

米国の民間介護保険の概要

1. はじめに

米国は、高齢者の介護を包括的にカバーする公的制度を持たないため、民間の介護保険が比較的発達している。したがって、米国の民間介護保険を知ることは、日本の民間介護保険を考える上で、大いに参考になるものと思われる。本稿では、米国の民間介護保険の概要を紹介するが、いささかでも参考になれば幸いである。

2. LTC 保険とは

本稿において、米国における民間介護保険（Long-Term Care Insurance、以下LTC 保険と表記）とは、ADL障害または認知障害が被保険者に発生したときに、それに伴う介護費用を保障^(注)する保険のことをいう。

(注) LTC 保険は、主に生命保険会社に取り扱っていることから、損保分野で使用する「補償」という語ではなく、生保分野で使用する「保障」を用いた。

ここにいうADL障害と認知障害とは次のとおりである。

(1) ADL 障害

ADL障害とは、簡単に言えば、ADL（activities of daily living、日常生活動作）に不自由のあることをいう。多くのLTC 保険では、ADLの具体的な項目として、入浴、衣服の着脱、トイレ、移乗、排泄コントロール、食事の6項目（表2.1参照）を挙げ、そのうちの2～3項目の動作について他者の介助を要する場合を指す。

表2.1 日常生活動作（ADL）の項目

入浴	タオルで体を拭くこと、または浴槽やシャワーで体を洗うことができる。浴槽への出入りも含む。
衣服の着脱	衣類をはじめとして身につけるものすべてに関し、装具や留め金、義手義足などの着け外しができる。
トイレ	トイレへの行き帰り、便器に腰かけること、排泄の後始末などができる。
移乗	ベッドから車椅子、車椅子からベッドなどへ乗り移ることができる。
排泄コントロール	尿意、便意を自覚し、排泄を調節することができる。できない場合は排泄後の後始末ができる。（カテーテルや人工肛門の処理を含む。）
食事	容器（皿、カップまたはテーブルから直接）やチューブあるいは静脈注射を通して自分で栄養を摂取できる。

（出典：NAIC（2000, Sec5. policy definitions））

(2) 認知障害

認知障害 (cognitive impairment) として想定しているのは、アルツハイマーその他の痴呆である。これらは、死亡時に解剖することにより確定的に診断できるものであり、生前での判定はなかなか容易ではない。各保険会社は、それぞれ工夫して認知障害の認定基準を作成しているのが実情である。

3. 公的制度とLTC保険

介護費用を負担する公的制度として、メディケアとメディケイド(図3.1)がある。

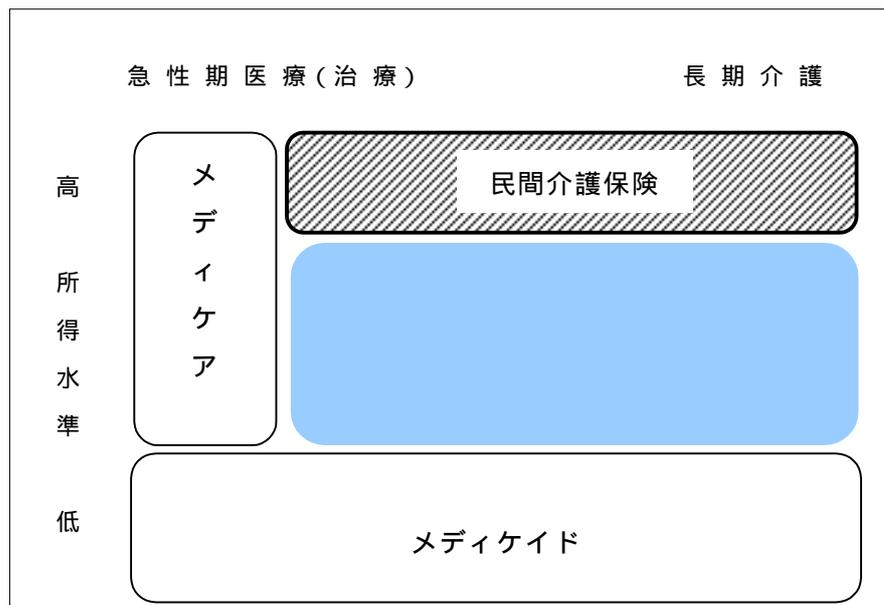
メディケアとは、65歳以上の高齢者向けの医療保険制度であり、そもそも医療について給付するもので、長期のケアを要する介護については基本的に給付対象としない。

メディケイドとは、貧困者向けの医療扶助制度であり、長期介護も給付対象としているが、給付を受けるには、収入の一定額以上を介護費用に充当しなければならず、かつ保有資産の限度も課せられ、経済的な制約が極めて強い。

このように、公的制度からの介護費用給付はほとんど期待できない実態にあり、そのため米国人は自ら介護費用を調達することが強く要請される。しかしながら、一般の米国人は、メディケアから介護費用給付があると勘違いしており、自ら手当を講じる人は少ないといわれている。仮に自己資金を介護費用に充当するにも、施設介護費用が極めて高額(ナースングホームの入所費用は年間4万ドルといわれる。)なため、限られた高所得者でもなければ自己資金が尽きるのは時間の問題である。

このような背景があり、米国ではLTC保険の役割が極めて大きく、これからの一層の普及が期待される。

図 3.1 公的制度とLTC保険



4 . L T C 保険の種類

LTC保険の種類については、何に着目するかでいくつかの分類方法があるが、ここでは、契約方式に着目した分類を示す。

(1) 個人契約

個人が直接、保険会社と契約するもの

(2) 団体契約

団体が契約者となり、団体構成員を被保険者とするもの。団体がマスターポリシーを所有し、被保険者が被保険者証を所有する。

さらに、団体契約は、契約者の性質から見て、次の2種類に分類することもできる。

(a) 雇主団体契約

雇用主が契約者となり、従業員を被保険者とする団体契約

(b) 協会団体契約

雇用主ではない団体が契約者となり、団体加入者を被保険者とする団体契約。例えば、多数の専門職が所属する団体（公認会計士の団体、弁護士の団体など）がある。また、高齢者を支援する米国最大のロビー団体AARP（American Association of Retired Persons、全米退職者協会）もこの契約をしているようである。

(3) 介護を条件とする繰上死亡保険金給付条項のある生命保険契約

被保険者に要介護状態が発生したとき、死亡前に死亡保険金の一部または全てを支払う生命保険。

ちなみに、個人契約と団体契約の構成割合を見てみると、個人契約が多数を占めている（表4.1）。

表4.1 個人契約・団体契約別に見たLTC保険の保有被保険者数・保有保険料（1998年）

	保有被保険者数 %（人）	保有保険料 %（百万ドル）
個人契約	71%（1,975,341）	89%（3,143）
団体契約	29%（806,829）	11%（388）
合計	100%（2,782,170）	100%（3,531）

（出典：ACLI（1999, p.69、p.71）を基に作成）

5 . L T C 保険の内容

(1) 保険事故

LTC保険における保険事故としては、ADL障害と認知障害の2つがある。この両者についてのあらましは、前に述べた。ここでは、税制優遇措置を受ける税制適格LTC保険を取り上げ、その保険事故について述べることにする。

税制適格LTC保険とは、1996年に成立したHIPAA（医療保険の携行性と責任に関する法律）により連邦所得税の優遇措置を受けるLTC保険のことである。この税制優遇措置を受けるには、HIPAAが定める多くの要件を満たす商品にしなければならないという煩わしさがあるが、連邦所得税の優遇措置は消費者にとって購入のインセンティブになるため、多くの保険会社が税制適格LTC保険を扱っているものと思われる。

税制適格LTC保険では、保険事故について、まず「慢性疾患であること」としており、次にその具体的内容を規定している。

「慢性疾患」とは、過去12か月の間に医療専門職が、主に次のいずれかの診断をした場合を指す。

- (a) 前に述べたADL 6項目（入浴、衣服の着脱、トイレ、移乗、排泄コントロール、食事）のうち最低2項目において、90日以上継続して、他者による相当な介助（見守り介助ではなく直接手を出す介助）が必要と見込まれる場合。
- (b) 重度な認知障害により、健康および安全の維持のため相当な監視（誰かが24時間そばについていること）を要する場合。なお、重度な認知障害とは次の2つの場合をいう。

アルツハイマー病に匹敵する症状

短期的・長期的記憶、人、場所、時に関する見当識、演繹的・抽象的な推論における障害、が認められるもの。

このように、税制適格LTC保険においては、連邦税優遇の要件の一部として、保険事故につき、かなりきめ細かい条件を課しているのである。

(2) 支払対象となる介護サービス

給付金の支払対象となる介護サービスは、介護サービスの提供場所に注目すると、施設ケアと在宅ケアの2つに大別される。

施設ケアとは、要介護者が入所する施設で提供される介護サービスである。代表的な施設は、ナーシングホームである。ナーシングホームとは、日本の特別養護老人ホームや老人保健施設に相当するといつてよい。一方、在宅ケアとは、住宅において提供される介護サービスのことを指す。

なお、これら2区分の中間形態の介護サービスも存在する。いくつか例を挙げよう。一つは、assisted living facility である。これは、ADL介助を中心とした介護サービスの提供のある住居施設を指す。board and care homesは、小規模な私的住居施設で

あり、ADL介助や、食事サービスの提供がある。adult day care centerは、家族介護者が要介護者を一時的に預ける施設である。

こういった中間形態の介護サービスについて、どこまでを給付金の支払対象範囲とするかは、商品によって様々である。

なお、多くの商品では、支払対象となる介護サービスを、事業者が提供する介護（有償介護）に限定しているが、中には、家族等の行う介護（無償介護）についても支払対象に含めるものもある。

（３）支払方法

一般に、給付金を支払うのは、保険事故が発生し、支払対象となる有償介護サービス費用が生じた場合である。このときの支払方法としては、予め設定しておいた限度額を上限に実費を支払う実費払と、実費に関係なく、予め設定しておいた定額を支払う定額払の２種類がある。多くの商品は実費払となっている。いずれの支払方法でも、予め設定する額を日額として設定することが多い。（以下、この日額を実費払では給付限度日額、定額払では給付日額と表記する。）

最近では、有償介護が無償介護かにかかわらずなく、保険事故の発生さえあれば、給付金を支払う商品も登場している。この商品は定額払である。

（４）インフレ保護

ナーシングホームの介護費用は年々上昇している（図5.1）ため、契約時に設定した給付額のまま年数が経過していくと、瞬く間に設定額が不十分となってしまう。これに対応する商品として、あらかじめ介護費用の上昇率を織り込む自動増額特約付帯商品がある。

自動増額特約付帯商品では、給付額を、年数の経過に応じて自動的に増加させてゆく。種類としては、毎年、契約応答日に前年度の給付額に対して一定率で給付額を上乗せしていく複利増額と、初年度の給付額に対して毎年、一定率で給付額を上乗せしていく単利増額の２種類がある。この場合でも、保険料は平準保険料となっている。

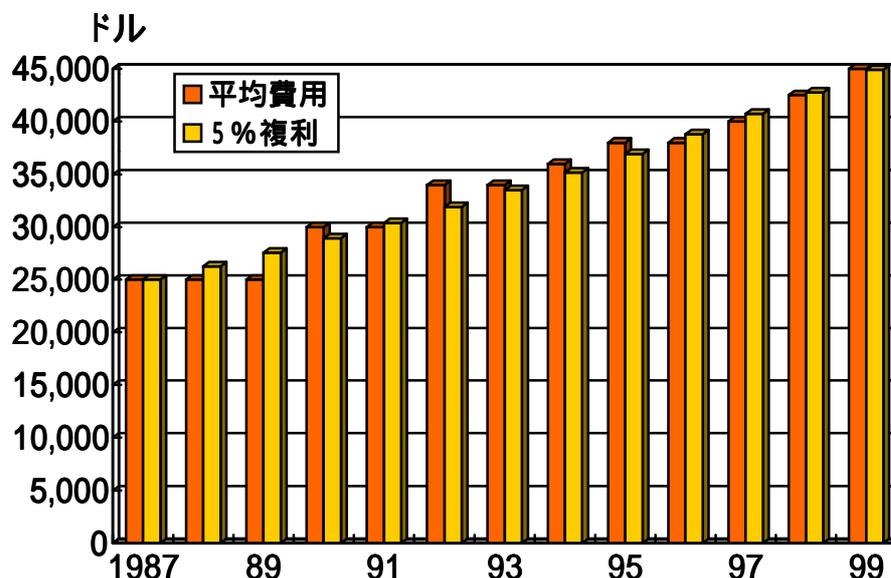
図5.1が示すとおり、ナーシングホームにおける介護費用が年々上昇しており、その上昇の仕方がほぼ5%複利による増加傾向に近い。このような傾向を考慮して、NAICモデル規則^(注)では、5%以上の率で複利増額することを推奨している。

（注）NAICとは、National Association of Insurance Commissioners（全米保険長官会議）を指す。全米各州（50州ならびにワシントンD.C.、アメリカン・サモア、グアム、プエルト・リコおよびバージン諸島）の保険庁長官が構成する非営利法人である。NAICでは、保険に対する州規制の等質性を促進する目的で、保険に関するモデル法、モデル規則およびガイドラインを制定し、各州の議会および保険庁にその採択を推奨している。

また、自動増額特約付帯商品の他に、買増保障特約付帯商品もある。買増保障特約付帯商品において、被保険者は、一定期間経過するごとに無診査で給付額を増額することができる。追加保険料は、買増時点の被保険者の年齢に基づき計算され、給付額

増額のたびに保険料が上昇することとなる。

図5.1 施設ケア平均費用（年平均）～1987年以降～



(出典 : Goetze (1999, p.112))

(5) 給付限度総額、支払期間

LTC保険では、契約の給付金総額の上限を定める。これを、給付限度総額 (benefit maximum) と呼ぶ。当該契約に関する保険会社の支払責任総額は、この給付限度総額によって決定される。給付限度総額は、次の式によって設定される。

[実費払] 給付限度総額 = 乗数 × 給付限度日額

実費払の乗数とは、給付限度日額を満額支払う場合の日数の上限である。

[定額払] 給付限度総額 = 乗数 × 給付日額

定額払の乗数とは、給付日額を支払う日数の上限である。

ここで乗数とは当該給付限度日額 (給付日額) に対する目安の支払期間 (benefit duration) ことである。一般には、2年(730日)、3年(1,095日)、4年(1,460日)、6年(2,190日)であるが、実費払の場合、実際の支払期間は給付限度総額と実給付総額の関係により決まる。一方で終身保障 (支払期間の限度なし) を扱う会社も多い。

(例) 契約時に日額120ドル、乗数を1,095として設定したとする (ただし、インフレ保護なし) と、給付限度総額131,400ドル (= 120ドル × 1,095日)まで給付金支払可能ということになる。このとき実際の介護費用が1日当たり100ドルで1,300日間であ

ったならば、合計100ドル×1,300日 = 130,000ドルの出費があったことになる。給付限度総額は131,400ドルなので、「給付限度総額 > 実際の出費額」となり、実費払の場合は、実際の出費額（130,000ドル）がすべて支払われる。一方、定額払の場合、給付日額（この場合は120ドル）がそのまま給付金として支払われるので、上限の給付限度総額 131,400ドル（= 120ドル×1,095日）が支払われる。

このように、実費払では設定した支払期間以上に支払が行われうることが特徴的である。

また、実費払では、仮に支払対象となった期間が短かったり、日額が低かったりし、給付限度総額より実給付総額が少なかった場合は、その差額が当該被保険者の将来の請求のためプールされる。（上記の例では、実費払の場合の131,400 - 130,000 = 1,400ドルがプールされる）

[給付限度総額の設定]

$$\$131,400 = 1,095 \times \$120$$

$$\text{給付限度総額} = \text{乗数} \times \text{給付限度日額または給付日額}$$

[保険会社から支払われる額]

1,300日間継続して1日当たり\$100ドルの出費したとき

（実費払） $\$100 \times 1,300 \text{日} = \$130,000$ （給付限度総額との差額\$1,400は将来の請求のためプールされる）

（定額払） $\$120 \times 1,095 \text{日} = \$131,400$

（6）統合給付限度総額

従来は、施設ケアと在宅ケアについてそれぞれの給付限度総額を設定するのが通常であったが、最近では、実費払の商品において、施設ケアと在宅ケアの両者に共通する給付限度総額を設けるものが現れてきた。この給付限度総額を統合給付限度総額（integrated benefit amount）と呼ぶ。

（例）

[統合給付限度総額の設定]

$$\$131,400 = 1,095 \times \$120$$

$$\text{給付限度総額} = \text{乗数} \times \text{給付限度日額}$$

[実際にかった介護費用]

施設ケア：200日間継続して1日当たり\$100ドルの出費

在宅ケア：300日間継続して1日当たり\$50ドルの出費

$$\$131,400 - (200 \times \$100 + 300 \times \$50) = \$96,400$$

この場合、\$96,400は将来の施設ケア費用および在宅ケア費用に充当される。

(7) 除外期間(免責期間)

除外期間(elimination period)とは、支払事由発生時点から実際に給付金支払が開始されるまでの日数のことをいう。通常、エクセス(除外期間経過後の介護費用を支払対象とし、除外期間中の介護費用は支払対象としない。)となっている。

除外期間を設ける理由としては、逆選択の防止、要介護状態になり最初の急性期はメディケアからの給付がありうるため、それとの重複を回避すること、保険料率の引き下げ効果があること、が考えられる。

(8) 給付金没収禁止

給付金没収とは、被保険者の保険料支払が困難になり、解約を余儀なくされたとき、保険者が債務不履行として、これまで支払った保険料を全額没収することをいう。これを禁止するのが、給付金没収禁止条項(nonforfeiture benefit option)である。このような条項を設けているのは、LTC保険が平準保険料率を使用しており、契約継続中に将来の給付金支払に備える貯蓄部分が生じているためである。NAICモデル法・規則では、約款にこうした条項を盛り込むことを義務づけている。

没収禁止の方法としては、主に、保険料を返戻する方法と、支払期間を短縮して払済保険にする方法がある。

6. LTC 保険の保険料

ここでは、LTC保険の保険料の特徴を述べる。

平準保険料

通常、保険料は、契約の全期間にわたって一定である平準保険料となっている。

級別

多くの場合、州別と年齢別の組合せで級別を設定している。

割引

主な割引としては、配偶者割引と健康優良割引がある。

どのような場合にこれらの割引が適用できるかは、商品によって異なっている。

配偶者割引については、夫婦双方が自社のLTC保険に加入する場合に割引適用する商品(夫婦双方に割引を適用する商品もあれば、夫または妻のいずれか一方についてのみ割引を適用する商品もある。)片方が他社のLTC保険に加入していることが判明していれば割引を適用できる商品、配偶者の存在が確認できれば割引適用できる商品などがある。

健康優良割引については、申込書の健康関連質問で一定の項目数以上で支障のない回答が得られれば割引する商品、非喫煙者について割引する商品などがある。

平均保険料水準

参考までに、1997年の主要保険会社における介護保険の平均年保険料を示すと、表6.1のようになっている。

表6.1 主要保険会社が課しているLTC保険の年間保険料の平均値（1997年）

年齢	基本プラン	インフレ保護 5%複利（IP） 付き	給付金没収禁止 特約（NFB） 付き	IPかつ NFB付き
40才	274ドル	595ドル	357ドル	770ドル
50才	385ドル	888ドル	485ドル	1,110ドル
65才	1,007ドル	1,850ドル	1,232ドル	2,305ドル
79才	4,100ドル	5,880ドル	4,779ドル	7,022ドル

（注）ナーシングホームケア給付日額：100ドル、assisted living facilityケア給付日額：最低80ドル、在宅ケア給付日額：最低50ドル、支払期間4年、除外期間20日の保障内容相当で計算。

（出典：HIAA（2000，p.24））

（業務第二部）

引用文献

ACLI（1999）*1999 Life Insurance Fact Book*, American Council of Life Insurance.

Goetze, Jason G.（1999）*Long-term care*. 3rd ed, Derborn Financial Institute, Inc.

HIAA（2000）*Long-term Care Insurance in 1997-1998*, Health Insurance Association of America.（<http://www.hiaa.org/news/news-state/news-state.htm> 2001.2.16）

NAIC（2000）*Long-Term Care Insurance Model Regulation*, April 2000, National Association of Insurance Commissioners.

主要参考文献

伊原和人（2000）『アメリカの高齢者介護』『アメリカ社会保障の光と陰～マネジドケアから介護まで～』住居広士編訳、アッカムバウム・MMPG総研・伊原和人著、大学教育出版

Abromovitz, Les.（1999）*Long-term care insurance made simple*, Health Information Press.

HIAA（1997）*LONG-TERM CARE: Knowing The Risk, Paying The Price - An Electronic Textbook*, Health Insurance Association of America.