

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

—2005 年を中心とする概況と最近の動き—

目 次

- I. はじめに
- II. 健康保険市場の概況
- III. ヘルスケア市場に大きな影響を与える動き
- <付録 1> 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用い方
- <付録 2> メディケア・メディケイドの概要

研究員 田中 健司

研究員 森 朋也

要 約

I. はじめに

本稿は、本誌 45 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—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—」の続編として、2005 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、分析を行ったものである。

II. 健康保険市場の概況

2005 年においては、収入保険料の増加率が支払保険金の増加を上回り、純利益が前年と比較して大幅に増加している。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に資本を蓄積している。

米国において健康保険市場の中心となっている、民間の職域における健康保険料の伸び率は 2006 年にやや鈍化し、伸び率は 2003 年をピークに 2006 年まで縮小し続けているものの、未だ一般インフレ率、勤労収入伸び率の上昇を大きく上回っている。

また職域では、Consumer-Driven Health Plan と呼ばれる新しいタイプのプランが導入されるようになり、そのコスト抑制効果が企業（とくに大企業）の間で評価されている。

公的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、メディケアパート D に参加している保険会社では 2005 年下期に営業費や一般管理費の増加により支出が増加している。一方、メディケイド適用対象者のセグメントにおいては、主にメディケイドの商品を扱う民間の営利保険会社 4 社で、2005 年に収入保険料、加入者ともに大幅に増加したものの、損害率、事業費率の増加に伴い純利益が減少している。

III. ヘルスケア市場に大きな影響を与える動き

2005 年の米国医療コストは、前年よりも 6.9%増加し、19,877 億ドルとなっている。この数値はここ 10 年ほどで約 2 倍の水準となっている。一方、対前年伸び率は、ピークであった 2002 年の 9.1%から毎年低下してきている。

近年従業員向け福利厚生プランの新たな選択肢として注目されている Consumer-Driven Health Plan は、医療コストを賄うための勘定を、免責金額が高い健康保険プランと組み合わせたものである。代表的な勘定として、Health Reimbursement Arrangement (HRA) や Health Savings Account (HSA) がある。本章では、企業における Consumer-Driven Health Plan の導入事例を 4 つ紹介している。一方、メディケア適用対象者の選択肢の 1 つであるメディケア・アドバンテージにおいても、Consumer-Driven Health Plan により近いプランの実験的な導入が 2007 年から行われている。

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 45 号において「米国損害保険市場の最新動向－2004 年の実績とトレンド－」を掲載し、また健康保険市場については、本誌 45 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－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－」を掲載した。

本稿は、上記のうち後者（以下「前稿」とする。）の続編として、2005 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、分析を行ったものである。

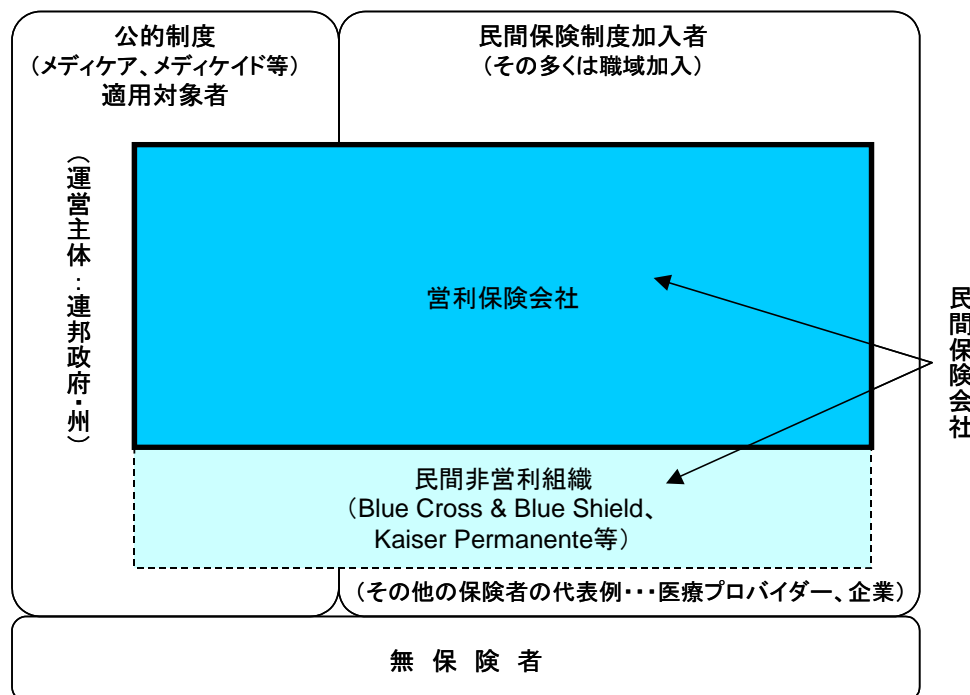
本稿では、ヘルスケア市場全体ではなく、主として健康保険市場を対象とする。すなわち、ヘルスケア市場における主要な当事者を、サー

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。

本稿の構成は以下のとおりである。本章に続

《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）Blue Cross & Blue Shield および Kaiser Permanente については、<付録 1>2.(1)を参照のこと。

（出典）損保ジャパン総合研究所作成。

く第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、公的制度（メディケア、メディケイド）適用対象者）の状況を概観する。次いで第Ⅲ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、次いで職域向け健康保険プランの新しい動きであるConsumer-Driven Health Plan (CDHP)について、米国における見方、具体的な導入事例、プラン提供者側の動きの例を取り上げる。

なお、米国のヘルスケア市場・健康保険市場には特有の様々な基本的概念および制度がある。これらについては、本稿の付録1において整理している。また、本稿はメディケアをめぐる最近の動きに焦点を当てている。メディケア・メディケイドの概要について本稿の付録2に現在の概要を整理した。本文の記述は、これら付録1、付録2で記述した情報を前提としている。便宜のため、本文中に付録の参照箇所を注記した。

Ⅱ. 健康保険市場の概況

1. 健康保険市場全体の動向

(1) 営利保険会社の収益状況

営利保険会社の2005年の収益状況と見通しを、A.M.BESTのレポート¹に基づき概観する。

《図表2》のとおり、2005年においては、収入保険料の伸び率(13.8%)が支払保険金の伸び率(12.0%)を上回り、純利益が大幅に(33.7%)増加した。ここ数年の高収益により営利保険会社は資本を蓄積している。

2005年の保険業界は、メディケア・パートD²の施行という大きなイベントを間近に控えた時期であった。メディケア・パートDに参加している会社では、2005年下期に営業費や一般管理費の増加により支出が増加しており、その傾向は2006年の第1四半期まで続くだろうと見られている。これらの会社では、メディケア・パートDの施行により2006年は保険料収入の増加が見込まれている一方で、利益率は一ケタ台前半でデザインされているため、利益への影響は小さいだろうと予想されている。

また、収入保険料が12社平均で対前年比

《図表2》 営利保険会社12社の2005年の収益状況（加入者総数順）

	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)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(億ドル)	伸び率 (%)	(%)	差 (%)	(%)	差 (%)
WellPoint Inc.	3,386	22.1%	451	116.8%	412	119.6%	335	116.4%	24.6	156.6%	81.3	-1.2%	16.9	0.4%
UnitedHealth Group	2,684	19.7%	454	21.9%	411	22.6%	327	21.2%	33.0	27.6%	79.7	-0.9%	16.2	-0.4%
Aetna Inc.	1,476	8.0%	225	13.1%	189	13.5%	131	12.6%	16.4	34.5%	77.4	-0.9%	20.7	-0.8%
CIGNA HealthCare, Inc.	909	-6.3%	167	-8.9%	137	-4.0%	73	-5.8%	16.4	12.3%	72.1	0.6%	29.0	-0.8%
Humana Inc.	708	0.6%	144	10.0%	140	10.3%	117	9.2%	3.1	10.1%	83.2	-0.9%	16.2	0.8%
Health Net Inc.	635	-2.9%	119	2.5%	119	2.4%	102	-1.1%	2.3	430.7%	86.2	-3.1%	10.2	0.1%
Coventry Health Care, Inc.	255	1.5%	67	24.7%	57	10.2%	46	8.7%	5.0	48.8%	79.4	-1.1%	19.2	7.3%
AMERIGROUP Corp.	113	20.6%	23	27.7%	23	27.4%	20	33.2%	0.5	-37.4%	84.7	3.7%	12.3	0.6%
Molina Healthcare, Inc.	89	13.3%	17	40.3%	16	40.2%	14	44.7%	0.3	-50.3%	87.1	2.7%	10.9	2.1%
Centene, Corp.	87	12.8%	15	50.5%	15	50.4%	12	52.5%	0.6	24.9%	82.6	1.1%	12.9	0.1%
WellCare Health Plans Inc.	86	14.5%	19	34.7%	19	33.9%	15	34.3%	0.5	6.3%	81.2	0.2%	14.4	1.6%
Sierra Health Services, Inc.	64	13.9%	14	-12.1%	13	-13.1%	10	-14.4%	1.2	-2.2%	78.2	-1.2%	12.8	1.0%
合計	10,489	3.2%	1,715	13.3%	1,551	13.8%	1,203	12.0%	103.9	33.7%				
12社平均	874		143		129		100		8.7		80.4	-1.5%	17.6	0.2%

(注) a. 加入者総数は2005年12月末の人数。

b. 「伸び率」は対前年比伸び率、「差」は前年の損害率・事業費率との差を表す。

(出典) Sally A. Rosen, "Consolidation, Medicare Prescription Plan Shaped Health Insurance Market in 2005", A.M.BEST Special Report, May 2006 を基に損保ジャパン総合研究所作成。

¹ Sally A. Rosen, "Consolidation, Medicare Prescription Plan Shaped Health Insurance Market in 2005", A.M.BEST Special Report, May.2006.

² メディケア・パートDについては、本稿<付録2>1.(4)を参照のこと。

13.8%増加している中で、主にメディケイドの商品を扱う AMERIGROUP、Centene、Molina Healthcare、Wellcare Health Plans の4社では40%増加し、加入者総数も対前年比が12社平均3.2%増加に対して16%増加した。これらは、M&A、無保険者の増加、ジョージア州、オハイオ州等におけるメディケイドサービスの民間への移行が原因だと見られている。しかし、この4社では、損害率が2.1%、事業費率も1.0%上昇したため、純利益は19.5%減少している。

(2) M&Aの動き

A.M.BESTのレポート³により、営利保険会社、民間非営利組織のM&Aに関する最近の動きを概観する。

2005年のM&Aの活動は、限られた市場の奪い合いと、緩やかで有機的な市場の拡大、営利保険会社および民間非営利組織の良好な財務内容を受け、依然として活発である。M&Aの主要な目的は、マーケットシェアの拡大、ネットワークの強化、営業地域の拡大、商品の多様性の拡大である。

大手の保険会社にとって、ビジネスは飽和状態になってきている。実際、過去2年間に、Aetna、CIGNA、PacifiCareが事業を縮小したことが、UnitedHealth、各Blue Cross & Blue Shield（以下「BCBS」とする。）⁴などに成長の機会を与えたとされる。

営利保険会社の関心は、M&Aや競争力のある商品によって、特定の地域におけるマーケットシェアを高めることに移ってきた。例えば、UnitedHealthが2000年よりMid-Atlantic

Medical Services、Oxford Health Planを買収したが、これによりノースウェスト地区、ミッドアトランティック地区におけるマーケットシェアの増大とネットワークの強化という効果を得た。また、同社は2005年にメディケア適用対象者向け商品の最大手であるPacifiCareを買収したが、その意図の一つは南カリフォルニア地区におけるネットワークと販売チャネルを取得することであった。

かつて成長のために資本を求め、非営利組織から営利保険会社への転換を果たしたBCBSが多くあるが⁵、そのBCBSをめぐるM&Aが繰り返されてきた。ここ数年では、いずれも営利組織化したBCBSを傘下に持つAnthemとWellpointが2004年に合併し（存続企業名Wellpoint）、同社は2005年にWellchoiceを買収した。その結果、営利組織化したBCBSを傘下に持つ民間営利保険会社はWellpointのみになり、同社は14のBCBS組織を傘下に収めることとなった⁶。BCBSでは、2002年初頭にBCBS of Kansasの営利保険会社化が認められなかったことが契機となりそれ以降の営利組織化の実現が難しくなっているため⁷、営利保険会社間ではこれ以上のブルーブランドを目的としたM&Aは起きないと考えられている。

営利組織化していないBCBSでは、民間非営利組織と合併するケースがある。2005年のBlue Cross & Blue Shield of OklahomaとHealth Care Serviceの合併がその好例である。Health Care Serviceはイリノイ州を拠点とする民間非営利組織であるが、先だってBlue

³ A.M.BEST Special Report (Life/Health Review/Preview), "Finding the Right Balance", Jan.2006.

⁴ BCBSについては、本稿<付録1>2.(1)を参照のこと。

⁵ 矢倉尚典、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市場—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—」(損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005年)、p.22.

⁶ Wellpoint, Inc., "Company History", (visited Sept.4, 2007) <http://www.wellpoint.com/business/company_history.asp>.

⁷ Ibid.

Cross & Blue Shield of Texas、Blue Cross & Blue Shield of New Mexico と合併しており、この合併により米国南部への営業地域をさらに拡大させている。

営利組織化していない BCBS 同士では、提携により協力体制を築くケースがあるが、これについては次項で詳述する。

A.M.BEST は、M&A は今後も続くが、第一に対象となりそうな企業の多くは既にも買収されてしまったため、ペースが緩やかになるだろうと予想している。また、今後の買収の対象として、特定の地域で専門的な強みを持つ中規模の会社が魅力的であるとしている。

(3) 民間非営利組織 (BCBS、Kaiser Permanente) の状況

本項では、代表的な民間非営利組織である、BCBS および Kaiser Permanente を取り上げる。

民間非営利組織も営利保険会社同様、ここ数年の高収益で資本を蓄積している。民間非営利組織においては資本の成長を抑えるために、保険料率、営業利益率を下げるのではないかという見方がある⁸。

①BCBS の状況

BCBS 協会の公表資料⁹により、BCBS の状況を概観する。

BCBS は病院費用を支払うブルークロスと医師費用を支払うブルーシールドより成る。全米各地に設立され、2006 年 11 月時点で営利組織

化した企業を含め 39 の BCBS 組織がある¹⁰。各 BCBS 組織は独立して運営されているが、グループ全体では 39 の BCBS 組織と BCBS 協会より成り、BCBS システムと呼ばれる。BCBS システムは、健康保険事業において全米で最も古く最も大きなグループ (family of health benefits companies) であり、全 50 州で事業を展開している。BCBS システム全体の従業員数は全米で 15 万人以上にのぼり (BCBS 協会は約 860 人)、グループ全体では米国の従業員数トップ 20 企業に匹敵する。

全米の加入者は、全人口の約 3 分の 1 である 9,400 万人以上にのぼる。加入者のうち 5,910 万人は Preferred Provider Organization (以下、「PPO」とする。)¹¹ に、1,610 万人は Health Maintenance Organization (以下、「HMO」とする。)¹² に、1,340 万人は伝統的な出来高払いプランに、400 万人は Point-of-service Plan (以下、「POS」とする。)¹³ に加入している。

《図表 3》BCBS の保険プラン別加入者数
保険プラン別加入者数

保険プラン	加入者数
PPO	5,910 万人
HMO	1,610 万人
POS	400 万人
出来高払い	1,340 万人

(出典) Blue Cross Blue Shield Association, Newsroom, “Company Facts” (visited Nov.20,2006) <http://www.bcbs.com/news/facts_bcbsa.html> より 損保ジャパン総合研究所作成。

⁸ Sally A. Rosen, May.2006, *supra*.

⁹ Blue Cross Blue Shield Association, Newsroom, “Company Facts” (visited Nov.20, 2006) <http://www.bcbs.com/news/facts_bcbsa.html>.

¹⁰ *Ibid*.

¹¹ PPO については、本稿<付録 1>2.(3)を参照のこと。

¹² HMO については、本稿<付録 1>2.(3)を参照のこと。

¹³ POS については、本稿<付録 1>2.(3)を参照のこと。

単一の州内で営業するのが BCBS の典型的な形である。しかし、加入者がサービスエリア外で生活している場合や旅行中にも支払いを受けられるようにするため、「Blue Card」という名称の、独立した各 BCBS を結びつける電子ネットワークがある。このネットワークにより、全米で大規模に事業を展開する企業も BCBS へ加入することが可能となっている。「Blue Card」の契約数は 2004 年の 1,620 万件から、2005 年は 1,820 万件に増加している。

また、BCBS は加入者が海外にいる際のアシスタンスも行っている。「Blue Card Worldwide」は、世界中の 200 の国と地域の医療機関・医師とネットワークを持っており、加入者に対し 365 日 24 時間体制で医療機関へのアクセスを支援している。

BCBS は、1965 年のメディケア設立以来、メディケア加入者からの請求処理と支払いについて政府と契約している。2005 年、BCBS はメディケア・パート A の加入者からの総請求件数 1 億 7,900 万件のうち 90%、パート B では総請求件数 9 億 8,100 万件のうち 72% を処理している。

続いて A.M.BEST のレポート¹⁴により、BCBS 同士の提携について概観する。

BCBS では、BCBS 同士が提携するケースがある。例えば、Regence Group は米国で最も早くに BCBS が提携した例であり、いずれも米国の北西に位置する 4 つの BCBS、すなわち、BCBS of Idaho、BCBS of Utah、BCBS of Oregon、BCBS of Washington の一部、により構成されている。Regence Group は、システ

ム、アンダーライティング、契約時の保険数理業務などを標準化しているものの、財務面では各 BCBS が完全に独立しており、M&A とは一線を画している。

また、複数の BCBS が子会社を作ることによって提携するケースもある。このケースでは地域や商品など強みの異なる BCBS が提携し、子会社を通じて、それぞれのアイデンティティを維持したまま、自らの強みをパートナーの地域でも発揮することができる。

A.M.BEST では、これからの数年の間に、BCBS 同士の協力の形は、さらに進化するだろうと予想している。

② Kaiser Permanente の状況

Kaiser Permanente の公表資料¹⁵により、Kaiser Permanente の状況を概観する。

Kaiser Permanente は全米で最大の HMO である。2005 年末で 840 万人の加入者を有し、カリフォルニア州を中心に 9 州とワシントン D.C で事業を展開する民間非営利組織であり、営利保険会社の有力な競争相手である。営利組織とは違い、株主や投資家への利益還元を重視するのではなく、加入者への利益還元を重視している¹⁶。

《図表 4》は、Kaiser Permanente の 2005 年の状況を 2004 年と比較したものである。2005 年の保険料収入は 311 億ドルであり、2004 年の 280 億ドルから大幅に増加した。また、加入者は 820 万人から 840 万人に増加した。一方で、純利益は前年の 16 億ドルから 10 億ドルに減少し、営業利益率は前年の 5.3% から 2.6% に低下した。これは、2005 年にサービス向上のた

¹⁴ A.M.BEST Special Report, Jan.2006, *supra*.

¹⁵ Kaiser Permanente, "news release" (visited Dec.07,2006) <http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat_060216_2005yearend_financials.html>., "Facts and Statistics" (visited Dec.07,2006) <<https://newsmedia.kaiserpermanente.org/kpweb/fastfactsmedia/entrypage2.do>>.

¹⁶ *Ibid*.

《図表 4》 Kaiser Permanente の 2005 年の状況（2004 年との比較）

	2005 年	2004 年
加入者数	840 万人	820 万人
保険料収入	311 億ドル	280 億ドル
純利益	10 億ドル	16 億ドル
営業利益率	2.6%	5.3%
サービス向上への投資額	25 億ドル	22 億ドル

（出典） Kaiser Permanente, “news release” (visited Dec.07, 2006) <http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat_060216_2005yearend_financials.html>を基に損保ジャパン総合研究所作成。

めの投資額が 25 億ドルとなり、前年の 22 億ドルから大きく増加したことが影響している。例えば、「Kaiser Permanente Health Connect」という名称の、業界最大の医療情報記録システム(integrated medical record system)を構築し、全米に展開しようとしている。この医療情報記録システムは、患者の通常の治療記録に加え、最も効果的な治療方法(best clinical practices)等の付随した情報を組み入れたものである。医師や看護師だけでなく、患者自身もオンラインで内容を閲覧することができる。

2. セグメント別概況

米国の健康保険市場を見る場合、民間保険制度にかかわる部分と、メディケア、メディケイドといった公的¹⁷制度にかかわる部分に分けてその特徴を把握することが一般的である。ここでは、民間保険制度の中心である職域の状況および公的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。

なお、職域市場では Consumer-Driven Health Plan（以下、「CDHP」とする。）という新しいタイプのプランの導入が進んでいる。

CDHP は、免責金額が高い健康保険プラン（High Deductible Health Plan（以下、「HDHP」とする。）と称されることがある。）に、Health Reimbursement Arrangement（以下、「HRA」とする。）や Health Savings Account（以下、「HSA」とする。）と呼ばれる勘定を組み合わせたものである。本節ではこのようなプランの導入状況を概観するとどめ、プランの内容や導入の具体的事例については第Ⅲ章第 2 節にて詳述する。

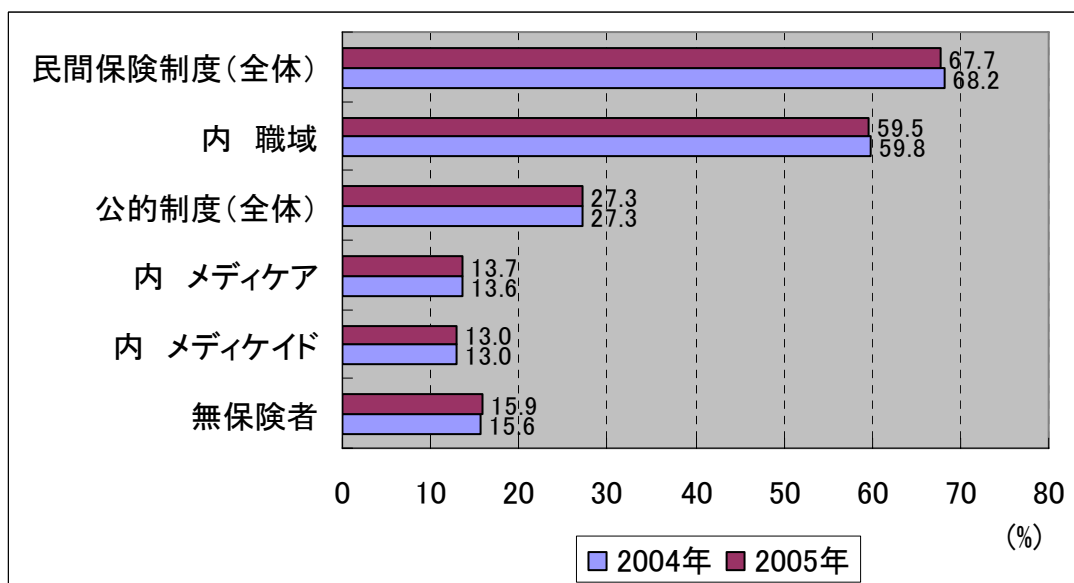
（1）概観

米国における健康保険市場は、企業が民間保険会社からサービスを購入して従業員に提示し、従業員がそれに加入する方法、すなわち職域での民間保険制度加入が中心である。《図表 5》に示すとおり、米国国政調査局（U.S.Census Bureau）によれば、2005 年、全人口のうち民間保険制度加入者が 67.7%、公的¹⁸制度加入者が 27.3%、無保険者が 15.9%と推計されている。また、民間保険制度加入者のうち、職域で加入している人は全人口の 59.5%と推計されている。

¹⁷ メディケア、メディケイドの概要については、本稿 <付録 2>を参照のこと。

¹⁸ 重複して加入している場合があるため、合計しても 100%にはならない。

《図表 5》健康保険への加入状況



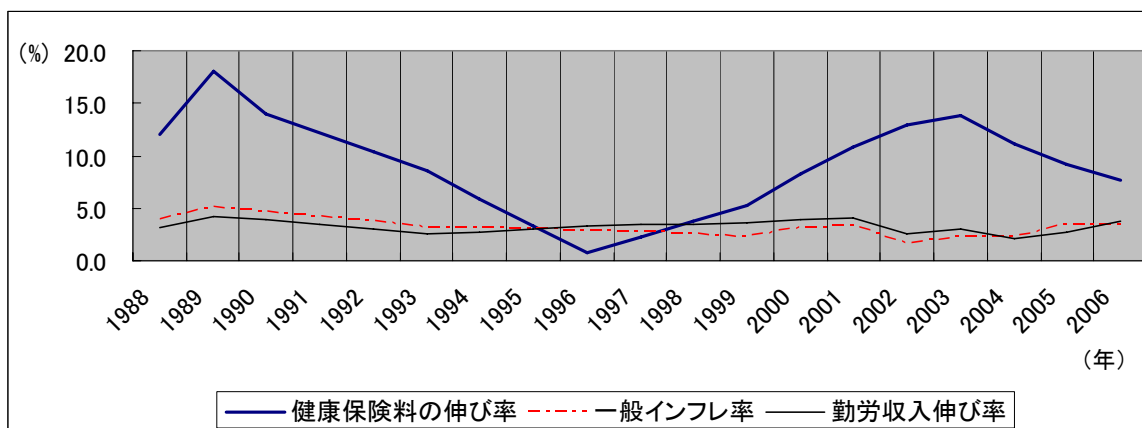
(出典) U.S.Census Bureau , “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States :2005”, Aug.2006, p.21.

(2) 職域市場の状況

《図表 6》は職域における健康保険料の伸び率と、一般インフレ率、勤労収入の伸び率の経年変化を表したものである。健康保険料の伸び

率は、近年徐々に鈍化しているものの依然として一般インフレ率、勤労収入伸び率を大きく上回っている。

《図表 6》健康保険料の伸び率の推移



	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
健康保険料の伸び率	14.0%	8.5%	0.8%	5.3%	8.2%	10.9%	12.9%	13.9%	11.2%	9.2%	7.7%
一般インフレ率	4.7%	3.2%	2.9%	2.3%	3.1%	3.3%	1.6%	2.2%	2.3%	3.5%	3.5%
勤労収入伸び率	3.9%	2.5%	3.3%	3.6%	3.9%	4.0%	2.6%	3.0%	2.1%	2.7%	3.8%

(出典) The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits 2006 Annual Survey”(visited Sept.27, 2006) <<http://www.kff.org/insurance/7527/upload/7527.pdf>>, Exhibit 1.1(p.19).

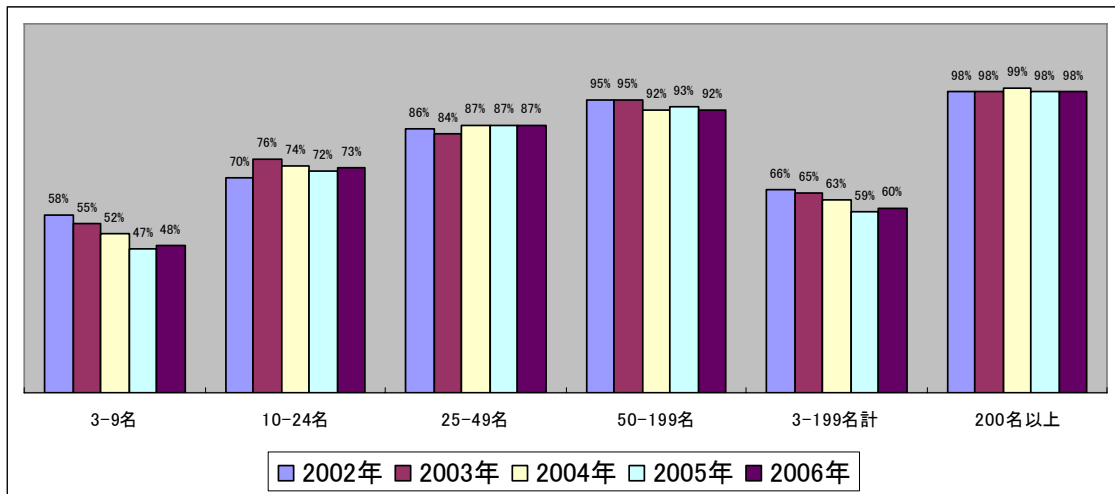
①企業の状況

《図表 7》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従業員に健康保険プランを提供する割合が高くなっており、その傾向はここ数年変わっていない。3-9名の小企業では2002年から2005年にかけて10%

以上低下したが、2006年にはわずかではあるが上昇に転じた。

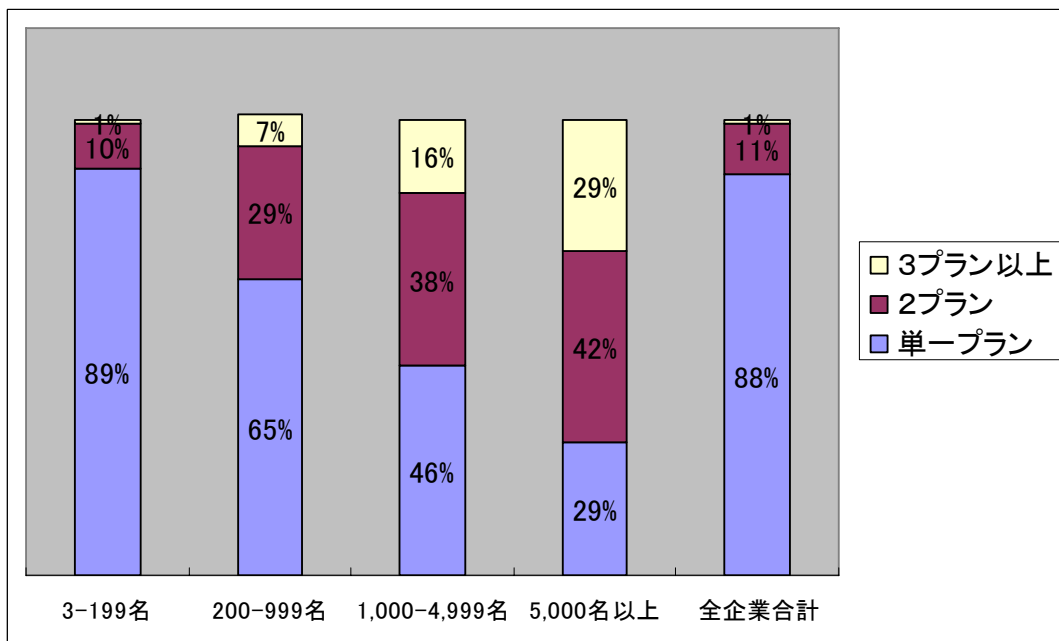
米国の民間保険は、インデムニティ型、マネジドケア型(HMO,PPO,POS)といった種類により¹⁹、利用できる医療プロバイダーに関する制限、医療プロバイダーから受けられるサービス、保険料の水準などが異なる。そこで、企業

《図表 7》健康保険プランを提供している企業の割合



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit E(p.4).

《図表 8》従業員規模別に見た提示プラン数別の企業数分布 (2006年)



(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 4.1(p.51).

¹⁹ インデムニティ型 (健康保険プラン)、マネジドケア型 (健康保険プラン) については、本稿<付録 1>2.(3)を参照のこと。

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がある。《図表 8》は従業員規模別に、提示しているプラン数の企業割合を示したものである。全企業のうち、従業員に対して複数プランを提示している企業は 12%にすぎない。

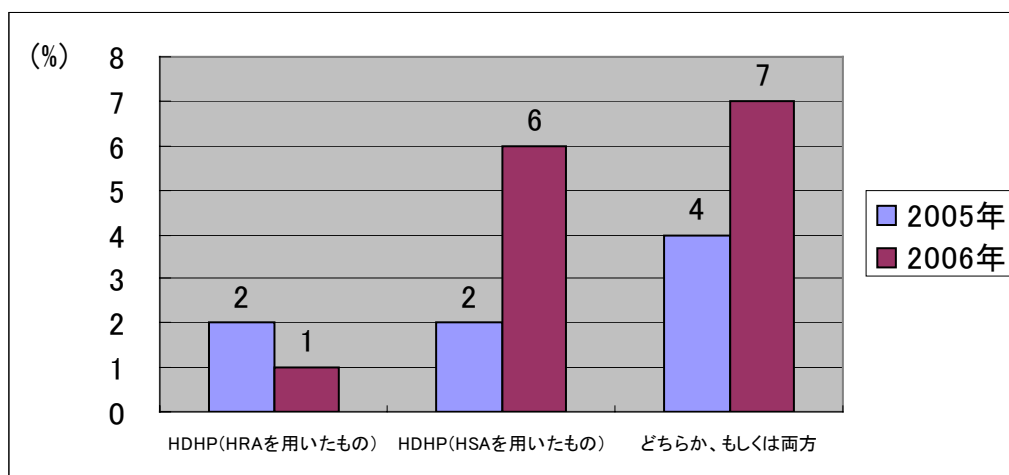
複数プランを提示している企業の割合は従業員規模が大きいほど高くなっており、3-199 名の中小企業では 11%であるのに対し、5,000 名以上の大企業では 71%にのぼっている。

《図表 9》は、従業員に健康保険プランを提示した企業のうち、HDHP(HRA を用いたもの)、および HDHP(HSA を用いたもの)を提示した企業の割合を示したものである。HDHP(HRA を用いたもの)を提示した企業の割合が半減し、HDHP (HSA を用いたもの) を提示した企業

の割合が上昇している。

《図表 10》は、コスト抑制策の効果に対する企業の考え方を、従業員 3-199 人の中小企業（以下、「中小企業」とする。）と 200 名以上の大企業（以下、「大企業」とする。）に分けて調べたものである。「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。）²⁰については中小企業 60%、大企業 82%、「従業員のコスト負担増」については中小企業 50%、大企業 64%、「Consumer-Driven Health Plans」については中小企業 53%、大企業 71%、「マネジドケアのネットワークの制限強化」については中小企業が 46%、大企業が 46%という水準であった。

《図表 9》 従業員に健康保険プランを提示した企業のうち、
HDHP（HRA,HSA を用いたもの）を提示した企業の割合

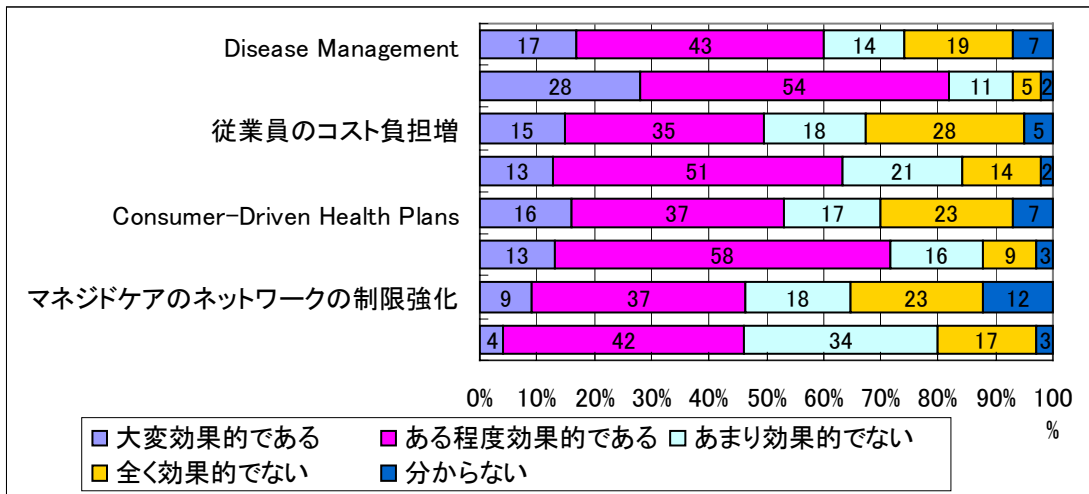


- (注) a. 《図表 9》の出典では、HDHP (HRA を用いたもの) は「HRA と合わせて提供され、免責金額が個人の契約で \$ 1,000 以上、家族契約で \$ 2,000 以上に設定されている健康保険プラン」と定義され、HDHP (HSA を用いたもの) は「HSA と合わせて用いられるために連邦政府が定める条件を満たした免責金額の高い健康保険プラン」と定義される。
- b. 従業員に健康保険プランを提供した企業のうち、HDHP (HRA を用いたもの) と、HDHP (HSA を用いたもの) の両方を提供した企業は、2005 年 0.3%、2006 年 0.4%である。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Section 8(p.102), Exhibit 8.1(p.106).

²⁰ DM については、本稿 <付録 1>2.(1)を参照のこと。

《図表 10》コスト抑制策の効果に関する企業の考え方



(注) グラフ上段、従業員が3-199人の中小企業
 グラフ下段、従業員が200人以上の大企業

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 12.1(p.139).

《図表 11》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

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
企業規模						
3-24名	49%	45%	44%	43%	41%	45%
25-49名	62%	57%	59%	56%	55%	55%
50-199名	67%	64%	61%	56%	59%	62%
200-999名	71%	69%	68%	69%	65%	66%
1,000-4,999名	69%	70%	69%	68%	69%	68%
5,000名以上	69%	68%	68%	67%	66%	60%
中小企業計 (3-199名)	58%	54%	53%	50%	50%	53%
大企業計 (200名以上)	69%	69%	68%	68%	66%	63%
全合計	65%	63%	62%	61%	60%	59%

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 3.1(p.42).

②従業員の状況

《図表 11》に示すとおり、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、2006年に全体で59%であり、2001年から5年連続で低下している。企業の規模別に見ると、従業員が200名以上の大企業計では63%であり2001年から5年連続で低下しているが、従業員199名以下の中小企業計では53%であり、2001年から続いていた低下傾向が反転している。

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い。また、利用資格を持っ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 12》は従業員のうち利用資格を持つ従業員の割合および、利用資格を持つ従業員のうち実際に加入する者の割合を、従業員規模別、地域別、業種別に示したものである。全体では、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のは

《図表 12》従業員規模、地域、業種別健康保険加入従業員の割合（2006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	88%	79%	69%
25-49名	79%	79%	63%
50-199名	80%	84%	67%
3-199名計	83%	81%	67%
200-999名	78%	84%	67%
1,000-4,999名	81%	83%	68%
5,000名以上	73%	80%	60%
200名以上計	76%	82%	63%
地域			
Northeast	80%	83%	67%
Midwest	77%	83%	64%
South	77%	79%	63%
West	79%	83%	66%
業種			
農業/鉱業/建設	73%	82%	58%
製造	87%	86%	76%
運輸/通信/電気・ガス・水道	84%	89%	76%
卸	76%	80%	62%
小売	59%	75%	43%
金融	86%	84%	73%
サービス	76%	78%	61%
州/地方政府	92%	92%	85%
医療関係	79%	83%	66%
合計	78%	82%	65%

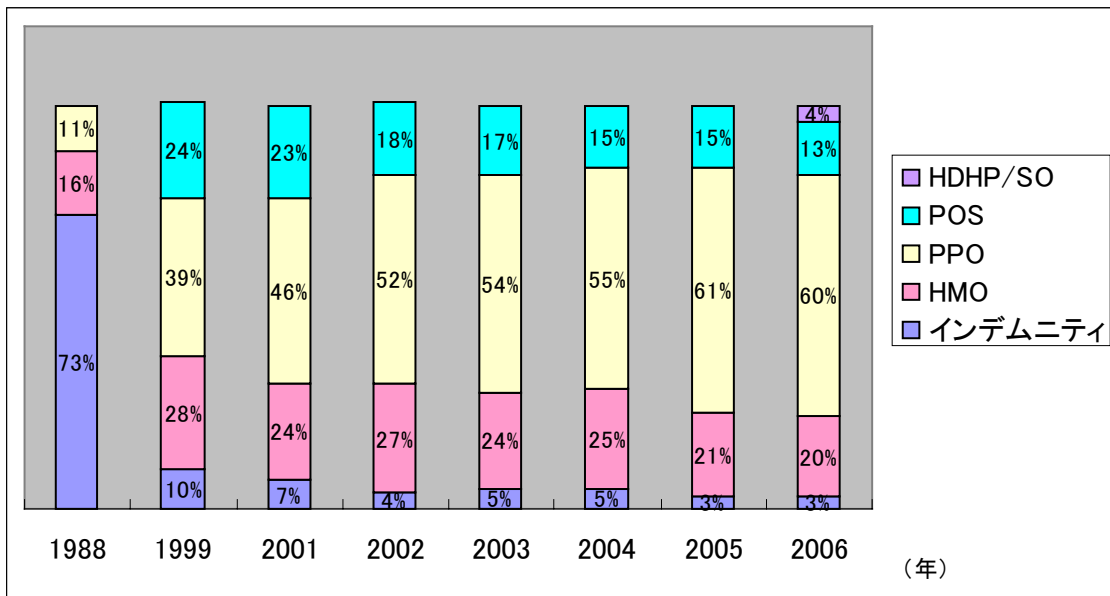
(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 3.2(p.43).

78%、利用資格を持っている社員のうち実際に加入することを選ぶ従業員は 82%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、そのプランに実際に加入する従業員の割合は 65%である。これらの割合は従業員規模別や地域別にはさほど大きな差は見られないが、業種別には大きな差が見られる。特に小売業では、利用資格を持つ従業員割合、利用資格者のうち加入することを選ぶ従業員割合ともに全業種の中で最も小さく、従業員のうち実際に加入している者の割合は 43%である。

《図表 13》は、実際に従業員が選択した健康保険プランのシェア推移を示したものである。PPO のシェアは拡大を続けており、1999 年には 39%であったものが、2006 年には 60%になっている。一方、HMO、POS、インデムニティ型のシェアは年々低下している。

《図表 14》はプラン別の保険料水準の対前年比を示したものである。保険料水準は一貫して上昇し続けているものの、2006 年全体の上昇率は 7.7%となり、2002-2004 年の二桁の上昇率と比較すれば上昇速度は鈍化してきている。

《図表 13》 加入プラン別従業員数分布の推移



(注) a. HDHP/SO は、High-Deductible Health Plan with Savings Option の略。《図表 13》の出典では、「HRA と合わせて提供され、免責金額が個人の契約で\$1,000 以上、家族契約で\$2,000 以上に設定されている健康保険プラン、もしくは、HSA と合わせて用いられるために連邦政府が定める条件を満たした免責金額の高い健康保険プラン」と定義されている。

b. 2006 年より HDHP/SO を新しい項目として記載しているが、それ以前の年度では各プランの中に含めてカウントしている。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 5.1(p.57), Section 8(p.102).

《図表 14》 プラン別保険料水準対前年比上昇率の推移

	1996 年	2000 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
インデムニティ	1.9%	9.5%	13.8%	14.3%	11.1%	5.0%	8.4%
HMO	-0.2%	7.6%	13.5%	15.2%	12.0%	9.4%	8.6%
PPO	1.0%	8.5%	12.7%	13.7%	10.9%	9.4%	7.3%
POS	1.1%	7.8%	12.2%	13.2%	11.3%	9.1%	8.4%
HDHP/SO	—	—	—	—	—	—	4.8%
合計	0.8%	8.2%	12.9%	13.9%	11.2%	9.2%	7.7%

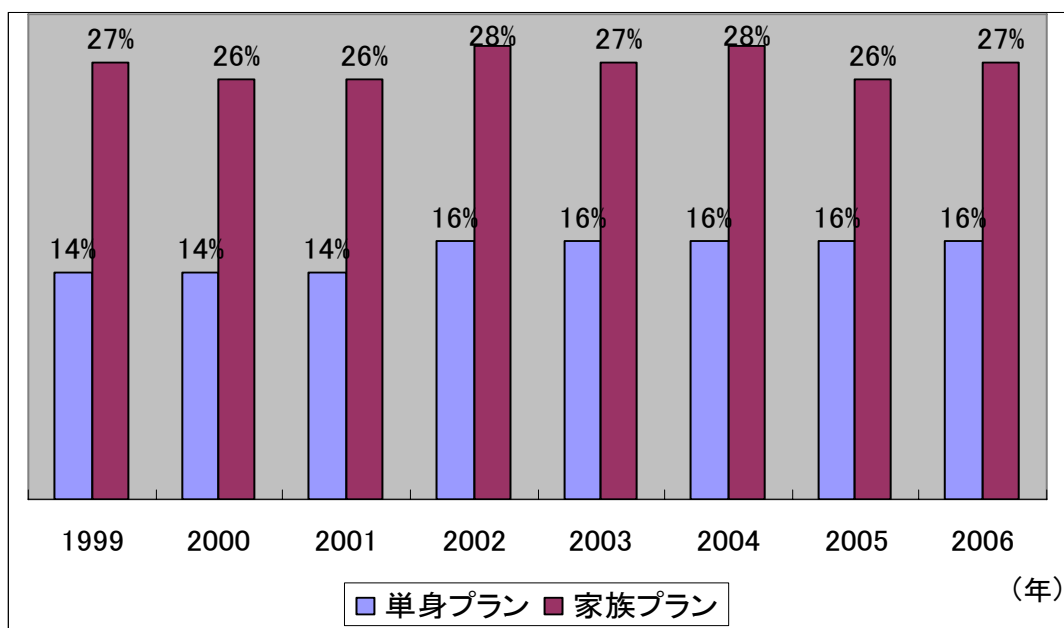
(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 1.2(p.20).

プランによる上昇率の違いはあまり見られず、むしろ毎年度ほぼ同程度の上昇率で推移している。

《図表 15》は、保険料のうち従業員が負担する割合を、単身プランと家族プラン別に示したものである。2000 年からその水準はあまり変化しておらず、単身プランは 14-16%、家族プランは 26-28%で推移している。

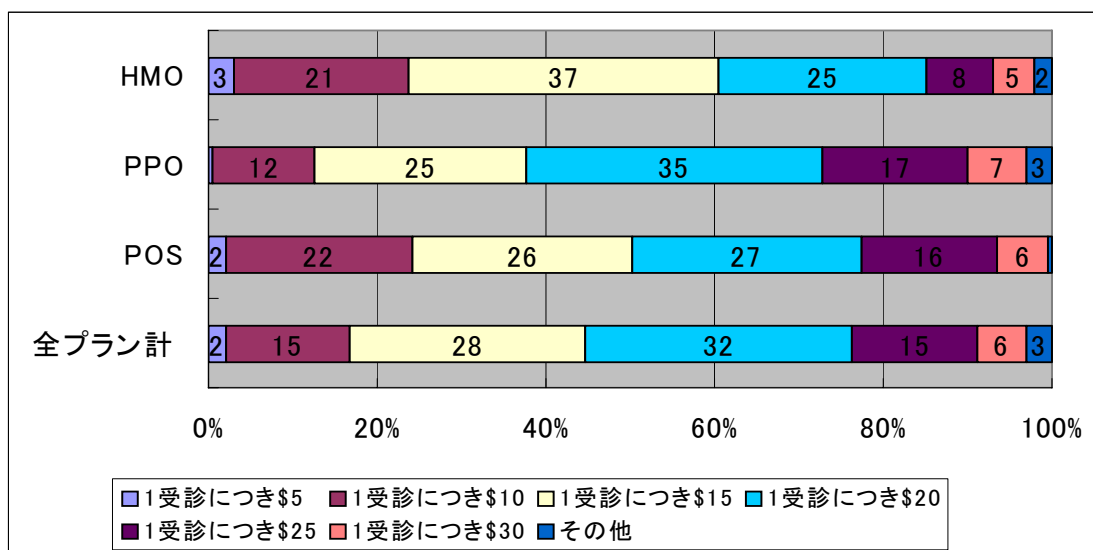
民間保険に加入した従業員は、保険料の負担だけではなく、実際にかかった医療費の額に関係なく受診毎に定額を自己負担する場合がある。これを copayment という。《図表 16》は copayment のあるプランの加入者の中で、プラン別、copayment の金額別に加入者数割合を比較したものである。いずれのプランもほとんどが 10-25 ドルの水準であり、その割合は約 9 割にのぼる。

《図表 15》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, Sept.2006, *supra*, Exhibit 6.1(p.61).

《図表 16》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、2006 年)



(注) パーセンテージの表示のない部分(PPO の「1 受診につき\$5」、POS の「その他」)は、1%未満であることを示す。

(出典) The Kaiser Family Foundation, Sept.2006, *supra*, Exhibit 7.15(p.92)より損保ジャパン総合研究所作成。

(3) 公的制度 (メディケア、メディケイド) 適用対象者

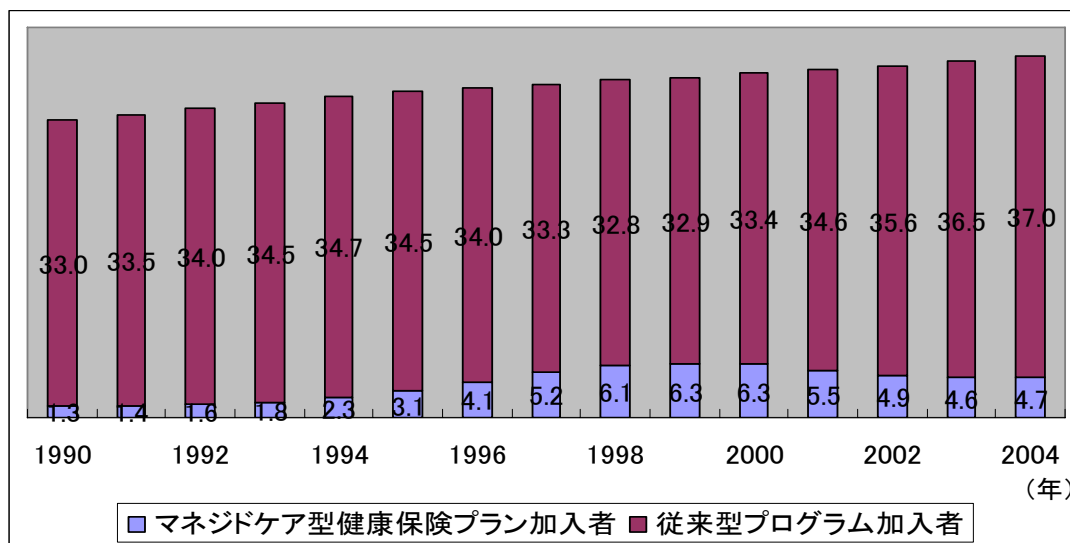
米国の医療保障は民間の医療保険を中心に成り立っているが、高齢者、障害者、低所得者等はメディケアやメディケイドといった公的制度

によってカバーされている。公的制度でカバーされる国民は 2005 年で全人口の 27.3%である (《図表 5》参照)。

また、第 I 章で述べたように、民間保険会社も Centers for Medicare & Medicaid Services

《図表 17》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)



(注) a. マネジドケア型健康保険プランとは、メディケア・アドバンテージのうち、マネジドケア型のプランを指す。

b. 従来型プログラムとは、上記以外のものを指す。

(出典) The Kaiser Family Foundation, "Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace", Apr.2005(visited Sept.27, 2006) <<http://www.kff.org/insurance/7031/index.cfm>>, Exhibit 2.17.

(以下、「CMS」とする。)と契約し、メディケア、メディケイドのような公的制度の適用対象者に対して健康保険プランを提供している。

ここでは、メディケア、メディケイドについて、The Kaiser Family Foundation 等のレポートに基づき概観する。

①メディケア加入者

2005 年におけるメディケアの加入者は国民全体の 13.7%である (《図表 5》参照)。

2004 年における加入者のうち、メディケア・アドバンテージ²¹のマネジドケア型の健康保険プランを選択した者は 470 万人であり、全加入者 4,170 万人のうち約 11%である (《図表 17》参照)。

《図表 18》はメディケア・アドバンテージ

のうち、マネジドケア型のプラン数の推移を示したものである。1999 年から 2003 年まで減少し続けていたが、2005 年に急増している。

《図表 18》メディケア・アドバンテージ²²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
2005 年	302

(注) 2002 年に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 Nov.20, 2006) <http://www.cms.hhs.gov/HealthlanRepFileData/04_Monthly.asp>.

²¹ メディケア・アドバンテージについては、本稿 <付録 2>1.(3)を参照のこと。

²² メディケア・アドバンテージの旧称は、メディケア・プラス・チョイスである。

トピック (a) メディケアによる新たな予防プログラムの開始

近年メディケアでは予防給付に力を入れている。例えば、1997年に成立した均衡予算法 (Balanced Budget Act of 1997) において、インフルエンザ、B型肝炎などの予防接種、乳がんのマンモグラフィー検査、骨粗しょう症の骨密度測定、大腸がん検査、子宮がん検査、前立腺がん検査などの予防が給付対象とされた^a。しかし、CMSによれば、加入者利用は思うように進んでおらず、例えば、全米の死亡原因の第2位であり、早期に見つかれば治癒が可能とされる大腸がんの検査を受けたのは、1998-2002の5年間で受診可能な加入者の45%にとどまっている^b。

こうした状況を踏まえ、メディケアは予防事業への注力の一環として、2006年9月に民間から高齢者の健康リスクを低下させるプログラムを公募した^c。民間で効果が示されている取り組みが、高齢であるメディケアの加入者に対しても効果を発揮するかどうかを見極めることが目的である。CMSは公募した企業の中から5社に絞り、3年間のパイロットプログラムを行う予定で、2007年春にパイロットプログラムを行う組織を決定する。従来型の出来高払いの加入者のうち85,000人に対して、パイロットプログラムへの参加を呼びかける。

- (注) a. CMS, *“Legislative Summary: Balanced Budget Act Of 1997 Medicare And Medicaid Provisions”* (visited Aug.13, 2007) <http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Section4016_BBA_1997.pdf>, pp.38-41.
- b. CMS, *“Medicare Seeks Proposal For Senior Risk Reduction Demonstration As Part Of Agency’s New Focus On Prevention”* (visited Nov.21, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?>>.
- c. *Ibid.*

トピック (b) メディケア保険料改定 2007 ～ 一律保険料の改定

CMS は 2006 年 9 月、2007 年のメディケアの保険料を発表した^a。メディケアでは従来一律の保険料を徴収していたが、2007 年よりパート B については所得に応じた追加保険料を徴収することにした。

所得が一定額以上のパート B 加入者は、2007 年から従来の保険料に加え、所得に応じた追加保険料を徴収される。追加保険料は所得が多くなるほど段階的に高くなっており、追加保険料テーブルは「単身で所得申告しているケース、もしくは夫婦一体で所得申告しているケース」と、「夫婦別々で所得申告しているケース」で異なっている（《図表 A1》、《図表 A2》参照）。基本部分の保険料は一律\$93.50 となっている。

例えば単身の加入者の場合、《図表 A1》のとおり、所得が\$80,000 から\$100,000 であれば追加保険料は\$12.30 であり、基本部分の保険料\$93.50 と合わせて合計保険料は\$105.80（月額）となる。

CMS では追加保険料の対象となる世帯割合を、全体の約 4%になると予測している。

(注) a. CMS, “MEDICARE PREMIUMS AND DEDUCTIBLES FOR 2007”(visited Nov.21, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1958>>.

《図表 A1》新設されたパート B 追加保険料（単身、夫婦一体で所得申告しているケース）

単身	夫婦一体	追加保険料	合計保険料
申告所得が \$80,000 以下	申告所得が \$160,000 以下	—	\$93.50
申告所得が \$80,000- \$ 100,000	申告所得が \$160,000-\$200,000	\$12.30	\$105.80
申告所得が \$100,000- \$ 150,000	申告所得が \$200,000-\$300,000	\$30.90	\$124.40
申告所得が \$150,000- \$ 200,000	申告所得が \$300,000-\$400,000	\$49.40	\$142.90
申告所得が \$ 200,000 以上	申告所得が \$400,000 以上	\$67.90	\$161.40

(注) 保険料は月額表示である。

(出典) CMS, “MEDICARE PREMIUMS AND DEDUCTIBLES FOR 2007”(visited Nov.21, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1958>>.

《図表 A2》新設されたパート B 保険料（夫婦別々で所得申告しているケース）

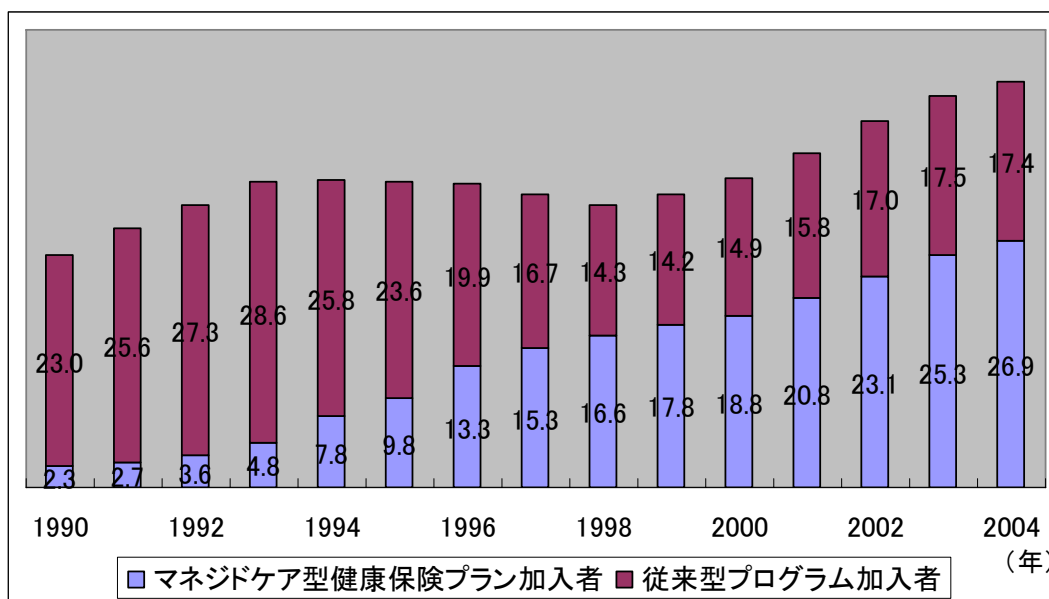
	追加保険料	合計保険料
申告所得が \$80,000 以下	—	\$93.50
申告所得が \$80,000-\$120,000	\$49.40	\$142.90
申告所得が \$120,000 以上	\$67.90	\$161.40

(注) 保険料は月額表示である。

(出典) 《図表 A1》に同じ。

《図表 19》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.2005, *supra*, Exhibit 2.16.

②メディケイド加入者

低所得者層を対象としたメディケイド加入者は、2005年に国民全体の13.0%である（《図表5》参照）。

2004年には、マネジドケア型健康保険プランに加入している者が2,690万人、従来型プログラムに加入している者が1,740万人であり、6割以上がマネジドケア型に加入している（《図表19》参照）。

また、マネジドケア型健康保険のプラン数は、1999年から2003年まで減少傾向にあったが、それ以降はほぼ同水準で推移している（《図表20》参照）。

《図表 20》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
2004年	523
2005年	519

(出典) CMS, "Medicaid Managed Care Enrollment Report" as of June. 30 of respective years (visited Nov.22, 2006) <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidDataSourcesGenInfo/04_MdManCrEnrollRep.asp>.

Ⅲ. ヘルスケア市場に大きな影響を与える動き

1. 医療コストの状況

(1) 医療コストの動向

CMS によれば、2005 年の米国医療コスト (National Health Expenditures、以下「NHE」とする。) ²³は 19,877 億ドルとなっている。この数値は一貫して伸び続けており、ここ 10 年ほどで約 2 倍の水準となっている。2005 年の対前年比伸び率は 6.9%であり、ピークであった 2002 年の 9.1%からはやや鈍化してきている。また、2005 年の NHE の名目 GDP に対する比率は、前年と比べて 0.1%上昇し、16.0%となった (《図表 21》参照)。

また、国民 1 人あたり NHE を見ると、2005 年は 2004 年より 6.9%上昇している (《図表 22》

参照)。伸び率は 2002 年の 9.1%をピークに低下傾向にある。

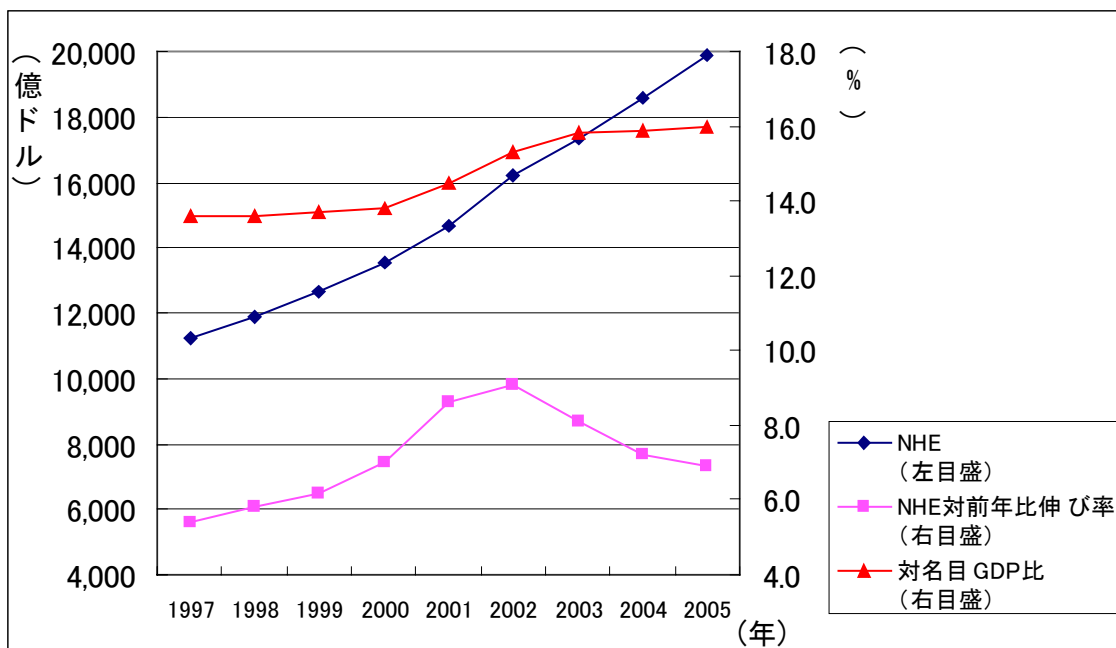
(2) 医療コストの上昇要因

医療コストの上昇について、Health Affairs に掲載されているレポート ²⁴に基づき、要因別に概観する。同レポートでは Milliman USA Health Cost Index (以下、「HCI」とする。)²⁵ という指標を用いて、医療コストの上昇について要因別に分析を行っている。

①総費用

HCI で見た米国民 1 人当たり医療コストの対前年比伸び率は 2005 年において 7.4%であり、2001 年をピークに鈍化の傾向を見せているも

《図表 21》米国医療コスト (NHE) の推移



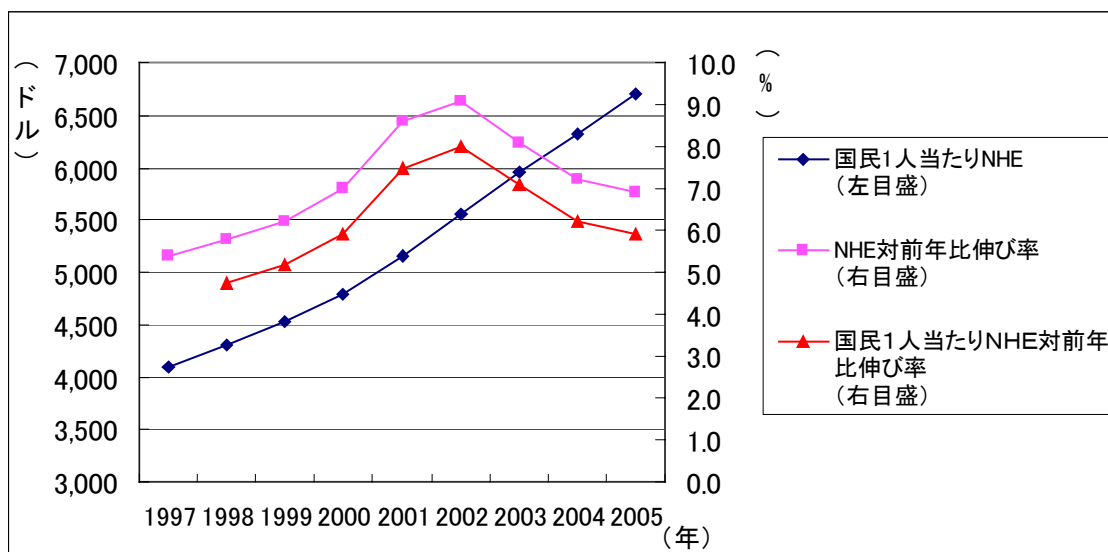
(出典) CMS, “National Health Expenditures” (visited Aug,14, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>>.

²³ 米国医療コストとは、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・民間部門における保険料等の合計である。CMS, “National Health Expenditure Data Overview”(visited Sept.4, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>>.

²⁴ Paul B. Ginsburg et al., “Tracking Health Care Costs: Continued Stability But At High Rates In 2005”, Health Affairs Web Exclusive, Oct.03, 2006.

²⁵ 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に比較して、データが早期に入手できるメリットがある。

《図表 22》国民 1 人当たり米国医療コスト（NHE）の推移



(出典) CMS, “National Health Expenditures”, supra.

《図表 23》HCI インデックスで把握した米国民一人当たり医療コストの対前年比伸び率の推移

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			
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%	2.1%
2001	10.4%	8.5%	14.6%	7.7%	13.5%	2.1%
2002	10.1%	8.2%	13.0%	7.9%	13.1%	2.3%
2003	7.8%	6.1%	11.1%	6.3%	8.9%	3.7%
2004	7.5%	5.3%	11.2%	6.0%	8.3%	5.8%
2005	7.4%	7.1%	10.4%	7.1%	4.8%	5.4%
※2006	7.7%	5.1%	10.3%	7.7%	7.2%	5.9%

(注) a. 2001 年の前後で計算方法が異なる。2001 年のみ両方の計算方法により計算結果が示されている。

b. 2006 年は 1-3 月のみを前年の同期間と比較した伸び率。

(出典) Paul B. Ginsburg et al., “Tracking Health Care Costs: Continued Stability But At High Rates In 2005”, Health Affairs Web Exclusive, Oct.03, 2006, Exhibit 2(p.w489).

の、依然として名目 GDP の伸び率を上回っている（《図表 23》参照）。2005 年の全サービスの伸び率は前年、前々年とほとんど変わらず堅調な伸びを維持している形に見えるが、内訳を見ると処方箋薬剤費用の伸び率が低下し、病院費用と医師費用の伸び率の上昇がそれを補う

形になった。

健康保険料の伸び率が近年鈍化している一方（《図表 6》参照）、本表が示すように国民一人当たりの医療費の増加のペースは近年変わらず堅調である。これは、健康保険料と国民一人当たり医療費との間にあまり関係がないとする見

方と、今後所得の増加に牽引された国民一人当たり医療費の増加が続けば、将来保険料も同様に増加するようになるだろうという見方がある²⁶。

②病院費用

病院費用の伸び率に関して、《図表 23》は入院費用と外来費用に分解して示している。2005年は入院費用が7.1%、外来費用が10.4%増加しており、他の費用と比較して高い伸び率となっている。《図表 24》はこの病院費用の伸び率を、サービス単価と病院利用量に分解して示したものである。2005年の病院費用は全体では前年とほぼ同じ伸び率を示しているが、その内訳をみると、サービス単価の伸び率が低下して

いる一方で、病院利用量の伸び率の上昇がそれを補っていたことが分かる。

サービス単価の伸び率は、1997年から2003年まで7年連続で上昇していたが、2004年から鈍化している。この原因としては、近年、緊急搬送等の病院機能を提供する民間業者の登場により競争が激しくなっているという見方と、近年続いた単価の上昇により病院が目標の営業利益を達成したからという見方、また、病院における労働力不足が緩和してきたことを反映しているという見方がある²⁷。

病院利用量は、2005年は対前年比4.5%増加し、これは2003年の0.7%、2004年の1.3%に比べて高い伸びとなっている。この伸び率の拡大は昨今の景気の回復による影響が大きく、一

《図表 24》 病院費用のトレンド 1995-2006

	病院費用	内訳	
		サービス単価	病院利用量
1995	0.8%	3.7%	-2.8%
1996	0.5%	1.8%	-1.2%
1997	1.3%	1.7%	-0.4%
1998	3.5%	1.9%	1.5%
1999	5.8%	2.5%	3.2%
2000	7.0%	3.3%	3.6%
※2001	11.8%	3.6%	7.8%
2001	11.5%	3.6%	7.6%
2002	10.7%	5.2%	5.2%
2003	8.7%	8.0%	0.7%
2004	8.5%	7.1%	1.3%
2005	9.0%	4.3%	4.5%
※2006	8.0%	3.9%	3.9%

- (注) a. 2001年の前後で計算方法が異なる。2001年のみ両方の計算方法により計算結果が示されている。
 b. 2006年は1-3月のみを前年の同期間と比較した伸び率。
 c. 病院費用は、HCI index 2005 Series を用いている。
 d. サービス単価は、the Bureau of Labor Statistics “all other payers” Producer Price Index(PPI) series for general and surgical hospitals を用いている。
 e. 病院利用量は、病院費用の伸び率とサービス単価の伸び率から算出している。

(出典) Paul B. Ginsburg et al., Oct.03, 2006, *supra*, Exhibit 3(p.w490).

²⁶ Paul B. Ginsburg et al., *supra*, pp.w486-w487.

²⁷ *Ibid.*, p.w490.

時的なものではないかと見られている²⁸。

く働いているという見方がある³¹。

③医師費用

2005年に医師費用は対前年比7.1%増加した（《図表23》参照）。7.1%の内訳は、単価の上昇が1.9%、労働時間の増加が5.1%である²⁹。

医師費用の増加については、医師により処方される専門調合薬（specialty pharmaceuticals）の費用が、医師費用として計上されている可能性が指摘されている³⁰。

労働時間の増加については、医師に課せられた付随的なデスクワークの増加を反映しているという見方と、医師が低い賃金を補うために長

④処方箋薬剤費用

処方箋薬剤費用の伸び率は2005年まで6年連続で低下している（《図表23》参照）。1990年代は全サービスの費用増加額のうち約半分を処方箋費用の増加額が占めていたが、現在は14%を占めるに過ぎない。この処方箋薬剤費用の伸び率を、薬剤単価、薬剤使用量に分解したのが《図表25》である。

処方箋薬剤費用の伸び率の鈍化は、薬剤使用量の伸び率の鈍化に起因していることが分かる。薬剤使用量の伸び率は2004年の4.8%から

《図表25》処方箋薬剤費用のトレンド1996-2006年

	処方箋薬剤費用	内訳	
		薬剤単価	薬剤使用量
1995	10.6%	1.9%	8.5%
1996	11.0%	3.3%	7.4%
1997	11.5%	2.6%	8.6%
1998	14.1%	3.8%	9.9%
1999	18.4%	5.7%	12.0%
2000	14.5%	4.4%	9.6%
※2001	13.8%	5.4%	8.0%
2001	13.5%	5.4%	7.7%
2002	13.1%	5.2%	7.5%
※2003	8.9%	5.2%	3.5%
2004	8.3%	3.3%	4.8%
2005	4.8%	3.5%	1.2%
※2006	7.2%	4.6%	2.5%

- (注) a. 2001年の前後で計算方法が異なる。2001年のみ両方の計算方法により計算結果が示されている。
- b. 2003年の薬剤単価は公表値ではなく、予測値を用いている。
- c. 2006年は1-3月のみを前年の同期間と比較した伸び率。
- d. 処方箋薬剤費用は、HCI index 2005 Series を用いている。
- e. 薬剤単価は、the Bureau of Labor Statistics Consumer Price Index(CPI) for prescription drugs and medical supplies を用いている。
- f. 薬剤使用量の伸び率は、処方箋薬剤費用の伸び率と薬剤単価の伸び率から算出している。

(出典) Paul B. Ginsburg et al., Oct.03, 2006, *supra*, Exhibit 5(p.w492).

²⁸ *Ibid.*, p.w489.

²⁹ *Ibid.*, p.w491.

³⁰ *Ibid.*, p.w492.

³¹ *Ibid.*, pp.w491-w492.

2005 年は 1.2%に低下している。この伸び率鈍化の原因は、COX-2 酸化防止剤に関連した近年の安全に対する関心の高まりが原因となっている可能性が指摘されている^{32,33}。

また、薬剤単価は上昇しているが、原因としてメディケア・パート D の施行が影響している可能性が指摘されている³⁴。

2. Consumer-Driven Health Plan (CDHP) の現状

前稿でも概観したように、近年、CDHP が従業員向け福利厚生プランの新たな選択肢として注目されている。

CDHP 導入の背景にあるのが、前節でも取り上げた医療コストの上昇傾向である。企業の雇用主は、医療コストを抑制するため、健康保険プランにおける免責金額や自己負担額の引き上げにより、従業員により多く医療コストを負担させようとしている。

CDHP の概念は決して新しいものではなく、1980 年代初めには既に CDHP についての議論がなされ、また CDHP に関する文献も著されていた³⁵。

CDHP では、健康保険プランにおける免責金額をカバーするために用意された勘定に所定の金額を拠出し、免責金額を超えるまでは、万一の場合の医療コストがこの勘定から賄われる。

そのような勘定の代表的なものとしては、前章第 2 節にて述べたとおり HRA や HSA があるが、これらが登場する以前にも、医療コストを賄う目的で用いられる類似の勘定が存在していた。これらの勘定を時系列でみると次のようになる。

すなわち、1978 年の歳入法 (Revenue Act of 1978) の成立により、Flexible Savings Account (以下「FSA」とする。) が 1979 年より導入された³⁶。また、1996 年の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) の成立に伴い、免責金額が高く設定された健康保険と組み合わせる Medical Savings Account (以下「MSA」とする。) と称される勘定が、1997 年より 4 年間、実験的に導入されることとなった³⁷。また、1997 年に成立した均衡予算法 (Balanced Budget Act of 1997) の下でも、メディケア受給者を対象に、メディケア・プラス・チョイス (現在のメディケア・アドバンテージの旧称) の免責金額が高いプランと組み合わせられた形で、MSA が実験的に導入された³⁸。次いで 2002 年 6 月には、連邦財務省および同省内国歳入庁により、HRA における税法上の取り扱いを明記した手引書が公表された³⁹。さらに、CDHP の導入を加速させる

³² *Ibid.*, pp.w490-w491.

³³ Vioxx, Bextra, Celebrex という名称の消炎鎮痛剤は、心臓障害に関連する副作用の可能性が指摘され、販売シェアが大きく後退した。Vioxx は 2004 年 9 月、Bextra は 2005 年 4 月にそれぞれ市場から消え去り、Celebrex は Vioxx の縮小の後一時的に増加したものの、その後市場から消え去った。COX-2 酸化防止剤の全薬剤販売におけるシェアは 2004 年半ばの 2.7%から 2005 年の終わりには 0.6%に低下した。

³⁴ Paul B. Ginsburg et al., 2006, *supra*, p.w491.

³⁵ John Russell, “Consumer-Driven Healthcare: Growth, Strategies, Details and Mixed Opinions”, Managed Care Information Center, 2006, p.11.

³⁶ Haneefa T. Saleem, “Health Spending Accounts”(U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics website) (visited June 28, 2007) <<http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20031022ar01p1.htm>>.

³⁷ Charles N. Kahn III, “The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996”, in “The Managed Health Care Handbook, 4th Ed”, p.1293 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

³⁸ Carlos Zarabozo and Jean D. LeMasurier, “Medicare and Managed Care”, in “The Managed Health Care Handbook, 4th Ed.”, pp.1060-1061,1063 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001). MSA を組み込んだプランは現在でもメディケア・アドバンテージの選択肢の 1 つとなっている。CMS, “Medicare.gov: How Medicare Plans Work”(visited Aug. 17, 2007) <<http://www.medicare.gov/MPPF/Static/TabHelp.asp?language=English& version=default&activeTab=3&planType=MA>>.

³⁹ U.S. Department of Treasury, “Treasury and IRS Issue Guidance on Health Reimbursement”, June 26, 2002 (PO-3204). (Visited June 29, 2007) <<http://www.treas.gov/press/releases/po3204.htm>>.

きっかけともいえる HSA が、2003 年に成立したメディケア近代化法 (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003) の下で導入された⁴⁰。《図表 26》において、上述の各勘定の特徴を比較して示した。

勘定は拠出金の受託者により開設されることとなるが、例えば HSA について見ると、受託者となりうるのは銀行、保険会社その他連邦財務省内国歳入庁が受託者として認めた機関であって、かつ当該 HSA の勘定と組み合わせされ

《図表 26》米国における、医療コストを賄う目的で用いられる勘定の比較

勘定の種類	FSA	MSA	HRA	HSA
根拠法等	Revenue Act of 1978	Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)	U.S. Department of the Treasury Revenue Ruling 2002-41	Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003
導入年月日	1979年1月1日	1997年1月1日	2002年6月26日	2004年1月1日
勘定を利用できる者 ^a	・全ての従業員	・自営業者 ・従業員数50名以下の企業の従業員	・全ての従業員	・全ての者
(雇用主が勘定を提供する場合の) 拠出者	雇用主、従業員的一方または双方	雇用主、従業員の内いずれか一方	雇用主	雇用主、従業員的一方または双方
当年残高の翌年繰越可否	不可	可	可	可
勘定のポータビリティ (転職時または退職後の携行性)の有無	なし	あり	なし	あり
健康保険プランへの加入は必須か?	必須ではない	必須	必須ではない	必須
必須の場合、健康保険プラン ^b の要件 (2006年)	—	・免責金額 単身プラン 1,800ドル~2,700ドル 家族プラン 3,650ドル~5,450ドル ・自己負担限度額上限 単身プラン 3,650ドル 家族プラン 6,650ドル	—	・最低免責金額 単身プラン 1,050ドル 家族プラン 2,100ドル ・自己負担限度額上限 ^c 単身プラン 5,250ドル 家族プラン 10,500ドル

(注) a. 勘定の利用に当たり、別途定められた要件を充足する必要がある。

b. MSA や HSA において加入が必須とされている、免責金額や自己負担限度額に関する要件を満たす健康保険プランは、High Deductible Health Plan (HDHP) と称される。

c. 健康保険プランが構成するネットワーク内の医療プロバイダーが提供するサービスの利用を前提とした額である。

(出典) 以下の文献等をもとに損保ジャパン総合研究所作成。

- ・ Haneefa T. Saleem, "Health Spending Accounts" (U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics website) (visited June 28, 2007) <<http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20031022ar01p1.htm>>.
- ・ "Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans", U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (2006) (visited July 20, 2007) <<http://www.irs.gov/publications/p969/index.html>>.
- ・ RAND, "Consumer Directed" Health Plans: Implications for Health Care Quality and Cost", California Healthcare Foundation, June 2005, pp.10-11.
- ・ "Health Savings Accounts—Transition Relief", U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Internal Revenue Bulletin, 2004-15, Apr. 12, 2004, p.727 (visited July 20, 2007) <<http://www.irs.gov/pub/irs-irbs/irb04-15.pdf>>.

⁴⁰ John Russell, 2006, *supra*, p.11.

ている健康保険プランの提供元とは別の機関であるとされている⁴¹。

消費者が医療コストの実額を知ることにより、医療サービス購入の際により賢明な決定を下すことができる、というのが、CDHPの基本的考え方である⁴²が、従業員にプランを提供する企業の側の姿勢を見ると、従来の健康保険プランを完全にCDHPで代替しようとするケースや、「従来のプランに慣れ親しんできた従業員にとっては、CDHPは複雑でなじみにくいのではないか」といった懸念から、導入に慎重な姿勢を示すケース等、様々である。前章の《図表 9》に示されるように、導入する企業の割合は2006年においてもまだ10%にも満たないという調査結果が得られている。

本節では、米国におけるCDHPに対する見方、CDHPを実際に導入した企業の事例、およびCDHPを提供する側の動きの例を、現地でのインタビューの結果も踏まえて紹介する。な

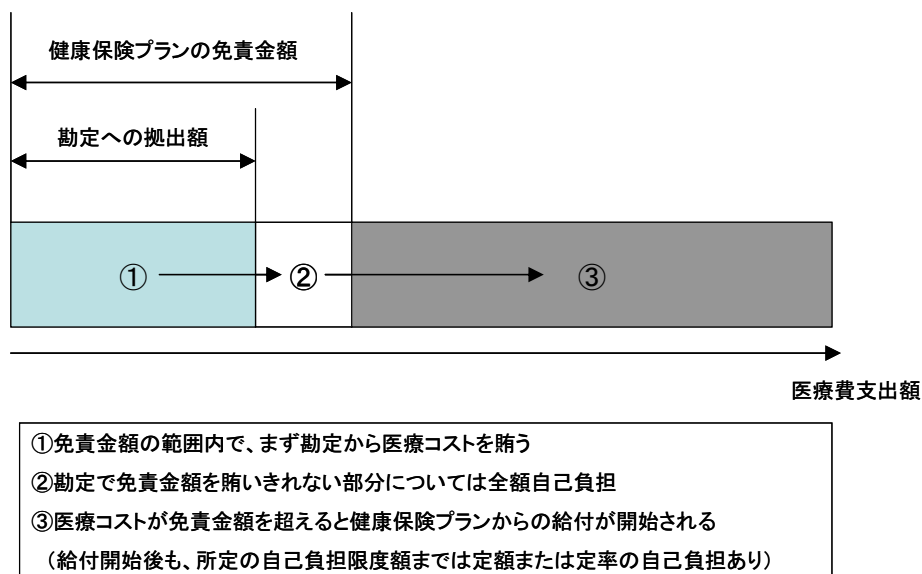
お、以下ではCDHPとの対比において、インデムニティ型およびHMO・PPO等のマネジドケア型の健康保険プランについて、すべて従来型の健康保険プランとして取り上げている。これらの従来型健康保険プランについては、<付録 1>2.(3)を参照されたい。

(1) CDHPの概要

前述のとおり、CDHPとは、医療コストを賄うための勘定を免責金額が高い健康保険プランと組み合わせたものである。《図表 27》は、CDHPの概念を示したものである。

従業員は免責金額の範囲内で、まず勘定から医療コストを賄い（《図表 27》の①）、勘定で免責金額を賄いきれない部分については全額自己負担となる（《図表 27》の②）。医療コストが免責金額を超過した場合に健康保険プランからの給付が開始されるが、所定の自己負担限度額の範囲内で、加入者も医療コストの一部（定

《図表 27》CDHPの概念図



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

⁴¹ "Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans", U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (2006) (visited July 20, 2007) <<http://www.irs.gov/publications/p969/index.html>>.

⁴² John Russell, 2006, *supra*, p.11.

額または定率)を負担する(《図表 27》の③)。

免責金額が高い健康保険プランと組み合わせる用いられる代表的な勘定の例として、前述のとおり HRA と HSA があげられる。以下、この2つの勘定について述べる⁴³。

①HRA

HRA は、雇用主のみが拠出を行い、かつ雇用主が保有する勘定である。従業員は、ある年に使い残された拠出金を、翌年に繰り越して使うことができるが、従業員が退職または転職した場合には、使い残された拠出金は雇用主の手元に戻る。HRA は、どのようなタイプの健康保険プランとも組み合わせることができるが、免責金額が高いプランと組み合わせられることが多い。

②HSA

HSA は、雇用主・従業員的一方または双方が拠出を行い、かつ従業員が保有する勘定である。従業員は、ある年に使い残された拠出金を、翌年に繰り越して使うことができ、転職の場合には転職先に勘定を持ち運ぶことができる。HSA は、免責金額が所定額以上の健康保険プランと組み合わせる用いられなければならない。

(2) 米国における CDHP に対する見方

①導入企業の見方

米国のコンサルティング会社 Buck Consultants が 2006 年に米国の企業等を対象に行った CDHP に関する調査“HRA/HSA Survey for Consumer-Driven Health Care Plans”の結果によると、HSA を組み込んだ CDHP を成功させるための要因として、以下のような点が指

摘されている⁴⁴。

・積極的な従業員教育

回答者の 81%が、CDHP の成功に向けた重要課題として、従業員からの真の理解を得る点を挙げている。また、CDHP を強く支持する企業と、中立的もしくはあまり強くは支持していない企業の加入率を比較すると、前者では 17%、後者では 2%であった。

・雇用主による拠出

CDHP の加入期間開始時に雇用主が HSA の勘定に拠出し、HSA の管理コストも雇用主が負担することにより、加入率は高くなると考えられている。調査結果によれば、実際に拠出を行っている企業の割合は 76%であった。

・請求処理の統合

健康保険プランと HSA の管理者が連携し請求に対する支払いの処理を統合することにより、従業員が HSA の勘定から直接医療プロバイダーに支払う際の負荷を軽減すべき点が指摘されている。

・拠出金の投資手段の選択肢を複数提供する

回答者の 92%が、投資信託等、株式を組み込んだ投資を選択肢として提供している。

同調査によれば、CDHP を導入した理由として回答率が高かったのは、コストの削減(85%)、および実際に発生している医療コストそのものを従業員に認識させること(56%)であった。また、HSA と HRA を比較すると、コスト抑制効果があると回答した割合は、HSA が 46%、HRA が 13%であり、従業員にとって魅力的であると回答した割合は、HSA が 52%、HRA が 23%であった。

⁴³ RAND, “Consumer Directed” Health Plans: Implications for Health Care Quality and Cost”, California Healthcare Foundation, June 2005, pp.10-11.

⁴⁴ John Russell, 2006, *supra*, pp.25-26.

②ブローカーの見方

以下は、中小企業層をビジネスのターゲットとする、あるブローカーの見方である⁴⁵。

a. 総論

CDHPの導入1年目からコスト削減が図られるわけではなく、従業員教育や価格の透明性確保、また従業員が自らヘルスケアサービスを購入できるよう Web ベースのツールを提供することを通じて将来のコスト削減につながっている。

現在の CDHP の主流が、免責金額が高い保険契約に HSA や HRA を組み合わせた商品である中で、数多くの Web ベースのツールを活用してコスト削減のインセンティブを与える新しいタイプのプランを顧客に提案しているが、新しいがゆえに従業員教育が1つの課題となっており、新しいプランが広く受け入れられるようになるには1-2年を要するであろう。

b. 今後の CDHP の位置づけについて

従業員は単なる受給者であってはならず、消費者たる必要があると考える。その点から、顧客には CDHP を薦めたい。企業は従業員のために、健康保険プランの選択肢の中に、従来型の健康保険プランと共に CDHP を含めるべきである。従来型プランの1つである HMO 型の価格がここ数年上昇傾向にあること、企業が従業員のヘルスケアに係るコストを CDHP によって従業員自身に転嫁しようとしていることを考えると、今後 CDHP の価格がもっと下がれば、従来型プランを完全に代替する可能性も考えられる。

c. CDHP によるコスト削減のインセンティブ

CDHP は、その給付の仕組みによってコスト削減のインセンティブを従業員に与えている。例として薬剤コストについて見ると、従来型プランの加入者の場合、処方された薬剤を薬局で購入したときに負担する金額は定額であるのに対し、CDHP の加入者は購入時に、薬価の全額を一旦自己負担し、その後免責金額を超過した部分につき償還を受ける。そのため CDHP の加入者は薬剤を安く購入できる薬局を探すようになる。高コストの場合、「本当にこの薬は自分にとって必要なのか」と疑問を感じ、せつかく処方箋を出してもらっても薬剤の購入を見合わせるケースもある。

d. CDHP が成功するための要因

企業が CDHP の導入・運用に成功するためには、そのスキームを管理しやすい形とし、Web サイトや顧客サービスによる関連情報へのアクセスを充実させ、加入する従業員にとって分かりやすいプランとすることが必要である。例えば、Kaiser Permanente が Wells Fargo Bank と提携して新しい CDHP を提供している⁴⁶が、HSA アクセス用のデビットカードは、加入者の支払額が免責金額に達すると、それ以降の支払分については自己負担なしで保険から支払われるよう自動的に切り替わる機能を有するので、加入者にとって使い勝手が良い。一方企業にとっても、購入する健康保険プランに HSA がバンドルされているので、HSA の受託者を別途手配する手間が省けるメリットがある。

e. 企業が従業員に提供している (CDHP を含む全ての) プランの購入先やプラン自体の内容

⁴⁵ HB Resources Insurance Services へのインタビュー結果による (2007年4月2日)。

⁴⁶ Kaiser Permanente News Release, "Kaiser Permanente Launches Health Savings Accounts in California", Aug.15, 2006 (visited Aug.30, 2007) <http://ckp.kp.org/newsroom/national/archive/nat_060815_hsa_ca.html>, Jon Ortiz, "Kaiser has tax-free plan", The Sacramento Bee, Aug.16, 2006.

の見直しについて

プラン購入先の保険会社を切り替えると、従業員が利用する医師・病院も切り替える必要が生じる可能性があるため、サービス内容が悪い、あるいは価格が高騰したといった理由がない限り、企業は保険会社を切り替えようとは考えない。

一方企業は、価格上昇を理由としてプランの内容を毎年あるいは隔年で見直す。例えば既存のプランが自己負担額 15 ドルであり、保険会社が翌年に保険料率を 17%引き上げることを予告した場合、企業は自己負担額を 30 ドルに引き上げることで、保険料率の引き上げを抑制しようとする（例えば、自己負担額の引き上げにより、本来 17%の保険料率の引き上げ幅を 6%にとどめようとする）。企業が従業員の不満を買わないようにコスト抑制を図るためには、従業員に健康保険プランをめぐる業界の動きをあらかじめ理解しておいてもらうことが重要であり、そのために企業に情報提供を行うのがブローカーの役割である。

(3) CDHP を導入している企業の具体的事例

①Stanford University の事例⁴⁷

a. 概要

カリフォルニア州の Stanford University では 2005 年より、Lumenos⁴⁸の提供する CDHP を従業員に提供している。この CDHP は、2004 年に従業員の 13%が加入していた PPO プランに取って代わるものであった。プランの概要は、導入 1 年目の 2005 年、2 年目の 2006 年ともに《図表 28》のとおりである。なお、この CDHP における 1 回当たり支払保険料については、Kaiser Permanenteが提供する HMOの保険料（単身向けは保険料なし、家族向けは 82.17 ドル）よりも高い水準となっている。

b. 現状

CDHP 導入 1 年目の 2005 年には、加入資格のある従業員 11,000 人のうち約 8%しか CDHP に加入せず、2006 年の加入率も 1 ケタ台にとどまった。

Stanford University の人事責任者である Diane Peck 氏によれば、同大学では、CDHP が従業員にとってあまりにも分かりにくい内容であるとのフィードバックを受け、2006 年にお

《図表 28》 Stanford University が提供する従業員向け CDHP の内容（2005 年、2006 年）

1回当たり支払保険料	単身	37.48ドル
	家族	190.88ドル
健康保険プラン(PPO)の免責金額	単身	1,500ドル
	従業員本人+1名	2,250ドル
	家族	3,000ドル
HRAへの毎年の拠出額	単身	1,000ドル
	従業員本人+1名	1,500ドル
	家族	2,000ドル
PPOによる給付開始後の従業員の負担割合	ネットワーク内	医療コストの20%
	ネットワーク外	医療コストの40%

(出典) Steve Davis ed., “35 Employer Case Studies In Consumer-Directed Care – Tips and Strategies from Employers That Are Pioneering HSA- and HRA-Based Health Plans”, Atlantic Information Services, 2006, pp.45-46 より損保ジャパン総合研究所作成。

⁴⁷ Steve Davis ed., “35 Employer Case Studies In Consumer-Directed Care – Tips and Strategies from Employers That Are Pioneering HSA- and HRA-Based Health Plans”, Atlantic Information Services, 2006, pp.45-46.

⁴⁸ 現在は WellPoint の傘下にある。

いて CDHP を 2005 年と同一の内容としつつ、従業員のためにコミュニケーションの強化や教育の機会を取り入れてきた。それでも、従業員に CDHP を売ることが困難であった。さらにそのような状況となる一因として、Diane Peck 氏は「従業員は HMO に慣れきっている。彼らは医者の方に行った時に一定の金額を負担すること以外のコスト負担を考えるのが煩わしい」という点を指摘する。実際に同大学では、従業員の 70%超が、彼らに選択肢として与えられている 3つの HMO プラン⁴⁹のうちいずれか1つに加入している。

Stanford University で人事問題に取り組んでいる Alain Enthoven 教授は、HMO に加入している 70%超の従業員は今後も HMO にとどまり、CDHP の加入率は低いレベルで推移する

であろうと予測する。さらに同教授は、「従業員の多くは、自分の医療コストをうまくやり繰りすることに多大な時間を費やしたいとは思っていない。どの道医療コストは勘定に拠出した金額や免責金額を上回るのであるから、CDHP がうまく行くとは思えない。」と指摘している。

②Humana の事例⁵⁰

a. 概要

米国の大手健康保険会社である Humana が自社の従業員向けに提供する CDHP は HSA を組み込んだプランであり、《図表 29》に示すとおり、年間免責金額・保険によるカバー割合が異なる 3つの選択肢が用意されており、自己負担限度額が免責金額と等しく設定されている。

保険料については企業が定額を負担する一方、

《図表 29》Humana が従業員向けに提供する CDHP の選択肢

選択肢	企業側のHSAへの年間拠出額	年間免責金額	免責金額到達後の、健康保険プランによるカバー割合	自己負担限度額
選択肢1	単身500ドル 家族1,500ドル	単身1,250ドル 家族2,500ドル	ネットワーク内80% ネットワーク外50%	単身1,250ドル 家族2,500ドル
選択肢2	単身500ドル 家族1,500ドル	単身2,000ドル 家族4,000ドル	ネットワーク内90% ネットワーク外60%	単身2,000ドル 家族4,000ドル
選択肢3	単身500ドル 家族1,500ドル	単身3,000ドル 家族6,000ドル	ネットワーク内100% ネットワーク外70%	単身3,000ドル 家族6,000ドル

(注) 予防的ケアに関するコストは、免責金額到達前において全額カバーされる。

(出典) Steve Davis ed., Atlantic Information Services, 2006, *supra*, p.50 より損保ジャパン総合研究所作成。なお、この文献によれば、上表は Humana の 2005 年 6 月時点の資料に基づく。

《図表 30》Humana が従業員向けに提供する CDHP の免責金額別（個人向け）保険料月額水準

年間免責金額	従業員が負担する保険料月額の下限	従業員が負担する保険料月額の上限
1,250ドル	36.55ドル	41.55ドル
2,000ドル	16.55ドル	21.55ドル
3,000ドル	13.00ドル	13.00ドル

(出典) Steve Davis ed., Atlantic Information Services, 2006, *supra*, p.51 より損保ジャパン総合研究所作成。なお、この文献によれば、上表は Humana の 2005 年 6 月時点の資料に基づく。

⁴⁹ Kaiser Permanente、Health Net および Pacificare が提供。

⁵⁰ Steve Davis ed., Atlantic Information Services, 2006, *supra*, pp.49-51.

従業員が負担する保険料の水準は《図表 30》のとおりであり、免責金額が高いほど負担する保険料の水準が低くなっている。

b. 現状

2005年7月1日時点で、Humanaでは従業員12,822名のうち47%が上記のCDHPに加入した。この割合は同社の期待通りであった。

HumanaではCDHPの3つの選択肢の導入と併せて、2004年には従業員の56%が加入していたPPO型プランを選択肢から除外した。さらにHRAを組み込んだCDHPに加入していた従業員にもHSAを組み込んだプランに切り替えるよう働きかけた。具体的には、同社としてはHRAへの拠出を取りやめる一方、HSAに単身プランで500ドル、家族プランで1,500ドルの拠出を行うことを従業員に通告した。これが奏功し、HRAを組み込んだプランに加入していた従業員の割合は、2004年の28%から2005年にはわずか1.5%にまで激減した。

Humanaが上述のCDHPとは別の選択肢として提供している、年末時点の未使用分の繰り越しを認めない医療給付をPPOと組み合わせたCoverageFirstと称されるプランも、同社の多くの従業員が選択している。

③Blue Shield of California の事例⁵¹

a. 概要

元来Blue Shield of California（以下「BSC」とする。）では、地方部でクレーム処理に従事する従業員向けの低コストのCDHPとして、高額な免責金額が設定されたPPOをHRAと組み合わせたプランが提供されていた。これは地方部の従業員の賃金水準が低く、さらにこの地方部では低廉のHMO型のプランを入手することができなかったことが背景にある。

BSCは2007年に顧客向け商品としてHSAを組み込んだCDHPを導入した。この商品の販売促進を1つの理由として、それまで従業員に提供していた上述のCDHPもPPOにHSAを組み合わせたタイプに切り替えることとした。《図表 31》はその給付内容である。BSCはこの他、従来型の健康保険プランであるHMO型とPPO型（免責金額500ドル）も選択肢として従業員に提供している。

b. 現状

BSCは従業員教育として、加入者の募集期間に30の事業所においてCDHPの説明会を行った。これはビジュアルなプレゼンテーション資料を用いて、種々のシナリオを想定して家族が1年間に要する保険料、HSA拠出額、治療費の

《図表 31》 BSCにおけるCDHP（HSA+PPO）の給付内容

	単身	家族
HSAへの拠出額	750ドル	1,500ドル
PPOの免責金額	1,500ドル	3,000ドル
PPOによる給付(ネットワーク内)	医療コストの80%	
PPOによる給付(ネットワーク外)	医療コストの60%	
自己負担の限度額	4,500ドル	9,000ドル

(出典) Blue Shield of California の元給付管理責任者へのインタビュー結果(2007年4月15日)をもとに損保ジャパン総合研究所作成。

⁵¹ Blue Shield of California の元給付管理責任者へのインタビュー結果による(2007年4月15日)。

自己負担といった医療コストを従業員に理解させようとする内容であり、また HSA の当年残高の翌年への繰越についても解説された。さらに説明会では、今後 5 年間の医療コストの予測値が CDHP と他のプランを比較する形で紹介された。

BSC では 2007 年に HSA を組み合わせた CDHP を導入したばかりであり、企業としての導入目的の達成度や従業員の満足度等の評価を行うには時期尚早な状況にあるが、BSC は「従業員は医療コストの実額を意識する必要がない従来型プランの方にまだ親しみと満足感を覚えており、これが CDHP の普及を妨げている。」と指摘している。さらに BSC は、例えば処方箋薬の購入に当たり、従来型のプランでは一部自己負担で済んでいたものが、CDHP では（たとえ PPO のネットワークを利用することによる割引を受けられるにせよ）実額を負担しなければならないことに対して従業員がどのように感じるか、という点を懸念している。

④Wendy's International の事例⁵²

a. 概要

オハイオ州ダブリンに本拠を置くファーストフード会社 Wendy's International（以下「Wendy's」と略す。）は、2005 年に HSA を組み込んだ CDHP (UnitedHealth Group が提供) を導入した。《図表 32》に示すとおり、5 つのタイプが提供されているが、その中で Plan A から Plan C までの 3 つが管理職クラスの従業員向けのプランである。一方、Plan D と Plan E の 2 つは交替勤務の従業員向けの、保険料が割安なプランとなっている。

b. 現状

Wendy's の従業員の約 85% が HSA を組み込んだ CDHP に加入しており⁵³、加入者の約 90% は 2005 年末において HSA への拠出金を使い残していた。また加入者は、2005 年には雇用主からの HSA への拠出金を年 4 回（毎回、年間拠出金額の 1/4 ずつ）受けていたが、2006 年には処方箋薬剤給付に関してプランの内容が改定されたことに伴い、年間拠出金額の 1/2 に相当する額の拠出を年初に受けることとなった。

HSA を組み込んだ CDHP を導入した 2005 年における Wendy's の医療コストの請求額は

《図表 32》Wendy's が従業員に提供する CDHP の内容

プランのタイプ	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
従業員が隔週で拠出する額	\$43	\$31	\$21	\$21	\$15
1年間の免責金額	\$1,200	\$1,200	\$2,700	\$1,200	\$1,200
雇用主が1年間にHSAに拠出する額	\$744	\$744	\$1,674	\$744	\$744
(免責金額到達後の)従業員の医療コスト負担割合	10%(ネットワーク内) 30%(ネットワーク外)	15%(ネットワーク内) 40%(ネットワーク外)	10%(ネットワーク内) 30%(ネットワーク外)	20%(ネットワーク内) 40%(ネットワーク外)	30%(ネットワーク内) 50%(ネットワーク外)
1年間の自己負担限度額(ネットワーク内)	\$2,000	\$2,500	\$2,000	\$2,500	\$3,000
1年間の自己負担限度額(ネットワーク外)	\$3,200	\$4,000	\$3,200	\$5,000	\$5,000
予防ケア給付割合	100%(ネットワーク内) 70%(ネットワーク外)	100%(ネットワーク内) 60%(ネットワーク外)	100%(ネットワーク内) 70%(ネットワーク外)	100%(ネットワーク内) 60%(ネットワーク外)	100%(ネットワーク内) 50%(ネットワーク外)
生涯給付限度額	無制限	無制限	無制限	無制限	無制限

(出典) Steve Davis ed., Atlantic Information Services, 2006, *supra*, pp.23-24 より損保ジャパン総合研究所作成。なお、この文献によれば、上表は Wendy's の 2006 年 1 月時点の資料に基づく。

⁵² Steve Davis ed., Atlantic Information Services, 2006, *supra*, pp.23-24.

⁵³ 本事例の出典によれば、従業員の 85% が 4 つのプランのうちいずれか 1 つに加入しているとされているが、この「4 つのプラン」が、《図表 32》に示す、Wendy's が提供している 5 つのタイプのうちどれに相当するかについては不明である。

前年に比べて17%減少した。一方、プランの運営コスト全体で見ると、過去5年間はコストの増加率が2けた台で推移していたが、2005年にはわずかに1%の増加にとどまっている。Wendy'sによれば、この微増はHSAへの拠出によるものであるとされている。

Wendy'sでは2006年より従業員の健康リスク評価を開始したが、これにとどまらず従業員の健康維持のためのさらなるイニシアチブを検討している。

(4) CDHP をめぐる最近の動きの例

①Destiny Health の CDHP に関する新たな戦略

CDHP を提供する健康保険会社 Destiny Health は2006年9月、CEOの交代とともに、それまでのCDHPの戦略を見直すことを公表した⁵⁴。具体的には、同社が提供するCDHPを補完するものとして、新たにPPO型の健康保険プランを提供することとした。同社によれば、このような見直しの目的は、「CDHPの考え方は支持するが、CDHPに完全移行できる体制は整っていない顧客企業のための『ソフトランディング』を提供する」ことにある。

Destiny HealthのPPO型プランでは、免責金額が低く設定されていることに加えて、通院費用、処方箋薬剤費用および緊急治療室の利用に伴う費用については、免責金額にかかわらず、定額の加入者負担分を除き全額保険でカバーされる⁵⁵。

このような動きに関しては、「Blue Cross and Blue Shields of Illinois, UnitedHealth Group,

Humanaのような、PPOやHMOに次ぐ選択肢としてCDHPを提供することが可能な他の大手プレーヤーと比較して、Destiny Healthは競争上不利な立場にあった。概して企業の雇用主が『CDHPへの完全移行は気が引けるが、CDHPを試してはみたい』と考えている中で、CDHP以外の選択肢を追加するという動きは評価できる。」との業界の見方が存在する⁵⁶。

②CMSによるメディケア受給者向けCDHPのパイロットプログラム

メディケア・アドバンテージの選択肢には、HMO型、PPO型、出来高払い方式といった健康保険プランの他に、免責金額が高く設定された健康保険プランにMSAを組み合わせたプランが存在する。CMSは、このMSAを組み合わせたプランにおいて、以下に述べるとおり、内容がCDHPにより近いタイプの実験的導入を図っている。

2006年7月10日、CMSは、全米のメディケア受給者を対象に、メディケア・アドバンテージにおけるCDHPの提供を行うための新たな動きを、2007年から開始することを公表した⁵⁷。具体的には、メディケア・アドバンテージで従来提供されていたMSAのプラン(以下「通常のMSAプラン」とする。)とは別の選択肢として、民間で提供されているHSAを組み込んだCDHPに内容が類似したMSAによるプラン(以下「実験的MSAプラン」とする。)を、2007年1月1日から提供することとした⁵⁸。実験的MSAプランは通常のMSAプランと異なり、以

⁵⁴ Destiny Health News Release, "Destiny Health Announces New CEO, Expansion Plans", Sept. 6, 2006 (visited Nov.27, 2006) <http://destinyhealth.mediaroom.com/index.php?s=press_releases&item=51>.

⁵⁵ Destiny Health website, "PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION (PPO)", (visited Aug. 14, 2007) <http://www.destinyhealth.com/menu_utils/contentSourcesInclude.jhtml?includePage1=/contentsources/common/common/empowerment/insurance/ppo.html"es=quotes>.

⁵⁶ Bruce Japsen, "Health plan adds PPO, new CEO", Chicago Tribune, Sept.6, 2006.

⁵⁷ CMS Press Release, "CMS ANNOUNCES STEPS TO IMPROVE ACCESS TO CONSUMER-DIRECTED HEALTH PLANS IN MEDICARE", July 10, 2006 (visited Nov. 27, 2006) <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp>.

⁵⁸ CMS, "FACT SHEET ON 2007 MEDIARE MEDICAL SAVINGS ACCOUNT PLANS" (visited Aug. 14, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareAdvantageApps/Downloads/MSA%20Hill%20Fact%20Sheet.9.29.06.pdf>>.

下のような特徴がある。

- ・ 加入者の医療コストが免責金額に達する前から予防的サービスの費用がカバーされる
- ・ 組み合わせられる健康保険プランの免責金額が所定の自己負担限度額以下に設定されている
- ・ 医療コストが免責金額に達した後も、所定の自己負担限度額の範囲内で加入者の自己負担が発生する
- ・ 利用する医療プロバイダーがネットワークの内か外かで加入者の負担額に差を付けている

《図表 33》は、通常の MSA プランと実験的 MSA プランの特徴を比較したものである。

2007 年においては、《図表 34》のとおり 3

社の保険会社が、メディケア・アドバンテージにおいて MSA プランを提供する。

実験的 MSA プランでは、メディケア受給者が自らの医療サービスの購入に際して最良の選択ができるよう支援するという観点から、プランの加入者に対して、医療サービスや医療プロバイダーのコストと質に関する情報が提供されなければならないとされている⁵⁹。

CMS は、通常の MSA プランに加えて実験的 MSA プランを提供することにより、メディケア受給者に対して巨額の医療コストの発生に対するカバーを提供すると同時に、医療サービスの利用を受給者自身の責任で管理する機会をも提供することになるであろう、と考えている⁶⁰。

《図表 33》メディケア・アドバンテージの通常の MSA プランと実験的 MSA プランの比較

プランのタイプ	通常のMSAプラン	実験的MSAプラン
MSAへの拠出	年初一括	(概ね)年初一括
健康保険プランの免責金額	最高免責金額9,500ドル(2007年)	最低免責金額2,000ドル 別途設定される自己負担限度額は9,500ドル以下とする (以上2007年の設定額)
免責金額到達後の健康保険プランによる給付内容	加入者の自己負担なしに全額カバー	自己負担限度額に達するまで定額または定率の自己負担が生ずる。 自己負担限度額到達後は全額カバー (「医療プロバイダーの請求額>プランによる支払額」の場合、その差額を加入者が負担)
加入者自己負担額	利用した医療プロバイダーがネットワークの内か外かによらず、負担額は等しい	ネットワーク内の方が負担額は低い。 ネットワーク外のサービスを利用した場合であっても、免責金額までの負担額の積算は、ネットワーク内のサービスを利用した場合の負担額に換算の上行われる。
予防的医療サービス	免責金額到達後からカバー	免責金額到達前からカバー
職域向けプランの提供	個人向けにプランを提供している地域においてのみ提供可能	個人向けにプランを提供していない地域において、職域向けプランのみ提供することも可能

(出典) CMS, “FACT SHEET ON 2007 MEDICARE MEDICAL SAVINGS ACCOUNT PLANS”(visited Aug. 14, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareAdvantageApps/Downloads/MSA%20Hill%20Fact%20Sheet.9.29.06.pdf>> より損保ジャパン総合研究所作成。

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

《図表 34》2007 年において提供されるメディケア・アドバンテージの MSA プラン

プランを提供する保険会社	MSAプランのタイプ	免責金額	自己負担限度額 (実験的MSAプランの場合)	免責金額到達後の加入者負担割合(実験的MSAプランの場合)	プランが提供される地域
American Progressive	実験的MSAプラン	4,000ドル	4,800ドル	自己負担限度額まで20%負担	個人向けはニューヨーク州、ペンシルバニア州 職域向けは50州全てにおいて提供
Blue Cross of California	通常のMSAプラン	2,500ドル、3,500ドルまたは4,500ドル(職域向けプランは4,500ドル)	—	—	個人向け・職域向けともカリフォルニア州
Unicare Life and Health Insurance	通常のMSAプラン	2,500ドル、3,500ドルまたは4,500ドル(職域向けプランは4,500ドル)	—	—	個人向け・職域向けとも下記を除く全ての州:カリフォルニア州、コロラド州、ジョージア州、インディアナ州、ケンタッキー州、メイン州、ミズーリ州、ネバダ州、ニューハンプシャー州、オハイオ州、バージニア州、ウィスコンシン州

(出典) 《図表 33》に同じ。

〈参考文献〉

1. 各章関連

第II章

- ・ A.M.BEST Special Report (Life/Health Review/Preview), “*Finding the Right Balance*”, Jan.2006.
- ・ CMS, “*BRIEF SUMMARIES of MEDICARE & MEDICAID*”, (visited Nov.1, 2006)
<<http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2006.pdf>>.
- ・ CMS, “*CMS ACTS TO IMPROVE QUALITY CARE FOR CHRONICALLY ILL BENEFICIARIES*”(visited Dec.18, 2006)
<<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?counter=1521>>.
- ・ CMS, “*Legislative Summary: Balanced Budget Act Of 1997 Medicare And Medicaid Provisions*”(visited Aug.13, 2007)
<p.47http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Section4016_BB_A_1997.pdf>, p38-41.
- ・ CMS, “*Medicare Managed Care Contract Report*” as of Dec. 1 of respective years (visited Nov.20, 2006)

<http://www.cms.hhs.gov/HealthPlanRepFileData/04_Monthly.asp>.

- ・ CMS, “*Medicaid Managed Care Enrollment Report*” as of June 30 of respective years (visited Nov.22, 2006)
<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidDataSourcesGenInfo/04_MdManCrEnrllRep.asp>.
- ・ CMS, “*MEDICARE PREMIUMS AND DEDUCTIBLES FOR 2007*” (visited Nov. 21, 2006)
<<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1958>>.
- ・ CMS, “*Medicare Seeks Proposal For Senior Risk Reduction Demonstration As Part Of Agency’s New Focus On Prevention*” (visited Nov.21, 2006)
<<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?>>.
- ・ Sally A. Rosen, “*Consolidation, Medicare Prescription Plan Shaped Health Insurance Market in 2005*”, A.M.BEST Special Report, May 2006.
- ・ The Kaiser Family Foundation, “*Employer Health Benefits 2006 Annual Survey*”, Sept.2006 (visited Sept.27, 2006)

<<http://www.kff.org/insurance/7527/upload/7527.pdf>>.

- The Kaiser Family Foundation, *“Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace”*, Apr.2005 (visited Sept. 27, 2006)
<<http://www.kff.org/insurance/7031/index.cfm>>.
- U.S.Census Bureau, *“Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States :2005”*, Aug.2006.

第三章

- Clive Riddle et al., *“Consumer Driven Care Guidebook 2007”*, MCOL, 2007.
- CMS, *“FACT SHEET ON 2007 MEDIARE MEDICAL SAVINGS ACCOUNT PLANS”* (visited Aug.14, 2007)
<<http://www.cms.hhs.gov/MedicareAdvantageApps/Downloads/MSA%20Hill%20Fact%20Sheet.9.29.06.pdf>>.
- CMS, *“Medicare.gov: How Medicare Plans Work”*(visited Aug. 17, 2007)
<<http://www.medicare.gov/MPPF/Static/TabHelp.asp?language=English&version=default&activeTab=3&planType=MA>>.
- Haneefa T. Saleem, *“Health Spending Accounts”*(U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics website) (visited June 28, 2007)
<<http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20031022ar01p1.htm>>.
- *“Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”*, U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (2006)

(visited July 20, 2007)

<<http://www.irs.gov/publications/p969/index.html>>.

- John Russell, *“Consumer-Driven Health-care: Growth, Strategies, Details and Mixed Opinions”*, Managed Care Information Center, 2006.
- Paul B. Ginsburg et al., *“Tracking Health Care Costs: Continued Stability But At High Rates In 2005”*, Health Affairs Web Exclusive, Oct.03, 2006.
- Peter R. Kongstvedt ed., *“The Managed Health Care Handbook, 4th Ed.”*, Aspen Publishers, Inc., 2001.
- RAND, *“Consumer Directed” Health Plans: Implications for Health Care Quality and Cost”*, California Healthcare Foundation, June 2005.
- Steve Davis ed., *“35 Employer Case Studies In Consumer-Directed Care – Tips and Strategies from Employers That Are Pioneering HSA- and HRA-Based Health Plans”*, Atlantic Information Services, 2006.

2. その他（複数の章において参考にした文献等）

- 損保ジャパン記念財団「これからの生活習慣病対策のあり方を考える」（損保ジャパン記念財団叢書 No.72、2006）
- 損保ジャパン記念財団「ディージェズ・マネジメント発展の可能性と課題」（損保ジャパン記念財団叢書 No.67、2004）
- 損保ジャパン記念財団「米国におけるディージェズ・マネジメントの発展」（損保ジャパン記念財団叢書 No.65、2003）

- ・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情－沿革、現状および最近の動向－」（安田総研クォーターリーVol.37、2001年）
- ・矢倉尚典、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市場－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－」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005年）
- ・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市場－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Vol.42、2003年）

<付録 1> 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 B1》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。

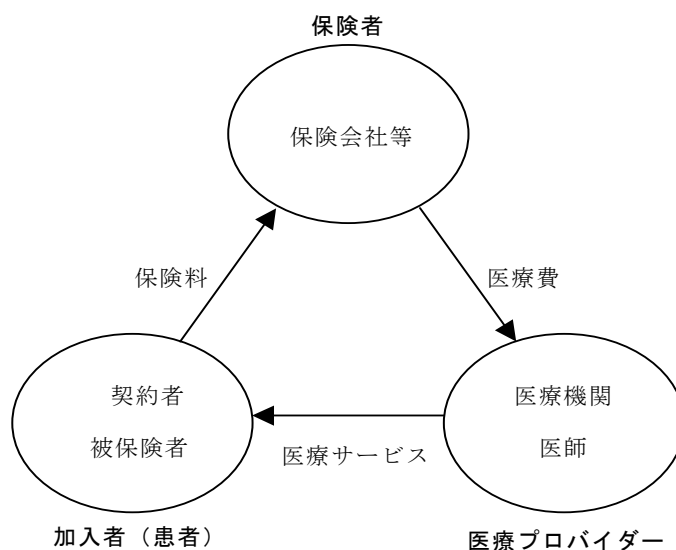
(4) ヘルスケア

「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

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

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

《図表 B1》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。

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。BCBS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。全米各地のBCBS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、民間非営利組織と、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いて注目されている取り組みの一つとして、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。

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Vol.41、2002年)。

(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）という公的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。

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.”, pp.1366-1367 (Peter R.Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).*

<付録 2> メディケア・メディケイドの概要

米国の医療保障は民間の医療保険を中心に成り立っている(本稿《図表 5》参照)。しかし、高齢者、障害者、低所得者等についてはメディケアやメディケイドという公的制度によってカバーされている。一部内容を再掲しながら、メディケア、メディケイドの制度について概観する。

1. メディケアの概要

メディケアは「1965 年社会保障改正法」(Social Security Amendments of 1965)で創設された公的制度である。適用対象者は、65 歳以上の者、65 歳未満の障害者、末期腎臓病患者である。

メディケアは、連邦政府の下にある CMS が運営しており、連邦政府の予算と被保険者、事業主の負担金等によって運営されている。

給付内容は、CMS の運営するプラン(パート A、パート B)と、民間の健康保険プラン(メディケア・アドバンテージと称される。パート C と呼ばれることもある)から、メディケア適用対象者が選択することができる。また、民間事業者の提供する処方箋薬剤給付(パート D と呼ばれることもある)が 2006 年 1 月から運用を開始し、先述した CMS のプラン、民間の健康保険プランのどちらを選択した場合でも任意で付け加えることができる。

メディケア・アドバンテージの普及については、以下のような政策が取られている。1997 年 8 月に成立した均衡予算法(Balanced Budget Act of 1997)では、HMO のほか、PPO

や POS などの多様なマネジドケア型プランの選択肢が認められ、また、手続きの簡素化・迅速化が図られた⁶。さらに、2003 年 12 月に成立したメディケア近代化法(Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003)によって、全米のどの地域でも PPO 型のプランが選択可能となり、Health Savings Account⁷の新設、将来の改善のための各種パイロットプログラム、デモンストラションプロジェクトの実施が定められた⁸。また、メディケア・アドバンテージの加入者には、パート A、パート B の加入者よりも安い保険料でパート D に加入できるという特典がある。プランによっては追加的給付や copayment の縮小などの恩恵を受けられる場合もある⁹。

(1) パート A

①給付内容

病院への入院費用、緊急医療、専門介護施設(治療を伴わないもの、および長期のものを除く)、ホスピス、在宅医療(home health care)の一部、における費用を補償する¹⁰。

⁶ CMS, "Legislative Summary: Balanced Budget Act Of 1997 Medicare And Medicaid Provisions" (visited Aug.13, 2007) <http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Section4016_BBA_1997.pdf>, pp.38-41.

⁷ 本稿第Ⅲ章第 2 節で詳述。

⁸ 矢倉尚典、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市場—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—」(損保ジャパン総研クォーターリーVol.45、2005 年)、pp.54-55.

⁹ CMS, "MEDICARE PREMIUMS AND DEDUCTIBLES FOR 2007" (visited Nov.21, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1958>>.

¹⁰ CMS, "Medicare Program-General Information" (visited Jan.18, 2007) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/>>.

②加入条件

65歳に到達した者が、以下のいずれかの条件を満たす場合、受給資格を得る。

- ・ 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めていた。

それ以外の者は、保険料を支払うことで加入できる。

③保険料

本人もしくは配偶者が社会保障庁(Social Security Administration)の定めた範囲の仕事に40四半期以上勤労すれば、その間に事業主が payroll tax¹¹を納めているため保険料は免除される。対象者のうち99%はパートAの保険料を免除されている¹²。また、30-40四半期の勤労を経ている場合には、保険料が減免される¹³。

(2) パートB

①給付内容

医師費用、外来費用、理学療法士や作業療法士によるサービス等、パートAで給付対象外となるサービスに係る費用を補償する¹⁴。

②加入条件

任意加入である。

③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。メディケア創設以来、保険料は居住している州や所得に

よらず、全米で一律に徴収していたが、2007年度から一部の高額所得者に対し、所得に応じた追加保険料を徴収することになった(本稿トピック (b) 参照)。

(3) メディケア・アドバンテージ(メディケア・パートCとも呼ばれる。旧称メディケア・プラス・チョイス)

CMSと契約した民間事業者が、政府の提供するパートA、パートBに代わって独自のサービスを提供するプランである。

①給付内容

通常は政府の提供するプランよりも給付内容が広く¹⁵、加入者にとってはパートA、パートBにはないサービスを受けられるといったメリットがある一方、医療機関へのアクセス制限が設けられている等のデメリットが生ずる場合がある。複数のプランの中から加入者が選択できる。また、第III章にて詳述するように、免責金額が高く設定された健康保険プランと Medical Savings Account と称される勘定を組み合わせたプランも選択肢として存在する。

②加入条件

メディケア・アドバンテージを選択するかどうかは加入者の任意である。

③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。パートBの保険料に加え、選択するプランによっては追加保険料が生じる。

¹¹ 従業員に支払った賃金総額をベースにして雇用主に課される税。アメリカでは社会保障のための目的税。

¹² CMS, "MEDICARE PREMIUMS AND DEDUCTIBLES FOR 2007", *supra*.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ CMS, "Medicare Program-General Information", *supra*.

¹⁵ CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November 1, 2006" (visited Nov. 1, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2006.pdf>>, p.9.

(4) 処方箋薬剤給付（メディケア・パート D とも呼ばれる）

処方箋薬剤給付をカバーするための民間保険会社が提供する保険であり、2006年1月から運用を開始した。従来、パートA、パートBでは、一部を除き処方箋薬剤費は給付の対象外であった¹⁶。CMSは、「処方箋薬剤給付の開始は、高齢者のヘルスケアに関し、ここ40年で最も大きな改善である」としている¹⁷。

①給付内容

CMSと契約した複数の民間保険会社が提供するプランの中から、加入者が選択できる¹⁸。

②加入条件

メディケアの加入者であれば誰でも利用可能である¹⁹。

③保険料

加入者は毎月保険料を負担する。保険料は提供されるプランによって異なっている。加入資格を得た段階で加入せずに後から加入する場合、追加保険料を課せられる場合がある²⁰。

2. メディケイドの概要

メディケイドは、メディケアと同様に「1965年社会保障改正法」で創設された、低所得者を対象とした医療給付を行う公的制度である。運営主体は州政府であり、連邦政府の定めるガイドラインを満たした上で、各州で独自の運営ルールを作成している²¹。財源は連邦政府と州政府が共同で負担している²²。

メディケイドにおいては、州政府が民間事業者と契約して間接的に給付を行うケースと、州政府自らが給付を行うケースがある。1967年に複数の州が従来型の出来高払いの健康保険に加え、マネジドケア型健康保険の提供を開始して以降、対象者をマネジドケア型健康保険プランに加入させる取り組みは任意のものであったが、「1981年包括財政調整法」(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981)の下で、「社会保障法」に条項が追加され、州政府が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²³。

(1) 資格要件

資格要件の詳細は州によって異なるが、低所得であるだけでは適用対象にはならず、所得の他に、年齢、妊娠の有無、障害の有無、失明の有無、資産（銀行預金、不動産、その他売却できるもの）、米国民かどうか、違法移民でないか等によって審査される。ただし、養護施設で暮らす者、自宅で暮らす障害を持つ子供に対しては特例が設けられている。また、子供の受給資格は親とは関係なく子供の状況にのみ基づいて判断されるため、子供にのみ受給資格が与えられる場合がある²⁴。

(2) 給付内容

メディケイドでは対象者に対する現金給付はなく、現物給付が行われている。医療プロバイダーにはメディケイドから支払いが行われるが、

¹⁶ Ibid.

¹⁷ CMS, "Prescription Drug Coverage - General Information" (visited Nov.1, 2006) <<http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/>>.

¹⁸ 給付の基本スキームについては、前掲注8、矢倉尚典、田中健司、p.55 参照。

¹⁹ CMS, "Medicare Program-General Information", *supra*.

²⁰ Ibid.

²¹ CMS, "Brief Summaries of Medicare & Medicaid as of November 1, 2006", *supra*, p.16.

²² Ibid.

²³ 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市場—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オータリーVol.42、2003年) pp.11-13.

²⁴ CMS, "Medicaid Program-General Information" (visited Jan.18,2007) <<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>>.

給付内容は州によって異なる。州によっては、特定の医療サービスを受ける場合に、対象者が **copayment** を支払わなくてはならない場合がある²⁵。

²⁵ *Ibid.*