flexible Benefits Plan Takes Defined Contribution Approach," *Employee Benefit Plan Review*, May 1993, pp. 14-18.

39) また、近年免責金額そのものも上昇傾向にある。免責金額の上昇は、保険からの給付を減少させると同時に、実際に医療サービスにかかる際の自己負担の重さから利用抑制の可能性がある。マネジド・ケア・プランのなかには、保険者との契約外の医療機関にかかる場合には、契約している医療機関よりもより高額な自己負担が求められるものもある。(Kaiser/HRET, *op. cit.*, 2002, pp. 92-101.)

ランが普及したことは、単純に考えれば、国民の医療保険へのアクセスを改善する方向へ導くものであるといえるだろう。

しかしながら、実際には、必ずしも国民の医療保険へのアクセス拡大に結びつくものであったとはいえない。それどころか、マネジド・ケア導入に伴う従業員医療保険制度の再編は、従業員への医療保険加入への負担を増大させ、保険プラン選択の「自己責任」を迫ることによって、医療保険へのアクセスを制約する側面さえ持っていたのである。

そして、今日、雇用主提供医療保険への加入は縮小傾向にある。1990年代半ば以降、医療保険を持つ企業への雇用者数が増加している一方で、従業員の保険加入割合は減少している。そのことは「雇用主提供医療保険システムの溶解」とさえ言われているのである⁴⁰⁾。

もともと雇用主提供医療保険への加入資格が与えられる可能性の低いパートタイム労働者や非典型雇用の増加などによる就労形態の多様化、労働者の所得格差の拡大は、今後ますます労働者の医療保障に対する不安定性を高めることにつながりうる。

また、なぜマネジド・ケアが労働者側に受け入れられたのかということについては、医療そのものが抱えていた問題への対応への期待という側面と、雇用保障との引き換えという2つの側面で、検討する必要がある。

これらの点は、次稿以降の課題としたい。

40) Long, S. H., M. S. Marquis, "Stability and Variation in Employment-based Health Insurance Coverage," *Health Affairs*, 18 (6), 1999, pp. 133-135.