

米国ヘルスケア改革における介護保険の現状と今後

目 次

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| I. はじめに | IV. ヘルスケア改革法における介護保険改革 |
| II. 介護保険の位置づけと介護サービス提供体制 | V. 介護保険改革の問題点と今後の見通し |
| III. 介護保険問題への取組経緯 | |

ファカルティフェロー 小林 篤

要 約

I. はじめに

2010年に成立した米国のヘルスケア改革法は、健康保険へのアクセスの拡大を実現するための、多岐にわたる大規模なヘルスケア改革を目指したものであった。ヘルスケア改革で対象となっているのは健康保険だけではない。介護保険も改革対象となっている。米国の介護保険は、社会保険制度ではなく民間保険者によって提供されている。民間保険は任意加入であるが、連邦・州政府によって民間保険の普及促進を図るプログラムが実施されてきた。連邦・州政府の取組の延長線上に、ヘルスケア改革法は、連邦政府が運営する任意加入の介護保険制度を創設しようとしている。本稿は、同法が介護保険改革のどのような問題に取り組んでいるのか、その改革は何を変えようとしているか、その見通しはどうかについて取り上げる。

II. 介護保険の位置づけと介護サービス提供体制

米国では社会保険としての介護保険は存在しない。介護サービスは、その財源全体の70%強を低所得層等を対象とするメディケイドと高齢者を対象とするメディケアの公的制度に負っている。民間の介護保険は、7%弱を占めるに過ぎない。民間の介護保険は、当初は公的制度であるメディケアの補完から始まりその後給付内容は拡大したが、それでもメディケア、メディケイドの公的制度が給付しない介護サービスを補完的に対象にしている。民間の介護保険は、将来の時点で介護サービスに必要な金銭給付をする商品であり、金融商品としての性格があり、各種の投資商品、リバースモーゲージなどの金融商品とも競合する関係にある。

III. 介護保険問題への取組経緯

人口動態の変化は、現状でも高齢者への給付の負担が大きいメディケアとメディケイドにさらに財政的負担を増大させる可能性が高い。介護保険の普及促進は、ミドルクラス（中産階級）を中心に財政負担増加を軽減させることが期待できるので、これらの公的制度の持続可能性に関わる政策的な課題になっている。介護保険の普及により、州民がその資産を使い尽くしてメディケイドの給付対象になる数を減少させるために、州政府と民間保険会社とがパートナーシップを締結し、民間介護保険を普及促進する政策が実施されている。

IV. ヘルスケア改革法における介護保険改革

州・連邦が介護保険普及に取り組んだにも拘わらず、2010年ヘルスケア改革法の審議時点になっても、将来の介護サービス費用を負担するための介護保険の普及は不十分な状況が続いていた。この問題を解決する介護保険市場に対する取組が必要になり、ヘルスケア改革法の一部としてCLASS Actが成立した。CLASS Actは、雇用主の団体保険の販売ルートに着目し、雇用主の団体保険の介護保険が普及するように、連邦政府が運営する任意加入の介護保険制度を創設し、併せて機能障害を被った高齢者に財政的およびアドバイザー的な支援を提供して、施設に入所しないでも地域で自立して生活できるようにすることを目的にしている。

V. 介護保険改革の問題点と今後の見通し

CLASS Actは、連邦保健社会福祉省が介護保険制度を具体化実施することを規定しているが、同省は検討の結果、法律に定める条件では実行不可能と結論づけ、具体化を凍結した。介護保険料算出の基礎率は不安定であり、一般財源からの負担、保証措置がない条件下では、将来保険給付が支払不能になる不確実性があり、任意加入の場合に生じる逆選択の問題が深刻であるためである。今後、連邦議会で修正の必要があるが、ヘルスケア改革法の廃止を求める共和党と民主党の対立が深刻であり、修正実施の目処は立たない状況にある。

I. はじめに

2010年に成立した米国のヘルスケア改革法は、健康保険へのアクセスの拡大を実現するための、多岐にわたる大規模なヘルスケア改革を目指したものであった。ヘルスケア改革で対象となっているのは健康保険だけではない。介護保険も改革対象となっている。米国の介護保険は、社会保険制度ではなく民間保険者によって提供されている。民間保険は任意加入であるが、連邦・州政府によって民間保険の普及促進を図るプログラムが実施されてきた。連邦・州政府の取組の延長線上に、ヘルスケア改革法は、連邦政府が運営する任意加入の介護保険制度を創設しようとしている。本稿は、同法が介護保険改革のどのような問題に取り組んでいるのか、その改革は何を変えようとしているか、その見通しはどうかについて取り上げる。

なお、本稿は、総研レポート Vol. 90 に掲載した、「米国における 2010 年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向～ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか～」¹⁾におけるヘルスケア改革法に関する続編となる。

II. 介護保険の位置づけと介護サービス提供体制

1. 介護保険と健康保険

米国において健康保険 (health insurance) は、介護保険より先行して実施されてきた。健康保険は入院を要する急性期の疾病に関する財源を確保するために 1929 年に開始された病院保険が先行事例として取り上げられている。この病院保険では、加入者が費用を前払いして医療サービスを受ける方式となっている。一方、介護保険 (Long-term care insurance) は、養護ホーム (skilled nursing home) で提供される介護サービスを対象とする介護保険が 1965 年に開始されたことが、先行事例として取り上げられている²⁾。

米国における介護サービス (Long-Term Care Service) は、医学的 (medical) および非医学的 (non-medical) なケアの両面を含んでいる。しかし、一般的には、慢性疾患・身体障害を有する者に対して身支度、入浴などの日常生活動作の支援を行う、介護サービスの非医学的な面に焦点が当てられることが多い。

健康保険が対象にするのは、手術を要する急性期の病人から長期的な治療・ケアを必要とする慢性疾患患者・身体障害者までであるが、介護保険が対象とするのは後者のみである。米国においても、疾病全体で慢性疾患の割合が上昇し、長寿化が進行するのに伴って、介護保険の必要性が高まってきた。健康保険は疾患の治療、予防などを中心に組み立てられるのに対して、介護保険は、日常生活の支援をも含めた広い範囲の長期的なケアを中心に組み立てられている。また、介護保険は、一般的には介護サービスを購入する金銭給付を行う保険であると理解されている³⁾。介護保険は、健康保険と比較すると給付方法に差がある。健康保険では、保険給付を受ける者は金銭を支払うことなしに (部分的な自己負担が

¹ <<http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt59-2.pdf>>

² America's Health Insurance Plans, "The Long-Term Care Insurance Product", 2nd ed., America's Health Insurance Plans, 2005, p.1.

³ National Clearinghouse for Long-Term Care Information-Glossary(visited February 29, 2012) <http://www.longtermcare.gov/ltc/Main_Site/Site_Uilities/Glossary.aspx#d>

ある場合があるが)、医療サービスを受け、医療サービスに要した費用は医療サービス機関から健康保険者に請求する償還制度が一般的であるのに対して、介護保険では、保険給付を受ける者が介護保険者から現金給付を受けるのが一般的である。このように、介護保険は健康保険とは給付方式が異なり、対象とする領域も異なっているが、介護サービスが医療サービスと連続している面があるので、介護保険は健康保険と隣接する保険と認識されている。

2. 介護サービスの提供方法と提供体制

米国における介護サービスには、インフォーマル介護 (informal caregiving) とフォーマル介護 (formal caregiving) とがある。インフォーマル介護は、家族、友人、隣人などによって無償で提供され、フォーマル介護は、介護サービスに対する対価の支払を受けた施設に所属する介護専門職あるいは自営業の介護専門職によって有償で提供される⁴。米国における公的なフォーマル介護の中心であるメディケイドでは、メディケイドが指定する介護サービスのプロバイダーから提供される介護サービスをふたつに分けて説明している⁵。施設で介護サービスを提供する Institutional Care と在宅または地域で介護サービスを提供する Home and community-based services (以下、HCBS という) である。前者の例としては、専門的な介護ケアを行う療養施設であるナーシングホーム (nursing home) がある。後者の HCBS は、1983 年に試行導入され 2005 年に正式な制度となったサービスである。州政府は、メディケイドの登録者の範囲や介護サービスの給付について、財源確保と連邦政府との交渉が整えば、独自の政策を実施することが可能にする制度がある。例えば、Medicaid Home and Community-Based 1915(c) Waiver がある。これは、Social Security Act 第 1915 条 c 項の規定に基づき、州が施設系介護サービス以外に在宅あるいは地域での介護サービスを、必要とする対象集団に提供する選択肢を与える制度である。対象とする集団は、通常の所得基準等より広い範囲の層も含めることができる。

米国連邦政府保健社会福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services) が設置した全米介護情報センター (National Clearinghouse for Long-Term Care Information) は、米国において現在介護がどのように提供されているかについて次のように説明している⁶。2009 年現在約 6,570 万人 (成人の 4 人にひとりの割合になる) が、無償の家族介護を行っている。介護者の約 3 分の 2 が女性であり、14% が 65 歳以上である。有償の介護サービスを提供するモデルとしては、介護者などを選択できない伝統的なモデルもあるが、家庭、地域、施設で介護サービスを利用する関係者が利用者にとって最善となるように選択し意思決定するサービス提供モデルである利用者志向モデル (Participant Directed Model) もある。後者のモデルでは、関係者は介護サービスプランの策定・実施に参画し、実施内容についてフィードバックし、必要な場合には介護サービス提供者に対して修正を要請することができる。

⁴ Congressional Research Service, "Family Caregiving to the Older Population: Background, Federal Programs, and Issues for Congress", August 7, 2007

⁴ Holahan J et al, "Rethinking Medicaid's Financing Role for Medicare Enrollees", Kaiser Family Foundation, 20

⁵ The Center for Medicaid and CHIP Services (CMCS), U.S. Department of Health and Human Services - Long-Term Services & Support (visited, March 4, 2012)
<<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Long-Term-Services-and-Support.html>>

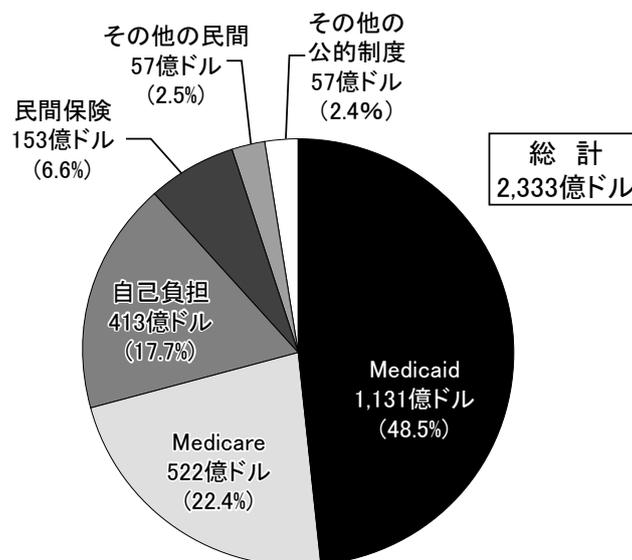
⁶ National Clearinghouse for Long-Term Care Information-Understanding LTC - Service Delivery(visited February 28, 2012) <http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Understanding/Service_Delivery/Index.aspx>

メディケアなどの公的制度において提供している介護サービスは、このモデルを採用している。

3. 介護サービスに関するファイナンスシステムの現状

家族介護によって提供される、無償の介護サービスであるインフォーマルケアは、相当の量になると推計されているが、数値はかなり幅がある⁷。これに対して、有償の介護サービスに使われた金額は、マクロ的に把握が可能である。公的制度⁸であるメディケイドおよび65歳以上の高齢者・障害者を対象とした医療保障制度であるメディケアから給付を受ける資格 (eligibility) がある者には、これらの制度から介護サービスに対して支払がなされる。資格者でない者、資格があっても給付限度を超えた介護サービスについては自己負担 (out of pocket) になる。介護保険に加入していれば、介護保険からの保険給付を利用することができる。連邦議会図書館に設置されている政策調査部局である Congressional Research Service は、2007年の支出額2333億ドルについて公表資料と関係機関の内部資料をもとに、これらの金額を集計した。図表1はその結果である。

《図表1》支払者別介護サービス支出額（2007年）



(注) メディケア、メディケイドには、病院ベースのナーシング・ホーム等が含まれている。

(出典) Congressional Research Service, “Long-Term Care(LTC):Financing Overview and Issues for Congress”, February 1, 2010.

全体の70%強がメディケイドとメディケアの公的制度で占められている。これは、米国の介護サービスは、その財源を公的制度に負っていることを物語っている。民間介護保険は、この集計では7%弱を占めるに過ぎない。

公的制度であるメディケアは、高齢者と障害者を対象にした、連邦政府の医療保険制度である。上述

⁷ Congressional Research Service, “Family Caregiving to the Older Population: Background, Federal Programs, and Issues for Congress”, August 7, 2007

⁸ メディケイド以外に、介護サービスを給付する公的制度として連邦政府予算による60歳以上の高齢者を対象に社会サービスを提供する高齢者アメリカ人法 (Older American Act) プログラム、退役軍人に対する Veterans Affairs LTC Benefits がある。

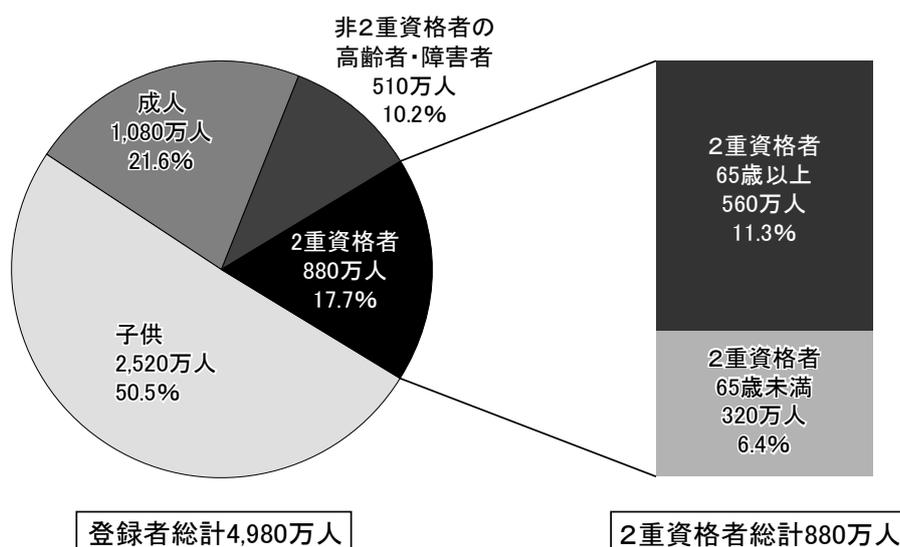
したように、介護サービスは、長期間の医学的および非医学的ニーズを有する者に対するものであるが、その多くは日常生活動作の支援である療護（Custodial Care）である。メディケアは、特定の場合に医学的に必要な（medically necessary）専門的看護ケア施設等に対して給付はするが、療護が単独に必要とされる場合には給付は行わない。

メディケアにおいて対象とならない療護となる介護サービスは、任意に加入していた介護保険を利用するか自分の資産を使って支弁することになる。しかし、メディケイドの対象となる低所得層の場合は、メディケイドからの介護サービスの給付を受けることができる。従って、ミドルクラス（中産階級）は、高齢期に入って無償のインフォーマル介護と有償のフォーマル介護の両方あるいは有償のフォーマル介護の介護サービスを利用しようとするならば、形成した資産を使うか（例えば金融資産の利用、不動産資産の活用など）民間の介護保険からの保険給付を利用する必要がある。

公的制度であるメディケイドは、低所得層を対象にした、広範囲のヘルスケア給付を行う医療保障制度である。連邦政府と州政府の財源を使って、州が運営する。給付内容には、入院、通院などの医療サービスの他に、専門的な看護、リハビリテーションなどの施設系の介護サービスおよび在宅あるいは地域での介護サービスも提供している。これらの給付を受給できる資格者は、低所得で資産が少ない者である。メディケイドから介護サービスの給付を受けるには、資産額が基準以下であるかどうか州政府の審査を受ける必要がある。

高齢であって低所得で資産が少ない者は、メディケアの対象者となり、メディケイドの対象者にもなりえる。両方の制度の対象となる者は、2重資格者（dual eligibles）と呼称されている。その数は2005年現在880万人となっており、メディケイドの登録者の17.7%を占めている（図表2）⁹。

《図表2》メディケイドの登録者（2005年）



（出典） Holahan J et al, “Rethinking Medicaid’s Financing Role for Medicare Enrollees”, Kaiser Family Foundation, 2009

⁹ Holahan J et al, “Rethinking Medicaid’s Financing Role for Medicare Enrollees”, Kaiser Family Foundation, 2009

4. 民間介護保険の内容および市場状況

(1) 介護保険の沿革と給付内容

介護保険の初期は1960年代半ば以降の時期である。その時期に市場に導入された介護保険は、メディケアを補完する保険が一般的であった。メディケアでは、病院保険にあたる Part A で医学的に必要とされる場合には、専門看護ケアやリハビリテーションを行う専門的看護施設ケア (Skilled Nursing Facility Care) を提供している。その受給要件は、受給前に3日間以上の入院があること、退院後メディケアが指定する施設を利用することなどである。受給開始後20日間は自己負担がないが、21日から100日まで1日当たり144ドル50セントの自己負担¹⁰があり、101日以降は全額自己負担となる。初期の介護保険は、この自己負担の部分を対象に保険給付を行った。民間の介護保険が保険給付する条件は、メディケアからの給付の有無であった。初期の介護保険は、入院したことを条件として、メディケアが定める医学的に必要かどうかを保険給付の条件になっていた。

しかし、介護保険の保険給付の対象が拡大し、メディケアが指定する施設以外での介護サービスや在宅・地域での介護サービスを対象とする保険給付も介護保険の対象にしようとする、このアプローチでは不可能になる。そこで、介護サービスの必要性の判定を、機能的(身体的) (functional (or physical)) 条件と認知的 (cognitive) 条件を以て行うアプローチが採用されるようになった。前者は、日常生活動作に着目して ADL (activities of daily living), IADL (instrumental activities of daily living) を指標とするものである。後者は、知的能力 (cognition) と抑鬱状態 (affective functioning) に着目するものである。当初介護保険は、日常生活を支援するナーシング・ホームなどの施設系介護サービスを中心に給付内容が設計されていたが、1980年代に、アシスト・リビングなどの新しい介護サービスが出現するのに伴い給付内容も拡大していった。現在では、デイサービス施設、在宅の家族介護なども含む幅広い給付内容が整えられるようになった。

1997年に施行された Health Insurance Portability and Accountability Act (以下、HIPAA という) は、介護保険の給付内容の設計、販売および運営に極めて大きな影響を及ぼした。同法は、介護保険は傷害・健康保険と同様の取扱いとするとの内国歳入法 (連邦法) の規定の内容を明確にした結果、介護保険からの給付は所得に算入されず、介護保険料が課税控除対象となる取扱いが確定した。同法は、例えば介護保険で給付対象とする慢性疾患とはどのようなものを指すのかなど税制適格商品の条件を細かく規定した結果、介護保険は税制適格と税制非適格に2分されたが、今日ではほとんどが税制適格商品として販売されている。

米国の民間介護保険は、州保険庁の監督を受けて任意の民間市場で設計販売されている。保険事業は、連邦政府でなく州政府の所管である。州保険庁は、介護保険事業者に免許を与え、保険料・保障内容について保険会社からの届出の受理、審査を行う。また、介護保険募集時に契約者に交付する文書の内容も審査する。各州の保険庁長官は、全米の組織として全米保険庁長官会議 (National Association of Insurance Commissioners) (以下、NAIC という) を組織している。NAIC は、各州が介護保険に関する規制法を立法することを助けるためにモデル法案 (Model Act) を起草し、また介護保険の規制監督

¹⁰ 負担金額は、Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2012", U. S. Department of Health and Human Services, 2011 による。

のモデルとなるモデル規制 (Model Regulation) を制定している。

介護保険は、このように保険規制に服するだけではなく、一方で公的制度であるメディケア、メディケイドの内容と連邦法である HIPAA の条件に合致するように商品設計され、他方で介護サービスの開発に呼応し給付内容を改善拡大して発展してきた。民間の介護保険は、当初は公的制度であるメディケアの補完から始まりその後給付内容は拡大したが、それでもメディケア、メディケイドの公的制度が給付しない介護サービスを補完的に対象にしている点で、公的制度を補完する役割を果たしてきたのである。

(2) 介護保険の種類と事業形態

介護保険は金銭給付を行う保険であるが、給付形態で分類すると二つのモデルがある。実際に介護サービスに要した費用の額に拘わらず契約当初定めた 1 日当たりまたは 1 か月あたりの給付金額を支払う給付設計である *Indemnity or Per diem Model* と、実際に要した費用をもとにしてその金額を予め定めた限度額まで支払う給付設計である *Reimbursement Model* の 2 種類のモデルがある。

介護保険は、介護保険単体で販売されることもあるが、生命保険に付帯あるいは生命保険と結合統合して販売されることも多い。また、介護サービスの費用が上昇傾向にあるため、保険給付の実質価値を維持するためにインフレーション保護特約を付帯した商品が推奨され販売されることも多い。

介護保険は、引受販売形態で分類すると、個人保険と団体保険に分類される。個人保険は、概ね保険代理店が個人を対象に販売する。一般的に介護保険の保険料水準は、かなり高いと認識されており、生命保険に類似した、顧客へ保険加入のニーズを喚起する積極的販売活動が必要になっている。団体保険は、ブローカーが企業・団体を対象に販売する。団体保険としての介護保険は、健康保険と同様に企業・団体がその従業員の福利厚生給付の一環として採用される。ブローカーは雇用主に見積書を提出し、雇用主は幾つかの見積書から選択して団体保険を採用する。健康保険と異なり、従業員全員が介護保険の対象となる場合は多くない。多くは、従業員が保険料を自己負担して任意に加入する形態となっている。団体の規模は、1000 名程度以上の大規模団体と、それ未満の小規模団体に分かれている。団体保険の場合は、従業員に対して加入を呼び掛ける活動が必要になる。大規模団体では、ブローカーが加入呼びかけを支援することが多いが、小規模団体では雇用主が行うことが多い。

介護保険の保険料は、保険給付の対象となる介護サービス、給付期間、給付金額およびインフレーション保護特約などの特約に依って異なる。

介護保険は、介護サービス費用が高いことを反映して、高額保険料であると言われることが多い。NAIC は、介護サービス費用は高額になることがあるとして、次の平均値を紹介している¹¹。2001 年の調査によると、全米平均でナーシング・ホームの年間費用は 56,000 ドル、アシスト・リビング施設の年間費用は、22,476 ドルである。平均的な団体向け介護保険として次の事例報告がある¹²。2007 年の平均年間保険料は全年令平均で 2,207 ドルであり、平均給付額は 1 日 160 ドル、給付期間は約 20% の契約者が終身、平均の給付期間は 4.8 年である。団体保険の保険料平均値は図表 3 のとおりである。

¹¹ NAIC, "10 Things You Should Know About Buying Long-Term Care Insurance" (visited March 3, 2012) <http://www.naic.org/index_ltc_section.htm>

¹² <http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying/Private_Financing/LTC_Insurance/Buying.aspx>

《図表 3》介護保険・団体保険の年齢階級別平均月額保険料（2008 年）

年齢	平均月額保険料（ドル）	保険料の幅（ドル）
30 歳未満	134	91～1,100
30～39 歳	245	151～1,328
40～49 歳	476	513～1,634
50～59 歳	837	508～2,130
60～64 歳	1,278	766～2,258
65 歳以上	1,928	1,355～4,077

(注) この団体保険には、連邦政府職員等を対象とする介護保険制度 Federal Long Term Care Insurance Program (FLTCIP)の団体保険が含まれている。

(出典) National Clearinghouse for Long-Term Care Information, U. S. Department of Health and Human Services Buying LTC Insurance (visited March 3, 2012)

<http://www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/Paying/Private_Financing/LTC_Insurance/Buying.aspx>

介護保険の保険料は保険数理の専門家であるアクチュアリーが算出する。保険料を算出するために使用される基礎的な数値は、保険給付の原因となる保険事故（要介護状態になるなど）発生率、死亡率、受け取った保険料を長期間運用する際の予定利率、契約継続率、契約消滅率、保険給付期間等である。保険料算出の基礎となる、保険事故発生率、契約継続率、契約消滅率などの数値は、生命保険で使用される死亡率より、確定的ではなく将来の不確実性が高い。

介護保険事業は、長期間にわたり保険料を収受し、長期間にわたり保険給付を行う点で生命保険事業と同じであるが、介護保険の事業リスクは、将来の不確実性の点で生命保険の事業リスクより高い事業リスクを負っていると考えられる。

(3) 介護保険の市場状況

介護保険を販売している保険会社は、毎年その事業成績の報告書を州の保険庁に提出する。その提出された数値は、NAIC が集計し公表している。それに依れば、介護保険に加入している人数は、徐々に増加しているものの、2009 年現在で 700 万人強である（図表 4）。

介護保険の契約件数増加率は、2000 年代に低水準になり、2004 年以降 5%未満になっている（図表 5）。介護保険市場の規模は、潜在的な市場規模から見ると小さく、近年は低成長に留まっている。

個人保険市場と団体保険市場では、加入者層に相違が見られる。団体保険市場の加入者層の年齢が個人保険市場より若い傾向がある（図表 6）。

介護保険は、将来の時点で介護サービスに必要な金銭給付をする商品である。将来の現金支払に備えて加入する点では、金融商品としての性格があり、各種の投資商品、リバースモーゲージなどの金融商品とも競合する関係にある。その意味では、保険市場だけでなく、個人金融市場とも競合関係にあるといえよう。

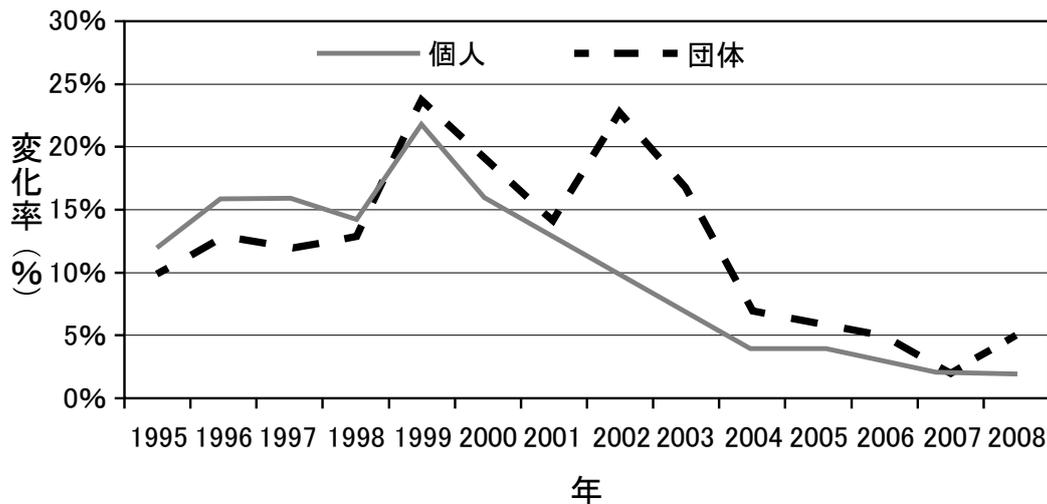
《図表 4》介護保険加入者数の推移（1997年-2009年）

報告年	契約対象者数（人）
1997	2,945,612
1998	4,130,368
1999	4,041,685
2000	4,497,120
2001	5,179,432
2002	5,612,011
2003	6,052,622
2004	6,403,866
2005	6,995,425
2006	6,893,584
2007	7,029,995
2008	7,111,542
2009	7,328,193

(注) 本図表は、American Association for Long-Term Care Insurance, “The 2011 Sourcebook for Long-Term Care Insurance Information”, American Association for Long-Term Care Insurance, 2011 からの引用である。

(出典) NAIC, “Long-term Care Experience Report”, NAIC, 2010

《図表 5》介護保険の有効保有契約の増加率の推移（1995年から2008年まで）



(注) 本図表は、Congressional Research Service, “Factors Affecting the Demand for Long-Term Care Insurance: Issues for Congress”, May 27, 2009 からの引用である。

(出典) LIMRA International

《図表 6》加入者の年齢構成（2010年）

個人保険		団体保険	
年齢	割合	年齢	割合
35歳未満	0.7%	35歳未満	35%
35～44歳	3.1%	35～44歳	24%
45～54歳	20.9%	45～54歳	24%
55～64歳	56.0%	55～64歳	15%
65～74歳	18.2%	65～74歳	2%
75歳以上	1.1%	75歳以上	<1%

(出典) American Association for Long-Term Care Insurance, “The 2011 Sourcebook for Long-Term Care Insurance Information”, American Association for Long-Term Care Insurance, 2011

Ⅲ. 介護保険問題への取組経緯

1. 介護保険問題の概要

米国においても人口の高齢化は進行中であり、高齢者人口の比率は今後も上昇すると予測されている。2020年には全人口に65歳以上人口が占める割合は16%を超え、2040年には20%に達するとの推計がある（図表7）。

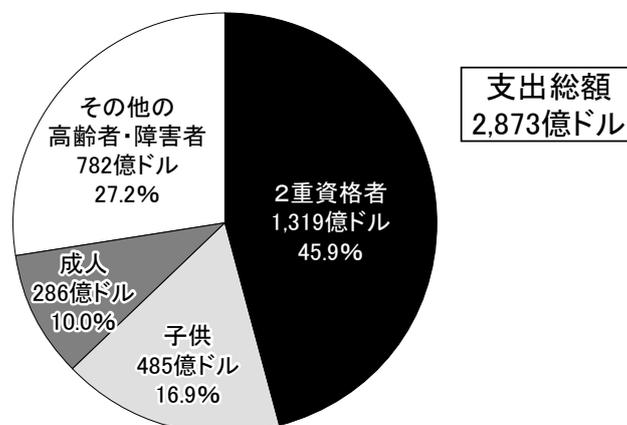
《図表7》高齢者人口割合の推移と予測（1995年－2050年）

調査・推計年	65歳以上人口の割合
1900	4.1%
1910	4.3%
1920	4.7%
1930	5.4%
1940	6.8%
1950	8.1%
1960	9.2%
1970	9.9%
1980	11.3%
1990	12.6%
2000	12.4%
2010	13.0%
2020	16.1%
2030	19.3%
2040	20.0%
2050	20.2%

（出典）Administration on Aging, U. S. Department of Health and Human Services, Aging Statistics - Projected Future Growth of Older Population (Visited 3 March, 2012)
<http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/future_growth/future_growth.aspx#age>

2005年にメディケイドの支出における、メディケアとの2重資格者の高齢者関係の割合は、全体の45%強となっている（図表8）。

《図表8》グループ別メディケイドの支出割合（2005年）



（出典）Holahan J et al, "Rethinking Medicaid's Financing Role for Medicare Enrollees", Kaiser Family Foundation, 2009

人口動態の変化は、現状でも高齢者への給付の負担が大きいメディケアとメディケイドにさらに財政的負担を増大させる可能性が高く、高齢者への給付負担が財政を枯渇させるおそれも懸念されている。これらの公的制度の持続可能性が問題視される状況にある。さらに、ミドルクラスは、メディケイドの財政負担になる場合はまだ多くないが、今後は増大する可能性もある。

介護保険の普及促進は、ミドルクラスを中心に財政負担増加を軽減させることが期待できるので、これらの公的制度の持続可能性に関わる政策的な課題になってきているのである。全米 50 州の州議会議員とスタッフを構成員とする組織である National Conference of State Legislatures (NCSL)は、介護保険の普及により、州民がその資産を使い尽くしてメディケイドの給付対象になる数を減少させる効果が期待できるとし、後述の Long-Term Care Partnership Programs を評価している¹³。

2. 州政府・連邦政府による介護保険の普及促進の取組

1987年に Robert Wood Johnson 財団の提案と助成に基づき、州政府と民間保険会社とがパートナーシップを締結し、民間の介護保険を普及促進する Long-Term Care Partnership Programs が、カルフォルニア州、コネチカット州、インディアナ州およびニューヨーク州の 4 州で実施された。このプログラムは、ミドルクラス層が民間の介護保険を購入し、将来のメディケイドへの依存を減少させることを狙ったものであるが、20 万件足らずの加入があっただけであり、将来のメディケイドの財政負担の減少に繋がるとはいえないとの結論だった¹⁴。その後、2005年に成立した Deficit Reduction Act (DRA)は、パートナーシッププログラムを改良し、State Partnership Programs として全州に拡大実施することを進めた。また、各州で実施するプログラムに相違があるため、ある州で購入した介護保険を他州で利用すると障害が生じることがある問題を改善する互惠プログラム (reciprocal program) も導入された。現在はほとんどの州で実施されている (図表 9)。

IV. ヘルスケア改革法における介護保険改革

1. 問題状況と改革の内容

米国では約 7,800 万人のベビーブーマー世代は老後の生活に十分な貯蓄をしておらず、特に高額になる介護サービスへの備えをしている者が少ないと言われている。老後の将来の備えとして介護保険が有効であるが、先に述べたように現時点では介護サービス支出全体のうち 7%弱のみに留まっている。州・連邦が State Partnership Program を実施するなど介護保険普及に取組んだにも拘わらず、2010年ヘルスケア改革法を審議していた連邦議会第 111 議会期の時点になっても、将来の介護サービス費用を負担するための介護保険の普及は不十分な状況が続いていた。この問題解決として、社会保険の道が考えられない米国では、介護保険市場に対する取組が必要になっていた。

¹³ National Conference of State Legislatures, "A Guide to Long-Term Care for State Policy Makers: The State of Long-Term Care" (visited March 11, 2012)

<<http://www.ncsl.org/issues-research/health/archive-the-state-of-long-term-care.aspx>>

¹⁴ U. S. Government Accountability Office (GAO), "LONG-TERM CARE INSURANCE: Partnership Programs Include Benefits That Protect Policyholders and Are Unlikely to Result in Medicaid Savings", 2007 (GAO-07-231)

連邦政府が運営する任意介護保険の販売ルートは、主として雇用主の団体保険の販売ルートである。雇用主の団体保険の介護保険について、政策立案者は、単純化した保険給付の設計をして、この販売ルートを使えば若年層を対象にでき、インフレーションも長期的には克服できる可能性があり、介護保険の普及には有望であると判断したとの指摘がある¹⁷。また、2005年に Kennedy 上院議員が提案した主要な内容は、被用者の自動的な介護保険加入、月額保険料の給与天引きであり¹⁸、当初から雇用主の団体保険の販売ルートが想定されていた。

CLASS プログラムの内容は、次のとおりである。介護保険制度の対象者は、18歳以上の勤労者、自営業者である。雇用主は、被用者を自動的に制度対象者として保険加入者とする (automatic enroll と呼ばれている)。ただし、加入希望しない被用者は対象から外れることもできる (opt-out と呼ばれている)。従って、加入者個々人について保険加入の可否の審査は行われぬ。加入資格について、連邦保健社会福祉省が詳細な条件を決定する。給付内容は、現金給付であり、平均的には1日当たり50ドルを、生涯限度額なしに給付する。受給者は、助言と支援的なコンサルティングサービスが提供された上で、必要な介護サービスを自由に選択して購入できる。保険料は連邦保健社会福祉省が決定するが、加入時に決定された保険料は保険期間中に増額されることはない。CLASS プログラムにはいかなる税金も投入されることなく、独立した会計制度とする。その上で、財政的健全性を確保し、保険給付の支払能力 (solvency) を20年から75年の期間にわたって確保する。

保険数理サービス・コンサルティングサービスを行っている専門サービス機関である Milliman 社が CLASS プログラムを分析した報告書¹⁹には、既存の典型的な介護保険との相違が指摘されている。その指摘のなかには、次のものがある。医学的な保険引受可否の審査 (medical underwriting) がないこと、ヘルスケア改革法に基づく医療サービス給付と連動していること、保険期間中保険料の増額がないこと、州保険庁の保険監督を受けないこと、保険料に占める事業費(保険募集に要する費用、保険料徴収費用、保険給付の費用、助言コンサルティングサービス費用など)が年間保険料の3%以内であること(通常の民間保険の比率より圧倒的に低い水準である)、収受した保険料は政府証券に投資しなければならないことなどである。

2. 実施スケジュールと進展状況

CLASS Act は、CLASS プログラムの実施要件の概略を規定し、具体化は連邦保健社会福祉省が行うとしている。具体的な実施スケジュールは以下のとおりである。保健社会福祉省長官は、2010年6月23日までに Personal Care Attendants Workforce Advisory Panel を設置し、介護サービス提供体制の整備についての答申を得る。2012年1月1日までに保健社会福祉省長官は加入資格要件システムの詳細を決定し公表し、同年10月1日までに CLASS プログラムの給付内容、決定理由を記した報告書を公表する。2014年1月には保健社会福祉省長官は、CLASS プログラムに関する年次報告を連邦議会に

¹⁷ Tumlinson A et al., "Closing the Long-Term Care Funding Gap: The Challenge of Private Long-Term Care Insurance", The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2009. p.iii.

¹⁸ The Library of Congress, THOMAS - Bill Summary & Status, 109th Congress (2005 - 2006), S.1951, CRS Summary (visited March 10, 2012) <<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d109:SN01951:@@D&summ2=m&>>

¹⁹ Milliman, "Perspectives on the Community Living Assistance Services and Support(CLASS) Act", 2010

提出する。

しかし、2011年10月14日に連邦保健社会福祉省は、*A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program* と題する報告²⁰を連邦議会に送付するとともに公表し、CLASSプログラムの具体化は停止すると発表した。同年10月26日連邦下院委員会で連邦保健社会福祉省の責任者は、CLASSプログラムは保険給付の支払能力（solvency）の条件を満たすことはできないので、別の保険給付プランを策定する必要があるとし、ヘルスケア改革法が定める条件のCLASSプログラムは実現不可能であると証言した。

V. 介護保険改革の問題点と今後の見通し

1. 介護保険改革の問題点

連邦保健社会福祉省の報告 *A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program* に至るまで、同省の検討チームは、法制的な観点、保険事業運営の観点および保険数理的観点から、省内でのモデル構築・シミュレーションおよび外部の専門家の意見聴取を重ねた。その結論を要約すると、極めて高い不確実性があること、および逆選択問題が深刻であることであった。不確実性とは、CLASSプログラムが求める内容の保険数理の基礎とシミュレーションは、民間保険でもメディケアでも先行実施例がないこと、CLASS Act では一般財源からの負担、保証措置がないことを条件にしているので、将来保険給付が支払不能になる不確実性があることによるものである。

連邦保健社会福祉省の検討結果は、どのような運営主体であっても任意加入の保険事業として運営できる限界を示している。すなわち、保険数理的健全性を確保できない場合には保険事業の継続可能性はないという点と、任意加入の場合には逆選択の問題が深刻であり、この対策がなされない場合には事業運営できない点である。

保険数理的健全性の問題は、保険料算出の基礎となる数値が不安定な状況で保険料増額を放棄し、資産運用収益の可能性も低くしているなどの点に現れている。米国の保険数理専門家団体から連邦議会へ宛てた書簡は、2009年の時点で、CLASSプログラムについて、低すぎる経費率、逆選択問題、保険料調整措置の必要性などを指摘し、現行案では保険数理的に問題があると結論づけている²¹。

任意保険では、保険申込者のリスクに応じた保険料を保険会社が計算して保険契約を引受ける。保険会社は、保険申込者が設定している保険料水準に合致するリスクかどうかを判断して保険引受の可否を決定する。これを危険選択という。この危険選択は、保険集団の収支を確保し、将来の保険給付の支払不能を避けるために行われる。逆選択とは、保険会社が逆に保険申込者に選択されることをいう。保険会社が設定した保険料水準より高いリスクを有する保険申込者が、保険引受をする保険会社を選択するので、逆選択と呼ばれる。逆選択は、保険会社が保険申込者のリスクを判断できない場合やそもそも保険会社が危険選択を行わない場合に生じる。CLASSプログラムでは、被用者を自動的に制度対象者として保険加入者とする（automatic enroll）。これは、保険会社が危険選択を行わないことを意味する。

²⁰ U.S. Department of Health and Human Services, *"A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program"*, 2011.

²¹ 2009年6月22日付け上院委員会宛書簡 Academy of Actuaries, *"Actuarial Issues and Policy Implications of a Federal Long-Term Care Insurance Program"* (visited March 3, 2012) <http://www.actuary.org/pdf/health/class_july09.pdf>

さらに、加入希望しない被用者は対象から外れることもできる（opt-out）ため、リスクの高い者が残る可能性が高い。その結果、予定していた保険料水準よりリスクが高い者が多数保険加入をすることになり、保険集団全体として収支が不均衡になり、将来の保険給付の支払不能が起きる可能性が生じる。

加入が強制される社会保険では、逆選択の問題は出現しない。介護保険業界では、保険の引受実務、保険事業の現実を知らない者が企画した CLASS プログラム案が実現できなかったのは当然のことであるとの指摘²²とがある。加入促進を図り、多くの者が加入している、社会保険に近い効果を狙った政策で、社会保険では出現しなかった問題が露呈したと解することができるだろう。

さらに、雇用主の団体保険の販売ルートを活用しようとしている点にも問題を生じている。2006年以降大手保険会社はこの市場から撤退する会社が増加した。これは、保険料算出の基礎となる、保険事故発生率、契約継続率、契約消滅率などの数値に不確実性が高まり、さらに保険料を運用する金利水準も低下した状態が続くと予測があるからと考えられている。その結果、大手社の寡占的体制となっていたのが、介護保険の団体保険を引受ける大手社は実質的に2社になってしまっている。確かに理論的にはこの市場にポテンシャルがあると考えerことは可能だが、実態として今後どの程度あるかについても疑問が生じる状況にある。

2. 今後の見通

いずれにせよ立法したとおりでは実現不可能であることが判明したので、今後は何らかの修正がなされるとみられる。それは、連邦議会で民主党と共和党が妥協することを意味する。

ヘルスケア改革法は、民主党と共和党の長期間の論争、駆け引きを経て、最終的に民主党側の作戦により何とか成立した。しかし、共和党はヘルスケア改革法の廃止を求めており、立法された法律が実施できないことは、共和党の格好の攻撃材料になっている。

果たして、両党は妥協し何らかの修正がなされるかが問題になる。修正がなされるとするならば、その時期は、大統領選挙後との意見がある²³。しかし、その可能性はほとんどないとの意見もある²⁴。

現状では不透明と言わざるを得ない。

²² 2012年2月29日ニューヨーク市での業界専門家のインタビューでの意見

²³ American Association for Long-term Care Insurance (visited January 27, 2012)
<<http://www.aaltci.org/long-term-care-insurance/learning-center/CLASS-Act.php>>

²⁴ 注22と同じ