

アメリカの医療保障における 社会保険の意義

—— オバマケアにおけるリスク調整手法の検討

常 森 裕 介

はじめに

社会保険は日本だけでなく諸外国の社会保障制度で中心的な役割を果たす一方、具体的な制度の中身をみると各国で大きく異なる部分もある。ただし、社会保険制度の底流を成す原理には共通性を認めることができるだけでなく、社会保険制度を構成する政策手法にも類似点を見出すことができる。そのため「社会保険」とは何か、またその原理や政策手法を統一的に説明することができるかという問いは依然として意味をもつ。

本稿は、社会保険をリスク調整の方法の一つとして捉えることを重視しつつ、社会保険固有の原理の探求を試みるものである。財源確保の一手段と捉えれば、「社会保険」は代替可能な政策手法にすぎないことになる¹⁾。他方で、リスク調整の方法につき国民の合意を得るためには、上記手段を正当化するための理屈が必要になる。もちろん立法により成り立つ制度であるため、法改正により社会保険としての性質が弱まることもあるし、社会保険制度の下で実施されていた制度が社会保険以外の方法に変更されることもある。そうであるとしても、社会保険として維持されてきた制度を改廃する際には、社会保険の原理に合うかという点について検討することが求められる。

また、社会保険を考える際には、給付のあり方以上に負担のあり方が重要となる。社会保険を一つのまとまりをもった原理として捉えた場合、その原理の最も

1) 「社会保険とは何か」という問いから出発する議論は、そもそも「社会保険」という一つのまとまりをもった原理が存在するという前提のもとに展開されることになる。上記の議論として、例えば加藤智章『社会保険 核論』（旬報社、2016年）17頁。

重要な機能は、負担をいかに分かち合うかという点について一定の方向性を示す点にある²⁾。具体的には、保険料という形で給付を受ける者が費用の一部を事前に拋出することが求められる。また保険料拋出の有無や額が、受給の可否に結びつくと同時に、一定の条件のもとで両者の結びつきが緩和される。もちろん強制加入や保険料の強制徴収、財源に占める保険料の割合といった要素も、負担のあり方を決めるうえで重要であるものの、それらは、どのような特徴をもった社会保険になるかを決定する要素だといえる。

社会保険という原理が、負担のあり方を規定するものだとすれば、例えば合衆国憲法の中に生存権規定をもたないアメリカにおいても、「社会保険」の原理は見出しうるのであろうか。アメリカでは、本稿で検討対象となる現役世代を対象とする医療保障については、公的医療保険の欠如が指摘されてきた。だが公的主体が保険者とならないことは、当該制度が直ちに社会保険ではないことを意味しない。また社会保険の枠組みの中で、私保険が公的給付を捕捉する、あるいは代替することはアメリカ以外の国の社会保険制度でもみられる仕組みであり³⁾、私保険が重要な役割を果たしていることそれ自体が社会保険としての性格を否定するわけではない。

検討されるべきは、生活の中で個人が抱えるリスクをどのように軽減し、そのリスクの軽減に国家がどのような形で関与するかということである。保険料の拋出に基づく被保険者間相互でのリスク調整は保険という手法の特徴であるものの、例えば社会保険と対置されることの多い公的扶助も実際にはリスク調整の一端を担う。すなわち特定のリスクに対する調整の仕組みという枠組みで考えることで、社会保険をリスク調整の手法の集合体と捉えることができる⁴⁾。

2) 社会保険の特質として保険であることと、相互扶助であることが挙げられ、両者は対比される形で論じられることが多い（品田充儀「社会保険制度の特質と意義」菊池馨実編『社会保険の法原理』（法律文化社、2012年）14頁）が、いずれも負担を正当化するための理屈だといえることができる。

3) ドイツ、フランスについて笠木映里『社会保障と私保険——フランスの補足的医療保険』（有斐閣、2012年）参照。

4) 倉田はドイツの疾病保険における疾病金庫間の「リスク構造調整」を「社会的調整」と対置させ、前者がアメリカのマネジドケア等から示唆を得ているとしても、ドイツの社会保険を本来的に私保険に近いものと理解することは誤りであると指摘し、その理由として、ドイツの社会保険が「連帯」や「社会的調整」という概念を用い、「社会保険」

また、アメリカにおいても、「社会保険」が社会保障制度の政策決定にあたり一つの理念や政治的スローガンとして用いられている。アメリカの医療保障でいえば2020年代初頭に注目された“Medicare for All”（M4A）というスローガンは、メディケアを「社会保険」（social insurance）として位置づけることが前提となっていた⁵⁾。このようなスローガンとしての「社会保険」はしばしばその意味するところが明確ではないことに注意する必要があるものの、ここで重要なのは、アメリカにおいても社会保険が、リスク調整のための手法の集合体として、かつ一つの原理として捉えられているということである。

本稿で検討するエクステンジは、アメリカの医療保障において、医療保険プランの売買を通じてリスク調整を担う場である。エクステンジは、多様な内容を含み、かつ制定後いくつかの大きな改正を余儀なくされたオバマケア（Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, ACA）の中心的な施策である。結論を先取りすれば、少なくともアメリカの医療保障においては、強制加入（ACAでいえば個人に対する民間医療保険への加入強制と未加入者に対するペナルティ）や自動加入ではなく、エクステンジのような市場の形成を通じたりリスク調整に社会保険の中心があるといえる。言い換えれば、アメリカの医療保障ではエクス

を「保険」とは異なるものとして扱っていることを挙げる。そのうえで、上記リスク構造調整を導入したことで、社会的調整の範囲が、個々の疾病金庫からすべての疾病金庫を対象としたものへ、その連帯の範囲を変化させたと整理する（倉田聡『社会保険の構造分析 社会保障における「連帯」のかたち』（北海道大学出版会、2009年）93-96頁）。なお倉田は社会的調整（連帯調整）について「経済合理人の選択行動では成立しない」が「公法的規律のもとで市民に強制することは、ある種の共同体すなわち同質の集団による中間団体において許される」と説明する（同85頁）。

上記の倉田の議論は、本稿にとっても重要である。上記のように倉田は、私保険の市場に近い性質をもつリスク構造調整を社会的調整として説明するために、どのような理由付けが必要かという点に着目している。倉田の議論を敷衍すれば、アメリカの医療保障には（メディケア等を除き）「リスク構造調整」しかないということになるだろう。また、倉田が挙げる連帯等の概念はアメリカの医療保障の仕組みに明示的に内在しているわけではない。そうだとすれば、本稿の目的は、アメリカの「リスク構造調整」（リスク調整）において、「社会的調整」としての側面を見出すことができるのかという点にあると言い換えることもできる。

- 5) M4A おいて社会保険という枠組みがどのような意味をもつのかということについて、常森裕介「『社会保険』としてのメディケア——アメリカ医療保障における格差と負担軽減措置に着目して——」現代法学47号（2024年）79-84、95-97頁。

チェンジのようなリスク調整の手法の集合体そのものがまとまりのある規範（社会保険）として機能しているということである。以下では、Ⅰでアメリカ医療保障制度及びACAの概要を確認し、Ⅱでエクスチェンジを含めたリスク調整の仕組みを分析し、Ⅲでアメリカの医療保障における「社会保険」の意義について検討する。

Ⅰ 国家と被保険者・保険者の間のリスク調整

1 アメリカの医療保障制度の概要

アメリカの医療保障制度は、一部社会保険（メディケア）の仕組みを利用しつつ、医療扶助（メディケイド）や子ども医療保険（Children's Health Insurance Program CHIP）による保障があることを前提に、現役世代は（社会保険ではなく）民間医療保険に加入することで医療へのアクセスを得ている⁶⁾。ただし各制度を仔細に検討すると、上記のように明確に区別できない部分があることが分かる。

例えば、メディケアはパート A やパート B は連邦政府が管掌するものの、パート C 及びパート D は民間医療保険に加入することで給付を受ける仕組みである。また連邦政府が管掌するパート A とパート B についても、パート A については強制加入（自動加入）であり社会保障税の支払いに基づき被保険者資格を得るのに対し、パート B はパート A の加入者であればいったん自動的に加入資格を得られるものの、保険料納付及び加入継続については任意である点で異なる。すなわちメディケアが社会保険であるというとき、メディケア内部で運営主体や強制性が異なる点に注意する必要がある⁷⁾。

6) アメリカの医療保障制度の概要について、アメリカ医療保障制度に関する研究会編『アメリカ医療保障制度に関する調査研究報告書 2023 年度版』（一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、2024 年）34-52 頁（常森裕介執筆部分）、関ふ佐子「アメリカ」加藤智章＝西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013 年）171 頁以下。

7) メディケアの概要について、アメリカ医療保障制度に関する研究会・前掲注（6）34-43 頁（常森執筆部分）。メディケアにおける私保険の位置付けについては、関ふ佐子「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」横浜国際経済法学 18 巻 3 号（2010 年）113-144 頁を参照。

またメディケイドは、原則として保険料の支払いを求められないという点で保険の仕組みを用いているとはいえないものの、州によっては保険料補助も含むため「保険」を下支えする役割を担うこともある⁸⁾。CHIP はメディケイドか州独自の医療保障制度、あるいはその組み合わせにより実施されるため、医療扶助としての性質を基調とする制度設計も可能であり、また保険に近い制度設計も許容される。

上記のとおり、アメリカの医療保障制度は、メディケア、メディケイド、CHIP 各制度内部でも、複数の制度及び原則が並立しているだけでなく、各制度が相互に乗り入れる仕組みとなっている。例えばメディケアは社会保険（公的医療保険）でメディケイドは医療扶助という区分は一応可能であるとしても、両者が一体となってアメリカの医療保障制度を構成するとすれば、そこでいう社会保険とはどのような原則に基づく仕組みであるか一言で説明するのは困難である。

典型的な社会保険の形態をとらないのは雇用主提供型の民間医療保険を中心とする現役世代の医療保障も同じである。民間医療保険に対しても、保険料や給付の面で様々な規制が及ぶ。ACA 以前から行われていた料率規制や、ERISA (Employee Retirement Income Security Act) による雇用主提供型医療保険に対する規制に加えて、ACA は民間医療保険への加入を前提として、給付の内容や保険料負担及び一部負担について具体的な規制を課す⁹⁾。すなわち、給付の主体が民間医療保険会社であっても連邦政府や州政府が制度設計に大きく関与することが可能だということである。

上記アメリカの医療保障制度を素描したうえで、社会保険としての性格を論じるためには、以下の点に着目する必要がある。加入要件をどのように設定し普遍的な制度に近づけるか、また、給付範囲をどのように設定し最低限の医療を保障するか、そして、そのために連邦政府や州政府がどのような形で関与するか、という点である。ただし、これら三つの要素を満たす制度が必ず保険の仕組みを用いなければならないわけではない¹⁰⁾。

また、上記三つの要素は給付のあり方に大きな影響を及ぼす一方、給付に係る

8) 常森・前掲注 (5) 87-88 頁。

9) 料率等民間医療保険への規制及び一部負担の補助について、アメリカ医療保障制度に関する研究会・前掲注 (6) 53-68 頁（長谷川千春執筆部分）。

負担の程度や方法について具体的な指針を示すものではない。ここでいう負担の程度や方法とは、給付を受ける個人がどれだけ負担すべきかという側面と、被保険者間でどのように負担を分かち合うべきかという側面の両方を含む。アメリカの医療保障の一部においてなぜ社会保険という方法が採用されるかという点についてはその沿革によるところが大きいとしても、なぜ社会保険を採用すべきかという問いは、根本的には負担の方法論に帰着する。そして、アメリカにおける負担の方法論について議論するためには個人レベルでの負担軽減策とともに、集団的なリスク調整と当該調整への連邦政府や州政府の関与のあり方を見ていかなければならない。

2 ACA の全体像

ACA は、エクステンションの創設や個人単位の医療保険加入義務付けに加えて、メディケイドの給付範囲の拡大を軸としつつ、メディケア改革など多様な内容を含む包括的な立法である¹¹⁾。また、成立後オバマからトランプ、バイデンへと政権交代したこともあり、例えば上記医療保険加入に伴うペナルティ等重要な改正が行われていることにも注意する必要がある¹²⁾。

上記のうち社会保険を通じた医療保障という観点から見た時、注目すべきは民

10) 公的な関与の典型的な形態としてのシングル・ペイヤー、社会保険における最低保障の困難、普遍的な給付のメリット及びデメリットについて、ROBERT D.LIEBERTHAL, WHAT IS HEALTH INSURANCE (GOOD) FOR? AN EXAMINATION OF WHO GETS IT, WHO PAYS FOR IT, AND HOW TO IMPROVE IT 203, 206, 208, 213, 214, 215 (2016) これらは、ACA や M4A をめぐる議論でも重視されてきた要素であるが、例えば M4A では特に普遍性が重視されてきたことについては常森・前掲注 (5) 92-97 頁。

11) P.L.111-148. ACA 成立から、第 1 次トランプ政権を経て、バイデン政権下に至るまでの変化について、アメリカ医療保障制度に関する研究会・前掲注 (6) 83-90 頁 (山岸敬和執筆部分)、91-95 頁 (津川友介＝五反田紘志執筆部分)、高山一夫『現代アメリカ医療政策の展開 ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』(法律文化社、2024 年) 29 頁以下、139 頁以下。また、オバマケアにおける ACO を用いた医療費管理について関ふ佐子「アメリカにおける医療の質と費用の管理 ― ACO の工夫」日本医師会・民間病院アメリカ医療・福祉調査団報告書『ダイナミックに変化するアメリカ医療 ― オバマケアの成果とトランプ後の行方 ―』(博仁会、2017 年) 44-57 頁。

12) 医療保険加入義務付けに伴うペナルティの廃止について、常森裕介「医療保険への加入義務付けとアメリカ医療保障体制の変化 ― オバマケアにおけるペナルティ廃止を素材として ―」週刊社会保障 3016 号 (2019 年) 48-53 頁。

間医療保険への加入促進を目的とする各施策であろう。現役世代の医療保障において、雇用主提供型の民間医療保険が前提となることをふまえると、医療保険に加入していない被用者、例えば中小企業の被用者の医療保険加入の拡大が優先的な課題となる。中小企業は、使用者、被用者ともに保険料負担能力を欠くこともあるため、中小企業の従業員には無保険者が生じやすい。そのため ACA は中小企業に対して、従業員の医療保険加入を促すための税額控除等を規定している¹³⁾。

同時に被用者以外の人々が個人単位で医療保険に加入するための支援も重要になる。上記雇用先で医療保険に加入できない人々に加えて、フリーランスや無職の人々なども保険料負担等を理由に無保険になりやすい。ACA はこれら無保険者の医療へのアクセスを確保するために、民間医療保険への加入を義務付けるという方法を選んだ。

ACA における加入の「義務付け」は単に加入を義務付けるだけでなく、無保険者に対して税制を通じたペナルティを課すというものであった。加入を強制するのが国家である一方、無保険者は民間保険会社と契約しない限り保険料を支払う義務はないため、加入を強制した連邦政府が税制を通じて保険料とは別に（保険料相当の）ペナルティを徴収するというものである。前述のようにペナルティがゼロとなった現在、民間医療保険への加入義務付けがもつ実質的な強制力は失われたとみることもできる。しかし、例えばメディケアのパート A と比較した時、ACA の加入義務づけはいくつの特徴をもつ¹⁴⁾。

メディケアのパート A は連邦政府が国民に対しパート A への加入を強制し、同時に社会保障税という形で事前の拠出も強制し、徴収も連邦政府（社会保障庁）が行う。また給付（医療費の支払い）も連邦政府が行う。これに対し、ACA における民間医療保険への加入義務づけは、保険料の徴収及び費用の給付は民間医療保険会社が担う。そのため、契約を通じて保険を成立させる責任は民間保険会

13) 企業規模も含めた雇用主提供型医療保険の現状について、アメリカ医療保障制度に関する研究会・前掲報告書 116-125 頁（長谷川千春執筆部分）、ACA の中小企業対策について中浜隆「アメリカにおけるオバマケアの新規性」損害保険研究 80 巻 3 号（2018 年）16-19、27-29 頁。

14) 成立時の ACA による加入義務付けを分析したものとして、坂田隆介「医療保険改革法とアメリカ憲法（1）」立命館法学 356 号（2014 年）17 頁以下。また、加入義務付けやペナルティの要件について、中浜・前掲注（13）3-7 頁。

社が負う一方、国家全体で「社会保険」を成立させる責任は連邦政府が負うと理解できる。ただし、後述するように、給付（プラン）の内容への規制等により、連邦政府と民間医療保険会社の関係はより複雑なものとなる。

3 小括 社会保険と医療保険市場

社会保険を十分な医療給付のための財源を調達するための手法の一つと考えた時、保険給付を賄うに足りる保険料を徴収できるのであれば、保険者が政府であっても民間保険会社であってもよいといえる。しかし、無保険者が多数生じているアメリカの現状を見ると、多数の保険集団が市場の中で成立する一方、いずれの保険集団にも加わることができない人々もいる。また、保険集団間で保険料や給付、あるいは保険料に対する給付の価値について差が生じることも問題だといえる。

上記のような医療保険市場のもつ限界に対し、公的医療保険を拡大し、全員を一つの制度に組み込むという方法もある。他方で、保険集団の併存を前提としたうえで、被保険者間、保険者間のリスク調整を行う方法もある。後者の方法を採用する場合、被保険者及び保険者に市場の中で自由に振る舞うことを許しつつ、一定水準以下の給付や高額な保険料を規制し、あるいは給付や保険料における著しい差を生まないための仕組みが必要となる。エクステンジは、そのような格差を生まないための規制された市場だといえる。

II 公的医療保険市場の構築を通じたリスク調整

I ではアメリカの医療保障制度及び ACA の概要をみたうえで、アメリカの医療保障制度において社会保険と社会保険以外の部分を整然と分けることができないことを確認した。その中で包括的な医療保険市場の基盤を提供するのがエクステンジである。

エクステンジは、連邦政府による規制と補助により成り立っており、前者に当たるのが保険者に対する保険料規制や無保険者に対する医療保険加入義務付けであり、後者に当たるのが個人加入者への補助や中小企業の従業員に対する保険料税額控除である¹⁵⁾。もちろん、エクステンジはそれ自体市場として全ての条

件を備えているわけではなく、医療保険市場が自立して存在することを前提に、前述したように条件付け及び環境整備を行うものである。そのうえで、市場の構築を通じて社会保険の成立を促す試みとして、以下エクスチェンジ及び ACA によるリスク調整の仕組みについて検討する¹⁶⁾。

1 エクスチェンジの役割¹⁷⁾

(1) エクスチェンジの構造

エクスチェンジとは、一定以上の質を伴う医療保険プラン（認定プラン）を全ての人が購入できることを目的として設定される医療保険市場である。エクスチェンジ（American Health Benefit Exchange）では、一定の質を伴う医療保険プランの購入に関する調整が行われ¹⁸⁾、連邦政府はそこで売買される医療保険プランが満たすべき要件を設定する¹⁹⁾。ただし連邦政府が設定する要件は一般的な内容にとどまる²⁰⁾。また、エクスチェンジは、政府機関もしくは州が設立する非営利団体でなくてはならず、他にも、歯科単独のプランの提供を可能にしなければ

15) LIEBERTHAL, *supra* note 10, at 225.

16) なお、条文は ACA 成立時のものである。本稿の意図はエクスチェンジの原型として ACA 成立時の仕組みを検討対象としつつ、その後の変化も含めて医療保険市場のあり方を分析するというものである。

17) ACA 成立時のエクスチェンジの概要について関ふ佐子「アメリカにおける医療保障改革——公私混在システムの苦悩」論究ジュリスト 11 号（2014 年）77-79 頁も参照。

18) 42. USC. 18031 (Section 1311) (b) (1) (A). 同項では他に、中小企業向けのオプション（SHOP Exchange）を提供すること、同 (d) で掲げる諸要件を充たすことが規定されている（同 (B) - (C)）。エクスチェンジの詳細については、中浜・前掲注 (13) 24-35 頁も参照。

19) 同 (c)。

20) 重い医療ニーズを有する者の加入を妨げるような販売方法や給付設計を採用しないこと、医療提供者に関する選択肢を十分に与えること、また加入者及び将来の加入者に対し医療ネットワークの範囲について情報提供すること、当該医療保険を利用できる医療ネットワークに低所得で医療へのアクセスが不十分な者に医療を提供する医療機関が含まれていること、臨床の質に関する認定を受けること、質の向上に関する戦略を導入すること、加入形式を統一すること、オプション提示の形式を標準化すること、医療保険プランの品質基準に関する情報を提供すること（同 (c) (1) (A) - (H)）。その他連邦政府が設定すべきこととして、医療保険プランのランク付けの仕組み（同 (c) (3)）、加入期間の設定（同 (6)）などがある。

ばならないこと、追加給付にかかる費用を州が負担すること等が条件となる²¹⁾。
 エクスチェンジの役割として、医療保険プランの認定や個人レベルの保険加入義務免除の確認等がある²²⁾。財政規律については、州が自律的な財政運営を行うことや、人件費や広告費への支出が制約されていることが挙げられ、また重要事項に関する諮問や費用の公表が求められている²³⁾ものの、連邦法レベルの規制は大まかなものにとどまる。

エクスチェンジにおけるプランの認定では、一定の要件を満たすことに加えて、保険料値上げと値上げの正当な理由を分かりやすい形で告知することを求めており、過剰な値上げや正当性のない値上げについては、当該医療保険プランの評価にあたり考慮される²⁴⁾。

(2) エクスチェンジの参加者

エクスチェンジは、認定を受けた個人 (Qualified Individual 個人有資格者)、認定を受けた事業主 (Qualified Employer 認定事業主) から成る。これらは認定を受けた医療保険プランを購入する主体であり、また、認定事業主に雇用された被用者は認定事業主が選択したレベルに応じて認定プランを購入することができるものの²⁵⁾、エクスチェンジの個人有資格者と雇用主提供型医療保険の提供を

21) 同 (d) (1) - (3). その他、認定プラン以外のプランを提供してはならない (同 (2) (B) (i))。

22) 同 (d) (4) (A), (H). その他の機能としてフリーダイヤルの設置、ウェブサイトの運営、医療保険プランの評価、オプション提示方法の標準化、加入者に対するメディケイドや CHIP に関する情報の提供、税額控除適用後のコストを自動計算する方法の提供、財務省への税額控除の対象となる被用者の情報等の送付、事業主に対する適格プラン加入を止めた加入者の情報の提供、ナビゲーションプログラムの設置がある (同 (d) (4))。ペナルティを免除される場合として、例えばエクスチェンジに購入可能な適格プランがなかった場合が挙げられる (同 (H) (i))。

23) 同 (d) (5) - (7)。

24) 同 (e). その他、個人有資格者や認定事業主の利益をふまえ、出来高払い、額の調整を経た保険料の賦課、当該エクスチェンジが定める状況で患者の死を防ぐために必要な治療が不適切あるいは過剰に高額になる場合でも治療を提供するようなプランを排除しないことが条件となる (同)。

25) 42 USC 18032 (Sec.1312) (a). なおエクスチェンジでの医療保険購入は任意であり、エクスチェンジで医療保険の加入が強制されることはない (同 (d) (3))。このことは ACA において何らかの医療保険に加入していない個人がペナルティ (2024 年時点では

受ける被用者という二つの地位の間の齟齬が、給付のギャップを生じさせることもある²⁶⁾。

個人有資格者とは各エクスチェンジが設定された州に居住し、エクスチェンジにおいて認定プランへの加入を希望する者である。また中小企業の事業主は、雇用する全てのフルタイム労働者を認定プランの有資格者とすることを要件として認定事業主となる。認定事業主という仕組みでは、中小企業と大企業では異なる市場を想定しているものの、州が許容すれば、大企業も認定事業主となることができる²⁷⁾。加えて、不法在留者は個人有資格者にはなれないものの²⁸⁾、この規制が各州での医療保険加入拡大の足かせの一つとなっている。

(3) 税額控除と保険料補助

ACAの主要な施策の一つが、エクスチェンジで認定プランを購入した加入者に対して行われる税額控除や一部負担の減免である。

保険料税額控除 (premium tax credits) は、認定プラン (シルバープラン) 相当の保険料が、当該納税者の年収の12分の1を超える場合に対象となり、それにより年収に占める保険料総額の割合が12分の1以下になるように調整される。本人だけでなく配偶者や被扶養者の保険料も対象となるものの、世帯収入 (連邦貧困線100%以上400%未満が対象) も要件の一つとなっている²⁹⁾。また一部負担の減免 (reduced cost-sharing) も、同じく世帯収入連邦貧困線100%以上400%未満を対象とする³⁰⁾。

実質廃止) を課されることとは区別して考える必要がある。

26) エクスチェンジで医療保険に加入した場合は配偶者や子など家族も含めて税額控除の対象となるのに対し、従来の雇用主提供型医療保険において、当該医療保険が被用者の家族を対象としていない場合、ACAの下でも税額控除の対象とならないという問題 (family glitch) がある。滝井光夫「米国の新医療保険制度：発足後の状況と注目される今夏の最高裁判決」季刊国際貿易と投資 99号 (2015年) 37頁。

27) 同 (f) (1) - (2)。

28) 同 (f) (3)。

29) 26 U.S.C. 36 (Sec.1401) (a) - (c)。

30) 42 U.S.C. 18071 (Sec.1402) (a) - (c)。保険料税額控除及び一部負担の減免については中浜・前掲注 (13) 10-24頁、アメリカ医療保障制度に関する研究会・前掲注 (6) 61-65頁 (長谷川執筆部分) も参照。

個人単位の負担軽減策として、前述した保険料税額控除や一部負担減免のほか、医療損害率（Medical Loss Ratio）に関する規制を挙げることができる。医療損害率は、保険料に占める給付等に係る費用の割合であり、医療損害率が低いと、保険料収入の多くが給付等以外の費目（宣伝費、人件費、事務手数料、利潤等）に費やされていることになる。これらの費用は保険者自身のための支出であり、時に無駄を生んでいることから、ACA では、医療損害率を 80% 以上（大規模な保険者の場合は 85% 以上）とするよう民間医療保険会社に求め、保険会社は、上記基準を下回る場合には被保険者へ払い戻さなければならない³¹⁾。ACA における医療損害率に対する規制は保険料上昇の抑制という点で一定の成果を収めたものの、医療費全体の抑制にはつながらない点には留意が必要である³²⁾。また、医療損害率は保険者の申告に基づき算出されるため、別途連邦政府や州政府により損害率を評価する仕組みが必要となる³³⁾。

(4) 小括——エクステンションの特徴

上記のとおり、ACA 成立時のエクステンションの仕組みをみると、市場への参加者（個人、事業主）を認定し、また市場で取引されるプランの内容を規制することで、多様な主体や財・サービスが流通する市場を構築している。その枠組みは二つの目的のために設定されたものだといえる。一つは、上記参加者たる無保険者が最低限の医療保障を受けられること³⁴⁾、もう一つは、彼らが医療保障を受

31) Isaac D. Buck, *Affording Obamacare*, 71 Hastings L.J. 261, 288-289 (2020). 医療損害率については、田中健司「米国におけるヘルスケア改革をめぐる健康保険業界の動き」損保ジャパン総研クォーターリー 58 号 (2011 年) 24 頁も参照。

32) Buck, *supra* note 31, at 289-290.

33) KATIE KEITH, *HEALTH CARE AFTER THE 2020 ELECTION: THE PATH FORWARD: INSURER ACCOUNTABILITY IN THE NEXT GENERATION OF HEALTH REFORM*, 15 St. Louis U. J. Health L. & Pol'y 331, 344-347 (2022).

34) 中浜は、エクステンションの特徴として、州政府の関与、連邦基準（最低基準）の提示、州政府の裁量を挙げる。中浜・前掲注 (13) 35 頁。例えば、カリフォルニア州のエクステンション（Covered California）は、ACA に基づき 2013 年から始まり、2024 年にかけて参加者の 90% が連邦政府による税額控除を受けている。他方で、州独自のプラン（Enhanced Cost-Sharing Reduction (CSR)）を創設し、シルバープランの加入者を対象に、免責部分の縮減、ジェネリック医薬品費用や一部負担の減額を行っている。COVERD CALIFORNIA, *Covered California Annual Report ISSUED NOVEMBER*

ける前提として、彼ら自身でプランを選択できることである。

ACA では選択の機会の保障が重視されている。第 1 に、公的医療保険への加入ではなく市場における民間医療保険への加入という手法が採用されている、第 2 に、保険料税額控除等の負担軽減策を通じて選択の機会が阻害されないようにしている、第 3 に、プランを四つに区分することでプラン内容と保険料の関係を明確にし、十分情報を得た状態での選択を可能にしている。

すなわち、エクスチェンジでは、連邦政府によって枠づけられた市場の中で、無保険者が自らの選択を通じて医療保障を受けられることが重要視されている。他方、このように選択の機会を保障するためには、個々人の選択とは別に連邦政府がリスク調整や所得再分配を行う必要がある。

2 医療保険市場全体のリスク調整

(1) 再保険

ACA が本格的に稼働し始めた時期に、エクスチェンジを含む医療保険市場の安定を図るために実施されたプログラムとして、(過渡的) 再保険制度 (reinsurance)³⁵⁾、リスク回廊 (risk corridors)、リスク調整 (risk adjustment) がある。これらは保険者（主として民間医療保険会社）を支援する、あるいは市場全体で保険者間のリスクを調整することで、エクスチェンジを含めた医療保険市場を安定化させ、特に高リスク者の医療保険加入を促すものである。

リスク回廊プログラムは、コスト（主として給付）と収入（主として保険料）を比較し、前者が後者の 103% 以上となった時、連邦政府がプラン（≒保険者）に対して、超過分の 50%（108% 以上の場合は対象額の 2.5% と超過分の 80%）を支払うというものである。逆にコストが収入を下回った場合には、プランが連邦政府に支払いを行う（97% 未満、92% 未満の場合につき、上記と同様の率）³⁶⁾。リスク調整プログラムもリスク回廊と類似した機能をもつプログラムで、加入者のリスク (actuarial risk of enrollees) と平均的なリスク (average actuarial risk) を比較し、各州とプランとの間で各々の高低に応じて支払いを行うもので

2024 (2024) 1, 6, 7.

35) 42 U.S.C. 18061 (Sec.1341).

36) 42 U.S.C. 18062 (Sec.1342) (b) (1) - (2).

ある³⁷⁾。

前述したリスク調整の中でも、従来から用いられてきた手法として、再保険が注目される。再保険は、保険者が予想外の高額な支払を行うことになった場合、別の主体（政府や別の保険者）が、一定額以上の費用を負担する仕組みである。医療保険だけでなく、他の領域の保険においても広く用いられており、アメリカの医療保障制度でいえば、例えばメディケアパート D（処方箋薬）に組み込まれており、各州でも独自の再保険制度が実施されている。連邦政府や州政府が保険者となる再保険の重要性は、予測を超える医療費の一部を連邦政府が引き受けることで、高齢者、障害者を含めた高い医療リスクを持つ人々に対する加入拒否を防止する点にある。高リスク者を公的医療保険（メディケア）や医療扶助（メディケイド）が引き受けるという手法に対し、再保険は民間医療保険が第一次的な保険者となったうえで、連邦政府がバックアップするという手法であるため、第一次トランプ政権含め公的医療保険に反対する側から、エクステンジを安定化させるための有力な代替策の一つとして支持されてきたという経緯もある³⁸⁾。

連邦政府等が再保険の保険者となる公的再保険は、民間医療保険市場を軸としつつ、政府がリスク調整に関与するアメリカの医療保障制度に特徴的な仕組みだといえる³⁹⁾。ただし、再保険は第一次的な保険者である民間医療保険に対する一つのインセンティブにすぎないため、高齢者や障害者、低所得者が加入を拒否される懸念は残る。そのため、個人単位の保険料補助や税額控除、後述するエクステンジに対する規制など、他の補助や規制と組み合わせることで、その効果を発揮する。これはリスク回廊やリスク調整も同様である⁴⁰⁾。

37) 42 U.S.C. 18063 (Sec.1343) (a) (2). 3R と呼ばれるこれらの手法につき、篠原拓也「米医療保険制度改革の振り返り——オバマケアは、なぜ人気がなかったのか？」ニッセイ基礎研究所（2017 年）3-4 頁も参照。過渡的再保険プログラムとリスク回廊プログラムは 2014 年から 2016 年までの時限措置である（篠原・前掲参照）。

38) 以上、再保険の機能や課題について CHRISTINA S. HO, *WITH LIBERTY AND RE-INSURANCE FOR ALL: THE DEEP CASE FOR A GOVERNMENT BACKSTOP IN HEALTH CARE*, 100 Denv. L. Rev. 39, 44-48, 51-58, 61-62 (2022)。

39) 日本の制度を見たとき、西沢和彦「2018 年度からの国民健康保険は何かが変わったのか——都道府県単位化の実態」JRI レビュー Vol. 2, No. 86 (2021 年) 56 頁は国民健康保険制度における旧保険財政共同安定化事業を「再保険」と位置付ける。

40) 保険料税額控除と再保険による保険料抑制が代替的である点や、再保険とリスク回

他方で、再保険は、連邦政府等が集団的なリスク及び大規模な支出を引き受けるという点で、個人単位の補助や個々の保険者に対する規制とは異なり、民間医療保険会社と政府が一体となってリスクを調整する点に特徴がある。ただし、再保険を通じて、連邦政府等が国民の生命や身体、財産に対する最終的な保障責任を負っているとまでいえない。また、再保険が高リスク者加入のインセンティブとなるのであれば、そのようなインセンティブを用意してもなお一定規模の無保険者が存在する点で、その効果は間接的かつ限定的なものだという点にも留意する必要がある。

(2) パブリックオプション

エクステンジは、個人有資格者等が認定プランを売買する場であり、そこでは複数の民間保険会社が保険者として認定プランを提供することで、個人有資格者等による選択が可能となり、また保険者間の競争が生じることが期待されている。しかし、実際には選択や競争の前提となる保険者の数や規模、バランスを維持できないことも少なくない。これはエクステンジという制度内の問題にとどまらず、医療保険市場全体の問題である。

この問題に対し、一定の規模と質を伴う保険者を公的に創設することで選択肢を確保するのがパブリック・オプション（PO）である。POのあり方は多様であり、連邦政府等が直接運営するもの、連邦政府等が財政責任を負う一方で運営を民間保険会社等に委ねるもの等がある。どのような形にせよ、保険者が、プラン内容やそのランク付け、医療供給ネットワーク、保険料決定等について連邦法等の規制に服するとともに、被保険者が保険料税額控除や一部負担の減免等の補助を受けることが重要な要素となる⁴¹⁾。

ただし、無保険者を加入させるという意味では、PO以外にも選択肢を創る方法はある。例えば、メディケイドは収入等が一定以下という条件を満たさなければ選択肢にはなりえないものの、州がメディケイドに加入できない低所得者を加

廊が共通の機能をもつことにつき、HO, *supra* note 38, at 104, 107.

41) Congressional Budget Office, *A Public Option for Health Insurance in the Nongroup Marketplaces: Key Design Considerations and Implications*, 5-6 (2021). ACAにおけるPOをめぐる議論については、関・前掲注(17) 77頁。

入させるために、ACA の基準に順じた基礎的なプログラムを創設することもできる⁴²⁾。

ただし、例えば各州が直接運営する、あるいは民間医療保険会社に運営を委ねて PO を創設する際には、前述のように連邦法の規制に服する必要があるため、州が創設する PO の設計と連邦法の抵触が問題となる。例えば、不法在留者 (undocumented immigrants) の医療保険加入については、連邦政府がこれを認めておらず、PO が求められる理由の一つとなっている。ただし州が独自の PO を通じて加入者の範囲を拡大すると、連邦政府による特別税額控除や一部負担の減免を受けることができず、財政面で大きな制約を受けるおそれがある。またメディケイドのマネジドケアや州のメディケイド運営機関が PO の主体となる場合でも、あるいはそれ以外の形態の PO でも所得等においてメディケイドの受給資格を満たさない人々⁴³⁾や、既に医療保険に加入にしている人々が PO を選択できるようにすることは、同じく連邦法の規制に抵触する可能性がある。連邦法の規制を免れる方法として、ウェイバー条項 (メディケイドのウェイバー条項、ACA のウェイバー条項⁴⁴⁾) の活用が考えられるものの、ウェイバー申請の承認は連邦政府 (保健福祉省長官) の裁量に委ねられており、制度設計において不透明な部分を残す⁴⁵⁾。なお PO は、ACA の成立時に法案から削除されたため、連邦レベルでは成立していないものの、類似の機能をもつ消費者主導型プログラム (CO-OP) は一部の州で実施されている⁴⁶⁾。

42) 42 USC 18051 (Sec. 1331).

43) メディケイドの州プランの要件については、42 U.S.C. 1396a Sec. 1902 参照。

44) ACA におけるウェイバー (42 U.S.C. 18052 Sec. 1332) は、過剰な自己負担に対する保障や一部負担減免を行うこと、住民に相当する数を給付対象とすること、連邦政府の歳出超過を増加させないこと等 (同 (b) (1) (B) - (D)) の要件を満たす必要がある。

45) 以上 PO の課題等について JAIME S. KING, KATHERINE L. GUDIKSEN, ERIN C. FUSE BROWN, *ARE STATE PUBLIC OPTION HEALTH PLANS WORTH IT?*, 59 Harv. J. on Legis. 145, 152-162, 168-174 (2022).

46) GABRIEL SCHEFFLER, *THE GHOSTS OF THE AFFORDABLE CARE ACT*, 101 Wash. U. L. Rev. 791, 811-812 (2024).

3 小括

エクステンヂが、医療保険市場において参加者やプランの認定を行うことで、公的な枠組みを設定したのに対し、再保険等は連邦政府が市場の外部から関与し、再配分を行うものである。また PO は、公的な保険者が市場の中に入ることで、無保険者の選択肢を確保する仕組みであった。

上記連邦政府等の多様な公的関与のあり方をみると、無保険者も含む医療保険加入者に対して選択の機会を保障したうえで、医療保険市場で取引される民間医療保険に「社会保険」としての機能を与える試みであるようにも見える。その中でもエクステンヂの仕組みは、例えば個人レベルの加入義務付けが税額控除やペナルティと一体的に実施されたこと等、その規模や方法の多様さにおいて特筆すべきものであったと評価することもできる。では、民間医療保険が「社会保険」として機能するためには、どのような条件が必要なのだろうか。

III 医療保険市場への関与と社会保険

1 普遍性と最低保障のための公的関与

I でアメリカの医療保障において、公的な医療保険であること、普遍的な適用範囲を伴うこと、最低限の保障を備えたプランを提供することが重要視されていることを述べた。これらは、並列的に論じられる要素である一方、M4A をめぐる議論をみると、公的な関与やプランの適格性は、無保険者を減らすという機能（普遍性）を支える要素とみることができる。

例えば、PO の中心的要素は、連邦政府や州政府が医療保険プランを提供する、あるいは財政的な裏付けを担うことで、被保険者の選択肢を確保し、同時に民間医療保険会社相互の競争を通じて保険料を抑制し、プランの質を維持することにある。つまり、PO を上記目的を達成する手段として考えれば、ある州に複数の保険者（民間保険会社）が存在する場合には、PO は不要ということになる。他方で、M4A の議論を参照すると、公的な主体が保険者となる、あるいは財政的な裏付けを提供することそれ自体が重要であるとも考えることもできる。

なぜ公的な関与が必要であるかという問題は、PO に限らず、アメリカの医療保障の様々な場面で議論されてきた。公的関与が要請される一つ目の理由は、す

べての人に対し医療へのアクセスを確保すること、具体的には無保険者の問題への対応である。例えば、アメリカの医療保障は、長きにわたり雇用主提供型の民間医療保険がその中心を担う一方、個人向けの医療保険市場が十分整備されてきたとはいえなかった⁴⁷⁾。そのため、ACA による民間医療保険への加入促進あるいは加入強制は、雇用主を通じて医療保険に加入できない人々、具体的には、雇用されていない者、事業主から医療保険の提供を受けていない中小企業の被用者、あるいは上記のような人々の家族の医療保険加入を促進するものであった。前述のように、ACA の特徴は、連邦政府が個人に対して加入を強制した点にある。2017 年に未加入者に対するペナルティの額がゼロとなり、強制力は実質的に失われたものの、個人に対する加入強制は、違憲訴訟も含めて、アメリカの医療保障にとって様々な意味をもつ経験となったといえる⁴⁸⁾。

ACA が個人に対する加入強制を立法化したことは、ACA それ自体に加えて、雇用主提供型医療保険を軸とする医療保障の限界を示しているといえる。雇用主提供型医療保険では、例えば企業によって提供される民間医療保険プランの質に差があるといった問題もある。しかしそれ以上に、雇用主提供型医療保険を中心とする医療保障において、連邦政府や州政府の関与がどのような形で関与すべきかということが明確でないという点が挙げられる⁴⁹⁾。

公的な関与が要請される二つ目の理由は、医療における基礎的な保障とは何か、公的に示す必要性があるということである。例えば、ACA で十分機能しなかったキャデラック税（2019 年廃止）は、医療保険プランの過剰なオプションを抑制するために、一定額以上のプランにつき 40% の追加的課税を行うものである。キャデラック税は一見すると従業員に医療保険を提供する雇用主に厳しい税制にもみえる。しかし、雇用主を通じた医療保険提供を促進するために、雇用主提供型の医療保険に対して手厚い税制優遇が行われるものの、そのような税制優遇が

47) Allison K. Hoffman, Howell E. Jackson, & Amy B. Monahan, *A Public Option for Employer Health Plans*, 20 Yale J. Health Pol'y L. & Ethics 299, 309-311 (2021).

48) ペナルティ廃止について常森・前掲注 (12) を参照。

49) 個人向けの医療保険市場への関与はインパクトが小さいとして、雇用主提供型医療保険のための PO を提案するものとして、Hoffman, Jackson & Monahan, *supra* note 47, at 315-316, 328-339.

しばしば賃上げを代替する手段として用いられ、結果的に賃上げの阻害要因になることが批判されてきた⁵⁰⁾。すなわち、キャデラック税を、税制優遇を用いて医療保険加入を促進することを前提に、過剰な保険料抛出（優遇）を制限するものとみるのであれば、キャデラック税は、雇用主提供型医療保険に対し、基礎的な給付を超える部分はどこなのか（基礎的な給付の基準）を連邦政府が示し、税制を通じ保障の範囲を画する機能をもっていたといえる。

重要なのは、保険者や被保険者に選択の余地を認めつつ、何が基礎的給付であるのか国家がその基準を示すことである。すなわち、連邦政府や州政府が保険者となって直接認定プランを提供する形でもなく、また各企業が雇用契約に基づいて自由にプラン内容を設定することによる格差を許容するわけでもなく、国家が市場の中でどのような内容の医療給付を基礎的であることを示すことが公的関与（Public）の意味である。エクステンジや PO はこのような公的な関与を制度化する仕組みと位置付けることができる。

以上のように給付における公的な関与には、実際に市場を通じて基礎的な給付内容を備えた医療保険プランを流通させるという機能のほかに、連邦政府がアメリカにおける基礎的な医療とはどのような内容であることを示し、税制を通じて上記基礎的な内容に沿った保障の範囲を画するという機能を認めることができる。

2 インセンティブと差別禁止

上記個々の加入者と連邦政府・州政府あるいは民間医療保険会社との間で負担を調整する方法に対し、連邦政府・州政府と民間医療保険会社の間でリスクを分配し、特に高リスクの被保険者が排除されるのを防ぐのが、前述したリスク回廊、リスク調整、再保険である。また、PO も、民間医療保険会社と公的な性格をもつ保険者を並置することにより、高リスク者や低所得者を州政府が引き受ける機能をもつ。

税制優遇等を通じた調整と対比されるのが、ACA における広義の差別禁止規定である。代表的なものとして、既往症をもつ者に対する加入拒否や差別的な保険料率の設定の禁止が挙げられる⁵¹⁾。また被保険者に対する差別禁止とともに社

50) SCHEFFLER, *supra* note 46, at 814-816.

会保険にとっては逆選択の防止も重要である。例えば個人単位の加入強制は逆選択を防止する機能をもつ。ただし、逆選択の防止は、個人単位の加入強制という手法ではなく、高リスク者の囲い込み (high-risk pool) といった方法でも可能である⁵²⁾。

差別的な加入拒否を禁止する規制が保険者（民間医療保険会社）と被保険者の間の契約に直接的に介入するものだとすれば、前述した各リスク調整は保険者に高リスク者を引き受けるインセンティブを付与するものだといえる。もちろん、インセンティブ付与により無保険者の数を減らすことと、無保険者対策の過程において差別的な加入拒否を防ぐことは両立する。ACA が市場の論理を尊重しつつ、公的な関与を行うものだとすれば、差別的な加入拒否の禁止は国家として市場に直接的な規制を加えるものだといえる。

3 医療保険市場への関与を通じた社会保険の可能性

エクスチェンジは、ここまで述べてきた個人レベルの負担の分かち合いと、市場全体でのリスク調整の手法を組み合わせ、雇用を通じた医療保険の購入に加えて、個人レベルでも医療保険の購入を促進する市場である。社会保険に内包される仕組みを機能の面から捉え、また社会保険を財源確保の一手段として捉えるのであれば、エクスチェンジが有する個々の仕組みは社会保険としての機能を維持するための方法（保険料上昇、逆選択などの阻害要因を除去する方法）として位置づけられる。ではこれらリスク調整の方法の集合体であるエクスチェンジは、アメリカにおける社会保険の原理と呼びうるものであろうか。

最も重要なのは、強制加入を用いた普遍的な社会保険との距離である。ACA は個人に対して民間医療保険への加入を義務付けると同時に、規制と補助を伴うエクスチェンジを創設した。このような方法は、前述したように、加入義務付け

51) 42 U.S.C. 300gg-3, 42 U.S.C. 300gg-1, 42 U.S.C. 300gg-4 (Sec. 2704), 42 U.S.C. 300gg (Sec. 2701).

52) Paige Ross, *The Affordable Care Act: Moral Hazard, Adverse Selection, Challenges, Alternative Proposals, and Amendments in Health Insurance Law*, 13 Neb. L. Rev. Bull. 1, 8-9 (2022). ACA における加入強制が逆選択防止としての意味をもつことは、ACA の合憲性判断でも重視されている。坂田隆介「医療保険改革法とアメリカ憲法（2・完）」立命館法学 359 号（2015 年）85-86 頁。

と選択の機会の保障を両立させるものであった。ここでいう選択の機会は大きく二つに分かれる。一つは、医療保険に加入するか否かの選択であり、もう一つはどの医療保険に加入するかという選択である。強制加入の社会保険というとき、いずれの場面でも選択の機会を付与しないという制度設計もありうる一方、加入は強制したうえで、どの医療保険に加入するかは選択できるという制度設計もありうる。

どのような形で選択の機会を保障するかという問題は、当該社会保険制度の普遍性にも関わる。加入の有無及び医療保険の種類のいずれの段階においても選択が許されない場合、すべての国民が、同じプラン（給付内容、保険料決定方法）を選択するという点で、強い普遍性をもつ社会保険制度だといえる。これに対し、加入は強制されるものの、プランを選択できるという場合には、無保険者がいないという意味での普遍性にとどまる。

ACA では民間医療保険への加入を義務付けられるものの加入せずペナルティを支払うことを選択できる（ただし加入を強制しても保険料の未納は生じるため、ACA によるペナルティ支払いをこれと同視することもできる）⁵³⁾。一方、どの民間保険会社と契約するか、またどのプランを選択できるかという点では強制力を伴わないものの、エクスチェンジ全体に対するプラン内容の規制や税額控除により、加入者は実質的に選択肢を制約されているといえる。

以上のとおり、エクスチェンジが社会保険といえるかと問うときには、強制加入の意味そのものを改めて検討する必要があると同時に、被保険者が任意に選択する場面を具体的に想定し、社会保険としての機能を分析することが求められるといえる。

おわりに

エクスチェンジを含めたアメリカの医療保険市場の仕組みを社会保険と呼ぶのかという点について考えるとき、本稿で検討してきた手法それ自体に加えて、以下の点についてさらなる検討が必要だと考えられる。

53) ペナルティの強制力は弱く、保険加入への誘因にとどまる旨指摘するものとして、坂田・前掲注（14）18 頁。

第1に、エクスチェンジ等で購入された認定プランに基づく給付に対して、個々の被保険者がどのように関与できるのかという点である。例えば給付拒否に対する対応や不服申し立ての制度がこれに当たる⁵⁴⁾。第2に、給付や負担のあり方に対して、政治的にどのように関与できるのかという点である。ここには各州の住民としてエクスチェンジの形態の決定に関与するといったことだけでなく、利益団体等の関与等も含まれるだろう。第3に、税制と保険の仕組みの関係である。

ACAでは、リスク調整において、様々な場面で税制を活用している。本稿で挙げた保険料税額控除や未加入者に対するペナルティ、キャデラック税はその一例である。そのため税額控除を含めた税制優遇も併せて検討しなければ、負担をどのように分かち合うのか、リスクをどのように調整しているのかという点はみえてこない⁵⁵⁾。

本稿で検討した給付や負担のあり方、リスク調整の方法、それらの集合体としての医療保険市場では、一部社会保険（アメリカでいえばメディケア）のイメージが投影され、一つの規範としてみなすことができる部分もある一方、現時点ではM4A含めスローガンにとどまっている。そのためアメリカにおける社会保険の原理を明らかにするためには、上記のようなリスク調整の方法への被保険者の関与や、集团的合意形成、また税制も含めた福祉国家としてのアメリカ全体の形についてさらに検討する必要があるだろう。

54) KEITH, *supra* note 33, at 341-344.

55) SCHEFFLER, *supra* note 46, at 835, 844.