

米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業

— 2004年を中心とする概況および職域市場・HIPAA・メディケアをめぐる最近の動き —

目次

- I. はじめに
- II. 健康保険市場の概況
- III. 職域向け健康保険市場における新しい動き
- IV. 民間保険市場に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き
- <付録> 米国における健康保険市場の基本的概念と特徴
および本稿におけるこれらの概念の使い方

主任研究員 矢倉 尚典 (nyakura@sj-ri.co.jp)
研究員 田中 健司 (ktanaka@sj-ri.co.jp)

要約

I. はじめに

本稿は、本誌42号のレポート「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2001年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり—」の続編として、2004年を基準点とした米国の健康保険市場の動向と民間保険会社のヘルスケア事業について、保険会社、ブローカー、職域の給付管理責任者、医療プロバイダー、コンサルティング会社への現地調査の結果も踏まえて分析を行ったものである。

II. 健康保険市場の概況

2004年においては、営利保険会社の収入保険料の増加率が支払保険金の増加率を上回ったため、損害率、事業費率とも改善したが、保険料の伸びが今後も持続可能かについては疑問視されている。

米国において健康保険市場の中心となっている、民間の職域市場における健康保険料の伸び率は、2005年はやや鈍化したものの、未だ一般インフレ率を大きく上回っている。

公的保険制度適用対象者のセグメントについて見ると、メディケア適用対象者のセグメントにおいて、2003年のメディケア近代化法の成立により新しい事業機会が実現し、新規参入による競争が促進されると考えられている。一方、メディケイド適用対象者セグメントにおいては、将来の収益性が疑問視されている。

III. 職域向け健康保険市場における新しい動き

米国カリフォルニア大学が提供している福利厚生パッケージを事例として取り上げる。同大学では多くの健康保険プランを用意し、職員が各自のニーズ・好みに合わせて選択できるようになっている。

全米約2,000社の企業に対する聞き取り調査の結果によれば、従業員規模が大きいほど、複数プランを用意している企業の割合が高くなっている。また、医療コスト抑制策の効果に関して、61%がConsumer-Driven Health Plansの導入が「大変効果的」あるいは「ある程度効果的」と考えている。Consumer-Driven Health Plansでは、従業員が、医療プロバイダーや加入する健康保険プランを自ら選択し、給付設計も自ら行うとともに、金銭面のリスクも従業員自身が相当程度負担する。

IV. 民間保険市場に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き

2003年の米国医療コストは、2002年より1,199億ドル増え、1兆6,789億ドルとなっている。1992年に比べ、約2倍の水準となっている。しかし、対前年増加率は2002年の9.3%から2003年は7.7%と鈍化した。

1996年に成立した健康保険の携行性と責任に関する法律(HIPAA)の下で、各種の関連ルールが定められるとともに、遵守期限も設定された。HIPAA適用対象は、これらのルールの遵守のため、種々の対応を行ってきた。現地調査結果に基づき、HIPAAコンプライアンスの取組事例を紹介する。

2003年に成立したメディケア近代化法には、メディケアへの処方箋薬剤給付の導入をはじめとする種々の改革が盛り込まれている。

I. はじめに

これまで、当研究所は継続的に米国保険市場における大きな分野である損害保険、健康保険の市場を分析し、その結果を公表している。

最近では、損害保険市場については、本誌 43 号において「米国損害保険市場の最新動向－2002 年の実績とトレンド変化－」を掲載し、また健康保険市場については、本誌 42 号において「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業－2001 年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり－」を掲載した。

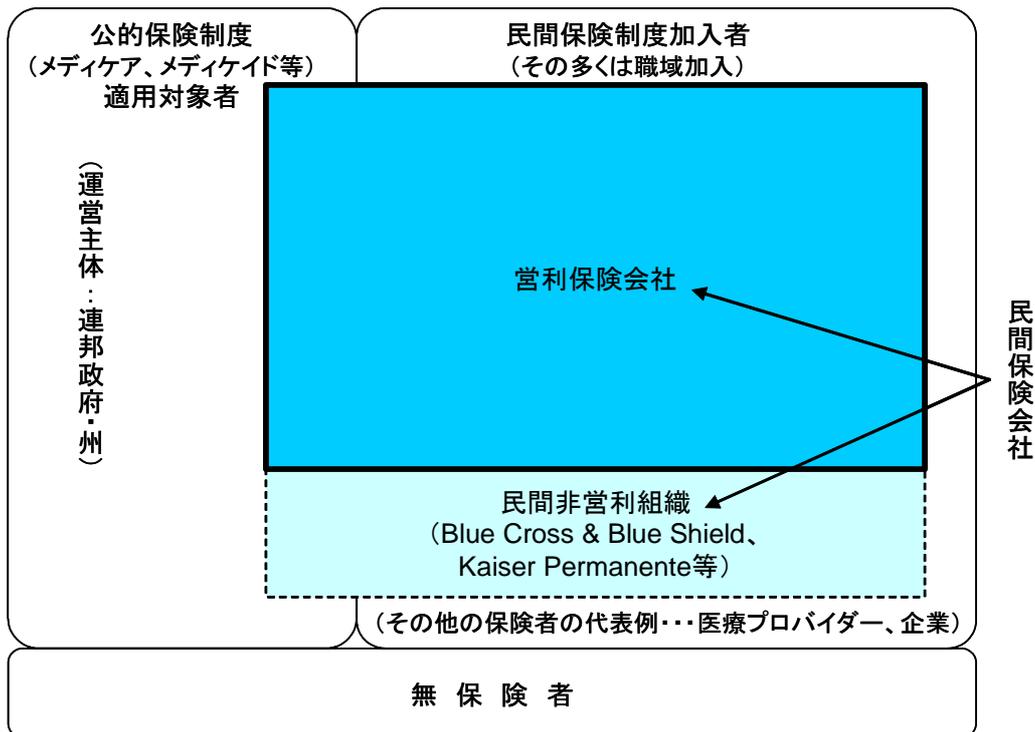
本稿は、上記のうち後者、すなわち、本誌 42 号のレポートの続編として、2004 年を基準点とした米国の健康保険市場の動向と民間保険会社のヘルスケア事業について、保険会社、ブローカー、職域の給付管理責任者、医療プロバイダー、コンサルティング会社への現地調査の結果も踏まえて分析を行ったものである。なお、米国のヘルスケア市場・健康保険市場に特有の様々な基本的概念および本稿での用い方については、本稿の付録において整理している。

本稿では、ヘルスケア市場全体ではなく、主として健康保険市場を対象とする。すなわち、ヘルスケア市場における主要な当事者を、サービスの利用者（特に健康保険または健康保険プラン¹への加入者）、保険者、医療プロバイダーに限定した上で、健康保険の事業者がヘルスケア事業を実施している健康保険市場を対象とし、営利保険会社、民間非営利組織（以下、この両者を合わせて「民間保険会社」とする）を中心に、米国健康保険市場の状況を、特に営利保険会社の視点から客観的かつ実務的に分析する。

米国において、民間保険会社は、連邦政府・州が運営するメディケアやメディケイドのような公的保険制度の適用対象者に対しても、健康保険プランを提供している（《図表 1》参照）。したがって、本稿は、公的保険制度の適用対象者のうち、民間保険会社が健康保険プランを提供している領域も対象としている。また、営利保険会社の視点に立つものの、必要に応じ、あるいは使用した資料の性格に応じて、民間非営利組織にも言及する。

¹ 健康保険プランについては、付録 1. (3) を参照のこと。

《図表 1》 米国ヘルスケア市場における営利保険会社の位置づけ



(注 1) Blue Cross & Blue Shield については、付録 2. (1) を参照のこと。

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

本稿の構成は以下のとおりである。まず第Ⅱ章において、営利保険会社の収益状況と M&A の動向、民間非営利組織の最近の動向、およびセグメント別（民間保険の職域市場、公的保険制度（メディケア、メディケイド）適用対象者、個人向け市場）の状況を概観する。次いで第Ⅲ章において、具体的事例を踏まえて職域市場で提供される健康保険プランの現状について概観するとともに、職域向け健康保険プランの新しい動きである Consumer-Driven Health Plans (CDHP) を取り上げる。最後に第Ⅳ章において、民間保険市場に強い影響を与えるヘルスケア市場の動きとして、医療コストの現状を概観し、法制面のトピックとして、健康保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)²およびメディケア近代化法（Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA)³）を取り上げる。

² Pub. L. No. 104-191, 110 Stat. 1936 (1996).

³ Pub. L. No. 108-173, 117 Stat. 2066 (2003).

II. 健康保険市場の概況

1. 健康保険業界全体の動向

(1) 営利保険会社の収益状況

営利保険会社の2004年の収益状況を、A.M. Bestのレポート⁴に基づき概観する。

《図表2》のとおり、2004年においては、収入保険料の増加率(17.6%)が支払保険金の増加率(15.7%)を上回ったため、損害率、事業費率とも改善した。しかし、こうした保険料の伸びが、今後も持続可能かについては疑問視する見方もある。A.M. Bestは、2005年においては競争圧力が高まり、収益減少の年となるのではないかと予想している。ここ数年の高収益により営利保険会社・民間非営利組織とも資本・剰余金が増加してきている。特に、民間非営利組織が高い収益を挙げ、資本を蓄積してきていることに州の規制当局が高い関心を持ち、収益の一部を契約者に還元するよう勧告する動きも出ている。これを受けて、多くのBlue Cross & Blue Shield(以下「BCBS」とする)⁵が、保険料の引き上げに上限を設け、収支の均衡する水準まで保険料設定を引き下げることにより、資本蓄積の速度を緩めることを検討している。このため、2005年には、営利保険会社においても、特に企業向け市場において競争の激化が予想されるとしている。

《図表2》 営利保険会社14社の収益概況(加入者総数順。2004年)

	加入者総数		収入合計		収入保険料		支払保険金		純利益		損害率		事業費率	
	(万人)	増加率(%)	(億ドル)	増加率(%)	(億ドル)	増加率(%)	(億ドル)	増加率(%)	(億ドル)	増加率(%)	(%)	差(%)	(%)	差(%)
WellPoint Health Networks Inc.	2,773	132.5%	208	24.0%	188	23.8%	155	25.9%	9.6	24.0%	82.5	1.50	17.0	-1.80
UnitedHealth Group	2,243	20.0%	372	29.1%	365	43.4%	270	30.3%	25.9	41.8%	74.0	-7.40	15.6	-1.40
Aetna Inc.	1,366	5.0%	172	11.9%	149	12.3%	117	15.3%	9.9	40.2%	78.3	1.72	22.1	-3.10
CIGNA HealthCare, Inc.	970	-15.9%	122	-9.9%	109	-11.5%	78	-16.2%	7.9	75.4%	71.5	-4.00	26.7	0.00
Humana Inc.	703	3.9%	131	7.2%	127	7.3%	107	8.0%	2.8	22.3%	84.1	0.56	14.5	-0.80
Health Net Inc.	653	22.7%	97	4.8%	96	5.1%	84	11.9%	0.4	-82.1%	88.0	5.40	11.7	-0.70
WellChoice Inc.	496	4.2%	58	8.3%	53	7.8%	45	9.0%	2.5	22.9%	86.3	0.93	15.0	-0.70
PacificCare Health Systems, Inc.	334	14.6%	123	11.5%	115	10.1%	102	12.2%	3.0	24.7%	88.5	1.70	12.4	-0.50
Coventry Health Care, Inc.	251	5.3%	54	17.0%	52	17.0%	42	16.1%	3.4	34.3%	80.5	-0.70	11.5	-0.50
AMERIGROUP Corp.	94	9.2%	18	12.5%	18	12.3%	15	13.3%	0.9	28.4%	81.0	0.80	10.6	-1.00
Molina Healthcare, Inc.	79	39.7%	12	48.3%	12	47.9%	10	49.7%	0.6	27.9%	84.4	1.00	8.0	0.30
Centene, Corp	77	57.8%	10	29.9%	10	30.5%	8	27.4%	0.4	33.3%	81.5	-1.90	11.8	1.20
WellCare Health Plan Inc.	75	34.6%	14	33.4%	14	33.4%	11	30.8%	0.5	104.2%	80.9	-1.60	12.3	0.20
Sierra Health Services, Inc.	56	-54.7%	13	24.2%	11	17.4%	9	15.1%	1.2	98.4%	77.6	-1.63	13.4	1.20
合計	10,168	0.9%	1,404	14.8%	1,317	17.6%	1,051	15.7%	68.9	34.0%				
14社平均	726		100		94		75		4.9		79.8	-1.30	16.5	-1.50

(注1) 加入者総数は2004年12月末の人数

(注2) 「増加率」は対前年比増加率、「差」は前年の損害率・事業費率との差を表す。

(出典) Isabelle Roman-Barrio, "Sustainability of Increased Health Premiums Is Questionable", A.M. Best Special Report, May 2, 2005, p.4-5. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

⁴ Isabelle Roman-Barrio, "Sustainability of Increased Health Premiums Is Questionable", A.M. Best Special Report, May 2, 2005.

⁵ BCBSについては、付録2.(1)を参照のこと。

(2) 営利保険会社の M&A の動き

次に、A.M. Best のレポート⁶により、営利保険会社の M&A に関する最近の動きを概観する。

2003 年および 2004 年、営利保険会社は新市場への進出で保険料を伸ばす努力を重ねてきた。2005 年は、この動きがさらに強まると予想されている。その主たるターゲットは、小企業マーケットおよび個人マーケットである。このマーケットは低料率プランの開発により拓かれてきたマーケットで、今までは、伝統的なインデムニティ型⁷の商品を扱う営利保険会社や BCBS に残されたマーケットであった。A.M. Best は、多地域展開してきた営利保険会社が、今後さらに、このマーケットをターゲットにすると予想している。そのような動きの例として、中・大規模団体向けの契約を中心としてきた UnitedHealth Group が、個人および小規模団体商品中心の営利保険会社である Golden Rule Insurance Co. を 2003 年秋に買収した。

ヘルスケアは地域性が強いということが考えられ、多地域展開を行っている営利保険会社が従来弱かった地域へ進出する際にその地域で営業している営利保険会社を買収するという形を取る例も見られる。同じく UnitedHealth Group が、2004 年 2 月に Mid Atlantic Medical Services Inc. を買収した事例がある。この買収により、当該地域においてより堅固な足場を築くことができるとともに、ミッド・アトランティック地域に本拠を置く巨大企業も数多く、そうした大企業顧客獲得の足がかりにもなると考えられている。

逆に、限られた州で強いマーケットポジションを持つ営利保険会社には、多くの州で事業を展開している企業向けのビジネス拡大のため、営業地域を拡大する動きがある。カリフォルニア州を本拠とする WellPoint Health Networks Inc. とインディアナ州を本拠とする Anthem Inc. の合併（2004 年 11 月）が好例で、両社の合併により西海岸から東海岸までを網羅した加入者規模 2,800 万人の業界最大手の営利保険会社が誕生した。

(3) 民間非営利組織（BCBS、Kaiser Permanente）の最近の動向

BCBS は、全米人口の約 1/3（9,300 万人）をカバーし⁸、加入者数、収益の伸びとも堅調に推移してきた。主たる要因として、ブランドが全米に浸透したこと、Blue Card プログラム（単一の州内で営業するのが BCBS の典型的な形だが、Blue Card プログラムでは全米の BCBS が協同して、複数の州で事業展開している企業に対応している。）の伸び、新商品（中小企業でも購入可能な設計）の導入、Blue ブランド以外の商品のクロスセリングの成功が挙げられている。

BCBS セクターでは、M&A が多く見られた。成長のための資本を求め、多くの民間非営利組織が営利保険会社への転換を模索してきたが、2002 年初頭の BCBS of Kansas の営利保険会社化が認められなかった⁹ことが契機となり、営利化の実現が難しくなっている。以来、M&A は営利化された BCBS 同士に限定されてきた。事例として、Anthem と WellPoint の合併が挙げられる。

⁶ A.M. Best Special Report (Life/Health Review/Preview), "Health Insurance – Navigating the Changing Environment", Jan. 2005.

⁷ インデムニティ型（健康保険プラン）については、付録 2. (3) を参照のこと。

⁸ Blue Cross and Blue Shield Association, Newsroom, "Company Facts: Blue Cross and Blue Shield Association (BCBSA)" (visited Nov. 28, 2005) <http://www.bcbs.com/news/facts_bcbsa.html>.

⁹ Anthem が Blue Cross and Blue Shield of Kansas の買収を申し出たが、州の規制により 2002 年 2 月に却下された。地域における Anthem の独占的な地位が高まることや、カンザス州外の高い損害率を反映した料率設定が行われることになり、中小企業の職域マーケットや個人の健康保険料の引き上げが行われ、カンザス州の消費者保護が図られないと考えられたからである。"Sebelius Denies Anthem of Indiana's Takeover of Blue Cross and Blue Shield of Kansas", Kansas Insurance Department Press Release, Feb. 11, 2002 (visited Feb. 18, 2003) <http://www.ksinsurance.org/other/press_releases/2002-02-11/2002-02-11.pdf>.

また、Kaiser Permanente はカリフォルニア州を中心とした米国最大の Health Maintenance Organization（以下「HMO」とする）¹⁰であり、営利保険会社の範疇には入らないものの、有力な競争相手である。2004 年末の加入者総数は 820 万人である¹¹。

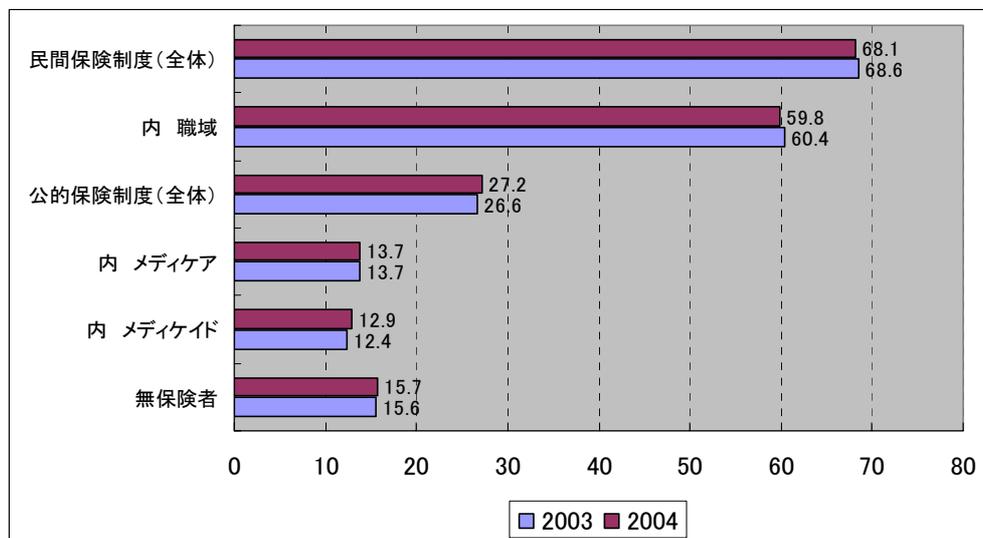
2. セグメント別概況

ここではセグメント別概況、すなわち、民間保険制度の中心である職域市場の状況と公的保険制度であるメディケア・メディケイドの適用対象者の状況を概観するとともに、民間保険制度の内、職域市場ではない個人向け市場の概況を述べる。

（1）民間保険制度の職域市場

米国における健康保険市場は、職域での民間保険制度加入が中心である。U.S. Census Bureau, *“Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004”* によれば、2004 年、民間保険制度加入者が 68.1%、公的保険制度加入者が 27.2%、無保険者が 15.7%と推計されている¹²。また、民間保険制度加入者のうち、職域での民間健康保険に加入している人は、米国の全人口の 59.8%と推計されている（《図表 3》参照）。

《図表 3》 2003 年、2004 年の米国における健康保険への加入状況
（全人口に占める割合。単位：％）



（出典） U.S. Census Bureau, *“Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003”*, August, 2004, p.16 (visited Feb.24, 2005)
<<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>>.

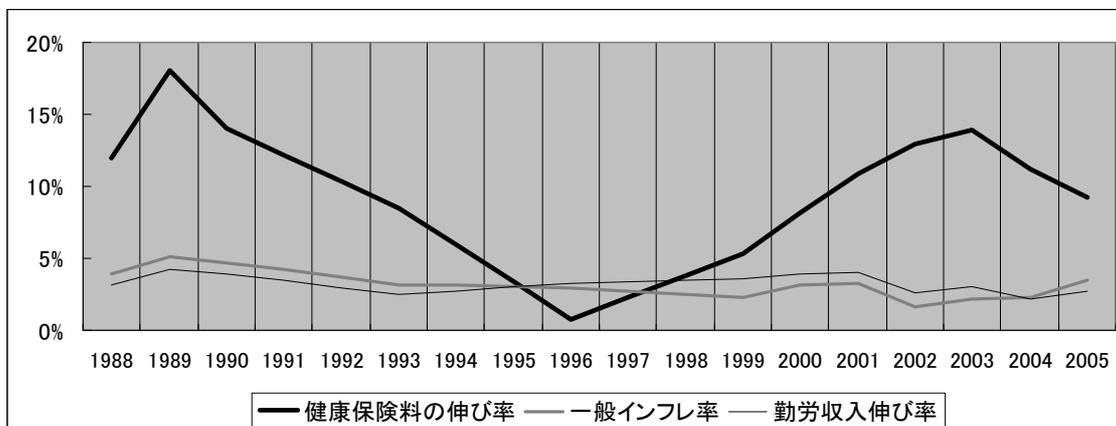
¹⁰ HMO については、付録 2. (3) を参照のこと。

¹¹ PR Newswire *“Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals Increase Investments to Better Serve Member and Community Health Needs”*, (visited Mar. 11, 2005)
<http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=AAHP_INS.story&STORY=/www/story/03-07-2005/0003154608&EDATE=MON+Mar+07+2005,+04:00+PM>.

¹² 重複して加入している人がいるので単純合計しても 100%とはならない。

職域市場の健康保険料の伸び率は、《図表 4》に見るとおり、2005 年は少し鈍化したものの、まだ、一般インフレ率を大きく上回っている。

《図表 4》健康保険料の伸び率の推移



	1989	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
健康保険料の伸び率	18.0%	14.0%	8.5%	0.8%	5.3%	8.2%	10.9%	12.9%	13.9%	11.2%	9.2%
一般インフレ率	5.1%	4.7%	3.2%	2.9%	2.3%	3.1%	3.3%	1.6%	2.2%	2.3%	3.5%
勤労収入伸び率	4.2%	3.9%	2.5%	3.3%	3.6%	3.9%	4.0%	2.6%	3.0%	2.2%	2.7%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, “Employer Health Benefits 2005 Annual Survey: List of Exhibits”, Sept. 2005 (visited Oct. 4, 2005) <<http://www.kff.org/insurance/7315/exhibits/index.cfm?CFID=991027&CFTOKEN=70769961>>, Exhibit 1.1.

ここ数年健康保険料の伸び率が高かったこと、および経済状況の停滞を反映し、職域で雇用主の提供する健康保険プランに加入している従業員の割合は、2001年の65%から2005年には60%に低下している。従業員数200名以上の大企業では同期間に69%から66%に低下したに過ぎないが、199名以下の中小企業では同期間に58%から50%へと大きく低下している（《図表 5》参照）。

《図表 5》健康保険プランに職域で加入している従業員の割合の推移
(従業員数による企業規模別)

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
企業規模					
3-24名	49%	45%	44%	43%	41%
25-49名	62%	57%	59%	56%	55%
50-199名	67%	64%	61%	56%	59%
200-999名	71%	69%	68%	69%	65%
1,000-4,999名	69%	70%	69%	68%	69%
5,000名以上	69%	68%	68%	67%	66%
中小企業計(3-199名)	58%	54%	53%	50%	50%
大企業計(200名以上)	69%	69%	68%	68%	66%
全合計	65%	63%	62%	61%	60%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 3.1.

(2) 公的保険制度適用対象者—メディケア、メディケイドとマネジドケア型プラン¹³

第 I 章で述べたように、民間保険会社は、連邦政府・州が運営するメディケアやメディケイドのような公的保険制度の適用対象者に対しても、健康保険プランを提供している。しかし、民間保険会社が公的保険制度の適用対象者セグメントの具体的にどの部分をカバーしているか厳密に特定することはできないため、ここではセグメント全体を取り上げ、A.M. Best のレポート¹⁴等に基づき概観する。

①メディケア加入者

「1965年社会保障改正法」で創設されたメディケアは出来高払い方式のプランであったが、「1972年社会保障改正法」によってマネジドケア型健康保険プランも選択肢の1つとすることが可能となった。2004年におけるメディケアの加入者は4,170万人で、そのうち、マネジドケア型健康保険プランの加入者が470万人(11%)、従来型プログラム(出来高払い方式によるプラン)の加入者は3,700万人(89%)である(《図表 6》参照)。マネジドケア型健康保険プランの加入者は1990年代は堅調に増加し、2000年に630万人(16%)のピークを迎えた後、2003年に向けては加入者数が減少した。マネジドケア型健康保険プランに対する政府からの医療費償還額の伸びが医療費のインフレ率をはるかに下回る水準であったため、収益性の低下にともない、マネジドケア型健康保険プランを提供していたHMOがいくつもの地域から撤退したり、給付条件を縮小したり、保険料を引き上げたりしたことが要因とされている。しかし、Centers for Medicare & Medicaid Services (以下「CMS」とする)¹⁵によれば、2004年、Medicare + Choice¹⁶プ

¹³ マネジドケア型(健康保険)プランについては、付録2.(3)を参照のこと。

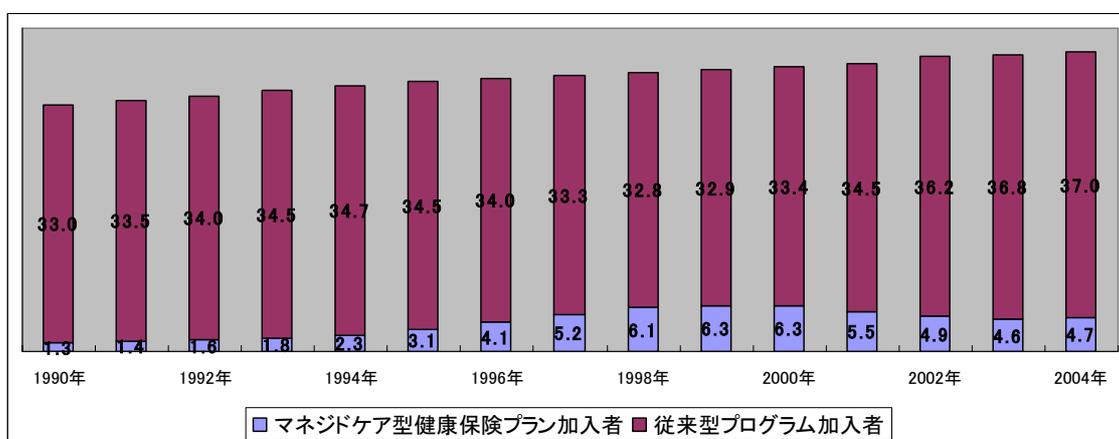
¹⁴ A.M. Best Special Report (Life/Health Review/Preview), “Health Insurance – Storm Clouds Gather”, Jan. 2004.

¹⁵ CMSについては、付録2.(2)を参照のこと。

¹⁶ 現在の呼称は“Medicare Advantage”であるが、本節では過去からの推移を取り上げている関係上、旧称の“Medicare + Choice”を用いる。

ランの 90%が CMS との契約を更改したこと、28 プランが給付条件を拡大したこと、新たに 10 プランが参入したこと等により、Medicare + Choice を提供するプラン数は減少から微増に転じた（《図表 7》参照）。この契約更改の背景には、政府の追加支出への期待がある。2003 年 11 月に可決されたメディケア近代化法（MMA。第 IV 章第 3 節を参照。）でこの期待が現実のものとなった。この法律のいくつかの条項は、UnitedHealth Group, PacifiCare, Aetna, Humana, Coventry Health Care といった民間保険会社による高齢者ヘルスケアビジネスを促進すると考えられている。この法律によりもたらされる新しい事業機会の大半は、2006 年にならなければ完全には実現しないが、実現すれば、新規参入による競争を促進し、従来のメディケア補完プランと異なる新しい商品デザインの出現につながると考えられている。

《図表 6》メディケア加入者におけるマネジドケア型健康保険プラン・従来型プログラムの加入状況（単位：百万人）



(出典) The Kaiser Family Foundation, “Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace: List of Exhibits”, Apr 2004 (visited Feb 25, 2005)
 <<http://www.kff.org/insurance/7031/ti2004-list.cfm>>, Exhibit 2.17.

《図表 7》 Medicare + Choice プラン数（マネジドケア型のみ）の推移

1999年	309
2000年	266
2001年	179
2002年	155
2003年	151
2004年	154

(注 1) Medicare + Choice の現在の呼称は“Medicare Advantage”である。

(注 2) 2002 年については、実験的に運営された 5 つのプランを含む。

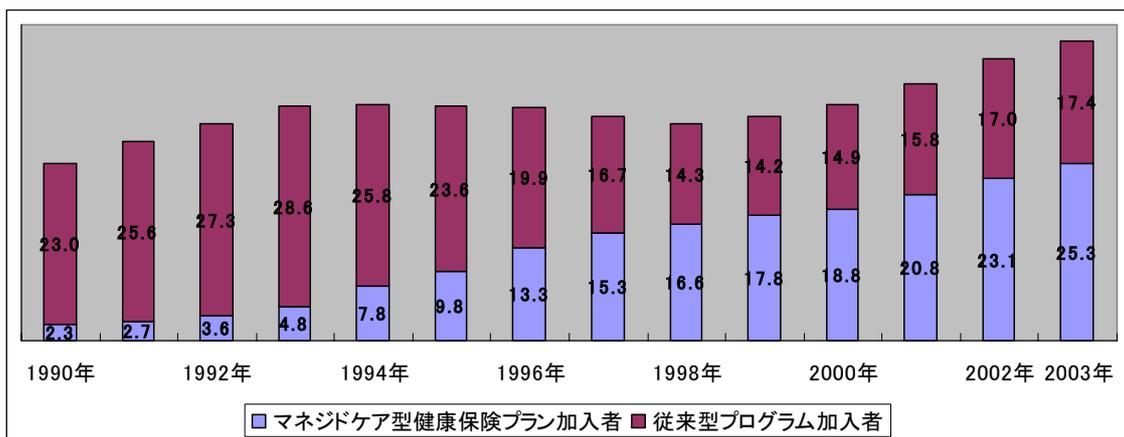
(出典) CMS, “Medicare Managed Care Contract Report” as of Dec. 1 of respective years (visited Feb. 25, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/healthplans/statistics/mmcc/>>.

②メディケイド加入者

メディケイドも、メディケアと同様に「1965年社会保障改正法」により創設されたが、1967年以降、メディケイドにおいてもいくつかの州でマネジドケア型健康保険プランの提供が開始された。当初は、メディケイド適用対象者がマネジドケア型健康保険プランを選ぶか、従来型プラン（出来高払い方式によるプラン）を選ぶかは任意であったが、その後の法律改正により、州がメディケイド適用対象者をマネジドケア型プランに強制加入させることも可能とされた¹⁷。

メディケイドの加入者数は、1998年の3,090万人から、2003年には4,270万人に増加した（《図表8》参照）。マネジドケア型で提供しているプラン数は《図表9》に見るとおり微減傾向にあるが、マネジドケア型健康保険プランを選択する加入者数は年々増加しており、2003年では2,530万人（59%）に達している。マネジドケア型プランを提供してきた会社は、ここ数年の大半の期間、このビジネスから満足のいく成長と利益を得てきた。しかしながら、今後、政府が償還水準や給付条件を引き下げる可能性があり、将来も収益性が持続するかどうかについては疑問視されている。

《図表8》メディケイド加入者におけるマネジドケア型健康保険プラン・従来型プログラムの加入状況（単位：百万人）



(出典) The Kaiser Family Foundation, Apr. 2004, *supra*, Exhibit 2.16.

《図表9》メディケイドにおけるマネジドケア型健康保険プランの総数の推移

1999年	581
2000年	556
2001年	546
2002年	535
2003年	511

(出典) CMS, “Medicaid Managed Care Enrollment Report” as of June 30 of respective years (visited Feb. 25, 2005)

<<http://www.cms.hhs.gov/medicaid/managedcare/mmcass03.asp>>.

¹⁷ 詳しくは、本誌42号を参照されたい。

（３）個人向け市場

前述の UnitedHealth Group による Golden Rule Insurance Co.（個人および小規模団体商品中心の営利保険会社）の買収に見られるように、従来、他のマーケットを中心に多地域展開してきた営利保険会社がこのマーケットをターゲットにする動きが見られ、2004年、2005年はこの動きがさらに強まると A.M. Best は予想している¹⁸。

Aetna, CIGNA, UnitedHealth Group といった全米または多地域に展開している営利保険会社がこのマーケットや小規模保険会社をターゲットとするようになると、伝統的に多地域展開している営利保険会社との競争が少ないマーケットで活動してきた BCBS、各地域の HMO、インデムニティ型の営利保険会社は、マーケットシェアの維持がますます困難になり、その結果、強いネットワークを持ちローカルマーケットに十分精通していれば買収のターゲットとなり、そうでなければ市場からの退場を余儀なくされるであろうと見られている¹⁹。

Ⅲ. 職域向け健康保険市場における新しい動き

1. 企業（雇用主）が提供する Employee Benefit Package の一例

前述のように、米国における健康保険市場は職域での民間保険制度加入が中心である。実務的には、給付条件や保険料水準が様々な民間保険の中から、企業が選択肢として複数のプランを採用し、職員がそれらの選択肢の中から好みのプランを選択して加入するという形態が多い。本節では、米国カリフォルニア大学（University of California、以下「UC」とする）を例に、企業の提供する福利厚生パッケージの内容を概観する。

（１）UC における職員向け給付の概要

UC は、現役職員が約 12 万人、退職者が約 4 万人、計 16 万人弱の加入者規模²⁰の団体である。UC では、“*Your Group Insurance Plans*”と称される小冊子（以下、本文中において「給付ガイド」とする）により、提供する福利厚生パッケージを職員に案内している。

パッケージの中で提示されている補償の種類は、《図表 10》に見られるとおり、健康保険から就業障害補償、労働災害補償、生命保険、傷害保険等多岐にわたっている。

¹⁸ A.M. Best Special Report (Life/Health Review/Preview), Jan. 2004, *supra*, p.13.

¹⁹ *Ibid.*, p.14.

²⁰ 2004年10月時点。

《図表 10》 UC の福利厚生パッケージの概要

パッケージの種類			補償の種類	保険料負担
フル	ミッド	コア		
			<健康保険>	
○	○		医科対象	「本人とUC」 または 「UCのみ」
○	○	○	医科対象-コア	UC
○			歯科	UC
○			眼科	UC
			<就業障害保険>	
○			短期就業障害	UC
○			就業障害(上乗せ)	本人
○	○	○	労災補償	UC
			<生命保険・傷害保険>	
○			定期保険(基本)	UC
	○	○	定期保険(コア)	UC
○	○		定期保険(上乗せ)	本人
○	○		配偶者定期保険(基本)	本人
○	○		配偶者定期保険(上乗せ)	本人
○	○	○	傷害保険	本人
○	○	○	業務出張旅行傷害保険	UC
			<Tax-Savings Program>	
○	○	○	Health Care Reimbursement Account	本人
○	○	○	Dependent Care Reimbursement Account	本人
○	○	○	Tax Savings on Insurance Premiums	本人

(出典) UC, “Your Group Insurance Plans”, 2004. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

パッケージの種類として「フル」「ミッド」「コア」と分類されているが、これは勤務条件等により、UC が提供するパッケージの内容に変化を持たせており、パッケージの種類欄の○印は、それぞれに提供される補償の種類を示している。勤務条件による「フル」「ミッド」「コア」の該当要件は《図表 11》のとおりである。

《図表 11》 UC における福利厚生パッケージの種類と適用対象者

パッケージの種類	適用対象者
フル	UCがスポンサーとなっている退職年金(注)の被保険者
ミッド	UCがスポンサーとなっている退職年金の被保険者でない人で次のいずれかの条件に該当する人: ①最低3か月間、フルタイムの業務に就いている ②1年以上、50%以上のパートタイム業務に就いている
コア	43.75%以上のパートタイムの業務についている人

(注) UC がスポンサーとなっている退職年金とは、UCRP または UC が拠出している確定給付年金(例: CalPERS)のこと。

(出典) UC, 2004, *supra*. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

(2) UCにおいて提供されている健康保険プラン

①健康保険プランの選択肢

パッケージのうち健康保険プランについて見ると、医科対象のもの、歯科対象のもの、眼科対象のものがあり、医科対象のものだけでも、《図表 12》のとおり、インデムニティ、HMO、Preferred Provider Organization (以下「PPO」とする)²¹、Point-of-service plan (以下「POS」とする)²²、Exclusive Provider Organization (以下「EPO」とする。詳細は後述)、Consumer-Driven Health Plans (CDHP。本章第 4 節を参照。)といった多くのプランが提示されており、職員が各自のニーズ・好みに合わせて選択している。

《図表 12》UCにおいて提供されている健康保険（医科）の選択肢

プラン名	種類	備考
Blue Cross PLUS	POS	カリフォルニア州内のサービス対象地域に居住または勤務する人が対象
Blue Cross PPO	PPO	NSAR(注2)
Core California	インデムニティ	NSAR(注2)
Core New Mexico	インデムニティ	NSAR(注2)
Definity Health Plan	CDHP(注1)	サンタバーバラ校またはサンフランシスコ校に勤務する人のみ(米国内に居住していることが条件)
Health Net	HMO	カリフォルニア州内のサービス対象地域に居住する人が対象
Kaiser CA North	HMO	北部カリフォルニア内のサービス対象地域に居住または勤務する人が対象
Kaiser CA South	HMO	南部カリフォルニア内のサービス対象地域に居住または勤務する人が対象
Kaiser Mid-Atlantic	HMO	メリーランド州、バージニア州、コロンビア特別区内のサービス対象地域に居住する人が対象
PacifiCare of CA	HMO	カリフォルニア州内のサービス対象地域に居住または勤務する人が対象
PacifiCare of Nevada	HMO	ネバダ州内のサービス対象地域に居住または勤務する人が対象
UnitedHealthcare iPlan	CDHP(注1)	ニューメキシコ州に居住する人が対象
UnitedHealthcare Options PPO	PPO	ニューメキシコ州内のサービス対象地域に居住する人が対象
UnitedHealthcare Options PPO National	PPO	ニューメキシコ州以外のサービス対象地域に居住する人が対象
UnitedHealthcare Out-of-Area	インデムニティ	UnitedHealthcare社のPPOサービス対象地域外に居住する人もしくは海外に居住する人が対象
UnitedHealthcare Select EPO	EPO	ニューメキシコ州、ネバダ州、メリーランド州、バージニア州、コロンビア特別区内のサービス対象地域に居住する人が対象
Western Health Advantage	HMO	Sacramento郡、Yolo郡、Solano郡、Placer郡、El Dorado郡、Colusa郡内のサービス対象地域に居住する人が対象

(注 1) CDHP とは Consumer-Driven Health Plans の略

(注 2) NSAR とは No Service Area Requirement の略で、サービス提供地域に制限がないことを指す。

(出典) UC, 2004, *supra*. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

²¹ PPO については、付録 2. (3) を参照のこと。

²² POS については、付録 2. (3) を参照のこと。

②各プランの特徴

このようにいくつもの種類が存在し、さらに、ネットワークを組んでいる医療機関等の所在地等でサービス提供地域が限られるプランもあるため、提示するプラン数が多くなっている。各プランの特徴を職員が理解し、プラン選択を行うため、給付ガイドでは各プランの特徴を簡潔に説明している。その説明を基に、項目ごとにプラン比較できるように一覧表にまとめ直したものが、《図表 13》である。

《図表 13》UC において提供されている健康保険プランの概要

	HMO	EPO	POS			PPO	インデムニティ	
PCPの指名	必要	必要	必要			不要	不要	
PCPへの受診	必要	必須でない	必須でない			不要	不要	
利用可能な医療機関	HMOのネットワーク内に限定 (緊急時はどこでもよい)	EPOのネットワーク内に限定 (緊急時はどこでもよい)	ネットワーク外の医療機関も利用可能			ネットワーク外の医療機関も利用可能	どの医療機関でも利用可能	
copayment 受診ごとの定額負担	サービス利用に際して copaymentを支払う	copaymentが基本	ネット ワーク 内 の 医 療 機 関 を 利 用 し た 場 合	サービス利用に際して copaymentを支払う	ネット ワーク 外 の 医 療 機 関 を 利 用 し た 場 合	copaymentはない	サービス利用に際して copaymentを支払う ただし、ネットワーク内の 医療機関を利用した場合 とネットワーク外の医療機 関を利用した場合で金額 が異なる	copaymentはない
annual deductible 免責金額(年間この金額ま では全額自己負担)	設定しない	設定されることもある		設定しない		設定する	設定する	設定する
coinsurance 医療費の定率負担	ない	適用されることもある		ない		適用される。 例:30%が自己負担 (保険給付は70%)	適用される	適用される
annual out-of-pocket maximum 年間累計自己負担限度額	設定しない	設定しない		設定しない		設定しない	設定する。 ただし、ネットワーク内の 医療機関を利用した場合 とネットワーク外の医療機 関を利用した場合で金額 設定が異なる。 この限度額を超えたら保 険で100%支払われる。	設定する。 この金額を超えたら保 険で100%支払われる。
Formulary 処方箋薬剤推奨リスト	あり	あり	あり			あり	なし	
処方箋薬剤の給付	copaymentで負担 薬の種類(ジェネリック薬、ブ ランド薬等)によって copaymentの額が異なる	copaymentで負担 薬の種類(ジェネリック薬、ブ ランド薬等)によって copaymentの額が異なる	copaymentで負担 薬の種類(ジェネリック薬、ブ ランド薬等)によって copaymentの額が異なる			copaymentで負担 薬の種類(ジェネリック薬、 ブランド薬等)によって copaymentの額が異なる	deductibleを超えたら一 定割合が保険から支払 われる。	
メンタルヘルスの給付	受診前の電話連絡が必要	受診前の電話連絡が必要	受診前の電話連絡が必要			受診前の電話連絡が必要	適用なし	

(出典) UC, 2004, *supra*. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

給付ガイドによれば、EPOはHMOにほぼ類似したプランで、いずれの場合も加入に際してかかりつけ医(Primary Care Physician、以下「PCP」とする)の指名を行うが、HMOがすべての医療サービスの利用についてPCPを経由することを必須としているのに対して、EPOではネットワーク内の医療機関であればPCPを経由しなくても受診が可能である(PCP経由が必須でない)点が異なると説明されている。

③用語の解説

上掲の《図表 13》による各プランの違いを理解するために必要ないくつかの用語をここで説明しておく。

「copayment」とは、実際にかかった医療費の額には関係なく、一回の受診ごとに5ドル、10ドル、15ドル、20ドルといった定額を患者が自己負担する。HMO等では受診時にこの金額さえ支払えば医療サービスを利用することができる。

「annual deductible」とは、インデムニティ型のプランによく見られる仕組みで、加入に際してある一定の金額を取り決め、毎年の医療費が、一定の金額に達するまでは保険金支払いの対象とならず、その年の医療費が、一定の金額を超過した場合、超過分につき保険金支払いの対象とするという取り扱いである。この一定の金額の取り決め方として、「1人につき500ドル、1家族につき1,500ドル」といった例が給付ガイドで説明されている。

「coinsurance」とは、かかった医療費に対して一定の割合(例えば30%)で患者が自己負担し、残りが保険金として支払われるという仕組みである。

「annual out-of-pocket maximum」とは、上記の「annual deductible」や「coinsurance」により患者が自己負担する金額の年間最高限度額で、加入に際して取り決める。自己負担がこの金額に達すると、それを超えた医療費に対しては、「coinsurance」の適用を行わず、全額を保険金支払いの対象とする。

したがって、「annual deductible」「coinsurance」「annual out-of-pocket maximum」を組み合わせると次のような補償となる。

例)	annual deductible:	1人につき 500 ドル
	coinsurance:	患者 30%、保険会社 70%
	annual out-of-pocket maximum:	1,400 ドル

プラン加入後、医療費の累計額が 500 ドルに達するまでは全額自己負担で、保険会社からの支払いはない。医療費の累計額が 500 ドルを超え、例えば、次の受診で 50 ドルかかり、累計額が 550 ドルになると、500 ドルを超過した 50 ドルに対して 70%の 35 ドルが保険金として支払われる（15 ドルは自己負担）。その年、さらに医療費が発生すると、その金額の 70%が保険金として支払われ、30%は自己負担という形での分担が続く。発生した医療費の累計が 3,500 ドルに達すると、自己負担額は annual out-of-pocket maximum として設定した 1,400 ドルとなる（annual deductible: 500 ドル、coinsurance による自己負担: 900 ドル = (3,500 ドル - 500 ドル) × 30%）。したがって、3,500 ドルを超える医療費については、全額が保険金で支払われる。

④保険料の水準設定

保険料はプランによって異なる。また、同じ Kaiser Permanente のプランでも、家族構成により保険料が異なる。UC の場合、家族構成として、「単身」「大人 1 人 + 子供」「大人 2 人」「それ以外の家族構成」の 4 種類の中から選択するようになっている。各プランが提示する家族構成別保険料に対して UC は保険料の一部を拠出することとしている。各プランが提示する保険料と UC が拠出する金額との差額が、職員の拠出する保険料の実額ということになる。以前は保険料の全額を UC が拠出していたが、4 年前から職員による一部拠出の制度に変更したとのことである。UC が拠出する金額は、職員の年収レベルにより変化させることとされている。職員を年収により「年収 4 万ドル以下」「4 万ドル超、8 万ドル以下および退職者」「8 万ドル超、12 万ドル以下」「12 万ドル超」の 4 グループに分け、グループごとに異なる拠出金水準としている。年収レベルが高くなるほど、UC が拠出する金額を小さく設定しているため、年収レベルの高い人ほど同じプランでも保険料の実額負担が大きくなるスキームとなっている。なお、《図表 10》の保険料負担欄で、医科対象の健康保険の部分が「UC のみ」となっているものは、UC の定めた拠出金水準の方が、プラン側が提示した保険料より大きい額であるため、職員による拠出がゼロとなり、実質的に「UC のみで全額拠出」となるケースを示している。

(3) UC の給付管理責任者²³

UC が運営する、連邦エネルギー省付属の研究所に在籍する給付管理責任者は、前述した UC の約 16 万人の職員または退職者の給付を管理するとともに、職員側の代表として保険会社側との契約交渉を行っている。また、他社のコンサルティングサービスも利用している。

²³ Orlando Lawrence Berkeley National Laboratory へのインタビュー結果による（2005 年 3 月 1 日）。

この給付管理責任者は、「州立大学の職員は、民間企業と比較して給料は高くないが給付条件は良い。このような状況の下では、給付管理責任者の仕事は良い車を作るセールスマンのようなものであり、給付を切り詰めるのではなく、『いかに良い条件の給付ができるか』を考えればよいので、いい仕事をさせてもらっている」と述べている。一般的に雇用主は、医療コストの高騰に対処するため、単純に給付を制限しようとしているとされるが、給付管理責任者として、職員のために、少しでも魅力的な条件を保険会社から引き出そうという方向性もあることを示している。

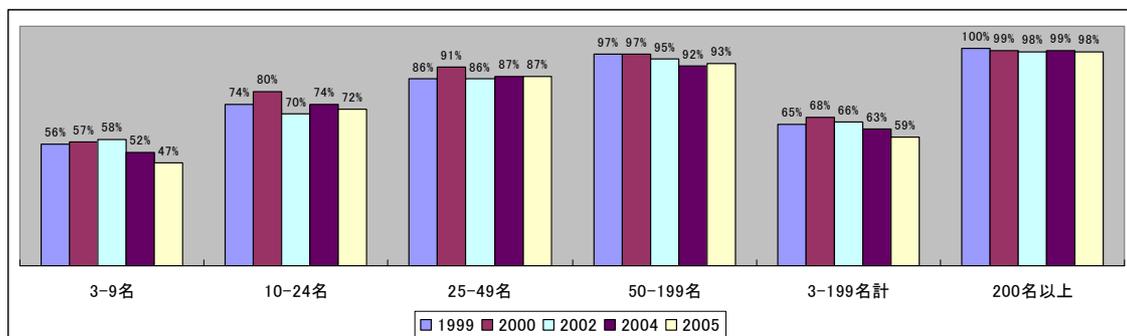
2. 職域市場で提供される健康保険プランの概要

前節では、雇用主が提供している福利厚生パッケージの具体例を、UC の場合を例に説明した。ここでは、全米約 2,000 社の企業に対する聞き取り調査の結果が報告されている The Kaiser Family Foundation と Health Research and Educational Trust の“*Employer Health Benefits 2005 Annual Survey*”を基に、全般的な職域市場の状況を概観する。

(1) 従業員に健康保険プランを提供している企業の割合

《図表 14》は、従業員に健康保険プランを提供している企業の割合を従業員規模別に見たものである。従業員規模が大きいほど、健康保険プランを提供する割合が高くなっており、その傾向は変わっていない。ただし、従業員規模 200 名以上では、ほぼ全社が従業員に健康保険プランを提供しているが、従業員規模 199 名以下の企業では 7 割弱となり、その割合は近年低下してきている。

《図表 14》健康保険プランを提供している企業の割合（従業員数による企業規模別）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 2.2.

(2) 従業員の健康保険プランへの加入状況

企業が従業員に健康保険プランを提供している場合でも、全従業員が利用資格を持っているわけではなく、雇用形態等により資格要件が定められていることが多い。また、加入資格を有している従業員であっても、必ずしも全員が加入するわけではない。《図表 15》に示すとおり、健康保険プランを提供している企業の従業員のうち利用資格を持っている従業員の割合が 80%、利用資格を持っている従業員のうち実際に加入することを選ぶ従業員の割合は 83%となっている。したがって、健康保険プランを提供する企業の従業員のうち、その企業での健康保険プランに加入する従業員の割合は 66%程度である。これらの割合は、従業員規模や地域別にはさほど大きな較差は見られないが、業種別には大きな較差が見られる。特に、小

売業では利用資格を持っている従業員割合が 61%と低く、利用資格者のうち実際に加入することを選ぶ従業員の割合も 77%と低いため、従業員に占める健康保険加入者の割合も 46%となっている。

《図表 15》従業員規模、地域、業種別健康保険加入従業員の割合（2005 年）

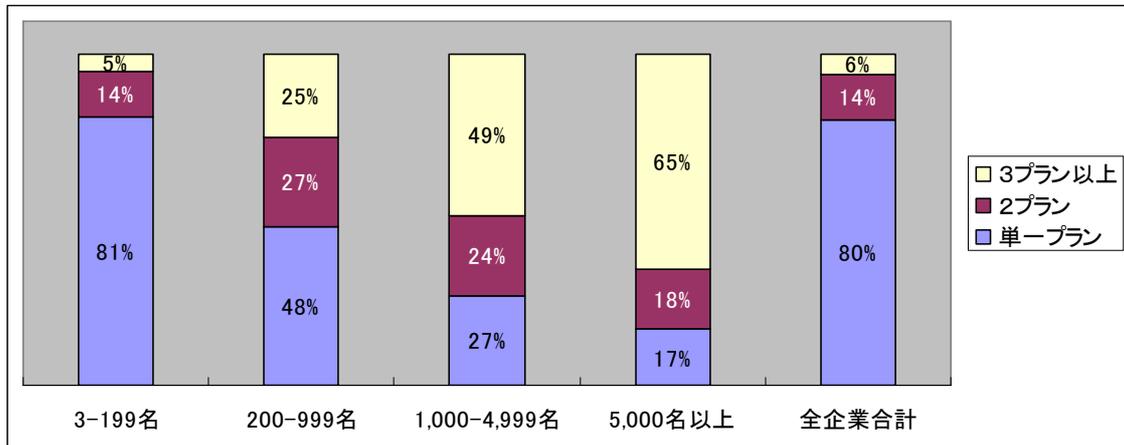
	利用資格を持つ 従業員の割合 (A)	(A)のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (B)	従業員のうち健康保険に 加入する従業員の割合 (A)×(B)
従業員規模			
3-24 名	84%	79%	67%
25-49 名	84%	77%	64%
50-199 名	78%	83%	65%
3-199 名計	81%	80%	65%
200-999 名	78%	83%	66%
1,000-4,999 名	81%	85%	69%
5,000 名以上	78%	84%	66%
200 名以上	79%	84%	67%
地域			
Northeast	80%	83%	67%
Midwest	80%	80%	64%
South	81%	84%	68%
West	77%	84%	65%
業種			
鉱業/建設/卸	80%	81%	64%
製造	91%	86%	79%
運輸/通信/電気・ガ ス・水道	88%	90%	79%
小売	61%	77%	46%
金融	87%	83%	73%
サービス	77%	80%	62%
州/地方の政府	89%	93%	83%
医療関係	77%	84%	65%
合計	80%	83%	66%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 3.2.

米国の健康保険プランは、インデムニティ型、マネジドケア型（HMO、PPO、POS）といった種類により、利用できる医療プロバイダーに関する制限、医療プロバイダーから受けられるサービス、保険料の水準等の特徴が異なる。そこで、企業が健康保険プランを提供する場合でも、複数の健康保険プランを設

定し、その中から従業員が好みのものを選ぶという方式が取られることもある。《図表 16》は従業員規模別に提示しているプラン数別の企業数の割合を示したものであるが、従業員規模が大きいほど、複数プランを提示している企業の割合が高くなっている。

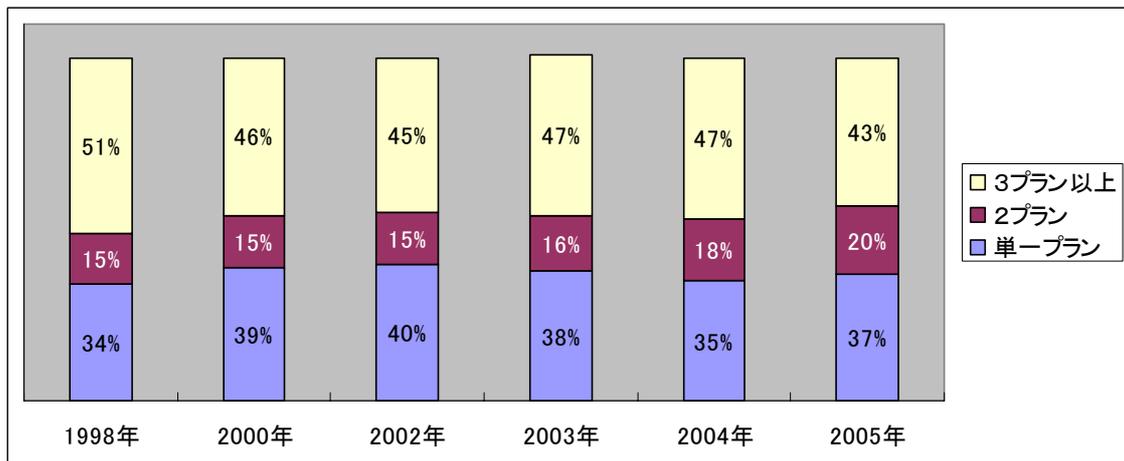
《図表 16》従業員規模別に見た提示プラン数別の企業数分布（2005 年）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 4.2.

また、提示を受けていたプラン数別の分布を、加入している従業員ベースで経年比較したものが《図表 17》であるが、近年、大きな変動は見られない。

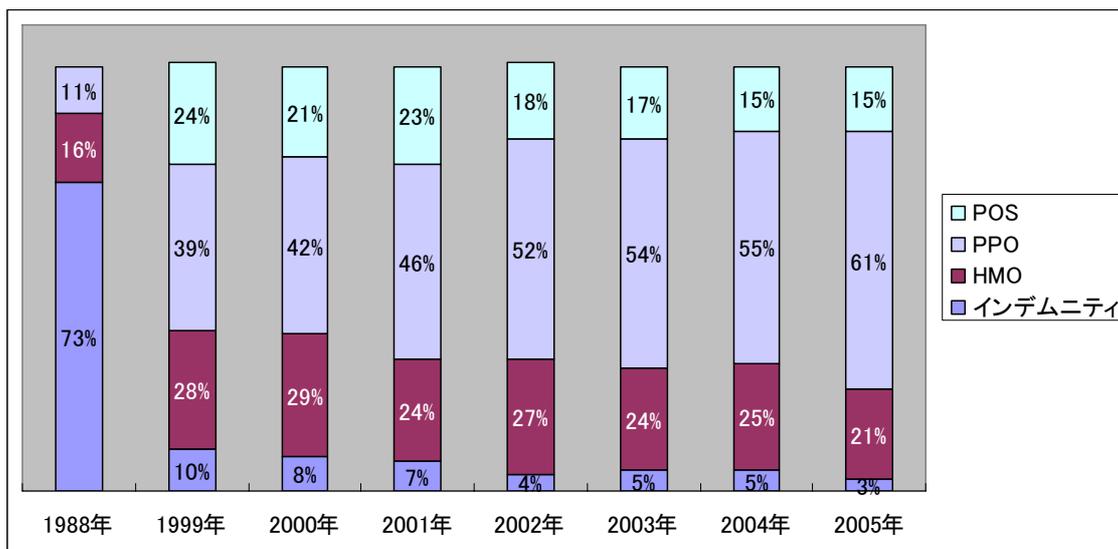
《図表 17》提示を受けていたプラン数別の加入従業員数分布の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 4.3.

次に、加入した従業員の選んだプラン別の加入者数シェアの推移を見ると、《図表 18》のとおり、PPO はシェア拡大を続け 2002 年には 50% を超え、2005 年には 61% に達している一方、POS、HMO、インデムニティは減少傾向にある。

《図表 18》 加入プラン別従業員数分布の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 5.1.

(3) 健康保険プランの保険料と従業員の負担

保険料の水準は、全てのプランにおいて、2002年から2004年までの3年間は2桁の上昇率となっていたが、2005年はその伸び率が鈍化し、1桁の上昇率となった（《図表 19》参照）。

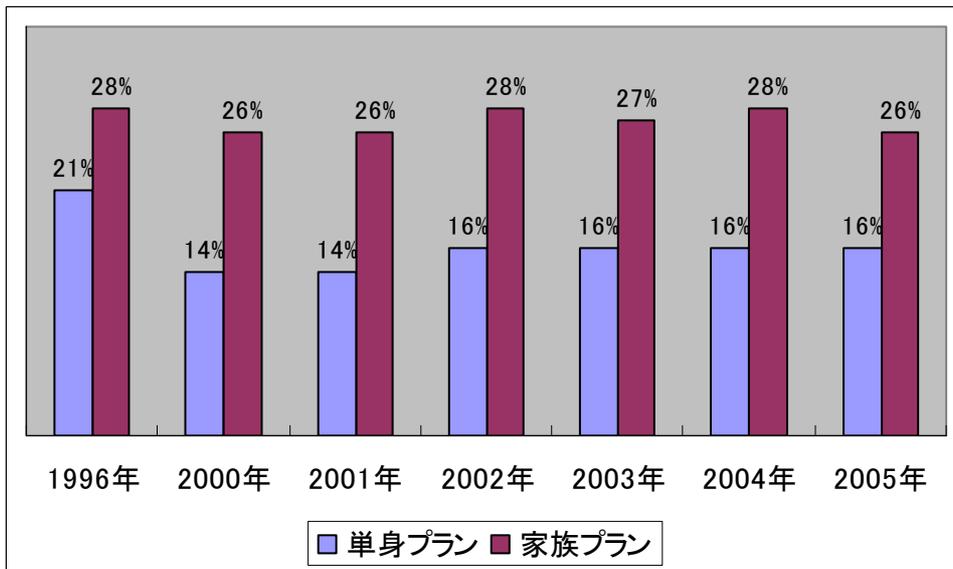
《図表 19》 プラン別保険料水準対前年上昇率の推移

	1996年	2000年	2002年	2003年	2004年	2005年
インデムニティ	1.9%	9.5%	13.8%	14.3%	11.1%	5.0%
HMO	-0.2%	7.6%	13.5%	15.2%	12.0%	9.4%
PPO	1.0%	8.5%	12.7%	13.7%	10.9%	9.4%
POS	1.1%	7.8%	12.2%	13.2%	11.3%	9.1%
合計	0.8%	8.2%	12.9%	13.9%	11.2%	9.2%

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 1.2.

保険料のうち従業員が負担する割合は、単身プランと家族プランによって異なっている。《図表 20》のとおり、単身プランの場合、1996年の21%から一旦低下したが、その後上昇に転じ、2002年では16%となり、その後は同水準を保っている。家族プランについては26~28%程度の水準で推移している。

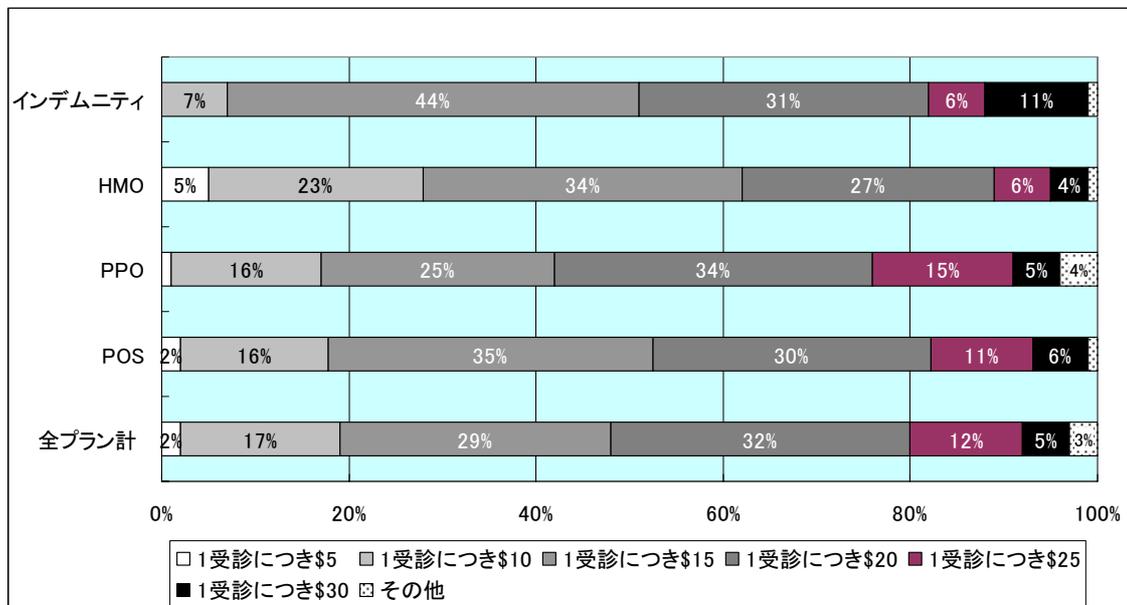
《図表 20》 保険料のうち従業員が負担する割合の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 6.2.

従業員のコスト負担としては、保険料の負担だけでなく、受診時の自己負担もある。《図表 21》は、前節で説明した「copayment」にあたる、医師の診察を受けたときに1回につき自己負担する受診料の金額別に加入者数割合をプラン別に比較したものであるが、各プランとも1受診につき15ドルまたは20ドルを自己負担とする割合が比較的高い。

《図表 21》 医師の診察1回につき自己負担する受診料金額の分布
(加入プラン別、2005年)



(注) パーセンテージの表示のない部分(インデムニティ、HMO および POS の「その他」、PPO の「1受診につき\$5」)は、1%またはそれ未満であることを示す。

(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 7.8.

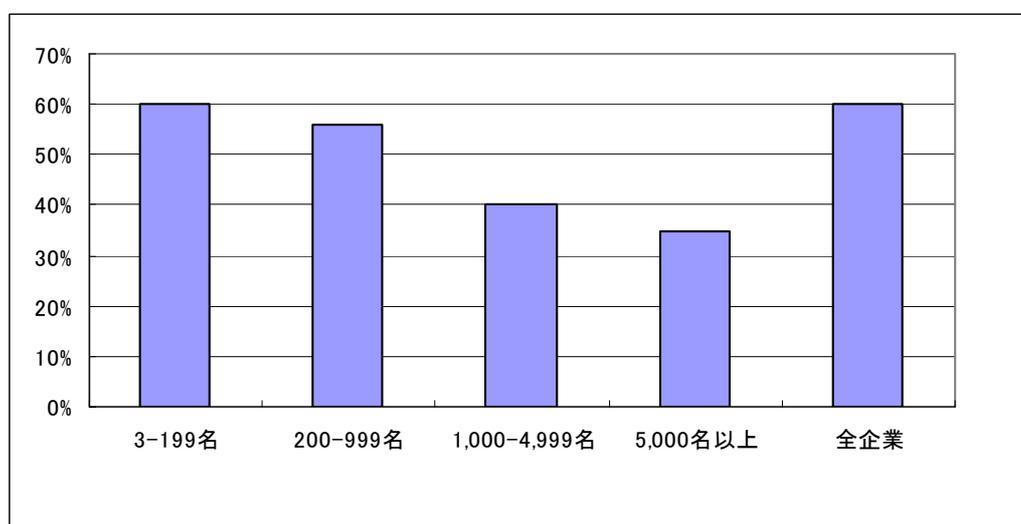
3. 企業側の見方

従業員に福利厚生としてのヘルスケアサービスを提供する企業の見方について、前節同様、The Kaiser Family Foundation と Health Research and Educational Trust の“*Employer Health Benefits 2005 Annual Survey*”を基に、現地調査結果に基づく保険会社・ブローカーの見方も適宜紹介しながら概観する。

(1) 健康保険プランの切り換え

2004年に、従来とは別の健康保険プランの購入または別の保険会社からのプランの購入を検討した企業の割合は、60%であった（《図表 22》参照）。

《図表 22》従来とは別の健康保険プランの購入もしくは別の保険会社からのプランの購入を検討した企業の割合（従業員数による企業規模別）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 12.1.

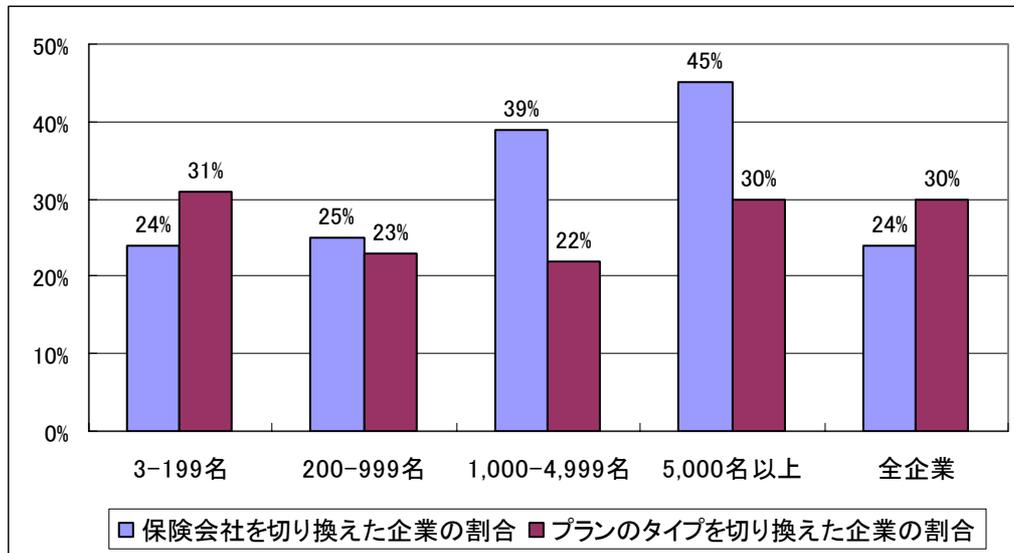
さらに、別の健康保険プランの購入または別の保険会社からのプランの購入を検討した企業のうち、30%が実際にプランを別のタイプに切り換えており、24%が保険会社を他社に切り換えている（《図表 23》参照）。

なお、健康保険プランの切り換えについては、以下のようなブローカーの見方がある²⁴。

- ・ 雇用主が過去の経験に基づいて、同一の保険会社のプランを再度選択しようとする場合、ブローカーは、同一の保険会社についても提供するプランに変化がある点を踏まえて、「次回も同じ保険会社のプランが良いのですか？他社もプランの内容が変わっているから検討して下さい」と雇用主を説得する。
- ・ 来年保険料が上昇しそうでであると予測される場合には、同一保険会社のより安いプランを提示しようとする（保険会社を乗り換えるより同一保険会社の他のプランに乗り換える方が容易に行えるため）。

²⁴ HB Resources へのインタビュー結果による（2005年3月1日）。

《図表 23》別の健康保険プランの購入もしくは別の保険会社からのプランの購入を検討した企業のうち、実際に保険会社を切り換えた企業・プランのタイプを切り換えた企業の割合（従業員数による企業規模別）



(注) 保険会社とプランのタイプの双方を切り換えた企業も存在する。

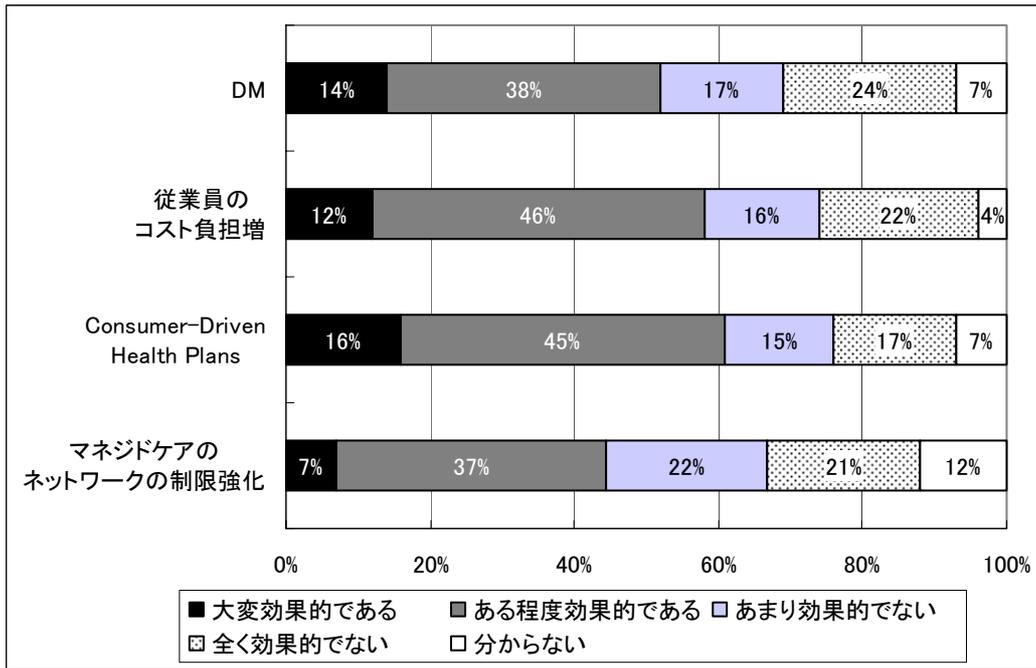
(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 12.1.

(2) 医療コスト抑制策の実効性

種々のコスト抑制策の効果について、「大変効果的」あるいは「ある程度効果的」と答えた企業の割合は、Disease Management（以下「DM」とする）²⁵が52%、従業員のコスト負担増が58%、Consumer-Driven Health Plans（CDHP。本章第4節を参照。）が61%、マネジドケアのネットワークの制限強化が44%であった（《図表 24》参照）。

²⁵ DMについては、付録2.(1)を参照のこと。

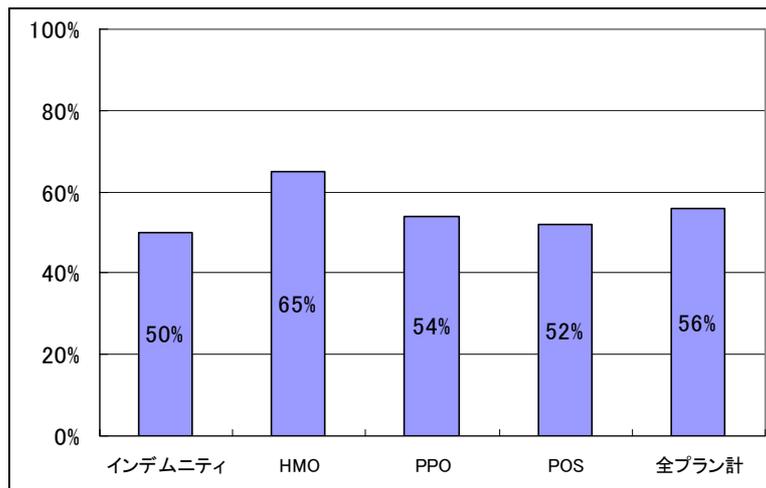
《図表 24》コスト抑制策の効果に関する企業の考え方



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 12.5.

上述のように、52%の企業がコスト抑制の面で「大変効果的」あるいは「ある程度効果的」と考えているDMであるが、健康保険プランに加入している従業員のうち、DM プログラム付きのプランに加入している従業員の割合は、全プラン計で 56%であった（《図表 25》参照）。

《図表 25》健康保険プランに加入している従業員のうち、DM プログラム付きのプランに加入している従業員の割合（健康保険プランタイプ別）



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, Sept. 2005, *supra*, Exhibit 12.4.

医療コストの抑制に関しては、「雇用主は自ら提供するプランを通じて実現できるレベル以上に医療コストの抑制を図りたいと考えているが、実際には従業員の反発を恐れてそうするまでには至っていない」と

いう保険会社の見方が存在する²⁶。

具体的には、医療費上昇への対策として、健康リスク評価を行った上で健康を改善するための計画を立て、その計画を遂行すれば、毎月の従業員の負担を 25 ドル割り引く仕組みを盛り込んだ新しいプランを導入した企業の例もある²⁷。

4. 新しい動き－Consumer-Driven Health Plans (CDHP)

(1) CDHP とは

雇用主が抱える医療コスト上昇の問題を解決する手段として近年注目されているのが、CDHP である。なお、文献等によっては、CDHP と同趣旨の内容のものを別の用語(例:“consumer-driven health benefit”, “consumer-focused benefits”) で表現しているケースも見受けられるが、本節では一律“CDHP”を用いる。

“Consumer-Driven”とは健康保険プランの 1 つの設計方法であり、“Consumer-Driven”と称されるのは、従業員が利用する医療プロバイダーや加入する健康保険プランを自ら選択し、給付設計も自ら行うとともに、金銭面のリスクも従業員自身が相当程度負担することによる²⁸。このように従業員自身がサービスの利用に対して自ら責任を負う度合いの高い CDHP では、従業員が十分な判断力をもってサービスを利用するために、Web ベースの医療情報ツールが不可欠であると考えられている²⁹。

CDHP については、「マネジドケアに続く一大事であり、ヘルスケアを大きく変革させるものである。CDHP は今日のヘルスケアシステムに取って代わることのできる唯一の方法である」という趣旨の見方であり³⁰、実際に UnitedHealth Group、CIGNA のように、CDHP の分野に強い会社を買収して CDHP の提供を行うケースも見られる³¹。

(2) CDHP の 3 つのタイプの比較

米国のコンサルティング会社 Milliman が 2004 年に発表したレポート³²では、CDHP を Medical Savings Account (以下「MSA」とする)、Healthcare Reimbursement Arrangement (以下「HRA」とする) および Health Savings Account (以下「HSA」とする) の 3 つのタイプに分け比較を行っている。いずれも所定の(概ね高い水準の)免責金額が設定された健康保険プランと組み合わせられた勘定に拠出を行い、免責金額の範囲においてこの勘定から医療費を賄う(勘定への拠出金で免責金額を賄いきれなければ従業

²⁶ 有力保険会社へのインタビューの結果による(2005年3月)。

²⁷ AON Consulting へのインタビューの結果による(2005年3月2日)。

²⁸ Jon R. Gabel et al., “Consumer-Driven Health Plans: Are They More Than Talk Now?”, Health Affairs Web Exclusive, Nov. 20, 2002, W395 (visited Nov. 1, 2003)
<<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.395v1>>.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Richard L. Reece, “Consumer-Driven Care: Eight Directions for 2005”, HealthLeaders News, Dec. 6, 2004.

³¹ UnitedHealth Group は 2004 年に Definity Health を、CIGNA HealthCare は 2005 年に Choicelinx を買収した。UnitedHealth Group News Release, “UnitedHealth Group Announces Acquisition of Definity Health”, Nov. 29, 2004 (visited Nov. 1, 2005)

<<http://www.unitedhealthgroup.com/news/rel2004/1129Definity.htm>>, CIGNA HealthCare News Release, “CIGNA HealthCare Acquires Choicelinx: Adds New Technology Capabilities to Consumer Focused Benefits Offerings”, Aug. 1, 2005 (visited Nov. 1, 2005)

<http://cigna.mediaroom.com/index.php?s=press_releases&item=773>.

³² Scott Wertz et al., “Alphabet Soup: HSAs, HRAs, and MSAs”, Milliman USA, Inc., 2004.

員の自己負担が発生する) 仕組みであり、拠出金や所定の使用目的³³による勘定からの支出額が非課税とされているが、勘定の所有者、勘定への拠出者等諸条件において差異が見られる(《図表 26》参照)。

Milliman のレポートでは、これら 3 つのタイプの中で、メディケア近代化法 (MMA。第 IV 章第 3 節を参照。) の成立により近年注目されている HSA が、既存の職域向け健康保険プランに取って代わる CDHP として最良の選択肢であると見ている。以下、3 つのタイプを比較する。

①HSA と MSA の比較

MSA を利用できるのは中小企業の従業員か自営業者のみであるが、HSA は大企業の従業員も利用できる。また HSA は、MSA と比較して免責金額を低く設定でき、より多くの金額を勘定に拠出できる。さらに、HSA は、拠出限度額の範囲内において、従業員が雇用主の拠出に追加して拠出を行うことができる。

②HSA と HRA の比較

HSA では勘定の持ち主は従業員であり、従業員が会社を辞職しても自分の勘定を次の勤務先に持ち運ぶことができるが、HRA では、勘定は雇用主の管理下にあり、従業員が辞職すると、当該従業員のために勘定に積み立てられた残高は、雇用主の手元に戻ってしまう。また、前述のとおり HSA は、拠出限度額の範囲内において従業員が雇用主の拠出に追加して拠出を行うことができるが、HRA は雇用主しか拠出できない。

《図表 26》MSA、HSA、HRA の比較

	MSA	HSA	HRA
勘定を持つことができる者	・中小企業の従業員 ・自営業者	・中小企業の従業員 ・大企業の従業員 ・自営業者	・中小企業の従業員 ・大企業の従業員
個人向け商品における入手可能性	なし	あり	なし
勘定の保有者	従業員	従業員	雇用主
勘定は雇用主の資産から独立して積み立てが行われているものであるか	独立している	独立している	独立しているのは稀である
勘定への拠出者	雇用主、従業員のいずれか(同一年に両者とも拠出を行うことはない)	・雇用主および/または従業員 ・従業員の家族(贈与税課税対象となる)	雇用主のみ
組み合わせられる健康保険プラン	・免責金額の限度(2004年) 単身プラン: \$1,700~\$2,600 家族プラン: \$3,450~\$5,150 ・自己負担額上限(2004年) 単身プラン: \$3,450 家族プラン: \$6,300	・最低免責金額(2004年) 単身プラン: \$1,000 家族プラン: \$2,000 ・自己負担額上限(2004年) 単身プラン: \$5,000 家族プラン: \$10,000	免責金額や自己負担額によらずあらゆる健康保険プランとの組み合わせが可能(ただし、高い免責金額が設定されたプランと組み合わせられることが多い)
勘定への拠出額の上限	・単身プラン: 免責金額の65% ・家族プラン: 免責金額の75%	・単身プラン: 免責金額と\$2,600のいずれか低い方 ・家族プラン: 免責金額と\$5,150のいずれか低い方	上限なし

(出典) Scott Wertz et al., "Alphabet Soup: HSAs, HRAs, and MSAs", Milliman USA, Inc., 2004.

³³ 内国歳入法 (Internal Revenue Code) の Section 213(d)に定められたものが対象となる。26 U.S.C. § 213(d)(1996).

(3) HSA に対する見方

以下、近年注目されている HSA に関するブローカー(2社)および従業員給付担当者の見方を紹介する。

①あるブローカーの見方³⁴

HSA を導入している企業はまだ少ないが、こちらから提案すると HSA を選択肢に追加するのが一般的であり、既存のプランから完全に乗り換える企業の例は少ない。HSA を導入した企業では、約 15～20% の従業員が HSA を選択する。

HSA の医療コスト抑制効果は、導入して 1～2 年目の時点では分からない。当初は比較的健康的な人しか加入しないので、もともと医療費をあまり使わないからである。多くの従業員が数年間加入し続けていることにより、効果を確認できるようになる。

②別のブローカーの見方³⁵

一般的な HSA の場合、拠出は会社と従業員が折半で行い、従業員の 5～10% が HSA を選択する。会社側は「HSA は安い」と考えているが、5～10% の社員しか選択しないのであれば、あまりコスト削減の効果は得られない。

ある会社では、健康福利厚生給付をより魅力的なものとするために HSA を選択肢に加えた。HSA には会社側が全額を拠出し、1 年あたりの拠出額によって、500 ドル、1,500 ドルの 2 つのコースが設けられた。HSA 導入 1 年目は、25% の従業員が HSA を選択した。

③給付管理責任者の見方³⁶

HSA をあまり評価していない。HSA は保険会社が宣伝し、会社が「安い」と感じているが、従業員にとっては使いにくいと考えている。保険料水準は「HMO より高く、PPO より低い」レベルであり、選択の自由があるのは PPO と同様だが、実際にサービスを利用した際の自己負担が高くなる。

³⁴ AON Consulting へのインタビュー結果による (2005 年 3 月 2 日)。

³⁵ Woodruff Sawyer の元在籍者へのインタビュー結果による (2005 年 2 月 28 日)。

³⁶ Orlando Lawrence Berkeley National Laboratory へのインタビュー結果による (2005 年 3 月 1 日)。

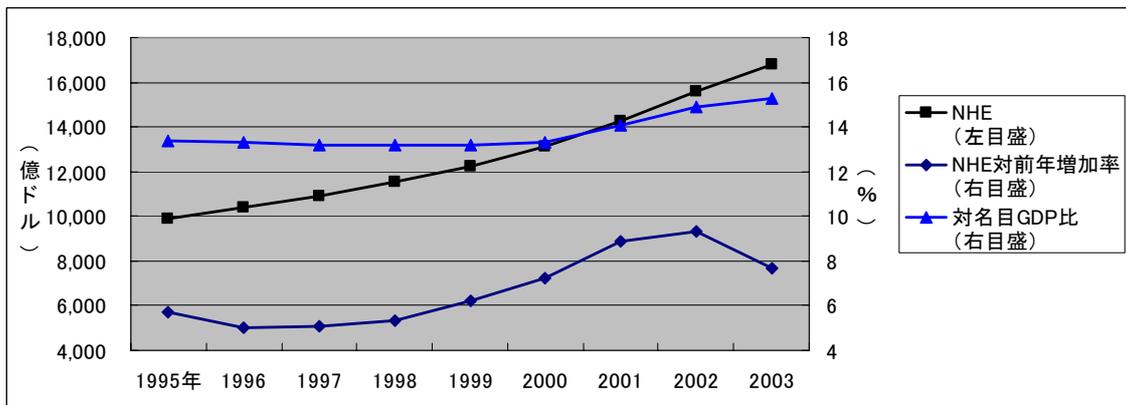
IV. 民間保険市場に強い影響を与えるヘルスケア市場の動き

1. 医療コストの現状

(1) 医療コストの動向

2003年の米国医療コスト（NHE: National Health Expenditure）³⁷は、CMSの統計によれば、2002年より1,199億ドル増え、1兆6,789億ドルとなっている。8,270億ドルであった1992年に比べれば、約2倍の水準となり、一貫して伸び続けているが、対前年増加率は2002年の9.3%から2003年は7.7%と少し鈍化した（《図表27》参照）。また、米国医療コストの名目GDPに対する比率は、2002年より0.4%増加し、15.3%となっている。

《図表27》米国医療コスト（NHE）の推移（2003年まで）

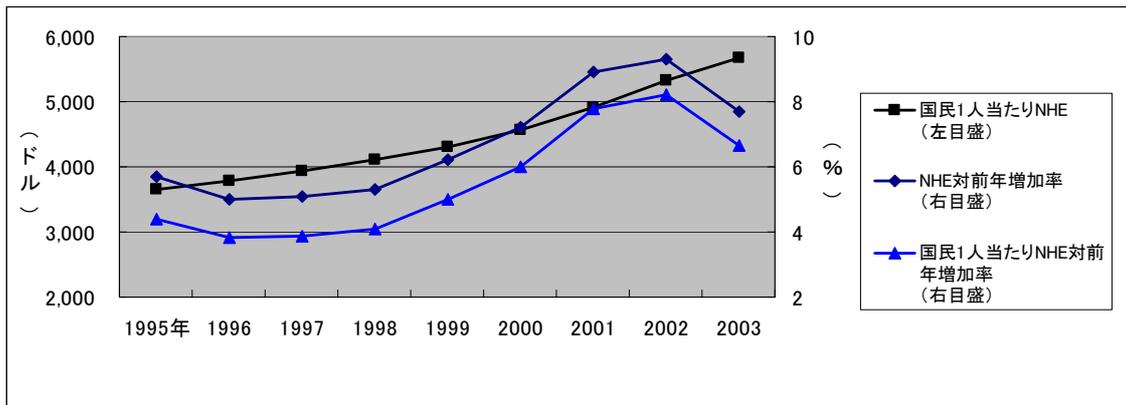


(出典) CMS, “National Health Expenditures Tables - Table 1: National Health Expenditures Aggregate and per Capita Amounts, Percent Distribution, and Average Annual Percent Growth, by Source of Funds: Selected Calendar Years 1980-2003” (visited Mar. 1, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/historical/tables.pdf>>.

また、米国民1人当たり医療コストで見ても、2003年は2002年より6.6%上昇しており、総額の伸びが単に人口増によるものではなく、単価増が大きな要因となっていることが見て取れる。ただし、1人当たり医療コストの増加率そのものは、2002年の8.2%からやや鈍化した（《図表28》参照）。

³⁷ 病院、ナーシングホーム、ホームケア等の医療プロバイダーにおけるヘルスケア関連費用および公的部門・民間部門における薬剤費用の合計を米国医療コストとする。

《図表 28》 国民 1 人当たり米国医療コスト (NHE) の推移 (2003 年まで)



(出典) 《図表 27》に同じ。

(2) コストの上昇要因

ここでは、医療コスト上昇の要因について概観する。前項で取り上げた米国医療コストのデータでは、要因別の医療コストを把握できないので、Milliman USA Health Cost Index(HCI)³⁸という別の指標を用いて、要因分析を行った資料を以下で参照する。

《図表 29》のとおり、HCI インデックスで見た全サービス計の対前年増加率は、2001 年の 10% をピークに、2002 年 9.5%、2003 年 7.4% と鈍化の傾向を見せているものの、まだ、名目 GDP の伸び率 (2003 年は 3.8%) を大きく上回った水準にある。

《図表 29》 HCI インデックスで把握した米国民 1 人当たり医療コストの対前年増加率の推移

年	全サービス	病院費用		医師費用	処方箋 薬剤費用	名目GDP (参考)
		入院	外来			
1994	2.1%	-2.0%	8.7%	1.7%	5.2%	4.9%
1995	2.2%	-3.5%	7.9%	1.9%	10.6%	3.4%
1996	2.0%	-4.4%	7.7%	1.6%	11.0%	4.4%
1997	3.3%	-5.3%	9.5%	3.4%	11.5%	5.0%
1998	5.3%	-0.2%	7.5%	4.7%	14.1%	4.1%
1999	7.1%	1.6%	10.2%	5.0%	18.4%	4.8%
2000	7.8%	4.1%	9.8%	6.3%	14.5%	4.8%
2001	10.0%	8.7%	14.6%	6.7%	13.8%	1.8%
2002	9.5%	8.4%	12.9%	6.5%	13.2%	2.7%
2003	7.4%	6.6%	11.0%	5.1%	9.1%	3.8%

(出典) Bradley Strunk et al., "Tracking Health Care Costs: Trends Turn Downward In 2003", Health Affairs Web Exclusive, June 9, 2004, p.W4-356, (visited Mar. 1, 2005)
<<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.354v1>>.

³⁸ Milliman が公表データと医療プロバイダーから入手した非公表データによって算出する、米国の医療コスト支出の指標で、民間健康保険会社の保険金支払い実績を反映するようにデザインされている。CMS の発表する米国医療コストと比較して、データが早期に入手できるメリットもある。

サービス別に見ると、病院入院費用の2003年の伸びは2002年の8.4%から1.8%低い6.6%であった。また、病院外来費用は2002年の12.9%から1.9%下がり、11.0%増となったが、各サービス中、最大の増加率となっている。《図表29》の出典として掲げたレポートでは、入院外来合計の病院費用の増加率は9.0%で、分解すると、価格（単価）の増加率8.0%、利用量の増加率0.9%となると推計されている。利用量の増加率は2001年に7.8%という高い水準を示したが、これは、消費者の激しい反発を受けてマネジドケア業界がそのタイトな管理を緩めたことの結果との見方がある。2003年は、その調整が完了を迎えたので低い伸びで収まったと考えられるとしている。一方、価格（単価）の8.0%増は、ここ数年で最大の増加率であった。この要因として、このレポートでは、看護師不足から賃金が上昇していること、メディケアやメディケイドからの支払率のカットを埋め合わせるために、病院が民間保険会社に請求するサービス価格を引き上げたとの見方もあることを紹介している。

処方箋薬剤費用については、1999年の18.4%をピークに、4年連続で対前年増加率が鈍化しており、2003年は9.1%となった。分解すると、価格の増加率3.1%、使用量の増加率5.8%と推計される。ここ数年5%台の増加率を示していたが、価格要素については、いくつかのブランド薬が最近特許切れを迎え、価格の安いジェネリック薬が出てくるようになったこと、薬剤費の自己負担を薬の種類により3階層（ジェネリック薬、優遇ブランド薬、その他のブランド薬）とするプランが近年普及したことにより、患者がジェネリック薬を選好するインセンティブが形成されたこと、さらに、これらの動きにより製薬会社がブランド薬の価格上昇を抑えるような圧力が形成されたと考えられるとしている。また、使用量については、1999年の12.0%増をピークに2002年でも7.6%増であったものが、2003年は5.8%増に低下している。これについては、患者の自己負担額を拡大したことで処方箋薬剤の使用の増加が減速したと考えられること、新規に販売許可されるブランド薬の数が少なくなっていること、いくつかの処方箋薬が市販薬に分類替えされたこと等が要因として挙げられている。

2. HIPAA 関連ルールへの対応

(1) HIPAA 関連ルールの概観

1996年に成立した健康保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996（HIPAA））の目的には、健康保険の携行性と継続性の向上、健康保険における事務の簡略化等が含まれている³⁹。このうち、メディケアプログラム、メディケイドプログラムの改善、およびヘルスケアシステムの効率性・実効性の改善を目的とした、健康保険における事務の簡略化に関する条項により、“Health Plan”⁴⁰、ヘルスケア関連の情報センター、および電子的な形で健康情報の伝送を行う医療プロバイダー（以下この3者を総括して「HIPAA 適用対象」とする）に対し、種々の標準化ルールの遵守が義務づけられることとなった。ここでは、それらのルールの中から、電子的トランザクションとコード体系、プライバシー、およびセキュリティの標準化に関するルールを取り上げ

³⁹ 本稿で取り上げていない健康保険の携行性と継続性の向上に関する条項の主なポイントについては、西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」（安田総研クォーターリー第37号、2001年7月）を参照。

⁴⁰ HIPAAにおける“Health Plan”は、本稿第1章にて明示した「健康保険プラン」の使い方と異なり、「医療費の給付を行う個人向けまたは団体向けのプラン」と定義され（45 C.F.R. § 160.103）、保険会社も含まれるものであるため、以下本稿では、「健康保険プラン」と区別してそのまま Health Plan と表記する。

概観する⁴¹。なお、これらのルール of 遵守期限は《図表 30》のとおりとなっている。

《図表 30》HIPAA の電子的トランザクションとコード体系、プライバシー、およびセキュリティの標準化に関する標準化ルールの遵守期限

遵守期限	遵守ルール	遵守が義務付けられる対象
2002/10/16	電子的トランザクションとコード体系に関する標準化ルール	小規模Health Plan・期限延長申請者以外のHIPAA適用対象
2003/4/14	プライバシーに関する標準化ルール	小規模Health Plan以外のHIPAA適用対象
2003/10/16	電子的トランザクションとコード体系に関する標準化ルール	小規模Health Plan・期限延長申請者
2004/4/14	プライバシーに関する標準化ルール	小規模Health Plan
2005/4/20	セキュリティに関する標準化ルール	小規模Health Plan以外のHIPAA適用対象
2006/4/20	セキュリティに関する標準化ルール	小規模Health Plan

(注) 上表の「小規模 Health Plan」および「期限延長申請者」について

- ・ 小規模 Health Plan とは、年間収入額が 500 万ドル以下の Health Plan を意味する⁴²。
- ・ 小規模 Health Plan 以外の HIPAA 適用対象のうち、2002 年 10 月 15 日までに期限延長の申請を行った者については、遵守期限が 2003 年 10 月 16 日に延長された。

(出典) CMS, “HIPAA Administrative Simplification Compliance Deadlines” (visited Oct. 6, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/general/deadlines.asp>>.

①電子的トランザクションとコード体系に関する標準化ルール⁴³

本ルールは、所定の電子的トランザクション、それらのトランザクションに用いられるコード体系の標準および HIPAA 適用対象がこれらの標準を利用する際に遵守すべき項目について定めたものである。標準化が義務付けられるのは、以下に係るトランザクションである。

- ・ 医療費請求あるいはそれに対応する患者と医療プロバイダーとの相対に関する情報
- ・ 医療費の支払・送金の通知
- ・ 給付の調整
- ・ 医療費請求の処理状況
- ・ Health Plan への加入・脱退
- ・ Health Plan における受給資格
- ・ 保険料の支払
- ・ 紹介状の認証
- ・ 障害発生の第一報
- ・ 医療費請求に関連する情報
- ・ その他厚生省長官が法令で定めるトランザクション

⁴¹ この他、HIPAA の事務簡略化に係るルールとして、電子的トランザクションに用いられる雇用主等の識別子 (identifier) に関する標準化ルールがある。CMS, “Regulations & Guidance” (visited Dec. 20, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/home/regsguidance.asp>>.

⁴² 45 C.F.R. § 160.103.

⁴³ 65 Fed. Reg. 50,312 (to be codified at 45 C.F.R. § § 160, 162).

② プライバシーに関する標準化ルール⁴⁴

本ルールは、HIPAA 適用対象またはその Business Associate が保持・伝送する、個人を識別できるすべての健康情報を、その形態（例：口頭、電子媒体、紙）を問わず保護の対象としている。

「個人を識別できる健康情報」とは、

- ・ その個人の過去、現在、未来における身体的・精神的な健康の状態
- ・ その個人に対するヘルスケアの供給 または
- ・ 過去、現在、未来におけるその個人に対するヘルスケアの供給に対する支払

に関連するものであって、個人を識別する情報または個人の識別に用いられ得ると確信できる合理的根拠が存在する情報（人口学的データを含む）を指す。

また、Business Associate とは、HIPAA 適用対象の特定の機能もしくは活動の代行または HIPAA 適用対象に対する特定のサービスの提供のうち、個人を識別できる健康情報の使用または開示を伴うものを行う、人または組織を意味する。HIPAA 適用対象は、Business Associate との契約において明記された手段により、Business Associate が使用または開示する個人を識別できる健康情報の保護を図らねばならない。また、HIPAA 適用対象は、本ルールに反する方法で Business Associate が個人を識別できる情報の使用または開示を行うことを、契約上認めてはならない。

③ セキュリティに関する標準化ルール⁴⁵

本ルールは、個人を識別できる電子の健康情報のセキュリティに関する標準化について定めたものである。

セキュリティに関する標準化は、管理上の防衛手段、物理的な防衛手段および技術的な防衛手段の 3 つのカテゴリーに分けられる。前述のプライバシーに関する標準化ルールにおいてもこれら 3 種類の防衛手段を合理的に講ずるべきことを定めているが、本ルールでは、より包括的に規定されている。

また、適用される健康情報の形態に着目すると、前述のプライバシーに関する標準化ルールはあらゆる形態の健康情報に適用されるのに対し、本ルールでは電子の健康情報のみを対象としている。

本ルールを遵守するための具体的な取組み内容は、《図表 31》のとおりである。

⁴⁴ U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights, “*Summary of the HIPAA Privacy Rule*”, Apr. 11, 2003 (visited Oct. 7, 2005) <<http://www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf>>.

⁴⁵ CMS, “*HIPAA Security Series: 1. Security 101 for Covered Entities*” (visited Oct. 13, 2005) <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/education/Security%20101_Cleared.pdf>.

《図表 31》HIPAA のセキュリティに関する標準化ルールにおける具体的な取組み内容

	標準化の対象	具体的な実施項目(注1)	(注2)
管理上の 防衛手段	セキュリティ管理プロセス	リスク分析	R
		リスク管理	R
		許可をする方針	R
		情報システムの稼働状況点検	R
	セキュリティに関する責任分担		R
	従業員に係るセキュリティ	権限付与および/または監督	A
		従業員処分の手続き	A
		解雇の手続き	A
	情報アクセス管理	情報センター機能の隔離	R
		アクセス権限付与	A
		アクセスの構築と修正	A
	セキュリティの意識づけと教育	リマインダーの発信	A
		有害ソフトからの保護	A
		ログイン監視	A
		パスワード管理	A
	セキュリティ事故時の手順		R
	緊急時の計画	データバックアップ計画	R
		障害復旧計画	R
		緊急状態での稼働計画	R
		テスト及び修正の手順	A
アプリケーション及びデータの重要度分析		A	
評価		R	
Business Associate 契約及びその他の協定	書面化された契約及びその他の協定	R	
物理的な 防衛手段	設備へのアクセスの管理	緊急時の稼働	A
		設備のセキュリティ計画	A
		アクセス管理及び確認の手順	A
		メンテナンス記録	A
	ワークステーションの利用		R
	ワークステーションのセキュリティ		R
	機器及び媒体の管理	廃棄	R
		媒体の再利用	R
		説明義務	A
	データのバックアップと保管		A
技術的な 防衛手段	アクセス管理	特定ユーザーであることの確認	R
		緊急時のアクセス手順	R
		自動的なログオフ	A
		暗号化及び暗号の解読	A
	監査管理		R
	完全性	個人を特定できる電子の健康情報を認証するメカニズム	A
	人またはエンティティの認証		R
	伝送上のセキュリティ	完全性の管理	A
暗号化		A	

(注 1) 空欄は、具体的な実施項目が明示されていない標準化の対象であることを示す。

(注 2) “R”…必須項目 (Required)、“A”…実施について検討すべき項目 (Addressable) 後者の「実施について検討すべき項目」では、具体的には以下の判断プロセスにより実施すべきかどうかの検討が HIPAA 適用対象に義務付けられている。

1. 合理的かつ適切であると判断されれば実行
2. さもなければ、その判断根拠を記録に残した上で、
 - (1) 同一の目的を達しうる合理的かつ適切な代替手段を講ずるか、あるいは
 - (2) 標準化ルールの遵守に支障がなければ、当該手段も代替手段も講じない

(出典) CMS, “HIPAA Security Series: 1. Security 101 for Covered Entities” (visited Oct. 13, 2005) <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/education/Security%20101_Cleared.pdf>.

(2) HIPAA 関連ルールへの対応の事例

以下、現地調査に基づく HIPAA コンプライアンスの取組みと考え方の事例を 4 社紹介する。

①医療機関の事例⁴⁶

a. HIPAA のコンプライアンスに係る実務上の対応

この医療機関では、すべての患者に機密情報保護に関するオフィスのポリシーを見せ、そのことを記録に残すことを義務化している。具体的には、患者に対し、ポリシーが明記された書面に署名を求め、これを拒否した患者のカルテには「HIPAA」と書かれた赤いシールを貼付する運用となっている。

また、情報交換を行う直接の相手ではない第三者に患者の情報を提供する場合、当該患者の承認を得るとともに、情報提供について記録したシートをカルテに添付しなければならないこととなっている。

さらに、情報のやり取りで使用する FAX については、受信側にとって安全であることが求められている。すなわち、受信された内容が下向きに印字されて排紙される仕様であること、また廊下等ではなく施錠できる部屋に設置されていることが必要とされている。

この医療機関のオフィスには HIPAA ルールの遵守状況の監視責任者が置かれている。監視責任者は、院内を巡回し、遵守状況の点検を行っている。例えば、廊下などのパブリック・スペースにおいて、医師が患者に検査結果の話をしようとしているところを見つけた場合、その場で、その医師に対し、「HIPAA、HIPAA」と言って注意を促すなどの取組みをしている。

b. 準備段階の負担

この医療機関は、準備段階で苦労した点として、トレーニングプログラムの作成、HIPAA に準拠したオフィスでの業務手順の構築、また名前、住所等何らかの個人情報に記載されている紙をシュレッダー処理する必要があったことを指摘している。また、準備段階で要したコストと認識しているものとして、トレーニングの実施、ポリシーを説明するためにすべての患者に渡す文書、さらに医師がトレーニング期間中患者を診察することができなかったことによる収入の減少を挙げている。

また、この医療機関は、HIPAA 関連のカンファレンスに参加し、政府が作成した HIPAA 関連文書の内容の理解、オフィスにおけるポリシーの作成に活用した。

c. HIPAA に対する考え方

この医療機関では、以前から患者情報保護の取組みを行っていたので、HIPAA が要求しているコンプライアンスについて、全く新しい制度が導入されるとの反応はなかった。しかし、HIPAA 導入により、どの程度厳格な個人情報管理が求められるのかにつき、不安感があったという（例えば、待合室で患者の名前を呼ぶことも違反になるのか、などの議論があった）。

また、この医療機関は、HIPAA をめぐる 2 つの混乱を指摘している。1 つは、HIPAA のルールが難解で、人によって解釈が分かれる点、もう 1 つは、政府が最終ルールに至るまでにルールをしばしばバージョンアップしていたことである。

この医療機関では、HIPAA のコンプライアンスにおける 5 つの要素として、

- ・ 医師を含むすべてのスタッフへのトレーニング
- ・ いかに情報を保護するか

⁴⁶ East Bay Pediatrics へのインタビュー結果による（2005 年 3 月 3 日）。

- ・ いかにかに患者に情報へのアクセスを与えるか
- ・ いかにかに患者の家族に知らせるか
- ・ オフィスで働く人々だけでなく、出入り業者にもポリシーに同意させる

を挙げている。

なお、前述のように HIPAA の下で遵守すべきルールの 1 つに電子的トランザクションがあるが、これについては、外部から HIPAA 対応済みソフトウェアを導入しているため、この医療機関自身としてはトランザクション面で HIPAA コンプライアンスのことに気を配る必要はない、とのことであった。

②保険会社の事例⁴⁷

a. HIPAA のコンプライアンスに係る実務上の対応と認識された問題点

この保険会社では、コンプライアンスに関するほとんどの対応を、アウトソーシングによらず社内で行った。またこの保険会社は遵守期限の延長を申請したが、同社によれば、「当社のみならずすべての保険会社が申請した。HIPAA のルールを実行することが困難であるため、時間がかかった」とのことであった。

さらに、この保険会社によれば、HIPAA に関する案内文書を 1,000 万人のメンバーに送付したが、メンバーからは「情報を第三者に見せないで欲しい」というリクエストは少なく、むしろ「親戚にデータを見せたいのだが」というリクエストが多かったとのことであった。

この保険会社は、HIPAA のコンプライアンスにおいて実務上認識された問題点として、患者の情報を患者の家族に見せたい場合にどう対応すべきか、という点、また、HIPAA で対象となる情報の漏出や誤りがあった場合に当の本人にどう伝えるべきか、という点を指摘している。

b. HIPAA に対する考え方

この保険会社は、「HIPAA を通じた標準化により、業務の効率化が図られるであろう。ただコンプライアンスのコストに見合った効果が出ているかどうかを判断するのは時期尚早である。」と指摘する。

また、この保険会社では、HIPAA が施行される前から患者情報における守秘義務を遵守していたので、HIPAA を新しい現象とは考えていない。

③コンサルティング会社の事例（その 1）⁴⁸

a. HIPAA に係る顧客への対応

このコンサルティング会社は、これまでに、「自分たちは HIPAA 適用対象ではないが、Business Associate 契約に有利となるように、HIPAA を遵守したい。」との相談を多く受けているとのことである。また、例えば IPA⁴⁹のように HIPAA 適用対象といえるかどうか微妙な組織から、「自分たちの組織は HIPAA 適用対象であるのかどうか？」という問い合わせを受けることもあった。

また、同社では、「情報公開に関するポリシーを作りたい」という相談に対しては、HIPAA に則るのではなく相談者のビジネスプロセスに合わせてポリシーを作成する、とのことであった。

⁴⁷ 有力保険会社へのインタビュー結果による（2005 年 3 月）。

⁴⁸ Davis Wright Tremaine LLP へのインタビュー結果による（2005 年 3 月 3 日）。

⁴⁹ Independent Practice Association の略称。IPA は、個人の医療プロバイダーと人頭払いもしくは出来高払い契約を締結して医療サービスを提供する、医療プロバイダーの組織体である。IPA は、あらゆる専門科のサービスを提供するのが典型的であるが、プライマリケアのみ、あるいは 1 つの専門科のみを取り扱う IPA もありうる。“Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Health care Handbook, 4th Ed.”, pp.1366-1367 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

b. HIPAA に対する考え方

このコンサルティング会社は、「HIPAA の下でも、医療費請求処理を紙ベースで行うことが可能であるが、実務的には徐々になくなりつつある。医療費請求は紙ベースでも、当該患者の保険加入状況をチェックするのに Web 機能を利用すれば、結局 HIPAA コンプライアンスが求められる。」と指摘している。

さらに、同社は、HIPAA 関連ルールの遵守期限に関して、以下のような見方を示している。

「すべての HIPAA 適用対象が 2003 年の時点で遵守期限を守ることができたわけではなく、CMS の方の受け入れ準備も終わっていなかった。現時点でもまだ守られていないケースもある。トランザクションに関するルールは、難しい内容であるため企業側で対応が間に合わず、遵守期限を 1 年延長した経緯がある。データの送信側・受信側双方に遵守が義務付けられるので、基本的にはすべての HIPAA 適用対象について遵守期限が 1 年延長となった。プライバシールールは、多くの HIPAA 適用対象で遵守期限が 2003 年 4 月 14 日とされていたが、ポリシーの書式は作成したものの、日々の業務で遵守しているかどうか疑問である。また、小規模 Health Plan の遵守期限が他の HIPAA 適用対象より 1 年後に設定されているが、それで十分と考えている。」

c. HIPAA をめぐるトラブルの事例

このコンサルティング会社は、HIPAA 適用対象が自ら計り知れないところで、Business Associate 契約を締結した相手先が情報漏えいを犯した場合、HIPAA 適用対象は責任を問われない点を指摘している。

同社は、HIPAA の「穴」を露呈するものであるとして、以下の事例を紹介している。

(事例)

ある米国の大学が診察内容に関するテープ起こし業務を業者 A に委託し、そこから 2 つの下請業者を経由して最終的に外国の下請業者 B が請け負うことになったが、B が本業務に対する報酬を受けられなかったことを憤り、録音内容をインターネット上で公開した。

本事例に関して、同社は、この大学は直接の委託先である A と Business Associate 契約を締結しており、本件は HIPAA 違反にはならないとの見方を示している。

④コンサルティング会社の事例（その 2）⁵⁰

a. HIPAA に係る顧客への対応

このコンサルティング会社が手がけた顧客は、当初 Health Plan や大規模な医療プロバイダーが中心であったが、最近では雇用主や小規模の医師グループ、Health Plan の中でも小規模のところを中心になってきている。また、同社は、CMS が契約しているメディケア・メディケイドのクレーム処理を担当するベンダーに対するコンサルティングも手がけてきている。

同社が顧客に提供する HIPAA のコンサルティングの流れは次のとおりである。すなわち、まず 3 ヶ月から半年かけて、顧客の組織において法律と現状の間のギャップがどこにあるかアセスメントし、次にいくつかの小さいプロジェクトで修正を行い、最後に HIPAA の要件をすべてカバーしたかどうかアセスメントする、という手順である。

⁵⁰ (Davis Wright Tremaine LLP とは別の) コンサルティング会社へのインタビュー結果による (2005 年 3 月)。

また、同社は、HIPAA 関連ルールの遵守状況と自社の役割について、「HIPAA は実行段階にあり、今後 HIPAA のコンサルティングは少なくなっていくであろう。当社は実行に向けたプランニングを得意としているが、そのフェーズはほとんど終わっており、トレーニング等具体的な取組みに係るサービスの提供は、規模の小さいコンサルティング会社の役割になってくるであろう。」とコメントしている。

b. HIPAA に対する考え方

このコンサルティング会社は、HIPAA に関して、以下のような見方を示している。

- ・ 欧州・アジアの場合は人権主導で法律ができているのに対し、米国の場合は企業主導で法律ができている。政府は企業にとって実務的でない点があれば、HIPAA のルールを改善している。
- ・ HIPAA は大量のデータを処理する大規模組織を意図して作られたものであり、小規模組織は対象として想定されていない。

さらに、同社は、HIPAA 関連ルールの遵守期限に関して以下のような見方を示している。

- ・ 米国人は、期限が1年半先であれば、3ヶ月前まで待ってから動き出す傾向にある。厚生省は、HIPAA コンプライアンスの実行が期限より少し遅れても、実行のためのプランができていれば厳しくは注意しないはずである。実際に、多くの HIPAA 適用対象はコンプライアンスのために懸命に取り組んでいると思われる。
- ・ 小規模の医療プロバイダーから、セキュリティに関する標準化ルールの遵守期限である 2005 年 4 月の前月に相談を受け、ギャップの分析を行うことになったケースがあるが、小規模組織は、そのようなタイミングでも問題ないと思われる。

《TOPIC》HIPAA の体系について

現行の HIPAA の体系については、以下のような指摘がある⁵¹。

「そもそも HIPAA は転職時にも健康保険を次の転職先に持っていけるようにするための法律であったが、同時に保険会社や医療プロバイダーが電子的トランザクションについて自ら基準を決めることができなかつたため、政府が電子的トランザクションの項目を HIPAA に付け加えた。さらに、電子的トランザクションの基準があれば情報のやりとりがしやすくなるので、セキュリティやプライバシーの基準も追加する必要があるとの判断により、今の形になった。最初から今の形になるように計画されていたわけではない。」

3. メディケア近代化法 (MMA) がヘルスケア市場に与える影響

2003 年 12 月 8 日、ブッシュ大統領は、メディケア近代化法 (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA)) に署名した。本節ではメディケアの概要を踏まえ、1965 年のメディケア創設以来の最も大きな前進であるといわれている MMA の主要ポイントについて概観し、MMA がヘルスケア市場に与える影響について考察する。

⁵¹ *Ibid.*

(1) メディケアの概要

メディケアは、65歳以上の者、65歳未満の障害者および末期腎臓病患者を適用対象とする公的保険制度である。従来から存在する出来高払い方式によるメディケアの給付はパート A とパート B の 2 つに大別され、それぞれの給付内容は以下のとおりである⁵²。

①パート A

病院への入院、専門看護施設、ホスピス等におけるサービスの利用に係る費用をカバーする。所定の条件を満たす者は、保険料負担なしでパート A の受給資格を得る。65歳に到達した者の場合、「所定の条件」とは、以下のいずれかを指す。

- ・ 社会保障年金の受給権がある、もしくは既に受給している
- ・ 鉄道従業員退職年金の受給権がある、もしくは既に受給している
- ・ 本人もしくは配偶者（生存か死亡かを問わず、また離婚している場合を含む）が相当の期間、政府機関において就業しメディケア税を納付していた

②パート B

外来診療その他パート A の給付対象外となるサービス（例：理学療法士や作業療法士によるサービス）の利用に係る費用をカバーする。パート B は任意加入であり、加入者はパート B に係る月々の保険料を負担する。

メディケア適用対象者はこのような従来型のメディケアを選択する代わりに、Medicare Advantage と称される（メディケアパート C と呼ばれることもある）、民間保険会社が提供するマネジドケア型あるいはインデムニティ型の健康保険プランを選択することも可能である⁵³。

(2) MMA の概要

MMA の最も主要なポイントは、メディケアへの処方箋薬剤給付（以下、「薬剤給付」とする）の導入であるが、それ以外にも、PPO 型のプランを全米のどの地域でも選択可能とすることや、前述した HSA（第 III 章第 4 節を参照）の新設が盛り込まれており、また、将来の改善のための各種のパイロットプログラム、デモンストレーションプロジェクトの実施が定められている。以下、これらの項目を概観する。

⁵² U.S. Social Security Administration, “Medicare” (SSA Publication No. 05-10043), Sept 2004, pp.2-5 (visited Nov. 22, 2005) <<http://www.socialsecurity.gov/pubs/10043.pdf>>, CMS, “Medicare.gov - Glossary” (visited Nov. 22, 2005)

<<http://www.medicare.gov/Glossary/search.asp?SelectAlphabet=M&Language=English#Content>>, CMS, “Medicare.gov - Medicare Eligibility Tool: General Enrollment and Eligibility” (visited Nov. 18, 2005) <<http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/Home.asp?dest=NAV|Home|GeneralEnrollment#TabTop>>.

⁵³ Medicare Advantage の旧称は Medicare + Choice。CMS, “Medicare.gov - Medicare Plan Choices” (visited Dec. 20, 2005) <<http://www.medicare.gov/Choices/Overview.asp>>.

①処方箋薬剤給付の導入

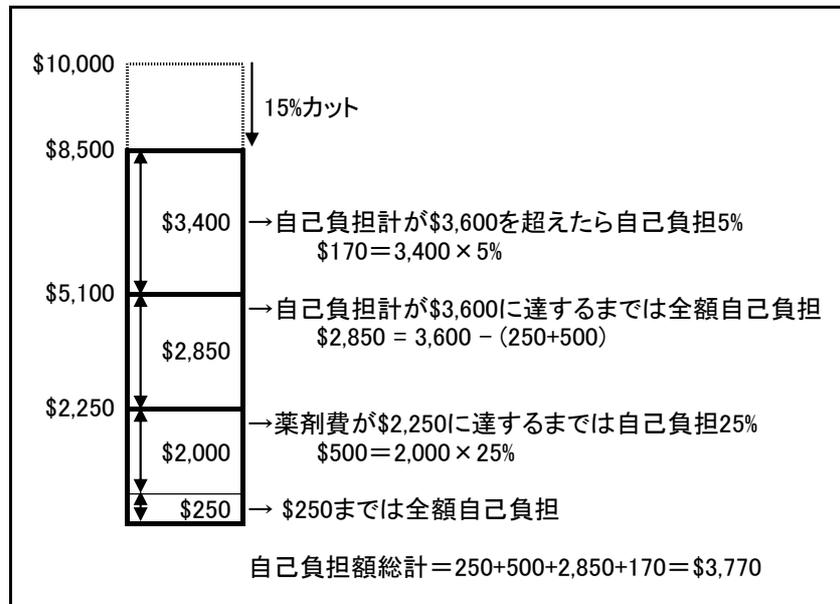
2006年1月より薬剤給付（メディケアパートDと呼ばれることもある）を導入する。給付は、CMSが契約した薬剤給付提供事業者を通じて提供される。導入に向けたスケジュールは以下のとおりであった。すなわち、受託を希望する事業者は2005年3月までに申請書をCMS宛提出、そこで資格を認められた事業者は2005年6月までに価格提示を行い、CMSは2005年9月初旬までに契約先事業者を決定する。

メディケアパートDとして導入されるこの給付の基本スキームは以下のとおりである。

- 1) 薬剤費の累計が250ドルまでは全額自己負担
- 2) 薬剤費の累計が2,250ドルに達するまでは75%を給付する
- 3) それ以降、薬剤費の自己負担額累計が3,600ドルに達するまでは全額自己負担
- 4) 自己負担額累計が3,600ドルを超えたら95%を支給する（支給限度額はない）

これを、現行年間10,000ドルの薬剤費がかかっている人を例に図示すると、《図表32》のようになる。なお、試算の前提として、CMSが契約する薬剤給付提供事業者側が価格交渉を通じて、当初15%の薬剤費用の低減を図ることが織り込まれている。

《図表32》薬剤給付のスキーム（年間10,000ドルの薬剤費がかかっている場合）



(出典) CMS, “MEDICARE FACT SHEET: Final Rules Implementing the New Medicare Law: A New Prescription Drug Benefit for All Medicare Beneficiaries, Improvements to Medicare Health Plans and Establishing Options for Retirees” January 21, 2005 (visited Jan. 31, 2005)

<<http://www.cms.hhs.gov/medicarereform/pdbma/fs-pdbmafinafinalrules.pdf>>. を基に
損保ジャパン総合研究所作成。

メディケア対象者は、CMSが契約した複数の薬剤給付提供事業者の中から自由に事業者を選択し、保険料を支払って加入する形態となる。この保険料についても、メディケアが75%を補助するので、2006年は月額保険料が平均37ドル未満となると試算されている。

保険料支払いを含めた全体で考えると、年間10,000ドルの薬剤費がかかっていた場合、薬剤購入に伴う自己負担が3,770ドル、保険料負担が444ドル(=37×12)の計4,214ドルとなり、給付導入によりメディケア受給者は支出を約58%節約できると説明されている。

低所得層については、その所得レベルにより、保険料負担を免除あるいは軽減したり、薬剤購入時の自己負担を薬剤費に対する一定率ではなく、1 処方箋につき数ドルといった定額とする等の追加支援を行うとしている。約 41 百万人のメディケア受給者のうち約 11 百万人が、こうした追加支援の対象になると CMS では予測している。

都市部だけでなく地方部においてもサービス水準が確保できるよう、全米を都市部・地方部取り混ぜた 34 地域に分け、薬剤給付提供事業者に対しては、指定を受けた地域全域でのサービス提供を義務付けるとともに、メディケア受給者が近隣の薬局で必要な薬剤の入手ができるよう、厳格な薬局へのアクセス基準を満たすことを求めている。設定された 34 地域は《図表 33》に「PDP Region」として示したとおりである。

《図表 33》 薬剤給付・地域 PPO 型プランにおける指定地域の一覧

State(s)	PDP Region	MA Region
Northern New England (New Hampshire & Maine)	1	1
Centrak New England (Connecticut, Massachusetts, Rhode Island & Vermont)	2	2
New York	3	3
New Jersey	4	4
Mid-Atrantic (Delaware, District of Columbia & Maryland)	5	5
Pennsylvania, West Virginia	6	6
Virginia	7	7
North Carolina	8	
South Carolina	9	8
Georgia	10	
Florida	11	9
Alabama, Tennessee	12	10
Michigan	13	11
Ohio	14	12
Indiana, Kentucky	15	13
Wisconsin	16	
Illinois	17	14
Missouri	18	
Arkansas	19	15
Mississippi	20	
Louisiana	21	16
Texas	22	17
Oklahoma	23	
Kansas	24	18
Upper Midwest and Northern Plains (Iowa, Minnesota, Montana, Nebraska, North Dakota, South Dakota, & Wyoming)	25	19
New Mexico	26	
Colorado	27	20
Arizona	28	21
Nevada	29	22
Oregon, Washington	30	
Idaho, Utah	31	23
California	32	24
Hawaii	33	25
Alaska	34	26

(注) 「PDP Region」は薬剤給付における指定地域、「MA Region」は地域 PPO 型プランにおける指定地域を表す。

(出典) CMS, “State-by-State Summary Table”, (visited Mar.23, 2005)
 <<http://www.cms.hhs.gov/medicarereform/mmaregions/>>.

薬剤給付提供事業者は一つまたは複数の特定地域に限定してサービスを提供することもでき、また、すべての地域でサービスを提供することも可能である。メディケア受給者は各地域における複数の事業者の中から選択して加入することになる。受給者が事業者を比較できるよう、各人別保険料、給付対象となる薬剤とその価格、利用可能な薬局等、重要な情報を CMS が開示することとしている。事業者間競争が促進され、事業者は受給者が必要とする薬剤をできるだけ安い価格で提供できるよう価格交渉を行わねばならなくなるし、薬剤療法管理等のコスト管理プログラムも充実させざるを得ないことから、薬剤費用が低減することが期待されている。

企業や組合が退職者に対して薬剤給付を提供する場合には、企業・組合に対して補助を出すことになっている。具体的には、メディケアの受給資格を有する退職被保険者に発生した薬剤費用のうち 250 ドル超 5,000 ドルまでの金額に関し、その 28% を連邦政府から退職者薬剤給付のスポンサー企業・組合に補助することが決められている。

今回の薬剤給付の導入により州財政も改善されると説明されている。すなわち、メディケイドでは従来から薬剤給付が提供されていたが、2006 年以降、メディケア、メディケイド両方の受給資格を持つ人に対してはメディケアから給付するようになるため、メディケイドからの給付が減少し、州財政は改善される。また、上記の企業・組合と同様、州も州職員の退職者向け薬剤給付に関し連邦政府から補助が受けられるので、州の財政負担が軽減される。薬剤給付導入により、州政府に新しい管理コストは発生するが、それを加味しても、州財政には 2006 年で 10 億ドル、最初の 5 年間で 80 億ドルの節減効果が見込まれている。

なお、2006 年 1 月からの本給付の導入に先駆けて、2004 年 6 月より Medicare Drug Discount Cards プログラムが実施されている。このカードは、HHS に申請し承認された薬剤管理事業者等がスポンサーとなって発行するカードで、メディケア受給者はこのカードを提示することによって、割引価格で薬が購入できる。28 社のスポンサーが承認されている⁵⁴が、割引対象となる薬、その割引価格、および利用できる薬局はスポンサーによって異なる。メディケア受給者は、それぞれの地域でサービスを提供している複数のカード・スポンサーから最も自分に合ったものを選択し、登録料の支払いを行いカードを取得する。登録料は 30 ドル以内と定められている。また、一定の要件を満たす低所得者⁵⁵に対してはメディケアが登録料を負担し、かつ年間 600 ドルのクレジットを与えることとしている。

②地域 PPO 型プラン

MMA では、PPO 形態のマネジドケア型プランが地方部を含めた全米で選択可能となるよう整備することが定められている。全米を 26 の地域に分け、PPO 型プランの提供事業者を指定する。26 の地域設定は《図表 33》の「MA Region」欄の表示のとおりで、ほぼ薬剤給付の地域分類と重なっているが、一部の地域は統合されている。この新しい地域 PPO 型プランを提供する事業者は、26 地域のどこか 1 地域に限定してサービス提供を行うこともできるし、複数の地域あるいは全米を対象にサービス提供することもできるが、指定を受けた地域内の全域でサービス提供することが義務付けられる。従来のマネジドケア型メディケアプランは単一の郡あるいはいくつかの郡のグループ（以下、「ローカルプラン」とする）がサービス提供対象地域となっている例が多いが、PPO 型プランにサービス提供を義務付けている「地域」はこれより

⁵⁴ この 28 社に加え、マネジドケア型メディケアプランを提供している民間保険事業者のうち 43 社（84 プラン）がそれぞれのプラン加入者に割引カードを発行することとしている。

⁵⁵ 年間所得が 12,569 ドル未満（夫婦世帯の場合は年間所得 16,862 ドル未満）の者。

も広域である。PPO 型プランでは、伝統的な出来高払い方式によるメディケアと同じ給付範囲であることとともに、高額費用への補償の提供も要請されており、また、出来高払い方式によるメディケアでは対象とならない付加的な給付の提供も期待される。

サービス提供事業者に適用される競争入札の方式は以下のとおりである。サービス提供事業者は、平均的な受給者（全米のメディケア受給者の統計的平均年齢および健康状態の受給者）に対して、その地域において医療給付を提供するためにかかるコストを入札する。メディケアから各サービス提供事業者への費用支払いは、競争入札のプロセスで決定されたベンチマークに従って行われる。地域 PPO 型プランのベンチマークは、ローカルプランに対する現行の価格設定方式と、典型的受給者に対する当該地域での競争入札結果を加味して決められる。ベンチマークを下回った入札を行ったサービス提供事業者は、その差額の 4 分の 3 を保険料やサービス利用時の患者負担を引き下げること、追加的な給付を設定することで受給者に還元することとされている。残りの 4 分の 1 は政府に留保される。ベンチマークを上回った入札を行ったサービス提供事業者を受給者が選択する場合は、ベンチマークとの差額を保険料として受給者が負担する。結果的に、効率のよいサービス提供事業者が低い保険料あるいは節減部分を利用しての追加的給付の提供等で多くの受給者を加入者として確保することが期待されている。

③パイロットプログラムの一例：Chronic Care Improvement Program

MMA では、将来の改善のための各種のパイロットプログラム、デモンストレーションプロジェクトの実施が定められている。それらのリストは《図表 34》のとおりであるが、大きく分けて、実施のための基準を試行により評価し、確立していくことを目的としたデモンストレーションプロジェクトと、設定された基準に従い限定的に実施してみることを目的としたパイロットプログラムがある。

《図表 34》MMA で実施が定められているプロジェクト一覧表

該当箇所	内容
<デモンストレーション>	
Section 302(b)	Competitive Bidding Demonstration for Clinical Laboratory Services
Section 306	Demonstration Project for Use of Recovery Audit Contractors
Section 409	Rural Hospice Demonstration Project
Section 410A	Rural Community Hospital Demonstration Project
Section 434(a)	Frontier Extended Stay Clinic Demonstration Project
Section 623(e)	Demonstration of Case-Mix Adjusted Payment for Renal Dialysis Services
Section 641(a)	The Medicare Replacement Drug Demonstration
Section 646	Medicare Health Care Quality Demonstration Program
Section 648(a)	Demonstration Project for Consumer-Directed Chronic Outpatient Services
Section 649	Medicare Care Management Performance Demonstration
Section 651(b)	Demonstration of Coverage of Chiropractic Services Under Medicare
Section 702	Demonstration Project to Clarify the Definition of Homebound
Section 703	Demonstration Project for Medical Skilled Day Care Services
Section 924	Beneficiary Outreach Demonstration Program
<パイロット>	
Section 1860D-4(e)(4)C	Pilot project to test the initial electronic medication prescribing standards
Section 307	Pilot project to provide for background checks on prospective direct access employees
Section 241	The Comparative Cost Adjustment Program
Section 721	The Chronic Care Improvement Program

(出典) CMS, “CMS Demonstrations Projects under the Medicare Modernization Act (MMA)”

(visited Mar. 23, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/MMAdemolist.asp>>.

ここでは、こうしたプロジェクトの一例として、《図表 34》の最下段に表示された慢性疾患ケア改善プロジェクト (The Chronic Care Improvement Program、以下「CCIP」とする) について概観する。

慢性疾患はメディケア受給者における罹患、障害発生、死亡の最大原因となっており、人数割合にして14%のうっ血性心不全患者に要する医療費がメディケア支出の42%、同18%の糖尿病患者に要する医療費が32%という状況となっている。MMAでは複数の慢性疾患をもった患者のケアの質と生活の質を向上させるために、対象受給者に任意に参加してもらうCCIPのテスト実施が規定されている。このプログラムは、主治医が作成したケアプランを患者が順守すること、健康上のリスクを下げるために患者が必要とする治療を受けられるようにすることを支援するもので、実際の支援活動は、競争的選択過程でCMSが指名したヘルスケア組織により実施される。2005年春からの第1期CCIPについては、うっ血性心不全と糖尿病の罹患率が高く、都市部・地方部に偏らない形で、民族的にも文化的にも多様化した母集団となるよう9つの実施地域を設定し、それぞれの地域で指定を受けた9つのヘルスケア組織は《図表 35》のとおりである。

《図表 35》 Chronic Care Improvement Program の実施地域と受託事業者

実施地域	受託事業者
Central Florida	Humana, Inc.
Tennessee	XLHealth Corporation
Chicago, Illinois	Aetna Health Management, LLC
Oklahoma	Lifemasters Supported SelfCare, Inc.
Mississippi	McKesson Health Solutions, LLC
Georgia	CIGNA HealthCare
Pennsylvania	Health Dialog Services Corporation
Washington, D.C. and Maryland	American Healthways, Inc.
NYC: Queens & Brooklyn	Visiting Nurse Service of New York Home Care and United HealthCare Services, Inc

(出典) CMS, “*MEDICARE FACT SHEET: Medicare Awards For Programs To Improve Care Of Beneficiaries With Chronic Illnesses*”, Dec. 8, 2004
 (visited Mar. 23, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/ccip/ccipfs.pdf>>.

第 1 期 CCIP は伝統的な出来高払い方式によるメディケア加入者のうち、うっ血性心不全、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患を含む複数の慢性疾患を持つ患者を対象に 18 万人規模のランダム化比較試験のデザインで実施される。具体的には、①過去の給付金支払いデータを使って CMS が実施地域ごとに CCIP の参加者要件に該当する人を選び出す、②選び出された人から、プログラムを受ける候補者グループと、プログラムを受けない比較グループにランダムに分ける、③候補者グループにプログラム参加の機会があることを手紙で知らせるとともに、実施地域ごとの受託事業者から参加案内がなされるが、参加したくないときは断ることができる。プログラムへの参加は全くの任意で、参加者に費用負担はない。

プログラム参加者はセルフケアのガイダンスを受け、自分の健康を自分で管理すること、主治医のケアプランを遵守すること、必要な治療およびメディケアの給付を受けることの支援を受ける。プログラムの意図は、科学的根拠に基づいたケアを遵守できるよう支援し、不必要な入院や緊急治療室の利用を減らし、合併症の発生を防止することにある。プログラムは単一の疾病にフォーカスしたものではなく、参加者の抱えるすべての健康上の問題点を考慮して運営されることが要請されている。政府の定めたプログラムをそのとおり受託事業者が実施するというのではなく、具体的な支援の方法・手段は受託事業者に任されている。

受託事業者との契約を成果ベースとしていることが、このプログラムの最も重要な特徴である。すなわち、契約に際して、割り当てられた患者集団における臨床上的質の向上、メディケア財政上の節減、参加者の満足度レベルの向上についての基準を合意しておき、受託事業者は毎月費用の支払いを受ける。しかし、それは暫定的な支払いで、事前に合意した基準が達成できなければ、受け取った費用の一部または全部を連邦政府に返還しなければならないこととされている。この方式を取ることで、メディケア財政における純コストを増加させることなく、慢性疾患ケア改善のための相当額の投資が可能となると説明されている。

第 1 期 CCIP は 3 年の予定で実施されるが、第 1 期終了後、厚生省長官は、法に定められた条件に該当すると判断した場合、第 1 期終了後 2 年から 3 年半以内に第二期を開始する権限を有している。第二期では、第 1 期のプログラムで実施地域の拡大を図ることも考えられるし、臨床上的結果の改善や患者の満足度の向上、メディケア財政の改善に役立つとその時点までに証明されているサービスを追加することも考えられる。

(3) ヘルスケア市場に与える影響についての考察

MMA を受けてヘルスケア市場の各事業者の動きは活発化している。

例えば、2005年3月5日付のニューヨークタイムズ紙では、大方の予想に反して多くの大手保険会社がメディケア対象者に薬剤給付を提供すると発表していると伝えた。2月18日が各社の意向を連邦政府に通知する期限であった。政府は各社の意向がどうであったかについては公表していないが、同紙が各社の首脳にインタビューした結果として、各社の動向を伝えている。それを一覧表に取りまとめたものが《図表36》である。

《図表36》 薬剤給付に対する事業者の動向例

事業者	表明内容
Aetna [保険会社]	全州で処方箋薬剤給付を提供する
Medco Health Solution [PBM(注1)]	全米規模で処方箋薬剤プランをスポンサーする
Caremark RX [PBM(注1)]	ひとつ以上の地域で申請する
UnitedHealth Group [保険会社]	全米規模で展開することを計画中
PcifiCare [保険会社]	自社の運営しているメディケアHMOにおいてだけでなく、FFSメディケア加入者向けにも21州で薬剤給付を提供する
BCBSフロリダ [保険会社]	連邦政府に薬剤給付提供の意思を伝えた
BCBSミシガン [保険会社]	連邦政府に薬剤給付提供の意思を伝えた
BCBSニュージャージー [保険会社]	連邦政府に薬剤給付提供の意思を伝えた
BCBSペンシルバニア [保険会社]	連邦政府に薬剤給付提供の意思を伝えた
アイオワ、ミネソタ、モンタナ、ネブラスカ、ノースダコタ、サウスダコタ、ワイオミングのBCBS [保険会社]	7州のBCBSが共同して薬剤給付を運営するコンソーシアムを設立した

(注1) PBMとは、Pharmacy Benefit Managerの略で、企業(雇用主)や保険会社のために薬剤給付管理サービスを提供する事業者のこと

(出典) Robert Bear, "Defying Experts, Insurers Join Medicare Drug Plan", New York Times, Mar. 5, 2005. を基に損保ジャパン総合研究所作成。

メディケア市場に積極的に参入しようとしている理由として各社が挙げているものは下記のとおりのことである。

- ① 人口の高齢化に伴う事業機会に期待している
- ② 連邦政府からの厚い補助により財務上のリスクが最小限にできると予想できる
- ③ マーケットを競争相手にとられたくない
- ④ 立法化を働きかけたいくつかの会社は、この給付がうまく運営されるよう協力する義務があると感じている。

法制化の動きが始まった2000年当時は、「アイデアはいいが、現実にはうまくいくことはないだろう」との見方もあったが、プログラム開始後の少なくとも数年間は大きな財務上の損失を被らないよう政府が保護してくれることから、リスクは許容範囲内だと各社とも考えるようになったと同紙は伝えている。

前述のように、米国では企業に勤務する現役世代は職域での民間保険に加入するのが主たる形態であり、大手保険会社の従来からの主要マーケットもこの職域市場である。一部の企業(雇用主)等で退職者につ

いても職域での民間保険プランへの加入を認めているところがあるが、基本的には 65 歳になるとメディケアに移行する。いわゆるベビーブーマー世代がメディケア対象年齢になると、大量の被保険者が既存の職域市場から離れ、メディケアに移行することとなる。職域での民間保険を主たる市場としていた保険会社からすれば、メディケア市場に確固たる足場を築いておくことが重要な戦略となると考えられる。

地域 PPO 型プランについても、民間保険会社にとっての動機は同様であろう。前述のように、職域市場におけるマネジドケア型プランのうち、最もポピュラーなものは PPO であり、加入者人数の割合で 55% となっている。メディケア対象者となった後も馴染み深い PPO 型のプランが存在することは、現役時代こうしたプランを選択してきた人々のニーズに応えることにもなる。

メディケアの特徴は、その制度的枠組みは法律で規定され、CMS で管理されるものの、民間保険会社を使い多くの選択肢を受給対象者に提供していることにある。受給対象者は出来高払い方式によるメディケアに留まりながら別途新設される薬剤給付に加入することもできるし、また、薬剤給付の含まれたマネジドケア型のプラン (HMO 型のプランもあれば、PPO 型のプランもある) を選択することもできる。CMS の役割は、たとえ地方部に居住する人であってもこうしたプランの選択肢を持てるよう整備することであるが、プランを選択するのはあくまでも受給対象者個人である。各地域で同種のプランは 1 つしか指定しないということではなく、複数存在させ、受給対象者個人に選択させるのであるから、保険料の安さと提供するケアの質の高さの両立を目指した各保険会社間の競争は激化するものと考えられる。

<参考文献>

1. 各章関連

第二章

- A.M. Best Special Report (Life/Health Review/Preview), *“Health Insurance – Storm Clouds Gather”*, Jan. 2004.
- A.M. Best Special Report (Life/Health Review/Preview), *“Health Insurance – Navigating the Changing Environment”*, Jan. 2005.
- Isabelle Roman-Barrio, *“Sustainability of Increased Health Premiums Is Questionable”*, A.M. Best Special Report, May 2, 2005.

第三章

- CIGNA HealthCare News Release, *“CIGNA HealthCare Acquires Choicelinx; Adds New Technology Capabilities to Consumer Focused Benefits Offerings”*, Aug. 1, 2005 (visited Nov. 1, 2005) <http://cigna.mediaroom.com/index.php?s=press_releases&item=773>.
- CMS, *“Medicaid Managed Care Enrollment Report”* as of June 30 of respective years (visited Feb.25, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/medicaid/managedcare/mmcss03.asp>>.
- CMS, *“Medicare Managed Care Contract Report”* as of Dec. 1 of respective years (visited Feb.25, 2005) <<http://www.cms.hhs.gov/healthplans/statistics/mmcc/>>.
- Jon R. Gabel et al., *“Consumer-Driven Health Plans: Are They More Than Talk Now?”*, Health Affairs Web Exclusive, Nov. 20, 2002, W395 (visited Nov. 1, 2003) <<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w2.395v1>>.
- PR Newswire *“Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals AIncrease Investments to Better Serve Member and Community Health Needs”*, (visited Mar.11, 2005) <http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=AAHP_INS.story&STORY=/www/story/03-07-2005/0003154608&EDATE=MON+Mar+07+2005,+04:00+PM>.
- Richard L. Reece, *“Consumer-Driven Care: Eight Directions for 2005”*, HealthLeaders News, Dec. 6, 2004.
- Scott Wertz et al., *“Alphabet Soup: HSAs, HRAs, and MSAs”*, Milliman USA, Inc., 2004.
- UnitedHealth Group News Release, *“UnitedHealth Group Announces Acquisition of Definity Health”*, Nov. 29, 2004 (visited Nov. 1, 2005) <<http://www.unitedhealthgroup.com/news/rel2004/1129Definity.htm>>.
- University of California, *“Your Group Insurance Plans”*, 2004.

第四章

- Bradley Strunk et al., *“Tracking Health Care Costs: Trends Turn Downward In 2003”*, Health Affairs Web Exclusive, June 9, 2004, p.W4-356, (visited Mar. 1, 2005) <<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.354v1>>.
- CMS, *“HIPAA Security Series: 1. Security 101 for Covered Entities”* (visited Oct. 13, 2005) <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/education/Security%20101_Cleared.pdf>.

- ・ CMS, “*Medicare.gov - Medicare Eligibility Tool: General Enrollment and Eligibility*” (visited Nov. 18, 2005)
 <<http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/Home.asp?dest=NAV|Home|GeneralEnrollment#TabTop>>.
- ・ CMS, “*Medicare.gov – Medicare Plan Choices*” (visited Dec. 20, 2005)
 <<http://www.medicare.gov/Choices/Overview.asp>>.
- ・ CMS, “*MEDICARE FACT SHEET: Medicare Awards For Programs To Improve Care Of Beneficiaries With Chronic Illnesses*”, Dec. 8, 2004 (visited Mar. 23, 2005)
 <<http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/ccip/ccipfs.pdf>>.
- ・ CMS, “*MEDICARE FACT SHEET: Final Rules Implementing the New Medicare Law: A New Prescription Drug Benefit for All Medicare Beneficiaries, Improvements to Medicare Health Plans and Establishing Options for Retirees*”, January 21, 2005 (visited Jan. 31, 2005)
 <<http://www.cms.hhs.gov/medicarerereform/pdbma/fs-pdbmafinalrules.pdf>>.
- ・ CMS, “*Regulations & Guidance*” (visited Dec. 20, 2005)
 <<http://www.cms.hhs.gov/home/regsguidance.asp>>.
- ・ Peter R. Kongstvedt ed., “*The Managed Health care Handbook, 4th Ed.*”, Aspen Publishers, Inc., 2001.
- ・ U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights, “*Summary of the HIPAA Privacy Rule*”, Apr. 11, 2003 (visited Oct. 7, 2005) <<http://www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf>>.
- ・ U.S. Social Security Administration, “*Medicare*” (SSA Publication No. 05-10043), Sept 2004, pp.2-5 (visited Nov. 22, 2005) <<http://www.socialsecurity.gov/pubs/10043.pdf>>.

2. その他（複数の章において参考とした文献等）

- ・ U.S. Government Printing Office, “*Executive Branch Resources on GPO Access*” (visited Oct. 3)
 <<http://www.gpoaccess.gov/executive.html>>.
- ・ U.S. Government Printing Office, “*Legislative Branch Resources on GPO Access*” (visited Oct. 3)
 <<http://www.gpoaccess.gov/legislative.html>>.
- ・ 田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流－米国における Disease Management の発生と展開」（損保ジャパン総研クォーターリー第 41 号、2002 年 10 月）
- ・ 田中健司「欧米における eHealth ビジネスの進展」（安田総研クォーターリー第 40 号、2002 年 5 月）
- ・ 西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業－沿革、現状および最近の動向－」（安田総研クォーターリー第 37 号、2001 年 7 月）
- ・ 西田在賢編著「新時代に生きる医療保険制度 持続への改革論」（薬事日報社、2004 年 4 月）
- ・ 広井良典編著「医療改革とマネジドケア 選択と競争原理の導入」（東洋経済新報社、1999 年 6 月）
- ・ 矢倉尚典・田中充・田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業－2001 年を中心とする動向および公的保険制度における保険会社の関わり－」（損保ジャパン総研クォーターリー第 42 号、2003 年 6 月）

＜付録＞ 米国における健康保険市場の基本的概念と特徴 および本稿におけるこれらの概念の使い方

本付録では、本稿の理解に資するため、米国の健康保険市場に関連する基本的概念および米国健康保険市場の特徴を簡潔に解説する。また、複数の意味で用いられている概念に関しては、本稿での用法についても併せて説明する。

1. 米国健康保険市場に関連する基本的概念

(1) 健康保険

米国においては、「健康保険」(Health Insurance) は実務的には、営利健康保険 (Commercial Health Insurance)、民間非営利健康保険 (Private Noncommercial Health Insurance) および社会保険 (Social Insurance) を包含する意味で使われている¹。本稿では健康保険をこの意味で用いている。

(2) 医療プロバイダー

現在の米国では、一般的に、医療を提供する施設が、救急病院 (acute-hospital)、長期性病院 (long term hospital)、ナーシングホーム (skilled nursing facility) 等、患者の症状の度合いや緊急度に応じて機能分化している。本稿では、これらの施設の総称またはこれらの施設の経営主体の呼称として「医療機関」という用語を、また医師等の医療スタッフ、個別の医療施設または医療機関のネットワーク全体を指す幅広い概念として「医療プロバイダー」という用語を使用している。

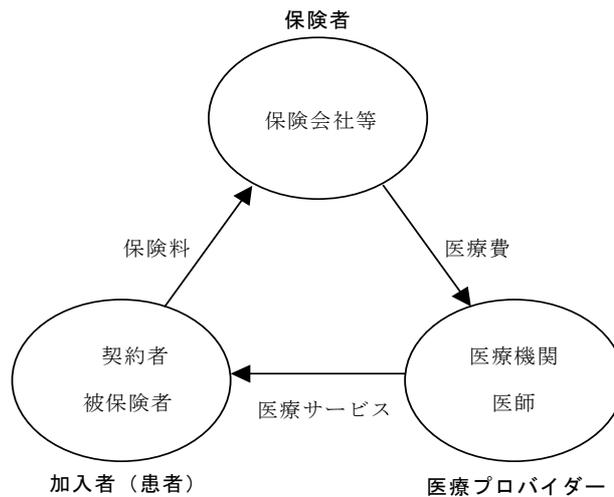
(3) 健康保険プラン

健康保険プラン (Health Plan) は、単なる保険商品ではなく、医療プロバイダーのネットワークを含めた、医療サービスの提供システム全体を指す用語として使用されることもあれば、そのようなシステムを企画設計、運営する組織を意味する場合もある。本稿では、基本的には前者の意味、すなわち医療サービスの提供システム全体という意味で用いている。

健康保険プランにおける3つの当事者 (加入者、保険者、医療プロバイダー) の基本的関係を図示すると、《図表 A1》のようになる。すなわち、加入者 (患者) は、保険者に対して保険料を払い込むことによって、医療プロバイダーからサービスの提供を受ける。保険者は、加入者 (患者) から収受した保険料を原資として、医療プロバイダーに医療費を支払う。医療プロバイダーは、加入者 (患者) に医療サービスを提供した見返りとして、保険者から医療費の支払いを受ける。

¹ Harvey W. Rubin, "Dictionary of Insurance Terms, 4th Ed.", Barron's Educational Series, Inc., 2000, p.218.

《図表 A1》健康保険プランにおける当事者の基本的関係



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

(4) ヘルスケア

「ヘルスケア」という言葉は、狭義には医師などの専門家や病院などの医療施設において患者に供給される医療サービスを指していたが、広義には、従来にはなかったようなより広いサービス供給主体からのサービスや、健康の自己管理までも含みうる広範な概念であると説明されている²。本稿では、この広範な概念として用いている。

2. 米国健康保険市場の特徴

(1) 健康保険市場とヘルスケア市場

米国の健康保険市場では、営利保険会社だけでなく、Blue Cross & Blue Shield (以下「BCBS」とする)、Kaiser Permanente 等の民間非営利組織も極めて重要な当事者になっている。Blue Cross & Blue Shield は健康保険プランを提供する民間非営利組織で、病院費用を支払うブルークロス (BC) と医師費用を支払うブルーシールド (BS) があり、全米各地に設立されている。なお、現在は地域ごとにその経営機能を一体化している場合が多い。被保険者が、定額の保険料を前払いする契約となっている。全米各地のブルークロス・ブルーシールド組織を総称して「ブルース」(Blues)、ブルースが傘下に有するプランを総称して「ブルースプラン」(Blues plans)と呼ぶ。

営利保険会社、民間非営利組織が提供しているのは、加入者と保険者との二者間の関係を基本とする保険商品にとどまらず、医療プロバイダーのネットワークを含めた健康保険プラン全体を企画設計、運営するサービスである。このため、健康保険市場について分析するには、ヘルスケアに関する市場まで分析を広げる必要がある。

米国のヘルスケア市場は、サービスの利用者を中心として、医療サービスを供給する医師、病院、各種の医療関係の専門職、医薬品メーカー、医療機器メーカー、アウトソーシングサービスを提供する企業、第三者評価機関、そして営利保険会社、非営利組織と、多種多数に及ぶ当事者から構成されている市場と

² “Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Care Handbook 4th Ed.”, p.1365 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

して捉えられる。さらに、この各々の当事者間の利害関係がさまざまな要因で変化してきた極めて複雑な構造となっている市場でもある。

なお、米国ヘルスケア市場における新しい潮流の1つに、Disease Management（以下「DM」とする）がある。DMとは、特定の疾患の患者集団と彼らを担当する医師に働きかけることにより、医療資源利用の効率性の向上・医療サービスの質の向上の双方を実現するためのアプローチである³。

（2）健康保険市場における様々な保険者の存在

米国の健康保険市場には、様々な保険者が存在する。保険者の役割を担うのは、営利保険会社や、BCBS、Kaiser Permanenteのような民間非営利組織に限らない。医療プロバイダー自身が健康保険事業を運営する形態や、企業自身が保険者となって従業員の医療費をカバーする自家保険の形態も存在する。

また、連邦政府、州が、メディケア（65歳以上の高齢者・65歳未満の障害者・末期腎不全患者を対象とする）、メディケイド（貧困者を対象とする）といった公的保険制度を運営している。連邦政府において、メディケア、メディケイドを運営する機関が、Centers for Medicare & Medicaid Services（略称：CMS）である。

（3）健康保険プランの形態

医療コストの上昇傾向を背景として、近年健康保険プランは、加入者が医療プロバイダーを自由に選択でき、保険者から医療プロバイダーへの支払いが出来高払いによって行われる、従来のインデムニティ型に代わり、医療プロバイダーのネットワークを構成して加入者による選択に制約を与えるマネジドケア型⁴が、主流になりつつある。

マネジドケア型健康保険プランは、Health Maintenance Organization（以下「HMO」とする）、Preferred Provider Organization（以下「PPO」とする）、Point-of-service plan（以下「POS」とする）の三種に大別される。それぞれの登場の経緯とおおよその特徴は以下のとおりである。最初に保険者サイド主導で登場したHMOにおいては、通常、加入者がかかりつけ医への訪問を義務付けられ、さらにネットワーク内の医療プロバイダーのみ利用できるという制限が存在する。次いでHMOに対抗して医療プロバイダー主導で登場したPPOにおいては、加入者の追加負担によりネットワーク外の医療プロバイダーも利用できる。さらにPPOに対抗して再度保険者サイド主導で生み出されたPOSは、HMOのオプション的位置づけであり、ネットワーク内の医療プロバイダーの利用においてはかかりつけ医への訪問が義務付けられる一方、加入者の追加負担によりネットワーク外の医療プロバイダーも利用できる。

なお、米国の文献においては、Managed Care Organization（略称：MCO）という言い方が、マネジドケア型健康保険プラン自体を意味する用語⁵としても、またマネジドケア型健康保険プランを提供する営利保険会社を意味する用語としても見受けられる。

³ 田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流—米国における Disease Management の発生と展開」（損保ジャパン総研クォーターリー第41号、2002年10月）。

⁴ マネジドケア型健康保険プランでは、償還方式として、人頭払いと出来高払いの両方が用いられている。

⁵ HMOの定義が変化して、HMOが特定の健康保険プランの意味に限定されない、より広義の意味を持つようになったものの、マネジドケア型健康保険プランを表す一般的な用語として、HMOに代わってMCOが用いられる場合がある、との指摘がある。“Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Care Handbook 4th Ed.”, *supra*, pp.1366-1367.

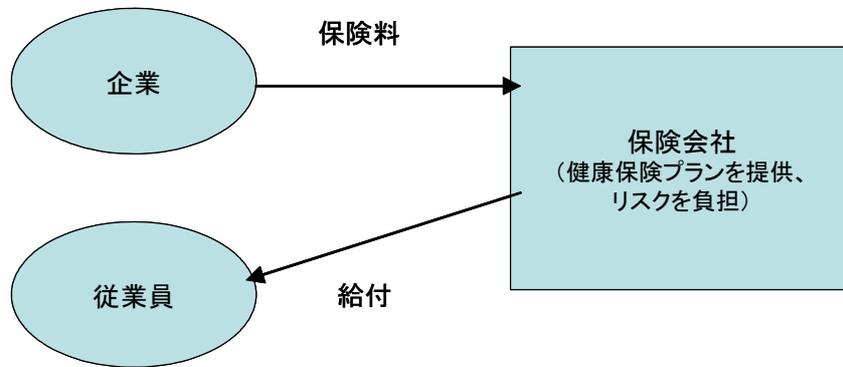
《TOPIC》 自家保険について

企業が従業員に健康保険の給付を行う方法は2つに大別される。1つは、保険会社から購入した健康保険プランを通じて給付を行う方法（《図表 A2》）、もう1つは自家保険による方法（《図表 A3》）である。

このうち、後者の自家保険とは、企業自身が保険者となって従業員の医療コストをカバーする方法であり、1974年に成立した Employee Retirement Income Security Act of 1974（略称：ERISA）において、州の規制に縛られない企業の自主的な健康保険運営が認められたことにより、米国で急速に成長した⁶。

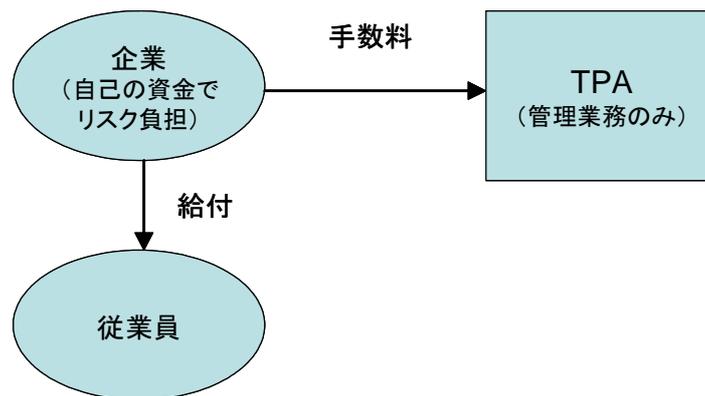
自家保険においては、保険設計や保険金請求などの管理業務をアウトソーシングしている場合が多く、その場合に管理業務を代行するのが、Third Party Administrator（以下「TPA」とする）である⁷。

《図表 A2》 保険会社の健康保険プランを通じた給付



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

《図表 A3》 自家保険を通じた給付



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

⁶ 西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業—沿革、現状および最近の動向—」(安田総研クォーターリー第37号、2001年7月)、27頁。

⁷ Ibid.

以下、自家保険に対するブローカーの見方を2つ紹介する。

1. 小企業における自家保険の運営について⁸

小企業では、給付のあり方について勉強する時間や人材を確保できないため、自家保険を運営するのは困難である。従業員が100人程度はしないと、コスト変動に耐えられず、自家保険を運営できない。実際には、従業員2～50人規模の企業では、完全な自家保険は見受けられないが、部分的に自家保険を導入している例はあった。

2. 自家保険導入のメリット⁹

700～800人以上の規模の企業は概ね自家保険を導入しているが、地域により普及度合いに格差がある。自家保険を導入する理由に、TPAを使って従業員の医療費のデータを入手し分析できること、州の法律上の制約から解放され、企業が自由に給付とプロバイダーを選択できるようになることがあげられる。

<参考文献>

- ・ Peter R. Kongstvedt ed., *"The Managed Health Care Handbook 4th Ed."*, Aspen Publishers, Inc., 2001.
- ・ Sheryl Tatar Dacso et al., *"Managed Care Answer Book, 3rd Ed."*, Panel Publishers, 1999.
- ・ 田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流－米国における Disease Management の発生と展開」(損保ジャパン総研クォーターリー第41号、2002年10月)
- ・ 西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業－沿革、現状および最近の動向－」(安田総研クォーターリー第37号、2001年7月)

⁸ HB Resources 社へのインタビュー結果による (2005年3月1日)。

⁹ AON Consulting 社へのインタビューの結果による (2005年3月2日)。