

非正規雇用の医療保障

—アメリカ産業・雇用構造の変化との関連で—

長谷川 千 春

概 要

アメリカの医療保障システムは、他の先進諸国と共通に医療費の膨張という問題を抱える一方で、他の先進諸国とは違って国民全体を対象とした医療保険制度がなく、21世紀に入ってからの無保険者数の急増、また医療保障の不安定層の拡大という問題も抱えている。システムの中核的役割を担ってきた雇用主提供医療保険を通じた医療保障が問題視される背景には、アメリカの産業・雇用構造の変化がある。すなわちもともと医療給付の提供率が低い、あるいは不十分な業種・職種が雇用の受け皿として拡大し、そのことが医療保障の不安定層の拡大につながっている。パートタイム雇用を含めた非正規雇用は、雇用を通じて医療保険に加入する資格が得られにくく、さらにウォルマートのように医療給付制度があっても被用者の保険料負担や高額な免責金額の設定から、必ずしも医療保険に加入できないあるいは不十分な医療保障しか受けられない被用者になりやすいといえる。

キーワード

雇用主提供医療保険 [employer-sponsored health insurance], 非正規雇用 [contingent work], 医療給付 [health benefit plan], ウォルマート [Wal-Mart Stores, Inc.], アメリカ型医療保障システム [American-model of health care security system]

I はじめに：問題意識と課題設定

アメリカの医療保障システムは、今改革を迫られている。それは、先進諸国共通である医療費の膨張の一方で、医療保険に加入していない無保険者が増加し、無保険率が上昇しているという現実に対し、アメリカがどのような選択をするのか、ということでもある。無保険者の存在そのものは、その規模の大きさからも無視できない問題である一方で¹⁾,

1) 非高齢者の無保険問題については、長谷川 (2006年b) 参照。

動的に医療保障の不安定層が存在することも大きな問題である。

アメリカの医療保障システムは、他の先進諸国とは違って、国民全体を対象とした医療保険制度はない。とはいえ、雇用主が付加給付として提供する医療保険、すなわち雇用主提供医療保険がその中核を担ってきたのであり、勤労世帯にとっての主要な医療保険加入先として期待されるものである。

しかし、例えば、General Motors 社などのビッグ3が、これまで雇用先での充実した医療保険を、被用者だけではなくその家族、退職者も含めて提供してきたが、その給付コストの抑制を目的に見直しを始めているという事実は、雇用先での医療保障の縮小を示唆する²⁾。そもそも、すべての雇用主が被用者に対して医療保険を提供しているわけではなく、従来から雇用主の規模や業種によって、その提供率や保障の程度に差がある。さらに被用者の就労形態などによって、必ずしも雇用先で医療保障を得られない層を内包している。

ただ、雇用主提供医療保険を通じた医療保障の問題が大きくなってきている背景には、IT 革命に牽引された産業構造の再編（非製造業部門の台頭）、世界規模での激しい競争に多くのアメリカ企業が直面するようになってきていることがあると考えられる。また、雇用構造の変化、すなわちフルタイム・通年雇用で従業員給付（医療保険、年金など）がある伝統的な就労形態に対し、「非正規雇用」と言われる非標準的な就労形態で働く労働者が無視できないほどに多くなってきている、これらの不安定雇用層は同時に医療保障の不安定層でもあり、先の企業をめぐる経営環境の変化と表裏一体に、アメリカ国内での雇用構造も変化していると考えられる。特に2000年代以降、従来から医療保障を十分に行っていない業種での雇用が増加し、不十分な医療保障しか得られないような就労形態で働く被用者が増加していることで、アメリカ型医療保障システムの問題はより拡大し、深化していると考えられる。いまや製造業に代わって雇用の受け皿になっている小売業・サービス業では非正規雇用（パートタイム雇用含む）も多く、これらの企業での医療給付戦略やその給付内容・条件などがアメリカの医療保障の方向性に与える影響は大きいといえる。

本稿では、正規雇用と対比的に非正規雇用（パートタイム雇用も含む）の医療保障の実態について、その背景にある産業・雇用構造の変化も視野にいれて検討する。その上で、新たな雇用の受け皿として台頭している小売業の医療給付の実態についてウォルマート（Wal-Mart Stores, Inc.）を事例に検討する。ウォルマートは、21世紀における産業再編・労働編成の典型と考えられ、またそこでの医療給付戦略を検討することで、今後のアメリカ型医療保障システムの再編の萌芽を見出しうる可能性がある。アメリカ型医療保障シス

2) GM 社の医療給付改革については、長谷川（2006年a）参照。

テムは改革が必要であることは誰もが共有するところであるが、その主体者となりうる雇用主である企業、近年医療扶助受給者の増加を受けて様々な医療改革の動きを見せている州政府、そして2008年の大統領選を控えて医療が政策的争点となっている連邦政府の今後のかかわりについて、示唆を与えたい。

II 業種や就労形態によって異なる雇用主提供医療保険への加入

ここでは、被用者の雇用主提供医療保険の加入状況について概観する³⁾。

1 全体的な状況

Kaiser/HRET の2007年の医療給付調査によると、被用者の自らの雇用先で提供される医療保険への加入率は、2000年代以降低下傾向にあり、2007年には全体で59%となっている(表1参照)。企業規模別で見ると、大企業ほど被用者の雇用主提供医療保険への加入率は高くなっている。被用者数3~24名の企業では42%の加入率であるのに対し、1000~4999名の企業がもっとも高く69%の加入率である。

これらの被用者の加入率は医療給付を提供していない雇用主も含んだものである。ゆえに、2000年以降の被用者の加入率の低下は、医療給付を提供している雇用主自体が減少傾向にあることも反映している。同じくKaiser/HRET(2007)によると、医療給付を提供する雇用主の割合は、同様に21世紀に入り減少傾向にある。2001年には全体で69%の雇用主が医療給付を提供していたが、2007年には60%にまで低下している(表2参照)。ただし、企業規模別で見ると、従業員数200名以上の企業の医療給付提供率は98~99%とほぼすべての企業が医療給付制度を維持しているのに対し、従業員数3~200名未満の小企業の提供率は減少傾向にある。

雇用主が医療給付を提供している被用者に限ってみると、その雇用先での医療保険の加入率は全体の65%(2007年)であり、やはり2000年以降減少傾向にある(表1参照)。また同じく雇用主が医療給付を提供していたとしても、業種によってそこでの被用者の加入率に差がある(表3参照)。州・地方行政機関が最も加入率が高く(80%)、続いて製造業(79%)、運輸・通信・公共施設(76%)、金融(75%)と、被用者が自らの雇用主提供医療保険に加入している割合が非常に高い。それに対し、小売業の被用者の加入率は44%と

3) Kaiser/HRET(2007)に基づく。

表 1：自らの雇用先で医療保険に加入している被用者の割合（企業規模別）：1999-2007年

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
3-24名	50%	50%	49%	45%	44%	43%	41%	45%	42%
25-49名	56%	63%	62%	57%	59%	56%	55%	55%	51%
50-199名	61%	62%	67%	64%	61%	56%	59%	62%	59%
200-999名	69%	69%	71%	69%	68%	69%	65%	66%	65%
1000-4999名	68%	98%	69%	70%	69%	68%	69%	68%	69%
5000名以上	64%	66%	69%	68%	68%	67%	66%	60%	63%
小企業(3-199名)	55%	57%	58%	54%	53%	50%	50%	53%	50%
大企業(200名以上)	66%	67%	69%	69%	68%	68%	66%	63%	65%
全企業	62%	63%	65%	63%	62%	61%	60%	59%	59%
*小企業	67%	68%	71%	67%	68%	64%	65%	67%	64%
*大企業	66%	67%	69%	69%	68%	68%	67%	63%	65%
*全企業	66%	68%	70%	68%	68%	67%	66%	65%	65%

注：対象は、雇用主が医療給付を提供している／していない就労者。

ただし、*は雇用主が医療給付を提供している就労者を対象とした加入率。

出所：Kaiser/HRET (2007) より作成。

表 2：医療給付を提供している雇用主の割合（企業規模別）：1999-2007年

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
3-9名	56%	57%	58%	58%	55%	52%	47%	48%	45%
10-24名	74%	80%	77%	70%	76%	74%	72%	73%	76%
25-49名	86%	91%	90%	86%	84%	87%	87%	87%	83%
50-199名	97%	97%	96%	95%	95%	92%	93%	92%	94%
小企業(3-199名)	65%	68%	68%	66%	65%	63%	59%	60%	59%
大企業(200名以上)	99%	99%	99%	98%	98%	99%	98%	98%	99%
全企業	66%	69%	68%	66%	66%	63%	60%	61%	60%

出所：Kaiser/HRET (2007) より作成。

表 3：自らの雇用先で医療保険に加入している被用者の割合（業種別）：2007年

	雇用先での医療保険に加入資格がある割合（有資格率）	加入資格があり、かつ実際に加入している割合（受給率）	雇用先での医療保険に加入している割合
農業／鉱業／建設業	75%	78%	56%
製造業	92%	85%	79%
運輸／通信／公共施設	84%	90%	76%
卸売業	79%	81%	64%
小売業	57%	76%	44%
金融業	90%	83%	75%
サービス業	77%	79%	61%
州・地方政府	87%	92%	80%
ヘルスケア関連業	77%	84%	64%
全産業	79%	82%	65%

注：対象は、雇用主が医療給付を提供している就労者である。

出所：Kaiser/HRET (2007) より作成。

唯一5割を割り込んでいる。小売業は他の業種と比較して、被用者が雇用主提供医療保険への加入資格を持つ割合も低く、そのことが加入率の低さにつながっているといえる。

2 就業形態による雇用主提供医療保険への加入率の違い

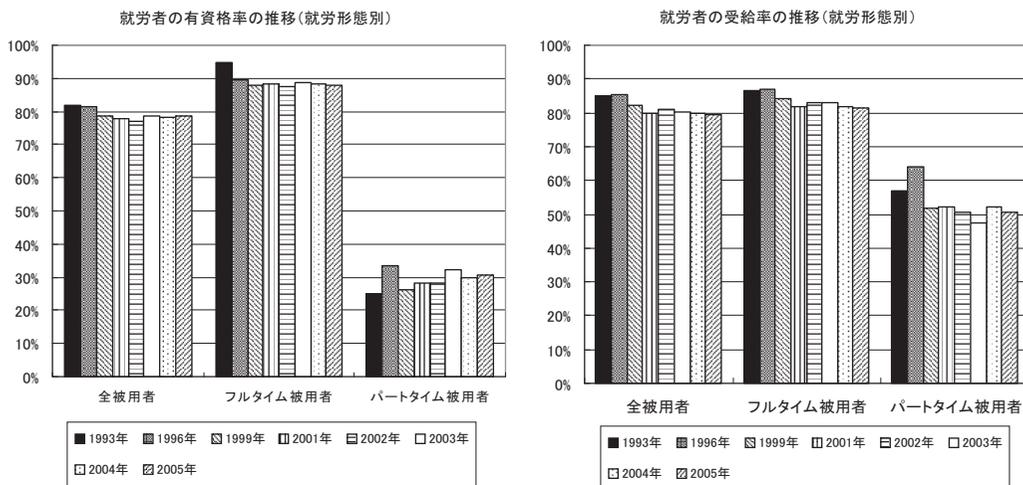
被用者は、雇用主が被用者向けの医療給付制度を持っていたとしても、必ずしもその医療給付を受けられるとは限らない。雇用主提供医療保険への加入資格が与えられなければ、その医療保険に加入することはできず、それは就労形態が大いに関係している。週35労働時間以上のフルタイム雇用と週35時間未満のパートタイム雇用、そしていわゆる非正規雇用と正規雇用とでは、歴然とした違いが存在する。ここでは、医療給付制度を提供する雇用先に就労している被用者（民間部門）を対象とする。

まず、被用者の週労働時間別の加入資格の保有率（以下、有資格率）をみると、フルタイム雇用とパートタイム雇用の被用者とは有資格率が大きく異なる。MEPS-IC (Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component) の民間企業の被用者を対象とした全国調査によると、2005年の有資格率では、フルタイム被用者の87.9%に対し、パートタイム被用者は30.8%にすぎない。ただ、1990年代以降の経年変化では、フルタイム被用者の有資格率が1990年代後半以降低下傾向にあり、パートタイム被用者のそれは低位のまま伸び悩んでいるといえる。加入資格を持つフルタイム被用者は、1993年には94.9%であったが、2007年には87.9%にまで減少している。また、労働時間の短いパートタイム被用者は、加入資格そのものが与えられない可能性が高く、最も改善した1996年でも33.6%にとどまっている（図1参照）⁴⁾。

加入資格を得られた被用者が実際にその医療保険に加入する割合（以下、受給率）も、フルタイム被用者とパートタイム被用者では差がある。MEPS-ICによると、2005年の受給率は、フルタイム被用者が79.6%であったのに対し、パートタイム被用者は50.6%にすぎなかった。フルタイム被用者もパートタイム被用者も、1996年がもっとも受給率が高かったが（それぞれ86.9%、64.0%）、その後漸減傾向にある（図1参照）。このことは、実際に加入する際の医療保険料の拠出額や医療費の自己負担などの条件が関わっている。被用者の有資格率、受給率の低下は、結果として雇用主が医療給付制度を持っていたとしても、そこでの被用者の医療保険加入率の低下につながっている（図2参照）。とはいえ、フルタイム被用者はその7割以上が雇用先で医療保険に加入しており、それに対しパート

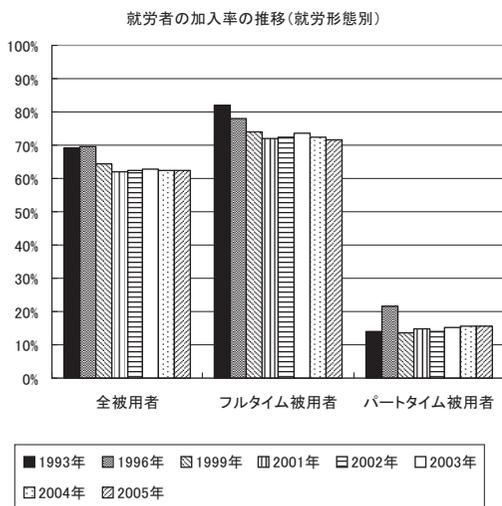
4) National Center for Health Statistics (NCHS) (1993), Agency for Healthcare Research and Quality (AHCQ) (1996-2005).

図1：医療保険を提供する民間企業の就労者の有資格率及び受給率



出所：National Center for Health Statistics (NCHS) (1993), Agency for Healthcare Research and Quality (AHQC) 各年より作成。

図2：医療保険を提供する民間企業の就労者の加入率



出所：National Center for Health Statistics (NCHS) (1993), Agency for Healthcare Research and Quality (AHQC) 各年より作成。

パートタイム被用者は自分の雇用先では2割も医療保険に加入していないのである。

3 正規・非正規雇用の医療保険加入

近年、いわゆる「正社員（正規雇用）」に対して、「非正規雇用」の増加、「雇用形態の多様化」ということが言われている。アメリカ労働省労働統計局（BLS, U.S. Bureau of Labor

Statistics) は、この非正規雇用をオルタナティブ就労形態 (Alternative work arrangement) とコンティンジェント就労形態 (Contingent work arrangement) という2つの定義で把握している⁵⁾。オルタナティブ就労者はだいたいコンティンジェント就労者であるが、必ずしもそうとは限らない。なぜならコンティンジェントであるかどうかはオルタナティブとは無関係に定義されるからである。

オルタナティブ就労形態は、以下の4つで把握されている。すなわち、独立契約者 (Independent contractors)、オン・コール労働者 (On-call workers)、派遣労働者 (Temporary help agency workers)、業務請負企業労働者 (Workers provided by contract firms) である。コンティンジェント就労者には狭義から広義まで3つの推計がある。BLS はコンティンジェント就労者を、雇用期間の非継続性によって規定している。詳細は表4のとおりである。

BLS の定義に基づいて、コンティンジェント就労者及びオルタナティブ就労者の医療保険加入状況を見てみる (表5参照)。コンティンジェント就労者は、何らかの医療保険に加入している割合は59.1% (推計3) で、コンティンジェント以外の就労者の79.4%が何らかの医療保険に加入しているのと比較して非常に低い。さらに自らの雇用主から提供される医療保険に加入している割合をみると、コンティンジェント就労者のそれはますます少なくなり、18.1% (推計3) にすぎない。また1995年からの10年間の変化をみると、全体として雇用主提供医療保険の加入率が低下する中で、コンティンジェント労働者は低位のままさらに低下し、さらにコンティンジェント以外の就労者でもその加入率が低下している。

オルタナティブ就労者ではその就労形態によって医療保険の加入率に差がある。非オルタナティブ就労形態と比較して、業務請負企業労働者はほぼ同等の医療保険の加入率 (何らかの医療保険への加入率及び雇用主提供医療保険への加入率) であるのに対し、独立契約者、オン・コール労働者、派遣労働者と、順に何らかの医療保険に加入している割合が低くなっている。特に派遣労働者の医療保険加入率は非常に低く、雇用主が提供する医療保険への加入率は7.9% (2005年) にすぎない。これは、派遣労働者の場合、雇用先は派遣先企業ではなく派遣元会社であり、あまり医療給付の提供が多くないことを反映したものといえる。また独立契約者の場合、実質的には「被用者」として就労していたとしても、雇用主による被用者向けの医療給付の対象者にはならないため、自ら個人医療保険を購入するか、配偶者の医療保険に加入するなど、他の加入先を探さねばならない。オン・コール労働者は、1995年からすると2005年は雇用主提供医療保険への加入率が25.7%と少し改善して

5) U.S. Bureau of Labor Statistics (2005), Christensen, R. (2002), 中窪・池添 (2001年)。

表4：アメリカ労働省によるオルタナティブ及びコンティンジェント就業形態の定義

オルタナティブ就業形態 (Alternative work arrangement)

独立契約者 (Independent contractors)	請負業者（不動産業者やリフォーム業者など）、独立のコンサルタント、フリーランスの労働者（カメラマンや翻訳者など）で、自営業者ないし賃金労働者
呼出労働者 (On-call workers)	連続する数日ないし数週の労働者可能であるが、必要に応じて就労するときのみ呼び出される労働者
派遣労働者 (Temporary help agency workers)	仕事が臨時的吗否かにかかわらず、派遣会社から給与を支払われている労働者
業務請負企業労働者 (Workers provided by contract firms)	請負契約によって被用者やそのサービスを顧客に提供する企業に雇用されている労働者で、通常は一つの顧客先に派遣され、顧客の職場で就労する労働者

コンティンジェント就業形態 (Contingent work arrangement)

コンティンジェント労働者	雇用を継続する明示または黙示の契約のない労働者。個人的な理由（退職、復学など）のために雇用の継続を期待していない労働者は含まれない。この場合、個人的な理由がなければ雇用継続の選択肢を有していたことが条件となる。
推計 1	1年以下の雇用の継続を期待しており、就労中の職務に1年以下就労している者。自営業者と独立契約者は含まれない。派遣労働者と業務請負企業労働者の臨時性は、特定の派遣先や顧客ではなく、派遣会社や業務請負企業について期待される雇用期間や雇用継続に基づく。
推計 2	1年以下の雇用の継続を期待している自営業者と独立契約者を含む労働者で、就労中の職務に1年以下就労している者。派遣労働者と業務請負企業労働者の臨時性は、派遣会社や業務請負企業ではなく、特定の派遣先や顧客について期待される雇用期間や雇用継続に基づく。
推計 3	雇用の継続を期待していない労働者。賃金労働者は、すでに1年以上就労し、少なくともさらにもう1年の就労を期待している場合でもこの推計に含まれる。自営業者と独立契約者は、1年以下就労し、さらに雇用の継続を期待する場合でも、期待する雇用期間が1年以下であればこの推計に含まれる。

出所：U.S. Bureau of Labor Statistics (2005), Christensen, R. (2002), 中窪・池添 (2001年) より作成。

表5：コンティンジェント労働者及びオルタナティブ就業形態の被用者の医療保険加入状況（1995-2005年）

	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年
	医療保険加入率（何らかの医療保険）					雇用主提供医療保険加入率				
全被用者数	83.6%	83.0%	83.7%	82.9%	81.2%	73.2%	73.1%	74.2%	73.7%	70.6%
コンティンジェント労働者										
推計 1	57.2%	60.5%	60.2%	55.8%	51.8%	10.2%	10.9%	12.4%	10.2%	9.4%
推計 2	58.1%	59.2%	57.7%	57.9%	52.5%	8.6%	9.4%	11.0%	9.1%	7.9%
推計 3	64.9%	66.1%	64.1%	63.6%	59.1%	20.4%	20.7%	20.6%	20.4%	18.1%
コンティンジェント労働者以外	82.2%	82.2%	82.3%	82.5%	79.4%	53.9%	53.9%	54.6%	55.0%	52.1%
オルタナティブ就業形態										
独立契約者	72.6%	72.7%	73.3%	72.5%	69.3%	na	na	na	na	na
呼出労働者	63.5%	67.3%	67.3%	70.0%	66.9%	16.9%	19.6%	21.1%	29.8%	25.7%
派遣労働者	44.9%	46.4%	41.0%	48.1%	39.7%	5.7%	7.0%	8.5%	10.7%	8.3%
業務請負企業労働者	69.9%	81.7%	79.9%	80.1%	80.2%	42.5%	50.2%	56.1%	52.1%	48.9%
非オルタナティブ就業形態	82.7%	82.8%	82.8%	83.1%	80.0%	57.2%	57.5%	57.9%	58.3%	56.0%

注：na = データなし。

出所：U.S. Bureau of Labor Statistics (2005), Christensen, R. (2002), 中窪・池添 (2001年) より作成。

いるが、依然として雇用先での医療保険加入の可能性は低いと言わざるを得ない。

従来の雇用形態ではないオルタナティブ就労形態の被用者は、雇用主から医療保険への加入資格が与えられない割合が高く、ゆえに無保険者になる可能性も高い。少しデータは古いですが、1997年のCurrent Population Survey (CPS) Contingent work supplementでの非正規雇用の医療保険加入状況の調査によると、派遣労働者、オン・コール労働者及び業務請負労働者の約35%、独立契約者ではその1.3%しか雇用主提供医療保険への加入資格を与えられていなかった⁶⁾。近年は雇用形態の多様化の中で、一部の「非正規雇用」の被用者がきちんと被用者として把握されていないために、医療保険への加入対象から不当にはずされている被用者も数多く存在する。

また、コンティンジェント就労形態でもフルタイムで働いている場合には、パートタイムの場合と比較して、相対的に雇用先での医療保険への加入資格が与えられる可能性が高いが、それでもコンティンジェント以外の就労者と比較すると非常に低い。1999年のCPS Contingent work supplementによると、コンティンジェント就労者（推計³⁾）でも、フルタイムの場合の有資格率は46.7%、パートタイムの場合18.6%（コンティンジェント以外の場合、フルタイムの有資格82.3%、パートタイムの場合32.9%）であった⁷⁾。

Farberらは、勤続期間（1年未満／1年以上）と週労働時間（35時間未満(パートタイム)／35時間以上(フルタイム)）によって、被用者を「コア」被用者（勤続期間1年以上かつフルタイム）と「周辺」被用者（勤続期間1年未満かつフルタイム、勤続期間1年以上かつパートタイム、勤続期間1年未満かつパートタイム）に区別したうえで、全体的な雇用主提供医療保険の加入率の低下は「コア」被用者と「周辺」被用者との「格差」の広がりを反映していることを指摘している⁸⁾。すなわち、1979年と1997年を比較した場合、「コア」被用者の有資格率がほとんど変わっていないのに対し、「周辺」被用者の有資格率が低下している。多くの勤続期間1年未満の被用者が加入資格を持たないのは、雇用主が待機期間を設けて、新規採用者にすぐに保険加入資格を与えない、あるいは待機期間を延長していることを反映している。

MEPC-ICによると、もともと待機期間の設定は企業規模が大きいほど多く、複数の事業所を持つほど多い傾向がある。そのうえで、全体として新規被用者に対して待機期間を要求する雇用主が多くなっている⁹⁾。新規被用者に対して待機期間を設定している民間企業の割合は、65.8%（1997年）から74.6%（2005年）に上昇している。企業規模別に見る

6) Thorpe & Florence (1999).

7) Hipple, S. (2001).

8) Farber et al (1998), Farber et al (2000).

9) AHRQ (1997, 2003).

と、被用者 50 名未満の企業の 67.0% (2005 年)、50 名以上の企業の 85.1% (2005 年) が、新規被用者に対し待機期間を設定している。民間企業全体の平均待機期間は 7.9 週間 (2005 年) である。パートタイム被用者の有資格率の低下は、雇用主がパートタイム雇用を理由に加入資格対象から除外していることを示唆している。

雇用を通じた医療保険への加入状況からは、正規雇用と比較して、非正規雇用の就労者が何らかの医療保険への加入率が非常に低く、特に自らの雇用先で医療保険への加入資格を与えられる割合そのものが低いために、雇用主提供医療保険への加入率が非常に低いことが明らかとなった。また、2000 年代以降、全体的な雇用主提供医療保険の加入率も低下しており、非正規雇用の医療保険加入率はさらに悪化しているといえる。

Ⅲ 産業・雇用構造の変化と医療保障

Ⅱで見たように、正規雇用と比較して、パートタイム雇用を含めた非正規雇用の雇用主提供医療保険の加入率が非常に低く、さらに低下傾向にあるということは、産業構造の変化の中でより大きな影響を及ぼす問題になってきている。すなわち、もともと医療給付の提供率が低い、あるいは不十分な業種・職種が雇用の受け皿の中心になってきており、そのことが医療保障の不安定層の拡大につながっていると考えられるのである。

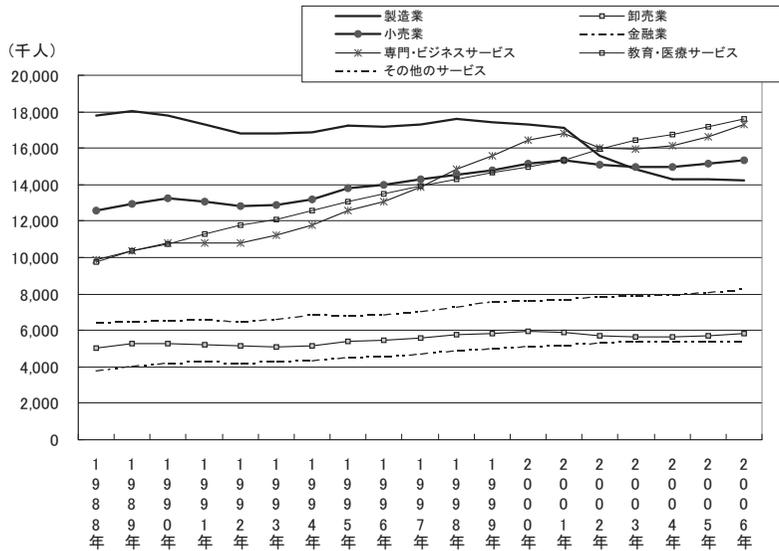
1 産業・雇用構造の変化

アメリカは、2003 年 8 月以来、830 万以上の職が生み出され、2007 年 8 月の雇用統計で純減となるまで 47 ヶ月連続で雇用拡大し、失業率は 4.7% (2007 年 10 月) と低位である。2000 年までは製造業が依然として雇用の受け皿として大きかったが、2001 年以降、雇用の拡大は教育・医療サービス、専門・ビジネスサービス、小売業に牽引されたものである。2006 年の業種別 (非農業産業) での被用者 (16 歳以上) の数をみると、「製造業」が依然として多くの被用者を抱えている一方で、「教育・医療サービス」、「専門・ビジネスサービス」、そして「小売業」が労働者の雇用の受け皿として大きくなっている (図 3 参照)。

職種別被用者数の変化を 2000 年と 2005 年との比較でみると、専門及び関連職、サービス職が非常に増加している。それに対し、製造職は大幅に減少している (表 6 参照)。

また 2000 年代に新たな雇用の受け皿として大きくなっているのは、被用者数の多い大規模事業所というよりむしろ、大企業でも小規模事業所を数多く抱える企業あるいは小規模企業である。Kaiser (2006) によると、2001 年と 2005 年の企業規模別に見た被用者数で

図3：主要な業種別被用者数の推移（1988-2006年）



出所：Bureau of Labor Statistics, Current Employment Statistics Survey より作成.

表6：主要な職種別被用者数の推移（2000-2005年）

(1000人)

	2000年	2005年	2000-2005年の変化
全被用者	122,089	125,889	3,800
管理、経営及び金融関係職	15,110	15,955	845
管理	10,497	10,921	424
経営・金融関係	4,613	5,034	421
専門職及び関連職	24,420	26,271	1,851
コンピュータ・数理	3,194	3,067	-127
建築・エンジニア	2,874	2,593	-281
生命・物理・社会科学	1,111	1,305	194
地域・社会サービス	1,908	2,100	192
法律	1,140	1,261	121
教育・訓練・図書館司書	6,961	7,813	852
芸術・デザイン・芸能・スポーツ・メディア	1,884	1,957	73
医療関係・医療技術	5,349	6,175	826
サービス職	18,748	21,074	2,326
医療支援	2,346	2,971	625
警備	2,552	2,843	291
調理・配膳	6,568	7,361	793
ビル清掃・管理	4,351	4,525	174
介助サービス	2,931	3,373	442
販売・事務職	33,000	32,541	-459
販売関係	13,140	13,630	490
事務・業務補助	19,860	18,911	-949
天然資源、建設、メンテナンス	11,621	12,907	1,286
農業、漁業、林業	1,021	898	-123
建設・解体、採掘関係	6,189	7,296	1,107
掘付、保守、修理	4,411	4,713	302
製造、運輸	19,190	17,142	-2,048
製造	11,062	9,007	-2,055
運輸	8,128	8,135	7

出所：Ilg, Randy (2006) より作成.

表 7：雇用主の規模別にみた雇用構造の変化：2001年，2005年

	2001年		2005年		2001-2005年の変化	
	被用者数	構成比	被用者数	構成比	被用者数	構成比
10名未満	12.8	11.3%	14.5	12.7%	1.7	1.4%
10-24名	10.5	9.3%	10.9	9.6%	0.4	0.3%
25-99名	15.5	13.8%	15.6	13.8%	0.1	0.0%
100名以上	73.9	65.6%	72.6	63.9%	-1.3	-1.7%
全企業	112.7	100%	113.6	100%	0.9	

注：被用者数の単位は，100万人である。

出所：Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2006) より作成。

は，絶対数としては被用者数 100 名以上の企業が多い。しかし，2001 年から 2005 年の間での被用者の増加率で見ると，被用者数 25 名未満の小規模企業，中でも 10 名未満の企業が多くの被用者の受け皿となっている（表 7 参照）¹⁰⁾。

先述の新たな雇用の受け皿となってきている業種は，比較的小さな事業所を多く抱えるような企業形態が多いことが推察できる。Economic Census (2002) で，これらの業種での大企業の集中度を事業所数及び売上高に占める割合でみてみる¹¹⁾。

教育・医療サービスでは全体的に大企業の集中度が低いといえる。例えば，病院 (Hospitals) (NAICS622) は事業所数 6,541 のうち，上位 4 社の事業所数 454 (6.9%)，上位 20 社の事業所数 909 (13.9%) であり，売上高でみると上位 4 社が 9.0%，上位 20 社が 18.8%に過ぎない。また，教育的サービス (Educational services) (NAICS 61) は事業所数 49,704 のうち，上位 4 社の事業所数 485 (0.8%)，上位 20 社の事業所数 1,376 (2.8%) であり，売上高でみると上位 4 社が 6.8%，上位 20 社が 15.4%に過ぎない。

専門的ビジネスサービスも同様である。例えば，コンピュータ・システム・デザイン及び関連サービス (Computer system design & related services) (NAICS 5415) の事業所数 105,674 のうち，上位 4 社の事業所数 1961 (1.9%)，上位 20 社の事業所数 4,349 (4.1%) であり，売上高でみると上位 4 社が 17.5%，上位 20 社が 27.6%である。経営コンサルティング企業 (Management consulting services) (NAICS 54161) の事業所数 93,198 のうち，上位 4 社の事業所数 167 (0.2%)，上位 20 社の事業所数 1,029 (1.1%) であり，売上高でみると上位 4 社が 12.2%，上位 20 社が 24.8%である。

それに対し，小売業 (General Merchandise Stores) (NAICS 452) は事業所数 40,907 のうち，上位 4 社の事業所数 7210 (17.6%)，上位 20 社の事業所数 26,443 (64.6%) であり，売上高でみると上位 4 社が 65.1%，上位 20 社が 94.2%を占めている。

10) Clemans-Cope, L., and B. Garrett (2006)

11) U.S. Census Bureau (2002).

以上のことから、小売業も含めたいわゆるサービス産業・職種での雇用が増加しており、また比較的小規模の企業あるいは大企業でも小規模の事業所が、アメリカ人の雇用の受け皿となってきているといえる。

2 雇用形態の多様化：非正規雇用の増加

いわゆる「非正規雇用」を統計的に把握する場合、Current Population Survey (CPS) Contingent work supplement が有用であるが、アメリカ労働省とアメリカ会計検査院で推計が異なる。この二つの推計を対比させながら、アメリカでの非正規雇用の増加の実態について検討する（表8参照）。

IIで述べたように、アメリカ労働省労働統計局（BLS, U.S. Bureau of Labor Statistics）は、非正規雇用をオルタナティブ就労形態（Alternative work arrangement（代替的就労形態））と、コンティンジェント就労形態（Contingent work arrangement（非伝統的就労形態））という二つの定義から統計的に把握している。コンティンジェント就労者（推計3）は2005年の調査によると約570万人で、1995年以降いずれの推計でもあまり変わっていない。オルタナティブ就労者では、独立契約者が1995年と比較して約200万人増加しているが、その他の就労形態は80万人～250万人である。とはいえ、オルタナティブ就労者は、全被用者の10.9%を占めている¹²⁾。

コンティンジェント就労者は、III-1で明らかとなった2000年以降に雇用が増加している業種に多い。例えば、コンティンジェント就労者（推計3）のなかでは、18.2%が「専門ビジネスサービス」、27.1%が「教育・医療サービス」に就労している。また職種別にみると、コンティンジェント就労者（推計3）の27.2%が「専門職及び関連職」として就労している¹³⁾。

またオルタナティブ就労者でも、同様の傾向がみられる。独立契約者の21.3%が「専門ビジネスサービス」で就労しており、オン・コール労働者の33.8%が「教育・医療サービス」、派遣労働者の31.9%が「専門ビジネスサービス」、業務請負労働者の15.7%が「教育・医療サービス」に就労している。つまり、2000年以降雇用の受け皿として大きくなっている業種、職種は、いずれも非正規雇用の活用が活発であるといえる。

一方、BLSの非正規雇用の推計では、常勤で雇用されながら、正規雇用者よりも週労働時間の短いパートタイム労働者が非正規雇用として把握されていない。アメリカ会計検

12) U.S. Census Bureau (1995-2005).

13) U.S. Bureau of Labor Statistics (2005).

表 8：アメリカ労働統計局と会計検査院の「非正規雇用」の推計：1995-2005年

●BLS による CPS February の集計 (1995-2005年)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年
	人数(100万人)					全被用者に対する割合(%)				
全被用者数	123.2	126.7	131.5	134.6	139.0	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
コンティンジェント労働者										
推計1	2.7	2.4	2.4	2.3	2.5	2.2%	1.9%	1.9%	1.7%	1.8%
推計2	3.4	3.1	3.0	3.0	3.2	2.8%	2.4%	2.3%	2.2%	2.3%
推計3	6.0	5.6	5.6	5.4	5.7	4.9%	4.4%	4.3%	4.0%	4.1%
コンティンジェント労働者以外	117.2	121.2	125.9	129.2	133.2	95.1%	95.6%	95.7%	96.0%	95.9%
オルタナティブ就業形態										
独立契約者	8.3	8.5	8.2	8.6	10.3	6.7%	6.7%	6.3%	6.4%	7.4%
呼出労働者	2.1	2.0	2.0	2.1	2.5	1.7%	1.6%	1.5%	1.6%	1.8%
派遣労働者	1.2	1.3	1.2	1.2	1.2	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%
業務請負企業労働者	0.7	0.8	0.8	0.6	0.8	0.5%	0.6%	0.6%	0.5%	0.6%
典型的就業形態	111.1	114.2	119.1	121.9	123.8	90.1%	90.1%	90.6%	90.6%	89.1%

●GAO による CPS February の集計

	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年	1995年	1997年	1999年	2001年	2005年
	人数(100万人)					全被用者に対する割合(%)				
派遣労働者 (Agency Temporary Workers)	1.2	1.3	1.2	na	1.2	1.0%	1.0%	0.9%	na	0.9%
臨時雇用労働者 (直接採用) (Direct-Hire Temps)	3.4	3.3	3.2	na	3.0	2.8%	2.6%	2.5%	na	2.1%
呼出労働者 (On-Call Workers)/ 日雇労働者 (Day-Hired Workers)	2.0	2.0	2.2	na	2.7	1.6%	1.6%	1.7%	na	2.0%
業務請負企業労働者 (Contract Company Workers)	0.7	0.8	0.8	na	0.7	0.5%	0.6%	0.6%	na	0.6%
独立契約者 (Independent Contractors)	8.3	8.5	8.2	na	10.3	6.7%	6.7%	6.3%	na	7.4%
自営業者 (Self-Employed Workers)	7.3	6.5	6.3	na	6.1	5.9%	5.1%	4.8%	na	4.4%
常勤パートタイム労働者 (Regular Part-Time Workers)	16.8	17.3	17.4	na	18.4	13.6%	13.6%	13.2%	na	13.2%
小計	39.6	39.6	39.3	na	42.6	32.2%	31.2%	29.9%	na	30.6%
常勤フルタイム労働者 (Regular full-time workers)	83.6	87.1	92.2	na	96.4	67.8%	68.8%	70.1%	na	69.4%
合計	123.2	126.7	131.5	na	139.0	100.0%	100.0%	100.0%	na	100.0%

注1：na=データなし。

注2：塗りつぶしは、BLS と GAO の推計の共通部分を示している。

出所：Census (1995-2005), GAO (2000), GAO (2006) より作成。

査院 (GAO, U.S. General Accounting Office / U.S. Government Accountability Office¹⁴⁾) は、2000年、2006年と非正規雇用に関するレポートを出しているが、その中ではより広い範囲の就業者を非正規雇用として捉えようとしている¹⁵⁾。

GAO (2000), GAO (2006) のレポートでは、BLS と同様の CPS Contingent work supplement からより幅広い形で非正規雇用を分析している。最も大きく異なる点は、オ

14) 会計検査院は、2004年 GAO Human Capital Reform Act により、正式名称が“General Accounting Office”から“Government Accountability Office”に改められた。

15) U.S. General Accounting Office (2000), U.S. Government Accountability Office (2006)。

ルタナティブ就労形態ではない常勤でのパートタイム労働者を「非正規雇用」として把握した点である。具体的には、(1)派遣労働者 (Agency Temporary Workers), (2)臨時雇用労働者 (直接採用) (Direct-Hire Temps), (3)オン・コール労働者 (On-Call Workers), (4)日雇労働者 (Day Laborers), (5)業務請負企業労働者 (Contract Company Workers), (6)独立契約者 (Independent Contractors), (7)自営業者 (Self-Employed Workers. ただし独立契約者以外), (8)常勤パートタイム労働者 (Standard Part-Time Workers. 週 35 労働時間未満) の大きく 8 つの指標で非正規雇用を把握している (表 8 参照)。

GAO の定義での非正規雇用では、常勤パートタイム労働者が非正規雇用の 43% と最も多く、2005 年には約 1840 万人となっている。常勤パートタイム労働者をもっとも活用している業種は、小売業、飲食業であり、常勤パートタイム労働者の 22% が小売業で、16% が飲食業で就労している¹⁶⁾。

Fisher らは、非正規雇用を “Nonstandard workers” として把握し、その範囲はほぼ GAO と共通している¹⁷⁾。Fisher らは、BLS の CPS Contingent work supplement は nonstandard worker の規模を過小評価している可能性がある、と指摘している。つまり、Contingent work supplement は、就労者が仕事を掛け持ちしている場合の第 2、第 3 の就労を捨象しており、派遣労働者、業務請負企業労働者を少なく推計している可能性がある。また nonstandard work を網羅的に把握しておらず、特に employee leasing arrangement を把握していないと指摘している。

さらに、実態としても、雇用主が名目上 nonstandard worker として節税や従業員給付コストを削減している場合がある。Fisher らは、nonstandard worker となっても 1 年以上現在の派遣先で働いている場合には実質的に正規雇用であると考え、派遣労働者の 27% (32 万 3000 人)、業務請負企業労働者の 55% (33 万 3000 人)、臨時雇用労働者 (直接雇用) の 50% (150 万人) が 1 年以上同じ派遣先ないし雇用主のもとで働いており、少なくとも 214 万人の労働者が臨時雇用や契約雇用でありながら、実質的には正規雇用労働者である、としている。また、独立契約者も「労働者」としての地位とそれに付随する従業員給付などの義務を回避する一手段となっている。約 120 万人の労働者が、独立契約者であると認識する一方で、賃金労働者でもあるという¹⁸⁾。

CPS Contingent work supplement の 1995 年から 2005 年のデータを見ると、自らの雇用主が提供する医療保険への加入資格のない労働者が加入資格を与えられない理由として、パートタイム雇用を理由とする被用者が非常に多く、1990 年代後半以降非常に多く

16) U.S. Government Accountability Office (2006).

17) Ditsler, E. et al (2005), Fisher, P. S. et al (2005).

18) Fisher, P. S. et al (2005).

なっている。2005年には加入資格のない労働者の56.8%がその理由としてパートタイム雇用であることを挙げている。それに対し、待機期間を満了していないことを理由とする被用者は2001年以降漸減しており、2005年は18.3%である。また契約ないし臨時雇用であることを理由とする被用者は2005年9.4%であった¹⁹⁾。

産業構造の変化と無保険の被用者の増加との関係について、Gliedらは、1987年から2001年までのCPS分析から、無保険者の中での大企業（従業員数500名以上）の被用者の割合の増加、他方で自らの雇用先での医療保険加入率の低下を指摘している²⁰⁾。そしてこの主な要因は、(1)製造業での雇用の減少、(2)労働組合組織率の低下、そして(3)大企業での小規模事業所数の増加であると分析している。Gliedらが分析の結果明らかにした事実は、2001年以降ますます進展していると考えられる。すなわち、雇用の受け皿として非製造業部門がより大きな存在となってきたり、労働組合組織率はますます低下している。

パートタイム雇用も含めた非正規雇用は、2005年で被用者全体の30.2%、約4260万人と1995年と比較して約300万人増加している。就労形態の主流は、常勤・フルタイム雇用であるが、非正規雇用の増加は無視できるものではなく、また賃金や付加給付との関係で不当に非正規雇用として就労させられている可能性も大きくなっており、医療保障の不安定層の拡大が懸念される。

IV ウォルマートの医療給付の実態と戦略

Ⅲでみたように、マクロ的な雇用構造の変化によって医療保障の不安定層が拡大している。しかし実際に近年雇用の受け皿として大きくなってきている企業は、まったく医療給付を行っていないというわけではない。アメリカの医療保障の実態に迫るには、個別企業レベルにまで分析を進める必要がある。

ウォルマートは多大な利益を上げており、またアメリカ最大の雇用主であるにもかかわらず、多くの批判にさらされている。非製造業である小売業やサービス業などの業種やサービス職種が雇用の受け皿として大きくなるに従い、労働組合の支援を受けたウォルマートに批判的な従業員組織は、ウォルマートの従業員の医療に対する姿勢を批判の対象のひとつにしている²¹⁾。だが、ウォルマートは従業員に対して医療保険を提供していないわけで

19) Fronstin, P. (2007).

20) Glied, S., J. M. Lambrew, S. Little (2003).

21) 例えば、全米食品商業労働組合（UFCW, United Food and Commercial Workers）と関係が深い Wake-Up Wal-Mart, サービス従業員国際労働組合（SEIU, Service Employees International Union）系の Wal-

はなく、フルタイム従業員だけではなくパートタイム従業員も対象とした雇用主提供医療保険を提供している。ではなぜウォルマートの医療保障は不十分であるとの批判を受けているのか。ウォルマートの医療給付システムとその実態について検討する。ここでウォルマートを取り上げるのは、ウォルマートの「Every Day Low Price」という経営方針のもとでの従業員への賃金や付加給付などの処遇の在り方は、小売業の、そしてアメリカ企業全体での基準となりうるほどの影響力を持っていると考えるからである。

1 アメリカ最大の企業そしてアメリカ最大の雇用主としてのウォルマート

まず、ウォルマートという会社について整理しておく²²⁾。ウォルマートの純利益は、2007年1月31日会計年度末(2006年2月～2007年1月)で3511億ドル(図4参照)²³⁾、2007年8-10月期決算で前年同期比8%増の28億6000万ドル、売上高は919億5000万ドルで前年同月比9%の伸びであった²⁴⁾。ウォルマートは、2007年Fortune 500, Global 500のいずれにおいてもExxon Mobileを抜いて第1位となっている。大手小売業上位5社で比較すると、ウォルマートの売上高、従業員数は第2位以下を大きく引き離しており、ウォルマートを除く第2位から第4位を合計した規模をはるかに凌駕している(表9参照)。ウォルマートは1990年代以降、食品小売業に本格参入して以来店舗数を大幅に伸ばしてその規模を拡大しており、それに伴って売上高も純利益も増加しているといえる。

他方、雇用の受け皿としてのウォルマートを見てみると、1997年に全米最大の雇用主となり、1999年世界最大の雇用主となった(図5参照)。ウォルマートは1990年代以降大型ショッピングモールへの出店を加速させており、「スーパーセンター」が大幅に増加している。ウォルマート全体の店舗数は世界で6995店舗、うちアメリカ4082店舗であり、店舗形態別に見るとWal-Mart Store 1039店舗、Supercenter 2337店舗、SAM'S Clubs 585店舗、Neighborhood Market 121店舗である。ウォルマートは25州で最大の雇用主となっており、アメリカでは2007年7月時点で136万人以上、全世界で190万人以上の従業員を抱えている²⁵⁾。

ただ、ウォルマートはその労働力構成(フルタイム/パートタイム雇用の比率、転職率など)や賃金体系などについて正式には公表していない。2001年に起こされた女性に対する差

Mart Watch などがある。

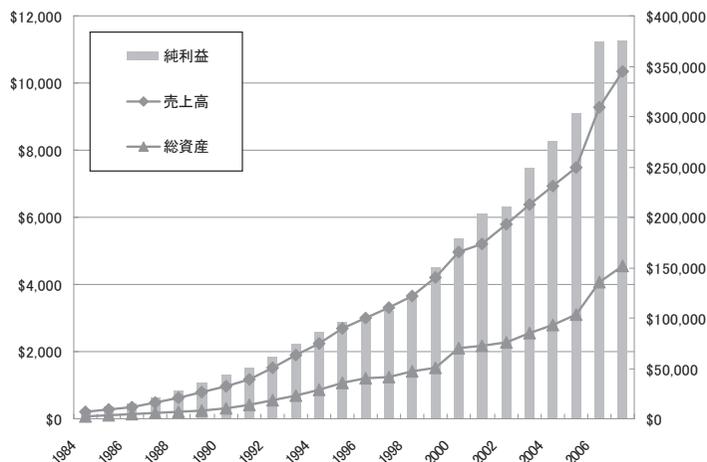
22) Wal-Mart Facts, *Data Sheet*, July 12, 2007.

23) Fortune 500 2007.

24) 日本経済新聞 2007年11月13日.

25) Wal-Mart Facts, *Data Sheet*, July 12, 2007.

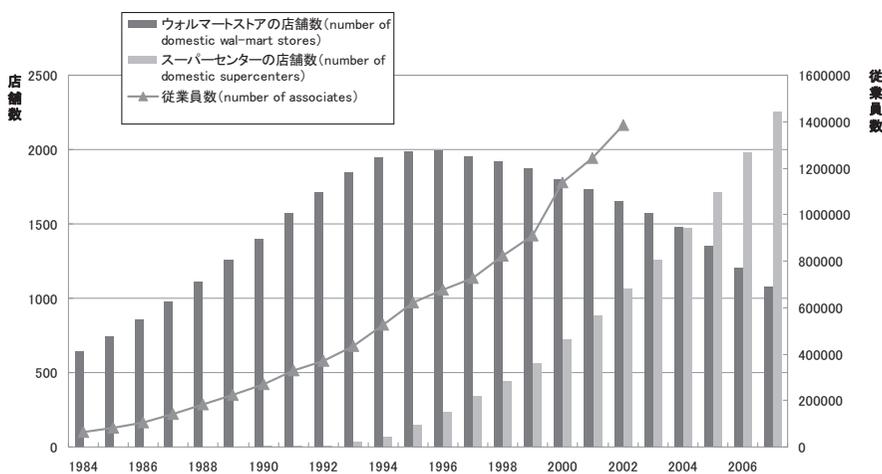
図4：ウォルマートの財務状況（1984-2007年）



注：純利益は左Y軸，売上高及び総資産は右Y軸。単位は，100万ドル。2000年を100とする，GDPデフレーターで調整済。

出所：Wal-Mart Annual Report 各年より作成。

図5：ウォルマートの従業員数と店舗数の推移



注：2003年以降のAnnual Reportには，従業員数の記述なし。ただし，2007年の従業員数は136万人以上である（Wal-Martのホームページより）。

出所：Wal-Mart Annual Report 各年より作成。

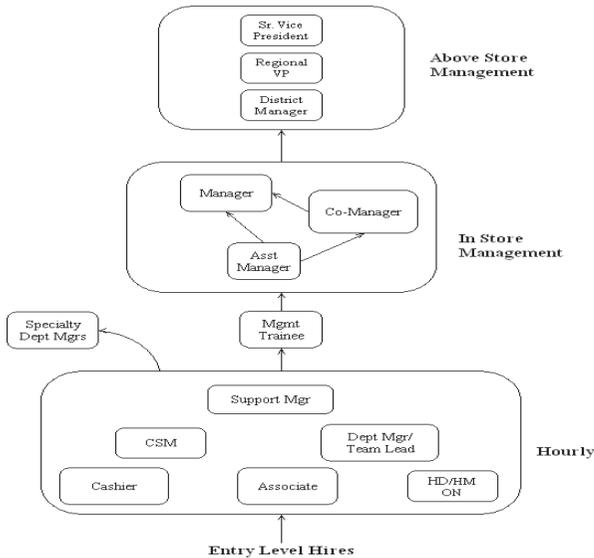
表9：大手小売業の上位5社の比較

	純売上高(100万ドル)	純利益(100万ドル)	従業員数(人)
Wal-Mart Stores, Inc.	344,992	1,128.4	1900000
Target Corp	51,271	2,787.0	352000
Sears Holdings Corp	48,911	1,490.0	352000
BJ's Wholesale Club Inc	7,784	72.0	21200
Family Dollar Stores, Inc.	6,395	195.1	25000

注：数値は，各社の各年度のAnnual Report.

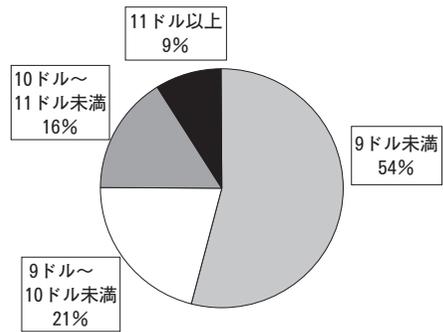
出所：Wal-Mart Stores, Inc. January 31, 2007 Annual Report, Target Corp., January 28, 2006 Annual Report, Sears Holdings Corp., January 28, 2006 Annual Report, BJ's Wholesale Club Inc., January 28, 2006 Annual Report, Family Dollar Stores Inc., August 26, 2006 Annual Report.

図6：ウォルマート・ストアでの職務階層



出所：Drogin (2003).

図7：ウォルマート従業員の賃金構成 (時間給)



出所：UC Berkeley (2004) より作成.

別訴訟の際に、原告側の資料として提出された資料によって、ウォルマートの賃金や付加給付などの処遇が明らかとなった²⁶⁾。この資料は、ウォルマートによって提供された1996年1月から2002年3月までに雇用されていたアメリカの全従業員のデータを含んだ人事データベースの電子コピーなどを、Drogin氏（カリフォルニア州立大学）が分析したものである。

この原告資料によると、ウォルマートでの職務階層は、時間給職務層（Cashier, Associate など）とその上に定額給職務層である管理職となっており、まず時間給従業員として雇用されて、その後昇進すれば管理職になっていくことになっている（図6参照）。ゆえに、ほとんどの従業員は時間給であると推測できる。時間給従業員（フルタイム）の平均時給は Associate 8.73 ドル（男性）、8.27 ドル（女性）、Cashier 8.33 ドル（男性）、8.05 ドル（女性）で、平均年収は Associate 16,526 ドル（男性）、15,067 ドル（女性）、Cashier 14,525 ドル（男性）、13,831 ドル（女性）であった²⁷⁾。また時間給9ドル未満の従業員が54%と過半数を占めており、多くが11ドル未満である（図7参照）²⁸⁾。

小売業従業員（フルタイム）の年間の平均転職・離職率は80%に上るが、ウォルマートはウォルマートのそれが平均よりも低いということ以外、具体的な数値を明らかにしてい

26) Drogin, R. (2003).

27) 2001年のデータである。Drogin (2003).

28) Dube, A. and K. Jacobs (2004).

ない²⁹⁾。

2 ウォルマートの医療ファイナンスとカヴァレッジ

ウォルマートの医療給付の実態はこれまで不詳であったが、2005年末に明らかとなった役員会向けの内部メモ（ウォルマートの Chambers 氏が役員会に提出した“Reviewing and Revising Wal-Mart’s Benefits Strategy”という文書。2005年10月に匿名で Wal-Mart Watch に送られ、その後 New York Times (October 25, 2005) が明らかにした (<http://www.nytimes.com/packages/pdf/business/26walmart.pdf>)。以下では、「Chambers メモ」と略記) から、ウォルマートの医療給付の実態の断片が明らかとなった。Chambers メモから見えてくる医療保険提供者としてのウォルマートと大手小売業一般とを対比しながらみてみよう。

ウォルマートはフルタイム従業員、パートタイム従業員向けの医療給付を行うための自家保険を運営してきた。Chambers メモによると、ウォルマートはその財源として医療保険料の3分の2程度を負担し、残りの3分の1に従業員からの保険料拠出を充ててきたという。2002年のウォルマートの医療給付拠出は9億200万ドル（従業員の保険料と合わせた医療給付コストの約64%）であったが、2002年から2005年の間に医療給付コストが19%上昇し、2005年の医療給付コストは15億1100万ドル（医療給付コストの約67%）となったという³⁰⁾。保険加入者一人当たり2660ドルであった³¹⁾。

アメリカ全体でみても、2002年から2005年の間、雇用主提供医療保険の保険料は再び二桁の伸びとなっていた（図8参照）。Kaiser/HRETによると、従業員5000名以上の大企業では保険料の伸びの平均は、2002年12.7%、2003年13.2%、2004年11.6%で、また小売業全体では2002年13.5%、2003年13.0%、2004年12.4%にまで伸びていた。その中で、2004年の雇用主である企業の平均保険料拠出率は、大企業でみると単身保険84%、家族保険76%であり、小売業では単身保険77%、家族保険68%（最も提供の多いPPOプランに限ってみると、単身保険77%、家族保険66%）であり、これらと比較するとウォルマートの拠出割合は低いといえる³²⁾。

次にウォルマートに雇用されている被用者、家族などの医療保険加入状況を見てみると、

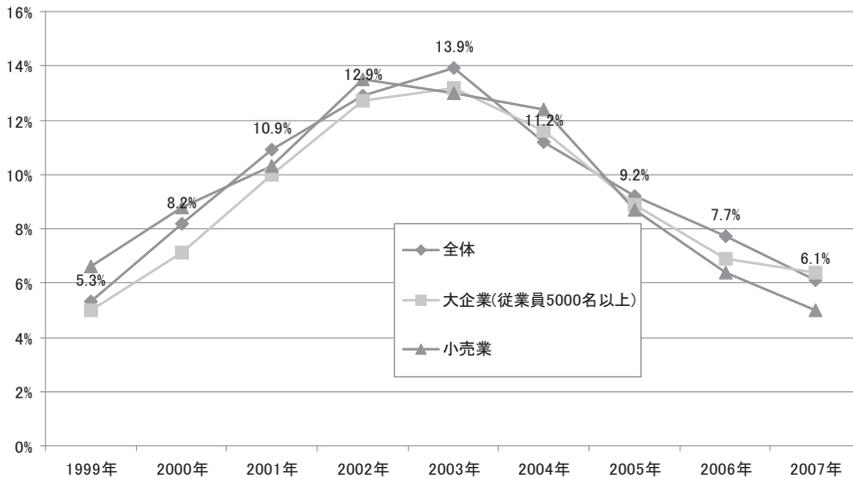
29) *Wall Street Journal*, October 9, 2006.

30) 医療給付コスト上昇の主因は「医療利用の増加」（1年当たり10%上昇）で、その要因の半分は以下の3つが関連しているという。すなわち（1）従業員の急速な高齢化（1年で0.5歳、全国平均0.12歳）（2）疾病率の高さ（特に肥満関連疾患）、（3）非効率な医療利用（救急や病院利用が多く、処方箋薬や医師への受診が少ない）。

31) *Wall Street Journal*, October 9, 2006.

32) Kaiser/HRET (2007).

図 8：雇用主提供医療保険の保険料の伸び：1999－2007 年



出所：Kaiser/HRET (2007) より作成。

ウォルマート従業員のおよそ9割が「何らかの」医療保険に加入している。ただし、従業員のウォルマートの医療保険加入率は、2005年1月時点で45.8%、2006年1月時点で46.2%であり、常に従業員の半分もウォルマートの提供する医療保険に加入していない³³⁾。残りの約4割は、配偶者か両親の保険、あるいはメディケアに加入していると説明しているが、州の各種医療扶助プログラムを受給しているものも決して少なくない。従業員の5%がメディケイド受給者であり、従業員の子供の46%が無保険かあるいはメディケイド受給者（メディケイド27%、無保険19%）である。被用者のメディケイド受給率は全国平均で4%、就労世帯の子供のメディケイド受給率は全国平均22%であることから、ウォルマートのそれらはすべて全国平均を上回っている。従業員の子供のウォルマートの提供する保険プランへの加入状況については公表されていない³⁴⁾。また残りの1割は、無保険者となっている。

Current Population Survey (CPS) によると、被用者（18-64歳）の雇用主提供医療保険の加入率は70.9%（2006年）であり、2000年代に入り減少傾向にあるものの7割は雇用主提供医療保険に加入している。また被用者（同上）のメディケイドの受給率は4.6%で、卸・小売業の被用者では4.8%である³⁵⁾。

33) *New York Times*, February 24, 2006. David L. (2006) によると、2003、2004年の実際のウォルマートの雇用主提供医療保険の加入は4割にも満たないという。

34) *New York Times*, February 24, 2006.

35) Fronstin (2007).

表 10：ウォルマート従業員およびその子供の医療保険加入状況

	自らの雇用主提供医療保険	メディケイド／SCHIP	医療保険なし	メディケイドと無保険者の合計
就労者				
ウォルマート	48.0%	5.0%	19.0%	24.0%
大手小売業	53.5%	4.9%	17.6%	22.5%
小売業全体	46.2%	4.9%	20.9%	25.8%
就労者の子供				
ウォルマート	na	27.0%	19.0%	46.0%
大手小売業	na	21.7%	7.4%	29.1%
小売業全体	na	22.7%	9.1%	31.8%

注 1：na=データなし。

注 2：大手小売業は、従業員数 1000 名以上である。

出所：Dube et al (2005) より作成。

表 11：コストコとウォルマートの医療給付に関する比較

	Costco	Wal-Mart
従業員の雇用主提供医療保険加入率	82%	48%
医療給付への加入資格を得るまでの待機期間		
フルタイム	3 ヶ月	6 ヶ月
パートタイム	6 ヶ月	24 ヶ月
医療保険料の雇用主拠出率	92%	66.6%
パートタイム従業員の比率	43%	50%

出所：Wall Street Journal, March 24, 2004.

UC Berkeley Labor Center は、2004 年、2005 年のカリフォルニア州での従業員数 1000 名以上の大手小売業とウォルマートの医療保障を比較研究しているが（表 10 参照）、それによると、従業員の雇用主提供医療保険への加入率は、大手小売業 53.5%に対し、ウォルマートは 48.0%と低い。また子供のメディケイド受給率も大手小売業 21.7%に対しウォルマート 27.0%、子供の無保険率は大手小売業 7.4%に対しウォルマート 19.0%とウォルマートが大きく上回っている。同じ大手小売業と比較しても、ウォルマート従業員やその子供の医療保険への加入率の低さが目につく³⁶⁾。

大手小売業のなかでも従業員に対する処遇が非常に手厚いといわれるコストコ (Costco wholesale corp.) は雇用主の保険料拠出率が 92%、待機期間がフルタイム従業員 3 ヶ月、パートタイム従業員 6 ヶ月であるのに対し、ウォルマートの医療保険料拠出率は 66.6%と低く、医療給付の加入資格が得られるまでの待機期間はフルタイム従業員 6 か月、パートタイム従業員 2 年と非常に長い（表 11 参照）³⁷⁾。

36) Dube, A. and K. Jacobs (2004), Dube, A., K. Jacobs, and S. Wertheim (2005).

37) Wall Street Journal, March 24, 2004. 後述するように、ウォルマートは 2006 年の医療給付改革で 2007 年以降パートタイム従業員の待機期間を 2 年から 1 年に短縮した。

また連邦の税法では、従業員の付加給付の個別内容に関する支出まで報告を義務付けていないが、医療保険料や年金なども合わせた雇用主拠出総額は報告されている。それによると、他の大手小売業と比較して、ウォルマートの付加給付総額に対する雇用主拠出の割合は、63.2%と現存する小売業の中では最も低い。最も拠出割合が高いのはコストコの80.22%であった³⁸⁾。

ウォルマートは「フルタイム雇用」を週労働時間34時間以上としているが、フルタイム従業員が70%と多いにもかかわらず、医療給付を含めた付加給付が非常に低いといえる。

さらに Chambers メモの中では、年金(401(k))や有給休暇などを含めた従業員給付コスト全体が上昇しており(2002年~2005年の間に年平均15%上昇)、その理由として従業員の勤続期間が長期化していることをあげている。その結果、賃金上昇だけではなく、より多くの従業員が年金(401(k))や有給休暇といった給付プランへの受給資格を得るようになって、ウォルマートの人件費を引き上げていると指摘している。その上で、勤続7年の従業員のコストは勤続1年の従業員よりも55%あまり高いにもかかわらず、両者の生産性に違いはない、つまり時間当たりの売りに相違はないとの認識を示している。より労働生産性を向上させるためにパートタイム雇用を、現在の25%から40%にまで引き上げることを提案していた。ウォルマートではパートタイム雇用を「Peak-Time Worker」と呼んでいるが、フルタイム雇用と比較して保険加入資格を得るまでの長期の待機期間を設定しているパートタイム雇用は、転職率も44%と高いため、ウォルマートの保険プランへの加入資格を得る可能性が低く、「効率的である」との判断があったといえる。

3 ウォルマートの医療給付システムと2006年改革：高免責額保険の導入

ウォルマートは、その店舗数や雇用の受け皿としての影響力を増すに伴って、その処遇の低さについて、特に医療給付の不十分さを理由に労働組合の支援を受けた従業員組織や州政府から批判されることが多くなった。ウォルマートとしては、企業イメージ向上のために高失業率、高犯罪率の地域に新たに50店舗進出する計画を明らかにするなど、新たな雇用と経済的機会の創出に役立つ、ということを経営者側が強調しその評価の低下に歯止めをかけ、改善しようとしてきた。とりわけ、従業員の医療保障に関する批判については強硬な姿勢を貫いていたが、2006年2月に初めてこれまでの医療給付プランに修正を加えることを発表した³⁹⁾。

38) Human Right Watch (2007).

39) *Businessweek*, April 19, 2006.

表 12：ウォルマートの医療給付プラン

Standard Plan				Network Saver Plan					
単身保険		家族保険		単身保険			家族保険		
免責金額	月額保険料	免責金額	月額保険料	免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)	免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)
350ドル	98.85ドル	1050ドル	341.10ドル	350ドル	86.91ドル	69.52ドル	1050ドル	309.60ドル	256.37ドル
500ドル	83.65ドル	1500ドル	295.48ドル	500ドル	73.87ドル	57.57ドル	1500ドル	267.23ドル	218.35ドル
1,000ドル	49.97ドル	3000ドル	193.36ドル	1000ドル	41.28ドル	29.33ドル	3000ドル	169.46ドル	139.05ドル
外来受診の場合、自己負担20ドル				ネットワーク内の外来受診の場合、自己負担20ドル					
ネットワーク内・外の外来受診の場合、自己負担 Covered Expenses の 20%				ネットワーク内の外来受診の場合、自己負担 Covered Expenses の 20%。ネットワーク外の外来受診の場合、自己負担 Covered Expenses の 50%					
ネットワーク外の入院の場合、自己負担 Covered Expenses の 50%				* ネットワーク外の入院には給付しない。自己負担 100%					
ネットワーク内・外の受診の場合、自己負担実際の治療費と Maximum Allowable Charge の差額				ネットワーク外の受診の場合、自己負担は、実際の治療費と Maximum Allowable Charge の差額					
ネットワーク外の入院にかかる自己負担、及び ER・救急利用にかかる免責金額と薬剤費の自己負担は、年間の免責金額に算入しない				ER・救急利用にかかる免責金額と薬剤費の自己負担は年間の免責金額に算入しない					

注 1：Standard Plan は 2006 年改革までは、“Network Plan”，Network Saver Plan は “Network Dollar Saver Plan” と呼ばれていたものである。

注 2：maximum allowable charge とは、所定の地域で提供された医療サービスに対して、保険プランがその医療提供者に対して支払う金額（通常、プランと医療提供者間で価格交渉が行われる）。

注 3：covered expenses とは、ウォルマートが独自に以下のように定義している。「(1) 医学的必要性、(2) 慣習的・合理的金額あるいは maximum allowable charge を超えない、(3) 保険プランでカバーされているサービス、(4) そのプランの上限を超えない、以上の条件を満たす医療サービス及び医薬品の料金」。

出所：Human Right Watch (2007), Wal-Mart (2006) より作成。

ここではウォルマートが実際にどのような医療給付プランを、どのような条件で提供してきたのか、そして 2006 年になって発表した医療給付改革の中身について検討する⁴⁰⁾。

ウォルマートは、自家保険として PPO (Preferred Provider Organization) プラン型⁴¹⁾の Standard Plan (以前は Network Plan) と Network Saver Plan (以前は Network Dollar Saver Plan), そして地域によっては HMO (Health Maintenance Organization) プランの 3 種類の保険プランを提供してきた (表 12 参照)。

Standard Plan の月額保険料は単身保険が 50ドル～、家族保険が 200ドル～で、免責金額が高くなるほど保険料が安く設定されている。Network Saver Plan の月額保険料は単身保険 41ドル～、家族保険が 170ドル～で、Standard Plan のそれらよりも同じ免責金額でも保険料が低く設定されている。ただし、ネットワーク外の外来受診や入院の自己

40) 特に断らない限り、Wal-Mart (2006a), Human Right Watch (2007) による。

41) PPO プランとは、伝統的出来高払い保険を基本としつつ、保険者と医療提供者の間で医療費の値引き交渉が行われ、契約を結んだ医療提供者のネットワークを持った医療保険プランである。詳しくは、長谷川 (2006 年 c)。

負担が高く、よりネットワーク内での医療へのアクセスを促すものといえる。

従業員の医療費負担を見ると、実際に加入できても“Underinsured”である従業員が多い⁴²⁾。David (2006)によると4人家族の場合、保険からの給付を受ける前に所得の3割相当を自己負担せねばならない。また平均して、保険料、免責金と自己負担を合計した医療費負担は所得の8%に相当し、全国平均の2倍になるという。家族保険であれば、世帯所得の74~150%を負担して初めて保険からの給付が下りるということになり、実質的には保険からの給付を受けるのはまれである。従業員の38%がウォルマートでの所得の16%以上を医療費に充てていた。ウォルマート自身が「我々の保険プランは低所得世帯には高すぎる」と認めていた。

2005年秋、ウォルマートは、従来の2プランに加えて、2007年以降の保険プランの選択肢として新たに「格安」の医療保険プランを導入し、最大18種類の医療プランを提供することを明らかにした。新たな保険プランの保険料は月額11ドル~とそれまでのプランと比較して非常に低く、低賃金の従業員でも入手可能な保険プランを提供する、という方向を示した。

それでは新たに導入されたバリュー・プラン (Value Plan) と HSA 付プラン (HSA Qualified plan) についてみてみよう (表13参照)⁴³⁾。バリュー・プラン、HSA 付プランは、いずれもいわゆる消費者主導型医療を念頭に置いたものといえる。HSA 付プランは医療費の自己負担部分に当てることが可能な医療貯蓄勘定 (Health Saving Account, HSA) と組み合わせられて提供されるプランである。いずれにも、地域によってはより保険料の低い Performance プランを提供するとした。Kaiser/HRET (2007)によると、高免責額保険を提供している雇用主は7%、加入従業員は4%にすぎない⁴⁴⁾。

月額保険料は、既存のウォルマートのプランと比較して、40~60%安く、平均して、単身保険25ドル未満、家族保険(夫婦のみ)37ドル、家族保険(子供あり)65ドル~と予測された。ただ、最も安い月額保険料11ドル(単身保険)のプランは、ほんの一部地域だけでの提供となるとのことであった⁴⁵⁾。

従来のプランと比較して低額な保険料になったのは、免責金額の設定と関連している。バリュー・プランの免責金額は、単身保険の場合保険料22.81ドル(Performanceプランの場合10.86ドル)で1000ドル(年間)、家族保険の場合保険料65.18ドル(Performanceプランで32.60ドル)で3000ドル(最大)とされた。これらの通常の免責金に加えて、ERや救

42) David L. (2006).

43) Wal-Mart (2006a), Human Right Watch (2007).

44) Kaiser/HRET (2007).

45) *New York Times*, October 24, 2005.

表 13：2006 年改革で新たに導入された医療保険プラン

Value Plan						HSA Qualified Plan					
単身保険			家族保険			単身保険			家族保険		
免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)	免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)	免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)	免責金額	月額保険料	(一部地域の保険料)
1000ドル	22.81ドル	10.36ドル	3000ドル	65.18ドル	32.60ドル	1250ドル	47.80ドル	35.85ドル	2500ドル	140.13ドル	105.37ドル
/	/	/	/	/	/	3000ドル	17.38ドル	10.86ドル	6000ドル	52.14ドル	32.60ドル
ネットワーク内の外来受診の場合、自己負担 20ドル						ネットワーク内の外来受診の場合、自己負担 21ドル					
ネットワーク内の医師の場合、自己負担 Covered Expenses の 20%						ネットワーク内の医師の場合、自己負担 Covered Expenses の 21%					
ネットワーク外の医師の場合、自己負担 Covered Expenses の 50%						ネットワーク外の医師の場合、自己負担 Covered Expenses の 50%					
ネットワーク外の受診の場合、自己負担実際の治療費と Maximum Allowable Charge の差額						ネットワーク外の受診の場合、自己負担実際の治療費と Maximum Allowable Charge の差額					
ネットワーク内のすべての自己負担は、自己負担上限額に算入する						ネットワーク内のすべての自己負担は、自己負担上限額に算入する					
ER・救急利用にかかる免責金、治療別の免責金、及び薬剤費にかかる自己負担は年間の免責金額に算入しない						薬剤費にかかる免責金も含めたすべての自己負担は、年間の免責金額に算入する					
免責金額を満たす前でも、ネットワーク内の受診に限り 3 回まで自己負担 20 ドル。ただし、4 回目以降は、免責金額を満たすまで全額自己負担。						プラン加入者は、所定の医療費に充てる目的で、課税前所得を医療貯蓄勘定に拠出できる。					

注 1：上記自己負担は、保険プランの提示する免責金額を満たしてのち発生する。
初年度は加入者一人当たり 2 万 5 千ドルの自己負担上限額が設定されている。
注 2：maximum allowable charge とは、所定の地域で提供された医療サービスに対して、保険プランがその医療提供者に対して支払う金額（通常、プランと医療提供者間で価格交渉が行われる）。
注 3：covered expenses とは、ウォルマートが独自に以下のように定義している。「(1) 医学的必要性、(2) 慣習的・合理的金額あるいは maximum allowable charge を超えない、(3) 保険プランでカバーされているサービス、(4) そのプランの上限を超えない、以上の条件を満たす医療サービス及び医薬品の料金」。
出所：Human Right Watch (2007), Wall-Mart (2006) から作成。

急を利用した際の免責金、特定治療にかかる免責金、および薬剤費にかかる自己負担金などが設定され、これらの負担は通常の免責金に算入しないとされた。さらに、病院利用に関する免責金（入院免責金 1000 ドル、外来手術免責金 500 ドル）と処方箋薬にかかる免責金（300 ドル）がそれぞれ請求されることとなった。ただし、免責金支払い開始前に、医師への受診 3 回、ジェネリック薬 3 回まではプランから全額給付することとした。また 20 種類ほどのジェネリック薬についての自己負担金を 10 ドルから 3 ドルに減額し、それ以外の処方箋薬については 20% の値引きで購入できるとした。加入 1 年目の給付上限額は 2 万 5 千ドルで、2 年目以降に上限額設定はない。

HSA 付プランは免責金や給付開始後の自己負担部分に当てることが可能な HSA と組み合わされた医療貯蓄勘定付高免責額保険であるが、その保険料も免責金額の設定次第で大きく変わる。例えば、単身保険の場合、免責金額を 1250 ドルとすると保険料 47.80 ドル（Performance プランの場合 35.85 ドル）であるが、免責金額を 3000 ドルとすると、保険料は 17.38 ドル（Performance プランの場合 10.86 ドル）と大幅に安くできる。また家族保険

の場合には、免責金額 2500 ドルのプランでは保険料 140.13 ドル（Performance プランの場合 105.37 ドル）であるが、免責金額 6000 ドルでは保険料 52.14 ドル（Performance プランの場合 32.60 ドル）と、前者より半分近くも保険料負担が軽くなるといえる。HSA 付プランへの加入は 2 年目（12ヶ月以上ウォルマートの保険プランに加入）から可能であり、ウォルマートは従業員の拠出額と同等額を、最大 2400 ドル貯蓄勘定に拠出するとした⁴⁶⁾。

新たな保険プランの導入と同時に、ウォルマートは給付戦略についての見直しを行った。医療給付に関する基本方針の中には、(1) 医療保険加入にかかる条件の見直し、(2) 従業員の配偶者に対する給付の引き下げ、という医療給付そのものに関するものから、(3) 店舗へのクリニック設置の促進、といった医療提供そのものにかかわるものも含まれていた。

(1) の加入条件の見直しでは、従業員本人と子供の加入資格の付与を労働時間 1000 時間以上、配偶者の加入資格の付与を労働時間 2000 時間以上の従業員に与えるという方針を示した。これによって、フルタイム従業員の待機期間は従来通り 6 か月（180 日）、パートタイム従業員の待機期間を 2 年から 1 年に短縮した。またパートタイム従業員の親が加入資格を得た段階で、その子供にも加入資格を付与するとした。ただし 2007 年 1 月 1 日以降に雇用された従業員は、待機期間を経てのち、バリュー・プランか HSA 付プランのいずれかにしか加入資格を与えないとした。

(2) については、配偶者がウォルマートの保険に加入する場合には、より高額な保険料とそのほかの追加負担を課すという方針を示した。具体的には、1998 年 1 月 1 日以降に雇用された従業員の配偶者が、自らの雇用先での保険加入の可能性があるにもかかわらず、ウォルマートのプランに加入する場合には月額 162.50 ドルの追加負担を課すということにした。

(3) の店舗へのクリニック設置に関しては、救急治療室の利用を抑制することを目的に、店舗にクリニックを順次設置することを明らかにした。ウォルマートの Chambers メモのなかでは、医療利用の増加を医療給付コスト増加の主因とみており、増加の要因のひとつが医師への受診や薬剤費の利用が少なく、救急利用が多いことにあると指摘していた。

4 2006年改革からみるウォルマートの従業員の医療保障への姿勢

ウォルマートの 2006 年医療給付改革は、ウォルマートの従業員に対する処遇の姿勢を転換したといえるのだろうか、またウォルマートの従業員の医療保障にどのような影響を

46) Wal-Mart (2006a).

与えたのだろうか。

2006年の改革案発表以前では、ウォルマートは従業員の医療保障に関してウォルマートのプランに問題はない、との姿勢を示していた。ウォルマート側は、「従業員の90%が何らかの医療保険に加入している。多くがウォルマートの提供するプランに加入していないのは、メディケア適格の高齢者、両親の保険に加入する学生、副業や配偶者の勤め先のプランに加入する従業員が多いためである。」「我々はアソシエート（従業員一筆者）を大切にするためにできることはすべて行っており、コスト転嫁などしていない」と主張し、さらに「上昇する医療費を企業が負担できるか、あるいは負担すべきかどうかというより大きな問題は、国家的な問題である」と主張していた⁴⁷⁾。

しかし、AFL-CIOは「明確に医療保険を従業員に与えることを拒否しており、保険を購入するには相対的に高額なものにしていることで、ウォルマートは他の大企業と比較して従業員の雇用主提供医療保険への加入が少ない」と指摘していた。具体的には、従業員の保険加入資格を得るまでの待機期間の長さや家族保険へのアクセスの制限（パートタイム従業員の扶養家族には加入資格がなかった）、さらに高額な保険料に加えて、年間の免責金額を含めると、最も保険料の安い医療保険プラン（単身保険）を選んだとしても、フルタイム従業員（週労働時間34時間）の年間所得の45%を支出しなければならない、と批判していた⁴⁸⁾。

2006年2月以降に2007年以降適用される新たな医療給付プランを発表したのち、Lee Scott氏（ウォルマート最高経営責任者（CEO））は、ウォルマートの従業員医療給付プランは「不完全（not perfect）」ではあるかもしれないが、ウォルマートは医療給付を拡大し、さらに従業員と一般大衆向けの店舗併設の低コストの診療所の開設によって、医療システムを改善することに熱心である、と発言した。さらにウォルマートを焦点とした雇用主提供医療保険に関する議論に対しては「結局のところ、このことは私の問題ではないしウォルマートの問題でもなければ、あなた方（州政府）の問題でもない。それは我々すべての問題であり、この国をすばらしい国として維持するために我々に何ができるかという問題なのだ」（全国知事会議上での発言）と発言した⁴⁹⁾。

ウォルマートの人事部長Chambers氏は、2005年のChambersメモのなかで、ウォルマートの医療保険プランは、少なくともいくつかの批判には弱い、すなわち医療保険の入手しやすさと従業員のメディケイドへの依存という2点については批判されても仕方がない、と認めていた。そして2006年5月の特別のオープン・エンロールメント期間と通常

47) *New York Times*, November 1, 2004.

48) AFL-CIO (2003).

49) *New York Times*, February 27, 2006.

表 14：ウォルマート従業員の医療保険加入状況（2007年1月1日時点）

	被用者に占める割合	人数
ウォルマート提供の医療保険	47.4%	636,391
配偶者の医療保険	22.2%	298,637
個人購入保険	2.5%	34,194
その他・以前の雇用主提供医療保険	3.4%	45,341
メディケア	4.5%	59,876
退役軍人医療保険	2.3%	30,485
メディケイド	1.9%	25,681
メディケイド以外の州提供医療プログラム	1.2%	15,712
両親・学校・大学提供の医療保険	4.2%	56,529
上記以外の医療保険	0.8%	10,754
無保険	9.6%	129,252
合計	100.0%	1,342,852

注1：2007年1月1日時点で、ウォルマート提供の医療保険への加入資格を持つ従業員は、全体の76.3% (1,024,894人)。

注2：被用者に占める割合は、2007年1月1日時点のものである。

注3：数値は、2006年9月16日～10月27日のオープンエンロールメント期間に実施した調査による。

出所：Wal-Mart (2007) より作成。

の秋のオープン・エンロールメント期間を経て、2007年1月に初めて20万人以上の従業員の医療給付について行なわれた調査の分析結果が公表された（表14参照⁵⁰⁾。これによると、ウォルマートの提供する医療保険への加入率は47.2%と相変わらず50%に満たなかったことが明らかとなった。当初、ウォルマートのChambers氏はバリュー・プランの加入を従業員の「少なくとも半分までに」増やすとしており、また「わが社は国民皆保険という理想に大きく貢献するつもりだ」と強調していた⁵¹⁾。しかし従業員の3.1%、4万人以上がメディケイドをはじめとした州の医療扶助プログラムを受給しており、1割近くの従業員（9.6%）が無保険状態であることが明らかとなった。

ウォルマート従業員の76.3%（約102万人）が加入資格を持っていたが、加入者数を加入資格保有者数で割ったTake-up率は約62%であった⁵²⁾。Kaiser (2006)によると、Take-up率は小売業で平均して75%、従業員数5000人以上の大企業では平均80%であり、それらと比較してウォルマートのそれは非常に低いといえる。

ウォルマートは、新たな保険プラン導入を発表した時点で、新たなイニシアティブによって医療保険加入者数は伸びるであろうが、すべての従業員がウォルマートの医療保険プランに加入するということはないだろうとの見通しを示していた。つまり、ウォルマートは多くの学生、副業として働く人、高齢者などを雇用しており、彼らはすでにほかに医療保険（退役軍人保険、メディケア、両親の医療保険など）に加入しているため、ウォルマートの

50) Wal-Mart (2007), *Washington Post*, January 11, 2007.

51) ダウ・ジョーンズ米国企業ニュース 2006年2月24日, 日本経済新聞夕刊 2004年4月18日.

52) Human Right Watch (2007).

提供する保険への加入率が低いことにはそれ相応の事情があり問題ではないとしていた⁵³⁾。

しかしその一方で、「小売業は労働集約的な産業であり、GM 社がアメリカ経済で果たしてきたような役割は担えない」⁵⁴⁾、「戦後 GM 社が担ったような役割をウォルマートにしろという批判がある。つまり（賃金やヘルスケア制度を他社に先駆けて充実させることで）中産階級を作り出せということだが、小売業が GM 社のような役割を引き受けることはできない」⁵⁵⁾（いずれも Lee Scott 氏（ウォルマート CEO）とも発言している。このことは、ウォルマートにおける従業員の待遇の低さを認めたものといえよう。

労働組合である UFCW の支援を受けて活動している従業員組織である Wake Up Wal-Mart の Chris Kofinis 氏は、そもそもウォルマートが低賃金のために保険料負担や免責金の支払いに支障をきたしているということを問題にしている。「(バリュー・プランなどのウォルマートの医療改革は)空虚な人目を引く PR 活動」で、ウォルマートの低賃金は、従業員が医療保険の保険料や高額な免責金を支払うことをほとんど不可能にしている、と主張している⁵⁶⁾。ウォルマートの新たな保険プラン導入の発表を受けても株価にほとんど影響がなかったということから、「ウォルマートはほとんど誰も（新たに一筆者）加入しないであろうから、この医療保険プランに多くを費やす必要がないということを知っているのだ」として、ウォールストリートもそれを認めているのだ、と批判した。また、「彼らが設定した免責金額や自己負担上限額の水準はあまりにひどく、ウォルマートほどの規模からすると、他の小売業よりも高い水準の医療プランを提示すべきである」と批判している⁵⁷⁾。

Wall Street Journal によると、小売業の多く（84%）は PPO プランを最優先のプランとして提供しており、そのプランの平均免責額は、250 ドル～350 ドルである。小売業の中でも従業員に対する処遇が手厚いと言われているコストコは、従業員の医療保険料 15 ドル～254 ドル、免責金 200 ドル（フルタイム）～500 ドル（パートタイム）の医療保険プランを提供しているという。またコストコの人事管理方針として、従業員の保険料負担の 90%を企業が負担するよう努力しているという。

2005 年に明らかとなったウォルマートの Chambers メモの内容が 2006 年以降実行されており、そのことによって医療給付制度の「拡充」の一方で、実際に給付を受けられない従業員が生まれているという指摘がある⁵⁸⁾。つまり、賃金キャップ制や労働時間の弾力

53) *Businessweek*, April 19, 2006.

54) 日経流通新聞 MJ 2006 年 7 月 21 日.

55) 日経ビジネス, 2006 年 7 月 10 日号.

56) *Businessweek*, April 19, 2006.

57) *Wall Street Journal*, October 9, 2006.

58) *New York Times*, October 2, 2006.

化を推進し、それを受け入れない従業員には週労働時間を大幅に削減するなどして制裁的な措置をとっているという。オクラホマ州・ポンカのウォルマート従業員である Wright 氏（67 歳）は、勤続 22 年であるが、昼夜問わずの勤務の命令を拒否して、週労働時間を 32 時間から 8 時間にカットされた。Wright 氏は「ウォルマートは私をお払い箱にしようとしており、それは医療保険と賃金を節約するためだ」と考えている。ウォルマートは、勤続年の長い従業員あるいはフルタイム従業員を排除し、この動きがウォルマートの競争力を保障するとしているという指摘については、強く否定している。しかし、実質的に Chambers メモの内容が実行されているといえるのであり、またウォルマートの賃金キャップ制や労働時間の弾力化といった新たな労働慣行は、他の大手小売業においてもパートタイム雇用のより一層の活用、賃金キャップ制の導入など、幅広く影響を与えている。

5 さらなる改革案の提示とその行方

ウォルマートは 2007 年 9 月 18 日、人件費を削減、保険加入を拡大、安価な処方箋薬を提供することを目的とした、2008 年以降の医療給付プランを発表した⁵⁹⁾。その発表内容から明らかとなった新医療給付プランの特徴は、保険料と免責金額との組み合わせの種類を大幅に増やし、新たに Health Care Credit（医療補助金）を提供するとしたこと、また低額で購入できる処方箋薬の種類もまた大幅に増やした、という点にある。

2008 年の医療給付プランでは、月額保険料は 5 ドル～、年間免責金額は最高 2000 ドルのなかから、Health Care Credit の額との組み合わせで補償内容を加入者一人一人がカスタマイズできるとされ、その種類は 50 種類以上に上る。Health Care Credit とは、バリュー・プランに加入する従業員やその家族それぞれに対し、医療費支払いに充てるための補助金を付与するというものであり、それは 100、250、500 ドルの 3 段階であるという。例えば、月額保険料 8 ドル（一部地域では 5 ドル）とすると、health care credit 100 ドル、免責金額 2000 ドルとなり、月額保険料 79 ドル（一部地域では 69 ドル）とすると、health care credit 100 ドル、免責金額 500 ドルの医療プランということになる（表 15 参照）。

免責金額を満たしてのちは、ネットワーク内の医療サービス利用の 8 割を給付し、自己負担上限額を満たしてのちは、ネットワーク内の医療サービス利用の 10 割を給付としている。またバリュー・プラン加入者に対して通常の免責金とは別に設定していた、病院利用に関する免責金を廃止するとした。

59) Wal-Mart Facts, Wal-Mart Announce Improvements to 2008 Health Benefits Package, September 18, 2007.

表 15：2008年の医療給付プランの一例（ウォルマート）

	保険料	health care credit	免責金額	その他
プラン 1	8 ドル (一部地域 5 ドル)	100 ドル	2000 ドル	生涯給付上限設定なし。 2400 以上のジェネリック薬 を 4 ドルで購入可能。
プラン 2	13 ドル (一部地域 9 ドル)	100 ドル	1000 ドル	
プラン 3	24 ドル (一部地域 12 ドル)	250 ドル	1000 ドル	
プラン 4	79 ドル (一部地域 69 ドル)	100 ドル	500 ドル	

注：2007年9月発表時点。

出所：Wal-Mart Facts, Wal-Mart Announce Improvements to 2008 Health Benefits Package, September 18, 2007. (<http://www.walmartfacts.com/articles/5301.aspx>) より作成。

またバリュー・プラン導入時点では、3ドルで購入できる処方箋薬は20種類ほどであったが、2008年度からは2400種類以上のジェネリック薬を4ドルで購入できるようにした（一般の消費者向けに売られているものより1000種類以上多い）。ブランド薬品は30～50ドルで提供する。また予防医療を重視する姿勢を示し、免責金額を満たす前でも、先述の補助金を予防医療に当てるとした。

バリュー・プラン導入と同時に、従業員の配偶者が、自らの雇用先で加入可能な保険があるにもかかわらずウォルマートの保険に加入する場合には、保険料とは別に追加的に月額162.50ドルを拠出させる、という制度を導入していた。当初、これは1998年1月1日以降に雇用された従業員を対象としたものであり、2008年1月より1998年1月1日より前に雇用された従業員にも適用するとしていた⁶⁰⁾。しかし、2007年9月の発表の際に、2008年以降この追加料金を廃止するとした。

ウォルマート自身は、この新たな改革案について、従業員で無保険状態にある12万5千人のうち何人が加入するか分からないが、すでに加入している63万6000人の従業員にとっては改善である、と評価している。また他のディスカウント小売業のライバル社にとっては、より充実したプランを提供せねばならなくなるような圧力をかけることになるだろうとしている。

また医療に関する雇用主連合の全国組織であるNBGH (National Business Group on Health) のHelen Darling氏は、「4ドルのジェネリック薬といった改革の一部については、“game-changing (発想の転換)”である」と一定の評価をしている⁶¹⁾。

しかしウォルマートに批判的なFamilies USAのPollack氏らは、「額面どおりに受け止めると、重大な変更であり、改善であるように見える」が、新たなプログラムの但し書き（隠された不利な条件）をまだ見ていないと指摘している⁶²⁾。またWal-Mart Watchは「これらのプランは低賃金労働者にとってはまだ加入困難なものであり、長期の待機期間

60) Human Right Watch (2007).

61) *New York Times*, September 19, 2007.

62) *New York Times*, September 19, 2007.

のためにアクセス不可能なものである」と批判している⁶³⁾。

ウォルマート側の主張としては、自らの医療の必要性に応じて、免責金額、ウォルマートからの Health Care Credit (医療補助金)、それらに応じた保険料の3つを組み合わせ、自らの選択によって50種類以上のカスタマイズが可能であり、保険料負担可能性 (affordability) を高めたとしている。しかし、雇用主としてのウォルマートの財政的責任及び制度運営上の医療保障の責任については不明である。また従業員の保険料負担が低額に抑えられたとしても、それは高額な免責金と引き換えのものであり、加入しても十分な医療保障を得たことにはならないと言わざるを得ない。

V 結びにかえて：州政府の「公平な負担」政策と非正規雇用の医療保障

ウォルマートなどの医療保障を十分に行わない雇用主の台頭は、連邦レベルでの対応がない中で、州レベルでの負担となってきた。州政府は、連邦政府による包括的な医療政策がない中で、貧困層や低所得層を対象とした医療扶助プログラムを拡大させてきた。しかし、不安定雇用層の拡大は、雇用先での医療保険加入ではなく、州政府が提供する医療扶助プログラムを受給することで医療費の補償を手に入れるという動きを生み出している。これに対し、多くの州政府が、雇用主に対し被用者とその家族の医療保障の費用について、公平な負担をすべき (Fair Share) という動きを見せてきている。

メリーランド州は、年間約3億5000万ドルを無保険者に対する医療扶助プログラムに支出している。メリーランド州議会は2005年4月、州内に拠点を持つ大企業を対象とした“Fair Share Health Care Fund Act” (SB 790/ HB 1284) を初めて成立させた。法案成立当時の世論調査によると、80%の州民が法案を支持しており、その中には共和党員の65%が含まれていた⁶⁴⁾。翌月には州知事 (共和党) が拒否権を発動したが、2006年1月、知事の拒否権発動を無効とすることに賛成が僅差で上回り、下院、上院議会を通過し、2007年1月1日に施行されることとなった。この間、ウォルマートはアナポリス (州都) での空前のロビー活動を展開して議員を牽制、拒否権発動を支持した。さらに、以前から計画されていた流通センターの決定を遅らせるなどして、その要因として Fair share health care legislation を挙げた。

メリーランド州の Fair Share Health Care Fund Act は、給与支払い総額の少なくとも

63) *New York Times*, September 19, 2007.

64) Health Care for All (2005).

も8%を医療保険コストとして支出していない従業員数1万人以上の営利企業に対し、企業の医療保険コスト額と給与支払い総額8%との差額相当額（非営利企業は6%）を、州政府基金に支払うことを義務付けるものである。州政府基金とは、新たに設立された Fair Share Health Care Fund のことであり、メリーランド州のメディケイドプログラム運営の補助に当てるとしていた。またここでいう『従業員』とは、雇用主によって雇用されているフルタイムおよびパートタイム雇用のすべての個人を指す。『医療保険コスト』とは医療サービス、処方箋薬、眼科、MSA、その他 IRS 213(b)条のもとで医療給付とみなされるもののコストを含むとされた。

該当企業は毎年、医療保険コストの雇用主負担額、医療保険コストの給与支払い総額に占める割合、州内の従業員数を、州に対し報告する義務が課せられた。

罰則も設けられ、違反企業は基金支払義務違反の場合、罰金25万ドル、毎年の報告義務違反の場合、報告義務不履行の日数に応じて、一日当たり罰金250ドルの支払いが設けられた⁶⁵⁾。

このメリーランド州の新たな法律が適用される企業は、州内に4つしかなかった (Wal-Mart Store, Giant Food, Northrop Grumman, Johns Hopkins University)。しかし、給与総額の8%という基準を満たしていなかったのは、州議会の推計によると、ウォルマートだけであった。該当企業の一つである Giant Food はすでに給与総額の少なくとも20%を負担しており、ライバルであるウォルマートへの医療費負担の義務化には賛成の意を表明した。

これに対し、ウォルマート側は、州による規制は、医療費を抑制することはできず、仕事を失わせ (cost jobs)、経済成長に悪影響を与える、と批判した。メリーランド州のような大企業をターゲットとした法案は、医療の課題ではなく、特定の党利党略によるもので、大きな後退であるとも批判した⁶⁶⁾。州知事の拒否権行使が否決された翌月の2006年2月、Lee Scott 氏 (ウォルマート CEO) は全国知事会の会議で各州知事に、小売業者に負担となる法律を成立させないよう訴え、州のメディケイド受給から労働者を一掃するよう、州政府と協力することを誓った⁶⁷⁾。

メリーランド州法の成立を受けて、ウォルマートも会員である小売業界団体 (Retail Industry Leaders Association, ヴァージニア州基盤の業界団体) が連邦地裁に州法が連邦法 (ERISA) 違反であるとして提訴した。この裁判は、連邦高裁まで行ったが、いずれもメリーランド州法を無効とする判決を下した。連邦地裁は「州政府は民間企業に対し負担を

65) HR Policy Association (2006).

66) Wal-Mart (2006b).

67) *Businessweek*, April 19, 2006.

強制する権限はない」⁶⁸⁾、メリーランド州による上訴を受けての連邦高裁の判決でも同法を無効とした連邦地裁の判決を支持した⁶⁹⁾。メリーランド州は、直接雇用主に対し従業員の医療保険拠出を義務付けるものではなく、報酬総額の8%を医療費に充てるか、州のメディケイド財源とするかの選択を与えたものであると主張したが、認められなかった。

無効判決確定後の2007年5月22日、メリーランド州の保健・精神衛生局長のJohn Comlers氏がCommittee on Education and LaborのSubcommittee on Health, Employment, Labor and Pensionsでメリーランド州の医療改革について証言している⁷⁰⁾。そこでは、多くの州政府が雇用主提供医療保険の加入率の低下を問題視し、その改善を政策的課題としていることが明らかとなった。依然として医療ファイナンスにおける中核は雇用主提供医療保険であるとの州政府の認識が示され、その加入率の改善に貢献するような諸政策を行ってきたこと、しかし自主的な政策は雇用主提供医療保険の拡大・維持にほとんど成功しておらず、雇用主に対して医療給付にかかわる規定をしようとする、ERISAの連邦政府の先取権につきあたり、他方で州は他州と境界を接しており、経済的な競争力を保たなければならないので、雇用主に対し義務を課しすぎることにも困難であると主張された。雇用主提供医療保険を基盤に医療保険の加入拡大を目指す政策は、最終的には連邦国家レベルから出てくる必要があるが、連邦の医療改革がない中では、ERISAを修正することがより多くの州が行動を起こす道を作ることに役立つと、と結論された。

ここから見えてくるのは、メディケイドをはじめとした医療扶助プログラムが、州財政のかなりの部分を占めるようになるなかで、被用者やその家族の医療保障についてはその雇用主に対して一定の責任を負わせること、つまり雇用主提供医療保険を中核としたアメリカ医療保障システムを維持させようとする州政府の姿勢であろう。ただ、当該メリーランド州法は一部の大企業を対象としているため、多くの働く無保険者に対処することにはならない、という指摘もある⁷¹⁾。医療保障の不安定層への対策という観点からも、メリーランド州のような雇用主への「公平な負担」を義務付けるような対策は、より給付内容や給付条件に踏み込まなければ、医療保障の空洞化には対応できないであろう。マサチューセッツ州は2007年内に州民に対し医療保険への加入を義務付ける州法を成立させているが、このような加入者側への義務付けは、同時に加入可能でかつ適切な補償内容を持った医療保険の提供とセットである限りにおいて有効な政策となりうるだろう。

68) 日経流通新聞MJ 2006年7月28日。

69) 日経産業新聞 2007年1月19日。

70) Testimony of the Maryland Department of Health and Mental Hygiene Health Care Reform: Recommendations to Improve Federal and State Initiatives, Committee on Education and Labor, Subcommittee on Health, Employment, Labor and Pensions, May 22, 2007.

71) メリーランド州の商工会議所の副会頭 Wineholt 氏。(New York Times, May 5, 2005)

ただいづれにしても、雇用主提供医療保険を中核としたアメリカ型医療保障システムは、その担い手である雇用主企業の経営環境、経営姿勢の変化の中で、もはや連邦、州レベルでの政策なしには立ち行かない状況であることは明らかである。2007年2月、ウォルマートは、ウォルマートに対して批判的な SEIU と共同して、2012年までに国民皆保険を実現することを目的としたキャンペーンを展開すると発表した。Better Health Care Together というこのキャンペーンには、ウォルマートのほかに Intel Corp., AT&T, Kelly Service Inc. なども加わっており、今後具体的にどのような形での国民皆保険体制を目指すのか、またその影響力がどの程度なのかが注目される。2008年の大統領選挙では、医療が政策的議論の焦点の一つとなっているが、その政治的対応の内容と実行可能性については、アメリカ型医療保障システムの転換可能性も含めて、注視する必要があるだろう。

参考文献：

- AFL-CIO (2003), *Wal-Mart: An Example of Why Workers Remain Uninsured and Underinsured*, October.
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (1996-2005), *Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component (MEPS-IC)*.
- Chambers, S. (2005), "Reviewing and Revising Wal-Mart's Benefits Strategy", Memorandum to the Board of Directors. <http://www.nytimes.com/packages/pdf/business/26walmart.pdf>
- Christensen, R. (2002), "Contingent workers and Alternative work arrangements, 1995-2001", *EBRI Notes*, 23(1).
- Clemans-Cope, L., and B. Garrett (2006), "Changes in Employer-Sponsored Health Insurance Sponsorship, Eligibility, and Participation: 2001 to 2005", *Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured Issue Paper*, December.
- David L. (2006), "Wal-Mart and Health Care Condition: Critical", *Center for a Changing Workforce*, January.
- Ditsler, E., P. Fisher, C. Gordon (2005), "On the Fringe: The Substandard Benefits of Workers in Part-Time, Temporary, and Contract Jobs", *The Commonwealth Fund publication*, 879.
- Drogin, R. (2003), *Statistical Analysis of Gender Patterns in Wal-Mart Workforce*, Drogin, Kakigi & Associates, February.
- Dube, A. and K. Jacobs (2004), "Hidden Cost of Wal-Mart Jobs; Use of Safety Net Programs by Wal-Mart Workers in California", *UC Berkeley Labor Center Briefing Paper Series*.
- Dube, A., K. Jacobs, and S. Wertheim (2005), *Internal Wal-Mart Memo Validates Findings of UC Berkeley Study*, October 26.
- Faber, H. S. & H. Levy (1998), "Recent Trends in Employer-Sponsored Health Insurance Coverage: Are Bad Jobs Getting Worse?", *Princeton University Industrial Relations Section Working Paper*, 402.
- Faber, H. S. & H. Levy (2000), "Recent Trends in Employer-Sponsored Health Insurance Coverage: Are Bad Jobs Getting Worse?", *Journal of Health Economics*, 19(1), pp. 93-119.
- Fronstin, P. (2007), "Employment-Based Health Benefits: Access and Coverage, 1988-2005", *EBRI Issue Brief*, 303.
- Glied, S., J. M. Lambrew, S. Little (2003), "The Growing Share of Uninsured Workers Employed by Large Firms", *The Commonwealth Fund*, 672, October.
- HR Policy Association (2006), "Maryland's 'Fair Share Health Care' Act Seen as Potential Forerunner of Broader Employer Mandate", *Policy Brief*, January 20.

- Health Care for All (2005), “Fair Share Health Care Bill to be Vetoed Today”, *Media Release*, May 19.
- Hipple, S. (2001), “Contingent work in the late-1990s”, *Monthly Labor Review*, March.
- Human Rights Watch (2007), *Discounting Rights; Wal-Mart’s Violation of US Workers’ Right to Freedom of Association*, 19(2).
- Ilg, Randy (2006), “Change in employment by occupation, industry, and earnings quartile, 2000-05”, *Monthly Labor Review*, December.
- Kaiser/HRET (Kaiser Family Foundation & Health Research and Educational Trust) (2007), *Employer Health Benefits 2007 Annual Survey*.
- NCHS (National Center for Health Statistics) (1993), *National Employer Health Insurance Survey (NEHIS)*.
- Thorpe, K., T. C. S. Florence (1999), “Why Are Workers Uninsured? Employer-Sponsored Health Insurance in 1997,” *Health Affairs*, 18(2).
- U.S. Bureau of Labor Statistics (2005), “Contingent and Alternative Employment Arrangements, February 2005”, *News Release*, July 27.
- U.S. Census Bureau (1995-2005), *Current Population Survey Contingent Work Supplement*.
- U.S. Census Bureau (2002), *Census 2002 Economic Census: Industry Series Schedule*.
<http://www.census.gov/econ/census02/>
- U.S. General Accounting Office (2000), “Contingent Workers; Incomes and Benefits Lag Behind Those of Rest of Workforce”, *GAO-HEHS-00-76*.
- U.S. Government Accountability Office (2006), “Employment Arrangements; Improved Outreach Could Help Ensure Proper Worker Classification”, *GAO-06-656*.
- Wal-Mart (2006a), *Wal-Mart OE Magazine*, January.
- Wal-Mart (2006b), *Special Interest “Health Care” Bills Bad Public Policy*. www.walmartfacts.com
- Wal-Mart (2007), *Open Enrollment Survey Report*. <http://www.walmartfacts.com/articles/4694.aspx>
- Wal-Mart Facts, *Data Sheet*, July 12, 2007. www.walmartfacts.com
- Wal-Mart Facts, *Wal-Mart Announce Improvements to 2008 Health Benefits Package*, September 18, 2007.
<http://www.walmartfacts.com/articles/5301.aspx>
- Businessweek*, April 19, 2006.
- New York Times*, November 1, 2004.
- New York Times*, May 5, 2005.
- New York Times*, February 27, 2006.
- New York Times*, October 2, 2006.
- New York Times*, September 19, 2007.
- Wall Street Journal*, March 24, 2004.
- Wall Street Journal*, October 9, 2006.
- Washington Post*, January 11, 2007.
- 中窪裕也, 池添弘邦 (2001年) 『アメリカの非典型雇用』日本労働研究機構.
- 長谷川千春 (2006年a) 「雇用主提供医療保険システムの動揺—1980年代以降のGM社の医療給付改革との関係で—」, 渋谷/中浜編 『アメリカの年金と医療』第4章, 159頁~198頁, 日本経済評論社.
- 長谷川千春 (2006年b), 「アメリカの無保険者問題—雇用主提供医療保険の「空洞化」を中心に—」, 渋谷/C・ウェザーズ編 『アメリカの貧困と福祉』第3章, 89頁~122頁, 日本経済評論社.
- 長谷川千春 (2006年c) 「マネジドケア普及期における米国企業の従業員医療給付—医療保険購入戦略の分析を中心に—」, 『社会政策学会誌』, 第16号, 229頁~250頁.
- ダウ・ジョーンズ米国企業ニュース, 2006年2月24日.
- 日本経済新聞夕刊, 2004年4月18日.
- 日経流通新聞MJ, 2006年7月21日.
- 日経ビジネス, 2006年7月10日号.

特集 アメリカ・モデルの福祉国家

日経流通新聞 MJ, 2006年7月28日.

日経産業新聞, 2007年1月19日.

* 本稿は、文部科学省科学研究費補助金（若手研究(スタートアップ)）, 課題番号：19830094, 研究期間：平成19-20年) による助成を受けた研究成果の一部である.