

アメリカ従業員福祉のすべて (第6版 2009)

EBRI (Employee Benefit Research Institute) 編
鈴木 義和 (EBRI Visiting Researcher(2012.8~2013.8)) 訳

EBRI 「Fundamentals of Employee Benefit Programs sixth Edition」

Copyright ©2009 by Employee Benefit Research Institute

(注) 本邦訳の文責は訳者個人にある。原文は以下の EBRI のホームページで公表されているので、訳文について不明瞭な部分については原文を併せて参照されたい。なお、本邦訳では公務部門の従業員福祉に関する記載 (原書では第5章) については省略している。

<http://www.ebri.org/publications/books/?fa=fundamentals>

<目次>

序文	・・・ 1
第1章 アメリカ従業員福祉のあらまし	・・・ 4
第1節 アメリカの従業員福祉：イントロダクション	・・・ 5
第2節 社会保障年金（老齢年金・遺族年金）	・・・ 12
第3節 社会保障年金（障害年金）	・・・ 18
第4節 メディケア	・・・ 21
第2章 退職給付	・・・ 28
第5節 退職給付制度	・・・ 29
第6節 給付建て制度（DB）と掛金建て制度（DC）の相違	・・・ 42
第7節 利益分配制度	・・・ 49
第8節 401（k）プラン	・・・ 53
第9節 従業員持株制度	・・・ 62
第10節 キャッシュバランスプラン	・・・ 68
第11節 SIMPLEプラン、簡易退職年金	・・・ 75
第12節 複数雇用主制度	・・・ 80
第13節 年金制度における差別禁止ルールと最低適用範囲要件	・・・ 85

第14節	インテグレーション	・・・	92
第15節	403 (b) プラン	・・・	97
第16節	個人退職口座 (IRA)	・・・	103
第17節	自営業者のための退職年金制度	・・・	109
第18節	年金給付保証公庫 (PBGC)及び制度の積立	・・・	113
第19節	退職設計	・・・	117
補遺	2006年年金保護法で新たに規定された自動加入制度	・・・	123
第3章 医療給付		・・・	125
第20節	医療給付：概要	・・・	126
第21節	処方箋薬制度	・・・	143
第22節	歯科治療制度	・・・	148
第23節	視力治療制度	・・・	151
第24節	健康増進プログラム・疾病管理プログラム	・・・	155
第25節	メンタルヘルス・薬物乱用給付	・・・	161
第26節	退職者医療給付	・・・	167
第27節	COBRA	・・・	178
第28節	差別禁止ルールと医療給付	・・・	186
第29節	医療費の抑制	・・・	191

第4章 その他の給付	・・・ 2 1 2
第30節 その他の給付の概要	・・・ 2 1 3
第31節 休暇関連給付	・・・ 2 1 8
第32節 失業保険	・・・ 2 2 2
第33節 自主的な障害所得保障制度	・・・ 2 2 5
第34節 団体生命保険制度	・・・ 2 2 8
第35節 労働者災害補償制度	・・・ 2 3 3
第36節 扶養家族のケア	・・・ 2 4 0
第37節 教育助成給付	・・・ 2 4 7
第38節 従業員支援制度	・・・ 2 5 2
第39節 法律援助制度	・・・ 2 5 5
第40節 ドメスティックパートナー給付	・・・ 2 5 9

序文

エリサ法 (Employee Retirement Income Security Act) は 1974 年の法制定以来、幾たびにもわたり改正されているが、同法は今なお、アメリカにおける民間部門の退職給付、医療給付の根幹を支える法律である。2006 年に年金保護法 (Pension Protection Act(PPA)) が連邦議会で成立したが、これは 35 年前にエリサ法が成立して以来、退職給付に関する立法の中で最も大規模な改正であったと評価されている。

「アメリカ従業員福祉のすべて (Fundamentals of Employee Benefit Programs)」の第 6 版を刊行するにあたり、明らかに言えることは、アメリカにおける従業員福祉のシステムは進化し続けているということである。コストや責任を制度加入者に転換する 401(k)プランや消費者主導型 (consumer-driven) 医療プランといった拠出建ての給付制度の成長に見られるように、従来型の組織的・パターンリズミ的な価値観は、これまで以上に個人の責任を重視するという考え方にシフトしてきている。その結果、かつての雇用主と労働者の間の社会的契約 (social contract) といった側面は影を潜めてきている。

雇用主のコスト負担のあり方は、こうした状況の変化を容赦なく推し進めている。医療費コストは、全体のインフレ率よりも急激に (かつ制度の持続が困難となるペースで) 上昇を続けている。労働者に支払う報酬予算全体に占める退職給付コストの割合も、増加を続けている。これまで以上にグローバル経済が進展を続ける中で、アメリカ企業の成否は、従業員福祉制度のシステムが全く異なる海外企業との競争に打ち勝てるかどうかにかかっている。

こうした状況変化にかかわらず、従業員福祉制度は、多くのアメリカ人労働者にとって、経済的安定の柱であり続けている。家族が医療保険カバレッジの恩恵を受けている場合、それはたいへいの場合、雇用を通じて提供される医療制度を通じてのものである。退職後の生活に向けた資産について、税制優遇による積立てが認められるのも、雇用を通じて提供される退職給付制度を通じてである。雇用主、個人、議会がこうした仕組みを再検討する場合、必ず次のような疑問が生じる。現行の自主的な雇用関係ベースのシステムが (立法や新たな税制等により) 廃止された場合、何がこれにとって変わるのか、完全に代替することが可能なものがあるのか、もしそのようなものが存在するのであれば、新たなシステムは従前より望ましいシステムであるのかどうか。こうした疑問に対する回答は、個々の労働者、雇用主、政府どのレベルにおいても重要なものとなる。

「アメリカ従業員福祉のすべて」の第 6 版を刊行できたことは私の誇りとするところであるが、本書の目的は第 5 版と同様、従業員福祉の範囲、重要性及び機能について啓蒙することである。

第 6 版では、今日の民間部門及び公的部門の労働者に関する従業員福祉制度について、詳細に記述している。1997 年に刊行した第 5 版以降展開された従業員福祉に関する法律、連邦規則及び税制の改正についても盛り込まれている。

本書では、まず、いかにして従業員福祉制度がアメリカにおいて進展してきたのか歴史的経緯をレビューし、その後、社会保障年金及びメディケアという我が国における 2 つの主要な社会保険のセーフティネットについて採り上げる。退職給付のセクションでは、特に 2006 年の年金保護法 (Pension Protection Act) の制定に伴う変化が重要である。医療給付のセクションでは、医療費コストの問題、そして近年成長を遂げている医療保険プランの類型について触れる。また、

その後のセクションでは、退職給付・医療給付以外の給付（就業障害給付、労災補償等）について取り扱う。

これまでの版と同様、本書は入門書である。法律、投資ないしは福祉制度の設計や連邦規則のコンプライアンスに関する助言を提供するものではないし、そうしたものを目的としているものでもない。経済、法規制上の諸変更が絶えず生じているので、法律、フィナンシャルプランニング及び従業員福祉に関する専門情報については、法律家、金融機関及び従業員福祉の専門家に照会されたい。特定のプラン、プランスポンサー、プラン加入者に対する本書の情報の適用可能性についても最終的には法律家によって判断されるべきものである。

このプロジェクトに必要な専門情報を得るために所属の従業員福祉の専門家を利用して下さった当研究所の支援者に対し謝意を表したい。とりわけ、書き手として、レビューアールとして、そして技術的アドバイザーとして尽力してくれた、Cathie Eitelberg、Mary Feldman、Evan Giller、Ishita Sengupta、Melanie Walker の諸氏に感謝したい。

この本の刊行にあたり尽力してくれた EBRI のスタッフ、Stephen Blakely、Martha Bobbino、Craig Copeland、Paul Fronstin、Deborah Holmes、Ken McDonnell、Jack VanDerhei、本書のレイアウトを担当した Andy Unger にも感謝したい。

なお、本書で表明されている見解は、本プロジェクトを支援してくれた特定の組織や個人等に帰するものではない。

2008 年 12 月

従業員福祉研究所 理事長 ダラス・L・ソールズベリー

第1章:アメリカ従業員福祉のあらまし

第1節 アメリカの従業員福祉：イントロダクション

従業員福祉は、労働者及びその家族に対して、不測の事態に対する保険、各種サービス、所得や福祉の確保支援といったものを行うことにより、労働者及びその家族の経済的安定、生活水準の向上を図ることを目的としており、アメリカ経済全体へも大きく寄与している。

アメリカの従業員福祉のシステムは雇用主、個人、政府の連携によって成り立っている。多くの雇用関係に基づく給付（例：年金、医療保険）は雇用主によって自主的に提供されている。政府は、これらの給付を行う雇用主に対して、税制上の優遇措置を講じることでサポートしている。社会保障年金（Social Security）、失業保険（unemployment insurance）、労災補償（workers' compensation）、育児介護休業（family and medical leave）は義務的なものである。連邦政府は、個人退職口座（Individual retirement accounts）を通じた個々人の経済的保障制度、生命保険契約や死亡給付金への課税優遇措置といったものも講じている。

（これまでの歴史）

アメリカにおける従業員福祉は、植民地時代から存在している。1636年のプリマス植民地時代の退役軍人年金制度、1797年のガラティンガラス工場の利益分配制度、1875年のアメリカンエクスプレス社における企業年金制度、1910年のモンゴメリーワード社の団体健康、生命、傷害保険制度、1929年のベイラー大学病院の定型化された前払い団体入院制度のようなものが存在していた。

その後、連邦政府がこうした動きに関与することにより、従業員福祉の範囲は拡大された。1935年には、連邦政府は、社会保障の基礎部分をなす退職年金制度を法制化し、1956年には、それに障害者とその家族を対象に加え、1965年には、高齢者及び障害者の医療保険制度であるメディケア制度を創設した。この時期、増税と同時になされた従業員福祉に対する連邦税の優遇により、民間部門における自主的な従業員福祉の普及のインセンティブが高まり、その普及を推し進めた。

（従業員福祉の役割）

雇用関係に基づく給付制度（employment-based benefit program）は、労働者、離職者、障害者、退職者、そしてそれらの家族に対する所得保障、各種サービス（とりわけメディケア）を提供するものであり、国家的な取り組みとなっている。

所得保障—家族の収入の安定性は、主たる生計者が死んだり、障害を負った場合に脅かされる。団体生命保険や長期障害保険は、多くの雇用主によって自主的に提供されているが、これらは、こうした予期せぬ所得の減少を軽減するのに役立つ。雇用関係に基づく企業年金制度や貯蓄制度は、歳をとって自主退職したいと考えている労働者の経済的安定に資する。公的年金制度もまた、所得の安定確保へのニーズに対応するものである。（老齢・遺族・障害）社会保障年金（Social Security Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI))は、大半の退職者、障害を負った労働者とその配偶者に対して、生涯にわたり年金を給付するものである。失業したり、障害を負った労働者は、一時的に失業保険や労災

補償の給付の対象にそれぞれ該当し得る。

アメリカ人の多くは、生涯において、一以上の民間又は公的所得保障制度の恩恵に与することになる。2009年時点で、7,600万人（全体の49.3%）の労働者が退職給付制度を提供する雇用主に雇用されており、そのうちの76.0%が雇用関係に基づく企業年金制度に加入している。2010年3月現在の人口動態調査（current population survey）から、EBRIが推計したところ、2009年時点で、65歳以上の既婚者のうちの34.1%、未婚者の36.1%が雇用関係に基づく企業年金制度の恩恵を得ている。社会保障年金制度は、ほぼ普遍的に対象者を網羅しており、2009年時点で、1億5,600万人もの労働者及び自営業者をカバーしている。このうち、高齢者、障害者及びその家族、遺族、総計5,300万人が実際給付を受けている。2010年3月現在の人口動態調査から、EBRIが推計したところ、65歳以上の既婚者のうちの88.4%、未婚者の90.1%が社会保障年金制度から所得を得ている。

重要なサービスへのアクセス—アメリカの従業員福祉制度は、労働者とその家族に一生涯一定の生命の維持に必要なサービス（とりわけ医療ケア）を提供するよう努めている。多くの労働者は、当該雇用主がスポンサーとなっている団体医療保険に加入している。カバレッジは、急性期の病院ケアに限定される場合もあるが、歯科検診や医師の診察といったサービスも含まれる場合もある。往々にして、労働者の扶養家族もカバレッジの対象に含まれている。2009年時点で、65歳未満の人口の59.0%、1億5,610万人が雇用関係に基づく医療保険によって、カバーされている。18歳から64歳までの労働者に至っては、68.2%である。

医療保険を提供している雇用主の中には、退職した労働者に対しても給付を行っているところもある。連邦政府によって提供される高齢者及び障害者の公的医療保険制度であるメディケアの対象資格が得られる65歳に達するまでに限る場合もある。2010年3月の人口調査からEBRIが推計したところ、2009年時点で、65歳以上の34.0%が雇用主が提供する医療保険でカバーされている。また、93.5%の高齢者がメディケアでカバーされている。メディケアへの自己負担額は高額であることから、雇用主の中には、65歳以上の退職者に対して、メディケアでカバーされない部分についてカバレッジを提供しているものもいる。

従業員福祉制度は、所得保障や医療保険といったもののみに限られない。能力開発や育児ケア、長期介護ケア、法律援助といった幅広い重要なサービスへのアクセスを提供している場合もある。この他、駐車料金の補助や物品購入の割引、転居費用の償還等労働者のコストの軽減に資する支援を提供する場合もあれば、有給（病気、産休）休暇を提供する場合もある。

従業員福祉制度のリストを以下に示す。完全に網羅的なものではないが、このリストは、アメリカにおける従業員福祉制度の多様性、一連の類型を示すものであり、雇用主が自主的に提供するものと法律上義務的に提供しなければならないものとに区別している。また、これらの給付に適用される幅広い税制上の措置についても示している。

税制優遇措置からみた分類	機能別にみた分類
<p>義務的な措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 社会保障老齢・遺族年金 (OASI) ● 社会保障障害年金 (DI) ● メディケアパート A (病院保険 (HI:Hospital Insurance)) ● 労災補償 ● 失業保険 ● メディケイド (一般財源による医療扶助) ● 補足的保障所得 (SSI) ● 公的扶助 	<p>退職給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 社会保障老齢・遺族年金 (OASI) ● 補足的保障所得 (SSI) ● 自営業者退職年金制度 (キオプラン) ● 給付建て年金制度 ● 掛金建て年金制度 (401(k)など)
<p>自主的な措置</p> <p>(1) 課税</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 休暇 ● 有料昼食 ● 休息期間 ● 退職金 ● ボーナス、賞与 ● 法律援助 <p>(2) 非課税 (上限等あり)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 労働者及びその扶養家族の医療保険 ● 退職者の医療保険 ● 歯科保険、眼科保険 ● メディケアパート B (補足的医療保険 (SMI:Supplementary Medical Insurance)) ● 教育助成 ● 育児サービス ● 各種割引 ● 医療費支出口座 (FSA:Flexible spending accounts) ● 駐車場 ● カフェテリア利用 ● 食事手当 <p>(3) 課税繰延 (上限等あり)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自営業者退職年金制度 (キオプラン) ● 給付建て年金制度 ● 掛金建て年金制度 (401(k)など) <p>(4) その他の税制優遇 (保険金や給与が支払われた場合には課税対象となる)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 生命保険 ● 長期障害保険 ● 病気休暇 ● その他の休暇 (妊娠休暇等) など 	<p>医療給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 労働者及びその扶養家族の医療保険 ● 退職者の医療保険 ● 歯科保険、眼科保険 ● メディケア (パート A,パート B) ● メディケイド (一般財源による医療扶助) <p>その他のサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 社会保障障害年金 (DI) ● 長期障害保険 ● 介護保険 ● 生命保険 ● 労災補償 ● 失業保険 ● 公的扶助 ● 退職金 ● 育児サービス ● 休暇、病気休暇、傷害保険 ● 有料昼食 ● 休息期間 ● 法律援助 ● 教育 ● 医療費支出口座 (FSA:Flexible spending accounts) ● ボーナス、賞与 ● 駐車場 ● カフェテリア利用 ● 食事手当、各種割引 など

(税制上の措置)

従業員福祉制度に関する連邦税の規定は比較的新しい。企業年金に対する税法上のインセンティブは 1921 年に与えられ、1939 年からは傷病補償に対して、1942 年からは医療保険について税制優遇がなされてきている。1935 年に制定された社会保障法は、当初、労働者とその配偶者のみに退職年金を支給するものであったが、1956 年には、障害を負った労働者にも対象が拡大され (1958 年にはその扶養家族にも拡大された)、1965 年には高齢者、障害者、低所得者

への医療保険カバレッジ（メディケア、メディケイド）も包含することとなった。

従業員福祉に対する連邦税制上の措置は長年にわたり比較的一貫しているといえる。医療保険への雇用主拠出分は、労働者にとって所得とはみなされず非課税であり、雇用主も所得控除を受けることができる。さらに、雇用関係に基づく医療制度の下で受けた給付については、免税される。企業年金制度では、そのほとんどが給付を受けるまで課税が繰り延べられる。生命保険や扶養家族のケア、教育扶助といったその他の給付についても一定の上限額まで免税される。休暇やボーナス、賞与、退職金といったものは、通常どおり課税される。

（変化するニーズへの対応）

従業員福祉制度には、このように幅広いオプションがあり、その範囲は、雇用主と労働者の目的に応じて柔軟に定められ、労働者のニーズや嗜好に応じて調整することができる。一方で、アメリカ人の労働力や人口動態の変化は、従業員福祉制度のあり方・設計に影響を与えてきており、今後もその傾向は続いていくと思われる。

人口の高齢化—迫り来る変化の一つがアメリカにおける人口の年齢構成の変化である。ベビーブーマー世代（1946—1964 生まれ）の塊が現在、一方に偏って、総労働力人口の大多数を占めているが、こうした世代が退職年齢に差し掛かり始めている（最初のベビーブーマーは 2008 年に 62 歳になる）。この団塊世代が高齢化するにつれて、今度はジェネレーション X 世代（1965—1982 生まれ）が主要な労働力となっていく、労働力人口の年齢構成は更に高齢に偏っていく。高齢労働者と若年労働者との間では、ニーズ・嗜好が異なる可能性がある。ベビーブーマー世代が退職し始めると、高齢化が進み、寿命も延びる。そして、彼らは雇用以外の収入源・医療サービスに依存することになる。こうした動きは、所得保障、医療保険制度の双方に影響を与えることになる。

退職給付に係る市場の発達は、ある意味、こうした労働力人口構成の変化への対応を象徴するものともいえるかもしれない。民間部門では、掛金建て年金プラン（労働者の口座に一定の拠出を約するもの）は、伝統的な給付建て年金プラン（退職時に一定の給付を約するもの）以上に急速に普及してきていることは周知の事実である。給付建て年金プランの加入者数は、1975 年の 2,700 万人から 2004 年には 2,100 万人まで減少してきている。一方で、掛金建て年金プランの加入者は、同じ時期に 1,100 万人から 5,200 万人まで急増している。

掛金建て年金プランは給付建て年金プランより早期に受給権（Vesting）が発生することに加え、掛金建て年金プランにおける一時金の給付は、繰り延べ年金である給付建て年金プランよりも、よりポータビリティが高い。このため、より転職を繰り返す若年労働者にとって、より早期に受給権が発生し、給付のポータビリティも高い掛金建て年金プランは魅力と感ずるであろう。加えて、若年層にとって、掛金建て年金プランは経済的困窮に遭遇した場合や雇用が終了した場合に、退職前に年金口座の資金が利用可能であることから、この点も魅力の一つといえよう（ただし、退職前の引き出しや経済的困窮の場合の引き出しには通常、10%のペナルティ税と一般所得税が課せられる）。しかし、ベビーブーマー世代が年齢を重ね、労働力全体が高齢化するにつれて、こうした嗜好も給付建て年金プラ

ンへと再びシフトしてくるかもしれない。なぜなら、給付建て年金プランは、掛金建て年金プランに比べ、退職まで同じ企業で長期間働く労働者にとっては、より安定的な退職後生活保障を提供するものであるからである。また、長期勤続労働者にとっては、給付建て年金プランの方が、掛金建て年金プランより退職直前の数年間で、より多くの金額を積み上げることができる。

高齢化の影響は、すでに社会保障老齢・遺族年金（Social Security Old-Age and Survivors Insurance (OASI) program）に表れている。平均余命の増加という要因も加わって、OASIを支える労働者：OASI受給者の比率は、1950年の16.5：1から、1970年には3.7：1へ、そして2008年には3.2：1となっている。中位推計では、その割合は、2035年には2.1：1、2085年には1.9：1になると見込まれている。それに対応して、(OASIはペイアズユーゴー（賦課方式）の財政運営であることから）雇用主及び労働者に課される税は、1950年の1.5%から、1983年には4.8%へと増加した。税率は、1983年の社会保障改革で再び見直され、2010年には5.3%にまで増加した。さらに、ベビーブーマーの退職に備えて、2027年までの間に老齢年金の支給開始年齢は、段階的に67歳まで上げられることとなっている（2012年現在は66歳）。

医療給付に係る制度もまた人口の高齢化の影響を受ける。高齢者は一般的に壮年世代よりもより多くの医療ケアを必要とする。急速なペースで医療費が高騰していることによって、医療関連給付はますます増大している。1982年から2010年の間で、医療サービス及び医療関連製品の物価水準は304.4%上昇した（一般の物価水準は127.1%の上昇に過ぎない）。これにより、アメリカの総医療費の対GDP比は、1960年の5.1%から2009年には17.6%にまで達した。医療保険に対する雇用主拠出額（メディケアを含む）も、商務省経済分析局のデータからEBRIが算出したところ、1948年から2009年までの間で、年平均12.6%増加し、総額55,890億ドルに達している。これに対応して、雇用主は医療関連支出の増加を緩和するための措置を講じている。雇用主は次第に労働者に対して、医療保険料の支払いを求めたり、自己負担割合を上げたりするようになってきている。医療コストの分担、又はその他のコスト管理手法により、不必要な医療サービスの利用を抑制する効果が期待される。

OASIと同様、メディケアは、すでに人口構造の変化や急激な医療費のインフレの影響を受けている。雇用主と労働者のメディケア入院保険（HI：メディケアパートA）に対する税率は、1970年の0.6%（課税対象は年間稼得収入のうち7,800ドルまで）から2011年には1.45%（課税対象となる年間稼得収入に制限なし）へと増加した。

更なるコスト増に備え、連邦議会は、1983年に入院患者に対するメディケアパートAの償還方式を定額償還方式（Prospective payment system(PPS)）に変更した。そして、1989年には、外来医師サービスについても、償還方式を相対評価方式（Resource based relative value system(RBRVS)）へと変更した。2003年のメディケア処方改善近代化法（Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act）では、メディケアの対象に処方箋薬給付を行うメディケアパートDを新たに追加し、2006年から完全施行された。

高齢化が進展するにつれて、ナーシングホームケアや他の長期ケア（介護）への需要が高まってくるだろう。現在、そのようなニーズに対する民間保険は十分普及していない。また、ナーシングホームケアに対する連邦政府の補助も原則として、厳格なミーンズテストを経た上で認められるメディケイドの下でしか受けることができない。国民の多くがこの状況に不満を抱いており、民間保険（又は雇用主提供）による自主的な給付対象範囲の拡大、又は強制的な政府のプログラムの創設を通じて、長期ケア（介護）に対する補助の新たな仕組みを設けるよう求める動きが強まっている。

仕事と家庭の調和—父親が唯一の生計者で母親が専業主婦、子どもは二人が典型であった時代は既に過去となり、現在は、夫婦共働きで子どもたちはデイケアに預けるという家庭が多くなってきている。また一人親家族も多数となっている。女性、特に幼い子どもをもつ女性の労働参加率の上昇は、従業員福祉の変容に大きく関連している。1950年代は、6歳以下の子どもを持つ既婚女性のうち、労働者として働きに出ている者は12%に過ぎなかったが、2009年にはその割合は61.6%となっている。また2009年時点で、合計7,200万人の子どものうち、69.8%に当たる5,180万人に両親がおり、22.8%に当たる1,690万人が一人親（母親のみ）であり、3.4%に当たる250万人が一人親（父親のみ）であり、4.0%に当たる300万人が孤児となっている。

こうしたトレンドが、労働者が仕事と家庭の調和を図れるようサポートするための公的ないし民間での対応を促すものとなっている。雇用主に対し、最低限の期間、労働者に育児休暇を与えるよう求めたり、育児サービスの提供・手頃な価格での利用、質の向上等に向けた行政の関与を求める立法が連邦レベル、州レベルで進んできた。

柔軟性—労働力の構造変化に対するその他の対応としては、キャフエテリア・プラン（flexible benefit plan）の利用の増加が挙げられる。このプランでは、労働者は、雇用主が提供するメニューのなかから、給付の種類やその水準を自ら選択することができる。このため、労働者は、自分のニーズに合ったものを選択することができる。労働者のニーズに対応する従業員福祉制度は、公的であれ、私的であれ、個々の労働者及びその家族の経済的安定性を高める。育児サービスや育児休暇といった給付は、円滑なキャリアアップに資するものであり、労働市場全体にとってもメリットがある。これらの給付は、労働者の家族及び雇用主が、家庭生活における個人的なニーズと職場の経済的なニーズを調和させることに資するのである。

（給付と連邦予算）

1970年代における従業員福祉に対する連邦税制の優遇措置の拡大傾向は、1980年代、1990年代には連邦予算の赤字のため、劇的に緩まった。1980年代から90年代半ばにかけて、連邦予算は、何十億ドルもの赤字に陥ったことから、立法担当者は従業員福祉制度に対する税制優遇に起因する税収不足（いわゆる租税支出）に関心を示した。従業員福祉における給付には非課税のもの（医療）、将来に課税が繰り延べられているもの（年金）があり、当期税収入のロスに相当なものとなっている。このため、従業員福祉に係る税制優遇措置の見直しは、たびたび歳入増加の方策として取り上げられた。1997年初頭から、連邦政府予算は赤字から黒字に転

換したため、従業員福祉に対する連邦税の税制優遇は、その切り下げの脅威から解放された。しかし、9.11の同時多発テロが起き、その後テロに対する戦いが進展し、2001年から2003年まで減税がなされた上、2007年から2009年までの間に生じた金融危機と大恐慌により、連邦予算は再び赤字になった。将来、従業員福祉に対する税制優遇措置は再び精査されることになるかもしれない。従業員福祉制度は、報酬体系において引き続き重要な部分を担い続けるであろう。変化とその効果を常に注視し、その内容を理解することは従業員福祉制度を提供する側のみならず、労働者側にとっても重要である。

第2節 社会保障年金（老齢年金・遺族年金）

(Social Security Old-Age and Survivors Insurance (OASI) program)

社会保障給付(OASI)の状況(2007)

社会保障税(労働者支出分)	163.2million
OASIの税率	5.3%(in2009)
最高課税対象所得額	\$ 106,800(in2009)
総受給額	40.9million
退職労働者	31.5million
退職労働者の配偶者、子	2.9million
遺族	6.5million
平均給付月額	
退職労働者	\$1,055
給付額の対GDP比	3.49%
総税収入に対する管理コスト比率	0.5%

(出典)

Social Security Administration, The 2008 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds (Baltimore, MD: U.S. Social Security Administration, 2008).

(イントロダクション)

社会保障年金 (Social Security) は、退職した労働者とその扶養家族のために、基本的なサポートを提供する所得保障制度である。連邦政府が運営する社会保障制度の核となるものであり、連邦内で最大かつ普遍的な給付制度である。社会保障年金の対象者は、他のどの制度よりも多い。多くの労働者にとって、課税される社会保障税は連邦所得税を超えるものとなっている。

社会保障法 (Social Security law) は 1935 年にニューディール政策の一環として成立して以来、多くの社会政策の法律上の根拠となっている。社会保障には 3 つの主要なプログラムが存在する。

① 老齢・遺族年金 (Old-Age and Survivors Insurance (OASI))

退職年金を高齢者に提供するもの

② 障害年金 (Disability Insurance (DI))

障害を持ち、収入を得て経済的に自立することが困難な社会保障制度加入者に給付を行うもの

③ メディケア (Medicare)

高齢者及び障害者のための連邦医療保険制度

社会保障庁 (Social Security Administration) は、社会保障年次報告において、①から③の

各プログラムのデータのみならず、①②全体の数値（Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI)）も提供している。この節では、OASI の部分についてのみ扱う。DI やメディケアは別の節で扱う。

社会保障年金はその税をほぼ全ての労働者及びその雇用主から徴収している（年間給与所得の 12.4%（ただし 2009 年現在 106,800 ドルを上限）。労使折半）。そして、その税金で受給可能年齢（最短 62 歳）に達した退職労働者や、就業不能となった障害者、それらの扶養家族に対して毎月給付を行っている（額は、インフレ率に応じて毎年調整される）。この制度は、社会保障庁によって管理・運営されている。

これまでのところ、社会保障年金制度の税収は給付額を超過しており、超過額は、連邦政府の負債を工面するために貸し付けされている。しかし、2020 年代には、約定の給付を行うためには現在の税額では不十分となることが予想されている。連邦政府に貸し付けている社会保障年金制度の超過金が（国庫から）利子付きで返済されたとしても、2050 年代には、給付を行うための資金が枯渇すると予想されている。制度の支払能力を維持し続けるの改革の道筋について、議論が繰り広げられている。

（沿革）

今日の社会保障年金の基礎となる法律は、1935 年に、ルーズベルト大統領が提案し、連邦議会が即座に成立させたものである。この法律は、今日では失業保険や子を養育する家庭を支援するための制度などその他の重要な制度の根拠法ともなっている。当初立案されたときは、3,000 万人以上の労働者を対象とする制度であったが、自営業者、政府職員、農業従事者、家内労働者といった大部分の労働者層は除外されていた。

この法律では、対象となる労働者と雇用主に対して、稼得所得に対する課税を行い、その税収をプールし、実際の給付は 1942 年から開始されることとされた。課税の開始時期と給付の開始日のタイムラグは、この制度が自ら独立して資金を調達し、連邦政府の一般税収に依存しないことを目的に設計されたものである。

1937 年に制度が開始したときの税金は、労働者の年間所得の 3,000 ドルまでの部分について、労働者と使用者それぞれ 1%分であったが、現在は、その率は退職年金分 5.3%、その後創設された障害年金分 0.9%の合計 6.2%（労使合計で 12.4%）となっている。

制度創設時、社会保障年金の水準は、快適な生活を送るために十分な水準ではなく、簡素な生活を賄うに必要な程度であればよいと考えられた。すなわち、年金水準は、決して退職後の唯一の収入源となることを想定して設計されたわけではなかった。現役時代の生活水準を退職後も維持するためには、個人の貯蓄や、企業年金制度によって補完されるべきものと考えられていた。

また、社会保障年金給付は、低所得労働者に対してより多くの給付を行うことで、貧困を和らげようという、所得再分配の性質を有するものと考えられた。高報酬労働者は、多くの給付を得られることは確かであるが、低所得労働者は税負担額に対する給付率の割合から見れば、より多くの給付を得られていることになる。これは、高報酬労働者より、低所得労働者の方が所得代替率が相当程度高いことを意味する。

連邦議会は、実際に給付が始まる前の1939年に社会保障給付の対象を拡大した。また、1940年に給付が得られるようにするとともに、受給者の扶養家族や遺族にも受給資格を認めた。

(退職後の年金給付額についての) 給付算定式は固定されていたため、給付額の実質価値は、賃金や物価が上がるにつれて、減少した。このため、連邦議会は、受給者の購買力を維持するために、随時給付額を増加させた。1972年には、随時引上げられてきた給付額の調整手法が廃止され、毎年のインフレ率に連動して給付額を調整するように制度は修正された。賃金ではなく物価の変動率に給付額を連動させたことにより、賃金上昇率が物価上昇率より緩やかであっても、年金受給者は購買力を維持することができた。この修正は、当初制度の財政問題への懸念を加速させたが、近年では肯定的な効果が現れてきている。現役労働者の退職時の給付額の算定にあたっては、1977年の改正により、所得によって調整されることとなった。このため、賃金の上昇に対して、退職年金の購買力は維持された。このように、給付をより充実させたことから、それに必要な財源を捻出するため、同時期に社会保障税は幾たびも引上げられた。

制度が財政的に不安定な状況に陥ったため、1983年に、課税ベースの拡大、給付の削減に関する大きな改革がなされた。これは今日に引き継がれてきているものであり、次のような特徴を有している。

- ・ 政府、非営利組織に雇用される職員を含め、ほぼ全ての労働者が制度に加入することとなっている。当初、社会保障制度が開始したときは、全労働者の50%程度しか加入していなかったが、今日では、アメリカの全労働者数の95%以上が制度に加入している。
- ・ 満額の給付を得ることができる通常退職年齢は、65歳から67歳まで引上げられる。早期退職年齢（給付額が削減されるが早期に受給できる年齢）は、62歳である点は変わらない。だが、支給開始年齢を引き伸ばした労働者はより多くの給付を得ることができる。
- ・ 1983年に初めて、富裕層の受給者に提供される社会保障給付の一部に、連邦税が課されることとなったが、この税金は社会保障信託基金（Social Security Trust Funds）に充当されている。

社会保障制度を構築した人たちは、労働市場から引退した人々に対して給付がなされるものと想定していたが、退職パターンが変容したことが、結果として、高齢者が社会保障給付と賃金収入を同時に得ることを認める制度に社会保障制度を改革することにつながった。現在では、62歳以上の労働者は一定限度までであれば、社会保障給付の額には影響を受けない形で、収入を得ることができる（通常退職年齢以上に達すれば、他の収入如何にかかわらず、満額の社会保障給付を受けることができる）。近年、4分の3以上の受給者が65歳以前に受給することを選択している。

(多くの者が現在予想しているように) 社会保障制度が、約定された将来の給付の支払いに関する困難な課題に直面する場合、その根本原因は、第二次世界大戦後のベビーブーマー世代の引退、及び平均寿命が延びることに伴う高齢化の進展であると考えられる。基本的には、現在の労働者は、受給者への給付のために必要な税金を支払っている（賦課方式）。労働者と受給者の比率が偏ってきたときに（すでに近年そのような傾向が表れているが）、給付に必要な税金が枯渇してしまう可能性は極めて高い。2007年には、受給者一人当たり、3.3人の労働者の割合であったが、政府の予測ではその数は2030年には2.2人までに減少するとされて

いる。

(加入状況)

社会保障への強制加入はほぼ全ての労働者に適用されているが、適用除外とされている労働者が今後減少することから、加入率は、今後、増加していくと見込まれる。現在、96%を超える労働者がすでに加入している。教会の中には、社会保障税の雇用主負担分が適用除外とされているところもあるが、そこで働く労働者は、自営業者と同様に、自己申告し加入しなければならない。当初から社会保障制度に加入しなかった州、地方政府の労働者は現在でもなお、適用除外とされているが、その数は減少してきている。しかし、州、地方政府で働く労働者については、新規雇用者であっても今なお制度の適用除外となっている類型も存在する。鉄道関係労働者の多くは、社会保障制度の代わりに鉄道退職者プログラム (Railroad Retirement Program) でカバーされるが、コストと給付の仕組みは社会保障制度と極めて類似している。

(給付内容)

毎年、社会保障庁が社会保障制度に加入する各労働者に社会保障口座の文書を提供している。これは、社会保障税をこれまでいくら納入したのか、退職年金の支給額の見込みはいくらかを示すものである。この仕組みは、リタイア直前ではなく、労働者が誤った社会保障口座の情報を訂正するための機会を随時付与することに加え、退職に向けた労働者の備えをするために必要な情報を提供するものである。

給付額は、社会保障税を支払った年月、支払った税額、最初に受給を受ける年齢といった要素に基づく算定方式によって決定される。一般的には、課税最低限 (毎年調整され、現在 1,000 ドル以下) 以上の収入に課される社会保障税を 10 年間 (40 四半期) 支払えば、完全受給資格 (fully insured) が認められる。そして、給付額の算定に当たっては 35 年間の所得が考慮される。このシステムは、現役時代の所得が多ければ多いほど給付額それ自体も多くなる仕組みであるが、所得代替率で見れば、低所得に有利な仕組みとなっている (ただ、高所得者は低所得者より長生きする傾向にあるので、生涯受給できる額 (リターン率) は結果的には同じということを示す研究もある)。給付額の算定に当たっては、物価が実質的に低い現役時代の労働者の賃金水準と同等額を年金額として受給することができるように従前の給料収入が調整される。

社会保障年金受給者の配偶者とその扶養家族は、追加的に給付を受けることができると共に、受給者遺族としても給付を得ることができる。62 歳を超えており、かつ婚姻期間が 10 年を超えていれば、離婚した元配偶者にも受給資格が認められる。

(改革のオプション)

21 世紀を迎える以前から、もし改革がなされなければ、21 世紀中盤までに社会保障基金は、支払不能に陥り、現行法により受給資格が認められている者への給付は不可能となるとの予測が広く共有されていた。現在の仕組みが据え置かれるのであれば、社会保障財政を均衡させるために、約 30 パーセントの給付カットが必要とされるだろう。もし、増税により対応するの

であれば、今世紀後半には、課税所得の20%まで税率を引き上げなければならないであろう。

従来、同様の問題が生じたとき、(給付額をカットするか、受給開始年齢を引上げるかにより) コストを削減するか、(課税ベース、税率を引上げることで) 収入を増やすかのいずれかによって対応してきた(1983年の改革では双方の措置を採った)。

しかし、今後は、より根本的な改革が必要であると主張する者もおり、彼らは、中央集権的に国営化されている制度を税制優遇を講じた上で個々人が貯蓄を積立てていく方式に徐々に変更していくべきと主張する。その主張の支持者は、この方法は労働者が貯蓄の面で大きなリターンを得ることができ、多くの選択肢を提供するものであると説明する。現行法の下では、例えば、社会保障年金の受給開始年齢前に労働者が死亡し、その者に扶養家族がいないときは、何ら給付がなされない。改革案の中には、死亡した加入者によって蓄えられた資金は、その遺産として認めるべきだとするものもある。このような個人化されたシステムへの移行は、現行制度の持つ所得再分配機能を減退させ、高所得者に優位な制度となり得る。

社会保障システムの個人化へ批判する者は、個人単位の勘定とするやり方は、制度の基本的な設計を自助による社会保障システムへと転換し、低所得者を犠牲にして裕福な者に利益を与えるもので、低所得高齢者(特に女性)をハイリスクに陥らせるものである、これは、究極的に現行制度の財政問題を解決できないどころか、むしろ悪化させるものであると主張する。

政治的な論争においてほとんど注目されていないが、現行の世界で最も大きい給付建て退職年金システムをある種の掛金建て年金システム(このシステムでは、個人の拠出分に係る個々の口座への割当のスピードと正確さが不可欠である。)へと変革するに際しては、潜在的に大規模な管理上の問題、記録保存上の問題が生じることとなる(社会保障税の支払税額を個人の労働者に割り当てるには多くの年月が必要となる)。いずれせよ、個人単位の社会保障勘定を認める上で、一番重要な問題は、どのようにそしてどの程度のコストで、国家的な給付システムを抜本的に再構築される社会保障税の徴税システムに適応させるのかということである。これは、とりわけ自動化された給与台帳システムを持たない小規模雇用主にとって深刻な問題になり得る。

株式市場が二桁成長を遂げるほど好調であったとき、社会保障の個人化、民営化の議論は盛んに行われたが、2000-2001年の間に市場が縮小した際に関心は薄れたように思われる。ブッシュ政権時の2001年、そのような社会保障の個人化のコンセプトはあったが、具体化することはなかった。ホワイトハウスのイニシアチブの下で改革の方策を検討するために、大統領によって指名された委員会でも特定のプランをとりまとめることはできなかった。国会議員の中には、社会保障税の一部を特定の個人口座に転換させることを認める中間のアプローチを推奨するものもいた。

社会保障を強化するために大統領が指名した委員会は、上記のようなアプローチを支持する一方で、長期的な課題は解決できる可能性があるが、短期的中期的な財政不足は解決できないだろうと指摘した。確かに、新制度を創設すれば、制度の転換期に多額の財政的需要を必要とする。最終的にその委員会は、現行制度を補完する形で社会保障個人口座を組み込む3つの異なる改革モデルを示した。

社会保障信託基金に関する受託者委員会では、もし制度が修正されなければ、将来の支払能

力の問題が 2040 年代には給付に影響してくるだろうと予測している。改革の遅れは、厳しい給付の切り下げや増税を意味し、改革の選択肢を狭めることにしかならないということについては、広く見解が一致している。

近い将来（今後 10 年の間と予想される）、社会保障の税収が給付額を下回り始めることが予想されるが、その時点で、社会保障制度は、もはや連邦政府の負債に貸付することはできなくなり、国庫は借り入れていた社会保障制度からの貸付金の返済をしなければならなくなる。一方、こうした状況でも社会保障制度が全く給付を行えなくなることを意味するわけではないことに留意する必要がある。最悪のシナリオでも、（現行の）社会保障税収（率）によって、約定給付額の 70%以上は支払うことは可能と見込まれている。

第3節 社会保障年金（障害年金）

(SOCIAL SECURITY DISABILITY INSURANCE (DI) PROGRAM)

社会保障給付(DI)の状況(2007)

社会保障税(労働者支出分)	163.2million
DIの税率(労働者及び使用者双方)	0.9n2009)
最高課税対象所得額	\$ 106,800(in2009)
総受給額	8.9million
障害を負った労働者	7.1million
障害を負った労働者の扶養家族	1.8million
平均給付月額	
障害を負った労働者	\$979
給付額の対GDP比	0.7%
総税収入に対する管理コスト比率	2.6%

(出典)

Social Security Administration, The 2008 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds (Baltimore, MD: U.S. Social Security Administration, 2008).

(イントロダクション)

1956年に社会保障制度の対象は、障害年金の分野にも拡大した。1956年に制度が創設された当初、障害年金制度の対象範囲は、50歳以上の労働者のみであったが、その後、年齢にかかわらず障害を負った全ての労働者及びその扶養家族にまで拡大された。

(受給資格要件)

31歳以上（通常退職年齢（normal retirement age(NRA)¹）未満）の（視覚障害以外の）障害を負った労働者は、完全受給資格（fully insured²）を持ち、かつ障害を負った日を最終四半期とする40四半期のうちで、少なくとも20クレジット（四半期）あれば、労働者及びその配偶者・子に対して毎月、障害年金が支給される。24歳から30歳までの間に障害を負った場合は、21歳から障害を負った日を含む四半期までの間に経過した総四半期数の2分の1のクレジット、24歳未満の場合は、障害を負った日を含む四半期を最終四半期とする12四半期で6クレジットが受給資格として必要である。通常退職年齢未満の視覚障害を負った労働者及びその配偶者・子も当該労働者が完全受給資格を充たせば、障害年金を受給できる。

障害の定義一月々の障害年金を受給するためには、労働者が十分な仕事をする事ができな

¹ 障害年金は、通常退職年齢に達すると、老齢退職年金に移行する。

² 完全受給資格を得るには当該者は通常、21歳から後、①62歳の誕生日、②障害、③死亡のいずれかが先に生じた年まで、毎年1クレジット以上を稼得していなければならない。

いほど、重度の知的、精神的、身体的な障害があると認められなければならない。加えて、障害は死に至るもの、又は 12 ヶ月以上継続するものと認められなければならない。最初の障害の認定は、保健福祉長官（Secretary of Health and Human Services）によって制定された規則に従って、State Disability Determination Services (DDS)によってなされる。

給付額の算定一月々の給付は、5月の待機期間(waiting period)の後、障害を負った通常退職年齢未満の労働者に対してなされる。障害を受けた労働者は、障害を負った時点の基本年金額（PIA：primary insurance amount）と同等の給付を毎月得ることとなる。

62歳を超えてから障害を負い、（通常退職年齢より早期の受給を選択し）減額された老齢年金を受給していた場合には、障害年金は、老齢年金を受けていた月数を考慮し、減額される。他の社会保障年金と同様に、障害年金も生計費の変化を反映し、毎年増加されている。障害を負った労働者が連邦、州、地方政府の現行法制の下で、労災補償その他の就業障害給付も受給している場合、それらの障害関連手当の総額は、障害を負った際の平均報酬の80%を超えてはならないこととなっている。

障害を負った労働者の家族に対する給付は、退職した労働者の家族に対するものと同様の基準に基づいて支払われる。しかし、障害年金の場合、家族が受けることのできる給付の上限は、退職年金給付や遺族年金給付における家族に対する給付額よりも少々厳しい。所得制限は、障害年金受給者本人には適用されないが、当該受給者の扶養家族として給付を受けている就業中の配偶者・子には適用される。

就労復帰を後押しするために、完全に治癒はしていないものの職場復帰を果たした労働者に対しては、9ヶ月間（必ずしも連続している必要はない）のトライアル雇用が認められ、この間、障害年金は支給され続ける。

（仕事復帰へのインセンティブ）

1999年の12月17日に、Ticket to Work and Work Incentives Improvement Actが成立した。この法律は、障害年金受給者が仕事に戻ることができるよう支援するため、社会保障庁のプログラムを強化するものである。この法律は、職業訓練的リハビリサービスについて、より多くの選択肢を受給者に与えるものであり、また、仕事に復帰したために現金給付を受ける資格がなくなる受給者に対するヘルスケアを拡大するものである。2000年10月1日に施行されたこの法律は、メディケアの対象範囲を仕事に復帰する受給者にまで拡大し、メディケイドの対象範囲にも含めることとしている。

（業務外一時的就業障害所得補償保険（Nonoccupational Temporary Disability Insurance(TDI)Plan））

TDIプラン（そのように呼称される理由は給付期間が制限されているためである）は、業務外に生じた障害であり、かつ短期のものをカバーするものである。これらのプランの多くは任意である。しかし、5つの州（カリフォルニア、ハワイ、ニュージャージー、ニューヨーク、ロードアイランド）とプエルトリコ、そして、鉄道産業では、雇用主に短期・臨時的な障害所得

補償保険を提供するよう、法律によって義務付けている。TDIの実施を強制する法律を持たない州の多くの労働者は、団体交渉や雇用主の主導によって創設された団体障害保険制度や有病気休暇制度を通じ、保護されている。

5つの州及びプエルトリコのTDI法は、民間企業で雇用される大半の労働者をカバーしている（一人でも労働者を雇用している雇用主は対象となる）。家庭内労働者や家族労働者（親、子、配偶者）、政府職員、自営業者は通常、適用除外となっている。州のプログラムでは、通常、公務員のすべて又は一部について、選択制となっている。

このような保護の提供のあり方は州によって異なる。州が運営する基金（保険料の徴収、給付を行う）によって運営される場合もある。州の中には、州が運営する基金を通じて保障を行う一方で、民間保険会社から団体保険制度の購入、自社での実施、労働組合との共同実施のいずれかの代替措置を講じることを条件に、州が運営する基金の適用を回避する選択肢を使用者に認めているところもある。また、認可された自社保険制度を設けること、労働者又は労働組合と合意して給付プランを設けること、又は民間保険会社の団体保険制度に加入することのいずれかによって、労働者のために使用者がTDIプランを提供するよう義務付けている州もある。

実態として当該企業に雇用されている労働者といえる者に給付対象を限定するために、労働者は、受給資格を有するためには、一定の在職歴、収入要件を満たさなければならない。給付請求者は、身体的又は精神的な不調のため、通常の業務を行うことができない状態であることを要する。これらの全ての法律では、請求者が労災補償もしくは失業給付を受けている場合はTDIの給付を制限している。

この7つのTDIシステム全てにおいて、給付額（週給）は、働いていた間の請求者の収入に関連付けられる。一般的に、1週間の給付額は少なくとも一週間の給与の半分以上を一定期間（最大26週から52週の間）保障するものでなければならない。これらの法律は全て、1週間に支払われるべき最小額と最大額を規定している。また通常、給付開始までに1週間もしくは連続した7日間の待機期間が必要とされ、その間は補償がされない。使用者と労働者の双方が（給与税を通して）TDI給付に必要なコストの拠出を求められる。一般的には、政府はTDIに拠出を行わない。

第4節 メディケア (MEDICARE)

メディケアの状況(2007)

Part A:総受給者数	44.1million
高齢者	36.9million
障害者	7.2million
総収入	\$461.9billion
入院保険(パートA)	\$223.7billion
補足的医療保険(パートB)	\$188.7billion
補足的医療保険(パートD)	\$49.5billion

(出典)

Source:Centers for Medicare&Medicaid Servises.2008 Annual Report of the Boards of Trustees of the Hospital Insurance and Supplementary Medical Insurance Trust Funds(Baltimore,MD;Centers for Medicare and Medicaid Services,2008).

(イントロダクション)

メディケアは連邦政府が提供する高齢者及び障害者に対する医療保険プログラムである。メディケアは、リンドン・ジョンソン大統領が掲げた「偉大なる社会 (Great Society)」構想の一環として、1965年に創設された。ほぼ全ての65歳以上の高齢者、障害年金受給者、深刻な腎臓疾患を抱えている者の医療費を補助している。この制度により、アメリカでは、高齢者の医療保険の加入率は他のどの年齢層よりも高くなっている。

メディケアは次の3つのパートに区分される。

- ①パート A：基本的に入院患者の病院看護のために支出されるもの。現役世代の労使双方によって拠出された税金によって賄われており、資格要件を満たすアメリカ人は自動的に利用可能となっている。
- ②パート B：医師の診察を含め、外来サービスをカバーするもの。資格要件を満たす者は、毎月の保険料を支払い加入するか否かを判断することができる。メディケアの年間コストの約4分の1を保険料収入が占めており、残りは政府による一般財源が充てられている。
- ③パート D：病院外で処方された薬に対して支給されるもの。加入者の保険料、連邦政府及び州政府からの拠出によって賄われている。加入者の保険料でパートDの25.5%のコストがカバーされるようになっている。

メディケアは保健福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) 所管のメディケア・メディケイド・サービス・センター (Centers for Medicaid&Medicare Services (CMS)) によって管理・運営されている。2001年の再編前は、CMSはHCFA (Health Care Financing Administration) という名称であった。

(沿革)

国家的な医療保険制度の各種構想は1930年代のニューディール政策の時代以降、結実しな

いままでいたが、第二次世界大戦の終局以降、断続的に政治的な課題となっていた。哲学的、財政的課題以上に、困難な政治的課題が存在した。一つは、政府は医療提供体制を国営化（国営化についてはそれほど強い主張がなされていた訳ではなかった）せず、ヘルスケアサービスに対して国費を投入できるのかという問題であった。もう一つは、制度は全ての者に給付が行われる普遍的なものとするべきか、それとも自助では医療費の支払いが困難な者に限定したものとするべきかという問題であった。その他、制度の管理は州単位か連邦単位かという点も議論となった。

1960年代中盤に上記のような課題を克服すべきとの圧力が最高潮に達し、次の改正規定を盛り込んだ社会保障法の大規模改正がなされた。

- ・ 既に社会保障年金によってカバーされていた者を対象としたメディケア制度の創設（65歳以上の者に医療保険を提供）
- ・ メディケア給付は普遍的な制度であるパート A（基本的には入院給付）と選択的な制度であるパート B（一般的には外来給付）の2種類とする
- ・ メディケアは従来民間医療保険が行っていた方法と同様の方法で費用を償還する（出来高払い）。
- ・ もう一つの新たな医療補助制度であるメディケイドは、貧困者（ナーシングホームケアを受ける費用を捻出できない高齢者を含む）に医療扶助を行う。メディケイドは、州によって運営され、州はカバレッジの対象、費用負担のあり方といった制度の設計に十分な裁量を有する。

高齢者人口の約半数は、制度施行当時、医療保険に加入していなかったもので、制度開始時から、メディケアは好評であった。しかし、制度開始時からメディケアに要するコストは予想していたよりも高額に上った。歳入と歳出のバランスを維持する試みがなされ、医療サービス提供者への償還額の抑制策について、間断なく議論がなされた。長年にわたり拡大してきた給付を削減することについて、真剣な政治的議論は決してなされることはなかった。

（受給資格）

メディケア受給者の大多数は 65 歳以上の高齢者及びその扶養家族であり、当該高齢者は社会保障老齢年金の受給要件を充たす労働者としての勤務歴を有している。65 歳未満の元労働者は、社会保障障害年金を 2 年間受給した後、受給資格を得ることができる。メディケアの課税は元々は社会保障年金の対象者にのみ行われていたが、1994 年からは、それまで社会保障年金の適用対象外となっていた他の少数の労働者へも課税されることとなった。

また、メディケア給付は、透析や移植が必要なほど深刻な腎臓疾患を患っている者とその扶養家族に対して提供される **End-Stage Renal Disease (ESRD)** プログラム（このプログラムの受給を受けなければ障害年金の受給資格が与えられることとなろう）の一部としても受給できる。ESRD の対象者はメディケアを受給できるが、現金給付がない。従って、自由に仕事をするることができる。一方、対照的に、障害年金を受給している者は、メディケア給付に加えて社会保障老齢年金に相当する現金給付を受けることができるが、有償の仕事をするできない。

(財政状況)

パート A—2.9% (労使で折半) の給与税によって賄われている。自営業者は、全額自己負担だが、税制優遇がある。制度発足当初の 1966 年の税率は 1% であった。当初メディケア税の課税対象となる所得額には社会保障年金と同様の上限が設定されていたが、1991 年に上限額が引上げられ、1994 年には完全に撤廃された。その結果、高所得労働者の中には、社会保障税の支払を超えるメディケア税を課される者も出現することとなった。現在の税率は 1986 年に設定されたものである。メディケア受給資格を充たすほど十分な雇用歴をもたない者であっても、その選択により、毎年調整される保険料 (2009 年時点では、社会保障税の納税が 30 四半期末満の者は月々 443 ドル、31-39 四半期の者は月々 244 ドル) を支払うことによって制度への加入が認められる。近年、パート A は制度運営に必要な額以上の収入があり、その余剰金は、連邦政府の他のプログラムを運営するため、政府に貸し付けられている。

パート B—パート B の費用の約 4 分の 3 は連邦の一般歳入から充当されている。残りはパート B へ加入することを選択した受給者によって拠出される毎月の保険料 (2009 年時点、96.4 ドル) によって賄われる。通常、パート B はパート A の受給資格を得ると同時に加入するか否かの選択が行われる。もし何らかの選択が行われなかった場合には、自動的にパート B に加入することとなる。加入資格のあるほぼ全ての者がパート B のカバレッジを選択している。

2003 年に成立したメディケア近代化法 (Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act) により、2007 年からメディケアパート B の保険料は所得に関連付けられることとなった。2011 年まで保険料は所得額により累進的に増額される。所得が 85,000 ドル未満 (夫婦であれば 170,000 ドル) のメディケア受給者は、引き続きパート B にかかるコストの 25% 分 (2009 年時点で 96.4 ドル = 標準保険料) の支払いを求められる。一方、85,001 ドルから 107,000 ドルまでの間の所得の者は、標準保険料の 140% 分の支払いを求められ (2009 年時点で 134.9 ドル)、213,000 ドル以上の所得の者は、標準保険料の 320% 分 (2009 年時点で 308.3 ドル) の支払いを求められる。これら所得階層を区分する所得額はインフレ率によって調整される。

パート D—パート D は、受給者の保険料と連邦政府及び州政府からの繰り入れによって資金調達されている。保険料はパート D にかかるコストの 25.5% を賄うこととなっている。

2009 年に基本的なメディケアの外来処方箋薬給付を行うために必要となる保険料の連邦全体での平均月額額は、約 28 ドルと見込まれている。

(メディケアにおける償還方法)

パート A—当初、メディケアは、基本的には、病院から請求された処置に要した費用に対して基本的には (請求どおり) 償還を行っていた。しかし、病院から提出された償還請求の正確性を精査するための行政機関が必要であることに加え、この方法は、コストを抑制するためのインセンティブが働かない仕組み、すなわち、コストを削減すればその分だけ償

還額も減少する（出来高払い）仕組みであり、コストの上昇圧力を内在するものであった。メディケアは予想通り、ヘルスケアサービスに対する新たな需要を創出した一方、メディケア創設前になされた病院建設に対する政府補助金と医療の進歩による平均在院期間の減少の双方の要因によって病床の過剰供給が生じた。このメディケアの償還システムは、稼働率(occupancy rate)や支払率(payment rate)が低い病院(すなわち、慈善診療(charity care、uncompensated care)を多く提供する病院)を支援するものであった。稼働率の減少はメディケアのコストを吊り上げるとの考えが広く浸透したため、政府はメディケアコストを抑制するため、様々な包括的規則を策定した。

結局、その償還システムは非常に複雑かつ時代遅れとなったことから、1983年に根本的な改革がなされた。その内容は、政府は実際病院でかかった費用ではなく、定額で支払うというものであった。つまり、特定の地域における患者の類型ごとに定められた診断方法にそれぞれ価格が設定され(例えば、ニューヨークに住む健康な70歳の男性が足の骨を折ったなど)、実際に病院が患者への治療で負担した額に関わらず、政府は定額を支払うというものであった。実際に病院が負担した費用が少なければ、差額を得られた。費用が極端に高額な場合(outlier)に該当しない限り、政府からの償還額との差額は病院が負担することとされた。

診断科目別標準定額料金決定システム(diagnostic related group (DRG))と呼ばれるこの償還システムは、所定の条件下において、診断に必要な平均的な入院期間を想定して、償還額を決定するというものであった。メディケアが長期の入院に対しては償還を拒否することとなったため、病院から早期に退院させられる患者から不満が高まった。

DRGは、効率的な病院に対しては報酬が上がるように設計されている。一方、個々の病院において実際にかかったコストとは無関係に、政府は総償還額を抑制することができるようになった。この償還システムは今日においても、パートAの基本形となっている。パートB—制度開始当初から、メディケアは医師への費用の償還に関しては、民間の医療保険と同様のシステムを採用した。しかし、医師の請求額は、メディケアが定める上限額を超えてはならないこととされていた。多くの民間保険では、保険からの支払い限度額が設定されていたが、医師はその限度額を超える部分について、自由に患者に請求することができた。例えば、もし医者が200ドルを治療費用として請求した場合で、民間保険が25ドルしか保障しなかった場合は、医師は患者に残りの175ドルを請求できた。しかしメディケアは、請求額に上限を課した。すなわち、メディケアが当該処置に対して認定する治療額が100ドルであり、80ドルをメディケアが負担した場合、メディケア患者の場合のみ、医師は患者に20ドル以上を請求することができなくなった(一方、メディケア患者以外には20ドル以上請求可能)。医師はメディケアに参加するかどうかを選択することができたが、選択した場合は、あらゆる業務においてメディケア患者を受け入れなければならなかった。

従前の制度では、診断スキルよりも外科的処置の方にバイアスがかかっており、内科系の医師やcognitiveに分類されるような専門職に対しての償還額は相対的に少なかった(これは民間医療保険はもともと予想外の過大な医療支出(ワクチン投与のような予防医療で

はなく、外科手術など) に対する保障という形で設計されていたことを物語っている)。この間接的な結果として、あらゆる症状において、メディケア受給者は外科的処置を求める傾向にあった。

1992年、政府は外科的処置に対する報酬を削減する一方で、医療サービスに投入した資源量に基づき費用を償還する相対評価方式(resource-based relative value scale (RBRVS))を導入し、上記の不均衡を是正するための措置を講じた。その結果、パートBにおける医師への償還額は、全体的に同水準で上昇し、医療サービスの類型ごとの格差は徐々に平均化されていった。DRG及びRBRVSの導入により、政府はメディケア全体の費用を幅広く管理できるようになった。

(給付)

パートA—入院が必要となったパートA受給者は、一定の上限まで定額自己負担(deductible)の支払いを求められる(この額は毎年調整され、2009年は1,068ドル)。60日継続して入院した後は、90日目まで受給者は一日当たりの共同負担額(copay)を支払わなければならない(この額は毎年調整され、2009年は267ドル)。更に入院が必要な場合は、患者はより高額な一日当たりの共同負担金(この額は毎年調整され、2009年は534ドル)を支払うことで、60日間(一生涯の限度日数)追加で入院することができる。メディケア受給者の平均在院日数は、1週間以内である。

メディケアは、極めて高額となる場合の医療費(catastrophic protection)についてまで保障しているわけではない。高額医療費に係る保障については、1988年に処方箋薬償還制度とともに一旦導入されたものの、高齢者の間で、(保険料の)負担額が重くなることについて不満が噴出したため、翌年その根拠法は廃止された。

退院後、メディケア受給者がナーシングケアやリハビリサービスを必要とする場合には、ナーシングホームケアに係る給付が100日まで保障される。21日目から一日当たりの共同負担額の支払いを求められる(この額は毎年調整され、2009年は133.50ドル)。しかし、メディケアは長期間にわたる給付を行うわけではない。大まかに言えば、メディケアからのナーシングホームケアに関する給付は、受給者の健康状態を改善させ、地域社会に戻るために必要と認められる範囲に限られているといえる。

パートAによる給付は、在宅医療ケアや終末期の患者(余命6ヶ月未満)に対するホスピスケアに係るサービスに対しても行われる。メディケア給付は、「benefit period」と「reserve days」に基づいて計算される。「benefit period」は、メディケア受給者が支払うべき定額自己負担や一日当たりの共同負担額を決定するために使用されるものである。

「benefit period」は退院した日から始まり、その後60日経過後に終了する。例えば、受給者が2009年11月10日に入院し、同月24日に退院したとすると、受給者は定額自己負担分の1,068ドルをまず支払わなければならない。仮にその受給者が同年の12月20日に再度入院し、同月26日に退院した場合、受給者は追加的に定額自己負担分の1,068ドルを支払う必要はない。受給者は、入院許可を受けるごとではなく、あくまで「benefit period」ごとに定額自己負担を支払うことで足りる。この例における「benefit period」は、

2010年1月24日までである。

パート B—135 ドルの年間定額自己負担を超える部分について、パート B は、医師の診察、レントゲン検査、一定の予防サービス、臓器移植の後の（36 ヶ月分の免疫抑制薬を含む）処方薬、在宅医療サービスといったものの費用の一部を負担する。一般的には、パート B からは、提供されたサービスに対する費用としてメディケアが認定した額の 80% が給付される。受給者は、その残り（20%）を負担する。メディケアへ参加する医療提供者は、メディケアによって設定された料金を超える部分について、患者に請求することはできない。パート D—次の各項目は、2009 年におけるパート D のコストシェアの内訳を示したものである。

- ・最初の 295 ドルまで 定額自己負担
- ・296 ドルから 2,680 ドルまでの処方箋薬の購入については、メディケアがその 75% を支給し、受給者は残りの 25% を支払う。
- ・2,681 ドルから 4,350 ドルまでの処方薬の購入については、メディケアは一切支給しない。受給者が 100% を支払う（いわゆる「ドーナツ・ホール」）。
- ・4,350 ドル以上の処方薬の購入については、メディケアはその 95% を支給し、受給者は残りの 5% を支払う。

（メディギャップ（Medigap Coverage））

メディギャップ保険とは、民間保険会社によって販売される医療保険であり、オリジナルメディケア（パート A、パート B）でカバーされない部分の医療コストを補填するものである。保険会社は、定型化されたメディギャップ保険のみ販売することができ、当該保険商品は、加入者が容易に給付の内容を比較できるように、具体的給付内容がリスト化されていなければならない。加入者は定型化された 12 種類のメディギャップ保険（メディギャッププラン A から L）の中から選択することができるが、これらは、連邦及び州の法律に抵触してはならず、また「メディケア補完保険（Medicare Supplement Insurance）」として明確に識別可能なものでなければならない。A から L までの各プランは、給付パッケージは異なる。しかし、それらの給付パッケージはどの民間保険会社であっても同一である。各民間保険会社は、このうち、どの種類のメディギャップ保険を販売するかを決定することができる。

コストは変わり得るので、どのメディギャップ保険を購入するか、慎重に比較する必要がある。一般的には、メディギャップ保険を購入するために、メディケアパート A とパート B の両方に加入し、メディケアパート B の保険料を月々支払うとともに、メディギャップ保険の保険料も追加で支払わなければならない。配偶者が各々メディギャップ保険による保障を望む場合は、それぞれがメディギャップ保険を購入しなければならない。

（メディケアアドバンテージ（Medicare Advantage））

過去 40 年間にわたって、連邦議会は、メディケア受給者がメディケアからの給付をオリジナルメディケア（パート A、パート B）における従来型の出来高払い方式（fee-for-service arrangement）ではなく、民間医療保険を通じて受けることを選択することを可能とするため

の様々な法律（その多くはコストを管理することを目的としたものである）を成立させてきた。1997年均衡予算法（Balanced Budget Act）では、民間保険の選択肢を挙げ、（メディケアから民間保険への）償還方式を変更するメディケアチョイスプログラム（Medicare+Choice program）を創設した（しかし（償還率が少なかったため民間保険会社が撤退し）最終的にはこのプログラムへの加入率は減少した）。2000年の給付改善保障法（Benefit Improvement and Protection Act）では、Medicare payment floors を創設し、都市部における償還率を高めた。2003年のメディケア近代化法（Medicare Modernization Act）では、メディケアチョイスプログラム（Medicare+Choice program）の名称をメディケアアドバンテージプログラム（Medicare Advantage program）に変更した上で、同プログラムに対するメディケアからの償還額を増額し、メディケアで提供可能な民間プランとして新たに2つの類型を追加した。2008年には Medicare Improvements for Patients and Providers Act において、更なる改革がなされた。

メディケアアドバンテージプランでは以下のプランが認められている。

- Medicare health maintenance organization (HMO)
- Preferred provider organization(PPO)
- Private fee-for-service plan
- Medicare special needs plan

一般的に、これらのプランの多くは、オリジナルなメディケアプラン（パートA、パートB）の給付内容以上の給付を保障しており、自己負担額も少ない。しかし、給付を受けるためには、受給者は、当該プランに所属している医師又は指定の病院において診察を受ける必要がある。

メディケアアドバンテージプランに加入するためには、パートAとパートBに加入しなければならず、パートBの月々の保険料を支払う必要がある。これに加えて、メディケアアドバンテージプランにおいて追加的に給付がなされる部分相当する月々の保険料を支払わなければならない場合もある。

メディギャップ保険はメディケアアドバンテージプランとともに機能しない。すなわち、メディギャップ保険は、メディケアアドバンテージプランにおける定額自己負担、自己負担割合その他の負担金に対していかなる支出も行わない。受給者はメディギャップ保険の購入を継続することもできるが、メディケアアドバンテージプランに加入する場合、多くの者は、メディギャップ保険を解約する。

第 2 章:退職給付

(RETIREMENT BENEFITS)

第5節 退職給付制度 (RETIREMENT PLAN)

(イントロダクション)

1759年に長老派の牧師の未亡人とその子に給付をする目的で創設されたものが、アメリカ初の年金制度である。アメリカンエクスプレス社が公式に企業年金制度を確立したのは、その1世紀以上後の1875年である。その後半世紀の間に、鉄道会社、銀行、公的サービス産業といったところに、400もの年金制度が誕生した。1940年代半ば以降は、その動きが大きく加速している。2005年時点で企業年金制度の数は679,095であり、82,665千人が加入している。

年金に関する法律上の税制上の措置は、1921年の歳入法 (Revenue Act) によって正式に制定法化された。この法律は、株式配当に係る利子収入及び利益分配制度 (profit-sharing plan) について、実際に労働者に支給がなされるまで、課税を繰り延べることを認めるものであった。この後、1928年の法律では、使用者に、運営している年金制度の現在債務を積み立てるために必要な範囲を超える部分についても、合理的な範囲内で所得控除を認めた。1938年の法律では、年金信託を廃止できないようにした。1942年の法律では、企業年金について適用範囲、拠出額、給付額に関し、差別を禁止するルールを定めた。これらの規定は、1954年の内国歳入法 (Internal Revenue Code(IRC)) に包含され、1974年のエリサ法 (労働者退職所得保障法: Employee Retirement Income Security Act (ERISA))、1986年のTRA法 (税改革 (Tax Reform Act))、2001年のRGTRRA法 (経済成長及び税救済調停法: Economic Growth and Tax Relief Reconciliation Act) による改正を経て、年金制度の税制適格を管理・統制する基本的なルールが制定されてきた。

適格制度 (qualified plan: 適格 (qualified) と認められれば、内国歳入庁 (Internal Revenue Service) は当該制度について、税制優遇を与える) における税制上の優遇措置は、企業年金制度を導入する雇用主のみならず、当該企業年金制度に加入する労働者に対してもインセンティブとなる。一般的には、適格制度への雇用主の拠出金は、雇用主の所得から控除され、当該年金制度から労働者に実際に支給が行われた場合に、労働者に対して課税されることとなる。実際に支給されるまでの間、当該適格制度に拠出された資金を元に投資して得られた利益については課税されない。この税制優遇措置は、ERISA法に定められるルールを雇用主が遵守することを条件に認められ、内国歳入法 (IRC) を所管する財務省や ERISA法を所管する労働省によって管理・運営される。ERISA法の要件を満たさない制度も、退職給付を提供してよい。そのような非適格 (non-qualified) 制度は、税法 (Tax code) というよりむしろ信託法 (Trust law) によって規律されている。

(制度の種類)

給付建て制度 (Defined Benefit Plan(DB)) —給付建て制度は、雇用主が労働者に一定の給付算式に基づいて算定された額面の給付を退職時に労働者に支払うことを約するものである。給付算式は通常、均一給付方式 (flat-benefit formula)、全期間平均給与方式 (career-average formula)、最終給与方式 (final-pay formula) の3種類のいずれかが用いられる。

均一給付方式—この方式では、当該年金制度が定めた要件に合致する勤務期間の長さ按比例して金額が支払われる（勤務一年ごとの固定額が決まっており、それに勤続年数を乗じた金額が給付される）。

全期間平均給与方式—退職時の給付額を、現役時代の平均給与の一定割合に受給者の勤続年数を乗じたものとするもの。

最終給与方式—この方式は、年金給付額を加入者の退職直前の特定の数年間の平均給与に基づいて決めるものである。その期間は加入者の給与が最も高い時期と想定される。給付金額は最終平均給与の一定パーセントの金額に勤続年数を乗じたものとなる。この方式は加入者にとっては、インフレに対応できるものであり、望ましいものであるが、雇用主にとっては、コストが高くなる。

均一給付方式は団体交渉に基づく年金制度又は時間給労働者を加入者とする年金制度で最もよく見られる。全期間平均給与方式と最終給与方式は、非組合員の労働者を対象とする年金制度で最も広く採用されている。このような給与にリンクさせる形の方式では、雇用主に当該年金制度の目的に沿って、給付内容を決める一定の裁量が認められている。ただし、（この節で後述するが）差別禁止ルールを規定する法律や規則の規定に基づき、高報酬労働者（highly compensated employee）をえこひいきするようなものであってはならない。エリサ法の最低基準においても、どの雇用期間を給付算式として採用するか決定する一定の裁量が雇用主に認められている。給付額は、年金制度への加入期間だけを反映させることもできるし、雇用期間全部とすることもできる。

掛金建て制度（Defined Contribution Plan(DC)）—掛金建て制度では、雇用主は、各労働者のために設定された口座への拠出額に関する定めを策定する。最終的な退職給付額は、雇用主の総拠出額、労働者の総拠出額、運用収支、当該口座からの引き出しやローン残額を反映したものとなる。口座の積立金には、受給権が得られないまま職場を去ったことにより、没収された当該労働者に対する雇用主拠出分が含まれる場合もある。こうしたことから、将来の退職給付の水準は前もって正確に計算することができない。雇用主の掛金建て制度に対する拠出額は、通常、加入者の給料や企業の業績の一定割合といった一定の算式によって決められる。掛金建て制度では、税引き前ベースか税引き後ベースのいずれかによる労働者拠出を認めるよう設計することもできる。なお、当該労働者拠出は任意でも強制でもよい。

掛金建て制度にはいくつかのタイプがある。「マネーパーチェスプラン（money purchase plan）」は、雇用主拠出は、必須であり、その額は通常、労働者の給料の一定割合とされる。「利益分配制度（profit-sharing plan）」では、雇用主の拠出額は、通常、企業の利益の一定割合であり、毎年、企業の収益状況によって、拠出額は変動し得るし、中断されることもある。「株式賞与制度（Stock-bonus plan）」は、利益分配制度に似ているが、企業の株式の形で拠出・給付がなされるものである。「目標年金給付制度(target benefit plan)」は、給付建て制度とマネーパーチェスプランの中間的なものであり、拠出額の水準を決定するため給付目標を設定するとともに、マネーパーチェスプランと同様、個々の口座に掛金が割り当てられる。「従業員貯蓄制度（thrift or savings plan）」は、基本的

には労働者が自らの貯蓄口座に貯蓄を行うものであるが、雇用主がマッチング拠出することが多い。401(k)プランでは、労働者は、非課税で個々の口座へ給料の一定割合を拠出することが可能であり、拠出額と運用益について、課税を繰り延べることができる。「従業員持株制度 (employee stock ownership plan (ESOP))」では、雇用主の労働者の口座への拠出は、主として当該企業の株式でなければならない。

最低基準とその他の適格制度ルール—エリサ法では、企業年金制度に関する適格性、対象範囲、受給権 (Vesting)、給付の積立、財源について一定の基準を定めている。これらの多くは、最低要件 (したがって最低基準と呼ぶ) である。すなわち、雇用主は最低基準より手厚い水準を採用してもよい。

制度適格ルール—企業年金制度が税制優遇措置を受けるためには、さまざまなルールを満たす必要がある。エリサ法で定められたこれらのルールは労働者の権利を守るとともに、年金給付が退職時に労働者が確実に得られるようにするためのものである。年金制度に関する情報の報告・公表、受託者責任、制度に加入するための労働者の適格要件、受給権、給付の支払方式、積立要件等のルールが定められている。さらに、適格制度となるためには、高報酬労働者をえこひいきするようなものであってはならない (差別禁止ルール)。差別禁止ルールは、制度の加入資格を有する労働者の区分 (すなわち対象範囲) が差別的でないこと、また実際に制度に加入している労働者の比率が差別的でないことについて、一連の複雑なルールによって毎年テストされ、遵守状況の有無が判断される。さらに、年金制度における拠出と給付の水準が高報酬労働者に偏っていないかどうかテストされる。高報酬労働者の定義は、5%株主である者 (もしくはその前年に5%株主であった者)、前年に110,000ドル (2009年時点、インフレ率により調整される) を超える報酬を得た労働者、そして雇用主がtop 20%ルールを採用している場合には、前年の所得ベースで見た場合、上位20%の範囲内に含まれる労働者である。

加入資格—年金制度への加入資格要件として、一定の年齢要件及び勤続要件を設定してもよい。しかし、雇用主は、21歳を超える労働者、又は1年 (12ヶ月で少なくとも1,000時間) 以上当該雇用主の下で勤務した労働者を除外することはできない。唯一の例外は、即時に受給権が発生する制度であり、この場合、最大2年までの勤続要件を設定できる。

対象範囲と制度への加入—雇用主は年金制度でカバーされる労働者の範囲について、一定の裁量を有している。例えば、対象となる労働者グループの範囲を、給与の支払形態 (時給か月給か)、職域、組合員・非組合員の別といった要素によって決定してもよい。雇用主は一つの制度でこれら全てのグループをカバーしてもよいし、別々に制度を分けてもよい。しかし、税制適格制度であるためには、一般的には、対象範囲や加入要件、給付水準において、高報酬労働者を優遇するような、一連の差別禁止ルール (内国歳入法401条(a)(4)項、410条(b)項、401条(a)(26)項) に抵触するものであってはならない。

受給権 (vesting)—加入者は、一定の在職要件 (又は加入歴)、年齢要件等を満たせば、年金給付について、没収されない、取り消されない権利 (受給権) を獲得する。一度権利が得られれば、この労働者の権利は無効とされない。エリサ法は単独雇用主給付建て制度 (複数雇用主制度におけるルールについては、複数雇用主制度の節で後述する。) に

対して、少なくとも次の2つのうち、いずれかの受給権付与基準を採用するよう求めている。

①Full vesting—勤続期間が5年（「受給権の崖（cliff vesting）」と呼ばれる）を超えた場合に受給権（100%）確立（ただし、5年経過までの間は受給権は発生しない）

②Graded vesting—3年間の勤務の後、毎年20%ずつ徐々に受給権を確立させていくこと（7年目の終了時点で100%の受給権が確立）

単独雇用主掛金建て制度においては、より早期の受給権付与基準が定められている。エリサ法では掛金建て制度について、少なくとも3年より早い段階で100%の受給権を確立させること、または、2年から6年の間で段階的に受給権を確立させていくことを求めている。

上記ルールは、単独雇用主年金制度に対する雇用主拠出に関する給付に適用される。掛金建て・給付建て制度への労働者拠出に係る給付及び当該拠出に基づく投資収益については、即時に受給権が付与される。

Full vestingは加入者が当該制度の通常退職年齢（通常は65歳だが、もっと早い場合もある）に達した場合、当該制度が終了する場合（終了時に積み立てられていた額の範囲内において）にも発生する。早期退職、死亡、障害の場合に、Full vestingを認めている制度もある。一方、給付の喪失、停止も一定の状況では生じ得る。加入者とその配偶者が両方とも退職前遺族年金の選択肢を放棄した場合は、加入者が万が一退職前に死亡した場合に、配偶者は、当該適格退職年金制度の下で受給権付与済み給付を受けることができなくなる。自身の拠出額を制度から引き出した加入者については、（十分な受給権を得ていなければ）雇用主の拠出分についての権利を失うこともあり得る。しかし、失われた給付については、拠出額に利子を加えて再度支払えば再購入することが認められる。

多くの場合、受給権確定前であっても労働者は、過去の在職年数に関するクレジットを失うことなく（受給権の取得要件としての在職年数要件としてカウントされる）、勤務期間を中断することができる（一時的な雇用関係の中断）。1984年の退職公正法（Retirement Equity Act）により、在職期間の中断ルールに関する修正が行われ、連続して勤務中断の年数が5年又は中断前の勤務年数のいずれか長い方より長くならない限り、中断前のクレジットは消滅しないこととされた。クレジットは労働者が育児休暇を取得した期間も保護される。

給付の発生—エリサ法では、給付建て制度における給付の発生の方式について、3つの中からいずれかの方法を採用するよう求めている。通常、給付建て制度における給付は、雇用者の加入期間を通じて発生していくが、当該加入期間を通じて均等に発生させる必要はない。エリサ法では、給付発生率のみに焦点を置いており、給付が労働者のキャリアの最後の時点に偏って発生することを禁じているに過ぎない。すなわち、特定の給付水準で発生させるよう義務付けている訳ではない。一方、累積していく給付額が、年齢を理由に削減されたり、喪失させたりすることは禁止される。このため、通常退職年齢を超えて働く労働者は働いた期間分だけクレジットを受け続けることができ、拠出も受

け続けることができる。しかし、雇用主は給付が発生する年数に上限を定めることができる。

給付の支払方法—エリサ法の規定により、企業年金制度は既婚の加入者に対し、年金支払方法の一つとして、連生遺族年金 (qualified joint-and-survivor (J&S) annuity) の選択肢を与えなければならない。連生遺族年金は、生存している配偶者に対して、生涯にわたって、死亡した加入労働者の給付額の少なくとも2分の1以上を毎月支払うというものである。この保障の代わりに、本人給付は通常、減額される。加入労働者本人の生存期間のみ給付がなされる年金（もしくはその他の支払方法）を選択するためには、加入者とその配偶者が連生遺族年金を選択しない旨を文書によって意思表示しなければならない（配偶者の署名は公証人により認証されるか、制度管理者の面前でなされなければならない）。

企業年金制度では、当該年金制度に付帯して、受給権確定済の加入者に対し、付加的に死亡給付を生命保険契約ないしは一時金の形で提供することがあるが、その内容は、内国歳入庁によって明確に規定されている。

多くの年金制度では、退職前に死んだ受給権確定済加入者の配偶者に対して、退職前遺族給付 (preretirement survivor benefit) を提供しなければならないこととなっている。その給付は、

- ①当該死亡した加入労働者の通常退職年月日、又は
- ②生存配偶者の選択により、当該死亡した労働者の早期退職年月日又は死亡日のいずれか遅い日

から始まり、生存配偶者の生涯にわたって年金の形で支給される。もし、夫婦でこの給付オプションを書面で放棄しなかった場合は、たとえ、死亡した加入者がほかの相続人を指名していたとしても、この給付は生存配偶者に支給される。年金額は加入者の死亡時点における発生給付額の少なくとも2分の1以上でなければならない。この遺族給付を賄うコストとして、雇用主は、加入者に対して給付額をより低く抑えて提供してもよいこととされている。退職前遺族給付は、加入者の婚姻期間が1年間未満の場合には、支払われる必要はない。

積立(funding)—適格年金制度と認められるためには、年金制度の資産は企業の一般資産から分離されていなければならない。年金制度の運営にはいろいろな手段が採り得る。一つの方法は、信託契約 (trust agreement) を銀行やその他類似の金融機関と締結するというものである。この場合、当該信託機関が、制度の資金を保有し、投資を行う。雇用主は制度の資金に手を出すことはできない。他の方式として、制度の運営を個人別積立方式 (allocated account) か又は総括積立方式 (unallocated account) によって保険会社に行わせることもできる。個人別積立方式では、制度加入者の各個人に対して分離勘定が設定され、掛金が各加入者ごとに振り分けられる。総括積立方式では積立金が一括してプールされ、給付はこのプールから支払われる。また企業年金制度は、各加入者ごとの個別生命保険契約により運営されることもある。これらの方式が組み合わさって運営されている場合もある。

加入者の退職時に、年金給付に必要な資産を当該年金制度が十分確保できるよう、エリサ法では、給付建て制度及びいくつかの掛金建て制度について、最低積立基準（**minimum funding standard**）を設定している。「マネーパーチェスプラン」「目標年金給付制度」は、この基準の適用を受けるが、「利益分配制度」「株式賞与制度」には適用されない。「マネーパーチェスプラン」「目標年金給付制度」では、毎年最低掛金（**minimum contribution**）が設定される。単独雇用主給付建て年金制度に関するルールについては、次節（第6節）で後述する。複数雇用主年金制度に関するルールは、これら単独雇用主年金制度とは幾分異なっており、これについては、第18節で後述する。給付の譲渡—年金制度における他人への給付の割当（いわゆる譲渡（**alienation**））は一定の例外を除き、禁止されている。例外は、支払額の10%以内の譲渡、（禁止されていない）労働者の確定受給権を年金制度からのローンの担保として利用すること、家族関係にある者の求めに応じた支払い（**qualified domestic relations order (QDRO)**）である。QDROは、加入者に支払われることになる給付の全部又は一部を受ける権利を（加入者がまだ雇用されている状態であっても）他の家族（配偶者、元配偶者、扶養家族）に譲渡するものである。

拠出と給付—エリサ法では、適格年金制度が各加入者に提供することができる拠出額と給付額の年間上限を設定している。その上限は内国歳入法（IRC）により定義されていることから、**Sec. 415 limits** と呼ばれている。給付建て制度と掛金建て制度では、それぞれ上限は異なる（詳細は、この節の後半で触れる）。

個々の加入者に対する制限：エリサ法では、内国歳入法（IRC）第415条の規定により所得控除の対象となる個々の加入者に対する拠出額及び給付額について、上限を設定している。給付建て制度では、当初、65歳時点での年間給付限度額は、エリサ法によって、75,000ドル又は加入者が最も収入が多かった連続3年間の平均給与額のいずれか少ない方とされていた。掛金建て制度では、年間の拠出額上限（労働者の拠出額を含む）は、25,000ドル又は給与額の25%のいずれか少ない方とされていた。これらの制限は、1974年以降何度か修正されており、直近では、2001年のRGTRRA法（経済成長及び税救済調停法：**Economic Growth and Tax Relief Reconciliation Act**）により改正されている。給付建て制度の給付額の年間上限は、5,000ドルのインフレ分を調整した上で、2009年時点で195,000ドルとされている。掛金建て制度における年間の拠出額上限は、2009年時点で49,000ドルとなっており、今後、インフレ状況によって、1,000ドル刻みで調整されることになる。一方、掛金建て制度の拠出上限割合は、2002年初頭に給与額の25%から100%に引き上げられた。

労働者拠出：税引き前、税引き後いずれの場合であっても、労働者の拠出額は、上述の上限額の算定の際に算入される。加えて、労働者の拠出額については、税引き前、税引き後それぞれに異なる上限がある。労働者の税引き前拠出額は2009年時点で16,500ドル上限となっており、今後、401(k)プラン、401(b)課税繰延年金については、インフレ状況によって500ドル刻みで調整されることになる。税引き後拠出については、実際には、内国歳入法（IRC）第401条(k)項及び第401条(m)項に基づく差別禁

止ルールによって制限される可能性がある。給付額及び拠出額の上限を算定するに当たって考慮される年間所得の上限は、245,000 ドルとなっている（2009 年時点。インフレ状況により調整される。）。この額についても生計費の変化分が調整される。

給付建て年金制度への加入期間が 10 年に満たない場合の減額について：給付建て制度への加入期間が 10 年に満たない労働者の場合、額の上限は、10 を分母に、給付建て年金制度への加入期間を分子にした割合で乗じて得られることになる。割合の上限（例：給与額の 25%）についても同様の削減が行われるが、この場合、制度への加入期間よりむしろ当該雇用主との雇用期間が算定式に反映される。

例えば、労働者が給付建て年金制度を提供している雇用主と 58 歳で雇用関係を開始したと仮定する。雇用主は、65 歳から終身年金を給付する無拠出制の給付建て年金を運営しているとする。労働者は、雇用後 1 年で加入者となり、65 歳まで働き、労働者の平均給与が最も高い連続 3 年間の平均給与は 20,000 ドルとする。この労働者は年金の受給が開始する時点では、勤続期間は 7 年であり、10 年間従事していないこととなる。このため、この労働者の年間給付上限は、20,000 ドルの 10 分の 7、すなわち 14,000 ドルということになる。

給付建て年金制度における「年間給付 (annual benefit)」の定義：(給付額の上限額の決定に際し使用される)「年間給付」という用語は、労働者による拠出がなく、ロールオーバー拠出も行われない制度における（いかなる補助的な給付もない）普通終身年金 (straight life annuity) の形で支払われる年間給付額のことを意味する。普通終身年金 (単生年金 (single life annuity) ともいう。) では、年金受給者の死亡によって給付が停止する。給付建て年金制度における給付が (普通終身年金以外の) 他の方法によって支払われる場合には、年間給付上限額の規制を遵守しているか否かは、上記の「年間給付」に相当する額に調整することで、判断される。しかし、適格な連生遺族年金として認められる部分については、調整に当たって考慮されない。

例えば、ある雇用主が (終身ではなく) 10 年有期の連生遺族年金 (joint-and-100-percent-survivor annuity) の給付を行う給付建て年金制度を運営していると仮定する。支払期間 (period certain) とは、当該期間中は、年金受給者が満期前に死亡した場合であっても期間満了まで支払が保証されることを意味する。

この場合の給付価値は、支給開始時期が同じ普通終身年金の給付価値の 126% に等しい。同じ連生遺族年金であっても 10 年有期の支払期間という条件がついていない場合は、当該割合は 123% となる。連生遺族年金ではないものの、10 年有期の支払期間が付されている場合、当該給付価値は、支給開始時期が同じ普通終身年金の給付価値の 110% である。したがって、連生遺族年金以外の形で支払われる 10 年有期の退職後死亡給付の給付価値は、10% である。

このため、給付上限額を充たしているかいないかの判断にあたって、調整対象から除外される (すなわち上限額の算定に当たって考慮されない) 給付価値は次のとおりとなる。すなわち、当該制度における 10 年有期の連生遺族年金の給付価値 (126%) は、支給開始時期が同じ普通終身年金 (100%) と 10 年有期の退職後死亡給付の給付

価値（10%）の合計を超える部分となる。したがって、当該制度における連生遺族年金の給付価値は、10年有期の支払期間の単生年金の価値を超える部分（ $126\% - 110\% = 16\%$ ）ということになる。

この制度の例では、結果として16%は（連生遺族年金相当分なので）調整対象から除外されるものの、10%は（10年有期の支払期間相当分なので）普通終生年金と実質的に等価となるように調整するに当たって考慮されることとなる。したがって、例えば、ある会社が、加入者の勤務期間中最も高い3年間の給与の95%の給付を（10年有期で）行うと仮定すると、内国歳入法第415条の年間給付上限額の規制に抵触することとなる。なぜなら、この場合、普通終生年金の給付価値（年間給付）に換算すると、加入者の勤務期間中最も高い3年間の給与の105%となるからである。

（トップヘビー制度（Top-Heavy Plan））

1982年の税負担公平性・財政責任法（Tax Equity and Fiscal Responsibility Act（TEFRA））において、トップヘビー制度（top-heavy plans）という新たなカテゴリーの制度が創設された。年金制度の勘定残高又は発生済給付額の6割以上が幹部従業員（key employee）のものであれば、その年金制度はトップヘビーとみなされる。幹部従業員は次のように定義される。

- ・ 160,000ドル（2009年時点。インフレ状況によって調整される）を超える年間報酬を受ける管理職（officer）
- ・ 当該企業の5%以上の株式を保有する者
- ・ 年間150,000ドル以上の報酬を得ていて、かつ当該企業の株式を1%以上保有する者

トップヘビー制度では、受給権付与や拋出、給付に関する特別の要件を満たさなければならぬ。トップヘビー制度における受給権付与の基準は、3年で100%の受給権付与か、2年間の勤務の後、毎年20%の受給権付与（6年目の終了時点で100%の受給権が確立）のいずれかとなる。

また、トップヘビー制度では、幹部従業員ではない労働者に対して、給付建て制度であれば最低限の給付額、掛金建て制度であれば最低限の拋出額を提供しなければならない。トップヘビーの給付建て制度では、幹部従業員ではない労働者に対する年間の退職給付額は、

- ①平均年間給与に（勤続年数×2%）を乗じた額、又は
- ②平均年間給与に20%を乗じた額

のいずれか低い方の額を下回ってはいけぬこととなっている。トップヘビー掛金建て制度では、幹部従業員ではない各労働者に対する雇用主拋出は報酬の3%を下回ってはならないこととなっている。しかし幹部従業員の拋出割合が報酬の3%未満である場合は、この3%の水準は、幹部従業員に適用されている割合にまで減額される。

（インテグレーション（Integration））

社会保障年金では、退職前所得の代替率は高所得者よりも、低所得者の方が大きい。これには2つの要因がある。まず、社会保障税（Social Security Tax）と社会保障年金の額は、課税所得基準（taxable wage base）までの給与のみが反映され、全給与が算定対象となっていない。

そのうえ、社会保障年金の給付算定方式は、低所得の労働者に対して、相対的に所得代替率が高くなるよう設計されている。社会保障年金の給付算定方式におけるこのような傾斜配分を考慮して、企業年金制度の給付を社会保障年金の給付と調整したものとすることができる。すなわち、社会保障年金の（低所得者への）傾斜配分を埋め合わせるために、企業年金制度において、雇用主は低所得の労働者よりも高所得の労働者に対して比率の高い給付を行うことが認められている。この給付調整は、インテグレーションと呼ばれている。

（給付類型と税制上の取扱い）

企業年金制度は、通常、退職する加入者に、退職給付の支給方法について、2つの支払いオプションを用意している。1つは定期的に支給が行われる年金方式（annuity）によるものである。これは大抵の場合、毎月、そして加入者の生涯にわたって（又は加入者及び配偶者の生涯にわたって）支払われるが、中には一定の期間に限って支給されるものもある。もう1つは一時金（lump sum）という支給方法である。給付類型と給付時期は課税の取扱いに影響する。

年金方式での給付—適格年金制度における年金方式での給付は、受給段階で初めて当該労働者の収入とみなされる。税引き後の労働者の拠出分に係る給付については、当該支給は当該拠出の返還とみなされ、課税されない。受給者は、自身の（課税前）拠出部分とその他の課税後拠出部分を切り分けることで、毎年の支給額のうち非課税となる部分を算定する。

このルールは、年金制度、401(k)プラン、403(b) プランからの給付に適用される。

一時金方式での給付—一時金方式での給付は通常、掛金建て制度において退職時、死亡時、障害時になされる。掛金建て制度のなかには、加入者に年金方式での受給を選択肢として認めるものもある。

特定事由による給付—多くの年金制度では、通常の退職・離職以外の場合に給付を支払うこととしているものが多い。ただし、これらの給付の多くは任意で認められているものである。給付額は、通常、当該事由が生じた際の加入者の発生済受給権に基づいて決められる。

早期退職(early retirement)—早期退職給付は、一般に加入者が一定の年齢（及び・又は）勤続年数の要件を満たした場合に支払われる。早期退職給付の額は、通常、給付年数が長くなることを反映して、減額される。場合によっては、早期退職を勧奨するために、社会保障年金を受給できる年齢までの期間、早期退職年金に加算が行われることもなる。この加算給付は、長期勤続した者または工場閉鎖あるいは人員整理による退職者に限定してもよい。内国歳入法 (IRC) 第 415 条によって規律される給付建て制度における給付上限額は、62 歳前に早期退職する者については、保険数理的な観点から減額される必要がある。

就業障害給付(disability benefit)—就業障害給付額は、年齢のみ、または勤続年数のみ、あるいは年齢と勤続年数の両方にリンクして定まり、通常、制度の定める就業障害の定義を充たすことが給付支払いの条件となる。ここでの就業障害は社会保障年金における障害と同一の定義とされる場合もある。就業障害給付は、（就業障害の状態が継続する場合）加入者の通常退職年齢の時点までは一定額の給付を行い、通常退職年齢到達後は、通常の退職年金給付が支払われるという場合もある。あるいは、通常退職年齢に達するまでの期間、発生済給付金額を減額せずに支払う場合もある。また、通常退職年齢よりも早く給付が始

まることを考慮して、加入者の発生給付金額を減額する場合もある。制度によっては、加入者が就業障害になった時点から通常退職の時点まで給付を引き続き積み上げるところもある。長期就業障害給付制度（long-term disability plan（LTD））が提供されている場合には、重複給付を避けるために通常、年金制度における給付は、長期就業障害給付の終了時まで延期される。

通常退職年齢を超えた退職者への給付—大半の企業年金制度では、制度加入者の通常退職年齢を 65 歳としている。しかし、雇用主は、年齢を理由に退職を強制することを禁じられている。通常退職年齢を 65 歳に定めた年金制度は、65 歳を過ぎて引き続き勤務する加入者に対する給付計算の方法を定めておかなければならない。制度は、掛金および給付に当たり、65 歳以降の収入及び（又は）勤続期間を認定しなければならない。

退職前死亡給付—企業年金制度の中には、退職前に死亡した受給権取得済加入者の配偶者に対して早期退職遺族給付を提供することになっているものもある。この場合の給付は、当該死亡労働者が退職できたであろうと考えられる時点のうち最も早い時点もしくは当該労働者の死亡時のいずれか遅い方から開始し、当該遺族配偶者の生涯にわたって支給する年金方式によることも可能である。この年金額は、当該労働者の死亡時点での発生給付額の 2 分の 1 以上でなければならない。法律では、この場合に、遺族年金給付のコストを考慮して、当該加入者本人への給付額を低くすることを雇用主に認めている。この保障を選択しない場合、書面による配偶者の同意が必要である。

退職後死亡給付—（年金方式での給付が認められている場合は通常、）既婚労働者に対する退職給付は、連生遺族年金の形態で支払われるべきものとされている。これは、生存配偶者に対して、死亡した加入者に対する給付額の 2 分の 1 以上を月々支払うものである。加入者に対する年金額は通常、遺族年金給付のコストを反映して減額される。連生遺族年金を選択しない場合は、加入者、配偶者双方の書面による同意が必要である。

早期給付（Premature Early Distribution）—59.5 歳より前に行われる給付には、通常、10% のペナルティ税が課せられる。このペナルティは、退職前に積み立てられた給付額が取り崩されないようにするためのものである。IRA 口座や他の適格年金制度へのロールオーバーされる場合等の一定の状況下における引き出しについては、このペナルティ税は課されない。

失業補償修正法（Unemployment Compensation Amendments Act of 1992（UCAAA））は、適格年金制度における給付にも影響を与えている。同法により、直接ロールオーバー以外のロールオーバーについて、20%の所得税の源泉徴収が義務付けられた。

ローン（Loans）—退職給付のために積み立てられている基金の濫用につながることから、エリサ法では一般原則として制度と利害関係者（例：加入者）との間の取引を禁止しているが、加入者へのローンは、その例外となっている。制度からのローンは一般的には課税対象となる制度からの引き出しとはみなされないが、内国歳入法（IRC）第 72 条 とエリサ法第 408 条(b)(1)項によって一定の制限が課せられている。

まず、ローンは書面でなされなければならない。また、制度からの新たなローンは、以下のうちいずれか少ない額までとされている。

①50,000 ドルから「直近 1 年間におけるローン残高の最大値－現在のローン未返済額」を差し引いた金額

②当該労働者の勘定残高（受給権付与済分）の現在価値の 50%あるいは 10,000 ドルのうちいずれか大きい額から現在のローン未返済額を差し引いた金額

ローンは 5 年間で返却されなければならない。この期間の唯一の例外は、加入者が主たる住居を取得するためにローンを利用する場合である。ローン額は、年 4 回以上の分割返済で実質的に償却できる水準である必要がある。利子率は一般の商取引ベースで、同程度のローン額に対して課される利子率を考慮して、合理的な範囲内で定められなければならない。ローンは、債務不履行となる場合でも、加入者の退職後の収入が保証され、制度に損失が生じないように行われなければならない。

ロールオーバー (Rollovers) —一般的に、適格年金制度における一時金による支給は、非課税で IRA その他の退職給付制度にロールオーバー (繰り越し) することができる。課税されないためには、加入者がその一時金を受給してから 60 日以内に移管がなされる必要がある。

支給のタイミング—適格年金制度による給付は、通常、以下のいずれか遅い年の翌年の 4 月 1 日までの間に開始されなければならない。

① 加入者が 70.5 歳に達した年

② 当該年金制度を運営している雇用主との雇用関係から退職した年

最低年金支給額が定められており、違反した場合には特別税（最低支給要件の額と実際の受取額との差額の 50%）が課せられる。

(給付建て制度の終了保険)

企業年金制度は永続的に存在するために創設されるべきものであるが、雇用主は制度を終了することができる。給付建て制度が給付に必要となる額以上の資産を保持した上で終了する場合は、雇用主は、その超過資産を回収し、事業その他の目的に使用してもよい。ただ、その際には、50%の税金 (excise tax) が課せられる。エリサ法では、給付に必要となる十分な資産を保持せぬまま給付建て制度が終了するような場合において加入者の受給権を守るため、年金制度の終了保険について規定している。

エリサ法第 4 編では、民間企業の給付建て適格年金制度が約定の給付に必要な積立資産が不足したまま終了する場合に、当該制度における給付を保証する年金給付保障公庫 (PBGC) について規定している。給付建て年金制度を設けている雇用主は、PBGC に対して保険料を払い込む。この保険料は、PBGC が給付の保証を行うための基金に充当される。単独雇用主年金制度であるか複数雇用主年金制度であるかを問わず、同法第 4 編の適用を受ける。しかし、それぞれ別々の保険プログラムが適用される。雇用主が州をまたいで事業を展開している場合または税制優遇適格を受けている年金制度であると認められる場合には、この PBGC 保険が強制的に適用される。掛金建て年金制度のほか、政府や教会の年金制度、雇用主拠出がない共済のようなもの、加入者 25 人未満の専門的サービス雇用主が運営する制度には、適用されない。年金制度のスポンサーや制度運営管理者は PBGC によって課せられる保険料を支払わなければ

ならない。もし企業グループ（controlled group）全体で制度を運営しているような場合は、グループ企業それぞれが連帯して、保険料の支払義務を負う。

年金制度の終了—単独雇用主年金制度における自発的な終了は「標準的終了（standard）」と「財政難終了（distress）」の2つの場合に限定される（PBGCは裁量により、一定の状態に至った場合には終了させることができる。これを非自発的終了（involuntary termination）という。）。標準的終了は、全ての給付債務を支払う十分な資産を保有している場合のみ認められる。

給付債務に必要な十分な資産のない単独雇用主年金制度は、企業グループ全体で、制度を存続させるために制度の見直しを行ったとしても給付債務を支払うことができない場合、もしくはチャプター11の組織再編手続による以外に事業運営を続けることができない場合に限り、「財政難終了」により制度を終了することができる。財政難終了は、裁判所による破産の認可又はPBGCの認可がなされた場合にのみ認められる。

適用対象の制度と給付—PBGCは制度が終了した時に民間の給付建て年金制度の受給者及び加入者に対し、既に受給権が確定している部分のうち一定割合まで、退職給付、死亡給付、遺族給付、就業障害給付を保証する。保証される給付額は、65歳から開始する受給者への終身年金の形で表される。

PBGCから毎月支払われる年金給付額については一定の制限がある。一般的には、保証対象となる給付に係る支払いは、上限額の範囲内に制限され、この額は一般労働者の平均賃金にスライドして毎年調整される（2009年時点で54,000ドル）。保証給付の上限は加入者が加入しているあらゆる制度を通算して適用されるので、加入しているそれぞれの制度から別々に保証給付を受け取り、全体として保証対象となる給付額を増やすことはできない。

新しい給付条項（新規の制度設立や制度変更による給付）に基づくこの保険による保証は、年間20%ずつ（又は月々20ドルずつ）段階的に保証対象として組み入れられていく。したがって、PBGC保険による保証対象範囲に完全に包含されるのは、制度終了に先立ち5年間有効であった給付条項に基づくもののみである。この保険による保証は、当該年金制度が税制優遇措置の適格要件を満たしている間に受給権が確定した給付に対してのみ行われる。さらに保証対象となる給付は、定められた上限額までとなる。

PBGCへの雇用主債務—給付債務に対する積立不足のまま、財政難により年金制度を終了した場合、雇用主及びグループ企業のメンバーは、PBGCに対し、給付債務に関する未積立額全額に制度終了の日からの利子を加えた額について連帯して債務を負う。複数雇用主年金制度については、別のルールが適用される。

（受託者要件（Fiduciary Requirements））

エリサ法制定以前、退職給付制度のスポンサーである雇用主は、ある1つの一般的な受託者要件が課されていた。すなわち、退職給付制度は、加入者と受給者の利益向上を唯一の目的として運営されなければならないというものである。エリサ法では、この原則を拡張し、労働者に提供される給付制度のほぼ全てに適用される受託者基準を設定した。受託者（fiduciary）とは、次の

ように幅広く定義される。

- (1) 制度の運営や制度資産の管理・処分について責任を持つ者、あるいは影響力を及ぼせる者
- (2) 手数料をとって制度資産の運用について、直接間接を問わず、投資アドバイスを行う者
- (3) 制度の管理・運営において責任を持つ者

受託者には、個々の雇用主や会社役員、企業年金制度の信託受託者 (trustee) や制度管理者(plan administrator)が含まれる。弁理士、保険数理士、会計士、コンサルタントは、各々の通常の専門業務を提供する場合には、一般的には受託者とはみなされない。

制度の受託者は、任務遂行にあたって、下記の基本原則を満たさねばならない。

- (1) 受託者は、加入者と受給者の利益のためのみに行動しなければならない。
- (2) 受託者は、大損失発生リスクを最小にするよう、制度資産を多様化して管理しなければならない。
- (3) 受託者は制度運営を定めた文書に従って行動しなければならない。

受託者は、また、「そのような状況下で、同等の能力で行動し、同じく事情に精通している慎重人 (prudent man) ならば、同様の性質や目的を持つ事業の管理において当然発揮するであろう注意力、技量、慎重さ、勤勉さをもって」義務を果たさなくてはならない。この基準は、しばしばエリサ法の「慎重人の原則 (プルードントマンルール prudent man rule)」と呼ばれている。この行動基準は、極めて高度なものであることから、しばしば、「prudent expert rule」とも呼ばれる。

受託者は制度運営の全般 (制度資産の投資管理者または投資管理機関の選定から投資対象設定まで) にわたってこの基準を守らなければならない。エリサ法の受託者基準に違反した受託者は、自己の責任に起因する損失を個人的に補償する責任を負い、また自己の活動によって得られた個人的利益は、返還しなければならない。さらに受託者は、例えば、不祥事を知っていたにもかかわらず、適切な回復措置を取らなかった場合などには、不法行為責任が問われることもある。

労働省 (Department of Labor(DOL)) は、こうした基準を施行する責任を負っている。労働省は、ERISA 法の受託者基準を満たさない制度の加入者に代わって、訴訟を提起することもある。労働省は、受託者責任違反に対して、受託者以外の者であっても故意に不法行為を行った者に対して、金銭的なペナルティを課すこともできる。

また、年金制度と利害関係がある者との間の一定の取引も禁止されている。利害関係者には、限定がないが、受託者、制度にサービスを提供している者、制度を提供している雇用主、当該事業の 50%以上の株主、これらの者の親戚、またはこれらの者によって少なくとも 50%以上所有されている企業といったものが含まれる。禁止される取引には、資産の売却・交換・リース、金銭の貸付や信用の拡大、物品・サービス・設備の購入、制度資産の使用、法の限度額を超える雇用主の有価証券及び不動産の買収が含まれる。

エリサ法では、特定の場合における適用除外を設けるとともに、労働省に行政管理上の適用除外を申請するための手続を規定している。同法は、加入者が給付の権利を得ること、加入者が自己の権利を行使することを保障するため、雇用主を含め何人も、加入者を差別してはならない旨規定している。この規定に反し、加入者が解雇ないし差別された場合は、加入者は労働省の支援を要請するか連邦裁判所に提訴することができる。

第6節 給付建て制度（DB）と掛金建て制度（DC）の相違（DEFINED BENEFIT AND DEFINED CONTRIBUTION PLANS: UNDERSTANDING THE DIFFERENCES）

（イントロダクション）

給付建て制度（Defined Benefit Plan）、掛金建て制度（Defined Contribution Plan）、いずれも雇用主と労働者の双方に様々な利点をもたらす。これらの特徴は、一般的には明確に区別されるし、かなり異なっている。この節では、各々の制度の基本的事項について説明した上で、主な相違点について説明することとする。

（給付建て制度）

給付建て制度では、労働者各人が受ける将来の給付額が所定の算定方式によってあらかじめ定められている。通常、約定の給付額は、労働者の所得と勤続年数のいずれか、又は両方にリンクして決定される。例えば、雇用主は、退職時に最終5年間の平均賃金の一定割合に、退職までの勤続年数を乗じた金額の給付を約束するといった形である。あるいは、勤続年数1年当たりの額を設定し、支払うこととする場合もある。給付建て制度は、拠出制ではない。すなわち、通常、労働者は掛金を支払わない。また、個々の労働者ごとに個別の口座が設定されるわけでもない。雇用主は定期的に制度に拠出を行い、将来の退職給付に向けた積立を行う。雇用主は、約定した水準の退職給付の支払を保障するリスクを負う。2003年時点で、16歳以上の全労働者（公的部門及び民間部門）のうち、23%が給付建て制度に加入している。

給付建て制度の提供者は、将来の退職給付額を決定するに当たって、以下の主な算定式の中から選択することができる³。

- ・均一給付方式（Flat-Benefit Formula）—勤続年数1年当たりの給付額を設定し、実際の勤続年数を乗じるもの。
- ・全期間平均給与方式（Career-Average Formula）—退職給付額を在職期間中の平均給与の一定割合に勤続年数をかけた額と同水準とするもの。
- ・最終給与方式（Final-Pay Formula）—加入者の退職直前の一定期間（通常は5年）における平均給与に基づいて給付額を決定するもの。当該期間は通常、加入者のキャリアの中で収入が最も高い時期である。給付額は、加入者の当該最終期間の平均給与の一定割合に勤続年数を乗じた額と同水準になる。この算定式は、インフレの影響を受けにくく、労働者にとって最も有利なものであるが、雇用主にとっては、コストが高い。

（掛金建て制度）

掛金建て制度では、通常、雇用主は、毎年ないし定期的に個々の労働者ごとに設定された口座に拠出を行うことを約定する（このため、掛金建て制度は個人口座制度（individual account plan）と呼ばれることもある）。雇用主により、現時点での掛金拠出は保証されるものの、給付建て制度のように退職時の給付水準は保証されない。2003年時点で、16歳以上の全労働者（公的部門及び民間部門）のうち、36%が掛金建て制度に加入している。

³ 雇用主は、給付建て制度と掛金建て制度の双方の性格を有する単一の制度を採用する場合もある。そのような特徴を持つ制度類型としては、キャッシュバランスプランやターゲットベネフィットプランがある。

掛金建て制度への拠出額は、労働者の給料の一定割合として定められる場合もあれば、勤続年数と関連付けて拠出額が決定される場合もある（その双方もあり得る）。全額雇用主負担の場合もあれば、全額労働者負担の場合もある。また、事業者と労働者の共同負担の場合もある。退職時の給付水準は、各労働者の口座に積み立てられた金額に基づく。積立額は、雇用主の掛金、労働者の掛金（拠出制の場合）及び投資損益を反映したものとなる。労働者が完全に受給権（fully vested）が得られる前に離職した場合、雇用主の掛金分について権利を喪失し、その掛金分が残りの労働者の勘定に再分配されることもある。こうした措置は、没収措置（forfeiture）と呼ばれる。

掛金建て制度にはいくつかの種類がある。「マネーパーステッププラン」「利益分配制度」「401(k)プラン」「従業員貯蓄制度」「従業員持株制度」といったものである。これらを簡単に要約すると以下のとおりである（より詳細には、それぞれの節で説明する）。

- ・「従業員貯蓄制度」—この制度は基本的には労働者自身の積立による貯蓄制度である。労働者は個々の名義で開設された口座に税引後拠出を行う。拠出額は通常、給与の一定割合として定められる。雇用主によるマッチング拠出（労働者拠出と同額もしくはその一定割合）も認められるが、法令上の義務ではない。
- ・「利益分配制度」—この制度では、雇用主の総拠出額は通常、前年の雇用主の年間利益に基づいて定められる。しかし、利益があることが雇用主拠出を行う上での要件とされているわけではない。また、雇用主は、定期的に拠出を行うべき義務を負わない。掛金は一般的には各労働者の報酬に比例して分配される。
- ・「マネーパーステッププラン」—この制度では雇用主の拠出は強制である。雇用主拠出額は労働者の給与の一定割合で規定される。退職給付額は退職時の個々の労働者の口座の積立額と同額となる。
- ・「従業員持株制度（ESOP）」—これは、雇用主が、自社株を労働者に与えるという形で拠出を行う税制適格従業員給付制度である。ESOPでは、基本的には当該雇用主の株式に投資することが求められている。
- ・「401(k)プラン」—内国歳入法（IRC）第401条(k)項に基づく適格「即時繰延選択契約（cash or deferred arrangement（CODA））」により、労働者は（本来的には現金支給される）給与の一部を適格性を有する利益分配制度、従業員持株制度（ESOP）又はエリサ法前のマネーパーステップ退職年金制度（pre-ERISA money purchase pension plan）に拠出することができる。労働者掛金は税引前の所得控除（非課税拠出）として取り扱われる。

雇用主は以下のような目的で掛金建て制度を導入している。

- ・労働者の退職後所得保障を達成する一手段として
- ・現行の給付建て制度を補完するため
- ・給付建て制度のわずらわしい規制と長期にわたる積立及び給付債務に関する責任を回避するため
- ・短期勤務の労働者に対する給付を行う制度を設立するため

給付建てと掛金建てそれぞれの制度の基本的差異を明らかにするために、以下では、これら2つの給付タイプについて、いずれを採用するか雇用主が選択する際に考慮すべき主な事項、

労働者から見た相違点といった部分に重点を置いて説明する。

(退職給付制度の目的)

多くの雇用主は、退職年金制度を導入する第一の目的は、退職後の所得を労働者に提供することと考えている。もう一つの目的は、企業組織の効率と活力の維持に資するためである。このほか、長期に雇用された労働者に対する報償という目的もあろう。このような目的が達成されるためには、長期にわたって積立がなされ、それが受給可能な状態となっている必要がある。

転職せずに生涯同一の企業で勤めようとする者にとっては、給付建て制度は、大変有意義な制度である。労働者の収入は通常、勤続期間が増えるにつれて増えていく。そして勤続期間が考慮される場合には、同じ雇用主との間で雇用が継続すればするほど、給付額は増加していく。さらに、高齢になってから新たな雇用主と雇用関係に入った労働者は、最終給与あるいは雇用期間を通じた平均賃金に基づき給付建て制度から給付を受けることができる。しかし、職を転々とする労働者（特に若年時に転職する者）にとっては、掛金建て制度の方が、より手厚い退職給付が得られる可能性が高い。掛金建て制度では、通常、給付建て制度より短期間で受給権が発生する。すなわち受給権発生要件としての在職期間が短いのである。

(制度の費用)

給付建て制度を採用した場合、雇用主は、給付コストがいくらになるかよく分からない。約定した給付のために要する費用は、運用利回り、受給権が発生するまで働き続ける労働者の数、行政規制の将来の変更の様相、将来の労働者の給与水準等、非常に多くの要因に依存する。給付建て年金制度で費用の見通しが立たないことは、しばしば制度にとっての障害と見られている。雇用主は将来の利回り、死亡率、離職率、昇給等を予測することで、合理的な水準で積立を行おうとする。さらに、制度の資産・債務を定期的に評価し、定期的に掛金を調整することができる。雇用主は法律で認められた範囲内で、掛金を年々変更することを認められている。したがって、給付建て制度を実施する雇用主（制度の提供者）は、掛金負担に当たって、一定程度の柔軟性が認められている。

掛金建て制度の提供者は、通常、制度にかかる費用を年次ベースで知ることができる。雇用主は、定期的に定められた金額を拠出する。このような費用管理上の特徴は、（負担すべき費用が明確であるので）多くの雇用主、特に新興の小規模企業にとって魅力となる。雇用主の掛金を利益の大小に対応して決める（たとえば利益分配制度）ことにより、制度の財政運営に柔軟性を持たせることができる。たとえば、経営不振の時は、拠出を見合わせることもできる。

(資産の所有と投資リスク)

制度資産の所有に関しては、給付建て制度と掛金建て制度で異なる。掛金建て制度では、ひとたび労働者に受給権が付与されると、掛金は後払い賃金とみなされる。各々の労働者の勘定のうち受給権が付与された金額は、当該労働者が所有するものとみなされる。受給権が付与された累計金額は、大抵は退職時点で労働者に分配される。掛金建て制度の下では、投資リスクは労働者が負担する。有利な投資をすれば給付は増え、不利な投資をすれば給付は減る。

給付建て制度においても、受給権が付与された給付は後払い賃金とみなされる。しかし、投資リスクにおける相違が重要である。給付建て制度の提供者は、将来の約定給付を支払う責任を負っている。その結果、雇用主はこの責任を果たすうえで生じる投資リスクを引き受けなければならない。給付建て年金制度が予定利率よりも低く運用されたり、キャピタルロスを被る場合には、雇用主は約定給付を支払うために追加的に積立を行わなければならない。逆に予定利率を超えて運用され積立額が増加した場合は、雇用主は、年間拠出額を減らしたり、給付水準を（一時的に）上げたりすることができる。

（付随的給付規定）

退職給付制度は、退職後の所得を労働者に提供することが主眼であるが、加入者の死亡の倍にも給付を行っている。また大半の制度では、早期退職の場合にも給付を行っている。このような付随的な給付を受けるためには、労働者は通常、一定の受給資格要件を満たさなければならない。なお、それら要件については法律によって一定の制限が設けられている。

掛金建ての従業員貯蓄制度と利益分配制度では、死亡退職、中途退職、通常退職、就業障害の際に、労働者の個人口座にある受給権取得済累計金額を支払うのが普通である。給付建て年金制度では、受給権取得済累計金額を労働者の退職時（早期退職、通常退職、または通常退職年齢以降での退職といった各時点から）から、月々の年金という形で一生涯を通じて又は一定期間、支払うことが多い。

（退職後の年金増額）

インフレ期の年金受給者の経済的窮状は深刻な問題である。定額の年金や退職一時金の利息で生活している退職者は、貨幣価値の下落に困難を強いられてきた。社会保障年金の物価スライドによる自動増額は有益ではあるものの、平均以上の所得層にとっては、退職給付全体の増加率は物価上昇率を下回ることが多かった。

多くの雇用主が、退職労働者の経済問題について関心を持っている。しかし自動的な物価スライドを準備している給付建て年金制度はほとんどない。財源さえ確保されれば、インフレによる目減りを補うため、退職後の定期的な年金増額を状況に応じて、自発的に実施するであろう。

（労働者の受け止め）

そもそも給付建て制度は複雑である。算定式もわかりにくい。制度の内容と労働者に認められる権利を説明する法的な文書を理解するのは難しい。政府により定められた給付建て制度に関する多数の規制が給付建て制度の運営をますます複雑なものにし、制度を理解することを更に困難なものとしている。将来支給されるであろう約定給付は労働者にとっては遠い先の事柄であり、当該給付の現在価値も不明確である。

掛金建て制度もまた複雑であるが、給付建て年金制度ほどではない。掛金建て制度では、加入者に個人口座が設定され、それは年金給付の算定方式ではなく、金額で表示される。また、

雇用終了時に積み立てられた額を一時金として受け取ることができる点は労働者にとっても魅力的である。

（給付額と勤続年数）

掛金建て制度は、頻繁に転職する労働者には非常に有利である。掛金建て制度の受給権付与は、給付建て制度よりも短期に設定されることが多い。労働者の拠出に関しては即時に100%の受給権が発生する（この点は給付建ても同様）。掛金建ての従業員貯蓄制度と利益分配制度では、受給権付与済給付は、退職時に一時金で支払われるのが通常である。

他方、給付建て制度には、（5年という）受給権の崖（cliff vesting）があり、一定の雇用期間（法律による上限あり）が経過しなければ、受給権が付与されない。また、給付建て制度では雇用終了（中途退職）時点で常にその時点における受給権確定済の給付が行われるわけではない。雇用終了（中途退職）時点で受給権を付与された累計金額を受け取るのではなく、繰延収益（deferred income）を引退時点以後、毎月受け取ることとなる。しかし、給付額は通常は雇用終了（中途退職）時点で凍結されることから、物価スライドの仕組みが組み込まれていない場合には、労働者は給付額凍結後は、将来のインフレによって給付額が目減りするリスクにさらされることになる。

給付建て制度の中にはその給付算定式を、ある程度年をとってから雇用される者も見込んで設定しているものもある。すなわち、勤続年数が比較的短期である労働者でも十分な退職給付を受け取ることができる場合がある。これは、職業人生において比較的遅く無期雇用の定職につく労働者にとっては有利である。掛金建て制度では、上記と同様のケースにおいて、十分な退職給付が発生するということはない。

（制度の管理）

給付建て制度、掛金建て制度とも管理が複雑になりがちである。通常、両制度とも、有能な内部スタッフと外部アドバイザーが必要とされる。掛金建て制度は給付建て制度よりも管理上有利な点がいくつかある。第一に、給付建て制度は、将来の労働者数、年齢、寿命、所得、その他人口統計上の数値等を考慮するため複雑な年金数理技術が必要であるが、掛金建て制度ではその必要はない。第二に、税法とエリサ法の規定は、掛金建て年金制度に関しては、給付建て年金制度ほど規制の影響を受けない。例えば、

- ・給付建て制度は、最低積立基準及び最高積立基準を満たさなければならない。一般的には掛金建て制度はこのような基準を充たす必要はない。
- ・給付建て制度は、制度終了の際の労働者への年金給付を保護するために、年金給付保証公社（PBGC）に対して、保険料を計算して払い込まなければならない。掛金建て制度はそもそも完全積立となっていることから、給付建て制度にみられるリスクがなく、制度終了保険制度の必要がない。このため、掛金建て制度を終了させるにあたり、PBGCの承諾を得る必要がなく、管理しやすい。
- ・エリサ法は、給付建て制度から支払われる給付の上限額、掛金建て制度に拠出される掛金の上限額を設定している。エリサ法制定以降、こうした給付制限規定について幾度か改正

がなされたが、掛金建て制度の拠出上限については、あまり改正がなされず、また要件が緩和されてきた。これらの基準にかかる計算はかなり複雑である。

- ・ 給付建て制度は、掛金建て制度よりも詳細で複雑な数理上の情報開示報告書を提出しなければならない。もっとも、掛金建て制度の場合も記録管理は複雑であり、特に、労働者に様々な投資オプション認めていたり、ローン・引出ができる旨の規定が設けられている場合はなおさらである。

(税制)

雇用主にとって、給付建て制度と掛金建て制度では、租税効果は大きく異なる。掛金建て制度の下では、一定の法律上の上限はあるものの、その年に加入者の口座に拠出した雇用主拠出は経費として控除される。一方、給付建て制度では、雇用主は、将来の約定した給付の支払いに充てるため、最低限の積立をしなければならない。この積立分についても同様に所得控除される。しかし、雇用主は、一定額以上の積立超過 (overfund) をしてはならず、上限を超えると税制上のペナルティが課せられる。

労働者にとっては、両制度の税制上の優遇は本質的に同様である。労働者は受給時までは、雇用主掛金、投資収益、退職制度資産のキャピタルゲインについて課税されない。しかし、民間部門の給付建て制度に加入する労働者が拠出する掛金については、課税の対象となっている。民間部門の給付建て制度の多くが労働者に掛金を求めているのに対して、公共部門の給付建て制度は、通常、労働者に掛金拠出を求めている。

給付建て制度でも掛金建て制度でも、労働者が実際に給付を受けた際に所得税が課される。どのように課税されるかは制度の種類ではなく、給付の支払形態による。例えば、一時金 (lump-sum) による支払いは給付建て制度から支払われても、掛金建て制度から支払われても、同様の課税を受ける。給付が年金方式 (annuity) で支払われる場合は、通常の所得税率が適用される (労働者による掛金負担がある制度で労働者拠出が課税後所得から支払われていた場合には、当該部分については退職時点以後の年金給付の段階において課税されない)。現在の税法の下では効果が以前ほど顕著とはいえない⁴が、通常、退職後の方が現役時代よりも課税区分上、低く位置づけられることから、こうした課税システムは、労働者にとって有利に働いてきた。

(むすび)

過去において、給付建て制度は一般に、労働者の退職後の所得ニーズを充たす主要な手段として、採用されてきた。しかし、最近では、法律改正や労働者の行動の変化、労働力の流動化といった影響を受けて、掛金建て制度がより重視されている。最も効果的な退職給付制度は給付建て制度と掛金建て制度を組み合わせ、それぞれの制度の掛金と給付に関する有利性を最大限に活用することであると信じる雇用主が増えてきている。

⁴ この点に関し、従来の分析の多くは、現在の税率が将来にわたって一定であるということを前提としている。通常、税率は課税所得とともに増加していくわけであるが、税率が将来にわたって増加しないという保証はない。したがって、退職時の税率が現役時代よりも高くなる場合も想定される。多くの財政の専門家は、メディケアなどのプログラムに対処するための政府支出が必要となるため、将来こうした状況が起こるだろうと指摘している。

例えば、雇用主は適度な水準の給付を提供する給付建て制度を採用する一方、その補完として掛金建て制度（従業員貯蓄制度、利益分配制度、401(k)プラン）を採用することができる。こうして2つの制度の給付を組み合わせることにより、十分な所得水準を満足させつつ、給付建て制度の費用リスクを最小にすることができる。

給付建て制度と掛金建て制度はそれぞれ異なる特徴を有している。それは雇用主、労働者それぞれから見たとき、メリット・デメリットと捉えられる部分もある。雇用主がいずれの制度類型を採用するか決定する場合、そして労働者が自らが加入する制度について理解する場合には、こうした特徴について、十分な考察を行うことが重要である。

第7節 利益分配制度 (PROFIT-SHARING PLAN)

(イントロダクション)

利益分配制度は、掛金建て年金制度の一種であり、給付建て制度を補完するものとして利用されることが多い。利益分配制度を通じて労働者は企業利益の分配にあずかるが、このことは労働者の生産性向上に対する意欲を高める。

約100年前に、ビルズベリー・ミルズ社とプロクター・アンド・ギャンブル社は、それぞれ現金利益分配制度を制定した。1916年には、シカゴのハリス信託貯蓄銀行が最初の繰延べ利益分配制度を制定した。1939年には立法によって、繰延べ制度の税制上の取扱いが明確になった。この立法と第二次世界大戦中の賃金凍結の結果、1940年代に利益分配制度が急速に成長した。1974年に制定されたエリサ法では、利益分配制度に対しては、給付建て年金制度に対するような厳格な規制をしなかったため、魅力が集まり、更に普及が促された。

(利益分配制度の種類)

利益分配制度の基本的な形態は以下の3つである。

現金制度 (Cash Plan) — 利益が確定された時点で給付が現金、チェック、株式の形で直接労働者に給付される。給付時に、通常所得として課税される。

繰延制度 (Deferred Plan) — 給付は掛金として個々の労働者ごとに設定された口座に拠出され、繰り延べられる。積み立てられた拠出額及びその投資収益は、退職時やその他の特定事由 (死亡、就業障害、中途退職) が発生した時点で給付が行われる。

組合せ制度 (Combination Plan) — 加入者は、給付分を全額繰り延べるか一部を現金制度として受け取るか選択することができる。繰り延べられる部分については、投資収益とともに、個々の労働者の口座に振り分けられ、給付がなされるまで課税されない。現金で給付される分については、現行税率が課税される。

税制上、内国歳入庁 (IRS) によって適格と認められる利益分配制度は、繰延制度と組合せ制度に限定される。したがって、この節では、主にこの2つの類型について、取りあげる。

(制度適格性要件)

他の退職年金制度と同様、利益分配制度も、税制優遇措置を受けるためには、いくつかの要件を満たさなければならない。これらの要件は、エリサ法によって創設されたものであるが、労働者の権利を守るとともに退職時に年金給付が確実に得られるよう保証するという目的のもと、定められているものである。制度の運営状況に関する報告・公表、受託者責任、労働者の制度への加入要件、受給権付与、給付方式、積立要件といったものが定められている。加えて、適格制度と認められるためには、高報酬労働者 (highly compensated employee) を有利に取り扱うことを禁止する差別禁止ルール (内国歳入法 (IRC) 第401条(a)(4)項、第410条(b)項、第401条(a)(26)項) を遵守しなければならない。

(拠出)

雇用主拠出—制度は雇用主掛金がどのように労働者の口座に割り当てられるかを定めなければならない。一般に割当額を決める算定式は、労働者の報酬に基づいている。割当額は、給与の一定割合とされる場合もあれば、加入者全員の報酬合計に対する各労働者の報酬比率によって定められる場合もある。例えば、ある労働者の年収が年額 15,000 ドルで、制度加入者全員の年収合計が 300,000 ドルであるとした場合には、その労働者は、雇用主の年間掛金の 5%を受け取ることとなる。

割当額を報酬と勤続年数の両方に基づいている制度もある。このような制度では、賃金と勤続年数を用いた算定式が、特定グループに有利となるような差別的取り扱いにならないように十分留意しなければならない。割当額を決めるにあたって報酬を基準にするか、それとも報酬と勤続年数の両方を基準にするかは雇用主の給付の目的による。労働者を企業につなぎとめることが制度の主たる目的なのであれば、報酬と勤続年数の両方を基準に割り当てる方式が適している。これらの割当の算定式は、規定された上限の範囲内で社会保障年金と調整（インテグレーション）することができる。

年間の拠出額の上限（雇用主分及び労働者分）は、内国歳入法第 415 条に定める拠出上限までに制限され、報酬の 100%または 49,000 ドル（2009 年）のいずれか少ない方とされている。

雇用主が労働者のために拠出する掛金のうち、連邦所得税について損金対象となるのは、全加入者報酬の 25%までである。この制限を超えて拠出された部分については、10 パーセントの特別税（excise tax）が課されるが、その翌年に損金算入することができる。しかし、そのように翌年に損金算入され得る額は、翌年度の損金算入の上限である全加入者報酬の 25%の範囲内に限られる。

例えば、雇用主が 2005 年、2006 年、2007 年に全加入者に支払う報酬総額が毎年 100,000 ドルと仮定する。雇用主が 30,000 ドルを 2005 年に当該利益分配制度に拠出した場合、その年の損金算入の上限は 25,000 ドルとなる（100,000 ドルの 25%）。残りの 5,000 ドル（30,000 ドル－25,000 ドル）は、損金算入されず、500 ドルの特別税が課せられる（5,000 ドルの 10%）。雇用主が 2006 年に 23,000 ドル拠出した場合は、25,000 ドル（23,000 ドルと前年度から繰り越した 2,000 ドル）まで損金算入されることができ、300 ドル（まだ損金算入されていない 3,000 ドルの 10%）の特別税を支払うことになる。2007 年度に 20,000 ドル拠出した場合は、23,000 ドルが損金算入される（20,000 ドルと、前年度から繰り越した 3,000 ドル）。2007 年には、特別税は課されない。

利益分配制度は、雇用主が相当な額を繰り返し拠出することを約する掛金建て制度であるが、実際の拠出額は通常、雇用主の裁量によっている。雇用主は利益分配制度の設立するに際し、必ずしも実際に利益をあげている必要はない。総拠出額も利益の範囲内に制限されるわけではない。しかし、制度規約には、当該制度が利益分配制度であることが明確に記されていないなければならない。

労働者拠出—純粹の利益分配制度では、労働者の掛金拠出を求めないが、中には労働者の希望により、拠出を一定の範囲内において認めているものもある。こうなると、従業員貯蓄制度に似てくる。所得控除の形での労働者拠出は次第に普及してきている。課税前所得からの控

除（課税繰延）が認められるためには、401(k)プランに係るルールを遵守しなければならない。

課税—利益分配制度への雇用主拠出は、先に述べた上限まで損金算入される。労働者は繰り延べ拠出分及びその投資収益については実際に給付がされるまで課税されない。（全部または一部の）給付を現金で受け取った場合は、その給付時点の課税ベースにより課税される。

（投資）

利益分配制度における資金は、株式、債権、不動産、保険商品、投資信託（mutual fund）を含む多様な投資手段で運用される。一般的には、退職給付制度は、当該制度資産のうち、当該雇用主の株式を10%以上を保有してはならないこととされている。しかし、このルールは、利益分配制度、株式賞与制度、従業員貯蓄制度、従業員持株制度については、マネーパーチェスプラン（エリサ法が成立する以前に存在していたもので、当時は主に雇用主の自社株に投資されていた）と同様、適用されない。このため、利益分配制度では、雇用主掛金は雇用主の株式に投資されることが多い。こうした実務により、加入者は自社の繁栄にますます関心を抱くようになる。

（給付の支払い）

退職、障害、死亡給付—法律では、退職時点で、加入者の口座残高について完全な受給権を付与することを求めている。一般的には、死亡や就業障害の際にも給付が行われている。その他の雇用の終了事由の場合に全額給付となるか一部給付となるかは、制度の受給権付与規定により定められる。しかし、労働者の拠出が行われている場合は、労働者は常に自己の拠出分に係る給付を受けることができる。

一般に利益分配制度では、退職した加入者と死亡した加入者の受益者に対し、一時金払いか分割払いかの選択肢を提供している。退職、死亡、就業障害以外の理由で雇用を終了する加入者は、一時金払いで給付を受け取るのが普通である。ただし給付額が5,000ドルを超える場合には、加入者に直ちに一時金で受け取るよう強制することはできない。利益分配制度における口座からの給付は、全ての適格退職給付制度に適用される共通の給付ルールに従って行わなければならない。税制上のペナルティを避けるために、労働者が（退職せずに）勤務を継続している場合を除き、一般的には、70.5歳に達した翌年までに給付が開始される。在職中の引出し—利益分配制度の中には、加入者に対し、在職中に当該加入者の口座の積立額の一部引出しを認めているものもある。加入者に口座からの引出しの選択を認めている制度は一定の条件を課しているが、その条件は制度によって大きく異なる。しかし、労働者は、一般的には、引出しが認められるためには、当該口座に最低2年以上、当該資金が保有されている必要がある⁵。

ローン（Loans）—制度によっては労働者が受給権確定済の給付額からローンを受けることを認めているものもある。一般に、労働者は少なくとも年4回の均等償還払いによってローンを返済しなければならない。ローンが認められる場合には、制度加入者全員が公平な基準により利用可能であり、かつ合理的な利子率が設定される必要がある。

⁵59.5歳前の 早期の支給については、10%の追徴所得税が課される。

(むすび)

利益分配制度においては、労働者が企業の業績をより意識するようになる。企業の業績は直接、利益に影響し、利益分配制度における労働者への給付水準を左右する。企業の利益が上がるほど、労働者への割当は多くなる。一方、利益分配制度は、様々な目的によって採用される。現金制度は、不確定ボーナスの一形態である。利益が多ければ、給付が支払われる。しかし、労働者が給付を確実視して、給付が実現しないうちに給付を期待して費消してしまう危険がある。繰延制度は、一般には他の年金制度を補完する目的で用いられ、退職給付という目的からは、より適切な制度といえる。

労使双方に対する利点を考えると、利益分配制度は、従業員福祉制度において重要な役割を果たし続けていくものと予想される。

第8節 401 (k) プラン (即時繰延選択制度)
(401 (k) CASH OR DEFERRED ARRANGEMENT)

(イントロダクション)

内国歳入法 (IRC) 第 401 条(k)項に基づく「即時繰延選択契約(cash or deferred arrangement(CODA))」により、労働者は(本来的には現金支給される)給与の一部を適格退職給付制度(qualified retirement plan:qualified(適格)とは税制優遇措置を受けられることができるという意味)に拠出することができる。労働者の掛金は拠出時点では収入とはみなされず、税引前ベースで給与から控除した上で、雇用主が労働者に代わって制度に拠出を行う。また、雇用主による労働者への利益分配の割当の一部を適格退職給付制度に拠出することを労働者に認めている制度もある。いずれの場合も、401 (k) プランにおける労働者掛金については、実際に給付が行われる時点まで、労働者への所得税の課税が繰り延べられる。401(k)プランに拠出されない部分は現金で受け取ることとなるが、当該現金は収入とみなされ、随時課税される。

これまで長期にわたって様々な形態の繰延べ報酬が存在した。1950年代中頃までには、現金での支給または税引き前ベースの労働者拠出による課税繰延べのいずれかを労働者に選択させる利益分配制度が内国歳入庁(IRS)によって認可されていた。これには、繰延べ措置を選択した加入労働者の半数以上が、全体のうち給与水準下位2/3区分に属することが条件とされた。1970年代後半になって初めて、連邦議会がCODAを認可し、CODAの内容を定式化し、正規のガイドラインを示す措置を講じた。1978年の歳入法によって、内国歳入法に401条(k)項(このためCODAは401(k)プランと呼ばれる)が追加された。401(k)プランは退職後に向けた貯蓄のためのポピュラーな手段となっており、今では雇用関係ベースの退職給付制度の主要な形態として位置づけられるに至っている。401(k)プランは、掛金部分について、拠出時点で課税されるべきものを(おそらく税額は低くなるであろう)将来まで繰り延べることで、節税というメリットを梃子に、労働者に貯蓄を促そうとするものである。また401(k)プランは、運用収益についても繰延べを認めている上、使用者にとってみても、柔軟に退職給付制度を設計し、拠出水準を設定することができるメリットがある。

近年、401(k)プランに関して、極めて重要な進展が2点あった。ロス401(k)プラン(Roth 401(k) plan)(後述)は、労働者掛金について、拠出時は課税されるが、(一定の場合)掛金元本及び掛金元本を基に得られた運用収益については、退職時の給付の際に課税されないというものである。2つ目の重要な進歩は、自動加入制度である。これにより、401(k)プランに加入する資格を有する者、とりわけ若年層、低所得者層の間で急速に加入率が引上がる可能性がある。新入社員(既存の社員のケースもあろうが)に401(k)プランの加入に関する情報を提供した上で、(税制優遇や雇用主のマッチング拠出の内容を考慮し)当該プランに加入するかしないかについて労働者の自主的な判断に委ねるといった従来型の手法に代え、自動加入システムは、労働者が拠出率、資産配分の変更を申し出る、あるいは当該401(k)プランから脱退するといった旨の積極的意思表示を行わない限り、あらかじめ設定された労働者拠出率及び資産配分で労働者を401(k)プランに加入させるというものである。

(適格性)

多くの民間企業で、401(k)プランが採用されている。州政府や地方政府は、1986年5月6日までに401(k)プランを導入していなければ401(k)プランを運営することはできないが、内国歳入法第457条により類似の制度を創設することはできる。労働者は通常、勤続年数要件を充たすことにより、401(k)プランへの加入資格を得ることとなる。401(k)プランでは、この要件(待機期間)は最大1年である。労働者拠出および一部の雇用主拠出については、即時に受給権(vesting)(労働者が給付を剥奪されない権利を得ること)が付与される。雇用主のマッチング拠出(労働者の掛金に使用者が補助する形で拠出するもの)に関しては、3年後に100%の受給権を付与するか、2年後から20%ずつ受給権を付与するか、いずれかの受給権付与ルールに従う必要がある。上記以外の雇用主拠出類型については、エリサ法に基づく一般の最低受給権付与基準による。

これらは、掛金建て制度と給付建て制度(一般に雇用主により全額積み立てられ、給付額は在職期間や給与に基づく算定式によって決定され、終身年金の形で設定される場合が多い)とを区別するポイントであるといえる。

退職年金制度の種類

内国歳入法(IRC)では、雇用主体に応じて3つのセクションにおいて、所得控除による退職年金制度に関する規定が置かれている。

- Sec. 401(k): 民間部門所得控除制度
- Sec. 403(b): 非営利部門所得控除制度
- Sec. 457: 公的部門所得控除制度

これらの制度を雇用主が採用するか否かは任意である。また、上記はすべて掛金建て制度である。(雇用主によって提供された投資オプションの範囲内で)少なくとも一定の部分については労働者が拠出額に関する投資方法を決定し、自ら投資に関する全てのリスクを負う。給付は通常、一時金で支払われる。

(401(k)プランの種類)

401(k)プランは、以下の2つの方法のいずれかによって行われる。すなわち、給与控除方式(salary reduction arrangement)と利益分配方式(profit-sharing arrangement)である。給与控除方式では、労働者の選択により、(本来であれば現金支給されるはずの)給与の一定割合を制度に拠出する。したがって、拠出時点において給与額は減少し、連邦税及び州税はその減額された給与額をもとに課税される。401(k)プランは、利益分配制度、株式賞与制度、エリサ法制定前のマネーパーチェス制度、地方共済組合制度のいずれかの形態をとる。401(k)プランにおける拠出は、労働者拠出のみでもよいし、雇用主拠出のみでもよい。また、両者によって共同で拠出されるものでもよい。即時繰延選択型の利益分配方式では、労働者は、利益分配による給付を自身の口座に拠出し繰り延べるか、現金で受け取るかどうかの選択肢が与えられる。いずれの方式においても、繰り延べられる給与とそれに関連する運用収入については、実際に引き出されるまで課税されることなく口座に積み立てられていく。利益分配制度で雇用主から受け取る現金給付については、受給時点で課税される。

(掛金)

401(k)プランに対する掛金は、次の4種のいずれかによって行われる。

選択拠出(Elective)—給与控除により課税繰延される労働者拠出(労働者に代わって雇用主によって管理される)。

マッチング拠出(Matching)—労働者拠出に併せて行われる雇用主拠出(雇用主は労働者と同額の拠出を行うとは限らない。)

非選択拠出(Nonselective)—雇用主から払い込まれるマッチング拠出以外の事業者拠出。差別禁止テスト(後述)を充たすために拠出される場合もある。

任意拠出(Voluntary)—給与控除によらない、課税後所得からの労働者拠出。

401(k)プラン加入者は、401(k)プランへ拠出された資金について、投資方法を直接指示することができる(自分の拠出分のみに対して可能な場合もあれば、雇用主拠出分に対しても可能な場合もある)。投資オプションには通常次のようなものがある。

確定ファンド(あるいは保証投資ファンド)—保険会社との間の利率保証契約(Guaranteed investment contract:GIC)への投資

バランス・ファンド(balanced fund)—株式と債権に対する投資をミックスさせ、安定性と成長性を追及するもの

株式ファンド—成長可能性が一番高いが、最もリスクである。このファンドの投資は株式だけが対象である。

これらの異なったファンドを利用して、加入者は各自の退職設計に適した投資を選択することができる。他のオプションとしては、債権ファンド、マネー・マーケット・ファンド(MMF)、確定利付証券、ターゲットデート・ファンド、自社株がある。

401(k)プランに対する労働者の選択拠出額には、上限があり(2009年16,500ドル。インフレ調整される)、(この上限の算定に当たっては)簡易退職年金(simplified employee pension(SEP))や貯蓄奨励事業者折半負担型年金(Savings Incentive Match Plan for Employees(SIMPLE))へ選択拠出した額と通算される。労働者の年齢が50歳以上であれば、追加のキャッチアップ拠出(catch-up contribution)が認められる。このキャッチアップ拠出の上限額は2009年で5,500ドルである(インフレ率による調整あり)。労働者の課税後拠出と雇用主のマッチング拠出は内国歳入法第401条(m)項により制限される。

適格401(k)プランへの雇用主と労働者の総掛金の限度額は、内国歳入法415条により、他の掛金建て年金制度と同じルールで規制されている。一般に、①雇用主掛金総額(労働者が給与控除方式により拠出する額と雇用主のマッチング拠出額を加えたものも含まれる)、②労働者の課税後掛金、③他の加入者が受給権を100%獲得しないうちに退職した場合に割り当てられる没収金の合計額は、労働者の報酬の100%又は49,000ドル(2009年現在。インフレ率による調整あり。)のいずれか低い方を超えてはならない。この限度額を決定する際に使用される報酬額の上限は245,000ドルである(2009年時点。インフレ率による調整あり。)

(差別禁止要件)

他の適格退職制度と同様、401(k)プランは税制適格の退職給付制度であることから、制度適用範囲、加入要件、拠出額等の条件について、高報酬労働者を優遇することのないよう設計されなければならない。制度適用範囲や加入要件のルールは、他の適格退職制度と同様である（内国歳入法（IRC）第410条(b)項、第401条(a)(26)項）。しかし、高報酬労働者の選択拠出については、他の制度に適用される拠出、給付に関する一般的な制度に適用される差別禁止ルール（IRC第401条(a)(4)項）に代わり、401(k)プランのみに適用される特別の差別禁止ルールを充たす必要がある。このテストは、ADP（actual deferral percentage（実質繰延比率））テストと呼ばれており、毎年実施される必要がある。一方、1996年の小規模事業労働保護法（small business job protection act）では、ADPテストに代替するものとして新たに2つのテスト類型が定められた。1996年以降に開始する課税年度については、401(k)プラン特有の差別禁止ルールは、貯蓄奨励事業者折半負担型年金制度（Savings Incentive Match Plan for Employees（SIMPLE））を採用している100人以下の労働者を雇用する雇用主には適用されない。1998年12月31日以降は、ADPテストをクリアするための2つのセーフハーバールール（safe-harbor method）が適用されている（このルールを満たせば、ADPテストを行わなくてもよい）。その他のIRC第401条(a)(4)項に規定するルールの一定部分については、401(k)プランにも適用される。

ADPテストは次のような形で行われる。加入資格のある労働者（当該年度においてその制度の雇用主掛金の対象資格があるとされた労働者）を高報酬労働者のグループと一般労働者（高報酬労働者以外の労働者）のグループに分け、それぞれのグループにおいて、個々の労働者が制度に払い込む掛金の給与に占める比率を定める。次に個々の労働者の掛金比率を合計して平均し、そのグループの実質繰延比率（ADP）を求める。そして高報酬労働者のグループにおけるADPと一般労働者のグループにおけるADPとを比較する。ADPテストでは次の2つのうちのいずれかを充たす必要がある。

テスト1－高報酬労働者のADPは一般労働者のADPの125%を超えてはならない(basic test)

テスト2－高報酬労働者のADPは一般労働者のADPの200%を超えてはならず、かつその差が2%以内でなければならない(alternative test)

例えば、一般労働者グループのADPが4%で、高報酬労働者グループのADPが6%の場合、差別禁止ルールは充足されるか？

テスト1－高報酬労働者のADPは6%であり、一般労働者のADPの4%の125%を超えているので、充たされない。

テスト2－高報酬労働者のADPは6%であり、一般労働者の4%を2%超えておらず、また6%は8%（一般労働者のADPの200%）を超えていないので、充たされている。

2つのテストのうち、一つが充たされたことから、このケースでは401(k)プラン特有の差別禁止ルール（ADPテスト）はクリアされたことになる。先に述べたとおり、このルールは労働者の選択拠出に適用される。401(k)プランにおける労働者の課税後拠出及び雇用主のマッチング拠出、その他の適格退職制度についての差別禁止ルールは、内国歳入法第401条(m)項に規定するACP（actual contribution percentage（実質拠出比率））と呼ばれるADPと類似のテストによって判断される。このテストは、本質的には労働者の選択拠出に適用されるADPテストと同様である。

(分配)

労働者が 401(k)プランから積立金を引き出すことは、他の退職年金制度に比して厳格に制限されている。401(k)プランから 59.5 歳以前に引き出しを行う場合は、一般に（通常の所得税に加えて）10%のペナルティ税が課せられる。59.5 歳以降の 401(k)プランからの引き出しに対する課税は、他の適格制度と同様である。

一般に労働者が 59.5 歳に達するまでに選択拠出（及び非選択拠出、又は ADP テストをクリアするために行われる雇用主のマッチング拠出）に基づく積立からの引き出しが認められるのは、死亡、就業障害、中途退職、他の掛金建て制度の創設等の手当がないままでの当該年金制度の終了（従業員持株制度以外）、経済的困窮（financial hardship）の場合に限られる。労働者の自主的な課税後拠出、雇用主による一定のマッチング拠出、applicable earnings にはこれらのルールは適用されない。

「経済的困窮（hardship）」の定義—当初、1981 年に出された内国歳入庁（IRS）の規則案によって「経済的困窮」が定義されたが、それにあてはまるためには以下の 2 つの要素が必要とされた。

- ・加入者に「緊急かつ多額の資金需要（immediate and heavy financial need）」があること
 - ・その支出を賄うことのできる妥当な「その他の資金源（other resources）」がないこと
- である。これらのルールに合致するか否かについて、雇用主は、口座からの引き出しを申請した者の個々の状況を調査しなければならないものとされた。その後 1988 年まで、個人プランに関する内国歳入庁通達以外に規則を詳細に説明するものは存在しなかったが、1988 年の 8 月に内国歳入庁は最終規則を発出した。規則案における「経済的困窮」に該当するための 2 つの要素は維持されたが、それぞれの要素を充たす条件が明確化された。それぞれの要素は、「事実・状況（facts and circumstances）テスト」か「セーフハーバールール（safe harbor）」を充たす必要がある。「セーフハーバールール」では、一連の基準を定めており、これを充たすと自動的に「緊急かつ多額の資金需要」「その他の資金源」という要件を充たすものと認められる。

「緊急かつ多額の資金需要」—「事実・状況テスト」は、当該資金需要が経済的困窮に由来すると認められる客観的な事実・状況が存在する場合は、当該資金需要を「緊急かつ多額の資金需要」とみなすというものである。「セーフハーバールール」では、支出用途が医療費支出、労働者の主たる住居の購入、高等教育（ただし中等教育卒後 12 ヶ月分のみ）、立退きや担保の差し押さえの防止のために支出されるものであれば、そのための引出は「緊急かつ多額の資金需要」とみなされる。

妥当な「その他の資金源」がないこと—「事実・状況テスト」において、妥当な「その他の資金源」がないことと認められるためには、労働者は、(1)当該引出額が当該資金需要を充たすために必要な額に限ること、(2)当該資金需要を充たす妥当なその他の資金源（労働者の配偶者や未成年の子どもの資産を含む）が存在しないことを示す必要がある。雇用主は、申請者の資金重要は、保険、その他の資産の合理的な精算、制度への労働者拠出の中断、他の年金制度からの給付、当該制度又は他の一般金融機関からのローンといった手段によって充たすことができないとの申請者の説明が合理的であると認めた場合には、申請者の財政状況を個

別に実施しなくても、申請者が上記(1)(2)の要件を満たしているものとして取扱うことができる。

資金需要があると認められるための要件として、「セーフハーバールール」は以下のとおり定めている。

- ・経済的困窮による資金の引き出しは必要な額に限ること
- ・既に当該雇用主が提供するその他の制度において、あらゆる引出し（「経済的困窮」目的を除く）及び利用可能な非課税ローンを受けていること
- ・労働者が経済的困窮を理由とする引き出しを行った後、他のあらゆる制度において、6ヶ月間は当該労働者の拠出は認められないこと。
- ・経済的困窮による引出しをした翌年の税引前拠出の上限は、経済的困窮が生じた年の間に拠出された税引前拠出額によって削減されること。

さらに、経済的困窮によって引出し可能な額は、1988年12月31日後に積み立てられた労働者の選択拠出及び投資収益に係る部分のみである。経済的困窮による引出しでは、多くの場合、早期引出に伴うペナルティ税が課される。

ローン (Loans) —労働者は制度が認める場合は、当該制度の積立金からローンを受けることができる。401(k)プランからのローンに関するルールは利益分配制度の節で触れた内容と同様である。

(課税)

掛金—税制の適格 401(k)プランへの選択掛金、非選択掛金、マッチング拠出は実際の給付まで労働者の所得総額から控除される。したがって、労働者は給付を引き出す時点まで連邦所得税の課税を繰り延べることができる。課税繰延はほとんどの州、地方自治体の税制においても適用される。しかし、社会保障税と失業保険税には適用されない。労働者の任意の税引き後掛金は、現行ベースで課税される。これらの掛金から得られる運用収益は、引出しの時点まで課税されない。

雇用主の 401(k)プランへの掛金総額は、内国歳入法第 404 条(a)項所定の法定限度まで事業経費として損金に計上することができる。利益分配制度において 401(k)プランが利用される場合には、年間控除上限額は通常、加入労働者の報酬総額の 25%である。

ロス 401(k) (Roth 401(k)) —2006 年から内国歳入法第 402A 条に基づき、401(k)プランには適格ロス拠出制度も含まれることとなった。一般の 401(k)プランとは異なり、ロス 401(k)プランへの拠出は税引後 (after-tax base) 拠出である。しかし、この税引後拠出及び当該拠出を基にした投資収益が実際に給付される際には、59.5 歳以降になされるものである限り、課税されない（ただし、少なくとも 5 年間は制度において積み立てられた状態となっている必要がある）。

ロス 401(k)プランと一般的な 401(k)プラン (税引前 (pre-tax) 拠出) の間には多くの共通点がある。例えば、ロス 401(k)プランへの拠出金は、

- ・税引前拠出と同様、年間拠出上限が定められている (2009 年までは 16,500 ドル。ただし、キャッチアップ拠出(前述)が可能な加入者についてはプラス 5,500 ドル(合計 22,000

ドル))

- ・ADP（差別禁止テスト）の適用に当たって、一般的な 401(k)プランの税引前拠出として扱われる。
- ・拠出時点で即時に受給権が付与される。
- ・少なくとも加入者が 70.5 歳に達する時点までに給付を開始しなければならない（minimum distribution rule）（加入者が 70.5 歳到達後も働き続け、かつ 5%株主でない場合を除く）。

分配一税引前拠出である一般的な 401(k)プランと同様、ロス 401 (K) プランでも 59.5 歳以前の口座から引出しには、一般には、（通常の所得税に加え）10%のペナルティ税が課せられる。59.5 歳以降に給付が行われる場合には、他の適格制度と同様の課税がなされる。

(401(k)セーフハーバー)

1996 年の小規模事業雇用保護法（SBJPA）により、内国歳入法に、ADP テスト及び ACP テストを充たすために必要となるセーフハーバー基準の典型的な類型を規定する新たな章が設けられた（1998 年 12 月 31 日後に開始する制度年度から適用）。401(k)プランは、一定の拠出要件と通知要件を満たせば、ADP テストを満たしたものとして取り扱われる。掛金建て制度では、拠出要件と通知要件を満たし、更に当該制度の下でなされるマッチング拠出の拠出額及び拠出割合についての一定の制限を充たすことによって、マッチング拠出に関する ACP テストを満たしたものとして扱われる。内国歳入庁告示 98-52 及び内国歳入庁告示 2000-3 では、ADP テスト及び ACP テストを充たすために必要なセーフハーバー基準に関する指針が示されている。

ADP テストセーフハーバー—制度年度を通してセーフハーバーに関する拠出要件と通知要件を満たす 401(k)プランは、当該制度年度中 ADP テストが満たされているものとして扱われる。セーフハーバー拠出要件は、当該制度が(1)マッチング拠出要件又は(2)非選択拠出要件のいずれかを当該制度年度を通してクリアしていなければならないというものである。

拠出要件—マッチング拠出要件は、当該制度の条件として「基本的なマッチング算定式 (basic matching formula)」又は「拡張されたマッチング算定式 (enhanced matching formula)」のいずれかによるセーフハーバーマッチング拠出が制度加入資格者である各一般労働者に対して行われることである。

「基本的なマッチング算定式」は、制度加入資格者である各一般労働者のために、

(1)労働者の報酬額の 3%までの労働者の選択拠出については 100%、

(2)労働者の報酬額の 3%超—5%未満の労働者の選択拠出については 50%

のマッチング拠出を雇用主が行うというものである。

「拡張されたマッチング算定式」は、制度加入資格者である各一般労働者に対し、少なくとも基本的なマッチング算定式によったならばなされるであろうマッチング拠出の合計額以上のマッチング拠出を労働者の選択拠出額の一定割合で行うものである。なお、拡張されたマッチング算定式では、マッチング拠出割合は労働者の選択拠出が増える場合に、同じように増加させる必要はない。

マッチング拠出要件は、加入資格のある高報酬労働者に適用されるマッチング拠出割合が、

加入資格があり、かつ選択拠出割合が同じである一般労働者に適用されるマッチング拠出拠出割合を超える場合は、充たされないものとされる。

非選択拠出要件は、当該制度の条件として、雇用主が加入資格のある（高報酬ではない）一般労働者に対し、少なくとも当該労働者の報酬の 3%以上の非選択拠出を行うこととされている場合には、充たされているものとされる。

通知要件—通知要件は、当該制度年度において資格要件を充たす労働者に対し、当該制度の下での当該労働者の権利及び義務が記載された書面を交付すること、そして当該交付される書面が、内容要件、タイミング要件を充たすことである。

内容要件は、当該書面による通知が(1)労働者に当該制度における労働者の権利及び義務を知らしめるために正確かつ十分なものであり、(2)当該制度の加入資格を有する平均的な労働者が十分理解できるように工夫して記載がなされていることを求めるものである。

タイミング要件とは、その書面による通知が制度年度の始期前の合理的期間内（もしくは労働者が制度年度中に加入資格を得ることとなる場合には、当該加入資格が得られる日前の合理的期間内）に提供されているかといったものである。タイミング要件は、少なくとも各制度年度の開始日から起算して 30 日前（かつ 90 日前以内）になされていなければならないものとみなされる。当該書面は資格要件を満たす各労働者に交付される。

(ACP テストセーフハーバー)

制度年度の全期間を通じて掛金建て制度が、以下の条件を満たしている場合には、当該制度年度におけるマッチング拠出に関する ACP テストが満たされているものとして扱われる。

- ・当該制度の下でマッチング拠出を受給できる資格のある一般労働者が、ADP テストセーフハーバーを充たす即時繰延選択制度の下でも加入資格が認められること。
- ・当該制度がマッチング拠出上限（**matching contribution limitation**）を遵守していること。

以下の要件を満たせば、当該制度はマッチング拠出上限を充たすものと認められる。

- ・「基本的なマッチング算定式」によるマッチング拠出要件を満たし、また、当該制度の下で他のマッチング拠出が行われないこと。または、
- ・「拡張されたマッチング算定式」によるマッチング拠出要件（ただし、労働者の報酬の 6%を超えない範囲内での選択拠出に対して行われるものに限る）を満たし、また、当該制度の下で他のマッチング拠出が行われないこと。

以上の条件を満たさない場合でも、以下の要件を満たせば、マッチング拠出上限を充たすものと認められる。

- ・マッチング拠出が、総額で労働者報酬の 6%を超える労働者拠出または選択拠出に対して行われるものでないこと
- ・マッチング拠出率は、労働者拠出率または選択拠出率の増加率と同じ割合で増えないこと
- ・加入資格のある高報酬労働者に適用されるマッチング拠出割合が、加入資格があり、かつ労働者拠出割合又は選択拠出割合が同じである一般労働者に適用されるマッチング拠出割合を超えないこと

(むすび)

現在のように労働移動の多い社会において、401(k)プランは、転職を繰り返す労働者や、断続的に労働力に参加する労働者が抱えている退職所得ニーズを充たすのに役立っている。401(k)プランに対する労働者の選択掛金は、完全かつ即座に受給権が付与される。労働者が退職したり転職したりするとき、制度に積み立てられた掛金及びその運用収益は、個人退職口座（IRA）その他の適格制度に移管することができる。結果として、401(k)プランは、労働移動の激しい若年労働者や、長期間労働を理由に職場を放れる女性にとって、特に有益なものになっている。また、401(k)プランは、退職給付に係るトータルコストを増大させることなしに追加的な退職保障を提供する一手段として雇用主により利用されてきた。すなわち、雇用主拠出が全くないか、もしくはほとんどない401(k)プランを用いて、本体の企業年金制度（主に給付建て制度）を補完する雇用主も多い。

第9節 従業員持株制度 (EMPLOYEE STOCK OWNERSHIP PLAN)

(イントロダクション)

従業員持株制度 (employee stock ownership plan (ESOP)) は、労働者に自己資金による投資を求めずに、企業と労働者が会社を共有するものである。当該企業株式の分け前は労働者のために ESOP に拠出される。株式賞与制度(stock bonus plan)や利益分配制度(profit-sharing plan)のような他の雇用関係に基づく制度でも、企業株式による給付が行われるが、ESOP では主として自社株に投資しなければならない。

ESOP は融資を受けることができるという点で、従業員福祉制度の中でもユニークな制度であり、そのため企業資金調達的手段として有効である。ESOP では特別な税制優遇が認められていることから、企業の資金調達コストを低く抑えることができる。

一般には、ルイス・O・ケルソーが ESOP の構想の生みの親とされている。ケルソーは、ESOP により従業員に資本参加の道が開ければ、自由経済のメカニズムを通じて富の分配を拡大できるものと考えた。労働者を自分たちの働く事業の生産財所有者にすることによって、労働者はこれら財の生み出す富から利益を得て、資本収益にあずかるとともに、生産性を更に上げようという意欲を持つとケルソーは考えた。

ケルソーは、ラッセル・ロング上院議員を強力な味方にした。ロング議員は、ESOP を推進する立法活動の急先鋒として、大きな影響力を行使した。ESOP 構想への政治的支持は着実に高まり、議会は次にあげるものを始めとして、1980 年代末までに多くの立法措置を通じて ESOP を推進してきた。

- (1)1974 年 エリサ法(Employee Retirement Income Security Act)
- (2)1975 年 減税法(Tax Reduction Act)
- (3)1976 年 税制改革法(Tax Reform Act)
- (4)1978 年 歳入法(Revenue Act)
- (5)1981 年 経済再建租税法 (Economic Recovery Tax Act:ERTA)
- (6)1984 年 財政赤字削減法 (Deficit Reduction Act:DEFRA)
- (7)1988 年 技術的是正及び雑収入に関する法律 (Technical and Miscellaneous Revenue Act:TAMRA)

1989 年には、ESOP のうちいくつかが大量の赤字に陥り、それが大規模な企業買収活動につながったことから、ESOP は、議会の監視的となった。連邦議会は、企業にとって大幅にそのメリットを減じることにつながる ESOP の改革案についてを検討を試みたものの、結局、1989 年の包括予算調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act:OBRA'89)では、比較的小規模な税制改正を行うにとどまった。その後 1996 年の小規模事業雇用保護法 (Small Business Job Protection Act)、1997 年納税者救済法(Taxpayer Relief Act)、2001 年経済成長及び税制救済法(Economic Growth and Tax Relief Act)、2004 年アメリカ雇用創出法(American Jobs Creation Act)という一連の法律改正において、議会は、S corporation (一般的には連邦所得法人税を支払う必要がない小規模から中規模の非上場企業) にまで、ESOP のスポンサーとなることができるよう要件を拡大した。これらの改正については、この節で後述する。

(ESOP の類型)

借入型従業員持株制度 (Leveraged ESOP) — 企業株を購入するために必要となる資金を借り入れる ESOP を借入型従業員持株制度という。これは、次のいずれかの方法でなされる。雇用主は ESOP に売り渡す目的で、公正な市場価値に基づき一定数の適格雇用主証券を手配をする。その後 ESOP は、当該証券を購入するために必要な資金を借入する。銀行、適格投資会社、雇用主、当該企業の株主といった者が貸手となる。このローンは、通常、雇用主によって保証されるか、当該株式が抵当として供される (双方によって保証される場合もある)。ローンは通常、ESOP への雇用主拠出 (所得控除される) によって返済される。雇用主による所得控除の対象とならない拠出により、返済される場合もあるが、あまり一般的な方法ではない。ESOP のローンが返済されるにつれて、(当初 ESOP により購入された) 株の持分は個々の加入者の口座に振り分けられる。振り分けられない持分については、ESOP に残され、残りのローンのために担保として供される。

あるいは、雇用主自身が資金を借り、約束手形と引き換えに株を ESOP に移すこともできる。雇用主は ESOP に拠出を行い (所得控除される)、ESOP は、その拠出金で約束手形の清算を行う。雇用主への当該清算により、雇用主のローンも精算されることになる。

雇用主拠出を通じて徐々に株を購入する、借入型でない従業員持株制度 (non-Leveraged ESOP) とは対照的に、借入型従業員持株制度は、通常、借入した資金で大量の株を取得する。すなわち、持分は信託財産として保持され、ローンが返済されるとともに、加入者に割り振られていく。借入型従業員持株制度は、借入型でない従業員持株制度よりも早期かつ大量に企業の持株比率を高めることができる。さらに、ローンが (外部の株主からではなく) 雇用主の株を購入するために使用される場合、ESOP との取引は雇用主に資金注入を行うことと同様となる。

非営利組織によって近年なされた ESOP に関する専門的調査によれば、借入型従業員持株制度は、(ESOP を導入している企業の約 98% である) 非上場企業・中小企業に集中しているとのことである。1989 年の従業員持株制度に関する税制優遇措置の改正は、上場企業にとっては、借入型従業員持株制度の魅力をも弱めるものであった一方、非上場企業が同制度を導入することを促す税制優遇措置については特段の変更はされなかった。さらに、中小の S-Corporation に ESOP のスポンサーになることを認めた 1990 年代後半及び 2000 年初頭になされた法改正は、ESOP のスポンサーである S-Corporation の税制優遇措置は C corporation と同様とまではいかないものの、非上場企業において借入型従業員持株制度の導入率を集中的に高めたもう一つの要因であった。借入型従業員持株制度が、非上場企業に集中している要因は要約すると以下のとおりである。

- ESOP への非上場 C corporation の株の売主は、以下に述べる一定の条件の下では、売却利益に対する課税が繰り延べられること。
- C corporation である ESOP のスポンサーは、以下に述べる一定の条件の下では、ESOP の株に支払われる配当額について所得控除を受けられること。
- C corporation である ESOP のスポンサーは、借入型従業員持株制度への拠出金につい

て、労働者の報酬額の 25%及び ESOP ローンの利息の合計額まで所得控除を受けることができる。

- ・ S corporation である ESOP のスポンサーは、会社組織としての法人税、株主としての所得税いずれの点においても、ESOP が所有する持分に応じた企業収入部分について(現行上) 課税されない。

その他の従業員持株制度—借入型でない従業員持株制度を提供している会社もある。当該制度では、雇用主は ESOP の信託に当該企業の株式を拠出し、株式を購入するための借入れは行われぬ。借入型でない従業員持株制度の中でも最も一般的な制度は K-SOP と呼ばれる統合型制度である。K-SOP では、労働者が 401(k)プランに拠出を行い、雇用主が当該労働者拠出に併せて ESOP に当該企業の株をマッチング拠出するものである。これは、労働者の 401(k)口座への自発的な拠出に併せて、雇用主が ESOP に非公式にマッチング拠出を行うというものであり、それぞれ別々の制度となり得るものであるが、これら 401(k)プランと ESOP の組合せの多くは、一つの ERISA 法の制度規約によってカバーされている(したがって、K-SOP と呼ばれている)。K-SOP は主に非上場企業ではなく、公開上場会社によって導入されている。

なお、公開上場会社の中には、1980 年代中盤に廃止された税額控除 ESOP (tax credit ESOP) と呼ばれるもの(1986 年の税改革法(tax reform act)で企業株による拠出に関する税額控除を廃止した)を運営しているものもわずかながら存在する。

(制度適格ルール)

ESOP は、掛金建て制度の一種であり、株式賞与制度 (stock bonus plan) または、株式賞与・マネーパッチェス退職年金制度として、内国歳入庁から税制上適格な制度とされる。他の全ての適格制度と同様に ESOP も制度への雇用主掛金を受け入れる信託(基金)を設立しなければならない。また制度は、従業員の利益を唯一の目的として創設されなければならない。

ESOP は、適格性、受給権付与、加入要件、適用範囲、報告義務といった一般的な ERISA 法のルールに服する。しかし、ESOP は当該制度特有の性格に鑑み、以下の追加要件を満たさなければならない。

投資対象—上述のとおり、ESOP は主として雇用主の適格有価証券に投資しなければならない。実務上の条件としては、これは、ESOP は少なくとも保有資産の 51%を雇用主の株式に投資しなければならないことを意味する。雇用主の適格有価証券には、容易に取引可能な通常株式、議決権及び配当権のある株式、通常株式に転換可能な優先株、一定の条件を満たした関連会社の株式が含まれる。債権類は含まれない。

投資先の多様化—1986 年以降に取得された株式については、ESOP は退職間際の加入者に対し、自身の ESOP 口座残高の一部を多様化するための手段を提供しなければならない。通常、加入者が 55 歳に達し、その時点で加入期間が 10 年間以上となっている場合には、その直後に始まる制度年度以降、加入者に対し、勘定残高のうち 25%以上を自社株以外に投資する選択権を与えなければならない。その 5 年後には、当該割合は 50%以上となる。これらの代替手段として、ESOP は、自社株以外への投資分を現金給付することもできる。

議決権—ESOP の加入者には一定の議決権が付与されなければならない。容易に取引可能な通常株式（上場会社の株式）については、加入者に対してその株式の持分に基づいて全事項の議決権が与えられなければならない。非上場企業の株式（これらの議決権付株式は、少数の株主によって保持されている）についても、少なくとも経営上の重要事項については、労働者の議決権の行使という手続を踏むことが求められる（具体的には多数決で決められる）。加入者によって議決権が行使されない持分については、ESOP の受託者によって行使される。

分配—C corporation であるか S corporation であるかにかかわらず、ESOP は、加入者の口座に、株式もしくは、株式と等価の現金で分配を行うことが認められている。S corporation は、株主となり得る者の数が制限されており、S corporation が株主が多すぎるとの理由でその資格を剥奪されることのないよう、法律では、S corporation が分配を現金に限定することを認めている。そして、多くの場合、そのような運用がなされている。C corporation もまた、会社の定款や付属の定款によって、実質的に全ての当該企業株が労働者によって所有されることを定めておけば、分配を現金に限定することができる。上記以外の場合には、法律では株式賞与制度と同様、ESOP は、自社株によって分配が行われなければならない旨定められている。当該 ESOP のスポンサーが非上場企業である場合、（近年往々にして見られるケースであるが）労働者は所有株について雇用主が現金で買い戻すことを求めることができ、雇用主はその申出を引き受けなければならない。この場合、雇用主は、一時金で、又は 5 年以内の期間で買い戻すことを求められる。退職、死亡、障害を負った労働者とは対照的に、（離職等により）雇用関係が終了した労働者への分配は、当該終了の年の翌年から 5 年経過するまでの間に開始される必要はない。口座残高が 2005 年時点で 850,000 ドルを超えている場合、この 5 年の期間を 1 年延長し、850,000 ドルを超える部分を分配することができる。法律上の一般要件を充たす分配の詳細については、制度規約によって管理される。ESOP のスポンサーが一定期間にわたって、分配を行うこととした場合は、分配を受ける権利を有する元加入者に対して、十分な配慮がなされなければならない。

ESOP スポンサーの非上場株式の価格は、毎年独立の評価人による査定によって決定されているということは特筆に値する。最新の評価額が加入者の口座資産額を決定するのである。

加入者の口座にある株式の価値に等価の現金を支払わなければならないとされる非上場企業である ESOP スポンサーの義務は、買い戻し義務（repurchase obligation）と呼ばれる。

当然ながら、公開市場で取引可能な ESOP からの分配株式については、市場で換金できることから、ESOP のスポンサーに買い戻し義務は課せられない。

（特別税制優遇）

ESOP は、他の掛金建て制度以上に様々な税制優遇を受けている。

拠出時の控除—C corporation が借り入れた ESOP ローンの返済に充てるために行われる

ESOP の雇用主拠出は、加入労働者の年間給与の 25%に ESOP ローンに係る利息の合計額までが所得控除される。S corporation の場合の所得控除は、加入労働者の年間給与の 25%まで認められる。

配当控除—C corporation が ESOP のスポンサーである場合は、ESOP の保有する株に支払われる配当について所得控除を受けることができる。ただし、加入者が当該配当を現金で受けとるか、配当金を自社株に再投資するか選択できるようになっていることが条件である。S corporation が ESOP のスポンサーである場合は、連邦法人税を免除されているので、ESOP の保有する株に支払われる配当についていかなる所得控除も受けることができない。しかし、ESOP 保有株式に係る配当、S corporation の当期収益から ESOP 保有株式に対して支払われるの分配分については、ESOP ローンの返済に用いることができる。ESOP への株式売却のインセンティブ—非上場企業である C corporation の株主は ESOP への株式売却により得た利益に対する課税を繰り延べることができる。ただし、課税繰延べの条件は、売却完了時に ESOP の持株比率が 30%以上であり、かつ売却者が 1 年以内（又は売却前 3 ヶ月以内）に売却代金を適格な国内株式に再投資することである。この他、売主は少なくとも当該株式を購入後 3 年間は保有しなければならない（1989 年 7 月 10 日以降の売買から適用）。この規定により、引退年齢間近の非上場企業である C corporation の株式を所有する者は、自らの持株に市場性を与えられ、（課税繰延べベースで）投資対象多様化への途が開かれることになり、一方、労働者には大きな給付が与えられ、事業には独立性維持が保証されることになる。非上場企業である C corporation の株のみがこの特典を享受できる。

S corporation の ESOP に関する連邦税の繰延—1998 年 1 月 1 日以降（この日以降、S-corporation も ESOP のスポンサーとなることが認められた）、S corporation については、全株式中に ESOP が占める割合に比例した形で、当該企業の所得について、現行課税の対象から除外（課税繰延）できることとされた。例えば、S corporation の株式の 100%を ESOP が所有する場合、S corporation のいかなる所得についても現行課税されない。ESOP の加入者に分配がなされたときに、分配された部分について連邦所得税がかかる。この ESOP を提供する S corporation に対する特別税制優遇措置が乱用されないように（とりわけ、10 人未満の企業）、連邦議会は、複雑な内容の乱用防止法を 2001 年に成立させ、ESOP を提供する小規模の S corporation に対しきめ細かいレビューを求めた。なお、ESOP のスポンサーである S corporation は、上記で言及した C corporation の税制優遇措置の対象ではないことについて留意が必要である。

更なる積極税制優遇措置の検討—ESOP のスポンサーである非上場企業の最も大きな関心事は、退職（離職）する受給権付与済み労働者から ESOP の当該持分を買い戻す（repurchase）ための資金を確保できるか否かという点である。ESOP が成熟するにつれて（特に当該企業発行株式の 50%以上もの株を所有している ESOP のような場合には）、買戻し義務（repurchase obligation）は、経済的に成功している圧倒的大部分の ESOP 導入企業にとって、数年にわたって、非常に大きな負担となり得る。このため、ESOP を導入している企業は退職（離職）する労働者から ESOP 株を買い戻すための十分な資力を用意できるよ

う、予め計画しておく必要がある。

また、借入型従業員持株制度は、実際には、借り入れた資金を元に、現時点の保有株主と ESOP との間で行う売買取引契約であることから、他の掛金建て制度に比べて、導入コストは高い。

さらに、特定の資産を集中的に保有している者は、幅広い資産を分散して保有している者に比べて、多くの報酬を得る可能性が高いが、一方で、資産価値が崩壊した場合に、資産を失うリスクも高い。ESOP は、主としてスポンサーである雇用主の株式に投資を行うため、ESOP のスポンサーの業績が傾いた場合、急激に勘定残高が縮小してしまうというリスクをはらんでいる。また、法律は、退職間近の ESOP の労働者に対して、投資の多様性を確保するよう求めているものの、ESOP を導入する企業で働く若年労働者は多様な投資先を用意する掛金建て制度を持つ企業に働く労働者よりもリスクが高い（ESOP を導入している企業に関するデータによると、ESOP のスポンサーの 85%が他の退職年金制度（主に 401(k)）のスポンサーでもある）。

(むすび)

ESOP は、労働者に持株の付与を通じて大きな経済的利益を提供する一方、企業にも魅力的な税制優遇と強力な資金調達的手段を提供するものである。また、労働者を会社の一部所有者とすることによって、会社の利益が直接労働者の利益となり、彼らは自身の利益のために働くことになるので、会社は生産性の改善を期待できる。

多くの中小企業が ESOP の導入を毎年検討・実施しているが、その場合、ESOP を導入するための追加コスト、企業のキャッシュフローに影響を与える買戻し義務、資産が主として当該企業株に投資されるという高い投資リスクといった ESOP 特有の仕組みの下で、労働者が株主になるということのメリット・デメリットを十分勘案しなければならない。

ESOP があらゆる場合に適切であるとはいえないが、労働者持分による多くの利益および ESOP の資金調達メリットを考えると、この仕組みは十分検討に値する。

第10節 キャッシュバランスプラン (CASH BALANCE PLANS)

(イントロダクション)

多くの大企業において、従来型の最終平均方式 (Final-average Formula) や全期間平均給与方式 (Career-Average Formula) といった給付建て制度から、キャッシュバランスプランへの転換が 1990 年代後半に行われたが、こうした傾向は、議論を呼ぶ複雑な問題を喚起している。キャッシュバランスプラン (cash balance plan) は、ハイブリット型の年金制度である。すなわち、給付建て制度と掛金建て制度双方の特徴を有している。

法的には、キャッシュバランスプランは、給付建て制度である。キャッシュバランスプランは、いくつかの給付建て制度の一般的な利点を有するものであるが、一方で、各加入者ごとに、資産が累積していく個人別の仮定の口座 (hypothetical account) を設定するものであり、掛金建て制度に類似する仕組みともなっている。キャッシュバランスプランにおける個人口座は (個々の積立額の) 記録保存という特徴のみを有するものであり、制度の積立は通常の給付建て制度と同様に、数理計算に基づき行われる。したがって、いずれの時点においても、加入者に約束される給付は制度の給付算定式に基づいて行われるのであり、個々の (仮定の) 口座の資産に基づいて給付されるのではない。典型的なキャッシュバランスプランでは、加入者の退職年金口座は、年次クレジットを獲得することによって増大していく。年次クレジットは、賃金の一定割合をベースに算出されるが、一方で社会保障年金と調整 (インテグレーション) される場合もある。また、キャッシュバランスプランは、一般的に、「30 年国債レート」または「1 年間の国庫短期証券金利プラス一定の利率」のいずれかによって定められる利率が個々の仮定の口座上に付与される。

(給付建て年金制度である) 最終平均制度は、自動的に退職時点のインフレの影響から受給者を保護するものであり、退職直前の一定期間 (例: 5 年) の賃金水準をベースとする相当の給付を労働者に提供する。全期間平均制度は制度スポンサーの下で長期雇用された労働者に対して、長期の勤続年数に基づき (例: 30 年) 給付が支払われる。結果として、この制度は、最終平均制度に比して、給付価値について、退職時点のインフレの影響を受けやすい。

(最終平均制度とキャッシュバランスプランとの間の基本的な相違)

Figure10.1 に図示した例では、最終平均制度とキャッシュバランスプランいずれであっても、25 歳で就業開始する労働者は、同一の使用者に雇用され続けるのであれば、65 歳で同水準の給付価値を得る。それにも関わらず、各制度における実際の給付発生 (増加) 率は根本的に異なる。給付額の年次増加率は若年段階においては、キャッシュバランスプランの方が高いが、年齢を重ねるにつれて、最終平均制度の方が高くなる。これは、この図示した例において、キャッシュバランスプランが年功序列的にクレジットを付与する仕組みを採っていたとしても同様である。

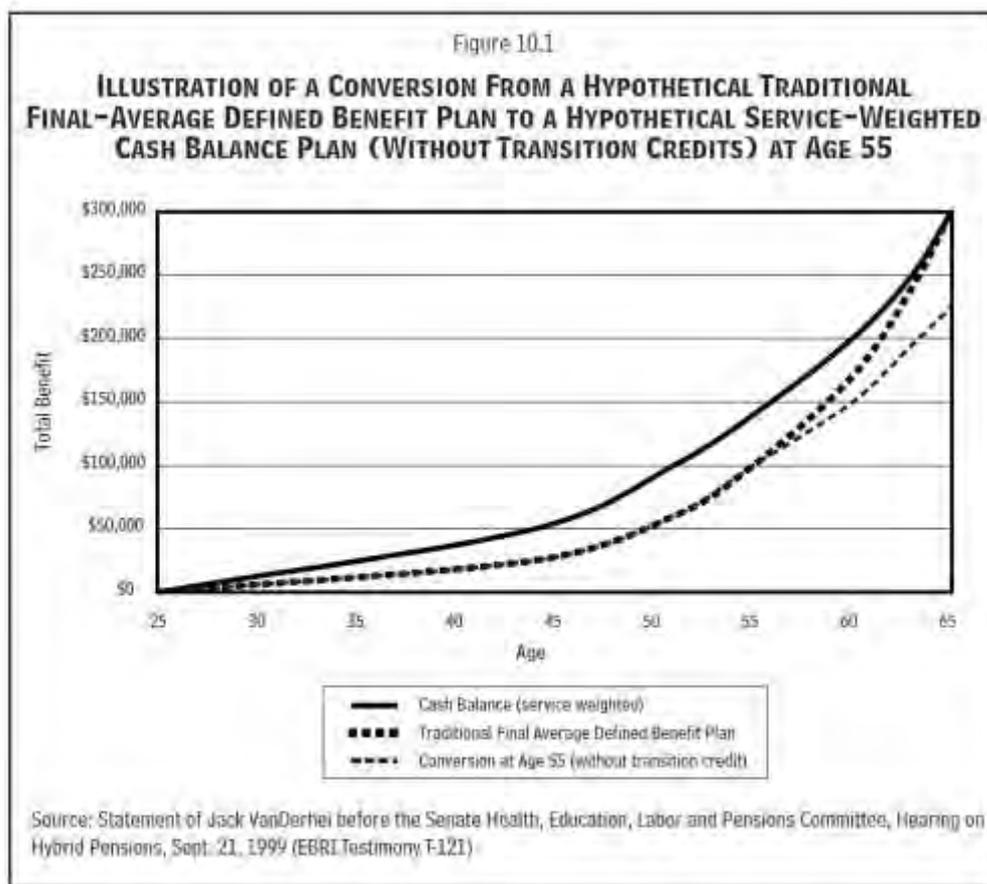
歴史的に見ると、最終平均制度からキャッシュバランスプランへ転換した場合における老年層と若年層労働者との間の給付額の年次増加率の格差は、後に説明するが、いわゆる wear-away 規定が制度に含まれているか否かによるものであったと考えられる。この格差は、

概念的には、最終平均制度から全期間平均制度への変更する場合の影響、もっとドラスティックに言えば、給付建て制度を終了し、掛金建て制度を新たに採用する場合の影響と同様のものと考えることができる。しかし、当該格差の度合は、制度固有の特徴（キャッシュバランスプランにおいて年功序列的なクレジット付与方式をとっているか、最終平均制度において早期退職に係る規定を設けているか等）に依存する。Figure10.1 のグラフを見て、労働者はなぜグラフの形状が異なっているのか疑問に思うだろう。この相違は、本質的には、各制度における給付価値の決定要因が異なることに由来する。最終平均制度は、毎年確定する年金額の現在価値（報酬の一定割合として表される）を年齢、勤続年数、給与に基づいて決定する。しかし、キャッシュバランスプランは、毎年確定する年金額の現在価値を主に、給与、勤続年数で決定する（年齢はあまり考慮されない）。

このため、たとえ、キャッシュバランスプランの算定式に変更された後、制度全体の規模が同様であったとしても、特段の経過措置や新制度の適用除外といった措置が老年労働者に適用されないかぎり、若年労働者における給付発生率が高くなれば、老年労働者の給付発生率は減少することになる。例えば、Figure10.1 の例における最終平均給付建て制度に、ある労働者が加入していると仮定した場合、30年間加入した55歳時点でおおよそ95,000ドル（年金額の現在価値）を給付建て制度において保有していることになる。一方、同様のケースで30年間キャッシュバランスプランに加入していると仮定した場合、その額は、おおよそ135,000ドルとなる。

しかし、この例において、最終平均制度が55歳時点でキャッシュバランスプランに特段の転換クレジットが講じられないまま変更された場合には、当該労働者は、55歳から65歳までの間に得られるはずであった最終平均制度による急激な給付額増加率の上昇の恩恵を得ることができなくなる。その代わりに、最後の10年間は、40年間キャッシュバランスプランに加入し続けた者に適用される年次給付増加率と同様の増加率で給付額が増加していくこととなる。この結果、制度が転換した場合の当該加入労働者は、65歳の時点で、制度が変更されなければ得られたであろう額に相当する額を受給することができず、年金額は、約23%減少することとなる。

従来型の給付建て制度とキャッシュバランス制度との間のもう一つの重大な相違は、退職収入額を見積もる際の制度固有の不確実性である。従来型の給付建て制度は、給付額は算定式で特定され、（一定の統合型プランにおける例外はあるものの基本的には）平均賃金や加入年数が分かれば、一義的に算出されるため、そのような不確実性は一般的には存在しない。



(潜在的利点—キャッシュバランスプラン VS 最終平均制度)

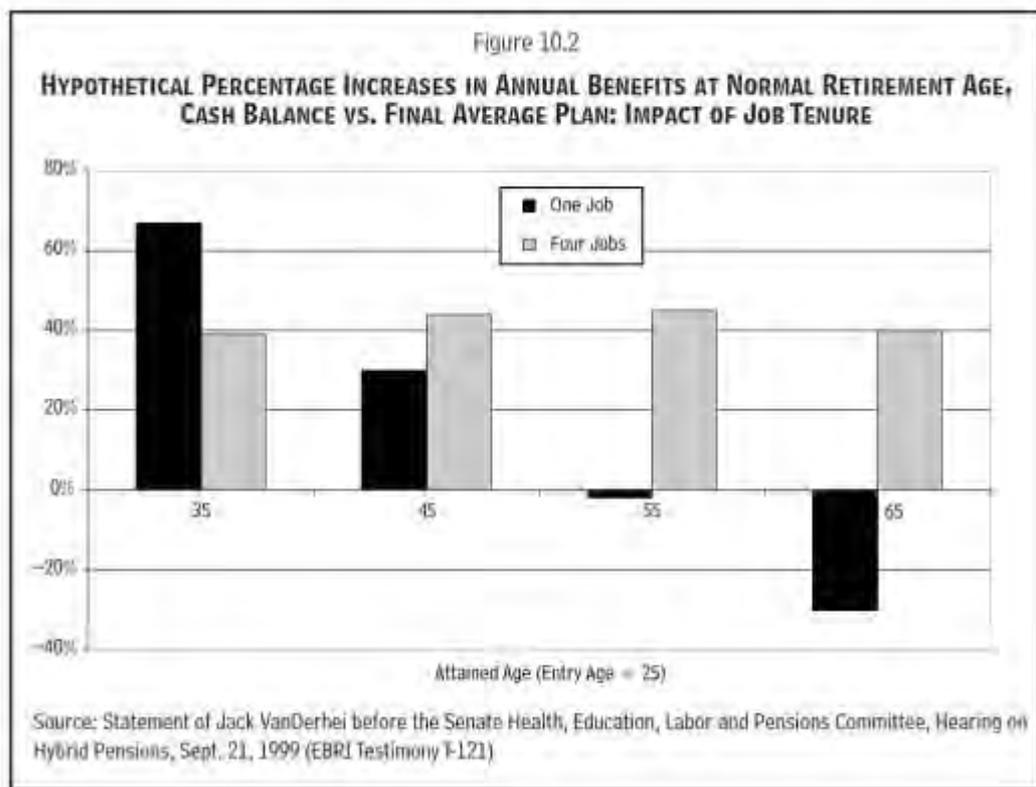
主要な政策課題や既存の法律、規則等の改正の影響について議論する前に、最終平均方式による給付建て制度を運営するスポンサーがキャッシュバランスプランへの移行に関心を示す理由を頭に入れておくことが有益と考えられる。

給付内容に関する理解の容易さ—従来の給付建て制度のスポンサーは、かなりの額が毎年、拠出され、年金給付額が積みあがっていくにもかかわらず、労働者はさほどありがたみを感じていないことについて、たびたび不満を口にする。従来型の給付建て制度に関する労働者の知識に関する調査が行われた際、調査対象となった労働者の約3分の1が早期退職要件について答えることができなかった。また、早期退職について回答したうちの3分の2が回答を誤っていた。従来型の給付建て制度における複雑な給付額算定式について説明するのは対照的に、キャッシュバランス制度の下での仮想の口座勘定に関する情報提供は、現在の給付価値と年次支払額、そして長期にわたって年金給付価値を増加させる利息クレジットといったものに対する労働者の理解を促進させるのに役立っている。

年齢や勤続年数に中立—最終平均型給付建て制度では、早期退職の際、割増給付を受けて退職するためには、当該労働者が年齢要件と勤続要件の双方を充たすことが必要である場合が多い。そして、当該要件充足前に早期退職する場合の給付額のロスはかなり額となる。これとは対照的に、キャッシュバランスプランにおける給付額の増加率は、一定の年齢に達したことや勤続要件を充たすかどうかによって、突然急激に変動するわけではない。そ

の結果、キャッシュバランスプランは、流動する労働力に対しては、より魅力的なものとなる。

全キャリアにわたって同一雇用主の下で働き続けるわけではない労働者に対して多くの給付を提供—Figure 10.2 は、通常退職年齢時において、年間退職給付の増加率がどれだけ異なるかを仮定のキャッシュバランスプランと仮定の最終平均型給付建て制度の比で示したものである。このデータは、議会調査局(Congressional Research Service)が議会に提出したレポートを表にしたものである。このレポートでは以下の 2 つのタイプが想定されている。(a) 25 歳で制度に加入し、その後 40 年間当該制度に加入し続けた者、(b) 10 年ごとに転職した者である。この 2 つの例をグラフで比較してみると、(a)は、キャッシュバランスプランにおいて、最初の 10 年、20 年の勤続時点でより高い給付が付与されていることがわかる。しかし、55 歳までに最終平均型給付建て制度の給付額が徐々に高まっていき、退職時点では、当該比率は 30%もキャッシュバランスプランより高くなる。しかし、この(a)のような職業人生を送る労働者は、労働力人口のうちのわずかに過ぎない。それよりも職業人生において、複数の仕事を体験する可能性 ((b) の 4 回のように) の方が高い。(b) では、キャッシュバランスプランの方が、いずれの時点においても最終平均型給付建て制度より給付発生額が勝っており、最終的な退職給付額は、約 40%多くなる。



(掛金建て制度と比較した場合のキャッシュバランスプランの利点)

もちろん、最終平均給付建て制度のスポンサーである雇用主には、(十分な積立金を有している場合) 現行の給付建て制度を終了し、新たに掛金建て制度を創設し、その後の勤続に対す

る給付は当該制度を通して提供するという選択肢もある。しかしこの場合、いくつかの面で問題となることがある。

転換の容易さ—最終平均給付建て制度からキャッシュバランスプランへ転換する際は、制度の改正のみでできるが、前者を終了し、それに続く制度として掛金建て制度を導入した場合、20%又は50%のリバージョン税（reversion excise tax：積立超過資産の取得にかかる税）が課せられる可能性がある。

労働者の制度加入の確実性—多くのキャッシュバランスプランでは労働者は無拠出であるので、401(k)プランに見られるような、加入者がプランに加入しない、また最小限の拠出ししか行わないという懸念は、特段の問題とならない。結果として、労働者は、積極的な制度への加入意志を表示せずとも、キャッシュバランスプランにおける給付が保証される。またキャッシュバランスプランでは、低所得労働者の加入が不十分という理由で制度の適格性が失われることはない。

退職パターンの予測可能性—キャッシュバランスプランでは、投資リスクは、通常、直接雇用主によって負担されるが、掛金建て制度では労働者がリスクを負担する（ただしある重要な例外がある）。その結果、キャッシュバランスプランでは、退職所得は市場の変動の影響を受けにくいので、雇用主は、退職パターンを予測しやすい。掛金建て制度では、雇用主は、市場が好況の場合には、予想外に早期退職者が増加する可能性がある一方、市場が停滞（特に長期の場合には）すると、予想外に労働者が退職時期を延長させるといった事態に直面する可能性がある。

退職給付の予測可能性—キャッシュバランスプランでは、雇用主が投資リスクを直接負うので、過度に保守的な投資行動を採る労働者について懸念する必要はない。VanDerhei, Holden, Copeland, Alonso(2007)は、401(k)プランについて、20代の加入者のうち47%、30代の加入者のうち33%が401(k)の口座勘定において株式ファンドを保有していないとの調査結果を示している。どの年齢階層でも、401(k)プラン加入者の約2分の1は、自社株やバランス型投資信託を通じて、何らかの形で株式市場で資産運用をしているものの、期待収益率が低すぎて十分な退職所得を通常退職年齢時において得ることができない可能性がある。

ファンドの柔軟性—キャッシュバランスプランには、労働者の意向に依拠する掛金建て制度より資金調達における柔軟性がある。（掛金建て制度である）利益分配制度の中には、制度スポンサーに年間の拠出額について完全に裁量を認めているものもあるが、給付建て制度は、雇用主が拠出金を縮小あるいは一時的に停止しても、労働者の給付発生が維持される唯一の制度である。

（給付建て制度からキャッシュバランスプランに転換する際の懸念材料）

キャッシュバランスプランでは、労働者とのコミュニケーションも容易である一方、労働者に投資リスクを負わせることなく、さらに、給付建て制度固有の資金調達における柔軟性も維持できることから、多くの雇用主にとって魅力的なものであると考えられるが、このプランには、上記メリットとトレードオフ関係にあるいくつかの懸念材料がある。

高齢労働者に対する給付額が相対的に低い—上述のとおり、制度の転換に際し、何らかの経過的な給付が与えられなければ、老年層の労働者は、転換後の残余の勤続期間に係る給付額は（転換前より）低額になる。

早期退職の場合の所得代替—キャッシュバランスプランでは、現在の年金額及び将来の増加分についての労働者の理解は、（複雑な）最終平均制度に比べて改善されるものの、キャッシュバランス制度移行後、どのような形で将来の給付が将来の所得に関連付けられるのかに関して、労働者は更に不安定な状況に置かれる。例えば、勤続期間の最終3年間の平均所得の2%を支払うという最終平均制度は、定義上、勤続期間25年の場合、退職時所得との所得代替率は50%であるが、キャッシュバランスプランの給付額がどの程度退職前の所得を代替するか理解するのは、一層困難である。キャッシュバランスプランは、外部金融市場の一定の金融商品や指標に連動して付与される利息クレジットを内包する一種の全期間平均方式であるからである。

一時金の分配—キャッシュバランスプランでは、終身年金という形ではなく、一時金（lump-sum distribution:LSD）を受給し制度から離れる加入者の割合が高くなってきているが、彼らは、退職後の投資リスクに加え、長寿リスクに直面する可能性がより高い。しかし、いくつかの例外はあるが、キャッシュバランスプランでは、加入者に年金方式での受給を選択肢として提供するように求められている点に留意すべきである。一方、従来型の最終平均型給付建て制度においても、その多くが制度が一時金による受給を認めるようになっており、当該選択肢を与えられた労働者は、一時金による給付を選択するという傾向が強まっているようである。また、キャッシュバランスプランでは、一時金ベースでの口座勘定残高を労働者に通知する一方で、労働者が当該口座から引き出す額を制限しているものも存在する。

（主要な問題）

近年、キャッシュバランスプラン（特に既存の最終平均制度からの転換）に関して、マスコミ報道、裁判事例、立法・規制といったものが様々展開されてきた。このセクションでは、複雑かつ論争的になっているこれらの内容について明確にしながら、考察を加えていくこととする。

キャッシュバランスプランは、制度スポンサーにとってコスト節減となるか？—転換後の制度の規模が転換前の制度と比較してどの程度変化するかにもよるが、キャッシュバランスプランへの転換が長期的に見て年金制度への支出を削減することにつながる可能性は確かにある。これは本質的には、給付建て制度から掛金建て制度への転換と変わらず、キャッシュバランスプランへの移行がコスト削減に結びつくかどうかは、この場合（DBからDCへの転換）と同様の予測が当てはまるであろう。しかし、キャッシュバランスプランへの転換によって節約されるであろう部分については、別の給付や報酬の増加によって相殺される可能性があるため、必ずしもコストの節約につながるとはいえない。キャッシュバランスプランは、もし離職率（turnover）が予想を上回るようであれば、予想よりも多くのコストを要することになる可能性もある。これは、制度の資産が予想していた水準を下回って減少することによって生じ、制度の確定給付額と実際の積立額の差がコスト増大の要因となる可能性がある。離職率は全ての労働者に影響を与える将来の雇用パターンによって増加する可能性もあ

る。また、現行制度に起因して生じている「転職障害（Job lock:福利厚生として与えられている各種ベネフィットを失いたくないために職を離れられないこと）」を軽減するより多額の給付増額がなされれば、その結果、転職率が增加する可能性がある。しかし、制度の転換によって生じる年金費用、費用構造の短期的な変動もあるかもしれない。

ウェア・アウェイ（wear away）—2006年の年金保護法（Pension Protection Act(PPA)）の成立前は、最終平均制度がキャッシュバランス制度に転換された場合、転換時の加入者のキャッシュバランスアカウントの最初の開始残高は、従前の制度の下で確定した給付価値以下で設定される可能性があった。しかし、制度転換前に確定した給付を削減されたり、放棄されるわけではないという点に留意する必要がある。これは、労働者の中には、転換後の制度における自己の仮想の口座への給付及び利息クレジットが以前保護されていた給付価値まで積みあがるまで、いかなる新たな給付も発生しない者もいるということの意味する。雇用主には、どの程度労働者に給付クレジットを与えるかについて柔軟性があり、加入者のキャッシュバランスプランの開設当初の口座の現在価値額の算定は、30年物国債より高い割引率を使用して、計算することによって行うことも可能であった。

（年金保護法（Pension Protection Act(PPA)））

年金保護法（PPA）では、キャッシュバランスプランを検討しているスポンサーのために、曖昧となっていた3つの点に関し明確化を図った。同法の規定は、将来に関してのみ効力を有するため、従前のハイブリッドプランの法的地位には影響を与えるものではない（曖昧なままである）。

年齢差別—同法は、ハイブリットプランは、勤続3年で100%の受給権が確立し、利息クレジットが市場金利を超えない場合は、そもそも年齢差別に当たらない旨規定する。

転換要件—同法は、給付建て制度からハイブリットプランへの転換にあたって、いかなる給付額の削減も禁止する。2005年6月29日以降に従来の給付建て制度からキャッシュバランス制度へ転換する際は、転換後の各加入者の給付額は、従前の制度の算定式の下での転換前の給付額とハイブリットプランの算定式の下での転換後の給付額の合計と等しくなければならない。

ウィプソー（whipsaw）問題の解消—ハイブリットプランの加入者が一時金での受給を選択した場合、当該プランの利息クレジットが市場金利を超えない場合には、加入者の仮想の口座残高の金額を給付額することができる。この規定は法が施行された後に分配される給付から適用される。

第11節 SIMPLE プラン、簡易退職年金

(SIMPLE PLANS AND SIMPLIFIED EMPLOYEE PENSIONS)

(SIMPLE プラン)

1996年の小規模事業雇用保護法 (Small Business Job Protection Act) は、SIMPLE プラン (savings incentive match plan for employees) と呼ばれる小規模雇用主のための簡素な退職制度を導入した。SIMPLE プランは、1年のうちいずれかの時点で、100人未満の労働者を雇用し、他の雇用関係をベースとした退職給付制度を運営していない雇用主が採用可能な制度である。SIMPLE は、個々の労働者の個人退職口座 (IRA)、又は 401(k)プランの一部となり得る。IRA の形で導入された場合には、SIMPLE プランは他の適格制度に一般的に適用される差別禁止ルールを適用を受けない (トップヘビールールも適用されない)。また、報告要件についても通常より簡素なものが適用される。上限額の範囲内で、SIMPLE プランへの拠出は実際に引き出しがなされるまで課税されない。

SIMPLE プランは、401(k)プランの一部としても導入され得る。その場合、当該制度は 401(k)プラン一般に適用される特別の差別禁止ルールに関するテストを受ける必要はなく、トップヘビールールの適用もない。その他の適格制度に関するルールは適用される。

実際には、SIMPLE プランを導入している多くの雇用主は、401(k)方式より IRA 方式を採用している。

(IRA 方式の SIMPLE プラン)

SIMPLE プランでは、労働者は IRA に選択拠出を行うことができる。労働者の掛金は、収入の一定割合として表される必要があり、2009年時点では、年間 11,500 ドルを超えることはできない (この上限額は、500 ドル刻みでインフレ状況によって調整される)。労働者が 50 歳以上である場合は、「キャッチアップ (catch-up) 拠出」が追加で認められる。この追加的な拠出の上限は、2009年時点で年間 2,500 ドルであり、これもまた 500 ドル刻みでインフレ状況によって調整される。

雇用主は、2つの拠出算定式のうち1つを満たさなければならない。「マッチング拠出算定式」では、雇用主は、一般的に、労働者報酬の 3%まで労働者の選択拠出と同額を拠出する必要がある。特例として、雇用主は、全ての労働者に対してマッチング拠出算定式よりも低い割合の拠出を行うことを選択できる (が、その場合でも各労働者の報酬の 1%以上でなければならない)。この特例による拠出は、5年間のうち2年以上行うことは出来ない。

もう一つの方法として、マッチング拠出を行う代わりに、いずれの年度においても、雇用主は、各適格労働者 (当該拠出年度に 5,000 ドル以上の報酬を得ている者に限る) のために、労働者報酬の 2%分の非選択拠出を行うことを選択することもできる。上述した労働者による選択拠出、雇用主のマッチング拠出 (または非選択拠出) 以外の拠出を SIMPLE 口座に行うことはできない。

雇用主から直近 2 年間に少なくとも 5,000 ドル以上の報酬を得ている労働者、及び当該年に 5,000 ドル以上の報酬を得られる見込みのある労働者には、SIMPLE に加入する資格が与えられ

なければならない。自営業者もまた、SIMPLE プランに加入できる。

労働者の SIMPLE 口座に拠出された掛金には受給権が即時に付与されなければならない。(fully vested)。

SIMPLE 口座への雇用主拠出は、原則として所得控除される。マッチング拠出の場合は、雇用主は、雇用主が税還付を受けることができるための期限までに拠出がなされた場合にのみ、一年間所得控除が認められる。SIMPLE 口座への拠出分は労働者の所得から除外される。SIMPLE 口座は IRA と同様、課税対象とはならない。

SIMPLE 口座からの分配は、IRA に適用されるルールによって、課税されるのが原則である。従って、口座から引き出される際は、所得としてカウントされる。なお、SIMPLE 口座から他の SIMPLE 口座へは、非課税でロールオーバーすることができる。

SIMPLE 口座からの早期の引出しは、IRA に適用されるルールと同様、早期引出しにかかる 10%の特別税が課される。一方で、労働者が SIMPLE プランに加入した日から 2 年間の間に拠出金を引き出す場合は、当該税率は 25%となる。適格労働者は、適用年度の開始前 60 日の間（又は加入資格を得られることとなる日前 60 日の間）に SIMPLE プランに加入するか選択することができ（すなわち、課税繰延による選択拠出を行う）、または、従前の拠出額を変更することができる。雇用主は、労働者の選択拠出額を当該拠出に係る月の末日後 30 日以内に労働者の SIMPLE 口座に拠出しなければならない。

雇用主が、SIMPLE IRA プランへの掛金を金融機関に送金した後は、当該金融機関が積立金の管理をすることになる。労働者は、SIMPLE IRA の資産を SIMPLE IRA から他の口座へと移すことができる。各加入労働者は、当該年間に SIMPLE IRA に拠出された額を記載する年次報告書を受領しなければならない。

SIMPLE プランに関するルールにおいて、「報酬 (compensation)」とは、W-2 様式により雇用主が報告しなければならない報酬及び労働者の選択繰延額を意味する。自営業者の場合は、報酬は、自営業によって得た純益を意味する。

(SIMPLE 401(k)プラン)

当該プランが SIMPLE プランに適用される拠出要件を充たす場合には、当該プランは、原則として、即時繰延選択契約 (cash or deferred arrangement) (すなわち 401(k)プラン) における労働者の選択拠出と雇用主のマッチング拠出に適用される特別の差別禁止テストをクリアしているものとみなされる。さらに、SIMPLE プランに適用される拠出要件(セーフハーバールール)を充たす場合には、当該プランは、トップヘビールール適用を受けない。セーフハーバーは、当該制度年度において、当該雇用主が他の適格制度を運営していないことに加え、

- (1) 労働者の選択拠出が 11,500 ドル (2009 年以降インフレ状況により調整される) を超えないこと (労働者が 50 歳以上である場合は、キャッチアップ拠出としてこれに追加で 2,500 ドル (2009 年以降インフレ状況により調整される) が認められる)
- (2) 労働者報酬の 3%までの労働者の選択 (繰延) 拠出に対し雇用主がマッチング拠出を行っていること (又は、雇用主が全ての適格労働者に対して労働者報酬の 2%の非選択拠出を行うこと)

(3) 上記以外の拠出がないこと

といった要件をクリアすれば、充たされることとなる。セーフハーバーに関する拠出には、100%の受給権が付与されなければならない。雇用主は、マッチング拠出割合を報酬の3%未満に減らすことはできない。

SIMPLE 401(k)プランを選択するに当たっては、追加的に考慮しなければならない要素がある。例えば、様式第5500号(政府機関に提出する年次報告書)を毎年提出することが求められる。一方、加入者のローンが認められ(これはSIMPLE IRAでは認められない)、プランスポンサーが認めれば、在職中の引き出しも可能である(しかし、59.5歳未満の早期引出の場合は、10%のペナルティ税がかかる)。

(簡易退職年金 (Simplified Employee Pension (SEP)))

イントロダクション—小企業の多くは、適格年金制度を創設することに、乗り気でない。制度の運営に伴う潜在的負担や複雑な連邦規制に従うことに対し、不安を抱える者もいる。小企業におけるこれらの障害を除くために、議会は、1978年歳入法で主として小規模雇用主のために新たな課税優遇退職年金制度を導入した。それが簡易退職年金 (simplified employee pension(SEP)) である。

SEPでは、有資格労働者のために個人退職口座 (IRA) が設けられる。労働者には、雇用主拠出について即座に受給権が付与され、当該資金について労働者が直接投資を行う。この仕組みは、SEP-IRAと呼ばれることもある。

SEPと雇用主提供によるIRAとの最も大きな違いは、SEPの方がより多くの年間拠出が認められるということである。一方でSEPでは、雇用主の提供によるIRAの場合にはない、適格要件、適用範囲要件、受給権付与、拠出要件といった適格年金制度の一定のルールを充たさなければならない。

SEPは、雇用主にとっては、より複雑で費用のかかる適格年金制度に代替しうるものであり、書類作成、記録保持、報告義務は、最小限度に止められている。

SEPは、企業、非法人事業、共同経営者 (partnership) 及び自営業者が設定することができる。このように、企業規模の大小を問わずSEPを設定できるが、単純な仕組みになっているのは、小企業のために便宜をはかったものである。

適格性—21歳に到達し、過去5年間のうち3年以上その企業に勤務し、かつその年に雇用主から300ドル以上の報酬を受けた労働者すべてについて、雇用主は掛金を拠出しなければならない。この基準(300ドル)は、生計費(2009年は550ドル)の増加に応じて調整される。

拠出—

(雇用主)—1978年の歳入法では、雇用主が各労働者に拠出できる最高限度額は、7,500ドルまたは報酬の15%のいずれか低い方であった。年間掛金の算定上考慮される報酬上限は100,000ドルであった。

1981年の経済回復税法 (Economic Recovery Tax Act) により、SEPへの掛金限度は15,000ドルに引き上げられ、報酬上限は年間200,000ドルとされた。1982年の課税衡平

財政責任法(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)により、この掛金限度は 30,000 ドルに引き上げられ、その後の引上げにより 2009 年時点では、49,000 ドルとなっている（この数値は将来のインフレ状況によって調整される）。1993 年の包括的予算調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act)では、報酬上限を 150,000 ドルまでいったん引き下げたが、2009 年時点では 245,000 ドルとなっている（この数値については、将来の生計費の動向によって調整される）。

雇用主拠出は、適格労働者全員について対報酬割合が同一でなければ、差別的とみなされる。社会保障年金とインテグレート（調整）された制度では、一定の限度内での不均衡が許容される。雇用主は他の適格年金制度への掛金に加えて SEP に拠出することができる。しかし、SEP への掛金は、全ての適格制度を通じての拠出上限総額及び所得控除総額の限度への算入対象となる。雇用主の観点から見て SEP が柔軟と思われる主な理由の一つは、毎年の拠出が強制されないことである。当該企業の事業が不振で低収益であれば、雇用主はその年度は拠出しなくてよいし、また掛金を減額することもできる。労働者は、雇用主の掛金およびその投資収益について完全かつ即時に受給権を取得することができる。このため、当該労働者は、当該受給権が得られた資金について剥奪されない権利を有し、離職しても当該権利を失わない。

(労働者) —SEP が初めて創設された当時は、雇用主の掛金はその年に IRA に許容されている最高掛金を下回る場合には、労働者はその差額を SEP に課税控除される拠出して埋め合わせることが許された。そのうえ、労働者は、自身の IRA に所得控除上限まで拠出することができた。しかし、1986 年の税制改革法(TRA'86)によって制定されたルールによって、SEP にカバーされる労働者は、一定の条件を満たさない限り、自身の IRA に課税控除による拠出ができないことになった。

TRA '86 は、給与控除のオプションを提供することにより、労働者が SEP に加入する道を大きく広げた。この規定は、1996 年の小規模事業雇用保護法によって廃止されたが、雇用主は、1997 年以前に設定された給与控除による SEP に対しては、拠出を続けることができる。

給付—SEP の導入以来、59.5 歳前になされる早期の引出しについては、IRA に適用されるものと同様のペナルティ税（10%）の対象となっている。1986 年には、この税は、SEP 及び IRA のみならず、他の全ての雇用関係ベースの適格年金制度に拡大された。SEP からローンは出来ない。

インテグレーション—1989 年までは、雇用主は、労働者のために折半して支払う社会保障税を労働者のための SEP 掛金に算入することが許されていた。すなわち、雇用主は、その年の社会保障税を SEP 掛金の中から差し引くことができた。これによって、雇用主は高報酬労働者（おそらく、その報酬は、社会保障税の課税対象上限額を超えていたと思われる）のためにより高率の SEP 拠出をすることが可能となっていた。なぜなら、高報酬の労働者の総報酬に占める社会保障税の割合は、低報酬の労働者のそれよりも低いからである。TRA'86 では、SEP への非選択拠出にも適用される新しい掛金建て制度に関するインテグレーションルールを規定し、1989 年から施行されている。これらのイ

ンテグレーションルールは、社会保障税の課税対象年間標準報酬の上回るところと下回るところでの掛金率に一定の格差を許容している。

第12節 複数雇用主制度 (MULTIEMPLOYER PLAN)

(イントロダクション)

複数雇用主制度は、団体交渉での合意に基づいて、相互に関連のない2社以上の企業の労働者を保障する従業員福祉制度ないし退職年金制度である。この制度への掛金は、労働組合や、一定の地理的範囲に属する被用者を代表する労働組合連合の主導で交渉される。それらの労働者は、通常同じ職種（例えば大工や俳優のような熟練職種）に従事している。

一般に複数雇用主制度には、2種類ある。第1は、福祉給付制度であり、団体生命保険、団体就業障害保険、入院・手術・医療費の保障、前払いの法律援助サービス、休暇、失業給付といったものを提供する。第2は、年金制度であり、退職後所得保障のための給付を行う。この複数雇用主制度という概念は、その他のベネフィットを提供する場合にも用いられる。このような団体方式は、従業員訓練といった分野でも効果的に利用されている。

複数雇用主制度は、一般的にはタフトハートレー法 (Taft-Hartley Act) として知られている1947年の労使関係法 (Labor Management Relations Act) 第302条(c)(5)項に基づき創設される。この法律では、複数雇用主制度について、労使同数の代表によって構成される理事会によって管理されなければならない旨定めている。

最初の複数雇用主制度であろうと考えられているのは、1929年にニューヨーク市の電気労働者組合第三支部と電気工事請負人教会とによって創設された雇用主負担の年金制度である。その後、団体交渉型の制度は、1930年代と1940年代に縫製業と石炭業で発展した。複数雇用主年金制度は、第二次世界大戦後、タフトハートレー法の成立、各種給付 (benefits) は団体交渉義務の範囲内であると認めた連邦労働法に基づく最高裁判決によって発展した。1950年には、複数雇用主年金制度によってカバーされる労働者は100万人に達していた。その後、1960年には330万人まで増加し、2005年時点で対象者は、現役労働者、退職労働者併せて1,330万人にまで拡大している。連邦労働省は、およそ2,945の複数雇用主年金制度が存在していると推定している。少なくともこれと同じ数の複数雇用主福祉制度が存在していると考えられるし、年金基金 (annuity fund)、補助的失業保険、法律援助給付を提供する複数従業員制度も増加しつつある。

非団体交渉型の複数雇用主制度もまた存在する。こうした制度は、労働者に対して給付パッケージを自発的に提供しようとする雇用主によって設立される。宗教団体、慈善団体、教育団体といった非営利分野において主に見られる。ERISA法及び内国歳入法 (IRC) においては、こうした制度は複数雇用主制度に区分されるが、通常、単独雇用主制度と同様の法律上のルールに服している。

(複数雇用主制度の特徴)

1つの複数事業主制度に加入できる事業主・労働者の数は、少なくとも会社は2社、労働者は2人以上でなければならないが、上限はない。複数雇用主年金制度では、ほとんどの加入者が大規模な給付建て制度で保障されている。直近(2005年)の労働省のレポートによると、1,330万人の加入者及び退職者のうち、96%が、1,000人以上の加入者を有する制度に加入し

ている。また、加入者の72%が給付建て制度に加入している。

複数雇用主制度は、特定の産業によく見受けられる。すなわち、あまりにも小さくて単独で制度を設立できない小企業が数多く存在している産業において普及している。また季節的あるいは変則的な雇用や激しい労働力移動のために、単独雇用主の制度（仮に制度が設立されたとしても）では加入資格のある労働者が極めて少なくなってしまう産業においても多く採用されている。例えば、建設労働者は通常、工事請負人から数週間ないし数ヶ月しか雇用されない。工事が終了すれば、次の工事請負人が彼の特技を必要とするまで労働者は失業する。

大規模産業では、往々にして同一産業内に一つ以上の複数雇用主制度が存在している。複数雇用主制度は、連邦レベル、地域レベル、場合によっては関連業界（例 ある地理的範囲に属する手工業者や商人）にまたがって労働者をカバーしている。多くの制度では、産業全体というよりも手工業者や商人を中心にカバーしているが、中には、産業全体又は産業の大部分を包含するものもある。例えば、全米テレビラジオ芸能人連盟、米国通信労働組合、工業・化学・エネルギー労働者国際同盟組合（PACE）、UNITE HERE（ホテル、フードサービス、クリーニング、倉庫業、カジノギャンブル産業の労働組合）、サービス労働者国際労働組合（SEIU）といったものである。

米国労働省の分類による以下の製造業で多数の複数雇用主制度が見られる。

- (1) 食品、パン類、その他の類似製品
- (2) アパレル（または縫製）その他
- (3) 印刷、出版、その他の類似産業
- (4) 最終衣料製品
- (5) 皮革、皮革製品
- (6) 材木、木製品
- (7) 家具、調度品
- (8) 金属細工

非製造業では、複数雇用主制度は以下の産業で普及している。

- (1) 建設業
- (2) 自動車運送業
- (3) 卸・小売業
- (4) サービス業
- (5) 娯楽業
- (6) 通信・報道、公益企業

建設業は、複数雇用主制度の最も多い産業である。2005年時点で、米国の複数雇用主制度加入者の約32%を建設業が占めている。

(適格制度ルール)

エリサ法と内国歳入法では、単独雇用主制度と同様に、複数雇用主制度についても税制優遇適格を認められるために遵守しなければならないルールを規定している。受託者責任、開示、報告、適格性、受給権付与、給付の発生、積立方法、補償範囲、加入資格、インテグレーション

ン、制度の終了といったものである。

これらの要件の中には、受託者責任や開示・報告義務のように、本質的に単独雇用主制度と同様の要件であるものも存在するが、単独雇用主制度と内容が異なるものもある。複数雇用主年金制度における労働組合員である加入者は、通常、税法の差別禁止ルールを自動的に満たしているものとみなされるが、その他の労働者（例えば、制度スポンサーである労働組合のスタッフ又は制度自体のスタッフ）については、一般に適用される差別禁止テストをクリアしなければならない。

（制度の設立）

労働組合と数社の企業が複数雇用主制度の設立に合意したときは、第一段階として、通常、各雇用主が負担する掛金の額を交渉することになる。次いで、雇用主と組合の代表は、以下の信託契約を締結する。

（１）理事会の設置

（２）理事会の権限と義務

（３）理事と年金制度又は福祉給付制度に関連する事項

雇用主掛金を受け入れる信託基金の設立に当たっては、弁護士と会計士が援助する。制度実施の細部と支給可能な給付水準の決定に当たっては、従業員福祉コンサルタントが援助する。優良な資産管理を行うために、理事は専門の投資顧問あるいはファンド・マネージャーを抱えることが多い。また、理事は、制度管理者とスタッフを雇用するか、あるいは外部の管理代行会社に委託して、年金制度の管理、雇用主掛金の徴収、労働者からの支払請求、支払・記録管理、調査といった日常業務を遂行する。なお、理事は、公式の制度規約を作成し、制度からの給付、受給資格要件、支払請求手続について労働者に通知するための平易な言葉で書かれた説明小冊子を発行しなければならない。

会社の取締役会と同様に、理事会は制度の全般政策を決定し、制度の活動について方向付けを行う。理事は適正な資産管理をする責任を負う。理事は制度資産の管理を含め、自己の義務と機能の一部について委譲することはできるが、自己の名においてなされた行為すべてについて最終責任を負わなければならない。資産管理は、責任が重大である。巨額の資金が運用され、何百、何千という人の年金その他の給付の安否がかかっているからである。理事は公正な任務遂行に関し、厳格な受託者ルールに拘束されている。理事は、エリサ法及びタフトハートレー法によって制度加入者のために、当該事項（たとえば、財務関係）に精通している慎重な人がするように行動することを要求される（慎重人の原則（プルードントマンルール prudent man rule））。

（拠出と給付）

制度の掛金は、団体交渉の当事者である雇用主によって払い込まれるのが普通である。しかし、多くの複数雇用主 401(k)プランでは、加入者が退職後に向けて賃金の一定割合を繰延拠出する仕組みを導入するようになってきている。労働者が福祉給付制度に追加掛金（例：短期失業中の期間）の拠出を求められることもある。雇用主が負担する掛金額は、団体交渉によって

決定され、協約によって定められる。掛金額は通常、加入労働者の勤務状況に基づいて決定される（たとえば、各労働者の労働 1 時間あたり 1 ドルというように）。掛金は全部所定の給付を支払うための共同基金にプールされる。投資収益によって基金は増加する。複数雇用主制度は、その規模のおかげで、小型基金や従業員規模の小さい会社が一社で設立した基金ではできないような投資形態をとっていることが多い。

通常、同一の複数雇用主制度に参加している会社は、それぞれ同水準の掛金を負担する。しかし、全国規模もしくは地域規模の大きな雇用主制度の中には、幾通りかの異なった水準の雇用主掛金をとり、それに応じて異なった水準の給付を支払うものがある。特殊な状況のために、他者よりも高い掛金を支払わなければならない会社があったり、また労働者が他社よりも低い年金給付しか受け取れない会社があったりする。例えば、年長労働者の多い会社が既存の複数雇用主企業年金制度に参加したとすると、そのような会社は、退職間近の年長労働者の巨額の過去勤務債務のために、他社よりも高い掛金を求められることになる。しかし、通常は、保険数理上のコスト如何にかかわらず、同水準の給付を全加入労働者に行うため、同水準の掛金を雇用主が相互に協力して行うというのが、複数雇用主制度の特徴の一つといえる。

（年金受給権の移管（ポータビリティ））

複数雇用主制度は、その性質上、同一制度内では、加入者は、給付カバレッジを遮断することなく雇用主から他の雇用主に移行することができるため、ポータビリティに優れている。通常、年金受給権は、制度間の相互協定でもない限り、同一産業内でも一つの複数雇用主制度から他の複数雇用主制度へ移管することはできない。そのような協定があれば、労働者は年金受給権を失わずに、雇用主間ないしは制度間を移籍することができる。建設業では、複数雇用主の医療制度、福祉制度、年金制度に加入している労働者の 60%が 1995 年の相互協定で保障されている。建設業以外の業種でもトラック業界のように、業界規模で相互協定を採用する例も増えている。その他の複数雇用主制度も合併やより大きな基金に参加するようになっているので、ポータビリティは高まっている。国際労働組合もまた、統合を進め、より大規模に効率的な制度運営を進めるよう働きかけを行っている。

（給付）

複数雇用主給付建て年金制度における給付算定式は、多種多様である。勤続 1 年当たりの年金額を全て同額とするもの、労働者の勤続年数に応じて一定の拠出を要求するもの、加入者の稼得に対して勤務年数に応じた比率を用いるものといったものがある。多くの制度では、給与水準ではなく勤続年数に基づいて定めている。これは、一つには、単独雇用主制度の加入者に比べて複数雇用主制度の加入者では、給与格差が小さい傾向にあるからである。複数雇用主制度では、給付は給与に基づかないことが多いため、加入者個々の給与記録の管理が省略され、一定の給付水準に対する掛金率は通常、全労働者について同一とされる。

ほとんどの複数雇用主制度は、その所管区域内において、退職者が年金受給期間中に、同一業種に従事することを規制している。この規制は退職者が在職中の労働者と競合したり、当該産業の未組織部門（nonunion sector）で技能を活用することを防ぐためのものである。労働省

が公布した規則によれば、複数雇用主制度は、以下の状況で、月間 40 時間以上労働した退職者について給付を停止することができる。

- (1) 年金給付開始時点、あるいは退職者が再就職していなければ給付が開始されていたはずの時点において、同じプランの加入者が雇用されており、給付が発生している産業
- (2) その退職労働者が複数雇用主制度のもとでかつて雇用されていた同業者または同業者組合
- (3) 年金給付開始時点、あるいは退職者が再就職していなければ給付が開始されていたはずの時点において、同じプランが適用されている地域

(複数雇用主制度の利点)

複数雇用主制度には、ポータビリティの高さという魅力的な特徴がある。労働者は、会社間を移動する時に年金請求権を持ち運ぶことができる。したがって、元の雇用主が廃業したり、掛金の払込を中止したとしても、労働者は累計請求権に基づいて年金を受け取ることができる。同様に、他の給付（例えば医療保険）についても、同一産業内で仕事を変わったときには継続的な保障が得られる。複数雇用主制度は小さな会社の労働者に計り知れない利益をもたらす。複数雇用主制度によって小会社でも各種給付制度に手頃に参加できるということがなければ、小企業の労働者は各種ベネフィットを得ることができないであろう。

複数雇用主制度は、加入している雇用主にとってもいくつかの利点がある。第 1 に団体で年金を購入する、また制度の管理を理事に委託するため、経済的である。第 2 に地域や業界の中で給付と労働費用が安定化する。そのため他の職場からもっと良い給付を約束されて労働者が魅力を感じるようなことがなくなり、労働者の離職率を軽減するのに役立つ。内国歳入庁によって適格承認される他の給付制度と同様に、雇用主が負担する複数雇用主制度の掛金は、所得控除される。

(結び)

複数雇用主制度はおそらく爆発的成長の時代を終えたものと思われる。多くのセクターにおける労働組合組織率の低下がその一つの要因である。また、雇用主は、給付建て年金制度を新たに採用しなくなってきたこともその要因として挙げられる。将来、比較的少数の新規労働者が複数雇用主制度に加入することでしか成長できないものと思われる。地方の複数雇用主制度が、積立不足の問題への対応、運営コストの削減といった目的から、より大規模な、又はより広域的な複数雇用主制度に合併されるという動きが増えている。労働者が不規則に働いているレジャー産業や、小規模製造業、小売業、交通運輸業（とくに大量輸送）といった特定の産業では平均以上に成長する可能性がある。

第 13 節 年金制度における差別禁止ルールと最低適用範囲要件 (NONDISCRIMINATION AND MINIMUM COVERAGE REQUIREMENTS FOR PENSION PLANS)

(イントロダクション)

適格年金制度には、一部の高報酬労働者や企業幹部のみに利益を与えるのではなく、税制優遇の効果が労働者に幅広く行き渡ることを確保するため、従来から、法令や規則による要件が課せられてきた。これらの要件は、ある程度成功してきたといえるが、立法者は、1986年の税制改革法 (TRA) において各種規定を盛り込むことで、こうした要件を更に進化させ、雇用主提供の企業年金制度をより多くの労働者に広めようと試みた。この章では、制度が税制適格を受けるために満たさなければならない2つの具体的な要件を採り上げる。それは、差別禁止ルール (nondiscrimination) と最低適用範囲要件 (minimum coverage) である。

(最低適用範囲要件)

一般ルール—原則として、制度は内国歳入法 (IRC) 第 410 条(b)項に規定する2つの要件のうち、いずれかを満たさなければならない。この基準は、各四半期に最低1日以上雇用された労働者 (又は元労働者) に適用される。

比率テスト (Ratio Percentage Test) —このテストは、当該制度において給付を受ける (高報酬労働者ではない) 一般労働者 (nonhighly compensated employees) の割合は、当該制度において給付を受ける高報酬労働者 (highly compensated employees) の割合の70%以上でなければならないというものである。例えば、当該制度において給付を受ける高報酬労働者の割合が60%であるのに対して、一般労働者の割合が35%しかない場合、この制度は比率テストを満たさないことになる。なぜなら、70%を下回っているからである ($35\% / 60\% = 58.3\%$)。

平均給付テスト (Average Benefit Test) —このテストには、2つの項目があり、いずれも満たさなければならない。1つ目は、差別禁止区分テスト (nondiscriminatory classification test) であり、高報酬労働者に有利となるように労働者階層を差別せず対象としていることが求められる。2つ目は、平均給付割合テスト (average benefit percentage test) であり、一般労働者の平均給付割合は高報酬労働者の平均給付割合の70%以上でなければならないというものである。

差別禁止区分テスト—IRC 第 410 条(b)項における差別禁止区分テストをクリアするためには、定額給労働者と時間給労働者といったように、真正に労働者階層を区分して、合理的に制度が労働者をカバーしている必要がある。更に制度は、以下のいずれかを満たさなければならない。

- (1) 一般労働者 (非高報酬労働者) の safe harbor 割合以上の給付を行っているか
- (2) facts and circumstances テストをクリアし、かつ、一般労働者 (非高報酬労働者) の unsafe harbor 割合以上で給付がなされているか

Safe Harbor/Unsafe Harbor テスト—当該制度の比率 (ratio percentage) は、safe harbor (もしくは unsafe harbor) 割合と同等以上でなければならないというもので

ある。数学的には、上述した比率テストと同様のテストなのであるが、このテストでは、70%の代わりに safe harbor（もしくは unsafe harbor）割合を使用する。safe harbor（もしくは unsafe harbor）割合は、雇用主の全労働者に占める一般労働者の割合(concentration percentage⁶)に基づいて決められる。Table13.1 では、例としてある集団における safe harbor 及び unsafe harbor 割合を示している。この段階では、当該制度が safe harbor テストや unsafe harbor テストを充たしているか不明確であるが、facts and circumstances テストを行うことで差別的取扱いでないかと判断される可能性もある。

Table 13.1
**SEC. 410(b) NONDISCRIMINATORY CLASSIFICATION UNDER THE
 SAFE HARBOR/UNSAFE HARBOR TESTS**

Concentration Percentage	Safe Harbor Ratio Percentage	Unsafe Harbor Ratio Percentage
60.0% or less	50.0%	40.0%
62.0	48.5	38.5
64.0	47.0	37.0
66.0	45.5	35.5
68.0	44.0	34.0
70.0	42.5	32.5
72.0	41.0	31.0
74.0	39.5	29.5
76.0	38.0	28.0
78.0	36.5	26.5
80.0	35.0	25.0
82.0	33.5	23.5
84.0	32.0	22.0
86.0	30.5	20.5
88.0	29.0	20.0
90.0	27.5	20.0
92.0	26.0	20.0
94.0	24.5	20.0
96.0	23.0	20.0
98.0	21.5	20.0

Facts and Circumstances テスト—規則によれば、facts and circumstances テストを適用する際に次の要素がとりわけ考慮されるようである。

- ・労働者階層の区分に関する雇用主の業務上の理由
- ・当該制度において給付を受ける労働者の割合
- ・各給与レンジにおける制度対象労働者数が、当該給与レンジの全労働者数を代表するものとなっているかどうか
- ・当該労働者階層の区分がセーフハーバー割合にどの程度近似しているか。

⁶ concentration percentage は、被用者全体（後述する除外される労働者を除く）に占める一般労働者（非高報酬労働者）の割合であるが、この計算に当たっては、制度の対象になっていない労働者も含まれる。

その他の要因一

要件を満たしているとみなされる制度—次の制度は、最低適用範囲要件を満たしているものとみなされる。

- ・凍結された制度（すなわち、労働者にそれ以上の追加的給付が生じない制度）
- ・高報酬労働者のみを雇用する雇用主の制度
- ・一般労働者（非高報酬労働者）のみに給付する制度
- ・労働組合員である労働者のみに給付する制度（一定少数以上の専門職（professional）が含まれている場合を除く。）

除外される労働者—通常、全ての現役及び元労働者が最低適用範囲要件を適用する際に考慮されるが、次の者は除外される。

- ・制度の最低年齢要件、最低勤続年数要件を満たしていない労働者
- ・団体交渉の対象範囲に含まれる労働者（団体交渉の対象となっていない制度をテストする場合）
- ・アメリカでの収入源がない非居住外国人

コンプライアンス—先に述べた 410 条(b)項の要件を満たさない制度は、当該制度の適用年度の末日までに、遵守するようにしなければならない。これは、適用対象となる労働者の範囲を拡大するか、拠出割合もしくは給付発生額を修正することによって可能となる。他方、制度がこれらの要件を満たせない場合は、各高報酬労働者は、従来収入とみなされることのなかった全ての受給権確定済給付額が収入としてみなされることになる。一方、この場合に、一般労働者は、税制上の不利益を蒙ることはない。

(差別禁止ルール)

概要—内国歳入法（IRC）第 401 条 (a)(4)項では、当該制度における拠出又は給付が、高報酬労働者を優遇する形で差別的となっていない制度については、税制優遇を受けられる適格制度とする旨規定している。同項では、制度がこの差別禁止要件を充たすために必要となる 3 つの基準を規定している。

- ・制度において提供される拠出、給付が、量的な観点から見て、差別的と認められないこと
- ・当該制度において提供される給付、権利等について、当該制度に加入している労働者が差別的でなく公平に扱われること
- ・ある一定の特殊な状況（制度改正、過去の勤続分のクレジットの付与、制度の終了等）における制度の効果が差別的に影響を与えることにならないようにすること

これらの各基準について、以下詳細に見ていく。

拠出額・給付額に関する差別禁止ルール—拠出額に関する差別禁止ルール、給付額に関する差別禁止ルールはそれぞれ別個のものであるが、通常、拠出又は給付のいずれかが差別的でないということを示すことによって、当該制度は差別禁止ルールを満たしているものと認められる。401 条(k)項、401 条(m)項の規律対象となる制度及び従業員持株制度 (ESOP) については、この一般ルールの適用は除外される。これらの制度では、当該制度における

拠出について差別的ではないことを証明しなければならない。

拠出額に関する差別禁止ルール—401条(a)(4)項では、掛金建て制度について2つのセーフハーバーテストを規定している。一つは、加入者に対し一律の割当率を提供する算定式によって拠出がなされる掛金建て制度に適用される。制度の拠出割当算定式において明確に一定程度の格差が認められている場合は、このテストの適用に際し、考慮されることもある。二つ目は、年齢、勤続年数の点でウェイト付けされる一律の割当算定式によって拠出がなされる掛金建て制度に適用されるものであり、高報酬労働者への平均割当率が、一般労働者への平均割当率を超えない場合には、差別禁止ルールを充たすと認められる。

上記のセーフハーバーテストのいずれかを満たさない場合でも、一般テスト (general test) を充たすことで、差別禁止ルールを充たすと認められる場合がある。一般テストでは、本節で上述した最低適用範囲要件を当該掛金建て制度における各 rate group が充たすことによって、当該制度における雇用主の拠出は、差別的ではないと認められる。rate group は、個々の高報酬労働者 (Highly compensated employee:HCE) ごとに存在し、当該 HCE 及び当該 HCE の割当率以上の割当率で拠出を受ける全ての労働者 (HCE 及び一般労働者 (Nonhighly compensated employee(NHCE))) から構成される。この労働者一人当たりの割当率は、同該制度年度において、当該労働者の口座に拠出される額の合計と等しく、この額は、当該制度年度の労働者報酬の一定割合もしくは、ドル単位のいずれかで表される。rate group が一般テストにおいて、最低適用範囲要件を充たすかどうか判断するにあたって、当該 rate group は、当該 rate group に包含される労働者にのみ給付がなされる独立した制度であるかのように扱われる。次の例でこの概念を説明する。

(例) ある雇用主が合計6人の労働者を雇用しており、6人全て同一の制度から給付を受けるとする。HCEはH1とH2、NHCEをN1からN4とする。当該制度年度において、H1とN1からN4の5名の割当率は、当該制度年度の報酬の5.0%とする。H2は7.5%の割当率が適用されるとする。この場合、当該制度の下で2つのrate groupが存在することとなる。rate group1はH1とH2の割当率5.0%以上の他の全ての労働者から構成される。このため、rate group1はH1、H2、N1からN4までの全ての労働者で構成される。一方rate group2は、H2のみで構成される。なぜなら、他の労働者は全てH2の割当率7.5%未満であるからである。

rate group2のratio percentage(この節の最低適用範囲要件の部分で説明した)は0%である(0%(rate group2に属する一般労働者(NHCE)の割合)÷50%(rate group2に属するHCEのHCE総数に占める割合))。このため、rate group2は、比率テスト(Ratio Percentage Test)を満たさない。rate group2はこのため、最低適用範囲要件を満たさないことから、当該制度は一般テストをクリアしていないこととなる。rate group1が最低適用範囲要件を充たすかどうかに関わらずこのような結果となる。

給付額に関する差別禁止ルール—規則では、5つのセーフハーバーを規定している。これらを満たせば、給付額に関して当該制度は差別的ではないとみなされる。その5つとは、一様の通常退職給付(normal retirement benefit)、一様の通常退職後給付(post-normal retirement benefit)、一様の助成を行っていること、労働者拠出がないこと、労働者に給

付算定式を適用するに当たっては、その給付算定式の適用対象となる勤務期間と、給付が発生する勤務期間とが等しいこと、である。

上記のセーフハーバーを満たさない制度は、給付額に関する差別禁止ルールの一般テスト(general test)を満たさなければならない。給付建て制度における雇用主の提供する給付は、各 rate group が最低適用範囲要件を充たすせば、一般テストによって、差別禁止ルールを充たしているものとされる。給付建て制度における rate group は、個々の高報酬労働者(HCE)ごとに存在し、当該HCE及び当該HCEの通常給付発生率(normal accrual rate) (又は最高給付発生率 (most valuable accrual rate)) 以上の通常給付発生率となっている全ての労働者 (HCE 及び一般労働者 (NHCE)) から構成される。したがって、ある労働者は、通常給付発生率 (又は最高給付発生率) が当該労働者の通常給付発生率 (又は最高給付発生率) 以下である HCE の rate group に含まれることとなる。次の例でこのルールを説明する。

(例) ある雇用主が合計 1,100 人の労働者を雇用しており、N1 から N1000 を一般労働者 (NHCE) とし、H1 から H100 を高報酬労働者 (HCE) とする。雇用主は、これらの労働者全員に給付を行う給付建て制度 (プラン A) を運営しているとする。各労働者の当該制度における通常給付発生率、最高給付発生率 (これらは平均年間報酬の一定割合として決定される) は次の表にリスト化しているとおりとする。

Employee	Normal Accrual Rate	Most Valuable Accrual Rate
N1 through N100	1.0%	1.4%
N101 through N500	1.5	2.0
N501 through N750	2.0	2.65
N751 through N1000	2.3	2.8
H1 through H50	1.5	2.0
H51 through H100	2.0	2.65

プラン A には 100 の rate group が存在する。なぜなら、プラン A には 100 人の HCE が存在するからである。rate group 1 は H1 の通常給付発生率である 1.5%以上の通常給付発生率、H1 の最高給付発生率である 2.0%以上の最高給付発生率を有する全ての労働者で構成される。このため、rate group 1 は H1 から H100 及び N101 から N1000 までで構成される。

rate group 1 は、比率テスト (Ratio Percentage Test) を満たしている。なぜなら、rate group 1 の ratio percentage は 90%だからである (90% (rate group 1 に属する NHCE の全 NHCE に占める割合) ÷ 100% (Rate group 1 に属する HCE の全 HCE に占める割合))。H1 から H50 までは同一の通常給付発生率及び最高給付発生率となっていることから、H1 から H50 までの各 rate group は同一である。従って、rate group 1 が最低適用範囲要件を満たしているので、rate group 2 から rate group 50 についても最低適用範囲要件

を満たしているということになる。

rate group 51 は、H51 の通常給付発生率である 2.0%以上の通常給付発生率、H51 の最高給付発生率である 2.65%以上の最高給付発生率を有する全ての労働者で構成される。従って、rate group 51 は H51 から H100 まで及び N501 から N1000 までで構成される (N101 から N500 までは最高給付発生率は 3.0%であり、H51 のそれより高いが、rate group 51 に含めない。なぜなら、通常給付発生率が 1.5%であり、H51 のそれ (2.0%) より低いからである。

rate group 51 は、比率テスト (Ratio Percentage Test) を満たしている。なぜなら rate group 51 の ratio percentage は 100%であるからである (50% (rate group 51 に属する NHCE の全 NHCE に占める割合) ÷ 50% (rate group 51 に属する HCE の全 HCE に占める割合))。H51 から H100 までは同一の通常給付発生率及び最高給付発生率となっており、H51 から H100 までの各 rate group は同一である。従って、rate group 51 が最低適用範囲要件を満たしているので、rate group 52 から rate group 100 についても最低適用範囲要件を満たしているということになる。従って、当該制度の下における各 rate group は最低適用範囲要件を満たすので、当該雇用主が当該制度において提供する給付は差別的ではないこととなる。

給付、権利等に関する差別禁止—当該制度の下で提供されるオプション給付 (optional forms of benefit)、補助的給付 (ancillary benefit)、その他の権利等 (other right and feature) についても差別的でないことが要求される。企業買収、合併その他の類似の場合に限って、特別なルールが存在する。オプション給付は、当該制度の下で提供される代替的給付、早期退職給付、退職助成金といったようなものである。これらのオプション給付は、差別なく各労働者階層に対して、currently available であり、effectively available でなければならない。Current availability は、労働者に対する当該オプションの有用性に着目するものであるが、当該制度の条件の下で、年齢や勤続年数といった一定の要件が現在満たされているものと仮定する。Effective availability は、年齢や勤続要件を満たすための労働者の能力を考慮しつつ、実際の当該オプションの有用性が高報酬労働者に有利なものとなっていないかどうかを検証するものである。

補助的給付 (ancillary benefit) には、社会保障年金の補足給付 (social security supplement)、就業障害給付、生命保険や医療保険の補助的給付、掛金建て制度の下での死亡給付、給付建て制度の下での退職前死亡給付、一時休業給付等が含まれる。

その他の権利等 (other rights or features) は、当該制度の下で提供されるオプション給付、補助的給付として考慮される権利等以外、また、合理的に考えて労働者にとってさほど重要ではないと思われるような権利等以外のもので、当該制度の下で労働者に適用され得る全ての権利等として定義される。例えば、以下はこの定義に含まれると考えられる。

- ・ 制度におけるローン条件
- ・ 投資方法を指図する権利
- ・ 特殊の形態の投資に関する権利
- ・ 特殊なタイプの雇用主有価証券に対する権利

- ・ 税引前、税引後、マッチング拠出の特定のレートを設定する権利
- ・ 追加的な退職給付、補助的給付を取得する権利
- ・ 当該制度から他の制度に、又は他の制度から当該制度に拠出金を移管（rollover）する権利

第14節 インテグレーション—企業年金と社会保障年金の給付調整 (INTEGRATING PENSION PLANS WITH SOCIAL SECURITY)

(イントロダクション)

社会保障税と社会保障年金は、所得が高い労働者よりも低賃金労働者の方が総報酬に占める割合は高い。社会保障年金は、低所得労働者の方により所得代替率が高くなるよう設計されていることから、その代替率の格差を調整することを雇用主に認めるインテグレーション (pension integration) ルールが、1971年に内国歳入庁規則 (revenue ruling) 71-446の公布により定められた。同規則は、1986年の税制改革法 (TRA'86) が成立するまで効力を有していた。

インテグレーションを用いて雇用主は、社会保障年金を考慮に入れ、雇用主提供の年金制度と社会保障年金を組み合わせ望ましい退職前所得代替率を定めるように制度設計することができる。TRA'86制定以前のインテグレーションルールはもはや適用されないが、TRA'86の新しいルールを理解するためのベースとして、旧インテグレーションルールを振り返っておくことは有用と考えられる。

簡単に言えば、インテグレーションルールは、雇用主提供退職給付を雇用主が当該労働者のために支払った社会保障税の分だけ削減することができるというものである。インテグレーションルールは、給付建て制度と掛金建て制度で異なる。TRA'86以前の掛金建て制度では、(雇用主提供の退職給付制度への拠出額と納税した社会保障税 (メディケア分を除く) を加えた額を) 合計して拠出することが認められており、これにより雇用主は全ての労働者に対して、報酬に占める拠出額の割合を同率に設定することができた。

給付建て制度に関するインテグレーションルールも、雇用主の社会保障年金制度への拠出額はまず労働者への給付額に変換される必要があったが、同様のロジックによるものであった。社会保障年金 (メディケアを除く) は、労働者の退職給付以上のものまで包含するもの (すなわち、老齢年金のみならず、配偶者給付、死亡給付、就業障害給付も含まれる) であることから、労働者の退職給付の162%が社会保障年金の総受給価値相当額として設定された。雇用主は社会保障税 (payroll tax) の50%を支払わなければならないことから、給付建て年金制度のインテグレーションルールは、雇用主は、労働者の社会保障基礎年金額の162%の約半分(81%)を控除することができるとの考え方に基づいたものであった。

実際には、この数値は83.3%まで引上げられた。給付建て制度を「控除方式 (offset approach)」によってインテグレーションしている雇用主は、雇用主提供年金制度における給付総額から、最高で社会保障基礎年金額の83.3%まで控除することが認められた。この控除方式を採用している雇用主の多くは、労働者が実際受給する社会保障年金給付の2分の1以上の控除を行う合理性を示すことが難しいことから、実際には、労働者の社会保障基礎年金額の50%分のみを相殺している。

雇用主の中には同様の目的を達成するために「超過方式 (excess approach)」を選択するものも多い。この方式では、「インテグレーション水準 (integration level)」と呼ばれる基準未満の報酬の労働者にはより低い退職給付しか与えられないというものである (又は一切給付され

ない場合もある)。TRA'86以前の超過方式の仕組みは複雑であり、現在の年金制度に対して今日的な意味があるというわけではない。しかし、このTRA'86以前の超過方式は、保険数理上、その他のインテグレーションの方式と同等の仕組みであるが、当時、純粹超過方式に関しては議論が多くなされていた点については特筆しておきたい。この方式では、インテグレーション水準未満の低所得労働者は、職業人生の全てを一雇用主に捧げた場合であっても、雇用主提供退職給付を一切受給することができないというものであった。

TRA'86の主要な目的の一つは、インテグレーションにおいて許容される調整範囲を狭めるとともに、社会保障課税対象年間標準報酬(Social Security Wage)を超える部分のみに給付を行うという制度を排除することであった。これは内国歳入法401条(1)項の拡張を通じて達成された。同項では、インテグレーションを導入する制度については、給付割合において高報酬労働者が低報酬労働者より有利に扱うことを禁止する一般的な差別禁止ルールが適用されないと規定している。同項は、インテグレーションを導入する制度にのみ適用される特別の例外であるが、一般的な差別禁止ルールに関する規定(内国歳入法第401条(a)(4)項)では、インテグレーションを導入する制度に適用される追加的なルールを規定している。

(1986年税制改革法(TRA'86)施行後のインテグレーションルール)

内国歳入法401条(1)項及び同条に関連する規則では、3つのインテグレーションの方式を規定している。給付建て控除方式(defined benefit offset)、給付建て超過方式(defined benefit excess)、掛金建て方式(defined contribution)の3つである。これらの中からいずれの方式を選択するかにかかわらず、雇用主はインテグレーションを導入する制度の設計に当たっては、以下の主な3つの要素を考慮しなければならない。

- ・インテグレーション水準(integration level)—これは、加入者が通常のレートより高いレートによって給付ないし拠出を受けることができるかどうかを決めるための報酬の分岐点である。
- ・控除上限、スプレッド上限(maximum offset or spread)—これは、給付額(給付建て制度の場合)又は拠出額(掛金建て制度の場合)について加入者間で許容される格差を表すものである。インテグレーション水準を超える報酬を得る労働者と同水準以下の労働者との間の給付額または拠出額の差に上限を設けている。
- ・Two-for-One —これは、TRA'86の成立以前にはなかった規制であり、雇用主が低所得労働者に一切の給付や拠出を行わないことを目的にインテグレーション制度を導入することを防止するためのものである。給付建て超過方式、掛金建て方式にとっては、この規制は401(k)プランにおける差別禁止ルールと規制概念が類似している。このtwo-for-oneルールは、インテグレーション水準を超える報酬を得る労働者の給付又は拠出の上限を、同水準以下の低所得労働者の2倍(これは報酬の一定割合として表される)までに制限するものである。このため、インテグレーション水準以下の低報酬労働者に一切給付や拠出がなされない場合は、同水準を超える報酬部分に対して給付ないし拠出は行われないことになる。給付建て控除方式の場合にも、(複雑な方式ではあるが)このルールが適用され、許容される最高控除額は、控除前の給付額の半分までとされて

いる。

(掛金建て制度におけるインテグレーション)

通常、インテグレーション型の掛金建て年金制度の場合は、インテグレーション水準の上下での掛金水準の差は最大 5.7%⁷の範囲内であればならず、更に、インテグレーション水準を超える掛金率はインテグレーション水準未満の掛金率の 2 倍を超えてはならない。例えば、インテグレーション水準未満の労働者への掛金率が報酬の 5%である場合は、同水準を超える労働者への掛金率は報酬の 10%を超えてはならず、超えた場合は、two-for-one ルールに違反することになる。一方、インテグレーション水準未満の労働者への掛金が仮に報酬の 7%である場合、同水準を超える労働者への掛金率の上限は報酬の 12.7%となる。12.7%を超える場合は、5.7%ルールに違反することとなる。掛金建て年金制度におけるインテグレーション水準は通常、当該年度当初の社会保障課税対象年間標準報酬上限 (Social Security wage base) を基準として設定される。

掛金建て年金制度を運営する雇用主は、より低い水準で制度をインテグレーションすることもできる。そのような場合、2 つの選択肢がある。一つ目は、当該年度の社会保障課税対象年間標準報酬上限 (wage base of the current year) の 20%以下にインテグレーション水準を設定できるというものである。この場合、雇用主が社会保障課税対象年間標準報酬上限よりも低いインテグレーション水準を設定することができるが、同水準が低くなることによって、多くの加入者が (対報酬比で) より高い拠出率を受けることができるようになる。

二つ目の選択肢は、社会保障課税対象年間標準報酬上限と社会保障課税対象年間標準報酬上限の 20%との間でインテグレーション水準を定めるというものである。こうした中間のインテグレーション水準を使用すると、労働者間で差別につながる可能性が高まることから、内国歳入庁は、この方式を選択した場合、上述した 5.7%の制約を更に引き下げることとしている⁸。

(給付建て制度におけるインテグレーション)

給付建て年金制度の場合、インテグレーションは、少なくとも連続する 3 年以上の平均年間報酬に基づいてなされなければならない⁹。インテグレーションを導入しない給付建て年金制度に比べ、給付額の算定式は異なる。雇用主は、この平均とする期間 (の長さ) を選択することができるが、最も高い平均報酬額となる期間を採用しなければならない (career-average plan や unit-benefit plan は、給付発生率に構造上、相違があることから、例外が認められている。これらの制度では、各年度の報酬によってその年の給付が決定される)。

インテグレーション水準—給付建て制度において、インテグレーション水準を定めるための重要な概念は、加入者の「適用報酬 (covered compensation)」である。これは、社会保

⁷ この数値は、将来、老齢社会保障年金に係る社会保障税の雇用主負担分の増加によって調整され得る。

⁸ インテグレーション水準を当該年度の社会保障課税対象年間標準報酬上限で除した率が、80~100%の場合は 5.4%、20%~80%の場合は 4.3%、20%以下又は 100%の場合は原則どおり 5.7%である。

⁹ 3 年未満の在職歴しかない加入者は、全在職期間の報酬の平均としなければならない。

障年金の加入者の通常退職年齢以前の 35 年間の社会保障課税対象年間標準報酬上限 (social security wage base for the compensation) の平均額として定義される。社会保障年金における通常退職年齢は、綿密なスケジュールの下で、将来的に引き上げられることになっているが、インテグレーションとの関係で言えば、通常退職年齢は以下のように定められる。

1937 年以前生まれ 65 歳

1938 年—1954 年生まれ 66 歳

1955 年以降生まれ 67 歳

2008 年の適用報酬は下記のとおり生まれた年ごとに決められている。一方で、各制度において決定される実際のインテグレーション水準は、当該年度当初の社会保障課税対象年間標準報酬上限を超えてはならず、各加入者の適用報酬が以下の 4 つの代替基準のいずれかを満たすこととなる。

< インテグレーションにおける適用報酬 (covered compensation) >

2008 年社会保障課税対象年間標準報酬上限 (wage base) : 102,000 ドル

生誕年 2008 年適用報酬

1930 年 25,920 ドル

1940 年 48,816 ドル

1950 年 72,828 ドル

1960 年 91,044 ドル

1970 年 100,464 ドル

1975 年以降 102,000 ドル

超過方式の給付建て制度—この方式の下では、インテグレーション水準以上の報酬に対する給付乗率は、インテグレーション水準以下の報酬に対する給付乗率に比して 1 年あたり 0.75% を超えてはならない。更に、インテグレーション水準以上の給付乗率はインテグレーション水準以下の給付乗率の 2 倍を超えてはならない。

控除方式の給付建て制度—控除方式の上限は、最終平均報酬 (final average compensation) に基づく。最終平均報酬は、現行年を最終とする 3 年間の加入者の平均年間報酬 (社会保障税の課税上限を超える部分は除外) として定義される (加入者の勤続年数が 3 年未満の場合は、全勤続年数を通じた平均となる)。控除上限は、各勤続年度において、最終平均報酬 (インテグレーション水準まで) の 0.75% である。他の 2 つのインテグレーション制度と同様、two-for-one が適用され、本制度の場合は、許容される最高控除額は、(最終平均報酬 (インテグレーション水準まで) を超えない部分の) 加入者の平均年間報酬にかかる控除前の給付額の 2 分の 1 を超えてはならない。

キャリアキャップ (career cap) —超過方式、控除方式の 2 つの給付建て制度 (掛金建ては

含まれない) は、いずれも長期労働者のための追加的な制約に服する。上述の 0.75%の年間許容範囲が適用されるのは、現在の雇用者との間の勤続年数 35 年までである (35 年以上は、 $0.75\% \times 35 = 26.25\%$ で頭うち)。

調整一社会保障制度の通常退職年齢より前又は後に給付が開始される場合は、上述した 0.75%のルールは給付が開始される年齢や加入者の通常退職年齢によって増減される。

第15節 403(b)プラン (SEC. 403(b) ARRANGEMENTS)

(イントロダクション)

内国歳入法 (IRC) の規定にちなんで命名された 403(b)プランは、公的教育機関、非営利労働者、教会組織によって提供される税制優遇退職貯蓄制度である。これは、民間部門 (401(k)プラン)、公的部門 (457プラン) の雇用主によって提供される税制優遇給与控除退職給付制度と多くが類似しているが、一方で、重要な相違点もある。

教育機関は、1900年代初頭以来、教職員に対し、年金契約 (annuity contract) の提供を行っている。労働者の課税所得から、これらの契約への雇用主拠出金を除外する慣行は、現在の 403条(b)項の前身の規定が 1942年に内国歳入法 (IRC) に盛り込まれることにより、公的に認められた。1958年には内国歳入法の中に 403条が規定され、拠出額の上限が設定された。現在、同条の下で、501条(c)(3)に適合する組織の年金プランの多くが運営されている。これらのプランが積み立てを行う場合、年金契約もしくは投資信託(mutual fund)によらなければならない (追加のオプションを有する一部の教会の制度を除く)。403条(b)項の創設以降、同項にはこれまで多くの変更が加えられてきた。

1964年以来初となるこれらの制度に適用される規則の包括的かつ大規模な改正が 2007年6月26日に公布されたことから、これらプランは注目を集めている。この新たな改正規定は、多くが 2009年1月1日から施行される。

この規則の改正によって重大な影響を受ける分野がいくつか存在する。新たな規則の下で、初めて、全ての 403(b)プランが文書化された規則 (written plan) に基づいて運営されなければならないこととなる。技術的には、この文書化された規則は、複数の文書から構成されることになろうが、実際には、この新たなルールによって、原則として、書面化された一つの制度規約を作成しなければならないこととなる。当該制度及び加入者の双方の適格性を維持するためには、制度規約の内容と積立手段 (funding vehicle すなわち積立を行うための年金契約及び信託管理勘定(custodial account)) に齟齬がないようにしなければならない。また、当該制度に適用される (高報酬労働者に関する) 差別禁止ルール、2007年9月24日以降に行われる未承認の積立手段への移管の制限についての変更点もある。これらのルールは、制度の管理者には、積立手段全般について、制度の適合性、適格性を維持する責任 (遵守義務) があることを明確化するためのものである。制度の管理者は、遵守義務を履行するためには、承認未承認問わず (積立手段の) 販売会社 (vendor) と綿密に情報を共有しなければならない。

新たなルールは、グループ企業内で活動する事業体(entities operating within a controlled group)、雇用主拠出の引出しに関する規制、制度の終了に関する規制にも及ぶ。またこれらの変更は、拠出に関する通知のタイミング、長期勤続者や高齢労働者に関するキャッチアップ拠出の取扱いに関する改正にも関連するものである。

(雇用主適格)

以下の4つの類型に当てはまる雇用主が 403(b)プランを設立することができる。

- ・ 内国歳入法 (IRC) 第 501条(c)(3)項により免税措置を受ける組織

大学、12歳未満の子どもを対象とする私立学校、研究施設、社会福祉団体、病院、宗教団体など

- ・ 公立学校、公立大学（これらの管理団体を含む）
- ・ 教会、宗教団体
- ・ 1995年時点で新法令の適用を除外されていた（grandfathered）インディアン部族の政府

（拠出上限）

全体の拠出上限—403(b)プランへの拠出額の上限は、内国歳入法（IRC）第415条によって規定されている。この上限は、49,000ドル（2009年時点、インフレ率によって調整される）又は報酬の100%のいずれか低い方である。加入者又は雇用主が同一の雇用主によって運営される他の403(b)プランに拠出をした場合は、これらの拠出額は、合計される。同一の使用者によって他のタイプの税制適格年金制度（一般的には401条(a)項に基づく適格制度）に拠出された額は、合算する必要はない。しかし、労働者のコントロールの下にあるとみなされた他のプランへの拠出は（上限の算定に当たり）403(b)プラン拠出額と合計されなければならない。労働者が当該制度を設立した企業の50%以上を所有ないし管理下に置いている場合には、当該制度は労働者のコントロールの下にあるとみなされる。このため、キオプランを設立する労働者は、拠出上限を定める415条に適用に当たっては、拠出額を合計しなければならない。

配分（allocation）を決定する際に考慮される各加入者の年間報酬上限は、245,000ドルである（2009年時点）。これは同法401条(a)(17)(B)項に従って、生計費の増加によって調整される。政府が雇用者となる場合は、このルールについて一定の例外が存在する。

労働者拠出—402条(g)項によって、労働者の選択繰延額は、一定の上限（2009年時点は16,500ドル）までに制限されている。この上限は、各課税年度の初日に確定される。

1項—12月31日までに50歳以上となる加入者には、追加的に選択的繰延（キャッチアップ拠出：catch-up deferral）が認められる。2009年時点で、キャッチアップ拠出は年間5,500ドルまで認められる。この額は、インフレ率によって調整される。

適格組織（教育機関、病院、在宅介護機関、保健・福祉サービス機関、教会または教会協議会）において勤続15年以上になる労働者については、追加の選択繰延（キャッチアップ拠出）ルールが適用される。雇用主がこのルールを選択すれば、これらの組織の労働者は、それまでに拠出することの出来なかった額を埋め合わせるために毎年追加で3,000ドル（累積15,000ドルまで）まで拠出をすることができる。402条(g)項が定める年間の拠出上限を上回る部分については、まず最初に15年キャッチアップ拠出ルールに基づき充当され、その後50歳以上の者に関するキャッチアップ拠出ルールに基づき充当されることとなる。いかなる場合も年間の選択繰延額は、当該年間の加入者の報酬を超えることはできない。

2項—加入者が複数の403(b)プランに加入している場合、又は402条(g)項に基づく選択繰延が許容される403(b)プラン以外の他のプランに同時に加入している場合、これらの制度

は 402 条(g)項の適用においては、全体として一つのプランとしてみなされる。この場合、制度の管理者はグループ企業内 (controlled group) の他の雇用主によって運営される他のプランのことを考慮しておく必要があり、さらに、当該労働者が提供する他のプランの情報についても把握しておく必要がある。

(制度要件)

労働者拠出—給与控除の取決めにしたがって行われる労働者拠出は、「universal availability ルール」を充たさなければならない (一定の教会組織を除く)。このルールは、雇用されたら即時に、全ての労働者が選択繰延拠出をできるようにしなければならないというものである。しかし、次のような適用除外が認められている。

- ・ 年間の選択拠出額が 200 ドル未満の労働者
- ・ 他の 403(b)プラン、401(k)プラン、拠出額や繰延額について労働者の選択を認めている 457 プラン (政府が雇用主) の適格を有している労働者
- ・ 410 条(b)(3)(C)項に規定する非居住外国人労働者
- ・ 3121 条(b)(10)項に規定する performing service を行う学生労働者
- ・ 通常の週労働時間が 20 時間未満又は通常の年間労働時間が 1,000 時間に満たない労働者

雇用主拠出—多くの 403(b)プランでは、雇用主拠出を行っており、中には労働者拠出にマッチングする形で雇用主拠出を行っている場合もある。1974 年エリサ法によってカバーされる典型的な制度では、加入開始年齢は通常 21 歳であり、勤続要件(waiting period) は通常 1 年である。しかし、制度が即時の受給権発生 (vesting) を認めるのであれば、2 年の勤続要件(waiting period) を課すことも許容される。さらに、教育機関の中には、加入開始年齢の要件を 26 歳とすることもできるものもある。

差別禁止ルールはこれらの制度にも適用される。雇用主拠出について、一定の労働者カテゴリーを除外することが認められる。しかし、雇用主は一定の適用範囲テスト (coverage test) をクリアする必要がある。これは、適用範囲は、高報酬労働者を有利に扱うことを目的に画定されたものではないということを確認するものである。また同様に、当該制度において定められる「報酬 (compensation)」の定義、当該制度において提供されるあらゆる給付、権利等についても一定の差別禁止ルールを充たす必要がある。政府及び教会が運営する制度についてはこれらの差別禁止ルールの多くは適用除外となる。雇用主がマッチング拠出を行う 403(b)プランでは、401 条(m)項に基づく実質拠出率テスト (actual contribution percentage test (ACP test)) をクリアする必要がある。

以下の労働者は加入要件から除外され、この適用範囲テストの対象に含めなくてもよいこととされている。

- ・ 3121 条(b)(10)項に規定する performing service を行う学生労働者
- ・ 410 条(b)(3)(C)項に規定する非居住外国人労働者
- ・ 労使の団体交渉単位の構成員 (members of a collective bargaining unit) (当該団体協約において制度への加入が認められていない場合)

(給付制限)

後述する場合を除き、労働者は、以下のいずれかの出来事のうち最も早く到来した時点から選択繰延に基づく給付を受け取ることができる。

- ・ 雇用契約解除
- ・ 死亡
- ・ 障害
- ・ 59.5歳の到達
- ・ 予備兵 (reserist) に関する適格給付の受給資格の獲得
- ・ 制度の終了

雇用主拠出分については各々のプランで定める条件を満たした場合に給付されるが、2009年1月1日以後に締結された契約については、加入者の雇用契約の解除、予め決められた年数・年齢の到達又は障害の発生といったイベントが発生していない場合には、雇用主拠出分の給付が制限される。1988年以前の積立金に関する給付要件は、上記制限より緩い。エリサ法でカバーされ、オプションとして年金 (annuity) を提供する制度では、受給権付与済みの既婚加入者の年金口座勘定は、適格連生年金 (joint-and-survivor annuity (QJSA)) という形で支払われる。

経済的困窮ルール (Hardship Rule) —当該制度において許容されているのであれば、経済的困窮を理由に、加入者の積立口座から一定額を引き出すことは可能である。経済的困窮による引き出しは、加入者の即時かつ重大な経済的ニーズ (immediate and heavy financial need) を理由とし、かつ当該給付がそのニーズを充たすために必要なものであると認められる場合になされる。当該給付が加入者の経済的ニーズを充たすために必要なものであるかどうかを見極めるために、セーフハーバールールが雇用主によって選択された場合は、当該雇用主によって運営される全ての制度における当該加入者の口座に対する選択拠出が6ヶ月間中断される。新たな403条(b)項の規則によって、401(k)プランを規律する経済的困窮ルールは、現在では403(b)条に基づくプランにも適用されるようになっている。

ローン (loan) —選択繰延拠出を行う制度においては、積立手段 (funding vehicle) の条件に従って、当該積立手段からローンを受けることができる。当該ローンは50,000ドルを超えてはならず、また、以下のうち、最も高い金額がこのローン上限 (50,000ドル) から減額される。

- ・ 新たなローンがなされる日における当該制度から当該加入者に対してなされた他の全てのローンの残高
- ・ 新たなローンが制度管理者 (plan administrator) によって承認された日の前日からさかのぼって1年間の間で当該制度から当該加入者に対してなされた最も高いローン残高 (当該期間中になされた返済は考慮しない)
- ・ 当該加入者の確定済受給権の現在価値の2分の1 (当該ローンが制度運営者によって承認される日の前日が評価時点)

当該雇用主及びその他関連雇用主によって運営されている他のプランから当該加入者に

なされる他のいかなるローンも全てあらかも当該プランからなされた1つのローンとして取り扱われ、当該加入者のあらゆる制度における確定済受給権は当該プランにおける確定済受給権とみなされる。制度管理者は、各年度に加入者が利用できるローンの回数に制限を加えることができる。

最低給付ルール—加入者の確定済受給権にかかる年金口座勘定は、内国歳入法（IRC）第401条(a)(9)項及び同条に基づく規則に定める最低給付要件に従って分配されなければならない。通常は、加入者の年金口座勘定の給付は、最低給付要件として定められた日に開始し、加入者（及び指定された受益者）の生涯もしくは平均余命を超えない期間にわたって支払われる。最低給付要件として定められている支給開始日は、加入者が70.5歳に達する年又は退職した年、いずれか遅い方の翌年の4月1日である。指定された受益者へ分配する場合、また当該指定された受益者が配偶者である場合については、追加的な要件が存在する。

ただし、401条(a)(9)項の最低給付要件は、1986年12月31日時点で未給付であった加入者の口座勘定及びその後の収益には適用されない。1986年12月31日時点の口座勘定は、財務省規則1.401-1(b)1(i)に従って分配されなければならない。この場合の最低給付要件は、原則として、75歳又は雇用契約解除の日いずれか遅い方となる。

(投資方法の変更とプラン相互の移管)

契約の変更 (contract exchange) —加入者又は受益者は当該制度における積立手段の範囲内で、口座勘定の投資内容を変更することができる（当該積立手段に定められる制限に服する）。一方で、当該制度において適格な投資先として設定されていない販売会社 (vender) への投資を含む投資内容の変更にあたっては、以下に掲げる追加要件に服する。

- 加入者又は受給者は、当該変更後、即座に（当該加入者又は受給者の変更前の当該積立手段における口座残高を考慮して）少なくとも当該変更直前と同額の口座残高を保有しなければならない。
- 当該 vender との間で、変更前の投資商品に課されていた当該加入者に係る給付制限と同等以上の給付制限を含む取決めがなされていること。
- 雇用主と当該 vendor は、403条(b)項の要件及びその他の関連規則を充たすために必要となる情報を互いに適宜提供することを内容とする新たな契約又は信託管理勘定に関する取り決めを結ぶこと。

制度間の移管—当該制度から別の制度への移管を許容している場合は、当該移管は次の条件を満たさなければならない。

- 各加入者及び受益者は、移管がなされた直後に、移管先において、移管された額と同額以上の繰延拠出をしなければならない。
- 当該移管先は、（移管された額は、内国歳入法（IRC）403条(b)項に基づく給付制限に服する）資産を移管した加入者又は受益者に対して、移管元で課されていた給付制限と同等以上の制限を課さなければならない。
- さらに、当該移管が加入者又は受益者の移管元における資産をすべて移管するものでない場合、移管先は当該移管された部分を移管元と比例配分する形で取り扱わなければならない。

ない（例 労働者の税引き後拠出に係る加入者又は受益者の持分の比例配分）

ロールオーバー—適格ロールオーバー給付の適格を有する加入者又は加入者が死亡した場合の受益者（又は加入者の配偶者、家族法の序列に従い受取が認められる元配偶者）は、その選択により、当該制度から適格ロールオーバー可能な額の一定部分を直接ロールオーバーの形で、指定する適格退職年金制度に支払われるようにすることができる。加入者の死亡の時点で加入者の配偶者ではなく、また家族法の序列に従い受取が認められる元配偶者でもない受益者の場合は、直接ロールオーバーは、当該制度が許容する場合に限り、個人退職口座（individual retirement annuity:IRA）、又は相続を行う受益者のために設置された個人退職年金（individual retirement annuity）に対してのみ支払が可能となる。

（給付に対する課税）

当該制度における拠出は、連邦所得税(federal income tax)の算定上、所得控除される。給与控除方式（選択繰延）による拠出は、社会保障税(social security tax)と連邦失業税(federal unemployment tax)の対象となる。投資収益や利子収入による増加分は、現行課税の対象とはならない。当該制度からの給付については、当該制度に Roth account が含まれていない限りにおいて、給付の際に通常所得として課税されることになる。Roth account については、全ての給付は、税引き後ベースでなされる（給付時に課税されない）。また、59.5 歳以前になされる分配については、10%のペナルティ税の対象となるが、死亡、障害の場合などいくつかの例外がある。

第16節 個人退職口座 (INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNT (IRA))

(イントロダクション)

1974年 ERISA 法により個人退職口座 (individual retirement account(IRA)) が導入された。IRA 導入の趣旨は、企業年金による保障のない労働者に対しても、退職後の所得保障のために給与の一部を課税繰延で貯蓄する機会を提供することであった。アメリカの税法において、その後、IRA に関する適格要件や所得控除のルールは幾度となく改正されてきた。1981年経済再建租税法 (ERTA) により、企業年金に加入している者も含め全ての労働者が IRA を導入することができるようになった。1986年税制改革法 (TRA'86) は、夫婦いずれも企業年金に加入していない世帯については、IRA の所得控除制度を存続したが、企業年金制度の現役加入者については、所得控除を一定の所得水準以下の世帯のみに制限した。さらに、TRA'86 は IRA に新たな2つのカテゴリーを追加した。すなわち、給付を受けるまでは (利子について) 非課税で蓄積できるが掛金は課税所得から控除されないもの、および一般的な全額所得控除の最高拠出限度額より少ないある限度額までが全額所得控除となる部分的所得控除掛金となるものである。TRA'86 は一定範囲の個人に対してメリットを減じさせるものであったが、多くの個人は全額所得控除が認められる最高拠出額で拠出している。Roth IRA は、1997年納税者救済法 (Taxpayer Relief Act) によって IRA の新たな類型として創設されたものであるが、従来の IRA と課税方法が異なる。2001年の経済発展・課税軽減調整法 (Economic Growth and Tax Relief Reconciliation Act (EGTRRA)) では、IRA の拠出上限を大幅に引上げ、50歳以上の者に対して新たにキャッチアップ (catch-up) 拠出の選択肢を付与した。2006年の年金保護法 (Pension Protection Act (PPA)) では、EGTRRA において (暫定的に) 引上げられていた拠出上限を恒久化した。あらゆる者にとって、IRA は退職後に向けた貯蓄を効率よく行うために有効な手段である。しかし、IRA もまた、他の積立制度と同様、綿密な計画を立て、モニタリングする必要がある。この節では、IRA の適格基準、拠出限度、給付、課税上の取扱についてとり上げる。

(適格要件)

IRA は以下のような状況において設定することができる。

- ・企業年金制度の現役加入者ではない個人—パートタイム又はフルタイムの労働者で、70.5歳未満であり、雇用主の提供する退職給付制度の「現役加入者 (active participant)」でない者は、所得水準に関わらず、誰でも個人的に IRA を設定し拠出することができる。内国歳入庁 (IRS) は、「現役加入者」を「退職プランによって保障されている者」と定義している。「退職年金制度によって保障されている」とは、雇用主又は労働組合が退職プランを持ち、そのプランの下で個人口座に資金が与えられるか、またはその個人に退職時の請求権が与えられることである。たとえ、退職給付の受給権がまだ付与されていなくても1年間は現役加入者である。制度によっては、個人が1年のうち的一部分だけ雇用主のため勤務するだけで、現役加入者になることもある。

IRA へ出資する者は稼得所得 (earned income) のある者でなければならない。

IRA への拠出上限額は、2009 年時点で 5,000 ドルである。2010 年以降は、インフレ率によって、500 ドル単位で調整される。課税年度の終了までに 50 歳に到達した個人は、追加で 1,000 ドルのキャッチアップ (catch-up) 拠出ができる。

- ・企業年金制度の現役加入者であり、その調整後所得 (modified adjusted gross income (MAGI)) が単身個人の場合 55,000 ドル、既婚者で共同申告の者の場合 89,000 ドル未満のとき (2009 年時点。これらの基準はインフレ率で調整される。) —これらの納税者は、その IRA 掛金 (拠出上限額 5,000 ドル) が全額所得控除の対象となる。ここでも掛金は稼得所得からのものだけに限定される。
- ・企業年金制度の加入者であり、その調整後総所得 (MAGI) が単身個人の場合 55,000 ドルから 65,000 ドル、既婚者で共同申告の者の場合 89,000 ドルから 109,000 ドルのとき (2009 年時点) —これらの納税者の掛金は拠出上限額 5,000 ドル未満の一定部分までが全額所得控除対象となり、残額については所得控除の対象とならないが、その取扱いは次のようになっている。すなわち、調整後総所得 (MAGI) の上記範囲内では 2 ドルにつき 1 ドルずつ控除最高限度額が段階的に小さくなる。例えば、調整後総所得 (MAGI) が 60,000 ドルの独身納税者は 2,500 ドルは所得控除が認められるが、2,500 ドルは控除されない。特則があり、納税者に所得控除の対象となる拠出を行う資格があれば、その控除金額は 200 ドルを下回ることはない。ここでも掛金は稼得所得からのものだけに限定される。
- ・企業年金制度の加入者であり、その調整後総所得 (MAGI) が単身個人の場合 65,000 ドル以上、既婚者で共同申告の者の場合 109,000 ドル以上のとき (2009 年時点) —これらの納税者は、拠出上限額 (2009 年時点 : 5,000 ドル) を限度に、所得控除されない IRA 拠出ができるだけである。この所得控除されないでなされた掛金の運用収益は、IRA 保有者に給付が支払われるときまで課税繰延となる。ここでも掛金は稼得所得からのものだけに限定される。
- ・企業年金制度または他の IRA からの一時金給付を移管する手段として設定された IRA (ロールオーバー IRA) —雇用主提供の退職給付制度、IRA またはキオプランから給付を受けた労働者は、一般にその給付総額をロールオーバー IRA に移管することができるが、その額に対しては課徴金や現時点での課税は行われない。

(拠出上限)

所得控除対象となる拠出上限額—上述のとおり、IRA への拠出は、年間 5,000 ドル (2009 年時点) を超えることができない (50 歳以上のキャッチアップ拠出を除く)。所得控除額は労働者の所得の申告状況、調整後総所得 (MAGI)、年金制度の加入状況によって異なる。単身の労働者は、企業年金制度の加入者でない場合、または加入者であってもその調整後総所得 (MAGI) が 55,000 ドル以下である場合には、1 年間に 5,000 ドル又は稼得所得の 100% (いずれか低い方) まで拠出 (全額所得控除) することができる。調整後総所得 (MAGI) が 55,000 ドルから 65,000 ドルの場合、上述のとおり所得控除可能な拠出額は、漸減する。

- ・共働き夫婦—夫と妻が共に所得を得ている場合は、各々が年間に 5,000 ドル又は稼得所得

の 100% (いずれか低い方) まで拠出することができる。すなわちこれは、共働き夫婦の場合は、合わせて最大年間 10,000 ドル (キャッチアップ拠出を除く) まで所得控除による拠出を行うことができる場合があるということである。夫と妻が共同して税務申告する場合で、片方が企業年金制度に加入している場合は、合計調整後所得に適用されるルールに従って、双方の IRA 掛金の所得控除額が制限される。共同申告がなされる場合において、企業年金制度に加入していない配偶者は、IRA 拠出について、合計調整後総所得が 166,000 ドル以下であれば、全額所得控除を受けることができ、176,000 ドル以上であれば一切所得控除を受けることができない。調整後所得が 166,000 ドルから 176,000 ドルの間であれば、一部所得控除が認められる。別々に申告する場合は、それぞれ当該所得控除上限は、0 及び 10,000 ドルとなる。

既婚者が別々に税務申告する場合は、配偶者が現役加入者であっても個人の IRA 掛金の所得控除を受ける資格に影響を及ぼさない。しかし、既婚者が別々に申告する場合には、5,000 ドルの所得控除が段階的に減らされ、それは調整後所得 0 ドルに始まり 10,000 ドルで終わる (すなわち所得の 50% 相当額が IRA 所得控除の最高限度額である 5000 ドルから削減される)。例えば、ある既婚者が現役加入者であり、3,000 ドルの所得を得、夫婦別々に申告している場合は、IRA 所得控除額は 3,500 ドル (すなわち、 $0.50 \times (10000 \text{ ドル} - 3000 \text{ ドル})$) となる。その人の所得が 10,000 ドルであれば、所得控除されない IRA 拠出ができるのみとなる。

- ・働き手が 1 人の夫婦—1996 年の小規模事業雇用保護法 (Small Business Job Protection) では、婚姻してその配偶者が働いていない労働者が当該夫婦共同の IRA (Joint IRA) に拠出することのできる額を増額した。この場合、共働き夫婦に許容される合計 IRA 拠出上限と同額となる。

(雇用主提供の IRA)

雇用主は労働者が設定した IRA に掛金を払い込むこともできるし、また雇用主自身が労働者のために IRA を設定することもできる。労働者の拠出した掛金にかかる利子は没収されてはならず、労働者掛金と雇用主掛金の記録は、個別に表示されなければならない。通常の IRA 掛金の限度が適用されるものの、雇用主は IRA にかかわる妥当な管理費用の支払を許されている。

また雇用主は、給与控除方式を用いて労働者のために IRA を設定することができる。労働者の給与から自動控除された金額は、会社が設定した IRA に積み立てられる。労働者が多様な投資オプションの中から選択することを認めている雇用主もある。この仕組みは、雇用主が労働者のために個人退職口座 (IRA) を設定し、労働者のために掛金を払い込む簡易退職年金 (simplified employee pension(SEP)) や貯蓄奨励事業者折半負担型年金 (Savings Incentive Match Plan for Employees (SIMPLE)) と混同してはならない。SEP や SIMPLE は一般の IRA と拠出上限が異なり、また、他の適格退職年金制度に適用されるルールの一部が適用される。

(ロス (Roth) IRA)

ロス IRA は、一部例外はあるものの、基本的には一般的な IRA に適用されるルールが適用

される個人退職口座である。拠出時は課税されるが、(適格であれば) 分配時は課税されない。また、ロス IRA には(一般 IRA とは異なり) 年齢制限がなく、70.5 歳を超えた場合でも拠出が可能で、生涯にわたって当該口座を保有し続けることができる。ロス IRA に拠出することができる者は課税所得がある者であって、調整後総所得(MAGI) が以下の区分の要件(2009 年)を充たす者である。

- (1) 夫婦共同申告(又は適格な widow(er)) の場合 176,000 ドル以下
- (2) 単身世帯主の場合、あるいは既婚者が別々に申告する場合であって当該課税年度中一時も同居していなかった場合 120,000 ドル以下
- (3) 既婚者が別々に申告する場合であって同居している場合 10,000 ドル以下

拠出は、一般 IRA と同様の規定に従って、配偶者のロス IRA (spousal Roth IRA) にも行うことが可能である。

分配については、原則として、①最初の拠出から 5 年以上が経過していること、②59.5 歳以降の引き出しであることを満たせば、適格を有するとみなされる。通常の拠出はペナルティ税なく引出可能であるが、追加の拠出をした場合は、5 年間は口座に継続して保有されることが必要である。ペナルティの例外は、一般 IRA の場合と同様である。

(給付)

IRA 給付は、当該個人の 70.5 歳到達した年の翌年 4 月 1 日までに開始されなければならない。この最低給付ルールを遵守しない場合、ペナルティ税が課せられる。

ロールオーバー (roll over) —ロールオーバーとは、ある退職給付制度から他の退職給付制度へ資産を非課税で移管できるというものである。ロールオーバー拠出は、所得控除されない。ロールオーバーは通常、以下のような制度から、一般 IRA (traditional IRA) へ行われる。

- ①一般 IRA(traditional IRA)
- ②雇用主による労働者向けの適格退職給付制度
- ③州政府や地方自治体による課税繰延報酬制度 (457 プラン)
- ④節税年金プラン (403(b)プラン)

ロールオーバーは一般 IRA から上記②から④といった適格制度へも行うことができる。ロールオーバーがなされない場合には、給付の際、課税対象となる。各退職給付制度は IRA からのロールオーバーを受け入れなくてはならないという義務があるわけではない。ロールオーバーは基本的に移行元の IRA 又は雇用主の退職年金制度から分配を受けとってから 60 日目までに実施しなくてはならない。

IRA からのロールオーバー—通常、ある一般 IRA から非課税でのロールオーバーがなされる場合、当該一般 IRA から新たなロールオーバーを非課税で行うためには 1 年間の待機期間が必要となる。一般 IRA の一部の資産のみロールオーバーされる場合は、当該残りの資産は原則(給付時に) 課税対象(税引後拠出に係る給付部分を除く) となり、早期の給付の場合には、10%の特別税の対象となる。最低給付ルールの下で、ある特定の年に給付がなされなければならないこととなっている部分については、ロールオーバーの適格を有しな

い。

企業年金制度から IRA へのロールオーバー以下の制度からロールオーバーの適格を有する給付(eligible rollover distribution)を受け取った者は、その全部又は一部を一般 IRA (traditional IRA) にロールオーバーすることができる。

- ①雇用主の適格年金制度 (employer's qualified pension)、利益分配制度 (profit-sharing)、株式賞与制度 (stock bonus)
- ②年金プラン (annuity plan)
- ③州政府や地方自治体による課税繰延報酬制度 (457 プラン)
- ④節税年金プラン (403(b)プラン)

ロールオーバーの適格を有する給付とは、雇用主適格退職給付制度における以下を除く部分にかかる給付である。

- ・最低給付ルールに係る給付 (required minimum distribution)
- ・経済的困窮による給付(hardship distribution)
- ・下記期間にわたって、少なくとも年に 1 回以上支払われる定期的・継続的な一連の給付
 - ▲ 加入者の生涯又は平均余命
 - ▲ 加入者及びその受益者の生涯又は平均余命
 - ▲ 10 年以上の期間
- ・超過拋出又は超過繰延等の是正給付
- ・(貸付要件を充たせずに) 給付として取り扱われたローン (加入者の確定給付権を当該ローンの返済のために減額できない場合)
- ・雇用主有価証券にかかる配当
- ・生命保険カバレッジのコスト
- ・制度加入者の受益者に対する給付

一般 IRA へのロールオーバー対象分には、仮にロールオーバーされずに加入者に給付された場合に課税対象となる部分と非課税になる部分の双方が含まれる。しかし、一般 IRA にロールオーバーされる給付の範囲までは、所得の対象には含まれない。

ロールオーバーの適格を有する給付が直接、加入者に行われる場合には、原則として、支払う側は 20%の源泉徴収をしなければならない。直接ロールオーバー(direct rollover)を選択することによって、この事態を避けることができる。適格雇用主退職給付制度では、ロールオーバー適格を有する給付について、一般 IRA に直接ロールオーバーするかどうかの選択肢を加入者に対して与えなければならない(給付額が当該年度に 200 ドルを超えないと見込まれる場合を除く)。

(課税)

IRA の課税ルールには、IRA の基本目的 (退職所得保障の提供) が反映されている。このため、退職所得以外の目的で IRA 貯蓄を利用することは、ペナルティ税により抑制されている。通常、ペナルティ税は、59.5 歳以降、70.5 歳到達した年の翌年 4 月 1 日までの間になされる IRA の給付には適用されない。59.5 歳前に開始される給付についてペナルティ税がかからない

ものもある。IRAからの給付は当該給付を受けたときに所得とみなされ、該当する限界所得税率が適用される。

59.5歳前の給付についてペナルティ税の適用が除外されるものは以下のようなものである。

- ・障害を負ったとき
- ・IRA口座所有者が死亡し、受益者となったとき
- ・一軒目の住宅購入の際に引き出される給付
- ・元利均等払いの一部である場合
- ・高額な（払い戻し対象とならない）医療支出
- ・失業後の医療保険料の支払
- ・適格と認められる高等教育費用について行われる給付
- ・内国歳入庁によって当該適格制度に対して課された課徴金の支払いにあてるための給付
- ・適格と認められる予備兵(reservist)に対する給付

第17節 自営業者のための退職年金制度 (RETIREMENT PLANS FOR THE SELF-EMPLOYED)

(イントロダクション)

自営業は、長年にわたりアメリカ人の夢であり続けている。自分自身のビジネスを興すリスクを負う起業家が絶えず存在していることは、この夢が強固であることの証である。

1962 年以來、連邦政府は自営業者適格退職年金法 (Self-Employed Individuals Tax Retirement Act) を通じて、自営業者及びその労働者の年金制度の普及を進める政策を採ってきた。1962 年に成立したこの法律において、キオプラン (keogh plan: その立法の主唱者となったニューヨーク州選出下院議員、ユージン・J. キオ氏にちなんで名づけられた。ときにこのプランは、H.R.10 プラン (初期の法案では H.R.10 という番号が付与されていたため) とも呼ばれる。) が創設された。この法律により、小規模事業主、農家、その他の自営業者は、法人事業主と同様、税制適格制度に参画することができるようになった。自営業者 (self-employed) とは、単独の経営者か、共同経営者 (パートナーシップ) のメンバーをいう。

1962 年以前は、多くの小規模事業主は、その雇用する労働者は適格年金制度に加入できるが、自分のような小規模事業主はそれができないことに不満を感じていた。労働者のいない自営業者も税制適格年金制度に参加できなかった。さらに、2 人が同様な事業を営んでおり、しかも同程度の利益を得ている場合、(一方が個人事業主で、他方が法人組織になっていたとすると) 法人組織の事業主は自らが法人の唯一の労働者であっても年金制度による恩恵を受けることができたのに、個人事業主の方は恩恵を受けられなかった。

(立法の歴史)

キオプランは当初、掛金や給付について企業年金制度よりも厳しい制約を受けていた。自営業者は、年間拠出額が 2,500 ドルまでに制限されていた一方で、当時、企業年金制度には、拠出額の制限がなかった。このような規制があったため、退職目的の貯蓄に対する税制上の恩恵を享受する目的のためだけに、さもなければ必要でなかったはずの自営業者の法人化が起こった。さらに、キオプランは、オーナー労働者 (一定割合以上の所有権を持つ者) に対する受給権や拠出についてはより厳しい制限を課していた。こうした企業年金制度との格差を埋めるために、1974 年のエリサ法では、キオプランにおける掛金の年間所得控除限度額を稼得所得 (earned income) の 15% か 7,500 ドルのいずれか低い方まで引き上げた。

1981 年に議会は、個人退職口座 (IRA) の加入資格を拡大する過程で、キオプランについても再検討を行った。1981 年の経済回復税法 (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act) は、報酬の 15% という ERISA 法の制限を残したが、1982 年 1 月 1 日以降、キオプランにおける掛金の年間所得控除限度額を 7,500 ドルから 15,000 ドルに引き上げた。

1982 年の公平税制財政責任法 (TEFRA) では、議会は、法人及び非法人の退職給付制度の相違について、均等化 (parity) を図った。この結果、キオプランに適用されていた多くの特別ルールが廃止された。給付建てあるいは掛金建てのキオプランにおける所得控除の最高限度額は、法人企業の退職給付制度の場合と同額となった。そして、オーナー労働者に関する規定

の多くが廃止された。キオプランと法人企業の退職給付制度を同一のルールで取り扱うことによって、連邦議会は、従前の法制の際、課税控除をより多く受ける目的のみで行なわれていた自営業者の法人化の傾向を抑制することを意図したのだった。

TEFRA では、キオプランにおけるオーナー労働者に対して特別に適用される規定の多くが廃止された一方で、全ての適格制度に新たなトップヘビールールを課した。このルールは、オーナー労働者 (owner-employee) の概念を幹部職員等にまで広げ、一定以上の key employee に給付を与える制度については、より厳しい支給権付与基準や拠出上限を適用するというものである。

1986 年税制改革法 (TRA) では、すべての適格退職給付制度に関わる諸ルールに多くの変更があったが、これはキオプランにも影響を与えるものであった。

(加入資格)

個人事業主や共同経営者が最も一般的なキオプランの対象者である。自営業者は、課税技術上、労働者兼事業主とみなされる。さらに、自営業者はその使用する労働者のためにも制度に拠出をしなければならない。

キオプランには、掛金建て方式に属するものと給付建て方式に属するものがある。掛金方式とは掛金が事前に決定され、最終的な年金給付額は、掛金総額およびその投資実績によって定まるものである。一方、給付建て方式では、掛金の額は特定されず、その代り将来の給付額が毎月の年金という形で決められる。自営業者は、IRA に掛金を拠出することもできるが、課税所得が IRA の設定水準以下である場合に限り、IRA 及びキオプランの双方に課税所得控除による拠出を行うことができる。

(拠出と給付の限度額)

自営業者が自身のために拠出した掛金は自身にとって非課税となり、労働者のために拠出した掛金は、労働者本人にとって非課税となる。これらの掛金及びその運用収益は実際に給付がなされるまで課税が繰延られる。給付時には一般の所得税が課せられる。59.5 歳前の給付については、原則 10% のペナルティ税が課せられる。

労働者は、税引後拠出をすることもできる。この場合、拠出時には現行税率で課税されるが、運用収益には課税されない。しかしながら、税引後拠出の上限は、特別な差別禁止ルールによって実質的に引き下げられることがある。キオプランには、他の企業年金制度と同じ掛金・給付の上限額規制 (内国歳入法 (IRC) 415 条)、報酬上限 (同法 401 条(a)(17)項) が適用される。2009 年時点で、掛金建て制度における年間拠出上限は、労働者の報酬 (または稼得所得) の 100% または 49,000 ドルのいずれか低い方である。給付建て年金制度の加入者への年間給付上限は、195,000 ドルまたは加入者の勤続期間中、最も収入が高い連続 3 年間の平均年収の 100% のいずれか低い方である。これら 49,000 ドル、195,000 ドルの値については、毎年、生計費によるスライド調整がなされることになっている。

(給付)

キオプランの給付は他の制度と同じ方法で支払われる。すなわち、一時金払い（全勘定残高が一括払いされる）されるか、または、蓄積準備金を取り崩して定期的に年金として支払われる。年金は終身年金（労働者の退職後終生にわたり毎月支払われ、死亡をもって終了する）の形で支払われるか、連生遺族年金（退職労働者の死後、遺族である配偶者が引き続き毎月の支払を受ける）の形で支払われる。また確定年金（一定期間の定期的な分割払い）にすることもできる。

（課税）

退職後、キオプランから給付を受けた時点で、通常所得として課税される。課税上の取扱は、給付の種類（年金か一時金か）によって異なるが、原則として、通常の適格退職給付制度に係るルールと同様である。自営業者は、59.5歳に達するまで、死亡または障害による場合以外に給付を受けることを制限されており、他の適格年金制度と同様、59.5歳に達する前に給付を受ければペナルティ税が課せられる。59.5歳前の給付が例外に当たらない場合は、通常の所得税に加え、10%の特別税が課せられる。

（移管（ロールオーバー））

1984年財政赤字削減法（DEFRA）の施行以前では、自営業者がキオプランから受けた一時金支給額を他の企業年金制度やキオプランへ非課税で移管することはできなかった。DEFRAの制定により従来の法制が変わり、自営業者が加入者として拠出した分の給付は、適格制度から他の制度へ非課税で移管できることとなった。キオプランの給付金をIRAに移管する場合も非課税となる。その後、2002年1月1日に施行された2001年経済発展・課税軽減調整法（EGTRRA）以降、制度加入者がロールオーバーをすることが可能となる範囲が拡大された。たとえば、ロールオーバーは、適格退職給付制度、IRA、403(b)プラン、政府系労働者に関する457プランといったそれぞれの制度の間で行うことが可能となった。

（ローン）

キオプランにおける加入者へのローンは他のすべての適格年金制度に適用されるルールと同様の下で認められる。しかし、キオプランでは、オーナー労働者である自営業者に対するローンは認められていない。

（差別禁止ルール）

キオプランでは他の適格年金制度と同様、差別禁止ルールを充たさなければならない。この要件は、高報酬労働者に加入要件や給付水準が不適切に偏らないようにするためのものである。

（むすび）

過去20年間にわたり、連邦議会は自営業者が社会保障年金に加えて、補足的な退職後収入を得られるように、多くの立法措置を講じて、税制面でのインセンティブを付与して、その動きを推進してきた。しかし、こうしたインセンティブにかかわらず、法人化されていない自営

業者のキオプランへの加入率はそれほど高いものとはなっていない。しかし、加入率の増加を示す兆候もある。その兆候の一つは、EGTRRA によって、自営業者も 401(k)プランが適用されるようになったことだと考えられる。通常、「self-employed 401 (k)」や「Individual K plan」と呼ばれるプランは、自営業者のみ（その配偶者も含む）のために設計されたものである。これらのプランは、自営業者にとって、他のどの税制優遇退職制度よりも多くの拠出ができるために、魅力的な制度となっている。

第18節 年金給付保証公庫（PBGC）及び制度の積立て
（THE PBGC AND PLAN FUNDING）

（年金保護法（Pension Protection Act））

2006年8月に成立した年金保護法（PPA）は、1974年エリサ法（雇用主が提供するベネフィットに関する最も基本的な連邦法）の制定以降、給付建て年金制度に関する最も包括的な改革であったと多くの者に評価されている。同法では、単独雇用主が提供する給付建て年金制度について、最低積立要件の改正に加えて、拠出額の控除対象上限を拡大した。また、同法にはキャッシュバランス年金プランと掛金建て年金制度（401(k)タイプ）双方に影響を与える改革も含まれている。

公共政策の観点から、給付建て年金制度に対する最低拠出要件を修正しなければならなかった最も大きな理由は、年金給付保証公庫（PBGC）によって運営されている単独雇用主年金制度の終了保険制度の財政問題であった。PBGCはエリサ法により創設された連邦政府の機関であり、給付建て年金制度のスポンサーが積立不足で破産した場合に、約定債務を（一定上限まで）当該制度加入者に保証する保険給付を提供している。

単独雇用主年金制度の終了保険制度の保険料は、1980年半ば以降、二段階方式となっている。

（1）一人当たり34ドル（2009年：平均賃金上昇率によって調整される）

（2）積立不足額1,000ドル当たり9ドルの保険料

しかし、この保険料水準は、被保険者たる多くの制度スポンサーに関して予想されるコストを大幅に下回るものであり、逆選択及びモラルハザードによって、この保険制度は、最終的には財政難に陥るだろうということが様々な研究において予測されていた。PBGCの財政状況は、周期的に変動を繰り返してきた。1990年代半ばまでは財政状況は黒字であり、2000年にはその黒字額は97億ドルに上った。しかし、その後、割引率（discount rate:将来の給付額をを現在価値に割り戻す際に使われるレート）の低下及び株式ポートフォリオの収益率の低下によって、2004年までに、23.3億ドルの債務超過に陥った。

2005年2月に、ブッシュ政権（当時）は単独雇用主給付建て年金制度に関する改革案を提示した。これは、単独雇用主給付建て年金制度の最低積立要件の上限をコントロールするものであった。当時の最低積立要件は以下のようなものであった。

- ・積立不足制度に対する積立目標は、90%に過ぎなかった。すなわち、10%までの積立不足には、1987年及び1994年に積立不足問題に対応するために成立した特別ルールに服する必要がなかった。
- ・積立不足制度の債務を計算する際に利用される割引率は、過去4年間の平均であった。これによって、割引率が減少し続けているような場合には（実際2000年代初頭にはこのような状況であった）、平均割引率は、実際に給付建て制度を終了させるために必要となる割引率よりもかなり高いものとなり得た。高い割引率によって年金債務の現在価値がより低く見積もられるために、制度スポンサーが制度運営の計算の際に利用する目標値は人為的に低くなっていた。
- ・同様に、資産価値についても、5年間の平均値を用いることができ、純資産（株式）価値

が数年にわたって低ければ（実際 2000 年代初頭にはこのような状況であった）、年金資産の実質価値は、当該制度が制度の終了により PBGC に引き継がれる際の市場価格よりも、かなり高めに見積もられる可能性があった。

- ・また、過去に最低拠出額を上回って行った拠出を将来の最低拠出額を減らすために簿価で持ち越すことが可能であった。このいわゆる「クレジットバランス（credit balance）」によって、（簿価として）実際の市場価値よりもかなり過大に積立額が見積もられる結果となっていた。

議会によって可決された PPA の最終的な形は、詳細に関してはブッシュ案とは実質的に異なるが、上述した多くの問題に対処するものであった。PPA の多くの規定は、2008 年に施行されるが、その多くが数年にわたって段階的に施行されることとなっている。

新たな最低積立基準は、従来の二段階のシステム（全てのプランに適用される積立水準及び積立不足プランに対する赤字解消のための拠出基準）を改正し、全ての単独雇用主給付建て制度が債務の 100%の積立目標（funding target）を持つこととなった。一般的には、必要となる最低拠出額は、target normal cost 及び積立不足の負債の償却分（7 年間で償却しなければならない）である。target normal cost とは、当該制度年度において発生する（と見込まれる）全ての給付（当該年度の報酬の増加によって増加した前年度の給付発生額も含む）の現在価値である。

年金支出を計算する際に考慮される 2 つの前提は、PPA の下では、より変動が大きくなる。

- ・以前の法律の下では、現在債務の計算に当たって、4 年間の社債利率の平均額に基づいて割引率を算出することとなっていたが、改正により、給付債務は支払時期に応じて 3 区分に分けられて、これら 3 区分のそれぞれの利率は、直近 24 ヶ月の平均値を用いることとされた。

- （1）5 年以内に支払われるべき給付債務
- （2）5 年超—20 年以内に支払われるべき給付債務
- （3）20 年超に支払われるべき給付債務

- ・プランの資産価値は、PPA の下ではより変動が大きくなる。利率を算出するに当たっての平準化期間が 5 年から 2 年に引き下げられ、資産の実質価値（時価）の把握を困難にしていた資産の市場価値の算出時に許容されていた上下 20%の乖離幅が 10%に縮小した。

ブッシュ政権の案は、給付建て年金制度のスポンサーが破産し、PBGC へ請求を行う可能性に係る代理指標を確立することで、単独雇用主年金制度の終了保険システムにおけるモラルハザードと逆選択の問題を解決しようとするものであった。この案では、リスクに基づき PBGC への保険料を決めるという手法と同様に、最低拠出要件も制度スポンサーの（本体企業の）財務的健全性によって、異なることとされた。財政的困難によって PBGC に請求を行う可能性が極めて高い給付建て制度スポンサーの危険性にも配慮し、完全にリスクに対応した保険料の増額を行う代わりに、PPA では、財政状況の悪化している制度について「リスクプラン（at-risk plan）」というカテゴリーを別途設け、当該制度に対して、より多くの拠出を行い、早期の財政健全化を図ることを求めている。

リスクプランルールでは、給付債務を現行年度及び今後 10 年間に受給資格を取得する全て

の労働者が最大の年金受給額を受け取り、かつ、受給権が発生すると直ちに退職すると仮定して計算される。(1) 標準の保険数理上の仮定の下で計算した積立率が 80%未満である場合、(2) リスクプランルールで計算した積立率が 70%未満である場合、のいずれにも該当する場合、当該プランは、「リスクプラン」と定義される。リスクプランに該当するか否かを決定するに当たっては、プランの資産は、クレジットバランスによって削減されなければならない。

PPA 法によってリスクプランとみなされた場合は、当該プランは、**target normal cost** や積立目標 (**funding target**) を増加させることによって、拠出額を増やさなければならない。当該プランが過去 4 年間のうち、2 年間以上リスクプランの定義に該当した場合は、**target normal cost** が更に 4%増加し、また、積立不足額を計算する際に使用されるプランの債務価値についても 4%増加される。さらに加入者 1 人当たり 700 ドルの追加債務を負わされる。

従前の法律の下でのクレジットバランスの取扱いについては PPA においても維持されたが、相当な改革がなされた。例えば、当該制度の資産価値が前年の制度年度の積立目標の 80%以上である場合は、当該プランのスポンサーは事前積立部分の全てのクレジットまたは一部を持ち越し、現行年度の最低拠出額と相殺することができる。この結果、現行制度年度の最低拠出額が減少することとなる。さらに、一定の給付の支払が可能かどうか、給付の増加が認められるかどうかを決定する際に使用される調整済積立目標達成率 (**adjusted funding target attainment percentage**) を求めるにあたっては、クレジットバランス (2007 年度までの分のクレジットバランス及び 2008 年度以降の **Prefunding Balance**) は、双方とも当該制度資産から控除されなければならない。従前の法律の下で生じていた簿価でクレジットバランスの持ち越しを認めることに関する問題は、PPA の下では、当該クレジットバランスを生み出した元の拠出の日付以降の投資収益とその損失の調整によって対処されることとなった。

PPA はプランスポンサーが一定の積立基準を保つためのインセンティブを提供している。そのインセンティブは、給付の発生、給付の増加、一時金方式による給付に関する規制によるものである。新法では、制度スポンサーは、積立率が 60%未満となった場合、現行加入者に対する給付発生を停止しなければならない。給付改善に見合う拠出を直ちに行った場合を除き、積立率が 80%未満の場合の給付改善は禁止される。積立率が 60%未満の場合、又は制度スポンサーが破産に陥り当該プランの積立率が 100%に達していない場合には、一時金の支払は禁止される。積立率が 60%以上 80%未満の場合は、当該制度における一時金の支払は加入者の発生給付額の 50%までに制限される。

Condeluci (2007)は、PPA に関する以下の 3 点を理由に、年金制度のスポンサーは現役労働者の給付発生を速やかに行うようになるのではないかと述べている。

- ・制度スポンサーは、従前より高水準かつ早期に積立をすることを求められる。
- ・給付に関する新たな制限
- ・クレジットバランスが制度資産にもたらす効果

従前の法律 (基本的な要素は 1974 年エリサ法に基づくものである) の下では、給付建て年金制度における最低拠出額は、当該制度の「通常積立口座 (**funding standard account**)」の規模によって決められていた。通常、最低年間拠出額は、「標準費用 (**normal cost**)」、補足債務に関する分割償却分 (**amortization of supplemental liability**) 及び「想定からの乖離

(amortization based on experienced losses(gains))」の合計額と同額とされ、この額(価値)は、簿価で繰り越されたクレジットバランス、(労働省が一時的に認める)積立義務の適用除外(funding waiver)によって削減することができた。通常、補足債務の償却期間は30年とされ、「想定からの乖離」については5年とされていた。

1987年の法律(1994年に改正)により、一定の積立不足のプラン(当該制度年度における現在債務(Current Liability)が90%未満である場合)に対しては積立不足解消のための特別な拠出(deficit reduction contribution(DRC))が義務付けられた。DRCの額は、通常、(1)「未積立の従前債務(unfunded old liability amount)」、(2)「未積立の新規債務(unfunded new liability amount)」、(3)「当該制度年度に発生する給付によって見込まれる現在債務の増加分(expected increase in current liability due to benefits accruing during the plan year)」の合計額である。「未積立の従前債務」は、1987年及び1994年の経過措置ルールに基づく積立不足債務に関する償却分である。「未積立の新規債務」は、未積立の新規債務に対して適用利率(applicable percentage)を乗じたものをいう。この適用利率は、通常は30%であるが、積立済の現在債務が60%を超える部分については、1%につき0.4%ずつ減少していく。6%を割引率(将来年金支払債務額の現価の算出に使う予定利率)とすると、積立率が60%未満のプランの均等償却期間は約③3年となる。

新たなルールの下では、積立不足額は、7年間で償却されなければならない。PPAによって(これまで異なっていた償却期間が)統一されたことのインパクトを評価するのは難しい。しかし、多額の補足債務を有する潤沢な積立額を有するプランは、多くの場合、負債を早期に解消するよう求められるであろう。一方で、積立不足のプラン(特に60%未満のようなプラン)においては、償却額が減少する可能性もあろう。Condeluciは、資金が潤沢な制度における拠出額の増加は、当該制度が給付発生を凍結させるに十分な動機付けを与えるものとなり得ると指摘する(この場合、最低拠出額に占める標準費用(normal cost)の割合を0にする、又は大幅に削減するという形となろう)。

一方で、Condeluciは、積立率が60%未満の制度の中には、PPAによって課される強制凍結がなされ、永久に制度を凍結するような制度も出てくるであろうと指摘する。PPAによって課される新たな制限によって、一時金の分配が一定程度制限される制度スポンサーにとっては、この制限が、給付建て年金制度を凍結し、掛金建て制度に移管するための十分なインセンティブとなる可能性がある。更に、プランスポンサーが労働組合と将来の給付発生を凍結することに合意に至った場合は、団体交渉によって決められる規律の幅は縮小されることになるだろう。

更にCondeluciは、PPAの次に行われるであろうクレジットバランスの取扱いをめぐる改正が行われる際には、雇用主に給付建て年金制度のスポンサーを継続すべきかどうかの再考を促すことになるかもしれないと指摘する。彼は、もし資金が潤沢な給付建て年金制度がリスクプランとみなされたり、制度資産に対するクレジットバランスの影響の結果、制度が給付制限の対象となるような場合には、とりわけ、雇用主は給付建て制度のスポンサーであり続けることの是非について再考することになるだろうとも指摘している。

第19節 退職設計 (PLANNING FOR RETIREMENT)

(イントロダクション)

社会保障制度が創設された1935年時点では、65歳のアメリカ人は残りの平均寿命は12年半程度であった。しかし、今日、平均寿命は18年となり、その数は上昇し続けている。平均寿命の伸長に伴って老後の生活について認識を改めざるを得なくなった。退職後の生活が人生の中でますます重要な部分を占めるようになってきた。しかし、多くの人がいまなお、退職後を不安な時期と見ている。退職は恩恵と新しい経験をもたらすチャレンジングな時期である。ただ、幸福で満足できる退職生活を送るためには、調整期間が必要であり、その期間については在職中の早くから思慮深い、効果的な退職設計をしておく、大変役に立つ。

理想としては、退職設計は職業人生の早いうちに始めるべきである。EBRI と Mathew Greenwald&Associates,Inc.が共同で実施した2008年退職後生活自信度調査 (Retirement Confidence Survey) の結果は以下のとおりである。

- ・労働者のうち61%が退職生活を快適に過ごすために十分な資金を持っている自信が大変 (very confident) もしくは幾分 (somewhat confident) あると回答している。
- ・労働者のうち72%が退職生活のために貯蓄をしている。
- ・労働者のうち7%が、自分もしくは配偶者が退職生活を快適に過ごすために必要な資金の計算を行ったことがあると回答している。

本節では、退職準備をする人々が注意すべきいくつかの分野を明らかにする。しかし、必要な情報を全て提供しようとするのではなく、早期に考慮しておくべき事項について提起する。ここでは以下の6項目について検討する。

- (1) フィナンシャルプランニング
- (2) 医療費
- (3) 住まいの準備
- (4) 余暇の活用
- (5) 人間関係
- (6) 遺産設計

なお、個人が退職生活のための貯蓄目標 (目標にもよるが)、及びその目標を達成するためにはどの程度の貯蓄が必要となるのかを見積もるのに役立ついくつかのワークシートが存在する (<http://choosetosave.org>)。

(労働者が考えておくべき諸問題)

フィナンシャルプランニング—退職設計上の困難な問題の一つは、十分な家計収入の確保である。フィナンシャルプランニングは金持ちだけに必要なものというのはよくある誤解である。退職所得の設計は、所得が平均以下の人々にとってこそより重要である。税金の計算は複雑であり、金融市場・金融商品の知識も要求され、増加する寿命についても考慮しなければならない。労働者は、所得が最も高いときに最大限貯蓄をし、投資すべきである。またある時期に利用できる選択肢も、その時期を外せば利用できなくなるかもしれないこ

とを認識しておかなければならない。

労働者は、在職中に次の問題を熟考しておくべきである。

- ・何歳で退職すべきか。
- ・退職後にどのような生活をしたいか。
- ・どこに住むべきか。
- ・退職生活にどれだけの資金が必要か。
- ・現在の資産、負債状況はどうか。
- ・退職時に資産、負債状況はどうなっているか。
- ・医療費はいくら位と予想されるか。
- ・将来長期的な介護ケアが必要となるか否か。
- ・インフレ対策は大丈夫か。
- ・配偶者より先に死んだ時、家族に生活していけるだけの収入が入るか。

退職後の収入源—退職後は、通常3つの収入源から収入を得ることとなる。すなわち、社会保障年金、企業年金、個人貯蓄である。更に退職者は、生命保険、住宅資産、福祉制度、新たな雇用形態（パートなど）にアクセスすることができるかもしれない。以下では退職後の主な収入源について言及する。

社会保障年金（Social Security）—社会保障年金は高齢、障害、死亡によって失う所得の一部を代替するものである。給付を受けるためには様々な要件を充足しなければならない。要件が充足されれば、給付は労働者本人とその配偶者、残された配偶者、離婚した相手、扶養している子、両親に対して支給される。社会保障年金はインフレに対して自動調整される。

社会保障年金により、退職前所得の一部が代替される。社会保障年金は退職後のすべての需要を充たすために十分な所得を提供するものではない。退職前の生活水準を維持したいのであれば、（とりわけ高所得の者は）社会保障年金は企業年金、個人貯蓄、その他の投資によって補完されなければならない。例えば、2008年現在、最終年間所得が15,000ドルである65歳の高齢者の社会保障年金の所得代替率は、49%である。一方、100,000ドルである場合は21%である。社会保障年金は、より少ない所得の者に最終年間所得の所得代替率でみたときに、より多くの給付がなされるような給付式によって設計されており、また、社会保障税の課税及び給付の計算に際しては、所得上限がある。

現在、ほとんどの労働者は62歳で減額退職年金、65歳—67歳の間（誕生年による）で全額退職年金を受ける権利がある。社会保障年金には最低年齢基準、最低勤続年数基準がないため、対象労働者全員が制度加入者である。2008年に（社会保障の計算対象となる）年収（covered earnings）が4,200ドル以上の労働者は社会保障制度において4QCを取得したことになる。1990年より後に62歳に到達する者が社会保障年金を受け取るためには、40QCが必要となる。労働者の圧倒的大多数は最終的に受給資格を得る。社会保障年金は自動的に支給されるわけではなく、労働者は給付申請をしなければならない。社会保障事務所では、給付の開始を希望する月の3ヶ月前に請求をすることを勧められている。

企業（私的）年金制度（Private Pension Programs）—全ての年金制度が以下に示す全てのオプションを提供しているわけではないが、企業年金の支払方法にはいくつかの種類がある。一つは、退職労働者に給付される終身年金（straight-life annuity：退職労働者の生涯にわたって定期的に支払われるものであり、遺族に対して追加的な支払はなされない）である。既婚労働者にとって法律で規定されている標準的な給付形態は、連生遺族年金（joint-and-survivor annuity）であり、これは、退職労働者の死後も生存する配偶者に給付が継続するというものである。（1984年退職均等法（Retirement Equity Act）により修正された）1974年エリサ法では、労働者は配偶者の書面による同意がある場合のみ、生存する配偶者に対する遺族給付を拒否できる旨規定している。退職前に労働者とその配偶者は遺族給付がどうなっているかについて確認すべきである。もう一つの方法は、これは年金と実質的に等価額を一時金（lump-sum distribution）として支給する方法である。一時金による給付を選択する場合には、労働者及びその配偶者の健康状態、多額の資金をやりくりする能力と意欲、退職生活目的以外に利用される可能性、一時金についての課税に関する複雑なルール等について、特に検討する必要がある。

退職年金の全額給付（通常退職給付）はある特定の年齢から支払われるように設定されることが多い（65歳が多い）。しかし、通常は、減額年金を受け取って通常退職年齢到達前に、早期退職することができる。1986年税制改革法（TRA'86）により、59.5歳に達するまでに年金の支払いを一時金の形で受けた場合は、当該給付に対し10%のペナルティ税が課せられることとなっている（更に通常の所得税も課される）。ただし、IRAやその他の適格退職年金制度に60日以内に移管された場合、一定の給付については、この10%のペナルティ税は適用されない。また、この10%のペナルティ税は一定の場合には適用されないこともある。

通常、ロールオーバーの適格を有する給付が加入者に直接なされた場合は、支払った者はその20%を源泉徴収しなければならない。これは直接ロールオーバー（direct rollover）を選択することによって回避できる。

一定の裁量の範囲内で、一時的に補足的な調整を行う制度もあるが、ほとんどの企業年金制度は自動的な物価スライドを実施していない。インフレにより定額の年金収入は減価するので、このことは退職設計において重要な考慮事項である。任意拠出による労働者掛金を認めている企業年金制度もあり、その場合は退職年金額は高くなる。

企業年金制度の加入者はその制度について熟知しておかなければならない。そうすることにより、将来の退職年金給付を適切に見積もることが可能となる。エリサ法は企業年金制度の積立、加入、受給権付与についての最低基準を設けている。またエリサ法は、制度加入者と受給者に対し年金制度の財政と運営についての状況を報告し、開示することを要求している。制度加入者に対する報告は、平均的な加入者、受給者が理解できるように記述されなければならない。

個人貯蓄（Personal Savings）—個人の貯蓄は企業年金、社会保障年金を補完するものとして、退職後の収入源において重要な役割を果たす。退職後、通常的生活水準を維持するためにどの程度の資金が必要かどうかを判断するに当たっては、インフレが購買力に

与える影響を考慮することが重要である。

PC にアクセスすれば、多くの退職後の生活設計のためのソフトウェアを利用することができる。これらのソフトウェアの多くは、退職生活の基本的な考え方にはじまり、退職生活の目標、現在の貯蓄についてレビューするセクションを盛り込み、個人が退職生活の目標水準を達成するためにどのような戦略を立てるべきかといった内容も含んでいる。多くの雇用主は、労働者が利用可能なこうしたソフトウェアを提供しているので、労働者は、自らの職場の福利厚生担当者に内容を確認すると良い。こうした雇用主が提供するソフトウェアパッケージには、通常、当該企業独自の退職要因も反映されている。

持家について一ほとんどの者にとって、個人資産の大部分は持家である。高齢世帯の多くは住宅ローンの未払残高がない。こうした者は退職後、持家を所得を生み出す資産に変えることもできるし、あるいは引き続き居住して、居住資産を所有することの経済的・個人的な利益を享受することもできる。高齢者の多くは、引き続き居住し続けるインセンティブを有する。なぜなら、持家に関する一般的な維持費及び税金は、類似の住居を賃借する場合の費用に比べて少なくて済むからである。

住宅担保年金制度 (reverse mortgage) は、住宅資産に対して行われるローンであり、資金を前借でき、将来のある時点までは、返済を必要としない。住宅所有者に対する資金の前貸は様々な態様 (一括払い、毎月の定額貸付、限度額貸付方式等) でなされる。ローン全額の返済 (利息を含む) は、住宅所有者が死んだ場合、住宅を売却した場合、永久に引越す場合に必要となる。住宅所有者が住宅担保年金制度を利用する場合、当該利用者は、財産権を保持し続けるとともに、所有者としての責任も引き続き負うこととなる (修理、維持、資産税の支払、住宅所有者保険の支払)。住宅担保年金制度は定期的に新たな類型が生み出されている。契約に入る前に、独立した有資格者であるアドバイザーによって住宅担保制度の文書を注意深くレビューしてもらうことが非常に重要である。

生命保険—生命保険の主要目的の一つは就労している配偶者や退職年金受給者が死亡したときに、遺された被扶養者が直ちに収入を得られることである。また退職後所得の源泉として、生命保険は約定所定の条件に従って、生存した受取人に給付を支払うことを保証している。しかし、保険種類によっては、利回りが他の投資に比べて低い。

労働者は個人所得から個人生命保険を購入して保険料を支払うことができる。また、雇用主が在職の、あるいは退職した労働者のために団体生命保険料を払い込むこともある。労働者は、雇用主による制度が退職後も引き続き保証を続けてくれるのかどうか、保証が続かない場合は、転換権があるのかどうか確かめるべきである。

他の貯蓄についての選択肢—退職所得のための投資手段には、ほかにも多くの種類 (株式、債券、ミューチャル・ファンド、貯蓄口座) がある。労働者はこれらの代替手段について理解し、自分のニーズに合わせてそれぞれのメリット・デメリットを比較考量しなければならない。また、これらの各投資手段について、課税上の取扱いの相違を考慮すべきである。

就職—退職年金受給資格のある多くの高齢者が、(少なくともパートタイム就労で) 引き続

き働いている。経済的な利点のほかに、就職は生産的活動や組織的活動の場を提供する。現在は、社会保障年金の所得テストが実施されており、所得限度額を超えると社会保障年金が一部または全額減額される。所得テストは、通常退職年齢（NRA 65歳—67歳の範囲（生まれた年による））未満の者に対してのみ行われ、収入が一定水準を超える通常退職年齢未満の者は、社会保障年金が減額される。通常退職年齢に達する年度によって、この所得限度額は異なり、またこの額は、平均賃金水準上昇率に応じて調整される。(1)2008年以降に通常退職年齢に到達する者の年間所得限度額は13,560ドル、(2)2008年に通常退職年齢に到達する者の年間所得限度額は36,120ドルである(2008年時点)。(2)については、通常退職年齢に到達する月より前に得られた収入についてのみ適用される。(1)の場合は、年間13,560ドルを上回る2ドルにつき1ドルの減額、(2)の場合は、通常退職年齢に到達するまでの期間において、年間36,120ドルを上回る3ドルにつき1ドル減額される。通常退職年齢に到達した月以降の収入は所得テストにおいてカウントされない。

公的福祉制度—退職年齢に到達してもわずかな収入しか得られない人々は、公的福祉制度を利用することができる。この扶助制度は、立証されたニーズに基づいて経済的援助を提供するものである。

補足的所得補償制度（SSI）は1974年に施行された、連邦政府が運営する制度である。この制度は低所得の高齢者、視覚障害者及び障害者であって、資産が一定限度額より少ない者に金銭援助を行うものである。給付は社会保障制度における生活費の上昇率に応じてスライドする。そのうえ、多くの州で連邦政府の給付額に上乗せ給付を行っている。他の収入源からの所得があればSSI給付は減額される。SSIについての詳細は、地区社会保障事務所に照会すれば入手できる。

生活環境整備—自分に適した退職後の生活環境を選択するには、よく考えて計画を立てる必要がある。多くの選択肢があり、これらを考慮して意思決定すべきである。例えば、高齢世帯は引き続き現在の住宅に住むことを選択できるし、アパート、より小さい住宅、モービル・ハウス、あるいは終身介護施設に移り住むことも選択できる。住宅を買うことも借りることもできる。同じ地域に住み続けることもできれば、気候のもっと快適な地域に移り住むこともできる。一人で住まないで、家に他人と共に住むことを選択している高齢者も少なくない。退職後の生活設計を行う上で考慮しておくべき事項は多い。例えば、それまで住み続けてきた住居にとどまり、住宅ローンを完済することを選択する場合は、住居の維持費、税金、（とりわけ住居が古くなっている場合は）改装費用がかかり得ることを考慮しておかなければならない。新たに引っ越すことを選択する場合は、引越し費用、生計費の変化を考慮する必要がある。退職後の生活形態を決めるに当たっては、個人的なニーズと希望のみならず、経済的な側面も考慮してなされなければならない。

体力面・社会面での考慮—新居に移り住むに当たっては、公共交通機関がどの程度近いかも考慮しなければならない。年をとって運転できなくなる時が到来する可能性もある。高齢者は、食料雑貨店、医院、その他よく出入りする場所の近くに済むべきである。孤立と孤独は高齢者に共通の心配事であるから、高齢者は他人との接触が容易に得られる場所に住むべきである。

余暇の活用—退職に直面している労働者の最大の課題の一つは、急増する余暇を十分に活用することができるか否かである。自由時間を積極的に活用するにはエネルギーと想像力が必要である。在職中から仕事以外に興味とか係わり合いを作り上げている人は、退職後もより上手に適応しているようである。退職を機会に、地域社会活動への参加、旅行、趣味、新しい勉強にこれまで以上に没頭できることが多い。

人間関係—仕事は人と会い、共通の関心を分かち合う環境を与えてくれる。このため、退職すると人との交流が少なくなってしまう結果となってしまう可能性がある。人と会う新しい方法を見つけ、友人関係を発展させることは重要である。ここでも早くから強い友人関係と家族関係を作り上げてきた人は、一般により幸福で、より生産的な退職生活を楽しんでいる。

夫婦の関係においてもまた調整が必要である。在職中に友人関係や仕事以外の趣味を築いておくと、退職後における夫婦間でのストレスが緩和される。もう一つ注意を要するのは、配偶者の死に伴う問題である。配偶者に死なれた場合の対処方法を早くから考えておけば、現在と将来の不安を軽減することができる。精神的、経済的調整についても考えておくべきである。

(むすび)

平均寿命の進展、医療費の増加により、退職設計の必要性は従来以上に重要となっている。労働者個人や雇用主の退職設計の努力を通じて、労働者は幸福で健康で生産的な退職生活に向けて効果的な準備をすることができる。

補遺 2006 年年金保護法で新たに規定された自動加入制度 (AUTOMATIC ENROLLMENT ARRANGEMENTS UNDER THE PENSION PROTECTION ACT OF 2006)

(イントロダクション)

2006 年の年金保護法 (PPA) の施行によって、401(k)プランのスポンサーが検討しなくてはならなくなった重要な事項の一つが、自動加入制度の導入の有無である。自動加入制度は加入率 (特に低所得労働者) の向上を図る上で有益な手段であるといわれている。

PPA は、これまで自動加入制度を導入してこなかった雇用主に対して、当該制度を導入するインセンティブを与えるものとなっている。PPA は、自動加入制度を採用する年金制度に影響を与える可能性のあった州法に優越する (注: PPA は、労働者の書面による同意なく、拠出金を給与から天引きすることは州法や地方政府の法律に違反するのではないかとの雇用主の懸念を払拭した。それまでは、州法の給与控除規定に違反することをおそれ、自動加入制度の導入に消極的だった雇用主が少なからず存在していた)。PPA はまた、(一定の要件を充たせば 401(k)の差別禁止ルールをクリアしたものとみなすという) セーフハーバー条件に追加を行った。

(自動加入制度)

PPA では、次の 2 種類の自動拠出制度 (automatic contribution arrangement) が規定されている。

Eligible Automatic Contribution Arrangement (EACA)—制度スポンサーが、全ての労働者に対して自動的に一律の掛金率を適用し、当該掛金を適格標準投資選択 (qualified default investment alternative(QDIA)) に投資し、要件に適合する通知を労働者に行った場合は、当該制度は、「適格 (eligible)」とみなされる。EACA を採用するスポンサーは、制度年度終了後 6 ヶ月以内に (実質繰延比率 (Actual Deferral Percentage) テスト、実質拠出比率 (Actual Contribution Percentage) テスト、トップヘビールールといった) 差別禁止ルールに係るテストを行い、必要に応じて訂正を行う。EACA ではプランスポンサーは、90 日間の猶予期間を設けることができる。すなわち、労働者は、制度への自動加入後 90 日以内はその意志により脱退することができる。

Qualified Automatic Contribution Arrangement (QACA)—PPA は、QACA の要件を充たすプランスポンサーについては、差別禁止ルールの除外を認めている。これは、「自動加入制度セーフハーバー (safe harbor automatic enrollment arrangement)」とも呼ばれている。EACA の要件及び次の 2 つの追加要件を満たせば、差別禁止ルールをクリアしたものとみなされる。

- 最初の自動加入拠出額は、少なくとも報酬の 3%以上 (10%以内) であること。プランスポンサーは 6%に達するまで毎年 1%ずつ増額させること (すなわち、2 年目は最低 4%、3 年目は最低 5%、4 年目は最低でも 6%となる)。ただし、報酬の 10%を超えてはならない。
- 雇用主の拠出は、2 年間で 100%の受給権が付与されるセーフハーバー拠出を行わな

なければならない（通常のセーフハーバールールでは、直ちに受給権を付与しなければならない）。このセーフハーバー拠出は最低基準を満たすものでなければならない。すなわち、プランスポンサーは、マッチング拠出の場合には、労働者拠出分の最初の 1%については 100%相当、2-6%分については 50%相当（最大マッチング拠出額は報酬の 3.5%となる）、非選択拠出の場合は、適格を有する高報酬労働者でない労働者全てに対して少なくとも報酬の 3%を拠出しなければならない。

適格標準投資選択（Qualified Default Investment Alternatives (QDIA)）－自動加入制度の場合、加入者が投資先を選択しないことから、プランスポンサーは掛金の投資先を決定しなければならない。PPA は、プランスポンサーが適格標準投資選択（QDIA）に投資を行った場合は、受託者責任を負わないとしている。連邦労働省は最近になって、規則の最終案を公表したが、その中では 4 タイプの QDIA が規定されている。

- (a) 加入者の年齢、退職時期を考慮した金融商品への投資（例：ライフサイクル型ファンド、target-retirement-date ファンド）
- (b) 全体的に労働者集団の特性を考慮した金融商品への投資（例：バランス型ファンド）
- (c) 資産が加入者の年齢、退職年次に基づいて割り当てられる投資運用商品（例：professionally managed account）
- (d) EACA になされた最初の選択拠出後 120 日の間に選択される元本保証商品（capital preservation product） ただし、120 日間経過後は、別の QDIA に変更されなければならない。

要約すると、QDIA の下では、加入者を自動的にプランに加入させることができ、適切な QDIA に掛金が投資されれば、制度スポンサーは受託者責任を免れるということになる。

第 3 章:医療給付

(HEALTH BENEFITS)

第20節 医療給付：概要 (HEALTH BENEFITS: OVERVIEW)

(イントロダクション)

雇用主は、想定外の深刻な病気やけがに直面したときに蒙る経済的な損失から労働者及びその家族を保護するため、また、労働者の健康増進、生産性の向上、良質な労働者を獲得・維持するため、医療給付を提供している。

雇用関係ベースの医療給付制度は、アメリカにおいては1800年代後期には存在していた。例えば、1870年代には、鉄道、鉱業、その他の産業において産業医を労働者に提供するサービスが開始された。1910年には、モンゴメリーウード社がその雇用する労働者のために、団体医療保険契約を締結した。

第二次大戦前、多くのアメリカ人は医療保険に加入していなかった。また、保険契約の多くは入院費用(病室代や食事、その他の補助的サービス)のみをカバーしているに過ぎなかった。第二次大戦中、戦時労働委員会(National War Labor Board)が労働者不足を理由として、(インフレ防止のため)賃上げを凍結した際、多くの雇用主は労働者を誘引し引き止めておくために医療保険制度を設けた。このため、医療保険制度は急速に広まった。医療保険は、労働力不足の際に労働者を確保・維持する手段として、実に魅力的なものであった。それには2つの理由がある。すなわち、労働組合が雇用関係ベースの医療保険制度の創設を支持したため、そして、労働者への医療給付は、現金給与に課されるような所得税や社会保障税の対象とはされなかったためである。

今日、医療コストが増大するなかで、医療保険は、依然として労働者の福利厚生の中で非常に重要な位置を占めている。雇用主は、労働者を惹きつけ、確保しつづけるため、医療給付を報酬パッケージの重要な要素と認識している。多くの雇用主は、医療保険を、労働者及びその家族の医療保障という側面のみならず、重要な所得保障の一部と考えている。病気の性質や提供される医療給付の内容にもよるが、十分に医療保険でカバーされていない場合には、安泰であった労働者の家計が予期しない医療費負担によって危険にされることがある。

現在、アメリカでは、雇用関係ベースの医療保険が最も一般的な医療保険の加入形態となっている。2006年時点で、18歳から64歳までの労働者のうち、105.1百万人が雇用関係ベースの医療給付によってカバーされている。これらの労働者のうち、76%が自身の雇用主によって提供されており、残りは、当該労働者の家族の雇用主によって提供されている。雇用関係ベースの医療給付制度は15.1百万人もの非労働者(18歳から64歳まで)及び42.3百万人もの18歳未満の子どもをもカバーしている。2008年時点で、200人以上の労働者を雇用する雇用主のほとんどが、労働者に医療給付を提供している。一方、3-199人の労働者を雇用する雇用主では、その割合は62%となっている。

本節では、最初に雇用関係ベースの医療給付の課税ルールについて説明を行い、労働者の加入状況、医療保険の運営形態、マネジドケア、医療提供者への償還、受益者の自己負担、契約前発病(pre-existing condition)の制限に関する規定、医療保険制度の比較、その他の医療ケアプラン、従業員福祉保障局(Employee Benefits Security Administration (EBSA (旧年金福祉局(PWBA)))、連邦の各種法律といった事項について、順を追って説明していく。

(医療給付への課税)

現行税法の下では、雇用主によって拠出される医療保険の保険料は、経費として所得控除され（内国歳入法第 162 条(a)）、また、上限なく労働者の課税所得から除外される。高報酬労働者（HCE）については、完全保険型ではない保険制度（non-fully insured plan）において高報酬労働者に有利となる差別的給付を行った場合、また、2003 年以降、医療貯蓄口座（medical savings account）以外の医療保険制度に加入する自営業者、共同経営者（partner）、Subchapter S オーナー（小規模会社のオーナー）の場合は、上記の例外となる。フレキシブル支出口座（flexible spending account(FSA)）に拠出を行う雇用主に雇用される労働者は、FSA の資金を税引前ベースで医療費の支出に充てることができる。つまり、FSA に拠出された額については課税されない（内国歳入法（IRC）105(h)(6) 条、125(a)条）。また、高額の設定自己負担が設定されている医療保険（high-deductible health plan）に加入する労働者が行う医療貯蓄口座（HSA）への拠出については、税制優遇を受けることができる。

雇用関係ベースの医療給付を受給しない労働者は、医療費支出総額（保険料を含む）が調整総所得(AGI)の 7.5%を超える場合に、当該超過部分について、所得控除を受けることができる。一方で、（当該拠出額が AGI の 7.5%を超えていない場合であっても）医療貯蓄口座（HSA）への拠出額については、全額所得控除が認められる。次の表は雇用関係ベースの医療給付に関する内国歳入法（IRC）の規定の要約である。内国歳入庁（IRS）のウェブサイトでは更に詳細の情報が提供されている。

Figure 20.1

**PROVISIONS IN THE INTERNAL REVENUE CODE (IRC) AFFECTING
EMPLOYMENT-BASED HEALTH BENEFITS**

IRC SECTION	DESCRIPTION
104(a)(3)	Exclusion from gross income of employee for benefits attributable to employee contributions. Available to partners, Subchapter S owners, and self-employed individuals as if they were employees.
105(b)	Exclusion from gross income of employee for benefits attributable to employer contributions (including benefits received from such plans by partners, Subchapter S Owners and self-employed individuals).
105(h)	Any non-fully insured medical reimbursement plan that fails to meet nondiscrimination requirements will result in Highly Compensated Employees (HCEs) being taxed on the "excess reimbursement."
106(a)	Value of employment-based health accident or health plan provided by the employer is excluded from employee's gross income. Not available to partners, Subchapter S Owners and self-employed individuals (see Sec. 162(1) below).
106(b)	Exclusion for contributions to a medical savings account (MSA), but only to the extent allowed under Sec. 220. Also see Sec. 162(1) below(b)(1).
125(a)	Cafeteria plans provide participants with choices between cash (which may include certain taxable benefits) and qualified nontaxable benefits. Participant who chooses nontaxable benefit not taxed on the cash that could have been chosen. If cash is chosen, taxed on cash. HCEs receive this advantage only if the plan does not discriminate in favor of HCEs.
162(1)	Insurance paid for medical care to partners, Subchapter S Owners, and self-employed individuals is deductible from such individuals' gross income (and includable in the income of partners, Subchapter S Owners, and self-employed individuals). For taxable year 2002, 70 percent is deductible; and taxable years 2003 and after 100 percent is deductible from gross income. The remaining premiums that are not deductible, may, with all other IRC Sec. 213(d) allowed medical expenses, be itemized on Form 1040 Schedule A, subject to the 7.5 percent limit and overall limits for itemized deductions allowed under IRC Sec. 68.
213(d)	Determines whether the benefit is a medical benefit that can be excluded from gross income.
220	Tax-favored individual accounts that eligible individuals may establish pursuant to IRC Sec. 220. The Job Creation and Worker Assistance Act of 2002 extends the demonstration period through Dec. 21, 2003. MSAs were originally enacted as part of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

(continued on following page)

(continued from previous page)

7702B Long-term care benefits are defined as accident and health insurance and the amounts received under such long-term care benefits are considered as reimbursement under Sec. 213. Favorable tax treatment is not permitted for long-term insurance under IRC Sec. 125.

医療保険に関する税制優遇は一般的には、逆進性があると考えられている。金額ベースで見ると、高所得労働者は、低所得労働者より多くの恩恵を得ることができるからである。これは（給付水準は一般的には、所得の大小にかかわらず、同一の雇用主に雇用されている全ての労働者にとって同様であるが）高所得労働者は、低所得労働者よりも高い限界税率が適用されていることによるものである。

次表は、同一の企業で雇用される労働者について、世帯収入別に医療保険の免税額を示したものである。2003年の適用税率の下では、世帯1は10%の限界税率が適用される。もし5,000ドルが医療費控除の対象となるとすると、医療保険にかかる実際の免税額は500ドルとなる。45,000ドルの課税所得を有し、限界税率15%の世帯2の免税額は、750ドル、350,000ドルの課税所得を有する世帯6の免税額は、1,750ドルとなる。免税額は、限界税率が28%である世帯は同税率が15%である世帯の約2倍となっている。課税所得に満たない世帯にとっては、免税の効果はない。

Figure 20.2

VALUE OF \$5,000 EXCLUSION TO SIX FAMILIES OF DIFFERENT TAXABLE INCOME LEVELS, A SIMPLE ILLUSTRATION

	Taxable Family Income	Exclusion as a Percentage of Taxable Income	Marginal Tax Rate	Amount of Exclusion	Exclusion as a Percentage of Taxable Income
Family 1	\$ 10,000	50 %	10 %	\$ 500	5.0 %
Family 2	45,000	11	15	750	1.7
Family 3	100,000	5	25	1,250	1.3
Family 4	150,000	3	28	1,400	0.9
Family 5	250,000	2	33	1,650	0.7
Family 6	350,000	1	35	1,750	0.5

Source: Employee Benefit Research Institute calculations based on 2007 U.S. tax tables for married persons filing jointly.

一方で、収入に占める免税額の割合という観点からは、高所得者層よりも低所得者層の方が大きいので、免税は累進的であるとみなすこともできる。再び前表を見ると、5,000ドルの医療費控除対象額について、免税価値は世帯1は所得総額の5%、世帯2は所得総額の1.7%、世帯3は所得総額の1.3%、（さらに所得が高い）その他の各世帯層は1%未満である。

この表は、免税は、金額ベースでは、高所得者層に大きな恩恵を与える一方、総所得に占め

る割合という観点からは、免税の相対価値は所得が上がるにつれて減少することを示している。総所得に占める割合という観点から免税効果を検証するときは、全ての所得階層において累進的であるとはいえないという点に留意しておかなければならない。課税所得を有しない世帯は、税を支払っていないので、免税を受けることができない。還付付き税額控除はこれらの世帯に対して税負担の軽減につながる。

上記は、雇用関係ベースの医療給付に対する連邦レベルの所得税の影響についてのみ示したものである。このほか、社会保障税（メディケア税を含む）などの雇用税の支払を免れることによって、労働者、雇用主は恩恵を受けている。更に、州レベルでの個人税に関する法律では、雇用関係に基づく医療給付という形で受け取った給付額を州税の課税対象所得から除外することを認めている場合もある。

（労働者の加入状況）

労働者グループ毎にそれぞれ別々の医療保険制度に加入させている場合もあるが（例：労働組合員と非労働組合員は別々の医療保険制度に加入している場合もある）、多くの雇用主は、加入資格のある全ての労働者を単一の医療保険制度でカバーしている。2005年2月現在、18-64歳の給与労働者の80.9%が雇用主から医療保険の提供を受けており、このうち83.5%が実際に医療保険に加入している。Claxton et al. (2006)は、2006年時点で、全労働者（全年齢）のうち78%が医療保険の提供を受けており、このうち82%が実際に医療保険に加入していることを確認した。パートタイム労働者は往々にして、医療給付の受給資格を有しない。

大半のフルタイム労働者は採用時か、待機期間（waiting or service period）を経過した後に制度に加入する。2006年時点で、医療保険の平均待機期間は2.2カ月であった。小売業に勤める労働者の平均待機期間は2.7月、州政府・地方政府、ヘルスケア産業に従事する労働者の平均待機期間は1.8月であった。なお、待機期間は大企業よりも小企業の方が長期となっている。

多くの制度では、労働者本人のみならずその扶養家族もカバーしている。労働者本人又はその扶養家族に必要なカバレッジコストの全部又は一部を雇用主は負担するが、多くの場合、労働者本人のカバレッジに対する雇用主拠出額と扶養家族のカバレッジに対する雇用主拠出額は異なっている。労働者及びその扶養家族が支払うカバレッジに関する費用は通常、給与から控除されており、その場合、内国歳入法（IRC）125(a)により、税引前拠出が認められている。2008年時点で、労働者本人のカバレッジのために労働者が支払った額は、月々平均60ドルであった（保険料の16%）。一方、扶養家族のカバレッジのために労働者が支払った額は、月々平均280ドルであった（保険料の27%）。

（医療保険の運営管理主体）

雇用関係ベースの医療給付の運営管理主体には様々なタイプがある。民間保険会社によるプラン、ブルークロス・ブルーシールドプラン（Blue Cross and Blue Shield plan）、第三者機関（Third-party administrator(TPA)）によって運営管理される自家保険プラン、複数雇用主福利厚生プラン（Multiple employer welfare plan arrangement(MEWA)）などである。民間保険会社によるプランとブルークロス・ブルーシールドプランについては、実際に保険の提供

が行われる州の州政府によって主に規制がなされる。連邦政府は自家保険プランについて、(州法に優先して) 排他的に規制を行っている。

民間保険会社によるプラン—民間保険会社は医療保険の主要な供給主体である。この保険の保険料計算に用いられる要素は、将来の給付所要額、管理運営費、保険販売手数料、州保険料税、剰余金(すなわち、利潤)といったものである。一般的に 50 人以上の労働者からなる団体の場合には、保険者は団体ごとに給付請求の記録を持ち、その団体の給付請求の実績を反映させて毎年保険料を調整する(給付実績料率制度(experience-rated plan)という)。これとは対照的に、「地域(共同体)料率制度(community-rated plan)」は、地域の全てのメンバーでリスクをシェアし、保険料は当該地域の個人の健康状態及び当該地域で発生する請求実績、又はプール金に基づき決定される制度である。州の中には、地域料率制度を採用する際の規制を設けているところもある。民間医療保険会社は、自家保険プランも提供・運営している。

ブルークロス・ブルーシールドプラン(Blue Cross and Blue Shield Plan)—ブルークロス・ブルーシールドプランは、1930 年代に登場した。ブルークロスプランは、地域密着型で自発的かつ非営利の団体入院保険プラン又は病院サービス(hospital service)に対するプリペイドプランというコンセプトの下、発展した。同様のコンセプトに基づいて、ブルーシールドプランは、医師の医療行為(physician service)に対する費用をカバーする。多くのプランがブルークロス、ブルーシールドの名のもとに営業しているが、各プランは独立している。一般的に各プランは特定の地域内で営業しており、プランごとにその給付体系も異なる。

ブルークロス・ブルーシールドプランは、ブルークロス・ブルーシールド協会(Blue Cross and Blue Shield Association)によって定められた一定の基準に従わなければならない。州の中には、ブルークロス・ブルーシールドプランに対して、健康状態にかかわらず希望する全ての者を加入させるよう規制を課しているところもある。近年、ブルークロス・ブルーシールドプランの中には、営利組織に転換し、より大きなプランと合併したものもあるが、これらのプランは、依然としてブルークロス・ブルーシールド協会の定める基準に従わなければならない。

自家保険(Self-Insured)プラン—自家保険プランでは、雇用主、または雇用主が拠出を行う信託が労働者の請求に対する医療給付を直接支払う。このため、雇用主は、自らが保険会社であるかのように行動し、医療サービス提供者への支払いに係る財政リスクを負うことになる。わずかではあるが、雇用主が、第三者機関、民間保険会社のプラン、ブルークロス・ブルーシールドプランと連携して自家保険でしかも自前で運営する例もある。一方、自家保険を採用するものの、その管理運営業務については、他の民間会社と契約して委託している雇用主もいる。保険会社が自家保険プランを提供する雇用主に対し、一定限度を超す多額の医療費が請求された場合に当該自家保険プランの責任が限定されるよう保障する「ストップロス保険(stop-loss insurance)」を販売している場合もある。

ストップロス保険には主に 2 つのタイプがある。個別ストップロス(individual stop loss(ISL))と総額ストップロス(aggregate stop loss(ASL))である。個別ストップロス

は、特定ストップロス (specific stop loss) と呼ばれる場合もあるが、これは、プランスポンサーによって選択された上限額を超える多額の請求が個人からなされた場合に当該上限額を超える部分を保障するものである。例えば、プランの加入者が事故で甚大な怪我を負い、このストップロス契約の上限 (deductible) を超える医療費請求を雇用主にした場合は、個別ストップロス保険は、当該上限額を超える部分の費用について、支払を行う。総額ストップロス (excess risk insurance ともいう) は、総請求額が年間で一定額を超える場合に当該超過部分について保証を行うものである。

雇用主が自家保険方式を採用するのには、いくつか理由がある。制度の積立金をコントロールし続けたいがためという雇用主もいれば、医療費コストをより直接的に管理したいためという雇用主もいる。自家保険は、州法による強制給付規定 (state mandated benefit law) に服する必要がなく、州政府によって課される保険料税も納入しなくてよいためという雇用主もいる。実際、州の強制給付規定を免れることによって、雇用主は、居住場所に関わらず全ての労働者に一律の給付パッケージを提供することができるようになる。雇用する労働者が地域共同体の構成員平均よりも健康状態がよく、コストがかからないため、雇用主が自家保険を行うメリットがある場合もある。エリサ法では、州政府が自家保険を規制することを禁止している。保険者リスク費用 (carrier risk charges)、余剰費用 (charges for surplus) を回避するために、自家保険を行う雇用主もいる。

複数雇用主福利厚生プラン(MEWA)―複数雇用主福利厚生プランは、複数の雇用主がそれぞれの雇用する労働者に対して共同で福利厚生給付を提供するものである。一定の条件を満たさない又は連邦労働省の承認を得ていない複数雇用主福利厚生プランは、州政府によって規制される場合がある。完全保険型 (fully insured) の複数雇用主福利厚生プランは、積立部分を規制する州の保険法の要件を満たさなければならない。

(マネジドケア (Managed Care))

2008年時点で雇用関係ベースの医療給付を受けている者の98%がなんらかのマネジドケアプランに加入している。HMO (Health maintenance organization) と PPO (Preferred provider organization) はマネジドケアプランの代表格であり、マネジドケアプラン加入者の約80%を占めている。マネジドケアは、典型的には、選抜した医療提供者のネットワークと契約を結び、当該医療提供者のネットワークを活用して、医療サービスの提供、管理を行い、費用の抑制を図るというものである。

1990年代にマネジドケアが普及する前は、医療保険の償還方法は多くが出来高払い (fee-for-service (FFS)) であった。医療給付の受給者は自由に医者と病院を決めることができた。医療費の支払については、サービスを受けた際に受給者によって支払われるか、医療提供者が受給者から請求書を受け取り、その請求書を保険会社 (または自家保険のスポンサー) に提出することによって行われていた。マネジドケアでは、多くの場合、加入者は、受けたサービスについて保険給付を受けるために、診療内容審査 (utilization review) や疾病管理手続 (disease management procedure) に従わなければならない。

(医療提供者への償還)

各医療制度において、医療提供者への償還額を計算するに当たっては、様々な方法がある。出来高払制 (fee-for-service (FFS))、割引出来高払制 (discounted fee-for-service)、相対評価方式 (resource-based relative value schedule (RBRVS))、日割方式 (per diem)、診断項目別標準定額料金方式 (diagnosis-related group (DRG))、人頭割払い (Capitation) といったものがある。また、これらの方式を組み合わせる方式もある。医療制度の中には、病院や医師が特定の質や目標を満たした場合に償還額を上乗せする、医療の達成度に応じた診療報酬体系を試験的に導入するものもある。

1950年代から1990年代初頭まで多くの医療制度において導入されていた従来型の償還方法である出来高払制は、医師その他の医療提供者に対し、提供されたサービスについて、一般的な料金設定に基づいて支払うものである。現在では、出来高払制の多くに、UCR (usual and customary rate of charges) の考え方が盛り込まれている。UCRは、医療提供者が提供する医療サービスに係る通常価格が、当該地域における慣行的 (customary) となっている価格を超えず、また当該状況下において妥当 (reasonable) であることを意味する。特殊な状況において、追加的かつ複雑な処置を必要とするときは、標準的な UCR の基準に合致しなくても、その料金は妥当 (reasonable) とみなされる場合がある。今日では多くの医療制度において、前もって合意された診療報酬体系に基づいて、提供される医療サービスの価格が設定されている。

割引出来高払制では、医療提供者が提供したサービスに対して、総額から一定利率が割り引かれた上で償還される。割引は、一括価格 (package pricing)、特定科目・特定サービスに対する確定価格 (診療報酬表)、合理的なものとして設定された最大価格上限といった様々な方法によって決められる。割引出来高払制は主に、PPO (Preferred provider organization) において導入されている。

相対評価方式 (RBRVS) は、医師サービス (physician service) について、サービス提供に必要とされる資源の投入量によって、個々のサービスをランク分けし、それぞれのランクに見合った額を償還するものである。このランク分けを適切かつ公平に行うためには、各々の資源の投入量が正確に定義され、測定方法、配分、相関性が、最も妥当なデータ及び高度の有効性に基づいて決定されることが求められる。メディケアでは、医師への償還額を決定するにあたり、多くをこの方式に依拠している。

日割方式 (per diem) は、病院サービス (hospital service) について、HMO や PPO といったマネジドケア組織と病院によって予め合意された一日当たり定額が支払われるものである。日割方式は、病院が提供する全てのサービスを包含した定額が設定される場合もあれば、サービス種類 (内科か外科か、集中治療であるか、産科サービスであるか等) によって日割額が異なる場合もある。

診断項目別標準定額料金方式 (DRG) は、診断情報を病院サービスの償還額を決定するために利用するものである。メディケアはこの方式を採用しており、マネジドケア組織の中にも採用しているところもある。この方式は、国際疾病分類 (ICD) の分類方法に基づき、疾病を 467 のカテゴリーに分類している。

人頭割払い (Capitation) は、一人当たりの医療サービスコストを確定し、当該額を支払う

ものであり、通常、一人当たり月額（per member per month : PMPM）で表される。契約条項には、通常、交渉し決定された医療提供者に支払われる一人当たりの償還率（通常は毎月）が規定されている。医療提供者は、医療提供契約の条項に基づき、当該医療制度の加入者に対する全ての医療サービスを提供する責務を有する。人頭割払いは、各加入者に提供されるサービスの回数にかかわらず、一定期間内の医療費額を予め見込んで支払う。医療提供者によって提供されるサービス量にかかわらず償還額は一定である。一般的には、この方式は、HMO において見られ、その中でもプライマリーケア（一次医療）に限定されている（特殊医療や入院ケアは除外される）。

（受益者の自己負担）

医療保険制度では、支払上限が設定されており、労働者はカバレッジの対象となる医療サービスコストの一部の負担を求められる。労働者のコスト負担の態様としては、保険料の一部負担、定額自己負担（deductible）、共同負担割合（coinsurance、copayment）、給付上限額を超える部分の支払いといったものがある。こうした仕組みは、制度の費用を削減すること、労働者にコスト意識を持たせること、及び管理費用を削減することを目的に設けられるものである。

定額自己負担とは、制度から医療費補償を受ける前に加入者が最初に支払わなければならない一定額のことをいう。その額は一人当たり 100 ドルから 500 ドルまでのものが多い（これ以上の金額が設定される場合もある）。（税制優遇措置を受けることができる）医療貯蓄勘定（HSA）がセットとなっている高額定額自己負担の医療プラン（high-deductible health plan）では、定額自己負担額を労働者本人のカバレッジに対しては最低 1,100 ドル以上、世帯全体のカバレッジに対しては最低 2,200 ドル以上に設定しなければならない（2008 年現在）。

例えば、個人の定額自己負担額が 200 ドルの制度の場合、加入者は当該制度の規定に従って医療保険の対象となる医療コストについて、最初の 200 ドルを支払わなければならない。医療サービスの種類によって、定額自己負担額を異ならせている制度もある。例えば、入院患者のケアと外来患者の調剤給付とで定額自己負担金額を変えている制度もある。

定額自己負担は通常、制度加入者各人が定期的に（通常は毎暦年）支払わなければならない。一世帯につき、2 又は 3 種類の定額自己負担額が設定されている場合もある。一方、多くの制度では、3 ヶ月の持ち越し（carryover）規定がある。その場合は、当年度の最後の 3 ヶ月間に支払われた定額自己負担の一部は、次年度の定額自己負担の支払にあてることができる。

共同負担（coinsurance）は、制度加入者が制度の償還対象となる医療費の一定割合を支払い、残りを制度が支払うというものである。労働者が医療費総額の 20%を支払い、残りの 80%を制度が支払うというのが一般的である。多くの医療保険制度においては、定額自己負担と共同負担の双方の規定を盛り込んでいることから、制度加入者が定額自己負担額を支払えば（例えば、医療費の最初の 200 ドル）、制度はそれを超える医療費請求総額の 80%を支払うこととなる。ただ医療サービスの種類によっては、特別の共同負担規定を採用しているものもある。

高額な医療費が発生した場合、その 20%といっても、個人や家族にとっては経済的負担が重くなることから、大半の制度では、加入者の自己負担額に限度を設けている。その場合、自己負担の最高限度額に達すると、その年度の残りについては保険対象医療費の全額が補償される。

加入者個々の自己負担限度額は、通常、毎暦年初めにリセットされる。2006年時点では、労働者本人のみの自己負担限度額（中央値）は、1,500ドル（POSのネットワーク内）、3,000ドル（POSのネットワーク外）、2,000ドル（PPOのネットワーク内）、3,000ドル（PPOのネットワーク外）となっている。

多くの医療保険制度では、医療保険による補償額に（年間ないし生涯の）最高限度額が設けられている。個人の一生の最高限度額は通常、100万ドル以上といったように高い水準で定められている。あまり一般的ではないが、入院や就業障害などの1事例ごとに限度額を設けているものもある。

医療給付コストが加速度的に上昇するにつれて、雇用主は医療費コストの共同負担の仕組みを変更するようになってきている。労働者は通常、保険料や自己負担金といった形で、医療給付コストに対する拠出を求められる。しかし一方で、支出すべき医療費コストの自己負担上限が定められていることによって、労働者は、（突発的な傷病等による）巨額の経済的損失から保護されているのである。

（契約前発病（pre-existing condition））

1996年に成立した医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)）では、契約前発病（pre-existing condition）を、保険制度への加入6ヶ月前までの間に、診断や治療を受けた（又は診断や治療を受けることを推奨された）疾患と定義した。遺伝情報は契約前発病とはみなされない。団体医療保険では、契約前発病を有する者に対する保険適用を一定期間除外することが認められているが、除外できる期間は最大で12ヶ月（遅れて加入した者に関しては18ヶ月）までに制限されている。なお、妊娠状態にある場合、新生児又は新たな養子が保険制度の適格を有してから30日以内にカバーされた場合には、契約前発病による制限をすることは許されない。HMOには、この契約前発病の除外期間上限を60日（遅れて加入した者に関しては90日）の待機期間（affiliation period）に代替することが認められている。

契約前発病を保険対象から除外する場合は、当該団体医療保険は、個人の従前の加入期間を当該除外期間の算定に当たって考慮しなければならない。保険適用を除外できる上限期間は、以前に団体医療保険に加入していた者に関しては当該加入期間と相殺される（ただし、過去のプランから新しいプランに移行する時に63日以上空白（break）がない場合に限り）。待機期間（Waiting period、affiliation period）は、カバレッジの空白期間（break）には含まれない。

（医療保険制度の比較）

医療保険(health insurance)という言葉は、広く様々な保険契約において使われている。医師や病院に係る費用をカバーする保険契約から歯科治療に係る費用のように特別のニーズをカバーする保険契約まで幅広く使用されている。以前は、診療費、手術費用、入院費用をカバーする医療保険契約は、一般的に、総合保険（comprehensive policies）や主要医療保険（major medical policies）などと呼ばれていた。今日では、保険制度について言及する際、これらの語の代わりに、FFS（例えばindemnity）、PPO、POS、HMOなどといった保険制度の名称を用

いるようになってきている。

こうした名称は、より正確に消費者が加入する医療保険の種類を表現しているといえる。医療制度を見比べる場合、以下のような観点から、カバーされているサービスがどのようなものであるかを考えるべきである。

- ・コスト(保険料、年間定額自己負担(deductible)、共同負担割合(coinsurance、copayment))
- ・アクセス(予約がとりやすさ、診察にあたっての待ち時間、医師への電話相談の容易さ)
- ・医師や病院の選択(専門医への照会を含む)
- ・継続性(受診のたびに同じ医師に見てもらえるか、専門医にかかる場合どのような措置がなされるか。)
- ・利便性(医師や病院の場所、請求申請手続)
- ・調整(プライマリーケア担当医と専門医と間の調整状況)
- ・柔軟性(医師の変更、セカンドオピニオン、ケアの拒絶)
- ・医療の質

以下のセクションでは、カバーされるサービスの内容の観点から、それぞれの医療保険制度の相違点について言及する。

(医療保険によってカバーされるサービス)

多くの医療保険制度では、病院及び医師に対する報酬、手術費用、麻酔、X線、検査料、緊急処置、妊産婦ケアといった医療費をカバーしている。健康診断、予防ケア(ワクチン接種等)、集団検診(マンモグラフィー等)、薬物依存処置、処方箋薬、歯科、眼科、メンタルヘルスその他の精神科医療、在宅医療、ナーシングホーム、ホスピスケアといったものをカバーする医療保険制度もある。医療保険にカバーされる範囲を考慮することに加え、当該保険制度における負担額その他制約についても検討する必要がある(例えば、理学療法をカバーする制度でも、年間の受診回数を制限している場合もある。)

多くの医療保険制度は、実験的(experimental)・治験的(investigational)な処置についてはカバーしない。しかし、実際には、どの処置も最初に導入された際は実験的なものであったといえる。当該処置が実験的なものである(からカバーされない)という医療保険制度の運営者の判断を覆すためには、少なくとも次のような根拠を示すことで彼らを納得させなければならない。

- ・当該分野の専門家がその処置を薦めていること
- ・当該処置によって患者が恩恵を得ること
- ・当該処置が単なる追加的科学的研究の目的のためのものでないこと

医療保険制度の中には、高度な治験へのアクセスを認めているものもあるが、その中でも治験に関連する費用のうち、患者のケアコストのみを支払うという制度もある。

一般に医療保険制度では、医療上必要と認められるケア(medically necessary care)のみにカバレッジの範囲を限定している。「適切かつ医療上必要と認められるケア(appropriate and medically necessary care)」とは、広く普及している実務や医療業界における標準に従って、医師及び医療提供者によって決められる医療サービス水準のことを意味する。たとえば、安全

かつ効果的な処置であるとの判断が確立していない処置については、「適切かつ医療上必要と認められるケア」とみなされず、医療保険の対象とはならない可能性が高い。診療内容審査（utilization review）の過程において、医療上の処置の必要性が評価され、当該処置が医療上必要であるかどうか決定されることとなる。

一般的な医療保険制度は、保障対象範囲（カバレッジ）について、多くの制限を設けている。既述したとおり、多くの制度では、生涯保障上限額を定めている。中には疾病ごと、個人ごと、世帯ごとに生涯保障上限額を定めている制度もある。多くの制度では、入院時に事前承認（pre-certification）を得ることを求めている。これは、制度から医療サービスに係る費用の給付を受けるためには、事前に医療保険の運営管理者に接触し、承認を得なければならないことを意味する。医療保険制度は、入院時の病室代、専門医に対する償還額、保障対象となる入院期間その他についても制限を加えることも可能である。

（その他の医療保障制度）

一般に医療保険制度では、大半の歯科治療、視力治療、聴力治療を含め医療上必要と認められないサービスは除外している。その結果として、これらの給付を単独で提供する制度が普及してきた。それは極めて自由選択的なものであるため、提供される給付にはいろいろな制限が加えられている。

（従業員福祉保障局（Employee Benefit Security Administration(EBSA)（旧年金福祉局(PWBA)）））

従業員福祉保障局（EBSA）は、連邦労働省傘下の機関であり、150 百万人以上の労働者の年金、医療制度その他の労働者の福利厚生給付を保護している。

この機関のミッションは以下のとおりである。

- ・労働者が自らの受給権を守るために必要となる情報が得られるよう支援すること
- ・制度の関係者が法律上課されている責任を全うするために、関連法規定の要件を理解できるよう支援すること
- ・雇用関係ベースの給付をより充実させるための政策や法律を推進すること
- ・関連法規定の違反を防止し、是正すること

労働者が雇用関係ベースの給付について情報を得ることを支援するために、EBSA はウェブサイト(www.dol.gov/ebsa/publications/10working4you.html)で、こうした給付の価値を最大化させるための 10 の方法を提供している。その中で、制度加入者は給付オプションを熟知し、医療給付の質を追求し、転職その他の人生における出来事がどのように医療給付に影響を与えるかについて理解し、退職後の医療ニーズに向けた計画を立て、医療プランにおける受益者としての権利を行使する方法を熟知することを推奨している。

ミッションの一環として、2000 年 11 月 21 日に連邦労働省は、エリサ法によって規律される従業員福祉制度の対象となっている加入者及び受給者の給付請求手続に関する新基準を定める規則を官報で公表した。この請求手続規則は、エリサ法の下で規律される全ての従業員福祉制度の給付請求手続に関する最低手続要件を改正した。ただ、この改正による団体医療保険

制度や就業障害給付制度以外の年金・福祉給付制度への影響はごくわずかではあった。一方、団体医療保険制度や就業障害給付制度における給付請求に関しては、この改正は、給付決定手続について、重大な変更を加えるものであった。中でも、一次判定、二次判定(appeal-level decisions)における新たな手続基準、給付決定に関する新たなタイムフレームの設定(new time frames for decision-making)、請求者に対する情報公開請求権の付与といったものが大きな改正点といえる。

従業員福祉保障局は、エリサ法の対象となっている各医療保険制度から年次報告(Form5500)を収集する業務も担っている。小規模制度は、より頻度を減らした形で、さらに Form5500 の簡素化されたバージョンのものを提出することができるようになっている。

(連邦法)

エリサ法と医療制度—第 1 節 (イントロダクション) で言及したように、1974 年エリサ法 (ERISA) は、アメリカの従業員給付 (employee benefit) を規律する最も主要な連邦法である。エリサ法は、一義的には、民間部門の退職給付制度 (private retirement plan) に対して適用されるものであるが、ほぼ全ての従業員給付制度 (employee benefit plan) が同法のなんらかの規定に服している。この法律は、医療保険、団体生命保険、(病期中雇用主が支払う) 疾病手当、長期就業障害補償といった福祉制度(welfare plan)にも影響を与えている。

エリサ法それ自体、及び同法が従業員医療制度にどのように関連しているのかを理解するために重要なことは、まずエリサ法で用いられている従業員医療制度に関連する文言を理解することである。「従業員給付制度 (employee benefit plan)」という文言は、「従業員年金制度 (employee pension plan)」と「従業員福祉制度 (employee welfare plan)」の 2 つを意味するものであるが、双方とも広い意味を有している。「従業員福祉制度 (employee welfare plan)」という文言は、「従業員年金制度 (employee pension plan)」以外のあらゆる従業員給付制度に適用されるものである。そしてそれには、(保険形態であるか否かにかかわらず) 医療制度、生命保険、就業障害給付といった各制度が含まれる。エリサ法の文言に従えば、全ての雇用関係ベースの医療制度は、保険形態であるか否かにかかわらず、エリサ法に基づく制度となる(ただし、連邦政府、州政府、地方自治体政府の労働者のために政府関係事業体によって運営される医療制度、教会で働く労働者のために運営される医療制度を除く)。

雇用関係ベースの医療制度に関連するエリサ法の規定の中で重要なものは、514 条(a)項である。これは、「専占条項 (pre-emption clause)」と呼ばれるものである。同項では、「この章及び第 4 章の規定は、現在又は将来にわたり、従業員給付制度 (employee benefit plan) に関連するいかなる州法にも優先する。」と規定されている。このエリサ法の専占条項の範囲は広範にわたる。現行法の下で、エリサ法の専占条項の適用を州政府が回避するための唯一の方法は、大統領の署名を受け連邦議会によって特例を認めてもらうことである。これまでのところ、ハワイ州の前払い医療制度のみがこのエリサ法の専占条項の適用除外を受けている。「savings clause」としても知られる 514 条(b)項は、州が定める保険(insurance)に関する法令はエリサ法の専占条項の適用を受けない旨規定している。「deemer clause」としても知られる 514 条(c)項は、州政府は、従業員医療制度を保険(insurance)とみなして、エリサ法の専占条項を回避す

ることはできない旨規定している。

この結果、ほとんどの民間部門（教会を除く）の雇用関係をベースとした医療制度は、連邦法であるエリサ法の規律対象の制度ということになり、州の法令の適用は除外される。しかし、エリサ法では、保険に関する州の規制を専断条項の対象としていないことを踏まえれば、州は保険契約を購入する医療制度については、エリサ法の規律対象であっても間接的に規制することができるといえる（州は、雇用関係に基づく医療制度自体ではなく、保険契約を規制するということになる）。

雇用主は、「自己積立型（self-funding）」ないし「自家保険型（self-insuring）」の医療制度を運営するのであれば、当該医療制度について、州による規制を回避することができる。これらの制度では、雇用主が当該医療制度の財政リスクを負う。「完全保険型（fully insured）」の医療制度では、雇用主は当該医療制度の財政リスクを他の集団（通常は保険会社）に転換する。「自己積立」という語は、よく使用されるが、ミスリーディングになり得る。「自己積立」という語は、雇用主が医療給付を支払うための別個のファンドを創設するものと誤解させるが、医療給付制度を「自己積立型」で運営する多くの雇用主は、医療給付をその都度（ペイアズユーザーベースで）、一般会計（general fund）から行っている。さらに、「自己積立型」で医療制度を運営する全ての雇用主が全ての給付を完全に自己積立している訳ではない。すなわち、雇用主の中には、医療制度から一定部分の給付（例えば、メンタルヘルス給付又は処方箋薬給付）を切り離し（carve out）、それらの給付をカバーするため保険契約を購入する方が、コスト効率がよいと考えている者もいる。このような場合には、雇用主の制度から一部切り離された部分は、間接的に（給付が行われる場所を管轄する）州によって規制されている。

「自己積立型」の制度が部分的に保険化される場合の他のパターンは、ストップロス保険を購入するというものである。高額な医療費が生じた場合について保障するために、「自己積立型」の医療制度を運営する雇用主の中には、ストップロス保険を購入するものもいる。ストップロス保険には2つのタイプがある。

- ・ 特定ストップロス保険（specific stop-loss coverage）— 個別の請求ごとに上限額を定め、それを超えた場合のリスクを保障するというもの
- ・ 総額ストップロス保険（aggregate stop-loss coverage）— 制度全体の損失に関する一定上限額を定め、それを超えた場合のリスクを保障するもの

多くの制度において、両タイプのストップロス保険がかけられている。

雇用主が労働者医療制度を「自己積立」する場合には、当該医療制度については、州が保険者に課す税金その他の賦課金が免除される。ほぼ全ての州において、州内で業務を行う民間保険会社に保険料税が課せられている。この税額は、保険料収入の1%から4%の範囲となっている。全ての州において、多額の請求がなされた場合に保険会社が当該資金を支払うことができなくなったときに備え、保証基金（guaranty fund）が設置されている。保険会社の競争・市場戦略によるが、多くの保険会社は顧客にこうしたコストを転嫁することが可能である。州の保証基金は、州内の保険者から徴収した賦課金によって資金を賄っている。（保険を購入せずに）「自己積立型」の場合、雇用主はこうしたコストを回避することができる。

「自己積立」する雇用主は、州規制が適用されない。最も広く知られている州規制は、「義

務的医療給付 (state-mandated benefits)」に関するものである。これは、州内で業務を行う保険者はある特定の医療サービスまたはある特定の医療提供者によるサービスを提供しなければならないという、州の法令によって定められる要件である。この義務は、一般的には狭く定義されるものではあるが、全ての民間保険会社、ブルークロス・ブルーシールドプラン、HMO に適用される。2006年時点で、1,800を超える義務的医療給付が存在している。ある分析によれば、州における義務的医療給付の規定は、支払請求額を増加させているとの結果が出ているが、保険料に対する影響についてははっきりしていない。

「自己積立型」の医療制度が HMO と契約を行った場合には、状況は更に複雑となる。HMO に対する州の規制は、州によって大きく異なる。HMO に対し民間保険会社と同様の規制する州もある一方で、HMO を保険とみなさない州もある。「自己積立型」の医療制度が HMO と契約を行った場合に州によって規制されるのかどうかは、不明確である。

「自己積立型」の医療制度を採用する雇用主の数、当該制度によりカバーされる者の人数についてよく問われるが、雇用主の数は、把握できていない。その理由としては、連邦政府が事業者に求めている報告事項は医療制度よりも年金制度に焦点が充てられている、100人未満の加入者の医療制度は原則として、報告義務が免除されている、医療制度に関して報告されるデータには矛盾点が多く含まれているといった点が挙げられる。

「自己積立型」の医療制度によってカバーされる者の数については、Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust が実施した調査によれば、2008年時点で、医療保険に加入している全労働者の55%が、少なくとも一部が「自己積立型」である医療制度の対象となっている。3-199人の企業規模においては、当該数値は12%に過ぎないが、5,000人以上の企業規模では、当該数値は89%となっている。「自己積立型」の医療制度といっても、プランによってその内容は異なる。KFF/HRET の調査によると、PPO に加入する労働者の64%が少なくとも一部が「自己積立」されている医療制度の対象となっているが、POS に加入する労働者については、当該数値は29%となっている。

(法及び法の管轄)

このセクションでは、労働者及びその家族が受給する雇用関係に基づく医療給付に関連するいくつかの主要な連邦法について概観する。下記で言及する法律は、労働省 (DOL)、雇用機会均等委員会 (EEOC) といった連邦政府機関が法律執行の責務を負っている。内国歳入庁 (IRS) や司法省 (Department of Justice) といった他の連邦政府機関もこれらの法律執行の責務を分担している。

<労働省 (Department of Labor (DOL)) >

- ・1974年エリサ法 (Employee Retirement Income Security Act) : 民間部門の雇用主がスポンサーとなる医療給付制度に加入する者を保護する法律。制度に関する必要な情報提供を受ける権利、加入者が制度から給付を受けるために提起する不服申立手続等を規定している。
- ・1985年包括予算調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA)) : (雇用関係が終了すると雇用主提供医療保険も失ってしまうが) 一定の場合には、一定

期間、引き続き団体割引レートの保険料で前雇用者の団体保険制度に加入できる権利を元労働者、退職者、配偶者及び扶養される子に付与する規定を盛り込んでいる。

- 1993 年育児介護休業法 (Family and Medical Leave Act) : 労働省の賃金時間部の所管となる。この法律では 50 人以上の労働者を雇用する雇用主に対し、子の出産・養子縁組の場合又は当該労働者、配偶者、子、両親が深刻な病気にかかった場合に、適格要件を満たす労働者に対し 12 週間まで無給ではあるが、雇用が保障された形での休暇を与えるよう求めている。(休暇中の) 労働者は、同様の状態にある現役労働者が支払う保険料と同額を支払うことにより、当該労働者本人の医療保険カバレッジを受けられることができる。
- 1996 年医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)) : 契約前発病 (pre-existing condition) を持つ労働者及びその家族の保護、医療保険カバレッジにおける差別の禁止、一定の要件を満たす者に対して個人保険の加入を保障する等の内容を盛り込んでいる。
- 1996 年母子健康保護法 (Newborns' and Mothers' Health Protection Act (NMHPA)) : 雇用関係をベースとした団体医療制度に対し、少なくとも、普通分娩の場合は 48 時間、帝王切開の場合は 96 時間、母親及び新生児の入院滞在を保障するよう求めている。保険形式をとる医療制度については、州法が以下の基準を満たしていれば、NMHPA ではなく、州法によって規律される。
 - ▲ 最低保障範囲に、普通分娩の場合は 48 時間、帝王切開の場合は 96 時間の入院滞在が含まれていること。
 - ▲ アメリカ産科医婦人科医学会 (American College of Obstetricians and Gynecologists)、アメリカ小児科学会 (American Academy of Pediatrics) その他専門的な医療団体によって確立されたガイドラインに準拠していること。
 - ▲ 入院滞在期間は母親の主治医によって決定されること。

母子健康保護法では、入院滞在期間は、子どもが産まれたとき又は(病院外で出産した場合には) 病院によって出産が認定されたときから開始する。母親の主治医は、最低入院滞在期間を延期することができる。
- Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008(MHPA) : 2008 年の改正では、メンタルヘルス給付に関する年間もしくは生涯保障上限額は、団体医療保険によって提供される医療給付 (medical benefit) ・手術給付 (surgical benefit) の上限額を下回ってはならないこととされた。
- 1998 年女性の保健・がんの権利に関する法 (Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA)) : 雇用関係をベースとした団体医療制度に対して、乳腺切除に関連して行われる胸部復元手術を保険でカバーするように求めている。教会における自家保険制度はこの法律の適用除外となっている。

雇用関係ベースの医療制度が乳腺切除に関する医療給付・手術給付を提供している場合は、以下もカバーしなければならない。

 - ▲ 乳腺切除がなされた部分の胸部復元

▲左右対称に見えるようにするための手術その他の胸部復元処置

▲人工器官、リンパ浮腫を含む乳腺切除の全ての段階における身体的合併症の処置

<雇用機会均等委員会 (Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)) >

EEOC は、雇用差別法が医療保険給付にどのように適用されるのかについて説明したコンプライアンスマニュアルを発展させてきた。同マニュアルは、雇用における年齢差別法 (Age Discrimination in Employment Act of 1967 (ADEA))、障害を持つアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA))、同一賃金法 (Equal Pay Act of 1963 (EPA))、公民権法 (Title VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VII)) の各法律について、医療保険給付がどういった場合に差別に当たるのか否かについて規定している。

公民権法では、雇用主に対して、医療給付を提供する場合に、性別にかかわらず給付を受けられる部分については、同一のカバレッジを提供するよう求めている。雇用主は、性別や人種、その他一定のグループに一方向的に偏った影響を与えるような条件を排除するために、中立的な基準を採用しなければならない。例えば、雇用主が、前立腺がんにかかる一定の処置を実験段階 (experimental) のものであるとして、保険でカバーすることを拒否する場合には、当該判断基準は性別に中立的なものであり、かつ一般的に受け入れられている医療水準に基づくものであることを示さなければならない。

妊娠差別禁止法 (Pregnancy Discrimination Act of 1978 (PDA)) は、Title VII を改正したものであるが、同法では、妊娠・出産又は関連する医学的状態により影響を受けている女性は、同様の労働能力又は不能力の状態にある他の労働者と同じ取扱いをするよう雇用主に求めている。雇用主が何らかの給付を提供する場合は、他の医学的状態と同様に妊娠及び関連する医学的状態もカバーしなければならない。妊娠中絶による医療費については、母親の生命が危険に晒される場合を除いて、要件とされていない。妊娠関連費用は、他の医学的状態の場合と全く同様に、当該患者に償還されなければならない。償還限度額は、他の医学的状態の場合と同様の範囲内において定めることが可能である。(妊娠の場合に限って) 追加的に定額自己負担 (deductible) を課すことは一切認められない。雇用主は、男性労働者の配偶者へ給付する水準と同水準の給付を女性労働者の配偶者に対しても提供しなければならない。

(むすび)

過去数十年にわたり、医療保険制度は従業員福祉の設計にあたり大きな役割を果たしてきた。現代医療技術、寿命の伸び、心身の健康の重視によって、医療保険制度は今日ますます重要になってきている。マネジドケアプラン、歯科治療保障制度、処方箋薬制度、視力治療制度及び聴力治療制度の発展は、健康増進制度や従業員支援制度の発展とともに、従業員福祉の分野が激しく変化していることを示している。制度設計における革新的努力に今後大きく影響を及ぼすと思われるのは、医療費抑制に対する恒常的要請、絶え間なく変化する医療技術、そして常々変化する政府規則である。

第21節 処方箋薬制度 (PRESCRIPTION DRUG PLAN)

(イントロダクション)

処方箋薬 (prescription drug) に関する費用は、ここ数年着実に上昇してきている。2005年には、国全体で、2007億ドルが処方箋薬に支出されている。1993年における額は、513億ドルに過ぎなかった。2006年には前年比7.2%増となり、病院外来医療費 (outpatient hospital services) の10.3%増、医師の医療行為に関するサービス費用 (physician services) の7.7%増よりは伸びは緩やかであるものの、入院医療サービス費 (inpatient hospital services) の5.1%に比べ高い伸び率を示している。処方箋薬支出額の増加傾向の主な要因は、利用頻度の増加であるが、「graying of America (アメリカのシルバー化 (注: 医療技術の進歩などによって米国の高齢者層の割合が増加している現象))」や、一般大衆に直接訴えかける医療用医薬品に関する広告 (direct-to-consumer advertising) の影響もあると考えられる。その他の要因としては、治療薬混合 (therapeutic drug mix)、インフレーション、新薬の参入、ケア水準の高まり、診断ツールの改善などが挙げられる。

処方箋薬制度により、加入者は、処方薬による十分な治療を受けることができ、後々になって余病を起し医療費負担が割高になるのを回避することができる。大半の処方箋薬給付制度は、以下のような共通の性格を有している。

- ・加入者は、医療提供者又は調剤給付管理者 (pharmacy benefit manager(PBM)) を通じて、外来処方箋薬カバレッジを受ける。
- ・加入者は、前払い金 (up-front fee) 又は共同負担割合部分 (copayment) により、処方箋薬費用の一部を負担する。
- ・加入者は、小売販売網 (チェーン店や個別薬局) 通じて調剤してもらうことができ、また、通信販売 (mail-order) により、継続治療薬 (maintenance drug) を調剤してもらうことができる。
- ・ブランド薬 (brand) かジェネリック薬 (generic) か、通信販売か小売 (retail) か、処方集 (formulary) において推奨されている薬であるか否かによって、加入者の共同負担割合 (copayment) が異なりうる。

(サービスの内容)

処方箋薬制度は、外来処方箋薬 (outpatient prescription medication) に対してカバレッジを提供するものである。一般に処方箋薬制度では、以下のものは保障されない。すなわち、医療器具、処方外薬剤、病院内薬剤、血液及び血漿、免疫薬剤、処方箋がなくても合法的に入手できる薬剤である。また、ライフスタイルドラッグ (注: 病気の治療薬や鎮痛薬ではなく、生活の質を向上させるための薬) や美容専用で使用される薬については保障されない場合もある。

多くの制度では、一度に調剤する薬の分量を制限している。典型的な制限方法は、小売薬局の場合には30日分、通販薬局の場合は90日分といったものである。薬物療法や一生服薬し続けなければならない症状の場合は、制限量がより高く設定されることが多い。大半の制度では、一つの薬剤についての総投与量に関する制限を設けていないが、1年間に償還される処方

箋薬費用の総額を制限している制度もある。

処方箋薬制度では、一般的には加入者に当該制度において提供される処方箋薬について、共同負担割合 (co-payment) のみの支払を求めている。多くの制度では、コストを抑制するためにジェネリック薬品の使用を推奨している。コスト抑制は、労働者への啓発や、制度設計を通じて行われる。POS や HMO のプランにおいて、ジェネリック薬品を使用した場合に共同負担割合を低くしている雇用主の割合は、2002 年から 2004 年の間に増加している (下表参照)。更に通信販売サービスを利用した場合に共同負担割合を低くしている雇用主の割合もまた増加している。総じていえば、ジェネリックや通信販売サービスを利用するインセンティブを制度に組み込んでいない雇用主の割合は減少してきている。

Figure 21.1
DRUG PLAN INCENTIVES, BY PLAN TYPE, FIRMS WITH 1,000 OR MORE EMPLOYEES, 1998-2002

	Indemnity			FPO			POS			HMO		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002	1998	2000	2002	1998	2000	2002
Generic Incentive												
Lower copayment	34%	41%	52%	45%	56%	65%	49%	61%	72%	41%	56%	66%
No deductible	2	2	<1	1	<1	1	1	2	n/a	n/a	<1	n/a
Higher coinsurance	7	5	5	10	7	6	4	2	2	1	1	<1
Pay difference between generic and brand name	4	9	10	8	12	10	11	14	11	4	4	3
Mail Order Incentive												
Lower copayment	23	35	46	31	47	55	37	50	60	11	23	30
No deductible	16	15	12	12	12	10	7	8	4	1	<1	<1
Higher coinsurance	22	20	16	21	18	14	12	12	9	1	1	1
Combination of Generic and Mail Order Incentive												
Lower copayment	28	41	50	37	47	56	30	44	56	6	16	21
Higher coinsurance	n/a	<1	n/a	1	1	1	<1	<1	<1	n/a	<1	n/a
Pay difference between generic and brand name	1	3	2	2	3	3	2	4	3	<1	<1	<1
No Generic or Mail Order Incentive	34	28	22	22	14	10	22	13	9	51	34	25

Source: Hewitt Associates LLC, various years

(コスト管理)

雇用主は通常、処方箋薬給付を自身が運営する一般の医療制度内において、又は自身が運営する一般の医療制度から当該給付を切り離して、別建てにして提供している。医療制度又は雇用主は、処方箋薬給付を「処方箋薬カード (prescription drug card) プラン」または「メールオーダープラン」によって提供することができる。また、より低額のジェネリック薬品に変更することを求めることもでき、保障対象となる承認薬の数を処方集 (formularies : 処方薬が当該制度において認可されているかどうかのリスト) を用いることにより制限することもできる。

調剤給付管理者 (Pharmacy Benefit Manager (PBM)) —雇用主の中は、コスト管理及び給付の質の改善のために一般の医療制度から処方箋薬給付を切り離して提供するものもある。この場合には、調剤給付管理者 (PBM) を通して給付がなされるのが通常である。2006 年時点で、雇用主の 81% が一般の医療制度の枠内で処方箋薬給付を行っているが、残りの 19% は当該給付を一般の医療制度から切り離し (carved out)、別個の契約に基づき、PBM に当該給付を管理させている。処方箋薬給付制度を独立させていない上記 81% の雇用主の

中でも PBM に給付管理を行わせているものも多い。

PBM は現在、アメリカ国内の保険加入者の 4 分の 3 に係る処方箋薬給付を管理している。Medco Health Solutions、Express Scripts、Caremark Rx の 3 社は、全米で約 60 ある PBM の中でも主要な PBM であり、これら 3 社で市場の 52% を占めるに至っている。残りの 48% はその他の小規模 PBM によってカバーされている。PBM は当初は、処方箋薬の給付請求手続及び通信販売サービスのみを提供していたが、近年、処方集 (formulary) の開発・管理、薬剤生産者とのリベート交渉、薬局ネットワークの確立、適当なジェネリック薬品への代替、医薬品の使用状況調査その他の分野にまで、業務の幅を拡張してきている。PBM の中には特定の病気について、最もコスト効率のよい処置を提供することを目的とした病状マネジメントプログラムを開発しているところもある。多くのマネジドケアプランは、PBM と契約をするか、自身の制度内で PBM が提供するものと同様のサービスを提供している。こうした仕組みの下では、PBM (又は医療制度) は、加入者が利用する全ての処方箋薬の使用状況を監視することができる。これにより、PBM は、適切な薬物治療がなされているかどうかチェックすることができる。このようなチェックは、処方箋薬給付が全体の医療制度に統合されていない場合は行うことができないであろう。

PBM は、最もコスト効率が高く、質の高い薬の利用という点に力点を置いていることから、こうした観点から、様々な病気について、より適切と思われる調剤処置を提案することもできる。しかし、そもそも PBM による患者個人の診療データへのアクセスに関しては疑念が呈されている。PBM が制度加入者に対して追加的な治療を提案したり、制度加入者の医療上の選択に影響を与えたりしているので、特に患者のプライバシーへの懸念が高まってきている。PBM が加入者を集団治療や、精神的な病に罹患して薬を服用している者のために開発された治療手法に参画させたり (又は参画するよう促したり) することに対して、メディアが注目を寄せている。この種の薬物療法には潜在的な利点があるが、雇用主等の他人に、自身の精神状態が医学的配慮 (治療) が必要な状態にあるということを知られたくないという患者も多い。多くの雇用主は、この種の情報提供を受けることを選択せず、PBM も情報へのアクセスを制限するための適切な手順を講じていると述べている。

PBM に関する問題はもう一つある。それは、PBM の中には、患者が受けている薬物療法について実際に医師と話し合い、代替療法又はより適切な薬の使用、同様の治療効果が見込めるよりコストがかからない薬の使用を提案するものがあるということである。多くの医師は、倫理的観点及び患者のプライバシーへの懸念から、自らの処方パターンについて PBM と話し合うことに消極的であったり、話し合い自体を拒否している。一方、医師の中には、PBM との話し合いを快く引き受け、その機会を新たな治療法もしくは代替的な治療法を学習するための場として活用する者もいる。PBM は、医師が、自らの処方パターンを他の医師が同様のケースにおいて行っている処方パターンと比較できるように、ベンチマークとなるデータを提供する。PBM はまた、医師に (処方後の) アウトカムデータも提供する (こうしたデータは PBM からでなければ医師は手に入れることができない)。例えば、アレルギー専門医が、ぜんそく吸入具による治療法を行って

いる自らの患者の多くが、急性のぜんそく発作を伴って最終的に緊急ケア施設に搬入されているという結果を知らされれば、その情報を大変有益と受け止めるであろう。

近年、PBM が製薬企業からリベートを受け、その見返りとして当該企業の薬の使用に便宜を図っているのではないかとの疑念が呈され、PBM に対して、世間の厳しい目が注がれている。PBM は、ある特定の薬の使用を、治療効果があるかどうかという観点からではなく、製薬会社からのリベートにより、PBM 自身のコストを抑えることができるという理由で推奨している可能性がある。どの程度のリベート収入が PBM にもたらされているのかは不明であるが、かなりの額に上ると考えられている。

PBM のこうした行動は、患者と医師双方を刺激し、重大な問題を引き起こし得るものであるが、患者と医師にとって好ましい影響ももたらしている。患者は、新規のあるいは追加的な治療法が利用可能であるということを知ることができるようになる。新薬が常時、市場に登場するので、医師が全ての病状に対するあらゆる薬の情報を日々キャッチアップすることは困難である。PBM によって、医師は容易にこうした情報を得ることができるようになる。更に PBM による詳細なモニタリングにより、アレルギー反応や患者が複数の処方箋薬を服用している場合における潜在的な相互作用についてスクリーニングをすることも可能となる。PBM のこうした活動により、潜在的な利益が関係者にもたらされるわけだが、一方で、個人のプライバシー権等についても十分配慮される必要がある。

コスト抑制と質を高める技術—処方箋薬給付を行う場合、医療制度及び PBM では、通常、コストを抑制し、給付の質を向上させる仕組みを導入している。加入者にドラッグカードを使用させることにより、提携の薬局においては、制度の加入者であることを確認し、容易に処方箋薬の給付請求手続を行うことができるようになる。また、薬局が加入者の共同負担割合 (copayment、coinsurance) を正確に算定することができるようになり、不正請求や請求ミスを減らし、その結果、償還事務のコストを削減することができる。

処方箋薬給付制度の中でも「メールオーダープラン」が多用されている。この仕組みでは、医療制度ないし PBM は加入者に処方箋薬給付を提供するに際して、通信販売を行う薬局とより有利な価格で交渉することができる。なぜなら、通信販売を行う薬局一社とのみ取引を行うため、数量割引を受けることができる上、効率的なのである。通信販売による処方箋薬給付は、標準的な処方箋薬給付と同時に提供されている。というのも、継続治療薬 (maintenance drug) を提供する場合、通信販売のシステムが最も実用的であるためである。このシステムを利用するよう義務付けられる場合もあるが、通常は、加入者が自主的にこのシステムを利用するようなインセンティブが組み込まれている (自己負担が低くなり、同じ自己負担額でも多くの薬を購入できる)。

このほか、医療制度と PBM がコストを抑えるために利用する手段には、ブランド薬 (brand-name drug (商品名があり、特許によって保護されている薬)) の代わりにジェネリック薬を使用させるというものがある。ジェネリック薬はマーケティングコストや研究コストが低額であることから、ブランド薬よりも廉価である。ジェネリック薬の場合、通常、患者の共同負担 (額) 割合 (copayment, coinsurance) は低くなる。患者は、自己加入する処方箋薬給付制度において定額自己負担 (deductible) や共同負担 (額) 割合

といった負担方式が採られている場合には、(自己負担をより安くするために) よりコストの低いジェネリック薬を求めるであろう。

通常、薬剤師は、医師が特段指定しない限り、ジェネリック薬に変更することが認められている。州の中には、代替調剤(投薬)(*therapeutic substitution*)を認めているところもある。これは、同じ治療効果を持つものであれば、薬剤師は医師によって処方された薬と完全に異なる薬に変更してもよいとするものである。処方箋薬制度の中には、処方集(*formulary*)を使用しているものも多い。これには、推奨される処方薬の投薬量や薬の種類に関する情報がリスト化されている。処方集は、どの薬が当該医療制度においてカバーされるのかを示すものであり、次のように類型化される。

- **Open formularies**—FDA(Food and Drug Administration 米国食品医薬品局)が認可した全ての医薬品・製剤を含んでいるもの(多少の例外あり)
- **Managed (incentive-based) formularies**—本質的には **Open formularies** といえるものであるが、推奨処方薬(推奨処方薬を利用した場合、医師、薬剤師、患者に対して経済的インセンティブが与えられる)を含んでいるもの。
- **Closed (restricted) formularies**—カバレッジの対象となる薬を一定範囲に限定したもの。**closed formularies** を採用する多くの制度では、処方集に記載のない薬についても限定的にカバーするが、その場合、当該制度による事前認可を受けなければならず、認可を受けた場合でもカバレッジは限定される。加入者は追加コストの負担を余儀なくされる可能性が高い。

多くの雇用主が、処方箋薬給付について、三段階の共同負担割合(*copayment*)を採用している。これは一般的には次のようなものである。

- 第一段階—ジェネリック薬の場合(自己負担額: 最も低額)
- 第二段階—推奨ブランド薬
- 第三段階—推奨ブランド薬以外の薬、処方集に記載のない薬(自己負担額: 最も高額)

第一段階には、特許期間が過ぎていてジェネリックの代替として利用可能なブランド薬も含まれる場合もあろう。雇用主は通常、労働者の健康と生産性を維持するため、また、良質な労働者を獲得し保有し続けるために、処方箋薬給付を含めた様々な給付を行う。

極めて給付対象が限定された処方集を採用するといった類の制約的ともいうべき処方箋薬給付制度は、上記のような給付目的に逆行することとなろう。病気による欠勤とそれに伴う生産性の低下を大きく減らすことができれば、処方箋薬給付のコストはそれほど大きいものではないといえるかもしれない。Legg et al. (1997)の研究では、片頭痛の新薬は生産性のロスを防ぎ、また労働力コストの減少をもたらしたことが示されている。投薬治療のコストは労働者一人当たり月額 43.78 ドルであったが、生産性のロスの防止、及び労働力コストの減少による節約効果は、労働者一人当たり月額 435 ドルであった。このような潜在的なコスト削減(医療費及び人件費)のメリットを享受したいと考える雇用主にとっては、処方箋薬給付制度の綿密な設計を行うことが極めて重要となる。

第22節 歯科治療制度 (DENTAL CARE PLAN)

(イントロダクション)

大企業のほぼ全てにおいて、歯科治療給付が労働者に提供されている。企業規模 1,000 人以上の雇用主への調査によると、2005 年時点で、99%が当該給付を行っている。企業規模 500 人以上の雇用主を対象とした別の調査によると、2005 年時点で、96%が包括的な歯科治療給付を行っている。自らが運営する一般医療制度の枠内で歯科治療給付を提供する雇用主は 17%に過ぎず、多くの雇用主が一般医療制度とは別の独立した制度のもとで当該給付を提供している。小規模雇用主は大企業と比べ歯科治療給付を提供する割合は低く、企業規模 10-499 人の場合には、歯科治療保険を提供している雇用主の割合は、2005 年時点で 66%となっている。

歯科治療給付のコストは、一般の医療制度と同様、上昇を続けており、雇用主はコストの多くを労働者に転嫁するようになってきている。1988 年時点では、労働者に拠出を求めていた大規模雇用主の割合は 63%であったが、その割合は 2005 年には 94%まで増加している。

歯科治療保険制度には、2つの主な目的がある。(1) 歯科治療費の負担を和らげること、(2) 定期的な歯科検診を奨励することにより、重症化を未然に防止すると同時に、歯の健康状態に兆候として現われる大病につながる可能性のある疾病を早期発見することである。

歯科治療給付制度には主に 3つのタイプがある。従来型の実費給付補償型プラン (indemnity plan)、ネットワークプラン、DHMO (dental health maintenance organization) である。雇用主はこれらのオプションを組み合わせ提供することもできる。2005 年時点で、大企業の 48%が実費給付保障型プラン、56%がネットワークプラン、29%が DHMO を採用している。

(歯科治療給付の内容)

歯科治療保険制度では、歯科治療のうちカバレッジの対象となる範囲を明確にするべきである。予防サービス (例えば、検査や X 線撮影) は、普通の慣例的かつ妥当な額 (usual, customary, and reasonable amount) であれば、100%保障されるのが一般的である。その他のサービスの保障割合は、制度の種類にもよるが、一般的にはより低く設定されている。例えば、実費給付保障型プランでは、充填材や歯内治療、歯周治療、口腔外科といったものの治療サービスは、通常 80%、金属冠、義歯、歯科矯正といった治療サービスは 50%の保障というのが通常である。歯科矯正は、オプションとして給付対象に含まれるものであるが、多くの場合、償還率 50%であり、また他の治療部分とは独立して生涯給付上限額が設けられている。実費給付保障型プランの加入者は、免許がある歯科医であればどこでも受診することができる。

ネットワークプランは、実費給付保障型プランと同様に設計されているのが通常であるが、ネットワークで提供されるサービスにおける料金は、当該ネットワークと歯科医によって契約により交渉済みであるという点が異なる。ネットワークプランでは、ネットワーク内の医療提供者であれば、より高い償還率ないしより低い定額自己負担額 (deductible) が設定される。加入者は免許がある歯科医であればどこでも受診することができるが、ネットワーク内の歯科医を利用する場合には、自己負担額を軽減することができる。

DHMO を活用した給付プランでは、通常、全ての保障対象サービスについて、共同負担額

(copayment) が設定される。一定の予防的サービスについては無料という場合もあるが、治療サービスの内容によっては、何百ドルもの共同負担額が設定されることもある。ネットワークプランとは異なり、加入者は、給付を受けるためには、通常、ネットワーク内の歯科医師しか利用できないこととなっている。

(給付制限)

いずれのタイプの歯科治療保障制度でも保障対象とならないサービスは次のとおりである。

- ・ 歯科治療のための入院（しかし、一般医療制度の方で、保障対象となることが多い）
- ・ 美容歯科（例 ホワイトニング）
- ・ 年 2 回を超える歯の洗浄、検査
- ・ 労災保険その他の保険の対象となる治療サービス

実費給付保障型プランとネットワークプランでは、通常、年間の定額自己負担 (deductible) を 25 ドルから 100 ドルの間、年間給付限度額を 500 ドルから 2,000 ドルの間、歯科矯正のような特定のサービスについては生涯給付限度額を 500 ドルから 2,500 ドルの間に設定している。2005 年時点で、70%の制度が定額自己負担を導入しており、その額の最頻値は 50 ドルであった。歯科治療給付制度は、検診及び予防サービスに対しては、定額自己負担の適用を除外することが多い。その趣旨は定期的な歯科検診と予防を奨励することにある。その他のコスト管理手法には典型的には以下のようなものがある。

(a) 受診回数制限（歯の洗浄に関する給付を年 2 回に制限するなど）

(b) 共同負担額 (copayment) の設定。予防サービスに関する自己負担額は、一回当たり 5 ドルから 10 ドルといった低額のものとなるだろう。治療費用が高くなるにつれて、共同負担額も増加することとなる。

(c) 給付額の事前決定—歯科医の受診を受ける前に、制度加入者は自分の支払う治療費がいくらで、制度からの給付額いくらか知りたいはずである。歯科医は予定する治療とその費用を給付の事前決定に係るフォーマットに記入する。レビューの後、制度は加入者と歯科医に給付額を通知する。予定費用が一定額（例 200 ドル）を超過する場合にのみ、このような手続を要求する制度もある。

(d) 代替給付 (alternative benefit) — 歯科疾患の治療方法には複数の選択肢があることが多い。この場合、歯科治療給付制度の多くは、治療方法のうち、コストが最も安いものを支払の基準とする。例えば、虫歯は、金属冠ないし充填剤いずれによっても治療可能であることが多いが、この場合、代替給付に関する規定を置く歯科治療給付制度では、治療費の安い充填剤の方を支払の基準とする。もっとも、制度加入者が差額を支払えば、加入者と歯科医はより治療費の高い金属冠を使用することもできる。

DHMO を活用した給付プランでは、給付の制限は他に比べて少ない。保険料コストは医療提供者との間の交渉による診療費の割引や専門医へのアクセス制限、高額サービスを受ける場合の事前承認という方法により管理される。DHMO と契約する歯科医は、当該歯科治療制度の加入者の各人に対し、基本的なサービスを提供するための費用を当該制度から人頭払いで月々受け取る。他の制度に比べると歯医者へのアクセスは制限されているが、DHMO は、保

険料が安く、給付も充実していることから、これを魅力に感じる加入者もいる。

(給付の支払)

実費給付保障型プランとネットワークプランにおける給付の支払手続は、一般的には、団体医療保険における手続と同様である。加入者（及び/又は）歯科医は請求書様式に必要な事項を記入して当該様式を提出する。カバレッジの対象となるサービス費用の支払は歯科医あるいは加入者宛に送金される。請求書の提出手続の大部分は、インターネットによる電子手続によって行うようになっている。

(カバレッジの継続)

1985年包括予算調整法（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA)）では、歯科治療給付制度を提供する雇用主に対し、元労働者及びその扶養家族の団体歯科治療保険制度への継続加入を認めるよう求めている。

(歯科治療制度を導入するに当たって留意すべき事項)

結局のところ、雇用主が歯科治療給付制度を提供する目的は他の給付制度を提供する目的と同様である。歯科治療給付制度の設計するに当たっては、雇用主の財政上の制約と、現役及び将来の労働者に魅力的な給付を提供したいという欲求とのバランスを図った上でなされなければならない。

このために雇用主は以下の事項について考慮する必要がある。

- ・プランのタイプ（実費給付保障型プラン、ネットワークプラン、DHMO）
- ・給付コストの負担方法：定額自己負担額（deductible）、共同負担額（割合）（copayment、coinsurance）
- ・各サービスの償還率（例：100%、80%、50%）
- ・ネットワーク内の医師へのアクセス：歯科医がどの程度加入者の自宅の近所にいるのか、新たな患者を何人受け入れられるのか
- ・給付上限：年間上限額、生涯上限額の設定
- ・給付対象からの除外又は制限（美容歯科、シーラント（注：虫歯予防に歯にかぶせるもの）処置のような特定のサービスに関する年齢制限など）
- ・給付対象となるサービスの範囲：例えば、歯科矯正を含めるのかどうか
- ・加入者に保険料への拠出を求めるかどうか

ネットワークプランを選択する雇用主は、労働者がネットワーク外ではなく、ネットワーク内の歯科医師を利用するよう促すためのインセンティブ（例えばネットワーク内のサービスを受けた場合、定額自己負担額（deductible）を低くする、償還率を高くする等）についても、盛り込むべきかどうか検討しなければならない。

第 2 3 節 視力治療制度 (VISION CARE PLAN)

(イントロダクション)

視力障害はごく普通に見られるものである。米国の人口のうち、半数以上が視力治療を必要としている。毎年視力検査を受けている者の割合は 41%にすぎないが、アメリカ人の 54%が矯正レンズを使用していると推定されている。視力障害の多くは慢性的なものであり、定期的な配慮が必要である。就学年齢の子どもの 4 人に 1 人が視力障害を有しているとの調査があるが、国の調査では、視力治療の専門家による総合的な視力検査を子に受けさせたことがない親 (12 歳未満の子どもを持つものに限る。) は、48%にも上るとの結果が出ている。

内科的、外科的処置に関連して行われる場合及び白内障手術後のコンタクトレンズ支給の場合を除き、従来の医療保険制度では視力治療をほとんど保障の対象にしてこなかった。雇用関係ベースの視力治療制度 (vision care plan) は、視力治療サービスを保障するために設けられるものであるが、これは一般の医療制度と調和するものでなければならない。目の定期検診により、緑内障、加齢性黄斑変性症、白内障のような眼病が見つかることもあり、こうした場合、もし何も処置がなされなければ、失明にもつながりかねない。また目の検査により、高血圧、動脈硬化、アルコール依存症、ガン、糖尿病、ビタミン欠乏症、神経障害といった重大な慢性的、全身性の病気についての最初の兆候を発見することができる場合もある。

他の多くの医療保障制度と同様、視力治療給付も通常少しの待機期間の後、受給資格が与えられることとなる。多くの制度では、労働者の扶養家族も給付対象となっている。様々な組織が視力治療給付制度を提供している。すなわち、(1) 共同運営基金 (jointly managed fund)、(2) HMO、(3) ブルークロス・ブルーシールド、(4) 視力治療提供会社、(5) オプトメトリック協会 (optometric associations)、(6) クローズドパネル方式の視力治療提供者のグループ、(7) 民間保険会社といったものである。このほか、雇用主によっては制度を自己積立 (self-fund) により、自ら運営管理しているところもある。

視力治療の主な提供者は次のとおりである。

- (1) 眼科医 (Ophthalmologist) — 目の診断、治療及び手術を専門とする医師で、眼鏡やコンタクトレンズを取り扱う眼科医もいる。
- (2) 検眼士 (Optometrist) — 視力系統の検査、診断、処置に従事するために各州で特別に教育され、資格を与えられた医療専門職。検眼士は、眼の手術は行わず、またほとんどの州では治療のための薬を処方していない。大半の検眼士が眼鏡とコンタクトレンズを取り扱っている。
- (3) 眼鏡技師、眼鏡販売者 (Optician) — レンズや眼鏡を製作、販売する者。

(保障の範囲)

視力治療給付制度の給付対象には、目の検査、眼鏡、コンタクトレンズ、整形外科 (眼の筋肉の訓練) といったものが含まれている。2006 年時点で、大企業の 78%が視力治療給付制度を提供している。

(視力治療サービスの内容)

標準的な視力治療給付制度では、眼の検査、レンズ、フレーム、及び眼鏡の調整がカバーされている。眼の検査によって、レンズの処方に必要な情報が得られると同時に、緑内障や白内障のような眼病が見つかることもある（糖尿病や高血圧の兆候が見つかることもある）。多くの制度では、コンタクトレンズの料金の一部を保険の対象にしている。しかし、コンタクトレンズに対する保障を白内障の手術後のみに限定している制度もある。

大半の視力治療給付制度では、サービスや眼鏡作成の回数に制限を設けている。典型的には、(1) 検眼は1年に1回、(2) 眼鏡レンズ(1対)の作成は1年に1回、(3) 眼鏡フレームは2年に1回といった形で制限されている。多くの制度では、大型レンズ、感光性レンズ、あるいはプラスチックレンズを保険の対象とはしておらず、また度つきサングラスも対象外となっている。

雇用主の中には、アメリカ陸軍のように、レーザー眼科手術を労働者の業務上のパフォーマンスを向上させることを目的に、保険対象に含めているものもある。国防総省の医療委員会(Department of Defense medical panel)は、レーザー眼科手術に関する懸念点について検証を行った後、同手術を推奨したことから、連邦議会は、このプログラムの第一段階の予算として、1,500万ドルを承認した。軍が導入する最新鋭の武器や用具の使用にあたって、眼鏡が邪魔になる場合があることから、レーザー手術によって(視力が回復すれば)、兵士がより効果的に任務を遂行できるようになる。視力治療給付制度では、通常、ネットワーク内の視力治療提供者からレーザー眼科手術を受けた場合、割引を行っている制度も多い。

(給付の支払)

他の医療保険と同様に、視力治療給付制度では、さまざまな方法でサービスがカバーされている。例えば次のとおりである。

- 普通の、慣例的かつ妥当な(usual, customary, and reasonable (UCR))料金という基準を満たすという条件の下で、サービスコストの全額を支払っている制度もある。すなわち、保障される額は、(a)当該視力治療を提供する際の視力治療提供者一般の通常料金、(b)当該サービス提供地域におけるサービス・製品に関し慣例的に広く用いられている料金、(c)当該状況下において妥当と考えられる料金、である。料金が、普通の、慣例的かつ妥当な基準に合致していなくても、特殊事情により追加的かつ複雑な処置を必要とする場合は、妥当とみなされる場合もある。
- 視力治療給付制度の中には、加入者が定額自己負担(deductible)を負担しなければならないものもある。定額自己負担とは、当該視力治療制度から給付を受ける前に、加入者が払わなければならない一定の金額である。たとえば、個人の定額自己負担額が50ドルの制度では、加入者は視力治療に係る費用の最初の50ドルを支払わなければならない。その後それ以上の費用がかかれば、制度の規定に従って給付が行なわれることになる。
- 制度は、共同負担(coinsurance)方式をとることもできる。この場合、制度加入者は、視力治療に係る費用の一部を負担し、制度が残部を支払う。例えば、制度加入者が視力治療に係る費用の20%を、制度が80%を負担するというものである。

- ・制度の中には、視力治療サービス各々について保障上限を設定しているものもある。視力治療費明細表方式（schedule-of-benefits approach）では、明細票所定の給付限度額を超過した金額は加入者が支払うことになる。この明細表は、視力治療のコストの変化に応じて、定期的に改訂される。
- ・視力治療に係る費用は、いわゆる医療費フレキシブル支出口座（FSA:health flexible spending account）を通じて雇用主によってカバーされることも多い。この仕組みでは、労働者は当該年度当初に当該口座にどの程度の資金を拠出するか決める。そして、給与からの天引きという形で、税引前ベースで当該口座に拠出が行われる。労働者が視力治療に係る費用を含む医療費の支出を行い、その後、雇用主から償還がなされる。当該制度年末時点で、未使用額として口座に残っている残高は、雇用主によって没収される。
- ・視力治療給付制度の中には、クローズド・パネル方式を用いるものもある。視力治療関連専門職の特定のグループ（クローズド・パネル）が対象労働者に視力治療を提供する。制度が指定する視力治療提供者から視力治療の提供を受ければ、当該視力治療に係る費用の全額の償還を受けることができる。雇用主はこのような視力治療に対して、受益者あたりの一定額を保障するような保険料を支払う。視力治療提供者には、原材料費に調整費用を加えたものが支払われる。加入者がクローズド・パネル以外でサービスを受ける場合は、制度は、一定金額のみを支払い、超過額は加入者が負担しなければならない。
- ・通常、大半の制度は、上述した各種手法を組み合わせで設計されている。普通の、慣例的かつ妥当な料金という基準に基づいて視力治療給付を提供している制度でも、加入者に定額自己負担あるいは共同負担の支払いを求めることがある。また、共同負担が視力治療明細表方式に組み込まれているものもある。

（カバレッジの継続）

1985年包括予算調整法（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA)）では、視力治療給付制度その他医療給付制度を提供する雇用主に対し、元労働者及びその扶養家族のこうした制度への継続加入を認めるよう求めている。

（視力治療給付制度を導入するに当たって留意すべき事項）

視力治療給付制度を提供しようとする場合には、コストを検討する際、初年度に請求金額が多くなることに留意しておかねばならない。なぜなら、新規に加入する労働者グループについては、それまで充足されないまま滞留していたニーズが顕在化するためである。また、雇用関係ベースの視力治療給付制度では次のような仕組みを組み込んでおく必要がある。

- ・労働者に視力治療とその制度をよく意識させ理解させるプログラム。
- ・関係当事者全員（すなわち、労働者、雇用主及び視力治療提供者）の間の効果的なコミュニケーション
- ・効率的な給付請求及び支払システム

視力治療給付制度のメリットを十分に評価するために、雇用主は視力治療給付制度が全労働者の生産性の向上に与える影響についても検討すべきである。例えば、一日の多くの時間を

コンピューター業務や運転業務に費やしている労働者を抱える雇用主にとっては、この制度は更にメリットがあるものと受け止められよう。

第24節 健康増進プログラム・疾病管理プログラム

(HEALTH PROMOTION AND DISEASE MANAGEMENT PROGRAM)

(イントロダクション)

雇用主（及び雇用関係ベースの団体医療制度）は、医療サービスの利用管理及び医療費コスト抑制のために、様々な手段を講じている。近年では、雇用主はコスト抑制に資するものとしてマネジドケアに関心を寄せている。マネジドケアでは、医療提供者との間で医療サービスに係るコストを安くするため、交渉を行うとともに、予防ケアを重視し、加入者の健康維持を図ることで、サービス需要を管理することが志向されている。マネジドケアは、加入者の健康及び疾病の積極的な管理を通じて、不必要な医療サービスの利用を抑制し、コスト削減を図ることを目的としているのである。

疾病予防及び自己管理のためのプログラムを通じて医療サービスの利用頻度を減らすことにより、医療費支出を削減することが医療サービスの需要管理の目的である。こうした取組の結果として、健康増進(health promotion)、疾病管理(disease management)をはじめとして、様々な健康管理を行うためのツールが開発されてきた。これらのツールは、予防サービス(preventive service)の実例である。雇用関係ベースの団体医療制度では、通常、対象となる加入者の状況に応じて、3つのレベルの予防サービスを提供している。

- ・一次予防—疾病の発症防止を目標に、全ての加入者を対象に行われるものである。一次予防は、現時点で疾病に罹っていない者が将来、疾病に罹る可能性を減少させるものである（例えば健康な子どもに対する定例の予防接種）。
- ・二次予防—発症はしていないが、発症するリスクが高い加入者を対象とするものである。前立腺ガンの早期発見を目的に行われる PSA テスト、乳ガンの早期発見を目的に行われるマンモグラム検査、喫煙者のための禁煙プログラム、肥満の者に対する減量プログラムといったものがある。従業員支援制度（Employee assistance programs (EAP)）は、一般的な二次予防に関するプログラムであり、団体保険制度において労働者の心身の健康を維持するために導入されている。
- ・三次予防—疾病にかかっている患者に対して、症状の悪化を防ぐために行うものである。例えば、視覚、腎臓、神経の疾患に陥ることを防ぐために、糖尿病の症状を注意深く管理し、合併症や重症化を軽減することを試みるものや、ぜんそく患者に対する禁煙プログラムといったものがある。

この節では、この3つのレベルの予防全てに関連する2つのプログラム（健康増進プログラム（Health Promotion Program）、疾病管理プログラム（Disease Management Program））を取り上げる。

（健康増進プログラム（Health Promotion Program））

健康増進プログラムは、「ウェルネスプラン(wellness plan)」とも呼ばれるが、健康的な生活習慣を奨励するため、自己管理を促したり、目標を定めたプログラムを導入したりすることで、心身の病気の予防を図ることに重点を置いている。こうしたプログラムは、雇用主によって直

接提供される場合もあれば、委託業者又は雇用関係ベースの団体医療制度を通じて提供される場合もある。健康増進プログラムを提供する雇用主や団体医療制度は、労働者に対して、こうしたプログラムに参加する機会を提供することで、健康的な生活を過ごすためのモチベーションの向上と自己啓発を期待するとともに、生産性及び士気の向上、常習的欠勤及び離職の減少、医療費コストの削減に資することを期待している。

健康増進プログラムで主にターゲットとされる生活習慣は、喫煙、栄養摂取、運動、ストレス解消といったものである。健康増進プログラムは、健康問題に関するパンフレットの配布、運動後のシャワーや着替え室の提供といった地味なものから、健康改善のために個別にプログラムを作成するもの、完全な設備の整った体育館やフィットネス運動の設備一式に至るまであって、その幅は広い。近年では、インターネットや企業内ネットワーク（イントラネット）を利用して、健康増進プログラムを提供する雇用主なども増えてきている。これにより、従来型の健康増進プログラムに代わって、よりコスト効率のよい健康増進プログラムが提供できる。

目的一職場における健康増進プログラム・ウェルネスプランには、労働者の健康改善・健康維持、労働者の生産性の向上、良質な労働者の獲得・保持、労働者の士気の改善、病気に伴う常態的欠勤の削減、医療費コストの削減といった目的がある。1999年に Association for Worksite Health Promotion (AWHP)、William M. Mercer, Inc.、U.S. Department of Health and Human Services' Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP)によって共同で実施された調査によると、雇用関係ベースの団体医療制度において健康増進プログラムが導入されている最大の理由は、労働者の健康維持（84%）となっている。その他の理由は、労働者の士気の向上（77%）、ヘルスケアコストの削減（76%）、良質な労働者の確保（75%）となっている。

ウェルネスプランを導入している雇用主のサポート組織である Wellness Councils of America は、職場におけるウェルネスプログラムの実施理由を以下のとおりまとめている。(1) 医療費の増大、(2) 予防可能な病気の流行、(3) 週間労働時間の拡大、(4) 技術革命、(5) 労働者のストレスの高まり、(6) 労働力の多様化の進展。

健康増進プログラムの普及状況—健康増進プログラムを提供している大企業の割合は、1995年の88%から、2005年には、96%にまで増加している。50人以上の労働者を抱える職場で、少なくとも1つ以上、健康増進に向けた活動が提供されている割合は、1999年時点で90%であった。雇用主の医療制度を通じて提供されるプログラムを含めると、95%の職場が何らかの健康増進に向けた取組を行っていた。少なくとも1つ以上、健康増進に向けた活動が提供されている割合は50名から99名の労働者を抱える職場では86%である一方、750名以上の労働者を抱える職場では、98%であった。

「健康増進に向けた活動（activity）」ではなく、（臨時的、ないし時々行われている取組を除く）「健康増進プログラム（health promotion program）」という公式な形で提供されている割合についてみると、15名から99名の労働者を雇用する小規模雇用主では25%、大規模雇用主では44%であった。

有効性—健康増進プログラムの有効性に関し、（調査方法論的課題があるが）労働者の健康状態、医療費コスト、欠勤の減少などの経営効率化にポジティブな影響を与えていること

を示すデータがある。1999年の職場健康増進調査（National Worksite Health Promotion Survey）によると、職場の50%以上が、上層管理職が受け入れられるほどに十分な健康増進プログラムへの投資の見返りが得られていると回答している。

雇用主は職場における健康増進プログラムを実施するにあたり、様々な障害、困難があると解答している。労働者の関心不足（50%）、高リスク労働者の参加率の低さ（39%）、不十分な資源（37%）となっている。その他の障害としては、結果の追跡、運営支援、プログラムの統合、データへのアクセス、機密管理といったものが挙げられている。

インセンティブ雇用主は、健康増進プログラムへの労働者の参加を奨励するために様々なインセンティブを導入している。勤務時間中にプログラムに参加することを認めている雇用主もいれば（72%）、フレックスタイムをプログラムへの参加に利用することを認めている雇用主もいる（45%）。また、労働者が禁煙するために外部の診療所に通う場合に費用の一部を負担したり、喫煙しない労働者や定期的に運動クラブに参加している労働者の医療費については雇用主負担割合を高めている雇用主もいる。また、一定時間数の運動を終了した労働者には特別賞与を出したり、労働者を競争させて勝った者に賞金を与えている雇用主もある。一方、労働者が一定のプログラムへ参加するために費用を負担しなければならない場合もある。

労働者の健康増進プログラムの参加促進や労働者の健康リスクの改善を目的として経済的なインセンティブ（医療保険制度の保険料の割引や金銭のボーナス）を付与している雇用主もいる。2005年時点で大企業の41%が経済的インセンティブ（又はディスインセンティブ）を導入している。50人以上の職場で見ると、健康増進活動への労働者の参加促進のために経済的インセンティブを導入している割合は、10%に過ぎない。ウェルネスプログラムに参加させるための経済的インセンティブの中には、医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)による差別禁止規定によって規制されるものもある。

（疾病管理プログラム（Disease Management Program : DM））

労働者の健康を維持し、疾病の発生を防止することに加えて、既に診断により慢性疾患が認められた労働者等が急性合併症を併発しないよう、予防措置を講じている雇用主（団体医療制度）もいる。疾病管理（disease management (DM)）と一般的に呼ばれるプロセスを通じて、雇用主（医療制度）は、患者を複合的な医療ケアシステムに効果的に誘導し、不必要な医療サービスの利用を回避し、早期かつ継続的な処置を提供することを通じて、医療費コストを削減するよう努めている。疾病管理は、高額な入院治療その他の医療処置に対する労働者のニーズを抑えながら健康改善を図ることで、コストの削減を可能とする。

疾病管理は、一定の病状（特に、糖尿病、ぜんそく、心血管疾患、うつ病のような慢性的な医学的状态）にある（又は罹患リスクのある）対象集団に対し、統合的医療ケアを行う体系的なアプローチと定義される。疾病管理プログラムの内容は、対象となる疾病の範囲によって異なる。ぜんそくや糖尿病といった特定の病状や疾患に完全に対象を限定するものもあれば、（糖尿病患者は、通常複数の疾病を併発するので）糖尿病患者の全ての医療をマネジメントするとい

ったようなものもある。現に慢性疾患を有している者の健康状態を管理しつつ、さらに慢性疾患に罹る高いリスクを有する者の発症の予防も視野に入れるという形で、対象となる加入者群をより広く設定しているものもある。

疾病管理は、エビデンスに基づく診療ガイドライン、患者を主体とする医療の戦略（patient empowerment strategy）を活用しつつ、医師（又は開業医）と患者の関係や治療経過をサポートするとともに、急性発作や合併症の予防に重点を置く。疾病管理は、慢性疾患患者の処置に対する積極的アプローチであり、患者及び医療提供者の啓発、患者への自己管理の働きかけ、医療提供者を支援するための臨床支援システムの構築といったものも重視している。

米疾病管理協会（Disease Management Association of America (DMAA)）は、完全な疾病管理プログラム（full-service disease management program）において必要とされる構成要素として以下の 6 つを定めている。(1) 対象となる集団を特定するプロセス（population identification process）、(2) エビデンスに基づく診療ガイドライン、(3) 医師とサポートサービス提供者の連携による診療モデル、(4) 患者の自己管理のための教育・啓発（一次予防、行動改善プログラム（behavior modification program）、服薬コンプライアンスとその状況の監視が含まれる）、(5) プロセスとアウトカムの測定、評価、管理、(6) 定期的な報告とフィードバック体制（患者、医師、補助的サービス提供者（ancillary provider）とのコミュニケーション、診療パターン分析が含まれる）

このように米疾病管理協会によって疾病管理の包括的な定義及び構成要素が示されているわけだが、疾病管理プログラムの内容は、プログラムによって大きく異なる。米疾病管理協会は、上記 6 つの要素のうちの一部のみを提供するプログラムを「疾病管理支援サービス (Disease Management Support Service)」と定義している。しかし、実際には、様々なプログラムが「疾病管理プログラム」と命名されている。例えば、ある特定の病状に関する簡単な資料の提供、オンラインでの医療コンテンツの配信といったものもあれば、医療専門家による病状の集中的な監視・管理を行うものもある。また、コンピュータその他の機器を利用して、電子通信による遠隔監視を行うものもある。ヘルスケア分野におけるテクノロジーの導入の進展により、遠隔でも病状を管理することが容易になった。疾病管理プログラムには、同一の症状をもつ加入者に対して、集団的活動を実施するものもある。

疾病管理 (DM) プログラムは、独立して事業を行っている DM 事業者や、HMO や PPO といった医療プラン、病院、製薬会社、調剤給付管理者 (Pharmacy benefit manager (PBM)) といった様々なタイプの事業体によって、提供・運営される。

疾病管理プログラムの目的—慢性疾患を有する者の治療には多額の費用がかかる上、こうした者の健康及び生活の質の改善を図るためにも、慢性疾患の管理が重要である。2000 年に Aon 社によって実施された調査によれば、雇用主が疾病管理を導入している理由は、上から順に、(1) 医療費の削減、(2) 臨床転帰（病気が進行した結果）の改善、(3) 労働者の満足度の向上、(4) 障害コストの削減、(5) 労働者の生産性の向上、(6) 労働者の雇用維持、となっている。

疾病管理プログラムの普及—テクノロジーの進歩が、疾病管理プログラムの普及に寄与している。テクノロジーは、疾病管理プログラムの対象者の特定、プログラムの効果の測定、

プログラムの管理・運営にとって、不可欠なものとなっている。インターネットや通信機器によって、疾病管理プログラムの参加者が情報、質問、評価を医療提供者やメディカルデータベースに伝えることができる。疾病管理プログラムの参加者は、インターネットや電話を使って、医療情報にいつでも簡単にアクセスすることもでき、チャットや電子掲示板、e-mail を使って、医療提供者や同一のプログラムに参加する他の参加者とコミュニケーションを取ることにもできる。こうしたテクノロジーの利用によって、将来は更に劇的にコストの節約が見込めるため、テクノロジーのコストが更に低くなれば、将来、疾病管理プログラム参加者に対して、疾病管理プログラムの一部として、無料でコンピューターを配布する団体医療保険制度も出てくるのではないかと考えている者もいる。

2005 年時点で、大企業の 49%が疾病管理プログラムを提供している。これらのプログラムの大部分（疾病管理プログラムを提供している雇用主の 68%）が雇用主提供の医療制度の下で提供されている。独立して営業する疾病管理会社（DM company）が直接雇用主が契約を行い、疾病管理プログラムを提供する例というのは極めて少ない。

1999 年の職場健康増進調査結果からは、疾病管理プログラムが一層普及してきており、近い将来、より多くの雇用主が同プログラムを導入するだろうということが見て取れる。50 人以上規模の職場のうち、疾病管理プログラムの提供割合（疾患別）は、うつ病（42%）、高血圧（35%）、がん（34%）、糖尿病（34%）、心血管疾患（33%）、ぜんそく（27%）、肥満（25%）となっている。調査結果からは、疾病管理プログラムが更に充実、拡張されていくであろうということが見て取れる。疾病管理プログラム現在提供しているプログラムを停止するつもりであると回答した雇用主は 1%に満たなかった。慢性疾患を管理するための新たなプログラムを導入しようと考えている職場の大部分は、職場で直接提供するというより、団体医療制度を通じて提供することになるであろうと回答している。

他の調査では、労働者の健康的な生活を奨励するために、なんらかの健康増進プログラム又はウェルネスプログラムを労働者に提供している雇用主の割合は 75%との結果がでている。また、回答者のほとんど（97%）が、疾病管理プログラムは健康増進プログラム又はウェルネスプログラムを補完するものとして有効と回答している。一方で、この調査では、雇用主の 43%が疾病管理プログラムによって収集・活用される健康情報の機密性について懸念しており、こうした懸念から疾病管理プログラムを実施することをためらっているという実態が示されている（疾病管理プログラムに対して、HIPAA 法のプライバシーに係る規定が適用されるか否か、影響がどの程度及び得るのか否かは、疾病管理プログラムを管理・運営する事業体の類型、疾病管理プログラムが提供するサービス内容に依存する）。

有効性—これまでの研究とケーススタディでは、疾病管理プログラムの肯定的な結果が示されている。しかし、一般的に疾病管理プログラムが労働者の健康を改善し、長期的に見て医療費を削減することにつながるのかどうかを示す決定的な証拠はまだ存在しない。疾病管理プログラムによって健康とコスト効率の改善がなされたかどうかは明らかになるには、数ヶ月から数年かかる。特定の改善効果が疾病管理プログラムの結果によるものであると証明することも困難であろう。しかし、多くの雇用主（及び医療制度）は疾病管理プ

プログラムを実施した結果として、労働者の健康が改善され、コスト削減にもつながった経験を有している。そして、疾病管理プログラムは医療費を節約するものであると確信し、当該プログラムを導入する雇用主の数も増えている。

大企業への調査では、疾病管理プログラムを実施している雇用主の半数（47%）が、疾病管理の導入してからまもないため効果や投資収益率（ROI）を検証することができていないと回答している。疾病管理プログラムの投資収益率を算出することができていると回答する雇用主は10%に過ぎず、疾病管理プログラムの結果報告書を作成している雇用主は25%に過ぎない。

疾病管理プログラムの評価及び選択を簡素化させるための試みとして、疾病管理プログラムの効果及び投資収益率の測定方法の標準化を図る取組が進行中である。ケアの質の向上を目的としている機関として知られる3つの組織（URAC（The American Accreditation HealthCare Commission）、The National Committee for Quality Assurance（NCQA）、The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations（JCAHO））が疾病管理プログラムの認定を行う取組を始めている。この過程においては、疾病管理プログラムの組織構成、プログラムの対象・目的、パフォーマンスと質の測定、制度設計といったものが評価される。こうした要素の標準化と当該標準を充たす制度を認定するという仕組みによって、雇用主が疾病管理プログラムの質を評価し、選定することが可能となる。疾病管理プログラム提供者の中には、当該プログラムの購入者に対し、プログラム参加者の健康改善及び一定水準のコストの節約を保障することで、財政リスクを引き受けているものもいる。

（むすび）

健康増進プログラム及び疾病管理プログラムについて、（労働者の健康の改善、コストの節約を含む）肯定的な結果を示す様々な分析、ケーススタディが存在する。雇用主は、自らが提供するプログラムの効果を分析するためにデータを収集し続けるべきである。こうしたプログラムが医療費削減に有用であるかどうかをはっきりさせるためには、雇用主及び研究者は、長期間にわたり、多くの労働者を追跡調査しなければならない。この結果にかかわらず、多くの雇用主は、こうしたプログラムの存在自体が、労働者に関心を持ち、その幸福と健康を重視していることの表れであり、有益であると信じている。

第25節 メンタルヘルス・薬物乱用給付

(MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE BENEFITS)

(イントロダクション)

世界銀行と WHO が共同で公開している「The Global Burden of Disease」よれば、疾病負荷 (burden of disease) 全体に占める精神疾患 (mental disorders) の割合は 15% となっている。この数値は、ガンと同等であり、心血管疾患よりもわずかに少ない。いずれの年においても、成人の約 6% が主要な精神疾患に罹っており、5-9% の子どもが深刻な情緒障害に苦しんでいるとの結果が出ている。うつ病、双極性障害、統合失調症、強迫性障害は世界全体の障害要因のトップ 10 に位置付けられている。

メンタルヘルス及び薬物乱用に関連する費用はアメリカ国内の総医療費の 7.5% を占め、総額 1.6 兆ドルのうちの 1,210 億ドルにのぼる (2007 年)。1993 年から 2003 年の間に、メンタルヘルス及び薬物乱用に関連する費用は、一般医療費の伸び率 (平均年次増加率 6.5%) よりはややかであったものの、平均年次増加率は 5.6% であった。

メンタルヘルスサービスへの費用負担における政府の役割は、医療費全体の平均と比較して相対的に大きく、2003 年時点でメンタルヘルス関連費用のうち公的資金源の支出額は、58% を占めている。同時期に、精神疾患の治療に必要な処方箋薬に対するカバレッジは、急激に拡大している。保健社会福祉省 (Department of Health and Human Services) の下部組織である薬物乱用・精神衛生管理庁 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)) の 2007 年の報告によると、1993 年から 10 年間で、精神疾患の治療に必要な処方箋薬に関する支出額は、年次 18.8% ずつ増加したとのことである。

研究結果によれば、患者がメンタルヘルス処置を受けた場合、一般的に、その処置を患者は肯定的に受け止め、病状の回復に効果があると感じているようである。例えば、1995 年の消費者レポート調査 (Consumer Reports Survey) によると以下のような結果が出ている。

- ・自らの精神状態がメンタルヘルスの治療を受ける当初、「very poor」と答えた者の 44% が治療後は、「good」と回答している。メンタルヘルス治療を受ける当初、「fairly poor」と答えた者の 43% は、大きく状態が改善した。
- ・自らのホームドクター (かかりつけ医) による支援を受ける患者は、より改善度合いが大きい傾向がある。しかし、6 ヶ月以上精神疾患の専門医に診断を受けた患者は更に症状が改善する傾向にある。

(メンタルヘルスと薬物乱用に係るカバレッジ)

大半の大企業では、メンタルヘルスサービス及び薬物乱用サービスのカバレッジを提供している。しかし、1989 年及び 1995 年に Foster Higgins によって実施された調査の分析によれば、1996 年の Mental Health Parity Act (MHPA) の施行より前の時点では、他の医療ケアに対するカバレッジほどメンタルヘルス及び薬物乱用に係るカバレッジは広範囲なものではなかった。そして、MHPA の制定以降、メンタルヘルスに関するケアへのアクセス及びケアの質は減退した。RAND Corporation による 2 つの研究によると、精神疾患に罹患している可能性

が高い患者のうち、1996年から1998年の間、保険のカバレッジを受けることができた者よりも保険のカバレッジを失った者の方が多く、また給付内容が縮小した例も多かったということである。更にこの研究では、精神状態が良い者に比べて、精神状態が優れない者はケアへのアクセスが困難となったことが示されている。民間部門の雇用関係ベースの医療制度における精神疾患のカバレッジは、身体に関する疾患に比べると充実しているとはいえない。例えば、ほとんどの雇用関係ベースの団体医療制度では、受益者の一定の自己負担額を超える部分の費用を制度が負担しているが、無制限の高額請求を防ぐために、制度からの給付額については、年間又は一生涯の上限（一般的には100万—300万ドル）を課している。MHPA法の下では困難になったものの、制度の中には、精神疾患費用の（多額の）請求から制度を保護するために、精神疾患に係る年間又は一生涯の支払上限額を他の一般医療の場合よりも低く設定したり、メンタルヘルスサービスを受けた加入者の自己負担額をより高く設定したりするものも多い。

2003年時点で、最も一般的な保険給付の制限は、精神疾患による入院日数に年間上限を設定するというものである。100人以上の労働者を雇用する民間企業に雇用される労働者のうち、77%が入院日数制限が課せられており、74%は、外来診断日数について制限が課せられている。HayGroupの1998年のレポートによると、精神疾患ケアに関する入院について日数制限を設けている雇用関係ベースの団体医療制度の割合は1988年から1997年までの間に38%から57%に増加し、外来診察の日数制限を設けている割合については、26%から48%に増加したとされている。HayGroupは、この結果、1988年から1997年までの間に、調査対象となった医療制度全体の全医療給付額に占めるメンタルヘルスケアの給付額は、6.1%から3.1%にまで減少したと推計している。他の研究においても、メンタルヘルスサービスとその他の医療サービス間の保険カバレッジの格差が拡大してきていることが示されている。（メンタルヘルスに関連する費用が高額になった者に対するカバレッジの提供で主要な役割を担っている）公的なメンタルヘルスケアのセーフティネットの存在が、このような動き（雇用関係ベースのカバレッジの減少）を助長している可能性がある。なお、メディケアとメディケイドが導入された当初、これらの制度もまた、（既に州政府によって実施されていた）神経疾患、精神疾患の長期ケアサービスに係る経済的負担が連邦政府に転嫁されることを回避するために、これらのカバレッジを制限していた。

精神疾患給付に関するマネジドケアのプロセスは、他の団体医療制度の給付と同様であり、HMO(health maintenance organization)、PPO(preferred provider organization)、POS(point-of service-plan)、EPO(exclusive provider organization)などの形態が発展してきた。メンタルヘルス及び薬物乱用給付を行う場合に主に活用されているマネジドケアの形態は、Carve-out Managed Behavioral Health Careであり、一般的には、managed behavioral healthcare organization(MBHO)と呼ばれる専門的な事業体によって提供されている。この形態(carve-out)では、一般的には、会計が独立しており、独自のサービス提供ネットワークをもち、システムの中に経済的なインセンティブが導入されている。カバレッジの対象となるサービス、利用管理の方法、財政リスクその他の内容は、carve-outに係る取決めの内容によって異なる。医療保険制度に加入するアメリカ人の約75%はMBHOに加入しているが、彼らの多くはこうした取決めの内容について認識していないであろう。

MBHO へのシフトによって、雇用関係ベースの団体医療制度は、マネジドケアの登場以前に主流であった手法（需要サイドをコントロールするという発想に依拠していた（例：給付制限））から、より供給サイド志向（例：サービス提供者へのインセンティブ付与）に転換した。サービス提供者への経済的インセンティブや、不必要なケアを制限するための利用管理手法の活用といったマネジドケアの枠組みの中で給付がコントロールされている。

品質・信頼性評議会（The National Committee on Quality Assurance's (NCQA)）が作成する MBHO に関する評価表は、雇用主や労働組合、医療制度や消費者が、HBHO の質に関する情報を容易に入手することに役立っている。民間非営利団体である NCQA は、アメリカ国内におけるヘルスケア関連団体の認定を行う主要な機関である。提供するケアやサービスの質に関する NCQA の基準を満たす MBHO は、NCQA の認定を受けることができる。この基準は、(1) 質の管理・改善、(2) アクセス状況(accessibility)、利用可能性(availability)、専門医等への照会(referral)、トリアージ(triage)、(3) 利用管理 (utilization management) の状況、(4) 資格認定の状況 (credentialing, re-credentialing)、(5) 加入者の権利及び責任（例：思春期カウンセリングプロセスにおける家族の支援）、(6) 問題行動に対する予防的医療サービス、(7) 臨床評価と治療記録といった 7つのカテゴリーに分かれている。

マネジドケアは、明らかにメンタルヘルスサービスのコストを引き下げたといえる。一方、こうしたコスト抑制の背景には過少診療のリスクが潜んでいる。この点は特に重要である。メンタルヘルスサービスへのアクセス制限が患者の健康状態に影響を与え、結果として労働者のパフォーマンスの低下、欠勤率の増加、医療サービスの利用増をもたらすとするデータもある。

十分に裏付けられた治療の有効性に関するレビュー（1996年）では、カバレッジの対象となるメンタルヘルスサービスには次の要素を含むものであるべきとの提案がなされている。

- ・病院その他の 24 時間サービス（例 緊急時の在宅サービス）
- ・集中的な地域サービス（例 部分入院 (partial hospitalization)）
- ・通院・外来サービス（例 心理療法に特化したサービス）
- ・医学的管理（例 向精神剤のモニタリング）
- ・症例管理（ケースマネジメント）
- ・集中的心理社会的リハビリテーションサービス
- ・重症疾患を有する患者のケアに資する積極的アウトリーチ活動

このほか、労働者のメンタルヘルスや薬物乱用の改善のために（時に労働組合と協力して）雇用主が提供するものとしては、従業員支援制度（employee assistance program (EAP)）がある。これは、労働者及びその家族に、個人的問題、情緒的問題、家庭内問題、健康問題に対処するための専門的なサポートを提供するものであり、雇用主が自主的に提供するプログラムである。従業員支援制度は、結婚生活の危機、薬物・アルコール依存、一人親の子育て、精神的ストレス、金銭上の問題、精神的苦痛などといった複雑な問題に直面している人々を支援するものである。こうした問題に対し自分自身で上手く対処している者もいるが、問題が非常に深刻で専門的な支援が必要となった場合、支援を求めることは容易ではない。また、非常に困難な状況に陥っている者は、自らの状況に最も適した種類の支援を見つけることも困難である。従業員支援制度はこうした窮地に陥った労働者及び家族を支援するものである。

(メンタルヘルスサービスとその他のサービスとの均等 (parity))

((メンタルヘルスに対する) 長年のスティグマ、差別の産物ともいえる) メンタルヘルスと一般医療ケアとの保険カバレッジの不公平を改善し、均等化 (Parity) を実現するため、立法を通じ是正に向けた取組が行われている。均等化とは、メンタルヘルスと他の一般医療ケアの間で保険カバレッジの内容を同等とすることを意味する。均等化が達成された場合であっても、ケアが適切にマネジメントされれば、コストの増加は微々たるものであると思われる。マネジドケアの手法を導入すれば、不適切なメンタルヘルスサービスの利用を回避することから、均等化措置を採った場合でも、利用管理の仕組みを採用していなかった従前の出来高払い制である実費給付補償型プラン (indemnity plan) よりも効率的な運営をすることができる。メリーランド州、ノースカロライナ州、テキサス州における州法の実施状況を見ると、立法によってマネジドケアと併せて均等化措置が導入されて以降、コストは実際に減少している。一般的には利用者の数が増えれば、個々の利用者ごとの平均支出額は減少すると考えられる。

MHPA 法は、当初 2001 年 9 月 30 日までの時限立法であったが、その後数回延長がなされ、最終的に 2008 年に恒久化された。メンタルヘルスカバレッジの不平等を判断するに当たり、MHPA はある一つの点に着目する。すなわち、医療費が高額となった場合における給付の取扱 (catastrophic benefit) である。同法では、精神疾患と身体的な疾病とで、一生涯ないし年間の保障上限額に差を設けることを禁止している。メンタルヘルスのカバレッジの上限額について一般医療のカバレッジよりも低い上限額を定めることも MHPA では違法とされる。例えば、メンタルヘルスサービスについては年間 50 回までに通院制限を課し、1 回当たりの支払額の上限を 50 ドルと設定している制度では、メンタルヘルスサービスに対する年間支払上限額は 2,500 ドル (50 回×50 ドル) となる。当該制度が一般医療給付について、年間上限額を 2,500 ドルを超えて設定した場合には、MHPA 法違反となる。

MHPA は、(エリサ法の規定によって本来であれば州法の適用が除外される) 民間部門の自家保険制度を含め、雇用関係ベースの団体医療制度一般に適用される。2000 年 5 月に米会計検査院 (Government Accountability Office) は、米上院の保健・教育・労働・年金委員会 (the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions of the U.S. Senate) において、多くの雇用主は MHPA の要件を遵守しているが、メンタルヘルスサービスへの労働者のアクセスの改善効果はほとんど現れていないとの報告を行った。MHPA は多くの点で不十分な内容となっている。たとえば以下のような点が指摘できる。

- ・メンタルヘルス給付を提供していない 50 人未満の企業規模の雇用主は MHPA の適用除外となっている。
- ・精神障害を負う加入者に対して給付を行う障害制度 (disability plan) については、MHPA の適用除外となっている
- ・保険料が 2% 以上上昇した経験があり、均等化 (parity) 措置を導入した結果、1% 以上保険料が増加した保険業者及び自家団体保険制度は、MHPA の適用除外の申請をすることができる。
- ・(団体加入ではなく) 個人加入の保険市場で提供されるカバレッジについては、MHPA が

適用されない。

MHPA と並行して、均等化措置を行うための立法が各州においても行われている。テキサス州のように、均等化措置に関する立法の適用対象範囲を、重度の精神疾患に罹った者のみに狭く限定している州もあれば、メリーランド州のように、カバレッジの均等化措置の対象となる精神疾患の定義を広範にし、薬物乱用も対象に含めているような州もある。メリーランド州では一般の保険市場において加入者のための保険契約を購入する雇用関係ベースの団体保険制度（完全保険型（Fully insured））を含め、当該規定の対象範囲を幅広く設定している。

（メンタルヘルスに関する情報の機密性）

1996 年医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)）において、議会は、連邦政府に国としての機密性保持に関する基準の策定を委任した。保健社会福祉省長官によって公布されたプライバシー規則では、医療提供者、給付支払者、制度の管理者が患者の機密性保持（特に心理療法に関する情報）に関する権利を侵害しないために講じるべき方策に関するガイドラインが示されている。

アメリカの法律では、（個人情報については）機密性原理(principle of confidentiality)による広範な法律上の保護が与えられている。米最高裁判所の Jaffee v. Redmond は、1996 年にこの点について以下のとおり言及している。

「効果的な心理療法が行えるか否かは、患者が率直に、事実、感情、記憶、恐怖を包み隠さず開示しようと思うかどうか、そうした信頼した状況が生まれるかどうか依存する。患者が心理療法士に相談する問題は極めて繊細な性格を有しているため、カウンセリング中に行われる極めて機密性の高い個人的な相談内容が開示されれば、患者は深く傷つき、恥辱を受ける。こうした情報が開示されれば、治療がうまくいくために必要な極めて親密な信頼関係の構築を阻害することになるであろう。」

世論調査では、ヘルスケアに関する個人情報保護（プライバシー）の重要性に対する認識が示されている。電子医療記録の機密性に信頼を置いていると回答した者の割合は、わずか 10% に過ぎない。

（職場におけるメンタルヘルスと薬物乱用）

1990 年障害を持つアメリカ人法（Americans with Disabilities Act(ADA)）—ILO が 2000 年 10 月に公表したレポートによれば、臨床的うつ病によって、アメリカでは毎年、2 億日の労働日のロスが生じているとされている。実際、ADA 施行後の最初の年に雇用機会均等委員会（ADA の施行責任を有する機関）に申請された訴えでは、精神疾患に関する関係の請求が最も多かった。しかし、最近の規制や訴訟の動きを見てみると、精神疾患を有する労働者が、ADA の請求で勝訴することは難しくなっている。勝訴するためには、労働者は通常、精神疾患により業務遂行能力が著しく制限されていることを自ら証明しなければならない。雇用主は、過度な負担が生じると認められる場合は、労働者の精神疾患に合わせて便宜を図ることを求められない。雇用主は労働者が障害を負っているということを知らなければ、管理を誤っても非難されることはない。精神疾患を有する多くの労働者は、

実際に当該疾患による不品行が表に現われるまで、そうした疾患を打ち明けることはない
ので、労働者が ADA を根拠に救済を求めることは困難となっている。

精神疾患を有する労働者が支援を求めることを更に困難としている課題としては、ADA
では、治療可能な障害 (disability that is correctable) が適用対象に含まれていないとい
うことが挙げられる。例えば、抗うつ薬によって、うつ病を有する患者が通常通り働くこ
とができる場合、治療可能な障害であるとみなされ、ADA の救済を受けることができない
可能性がある。ADA のこうした不十分な点に対応する措置を講じている州もある。例えば、
2000 年 9 月にカリフォルニア州では、法律で、当該州における障害の広範な定義の中
には、精神疾患も含まれるということを再確認している。もちろん、より厳しい州法の規定
を遵守するため、ADA に基づく訴訟に巻き込まれるのを防止するためといった目的で、
ADA が求める要件以上の対応を採っている雇用主も多い。

麻薬・覚醒剤追放職場運動 (Drug-Free Work-Place Policy) の推進—薬物乱用・精神衛生管
理庁 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)) は、
雇用主に対して、麻薬・覚醒剤追放職場運動 (Drug-Free Work-Place Policy) をどのよ
うに導入し、フォローアップし、評価するべきかといった点に関するアドバイスをを行っ
ている。その内容については、「Hallmarks of Successful Drug-Free Workplace Program,
Creating a Drug-Free Workplace Policy, and Evaluating a Drug-Free Workplace
Program」というタイトルのレポートによって普及を行っている。

(今後の展望)

多くの者は、今後 10 年間、メンタルヘルスの分野が最も激動するものと考えている。電子
イメージング技術の更なる進化によって、研究者が脳の内部をより詳細に調査できるようにな
れば、科学者は、疾患の原因となる脳の異常部分を判別することができるようになり、より効
果的に治療の対象となる分野を特定できるようになるかもしれない。遺伝子に関する知見が進
展すれば、統合失調症のような精神疾患を持つ患者の治療効果を改善する新型の治療薬を処方
することができるようになるかもしれない。インターネットは、オンライン上での患者と医師
等との質問や回答のやり取りにおいて、匿名性を確保することによって、精神疾患のスティグ
マの克服に役立っている。精神疾患に関連する新薬が何百万人もの潜在的な消費者に直接、宣
伝されることで、患者の治療に対するニーズが変化するかもしれない。行動保健 (behavioral
health) と身体的健康 (physical health) の各取組の融合がうまく進むことによって、患者サ
イドの視点に立った、より迅速なケアシステムの確立が図られるだろうと信じている者は多い。

第26節 退職者医療給付 (RETIREE HEALTH BENEFITS)

(イントロダクション)

退職者医療給付は、1940年代後半及び1950年代には、極めて限られた範囲でしか提供されていなかった。しかし、1960年代後半に、メディケアの創設と軌を一にして、退職者医療給付を提供する雇用主の数が急速に拡大した。退職者医療給付は、通常、現役労働者の医療制度の一部として提供され、保険料や会計が退職者医療給付専用で独立していたわけではない。以降、労働力人口の年齢構成の変化、平均寿命の進展、ヘルスケアコストの増加により、現役労働者に対する退職労働者の割合が高まり、多くの雇用主が、退職者医療給付のコスト、支払債務の増加を経験することとなった。

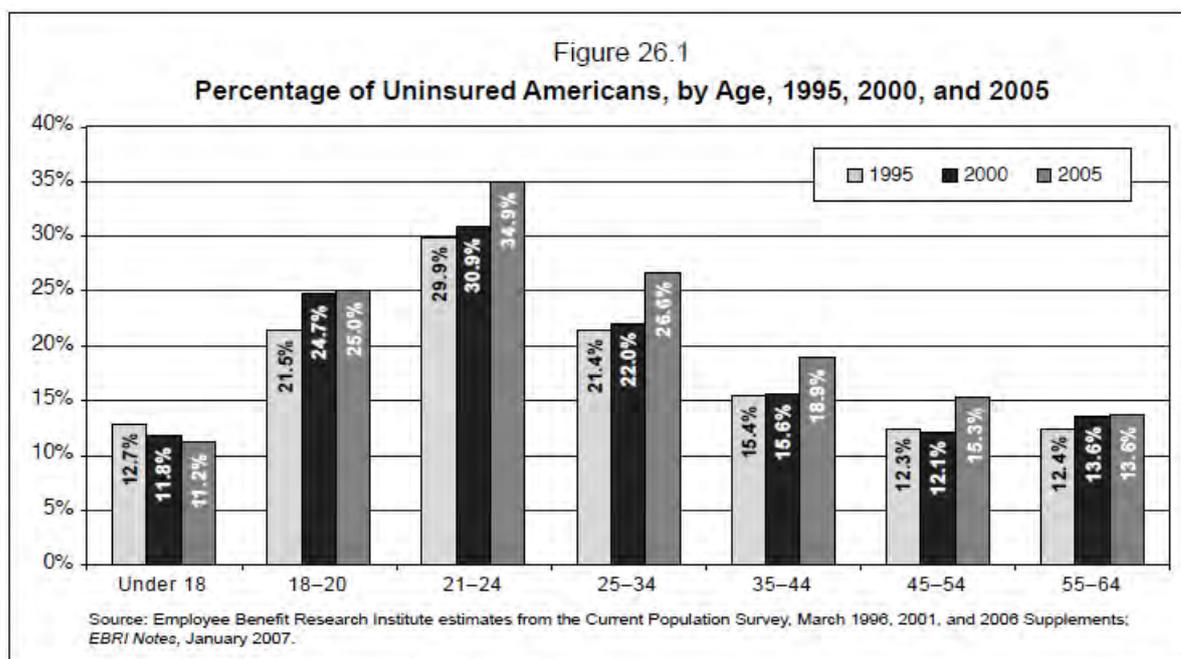
1989年に、米国財務会計基準審議会 (Financial Accounting Standards Board(FASB)) はステートメント No. 106 (FAS 106) 「年金以外の退職後給付のための企業会計基準 (Employers' Accounting for Postretirement Benefits Other Than Pensions)」を発出し、企業に対し、年金以外の退職者関連給付についても新たに説明責任を課すこととし、1992年12月15日以降に開始する会計年度から、企業のバランスシート上に将来、給付を行うことが確定している退職者関連給付についての負債を計上するよう求めた。これにより初めて、退職者医療給付の真のコストが把握されることとなった。FAS106が導入される以前は、企業は単に当該制度の存在と給付額のフローに関する情報のみを開示することのみで足りた。政府会計基準審議会 (Governmental Accounting Standards Board(GASB)) のステートメント No. 43 及び No. 45 によって、公的部門における制度スポンサーが提供する退職者医療給付に関しても新たな会計基準が導入されたが、これは F106 によって民間部門の雇用主に求められる基準と同様のものである。GAS43 及び 45 では、公的部門における制度スポンサーは、給付に必要なコストをその都度 (pay-as-you-go-basis) 報告するのではなく、当該労働者の勤続期間中にわたって、当該労働者の退職後医療給付費用を発生させていくことが求められている。

FAS106 の導入と退職者医療給付の提供コストの増大の結果、多くの雇用主が自らの退職者医療給付制度の見直しに着手した。雇用主の対応は、退職者医療給付への支出額に上限を設けるもの、年齢要件や勤続要件を新たに追加するもの、なんらかの掛金建ての医療給付に移行するもの、将来の退職者に係る退職者医療給付を完全に廃止するもの、他の手段に比べればまれではあったものの現在の退職者の給付についても廃止するものと様々であった。こうした変化は、現時点で既に退職している者には大きな影響を与えないように思われるが、退職者医療給付の受給適格を未だ有していない、又はもはや受給適格を得ることが不可能な将来の退職者 (現役労働者) にとっては極めて大きな影響となろう。将来の給付が約されていない状況において、制度スポンサーである雇用主が、制度を終了したり、修正したり、受給権が確定していない部分について改定する権利を無条件に有しているような場合はなおさらであろう。

(退職者医療給付の導入状況とコスト)

1994年以降、55-64歳の無保険者の割合は、変動してきている。1994年—1999年の間では、当該割合は、12.8%から13.5%に増加した。1999年以降で見ると、その割合は、安定し

て推移し、2005年は13.6%となっている。近年、同年代（55-64歳）で雇用関係ベースの医療給付を受けている者の割合は減少してきており、2003年の68.1%から2005年には66.7%に減少している。



（国民一般ではなく）労働者に限ってみると、保険カバレッジの割合は全体的に安定的に推移してきている。55-64歳の労働者のうち、無保険者の割合は、1994年の11%から1999年には12.3%に増加したが、2005年には11.9%に減少した。雇用関係ベースの医療保険制度に加入している55-64歳の労働者の割合が増加するにつれて、個人保険を購入している者又は公的医療制度でカバーされている者の割合が減少している。雇用関係ベースの医療保険制度に加入している55-64歳の労働者の割合は1994年は77.1%であったが、2003年には79.1%にまで増加した。2003年以降、当該割合は減少し、2005年には77.6%となっている。直接保険業者から個人保険を購入している労働者の割合は1994年の9.4%から2005年には6.8%まで減少した。公的制度によってカバーされている労働者の割合は、1994年の8.6%から2003年には6.6%にまで減少したものの、2005年には8.5%まで増加している。

退職者というカテゴリーで見ても、上記と同様の傾向が見られるが、それは55-64歳の労働者というカテゴリーで見た場合より顕著な結果となって表れている。例えば、55-64歳の退職者の無保険者の割合は、1994年の15.1%から2001年には17.8%に上昇した。その後2003年には16.6%に減少したが、2005年には17.3%に再度増加した。これとは対照的に、55-64歳の退職者のうち、雇用関係ベースの医療保険制度に加入している者の割合は、1994年の56.1%から2003年には57.2%に増加したが、2005年には54.4%まで減少した。2003年から2005年の間に雇用関係ベースの医療保険制度に加入している退職者の割合が減少する一方で、個人で医療保険に加入する者の割合が2003年の11.1%から2005年には13.0%に増加している。

疾病にかかったり、障害を負う（健康を理由に働くことができない状態）経験度合は、現役

労働者と退職者では全く異なる。一般的な傾向としては、無保険で疾病に罹患したり、障害者になる確率は、減少してきている。1994年時点では、疾病患者、又は障害者のうち、無保険者の割合は14.1%であったが、2003年には6.5%まで減少した。しかし、55-64歳では、疾病患者又は障害者のうち、無保険者の割合は、2005年には9.7%へと急激に増加した。疾病に罹った者や障害者のうち、1994年から2005年にかけて、メディケアもしくはメディケイドによって、カバーされる人の割合は増加した。疾病患者及び障害者のカバレッジの状況は、労働者や退職者のカバレッジの状況と比べて、変化の度合いが年々激しい。この理由は、ある医療保険から別の医療保険への移行が実際に起きた結果であるかもしれない。一方、疾病患者及び障害者のカテゴリーが他のカテゴリーよりも人数が少ないことが理由である可能性もある。

(メディケア)

退職者医療給付制度の制度設計は基本的に2つのタイプに分けられる。1つは、65歳未満の退職者をカバーする制度であり、もう一つは、65歳以上の退職者をカバーする制度である。65歳で区切られるのは、メディケアの受給資格要件が65歳以上であるためである。65歳未満の退職者は、通常、現役時代に受け取っていたカバレッジに基づき給付を受ける。ただ、近年、こうした65歳以前の早期退職者の制度では、保険料の負担のあり方が現役労働者の場合と比べて異なるように設計される傾向が強くなってきている。65歳以上の退職者についての退職者医療給付制度では、通常メディケアとの給付調整が行われる。

メディケアの基本的要素—メディケアは、メディケア受給資格を有する退職者が加入する雇用関係ベースの退職者医療給付制度と重要な関連性を有している。雇用関係ベースの医療給付制度に加入する65歳以上の現役労働者を除き、メディケアは、大半のメディケア受給対象者の医療サービスについて、一次的に支払を行う。65歳以上の退職者に医療保険カバレッジを継続して提供している雇用主提供の医療制度の大半は、メディケアと調整を行っている。

メディケアは主に2つのパートから構成されている。パートAは、入院関係費用及び入院後の高度介護施設 (skilled nursing facility) でのサービスをカバーする。パートBは、医師の技術料や外来業務、医療機器に関する部分をカバーする。この2つのパートではいずれも、在宅ケアサービスをカバーしている。パートDは、外来処方箋薬をカバーする。以下、メディケアではカバーされないサービス及びメディケアの定額自己負担 (deductible) と共同負担額 (copayment) について考察する。

メディケアによってカバーされない高齢者サービスのうち重要なものの一つに、長期介護 (long-term care) がある。長期介護には、(医療の専門家を必要とする場合もあるかもしれないが) 日常生活支援のような非医療的なサービスが含まれる。

メディケアの定額自己負担と共同負担額は、かなり高額である。60日までの入院滞在场合、2009年時点で、定額自己負担は1,068ドルである。最初の60日間を超えて入院を継続する場合、メディケア受給者は、毎日、共同負担額を支払わなければならない。2009年時点で、61日目から90日目までの間の共同負担額は、日額267ドルである。91日目から150日目までは、日額534ドルの共同負担額の支払が求められる。メディケアは、90

日を超える入院の場合、その日数は一生涯で一人あたり 60 日までという制限を課している (reserve days)。この reserve days を使い果たした場合、メディケアは 90 日の制限を超える入院費用についてはいかなる支出も行わない。2009 年時点で、reserve days にかかる共同負担額は、既述のとおり日額 534 ドルである。高度介護施設において、21 日目から 100 日目までに課せられる共同負担額は、1 日あたり 133.5 ドルである。外来業務及び医師の技術料については、メディケアは、135 ドルの定額自己負担と 20% の共同負担割合を加入者に求めている。一方、メンタルヘルスケアサービスについては、50% の共同負担割合 (coinsurance) が課される。

メディケアとの調整—メディケアでは、いくつかの重要な医療サービスがカバーされておらず、共同負担額や定額自己負担もかなり高額になり得ることから、退職生活に入ってから雇用主からの医療給付が継続するということは、65 歳以上の退職者にとっては、多大な金銭的なボーナスとなる。雇用主は、65 歳以上の退職者に提供する自らの退職者医療制度とメディケア制度の調整において、様々な手法を用いている。一般的な手法は以下のようである。

- ・メディケアカーブアウト (Medicare carve-out) —メディケア給付分を雇用主提供の退職者医療制度の通常給付から控除する方法。
- ・除外又は併給調整 (Exclusion or nonduplication) —雇用主が提供する退職者医療給付額を算定する前の段階で、メディケアからの給付額を退職者医療制度でカバーされる支出対象額から控除する方法。
- ・メディギャップ (Medigap) —政府によって標準化されたカバレッジ内容に基づき、雇用主提供の制度から、メディケアによってカバーされないあるいは償還されないサービスについて給付を行う方法。

メディケアアドバンテージ (メディケア・パート C) —メディケアでは、政府のコストを管理するために、(マネジドケアの一種である) PPO (preferred provider organization) の活用を選択した加入者に対してはより柔軟なサービスを提供するという仕組みを取り入れている。このプログラムでは、医療提供者は、必要となるサービス如何にかかわらず、年間、加入者一人あたり定額の支払を受ける。2004 年より前は、この仕組みは、メディケアチョイス (Medicare+Choice) と呼ばれていた。

HMO (health maintenance organization) が政府とメディケア加入者の医療費について年間定額の支払いを受け、当該加入者に対し医療を提供するという契約の仕組みが認められて以降、一方では、こうした方式は医療費を更に効率的なものとし、より低額なコストで追加的な給付を行うことが可能となるという主張が展開された。他方、こうした方式は、比較的健康な加入者にとってのみ魅力的なものであって、多額のコストを支払う必要がある患者にはメリットはなく、無視されるだろうという主張もなされた。

双方とも HMO への償還率 (一人あたり年額定額支払) は、政府の支出を抑制するためにはより低いレベルで、HMO の仕組みを魅力的なものとしてその導入を促すためには償還率をより高いレベルで設定する必要がある、その間の均衡点を見出さなければならないということについては、意見が一致している。1990 年代後半から 2000 年初頭までにか

て、この均衡点が得られることはなく、HMO は多くの市場において、メディケアから撤退した。この仕組みは、医療提供者にとってはさほど利点はなかったものの、一方で加入者にかなり好評であった。この仕組みへの医療提供者側への関心を再度高めるための試みとして、2003年のメディケア近代化法（2003 Medicare Modernization Act）では、一定年数に限って、（医療提供者に対して）より高額の償還を行うという措置を講じた。

(FAS106)

メディケアに加えて、雇用主は、Financial Accounting Statement No. 106 (FAS 106)に関する課題にも直面している。これは、企業に対して、財務諸表に退職者医療給付コストが発生した時点でこれらを認識し、未積立の退職者医療債務を負債として明確に記載させるというものである。FAS106は、1992年12月15日以降に開始する会計年度から適用された。多くの企業では、FAS106の導入によって生じた会計基準変更時差異（transition obligation）について、即時認識し、財務諸表に特別損失として計上する対応を採った。企業の中には、会計基準変更時差異について、会計基準変更時点での加入者の退職までの残存勤務年数又は20年間にわたって、分割して償却する（遅延認識）という対応を採ったものもあった。FAS106は現在及び将来の退職者、その受益者（beneficiaries）、適格扶養家族に適用される。FAS106によって、雇用主は、その提供する退職者医療制度の資金調達に関する課題に直面している。

（退職者医療給付を含む）年金以外の退職後給付（Other post-employment benefits (OPEB)）に関する負債は、個々の企業にとって負担の大きいものとなり得る。例えば、証券取引委員会（Securities and Exchange Commission (SEC)）に提出された年次報告（電子コピーが公開されている）によると、2006年12月31日に終了する年度において、次に掲げる自動車会社では、それぞれ以下のとおり OPEB（医療、歯科、生命保険、視力治療各給付を含む）の負債を計上している。

- ・フォードモーター社 259 億ドル
- ・ゼネラルモーター社 640 億ドル

（退職者医療給付への課税）

雇用主が利用可能な退職者医療給付債務の積立手法の一つに、事前積立（Prefunding：注 加入者の在職期間中に将来の給付に要する費用を積み立てていくというもの）がある。この場合、一定の税制優遇を受けられることができる一方、制約も受けることとなる。積立金（Fund）は、他の会計と明確に分離されなければならないが、FAS106の債務に対する資産（通常は信託）としての用途に限定される。上記目的で利用される積立手段には、内国歳入法（IRC）第501条(c)(9)項に基づく信託（voluntary employees' beneficiary association (VEBA)とも呼ばれる）、IRC第401(h)プランがある。このほかにも、雇用主及び労働者が退職者医療保険を購入するために資金を蓄えておくための手段がいくつかある。ただし、この場合、積立金の用途が退職者医療保険を購入する目的に明確に限定されているわけではない。このような制度形態には、401(k)プランや企業購入生命保険（corporate-owned life insurance）、従業員持株制度（employee stock ownership plans）といったものがある。上記のような積立手段や資産の別立て管理を行

う場合、課税所得控除される額は、全額ではなくそれぞれ一定の範囲内に限られている。内国歳入法第 420 条(c)(3)項では、給付建ての年金制度において、十分な積立金がある場合は、当該余剰分の年金資産の一部を、IRC 法 401 条(h)項に基づき設置された退職者医療勘定に移行し、退職者医療制度における請求の支払に充てることができることとされている。

VEBA は通常、非課税であるが、VEBA の資産が「account limit」を超える場合は、当該超過部分の範囲で非関連事業収益税 (unrelated business income tax (UBIT)) が、VEBA の課税所得 (例：投資収益) に対して適用される。団体交渉によらずに設定された退職者医療給付のための VEBA の場合、「account limit」は 0 である。従って、退職者医療給付を積立金として別建てされた資産から生じる投資収益は UBIT の課税所得として扱われることになる。退職者医療給付の積立を行おうとするスポンサーが利用する VBRA のうち、以下のものは UBIT の課税が免除される。

- ・労働者が全額拠出を行う VEBA (Employee-pay-all VEBA)
- ・団体交渉によって設定された VEBA (Collectively bargained VEBA)

内国歳入法第 401 条(h)項では、適格退職年金制度が、加入者に退職後所得保障を提供するという一義的な目的を堅持していれば、付随的 (subordinate) といえる範囲内に限って、当該制度において退職者、その配偶者及びその扶養家族に対して、医療給付を行うことを認めている。401(h)勘定における収益については通常、所得税が免除される。しかしながら、401(h)に係る給付は付随的でなければならないと内国歳入法で定められているがゆえに、多くの制度スポンサーが 401(h)勘定に十分な積立を行おうことができずにいる。

内国歳入法第 420 条により、積立超過となっている年金制度は、余剰資産を退職者医療制度の費用の支払に充てることが認められている。この規定を利用するためには、制度スポンサーは、当該年金制度において、当該余剰資産を移転する 401(h)勘定を別途設立しなければならない。2006 年の年金保護法 (Pension Protection Act) により、流動負債 (current liability) (又は積立目標(funding target)) の 120%を超える資産を有する年金制度に対して、2 年間以上の退職者医療給付予定額を 401(h)勘定に移管することが認められている。移管できる最大額は、10 年分の退職者医療給付予定額、又は流動負債の 120%を超える資産部分のいずれか少ない方である。この移管がなされる各年において、雇用主は、当該年金制度の積立水準を 120%以上に維持するために必要な拠出を行うか、又は 401(h)勘定から当該年金制度に資産を差し戻さなければならない。更に、年金資産の超過分を退職者医療勘定に移管する雇用主は、原則として、年単位で 10%以上、5 年間で 20%以上退職者医療給付制度の対象者の人数を減らしてはならない。

(退職者医療給付の設計)

上記のような積立手段においては、税制優遇措置が受けられる範囲が限られているので、雇用主は、自らの退職者医療給付制度を再設計することによって FAS106 の債務を減らそうとしている。総じて、将来の退職者に向けた医療給付の提供を継続する雇用主の割合は減少しているようである。500 人以上の労働者を雇用する雇用主に対する年次調査では、退職者医療給付を今後とも、現在及び新たに採用する労働者の双方に対して、将来にわたって同様に提供し続

けることを予定している雇用主の割合は、1993年の46%から2006年には29%まで減少した。これは、メディケアの適格要件（65歳）を充たす前の者（65歳未満）に関する数値であるが、メディケア受給適格者（65歳以上）に関する上記割合は、1993年の40%から2005年には19%にまで減少している。現時点でメディケア受給資格退職者に医療給付を提供している雇用主の割合、及び将来のメディケア受給資格退職者に医療給付を提供する予定である雇用主の割合はいずれも減少している。

1,000人以上の労働者を雇用する大規模雇用主に対する別の調査でもまた、退職者医療給付を提供している雇用主の割合が減少してきていることが示されている。早期退職者に退職者医療給付を提供している雇用主の割合は、1991年の88%から2005年には52%まで減少している。退職者医療給付を提供する雇用主の減少は、主に2つの要因によっている。

(1) 既存の給付制度を終了する雇用主がいること

(2) 新興企業は、退職者医療給付を全く提供しない傾向にあること

上記データは、退職者医療給付を提供する雇用主が減少しているという点を、ある程度誇張しているとも言えるが、（企業規模をより広範囲にとった）雇用主サンプルで長期に調査がなされたとしても、雇用主が退職者医療給付を削減している事実は変わらないであろう。一方、新興の大規模雇用主は、こうした医療給付を提供することはまずない。こうした新興の雇用主を含む幅広いサンプルによって、退職者医療給付の提供状況の断片について知ることは可能かもしれないが、長期間にわたって雇用主の行動が研究されることはないだろう。

退職者医療給付を提供する雇用主が給付パッケージをどのように見直してきているのかを理解するためには、特定の雇用主の行動について継続的にサンプル調査することが有用である。McArdle et al. (1999)は、1991年から1998年までの間、ある特定の雇用主をサンプルとして、継続的に調査を行った。その結果、退職者医療給付の供給量は減少したものの、ランダムに雇用主のサンプルをとって行った場合の調査結果ほど、その減少幅は大きいわけではないということが判明した。McArdle et al. (1999)は、この継続調査を行った対象雇用主のトレンドを示した上で、雇用主が早期退職者に対して退職者医療給付を提供する割合は7%の減少、メディケア受給資格退職者に対しての当該割合の減少幅は9%であったということを報告した。

退職者医療給付を提供し続けている雇用主の多くは、給付パッケージを変更している。雇用主が退職者に従来より多くコストの負担を求めるといったものが最も一般的である。2006年時点で、メディケア受給対象前の退職者に対して退職者医療給付を提供している500人以上の労働者を雇用する雇用主の43%が退職者に100%の保険料負担を求めている。この数値は1997年の31%から増加している。

雇用主が退職者医療給付のコストを抑制する手段としては、給付パッケージの変更のほか、受給要件を厳格化するという方法もある。例えば、退職者医療給付の受給要件として、一定の年齢到達や、一定の在職期間を設定することができる。全体的にみると、55歳の年齢到達と10年の在職期間の2つの要件を定めている雇用主の割合は、1996年の30%から2005年には37%に増加している。同時期には、55歳の年齢到達と20年の在職期間、又は60歳の年齢到達と10年の在職期間を設ける雇用主も現われ始めた。また、雇用主の中には、退職者医療給付の支出額（制度全体もしくは退職者一人当たり）に上限を設けたものもある。1993年時点で

は、1,000人以上の労働者を雇用する雇用主の72%は、支出額になんら上限を設けていなかったが、2005年にはその割合は38%まで減少した。

雇用主は、退職者医療給付に対して更なる見直しを検討している。2005年から2006年に実施された調査では、拠出額になんらかの上限を設けようとする雇用主の割合は7%に過ぎなかったものの、74%の雇用主が、退職者に負担を更に求める予定であると回答している。

雇用主の中には、一定時期以降に雇用された労働者（もしくは退職者）に対して、補助を削減したり給付を打ち切ったものもいる。退職者医療給付に関するKaiser/Hewittの調査によると、2001年又は2002年に13%の雇用主が将来の退職者についての医療給付を打ち切ったと回答している。当該割合は、2003年は10%、2004年は9%、2005年、2006年は11%となっている。労働者及び退職者が退職者医療給付の削減、合理化によってどの程度影響を受けているのか検証するための十分なデータを得るまでにはまだ数年かかるであろう。雇用主が一定時期以前に雇用された労働者にのみ給付を限定すること、または受給に必要な年齢要件や在職期間要件を満たすことが不可能になることによって、多くの労働者が、退職者医療給付の受給資格が得られなくなる可能性がある。

雇用主は、労働者の集団訴訟を避けるためにも、十分な配慮を重ねた上で、退職者医療給付制度の見直しを行うべきである。制度規約におけるあいまいな文言は、いずれも退職者にとって有利に解釈される可能性がある。

(退職者医療口座 (Retiree Medical Account (RMA)))

雇用主の中には、将来又は現在の退職者のために、退職者医療口座 (Retiree Medical Account (RMA)) を設けているものもいる。これは、現役労働者に対する掛金建ての医療給付というよりも、401(k)プランやキャッシュバランスプランといった掛金建て年金制度 (DC) やハイブリッド型の退職年金制度に近い仕組みを持つものである。掛金建て年金制度における加入者と同様に、退職者医療口座を持つ現役労働者は、現役時代に、口座に資金を積み立てていく。退職後、当該労働者は、退職前の雇用主や労働組合が運営する医療保険、又は保険会社が提供する医療保険を直接購入するために当該口座にある資金を利用できる。

現役時に、労働者は口座を持つこととなるが、当該口座は、積み立てられている場合 (funded) もあれば、実際に積み立てられていない場合 (unfunded) もある。雇用主及び労働者は双方、この口座に拠出を行うことができる。雇用主のこの口座に対する拠出分は、実際に積み立てられていない場合がある。雇用主のみ口座に拠出が行うこととなっている場合、雇用主は、キャッシュバランス年金プランの場合と同様、仮想の口座として設定することができ、現在及び将来の退職者の当該口座をいつでも自由に見直し、修正・変更、終了することすら可能である。労働者が拠出を行う場合には、実際に口座を開設し、(雇用主拠出分は別としても) 当該労働者拠出分は、労働者の所有に帰するものとして完全に積み立てられなければならない (fully funded)。

この口座に誰が拠出すべきであるかを決定するに当たっては、拠出額及び投資収益に対する課税上の取扱を考慮すべきである。当該口座に対する雇用主拠出は、就労期間中又は退職後の医療保険の支払時のいずれかの時点において、労働者にとって課税所得と扱われないように設

計することができる。しかし、現役労働者が行う拠出は、勤続期間中、内国歳入法 125 条のプランによる医療給付制度に対する労働者拠出と同様に、一定の厳しい要件を満たさない限り、課税所得から控除されない。雇用主の拠出が団体交渉によらずに設定された VEBA に積み立てられる場合、当該 VEBA の収益には、非関連事業収益税 (unrelated business income tax) が課されることとなる。一方で、労働者が全額拠出を行う VEBA (Employee-pay-all VEBA) では、労働者拠出は、税引き後拠出という形となるものの、当該 VEBA における投資収益については、通常、非関連事業収益税の課税対象とはならない。

制度を設計するに当たって考えなければならないその他の事項としては、当該制度の加入年齢(entry age)を超えた労働者を新たに採用した際の当該労働者の取扱いである。制度への加入年齢が徒過した後に制度に新たに加入した労働者には、一時金 (lump-sum) 又は期首 (繰越) 残高 (opening balance) のいずれかが提供され得る。

雇用主は、労働者が退職後、医療保険を購入するために口座資金を使用する際の条件として、年齢要件や在職期間要件を課すこともできる。また、年齢や在職期間によって、雇用主拠出額を調整することもできる。年齢要件は、給付建て年金制度において一般的となっている要件であり、労働者は一定の年齢に達するまで退職給付を受ける権利を有しない。既述のとおり、年齢要件は退職者医療給付における受給資格要件としても一般的に導入されるようになってきている。給付建て年金制度及び退職者医療給付の双方を運営する雇用主は、共通の年齢要件を設定するか否か検討することになるであろう。

退職後、退職者は口座に積み上がった資金を医療保険を購入するために利用することができる。この保険は、事業者によって提供される場合 (すなわち、雇用主が退職後も引き続き給付範囲及び価格を決定する) もあろう。一方で、退職者に他の医療保険を自分自身で選択させ、その選択した保険会社に自ら直接保険料を支払わせるという場合もあろう。

雇用主が退職者医療口座に関心を抱くの中には、多くの理由がある。口座への事前積立 (prefunding) によって、退職者医療給付のための将来の雇用主コストを削減することが可能となる。口座への事前積立により、雇用主は、労働者の勤続期間中に、退職者医療給付への拠出額をどの程度とすべきか決定することができる。口座の積立金からは、利子も得られることから、拠出額の価値を時間 (年齢、在職期間) の経過とともに増加させていくことができる可能性がある。しかし、一方で、口座に拠出された金額は、退職者医療給付に必要と予想されるコストを賄うのに十分といえるほど増加しない可能性もある。この仕組みにおいては、予測できない医療給付コストのインフレのリスクは、原則として、労働者側が負担することとなる。

雇用主は、労働者が退職した際における当該口座資金の利用方法についても明確化しておかなければならない。既述のとおり、雇用主は、医療給付を提供し続けることも可能である。すなわち、退職者は当該口座に積み上がった資金を利用して退職前の雇用主から医療保険を購入することができる。これとは別に、雇用主は退職者に保険会社から直接販売される保険も含め、他の医療保険を購入するために当該口座の資金を利用させることもできる。口座資金は、定額自己負担 (deductible) や共同負担額 (copayment)、医療給付制度ではカバーされないヘルスケアサービスといったものにも利用することができる。

いずれにせよ、退職者は、医療保険の購入に資金が必要とされる間、当該口座の資産減少に

係るリスクを負うこととなる。他方、雇用主は、労働者の退職行動を管理するためのツールを失うというリスクを負うこととなる。すなわち、労働者が自らの口座の残高が退職後の医療コストを賄うためには不十分であると考えれば、自らの退職時期をメディケアの受給要件(65歳)間際まで、延長する可能性がある。既に労働者の退職時期の判断と退職者医療給付の有用性との間に強い相関があることを示す研究もある。

従って、退職者にとって、退職後、医療保険を購入するためにはコストがどの程度となるのか、一生涯を通じて医療保険を購入することができるほど十分に口座に資産があるかといったことをあらかじめ見積もっておくことが、極めて重要となる。もし、必要額が不足していると見込まれる場合、退職者は、追加的に資金を蓄えようとするだろう。一方、口座の積立金にかかる収益よりも早期に医療保険コストや医療コストのインフレがハイペースで進む場合には、退職者は、口座にある資金よりむしろ、自身が保有する資金を先に費消することを望むであろう。実際に積み立てられていない状態(unfunded)にある口座資産よりもむしろ、自らの個人資産を使うかどうかという選択には、極めて複雑な判断を必要とし、医療保険コスト、給付パッケージの内容、個人資産の利益率、寿命、将来収入、他に必要となる生活費等の状況、プランスポンサーの約定債務の履行能力、などの予測もしなければならない。

退職者医療口座における資産は、退職者が死亡する前に使い果たされる可能性もあることから、雇用主には、退職者に当該口座残高を年金(annuity)に移管することを認めるという選択肢もあり得る。年金方式では、全ての医療保険コストを賄うほど十分な額とはいきれないものの、退職者は、一定の所得を死亡時(または配偶者の死亡時)まで保障される。また、年金方式では、メディケア受給資格を得ることで医療保険コストが大幅に減少することを想定し、(メディケア受給資格の)65歳前後で、異なる給付水準を設定することを選択できる。しかし年金方式の場合、退職者に現金を受け取るか又は医療保険を受け取るかという選択肢が与えられている場合には、課税対象となり得る。

(むすび)

FAS106は退職者医療給付に大きな影響を与える契機となった。雇用主の中には、退職者医療給付への支出額に上限を設定したものもある。一方で、退職者医療給付の受給資格要件として年齢や在職期間を設定した雇用主もある。さらに、掛金建ての医療給付に転換した雇用主もいれば、完全に退職者医療給付を廃止した雇用主もいる。

しかし、雇用主が退職者医療給付に対して行った見直しは、既に退職している者に対しては今でもさほど大きな影響を与えていない。1994年から2005年までの間、55-64歳の退職者で雇用主から退職者医療給付を受給している者の割合は、約37%で一定している。しかし、今後、退職者医療給付を維持するために、より多くの負担を求められる(既に退職している)者の数は増えることが予想される。

雇用主が退職者医療給付に対して行っている見直しは、将来の退職者に対してより大きな影響を与えることになるだろう。これらの見直しは、ベビーブーマー世代が退職し始めてから、数年経た後でなければ医療保険カバレッジのトレンドとして目に見えた変化が表れてこないかもしれない。退職時期にさしかかった労働者が、雇用を失えば医療保険のカバレッジを得る

ことができないと考え、退職時期を引き伸ばすことにより、労働者の退職行動パターンも変化するかもしれない。

公共政策立案者は、広範に普及している自主的なシステム（雇用関係ベースの退職者医療給付等）に対し、政策的解決策を提示しなければならないという困難な責務に直面している。雇用主には、（既に具体的な給付が約定されていると証明した退職者に対するものを除き）退職者医療給付を提供しなければならないという法律上の義務があるわけではない。雇用主は、将来予想される医療ケアコストや連邦議会による立法政策を見越しながら、退職者医療給付について不断に見直しを行っていくことであろう。

第27節 COBRA (COBRA CONTINUATION OF COVERAGE)

(イントロダクション)

1985年包括予算調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA)) におけるカバレッジの継続に関する規定により、20人以上の労働者を雇用する雇用主は、(労働者の重大な過失を理由とする場合を除き) 雇用を終了した労働者(またその扶養家族)に対して、従前加入していた団体医療保険制度に、雇用終了後一定期間、(その選択により) 継続加入させなければならないこととされた。COBRAにより、(雇用関係が終了することにより雇用主が提供する) 団体医療保険を失う者は、(ケースによるが) 最大36ヶ月まで(雇用関係が終了した後でも) 継続して従前の保険に加入することができるが、この間、雇用主又は労働組合に対し、保険料の支払を継続することまでは求められていない。従って、COBRAの規定に基づき加入の継続を選択した者は、全ての保険料を支払わなければならない場合もある。このため、COBRAによる加入継続の権利を行使した者は、高額な保険料に直面し、驚愕することもしばしばである。

(資格要件)

(辞職などの) Qualifying Event の前日の時点で(20人以上の労働者を雇用する民間雇用主によって提供される) 雇用関係ベースの団体医療保険でカバーされていた労働者及びその扶養家族は、全て COBRA の資格要件を充たす。教会の制度によってカバーされる労働者は COBRA の適用除外となる。州政府及びその他の関連行政機関の労働者は COBRA の適用対象となる。連邦政府の労働者及びその扶養家族は COBRA と類似する他の規定によってカバーされている。

国際通商 (International trade) の悪化の影響により、職を失い、結果として雇用関係ベースの医療保険を失ったと認定された一定の者については、2002年12月に施行された法律によって、COBRA 期間中の保険料支払コストの65%の税額控除 (tax credit) のほか、(以下で説明する従来型の COBRA 選択期間 (election period) に加えて) 追加的な COBRA 選択期間 (second COBRA election period) が認められることとなった。

(COBRA の発生要件である「Qualifying Event」の内容)

<現役労働者及びその扶養家族>

- ・労働者が自発的又は非自発的に失業した場合 (労働者の重大な過失を理由とする場合を除く)、または労働時間が減少 (reduction in hours) した場合

(例えば、Qualifying Event は、ストライキ、ロックアウト、レイオフといった場合や、労働者が障害などにより、医療保険制度の加入要件である最低労働時間を充たすことができない場合に発生し得る。)

<退職労働者及びその扶養家族>

- ・当該雇用主の破産申請

<現役労働者の扶養家族、退職労働者の扶養家族>

- ・当該労働者の死亡
- ・離婚もしくは法律上の別居
- ・当該労働者のメディケア受給資格の獲得
- ・当該医療保険制度において当該労働者が扶養資格を喪失した場合

(カバレッジの継続期間)

労働者が雇用を終了した場合（労働者の重大な過失を理由とする場合を除く）、あるいは労働時間が減少した場合には、COBRAにより、労働者及び適格受益者（qualified beneficiary）には、18ヶ月まで従前の保険に継続加入する権利が認められる。労働者の死亡、離婚・法律上の別居、メディケア受給資格の獲得、子の扶養資格の喪失といった場合には、COBRAにより、適格受益者には、最初の Qualifying Event の発生時から最大 36ヶ月までの間、従前の保険に継続加入する権利が認められる。

破産により、退職者が退職者医療保険を受けることができなくなった場合のみ、退職者及びその扶養家族には、COBRA の継続加入期間として、例外的に、最初の Qualifying Event の発生後 36ヶ月間以上の期間が認められることがある。

(権利とコスト)

COBRA によるカバレッジは、当該雇用関係ベースの医療制度によってカバーされる他の労働者に提供される内容と同様のもの（医療貯蓄口座（medical savings account）、長期介護プラン（long-term care plan）、一定の場合における医療費支出口座（flexible spending account）を除く）でなければならず、また、保険可能体の証拠（evidence of insurability）を条件とすることもできない。例えば、雇用関係ベースの医療制度がオプションとして、別途、歯科給付も提供していた場合、COBRA の受益者には、現役労働者と同様の条件で、別途、当該歯科給付のカバレッジも選択することができるようにしなければならない。

COBRA の各受益者（COBRA の権利を有する労働者の新たな配偶者となった者（後述）を除く）は、qualifying event が発生したとき及びオープンエンrollmentシーズン（open enrollment season（注 通常年に一度到来する制度選択の切り替えが行われる時期））に、自分自身の医療保険のカバレッジを選択することができ、また、現役労働者と同様の権利を有する。例えば、COBRA の受益者が、全てのオープンエンrollmentシーズンに参加できるようにしなければならないし、同じ医療制度に加入している現役労働者と同じ給付カバレッジを受けることができるようにしなければならない。

COBRA によりカバレッジを継続している労働者の新たな配偶者となった者は、当該労働者と同様のカバレッジを受け取ることができるが、自分自身で（COBRA に関して）いかなる選択をすることはできない。新たな配偶者は、追加的なカバレッジの継続を受ける資格を有しない（例：当該労働者の死亡もしくは当該労働者との離婚の場合）。これとは対照的に、COBRA の継続加入期間中に当該労働者に生まれた子、又は新たに養子となった子については、COBRA

の適格受益者として扱われ、最初の加入時又はオープンエンロールメントシーズンに、自分自身で医療保険のカバレッジを選択することができる。またこうした子については、その後、新たな qualifying event（例：当該労働者の死亡、両親の離婚・法律上の別居）が発生したときは、更なるカバレッジの継続を受ける資格を有する。

COBRA の適格受益者は、保険料（雇用主コスト）の 102%以上の支払を求められることはない。社会保障年金において障害者と認められた場合（注 この場合 COBRA の継続加入期間は 18 ヶ月から 11 ヶ月間延長される）には、19 ヶ月目以降、保険料（雇用主コスト）の 150%までの支払を求められることがある。

（COBRA の費用負担者）

COBRA による継続加入を選択した者は、一般的に保険料の負担が高額になることから大変なショックを受ける。これは、通常、現役労働者（及びその扶養家族）は、保険料の一部のみを負担しているに過ぎず、雇用主が保険料の大部分を負担しているためである。COBRA の受益者は、通常は、保険料の 102%分（（保険料全額）100%+（運営費コストとしての）2%）を支払わなければならない。しかし、以下のような場合には、新たに雇用された先の雇用主又は病院が COBRA の保険料を負担してくれる可能性がある。

- ・ COBRA の受益者を新たに雇用した雇用主の場合、当該雇用主が運営する医療制度にとつては当該制度に加入させるよりも、COBRA の保険料を支払う方が経済的メリットが高い場合がある。特に、当該新たな雇用主が運営する制度が自家保険方式であり、新たに雇用した COBRA 受益者の健康リスクが高い場合には、得られるメリット（COBRA の保険料の支払と実際の医療費コストとの差額）は相当なものであろう。
- ・病院にも、COBRA 受益者のために保険料を支払う経済的メリットが存在する場合がある。病院は、当該保険料を支払い、その後、自身が提供した医療費について当該医療保険制度から償還を受けることができる。これは、無保険者から高額の医療費を回収するよりも安上がりで容易な手法であろう。

（障害認定と COBRA）

労働者（又は扶養家族）は、単に障害を理由とするだけでは、COBRA の適格要件を満たさない。一方、雇用の終了又は労働時間の減少を理由として COBRA の適格要件を満たした労働者（又は扶養家族）は、COBRA の適格を有した時点又は COBRA による保険継続加入後最初の 60 日間（後述）に（社会保障庁（SSA）によって認定された）障害を有する（に至った）場合には、COBRA の継続加入可能期間が延長される。社会保障庁による認定は、継続加入期間中（18 ヶ月以内）になされなければならない。これらの要件を満たした者は、qualifying event から起算して 29 ヶ月間まで継続加入期間を延長することができることとなる。この（11 ヶ月間延長された）29 ヶ月間の継続加入期間は、障害を有する COBRA 対象者の家族に対しても、障害の有無にかかわらず適用される。

（COBRA とメディケア）

COBRA でカバーされる労働者がメディケア（連邦政府による高齢者及び障害者のための公的医療保険）の受給資格をも有するに至った場合には、当該労働者の配偶者又は扶養子女に係る COBRA による継続加入可能期間は、（１）最低 18 ヶ月間、（２）当該労働者のメディケア受給資格獲得日から 36 ヶ月までのいずれかとなる。（２）が当てはまるのは、COBRA でカバーされる労働者がメディケア受給資格を獲得してから 18 ヶ月以内に退職した場合である。

例を挙げよう。現役労働者が 2007 年 1 月にメディケアの受給資格を獲得したとする。当該雇用主は、引き続きその提供する医療保険において当該労働者及びその配偶者をカバーするものとする。この場合、カバレッジを喪失していないことから、当該メディケアの受給資格の獲得は qualifying event ではない。しかし、当該労働者が 2008 年 1 月に退職したとすると、62 歳の妻は雇用主提供医療保険を喪失する。当該配偶者の COBRA による継続加入可能期間は、当該労働者がメディケア受給資格を獲得した日（2007 年 1 月）から 2010 年 12 月 31 日までの 36 ヶ月間、すなわち、（雇用関係終了後 18 ヶ月という原則の期間ではなく）当該労働者が退職した 2008 年 1 月から 24 ヶ月間となる。

（COBRA と育児介護休業法（FMLA））

COBRA は、育児介護休業法（Family and Medical Leave Act (FMLA)）に基づく休暇を取得中の労働者には適用されない。当該労働者については、次のような場合に限り、COBRA の qualifying event が発生することとなる。

- ・ 育児・介護休暇の最終日に、当該労働者が職場に復帰しないとき。
- ・ （当該労働者（その他の適格受益者）が休暇中、医療保険にカバーされていない場合であっても）雇用主が当該労働者が休暇後、職場復帰を予定していないことを知ったとき。

COBRA の継続加入にあたっては、当該休暇中に当該雇用主によって支払われた保険料について、当該労働者が償還することを条件とすることはできない。労働者が休暇中で、当該保険制度でカバーされていない状況において当該制度が変更された場合に、COBRA の qualifying event が生じたときは、当該労働者は休暇直前に加入していた保険と同一タイプのカバレッジ、又は他の労働者が加入可能なカバレッジを得る資格を有する。

（雇用主の通知義務）

雇用主は、労働者及びその配偶者に対し、COBRA に基づき保険に継続加入できる権利があることについて、医療保険の加入時及び COBRA の qualifying event の発生時に通知しなければならない。通知のモデルは労働省によって公開されている。

医療制度を自ら管理運営していない雇用主は、労働者の死亡、雇用関係の終了、労働時間の減少、退職労働者及びその扶養家族のメディケア受給資格の獲得、又は雇用主の破産といった qualifying event の発生後 30 日以内に、（第三者である）管理運営機関にその情報を通知しなければならない。後述するように、労働者及びその配偶者は、その他の COBRA の qualifying event について雇用主に対して通知する責任を負う。（第三者である）管理運営機関は、雇用主から qualifying event の通知が会った日から 14 日以内に COBRA の受益者に COBRA に関する権利について通知しなければならない。

団体医療保険を自ら運営する雇用主は、(qualifying event の発生後) 44 日以内に COBRA の受益者に COBRA に関する権利について通知しなければならない。複数雇用主制度においては、更に長期の通知期限が設定されている。受益者への通知は、把握している最新の住所に対してなされなければならない。通知は普通郵便 (first-class mail) で足り、法令上の要件として、配達証明便 (certified mail) であることまでは求められていない。

1996 年医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)) の規定により、団体医療保険制度は、COBRA により継続加入することができる保険の加入期間、(もしあれば) 待機期間 (waiting period) についての証明書を発行しなければならない。この証明書は、当該対象者が当該団体医療制度の対象から外れたとき又は COBRA により加入継続することとなったとき、COBRA の継続加入期間が終了したとき、カバレッジが終了してから 24 ヶ月以内に当該個人が請求したときに発行されなければならない。COBRA の qualifying event 発生時には、元雇用主のカバレッジの証明書が(既述の) COBRA の権利に関する情報とともに提供されることもある。

(労働者／扶養家族の通知義務)

労働者又は扶養家族は、離婚、法律上の別居、子の扶養資格の喪失といった qualifying event の発生後 60 日以内に、制度の運営者に対し、その情報を通知しなければならない。

(選択期間(election period))

COBRA の適格受益者は、制度の運営管理者から COBRA に関する権利を通知されてから 60 日以内に、保険加入を継続するかどうか選択しなければならない。保険加入を継続するかどうかの選択がなされるまでの間の保険料の支払は、選択後 45 日以内までは求められない。このため、適格受益者は COBRA によって従前の保険制度に加入継続するかどうかの選択を柔軟に行うことができる。COBRA によるカバレッジの継続を選択するかどうかの判断に当たり許容される猶予期間の最大日数 (すなわち各過程で最大限認められている猶予期間を合計した場合は qualifying event 発生後 149 日となる。COBRA の適格受益者が期限までに COBRA に加入することを選択しなかったとしても、カバレッジ以外失うものはない。従って、適格受益者は COBRA による加入継続を選択することが得策であるかどうかを十分吟味することができる。早期に加入継続を決定しなければ不都合になるというわけでもない。将来加入する医療保険について不確定な場合には、適格受益者は COBRA の選択時期を遅らせ、法律が許容する範囲内で保険料の支払も延滞するのが得策であろう。

(新たな税額控除 (Tax Credit)、追加的な選択期間 (Second COBRA Election Period))

従来の COBRA の枠組みにおける継続加入期間に加えて、(2002 年 12 月に施行された法律によって) 輸入競争の激化を理由に職を失った者及びその家族については、COBRA による継続加入期間中の保険料の 65%に相当する連邦税の税額控除 (tax credit) とともに、COBRA の選択期間が追加で 60 日延長されることとなった。

この COBRA 選択期間の 60 日間の延長が認められる者は以下に該当するものである。

- ・ federal trade adjustment assistance benefit を受給している者（又は当該給付を受ける資格を有すると見込まれる者（最初に失業給付を使い果たすという要件を除く））
- ・ 雇用関係の終了により医療カバレッジを失い、 trade adjustment assistance benefit の受給資格を有することとなった者
- ・ COBRA の一般の選択期間中に COBRA によるカバレッジの継続を選択しなかった者

しかし、この選択期間の延長特例の場合、COBRA の選択は、当該対象者が trade-adjustment 法に基づく給付の受給資格を得た日から起算して 60 日以内になされなければならない、更に当該給付を得る要因となった雇用の終了により、カバレッジを失った日以後 6 ヶ月以内になされなければならない（なお、この選択期間の延長特例の期間中に選択されたカバレッジについては、カバレッジ喪失時点ではなく、当該選択期間の延長特例の開始日までに限って遡及する）。

（COBRA の適用回避行動）

雇用主又は労働者は、COBRA の適用を回避するために、医療保険カバレッジを縮小したり、除外したりすることがある。例えば、雇用主が、労働者との雇用の終了を見込んで医療保険のカバレッジを除外する場合、労働者が離婚や法律上の別居を見込んで配偶者のカバレッジをキャンセルする場合が考えられるが、この場合であっても、COBRA は、離婚や法律上の別居の日（離婚日又は法律上の別居が開始した日以前の期間は不可）に適用されることになる。この場合、COBRA に関する労働者等の通知義務もまた適用される（雇用主又は第三者運営機関に対して離婚又は法律上の別居の日から起算して 60 日以内に通知すること等）

（COBRA カバレッジの選択）

COBRA の適格受益者は、qualifying event 発生時やオープンエンrollmentシーズンに、それぞれ独自に COBRA の加入継続を選択するかどうか決めることができる。しかし、労働者が COBRA を選択した場合には、その選択は配偶者及び扶養家族についても及ぶ。また配偶者（又は元配偶者）が COBRA を選択した場合には、その選択は他の全ての扶養家族にも及ぶ。従って、配偶者は扶養する子のために COBRA を選択することができるが、当該子どもは、両親が COBRA を選択しなかった場合にのみ、自身で COBRA の選択をすることができる。

COBRA の適格受益者は、カバレッジのタイプについてそれぞれ異った選択ができる。これは、労働者、配偶者、その他の扶養家族は、それぞれ異なる水準のカバレッジを選択することができ、又、様々な医療ケアのオプションを提供する制度（例 医療保険からは独立して歯科給付、視力矯正給付がなされるような場合）においては、それぞれ異なるオプション選択が可能であることを意味する。

（COBRA カバレッジの終了）

COBRA カバレッジは次に掲げるいずれかの事象が生じたときに終了する。

- ・ 雇用主が団体医療カバレッジを完全に廃止した場合
- ・ 適格受益者が決められた保険料の支払を怠った場合
- ・ 適格受益者が他の団体医療保険によってカバーされるに至った場合

- ・適格受益者が当初は COBRA を選択したものの、その後、メディケアの受給資格を有し、それによってカバーされるに至った場合

COBRA の適格受益者が他の保険に加入している場合であっても、当該保険が契約前発病 (pre-existing condition) に対する給付を制限・除外しているような場合には、当該受益者が他の保険でカバーされていることを理由に COBRA によるカバレッジの継続を終了することはできない。連邦法では、現在、保険制度が契約前発病のために設ける待機期間 (pre-existing condition waiting period) の範囲を制限している。このため、保険制度において待機期間を設けること自体が禁止されれば、(上記の場合に) COBRA の継続カバレッジは終了することとなるであろう。

(個人保険への転換)

COBRA による継続加入期間が終了する適格受益者には、手頃に購入できる個人保険があるのであれば、個人保険に切り替える選択肢を提供しなければならない。例えば、完全保険型医療制度 (fully insured health plan : 当該制度における給付請求に対する全ての支払リスクを (雇用主ではなく) HMO その他の保険商品等が負うもの) によってカバーされている者の場合は、通常、従前の団体保険から個人保険に転換することが可能であろう。一方で、自家保険型医療制度 (self-insured health plan : 完全保険型医療制度とは異なり、雇用主や労働組合が自ら当該制度における給付請求に対する支払リスクを負うもの) によってカバーされている者は、通常、個人保険に転換することができない。このため、多くの者が、オープンエンロールメントシーズンに自家保険型医療制度から完全保険型医療制度に移行する可能性がある。

連邦法では現在、各州の保険市場に対して、個人医療保険を提供する義務を課している。COBRA の受益者はカバレッジの継続期間が終わる際、COBRA によって提供されていた保険カバレッジと地域保険市場で購入可能なカバレッジを比較検討することになる。COBRA からの移行後の保険プランが COBRA と同様のカバレッジを提供するとは限らない。なお、1996 年に成立した医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)) の規定による保険加入に係る権利を獲得するためには、COBRA を選択し、その期間を全て使い切る必要がある。

(COBRA の活用状況)

Charles D. Spencer & Associates は、過去数年にわたって COBRA に関する大規模な調査を行っている。この調査によれば、COBRA 適格受益者の約 20% が COBRA の加入継続を選択している。COBRA の継続加入期間は、この 6 年の間、比較的安定している。COBRA の加入継続期間が 18 ヶ月の qualifying event の場合には、平均期間は、10 から 11 ヶ月であり、36 ヶ月の qualifying event の場合には、平均期間は、21 から 23 ヶ月となっている。COBRA から個人保険に転換する者はほとんどいない。

平均的には、COBRA における保険金支払額は現役労働者の保険金支払額の約 1.5 倍となっている。COBRA 受益者は、現役労働者の保険料の 102% 分のみ求められるに過ぎないことから、実際に提供された医療サービスコストの全てを (保険料の支払によって) 負担していると

はいえない。いかなる団体医療保険でも同様に予想されることだが、COBRA カバレッジを受けている元労働者及びその扶養家族は、実際に受けた給付に係る費用を十分負担していないため、(高い保険料の支払を通じて) 現役労働者への負担がますます増えている。

(履行確保)

COBRA 法に違反したとしても、遡及的に是正が可能な範囲内であれば、通常は起訴まではされない。従業員給付について規律している主要な連邦法であるエリサ法に基づき、労働者、適格受益者又は労働省は、COBRA カバレッジの提供を履行させるために訴訟を提起できる。政府機関の労働者は、Public Health Service Act における COBRA の規定に基づき訴訟を提起することができる。COBRA の規定に違反する場合には重大なペナルティが与えられる。多くの雇用主は、このペナルティを非常に重いものと捉えている。

(その他)

COBRA によるカバレッジの継続を選択するかどうかは、多くの者にとって重要な問題である。選択するに当たっては、COBRA に関する自らの権利と 1996 年に成立した医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act) の内容について理解する必要がある。

COBRA に関する更なる情報については、労働省がフリーダイヤルでの相談を受け付けているし、関連情報なども公開しているので、参考にしてほしい。

第 2 8 節 差別禁止ルールと医療給付 (NONDISCRIMINATION AND HEALTH BENEFITS)

(イントロダクション)

内国歳入法 (IRC) 第 105 条及び第 106 条によって、雇用主が提供する一定の医療給付は、非課税となっている。しかし、医療制度が自家保険型 (self-insured) であり、加入資格や高報酬労働者 (highly compensated employees (HCE)) に対する給付が差別的であると認められる場合は、これらの規定に基づく非課税措置は、HCE に対しては適用されない。IRC 第 105 条(h)項における HCE とは、次の者をいう (HCE かどうかは、償還がなされる制度年度ごとに決められる)。

- ・所得上位 5 位までの役員
- ・当該企業の株式を 10%以上所有している株主
- ・全労働者のうち、所得上位 25%以内の者

IRC 第 105 条(h)項は、運営管理業務限定制度 (administrative services only and cost-plus arrangement(ASO))、最低保険料制度(minimum premium plan)、IRC125 条プランを通じて提供される医療費償還制度 (medical reimbursement plan) を含め、保険業者に支払リスクを転嫁させないすべての雇用関係ベースの医療プラン (歯科、視力治療を含む) (以下総称して「自家保険型制度 (self-insured health plan)」という。) に適用される。自家保険型制度が HCE に有利となる差別を行っている場合には、当該 HCE が制度から受け取った給付の全部又は一部は、自らの課税所得として扱われる。この場合、課税対象となった部分 (帰属所得) については、連邦所得税の対象 (社会保障税 (メディケア分を含む) の対象とはならない) となり、また、連邦政府のルールに準じて州税が課せられることとなっている場合は州税の対象ともなる。雇用主は、当該帰属所得額を HCE の W2 (注: 日本の源泉徴収票に相当するもの) 上に記録する必要があるが、これに係る税額を源泉徴収することまでは求められていない。自家保険型医療制度において HCE に有利な差別を行った場合には、結果として多額の所得税が HCE に課せられることになる。自家保険医療制度が差別禁止ルールに抵触しないように設計されていれば、こうした負担は避けることができる。

IRC 第 105(h)項の差別禁止ルールは、完全保険型医療制度 (fully insured plan) には適用されない。IRC 第 105 条(h)項が 1978 年に制定された時点では、ほとんどの従業員給付制度は、完全保険型 (fully insured) であった。連邦議会は、自家保険型医療制度が株主や役員、高報酬労働者の給付手段として利用されるのではないかと懸念していた。完全保険型医療制度の場合には、州の保険法によって課される要件があることから、こうした差別から労働者を保護することができる。しかし、1974 年のエリサ法では、州政府が自家保険型医療制度について、規制を行うことを禁止している。したがって、もし連邦議会在が自家保険型医療制度における差別を禁止しない場合、州法では、代わりに HCE に有利となる差別を禁止することができないのである。

IRC 第 105 条(h)項の規定は、自家保険型医療制度についてのみ適用される。すなわち、同項の適用があるか否か見極める際に重要な点は、制度の資金運営方法である。また当該規定は、現役あるいは退職した HCE についてのみ影響する。従って、(1)IRC 第 105 条(h)項の差別禁

止ルールの適用を受ける医療制度、(2)現役あるいは退職した HCE に有利となる差別的な扱いをした時期、(3)HCE の受給額のうち課税所得として認定されるべき額、といったものを明確にしておく必要がある。

(IRC 第 105 条(h)項の対象となる制度)

基本的に、IRC 第 105 条(h)項は、(医療費償還口座 (HRA : Health reimbursement arrangement)を含め)支払リスクが第三者機関に転嫁されていないすべての雇用関係ベースの医療制度に適用される。このため、労働者、退職労働者(またそれら家族)に係る医療費の支払に関する何らかの財政リスクを負っている雇用主には、同項が適用される。雇用主が当該制度における医療費の支払リスクのすべてを第三者機関(例 州のライセンスを得ている保険会社)に転嫁している場合には、当該雇用関係ベースの医療制度は完全保険型医療制度とみなされる。また、完全保険型医療制度の保険料を支払った労働者に対して当該保険料の償還を行う制度は、IRC 第 105 条(h)項の差別禁止ルールは適用されない。

差別 (Discrimination) —IRC 第 105 条(h)項は、自家保険型医療制度 (self-insured health plan) が加入資格又は給付について、HCE に有利となる差別をしてはならないと規定している。

加入資格テスト (Eligibility Test) —加入資格について差別的でないといみなされるためには、以下の 3 つのテストのうちのいずれかをクリアしなければならない。

- ①全労働者の 70%が当該制度の下で給付を受けていること
- ②当該制度が加入資格を充たしている労働者の 80%に給付を行い、かつ全労働者の 70%が加入資格を充たしていること
- ③当該制度が労働者を差別なく区分して給付を行っていること

複数の医療オプションを提供する雇用主は、上記①②のテストをクリアする可能性は低い。なぜなら、労働者は、複数の医療オプションの中で分散するからである。残りは③のテストであり、労働者を差別なく公平に区分し、給付を行わなければならない。内国歳入庁 (IRS) の規則では、当該テストは単に加入資格ということではなく、実際の制度加入状況に基づき行われる旨規定されている。

内国歳入庁は、医療制度における差別とならない区分方法について定義していないが、適格退職給付制度に適用される非差別区分テストと同様の方法によることが妥当と思われる (IRC 第 410 条(b)項は、適格年金制度 (qualified pension)、利益分配制度 (profit-sharing)、株式賞与制度 (stock-bonus) に関する最低適用範囲要件 (minimum coverage requirement) を明記している)。

給付テスト (Benefit Test) —内国歳入庁の規則では、HCE とその他の労働者(Non-highly compensated employee)に対して、同様の給付を提供しなければならない旨規定している。労働者グループによって異なる給付を提供する制度(待機期間 (Waiting Period) が異なる等)の場合、上述した加入資格テストの適用に当たっては、異なる給付構造ごとに、それぞれ別個の制度と扱われる。

自家保険型医療制度において、HCE である加入者に対するあらゆる給付がその他のす

すべての加入者にも同様に提供されない場合は、当該制度は給付に関して差別を行っていることとなる。HCE の扶養家族に対するあらゆる給付もまた、その他のすべての労働者の扶養家族に同様に提供されなければならない。また、HCE をカバーする自家保険型制度であって、報酬額に応じて医療費給付の種類や額が変わるような場合も給付に関する差別であるとみなされる。差別禁止テストは、実際の支払や請求された額に対してではなく、当該医療制度の下で償還対象となる給付に適用される。なお、ただ単に HCE が他の加入者より多く当該制度を利用するという理由のみで、当該制度は差別的であるとみなされない。

オプション給付がある場合（視力治療給付、歯科治療給付等）には、すべての制度適格労働者が全てのオプション給付を選択することができ、また保険料の支払が不要であるか、すべての労働者に対して同額の保険料が課されている場合には、差別とはみなされない。

（扶養家族ではなく）労働者の医療診断処置（medical diagnostic procedure）に対する費用の償還を行う制度は、IRC 第 105 条(h)項の差別禁止ルールの適用除外となる。医療診断処置には、定期健診、血液検査、レントゲンといったものは含まれるが、既知の病気の処置・ケア・検査、又は、けが・症状の処置・検査といったものは含まれない。したがって、雇用主は、差別禁止ルールに抵触するため課税所得とみなされるという懸念を抱くことなく、幹部職員用に定期健診プログラムを提供することができる。

（適用除外となる労働者）

上述したルールの適用に当たって、IRC 第 105 条(h)(3)(B)項では、雇用主に以下の労働者は適用除外とすることを認めている。

- ・制度年度開始時点で、勤続期間が 3 年未満である者
- ・制度年度開始時点で、25 歳未満の者
- ・パートタイム労働者、季節労働者
- ・労働協約によってカバーされている者
- ・アメリカ国内で所得を得ていない非居住外国人

差別禁止テストが適用される際、IRC 第 414 条において定義されているとおり、系列グループ等（controlled group、affiliated service group）のすべての労働者は同一の雇用主によって雇用されているものとして取り扱われる。

（受給した給付額と課税所得）

自家保険型医療制度（self-insured health plan）において、ある給付が HCE のみ利用可能（他の労働者は利用不可能）である場合には、当該給付に関して HCE になされた償還額の全額が「超過償還（excess reimbursement）」となり、HCE の帰属所得（imputed income）として、課税所得に含められなければならない。たとえば、自家保険型の歯科治療制度が HCE に対してのみ給付を行う場合、HCE に対して支払われた歯科治療給付額は、当該 HCE の帰属所得とみなされる。さらに、ある制度が HCE のように労働者の地位、もしくは報酬割合に基づき、最大給付上限を定めている場合には、HCE のみに提供される給付額については、すべ

て「超過償還」とされ、帰属所得として HCE の賃金に含まれる。

自家保険型医療制度が加入資格に関して HCE に有利となる差別を行っている場合、(HCE の所得として課税対象となる) 超過償還額は次のように算出される。

(当該 HCE に対する償還額全額×当該制度年度におけるすべての HCE に対する償還額全額÷当該制度年度におけるすべての労働者に対する償還額全額)

加入資格に関して差別とみなされた自家保険型医療制度の加入者である HCE (X) を例にとることとする。HCE (X) は当該制度年度に、開胸手術費用として 120,000 ドルの償還を受けるものとする。当該自家保険型医療制度が当該制度年度に、すべての HCE に対して総額 100 万ドル、すべての労働者に対しては総額 200 万ドルの償還をした場合、HCE (X) の超過償還額は、60,000 ドルとなる ($(120,000 \text{ ドル} \times 100 \text{ 万ドル}) \div 200 \text{ 万ドル}$)。この額は、当該 HCE の W2 において、帰属所得として含まれなければならない。

自家保険型医療制度に労働者拠出もなされている場合には、雇用主拠出分に係る償還部分についてのみ、HCE の所得に含まれる。IRC 第 104 条(a)(3)項においては、HCE を含め現役及び元労働者は、すべて自らが拠出した部分に係る給付については、総所得から除外することが認められている。雇用主拠出分に係る給付額は、給付がなされた年度以前の 3 年間 (制度がスタートしてから 3 年が経過していない場合は、当該制度がスタートしてから経過した年数) における全拠出額に対する雇用主拠出の負担割合によって決められる。内国歳入庁 (IRS) は雇用主拠出と同様、労働者の拠出は税引前拠出として取り扱っている。このため、労働者が税引後拠出をしている場合には、(3 年のルールの適用を含め) HCE への課税対象となる超過償還額の調整が必要となる (ただしこれは稀である)。

(HCE への課税)

課税負担の不利益を和らげるために、HCE は適格な医療費のうち、払い戻しを受けていない部分の一部を確定申告で、連邦所得税額から控除することができる (IRC 第 213 条)。同条に基づく医療費の控除を行うためには、納税者は、当該年度において支払った医療費全額から受給した償還額を控除することによって、払い戻しを受けなかった医療費の額を確定しなければならない。その後、調整後所得 (adjusted gross income) の 7.5% を当該確定額から差し引き、そこでもし残額があれば、その額を連邦所得税額から控除できる。IRC 第 68 条 (高額納税者に認められる各種控除の総額を制限している) もまた、HCE の課税所得の軽減に資する可能性がある。

(雇用主への課税)

雇用主は、IRC 第 162 条(a)項に基づき、自家保険型医療制度を通じて労働者及び退職者に提供した医療関連コストの全額を経費として、控除することができる。IRC 第 501 条(c)(9)項に規定する信託 (trust) のような福利厚生基金 (welfare benefit fund) を通じて提供される医療制度については、追加要件が付される。

(むすび)

自家保険型の雇用関係ベースの医療制度は、HCE に有利となる差別を行わないように設計されなければならない。加入資格要件における差別や HCE にのみ有利な給付を行うことはできない。HCE に有利となる差別であると認められれば、結果的に、HCE の課税所得にその全額または一部が算入され、課税されることになるのである。

第29節 医療費の抑制 (MANAGING HEALTH CARE COST)

(イントロダクション)

アメリカの医療費は、1970年は730億ドル(対GDP比7%)であったものが、2005年には2.0兆ドル(対GDP比16%)となっており、急速に増大している。2016年には、4.1兆ドル(対GDP比19.6%)に達すると見込まれている。こうした医療費の急激な増加要因としては、人口の高齢化、保険の包括化、労働者の所得の増加、他の分野に比して医療分野においては生産性の向上が乏しいこと、相対的に医療費の値段が高くなる高額な管理運営コスト、医療提供者によって誘発された需要、技術革新が挙げられる。

2005年時点で、65歳未満の一般市民の約3分の2が雇用関係ベースの制度を通じて医療保険カバレッジを受けている。労働者及びその扶養家族のために、雇用関係ベースの医療保険制度及びメディケアに対して雇用主が拠出する額は、劇的に増大してきており、1970年の120億ドル(報酬の2%)から2005年には約4,396億ドルに達するまでになっている。

1980年代後半から1990年代前半における医療費増加の結果、1990年代半ばには、医療分野におけるコスト管理戦略が広く普及した。雇用関係ベースの医療制度の運営において、雇用主は、全面的な見直しを行った。これらのコスト管理手法は、個別企業の医療費を抑制するためのものであるが、国民医療費全体の管理というより大きな目標達成にも資するものとなっている。

給付設計の見直しが、最も広く行われている医療コスト管理手段となっている。なぜなら、これが最も雇用主が実行・管理しやすいものだからである。雇用主の主導によって行われる制度変更のうち一般的なものとしては、次のようなものがある。

- ・定額控除額 (deductible)、共同負担割合 (coinsurance)、労働者の保険料拠出といったものを新たに課したり、増額させたりするもの
- ・入院する前に審査を受けたり、一定の処方薬の給付を受けるにあたって事前承認を要するといった診療内容審査 (utilization review (UR)、drug utilization review (DUR)) を採用するもの
- ・加入者及び受益者に対し、外来手術ケア (ambulatory surgical care)、長期介護施設での処置 (treatment in extended care facility)、在宅医療・ホスピスケア(home health and hospice care)、症例管理(case management)、遠隔医療(telemedicine)、健康増進(ウェルネス)プログラム(wellness、health promotion program)など、より低コストのサービスの利用を求めるもの

多くの雇用関係ベースの団体医療制度は、医療給付として、加入者が適時、適切な水準のケアを受けることができるようなサービス(例 24時間看護師電話相談サービス)を提供するなどの需要管理プログラムも導入している。

医療コストを管理するために利用されるその他の手法としては、医療給付の調整(coordination of benefits (COB))、代位権条項(subrogation clauses)といったものがある。COBは、請求者が複数の団体医療制度によってカバーされている場合、重複カバレッジを排除するために支払いを調整するものである。代位権条項は、医療費支出の原因となった行為(例

自動車事故)が第三者の過失によるものである場合は、当該医療保険制度が当該第三者に求償することを認めるというものである。

以上のような既存の(雇用関係ベースの)団体医療制度の枠組みの中での変更に加えて、より全面的に医療保険給付の組替えを行った雇用主もある。また、選択型従業員福祉制度(**flexible benefit plan**)ないしカフェテリアプランといった枠組みの中で、制度を根本的に再編成した雇用主もある。選択型従業員福祉制度を採用している雇用主は、労働者の医療費コストの負担割合を高め、労働者により医療費の抑制に向けた責任を負わせることを意図している。

雇用関係ベースの団体医療制度の大半が、加入者、受益者をマネジドケアプラン(**managed care plan**)に移行させている。2006年時点で、雇用関係ベースの医療制度に加入している93%の労働者がなんらかのマネジドケアに加入している。1994年時点では、従来型の実費給付補償型制度(**indemnity plan**)が、医療給付を提供する雇用主の間で最も一般的な形態であった。従来型の実費給付補償型制度を提供する雇用主が減るに伴い、当該制度の加入者数は減少し、マネジドケアプランに加入する者が増加した。2006年時点で、医療制度に加入している労働者のうち、従来型の実費給付補償型制度に加入している者の割合は、3%にすぎない(1988年の当該割合は73%であった)。同期間に、マネジドプランへの加入割合は、27%から93%にまで増加した。この加入者数の減少という状況に加え、出来高払い制の実費給付補償型制度は、雇用主や保険業者がマネジドケアの特徴を当該制度に付加するにつれて、変化してきた。HMO(**health maintenance organization**)の加入者数は、1980年の910万人から、1990年には3,360万人へと269%増加した。しかし、1990年代以降、HMOの成長率は鈍化し、その後、HMOのうち、最も加入者に制限が課されるタイプの加入者数は減少してきている。

スタッフモデルHMOやグループモデルHMOが衰退してきた第一の理由は、労働者に与えられる柔軟性が欠如していたためと思われる。雇用主は、有能な労働者を採用し、維持しつづけるために、医療給付を報酬の一部として提供する。選択肢が限定され、満足度も得られない医療制度に労働者を縛り付けることは、コストは削減できるかもしれないが、雇用主の労働者の採用及び労働力の維持確保という目的からすればマイナスとなろう。個人開業医型HMO(**independent practice association(IPA)**)や混合型HMOでは、労働者はより柔軟な制度に切り替えることができ、多くのケースにおいて、家庭医や専門医との係わり合いを維持することができる。スタッフモデルHMOやグループモデルHMOが衰退してきた第二の理由は、当該システムにおいては、雇用主が思ったほど医療費コストを削減することができず、このため、雇用主は他のタイプに移行したためといえるかもしれない。また、スタッフモデルやグループモデルのHMOは、IPAやネットワークプラン(**network plan**)に比べ、市場シェアを拡大するという点において積極的でなかった可能性も考えられる。なぜなら、スタッフモデルやグループモデルHMOの多くは非営利組織によって運営されていたからである。

(医療制度の類型)

医療制度は、支払者(例 信託または雇用主)が当該制度に対して及ぼす経済的なコントロールの範囲、当該制度が加入者の選択に与える影響に応じて、多様な形でアレンジされる。伝統的な出来高払い制の実費給付補償型制度(**indemnity plan**)はマネジドケアの要素を全く含

んでおらず、一方の極に位置付けられる。スタッフモデル HMO は最も多くマネジドケアの要素を含んでおり、その対極に位置付けられる。この両極の間に、(managed indemnity plan と呼ばれる) マネジドケアの性質を備えた出来高払い (fee-for-service) プラン、PPO (preferred provider organization)、医師について幅広い選択肢を認める HMO が位置付けられる。さらに、医療提供システムが進化し、雇用主が企業の給付制度の設計により積極的に関与するようになるにつれて、労働者の選択の自由と雇用主の経済的コントロールのバランスを図る試みとして、HMO と PPO の要素を組み合わせた POS(point-of-service)が発展してきている。

HMO (Health Maintenance Organization) —HMO の基本的な機能は、次のとおりである。

- ・加入者に包括的な医療を提供する。
- ・カバー対象となる医療サービスを提供する医師およびその他の医療専門職と契約を締結する又は直接雇用する。
- ・カバー対象となる病院での看護サービスの提供に関する契約を病院と締結する (HMO の中には自ら病院を所有、経営しているところもわずかながらある)。

従来型の保険制度では、医療提供者に、通常は出来高払方式 (fee-for-service arrangement) で償還を行う。もっとも、民間保険会社、自家保険制度を導入している雇用主、およびブルークロス・ブルーシールドプランでは、労働者に特定の医療提供者の利用を促すため、PPO やその他のマネジドケアの仕組みを取り入れるものが増えてきている。

1980 年代半ばまでは、一般的な HMO のモデルは、スタッフモデルまたはグループモデルであった。近年拡大している HMO の大半は、ネットワークモデルや個人開業医型 HMO (IPA) である。現在、HMO には次の 5 つのタイプが存在する。(1)スタッフモデル、(2)グループモデル、(3)IPA、(4)ネットワークモデル、(5)混合型モデルである。患者の取扱方法やサービス、コストを制限するために医療ケア提供者に与える経済的インセンティブの内容といった点でこれらのモデルは、区別される。

- ・スタッフモデル—スタッフモデル HMO は、自らヘルスケア施設を所有し、医療ケア提供者も給与ベースで直接雇用する。患者の選択の幅は制限される。医療サービスを受ける際、加入者はネットワーク内の医療提供者に制限され、更に、最初にプライマリケア担当医に診断してもらわなければならない。当該医師が医学的に必要かつ適切と判断した場合には、HMO のネットワーク内の専門医に当該患者を紹介することになる。
- ・グループモデル—グループモデル HMO は、スタッフモデル HMO と類似しているが、加入者に医療サービスを提供するために、単一の医師グループと契約を交わす。当該医師グループは、独立して運営され、通常は人頭割 (HMO の患者 1 人当たり固定料率) ベースで支払がなされる。グループモデル HMO の医療提供者は、通常、診療時間の大半を HMO の患者に充てることになるが、一部、個人営業を行ってもよい。
- ・個人開業医型 HMO (Independent Practice Association (IPA)) —IPA は、個人で開業し診療にあたっている医師達のグループであり、HMO 加入者の診療も行うが、主として HMO 加入者以外の患者に医療を提供している。近年、IPA 型の HMO では、出来高払方式により償還がされるケースが増えている。1990 年代半ばから後半にかけて、

多くの IPA 型の HMO では、プライマリーケア担当医に人头割ベースで支払を行っていた。IPA の利点は、自ら所有するオフィスで診断を行う医師と契約することで、HMO は地理的に広範囲にサービスを提供できること、同規模のスタッフモデルまたはグループモデルの HMO よりも資本投資が少なくすむこと、労働者に医療提供者の選択の幅を多く与えることができることである。

- ・ネットワークモデル—ネットワークモデル HMO は、複数のそれぞれ独立した医師グループと契約を行う。これら医師グループは、一般的なサービスのみならず、専門的なサービスも提供する。HMO は通常は、人头割ベースで支払を行う。しかし、これらの医師グループもまた、一部、出来高払いベースで個人営業を行うこともできる。
- ・混合型モデル—混合型 HMO は、まず、ネットワークモデルなど、あるいはいずれかのモデルを採用し、その後、IPA など他のモデルを加えることによって、その対象範囲や地理的範囲を拡大する。

医療制度において経済的インセンティブを組み込むことにより、医師の診断プロセス、医療提供コストといったものに影響を与えることができる。HMO の中には、ケアの質や生産性に基づき医療提供者へ償還を行う保留口座 (withholding account¹⁰) やボーナスプログラムを活用しているものもある。

PPO (Preferred Provider Organization) —PPO は、現在、医療制度において最も主要な形態となっている。PPO は、医療提供者の集合体であり、各医療提供者はそれぞれ独立して、保険会社あるいは雇用主との間で、その加入者に対して医療サービスを提供する契約を結ぶ。PPO のネットワークに参画する医師は、通常、医療サービスの提供に関する財政リスクを負わない。PPO における償還は、交渉により設定された診療報酬又は割引された出来高払いで、行われる。PPO プランでは、多くの場合、雇用主の要求に応じ、地理的および専門分野に合わせて医師を選択する。加入者は医療サービスを PPO (又はネットワーク内) の医療提供者、PPO 以外の医療提供者 (又はネットワーク外) いずれからも受けることができるが、後者の場合、より高い自己負担が求められる。PPO の仕組みは HMO の仕組みとは大きく異なるが、双方とも、医療提供者を限定する手法、交渉によって診療報酬を設定する手法、医学的管理を行うといったコスト管理手法を採用している。

EPO (Exclusive Provider Organization) —EPO は、緊急時以外の医療サービスのカバレッジを契約した医療提供者に限定するというものである。HMO と仕組みが似ているが、EPO は、保険商品又は自家保険商品として提供される。このプランでは、典型的には、加入者はネットワーク内の医療提供者による医療サービスのみの利用に限定される。ネットワーク外でサービスを受けた者は、通常、当該サービスに係る費用の償還を受けることができない。EPO は、医療提供者のネットワークを活用し、ケアコーディネーターとして、プライマリーケア担当医を置く。一般的に、EPO は一人当たり事前支払定額方式 (Prepaid per-capita rate) や割引診療報酬 (Discounted fee schedule) を用いたり、コスト削減目

¹⁰ 保留口座 (withholding account) の仕組みは、医師への支払額の一定割合が当該制度年度の終了時まで保留する (withhold) というものである。加入者の保険料は、プライマリーケア医、専門医、病院、外来診察への支払いを行う referral fund に蓄えられる。この referral fund が黒字となった場合は、医師らは当該保留口座に蓄積した額を受け取ることができる。一方、referral fund が赤字となった場合は、医師らには当該口座分の支払いが一切行われない。

標を満たした場合のボーナスを提供することなどにより、費用対効果の高い医療を提供させるための経済的インセンティブを盛り込んでいる。

POS (Point of Service)—POS プランは、本質的には、加入者にネットワーク以外の医療提供者のサービス利用も認める HMO といえる。加入者は、プライマリーケア担当医を選択しなければならない。加入者の自己負担は、どの医療提供者を選択するかにより異なってくる。ネットワーク外で医療サービスを受けた場合に、最も高額の自己負担が課せられる。POS と HMO の決定的な相違点は、POS 加入者は、高い自己負担を受け入れることを条件に、ネットワーク外の医療提供者から受けたサービスについても給付を受けることができるという点である。ネットワーク内もしくは認定された医療提供者からケアを受けた場合の費用は、契約外の医療提供者によって提供されたケアに係る費用よりも安い。これは、加入者の選択の自由を厳しく制限することなく、ネットワーク内の医療提供者を利用するよう仕向ける手法といえる。

医療提供者のネットワークが持つ特徴の一つは、その医療提供者の選抜方法である。プランの中には、予め定められた選択基準に照らして（ネットワーク内の医療提供者となり得る）候補者を評価するものもある。医療提供者は、医療提供状況を的確に管理することにより、当該ネットワークにおけるコスト管理及び質の向上に関する目標を達成しなければならない。更に多くのネットワークでは、医療提供者に対し、診療内容審査 (utilization review (UR)) を受け入れること、患者をネットワーク内の医療提供者のみに紹介すること、当該ネットワークにおける償還手順を受け入れることを求めている。不当に高いコストを特定し、(教育や経済的インセンティブを通じて) そうした高コストの診療パターンを変更させるために、多くのネットワークでは、ネットワーク内の医療提供者の診療パターンを観察している。

雇用関係ベースの医療制度の中には、ネットワークに組み込む医療提供者を選別するために治療の質を認証する第三者機関から提供される客観的な情報を活用しているものもある。雇用主は、開胸手術や移植手術のようなコストの高い治療を行う医療ケア施設のネットワークと契約する。中核的研究拠点 (center of excellence (COE)) として知られるこうした施設は、実績、効率性、有効性、死亡率のようなアウトカム指標といったものを含む、多くの基準に従って選抜される。医療提供者は、実態に合わないアウトカム指標を選抜基準とされることに対して、疑問を呈している。なぜなら、病状の悪い患者を抱える医療提供者は質が劣っているように見えてしまうからである。これに対して、健康管理機構 (health care organizations) は、混合事例の重症度を考慮した上で、医療記録の分析を行うシステムを進化させてきた。医師や病院によって達成された成果により、医療制度及びプランスポンサーは客観的にケアの質及びコスト効率を比較・分析することができる。こうした客観的基準を用いて選抜を行った上で、医療提供者と契約を結ぶことにより、初めて、低コスト、高品質の医療ケアを行う医療提供者が直接報いられるようになる。これにより、最終的には、単に提供されたサービスの量に基づいて報酬が支払われる傾向にある現在の償還方法とは異なり、健康改善の成果によって報酬が支払われるという償還方法へと変化していく可能性がある。

(消費者主導型医療給付 (Consumer-Driven Health Benefit))

医療政策研究者の多くが、雇用主が従業員への医療給付の管理手法について、全般的な見直しを思考している最中にあると指摘している。雇用主が導入し得る医療給付オプションを表す用語として、掛金建て (defined contribution)、消費者主導型 (consumer-driven)、消費者主義 (consumerism) といったものが用いられてきた。これらの用語は、(雇用主が保険等を購入し提供するという意味で) 労働者を間接的な受益者としてではなく、医療保険や医療ケアサービスの直接の購入者として位置づけるようなプログラムを表すものである。他人に自分のサービス等を選択されるよりも、自分自身で選択した方が、労働者はより賢明となり、満足度も高まると考えられている。

雇用主は、多くを理由に、こうした医療給付に大変関心を持っている。まず第一に、雇用主は、最もコスト効率よく、労働者に医療給付を提供する方法を常に模索しており、将来のコスト増加に対する強い懸念を有していることが挙げられる。すなわち、こうした手法では、給付コストの増加率いかににかかわらずに、雇用主は医療給付に関する拠出額を設定することができる。第二に、医療制度のスポンサーとなっている多くの雇用主は、新たな規制や法律が設定されることにより、訴訟に巻き込まれるようになるのではないかと懸念していることが挙げられる。雇用主は、その関与を医療給付としての一定額の拠出のみに限定し、実際のカバレッジの内容や医療サービスの提供には関与しないことで、医療保険カバレッジに関する責任を軽減することができる。第三に、雇用主は、労働者により多くの選択肢、柔軟性等を与えることができるということが挙げられる。

雇用主の中には、様々な給付タイプの間で労働者により多くの選択肢を提供しつつ、それと同時に労働者がより医療給付や医療サービスコストに敏感になるように仕向けるという 1980年代に始まった手法を採用したものもある。その他の多くの雇用主もこうした手法を検討している。医療支出の意思決定に対する消費者の関与を増やすという類の戦略には、共通のテーマが存在する。すなわち、医療ケア・サービス等に関する意思決定に関する責任を雇用主から労働者に転換させるというものである。こうしたアプローチの強度は、雇用主が意思決定責任を労働者に転換させるために労働者に認める選択肢の度合いによって異なってくる。一方には、雇用主が多くの種類のプランを提供し、その中から労働者が選択することができるという方法がある。これは多くの雇用主が現在行っているものである。他方、雇用主は医療制度を提供せず、ただ単に労働者の賃金を増加させ、当該増加分を医療保険及び医療サービスの購入にあたり、どのように利用するのが最善かどうかを労働者に決定させるという方法もある。この節では、広範囲にわたる医療給付のオプション(新しく登場してきたもので現在利用されているものもあれば、現在使われていないものもある。長期にわたって雇用主によって利用されてきたものもある。)の内容及びそれらに付随する課題について概観する。

従来型の大企業医療プランにおける選択モデル (Traditional Large-Employer Health Plan Choice Model) —このモデルは、雇用主が通常いくつかの医療給付オプションを提供し、労働者にその中から選択させるというものである。雇用主は、HMO、PPO、POS、消費者主導型医療プラン (consumer-driven health plan (CDHP)) といったものを提供し、労

働者に、給付管理の方法、医療提供者のネットワークの規模、ネットワーク外から医療サービスを受けた場合の給付の可否、自己負担の程度、保険料拠出水準などを選択させる。基本的には、雇用主が労働者に提供すべきプランを選択すると、労働者はそれを最善のものと考えて選択している。

雇用主が設定する個々の労働者に対する拠出水準は様々であり、その額は、どのオプションを労働者が選択したか、労働者が労働者本人のみのカバレッジを選択したか扶養家族を含むカバレッジを選択したかによる。ある雇用主への調査結果によれば、1997年時点で、調査対象雇用主の28%が、提供する全ての医療給付オプションにおいて、労働者本人のみのカバレッジに対する拠出として定額制を敷いていた。これはすなわち、割高なオプションを選択した労働者は割安なオプションを選択した場合との差額を全額拠出しなければならないということである。調査対象雇用主の34%は、各オプションにおいて、それぞれコスト総額の一定割合として、拠出額を定めていた。この場合、割高なオプションを選択した労働者は、割安なオプションを選択した場合との間のそれぞれの総コストの差額の一定割合のみ拠出すればよいことになる。調査対象雇用主の約40%は、全てのオプションにおいて、労働者本人のみのカバレッジの全てのコストを支払うこと、又は選択するオプションの違いにかかわらず労働者が負担する拠出額を一定にすることで、オプション間のコストの差額を全額助成していた。

上述のような方法で、複数のオプションの中からカバレッジを購入するに当たって、労働者により経済的な責任を持たせることについては、メリットもあるが、デメリットもある。このモデルのメリットは、労働者は一般的に、自らの雇用主は最適な給付を選択してくれていると考えているということである。2002年の医療信頼度調査結果によると、雇用主が自らのために最善の医療制度を選択してくれていると思うかどうかという問について、雇用関係ベースの医療保険に加入する者の46%が、*extremely* 又は *very confident* と回答している一方、*not too* 又は *not at all confident* と回答する者は17%に過ぎなかった。これとは対照的に、自分自身で最適な医療制度を選択できるかという問については、37%が *not too* 又は *not at all confident* と回答している。

一方、このモデルのデメリットは、労働者は医療給付のオプションについて、実際ほとんど選択を行っていないことから、価格にほとんど影響を与えていないということである。医療給付を提供している雇用主を対象に行った Claxton et al. (2006)の調査によると、労働者が選択可能なプラン数は、1つのみが51%、2つが31%、3つ以上は18%に過ぎなかった(2006年時点)。小規模企業(3-199人規模)に限ると、1つのみが80%、2つが19%、3つ以上は2%に過ぎなかった。実際、大企業の雇用主や、California Public Employees' Retirement System (CalPERS)のような団体に加入している雇用主の中には、医療プランの選択の幅を狭めてきているものもある。雇用主は、労働者が利用可能な全ての選択肢の中から、どの医療保険を提供すべきか、カバーすべき給付範囲をどうするかといった決定をし、労働者のために、大半の選択を行っている。要するに、雇用主は、労働者に対して、わずかな残りの選択肢(どのプランに加入すべきか)を提供するに過ぎない。労働者は、もし医療保険のカバレッジが雇用に結び付けられていなければ、(選択肢

は場所によって大きく異なるであろうが) 医療保険の選択において幅広い選択肢を有するであろう。

このモデル(そして、雇用関係ベースの医療給付制度一般にもあてはまる)におけるもう一つのデメリットは、転職する際に医療保険の持ち運びが困難(ポータブル性に優れていない)ということである。労働者及びその家族は、医療プランを変更した場合に、変更後の医療プランと契約を結んでいる医療提供者に、医師を変更しなければならない可能性がある。労働者は時に自らの生産性や報酬を増加させる可能性のある雇用機会を見送る。なぜなら、現在の医療保険を保持し続けたいからである。こうした状況は、「転職障害(job lock)」と呼ばれている。

医療保険のポータビリティ性が乏しいことによる影響を示す例は他にもある。医療提供者がネットワークを離れ、労働者が医師を変更せざるを得ない状況に至った場合には、たとえ労働者が仕事や医療保険を変えなかったとしても、患者と医療提供者の関係は損なわれる。今日では医療プランの多くはネットワーク外においても給付を行っているため、患者と医療提供者の関係は、かつてほど問題とはならないかもしれない。医療プランの選択肢が与えられる際、多くの場合、労働者は、ネットワークに参加していない医師によって提供されるサービスに対しても給付を行うPPO又はPOSを選択できる。労働者は、通常、ネットワーク外の医療サービスに対して保険給付を受けるに際して、まずは定額自己負担分(deductible)を支払わなければならない、定額自己負担分を超える部分についても、ネットワーク内でサービス提供を受ける場合よりも高額の自己負担割合(coinsurance rate)を求められることとなる。

自己負担選択モデル(Out-of-Pocket Choice Model) 様々なタイプの医療給付オプションの中から選択させる手法とは異なり、雇用主は、ある一種の標準的な給付のパッケージを提供しつつ、自己負担に関して異なるオプションを提供することもできる。同一の給付パッケージにおいて、雇用主は、定額自己負担(deductible)、入院サービス・外来サービス、処方箋薬に関する自己負担割合(co-insurance rate)、自己負担上限について、それぞれ異なる水準のものを組み合わせて提供することができる。労働者の中には月々の保険料をより多く支払うことで、より包括的な(comprehensive)給付(またはより低い自己負担額)を獲得する者もいる。

このアプローチのメリットは、労働者がどの医療サービスをカバレッジに含めるか、もしくは除外するかについて判断する必要はなく、労働者がより包括的でない(限定的)(less comprehensive)、かつより手頃(安価)な給付パッケージを選択できる点にある。このアプローチは、高額定額自己負担(high-deductible)付プランのように、限定的な給付オプションを提供する医療保険カバレッジを有する労働者を増やす結果につながる可能性がある。すなわち、比較的手頃であることから、多くの雇用主が給付を提供するようになり、その結果、より多くの労働者が医療給付を受け取ることができるようになる可能性がある。

このアプローチのデメリットは、健康な労働者のみが、こうした包括的でない(限定的な)給付を選択し、逆選択を生み出す結果につながる可能性があるということである。リスクを嫌い、自己負担が高くなることを極力避けたいと考える労働者の中には、包括的で

ない（限定的な）給付を選択することを躊躇するものもいるであろう。労働者は包括的でない（限定的な）給付パッケージを選択することによって（コストが安いので）節約することができ、その節約分を医療サービスが必要となったときに使用できるものの、現行税法では、そうした節約分を税引前ベースで蓄えることを認めていない。もし仮に税引前ベースで蓄えることが認められれば、労働者が包括的でない（限定的な）プラン又は高額の自己負担を伴うこととなるプランを選択する更なるインセンティブが与えられることとなるだろう。各種選択肢に対する雇用主の価格設定に依存するため、医療サービスを利用しない者のみがより包括的でない（限定的な）カバレッジに参加する場合であっても、そのような貯蓄が実現しない可能性がある。

もう一つのデメリットは、労働者が自己負担額が高い(out-of-pocket expense) プランを選択した場合に、一部保険 (underinsured:注 保険対象物の価額よりも、設定している保険金額が少ない保険のこと) となってしまう可能性があるということである。高い定額自己負担額 (deductible) を支払うことができない労働者は、保険料が手頃 (安価) であることから、このようなプランを選択する可能性がある。高额定額自己負担 (high deductible) 付プランの加入者もまた、必要な医療ケアを差し控える可能性がある。

(階層型医療提供者ネットワーク (Tiered Provider Network))

医療給付の種類や医療サービスについて、労働者により多くの選択肢を与える一方で、それと同時に、労働者に対し、より直接的に給付やサービスのコスト意識を持たせるために、雇用主の中には、病院及び医師のサービスについて階層型ネットワーク (tiered network) の構築にとりかかるものも出てきた。処方箋薬給付における、数年間にわたる、階層型の共同負担割合 (tiered co-payment) 及びネットワークに関する経験の後、保険会社及び雇用主は、医師サービス及び病院サービスにも同様に、階層型ネットワークの価値を見出すようになった。階層型病院ネットワークが盛んになってきた理由としては、病院の数及び病床数が減少する一方で、患者の数は増加していることにより、病院の交渉力が向上してきたことが挙げられる。Robinson (2003)によると、現在、病院の中には、償還率が増加せず、診療内容審査 (UR) の制約も弱まらない場合には、保険会社との契約から自ら進んで撤退するものもあるという。実際、アメリカ病院協会 (American Hospital Association) によると 1997 年から 2001 年にかけて、一病院当たりのマネジドケアの平均契約数は減少したとのことである。

階層型医療提供者ネットワーク (tiered provider network) における給付システムでは、労働者は、階層の位置付けが異なる医療提供者に対しては、それぞれ異なる自己負担率 (cost-sharing rate) を支払うこととなる。例えば、最も低コストの医療提供者は、最も価格の安い階層に、最も高コストの医療提供者は、最も価格の高い階層にそれぞれ位置づけられるという形が考えられる。階層は、医療提供者から提供される割引率の大小や医療の質の如何に基づき、設定されることもある。階層型医療提供者ネットワークは、本質的には、長年にわたって実践されてきた労働者に対する給付方式 (ネットワーク内の医療提供者を利用した場合の給付水準とネットワーク外の医療提供者を利用した場合の給付水準を異ならせるというもの) の変形であるといえる。階層化は、医療提供者間のコストの差異を消費者にとって、より透

明性のあるものとし、消費者に実際のサービスコストを認識させると同時に、消費者が、高コストの医療提供者に対して、より多くの自己負担をすべき価値があるかどうか判断することを容易にする。

保険会社や雇用主は、様々なタイプの病院や医療提供者を区分するために階層を利用する。医療提供者は、請求価格や提供するケアの質に従って、階層化される。この手法のメリットは、様々な階層に分類される医療提供者の中から労働者が選択するあたり、それぞれの医療提供者のコスト及び質を予測しやすくなるということである。デメリットは、より高コストの階層に位置づけられる医療提供者から、より質の高い医療サービスを受けられる場合であっても、労働者は、最も低コストの階層に位置づけられる医療提供者を選択する可能性があるということである。

特定の病院を自己の医療給付プログラムから完全に排除するよりむしろ、病院間のコストの相違を利用する方が手段として望ましいと考える雇用主は、階層型医療提供者ネットワークを活用する。労働者は、(労働者の支払は高額となるが)より高価な病院や医療提供者を選択するオプションを有しているので、この手法は、完全に特定の医療提供者を制度から除外した場合と比べ、労働者及び医療提供者との軋轢を生じにくくする可能性がある。階層型医療提供者ネットワークにおける典型的な給付パッケージでは、医療提供者は、それぞれ別々の階層に分けられる。当該階層はコストと質に基づいて設定される。

例えば、以下のようなケースが考えられる。最も低コストでかつ最も質の高いサービスを提供するとみなされた医療提供者は階層 1 に位置づけられ、その医療サービスは最も低額の自己負担で提供されることになるが、階層 2 に位置づけられる医療提供者はより高額の自己負担となる。一日当たりないし一回当たりの共同負担額 (copayment)、全体に係る共同負担割合 (coinsurance)、又は定額自己負担 (deductible) のいずれかによって、自己負担額の相違が設定される。例えば、階層 1 の病院では一日当たりの労働者の共同負担額は 0 ドルである一方、階層 2 の病院ではその額が 200 ドル、あるいは、階層 1 の病院では 10% の共同負担割合である一方、階層 2 の病院ではそれが 30%、又は、階層 1 の病院では定額自己負担は 0 であるが、階層 2 の病院ではその額が 1,000 ドルといった形である。

階層型医療提供者ネットワークのコンセプトは病院サービスにおいては、比較的新しいものである。しかし、労働者は既にそのコンセプトに馴染みがあるかもしれない。とりわけ、ネットワーク内の医師 (又は病院) を選択した場合、ネットワーク外の医師 (又は病院) を選択した場合よりも自己負担が低くなるという PPO や POS の医療プランに加入している労働者にとってはなおさらである¹¹。しかし、保険会社や雇用主の観点からすれば、階層型医療提供者ネットワークは、ネットワーク内とネットワーク外の組合せという給付システムとは根本的に異なる。階層型医療提供者ネットワークの下では、全ての医療提供者が、保険会社又は医療プランと契約を結んでいる。契約条件は、提供されるケアのコストその他の要因によって異なる。これとは対照的に、ネットワーク外の給付も行う PPO や POS といったプランでは、ネットワーク外の医師は保険会社や雇用主と契約を結んでいない。

雇用主、保険会社は、特に病院サービスに関する費用を管理するために階層型医療提供者ネ

11 伝統的 HMO もまたある種の階層型給付を行っている。HMO は、通常労働者がネットワーク内の医療提供者を利用した場合には、包括的なカバレッジを提供する。反対に、ネットワーク外の医療提供者を利用した場合には給付は一切なされない。

ットワークに関心を持っている。長年にわたって、病院は病床数に大量の余剰を抱えていたが、現在では、病院の整理統合、病院数の減少、病床数自体の減少、人口増加により、そうした余剰はほぼ解消されている。上述のとおり、病院の価格交渉力が高まってきており、その結果、保険会社、雇用主にとってはコスト増となり、最終的に高い保険料という状況を生み出している。マネジドケアプランとの契約から撤退することをちらつかせることによって、病院が大きな影響力を行使している場合（とりわけ、一つの病院によって支配されている小規模市場、系列化された病院群によって支配されている大規模市場のような場合）もある。

階層型医療提供者ネットワークでは、雇用主、保険会社は大半の病院及び医療機関を自らのプランの中に包含することができる。この点、従来型 HMO のような限定的な医療提供者ネットワークとは異なる。1990 年代、賃金上昇に象徴される逼迫した労働市場において、労働者を惹きつけ、確保し続けることを意図した雇用主の多くは、選択肢が限定的なプランから、より柔軟なマネジドケアプランへと移行した。（選択できる医療提供者の範囲が限定的な）HMO は、より柔軟な形態である PPO と競争しなければならなかったため、（従来型 HMO のように）限定的なマネジドケアプランの多くは、ネットワークをより多くの医療提供者に開放した。多くの地域において、医療提供者は大半のネットワークと契約を結ぶようになったため、各ネットワークの医療提供者の選定状況を比較することで、プラン相互の区別を行うことは、困難となった。階層型医療提供者ネットワークは、このような状況においてさえ、医療提供者間の区別を行うことができる一つの手法である。

また、階層型医療提供者ネットワークの手法は、any-willing-provider (AWP) law に対して、雇用主及び保険会社が有している懸念にも対処し得る。多くの州では、医療提供者が当該ネットワークの契約条件を受け入れる場合には、（雇用主及び保険会社は）当該医療提供者のネットワークへの参加を拒否することができないこととされている。階層型医療提供者ネットワークによって、雇用主及び保険会社は、AWP 法を持つ州において、医療提供者を区別して取り扱うことができる。

階層型医療提供者ネットワークは、医療提供者の選択肢が広がることによって、（特に病院ケアにおいて）消費者にも恩恵を与えるものである。従来、ネットワークに入っていなかった病院も、階層型医療提供者ネットワークではネットワークに含まれることとなろうが、一方で費用負担は高額となろう。階層型医療提供者ネットワークには、選択した医療提供者によって自己負担額を変化させることにより、消費者に自らが選択した医療提供者をチェックさせるという目的もある。

ある意味では、階層は、マネジドケアや HMO の持つ選択的契約という基盤の上に成り立っているといえる。医療提供者のネットワークが持つ特徴の一つが、その医療提供者の選抜方法がである。ネットワークの中には、予め定められた選択基準に照らして（ネットワーク内の医療提供者となり得る）候補者を評価するものもある。初期の HMO やマネジドケアでは、所定の選定基準を満たした医療提供者が、ネットワークの一部に入ることができた。今日、階層型医療提供者ネットワークでは、全ての医療提供者がネットワークの一部となり得るが、当該ネットワーク内では、所定の選定基準によって医療提供者の階層が決められ、それに従い消費者の費用負担額も規定されることになる。

階層型医療提供者ネットワークの導入は、労働者に対して医療費に関し、よりコスト感覚を持たせようという大きな流れの一部であるといえる。雇用主の多くは、消費者主義の浸透が医療給付コストの減少につながると期待している。しかし、早急に医療コストの減少できると期待するのは非現実的である。人口の20%が医療費全体の80%を占めていることから、短期的に効果を得たいのであれば、高コストユーザーに焦点を充てた新たな給付設計が求められる。階層型病院ネットワークでは、一般ユーザーよりも高コストユーザーにより焦点が充てられるため、他の給付パッケージの変更よりも、さしあたり、コスト及び利用率の管理の点で効果的である可能性が高い。一方で、階層1の病院と階層2の病院との間の自己負担額の差がわずかわからない場合は、消費者行動に対して、あるとしてもごくわずかな影響しか与えないであろう。長期的には、価格と質に関するデータ・情報に、一般市民がより容易にアクセスできるようになることが望まれ、そして、そうした情報が医療ケアの利用に係るあらゆる側面に影響を与えるよう、機能していくべきである。

階層化のインセンティブがどの程度消費者行動に影響を与えるかは、未だ不明である。階層型医療提供者ネットワークの目的の一つが、消費者が低コストで質の高い医療提供者を選択するための経済的インセンティブを提供することにあることは明らかである。より高額な自己負担額に晒されることで、加入者は、医療提供者及びケアの選択過程にコミットするより強いインセンティブを持つことになる。これにより、病院や医師に対して、コストや成果に関する情報公開を促すより強いプレッシャーが加わることになる。一方で、階層化が消費者のネットワーク内及びネットワーク外の医師の選択、処方箋薬の選択に影響を与えていることを示す証拠はほとんどない上に、どの程度の自己負担額の差を設ければ、多くの消費者が病院選択にあたって、価格を考慮するようになるのかという点についても未だ明らかではない。(行動様式を変えたり、階層1の医療提供者を選択するようになる消費者が仮に一部だったとしても、雇用主はある程度、節約することができるかもしれないが) 実際のところ、入院サービスは価格弾力性が働かない傾向にあることから、自己負担額の格差は、消費者行動に変化を与えるだけ十分大きなものである必要がある。消費者は価格以外の要素によっても、病院の利用を抑制する可能性がある。患者は、自らのかかりつけ医に大きく依存していることから、わずかに節約できるからといって、敢えて別の地域にある(当該かかりつけ医がなんら特権を有していない)病院を利用することを望まないかもしれない。

階層化が医療提供者の行動にどの程度影響を与えるかについても未知数である。階層型医療提供者ネットワークでは、医療提供者が高コストの階層に位置づけられることに敏感に反応する場合には、契約の再交渉という結果を生み出す可能性もある。高コストの階層に位置づけられると、患者が低コスト階層の医療提供者に逃げてしまうと考え、階層1の医療提供者に位置づけられるように再交渉すること求める医療提供者も出てこよう。他方で、高コストの階層に位置づけられることを、質の高い医療提供者であることを示す指標となるものと考え、階層1の医療提供者と自らを差別化することができるように考える医療提供者もいるであろう。病院の階層型ネットワークについても、(階層化が) 質に関する情報と関連付けられる場合、病院間の質の相違を医師が理解しやすくなり、それが病院と医師の連携に影響を与え、結果として質の改善を図ることにつながるといったことも期待できる。

階層型ネットワークにより、病院により提供されている、費用の回収が困難 (bad debt) なケアや慈善診療(charity care)といった非補償型のケア (uncompensated care) が増加する可能性もある。消費者の自己負担額が増加するにつれて、費用の回収が困難なケアという形で不良債権が増加する可能性がある。医療提供者 (とりわけ病院) は、患者の自己負担額をサービス提供時点で回収する方策について検討しなければならなくなるであろう。病院及び医師は、不良債権の増加と相殺するために、慈善診療の量を減らす可能性もある。

階層型ネットワークでは、消費者の医療ケアの統合が図られない可能性もある。消費者は、コストと質に基づいて、医療サービスを購入することになるだろうが、これは、見方を変えれば、消費者はコスト抑制を図るために、医療提供者間を動き回るといった状況をも意味する。例えば、消費者が過去の医療記録や前に受けた検査の結果を新たに受診する医療提供者のところに持参せず、医療提供者が新たな検査を求めるような場合などには、支払総額が増加する可能性がある。患者と医療提供者との結びつきが弱まり、医療提供者が患者の受けた治療歴がわからず、新たな検査を求めたり、一から患者のことを知ろうとするために時間がかかったりすれば、医療支出額は増加し、ケアの質が減少するという結果となる可能性がある。

また、階層型ネットワークは、大学病院 (academic medical center (AMC)) に予期せぬ影響を与える可能性もある。AMC は医療に関する教育、訓練を行い、また、新たな医療技術や実践に関する研究も行っている。さらに、AMC は、貧しい者や医療貧困者に対する医療サービスも提供している。このサービスは、一般の患者及び公的制度による患者からの収益を回すことで、ファイナンスされている。また、州政府や地方政府からも補助金を受けている。AMC はこれまで、AMC 以外の病院と比較して (総収入に占める割合で見ると) 2 倍もの非補償型のケアを提供していた。その結果、AMC の提供する医療ケアは最も高額となっており、価格競争についていくことができない。コストに基づく階層型ネットワークでは、AMC は高コストの階層に位置づけられ、その結果、一般の患者は、AMC 以外の低コストの階層の病院に流れていくことになるであろう。そして結局は、AMC は (総収入に占める割合で見ると) 更なる不良債権、慈善診療の増加に見舞われることになり、政策担当者は、こうした動きに対処するため、公的資金の投入額を増加させなければならないという圧力に晒されることになるだろう。一般の患者を AMC から遠ざけることとなる階層型ネットワークは、増税、又は (他のサービスを犠牲にしての) 病院サービスへの公金支出の増額、無保険者がますます治療を受けることができなくなるといった状況を引き起こし得る。そして、長期的には社会全体により多くのコストを求めることになる可能性もある。

(医療口座をベースとした医療制度 (Account-Based Health Plan))

将来の医療費の支払に向けた貯蓄手段として、労働者及び雇用主が税引前拠出することができる多くの口座が存在する。こうした (税制優遇の恩恵を受けることのできる) 口座を認める背景には、労働者自身に医療給付用に割り当てられる基金を管理させることで、実際の医療サービスコストにより敏感になり、自らの資金を責任をもって支出するようになるであろうという考えがある。先行研究では、自己負担の増加に対して、個人は、医療サービスの利用を控えることで対応するというを示すものがあるが、Tollen and Crane (2002)によれば、こうし

た研究成果は時代遅れであり、自己負担の増加や（より包括的でない）限定的な給付に対する現在の労働者の反応を正確に反映していないという。一方、近年の研究には、メディケア受給者は、医療上必要な薬に係る自己負担が増えた場合、その服用を控える傾向にあるという結果を示すものもある。この考えは、「モラルハザード（moral hazard:医療保険から受けたサービスの一部でも補助が行われる場合には、個人はより多くの医療サービスを求めるということ）」として知られている。医療費支出口座（health spending account）が、医療サービスを利用する労働者の行動を変化させるインセンティブを与え、モラルハザードをなくすものであるかどうかは、議論となっているが、以下この点について更に言及していくこととする。

医療貯蓄口座（Health Savings Account）—医療貯蓄口座（HSA）は、個々人が医療費支出のために使用することができる非課税（tax-exempt）の信託（管理勘定）（trust or custodial account）である。（税金の項目別控除（itemized tax deduction）を申請しない場合でも）当該口座への拠出は課税所得から控除され、適格な医療支出（qualified medical expense）のための当該口座からの引き出しは税金がかからず、課税所得にカウントされない。ある一定の保険料の支払のための当該口座からの引き出しも非課税で行うことができる。

HSA は高額定額自己負担付医療プラン（high-deductible health plan）に加入する個人が所有することができ、持ち運びが可能（portable）である。HSA に関しては、使わなければ損をする（use-it-or-lose-it rule）ということにはならない。すなわち、年度末の預金残高は、自動的に繰り越され、翌年利用可能である。銀行、保険会社又は内国歳入庁（IRC）によって認可されたノンバンクの受託会社が HSA の受託者となる。

HSA は 2004 年 1 月に一部の保険会社によって最初に導入された。雇用主は制度を提供するに当たって、財務省や内国歳入庁（IRC）のガイダンスを待った（詳細は後述）。そして、多くの雇用主は 2006 年から HSA の提供を始めた（2004 年秋の 2005 年オープン Enrollment シーズンに間に合うように新制度を設計・導入するには時間がなかった）。高額定額自己負担付医療プラン（high-deductible health plan）—HSA に非課税で拠出できる資格を有するためには、当該個人のみをカバーする場合であれば 1,100 ドル、家族を含めてカバーする場合であれば 2,200 ドル以上の年間の定額自己負担（deductible）が設定されている医療制度に加入しなければならない（2008 年時点）。一定の予防サービスについては、全額カバーされ、定額自己負担の対象とはならない。自己負担額（out-of-pocket）の年間上限は、当該個人のみをカバーする場合であれば 5,600 ドル、家族を含めてカバーする場合であれば 11,200 ドルを超えてはならない（この額には定額自己負担分も含む）。上記の最低定額自己負担額（minimum allowable deductible）と自己負担上限額（maximum out-of-pocket limit）は、インフレ率によって調整される。ネットワークプランでは、ネットワーク外のサービスについて、より高い定額自己負担と自己負担上限を課す場合がある。HSA への拠出—労働者及び雇用主は双方とも、HSA に拠出を行うことができる。雇用主拠出は課税所得（taxable income）から除外され、個人の拠出は調整後所得（adjusted gross income）から控除される。年間拠出上限は、本人のみのカバレッジの場合は、2,900 ドル、家族を含むカバレッジの場合は、5,800 ドルとなっている（2008 年時点）。この基準もインフレ率によって調整される。

HSA の適格を充たすためには、他の医療カバレッジ（例 配偶者の医療プラン）に加入してはならない（当該他の医療カバレッジも高額定額自己負担付医療プランである場合を除く）。しかし、視力治療、歯科治療、特定疾患又は入院費用の一定額（日額又は一定期間）の支払を行うというような補完的なカバレッジについては、高額定額自己負担が付随していなくとも、加入することが認められている。メディケア加入者は、HSA から適格な医療費や一定の保険料の支出のために資金を引き出すことはできるが¹²、HSA に拠出を行うことはできない。自分以外の者の税務申告において扶養家族とされている者も、HSA に拠出を行うことができない。55 歳に達した者であって未だメディケアの対象となっていない者については、900 ドルのキャッチアップ拠出を行うことができる（2008 年時点。2009 年には 1,000 ドルまで引上げられる¹³）。

HSA からの引き出し—HSA からの引き出しは、HSA の創設後に発生した医療費支出である限り、いつでも可能である。資金が HSA に拠出される時点では、高額定額自己負担付医療プランによってカバーされている必要があるが、HSA から資金の引き出す際には、必ずしも高額定額自己負担付医療プランによってカバーされている必要はない。引き出した資金は、IRC 第 213 条(d)項において規定されている適格な医療費支出のために使用される場合には、課税所得から除外される。COBRA や長期介護（long-term care）保険、失業保険給付を受け取っている間の医療保険、メディギャップ保険以外でメディケア受給資格者が加入する医療保険といったものの保険料の支払いのためになされる引き出しについても全て非課税である。すなわち、メディケアパート A やパート B、メディケアアドバンテージプランの保険料又は雇用関係ベースの退職者医療給付にかかる労働者負担分の保険料の支出を行うための引き出しについては、非課税であるということである。

適格とは認められない医療費支出のための引き出しは通常の所得税及び 10%のペナルティ税の対象となるが、HSA の所有者が死んだり、障害を負ったり、メディケア受給適格を有するようになった場合には、この取扱いは適用されない。

所得税やペナルティ税の課税対象とならずに、HSA から他の HSA に資金をロールオーバーすることもできる。ただし、当該ロールオーバーは引き出し後 60 日以内に行われることが条件である。Archer MSA からのロールオーバー拠出も認められる。拠出に係る収益（利子等）も所得税の対象とはならない。

（医療費フレキシブル支出口座（Health Flexible Spending Account (FSA)））

医療費フレキシブル支出口座（Health Flexible Spending Account (FSA)）は、1978 年歳入法の一部である IRC 第 125 条に基づくカフェテリアプランにおける給付の一種として提供される。FSA は、単独で、あるいはカフェテリアプラン（加入者は、雇用主が提供する付加的給付及び現金といった複数のメニューの中から自由に選択することができるもの）の一部として提供される。FSA は最も一般的に馴染みのある医療支出口座の類型といえるかもしれない。500 人以上の企業規模の雇用主のうち 81%が FSA を提供している（2006 年時点）。FSA は、医療

¹²メディケア加入者の HSA からの保険料の支払については、65 歳以上の場合のみ認められ、65 歳未満の場合は保険料の支払のための引き出しをすることはできない。

¹³ 2009 年以降、キャッチアップ拠出上限額については、インフレ率による調整の対象とはならない。

保険でカバーされない医療サービスに対する支出について、労働者が非課税で積み立てられた資金を使用できるようにするためのシンプルかつ低コストな手法である。雇用主は、定額自己負担 (deductible) や自己負担額 (co-payment) の負担増といった給付削減のインパクトを和らげるために、FSA を導入・拡大してきた。FSA は、高額定額自己負担付医療プランとセットでなければ導入できないというわけではなく、雇用主がオプションの一種として提供しさえすれば、労働者は FSA の適格を有する。

FSA への拠出—FSA は典型的には、労働者の非課税拠出を通じて積み立てられる。労働者は、拠出額を当該制度年度の前年に特定しなければならない。いったん拠出額を特定した後は、家族状況の変化やプランのコストないしカバレッジの変更といった一定の状況の場合にのみその変更が認められる。FSA への拠出は年間を通じて毎回の給与から定額が引き落とされることによって行われるが、雇用主は、当該制度年度当初の時点で、(拠出予定金額の) 全額を労働者が利用できる状況にしておかなければならない。例えば、FSA へ 1,200 ドル拠出することを選択した労働者の場合、毎月 100 ドルが給与から天引きされることになるが、当該制度年度当初の時点で、1,200 ドル全額が利用可能である。労働者が FSA へ実際に拠出した額以上の償還を受け、仕事を辞めた場合、雇用主はその資金を失うこととなる。これは、小規模雇用主にとっては FSA の採用に際し負のインセンティブとなる。FSA への拠出については、年間拠出上限額について法定の制限はないものの、雇用主には、上限を設定することが認められており、労働者の離職にかかる損失リスクを軽減するため、通常、多くの雇用主が上限を設定している。

FSA へ拠出することで、連邦所得税の課税対象となる給料額が減るのみならず、社会保障税、メディケア税の算定基礎となる賃金も減ることとなる。その結果、社会保障課税対象年間標準報酬上限 (social security wage base 2007 年時点 : 97,500 ドル) 以下の所得の労働者は、FSA に拠出を行うことで、(社会保障年金に係る) 社会保障税額を本来より少ない額に抑えることができる。(社会保障税のうち) メディケア税については、(課税報酬上限が設定されていないので) 全ての所得水準において、労働者は、FSA に拠出を行うことで、当該税額を本来より少ない額に抑えることができる。社会保障税 (社会保障年金分及びメディケア分) に係る雇用主の共同負担部分 (労使折半分) もまた本来負担すべき額より減ることとなる。この節税分は、実際、FSA の管理コストを相殺するに十分なものと考えられる。

FSA からの引き出し—FSA からの引き出しは、原則として、当該制度年度中はいつでも可能である。雇用主が猶予期間を採用する場合には、当該制度年度の終了後 2.5 ヶ月まで、延長して引き出しを行うことができる。FSA からの引き出しは、IRC 第 213 条(d)項に基づく適格な医療費支出のために使用される場合には、課税所得から除外される。

当該制度年度末の時点で、FSA に残っている資金は没収される。これは「use-it-or-lose-it ルール」と呼ばれている。雇用主は没収した当該資金を、様々な目的に使用することができる。ただし、当該没収金を没収された労働者に返還することはできない。一般には、雇用主はこの没収金で損失や給付管理コストとの相殺を行っている。このように未使用金が没収されるということが、FSA が普及していない要因の一つになっているとも考えられ、

FSA の適格労働者のうち、実際に利用している労働者は 19%に過ぎない。

実際に利用する場合でも、労働者は控えめな拠出しない傾向にある。2006 年時点で、平均拠出額は 1,261 ドルであった。use-it-or-lose-it ルールは、労働者にとって FSA の資金を年度末に没収されないように医療サービスに支出するインセンティブとなると論じる者もいるが、FSA の利用率及び拠出水準は共に低水準であることから、その主張は事実とはいえないと思われる。

労働者の FSA への拠出額の多くが、医療費支出の予測に基づいて決められているということを示す証拠もある。Cardon と Showalter (2001)が、ある保険会社の 1996 年のデータを調査したところ、没収金が多額であった口座はほとんどなく、加入者は、FSA を戦略的に活用し、拠出額を制度年度内の比較的早期に支出する傾向にあるということが判明した。

(医療費償還口座 (Health Reimbursement Arrangement (HRA)))

医療費償還口座 (Health Reimbursement Arrangement(HRA)) は、労働者が適格と認められる医療費支出を行った際に、当該支出に対する償還を行うために、雇用主が資金を供給する医療制度である。(2002 年 6 月 15 日付内国歳入庁公報 2002-28 により公示された) 内国歳入庁歳入通達第 2002-41 号及び内国歳入庁通知第 2002-45 号では、HRA の一般的な税務上の取扱いが明確化されている。すなわち、「HRA において提供される給付の内容」、「HRA、カフェテリアプラン、FSA、COBRA におけるカバレッジ、それぞれの相互関係」、「現行法下におけるその他の考慮事項」といった内容が示されている。HRA は、(法律上の要件とはなっていないわけではないが) 一般的には高額定額自己負担付医療プランと共に提供されている。一方、HRA は、単体で、又は高額定額自己負担が設定されていない包括的な保険 (comprehensive insurance) と共に提供される場合もある。労働者は雇用主がこうしたプランを提供する場合にのみ、その適格性を有することとなる。

HRA は通常、定額自己負担額超過部分に係る総合医療保険とともに、医療給付パッケージ全体の一部を構成する。例えば、雇用主が、高額定額自己負担 (例 2,000 ドル) を設定した総合医療保険を提供するとする。(保険からの給付が行われない) 定額自己負担 2,000 ドルまでの部分についての労働者の費用捻出を援助する目的で、雇用主は 1,000 ドルの HRA も併せて提供する。これにより、労働者は最初の 1,000 ドルまでの医療サービス部分について、当該資金を活用することができる。この例では、定額自己負担額は 2,000 ドルであるが、雇用主が 1,000 ドルの HRA を提供することにより、労働者の実質的な定額自己負担額は、実際の定額自己負担額と HRA との差額である 1,000 ドルとなる。労働者の支出が定額自己負担額に達した後は、総合医療保険が適用となる。雇用主は労働者に医療保険を保険業者から直接購入させるために HRA を設定することもできる。原則として HRA による分配は、IRC 第 213 条(d)項に基づく適格な医療費支出のために使用される場合には、課税所得から除外される。一方で、雇用主は HRA の使用に関し、労働者に一定の制限を加えることもできる。

雇用主は、HRA を組み込む医療制度を設計するに当たって、極めて広範の裁量、柔軟性を有している。例えば、当該勘定に提供する金額、定額自己負担の水準、医療保険のカバレッジ

の範囲について、全般的に柔軟に設定することができる。雇用主の多くは、一定の予防サービスについては、全額カバーしており、この場合、当該費用は定額自己負担の対象とはならない。雇用主は定額自己負担額を超える部分の医療費にかかる総合的医療保険の内容を当該医療費全額をカバーするものとすることもできるし、労働者に一部共同自己負担を求めるものとすることもできる。後者の場合、雇用主には、更に労働者の自己負担上限を設けるか否かの選択肢がある。

雇用主は、ネットワーク内かネットワーク外かによって労働者の共同自己負担の水準を変更させることもできる。雇用主は、定額自己負担を超える部分について、ネットワーク内の医療提供者によるサービスを受けた労働者に対しては、医療費の全額を支払い、ネットワーク外の医療提供者によるサービスを受けた労働者については、医療費総額の7割から8割しか支払わないという制度設計をすることも可能である。

高額定額自己負担付医療プラン (High-Deductible Health Plan) —HRA の適格を有するためには、労働者は高額定額自己負担付医療プランに加入していなければならないという法律上の要件があるわけではないが、労働者が高額定額自己負担付医療プランを選択することを HRA の条件としている雇用主が一般的である。大規模雇用主のうち HRA 付きの医療プランを提供している者は6%に過ぎない (2006年時点)。しかし、20,000人を超える労働者を雇用している更に大規模な雇用主について見ると、その値は21% (2006年時点) であり、2002年時点の7%から大幅に増加している。HRA を提供している雇用主はごくわずかであるため、定額自己負担額や雇用主の拠出額に関する十分なデータが存在しているとはいえない。しかし、この点について、128のプランについて調査した先行研究がある。それによると、労働者本人のみのカバレッジの場合の定額自己負担額の中央値は、1,250ドル (HRAに係る雇用主拠出は500ドル)、家族もカバーする場合の定額自己負担額の中央値は、3,000ドル (HRAに係る雇用主拠出は1,500ドル) であった。またこの調査によると、大企業における適格労働者のうち、32%が HRA 付きの消費者主導型医療プラン (consumer-driven health plan : CDHP) に加入しているとのことであった。

HRA への拠出—HRA は通常、概念的な取決め (notional arrangement) として設定されるものであり、書面上で存在するに過ぎない。労働者は、資金が実際に口座に積み立てられているかのごとく行動するわけであるが、雇用主は、労働者が医療費を支払うまでは、この取決めに係る費用を負担 (償還) しない。一方、仮に雇用主が HRA を積立方式で実施する場合には、労働者に実際の医療費の支払が生じていない場合であっても、拠出時点で当該金額を負担しているということになる。

移管 (Rollover) —HRA は、口座における資金が枯渇するまでは、定額自己負担の部分 (first-dollar coverage) について償還を行う。各年末の資金残高は雇用主の裁量で翌年に繰り越され得る。この場合、労働者は資金を徐々に貯蓄していくことができるわけだが、これは労働者が医療サービスの購入を責任を持って行うようになるための重要なインセンティブとなる。雇用主は、翌年への繰越額を制限することもできる。HRA の特徴の一つは、毎年未使用の資金が順次繰り越されることにより、労働者は将来発生するであろう定額自己負担の支払に充てるために十分な口座資金を蓄えていくことができるというこ

とである。更に、口座残高が増えるにつれて、労働者は、より高額な定額自己負担付の医療プランに移行する可能性が高まるものと考えられる。一方で、労働者は、口座残高を積上げるために、必要な医療ケアを控える可能性もある。結局のところ、口座の資金額は、どの程度長く口座を有しているか、医療サービスの利用頻度、年間拠出額といったものに依存することになる。HRA の資金は、労働者の適格な医療費支出に対して支払われる目的で雇用主が提供するものである限りにおいて、非課税で積上げていくことができる。HRA からの分配—適格な医療費支出に対して行われる HRA からの分配には、税制優遇措置が適用される。雇用主は、保険会社から直接医療保険を購入させるために、労働者に HRA を使用させることもできる。未使用資金は繰り越す (roll over) ことが認められていることから、労働者は年々、資金を積上げていくことができる。雇用主は元労働者に対しても HRA に残った資金を引き続き適格な医療費の支出に充てるため利用させることができる。こうした資金は、自己負担金、や長期介護、COBRA、退職者医療給付といったものの保険料に充てるため、利用することができる。なお、雇用主は、未使用の口座残高を離職する労働者に対して引き続き利用可能な状態にしておかなければならないといった義務が課されているわけではない。

(医療用貯蓄口座 (Medical Savings Account (MSA)) ※訳注：HSA は MSA の改良版

医療用貯蓄口座 (Medical Savings Account (MSA))は、個人が医療費支出のために使用することができる非課税 (tax-exempt) の信託 (管理勘定) (trust or custodial account) である。MSA は、1996 年の医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)) において、初めて実証プロジェクトとして導入された。企業規模 50 人未満の会社に雇用される労働者は、MSA を設定する適格を有する。自営業者もまた適格が認められる。MSA を設定する場合には、高額定額自己負担付医療プランによってカバーされている必要がある。

高額定額自己負担付医療プラン (High-Deductible Health Plan) 一個人が MSA に非課税で拠出できる資格を有するためには、当該個人のみをカバーする場合であれば 1,900 ドルから 2,850 ドルの間、家族を含めてカバーする場合であれば 3,750 ドルから 5,650 ドルの間の年間定額自己負担 (deductible) が設定されている医療制度に加入しなければならない。一定の予防サービスについては、全額カバーされ、この場合、定額自己負担の対象とはならない。自己負担 (out-of-pocket) の年間上限は、当該個人のみをカバーする場合であれば 3,750 ドル、家族を含めてカバーする場合であれば 6,900 ドルを超えてはならない。上記の最低定額自己負担額と自己負担上限額は、インフレ率によって調整される。

MSA への拠出—労働者及び雇用主は双方、MSA に拠出することができる。しかし、両者が同一年度に拠出することはできない。雇用主拠出は課税所得から除外され、個人の拠出は、調整後総所得 (adjusted gross income) から控除される。年間拠出上限は、本人のみの保険の場合は、定額自己負担額の 65%、家族を含めてカバーする場合であれば、世帯での定額自己負担額の 75%となっている (2007 年時点)。拠出額は、年間勤労所得 (annual earned income) 又は自営業総所得 (net self-employment income) を超えることができない。

MSA からの引き出し—MSA からの引き出しは、IRC 第 213 条(d)項において規定されている適格な医療費支出のために使用される場合には、課税所得から除外される。COBRA や長期介護 (long-term care) 保険、失業保険給付を受け取っている間の医療保険といったものの保険料の支払いのためになされる引き出しについても全て非課税である。

適格とは認められない医療費支出のための引き出しは、通常の所得税及び 15% のペナルティ税の対象となるが、MSA の所有者が 65 歳以上である場合、障害を負った場合、死亡した場合には、この取扱いが適用されない。

(Connector/Exchange モデル)

Connector/Exchange モデルでは、労働者に保険会社から直接医療保険を購入させることを目的に、雇用主はバウチャー (voucher) の提供や定額拠出を行う。バウチャーを受け取ることで労働者は、雇用主の医療費給付に係る非課税取扱いの恩恵を享受し続けることができる。

労働者は、個人保険市場において提供されている医療保険の中から好きなものを選択できる。バウチャーの価格よりも高額な医療保険を選択した労働者は、その差額を支払わなければならないこととなる。バウチャーの価格よりも安価な医療保険を選択した場合は、その差額は税引き後ベースで労働者に償還され得る。

バウチャーモデルには多くの利点がある。労働者は医療保険の購入に際し、より広い選択肢が与えられ、自らのニーズに沿った保険商品を選択することができる。医療提供者のネットワーク、カバーされる給付、自己負担の決め方によって、保険商品の内容は異なり得る。また、そのバリエーションは、どの程度、州が保険の給付パッケージを規制しているのかによっても異なる。例えば、州が多様な給付パッケージの商品を販売することを保険会社に認めている場合 (例えば、処方箋薬、聴覚医療、視覚医療、薬物乱用といった給付を除外する商品を販売することを保険会社に認めているような場合) には、労働者はそれぞれ異なる給付パッケージを有するプランの中から選択することができる。一方で、比較的広範囲の保険給付を義務付けている州においては、(給付内容が異なるプランが少ないため) 労働者の選択肢は限定される。労働者は定額自己負担、共同負担割合、自己負担上限を組合せることによって、保険の選択をより柔軟に行うことができるだろう。また、バウチャーモデルを多くの雇用主が採用すれば、「転職障害 (job lock)」も減少させることができるであろう。

バウチャーモデルの明らかなデメリットは、現在のところ個人医療保険は、雇用を通じて加入する団体医療保険よりもかなり高額であることから、加入することが非常に困難であるという点である。潜在的なデメリットは、マーケティング費用が高くなり、団体保険市場で提供されるものに相当するレベルまで個人保険の提供コストを押し上げる可能性があるということである。こうしたことから、雇用主が従来型の医療給付よりもバウチャーの方が価値あるものであると労働者を納得させるのは非常に難しいであろう。また、雇用主は、個人保険市場における価格を反映して、バウチャーの価格を年齢や性別によって調整しなければならない義務があると考えられる場合もあるが、これは給付における平等という問題を惹起することにもつながる。このほかに考えられるデメリットは、バウチャーモデルは、労働者の保険商品に係る選択肢を広げる可能性がある一方で、必ずしも保険者の選択肢を広げることにつながるとは限らな

い可能性があるということである。大きな州、大都市圏に住む者は 20 以上の保険者から選択することができるかもしれないが、小さな州に住む者は、ほとんど選択肢がないであろう。例えば、ニューイングランド地方の州においては、個人で医療保険を購入する者には、ほんのわずかな選択肢しかない。例えばバーモント州では、個人保険市場において、HMO のカバレッジを提供している保険者は 1 社のみ、従来型の実費給付補償型 (indemnity) カバレッジを提供している保険者は 2 社のみである。労働者は今日、個人保険市場において、保険者または保険プランの選択肢についてそれほど選択肢を有していないかもしれないが、バウチャーモデルを採用する雇用主が増えていけば、より多くの保険者が個人保険市場においてカバレッジを提供することを検討するようになるかもしれない。

医療保険を提供する手段としてバウチャーモデルが成功するかどうかは、最終的には、多くの要因（当該バウチャーが労働者が自ら価値があると認める医療保険を購入するのに十分であるか、労働者は実際の医療保険コストとバウチャー価格との差額を支払うことができるかどうか等）によって規定される。雇用主が労働者が自ら価値があると認める医療保険を購入するのに十分なバウチャーを提供するのであれば、労働者は、そのプログラムを満足して受け入れるであろう。中長期に、医療保険購入コストに比してバウチャーの価値が見合わなくなっていくような場合には、医療保険カバレッジを失ってしまう労働者も出てくるであろう。また、労働者が経験料率 (experience-rated : 過去のコスト経験に基づいて算定される保険料率をいう) の保険制度に加入し、雇用主が地域料率 (community rated : 地域の全構成員に医療サービスを提供する費用に基づいて保険料を算定するもの) ベースで設定されたバウチャーを提供する場合には、医療サービスの需要リスクが高い労働者は手頃に医療保険を購入することができなくなる可能性がある。つまり、保険料が年齢や健康状態といった一定の特性によって異なる場合に、バウチャー価格がこうした特性に応じて調整されなければ、保険料がバウチャー価格を大幅に超えてしまう労働者も生じ得るのである。バウチャープログラムが無保険者の増加原因とみなされる場合には、政策担当者は、雇用主にとって包括的医療給付を提供することよりも厳しいと思われる解決策でもって介入する可能性がある。

マサチューセッツ州では、現在、中小企業に対し、connector model の利用を認めており、他の州（特にカリフォルニア州）もこのシステムを検討中である。

(むすび)

増加する医療費コストに対応する形で、医療給付制度の再設計に強い関心を持つ雇用主（労働組合）は多い。雇用主の中には（時には組合と協力して）、「消費者主導型 (consumer-driven)」医療給付と呼ばれるコンセプトを導入する者もいる（多くの雇用主は現在そのコンセプトに基づくシステムを検討している）。「消費者主導型」とは、医療給付や医療ケアに対する消費者の関与をより強めるために考えられる手法を幅広く表現するために使われる用語である。消費者主導型医療給付への移行の動きは、医療給付コスト、医療サービスの利用、医療ケアの質、人々の健康状態、リスク選択、医療保険カバレッジの拡大に向けた取組といったものに影響を与える。結局、消費者主導型医療給付というアプローチの成否は、将来、医療給付の提供コストや医療給付の受給者数に当該アプローチが与える効果によって図られることになるであろう。

第4章:その他の給付

(OTHER BENEFITS)

第30節 その他の給付の概要 (OVERVIEW OF OTHER BENEFITS)

(イントロダクション)

労働者の変化するニーズに対応するために、多くの雇用主は、退職給付や医療給付のほかにも、労働者に対して多様な給付を提供している。団体生命保険、従業員支援制度、有給休暇などといった給付は、雇用主によって自主的に提供されている給付の代表格といえる。雇用主は、労働者のニーズが変化するにつれて、教育助成給付、法律援助サービス、扶養者ケアといった給付も提供するようになってきている。

雇用主によって自主的に提供されている上記のような給付のほか、連邦政府は雇用主に様々な給付を提供するよう義務付けている。退職後の所得は社会保障老齢・遺族年金 (Social Security's Old-Age and Survivors' Insurance (OASI)) を通じて、退職者及びその配偶者に提供されている。障害を負ったために所得を喪失した場合には、社会保障障害年金 (Social Security's Disability Insurance (DI)) を通じて所得が保障されている。高齢者及び障害者に対しては、社会保障制度におけるメディケアプログラム (Social Security's Medicare) によって公的な医療保険が提供されている。また、雇用主は、非自発的失業に対する保険である失業保険 (unemployment insurance program) への拠出が連邦政府によって課されている。

(就業障害給付)

労働者がけがを負い、一定期間仕事に従事することができなくなった場合には、それにより経済的困難に陥っている間、労働者を保護するため、雇用主によって義務的・自主的に提供される障害保険制度が存在する。

自主的プログラム—雇用主は2つのタイプの障害プログラム (短期保険、長期保険) を自主的に提供している。労働者が短期間のけが (典型的には最大6ヶ月程度まで) を負い、現在の職責を全うできなくなった場合には、短期の障害プログラム (short-term disability program) が労働者の障害前の所得の一部を補填する。一般的な所得代替率は、多くの場合、労働者の障害前の週給の2分の1から3分の2となっている。6ヶ月以上長期間に職場を離れなければならないほどけがや疾病が重症である場合には、長期の障害プログラム (long-term disability program) が障害前の所得の一部を補填する。多くの場合、障害前の所得の60~70%を代替するものとなっている。障害が2年以上継続するような場合は、障害 (disability) の定義が、「訓練や教育、経験を与えれば通常適応できるとされるいかなる職務も遂行できないこと」に変わる。

義務的プログラム：労働者災害補償 (workers' compensation) —労働者が業務上、けが又は疾病を負い、その状態が労働者の職務遂行上の直接的な結果によるものと認められる場合には、労働災害補償プログラム (workers' compensation) により、業務に従事できない間、業務上疾病等に関連する医療費及び代替所得補償が提供される。労働者災害補償による給付を受け取る代わりに、労働者は通常、当該損害について、雇用主に対して訴訟を提起することは認められない。

義務的プログラム：社会保障障害年金 (Social Security Disability) —労働者が正常に勤務

ができないほど身体的、精神的に重度の障害を負い、当該障害により死に至った、又は12ヶ月以上障害が継続すると見込まれる場合には、労働者は社会保障障害年金の受給資格を得る。これは1956年に創設されたものであるが、当初は、50歳以上の労働者のみが対象であった。その後、全ての労働者及びその扶養家族に対象は拡大された。

(団体生命保険)

多くの雇用主は、死亡した労働者の遺族のために死亡給付(death benefits)を提供している。この給付目的のために用いられる制度としては、次の2種類がある。すなわち、(1)指定された保険金受取人に一時金を支払う団体生命保険制度、(2)遺族に対して定期的に(通常は毎月)支払をする遺族年金制度である。このほか、他の従業員福祉制度(例:利益分配制度、従業員貯蓄制度、企業年金制度)から遺族に給付が支払われることもある。また、社会保障年金からも遺族給付を受けることができる。

保険会社と雇用主(企業)との契約は、通常は団体定期生命保険(group term life insurance)として行われる。(事業主団体等の)各種団体や複数雇用主制度においても団体定期生命保険を提供しているところが多い。定期(term)というのは、カバレッジが一定期間(通常は1年)購入される(ただし更新規定つきで)ことを意味し、保険料が支払われる限り契約の効力は維持される。この契約は、毎年更新式定期(yearly or annual renewable term)とも呼ばれる。定期保険には貯蓄的要素はなく、キャッシュバリュー(解約払戻金)の積立もない。それは死亡時のみに保険金を支払う純粋定期保険(pure insurance protection)である。

団体ユニバーサル生命保険(Group universal life program (GULP)¹⁴)は1985年に初めて登場したものであるが、個人のユニバーサル生命保険(universal life policy (UL)¹⁵)から発展したものである。ULは個人単位で発行される一方で、GULPは団体単位で加入できるものである。GULPプランは、一般的な団体定期生命保険を補完するものとして採用される場合もあれば、単体の制度として採用される場合もある。

GULPは団体定期生命保険に貯蓄機能ないし現金積立機能を組み合わせたものであり、非課税の終身保険を創設する場合や貯蓄を増加させる目的で活用される。GULPは、一括保険証券(master policy)が発行されている雇用主の労働者が加入でき、労働者が全ての保険料を支払う。

(失業保険 (Unemployment Insurance))

1935年の社会保障法(Social Security Act)において、連邦と州の共同運営による失業保険プログラムが創設された。このプログラムには大きく2つの目的がある。1つは、非自発的な

¹⁴「純粋定期保障 pure insurance [term]protection」/「積立ファンド(キャッシュバリュー積立) accumulation fund」の2つに明確に分離された部分で構成されている“自在型保険料方式の契約 flexible premium policy”である。ファンド部分から純粋定期保険料とファンド運営管理費が控除され残高に実勢市場金利がつく。最初に導入されたのは'85年<英和生命保険用語辞典>

¹⁵ULは「(解約価格 cash value の)積立ファンド」付定期保険であり正式名称は“flexible premium adjustable life insurance”。つまり、契約者が随時自在に払い込む保険料 flexible premium”から所定の死亡保障に必要な保険料(自然保険料)と必要経費を差し引き、残額は積立ファンドにより別途にその時々々の利率で運用/利殖される革新的な生命保険で、“死亡保険金を調節できる adjustable death benefit”という点で adjustable life insurance の発展形態とも見ることができる。契約者の払い込む保険料額とその払込時期が自在であり、いちいち保険金額/保険料額も変更しなくて済む簡便な保険である<英和生命保険用語辞典>

要因により失業した労働者に対して一時的・部分的な賃金補填を行うこと、2つ目は、不況時における経済の安定に資することである。1939年の連邦失業保険税法（Federal Unemployment Tax Act : FUTA）と社会保障法の第3章、第9章及び第12章により、このシステムの枠組みが形成されている。

FUTAでは現在、各労働者に支払う賃金額（年間7,000ドルまで）の6.2%を雇用主に対し連邦税として課している。州の中には連邦の課税所得基準である年間7,000ドルを超える課税上限を設定しているところもある。2008年1月時点で、43州が連邦の水準を超える課税所得基準を設定している（最高はアイダホ州の32,200ドル）。連邦政府によって承認された失業保険プログラムを運営し、連邦政府に対して滞納しているローンがない州の場合、雇用主は連邦税の6.2%から、州政府に払った税額について5.4%分までが控除されることから、この場合、連邦税の税率は0.8%となる。全ての州が連邦政府からプログラムの承認を受けていることから、現在の実質的な連邦税率は0.8%である。

1976年に、連邦議会は、0.2%の付加税をFUTAにおける恒久税率に追加した。従って、現在のFUTAの実質税率の0.8%は2つの要素から構成されていることになる。すなわち、恒久税率としての0.6%と付加税としての0.2%である。付加税の特例は5度延長されている。直近では、1997年の納税者救済法により、2007年12月31日まで延長された。

労働者が失業給付を受けるためには、一定水準以上の賃金を稼いでいたという実績が必要となる。多くの州では、この基準を直近5四半期のうちの最初の4四半期の収入として定めている。こうした要件を設定する目的は、失業給付の給付を当該雇用主の下で就業実態のあった労働者(individuals with a current attachment)に制限するためである。多くの州では、受給開始前に労働者に1週間の待機期間を課している。労働者は、仕事に就く能力があり、積極的に仕事を探し、仕事を得るよう努力しなければならない。欠格事由(disqualifying event)に該当する場合は給付を受けることができない。欠格事由は、自発的に仕事を辞めたこと、不正行為による解雇、適切な仕事の拒否(refusal of suitable work)、労働争議への参加である。

（有給休暇（Paid Leave））

有給休暇制度では、労働者の裁量で一定期間の余暇を取ることが認められる。休暇期間は、通常、在職期間とともに増加する。休暇に関する方針(Leave policy)により、休暇が与えられる。例えば、労働者は軍事任務、葬式、子の誕生又は養子縁組のために休暇をとることができる。また、短期、長期の疾病を有する労働者に休暇を提供する場合もある。

労働者が仕事と生活の調和を図ることを支援し、また労働者の予定外の欠勤を減らすために、有給休暇バンク(paid time off (PTO) bank)を採用する雇用主が増えている。PTOバンクは私用による休暇、病気休暇といった別々の休暇を統合するものであり、労働者は、理由如何にかかわらず柔軟に休暇を取ることができる。これにより、労働者は、例えば、保護者面談に出席するといったような個人的な用事に病気休暇を充てなければならないといったようなストレスを感じなくて済むようになる。Hewitt Associatesによると、2007年時点で、雇用主の24%がPTOバンクを提供している。

(ライフスタイル関連給付 (Lifestyle Benefits))

労働力人口が増加するにつれて、従業員支援制度や法律援助サービス、扶養者ケア、教育助成給付といったライフスタイル関連給付が労働者及び雇用主の間で広まってきた。

従業員支援制度 (Employee Assistance Program (EAP)) — 従業員支援制度は、職務遂行に響く深刻な問題について、カウンセリングサービスを提供するものである。元々は、労働者のアルコール摂取に係る問題に対応するために設計されたものであったが、その後、薬物乱用にも対象が広がった。今日においても、アルコール依存症や薬物乱用といったものが多くの従業員支援制度における主な対象となっている。しかし近年、ストレス管理、家族間・結婚生活上の問題、職場暴力、養育・高齢者ケアへのプレッシャー、会社の縮小に伴う対応へのストレスといったものに対してもカウンセリングが提供されるようになってきている。

団体法律援助サービス (Group Legal Service) — 労働者は、通常、公選弁護人による法律援助やサービスを受けることができない。アメリカ法律家協会 (American Bar Association (ABA)) によると、その結果、多くの労働者が、問題が深刻になり、高いコストがかかる状態になるまで、法律に関する情報や支援を求めることを先延ばしする傾向にあるとのことである。

法律援助サービスは、法律に関する情報や助言を容易に利用できるようにすることにより、(法律上の紛争に関する) 予防的支援を行っている。単純な法律上の問題が深刻な問題につながることを防ぐことによって、法律上の紛争に関する費用が予想外に高くつくことを予防する。この制度の対象者は通常、割引レートでサービスを受けることができる。

(扶養者ケア (Dependent Care))

子どものケア—労働者が子の養育上、苦難に陥ったときは、欠勤、遅刻、士気・生産性の低下といった結果を招くとの研究結果がある。雇用主は、生産性を向上させるための方策の一つとして、こうした問題に対応し始めている。多くの雇用主が子どものケアに関心を持つようになってきており、とりわけ、若年労働者や女性の割合が高い雇用主、高い離職率、欠勤問題を抱える雇用主にとっては喫緊の課題である。雇用関係に基づき提供される子どものケアに関するプログラムは多岐にわたっている。雇用主がスポンサーとなって託児所を設置しているものから、子どものケアに関する情報提供をするもの、経済的支援を直接行うもの、労働時間に柔軟性を持たせるものなど様々である。

高齢者ケア—子どものケアと同様に、高齢者のケアについても様々な給付が雇用主によって提供されている。高齢者ケアとして提供されるサービスは、子どもへのケアと同様、多様であり、社内資源に基づくサービス、紹介サービス、請負業者の紹介サービス、扶養者ケアに関する支出口座 (flexible spending account) の設定といったものがある。このほか、長期介護保険 (long-term care insurance) のように高齢者ケア独特のサービスや給付もある。

柔軟な働き方のオプション—融通の利く仕事のスケジュールの調整もまた、育児や高齢者の支援の一種となっている。これは、週5日の労働といった伝統的に固定化されたワークス

ケジュールとは異なるものである。フレックスタイムやジョブシェアリング、コンプレストワークウィーク（圧縮された週労働時間：通常よりも就業日数が少なく、一日の労働時間が長い勤務形態）、パートタイムといった柔軟な働き方は、多くの働く親達にとって有益な雇用形態となっている。

（教育助成給付（Education Assistance））

教育費を全額賄うことのできない多くの人が、連邦政府のローンや助成金等の育英資金制度に経済的支援を求めている。しかし、これらの制度の多くは、フルタイム及びハーフタイム（少なくとも半日は学業に専念できる）の学生のみ適用されるものである。従って、多くのパートタイムの学生は、こうした公的制度が利用できない。そのような者に対するものとして、雇用主がスポンサーとなって自ら雇用する労働者に対して提供する3つの公式な教育助成給付が存在する。税制優遇教育費償還制度（tax-favored educational reimbursement program：第162条）、教育助成制度（educational assistance program：第127条）、適格奨学金制度（qualified scholarship program）である。これら3つの公式な制度のほかに、雇用主は独自に労働者に対して教育機会を提供する場合（例 企業内訓練、生涯教育、自己啓発、リテラシーの向上のための訓練）もある。

529条プラン—州政府は、住民がその子どものために、急騰する大学教育費用を捻出することを支援するために独自の支援プログラムを発展させている。そして連邦議会もこうしたプログラムに対して、内国歳入法第529条により、特別に税制優遇を施している。適格な高等教育費用（qualified higher education expense）に支出するために資金を別途積み立てておくことを目的とした貯蓄プログラムが州政府によって創設され、管理されている。

内国歳入法第529条に基づくプランには2つの基本的なタイプが存在する。貯蓄プラン（savings plan）とプリペイドプラン（prepaid plan）である。プリペイドプランは、大学の教育費を現在価値ベースで前払いすることを認めるものである。一方、貯蓄プランは、個人に資金を積み立てさせ、その資金に係る運用収益も併せて貯蓄させるものである。

第31節 休暇関連給付 (LEAVE BENEFITS)

(イントロダクション)

休暇は最も一般的な福利厚生といえるかもしれない。2008年時点で、民間企業に雇用される労働者の78%に有給のバケーション (paid vacation) が提供されている。有給の休日 (paid holiday) は77%であった。2008年6月時点で、paid leave (有給の休暇 (vacation, holiday) 及び病休(sick leave)をいう。) は、民間雇用主の総報酬コストの6.3%を占めている。有給休暇制度では、労働者の裁量で一定期間の余暇を取ることが認められる。休暇期間は、通常、在職期間とともに増加する。休暇に関する方針 (Leave policy) により、休暇が与えられる。例えば、労働者は軍事任務、葬式、子の誕生又は養子縁組のために休暇をとることができる。また、短期、長期の疾病を有する労働者に休暇を提供する場合もある (病気休暇(sick leave)については本節の後半で記述する。)

(休日 (Holidays))

有給の休日 (paid holiday) を与えることは法律上の義務ではないが、雇用主はこれを必要経費のようなものだと考えている。労働者は試用期間を経過すると、この資格を得ることとなる。一般的に与えられる有給の休日は以下のようなものである。

- ・元旦 (New Years Day)
- ・戦没将兵記念日 (Memorial Day (5月の最終月曜日))
- ・独立記念日 (Independence Day (7月4日))
- ・労働者の日 (Labor Day (9月の第一月曜日))
- ・サンクス・ギビング・デー (Thanksgiving Day (11月の第四木曜日))
- ・クリスマスデー (Christmas Day (12月25日))

Hewitt Associates の調査によると、2007年時点で (賃金と週労働時間の最低基準を定める連邦法である公正労働基準法 (Fair Labor Standards Act (FLSA)) の適用が除外される労働者か否かにかかわらず) 労働者に提供された有給の休日及び私用休暇 (paid holidays and personal days) の平均は11日となっている。休日が土曜日又は日曜日に重なった場合は、代休(通常は金曜日か月曜日)が与えられる。FLSA の適用労働者(時間給労働者(hourly worker)) について、有給の休日を取得するために課される一般的な要件は、休日前及び休日後に働かなければならないというものである。労働者が予定外の休日を取得する場合には、医学的知見による文書を提出するか、当該休暇に係る給与の受け取りを放棄しなければならない。

(バケーション休暇 (Vacation Leave))

有給の休日 (paid holidays) と同様、バケーション休暇 (Vacation Leave) を取得する際には、労働者は当該休暇取得資格を得るために一定の在職要件を満たさなければならない。労働統計局 (U.S. Bureau of Labor Statistics) によると、1997年時点で大規模、中規模の民間企業のフルタイム労働者の87%がバケーション休暇 (vacation) の取得資格を得るための在職要件が課されている。6ヶ月以下の在職要件が課されていた割合は33%であり、7ヶ月から1年

の在職要件が課されていた割合は 43%であった。在職期間が増加するに従って、追加的に日数が付与される。Hewitt Associates によると、バケーション休暇について、在職期間が 5 年を超えた労働者の平均日数は、15.3 日、在職期間が 15 年を超えた労働者の場合は、20.5 日、在職期間が 25 年を超えた労働者の場合は 24.0 日であった。Hewitt Associates の調査では、この平均日数について、FLSA の適用対象の労働者であるか否かで大きな違いは見られなかった。

労働者は休暇日数を年次単位で積み上げていく。Hewitt Associates の調査によると、2005 年末時点で、39%の雇用主が繰り越すことができる休暇日数に上限を設定しているが、累積上限については制限を設けていない。21%の雇用主は、累積上限を設けているが、翌年に繰り越すことができる休暇日数に上限を設けていない。25%の雇用主は、当該年度中に発生した休暇日数は、全て使い切らなければならない（繰り越し、累積は認めない）こととしている。

労働者に未消化の休暇日数を売却することを認めている雇用主は 10%に過ぎない。休暇日数の売却方法については、47%が年度末の一回限りの買取、37%が 8-40 時間の間での買取、残りは、雇用主に 100%の価格で買取られている。雇用終了時には、87%の雇用主が未使用の休暇日数に対して支払を行っている。

（私用休暇（Personal Leave））

雇用主の中には、労働者が個人的な所用（配達を自宅で待っていなければならないなど）に充てるための休暇（personal days）を提供しているものもある。雇用主はこうしたタイプの休暇を労働者の予定外の欠勤を削減するために提供している。2006 年時点で、私用休暇を提供していた雇用主の付与日数の中央値は 2 日となっている。

（軍事任務休暇（Military Leave））

軍事任務休暇は、州兵（National Guard）又は予備隊員、軍人としての地位を維持するために休暇が必要となる者に対して付与されるものである。労働統計局によると、2008 年時点で、労働者の 48%が有給の軍事任務休暇の取得資格を有している。

湾岸戦争のような戦争時や 1999 年のコソボ空襲のような軍事衝突の際には、1994 年の軍事任務者雇用・再雇用権利法（Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA)）により、任務に就いている又は必要な訓練を行わなければならない退役軍人、予備兵、州兵については、その軍事任務のために、5 年間まで欠勤を認めなければならないこととなっている。この欠勤に際しては、労働者は可能な限り雇用主に事前の通知をする必要がある。労働者は適宜職場に復帰することができる。

（病気休暇（Sick Days））

ほぼ全ての雇用主が単体で、あるいは有給休暇バンク（paid time off bank）の一部として、病気休暇を認めている。病気休暇は、労働者が風邪やインフルエンザといった軽度の病気に罹った際に、休暇を認めるものである。2 週間を超える病気の場合には、短期の障害保険を提供する雇用主もある。Hewitt の調査では、半数の雇用主が（FLSA の適用労働者であるか否かを問わず）労働者の病気休暇の利用状況を記録しているということである。

(有給休暇バンク (Paid Time Off Bank))

労働者が仕事と生活の調和を図ることを支援し、また労働者の予定外の欠勤を減らすために、有給休暇バンク (paid time off (PTO) bank) を採用する雇用主が増えている。PTO バンクは私用による休暇、病気休暇といった別々の休暇を統合するものであり、労働者は、理由如何にかかわらず柔軟に休暇を取ることができる。これにより、労働者は、例えば、保護者面談に出席するといったような個人的な用事に病気休暇を充てなければならないといったようなストレスを感じなくて済むようになる。Hewitt Associates によると、2007 年時点で、雇用主の 24% が PTO バンクを提供している。

2000 年時点では、調査対象雇用主の約 9 割が、PTO バンクは有能な労働者を惹きつけ、確保し続けるために有益であると回答している。伝統的な休暇制度から PTO バンクに移行するに当たって、ほぼ全ての雇用主が従前と同程度あるいはそれ以上の休暇日数を付与している。病気休暇については、医療保険を提供していない雇用主のうち 60% が、PTO バンクの導入前後で病気休暇の日数を減らした。

PTO バンクを提供している雇用主のうち、在職 1 年の労働者の PTO バンクにおける休暇の付与日数の中央値は 19 日であった。この数値は在職 5 年の場合は 23 日、在職 15 年の場合は 28 日、在職 25 年の場合は 31 日となっている。PTO バンクを提供している雇用主のほぼ全てが労働者に未使用の PTO バンクの休暇日数を繰り越すことを認めているが、ほとんどが翌年に繰り越すことができる休暇日数を制限している。

(1993 年育児介護休業法 (Family and Medical Leave Act (FMLA)))

FMLA は、50 人以上の労働者を雇用する雇用主に対して、労働者が、ある一定の介護や家族関連の理由が生じた場合に、欠勤 (休暇) を認めるよう義務付けている連邦法であり、1993 年 8 月 6 日から施行された。法律の所管は労働省である。同法は、民間部門、州政府及び連邦政府の労働者 (75 マイルの範囲内で 50 人以上を雇用する雇用主の下で雇用される者に限る) に適用される。同法に基づく休暇を取得するためには、労働者は少なくとも当該雇用主の下で 12 ヶ月雇用され、かつ休暇を取得する直近の 1 年間に 1,250 時間以上の勤務実績という要件を充たす必要がある。

労働者は、以下の場合における 12 ヶ月の期間中に最長 12 週間まで無給休暇を取得することが認められ、休暇終了時には以前の職、又はそれと同等の職に復帰することが保障される。

- ①子の出産
- ②養子や里子ができた場合やその世話
- ③配偶者、子ども、両親などが重い病気にかかった場合の看護
- ④労働者本人の重大な健康問題

①②の場合は出産又は養子等の日から 1 年以内に取得しなければならない。④は、病院、ホスピス、居住型医療ケア施設における入院治療や医師等による継続的ケアを必要とするものと定義される。

休暇は連続したものに限られず、断続的または時間短縮による形態も可能である。子の出産

や養子縁組に関する断続的な休暇は、雇用主と労働者の取決めに従って、取得する必要がある。労働者本人の重大な健康状態に関する断続的な休暇は、医学上必要不可欠である場合には、雇用主の承諾は不要である。

雇用主は、労働者に対して、利用可能な全ての有給休暇（例：バケーション休暇、私用休暇、病気休暇、家族休暇）を使い切った上で同法に基づく無給休暇を利用するよう求めることができる。労働者は休暇取得予定日の 30 日前又は現実的な範囲内で雇用主に事前に通知する必要がある。

第3 2節 失業保険 (UNEMPLOYMENT INSURANCE)

(イントロダクション)

1935年の社会保障法 (Social Security Act) において、連邦と州の共同運営による失業保険プログラムが創設された。このプログラムには大きく2つの目的がある。1つは、非自発的な要因により失業した労働者に対して一時的・部分的な賃金補填を行うこと、2つ目は、不況時における経済の安定に資することである。1939年の連邦失業保険税法 (Federal Unemployment Tax Act : FUTA) と社会保障法の第3章、第9章及び第12章により、このシステムの枠組みが形成されている。

(財源)

FUTA では現在、各労働者に支払う賃金額 (年間 7,000 ドルまで) の 6.2%を雇用主に対し連邦税として課している。州の中には連邦の課税所得基準である年間 7,000 ドルを超える課税上限を設定しているところもある。2008年1月時点で、43州が連邦の水準を超える課税所得基準を設定している (最高はアイダホ州の 32,200 ドル)。連邦政府によって承認された失業保険プログラムを運営し、連邦政府に対して滞納しているローンがない州の場合、雇用主は連邦税の 6.2%から、州政府に払った税額について 5.4%分までが控除されることから、この場合、連邦税の税率は 0.8%となる。全ての州が連邦政府からプログラムの承認を受けていることから、現在の実質的な連邦税率は 0.8%である。

1976年に、連邦議会は、0.2%の付加税を FUTA における恒久税率に追加した。従って、現在の FUTA の実質税率の 0.8%は2つの要素から構成されていることになる。すなわち、恒久税率としての 0.6%と付加税としての 0.2%である。付加税の特例は5度延長されている。直近では、1997年の納税者救済法により、2007年12月31日まで延長された。

州政府は経験料率 (experience rate) を雇用主の税率の設定に際し採用してもよい。すなわち、州政府は離職率の高い雇用主に対してより高い税率を課することができる。この経験率課税は、採用していない州 (コロラド、フロリダ、ハワイ、アイオワ、ミシガン、ミズーリ、モンタナ、ノースカロライナ、サウスダコタ、テネシー、テキサス、バージニア、ウェストバージニア、ワイオミングの14州) もあれば、10%を超える税率を課している州 (ジョージア、ペンシルバニア) もあり、様々である。

(対象となる労働者)

FUTA が制定された当初 (1939年) は、商工業に分類される民間雇用主 (年間の勤務が20週間以上の労働者を8人以上雇用する者に限る) が支払う給与に対し、均一の連邦税が課されていた。1970年の雇用保障改正法 (Employment Security Amendments) 及び1976年の失業給付改正法 (Unemployment Compensation Amendments) により、対象範囲が、年間の勤務が20週間以上勤務する労働者又は四半期に1,500ドル以上の賃金を支払う労働者を1人以上雇用しているすべての商工業民間雇用主に拡大された。農業労働者及び家事使用人は、若干修正された受給資格基準が適用される。給付の受給資格は、通常、失業労働者の失業前の就業

状況（一定期間の勤務実績又は収入によって判断される）及び失業労働者の能力、勤労意欲によって決定される。

受給資格—労働者が失業給付を受けるためには、一定水準以上の賃金を稼いでいたという実績が必要となる。多くの州では、この基準を直近5四半期のうちの最初の4四半期の収入として定めている。こうした要件を設定する目的は、失業給付の給付を当該雇用主の下で就業実態のあった労働者(individuals with a current attachment)に制限するためである。多くの州では、受給開始前に労働者に1週間の待機期間を課している。労働者は、仕事に就く能力があり、積極的に仕事を探し、仕事を得るよう努力しなければならない。欠格事由(disqualifying event)に該当する場合は給付を受けることができない。欠格事由は、自発的に仕事を辞めたこと、不正行為による解雇、適切な仕事の拒否(refusal of suitable work)、労働争議への参加である。

通常、給付額は、直近52週間の労働者の所得の一定割合（上限額は州が定める）という形で決定される。給付期間は多くの州において最長26週間となっている。失業率が高水準の場合には、給付期間が延長される場合もある。州の中には、特定の目的で追加の給付を行っているところもある。給付金は連邦所得税の対象となり、連邦所得税の個人申告書において報告しなければならない。受給者は州の失業保険機関が行う税の源泉徴収を選択することもできる。

1986年の税制改革法(Tax Reform Act)において、1986年12月31日以降全ての失業給付が課税対象となる旨定められた。

(延長給付 (Extended Benefits))

延長給付は、失業率が高水準の場合において、通常の失業保険給付期間を使い果たした労働者に給付される。一般的に見られる延長給付プログラムは、州が高い失業率に見舞われている場合に、13週間追加で給付を行うというものである。州の中には、極端に高い失業率に見舞われた場合に、更に追加で最長7週間（合計最長20週間）延長する独自のプログラムを制定しているところもある。延長給付は通常の失業保険給付を使い果たした後から開始する。通常の失業保険給付の受給資格がある者がすべて延長給付の受給資格も充たすとは限らない。州政府の機関では、延長給付の受給資格に関するアドバイスを行っている。

(災害給付 (Disaster Benefits))

災害失業給付(Disaster Unemployment Assistance)は、アメリカ大統領によって宣言された大規模災害の直接的な結果として、雇用を失い、又は損害を受けた労働者、自営業者に対して経済的支援を行うものである。災害失業給付の受給資格について判断する以前の問題として、まず当該対象者が通常の失業保険給付(州、連邦いずれの給付についても)の受給資格がない状態になっていることが必要である。災害失業給付は、連邦政府の機関として州政府によって運営されている。

災害失業給付は以下の要件を充たすアメリカ市民及び適格外国人労働者又は自営業者が受給できる。

- ・激甚被害地帯と宣言された地域で雇用されていた労働者又は自営業者、当該地域で雇用される又は自営業を開始する予定であった者
- ・災害を直接要因として、雇用又はサービスを提供することができなくなったこと
- ・失われた雇用又はサービスが、当該者の一次収入源であったことを立証すること
- ・いずれの州においても、通常の失業保険給付の受給資格を有していないこと
- ・災害の直接要因として、けがや行動不能により働くことができない、もしくは自営業を営むことができないこと
- ・世帯主の死亡により、自らが世帯の主たる生計者となったこと

財産又は作物の損害により、金銭的な損失を被っている場合であっても、そのみで自動的に災害失業給付の受給資格が得られるというわけではない。

災害失業給付は、大規模災害が発生したときから開始し、大統領による激甚災害の宣言から26週間後まで、当該災害の結果として失業が継続している限りにおいて受給可能である。週に受給可能な最大給付額は災害が発生した州における失業保険法の規定に基づいて決定される。

第33節 自主的な障害所得保障制度 (VOLUNTARY DISABILITY INCOME PLANS)

(イントロダクション)

不測の病気や障害の結果、就業不能になる人がいる。そのために、個人や家庭に重大な経済上の問題が起こることもある。治療費が必要となれば、経済的困難に輪をかける。医療保険が医療費の支払に用いられるのに対して、私的及び公的な障害所得保障制度は、就業不能に伴う喪失所得の一部を代替しようとするものである。

業界及び政府の調査によると、障害関連の総コストは平均的な雇用主が支払う給与の6～12%となっている。労働統計局が公表した報告によると、2004年時点で、民間部門において、職場を離れて療養が必要な障害及び病気が発生した件数は130万件となっている。これに係る休業期間の中央値は7日となっている。

連邦統計局が公表した報告によると、2002年時点で、15歳以上の人々の4.8% (25歳から64歳までの人々の3.1%、および65歳以上の人々の16.3%を含む) は日常生活において、なんらかの個人的なサポートを必要としている。さらに同調査によれば、男性の障害比率が16.7%であるのに対して、女性は19.5%であった。この差異は主として、高齢者グループにおける女性労働者の割合が男性よりはるかに多いことによる。16歳から64歳までの層では、就業に影響のある障害を持つ者が6.4%、実数では1,180万人となっている。

過去には、就業障害が生じると、雇用主は、(中でも月給制の労働者に対して) 非公式ながら継続して給与を支払うことが多かった。2008年時点で、労働者の30%が長期障害保険制度に加入しており、38%が短期障害保険に加入している。実質的にすべての労働者が強制加入の公的な障害所得保障制度でカバーされている(社会保障障害年金及び労災補償)。公的及び民間の障害所得保障制度によって、短期及び長期の障害がカバーされている。

(概要)

個人企業、(タフトハートレー法による) 合同運用の信託基金、雇用主団体は、私的な障害所得保障制度を提供している。この制度を導入するには、前もって制度設計と管理・運営に関するいくつかの諸問題に答を出しておかねばならない。たとえば、どの程度の給付水準にすべきか、給付期間はどの程度にすべきか、給付に係る負担を雇用主及び労働者でどう分担すべきかといった点である。

雇用主は、上述の公的な障害所得保障制度(社会保障障害年金及び労災補償)への拠出が法律上義務付けられている。コストの重複を避けるために、私的な制度の提供者は給付水準を決める際、あらゆる障害給付制度について認識しておく必要がある。そして通常は給付調整規定(benefit integration provision)が設けられる。給付調整の目的は、各種障害給付の合計が合理的な範囲の従前所得代替水準(すなわち就業前の労働者の所得のうち就業障害後に代替される部分)を超えないように制限することである。

私的な障害保障制度には主として次の2種類のものがある。

(1)短期障害所得保障制度 (short-term disability plan : 給付の支払は通常、26週以下)

(2)長期障害所得保障制度 (long-term disability plan : 給付の支払は通常、短期給付が終了

した後に行われる)

(短期障害 (short-term disability))

短期障害とは、通常、労働者が一時的に現在の地位・職務に正常勤務できなくなることをいう。有給の病気休暇 (paid sick leave) と短期障害制度は、病気又は事故による一時的な休業期間中の所得の喪失から労働者を守るためのものである。病気休暇は大半の労働者に提供されている。短期障害制度や疾病傷害保険もかなりの労働者に提供されているが、病気休暇ほどではない。病気休暇と短期障害制度が (調整されて) 双方提供されている労働者もいる。短期就業障害給付の期間は 13 週間から 52 週間までと幅があるが、大半の場合 26 週間までとなっている。短期障害に関する所得保障制度では、通常、就業障害期間が継続するとき、別個の障害によるものと、同一の障害の連続と考えられるものとを区別している。

多くの場合、労働者は待機期間なしに有給の病気休暇を利用することができるが、それを疾病傷害保険の支払が開始されるまでの間、つなぎとして利用することができる。ほとんどの疾病傷害保険では、労働者が受給資格を得るまで、少なくとも 1 週間の就業障害状態が継続していなければならないとされている。この待機時間は、制度のコスト抑制、及び制度運営を簡素化するために設けられるものである。

病気休暇では、通常、労働者の正規の報酬の 100% が提供される。また多くの制度では、毎年有給で取得できる病気休暇の日数が特定されている。毎年の有給病気休暇日数を特定する代わりに、疾病ごとに病気休暇を定めている場合もある。疾病傷害保険制度が病気休暇と併用される場合には、疾病傷害保険の給付は病気休暇が終了してから支給される。短期障害の場合の疾病傷害保険の水準は、定額か、労働者の賃金の一定割合で表される。給付水準および給付期間は、勤務期間とともに増加する場合もある。一般に、給付代替率は障害前の週給総額の 1/2 から 2/3 までとなっている。この代替率を高くすると、労働者の復職しようとする意欲が失われると考えられている。

短期障害に係る所得保障制度は、通常雇用主の拠出により運営されている。この制度の財政運営は次のような手段の下で行われる。

- (1)民間保険会社との団体保険契約
- (2)雇用主の自家保険
- (3)雇用主が設立した従業員福祉信託基金
- (4)タフトハートレー法による複数雇用主福祉基金
- (5)雇用主の一般財産

短期障害に係る所得保障制度の運営・管理は、(1)雇用主、(2)保険会社、(3)タフトハートレー法に基づく制度の理事会、によって行われる。

労働統計局のデータによると、2008 年時点で 38% 民間企業の労働者が短期障害保険制度又は疾病傷害保険制度に加入している。

(長期障害 (long-term disability))

ほとんどの長期障害所得保障制度において、最初の 2 年間の就業障害の定義は、短期障害所

得保障制度の場合とほぼ同じである（すなわち、労働者が正常に勤労できないこと）。就業障害が 2 年以上にわたる場合は通常定義が変わり、「訓練、教育、経験を与えれば通常適応できるとされるいかなる職務も遂行できないこと」となる。制度の中には、社会保障の障害年金の受給資格さえ充たせば、その加入者に長期就業障害給付の受給も認めるものもある。

私的な長期就業障害給付は、次のようなものによって提供される。

- (1)長期障害所得保障制度
- (2)団体生命保険制度
- (3)企業年金制度
- (4)その他の保険契約（例：個別保険）

短期就業障害給付の場合と同様に、通常は、長期就業障害給付と他の制度の給付との給付調整を行うことにより、妥当な従前所得代替率を設定し、コストを抑制している。

長期障害所得保障制度は、一般に、短期障害給付（病気休暇や疾病傷害保険）が終了してから給付を開始する。多くの制度では、特定の年齢（例：社会保障年金や企業年金からの通常給付が開始する 65 歳）に達するまで、給付を行っている。雇用における年齢差別禁止法（Age Discrimination in Employment Act）の 1986 年修正では、定年制が廃止されたが、この修正によって就業障害給付を提供する制度は、現職労働者に対する就業障害給付に係る受給資格に年齢の上限を置くことはできなくなった。65 歳以上の現職労働者が障害を負った際にも、こうした給付が行われなければならない。ただし、年齢に付随するコストを考慮して給付額を決定することはできる。雇用主は、年齢にかかわらず、全ての労働者に対し同等の給付を提供するか、（あるいは通常そうであるように、）すべての年齢の労働者に対して、コストが同等になるような給付を提供しなければならない。就業障害に係るコストは年齢とともに増加するから、コストで同等という意味は、老齢になってから就業障害になった労働者は、若年労働者の場合に比べ、障害年金の受給期間が短くなるか、あるいは同じ受給期間のときは給付額が小さくなるということである。

一般に、長期障害所得制度の給付水準は、加入者の就業障害前の月給の 60%程度である。しかし、就業障害前の給与の 70%程度を給付する制度もある。制度によっては、民間部門の長期就業障害給付に社会保障の障害年金を加えたものが、一定金額（例：基本給の 75%）を超えてはならないとしているところもある。制度の多くは、月額支給上限額（例：4,000 ドルから 10,000 ドルの間）を設定している。長期就業障害給付のコストは、(1)雇用主の拠出金、(2)労働者の拠出金、(3)雇用主と労働者のコスト分担、などの方法によって賄われる。

長期障害所得保障制度では、短期障害所得保障制度の場合と同様、就業障害期間が継続する場合、それが異なる就業障害によるものか、または同一の障害と考えられるものかを区別している。また、長期就業障害者がリハビリテーションを受けながら就業するときに、少なくとも一定程度までの給付を継続的に支給する制度もある。

労働統計局のデータによると、2008 年時点で 30%の民間企業の労働者が長期就業保険に加入している。

第34節 団体生命保険制度 (GROUP LIFE INSURANCE PLANS)

(イントロダクション)

多くの雇用主は、死亡した労働者の遺族のために死亡給付(death benefits)を提供している。この給付目的のために用いられる制度としては、次の2種類がある。すなわち、(1)指定された保険金受取人に一時金を支払う団体生命保険制度、(2)遺族に対して定期的に(通常は毎月)支払をする遺族年金制度である。このほか、他の従業員福祉制度(例:利益分配制度、従業員貯蓄制度、企業年金制度)から遺族に給付が支払われることもある。また、社会保障年金からも遺族給付を受けることができる。本節では、団体生命保険制度に焦点を絞ることとする。

個人生命保険(individual life insurance)の考え方は何世紀も前に発展していたが、団体生命保険は比較的新しく開発されたものである。1911年にニュージャージー州のパサイックにあるパンタソテ皮革会社において、現在知られている最初の団体生命保険契約が締結された。その契約は毎年更新式定期従業員保険(yearly renewable term employees' policy)と呼ばれた。そこには、今日の団体定期生命保険の標準的要素の多くが含まれていた。米国生命保険評議会(American Council of Life Insurers (ACLI))によると、1920年末時点で、6,000の団体保険契約が存在し、総保障額は1,600万ドルであった。1940年には23,000契約で総保障額は150億ドル、1945年には31,000契約で総保障額は220億ドルであった。

第二次大戦中の賃金凍結により団体生命保険ブームに拍車がかかった。労働者は賃上げが得られないと知り、他の追加的な給付を要求した。雇用主の提供する生命保険は彼らにとって最も需要の大きい給付の一つであった。その結果、1950年には約56,000の団体契約が存在し、総保障額は480億ドルにまで及んだ。

雇用主が提供する団体生命保険の成長はその後も続いた。2005年末で、167.1百万の団体契約が存在し、総保障額は7.1兆ドルにまで及んでいるが、その多くで雇用主がスポンサーとなっており、2005年末時点での全米生命保険保障額の44.9%を占める。2006年には、民間企業で働く労働者の50%が雇用主が提供する生命保険制度に加入していた。

(保険契約)

保険会社と雇用主(企業)との契約は、通常は団体定期生命保険(group term life insurance)として行われる。(事業主団体等の)各種団体や複数雇用主制度においても団体定期生命保険を提供しているところは多い。定期(term)というのは、カバレッジが一定期間(通常は1年)購入される(ただし更新規定つきで)ことを意味し、保険料が支払われる限り契約の効力は維持される。この契約は、毎年更新式定期(yearly or annual renewable term)とも呼ばれる。定期保険には貯蓄的要素はなく、キャッシュバリュー(解約払戻金)の積立もない。それは死亡時のみに保険金を支払う純粋定期保険(pure insurance protection)である。

団体生命保険の提供に要するコストは保険者及び被保険者集団の規模によって異なる。小規模な被保険者集団の場合は、保険料は通常、標準料率表(standard rates table)から定められる。保険金額1,000ドルに対する月払い保険料は、30歳未満の0.08ドルから60歳代の労働者の1.17ドルまで、年齢によって異なるのが通常である。大規模な被保険者集団の場合は、初年

度保険料は標準料率表から定められるが、その次の年度以降は当該集団における保険金請求状況によって保険料が異なってくる。次年度以降の大規模被保険者集団における保険料総額は、原則として、保険金請求額、保険者の管理費および利潤、危険準備金積立相当額の合計となる。

(制度の諸規定)

加入資格—大半の団体定期生命保険制度は、契約期間が無期かつフルタイムの労働者に雇入れの日から加入資格を付与している。加入資格要件として、労働者に一定期間（通常1月から3月）の勤続を求めている制度もある。

保険金額—雇用主は様々な水準のカバレッジを提供している。保険金額はいくつかの要素（例：職務、給与）の中の一つまたはそれ以上を用いて定められる。労働統計局のデータによると、2003年時点で民間労働者の最も一般的な保険金額の決定方法は、給与の一定割合とするものとなっている。調査対象であった労働者のうちの57%がこの方法によって保険金額が決定されていた。定額方式（dollar amount benefit：収入や勤続年数によって額が異なることもある）も広く普及している保険金額の決定方法である。調査対象労働者の38%がflat dollar amount（すなわち、収入や勤続期間によらず一定）で保険金額が決定されており、その額は5,000ドルから15,000ドルの間というものが多かった。この方式は、収入ベースの算定式によって決定される保険金額よりも通常少額となるのであるが、長年にわたって額の充実が図られてきている。

労働者の支払う保険料—大半の制度では雇用主が団体生命保険の基本保険料を全額支払っているが、生命保険給付がカフェテリアプランや償還口座（reimbursement account）の一部として提供される場合には、労働者の拠出が必要となる場合もある。このほか、労働者が一定額の支払を行っている場合もある（例：保険金額1,000ドルの保険について、月々0.2ドルの支払）。補足的制度（supplemental plans）においては、保険料は、通常、労働者によって全額支払われている。補足的カバレッジは、保険金額が定額（flat dollar amount of coverage）と定まっている労働者よりも収入ベースの算定式によって保険金額が決定（multiple-of-earnings formula）される労働者において、普及している。

扶養家族の生命保険—雇用主の中には、団体生命保険制度の一部として、労働者の扶養家族に対しても保険を提供しているものもある。扶養家族の生命保険の保険料は、通常、そのカバレッジを選択する労働者が支払う。扶養家族の生命保険は、（当該保険金額は労働者のオプションによって変わり得るし、また労働者のカバレッジの一定割合となることもあろうが）通常、労働者の配偶者については定額の保険金額で提供され、労働者の子（通常は生後14日から19歳までの未婚の子ども）については、それより少額の定額の保険金額とされる。配偶者の保険金額は通常5,000ドル以上であり、子の保険金額は、通常一人当たり1,000ドル、2,000ドル、5,000ドルといったところである。

災害死亡・四肢喪失保険(Accidental Death and Dismemberment(AD&D) Insurance)—団体生命保険制度には、災害死亡・四肢喪失保険が含まれていることが多い。その場合、制度は、事故により死亡又は手足や視力を喪失したときに追加的な給付を行う。事故により死亡した場合には、災害死亡・四肢喪失保険からはベーシックな生命保険給付金額と同額の

給付が支払われる。四肢喪失の場合には、ベーシックな生命保険給付金額の一定割合が支払われる。

保険金受取人の規定一標準的な団体保険制度では、労働者は保険金受取人を指定・変更することができる。死亡時には、約定の保険金が指定された受取人に支払われる。受取人指定のない場合は、通常、団体保険契約において、保険会社が当該労働者の生存している親戚に支払うことが認められている。

退職者及び高齢現役労働者への給付—大半の団体生命保険は、現役の労働者を保障する目的で設計されている。高齢の現役労働者に対しては、年齢による生命保険コスト増を反映して保険金が減額されることがある。こうした運用が、雇用における年齢差別禁止法（Age Discrimination in Employment Act）に抵触することはない。ただし条件があり、ある一定の年齢以上の高齢の現役労働者に対する保険金の減額は、一定の年齢幅（5年を超えない範囲）の階層（bracket）ごとにカバレッジコストが増加する点について正当化されなければならない。高齢現役労働者の保険金額を減額するよう設計されている制度は、通常、最初の減額時点を65歳又は70歳に設定している。多くの制度では、高齢労働者の保険金の減額は1回のみであるが、中には複数回にわたって減額するものもある。退職時には、生命保険のベーシックなカバレッジは継続することもある（この場合、退職者の終生にわたることもしばしばである）が、保険金額は、大抵、退職後、少なくとも一度は減額されることとなる。

転換特権(Conversion Privileges)—一定の状況（例：雇用の終了、退職）において、労働者の生命保険の保障が終了するとき、当該労働者は、団体保険による保障を個人長期生命保険に転換することができる場合がある。一般的には州法において、当該労働者は従前の団体生命保険における保険金額と同額の個人生命保険を購入することが認められている。この場合、団体保険による保障が終了してから30日以内に書面による契約申込と保険料（額は当該労働者の年齢、保険の種類、保険の水準・考慮されるリスクによる）の支払を行う必要がある。

転換が行われるケースとしてはこのほか、団体生命保険契約自体が終了する場合、又は全労働者又はある一定の労働者層の保険を終了させるために、団体生命保険契約が改正される場合がある。この場合、転換特権は少なくとも5年間保険対象となっていた労働者に対してのみ及び、転換される保険金額上限は、2,000ドルとなる。

就業障害給付—一般的な団体保険制度では、完全かつ永久に就業障害になった労働者に生命保険による保障を引き続き提供している。団体生命保険に加入している労働者が就業障害を負った場合におけるカバレッジの継続の類型には、3つのタイプ¹⁶があるが、最も普及しているのは保険料払込免除の規定（waiver-of-premium disability benefit）である。この規定では、次の条件を充たす限り、就業障害に至った労働者には無料で保障が継続される。

(1)当該労働者が就業障害になったとき、一定年齢未満（例：60歳未満、65歳未満）であること

¹⁶ その他の2つは、満期受取金（maturity value benefit）、延長死亡給付（extended death benefit）である。

- (2)当該労働者が就業障害に至った時点で、団体保険制度に加入していること
- (3)就業障害の状態が死亡するまで継続すること
- (4)完全かつ永久に就業障害であることの証明が当該保険制度の求めに応じてなされること

支払方法の選択—団体生命保険制度における標準的な保険金支払い方法は、一括支払である。

しかし、事実上すべての保険会社は、被保険者である労働者の選択（労働者が死亡前に選択していなかったときは受取人の選択）により他の支払方法も認めている。代替的な支払方法には、分割払い（installment payment）や年金払い（life income annuity）がある。

（課税）

雇用主の負担する団体定期生命保険の保険料は、経費として所得控除され、受取人に支払われる保険金は、上限額までは連邦所得税の課税はない。しかし、支払保険金（消滅時支払金：proceeds）は、通常、遺産税（estate tax）の課税対象となる。

雇用主が払い込む保険料は保険金 5 万ドルに対応する部分までは、労働者の所得とは扱われず非課税であるが、雇用主が 5 万ドルを超えるカバレッジを労働者に提供する場合、労働者は 5 万ドルを超える部分に相当する保険料については所得税が課せられる。この場合に労働者が当該保険料の一部を負担している場合は、その拠出は全て 5 万ドルを超えるカバレッジに係るものと扱われる。

（団体ユニバーサル保険制度（Group universal life program (GULP)））

団体ユニバーサル生命保険（Group universal life program (GULP)）は 1985 年に初めて登場したものであるが、個人のユニバーサル生命保険（universal life policy (UL)）から発展したものである。UL は個人単位で発行される一方で、GULP は団体単位で加入できるものである。GULP プランは、一般的な団体定期生命保険を補完するものとして採用される場合もあれば、単体の制度として採用される場合もある。

GULP は団体定期生命保険に貯蓄機能ないし現金積立機能を組み合わせたものであり、非課税の終身保険を創設する場合や貯蓄を増加させる目的で活用される。GULP は、一括保険証券（master policy）が発行されている雇用主の労働者が加入でき、労働者が全ての保険料を支払う。米国生命保険評議会（American Council of Life Insurers (ACLI)）によると、2000 年に生命保険会社は、981 の GULP の被保険者証（certificate）を発行し、同年時点で（発効中の）被保険者証の総数は 8,048 となっている。

労働者は加入するかしないかを自由に選択することができる。労働者が受給する生命保険金額を設定するために GULP においては一定の算定式が使用される（例：報酬の 1 倍又は 2 倍など）。労働者は、加入継続に必要なコスト及び管理費部分に限って拠出してもよいが、多くの者は貯蓄部分についても拠出を行っている。労働者の拠出金（キャッシュバリュー¹⁷（解約払戻金）分も含む）は全て課税後所得から控除される。しかし、キャッシュバリューに係る投資収益は、保険が解約されるまで、又はキャッシュバリューを受け取るまでは、課税されない。

¹⁷死亡または満期で支払われるまでに契約者の任意の解約によって現金で支払われる金額<英和生命保険用語辞典>

このキャッシュバリューの課税繰延部分の貯蓄積立は、労働者にとって大変魅力的なものとなっている。

労働者にとってもうひとつ重要な GULP の特徴は、GULP のポータビリティ（携行性）である。GULP に加入していた労働者が雇用を終了した場合（例：転職、退職）、保険料の支払を直接保険会社に行い、保険加入を継続できる。労働者はキャッシュバリューをいつでも引き出すことができ、キャッシュバリューに対するローンを利用することもできる。

GULP の中には労働者の生命保険に係るカバレッジを制限しているものもあるが、労働者に災害死亡・四肢喪失保険(Accidental Death and Dismemberment(AD&D) Insurance)、配偶者や子といった扶養家族の保険も含めることを認めているものもある。子の保険対象は通常、定期保険のみであるが、配偶者は、キャッシュバリューも積み立てることができる。プランの中には、障害を負った場合に給付を行う追加オプションを労働者に与えているものもある。

各労働者団体保険の定期保険部分の保険料率は、プランに記載され、通常、労働者の年齢とともに増加する。保険料率は通常、一定期間固定される（例：1年、3年、5年）が、それは個人加入の場合に比べて割安になっている。キャッシュバリューに充当される利率は、保険会社によって定期的に設定される。いったん設定された利率は、一定期間保障される（例：1年間）。なお、州の保険法、連邦の税法により最低利率が保障されている。

（生前給付（Living Benefit））

生前給付は、末期換金（viatical settlement）としても知られており、被保険者の生存中に、死亡時に支払われる保険金を受け取ることを認めるものである。その額は、当該被保険者の予想寿命に基づいて保険数理的に割り引かれ、生命保険を販売した保険会社ではなく、第三者機関（living benefit company）によって支払われる。living benefit company は、通常、当該生命保険に関する全任務を負い（当該責務を免れることはできない）、末期患者（terminally ill patient）である加入者（「83歳以上」といったように一定の年齢に達した加入者の場合もある）の生命保険契約の額面保険金額 50%から 80%を（現金で）払い戻す。末期患者が雇用主提供医療保険制度における生涯給付上限に達した場合には、生存中に生命保険契約のキャッシュバリューにアクセスできるこの生前給付は、医療費の支出に資するものとして、魅力的なものとなる。

（むすび）

労働者の死亡はその家族に経済的な破綻をもたらす。雇用主が提供する生命保険の給付によって、この経済的問題は緩和される。雇用主負担による生命保険制度の数は引き続き増加しており、その重要性が立証されつつある。しかし、この制度を効果的かつ効率的に設計し、労働者の死亡に際し家族に十分な保障を提供するためには、雇用主及び労働者は、生命保険、遺族給付および死亡給付について私的および公的制度で受給できる可能性があるものと、どのように調和を図るべきかについてよく検討しておくべきである。

第35節 労働者災害補償制度 (WORKERS' COMPENSATION)

(イントロダクション)

労働者災害補償制度 (Workers' compensation) は、業務上のけが又は業務に起因する疾病を有した労働者に対して、医療ケア給付、リハビリ給付、現金給付を行うものである。業務に起因する事故により労働者が死亡した場合は、その家族に給付を支払う。各州がそれぞれ独自の労災補償制度を設けている。

各州における労災補償制度に関する実績について、統一的に把握するための手段が限られているため、給付額、雇用主コスト、受給対象労働者の推定を行うためには、様々な情報源からデータを収集する必要がある。他の連邦全体の社会保険システムとは異なり、州の労災補償制度に対しては、資金面や管理運営面に関する連邦政府の関与がない。また、連邦税の優遇措置を受けることができる企業年金や雇用主が提供する医療給付と異なり、州の労災補償制度については、税制適格を有するかどうかの基準を示す連邦法は存在せず、労災補償の対象範囲や給付に関する包括的な報告徴収について規定する連邦法も存在しない¹⁸。労災補償に関して、連邦政府によって作成が義務付けられるデータが不足していることから、労災補償制度の実績を評価するために利用可能なデータは州によって大きく異なる。

労災補償制度はアメリカの社会保険において重要な地位を占めており、障害を負った労働者を援助するソースとしては、規模において、社会保障障害年金やメディケアよりも大きい。50州、コロンビア特別区、連邦政府によるそれぞれの労災補償制度の合計給付額は、2006年時点で、547億ドルであった。全体のうち、265億ドルが医療ケアに、282億ドルが現金給付に充てられている。

労災補償制度を取り巻く状況は常に変化している。給付総額は、1980年代は、2桁の増加率を示していたが、1990年代に入ると一貫して、総額及び適用労働者の賃金に占める割合ともに減少した。適用賃金に占める給付額及びコストは、2006年時点では2年連続で減少している。

労災補償制度と社会保障障害年金やメディケアとの間には重要な相違点がある。労災補償は、業務に起因するけがに対して補償が行われるが、これは当該けがが発生した後、即時に支給が開始される。すなわち、一時的な就業障害給付は、3日から7日というわずかな待機期間を経た後に支給される。そして、業務に起因する障害が継続している労働者に対し、終身で就業障害給付を部分的又は全額支給する。多くの州では、障害を負う以前の職務に復帰することができない者のためにリハビリ給付や訓練給付を支給している。また、業務に起因する事故により死亡した労働者の遺族に対する給付も行っている。これとは対照的に、社会保障障害年金では、理由を問わず長期の障害を負った労働者に対し給付を行う。しかし、当該障害により働くことが不可能である場合に限られる。社会保障年金では、リハビリ給付も行い、死亡した労働者の家族には遺族給付を行う。社会保障障害年金は5ヶ月の待機期間が終わってから支給が開始される。メディケアの場合は、医学的に就業不能と認められたときから29ヶ月後から支給される。2006年時点で社会保障障害年金において障害を負った労働者及びその扶養家族に支払われ

¹⁸ 新たな報告要件を課す法律が2007年に施行された。これは、労災補償の請求を管理する機関は、メディケアメディケイドサービスセンター (CMS) に対して、メディケアの受給資格を有する労災補償受給者に関する情報を報告しなければならないというものである。

た現金給付の額は 917 億ドルとなっている。その一方、メディケアでは、65 歳未満の障害を負った者に対する医療費として支払われた額は 522 億ドルとなっている。

労働者の中には、業務に関連のないけがや疾病の場合にも利用できる、有給病気休暇 (paid sick leave)、一時的障害手当 (temporary disability benefit)、長期障害保険(long-term disability insurance)といったものが提供されている者もいる。民間労働者の約 70%が病気休暇又は短期障害保険(short-term disability coverage)の提供を受けている。一方、残りの 30%は、労災補償制度以外に一時的な就業不能の場合の所得喪失に対する保護が提供されていない。病気休暇の場合は、通常、数週間にわたって、賃金の 100%が支払われる。雇用主によって提供される (少なくとも一部の拠出がなされている) 民間の長期障害保険は、民間部門労働者の約 30%をカバーしているが、通常は、3 ヶ月から 6 ヶ月の待機期間を経た後、又は短期就業障害給付の給付期間が終了した後から給付が開始される。長期障害保険は一般的には就業不能前所得の 60%を代替するよう設計されており、労働者が労災補償又は社会保障障害年金を受給している場合には減額調整される。

(近年の状況)

障害を負った労働者に対する現金給付総額及び当該労働者の医療費支出額の合計は、2006 年時点で、547 億ドルとなっている (2005 年の 554 億ドルから 1.5%の減少)。医療費支出額はわずかに増加し 265 億ドルとなっている。一方、障害を負った労働者に対する現金給付額は 2005 年の 292 億ドルから 2006 年には 282 億ドルに減少 (3.5%減) した。

2006 年の雇用主が負担するコストは前年比 1.5%減の 876 億ドルとなっている。自家保険を行っている雇用主が負担するコストは、支払額と管理コストの合計である。保険を購入している雇用主の場合、雇用主が負担するコストは、当該年度に支払う保険料及び当該契約における定額負担額 (deductible) に達しない部分の雇用主が負担しなければならない給付額の合計である。保険料率については、保険会社の観点からすれば、当該年度に受け取る保険料と当該年度に支払われる給付額とを一致させるという考え方ではなく、むしろ、将来発生する全ての給付債務をカバーするために必要な水準を考えて毎年の保険料が設定されているといえる。

Figure 35.1
WORKERS' COMPENSATION, 2006
SUMMARY

	2005	2006	Percentage Change
Covered Workers	128,140,998	130,322,233	1.7%
Covered Wages (in \$ billions)	\$5,212	\$5,543	6.3
Workers' Compensation Benefits Paid (in \$ billions)	\$55.5	\$54.7	-1.5
Percentage of Benefits Paid for Medical Care	47.3%	48.4%	2.3
Employer Costs for Workers' Compensation (in \$ billions)	\$88.9	\$87.6	-1.5
Benefits per \$100 of Covered Wages	\$1.07	\$0.99	7.4
Employer Costs per \$100 of Covered Wages	\$1.71	\$1.58	-7.6
Benefits per Covered Worker	\$433	\$420	-3.0
Employer Costs per Covered Worker	\$694	\$672	-3.2

Source: National Academy of Social Insurance.

社会保険大学校（National Academy of Social Insurance (NASI)）の給付及び雇用主コストの測定方法は、2つの利害関係者（労災補償制度に依存する労働者、当該費用を支払う雇用主）それぞれの実績を集め、反映するように設計されている。NASIの測定方法は、保険業界や保険市場のパフォーマンスを検証するために設計されているわけではない。保険のトレンドを分析している団体もある（例：州における保険を取り巻く現状を検証し、政府担当者や保険会社に保険料改定に関する助言を行う格付け機関）。

長期のトレンドを把握するためには、対象労働者の賃金総額に対する労災補償給付及び雇用主が負担するコストの割合を検証することが有益である。通常の状態であれば、給付額は適用賃金の動きと連動しているだろうと考えるのが通常であろう。けがの頻度や重症度が一定であり、労働者への賃金を代替するための現金給付や医療提供者への医療費支出が、経済一般における賃金の増加率に沿って変動している場合には、まさしくそうであろう。しかし、現実には、賃金に対する給付水準及びコストの割合は、長年、著しく変化してきている。

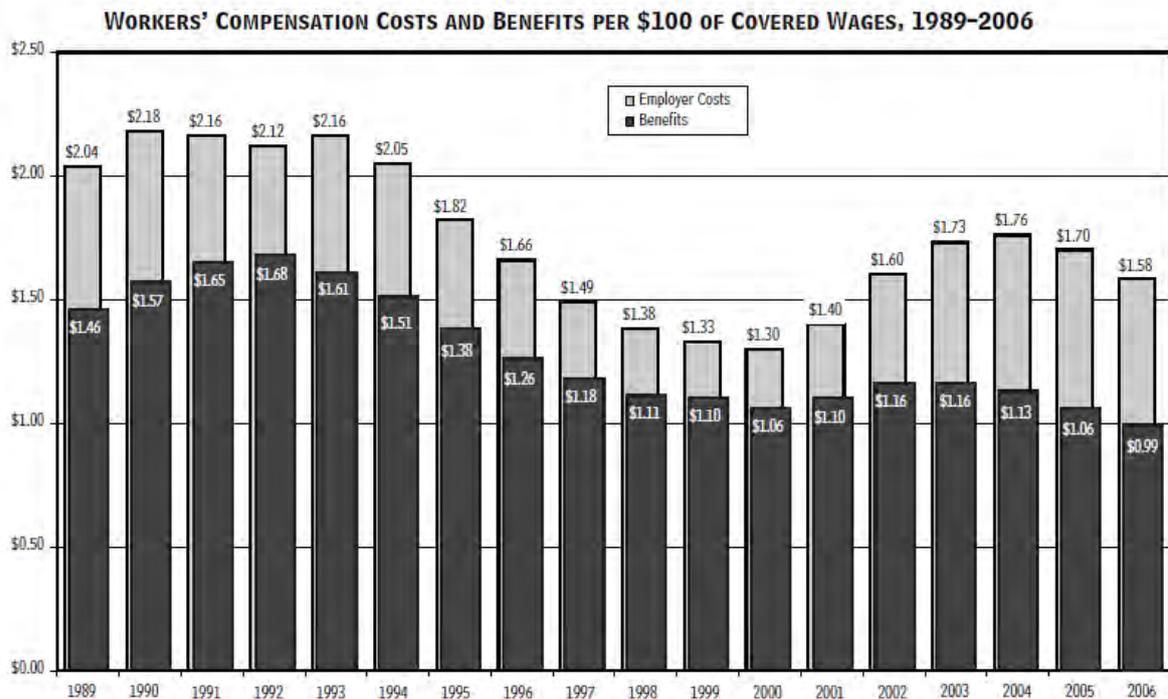
2006年には、対象労働者の賃金総額は6.3%増加した。この要因は、経済成長に伴う雇用の増加による対象労働者の増加(1.7%)と、労働者の平均賃金の増加(4.6%)によるものであった。2006年時点で、労災補償制度はおよそ130.3百万人の労働者をカバーしており、2005年の128.1百万人から1.7%増加した。雇用は2000年から2003年までの減少の後、2006年まで、3年連続で増加した。

対象労働者の賃金に対する割合で測ると、雇用主が負担するコスト及び労働者への給付額双方とも2006年時点では減少している。適用賃金100ドル当たりの労災給付割合は、2006年には前年から8セント減少し、0.99ドルであった。内訳は、医療費支出が2セント減少し0.48ドル、賃金補填のための現金給付は5セントの減少し0.51ドルであった。適用賃金100ドル当たりの雇用主が負担するコストの割合は2006年には前年比で13セント減少し、1.57ドル

であった。

過去 18 年間の適用賃金に占める雇用主コスト、現金給付及び医療費給付のトレンドについてみると、給付及びコストはピークであった 1990 年代前半から急激に減少し、2000 年には最も低い値となり、その後いくらかリバウンドしたものの、近年では再度減少してきている。適用賃金に占める給付割合は、2006 年時点で過去 18 年間で最も低い値を示しており、適用賃金 100 ドル当たり 0.99 ドルとなっている。

Figure 35.2



Source: National Academy of Social Insurance estimates.

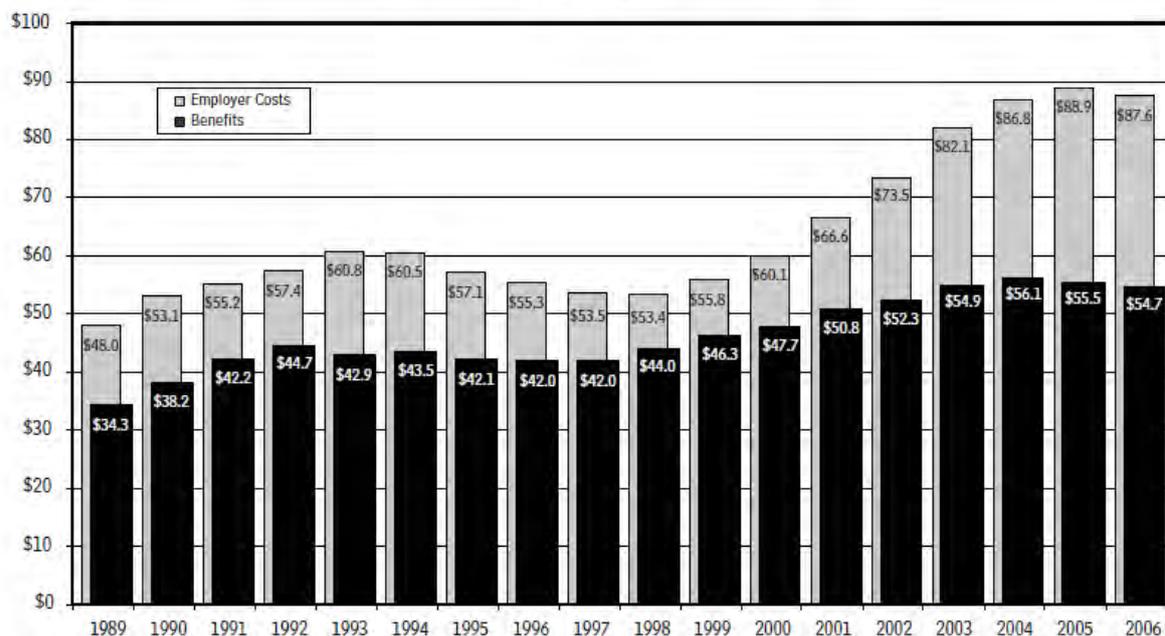
2006 年には業務に起因する死亡事故 (fatal work injury) の発生件数は 5,840 件であったが、これは 2005 年比 1.8% の増加であった。この件数は 2002 年以降増加傾向にある。2006 年時点で、輸送関係の事故が主要な死亡原因となっており、全体の 42% を占めている。続いて、物体等への接触 (17%)、落下 (14%)、暴力行為 (殺人、自傷行為) (13%) といったものが続いている。

(労災補償給付・コストの長期的傾向)

労災補償給付の総額は 2006 年時点では 2 年連続で減少している。1995 年から 1997 年までの 3 年間にわたって減少したものの、1997 年から 2004 年までの間には増加に転じた。雇用主コストは 2006 年には 1998 年以来初めて前年から減少した。雇用主コストは 1994 年から 1998 年まで 5 年連続で減少した後、1999 年から 2005 年までの間は増加していた。

Figure 35.3

WORKERS' COMPENSATION BENEFITS AND COSTS, 1989-2006
(\$ billions)



Source: National Academy of Social Insurance estimates.

(給付・コスト総額の変化要因として考えられるもの)

政策展開及び広範にわたる医療ケアシステムや障害所得保障システムの中での労災補償制度の果たす役割の変化によって、この20年間、災害補償制度の給付額は変動してきているが、この変動要因については、しばしば意見が分かれる。

1980年代後半には、労災補償給付及び雇用主コストは、2桁の割合で増加し、給付総額に占める医療費支出の割合が増加した。労災補償制度における医療に関する給付とコストの増大は、1980年代に一般的な医療保険システムにおいて、マネジドケアやその他のコスト管理手法が導入されるにつれて、雇用主提供医療保険から労災補償制度にコストがシフトした結果であると主張する者もいる。

1990年半ばにおける労災補償給付の減少傾向は多くの要因によるものであった可能性がある。1980年代後半から1990年代前半にかけての労災補償コストの増加に対応する形で、雇用主及び保険者は、障害を負った労働者の復職率の改善と労災補償コストの抑制を目的として、障害管理技術 (disability management technique) の利用を進めた。同時期に、労災補償システムは、医療費支出の増加を抑制するため、一般的な医療ケアシステムに倣ってマネジドケアやその他のコスト管理手法を導入した。

雇用主のコストは労働者への給付の支払状況に影響を受けるものであるが、給与に占める雇用主コストの割合の変化は、保険業界や金融市場における影響もまた反映するものである。1990年代半ばにおける労災補償給付及び雇用主コストの減少は、活気に満ちた経済と金融市場における高い収益率の影響もあり、保険会社により多くの収益をもたらした。保険引受業務の改善と準備金における高収益率が重なり、労災補償保険業界は歴史的水準で高い利益を得ることができた。

職場における災害の減少もまた 1990 年代の給付額の減少に寄与したといえる。労働統計局によると、2006 年時点で、民間事業場におけるけが又は疾病の発生件数（死に至らないもの（nonfatal））は、410 万件であり、フルタイム相当の労働者 100 人当たり、4.4 件となっている。この数値には、休業するに至らなかった比較的マイナーなけがも多く含まれている。業務上のけが・疾病（死に至らないもの）の報告事例は、1992 年以降毎年減少している。2006 年時点で、民間企業において、事故発生日以外で職場を離れて療養しなければならなかった業務上のけが・疾病の報告事例は、120 万件となっている。こうしたけが・疾病の割合は、フルタイム相当の労働者 100 人当たり、1992 年には 3.0 件であったところ、2006 年には 1.3 件まで減少した。Boden and Ruser (2003)は、労働統計局によって測定された 1991 年から 1997 年までの間の災害率の減少のうち、7.0%から 9.4%が労災補償制度の受給資格基準や請求基準の厳格化の間接的影響によるものであったと結論付けている。こうした基準の厳格化の直接的なインパクトは労災補償請求件数に表れる可能性が高いであろう。一方で、労災補償制度の適用となるケースが少なくなるということは、結果として労働統計局へのけがの報告事例の減少につながる可能性がある。全米労災保険協議会（National Council on Compensation Insurance (NCCI)）は、民間雇用主、41 の州におけるいくつかの基金における労災補償の請求状況に関するレポートを公表している。このデータでは、労働統計局によって報告された業務災害に関する全国的な傾向と同様に、業務災害件数について、減少傾向にあることが示されている。

他の就業障害給付制度との相互関係も労災補償システム全体の給付、雇用主コストに影響を与え得る。社会保障障害年金は 1970 年代初頭、急激な伸びを記録したが、1970 年代後半に方針を変更し、1980 年代初頭に給付を減額し、受給資格基準を厳しくした後、1980 年後半にかけて減少した。1990 年から 1996 年までの間、請求数と手当額が増額したことに伴い、社会保障給付は再び増加した（特に 1990 年から 1991 年の経済不況の間）。1996 年から 2001 年の間、適用賃金に対する障害保険給付の割合は横ばいとなり、2001 年の不況の後には再び増加した。

適用賃金に対する割合でみた場合の労災補償給付のトレンドには、いくつかのパターンがあった。労災補償給付総額（現金給付及び医療費支出の合計）は、1970 年代は社会保障障害年金よりも少なかったが、1970 年代を通じて次第に上昇し、1980 年代半ばには社会保障障害年金を上回った。社会保障給付が横ばいであった 1980 年代半ばには、労災補償給付は急激な増加を続けた。その後、1992 年から 2000 年にかけて、労災補償給付の適用賃金に占める割合が減少するにつれて、社会保障給付が増大した。

過去 25 年間の多くの間における労災補償制度と社会保障障害年金のこうした相反するトレンドからは、一方の制度における給付の削減が他の制度の需要を喚起するのか、その逆もあり得るのかという疑問が浮かんでくる。社会保障障害年金と深刻かつ長期的な障害を持つ労働者のための労災補償との間の代替可能性については（これらは間違いなく関連する、又は労働力需要によってより激しいものになる可能性があるのだが）、研究者の間では、これまでほとんど関心が向けられて来ず、十分に解明されていない。近年の調査により、業務に起因する障害の発生率は、高齢者一般及び社会保障障害年金の受給者の双方で、従前考えられていたよりも、かなり一般的なものとなっているということが明らかになった。1992 年の Health and Retirement Study によると、51 歳から 61 歳までの健康上の理由で仕事を制限している者の 3

分の1以上（36%）が仕事での事故、けが、疾病により、障害を負っていた。社会保障障害年金を受給している者のうち、同程度の37%が仕事での事故、けが、疾病による障害を受給原因としていた。この調査では、業務に起因する障害を負っている51歳から61歳までの者の多くは、社会保障障害保険を受給する傾向にあり（29.0%）、労災補償を受けていたと回答したのは12.3%であったということも分かった。

第36節 扶養家族のケア (DEPENDENT CARE)

(イントロダクション)

アメリカの労働力構成は、20世紀に劇的に変化したが、その主な要因は、女性労働者の増加である。1900年の女性のうち労働力となっていた者の割合は20.6%に過ぎなかったが、50年後の1950年には31.4%、1970年には42.6%、そして2005年には59.4%となっている。女性の労働参加率の上昇は、多くの家庭において、もはや男性が唯一の稼ぎ手ではなくなったということを示している。既婚・未婚の状況、子の有無、子の年齢といった要素による女性の雇用パターンの相違はほとんど見られなくなった。

1950年時点では、全世帯のうち54.5%が一人の稼ぎ手によって支えられていた。この割合は徐々に減少していき、1970年には37.1%、1990年には27.5%、そして2005年には若干上昇し、29.4%となっている。子を持つ働く母親の数もまた増加している。1970年には、子を持つ既婚女性のうち労働者として働いていた割合は39.7%であったが、2005年には68.1%まで上昇している。子を持つ独身女性のうち労働者として働いていた割合は1980年時点では、52%であったが、2004年には72.6%まで増加している。

これと時を同じくして、20世紀を通じ、アメリカでは高齢化が進展した。1900年時点では、65歳以上高齢者の全人口に占める割合は4.1%であったが、1950年には8.1%、1970年には9.9%、2005年には12.4%まで増加している。人口の高齢化は、ベビーブーマーの高齢化とともに急激に進み、2050年には全人口の20.7%にまで増加すると予想されている。2003年時点では、労働力人口の15%が、高齢者家族等の介護に従事していると予想されている。介護の現状に関する研究によると、介護者の3人に1人が男性、3人に2人は女性であるということであった。

労働力の構成と家族形態の変化に対応して、扶養家族（子ども及び高齢者）のケアが重要な従業員福祉給付として、多くの雇用主によって提供されるようになってきている。

(働く親の子どもたち)

働く親達が利用可能な育児給付 (child care) の種類は、場所や地域によって様々であるが、通常、以下のようなものが含まれている。

- (1)在宅育児ケア (in-house care) —当該家庭に育児サービスを提供する者（場合によっては身内）が訪問するもの
- (2)預託育児ケア (family care) —子どもが他の家庭に預けられ、そこでサービス提供者が何人かの子どもたちをまとめて育児サービスを提供するもの
- (3)チャイルドケアセンター (child care center) —多くの子どもたちを世話するために設置される施設

3歳から5歳までの多くの子供達が施設サービスプログラム (center-based program) によってケアを受けている (2001年時点で56.4%)。施設サービスプログラムには、デイケアセンター、ヘッド・スタート・プログラム (Head Start program)¹⁹、幼稚園・保育園

¹⁹ 米連邦政府の育児支援施策の一つ。低所得家庭の5歳までの幼児と身体障害児を対象に、予防接種、健康診断、栄養、教育、

(preschool, prekindergarten, nursery school) といったものが含まれる。2001年時点で、3歳から5歳までの子供達の22.8%が身内から、15.9%が身内以外の者からケアの提供を受けている。3歳から5歳までの子供達のうち親のみからケアを受けていた者の割合は26.1%であった。

(育児給付と雇用主)

労働者が子の養育上、苦難に陥ったときは、欠勤、遅刻、士気・生産性の低下といった結果を招くとの研究結果がある。雇用主は、生産性を向上させるための方策の一つとして、こうした問題に対応し始めている。多くの雇用主が子どものケアに関心を持つようになってきており、とりわけ、若年労働者や女性の割合が高い雇用主、高い離職率、欠勤問題を抱える雇用主にとっては喫緊の課題である。

支援の類型—雇用関係に基づき提供される子どものケアに関するプログラムは多岐にわたっている。雇用主がスポンサーとなって託児所を設置しているものから、子どものケアに関する情報提供をするもの、経済的な支援を直接行うもの、労働時間に柔軟性を持たせるものなど様々である。

- 職場内または職場の近くにあるチャイルドケアセンター (child care center) による支援はよく見られる支援形態である。同センターは通常、当該雇用主自身で運営するか、外注されている。雇用主の中には、他の雇用主または地方政府 (municipal government) と施設を設置するための契約を結ぶ場合もある。しかし、センターの立ち上げ費用は高額であり、また恒常的に労働コストも高くなる。
- 地域の育児制度 (Community child care program) は複数の企業によって支援されている。雇用主自ら又は外注して、企業内又は職場の近くにチャイルドケアセンターを創設するのではなく、地域のデイケアセンターの運営に対して資金援助する場合には、当該援助の見返りとして、当該雇用主の労働者は、優先的に入園を認められたり、割引料金の適用を受けたり、育児センター内に特定の部屋をとったりすることができる。このようにして、雇用主は管理責任と法的責任を回避しつつ、支援サービスを提供することができる。しかし、このような支援は、未だ他の雇用関係ベースの支援形態に比べると一般的とはいえない。Hewitt の調査対象企業 989 社のうち、地域におけるサービス提供者によって提供されている育児サービスを利用するに当たり、割引給付を提供していた企業は、10%に過ぎなかった (2007年)。
- 情報・紹介サービスは、かなり一般的に普及している。これにより、親は育児に関する情報を容易に入手することができ、多くの場合、その地域における最適な育児支援を受けよう促される。育児ケア給付を提供する多くの雇用主はその地域における連邦政府の紹介機関と契約しているが、雇用主によっては社内に電話照会回線を設けているところもある。親のかかえる諸問題に関する教育セミナーのスポンサーとなっている雇用主も増えてきている。このサービスにはチャイルドケアセンターの利用自体は含まれていないものの、雇用主はこれを通じて、育児ケア給付の提供方法を検討するに当たって、育児サービスへ

の潜在的需要を予測することができる。Hewitt の調査対象企業 989 社のうち、情報・紹介サービスを提供していた企業は、45%であった（2007 年）。

- 育児費用に対する直接の経済的支援は通常、選択型給付制度（flexible benefit plan）を通じて提供される。「キャフェテリア・プラン（cafeteria plan）」とも呼ばれるこの制度は、いくつかの給付オプションの中から労働者が選択することができるというものであり、雇用主の拠出又は労働者の拠出（あるいは双方の拠出）によって賄われる。選択型給付制度の設計のあり方は様々であるが、通常、労働者は自らのニーズに沿った給付を選択する際に利用可能となるクレジットを付与される。この種の制度において育児ケア給付が提供されている場合には、労働者は他の給付の代わりに育児ケア給付を選択することができる。選択型給付制度は、様々な生活スタイルのニーズを充たす柔軟性を提供するものであると同時に、労働形態が多様な労働者間において、公平に配慮をすることができる。
- 選択型実費給付口座（Flexible spending account、Reimbursement account）では、キャフェテリアプランもしくは別々に独立した制度において設定され、その口座には育児ケアその他のサービスに必要な資金が積み立てられる。実費給付口座は、労働者の給与控除方式か雇用主拠出（またはその両方）により積み立てられる。給与控除方式の場合には、労働者は課税前ベースで給与の一部をこの口座に拠出することができる。すなわち、この拠出に係る部分については、連邦所得税や社会保障税の対象となる給与に含まれない（所得控除される）。一方で、この場合、労働者は、年度が始まる前にその拠出額を決定しなければならない。そして、年度末に当該口座に残高があれば、没収される。Hewitt の調査対象企業 950 社のうち、育児ケアに関する実費給付口座を提供していた企業は、96%であった（2007 年）。

（高齢者ケア（elder care））

子どものケアと同様に、高齢者のケアについても様々な給付が雇用主によって提供されている。Hewitt の調査対象企業 989 社のうち、高齢者ケアに関する給付を提供していた企業は、48%であった（2007 年）。高齢者ケアとして提供されるサービスの中には、育児サービスに類似するものもある。例えば、調査対象企業のうち、自社内で情報・紹介サービスを行っている割合は 8%、紹介業者と契約し、情報サービスを提供している割合は 36%、扶養家族ケアに関する実費給付口座を提供している割合は 83%、長期介護保険（long-term care insurance）といたったように高齢者ケア独特のサービスや給付を提供している割合は 11%であった。

雇用主コスト—Metropolitan Life Insurance Company による 1997 年の研究では、アメリカ経済において、労働者が介護に従事せざるを得ないことによる生産性のロスが年間 114 億ドルと見積もられている。当該内訳は以下のとおりである。介護をしなければならないことにより離職する労働者の代替のためのコストロス：49 億ドル、欠勤に伴うコストロス：9 億ドル、勤務中の業務中断に伴うロス：38 億ドル、危機的状況（elder-care crises）において必要となる介護に伴うコストロス：11 億ドル、労働者の介護問題対応に係る上司の時間ロスに伴うコストロス：8 億ドル。

介護に伴うストレス—多くの女性の出産年齢が高齢化するにつれて、幼少の子どもの世話を

行くと同時に、身内の高齢者についても介護しなければならない者が増えてきている。高齢者の介護者は、子育てとも異なる感情的、心理的問題に直面することとなる。介護される対象となる高齢者はほとんどが親であり、介護者は親と生活における役割について、従来とは立場が逆転することとなる。成長、発達していく子どもとは異なり、高齢で衰弱したお年寄り、死に向い、衰え行く人生の最終段階にある。こうした感情的、心理的な問題に加えて、物理的な距離の負担も重なる。両親と同居している状態の子の世話とは異なり、身内の高齢者は他の町に住んでいることが多い。従って、介護者は遠距離でケアをアレンジしなければならない。働いている介護者はこうしたアレンジを仕事に行わざるを得ず、これが介護者のストレスを助長している。

他の給付との調整—高齢者の介護を行っている労働者は、従業員支援制度（employee assistance program (EAP)）や、感情的なストレスを緩和するのに役立つその他の給付プログラムを利用できる場合もある。ストレスは、個人の身体的健康に悪影響を与えるので、医療プランを通じて提供される健康増進プログラムを活用することもまた有益であろう。介護を行わなければならない労働者が利用できるその他の給付オプションとしては、柔軟な労働条件の設定 (flexible work arrangement)、家族休暇・療養休暇 (family and medical leave)、扶養家族ケアに関する実費給付口座 (dependent care flexible spending account) といったものがある。これらのオプションについて、以下で詳しく言及する。

(柔軟な働き方のオプション (Flexible Work Option))

融通の利く仕事のスケジュールの調整もまた、育児や高齢者ケアの支援の一種となっている。これは、週5日といった伝統的に固定化されたワークスケジュールとは異なるものである。フレックスタイムやジョブシェアリング、コンプレストワークウィーク（圧縮された週労働時間：通常よりも就業日数が少なく、一日の労働時間が長い勤務形態）、パートタイムといった柔軟な働き方は、多くの働く親達にとって有益な雇用形態となっている。Hewitt Associates LLCによると、2007年に、柔軟な働き方のオプションを認めていた雇用主の割合は88%であった。このうち、フレックスタイム（一日分の仕事になされる限りにおいて、出勤時刻、退勤時刻を柔軟に変更できるもの）が最も普及しており、柔軟な働き方のオプションを認めていた雇用主の60%がこのオプションを提供していた。

National Alliance for Caregiving と Towson University's Center for Productive Aging に よって実施された研究では、融通の利く雇用形態を雇用主によって提供された場合に、ほぼ全ての労働者がこれを評価（あるいは実際に利用）していることがわかった（女性労働者の93%、男性労働者の85%）。

フレックスタイム—フレックスタイムは、労働者は出勤時間、退勤時間を自由に変更することができるというものである。1日、週又は給与対象期間の範囲内における総労働時間といった枠内で自由に労働時間を変更することができる。フレックスタイム制度では、通常、毎日一定時間又は一週間のうち特定の曜日について、コアタイムが設定される。例えば、連邦政府機関では、ワシントン DC の都市部の交通渋滞を緩和する目的で、労働者のフレックスタイムを提供している。

パートタイム労働者—パートタイム労働者は、有期・臨時雇（temporary basis）又は期間の定めがない形（continuous or permanent basis）で、短時間の勤務形態で雇用されている。臨時雇のパートタイム労働は、雇用主にとっては、ピークタイムや季節的ニーズを充たす労働力である一方で、通常、当該労働者の賃金は安く、雇用上の地位も低く、福利厚生の恩恵も受けない。一方、雇用主の中には、新たなフルタイム労働者を雇うよりも、期間の定めがないパートタイム労働者という形で、既に知っていて、信頼できる者を雇用することを望む者もいる。期間の定めのないパートタイム労働者の中には、福利厚生給付の一定部分を他の労働者と同様に受給できる者もいる。一般的な福利厚生給付のうち、受給できないものもあるが、期間の定めのないパートタイム雇用は、フレックスタイム制度において提供されるメリットと同様のメリットがあるといえる。Hewitt の調査対象企業のうち、78%がパートタイム雇用を提供していた（2007年）。

ジョブシェアリング—ジョブシェアリングは、複数の労働者で一つの仕事を分担するよう、組織的にアレンジすることをいう。このジョブシェアリングに組み込まれた労働者は、それぞれの長所をもって、互いに補完しあう。しかし実際、これを選択する労働者は他のフレキシブルな雇用形態に比べて少ない。Hewitt の調査対象企業のうち、27%がジョブシェアリングの仕組みを提供していた（2007年）。

テレコミュティング（telecommuting）—テレコミュティングは、コンピュータ、ファックスその他の機器を用いることにより、労働者の在宅勤務を可能とするものである。テレコミュティングでは、まず、労働者及び雇用主は、仕事の成果物及び時間枠について合意する。労働者は、スタッフミーティング、クライアントに対するプレゼン、その他出席が求められる場面で、出勤しなければならない場合もある。この雇用形態は、勤務場所において実際に働くことが必須である製造業務、サービス業務に従事する労働者ではなく、主にコンピュータや電話を使った業務に従事する知的業務、情報関係業務の労働者に有効である。Hewitt の調査対象企業、38%がテレコミュティングのオプションを提供していた（2007年）。

コンプレストワークウィーク（Compressed Work Week）—コンプレストワークウィークは、複数の長時間の就業日が、ローテーションで設定されるものである。たとえば、多くの連邦政府機関では、2週間のうち、まず8日間を1日9時間労働とし、その後8時間勤務を1日行ったのち、1日を休みとするという勤務形態の選択肢を、労働者に対して提供している。この例では、隔週ごとに1日の休みが提供されることとなる。Hewitt の調査対象企業のうち、27%がコンプレストワークウィークを提供していた（2007年）。

（税制）

1981年経済再建租税法（Economic Recovery Act:ERTA）により、雇用関係ベースの育児ケア給付、扶養家族ケア給付に対しては、税制上のインセンティブが与えられた。内国歳入法（IRC）第129条に基づき、内国歳入庁によって認定された扶養家族支援プログラム（Dependent care assistance program（DCAP））に、雇用主及び労働者の双方に税制上のインセンティブが与えられるている。

雇用主は、育児ケア給付の提供に要したコストを所得から控除することができる。労働者もこれらの給付については、課税所得から除外することができる。サービスコストは労働者の賃金の一部として扱われることはないので、労働者も雇用主も社会保障税（FICA）やその他の給与税を支払う必要はない（労働者（既婚・未婚を問わず）が所得控除できる最大額は年間 5,000 ドル（既婚者が別々に申告するときは、2,500 ドルずつ）であるが、扶養家族ケア給付に係る当該所得控除額は労働者又は配偶者いずれか低い方の勤労所得を超えることができない）。この上限は、当該サービスを利用した課税年度に適用されるのであり、労働者が請求を受けたり、払い戻しを受けた年度に適用されるのではない。控除できる額は適格とされる費用、すなわち、13 歳未満の扶養家族、障害を負った配偶者・扶養家族に対する費用に限定される。

内国歳入法第 129 条の下での所得控除を受ける適格を得るためには、当該制度が、給付の種類（チャイルドケアセンターの設置・運営、育児ケアサービス提供者に対する直接支払い、情報・紹介サービス）にかかわらず、全ての労働者が利用できるものでなければならず、幹部職員、株主及び高報酬労働者を優遇するような差別的なものであってはならない。

雇用主は、適格要件及び支払方法を明記した書面を用意しなければならない。受給資格を有する労働者には、当該制度の利用可能性（availability）及びその条件について通知がなされなければならない。毎年 1 月 31 日以前に、雇用主は各労働者に対して前暦年に当該労働者に対して支払われた扶養家族ケア支援に関する雇用主からの給付額または雇用主の負担額について示した書面を交付しなければならない。

IRC 第 21 条によって、適格な育児費用は、雇用主が提供する扶養家族支援プログラムから支払われたものでなく、また DCAP にカバーされないものであっても連邦所得税の税額控除（tax credit）を受けることができる。控除は、両親ともフルタイムで働いている場合、又は一方の親が雇用されており、もう一方の親が学生である場合に、適格と認められる子どもに対する費用について認められる。ひとり親家庭の親の場合は、雇用されているか学生である場合ということになる。適格と認められる費用は、子どもが 1 人のときは 3,000 ドル、2 人のときは 6,000 ドルまでと制限されており、単身者の場合はその者の稼得所得、結婚している場合は配偶者のうち低い方の稼得所得を超えることはできない（上記は、2002 年 12 月 31 日以後に開始し、2011 年 1 月 1 日前に開始する課税年度の間における制限額）。連邦所得税控除は、適格な費用の 20% から 30% までの範囲内（調整後総所得額（adjusted gross income）による）で認められる。

労働者が税控除（tax credit）又は扶養家族支援プログラムにおける雇用主支出の所得控除を申請する場合は、当該労働者の氏名、住所、ケア提供者のソーシャルセキュリティナンバー又は納税者番号を納税申告用紙に記載して提出しなければならない。地方機関や教育機関のような IRC 第 501 条(c)(3)項に基づく非営利組織については、納税者番号を提供する必要はない。

労働者は、雇用主が提供する扶養家族支援プログラムに関する所得控除と扶養家族ケアに関する税控除を併せて利用することはできない（IRC 第 129 条に基づく控除と IRC 第 21 条に基づく控除は重複しては適用されない）。雇用主は、労働者がいずれの方法がより節税効果があるのかについて助言することはできるが、労働者が最終的にはいずれにするかを選択しなければならない。

(1993 年育児介護休業法 (Family and Medical Leave Act (FMLA)))

FMLA は、雇用主に対して、労働者が、子を出産した場合、養子縁組した場合、労働者本人やその子ども、親又は配偶者が重い病気に罹った際に、要件を満たした労働者に対して、年間最長 12 週間まで無給休暇を取得することが認め、休暇終了時には以前の職、又はそれと同等の職に復帰することを保障するよう求めている。雇用主は、当該労働者の休業期間中、実際に雇用に従事していたときと同様の医療ケアカバレッジを継続し続けなければならない。雇用労働者が 50 人未満の雇用主にはこの法律の適用はない。この法律では休業期間における給与の支払までは求めているが、雇用主は、当該労働者が使用していない有給休暇と当該無給の休業を相殺してもよい。2005 年時点で、調査対象雇用主のうち 73% が当該無給の育児介護休業と有給休暇の相殺を行っている。病気休暇又は障害休暇とのみ相殺していた雇用主は 12%、相殺する規定を置いていない雇用主は 10% となっている。

1978 年妊娠差別法 (Pregnancy Discrimination Act (PDA)) は、障害保険制度を提供する雇用主に対して、妊娠、出産も他の就業不能障害と同様に取り扱い、給付を行うよう規律している。PDA は雇用労働者 15 人以上の雇用主に適用される。

(養子縁組給付 (adoption benefits))

養子縁組給付には、養父母となる労働者に対して、直接金銭給付を行うもの、養子縁組に関連する費用の償還、有給休暇又は (FMLA で法律上求められている以上の) 追加的な無給休暇の提供といったものがある。このような給付は、需要は増えてきているが、極めて限られた一部の企業において利用可能であるに過ぎない。Hewitt Associates LLC の調査によると、雇用主の 47% が労働者に養子縁組に関する経済的な支援を行っている。こうした支援を提供している雇用主のうち、98% が提供する給付に上限を設けている。この上限は 500 ドルから 10,630 ドルまでの範囲となっており、平均値は 4,099 ドル、中央値は 4,000 ドルとなっている。

第37節 教育助成給付 (EDUCATION ASSISTANCE BENEFITS)

(イントロダクション)

過去 50 年間に、高等教育は大衆化してきた。その理由の一つは、ハイテク産業の要請に応える高度な熟練労働者の需要の増加である。もう一つの理由は、第二次世界大戦復員軍人法 (World War II G I bill) の制定である。これにより、第二次世界大戦復員軍人は高等教育を受ける資格を与えられたが、それは低所得の復員軍人にとって従来では考えられないことであった。1950 年代の終わりから 1960 年代にかけて、高等教育は少数民族や低所得者にも手の届くものとなったが、これは主として、1965 年の高等教育法 (Higher Education Act) により設けられた育英資金制度や助成金制度によるものである。

今日、高等教育に係る費用は従来以上にまで高騰している。大学授業料のインフレ率は、過去 30 年間に於いて、一般の物価インフレ率よりも約 2~3% 高い水準で推移しており、この増加率が衰える兆候はない。教育費を全額賄うことのできない多くの人が、連邦政府のローンや助成金等の育英資金制度に経済的支援を求めている。しかし、これらの制度の多くは、少なくとも半日は学業に専念できる学生のみ適用されるものである。従って、多くのパートタイムの学生は、こうした公的制度が利用できない。そのような者に対するものとして、雇用主がスポンサーとなって自ら雇用する労働者に対して提供する 3 つの公式な教育助成給付が存在する。税制優遇教育費償還制度 (tax-favored educational reimbursement program)、教育助成制度 (educational assistance program)、適格奨学金制度 (qualified scholarship program) である。これら 3 つの公式な制度のほかに、雇用主は独自に労働者に対して教育機会を提供する場合 (例 企業内訓練、生涯教育、自己啓発、リテラシーの向上のための訓練) もある。こうした雇用主が独自に提供する教育機会の提供は、労働者の職務に関連する能力を伸ばし、改善することに重点を置いており、通常業務の一部として行われ、税制優遇措置を受けることのできる独立した口座を設ける必要も別個システムを改めて作る必要もない。

(教育費償還制度 (educational reimbursement program(ERP)))

教育費償還制度は、雇用主によって提供されている教育助成制度の中で最も一般的なものである。教育費償還制度は、授業料償還制度 (tuition reimbursement program) や授業料支援制度 (tuition assistance program) などとしても知られている。教育費償還制度は労働者の授業料、教科書、その他の費用等を支援するものである。雇用主は通常、教育費償還制度にかかる費用を当該企業の一般歳入から、その都度、支出している (on a pay-as-you-go basis)。

給付への課税—雇用主は、労働者に対して、当該労働者が支払ったあらゆるタイプの教育費に対して償還を行うことができる。ただし、それは、以下に示す税法 (tax code) 第 162 条に規定する 2 つの「職務関連基準 (job-related criteria)」のいずれかの要件を充たす必要がある。

- (1) 当該教育は、労働者が自身の業務を遂行する上で必要となる技術の維持・向上に資するものであること。
- (2) 当該教育は、当該労働者が当該職業にとどまるため、又は当該労働者の地位又は報

酬率を維持するために、雇用主又は法律によって必要とされるものであること。

これらの要件を満たす給付は、内国歳入庁 (IRS)により、「労働条件関連付加給付 (working condition fringe benefits)」とみなされ、労働者の総所得から除外され、雇用主にとっても必要経費として所得控除の対象となる。またこれらの支出に関しては、源泉所得税 (income tax withholding)も適用除外となり、雇用税(社会保障税 (FICA))及び失業保険税 (FUTA))も課されない。

さらに、「労働条件関連付加給付」は、差別禁止ルールの適用も免除される。雇用主は、全ての労働者に償還を行ってもよいし、一定のカテゴリーの労働者を有利に取り扱う (例えば、情報技術労働者) ことも可能である。しかし、その場合、雇用する労働者の間にモラルに係る問題が想起され得ることを念頭に置いておく必要がある。

制度設計—雇用主は通常、何らかの方法 (償還率を 100%未満に設定する、償還額に上限を設ける、労働者が半期又は年間に受講できる科目に上限を設ける等) で給付上限を設定する。多くの雇用主が実際に償還を行うに際して、教育費助成を受ける労働者に対して、受講した科目について一定以上の成績を取得するよう要件を課している。インセンティブを与えるため、優秀な成績を取めた労働者には償還率を増加させる雇用主もいる。労働者に科目の受講後又は受講コストの償還後、一定年数当該企業にとどまることを要件としている雇用主もいる。

雇用主は、教育費用を直接教育機関等に支払うという方式を選択してもよいし (例えば、実際に開講している教育機関等に授業料を直接支払う)、労働者に現金で支払うという間接的な方法によって償還する方式をとってもよい。労働者が現金で償還を受ける場合には、当該教育費の支出について、領収書で立証されなければならない。

(教育助成制度 (educational assistance program))

教育助成制度は、1978 年の歳入法により、内国歳入法 (IRC) 第 127 条として立法化された。教育助成制度とは、当該組織の労働者に対してのみ教育助成を行う独立の文書化された制度 (separate written plan) のことをいう。当該制度は、以下のテストを全てクリアした場合にのみ適格性を充たすこととなる。

- ・ 労働者に教育助成を排他的に提供することを目的とした独立の文書化された制度となっていること。
- ・ 幹部職員、株主又は高報酬労働者を優遇するような差別的なものでないこと。
- ・ 当該企業の 5%以上を所有する株主又はオーナー (その扶養家族を含む) に支払われる年間の教育助成給付額が 5%超えないこと。
- ・ 労働者に教育助成給付を受けるか他の課税対象となる給付を受けるかについて、選択肢が与えられていないこと。
- ・ 当該制度の条件、利用可能性について、労働者に合理的な方法で通知がなされていること。

労働者の受給資格—現役労働者に加えて、退職・障害・レイオフといった理由により離職した元労働者も IRC 第 127 条に基づく教育助成制度の対象者となる資格を有する。リース

労働者 (Leased employee) ²⁰についても、主に当該雇用主の指示に基づいており、当該雇用主の管理下に置かれていると認められる場合であって、当該労働者が実質上少なくとも1年以上フルタイムで働いていると認められるときは、当該雇用主が提供する教育助成制度の対象となる資格を有する。個人雇用主、共同経営者 (partner) もまた制度の対象となる資格を有する。

IRC 第 127 条の差別禁止ルールにおいては、高報酬労働者 (HCE) を以下の 2 つのテストのうちいずれかを満たす者と定義している。

- (a) 当該年又はその前年のいずれかの時点で 5% オーナーであったこと
- (b) 当該労働者が当該年の前年に 100,000 ドル以上の給与を受けており、当該前年において報酬上位 20% に含まれる労働者

給付への課税—2001 年の経済発展・課税軽減調整法 (EGTRRA) によって、IRC 第 127 条に基づき付与される雇用主が提供する教育助成給付に係る税制優遇措置が恒久化された。EGTRRA では、当該措置の対象を 2001 年 12 月 31 日以降に開始する大学院レベル及び学部レベルの科目にまで拡張した。5,250 ドルを超過する給付については、労働者の課税所得となる。労働者の勤務先が複数のときは、年間上限の 5,250 ドルの算定に当たっては全雇用主からの教育助成の額が通算される。

制度設計—教育助成制度の対象となる費用としては、授業料、本代、一定の消耗品代等がある。食費、宿泊費、交通費、労働者が当該講座の終了時点で保有し続けることが認められる (テキスト代以外の) 用具・消耗品に関する費用は、教育助成の対象となる費用に含まれない。また、以下の場合に該当する場合を除き、スポーツ、ゲーム、趣味の類の教育もまた、当該費用に含まれない。

- (a) 当該教育が雇用主の事業種類と合理的な関係を有していること
- (b) 学位取得上必要とされるものであること

(奨学金制度 (Scholarship Program))

奨学金制度は、一般的に提供されて給付とはいいがたいが、雇用主の中には、現役労働者本人、その配偶者、又はその扶養する子どもを支援するために同制度を設けているものもいる。雇用主はこうした給付を行う場合、勤続要件、年間給付上限、各年に支給する奨学金の数といった形で、上限設定を行うことが可能である。奨学金は、授業料、本代、消耗品代、その他必要となる備品等に充てることができる。奨学金は、過去、現在、将来の業務に対する報償として給付されるのではないことを条件に、労働者の所得から除外される。奨学金の用途は、当該雇用主に主として恩恵を与える研究分野に限定することはできない。

(529 条プラン (Sec. 529 Plan))

州政府は、住民がその子どものために、増大する大学教育費用を捻出することを支援するために独自の支援プログラムを発展させてきている。そして連邦議会もこうしたプログラムに対して、内国歳入法第 529 条により、特別に税制優遇を施しており、こうした制度は、同条にち

²⁰ 労働者の給与の支払いから、年金、保険、税金の管理まで一括して人事管理を行う専門の会社に雇用される労働者。実際の業務は、当該企業からリースされる形で別の会社の業務に従事する。

なんで、529 条プランと呼ばれている。適格な高等教育費用（qualified higher education expenses）に支出するために資金を別途積み立てておくことを目的とした貯蓄プログラムが州政府によって創設され、管理されている。

内国歳入法第 529 条に基づくプランには 2 つの基本的なタイプが存在する。貯蓄プラン（savings plan）とプリペイドプラン（prepaid plan）である。プリペイドプランは、大学の教育費を現在価値ベースで前払いすることを認めるものである。一方、貯蓄プランは、個人に資金を積み立てさせ、その資金に係る運用収益も併せて貯蓄させるものである。

税制上の取扱い—529 条プランは、1988 年にミシガン州（ミシガン教育基金）で最初に創設されたが、当該制度の連邦税における取扱いを明確にするための規定が内国歳入法第 529 条として連邦税法に追加されたのは 1996 年のことであった。EGTRRA の成立前は、利子所得については、大学教育に関連する支出を行うために口座から実際に預金を引き出すまで課税繰延することが認められていたものの、529 条プランへの掛金については連邦所得税の所得控除の対象と認められていなかった。州政府がこうしたプランのスポンサーであったので、州政府はこうしたプランに加入を促進するためのインセンティブ（掛金及び利子所得について州所得税上、所得控除を認める等）を盛り込んでいた。

2002 年 1 月 1 日から施行された EGTRRA においては、州政府がスポンサーとなっている制度から適格な引出を行った場合には、当該金額に対して連邦所得税が免除されることとなった。ほとんどの州において、連邦税に関する規定と足並みを揃えることになるだろうと考えられている。2006 年の年金保護法（Pension Protection Act）では、529 条に関する当該税制優遇措置を恒久化した。（当該恒久化措置が講じられる前の）現行法制の下では、これらの規定は 2010 年に期限切れを迎えることになっていた。期限切れを迎えた場合には、（529 条について変更はないものと仮定した場合）529 条プランに関する連邦税の取扱いは、2002 年 1 月 1 日前の状態に戻るものとされていた。

プリペイドプラン（prepaid plan）—529 条プランへの加入にあたっては所得制限がない。このプランの大半は、加入者に対して当該プランのスポンサーとなっている州の居住者であること（のみ）を要件としている。プリペイドプランの受益者は誰でもよく、拠出者本人でもよい。プリペイドプランへの拠出上限は、一般的には、州内のある特定の学校における 4 年分の授業料の支払に必要な水準で設定されている。プリペイドプランの資産は、授業料、部屋代、食事代、本代、消耗品、大学で必要となる通常の範囲内の準備費用等に充てることができる。

貯蓄プラン（savings plan）—貯蓄プランには誰でも加入することができ、居住要件も課されない。プリペイドプランと同様、受益者は誰でもよく、拠出者本人でもよい。また貯蓄プランの資産も同様に、授業料、部屋代、食事代、本代、消耗品、大学で必要となる通常の範囲内の準備費用等に充てることができる。貯蓄プランでは、各受益者ごとの拠出額、口座残高（授業料その他の教育支出に必要な額を差し引いた）拠出額と利子収益の合計）、場合によっては、拠出総額、こういったものについて生涯上限が課せられる。生涯拠出上限は、州によって大きく異なっている。現在、拠出総額について最も低い上限を設定しているプランは 100,000 ドルであり、最も高い上限を設定しているプランは 251,000 ドルで

ある。最も低い口座残高上限は 122,484 ドルであり、最も高い口座残高上限は 265,620 ドルである。

529 条プランから他の 529 条プランへの移管は、12 ヶ月ごとに 1 回認められる。またこの場合、受取人を変更する必要はない（税法が改正される前は、口座所有者の 529 条プランから他の 529 条プランへの資産の移管は、受取人を変更する場合にのみ許されていた）。EGTRRA は、（以前から認められていた兄弟姉妹から他の兄弟姉妹への移管に加えて）口座残高をあるいところから他のいところへと移管することを認めた。これは、孫のために 529 条プランに拠出を行っている祖父母にとってメリットとなる。適格でない当該口座からの引出については、通常の所得税及び 10% のペナルティ税の対象となる。

RGTRRA により、雇用主は 529 条プランを福利厚生給付の新たなタイプの一つとして注目するようになっている。Hewitt Associates LLC が 2001 年 11 月と 12 月に行った e メールによる調査（160 以上の企業が回答）では、調査対象企業の 19% が労働者が大学教育関連支出のために貯蓄を行うことを給与控除を通じて、又は 529 条プランへの直接の拠出により、支援することを計画していると回答し、46% がそのような制度について検討中と回答している。

第38節 従業員支援制度 (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM)

(イントロダクション)

従業員支援制度 (Employee assistance program (EAP)) は医療費抑制手段として、また労働者の生産性、モラル、及び雇用満足度 (欠勤率や離職率の減少、企業イメージの改善) を向上させる手段として、企業においてますます多く利用されるようになってきている。

従業員支援制度は、職務遂行に響く深刻な問題について、労働者にカウンセリングサービスを提供するものであり、労働者が抱えるアルコール依存や薬物乱用といった諸問題について、それを自覚させ、対処するように設計されている。今日においても、アルコール依存症や薬物乱用といったものが多くの従業員支援制度において主な対象となっている。しかし、近年、ストレス管理、家族間・結婚生活上の問題、職場暴力、養育・高齢者ケアへのプレッシャー、会社の縮小に伴う対応へのストレスといったものに対してもカウンセリングが提供されるようになってきている。

2008年時点で、民間企業で働く労働者の42%が従業員支援制度の受給資格を有している。労働者の心身の健康に関心を持つ雇用主は、社内外におけるカウンセリングサービスの提供、セミナー、講義あるいは文書を通して薬物乱用、喫煙及びストレスなどの諸問題に関する情報提供などを行っている。

多くの場合、雇用主は、従業員支援制度に加えて、社内の医療給付制度の中で薬物乱用や精神衛生上の問題に対処するカバレッジを提供している。こうしたカバレッジは、従業員支援制度や行動保健サービス提供者のネットワークと一体となって提供されることが多い。

健康増進制度 (health promotion program) と同様に、従業員支援制度は、次の3つの基本的問題に取り組むために、雇用主が開発し提供しているものである。すなわち、(1)医療費の高騰、(2)労働者の個人的な問題が仕事の生産性に及ぼす影響についての強い関心、(3)健康がいかに有益かについての意識の高まり、である。従業員支援制度は労働者に対し、また多くの場合その家族に対しても、秘密厳守で専門的なカウンセリングや支援を受ける機会を提供している。

(従業員支援制度の種類)

全ての雇用主にあてはまるような単一の従業員支援制度モデルがあるわけではない。従業員支援制度の中でも基本的なものは、情報提供用のパンフレットを提供するというものであるが、診断、カウンセリング、紹介サービスといったものを総合的に提供する従業員支援制度もある。

従業員支援制度は企業内外で提供され得る。社内における従業員支援制度は、自社のスタッフであるカウンセラーを通じて、労働者に直接支援を行う。社内で提供される大半のカウンセリングサービスを労働者は無料で受けることができる。心理学者やカウンセラー、ソーシャルワーカーといった社外の専門家と契約して、労働者にサービスを提供する雇用主もある。地域の機関と契約して、労働者にサービスを提供している雇用主もある。こうした外部のカウンセラーを利用した場合は、労働者は一定の費用を負担しなければならない場合もある。社内・社外問わず、従業員支援制度では電話相談を活用している。労働者は、電話により、訓練を受けた専門のカウンセラーに相談することができ、当該カウンセラーは状況を分析し、専門的な支

援・サービス機関へのつなぎを行う。

William M. Mercer のデータによると、2000 年時点で、従業員支援制度を提供している雇用主の多く(71%)が、社外の専門家等による従業員支援制度サービスを提供している。自社のスタッフであるカウンセラーを通じて、社内従業員支援制度サービスを提供している雇用主は12%、メンタルヘルス及び薬物乱用に関するサービスを同一の組織に委託して行っている雇用主は、18%となっている。

今日、従業員支援制度では、アルコール依存症や薬物乱用といった従来型の問題のほか、広範なサービスを提供するようになってきている。従業員支援制度によって現在提供されているサービスの中には、離婚その他の家族不和に関する問題、ストレス管理、危機的な状況に陥った人への緊急の援助、扶養家族ケアの問題、退職カウンセリングといったものがある。従業員支援制度において最もニーズがあるサービスの一つが、法律援助サービス (legal services plan) であり、従業員支援制度の 53%が提供している。

(従業員支援制度の制度設計)

労働者が従業員支援制度のサービスを利用するにあたっては、秘密が厳守され、信頼関係が確保されるように配慮される必要がある。労働者に制度の説明をする際には、問題の解決を求めている労働者を支援するにあたって従業員支援制度が果たす役割を強調する必要がある。雇用主は、従業員支援制度によってなされた行為に対する法的責任を負う場合もあることから、自らが加入する損害賠償保険において社内・社外双方の従業員支援制度のカウンセラーの行為がカバーされているか確認しておく必要がある。例えば、違法行為、誤診、過失による照会、労働者の名誉毀損、従業員支援制度カウンセラーと労働者間の性的関係といった不適切な関係が生じた場合などには、雇用主が法的な責任を負わされる可能性がある。

相談記録等の機密管理は極めて重要である。労働者が従業員支援制度を利用することにより、仕事に悪影響が生じることのないよう保証されなければならない。従業員支援制度が効果的に機能するためには、機密の維持は極めて重要であることから、雇用主は、以下の予防策を講じるべきである。

- ・従業員支援制度のオフィスを当該企業の敷地から離れた場所、又は敷地内の人目のつきにくい場所に設置すること。
- ・従業員支援制度の相談記録は人事管理記録とは別に管理すること。
- ・従業員支援制度利用者の記録が特定できないような措置を講じること。
- ・アクセスを制限し、書面による記録、電子記録双方の安全性に十分意を払うこと。
- ・処置の詳細についての機密性を十分確保すること。
- ・情報を公開する際は事前に書面による同意を求めること。

(従業員支援制度の評価)

他の従業員福祉制度と同様に、従業員支援制度の有効性を評価することは、費用対効果の高い方法で、労働者のニーズに合致した質の高い当該従業員支援制度サービスが提供できているかどうか判断する上で、重要である。従業員支援制度のパフォーマンスを評価するために、雇

用主は以下の事項についてのデータを収集すべきである。

- ・電話相談又は訪問回数
- ・電話相談の内容
- ・ケアの勧告状況
- ・一件当たりの対応時間
- ・電話相談又は訪問の際の時間
- ・相談者自身又は当該相談者を従業員支援制度につないだ上司のフォローアップ

従業員支援制度を提供することにより、どの程度コストの節減につながっているか測定するのは、とても難しい。従業員支援制度によるコスト節減効果を把握するために有用な指標としては、例えば以下のものが考えられる。

- ・労働者の休業日数
- ・事故やエラーの数
- ・士気、生産性
- ・医療給付の利用状況

雇用主は、こうした点を注視し、従業員支援制度の導入前後で改善が見られたかどうか分析を行うべきである。

第39節 法律援助制度 (LEGAL SERVICES PLAN)

(イントロダクション)

労働者は、通常、公選弁護士による法律援助やサービスを受けることができない。アメリカ法律家協会 (American bar Association (ABA)) によると、その結果、多くの労働者が、問題が深刻になり、高いコストがかかる状態になるまで、法律に関する情報や支援を求めることを先延ばしする傾向にあるとのことである。このため、遺言は書き残されず、法的文書もノーチェックのままという状況になっている場合も多い。法律援助制度 (Legal services plan²¹) は、労働者に対し、手頃に法的弁護や法律相談を提供するものである。

法律援助制度は、法律上の支援を受けるために一定の集団と一人又は複数の弁護士との間でアレンジされるものである。法律援助制度は、1800年代後半から存在しているが、この制度の発展は、1900年代に至るまでアメリカ弁護士協会の反対によって妨げられていた。同協会は、法律援助制度が顧客を勧誘する形態をとっていたことを理由に、この制度に反対していた。しかし、1963年から1971年にかけての4回の最高裁判決では、法律援助を得ることに関連した憲法上の権利が認められており、また最高裁は弁護士協会が法律援助制度の設立に干渉できない旨の判決を下した。Hewitt Associates LLC のレポートによれば、2007年時点で、民間雇用主のうち24%が団体法律援助サービスを労働者に対して提供している。

法律援助制度は、法律に関する情報や助言を容易に利用できるようにすることにより、(法律上の紛争に関する) 予防的支援を行っている。単純な法律上の問題が深刻な問題につながることを防ぐことによって、法律上の紛争に関する費用が予想外に高くつくことを予防している。この制度の対象者は通常、割引レートでサービスを利用することができる。

(制度の設計及びコスト)

法律援助制度の内容・コストは制度によって異なる。無料の法律相談を提供するもの、割引価格でサービスを提供するもの、広範な法律サービスをカバーするものなど様々である。多くの制度は、団体制度 (group plan) となっている。

制度の種類—アクセスプラン (access plan) は、加入者に対し、法律上の助言・サービスの利用を保障するものである。通常は、弁護士との事務所での面談や電話による相談、レターやファックスといった通信手段 (correspondence) によるフォローアップサービス、法律文書のレビュー、自助による解決に向けたカウンセリング (self-help counseling)、ネットワーク内の他の弁護士の紹介、より複雑な問題の場合における料金の割引といったものをメニューとして含んでいる。

包括的プラン (comprehensive plan) では、アクセスプランにおいて提供されるサービスに加えて、家庭問題における弁護、遺言・遺産計画、交通事故に関する問題、消費者問題、借金問題、不動産問題といったサービスも保障する。

制度への加入—団体制度では、当該制度への加入は自動加入か、任意加入である。自動加入制度では、当該団体に属する全てのメンバーが自動的に当該制度のメンバーとなる。任意

²¹ 訴訟扶助制度は、前払い法律援助制度 (prepaid legal service) 又は団体法律援助制度 (group legal service) とも呼ばれている。

加入制度では、当該制度に加入することを選択したメンバーのみが前払いベースで料金を支払うことにより、制度の対象者となる。通常は、家族もまた当該制度によってカバーされる。

(給付の支払い)

法律援助制度にかかる給付の支払いの仕組みは、医療保険制度と同様に多様である。しかし、大きく分けて以下の 3 つの形に分類される。すなわち、(1)オープン・パネル方式、(2)クローズド・パネル方式、(3)修正パネル（組合せ）方式、である。

オープン・パネル方式—この方式（もっとも稀である）では、加入者は、有資格弁護士であれば、誰でも利用できる。サービスへの支払いは、通常は規定料金表に従って行われるが、料金はサービスの種類によって異なる。制度加入者は、規定料金を超過する弁護士料金部分について自己負担しなければならない。オープン・パネル方式では法律援助信託基金（legal services trust fund）を利用する場合もある。

オープン・パネル方式にはメリット、デメリットがある。制度加入者は自らの弁護士を選択することができるが、選ばれた弁護士はその案件を引き受ける義務はない。その仕事の負担が重かったり、その案件が自分の専門分野でなかったりした場合はなおさらである。オープン・パネル方式の場合は一般に管理費が高い。制度スポンサーである雇用主は弁護士費用をコントロールできないので、カバレッジの対象となるサービスを制限したり、カバレッジに上限を設けたりすることがよくある。

クローズド・パネル方式—クローズド・パネル方式には 2 種類のタイプがある。スタッフ弁護士制度（staff plan）と顧問弁護士制度（participating attorney plan）である。スタッフ弁護士制度は、当該団体のために特別に雇用されたフルタイムの弁護士により給付を提供するものである。顧問弁護士制度は、制度加入者が地理的に分散しているときに、制度スポンサーが、いくつかの法律事務所と契約をし、制度加入者に対して法律サービスへのアクセスを保障するものである。クローズド・パネル方式では、弁護士に対して、一人当たりの所定料金又は規定料金表いずれかによって支払いを行うことができる。この方式では通常、全てのコストを制度が負担するが、中には、多くの医療制度と同様に、一定額を超える部分について、又はコストの一定割合について、クライアントに対して請求を行うものもある。

一般にクローズド・パネル方式の管理費はオープン・パネル方式の場合より低い。関係する弁護士の数が少ないため、管理記録も少なくて済み、またサービスに対する支払いもそれだけ簡便である。クローズド・パネル方式においては、弁護士はその団体で最もよく起こる問題に関連する分野における専門知識に詳しくなるものである。労働組合は、通常クローズド・パネル方式の方を好むが、それは弁護士の選定を管理することにより法的サービスの質を管理できるからである。クローズド・パネル方式は、オープン・パネル方式よりも、より有効な法的サービスをより安く提供できる。

(サービスの範囲)

対象となるサービスの内容—標準的な包括的プランには大きく分けて次の4つのサービスがある。すなわち、(1)法律相談、(2)一般的・非対審的(nonadversarial)なもの、(3)家庭関係、(4)裁判・刑事関係、である。

法律相談—法律援助制度はそのほとんどが法律相談的なものとして利用されている。その内容は多様であり、消費者問題、地主と借地人との争い、家庭内のいさかい（養育費支払い遅延及び訪問面会権）などを取り扱う。この場合、弁護士は電話で相談に応じたり、事務所面で談したり、適切な法的措置を講じたり、あるいは制度加入者が単独で問題が解決できるように自助支援的な情報を提供したりする。

一般的、非対審的なもの—これらのサービスは通常弁護士事務所で行われる。その中には、法的文書・遺言・養子縁組書類といったもののチェック、後見に関する事項、改名、自己破産、不動産売買、財産権の終了、社会保障年金、失業保険その他諸給付の請求なども含まれる。

家庭関係—法律援助制度で提供される一般的なサービスのうち最も利用頻度が高いものは、別居及び離婚である。これらのサービスを提供する法律援助制度の多くは、離婚や別居に関する協議書を修正する際に発生するコスト（例：子女扶養条項、訪問面会条項、子女養育、別居扶養条項の条件変更）も負担している。家庭関係の法律問題については費用が高くつくため、これらの法律援助サービスを制限している制度も多い。

裁判・刑事関係—この範疇に属する給付には、養子縁組や後見の問題に関する争い、民事訴訟、家庭内問題のような係争的法律問題がある。その他、自動車運転免許の停止や取消、未成年者訴訟、非行などの軽犯罪問題もこれに入る。これらのサービスが利用されることはあまりないが、これらのサービスは通常、制度にかかる費用が1件当たりでみて最も高くつく。したがって、法律援助制度でこれらのサービスを取り扱っていないものも多い。

除外事項及び制限事項—弁護士費用が過大になったり不必要な法的サービスが行われたりすることを防ぐため、一定のサービス類型をカバレッジの対象から除外することによって、コスト管理を行う制度スポンサーも多い。コスト管理のため適用除外となるサービスには次のものがよく見受けられる。

(1)雇用主及び労働組合に対する訴訟

(2)制度実施日以前に存在していた法律問題に対するサービス

(3)弁護士の成功報酬

(4)科料、法廷費用、証書作成手数料、召喚、査定、罰金、証人費用などの裁判関係費用
その他のコスト管理のため、次のような手段がとられる。

(1)適格とする法的手続の限定的列挙—限定リストを設ける制度では、一定の法律サービスは給付項目から自動的に除外される。

(2)提供されるサービスの時間又はコストに最高限度を設ける。

(3)一定期間内に特定のサービスを提供する回数の制限

(4)弁護士の時間あたり手数料に最高限度を設ける—通常、これは一般の料率よりも低くなっている。

(課税)

かつては、雇用主が法律援助制度に拠出する額は、労働者の総所得に算入されていた。一方、雇用主は当該制度への掛金について所得控除が認められていた。その後の法制上の諸変更により、法律援助制度の形成を阻害していた諸々の制約の多くが除去された。特に、内国歳入法に第 120 条が追加された 1976 年税制改正法において、当該制度に関する一連の費用が課税対象から除外されることとなったことは大きかった。当該措置を規定した最初の法律は、1981 年末で期限切れとなったが、その後の 1981 年、1984 年、1986 年、1988 年、1989 年、1990 年の各税法において、当該税制優遇措置は、延長された（中には遡及適用となったものもあった）。1990 年の法律で認められた延長措置は 1992 年 11 月 30 日に失効した。現在、IRC 第 120 条に基づく法律援助制度に関する税制優遇措置は依然として失効している。しかし、当該規定を税法における恒久的規定とすることを求めるロビー活動が行われている。法律援助制度に関する税制優遇措置を恒久化しないとすれば、当該制度の普及・発展、利用を阻害すると評する者も多い。

従前の IRC 第 120 条に基づく適格制度では、雇用主が法律支援制度に拠出する額は年間 70 ドルまで所得控除されていた。課税上の優遇措置の適格性を充たすためには、以下の要件を充たす必要があった。

- ・内国歳入庁への申請
- ・雇用主は、労働者（及び配偶者、扶養家族）のみのために制度を制定しかつ文書化しなければならない。またそれは法律サービスのみを提供するものでなければならない。
- ・制度は個人に関する法律サービスを提供するものでなければならない。ただし、それは労働者の取引や投資物件に関する法律サービスを提供することはできない。
- ・制度は、株主、幹部職員、高報酬労働者に有利になるような差別をしてはならない。制度が差別的であるか否かの判断に当たり、対象から除外される労働者もいる。適用除外の労働者は、労働長官が団体交渉協約と認める協約により保護される。ただし、団体法律援助サービスが善意の交渉に基づくものであることが明白な場合に限る。5%以上の株主及び所有者のための拠出にも一定の制限が課される。
- ・雇用主は、制度の掛金を指定された受託者（例：保険会社、非課税の信託又は公認サービス提供者）に移管しなければならない。

民間の雇用主又は労働者団体が管理するすべての法律援助制度は、エリサ法では、従業員福祉制度の範疇に区分され、一定の要件を満たさねばならない。公共部門の雇用主によって提供される法律援助制度は、エリサ法の対象外である。

第40節 ドメスティックパートナー給付 (DOMESTIC PARTNER BENEFIT)

(イントロダクション)

ドメスティックパートナー給付 (Domestic partner benefit) は、雇用主が自主的に当該労働者の未婚の (同性又は異性の) パートナーに与えるベネフィットである。ドメスティックパートナー給付プログラムを実施する雇用主は、最初にドメスティックパートナーの範囲を定義しなければならない。一般的な定義は以下の要素を組み入れたものとなっている。

- ・当該パートナーが一定の年齢以上であること (通常は 18 歳以上)。
- ・州法において婚姻が認められない血縁関係の範囲外であること。
- ・当該パートナーが、当該労働者と能動的な関係を築いていること。
- ・当該パートナーと当該労働者との関係が排他的であること。
- ・当該パートナーと当該労働者との関係が経済的に相互依存関係にあること。
- ・当該パートナーと当該労働者が一定期間以上同居していること。
- ・政府機関にドメスティックパートナーとして登録されていること。

雇用主は、ドメスティックパートナー給付の対象を同性の場合のみとするのか、異性の場合までも含めるのかについても決定しなければならない。ドメスティックパートナーであることを証明する文書の形式は様々であり、いかなる方式を採用するかは当該雇用主次第である。ドメスティックパートナー関係を示す書面にサインさせることによって証明書とみなす雇用主もいれば、共同賃貸や共同抵当といった経済的な関係を示す証拠を求めたり、納税申告書のコピーを経済的相互関係を示す証明として求める雇用主もいる。いずれにせよ、この場合、求める文書はドメスティックパートナーであることを証明するために必要な範囲内のものでなければならない。さもなくば、プライバシーの侵害として訴えられることになりかねない。

(提供される給付の種類)

ドメスティックパートナー給付を提供する雇用主の多くは、その給付を低コストのもの (家族・慶弔・病気休暇、配転給付、会社の施設の利用、会社のイベントへの参加等) に限定する傾向にある。しかし、世間の関心は、雇用主が医療保険カバレッジをドメスティックパートナーに提供しているのか否かに注がれている。

Hewitt Associates によって実施された 2007 年の調査によると、調査対象雇用主の 54% がドメスティックパートナーにカバレッジを提供していた。17% が同性カップルのみ、1% は異性カップルのみ、32% が同性、異性双方のドメスティックパートナーにカバレッジを提供していた。同社によって実施された 2005 年の調査によると、ドメスティックパートナー給付を提供している雇用主のうち、83% がドメスティックパートナーの扶養家族にもカバレッジを提供していた。これは、2002 年の調査 (調査対象雇用主でドメスティックパートナー給付を提供していたのは、19% に過ぎなかった) から大きく上昇している。

全米一のレズビアン及びゲイの政治団体と称する Human Rights Campaign Fund によると、2008 年 8 月 14 日現在、ドメスティックパートナー給付を提供している雇用主は 9,374 社であるとのことである。

(ドメスティックパートナー給付を提供する理由)

法的な婚姻関係にある労働者の配偶者に対してのみ給付を行い、法的な婚姻関係にはない労働者のパートナーに対して同様の給付を行わないということは、性的指向や婚姻関係に基づく差別となると多くの雇用主は考えている。Hewitt Associates によると、2000年時点で、64%の雇用主が性的指向に基づく差別を防止するための公式な対応をとっている。ドメスティックパートナー給付を提供する場合には、所定の方針に従って当該労働者に当該給付を行う旨伝達される。

多くの雇用主がドメスティックパートナー給付を提供する目的は、(良質な)労働者を採用し、確保するためでもある。労働者が雇用主が提供する包括的な医療給付に対して、高い価値を見出しているという事実は、これまで多く語られてきているところである。逼迫した労働市場において、多様な労働力に十分アピールするためには、福利厚生給付パッケージの設計が極めて重要であり、これにより、雇用主は、採用活動において有利な地位を確保することができ、自らが多様性を重んじていることを公に示すことができる。労働者が雇用主は自分たちを大切に扱ってくれていると信じている職場では、労働者の士気や生産性が良い方向に改善される。Hewitt Associates によって実施された2005年の調査によると、雇用主がドメスティックパートナー給付を提供する最大の理由(同性カップルにドメスティックパートナー給付を提供している雇用主の71%、異性カップルにドメスティックパートナー給付を提供している雇用主の69%)は、(良質な)労働者を惹きつけ、確保し続けるためというものであった。

(ドメスティックパートナー給付のコスト)

給付に必要なコストは雇用主にとって最大の関心事項である。カバレッジの対象を拡げることにより、医療給付コストの増大につながるからである。以下の2つの要素がコストの問題に大きく絡んでくることとなる。

- ・新たに加入が見込まれる者の人数
- ・新たに加入が見込まれる者に関連するリスク要因

Hewitt Associates によって実施された2000年のドメスティックパートナー給付に関する調査によると、ドメスティックパートナー給付を提供する雇用主の90%が、ドメスティックパートナー給付カバレッジの加入資格がある労働者のうち、実際に当該カバレッジに加入することを選択したものは、3%未満であったと回答し、58%は、当該数値は1%未満であったと回答している。当該給付の設計の段階では、多くの雇用主が、ドメスティックパートナー給付カバレッジへの加入率は10%程度と予測していた。同性カップルに対してのみドメスティックパートナーが医療制度に加入することを認めている雇用主は、異性カップルに対して加入を認めている雇用主と比較すると、実際の加入率は少ないと回答している。Hewitt社は、配偶者を新たに医療制度の対象に追加するよりも、ドメスティックパートナーを制度の対象に追加することは経済的なリスクが少ないと結論付けている。

実績を見ると、ドメスティックパートナーへのカバレッジコストは予想していたよりも低いようである。これにはいくつかの理由がある。

- ・ ドメスティックパートナーカバレッジの加入資格がある労働者は比較的若く、その結果として、相対的に健康であるということ。
- ・ ほとんどのドメスティックパートナーが既に自らの雇用主を通じてカバレッジを受けていることから、ドメスティックパートナーカバレッジへの加入率は低いということ。
- ・ 男性の同性カップル間におけるエイズの感染リスクは高いが、女性の同性カップル間における当該割合は低いことから、結果的に相殺される関係にありそうなこと。
- ・ 同性の DP の妊娠可能性はゼロに等しいこと。

HIV 患者の処置に係る一生涯のコストは、最も直近の概算（1996 年）では、71,143 ドルから 424,763 ドルの範囲に収まっている。比較例を挙げれば、腎臓移植に係るコストは、およそ 200,000 ドル、未熟児ケアについては、50,000 ドルから 100,000 ドルの範囲となっている。Hewitt Associates によると、2005 年時点で、ドメスティックパートナー給付を提供している雇用主の 88%が、ドメスティックパートナー給付に係る総コストは全体の給付費の 2%の未満であると回答している。

（ドメスティックパートナー給付と連邦法）

内国歳入庁（IRS）は、私的通達書（private letter ruling）において、ドメスティックパートナーカバレッジに関する諸問題に関する見解を示している。これらの通達書によれば、ドメスティックパートナーないし配偶者でない同居人に対する雇用関係ベースの医療給付については、受給者が合法的な配偶者又は扶養家族であると認められる限りにおいて、課税所得から除外される。また、内国歳入庁は、税制優遇適格を得るためには、当該ドメスティックパートナーの関係が、州政府や地方政府の法に違反するものであってはならないとも述べている。内国歳入庁は、婚姻関係の認定については、州法に委ねている。現在、3 つの州（カリフォルニア、コネティカット、マサチューセッツ）が同性婚を認めている。市の中にはドメスティックパートナー関係を市に登録する仕組みを施しているところもある（例：サンフランシスコ市、ニューヨーク市）が、こうした登録によって、婚姻又はコモンロー上の婚姻といった法的地位が与えられるというわけではない。

異性カップルの場合には、11 の州及びワシントン DC において、コモンロー上の婚姻関係を認めており、また、全ての州において、司法上、コモンロー上の婚姻関係にあると認められた場合に、当該婚姻関係を認定している。このように司法上、コモンロー上の婚姻関係として認められた異性カップルは、雇用関係ベースの医療制度において、配偶者へのカバレッジとしての税制優遇措置を受けることができる。一方、ドメスティックパートナーのために医療給付コストを拠出する雇用主は、雇用主拠出分の保険料（又は自家保険制度に相当する保険料）を当該労働者の W-2 様式上、帰属所得として報告しなければならない。

内国歳入法 125 条の選択的給付・フレキシブル支出口座（Flexible Benefits and Spending Account）—ドメスティックパートナーのカバレッジの提供の一手段として労働者に付与されるフレキシブル給付（flexible allowance）は、課税所得として扱われ、ドメスティックパートナーカバレッジに対する労働者の拠出分についても、税引前拠出は認められない。フレキシブル支出口座への給付はドメスティックパートナーに対しては提供されない可

能性がある。なぜなら、ドメスティックパートナーは、原則として、税法上、労働者の扶養家族としての資格を有しないからである。

1985 年包括予算調整法 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act(COBRA))

ドメスティックパートナーは、COBRA カバレッジの選択に当たり、独自に判断することができない場合がある。COBRA では、労働者、その配偶者及びその子どものみが適格受益者 (qualified beneficiaries) と明記されているためである。当該医療制度の規定で、一定の COBRA の要件を充たす場合に、カバレッジの継続がドメスティックパートナーにも認められている場合には、当該労働者の選択によってドメスティックパートナーもカバレッジの継続が認められる可能性がある。

1996 年医療保険の携行性と責任に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)) ドメスティックパートナーは扶養家族とみなされない場合があり、この場合は、HIPAA の規定の一部が適用されない。しかし、医療制度をドメスティックパートナーに対しても提供する雇用主は、HIPAA の承認手続や差別禁止規定の適用対象にドメスティックパートナーも含めなければならない。雇用主は、管理運営の一貫性を保つために、その他の HIPAA の要件についてもドメスティックパートナーに適用する場合もあろう。

(結婚保護法 (Defense of Marriage Act of 1996 (DOMA)))

連邦における税法、給付制度の統一的適用を図るために、結婚保護法では、結婚 (marriage) 及び配偶者 (spouse) を連邦政府として以下のように定義した。

- (a) 結婚 (marriage) — 男性 (夫) と女性 (妻) の法的結合
- (b) 配偶者 (spouse) — 異性である夫か妻

結婚保護法の規定によって、州が結婚の対象範囲を同性カップルにまで広げる場合であっても、同性カップルのパートナーは連邦における税法及び従業員給付の取扱いにおいて、配偶者として取り扱われないこととなった。

結婚は、州法によって認められるものであることから、結婚保護法は各州に他州で合法的に執り扱われた同性婚について、当該同性婚を自州において認めるかどうかの選択権を付与している。この法律は、明確には同性婚を非合法とはしておらず、引き続き同性婚を認めるかどうかは州の選択に委ねられることとなった。しかし、結婚保護法は、各州に他州が合法と認めた結婚に対してそれを自州で認証するかどうかの選択権を認めるものであることから、アメリカ合衆国憲法に定める州の義務の一つである Full Faith and Credit clause (完全な信頼と信用条項²²) に反するものとして、同法の合憲性について、疑義が唱えられている。バーモント州では、同性婚自体を認めるという形ではなく、(同性間カップルに対して婚姻と同一の権利を認める) civil union²³を認める法律を制定したことから、この新法により、結婚保護法の合憲性について争う状況には至っていない。1996 年に結婚保護法が制定されて以来、この問題は、未だ連邦最高裁の判断を仰ぐに至っていない²⁴。

²² 原則として、他州での法的な権利はどの州でも認められるとする米国憲法上の規定。

²³ シビル・ユニオンは、婚姻に似た「法的に承認されたパートナーシップ関係」を意味する。

²⁴ (訳注) 連邦最高裁判所は 2013 年 6 月 26 日、結婚を「男女間」と定めた連邦法の「結婚保護法」について、同性婚のカッ

(州政府及び地方政府とドメスティックパートナー給付)

従業員への各種給付は通常、エリサ法を通じて、連邦レベルで規律される。従って、ドメスティックパートナー給付を提供することを選択した民間部門の雇用主は、この連邦法を遵守しなければならない。近年、雇用主としての立場を有する州政府及び地方政府が、ドメスティックパートナー給付に関する法律上の問題に巻き込まれている。しかし、州政府、地方政府は、当該地方固有の政治的かつ法律的影響下にある。この結果、この問題に対する各州裁判所の判断の中には、異なったアプローチをとるものもある。

コネティカット州最高裁判所 (*Elizabeth Kerrigan 他 vs Commissioner of Public Health 他*) —2008年10月10日、コネティカット州最高裁判決では、賛成4、反対3で、同性カップルに完全な権利、責任、婚姻の名称を与えないことは、州憲法の平等保護条項に違反することから、同性婚を合法化すべき旨の命令を下した。同判決は、2008年10月28日に発効された。

カリフォルニア州最高裁判所 (婚姻に関する事例において) —2008年5月15日、カリフォルニア州最高裁判決では、賛成4、反対3で、同性婚は合法であるとし、同性婚を禁止する現行法を覆した。この命令は2008年6月14日に発効された。

憲法改正を行うための発議である「婚姻に関する制限(Proposition 8)」について、2008年11月に住民投票が行われることになった。これは、州の憲法を改正し、同性婚を禁止するというものであり、州最高裁の命令を覆すためのものであった。アーノルドシュワルツネガー知事は、提案された憲法改正案に反対した。2008年11月4日、同改正案は住民投票において可決された。

マサチューセッツ州最高裁判所 (*Hillary Goodridge 他 vs. Department of Public Health 他*) —マサチューセッツ州最高裁判所は、2003年11月18日、「婚姻関係に基づく保護、給付、義務を単に同性同士であることを理由として認めないことは、州憲法に違反する」「裁判所は、立法府に、この裁判所の意見を踏まえ適切と考える行動をとる猶予を与えるため、判決登録までの期間を180日とする」旨の命令を下した。

マサチューセッツ州の立法府は、州最高裁に、civil union の合法化は同姓カップルに対する十分な措置であるか否かについて、法的な助言を求めた。州最高裁は2004年2月6日に、「civil union の合法化のみでは不十分。なぜなら、法律案は、明文によって、同性カップルが民事上、婚姻登録をすることを禁止しており、これは、同性カップルを異質なものとして、別扱い続けるものである。」「我々の国家の歴史を紐解けば、よほどのことがない限り、異別な取扱いは平等であるとは言い難い。」との裁定を下した。

州政府に同性婚を認めるよう命じる州最高裁の決定は、2004年5月18日に発効された。2004年3月29日、州立法府は、かろうじて、この州最高裁の判決を覆すための憲法改正の住民投票を行う旨の案を可決した。この改正案は、2005年から2006年の議会会期の間、2度目の承認を得る必要があった。2007年6月14日、州憲法を改正することによって同性婚を禁止しようとする試みは、失敗に終わった。

ブルが相続税の優遇など異性婚で認められた措置を受けることを阻んでいるとして、違憲判決を下した。

マサチューセッツ州の同性婚をめぐる議論によって生じた問題は婚姻擁護法の合憲性について、最終的な連邦最高裁の判断を仰ぐことになるであろうと予測されていたのだが、現在のところ、このマサチューセッツの一連の動きがどの程度婚姻擁護法に影響を与えているのか定かではない。2004年11月、連邦最高裁は、マサチューセッツの判決を覆すための当該事例に関する聴聞を行うことを拒否した。

サンフランシスコ市の婚姻制度—2004年2月12日、サンフランシスコ市長 Gavin Newsom は、市当局に対し、同性婚の認証を開始するよう指示した。それ以来、市では、何百もの同性婚の認証を行っている。州法及び2000年に住民投票で認められた Proposition 22 では、婚姻を男性と女性の結合と定義しているが、Newsom は、州憲法の平等保護条項はこれらの法律に優先する旨主張し続けている。市がとった対応に対する法的課題は今なお、未解決のままである。

バーモント州同性カップルのための civil union に関する法律(2000年7月1日施行)—2000年4月26日に、バーモント州知事は、同性カップルのための civil union に関する法律 H.847 (法 91 : 2000年7月1日施行) に署名した。バーモント州において、civil union となったカップルは、州法上、婚姻とはみなされないものの、州が保障する権利、恩恵(及び義務)を婚姻関係にあるカップルと同様に享受できる。

賛否両論渦巻くこの法律は、「同性カップルに対して、婚姻の場合に認められるものと同様の法的な権利や保護を与えることを否定する州憲法上の根拠は存在しない」旨、満場一致で述べた1999年12月20日の州最高裁判決 (Stan Baker ほか vs. バーモント州ほか) に基づき制定されたものである。この事例は、連邦裁に上訴することができなかった。なぜなら、この判決は、バーモント州憲法に基づくものであり、連邦法が適用されなかったからである。

バーモント州最高裁は、同性婚を法定化することを認めたわけではなかった。しかし、その代わりに、州立法府に当該高裁判決を実施するための方策を講じるよう指示したのである。立法府は、ドメスティックパートナー関係に婚姻と同等の地位を与えたことから、雇用主は、従業員給付制度において、より柔軟な設計を行うよう求められている。自己資金で給付を行う雇用主 (self-funded employer) については、連邦法であるエリサ法が優先することから、バーモント州の労働者のドメスティックパートナーについて、給付対象に組み込むよう強制されることはない。

給付に関する規定：エリサ法は従業員給付制度に関して、州法の規定に優先することから、民間雇用主は、給付制度の設計にあたり、civil union を婚姻関係にあるものとして扱うよう求められることはない。エリサ法によってカバーされるプログラムではない、州法上の家族休暇給付、労災補償給付については、この例外として州法が適用される。

バーモント州内の保険会社は、カバレッジを労働者の配偶者やその扶養家族にも提供するのであれば、同様に、civil union の当事者及びその扶養家族に対して、カバレッジを提供しなければならない。そのような保険商品を労働者に対して購入する義務は雇用主に対して課されないようである。この保険に関する法律上の規定は、2001

年1月1日に施行された。

Civil Union の資格要件及び享受できる権利等—Civil union の資格を得るには、親族でない2人の同性が以下の要件を充たす必要がある。

- ・18歳以上であること
- ・契約関係に入ることができる法的能力（competent）を有すること
- ・既に婚姻していたり、civil union となっていないこと
- ・被後見人である場合は、後見人の書面による同意が得られていること

居住要件はないが、civil union を解消する場合には、離婚に求められるものと同様の手続に従う必要がある。civil union となったカップルは、婚姻したカップルと同様の権利及び義務を有することになり、また、扶養、養育権、財産分割、関係解消に関する州の家族法の適用を受けることになる。

Reciprocal Beneficiary Relationship—婚姻したり、civil union となることはできない血縁関係にある者同士は（例：兄弟姉妹）、Reciprocal Beneficiary Relationship となることができる。これは、civil union ほどではないものの、一定の範囲内に限り、配偶者としての権利が認められるというものである。一般的には、医療上の意思決定、通院、病院受診、医療ケアに関する永続的委任状（durable power of attorney）に関連する権利が認められる（ハワイ州では、1997年以來、これと同様の Reciprocal Beneficiary Relationship 法を採用している）。

以下の州は、civil union となったパートナーに対して、婚姻と同様の権利、責任を認める civil union 法を制定している。

- ・コネティカット州
- ・ニューハンプシャー州
- ・ニュージャージー州

サンフランシスコ差別禁止条例（1997年1月1日施行）—米国航空輸送協会は、サンフランシスコ市を相手取り、各航空会社の従業員福祉給付に関する規律は、州政府や地方政府の法律より、連邦法（特にエリサ法）が優越することから、航空会社は市の条例に従う必要はない旨主張する訴訟を提起した。1998年4月10日、カリフォルニア北部地区連邦地方裁判所は、航空会社を除き、サンフランシスコ市の条例は合法である旨の判決を下した。判決の中で Claudia Wilkens 判事は、「市の事業の契約相手方（航空会社以外）との取引においては、市は市場参加者（market participant）として行動するのであり、したがって、当該条例はエリサ法の専占規定に違反しない。しかし、市が所有する空港における航空会社と市の関係では、市は規制機関として行動するのであり、市場参加者として行動するのではない。したがって、航空会社との関係では当該条例ではなく、エリサ法の専占規定が優越する。」と述べた。この判決は、市場参加者基準（market participant standard）を、市の事業の受注業者との契約関係において、市が通常の消費者と同様の状況にある場合に、適用したものである。

1999年11月にロサンゼルス市とシアトル市は、市と契約を行う民間雇用主に対して、当該雇用主が雇用する労働者のドメスティックパートナーに対して給付を行うことを義務

付ける条例を制定し、サンフランシスコ市と同様の規律を講じることとした。