

米国医療保険制度改革と医療保険業界へのインパクト

山下 由夏

（明治安田アメリカ
シニア・リサーチ・アナリスト）

I はじめに

オバマ大統領が2008年の選挙で公約に掲げ、政治生命をかけて取り組んできた最重要政策課題である医療保険制度改革法（以下、改革法）が2010年3月、ついに現実のものとなった。米国の医療保険制度においては、企業が民間の医療保険会社と契約して従業員に医療保険プランを提供する形が一般的であるが、1980～90年代を通じての医療費や医療保険料の急激な高騰から、中小企業を中心に従業員への医療保険プランの提供をやめたり、プラン内容を削減したりする企業が増えた。また仮に企業が医療保険を提供していたとしても、従業員の保険料負担が大きく、保険料が払えないために保険に加入できないという人々も多く存在している。

この結果、米国では無保険者が増え続け、米国勢調査局の発表では、2008年の無保険者数は推定4600万人、実に人口の15%を占めるという、先進国の中でも無保険者率が飛びぬけて高い状況となっている。また米国では、他の先進国に比べて医療のために莫大な費用が費やされているにもかかわらず、国民の6割以上が体重超過か肥満で、健康状態は必ずしもよいとは言えず、医療のあり方、その質と効率の改善が喫

緊の課題となっている。このような問題を解決すべく、オバマ大統領は、選挙期間中から、国民皆保険の実現による無保険者問題の解消、医療コストの抑制を骨子とする医療保険制度改革の実行を公約し、大統領就任後、1年近くの間をかけて改革法を成立させた。

本稿では、今後米国の医療保険制度のあり方を大きく変えることが予想される改革法の内容や改革が医療保険業界にもたらすインパクト、今後の見通し、課題について、概観・考察する。

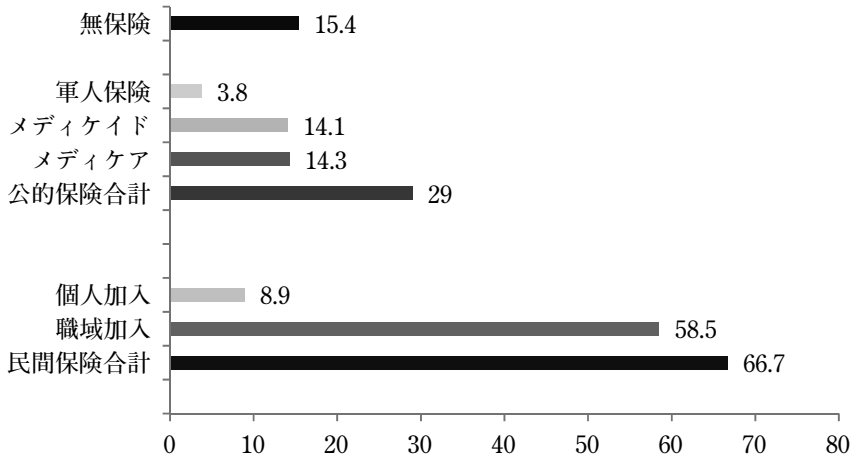
Ⅱ 米国における医療保険制度の現状

1. 民間医療保険への職域加入が中心、長期的には加入率減

医療保険制度改革の本題に入る前に、ここではまず米国の医療保険制度について概観しておきたい。米国には日本のように全国民をカバーする公的医療保険制度はなく、公的医療保険制度は、65歳以上の高齢者や、障害者、末期腎不全の患者を対象とした連邦政府運営の「メディケア」と、低所得世帯を対象とした州政府運営の「メディケイド」があるのみである。米国勢調査局のデータ（図1参照）によると、こうした公的医療保険への加入者は2008年には人口の29%となっている。

65歳未満で低所得層にも該当しない一般市民は、民間医療保険に任意で加入する。民間医療保険への加入者は人口の約67%を占める（注1）。民間医療保険への加入は職域加入（雇用主が保険料の全部もしくは一部を負担）と個人加入があるが、職域加入が圧倒的に多く、人口の59%が雇用主が提供する民間医療保険プランに加入している。なお、現時点で職域における従業員への医療保険の提供は、企業にとって義務ではなく、あくまでもより質のよい人材を採用するための魅力的な福利厚生制度の一環として提供されているに過ぎない。ただし、企業がその従業員の団体医療保険の保険料を負担している場合、基本的にはその負担分を損金として100%費用計上でき、課税対象となる所得から控除できるため、企業にとって医療保険を提供するインセンティブとなっている。

（図1）2008年の米国における医療保険加入状況（％）



（出典）U.S. Census Bureau, *Current Population Survey, 2008 and 2009 Annual Social and Economic Supplements* より抜粋。

このように、米国の医療保険制度においては、職域加入の民間医療保険が制度の中心となっている。しかし、民間医療保険への加入者割合は長期的に減少傾向にあり、一方で、公的医療保険への加入者が増加してきている。日本ほど急激ではないが、米国においても高齢者人口の増加でメディケア加入者が増えていることなどもその要因と考えられるが、職域でのプラン提供の停止、失業や経済的困窮から高い医療保険料を払えず、民間医療保険プランにとどまれなくなった人々が公的プランへと流れ込んでいることも一つの要因と考えられる（注2）。

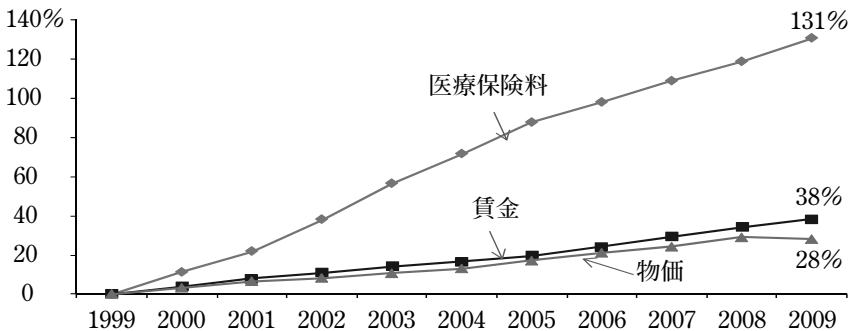
（注1）公的医療保険と民間医療保険への同時加入、民間医療保険への複数加入も可能。

（注2）カイザー家族財団が2010年2月に発表した全米50州におけるメディケイド加入者数の推移のデータを見ると、金融危機が深刻化した2008年末は、前年末に比べて加入者が4.8%も増加している。

2. 膨れ上がる医療コスト

では、米国における医療保険料および医療費が実際どれくらい高騰しているのかを見てみることにする。カイザー家族財団が2009年1月～5月に行った調査（Employer Health Benefits 2009）によると、職域で医療保険に加入する場合の年間平均保険料は、単身者が4,824ドル、有家族者が13,375ドルにも上る（従業員の負担分は前者が779ドル、後者が3,515ドル）。家族での保険加入の場合、1999年の調査結果に比べ、保険料は10年間で131%も増加しており、この期間の賃金上昇率（38%）や物価上昇率（28%）を大きく上回る（図2を参照）。

（図2）医療保険料、物価、賃金の累計上昇率（1999～2009年）



（出典）Kaiser Family Foundation, *Trends in Health Care Costs and Spending*, March 2009より転載。

さらに、連邦保健社会福祉省（Department of Health and Human Services、以下HHS）傘下のメディケア・メディケイド・サービス・センター（Center for Medicare and Medicaid Services、以下CMS）の *National Health Expenditure Data* の2008年データによると、米国における医療支出は2兆3000億ドルを突破した。これは1990年の7,140億ドルの3倍、1980年の2,530億ドルの8倍に相当する。さらに国民一人当たりの年間医療支出は7,681ドルと、一人当たり国内総生産（GDP）の16.2%を占

めており（日本は8%）、これはOECD加盟諸国の中でもずば抜けて高い数値となっている。

3. 無保険者の増大が更なる医療費高騰に

既に見たとおり、米国においては職域における民間医療保険プランの提供が医療保険制度の中心を成しているが、医療保険料がこれだけ高騰してくると、企業は保険料の従業員負担を増やしたり、医療保険プランの内容削減や、保険提供そのものの中止という形で対応せざるをえなくなり、結果として、無保険者数が増加している。

無保険者とは、職域で医療保険が提供されていないか、提供されていても保険料が高すぎて支払えないために民間医療保険プランに加入できず、かといって、年収がメディケイド加入資格の所得上限を超えてしまうために公的プランにも加入できない人々である。また、若く健康な世代では、保険への加入が経済的には可能でも、敢えて加入しない人も多い。

無保険者は、保険がないため、病気にかかっても症状が悪化するまで病院に行かない。よって、診療を受けたときには症状がかなり進行していたり、救急救命治療室に担ぎ込まれたり、それだけ治療コストがかさむ傾向が強いことが指摘されている。そして、無保険者から回収できないこうした治療費は、結局は保険加入者の治療費へと転嫁され、医療費ひいては医療保険料の高騰にさらに拍車をかけるという悪循環が繰り返されている。こうして、無保険者問題は、保険加入者にとっても放置できない問題となっていったのである。

4. 米国経済の安定的成長に不可欠となった医療保険制度改革

このように、医療保険料そして医療費が米国の国家財政、事業主（企業）の経営、そして勤労者（消費者）の家計にとり、極めて大きな負担となっている。今後も医療費が現在のペースで高騰を続け、医療

支出が増え続けた場合、米国の医療保険制度が破綻するばかりではなく、制度の担い手である米国企業の競争力を低下させ、ひいては米国経済の安定的な成長を脅かすことにもなりかねないとの問題意識が、産業界や政治家、国民の間でやがて広く共有されるようになった。こうした背景から、医療保険制度改革は2008年の大統領選挙においても大きな争点となった。

5. 医療費高騰と医療支出増大の要因

ところで、米国の医療費はなぜこれほどまでに高いのだろうか。無保険者問題以外に考えられるいくつかの根本的要因を以下に挙げる。

(1) 高い医療サービスの単価

日本とは異なり、米国では医療の値段や上限を国が定めておらず、基本的に医師や医療機関の言い値であることが、医療費の単価が高い大きな理由の一つであろう。また、医療の進歩は目覚ましく、新しい技術や治療法、薬が日進月歩で開発されているが、こうした最新の医療技術を用いた治療は高額である。さらに、技術信仰から、米国ではこうした高額な医療装置や技術のほうを好んで使いたがる傾向が強い。結果として、医療支出を必要以上に増やす原因となっている。さらに、医療サービスに織り込まれる事務費の高さも挙げられる。米国の医療保険制度は非常に複雑である。無数の民間医療保険会社が存在し、その上、プランの内容も様々であるため、医療機関や医療保険会社が行う事務手続きも煩雑を極める。医療事務の電子化は進んできてはいるものの、依然として紙ベースの情報も多く残っている。このため、事務コストが非常に高く、結果として医療費や医療保険料を押し上げているといわれている（注3）。

(2) 医療サービスの過剰消費による医療支出増大

医療サービスの単価が高いこと以外に、膨大な医療支出のいま一つの理由として挙げられるのが以下に述べる様々な要因に由来する医療

サービスの過剰消費である。

（a）医療の細分化による非効率

米国においては医療の専門化が進んでおり、一人の患者の治療に複数の専門医が関与することも少なくない。こうした場合に医師間の連携が必ずしもうまく取れていないために、同じ検査が繰り返されるなど本来不要な医療サービスが消費されていることが指摘されている。

（b）医療支出の8割以上を占める慢性疾患

米国民の45%が何らかの慢性疾患を抱えており、米国における医療支出総額の約8割以上が、こうした患者の治療に使われていると言われる（注4）。しかし、慢性疾患の多くは生活習慣の改善などによってその症状を軽減したり、進行を遅らせたりすることができる。

近年、医療の効率化と品質向上という観点から、科学的根拠に基づいて診療方針を決める医療（evidence-based medicine）の手法に則って慢性疾患を治療・管理する疾病管理や、慢性疾患の原因（肥満や喫煙など）を取り除いて人々の健康を維持・促進することで医療費を削減しようとするウェルネスの考え方が注目を集めている背景には、こうした慢性疾患を由来とする莫大な医療支出の現実がある。

（注3）後述する公的プランの推進派は、連邦政府という巨大な単一の保険者が運営するメディケアの場合、事務手続きがシンプルであるため、民間保険プランに比べて事務コストが低いと主張している。

（注4）高齢化により、慢性疾患人口の割合が増加し、結果として慢性疾患治療への医療支出の割合が増加している。

Ⅲ 改革法により大きく前進した無保険者問題の解消

以上、米国の医療保険制度の様々な問題点を振り返ったが、ごく単純化するならば、「医療費・医療保険料が高い」、このために「医療保険に加入することができない」という具合に問題を2つに集約できる。後ほど詳しく見てゆくが、改革法では、後者の無保険者問題の解決に

とりわけ重点が置かれている。本章では、より多くの人々の保険加入を実現するために、改革法がどのような取組みを定めているかを見ていくこととする。

1. 医療保険加入義務化で無保険者問題を解消、国民皆保険へ

改革法は、2014年以降、個人（米国民および合法的に米国に滞在する外国人。不法滞在の移民は改革法の対象外）および従業員数が50人を超える企業に対して保険への加入を求め、加入しない場合には罰金を課すという形で医療保険への加入を義務付けている。これによって2019年までの10年間で無保険者が32百万人減り、保険加入率は、改革法前の83%から94%（注5）にまで上昇すると連邦議会予算事務局（Congressional Budget Office、以下CBO）は試算している。

改革法は、より多くの人々の医療保険加入を実現するため、

- （1）メディケイドの加入資格の大幅緩和
- （2）中・低所得の個人、中小企業対象の「保険取引所」の設置
- （3）個人、中小企業に保険への加入を促す補助金を支給

などの策を講じている。以下、詳しく見ていくことにする。

- （1）メディケイドの加入資格の大幅緩和

州政府によって運営されるメディケイドの加入対象となるための所得上限は州ごとに異なるものの、現行では過半数の州において連邦政府が定める法定貧困レベル（federal poverty level、以下FPL）の100%（2009年の数値で単身世帯10,830ドル、4人世帯22,050ドル）以下に設定されているため、低所得者の多くが加入できないことがこれまで問題となっていた。

改革法は、この所得上限を133%（2009年の数値では単身世帯14,404ドル、4人世帯29,327ドル）にまで引き上げ、65歳未満で所得水準がこのレベルまでであれば、メディケイドに加入できるようにした。CBOの推計では、改革法により新たに保険に加入するとみられる3200万人のうち、半分の1600万人がメディケイドおよび小児医療保障プラン（Children's

Health Insurance Program、CHIP。低所得家庭の無保険児童を対象に州が連邦政府の補助金を受けて運営する医療保険）に加入するものとみている。なお、すでにメディケイド支出が多く州財政を圧迫している現状を考慮し、改革法による新たなメディケイド加入者のコストは、2014～2016年は連邦政府が100%拠出、2017年以降は漸減し、2020年以降は90%拠出するとしている。

（2）中・低所得の個人、中小企業対象の「保険取引所」の設置

改革法は、各州政府が主体となって（注6）、コスト面から保険への加入が困難な中・低所得の個人および中小企業をそれぞれ対象とする2つの異なるタイプの「保険取引所」（Health Insurance Exchanges）と呼ばれるウェブポータルを設置することを定めている。このウェブサイトは、電化製品や格安チケットなどの比較購入サイトと体裁が似ており（注7）、消費者は、保険料、プランのタイプ、保険給付金などのプラン内容を比較・検討の上、自身のニーズに合った商品を選ぶことができる。

まず個人から見てゆくと、所得水準がFPLの133%を超えているためにメディケイドに加入できず、職場でも医療保険が提供されていない個人は、FPLの4倍までの所得を上限に、この保険取引所を通じて医療保険を購入できるようになる。

一方、中小企業の場合だが、従業員数100人までの中小企業が、この保険取引所を通じて従業員のための医療保険を購入することができる。ただし、2017年以降、州政府が承認すれば、100人を超える規模の企業でも、このウェブポータルを通じて保険を購入できることが定められており、州の判断次第では、保険取引所の門戸が大企業にも開かれる可能性がある。

（3）個人、中小企業に保険への加入を促す補助金を支給

個人が保険取引所を通じて保険を購入する際、連邦政府から保険料に対する補助金が所得水準に応じたスライド制で支給される（税金の還

付という形で支給)。この補助金支給により、低所得世帯の保険料負担は年収の2.0～9.5%を超えないようになっている。また、FPLの250%以下の特に所得が低い層に対しては、受診時の医療費自己負担額を制限するため、コスト分担補助金も支給され、所得レベルに応じて、治療にかかった医療費の最高94%までが保険によってカバーされるようになる。

また、企業の場合には、従業員数が25人以下(注8)で、その平均年収が5万ドル未満の中小企業が従業員のために医療保険を提供すると、税額控除が与えられる。これは二段階に分けて実施され、保険取引所が開設されるまでの2010～2013年の税年度(フェーズⅠ)では、企業が従業員への医療保険提供のために保険料の最低50%を負担した場合、会社の負担額の最高35%まで(従業員数10人以下で平均年収2万5000ドル未満の企業では100%)が税額から控除される。

2014年の保険取引所開設以降(フェーズⅡ)は、企業が保険取引所を通じて従業員の医療保険を購入し、保険料の最低50%を負担した場合、企業の負担額の最高50%までの税額控除が与えられ、2年間その税額控除を利用できる(例えば2017年度の税額控除ならば2018年か2019年のどちらかに利用すればよい)。控除額は、従業員数が増え、その平均給与が高くなるにつれ、段階的に減少する仕組みとなっている。前述の通り、企業はこれまでも医療保険料の企業拠出分をその所得から差し引くことができたが、その上、その一定割合の税控除という形でリベートを受け取ることができ、従業員数25人以下の中小企業による医療保険提供を強く促す内容となっている。

(注5) アメリカン・インディアン、宗教的理由がある人、経済的な困窮状態にある人は、医療保険加入義務の免除が認められている。

(注6) 州政府が設立しない場合には、連邦政府が州に代わって設立・運営する。

(注7) 連邦政府では、その職員を対象とする医療保険の比較購入ウェブサ

イトを既に導入済である（<http://www.opm.gov/insure/health/search/plansearch.aspx> からサイトへの入場が可能）。保険取引所も同じような内容のウェブポータルになるものとみられる。

（注8）カイザー家族財団および Health and Education Research Trust の調査によると、2009年に従業員数25人未満の企業のうち医療保険プランを提供したのは72%となっている。

2. 2014年から保険加入が義務化、個人と企業への罰則も

以上のように、改革法は、これまで保険への加入が難しかった低・中所得の個人や中小企業が保険に加入できるようにした。一方で、こうした加入環境の整備にもかかわらず、加入義務を果たさない個人および従業員数50人超の企業に対しては、罰金が課される（注9）。

個人の場合、年間一人当たり695ドル（世帯あたり最高2,085ドルまで）か、家計収入の2.5%のどちらか大きいほうの金額が罰金として課される（注10）。

企業については、フルタイム（週あたりの平均就業時間が最低30時間）の従業員数50人を超える企業が、従業員に対して医療保険を提供しなかったために、個人向けの保険取引所を通じて医療保険に加入し政府から保険料補助を受けた従業員がいる場合、フルタイム従業員一人当たり2,000ドルの罰金が企業に課せられる（ただし最初の30人は免除）。従業員数50～199人の企業では医療保険提供率は2009年時点で95%（注11）とすでにきわめて高いが、このような罰則を設けることで、従業員数50人超の企業が医療保険の提供をやめ、従業員を個人向けの保険取引所へと安易に差し向けるのを防ぐと同時に、保険をまだ提供していない企業に対しては、提供を促すことを意図したものと考えられる（注12）。なお、従業員数50人以下の場合、保険の提供は義務ではなく、罰金を課せられることはない。

（注9）2014年以降、内国歳入庁（Internal Revenue Service、以下IRS）

が医療保険加入強制の実施にあたるものが定められているものの、それに伴って必要な人員や財源など、リソース不足が指摘されている。

(注10) ただし、加入する保険のタイプによっては、医療保険料が罰金を上回る場合も想定され、あえて罰金を支払うことを選択する個人も出てくる可能性があり、罰金の有効性は現時点では不明である。

(注11) カイザー家族財団および Health and Education Research Trust 調査による。ちなみに医療保険提供率は、従業員数3～9人の企業で46%、10～24人で72%、25～49人で87%、200人以上で98%と、大規模につれ高くなる。

(注12) 前述の個人への罰則同様、医療保険プランを提供するよりも罰金を払うほうが企業にとってコストが安い場合も考えられ、企業がどう対応するかは現時点では不明である。

3. より多くの人々を受け入れる保険会社の義務

ここまでは、加入者側に求められる項目を見てきた。次に、加入者を受け入れる立場にある医療保険会社側に求められる項目を見てみる。人々の健康状態に関係なく、保険会社がより多くの人々を確実に受け入れることを求める内容となっている。

(1) 既往症を根拠とする謝絶禁止

米国の医療保険契約は、一年ごとの契約・更新の場合が多い。そして保険会社はその際に、加入希望者の既往症を理由としてその加入を謝絶することがあった。改革法は、人々がその健康状態に関係なく医療保険に確実に加入・更新できること（guaranteed issue and renewability、無選択保険）を目指し、2014年以降、保険取引所において提供されるプラン、および保険取引所外の個人および100人以下の小規模団体プランについては、保険会社による既往症を理由にした加入謝絶を禁止することを定めた（注13）。

また、同プランについては、既往症や疾病への罹患を理由にした保

険料引き上げを防ぐため、年齢、地域的要素、家族構成、喫煙の有無以外の理由（性別、健康状態など）で保険料に格差（注14）を設けることを認めないとした。

さらに、2010年9月からは、すべての医療保険について、契約の途中で加入者が病気になったことを理由に契約を解除すること（rescission）も禁止される（注15）。

（2）被扶養者としての子どもの加入年齢上限を26歳まで引き上げ

改革法は、2010年9月から、子どもが、被扶養者として親の医療保険に加入することができる加入年齢の上限を26歳の誕生日まで引き上げる。この年代の若者は、まだ若く健康であるので保険への加入動機が弱い。その上大学を出たばかりで経済的にまだ安定していない、仕事が見つからないなどの理由から、無保険者率が高い（注16）。この規定はこうした問題の解決を狙ったものと考えられる。

（注13）既往症を理由にした19歳未満の子どもへの加入謝絶禁止は、取引所内外、プランの大小の別に関係なく、全ての保険プランで2010年9月以降禁止されるが、既に多くの保険会社が前倒しで実施している。3年後の保険取引所の開設を視野に、企業イメージ向上を狙った側面もありそうである。

（注14）年齢による保険料格差は最大3対1、喫煙による格差は最大1.5対1に制限される。

（注15）（注13）同様、前倒しで実施する動きが医療保険業界内に広がっている。実際には疾病への罹患を理由にした契約の解約はほとんどないと医療保険業界側は主張している。

（注16）米国勢調査局の2008年のデータによると、18～24歳の28.6%、25～34歳の26.5%が無保険となっている。

4. 保険プランの質の確保

改革法は、保険会社が提供する保険プランについても、満たすべき

水準や条件を設けることで、一定の品質を確保しようとしている。主要な施策をいくつか紹介する。

(1) 最低でも医療費の60%をカバー

改革法は、前述の保険取引所において医療保険を提供する医療保険会社は、給付対象となる医療費のカバー率（医療費の60、70、80、90%）（注17）に応じ、4段階の標準的保険プランを提供することを求めている。そして、被保険者の年間自己負担額の上限を定め、個人は5,950ドル、家族が11,900ドルとした（医療貯蓄口座（health savings account、以下HSA）（注18）において現行法が定めている自己負担額の上限と同じ）。仮にこの上限を超えた場合、消費者は超過分を払う必要がない。

さらに改革法は、2014年1月以降、保険取引所のみならず、その外で提供されるものも含めてすべての医療保険プランが「必要最低限の医療保険パッケージ」を提供することを求めている。その内容としては、最低でも医療費の60%をカバーすること、医療保険プランとして一連の包括的サービスを提供することなどが求められ、個人の年間自己負担額にも上限が設けられている（前出、HSA口座における自己負担額上限と同様）。なお、同パッケージ・プランは、一般的職域プランほどはプランの内容が充実していないことが求められるが、これは、医療保険として最低限包括的な、ごく基本的なプラン内容にとどめることで、より保険料が低廉なプランを消費者に提供することを意図したためと考えられる。

(2) 満たすべき「医療費支払い率」の設定

2010年以降、医療保険会社は、保険料のうち、いくらが臨床的なサービス、品質向上、その他のサービスに費やされ、いくらが保険会社の運営コストとして使われ、最終的に利益になったのか、その割合を毎年報告することが義務付けられる。そして、「臨床サービス」および「品質向上」のために費やされた分（医療費支払率、medical loss ratio、以下MLR）が、保険料の一定割合（「大規模」団体プランでは85%、個人も

しくは「小規模」団体プランでは80%)に満たない場合、2011年以降、満たすべきMLRとの差額分の保険料を加入者に返還しなければならないとしている。なお、「大規模」「小規模」の定義や、MLRの計算手法は、今後、全米保険監督官協会（National Association of Insurance Commissioners、以下NAIC）が中心となって詳細を決める。

また改革法は、保険会社による保険料の値上げについて、HHSが介入する権限を与えた。これによりHHSは、一定のプロセスに則って値上げの正当性を検査し、その妥当性の説明を医療保険会社に対して求めることができるようになる。州は現行どおり、保険料値上げの審査・承認にあたるが、不当な値上げを行っている保険会社による保険取引所でのプラン提供差し止めをHHSに対して勧告でき、これに基づいてHHSは不当な値上げを行っていると判断した医療保険会社を保険取引所から排除することができる。このほか州は、州内での保険料の上昇トレンドの報告なども求められるが、こうした州の取り組みをサポートするため、連邦政府は州に対して補助金を与える。

（3）給付額の上限を撤廃

現行では、医療保険プランには、加入者毎に年間および生涯受け取ることができる給付額の上限が設けられているが、改革法では生涯の給付額上限を2010年以降、そして年間の給付額上限を2014年以降、撤廃する（注19）。

（4）既存プランを新法の適用から除外

なお、改革法は、既存の医療保険プランを新法の即適用から除外する条項（grandfather provisions）を設けており（注20）、適用除外扱いのプランは改革法が定める新しいベネフィット基準を満たす必要がない。これは、企業や保険会社に対して、新しい基準に対応するまでの時間的猶予を与えること、現行プランに満足している消費者が改革法後もそのプランを維持できることを意図して設けられたものである。ただし、既存プランに変更が加えられた場合には、「新規のプラン」と認識

され、適用除外扱いのステータスを失い、改革法が定める新たなベネフィット基準の遵守を求められる（注21）。

（注17）対象となる医療費の何割を保険がカバーするかは個別のプラン次第であり一概には言えないが、企業で提供される「標準的な」プランでは7割～8割程度はカバーされるものが多い。

（注18）医療費積み立てを目的とする貯蓄・投資口座。所得から非課税で拠出、運用でき、医療支出のためであれば非課税での資金引き出しも可能。保険適用開始までの免責額が高いプランへの加入を前提とし、その分保険料が安い。

（注19）これを受け、今後、自家保険を提供している企業を中心に、「ストップ・ロス保険（超過損害率再保険）」へのニーズが高まると言われている。同保険は、医療費支払額がそれに対応する保険料の一定割合を超えたときに、その超過分を一定限度まで填補するもので、すでに複数の再保険会社がこうした商品の提供を発表している。

（注20）ただし、適用除外の既存医療保険プランであっても、被扶養者として親のプランに加入できる子どもの年齢の上限の26歳までの引き上げ、疾病への罹患を理由とする契約の中途解除禁止、保険加入からカバー開始までの待機期間は90日を上限とすること、生涯および年間保険給付金額の上限撤廃、既往症を理由にした19歳未満の子供への加入謝絶禁止などは、新規プラン同様、遵守を求められる。

（注21）医療保険プランの免責額や自己負担金額は毎年変更されることが多く、どの程度の変更によってプランが適用除外扱いのステータスを失うのが注目されていた。この点について政府が2010年6月14日に発表した暫定規則（案）によると、例えば、医療費のインフレ率（過去数年は4～5%程度）に15パーセント・ポイントを足した割合分を超える年間免責額の引き上げは、適用除外扱いから外れることにつながる。さらに、企業の保険料負担割合が5%を超えて引き下げられた場合（つまり従業員負担増）も同様である。

以上、無保険者問題解決に向けた施策を見た。図3に改革法の主な規定を整理した。今後、HHSやNAICが中心となって具体的内容を作成する作業が多く残っているものの、これにより、無保険者の多くは、政府の補助を受けつつ一定のコストさえ負担すれば、ある程度品質が確保された医療保険に加入できるようになるものと考えられる。改革の主たる動機のひとつであった無保険者問題解決、国民皆保険の実現に向けて大きな一歩を踏み出したと言える。

（図3）改革法が定める医療保険プランに関する規定

【全ての民間医療保険プラン】

- 生涯および年間の給付額上限を撤廃
- 病気による契約の中途解除禁止
- 19歳未満の子供の既往症による加入謝絶禁止
- 子供は親の扶養家族として26歳までその保険に加入可
- 一定以上の医療費支払い率（「大規模」85%、「小規模」80%）
- 標準保険プランの提供（医療費の最低60%をカバー、個人の自己負担額に上限）

【保険取引所で提供されるプラン、それ以外で提供される全ての個人プランと小規模団体プラン】

- 既往症による加入謝絶禁止
- 保険料格差の制限（健康状態の考慮は不可）
- 申込者全員が保険に加入・更新できる（無選択保険）

（出典）カイザー家族財団資料をもとに筆者作成。

Ⅳ 医療費と医療保険料の抑制への施策

米国における医療保険制度の問題点は「医療費・医療保険料が高い」、よって「医療保険に加入することができない」というものであったが、前章で見た様々な施策により、後者の多くの人々の保険加入の問題は、解消に向けて大きく前進したといえる。では、そもそも人々が医療保険に加入できない根本的な原因である高い医療費・医療保険料や医療支出の増加という問題に対し、改革法はどのようなアプローチを取っているのだろうか。

1. 規模の経済で医療費高騰の抑制を狙った公的プランは頓挫

国民皆保険を目指して医療保険制度改革に着手したオバマ大統領は、当初、その目玉として、全米の国民の誰もが加入することができるメディケアに似たような公的医療保険プログラムを連邦政府が設立することを目指していた。その動機は、連邦政府が巨大な保険者として市場に介入することで規模の経済を働かせ、医療機関や医師に対して強い価格交渉力を行使し、医療費の引き下げを実現することであった。そして、この公的プランを他の民間保険会社のプランと並んで前述の保険取引所において提供し、競争原理を働かせれば、加入者獲得のために民間保険会社が保険料を下げ、加入者の保険料負担も安くなる、というのがオバマ大統領が描いたシナリオであった。

しかし、このような公的プランの導入に対して民間医療保険業界は民業の圧迫であるとして当初から猛反発し、強力なロビー活動を展開した。また共和党は、公的プランを医療の社会主義化だとして批判し、それを含まいかなる法案にも断固反対する姿勢を貫いた。さらに、身内の民主党内でも公的プランへの見方は一枚岩ではなく、リベラル派がこれを強力に推進しようとする一方、財政保守派や中道派の議員からは莫大なコストへの懸念が指摘され、支持を得られなかった。

公的プランへの固執が改革法の成立自体を危うくしかねないと判断したオバマ大統領は、法案審議の過程で公的プランへのこだわりをトーンダウンさせ、最終的に成立した改革法のベースである上院案からも公的プランは削られる結果となった。こうして、仮に実現すれば、米国の医療保険制度が抱える問題の元凶である高い医療費を統制する有効なスキームになったであろう公的プランの導入は見送られた。

2. 公的プランへの代替案

改革法は、HHSが運営する公的プランという当初のアイデアを諦め、代替案として、連邦政府職員の医療保険プランを管理している人事局（Office of Personal Management、以下OPM）が民間の医療保険会社と契約し、複数州にまたがる保険プランを最低二つ、各州の保険取引所で提供することを定めている（つまり、どの州の保険取引所においてもこのOPM主催の保険プランが二つは提供される）。そしてこのうち最低一つは、非営利の医療保険会社によって提供されなければならないとしている（注22）。

連邦政府が保険者となる当初の公的プランの実現は挫折したものの、連邦政府機関がプラン・スポンサーとなって全米で保険プランを提供する、という点では当初のプランと同様である。ただ、公的プランの当初案では、医療機関や医師への医療費の払い戻しにはメディケアの医療サービス価格（一般の民間医療保険プランの場合に比べて2～3割低い）を適用するという提案がされていたが、医療保険業界からの強い反対の末、代替案ではOPMと契約した民間医療保険会社が医療機関と価格交渉する（つまり通常の民間医療保険プランのあり方と同じ）ということで落ち着いた。よって、代替プランが医療費高騰の抑制に大きな効果を発揮することはあまり期待できそうもない。

（注22）改革法は、保険取引所において、より利益主導ではない医療保険プランを消費者の選択肢として加えるため、加入者により運営される非営

利の医療保険会社（非営利共済会社、C O-O P）を全米50州およびワシントン行政特別区において2013年7月までに設立することも定め、これを促すために連邦政府が設立資金を拠出することも定めている。

3. その他のコスト削減策

改革法は、医療費抑制の本丸である連邦政府を保険者とする公的プラン導入には失敗したものの、その他の医療費削減策を盛り込んでいる。特に、高齢化と共にその支出が増え続けているメディケア、中でも、民間医療保険会社が提供し、そのコスト高が指摘されているメディケア・アドバンテージ・プラン（注23）について、民間医療保険会社に対する支払額の大幅削減を行う。医療保険業界の試算では、削減額は2012年以降10年間で2000億ドルにも上る。同時に、2011年以降、プラン加入者の健康状態によって評価されるパフォーマンス・ボーナスを導入し、単に医療サービスの提供だけではなく、報酬を「効果」とリンクさせて効率性と質の向上を達成しようとしている。

さらに、予防を目的とする医療サービス受診の場合の患者の自己負担免除（公的プラン、民間プランの両方に適用）や、メディケイドにおける一次医療サービスに対して政府が払う支払い額の引き上げなど、予防や病気にさせないための取組みを促す内容となっている。このほか、人々の健康を維持することで医療費を減らそうとの狙いから、国民の疾病予防、ウェルネス、公衆衛生活動をコーディネートする審議会を設置し、国民の健康増進のための戦略策定に当たらせることや、国民の疾病予防/公衆衛生プログラムへの拠出を行う基金の設立、ウェルネス・プログラムを導入した中小企業への助成金（2011年以降、上限5年まで）なども盛り込まれている。

また、医療保険会社に対しては、医療保険事務プロセス（加入資格の確認、保険金支払い状況の確認、医療費の払い戻し、プランへの加入・脱会手続き等）を統一されたルールに基づいて電子化することで、そのシンプ

ル化、効率化を実現するよう求めている。

（注23）民間医療保険会社が提供するメディケア・プランの一種。2003年メディケア改革法は、それまで含まれなかった処方薬のカバーを民営のメディケアプランに加え、新たに「メディケア・アドバンテージ・プラン」とした。より多くの医療保険会社の参入を呼び込むため、同プランを提供する医療保険会社への支払いが伝統的メディケアよりも高く設定された。CBO（連邦議会予算事務局）の試算では、同じ医療サービスに対し、メディケア・アドバンテージへの支払額は伝統的メディケアを12%も上回っていることが指摘されている。

4. 改革のコストを賄うための増税

改革の実行には10年間で9,380億ドルのコストがかかるといわれるが、その財源確保のため、改革法は、関連業界や富裕層、一般企業への増税を定めている。

（1）医療保険業界、製薬業界、医療機器業界への分担金

改革法は、医療サービスの提供に関わる3つの業界、すなわち、医療保険、製薬、医療機器の各業界に分担金を課すことを定めている。医療保険業界の場合、2014年だけで80億ドル、2015、2016年は各113億ドル、2017年は139億ドル、2018年は143億ドルの分担金が課される（2018年以降は、保険料収入の前年比増加分を加算）。こうした分担金は、医療保険業界の収益の圧迫要因になると考えられるが、業界への負担増は、つまるところ、プラン加入者への高い保険料という形で跳ね返ると言われている。

（2）高額医療保険プラン「キャデラック・プラン」への課税

2018年より、年間保険料が個人では10,200ドル、家族では27,500ドルを超えるいわゆる「キャデラック・プラン」と呼ばれる高額な団体医療保険プランに対して、この基準を超える保険料部分について税率40%で課税され、医療保険会社がこれを支払う（注24）。

(3) 高所得層への増税

財政難にあるメディケアの財源確保のため、高所得層（個人所得20万ドル以上、世帯所得25万ドル以上）へのメディケア所得税（Medicare payroll tax）の税率を2013年以降、現行の1.45%から0.9ポイント引き上げ、2.35%とする。また、これまでメディケア税の対象ではなかった投資収入（配当、金利、家賃収入など）のような不労所得に対しても、新たに3.8%のメディケア税（Medicare unearned income tax）を設け、課税する（注25）。

(4) 一般企業への「パートD補助金」の税優遇措置見直し

これまで退職者への福利厚生の一環として、処方薬に対する給付金を提供していた企業は、連邦政府から非課税の補助金（退職者への処方薬カバー提供のためのコストの28%）を受け取りながら、この補助金を含む同ベネフィットのコストを損金扱いしてきたが、改革法は、この税の抜け穴をふさぎ、2013年以降、補助金分に関しては損金扱いができなくなる（注26）。

（注24）課税されるのは保険会社だが、こうした課税分は、より高い保険料という形で企業に転嫁（パス・スルー）される。

（注25）個人年金からの収入にも課税されることとなるため、米国生命保険協会（American Council of Life Insurers、以下A C L I）はこの規定に強く反発している。生保業界に影響が及ぶ他の項目としては、2011年より開始する政府主催任意加入の長期介護保険制度がある。民間保険会社の長期介護保険とは異なり、このプランには誰もが加入でき、保険料を最低5年間支払えば、長期介護ニーズが発生した際に給付金を受け取ることができる。A C L Iはこの公的長期介護保険制度の創設にも反対している。

（注26）この結果、2010年第1四半期決算において、すでに多くの企業がこの変更を織り込んで巨額の費用を計上している。クレディ・スイスは、同規定に関連し、米国実業界が総額45億ドルの費用を計上すると推定している。

5. 不十分な医療費削減策、改革コストは予想を上回る可能性も

以上のように、改革法は、メディケアを中心に医療サービスの効率化や医療支出削減への取り組みを定めているものの、当初の公的プランのような医療費の大幅削減に効果を発揮しそうな解決法は見出せていない。

またCBOは、改革のコストを9,380億ドルと試算、そして、改革の実施により、現行制度と比較して10年間で1,430億ドルの連邦支出削減になるとしていた。しかし、CBOは、先日、この推定コスト以外に、今後10年間で議会が承認する可能性がある裁量支出が推定1,150億ドルあると発表した。CBOでは、議会が追加支出を承認しない場合もあると説明しているものの、この裁量支出を足すと、10年間の改革コストは、オバマ大統領が非公式に掲げていた上限である1兆ドルを突破することとなる。果たして改革によって本当に医療費の削減を実現できるのかどうか。

V 法案成立後の動き

1. 具体性に欠ける改革法

改革法は、保険加入義務化がスタートし、各州で保険取引所が運営を開始する2014年までの間に、膨大な数のプログラムの実施を定めているものの、その内容の多くは曖昧で具体性に欠けている。詳細は今後、HHS（連邦保健社会福祉省）およびNACが中心となって定めることになっているが、各種プログラムがその意図する目的をどれだけ効果的に達成できるのかは疑問である。

既に見たとおり、改革法は、医療保険会社の医療費支払率（MLR）の下限を定めており、例えば、大規模な団体プランの場合、保険料の85%以上は「臨床サービス」および「質の向上への取組み」のために費やさなければならない。臨床サービスのコストは極めて明確であるが、「質の向上への取組み」は具体的にどのようなサービスのコスト

がMLRの計算上認められるのか、その詳細は明らかにされていない。よって、医療の品質と効率性の向上を目的とする疾病管理プログラムに関わるサービス（ナース・ホットラインなど）やインフラ（医療費のトラッキング、医療の品質改善に役立つITシステムなど）への投資も医療サービスのコストとして認識されるべきだとの議論が十分成り立ちうる（注27）。

MLRの具体的な定義、統一された計算法について、現在NAICがこれを定める作業を進めており、夏頃までにHHSに結果を報告、その承認を経て、保険プランの新年度が開始する2011年1月から施行される予定であるが、仮にMLR上の医療費の定義を狭いものにした場合、医療保険市場を動揺させ、結果として消費者の選択肢が著しく制限される恐れがある。一方で、その定義を緩やかなものにし、様々な医療費の項目を考慮することが容認されるようになると（注28）、MLRに下限を定め、保険料のなるべく多くがメンバーの医療費をカバーするために使われるようにという改革法の意図が達せられなくなる恐れがある。NAICは、消費者保護と市場における競争の難しいバランスを取ることを求められている。

（注27）例えば、医療保険会社が、疾病管理プログラムのスタッフを雇用した場合、その給与は理論上は運営費である。しかし、プログラムの趣旨が医療コスト削減と質の改善にあることから、「医療サービス費用である」との主張も成り立つ。

（注28）改革法の成立直後、複数の大手医療保険会社が、運営費の一部を医療費とみなすなど、費用の分類方法見直しを急ぎ進めていることがメディアで報じられた。

2. 2010年7月開始のリスクプール・プログラムが試金石に

2014年に既往症を理由とした加入謝絶の禁止が施行され、保険取引所での保険購入が可能となるまでの間、改革法は、既往症があるため

に保険に加入できない人々の受け皿機能を果たすハイリスク・プール・プログラムを各州が実施することを定めている（注29）。

同プログラムへの各州の参加状況は、党派性が色濃く滲んでおり、6月末時点で参加を表明している30州（ワシントン特別行政区を含む）の知事のほとんどが民主党、不参加を表明している21州の知事のほとんどは共和党である。不参加州の主な理由は、同プログラム運営のために連邦政府が州に対して拠出する総額50億ドルの資金が十分ではなく、最終的に州に負担が回ってくるのではないかという懸念である（注30）。また、プログラムの詳細が不明であることも、州にとり不安材料となっている。

とはいえ、連邦政府は、7月1日より不参加州の州民からのハイリスク・プールへの加入申込の受付を開始した。一方、参加州のほうも、2010年7月1日の加入申込受付の開始期日は守れなかったものの、参加を表明している30州のうち20州が、6月末時点でプログラムの運営に関する具体的な提案書を既にHHSに提出、その承認を待っている状態である。なお、保険料やプラン内容は州ごとにより異なるものとなる模様である。連邦政府は、全ての州が夏の終わり頃までにはハイリスク・プールへの加入受付を開始することを求めている。

改革法が定めるプログラムの多くは2014年まで実行されないが、ハイリスク・プール・プログラムの成否は、今後の改革法の真価を占う第一の試金石として注目を集めている。オバマ政権としてはなんとしてもこのプログラムを成功させ、改革の恩恵を有権者に印象付けて中間選挙を有利に戦いたいところである。

（注29）州が同プログラムに不参加の場合、代わって連邦政府が不参加州の加入希望者を集めてリスク・プーリングする。

（注30）保険取引所開設の2014年までハイリスク・プール・プログラムを運営するには50億ドルでは足りないこと、よって、加入者数がやがて制限されることなどが指摘されている。

3. 対応に追われる医療保険業界

改革法が医療保険への加入を義務化したことで、医療保険会社は、今後、加入者数の大幅な増加を見込むものの、一方で、既往症による謝絶の禁止、医療費支払率の下限設定、生涯や年間の給付額の上限撤廃、保険料率規制の強化など、不利な条件も多々あり、結果的に、改革法において最も大きな痛みを強いられることとなった。改革法成立から既に3カ月あまりが過ぎた現在、医療保険会社は、まず、改革法が定めた新たな規定を正しく理解し、その上での新しいビジネス環境の中での戦略見直し、そしてプラン加入者への説明や対応に追われている、というのが実情のようである。

改革法がもたらす医療保険業界への影響を予想するのは時期尚早であるものの、今後は、保険取引所で提供されるプラン、取引所外の個人および小規模のプランにおいては健康状態に基づいた保険料設定ができなくなることや、健康リスクの高い貧困層を多く含む既存の無保険者が大量にプランに加入してくることが予想されることから、保険会社の収益にも少なからず影響が及ぶものと考えられる。さらに、まだあまり認識されていないが、改革法が保険会社に求めている前述の医療保険事務プロセスの電子化による効率化には、莫大なインフラ・コストがかかることが予想されている。

以上のような、引き受けリスクの高まりやインフラ整備のコストなどから、中小規模の医療保険会社が生き残るのは困難な状況となることが予想され、より大きなリスクプールと財務体力を持つ大手保険会社を買収される可能性が高まることが指摘されている。

4. 取引所設立によってブローカーのビジネスが減る？

改革法が定める州運営の保険取引所の設置のアイデアは、もともと医療保険料が高いことの理由の一つとされる事務コスト削減を目的の一つとしてオバマ大統領が提案、法案に組み入れたものである。この

事務コストにはエージェントやブローカーへの販売手数料、マーケティング・コストや販売にかかわる諸経費が含まれるが（注31）、仮にこれらの販売人を通さずに消費者自身が取引所を通じて購入すれば、その分保険料が安くなる、というわけである。

こうした保険取引所開設のアイデアに対し、エージェントやブローカーのビジネスが減少するとの懸念から、当初、こうした医療保険の販売人からは反対の声が上がっていた。しかし一方で、個人や企業に適した医療保険プランの選択には相当な専門知識が必要であり、まして改革法後は、その複雑な規則を遵守しつつ、コストやベネフィット面でニーズに適合した保険プランを選択するにあたり、プロである販売人によるサービスの価値が一層増すとの意見も、改革法成立から時間が経つにつれ聞かれるようになってきた。保険取引所開設後も、実際にそこでどの程度の割合の個人や企業が保険を購入するようになるのか現段階ではわからないものの、顧客がニーズにあった保険プランを選択し、コストを削減する上でエージェントやブローカーのような専門家が果たせる役目がすぐに不要になるとは考えにくいといえる。

（注31） *Wall Street Journal* の2010年5月18日の記事によると、販売手数料は一般に保険料の4～6%程度を占めるが、契約初年度では30%にも達することもあるという。

VI おわりに

改革法は、今後、本格的な実施の局面へと移ってゆくが、その行方は政治の展開によっても見えにくくなっている。11月に控える中間選挙は、医療保険制度改革に対する国民の審判を仰ぐ戦いとも位置づけられているが、カイザー家族財団が6月7～22日に実施した世論調査によると、改革法成立から1カ月後の5月の調査結果に比べ、改革法への見方は「好意的（「とても好意的」「多少好意的」の合計）」が48%（5月は41%）、「非好意的（「とても非好意的」「多少非好意的」の合計）」が41%

(同44%)と、好意的に見る人々の割合が前月比で7ポイントも上昇しており、民主党にとっては心強いことであろう。

民主党は、改革に対していまだ懐疑的である国民に対し、改革法成立の実績と、ハイリスク・プーリングのような早期に実施されるプログラムを通じ、改革が国民にもたらす利益を実証して支持を訴え、議会での主導的地位を確保して2012年のオバマ大統領再選につなげたいところである。一方、共和党は、オバマ政権のこのところの支持率低迷に乗じてまずは中間選挙で勝利し、その勢いで2012年の大統領選で政権を奪還し、その上で改革法を撤廃することを目指している。

また、これとは別に、国が個人に対して保険への加入を強制することの合憲性をめぐり、共和党出身者を知事とする州を中心にした20州(2010年5月13日時点)の州司法長官ら(1州を除きすべて共和党出身)が訴えを起こしており、その行方も注目される。この20州のほとんどが、ハイリスク・プログラムに不参加の州と重複していることは、改革法をめぐる民主・共和両党の溝の深さを示しているともいえる。

改革の真価は、今後、様々なプログラムが実際に行われる中で明らかになってゆくと考えられるが、現時点で確実にいえることは、改革法が、無保険者問題解消に向けて大きく前進する一方、その元凶である高い医療費を抑制する部分にはほとんどメスを入れることができなかった、という点である。

もちろん、保険料の設定や値上げに対する規制の強化、疾病管理の推進や医療保険事務におけるIT化促進などを通じた一連の医療効率化への取り組みはある程度盛り込まれている。しかし、たとえそれが医療支出の抑制効果のある程度発揮したとしても、根本原因である医療費の高騰が収まらなければ、これまで同様、やがては医療保険料の高騰へとつながり、最終的には消費者、そして改革コストを払う政府、つまりは納税者へとその負担が転嫁され、国家の医療支出を削減するどころか増やすことになろう(注32)。

また、無保険者の大半は、健康知識と医療サービスへのアクセスが限られているために健康リスクも高い低所得層が占める。この層が保険のリスク・プールに大量に加われば、全体としての医療支出が急激に増すだけではなく、加入者が支払う保険料がこれまでよりも押し上げられることが予想される。今後は保険取引所および個人・小規模団体のプランにおいて健康リスクに基づく保険料格差が禁止され、年齢による格差も制限されるため、特に若く健康な層は、これまでよりも高い保険料を負担しなければならなくなり、それがこの層の保険加入率に影響を及ぼすとの指摘もある。

改革法は、目玉である保険取引所を含め、2014年まで施行されない項目も多く、現時点では未知数の要素があまりに多い。当面は、今後1～2年の間に段階的に実施される規定が、米国の医療保険制度にどういった影響を及ぼし、それに対して世論がどう反応するのか、2012年の大統領選の行方も含め、目が離せないところである。

（注32）連邦政府に先立ち、マサチューセッツ州は2007年7月以降州民皆保険を導入した。同州での改革は、メディケイドの加入資格緩和、低所得層の保険加入促進を狙いとする公的補助拡大、職域加入できない個人および50人以下の中小企業を対象とした保険取引所の設置など、改革法と極めて似通っており、連邦レベルでの改革の行方を占う上で参考となる。同州の無保険者数は65万人からほぼ半減し、保険加入率は全米最高（97.4%）となる一方、低所得層がメディケイドを含む公的医療保険に大量に加入（08年の保険への新規加入者の56%）したことで、州の関連支出は増加し続けており、今後の財源確保が課題となっている。また、医療費の高騰も制度の持続可能性を脅かしている。

【主要参考文献】

- ・江藤宗彦「米国の医療制度改革の動向」『富士通総研経済研究所研究レポート』No. 351、November 2009。

- ・ Kaiser Family Foundation, *Focus on Health Reform-Summary of New Health Reform Law*, June 16, 2010.
- ・ Milliman, Inc. “Rating and Underwriting Under the New Healthcare Reform Law,” *Milliman Healthcare Reform Briefing Paper*, May 2010.