

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 —2007年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き—

目 次

- | | |
|---|---|
| I. はじめに | III. 医療コストの概況 |
| II. 健康保険市場の概況 | IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要と動向 |
| ＜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 後藤 愛

要 約

I. はじめに

本稿は、本誌47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—2005年を中心とする概況と最近の動き—」、損保ジャパン総研トピックス1号のレポート「2006年米国健康保険市場データ」の続編として、2007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

2007年、多くの営利保険会社は、政府が運営するメディケアやメディケイドの分野において事業を拡大したが、メディケアやメディケイドのプランは、従来から営利保険会社が扱っていたプランよりも損害率が高い傾向にあり、支払保険金の増加率が収入保険料の増加率を上回った。損害率が上昇した一方で、多くの保険会社が事業の効率化を進め、事業費率を圧縮し、収益の確保を図っている。

営利保険会社のM&A活動は、2006年は動きがなかったものの、2007年は再開され、年内に15のM&Aが発表された。15の取引の中には、保険会社の運営を支援する会社の買収も含まれ、また、民間保険会社間で提携し、政府が運営するプログラムの入札に参加する動きが見られた。

米国において健康保険市場の中心となっている、職域市場における民間保険会社の健康保険料は1999年以来、一貫して上昇している。2008年の平均年間保険料は2007年と比較し、5%程度増加した。

III. 医療コストの概況

2007年の米国医療コストは2兆2,412億ドルとなっている。この数値は一貫して伸び続けているが、対前年比伸び率は6.1%であり、1999年以来もっとも低い伸び率となった。2007年の米国医療コストの対前年比伸び率の低下は、処方箋薬剤費やメディケア運営費の伸び率の低下が主な要因であった。2006年にメディケア受給者の処方箋薬剤給付をカバーするために民間保険会社が提供するメディケア・パートDと呼ばれるプランが導入されたことにより、処方箋薬剤費の対前年比伸び率が増加したが、2007年は新規加入の動きが収まり、伸び率が鈍化した。

IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要と動向

医療コストの抑制を図るため、近年企業がCDHPを導入しつつある。CDHPとは、Health Reimbursement Arrangement (HRA) や Health Savings Account (HSA) といった、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り、その加入者数は年々増加する傾向にある。CDHPを提供する健康保険会社の調査を通じて、CDHP導入による医療コスト削減の効果や、CDHP加入者の行動の傾向が明らかにされている。

本章ではCDHP導入企業の事例として、2006年にHSAを組み合わせたCDHPを導入したWal-Mart、および2007年にHRAを組み合わせたCDHPを導入したMonster Worldwideの2例を紹介している。さらに本章では、HSAの運営管理を行う銀行（またはその一事業部門）の事例として、大手健康保険会社UnitedHealth Groupの傘下にあるOptumHealth Bank/OptumHealth Financial Services、およびWebster Bankの一事業部門であるHSA Bankの2例を紹介している。

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 49 号において「米国損害保険市場の最新動向－2006 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 47 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－2005 年を中心とする概況と最近の動き－」、損保ジャパン総研トピックス 1 号において「2006 年米国健康保険市場データ」を掲載した。

本稿は、上記のうち健康保険市場の 2 誌の続編として、2007 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。

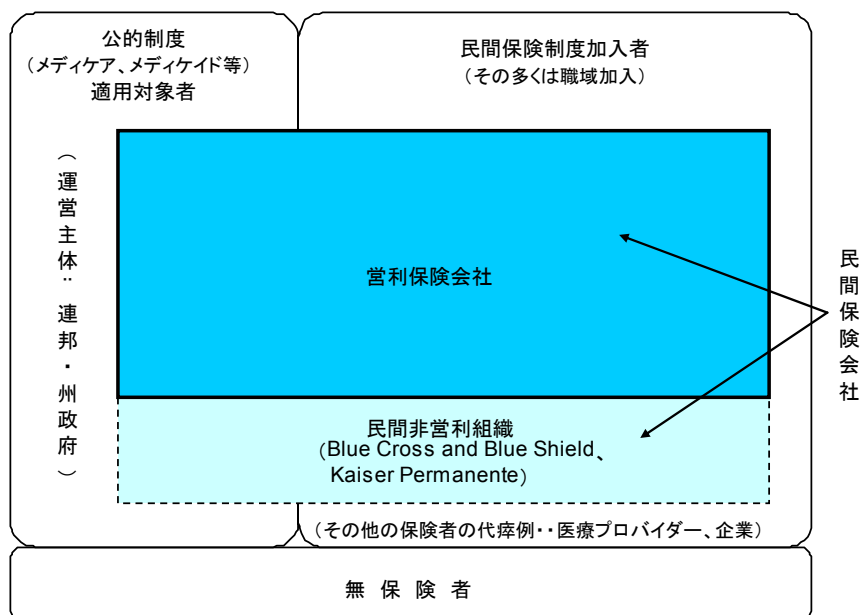
本稿では、ヘルスケア市場全体ではなく、主として健康保険市場を対象とする。すなわち、ヘルスケア市場における主要な当事者を、サービスの利用者（特に健康保険または健康保険プ

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

《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 and Blue Shield および Kaiser Permanente については、本稿<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。

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する。最後に第Ⅳ章において、職域健康保険プランに関する新しい動きである Consumer Driven Health Plan（以下、「CDHP」とする。）について、その内容と市場について概観した上で、健康保険会社による CDHP の利用状況に関する調査結果、導入企業の事例および Health Savings Account（以下、「HSA」とする。）の運用管理を担う銀行（またはその一事業部門）の事例を取り上げる。

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、公的制度であるメディケア・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ている。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 2007 年の収益状況を、A.M.BEST のレポート¹に基づき概観する。

《図表 2》のとおり、2006 年と比較すると、2007 年の営利保険会社 12 社の加入者総数は 3.9%増加し、収入合計は 9.7%増加の 2,440 億ドルに達した。営利保険会社の成長は、Centers for Medicare & Medicaid Services（以下、「CMS」とする。）と契約し、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健康保険プランを提供していることが影響している²。2006 年 1 月に施行されたメディケア・パート D³の加入者は、2007 年 3.2%増加した。メディケア・パート D の加入者の大半は制度が導入された 2006 年に加入した。メディ

《図表 2》 営利保険会社 12 社の 2007 年の収益状況

	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 Inc.	3,481	2.1%	611	7.2%	559	7.5%	464	9.0%	33.5	8.1%	83.1	1.1%	15.0	-1.3%
UnitedHealth Group	3,101	0.4%	754	5.4%	688	4.7%	554	4.0%	46.5	11.9%	80.6	-0.6%	16.4	0.4%
Aetna Inc.	1,685	9.2%	276	9.8%	235	11.2%	173	13.0%	18.3	7.6%	80.4	0.6%	19.4	-1.1%
CIGNA Corp.	1,017	8.3%	176	6.5%	150	10.0%	77	9.5%	11.2	-3.5%	72.2	0.7%	28.4	-1.0%
Humana Inc.	803	3.7%	253	18.1%	244	17.9%	203	16.4%	8.3	71.0%	83.0	-1.1%	14.7	-0.3%
Health Net Inc.	627	-0.9%	141	9.3%	139	9.4%	121	11.4%	1.9	-41.0%	86.6	1.6%	11.8	0.5%
Coventry Health Care, Inc.	319	24.7%	100	27.8%	87	26.7%	69	27.2%	6.3	11.8%	79.6	0.3%	20.5	1.7%
Amerigroup Corp.	171	30.0%	39	39.2%	39	38.5%	32	41.9%	1.2	8.7%	83.1	2.0%	13.7	-0.4%
Centene, Corp	115	2.1%	29	48.8%	28	50.8%	24	47.6%	0.7	-267.8%	84.1	-1.8%	16.4	0.2%
Molina Healthcare, Inc.	115	6.7%	25	24.3%	25	24.0%	21	23.9%	0.6	27.2%	84.5	-0.1%	12.7	0.1%
Triple-S Management, Corp.	97	0.1%	16	-1.9%	15	-1.9%	11	-3.4%	0.6	7.1%	87.0	-0.5%	15.8	0.4%
Sierra Health Services, Inc.	69	2.7%	19	11.2%	18	11.6%	15	17.6%	0.9	-32.9%	84.2	4.3%	12.6	0.4%
合計	11,598	3.9%	2,440	9.7%	2,227	9.9%	1,765	10.3%	130.0	10.3%				
12社平均	967		203		186		147		10.8		81.6	0.3%	16.8	-0.3%

(注) a. 加入者総数は 2007 年 12 月末の人数である。

b. 「増加率」は対前年増加率、「差」は前年の損害率・事業費率との差を表す。

(出典) Sally Rosen, "Good Year Overall in 2007; But Income Is Pressured in 2008", A.M. BEST Special Report, May 12, 2008.

¹ Sally Rosen, "Good Year Overall in 2007; But Income Is Pressured in 2008", A.M. BEST Special Report, May 12, 2008.

² Ibid.

³ 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。

ケアのプランを提供する営利保険会社は、メディケアおよびメディケイドの双方の加入資格を有する二重加入資格者の中から加入者をどの程度獲得しうるかが、加入者の増加を図る上で重要となった。また、新たな市場を求めて営業地域の拡大を図り、商品または保険料を変更し、新たにメディケアの適用対象者となった新規加入者を獲得した⁴。

大幅な加入者増加が見られる営利保険会社は買収の結果によるものである。Amerigroup は30%加入者数が増加した。これは Memphis Managed Care (西テネシー、中央テネシー地域をカバーしている)を買収した結果であった。両テネシー地域のメディケイド加入者は35.6万人であった。また、Coventry Health Care は24.7%加入者が増加した。これは Vista Health Plans、FirstGuard Health Plan および Mutual of Omaha からのヘルスケア関連ビジネスを買収し、加入者を獲得した結果であった。これにより、メディケアの受給者16.6万人の獲得となった。

収益性について見ると、2007年は、2006年よりも営利保険会社12社の平均損害率が0.3%上昇した。メディケアやメディケイドのプランは、従来から営利保険会社が扱っていたプランよりも損害率が高い傾向にあり、メディケアやメディケイド分野での事業拡大が損害率上昇の原因となっている。損害率が上昇した一方で、多くの保険会社が事業の効率化を進め、事業費率を0.3%圧縮している。

2007年、多くの営利保険会社は、メディケアやメディケイドのプランにより加入者を確保し

たが、2008年には経済状況の悪化が業績に影響を与えるとA.M.BESTは予測している。

(2) 営利保険会社のM&Aの動き

A.M.BESTのレポート^{5,6}により、営利保険会社および民間非営利組織のM&Aに関する最近の動きを概観する。

営利保険会社のM&A活動は、2006年は動きがなかったものの、2007年は再開され、年内に15のM&Aが発表された⁷。大型のM&Aとしては、UnitedHealth GroupがSierra Health Searviceの買収を発表し、CIGNAがGreat-West HealthCareの買収を発表した。

2007年内に行われた15のM&Aの中には保険会社の運営を支援する会社の買収も含まれている⁸。例えば、Aetnaはメディケイドの管理サービスを提供するSchaller Andersonを買収し、WellPointは放射線治療に関する給付管理サービスを提供しているAmerican Imaging Managementを買収した。A.M.Bestは、営利保険会社は、新たな商品開発と同様に、付随事業も含めたM&Aにより、地理的な拡大を図っていくであろうと予測している。

また、2007年には民間保険会社間で提携し、政府が運営するプログラムの入札に参加する動きが見られた⁹。例えば、サウスカロライナ州において、WellPointとBlue Cross Blue Shield South Carolinaがメディケイドの提供のために提携した。UnitedHealthとHealth Netは、国防省の現役および退役軍人やその家族を対象としたTRICAREマネジドケアサポート契約の次期の入札に提携して参加する予定だと発表し

⁴ Sally Rosen, *supra*.

⁵ Ken Frino, "U.S. Health – Review & Preview", A.M. BEST Special Report, January 21, 2008.

⁶ Sally Rosen, *supra*.

⁷ *Ibid*.

⁸ *Ibid*.

⁹ Ken Frino, *supra*.

た。A.M.Best は、今後、民間保険会社間で提携し、それぞれの会社の強みを合わせることで高い競争力をもって政府が運営するプログラムの入札に参加する傾向が高まると予想している。

2008 年第一四半期には、M&A に関して 4 つの取引がすでに報告されている¹⁰。United Health Group の子会社である AmeriChoice は Unison Health Plans の買収を発表し¹¹、Centene は Celtic Insurance の買収を発表しており¹²、Humana は 2 つの準備中の買収があると発表している¹³。A.M.Best は、民間保険会社の M&A 活動は 2008 年も続くと予測している。

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

① ブルークロス、ブルーシールドの状況

Blue Cross and Blue Shield (以下、「BCBS」とする。) 協会の公表資料¹⁴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、2009 年 1 月時点で営利組織化した企業を含め 39 の BCBS 組織がある。

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 万人以上にのぼる (BCBS 協会は 880 人以上)。また、全米の 90%以上の病院、80%以上の医師が BCBS と契約している。

加入者のうち 7,160 万人は Preferred Provider Organization (以下、「PPO」¹⁵とする。)、1,480 万人は Health Maintenance Organization (以下、「HMO」¹⁶とする。)、480 万人は Point-of-service Plan (以下、「POS」¹⁷とする。)に、1,170 万人は伝統的な出来高払いプランに加入している (《図表 3》参照)¹⁸。

単一の州内で営業するのが BCBS の典型的な形式である。しかし、加入者がサービスエリア外に転居し居住す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 組織を結びつける電子ネットワークがある¹⁹。このネットワー

¹⁰ Ibid.

¹¹ UnitedHealth, Newsroom Jan. 1, 2008, "AmeriChoice to Acquire Unison Health Plans", (visited Mar.5, 2009) <<http://www.unitedhealthgroup.com/newsroom/news.aspx?id=20753ed1-8c08-460c-b7f6-39bfa032bf36>>.

¹² Centene, Press Release Mar. 18, 2008, "Centene to Acquire National Individual Health Insurance Provider Celtic Insurance Company", (visited Mar.5, 2009) <http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=130443&p=irol-newsArticle_print&ID=1119959&highlight=>.

¹³ Humana は 2008 年中に 3 件、3 月に OSF HealthPlans、6 月に Metcare Health Plans、8 月に Cariten Healthcarr の買収を発表した。Humana, Current Release Mar. 20, 2008, "Humana Announces Intent to Acquire OSF HealthPlans and Provides Update on Share Repurchase Program", (visited Mar.5, 2009)

<http://www.businesswire.com/portal/site/humana/?ndmViewId=news_view&newsId=20080320005239&newsLang=en>. Humana, Current Release Jun. 30, 2008, "Humana Announces Intent to Acquire Metcare Health Plans, Inc.", (visited Mar.5, 2009)

<http://www.businesswire.com/portal/site/humana/?ndmViewId=news_view&newsId=20080630005459&newsLang=en>. Humana, Current Release Aug. 4, 2008, "Humana Announces Intent to Acquire Cariten Healthcare", (visited Mar.5, 2009) <http://www.businesswire.com/portal/site/humana/?ndmViewId=news_view&newsId=20080804005264&newsLang=en>.

¹⁴ Blue Cross and Blue Shield Association, Blue News, "Company Facts" (visited Feb.9, 2009) <<http://www.bcbs.com/news/press/facts/>>.

¹⁵ PPO については、本稿<付録 1>2.(3)参照のこと。

¹⁶ HMO については、本稿<付録 1>2.(3)参照のこと。

¹⁷ POS については、本稿<付録 1>2.(3)参照のこと。

¹⁸ Blue Cross and Blue Shield Association, "About Us" (visited Jan.15, 2009) <<http://www.bcbs.com/about/>>.

¹⁹ Blue Cross and Blue Shield Association, "BlueCard and BlueCard Worldwide" (visited Feb.18, 2009) <<http://www.bcbs.com/news/press/facts/bluecard.html>>.

《図表 3》BCBS の保険プラン別加入者数

保険プラン	加入者数
PPO	7,160万人
HMO	1,480万人
POS	480万人
出来高払い	1,170万人

(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, "About Us" (visited Jan.15,2009)

<<http://www.bcbs.com/about/>>より損保ジャパン総合研究所作成。

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」には、「Blue Card Worldwide」という名称の、国内旅行者および国外旅行者向けのサービスがある。世界 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する。

また、米国に本拠を置く企業に所属し、普段は米国に在住する労働者が、米国外で就業する場合または米国に在住していない労働者が米国や国外で就業する場合を対象とした、「Blue Worldwide Expat」がある。このサービスは、

世界 10 万の医療機関にアクセスでき、365 日 24 時間電話によるカスタマーサービスが受けられ、60 以上の言語が対応している。また、保険金請求に対して、10 営業日以内に支払いが行われる²⁰。

最後に、2007 年の BCBS に関する M&A の動向について見ると、2007 年 3 月に、ペンシルバニア州の Highmark と Independence Blue Cross の 2 社が合併に合意したと発表している²¹。しかし、2009 年 1 月には、合併の合意を撤回したとの発表を行った²²。

②Kaiser Permanente の状況

Kaiser Permanente の公表資料²³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。2007 年 12 月末時点で約 870 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となっている²⁴。

《図表 4》は、Kaiser Permanente の 2007

《図表 4》Kaiser Parmanente の 2007 年の状況

	2007年	2006年
加入者数	867.1万人	865.8万人
保険料収入	378億ドル	344億ドル
純利益	22億ドル	14億ドル
営業利益率	4.6%	2.8%
サービス向上への投資額	28億ドル	28億ドル

(出典) Kaiser Parmanente, "Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals Reports Fourth Quarter and Fiscal Year-End 2007 Financial Results" (visited Jan.16, 2008)

<<http://xnet.kp.org/newscenter/pressreleases/nat/2008/021408q4financials.html>> より損保ジャパン総合研究所作成。

²⁰ Blue worldwide Expat のホームページ(visited Feb.18,2009) <<https://www.axa-web.com/bwe/>>.

²¹ Ken Frino, *supra*.

²² Highmark Press release: Jan.21, 2009, "Highmark and Independence Blue Cross withdraw applications to combine" (visited Mar.5, 2009) <<https://www.highmark.com/hmk2/about/newsroom/2009/pr012109.shtml>>.

²³ Kaiser Permanente, "Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals Reports Fourth Quarter and Fiscal Year-End 2007 Financial Results" (visited Jan. 16, 2009) <<http://xnet.kp.org/newscenter/pressreleases/nat/2008/021408q4financials.html>>.

²⁴ Kaiser Parmanente の加入者総数は、《図表 2》に掲げた大手営利保険会社と比較すると第 5 位の規模に匹敵する。

年の状況を、2006年と比較したものである。2007年の加入者は、2006年と比べて1万3千人増加し、2007年の保険料収入は2006年の344億ドルより増加し、378億ドルとなった。また、サービス向上のための投資額は前年同様28億ドルと変化がない一方、純利益が22億ドル、営業利益率が4.6%であり、前年の14億ドル、2.8%より上昇した。

2. セグメント別概況

米国の健康保険市場を見る場合、民間保険制度に関する部分と、メディケアやメディケイドといった公的制度²⁵に関する部分に分けて、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やメディケイドの適用対象者の状況を概観する。なお、執筆時点において、2008年のデータが公表されている資料に関しては、言及の対象としている。

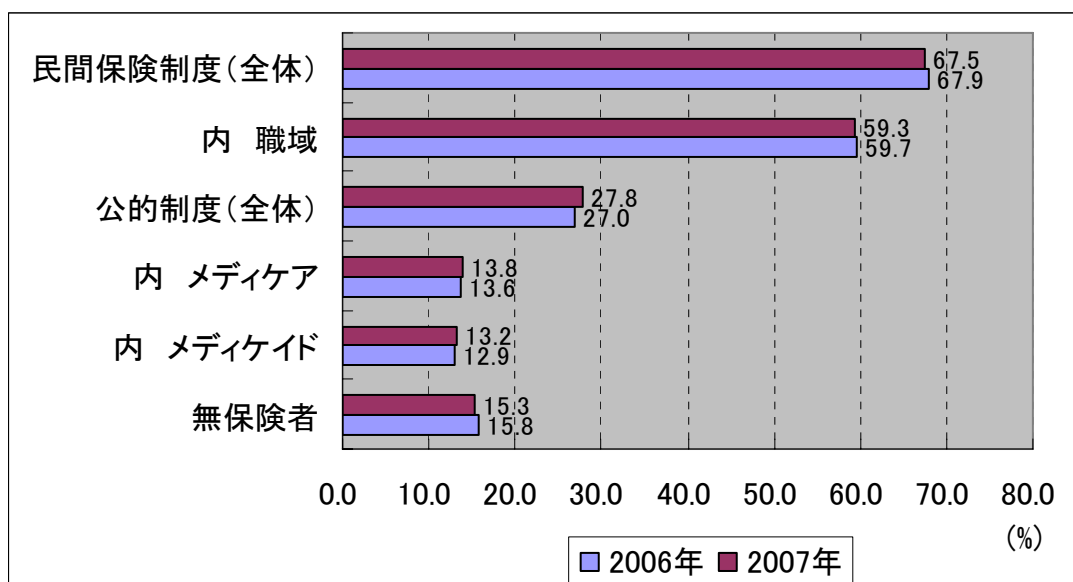
(1) 概観

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、2007年の加入状況について、全人口のうち民間保険制度加入者が67.5%、公的制度加入者が27.8%、無保険者が15.3%と推計されている²⁶。また、民間保険制度加入者のうち、職域で加入している者は全人口の59.3%と推計されている。

(2) 職域市場の状況

《図表6》は職域における単身および家族プランの平均年間保険料の推移を表したものである。平均年間保険料は、1999年以来、一貫して上昇している。2008年の単身および家族プランの平均年間保険料は2007年と比較し、5%程度

《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 :2007"; Aug.2008, p.21.

²⁵ メディケア、メディケイドについては、本稿<付録2>を参照のこと。

²⁶ 重複して加入している場合があるため、合計しても100%にならない。

増加し、単身プラン合計で4,704ドル、家族プラン合計で1万2,680ドルであった。

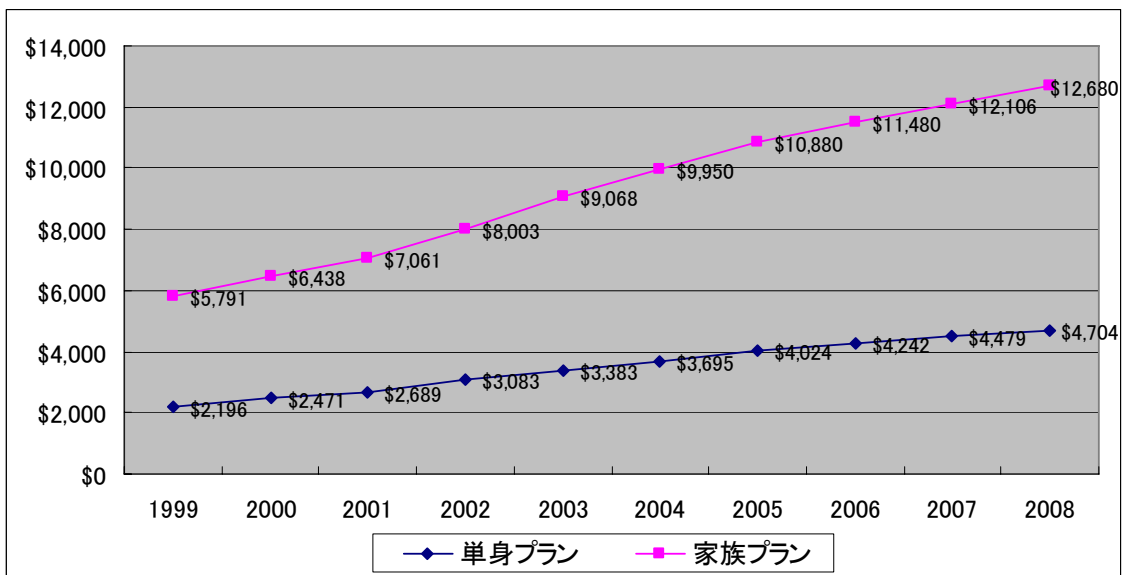
①企業の状況

《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。

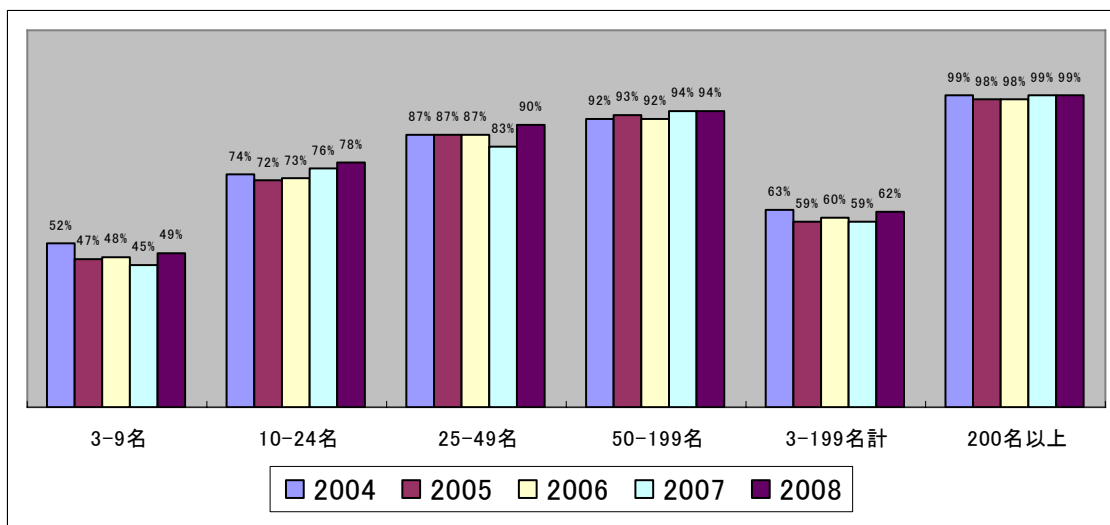
米国の民間保険は、インデムニティ型、マネジドケア型（HMO、PPO および POS）といった種類により²⁷、利用できる医療プロバイダーに関する制限、医療プロバイダーから受けられるサービスおよび保険料の水準などが異なる。

《図表6》 単身および家族プランの平均年間保険料の推移



(出典) The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits 2008 Annual Survey” (visited Sept.24, 2008) <<http://ehbs.kff.org/>>, Exhibit 1.9(p.25).

《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, *supra*, Exhibit 2.2(p.34).

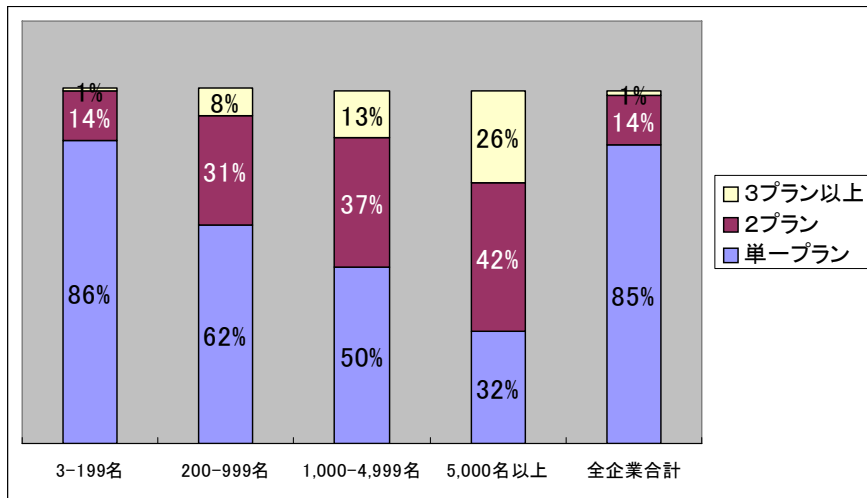
²⁷ インデムニティ型（健康保険プラン）、マネジドケア型（健康保険プラン）については、本稿<付録1>2.(3)を参照のこと。

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 15% 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 名の企業では 15% であるのに対し、5,000 名以上の企業では 68% にのぼっている。

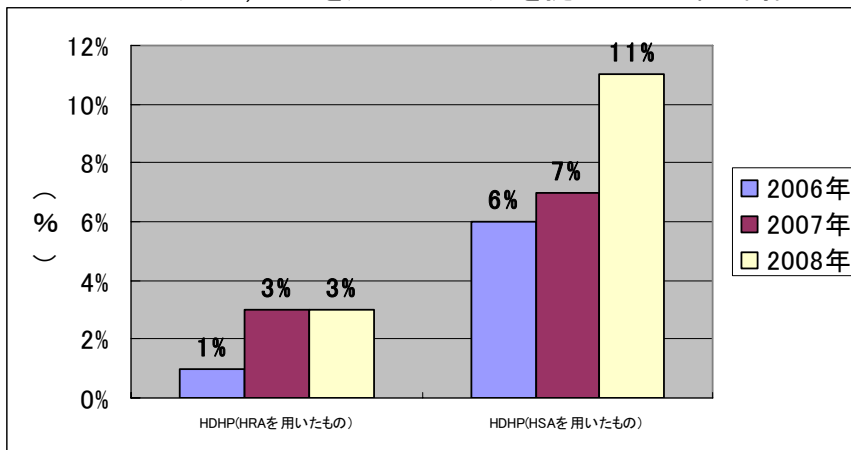
《図表 9》は、従業員に健康保険プランを提示した企業のうち、免責金額を高く設定した High-Deductible Health Plan (以下、「HDHP」

《図表 8》 従業員規模別に見た提示プラン数の分布 (2008 年)



(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 4.1(p.63).

《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、2006 年 0.4%、2007 年 0.2%、2008 年 0.3% である。

(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 8.1(p.142).

とする。)を提示した企業の割合である。Health Reimbursement Arrangement (以下、「HRA」とする。)を用いたものと、HSAを用いたものを提示した企業の割合を示しているが、HDHP (HRAを用いたもの)を提示した企業の割合は横ばいであるものの、HDHP (HSAを用いたもの)を提示した企業の割合は大幅に上昇している。

《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 名の中小企業および 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」または「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。)²⁸については中小企業 62%、大企業 84%、「従業員のコスト負担増」については中小企業 44%、大企業 60%、「CDHP」²⁹については中小企業 55%、大企業 65%、「マネジドケア

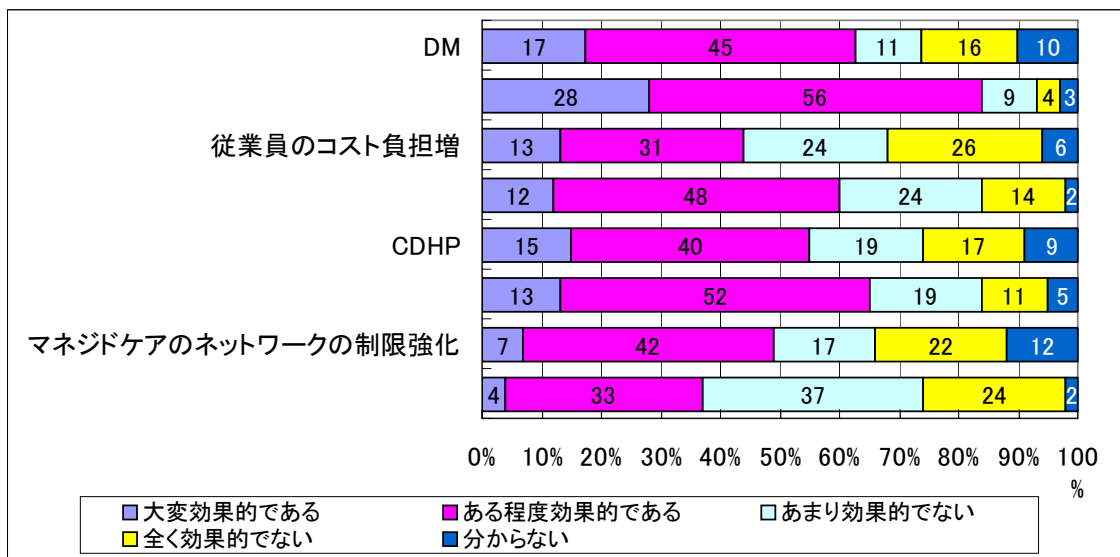
のネットワークの制限強化」については中小企業が 49%、大企業が 37%という水準であった。

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、2008 年においては全体の 60%となっている。2003 年から続いた低下傾向から上昇に転じた。企業の規模別に見ると、中小企業では 52%、大企業では 66%であり、両者とも 2007 年から上昇した。

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

《図表 10》コスト抑制策の効果に関する企業の考え方 (2008 年)



(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, *supra*, Exhibit 12.12(p.217).

²⁸ DM については、本稿<付録 1>2.(1)を参照のこと。

²⁹ CDHP については、本稿第 IV 章を参照のこと。

《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

	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
企業規模						
3-24名	44%	43%	41%	45%	42%	43%
25-49名	59%	56%	55%	55%	51%	57%
50-199名	61%	56%	59%	62%	59%	60%
200-999名	68%	69%	65%	66%	65%	67%
1,000-4,999名	69%	68%	69%	68%	69%	69%
5,000名以上	68%	67%	66%	60%	63%	64%
中小企業計	53%	50%	50%	53%	50%	52%
大企業計	68%	68%	66%	63%	65%	66%
全合計	62%	61%	60%	59%	59%	60%

(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 3.1(p.48).

《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 (2008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	86%	79%	68%
25-49名	83%	77%	63%
50-199名	76%	82%	63%
3-199名計	81%	80%	65%
200-999名	80%	84%	67%
1,000-4,999名	82%	84%	69%
5,000名以上	77%	82%	64%
200名以上	79%	83%	66%
地域			
Northeast	81%	80%	65%
Midwest	74%	82%	61%
South	82%	82%	68%
West	81%	82%	67%
業種			
農業/鉱業/建設	78%	81%	61%
製造	92%	85%	79%
運輸/通信/電気・ガス・水道	87%	88%	76%
卸	80%	77%	63%
小売	60%	74%	45%
金融	88%	84%	74%
サービス	78%	81%	63%
州/地方政府	90%	90%	81%
医療関係	76%	81%	61%
合計	80%	82%	65%

(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 3.2(p.49).

規模別、地域別および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80%、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の割合、利用資格者のうち加入することを選ぶ従業員の割合ともに全業種の中で最も小さく、従業員の

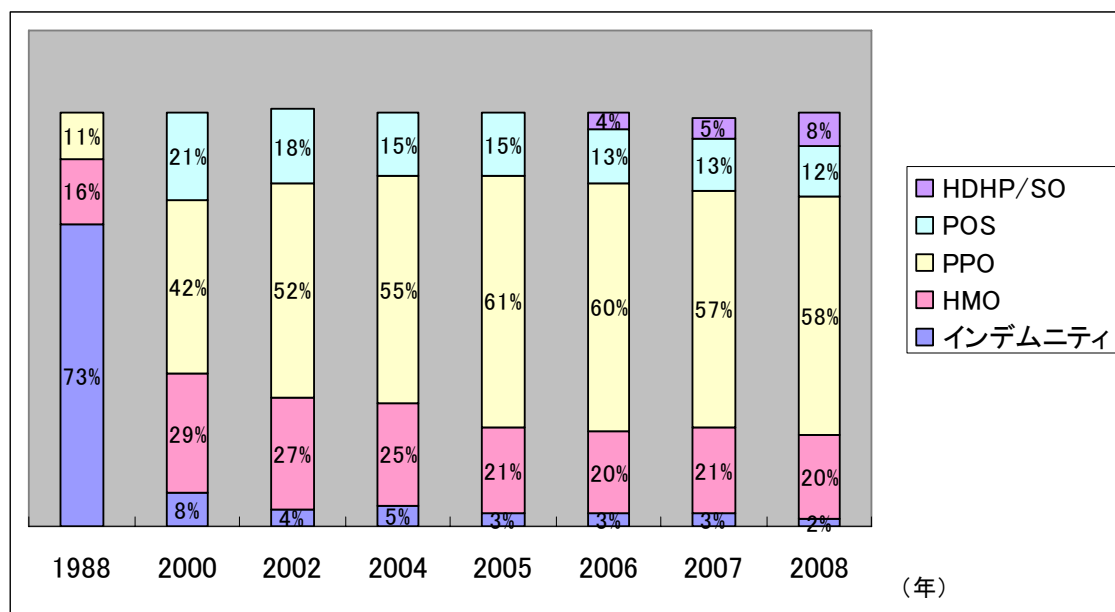
うち実際に加入している者の割合は 45%である。

《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。POS、PPO、HMO およびインデムニティ型のシェアは、2008 年、前年からほぼ横ばいとなっている。一方、High-Deductible Health Plan with Savings Option（以下、「HDHP/SO」とする。）は割合が上昇している。

《図表 14》は、プラン別平均年間保険料を見たものである。2008 年の保険料は、単身プラン合計で 4,704 ドル、家族プランで 12,680 ドルであった。プラン別の保険料を見ると、HDHP/SO の保険料が他プランと比べて低くなっている。

《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。2001 年からその水準はあまり変化

《図表 13》 加入プラン別従業員数分布の推移



- (注) a. 《図表 13》の出典では、HDHP/SO は「HRA と合わせて提供され、免責金額が個人の契約で 1,000 ドル以上、家族契約で 2,000 ドル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入れてカウントしている。

(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 5.1(p.69).

《図表 14》 プラン別平均年間保険料 (2008 年)

	単身プラン	家族プラン
HMO	\$4,754	\$13,122
PPO	\$4,802	\$12,937
POS	\$4,647	\$12,330
HDHP/SO	\$3,922	\$10,121
合計	\$4,704	\$12,680

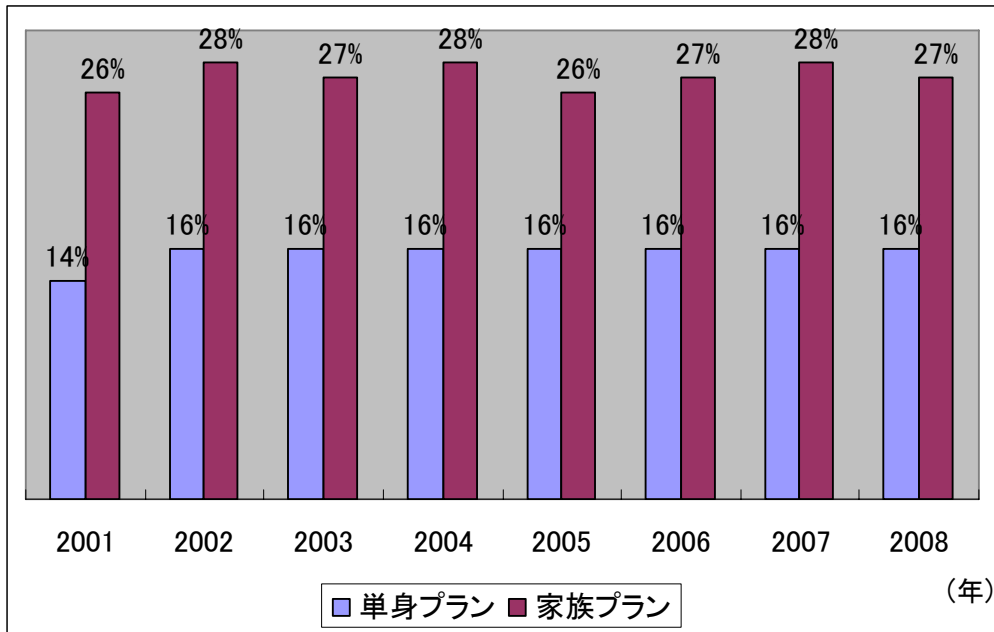
(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 1.1(p.17).

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

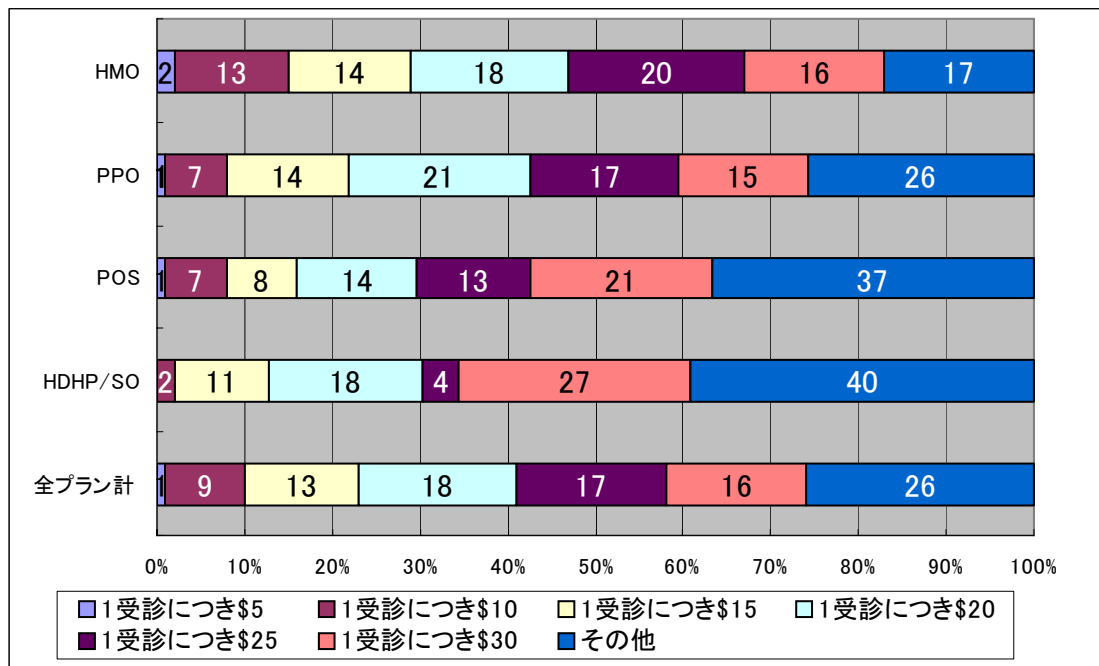
係なく受診ごとに定額を自己負担する場合があります。これを copayment という。《図表 16》は copayment のあるプランの加入者の中で、プラン別、copayment の金額別に加入者数割合を比

《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, *supra*, Exhibit 6.1(p.74).

《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、2008 年)



(出典) The Kaiser Family Foundation, *supra*, Exhibit 7.21(p.122).

較したものである。全プラン合計では 30 ドルまでの copayment の割合が 7 割を超えている。

(3) 公的保険制度(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、障害者および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、2007 年で全人口の 27.8% であり、メディケアの加入者は国民全体の 13.8%、メディケイドの加入者は国民全体の 13.2% 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 CMS と契約し、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健康保険プランを提供している。本章で述べたとおり、2007 年、営利保険会社は政府の運営するプログ

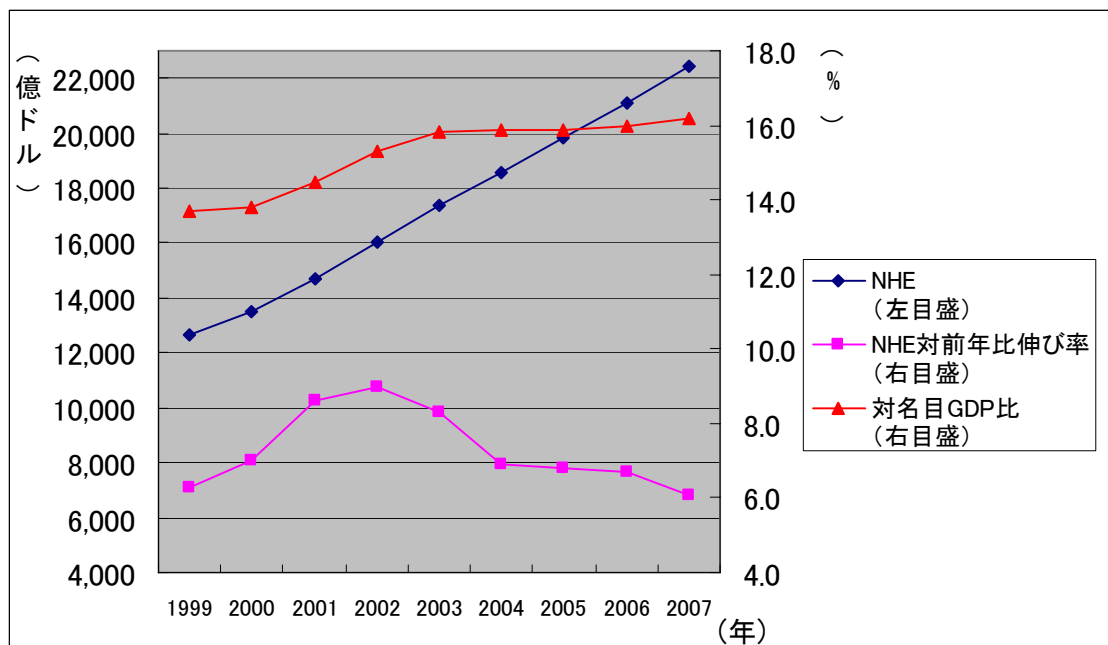
ラムから多くの加入者を得ており、メディケア市場は激しい競争状況にあった。メディケアに参加している会社は、メディケア・アドバンテージ³⁰およびメディケア・パート D とともに新たな商品を開発し、保険料を変更し、また、地理的拡大を図った。

III. 医療コストの概況

1. 医療コストの動向

CMS によれば、2007 年の米国医療コスト(National Health Expenditures、以下、「NHE」とする。)³¹は 2 兆 2,412 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。2007 年の対前年比伸び率は 6.1% であり、1999 年以来もっとも低かった。また、2007 年の NHE の名目 GDP に対する比率は、前年と比べて 0.2% 上昇し、16.2% となった(《図表 17》参照)。

《図表 17》米国医療コスト(NHE)の推移



(出典) CMS, "National Health Expenditures Web tables"(visited Jan.7, 2009)

<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage>.

³⁰ メディケア・アドバンテージについては、本稿<付録 2>1.(3)参照のこと。

³¹ 米国医療コストとは、病院、ナーシングホーム、在宅医療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。

国民1人当たり NHE を見ると、2007 年は 7,421 ドルであり、2006 年より 5.1%上昇している(《図表 18》参照)。伸び率は 2002 年の 8.0% をピークに低下傾向にある。

2. 処方箋薬剤給付による医療コストへの影響

2007 年の医療コストについて、Health Affairs に掲載されたレポート“*National Health Spending In 2007: Slower Drug Spending Contributes To Lower Rate Of Overall Growth Since 1998*”³²に基づき概観する。

(1) 処方箋薬剤給付費の伸び率低下の要因について

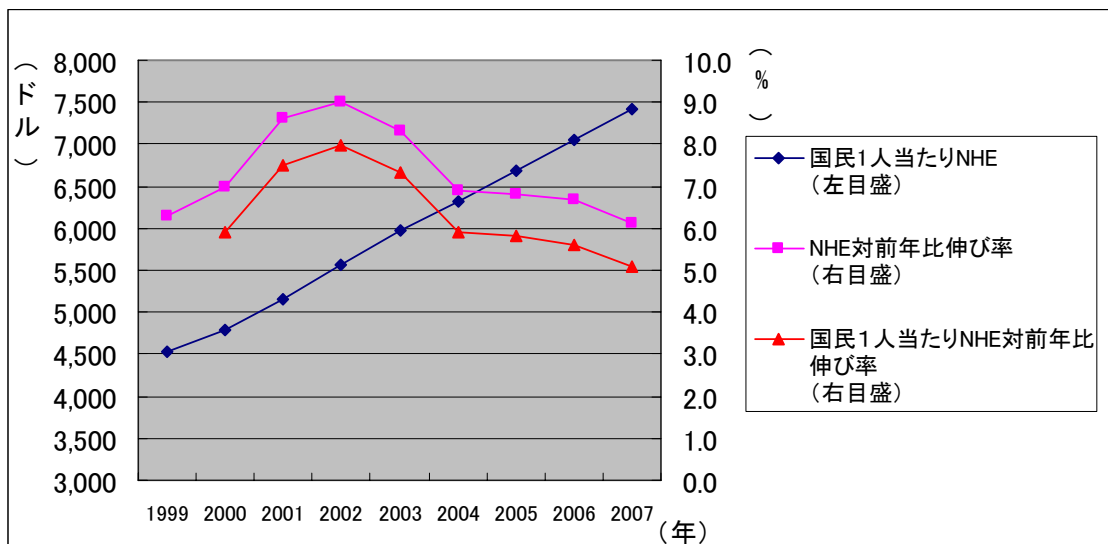
《図表 19》は、1970 年から 2007 年における NHE の対前年比伸び率について、支出カテゴリー別に分析したものである。2007 年の NHE の対前年比伸び率の低下は、処方箋薬剤費の伸び率の鈍化が主な要因であった。2007 年、処方箋薬剤費は 2,275 億ドルであり、対前

年比伸び率は 2006 年 8.6%であったのに対し、2007 年は 4.9%であった。2007 年の値は、1963 年以来最も低い値であった。2007 年の処方箋薬剤費の伸び率の低下は、NHE 全体の伸び率の低下の半分以上を占めていた。2007 年の処方箋薬剤費用の伸び率の低下の要因として、ジェネリック医薬品の処方率の増加、処方箋薬剤費の低下および安全に対する消費者の不安の増大の 3 点が挙げられている。

2007 年のジェネリック医薬品の処方率は、2005 年の 60%、2006 年の 63%と比較し、67%と増加した。ジェネリック医薬品の価格は、先発医薬品と比較して平均 30-80%低いので、ジェネリック医薬品処方率の増加は薬剤費伸び率の鈍化の原因となる。2006 年から 2007 年にかけて、いくつかの主要な先発医薬品が特許を失ったことにより、ジェネリック医薬品の処方率が高くなったことが、2007 年の医薬品費全体の伸び率の鈍化の一因となっている。

また、処方箋薬剤の価格の対前年比伸び率は、

《図表 18》 国民1人当たり米国医療コスト (NHE) の推移



(出典) CMS, *supra*.

³² Micah Hartman, Anne Martin, Patricia McDonnell, Aaron Catlin, and the National Health Expenditure Accounts Team., “*National Health Spending In 2007: Slower Drug Spending Contributes To Lower Rate Of Overall Growth Since 1998*”, Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2009, 28(1):246-261.

《図表 19》米国医療コスト（NHE）の対前年比伸び率（カテゴリー別）の推移

	1970a	1980a	1990a	2000a	2004	2005	2006	2007
NHE	10.5%	13.0%	10.9%	6.6%	8.2%	6.8%	6.7%	6.1%
医療サービスおよび医療用品費	10.4%	13.3%	11.1%	6.6%	8.2%	6.8%	6.8%	6.2%
個人医療費	10.4%	13.1%	11.0%	6.5%	8.0%	6.8%	6.7%	6.4%
病院費	11.6%	13.9%	9.6%	5.2%	8.0%	7.2%	6.9%	7.3%
専門家によるサービス費	9.5%	12.5%	12.4%	7.0%	8.0%	6.9%	6.4%	6.2%
医師や病院によるサービス費	10.1%	12.9%	12.8%	6.2%	8.1%	7.3%	6.5%	6.5%
その他の教授によるサービス費	6.6%	17.1%	17.5%	8.0%	7.9%	6.0%	4.8%	5.6%
歯科サービス費	9.1%	11.1%	9.0%	7.0%	7.1%	6.0%	4.7%	5.2%
その他	7.3%	10.1%	11.4%	14.5%	9.5%	6.8%	9.8%	5.9%
在宅医療費、ナーシングホームケア費	17.2%	17.2%	12.1%	6.8%	5.8%	6.9%	5.8%	6.7%
在宅医療費 ^b	14.5%	26.9%	18.1%	9.3%	8.8%	12.6%	10.3%	11.3%
ナーシングホームケア費 ^b	17.4%	16.4%	11.0%	6.1%	4.9%	4.7%	4.0%	4.8%
医療用品費	7.8%	9.4%	11.2%	8.7%	9.5%	5.4%	7.4%	4.6%
処方箋薬剤費	7.5%	8.2%	12.8%	11.6%	11.9%	5.8%	8.6%	4.9%
耐久性のある医療機器費	9.7%	8.9%	11.5%	5.6%	4.1%	4.2%	2.0%	0.9%
その他の非耐久性医療機器費	7.4%	11.4%	8.6%	2.9%	2.4%	3.9%	4.0%	5.7%
民間健康保険料と運営費	8.6%	16.0%	12.4%	7.6%	12.0%	7.6%	8.4%	3.6%
政府の公衆衛生活動費	12.8%	16.5%	12.0%	8.1%	5.6%	4.7%	6.5%	6.4%
投資	11.7%	9.9%	9.0%	6.5%	8.2%	7.0%	4.9%	4.8%
研究費 ^c	10.9%	10.8%	8.9%	7.3%	10.9%	3.8%	2.7%	2.7%
構造設備投資	11.9%	9.5%	9.1%	6.2%	7.0%	8.5%	5.8%	5.7%

- (注) a. 1970 年は 1960 - 1970 年、1980 年は 1971 - 1980 年、1990 年は 1981 - 1990 年、2000 年は 1991 - 2000 年の対前年比伸び率の平均。
- b. 在宅医療およびナーシングホームケアを行うための独立した設備のみ。追加サービスは病院設備から提供されるため、「病院費」として参入される。
- c. 製薬会社、その他メーカーおよびその他医療設備・医療用品プロバイダーの研究・開発費は、「研究費」に含まれず、それぞれの製品費用に含まれる。

(出典) Micah Hartman, Anne Martin, Patricia McDonnell, Aaron Catlin, and the National Health Expenditure Accounts Team., "National Health Spending In 2007: Slower Drug Spending Contributes To Lower Rate Of Overall Growth Since 1998", Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2009, 28(1):246-261, Exhibit2(p.248) より損保ジャパン総合研究所作成。

2007 年 1.4%であり、2006 年の 3.5%に比べて鈍化した。処方箋薬剤の価格は、ジェネリック医薬品の利用増加と大型小売チェーン店によるジェネリック医薬品割引プログラムの導入の影響を受けた。

さらに、2007 年、一部の処方箋薬剤の安全に関する不安の高まりが、薬剤利用の傾向にも影響を与えたと考えられている。食品医薬品局 (Food and Drug Administration) は、2003

年 21、2006 年は 58 であった「black box warning³³」を、2007 年は 68 発行した。

(2) メディケア・パート D の状況

2006 年、メディケア・パート D を施行したことにより、メディケアにおける処方箋薬剤給付費の伸び率が増加したが、2007 年は伸び率が鈍化した。2007 年のメディケア・パート D 全体の費用は 476 億ドルであり、422 億ドルは薬

³³ black box warning とは、副作用が引き起こされる危険性があることの警告である。

《図表 20》メディケア・パート D の状況 (2006 年、2007 年)

	2007			2006		
	合計	FFS/PDP ^a	MA/MA-PD ^b	合計	FFS/PDP ^a	MA/MA-PD ^b
メディケア・パートD費(百万ドル)	47,612	38,584	9,028	40,511	32,766	7,745
メディケア・パートD処方箋薬剤費	42,233	34,477	7,755	35,743	29,500	6,244
メディケア・パートD運営費 ^c	5,379	4,107	1,272	4,767	3,266	1,501
加入者数 ^d (百万人)	24.2	16.9	7.3	20.3	14.3	6.0
二重加入者 ^e	5.9	5.2	0.7	5.7	5.1	0.6
その他の低収入者	3.3	2.6	0.6	2.6	2.1	0.5
その他すべて ^f	15.0	9.0	6.0	12.1	7.1	5.0
加入者の構成比(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
二重加入資格者 ^e	24.4	31.1	9.0	28.0	35.8	9.4
その他の低収入者	13.5	15.6	8.7	12.6	14.6	7.9
その他すべて ^f	62.1	53.3	82.3	59.4	49.6	82.7
メディケア・パートD費/加入者数						
一人当たり給付費(ドル)	1,745	2,045	1,057	1,758	2,064	1,034
伸び率(%)	-0.7	-0.9	2.2	- ^g	- ^g	- ^g

(注) FFS (fee-for-service) は出来高払い、PDP (prescription drug plan) は処方箋薬剤プラン、MA (Medicare Advantage) はメディケア・アドバンテージ、MA-PD (Medicare Advantage prescription drug plan) はメディケア・アドバンテージ処方箋薬剤プランである。

- a. 処方箋薬剤プラン単独であり、メディケア・パート D の処方箋薬剤費のみに該当する。
- b. メディケア・パート D 処方箋薬剤費のみに該当する。
- c. 民間保険会社のメディケア・パート D プランの運営費、損益およびその他の給付外要因と同様に政府の運営費を含む。
- d. 雇用主が提供する退職者向け健康保険プランとしてメディケアに加入している者を除く、全加入者。
- e. フルカバーのメディケイド補償にも該当するメディケア受給者。
- f. 低収入補助に該当しない受給者向けのプランも含まれる。
- g. 該当なし。

(出典) Micah Hartman et al., *supra*, Exhibit3(p.250)より損保ジャパン総合研究所作成。

剤費に用いられ、54 億ドルは運営費に用いられた。これは 405 億ドルであった 2006 年から 17.5%の増加であった。薬剤費は 18.2%増加し、運営費は 12.8%増加した。メディケア・パート D 費の増加は、処方箋薬剤給付プラン (prescription drug plan) 単独およびメディケア・アドバンテージ処方箋薬剤給付プラン (medicare advantage prescription drug plan) それぞれで加入者が増加したことが影響している。メディケア・パート D 加入者数は 2006 年 2,030 万人から 2007 年 2,420 万人増加し、19.2%の増加であった。2007 年、メディケ

ア・パート D 費や加入者数は増加したが、1 人当たり給付費は、2006 年 1,758 ドル、2007 年 1,745 ドルであり、2006 年と比べて 0.7%減少した。また、1 人当たりの給付費が低下した要因として、保険会社が製薬会社と薬剤の価格について交渉し、価格の引き下げに努めたこと、薬剤利用の実態についてモニタリングを実施したこと等が挙げられる。

3. 医療コストの支払い主体別の分析

《図表 21》は、医療コストを直接的に負担した主体別 (以下、「支払い主体別」(Source of

Funds) とする。) に見た 1970 年から 2007 年の NHE の対前年比伸び率の推移を示したものである。

民間部門の対前年比伸び率は、2004 年から 2006 年にかけて減少したものの、2007 年は上昇に転じた。一方、公的制度においては、2006 年から 2007 年にかけて 8.2% から 6.4% に低下した。公的制度のうち、メディケアは、2006 年から 2007 年にかけて 18.5% から 7.2% へと大幅に減少した。一方、メディケイドにおいて

は、2006 年から 2007 年にかけて -0.7% から 6.4% に上昇した。メディケアの対前年比伸び率が減少し、メディケイドの対前年比伸び率が増加した原因は、2006 年 1 月にメディケア・パート D が施行されたことにより、メディケアとメディケイドの二重加入資格者が一時的にメディケアに加入する動きが見られたが、2007 年は二重加入資格者のメディケアへの移行の動きが収まり、2006 年以前の通常の伸び率に戻ったことが関連している³⁴。

《図表 21》米国医療コスト (NHE) の対前年比伸び率 (支払い主体別) の推移

	1970a	1980a	1990a	2000a	2004	2005	2006	2007
NHE	10.5%	13.0%	10.9%	6.6%	8.2%	6.8%	6.7%	6.1%
民間部門	8.5%	12.1%	11.3%	5.9%	7.6%	6.6%	5.4%	5.8%
消費者 (consumer payments)	8.0%	12.1%	11.3%	5.8%	8.0%	6.4%	5.3%	5.8%
自己負担	6.8%	8.8%	8.9%	3.6%	5.1%	5.2%	3.3%	5.3%
民間健康保険会社	10.2%	16.1%	13.0%	6.9%	9.2%	6.8%	6.0%	6.0%
その他の民間部門	12.2%	12.2%	11.1%	6.6%	5.3%	7.8%	6.1%	5.6%
公的制度	15.3%	14.2%	10.4%	7.6%	8.9%	7.0%	8.2%	6.4%
連邦政府	20.0%	15.0%	10.5%	8.0%	9.5%	6.8%	10.5%	6.6%
メディケア ^b	-e	17.1%	11.4%	7.4%	8.5%	9.1%	18.5%	7.2%
メディケイド ^c	-e	17.7%	11.4%	10.7%	9.9%	4.0%	-1.6%	6.4%
その他の連邦政府	9.7%	10.7%	7.7%	6.2%	11.4%	5.0%	5.9%	5.1%
州政府	10.2%	12.8%	10.3%	6.8%	7.6%	7.6%	2.6%	6.0%
メディケイド ^b	-e	16.8%	10.4%	10.3%	9.4%	12.0%	0.6%	6.5%
その他の州政府 ^c	7.3%	11.3%	10.3%	4.5%	6.0%	3.3%	4.7%	5.5%
メディケイド全体 ^d	-e	17.3%	11.0%	10.5%	9.7%	7.2%	-0.7%	6.4%

(注) a. 1970 年は 1960 - 1970 年、1980 年は 1971 - 1980 年、1990 年は 1981 - 1990 年、2000 年は 1991 - 2000 年の対前年比伸び率の平均。

b. State Children's Health Insurance Program (以下、「SCHIP」とする。)、母子保健、社会復帰リハビリテーション、Substance Abuse and Mental Health Services Administration、Indian Health Service、連邦政府の職員災害補償、公衆衛生活動、国防総省が提供する軍人向けプログラム、退役軍人局が提供する退役軍人向けプログラムおよびその他総合病院と医療プログラムが含まれる。

c. SCHIP、母子保健、公的扶助・一般扶助、社会復帰リハビリテーション、州や地方 (local) 政府の病院補助、公衆衛生活動およびその他総合医療プログラムが含まれる。

d. 連邦政府、州政府および地方政府を合わせた比率。

e. メディケア、メディケイドは 1966 年 7 月に創設されたため、1960 年・1970 年の平均が算出できない。

(出典) Micah Hartman et al., *supra*, Exhibit 2(p.254)より損保ジャパン総合研究所作成。

³⁴ Micah Hartman et al., *supra*.

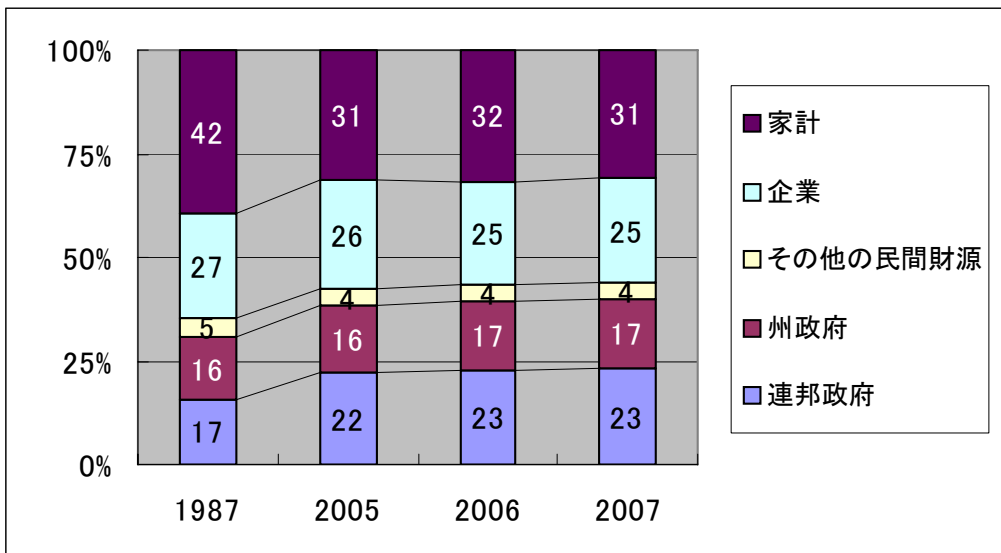
4. 医療コストの財源別の分析

《図表 22》は、医療コストのうち、医療サービスおよび医療用品費（処方箋薬剤、医療機器）³⁵ について、1987年から2007年に実質的に費用を負担した主体別（以下、「財源別」（Type of Sponsor）とする。）³⁶ の負担割合を分析したものである。医療サービスおよび医療用品費に占める財源別の比率は、長期的な推移を見ると、まず、家計の負担割合は、1987年から2007年にかけて42%から31%に低下した。一方、連邦政府および州政府の負担は、1987年から2007年にかけて、33%から40%に増加した。2006年から2007年にかけては、メディケア・パートD導入の影響もなくなり、医療サービスおよび医療用品費の財源別負担割合に大きな変動はなかった。

《図表 23》は、医療サービスおよび医療用品費に占める財源別負担額の対前年比伸び率を小

項目の寄与度を含めて示したものである。家計において、家計が拠出する民間健康保険料およびメディケア給与税・保険料の伸び率は2007年に低下している一方、自己負担医療費用の伸び率は増加した。連邦政府・州政府について見ると、連邦政府は2007年に7.0%の伸び率であり、2006年の10.1%から低下した一方、州政府は2007年に6.3%の伸び率であり、2006年の4.9%から増加した。州政府の伸び率が増加した要因として、メディケイドの伸び率が2006年に1.0%であったのに対し、2007年は6.6%と増加したことが挙げられる。メディケイドプログラムは、州政府の医療サービスおよび医療用品費の41%を占めているため、メディケイドの伸び率の増加が州政府全体の伸び率を引き上げた。

《図表 22》 医療サービスおよび医療用品費の財源別負担割合の推移



(出典) Micah Hartman et al., *supra*, Exhibit 6 (p. 259)より損保ジャパン総合研究所作成。

³⁵ NHE は、Health Services and Supplies（医療サービスおよび医療用品費）および Investment（投資）に分別される。

³⁶ 企業、家計、その他の民間および政府を指す。

《図表 23》医療サービスおよび医療用品費の財源別負担額の伸び率の推移（小項目の寄与度を含む）

	2005	2006	2007
医療サービスおよび医療用品費	7.8%	6.8%	6.2%
企業、家計、その他の民間	6.9%	6.1%	5.8%
企業	7.8%	3.9%	5.6%
雇用主が拠出する民間健康保険料	8.4%	3.6%	6.1%
その他a	6.1%	4.5%	4.0%
家計	6.4%	7.9%	5.9%
家計が拠出する民間健康保険料b	8.9%	9.4%	6.2%
メディケア給与税と保険料c	7.2%	14.5%	6.4%
自己負担医療費	4.6%	3.3%	5.3%
その他の民間	6.1%	7.0%	6.8%
政府	9.5%	7.8%	6.7%
連邦政府	10.0%	10.1%	7.0%
職員向け民間健康保険料	9.1%	5.0%	5.0%
メディケアHI Trust Fundへの 支払い給与税	3.8%	2.3%	4.1%
メディケア	11.5%	30.6%	8.1%
メディケイドd	11.0%	-1.2%	6.5%
その他のプログラムe	7.6%	7.3%	6.6%
州政府	8.8%	4.9%	6.3%
職員向け民間健康保険料	10.7%	3.8%	5.1%
メディケアHI Trust Fundへの 支払い給与税	6.3%	4.9%	6.7%
メディケイドd	10.5%	1.0%	6.6%
その他のプログラムf	5.6%	13.2%	7.3%

- (注) a. 雇用主が負担するメディケア入院保険（Hospital Insurance、以下、「メディケア HI」とする。）の給与税、所得保障保険、労働者災害補償および industrial in-plant という雇用主が提供する医療ユニットが含まれる。
- b. 雇用主が提供する保険への従業員の保険料および個人が購入した保険料が含まれる。
- c. 従業員および個人事業主の給与税、ならびに、メディケア HI および Supplementary Medical Insurance (SMI, Part B) Trust Funds へ支払われる保険料が含まれる。
- d. メディケアにも加入している二重資格者が含まれる。
- e. SCHIP、母子保健、社会復帰リハビリテーション、Substance Abuse and Mental Services Administration、Indian Health Service、連邦政府の職員災害補償、公衆衛生活動、国防総省が提供する軍人向けプログラム、退役軍人局が提供する退役軍人向けプログラムおよびその他総合病院と医療プログラムが含まれる。
- f. 州が徐々に支払いを減らしている次のものに対する支払いも含む。SCHIP、母子保健、公的扶助・一般扶助、社会復帰リハビリテーション、州や地方（local）政府の病院補助および公衆衛生活動を含む。

(出典) Micah Hartman et al., *supra*, Exhibit6(p.259)より損保ジャパン総合研究所作成。

IV. Consumer Driven Health Plan (CDHP) の概要と動向

本誌第 47 号でも取り上げたように、上昇傾向にある医療コストの抑制を図るため、近年企業が従業員向け福利厚生プランの新たな選択肢として CDHP を導入しつつある。CDHP とは、HRA や HSA といった、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。

本章では、CDHP そのものについて税制上の側面も踏まえて概観し、次いで CDHP の市場の動向を、加入者数・マーケットシェア・(HSA を組み合わせた CDHP に関する) セグメント別状況という観点から取り上げる。次いで、CDHP に関する保険会社による調査結果を紹介する。さらに、CDHP 導入企業の事例および HSA を運営・管理する銀行（またはその一事業部門）の事例を紹介する。

なお、文献等によっては、CDHP と同趣旨の内容のものに対して別の表現（例：“consumer-directed health plan”、“consumer-driven health”、“CDH”）が用いられているケースも見受けられるが、本章では一律“CDHP”を

用いる。

1. CDHP の概要

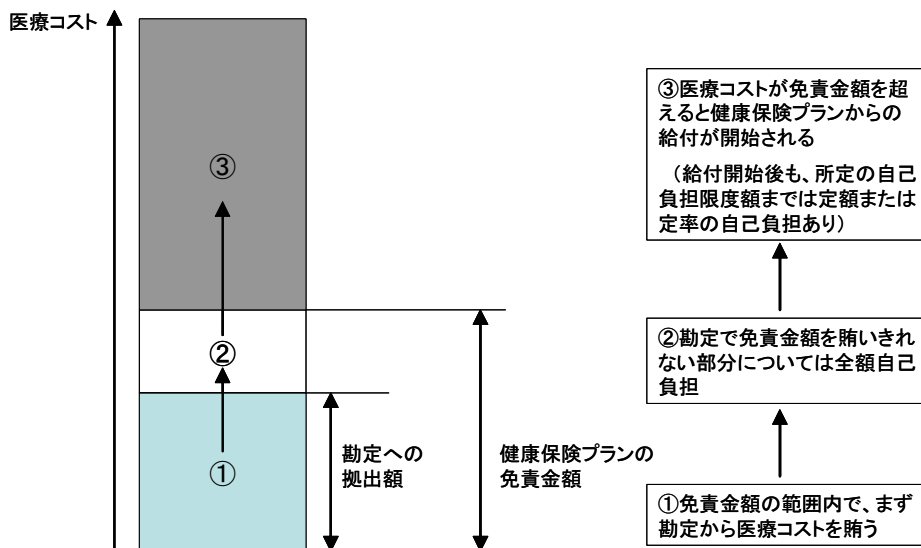
(1) CDHP とは

《図表 24》は、CDHP の概念を示したものである。加入者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 24》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 24》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（定額または定率）を負担する（《図表 24》の③）。

(2) 医療コストを賄うための種々の勘定

CDHP で用いられる勘定の例として先に挙げた HRA や HSA 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。《図表 25》は、医療コストを賄う目的で用いられる種々の勘定の特徴を比較したものである。なお、Medical Savings Account（以下、「MSA」とする。）については《図表 25》に示されているものとは別に、公的制度で

《図表 24》 CDHP の概念図



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

あるメディケアにおいて、同制度のメディケア・アドバンテージを選択した者への選択肢として、免責金額が高く設定された健康保険プランと MSA を組み合わせたプランが提供されている³⁷。

従業員はこのような勘定を有することにより、勘定への拠出金が所得から控除されること、また、所得控除の対象となる医療コストを賄うための勘定からの払い戻しが非課税となること、といったメリットを享受できる³⁸。

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、保険会社または連邦財務省内国歳入庁が個人退職積立勘定 (individual retirement arrangement. 以下、「IRA」とする。) もしくは MSA の受託者として認めた機関であり、ある者の HSA を開設できる受託者は、その者が加入し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³⁹。

《図表 25》に示されるように、MSA と HSA については、内国歳入法 (以下、「税法」とする。) 上の拠出額の上限があり (拠出額がこの上限を超える場合、その超過分が課税対象となる。)、さらに免責金額の上限・下限や自己負担額の上限について税法上の要件を満たす健康保険プラン (High Deductible Health Plan. 以下

「HDHP」とする。) ⁴⁰への加入が必須とされている⁴¹。これらの税法上の限度額については、次項で説明する。

さらに HSA については、2006 年の Tax Relief and Health Care Act of 2006⁴²の成立により、運用ルールの見直しが行われている。具体的には、①HSA を組み合わせた CDHP へ切り替えようとする従業員について、雇用主が 2011 年までの間に Flexible Savings Arrangement (以下、「FSA」とする。) または HRA から HSA に資金を移管できる (ただし、従業員 1 名につき 1 回が限度) こと、②HSA への拠出の限度額を「税法上の上限額と HDHP の免責金額のうち低額の方」から「税法上の上限額」に改めること (HDHP の免責金額による制限の撤廃)、等である⁴³。

(3) MSA、HSA における税法上の限度額

①MSA

MSA における HDHP の免責金額⁴⁴および自己負担額の税法上の限度額は、消費者物価指数 (以下、「CPI」とする。) の上昇率を踏まえて毎年改定される⁴⁵。《図表 26》は、これらの限度額の 2004 年～2008 年における推移を示したものである。また税法上、MSA における拠出額の上限は HDHP の免責金額の 75% (単身

³⁷ Centers for Medicare & Medicaid Services, "Medicare & You 2009", pp.50,55 (visited Jan.16, 2009) <<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>>.

³⁸ "Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans", U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (visited Jan.13, 2009) <<http://www.irs.gov/formspubs/index.html>>, pp.1-2. なお、この文献は所得税申告に関係するものであり毎年改定されているが、本稿では特に明記しない限り、2008 年版を引用している。

³⁹ U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969, *supra*, p.2.

⁴⁰ 第 II 章で述べた「HDHP」は、HSA との組み合わせが可能な、税法上の要件を満たす健康保険プランだけでなく、HRA と組み合わせて提供される、免責金額が一定額以上の健康保険プランも含めた広義な内容のものであるが、本章における「HDHP」は、HSA (または MSA) との組み合わせが可能な、税法上の要件を満たす健康保険プランのみを指す。

⁴¹ HDHP における自己負担額 (または免責金額とそれ以外の自己負担額を合算した金額) については、保険料負担を含まない金額について上限が定められている。26 U.S.C. §220, 223 (2007).

⁴² Pub. L. No. 109-432, 120 Stat. 2922 (2006).

⁴³ U.S. Department of Treasury News, "President Bush Signs Bill to Make Health Care more Affordable, Accessible", Dec.20, 2006 (visited Mar.17, 2009) <<http://www.treas.gov/press/releases/hp209.htm>>.

⁴⁴ 州法上必要とされる場合には、予防的医療に関する免責金額は設定されなくてもよい。26 U.S.C. §220 (2007).

⁴⁵ CPI の上昇率から算出された金額を端数処理して、50 ドル単位で引き上げられる。26 U.S.C. §1, 220 (2007).

《図表 25》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 (Flexible Spending Arrangement)	MSA ^a (Medical Savings Account)	HRA (Health Reimbursement Arrangement)	HSA ^b (Health Savings Account)
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
企業の従業員・自営業者 の利用可否	・全ての従業員が利用可能 ・自営業者は利用不可	・従業員数50名以下の小企 業 ^c の従業員が利用可能 ・自営業者が利用可能	・全ての従業員が利用可能 ・自営業者は利用不可	・全ての従業員が利用可能 ・自営業者が利用可能
(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、従業員のいずれか 一方	雇用主	雇用主、従業員的一方また は双方
税法上の拠出額の上限の 有無	なし	あり	なし	あり
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
税法上の要件を満たす健 康保険プランへの加入の 必要有無	なし	あり	なし	あり

(注) a. メディケア加入者は利用できない。また以下のいずれにも該当しない者は、2008年1月1日より、新たにMSAの利用を開始することができないこととされている。

- ・2008年1月1日より前に年度末となる課税年度にMSAを利用していた。
- ・従業員にMSAを提供する企業においてHDHPに加入し、2007年12月31日より後に年度末となる課税年度に、MSAの利用を開始することとなった。

b. メディケア加入者は利用できない。

c. MSA提供開始時点で従業員数が50名以下であった企業が、その後従業員数50名超となった場合でも、従業員数50名以下であった最後の年にその企業がMSAに拠出を行っており、かつ1996年より後の各年の平均従業員数が200名以下であれば、その企業は引き続き、MSAにおける「小企業」の条件を満たしていると思なされる。

(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 (visited Jan.13, 2009)
<<http://www.irs.gov/formspubs/index.html>>.
- ・ RAND, *“Consumer Directed” Health Plans: Implications for Health Care Quality and Cost*, California Healthcare Foundation, June 2005, pp.10-11 (visited Jan. 14, 2009)
<<http://www.chcf.org/topics/healthinsurance/index.cfm?itemID=111973>>.
- ・ *“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>>.

《図表 26》MSA における HDHP に関する税法上の限度額の推移（2004 年～2008 年）

		2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
単身カバー	免責金額の下限	\$1,700	\$1,750	\$1,800	\$1,900	\$1,950
	免責金額の上限	\$2,600	\$2,650	\$2,700	\$2,850	\$2,900
	自己負担額の上限	\$3,450	\$3,500	\$3,650	\$3,750	\$3,850
家族カバー	免責金額の下限	\$3,450	\$3,500	\$3,650	\$3,750	\$3,850
	免責金額の上限	\$5,150	\$5,250	\$5,450	\$5,650	\$5,800
	自己負担額の上限	\$6,300	\$6,450	\$6,650	\$6,900	\$7,050

(出典) 以下の文献の 2004 年～2008 年版より損保ジャパン総合研究所作成。

U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969, *supra*.

《図表 27》HSA における HDHP および拠出に関する税法上の限度額の推移（2004 年～2009 年）

		2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
単身カバー	免責金額の下限	\$1,000	\$1,000	\$1,050	\$1,100	\$1,100	\$1,150
	「免責金額とそれ以外の自己負担額の合計額」の上限 ^a	\$5,000	\$5,100	\$5,250	\$5,500	\$5,600	\$5,800
	拠出額の上限 ^b	\$2,600 ^c	\$2,650 ^c	\$2,700 ^c	\$2,850	\$2,900	\$3,000
家族カバー	免責金額の下限	\$2,000	\$2,000	\$2,100	\$2,200	\$2,200	\$2,300
	「免責金額とそれ以外の自己負担額の合計額」の上限 ^a	\$10,000	\$10,200	\$10,500	\$11,000	\$11,200	\$11,600
	拠出額の上限 ^b	\$5,150 ^c	\$5,250 ^c	\$5,450 ^c	\$5,650	\$5,800	\$5,950
55歳以上の者が上記拠出額の上限に追加して拠出できる金額 ^d		\$500	\$600	\$700	\$800	\$900	\$1,000

(注) a. 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金額である。

b. 毎月の拠出額の上限は、この金額の 1/12 である。26 U.S.C. §223 (2007).

c. 2006年までは、この金額と HDHP の免責金額のうち低額の方が拠出額の上限とされた。

d. 2009 年以降は各年とも \$1,000 となる。

(出典) 以下の文献の 2004 年～2008 年版より損保ジャパン総合研究所作成。

U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969, *supra*.

カバーの場合は 65%) である⁴⁶一方、収入額による制限が存在し、従業員の場合は HDHP の提供を受けている企業から得た給与額、自営業者の場合は（経費を除いた正味の）勤労所得額を超過してはならないと定められている⁴⁷。

なお、MSA から他の勘定（HSA または別の MSA）への移管（rollover）に関して、1 年あたり 1 回に限り、以下のルールが適用される。すなわち、MSA から引き出しを行った後 60 日以内に他の勘定に移管した場合に、当該移管のために移管元の MSA から引き出した金額は、

所得控除の対象となる医療コストと同様に所得から控除されるとともに、移管先勘定への（所得税申告上の）拠出額の算出対象から除外される⁴⁸。

②HSA

HSA における拠出額、HDHP の免責金額⁴⁹ および「免責金額とそれ以外の自己負担額の合計額」の税法上の限度額は、CPI の上昇率を踏まえて毎年改定される⁵⁰。また 55 歳以上の者については、税法上の拠出額の上限に追加して、年ごとに指定された金額を拠出できる⁵¹。《図表

⁴⁶ 毎月の拠出額の上限は、この金額の 1/12 である。26 U.S.C. §220 (2007).

⁴⁷ U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969, *supra*, p.12.

⁴⁸ 26 U.S.C. §220 (2007).

⁴⁹ 予防的医療に関する免責金額は設定されなくてもよい。26 U.S.C. §223 (2007).

⁵⁰ CPI の上昇率から算出された金額を端数処理して、50 ドル単位で引き上げられる。26 U.S.C. §1, 223 (2007).

⁵¹ 26 U.S.C. §223 (2007).

27》は、これらの限度額の2004年～2009年における推移を示したものである。

なお、HSAから他の勘定（別のHSA）への移管に関して、1年あたり1回に限り、以下のルールが適用される。すなわち、HSAから引き出しを行った後60日以内に他の勘定に移管した場合に、当該移管のために移管元のHSAから引き出した金額は、所得控除の対象となる医療コストと同様に総所得から控除されるとともに、移管先勘定への（所得税申告上の）拠出額の算出対象から除外される⁵²。

2. CDHPの市場の概観

(1) 加入者数

《図表28》に示されるとおり、CDHPの加入者数は増加の傾向にあり、2007年半ばの時点で900万人近くが加入していると推計されている。

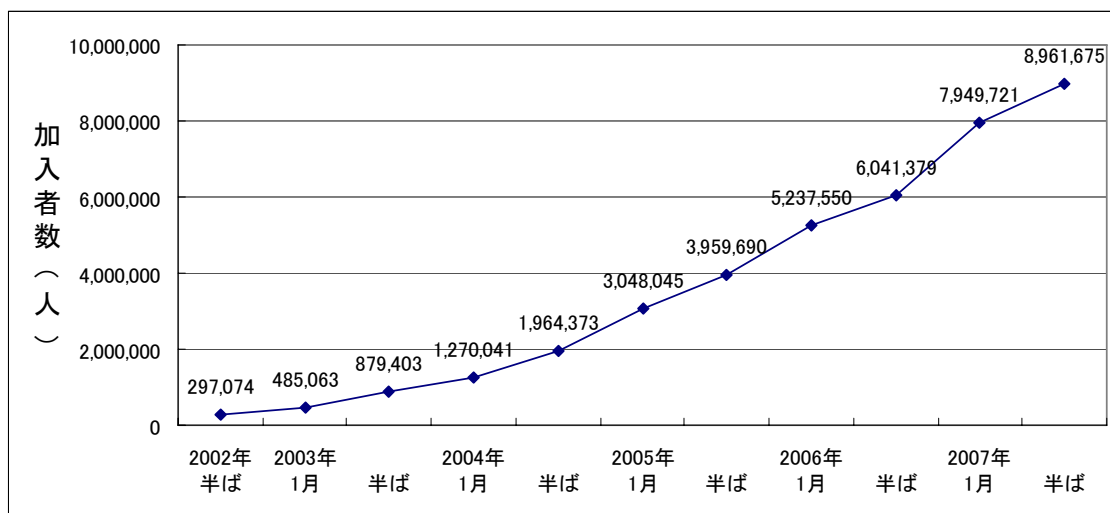
(2) マーケットシェア

2007年半ばにおけるCDHPのマーケットシェア（加入者数ベース）は、《図表29》に示されるとおりであり、上位3社はUnitedHealth Group (24%)、WellPoint (15%)、Aetna (10%)であった。

(3) HSAを組み合わせたCDHPのセグメント別状況

米国の健康保険会社を代表する団体であるAmerica's Health Insurance Plans（以下、「AHIP」とする。）は2008年1月、HSAを組み合わせたCDHPを提供する健康保険会社を対象に、HSAを組み合わせたCDHPの加入状況等に関する調査を行い、その結果を同年4月に公表した⁵³。以下、この調査結果をもとに、HSAを組み合わせたCDHPのセグメント別状況を概観する。

《図表28》CDHPの加入者数の推移（2002年半ば～2007年半ば）



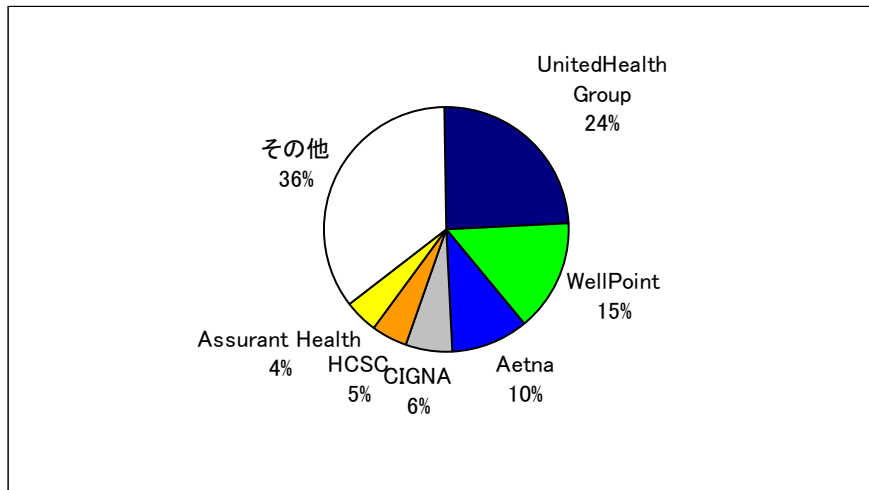
(注) HRA または HSA を組み合わせた CDHP の加入者数を表している。

(出典) “Consumer Driven Care Guidebook 2008”, MCOL, 2008, p.8.

⁵² Ibid.

⁵³ “January 2008 Census Shows 6.1 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”, AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008 (visited Jan. 22, 2009) <http://www.ahipresearch.org/pdfs/2008_HSA_Census.pdf>. なお、本調査結果において用いられているセグメントのうち、「大規模集団向け市場」「小規模集団向け市場」のいずれに区分されるかについては、調査対象の各健康保険会社における内部的な報告基準または各州固有の要件に基づいて特定される。

《図表 29》CDHP のマーケットシェア（2007 年半ば、加入者数ベース）



(注) HRA または HSA を組み合わせた CDHP の加入者数に基づく。

(出典) MCOL, 2008, *supra*, p.9.

《図表 30》HSA を組み合わせた CDHP の加入者数（セグメント別、2008 年 1 月）

セグメント	加入者数	全体に対する割合
個人向け市場	1,502,000	24.6%
小規模集団向け市場	1,816,000	29.7%
大規模集団向け市場	2,777,000	45.4%
その他 ^(注)	23,000	0.4%
合計	6,118,000	100.0%

(注) 集団向け市場であることは明らかであるがその規模が不明であったもの、または、そもそもセグメント自体が不明であったものが含まれる。

(出典) “January 2008 Census Shows 6.1 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”, AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008 (visited Jan. 22, 2009)

<http://www.ahipresearch.org/pdfs/2008_HSA_Census.pdf>, p.4 をもとに損保ジャパン総合研究所作成。

①セグメント別加入者数

2008 年 1 月の調査結果によれば、HSA を組み合わせた CDHP の加入者数は 611 万 8,000 人であり、2007 年 1 月時点の 453 万 2,000 人から 158 万 6,000 人増加した。《図表 30》は、個人向け市場、小規模集団向け市場、大規模集団向け市場といったセグメント別の 2008 年 1 月時点の加入者数の内訳を示したものである。

②セグメント別の負担と給付の水準

《図表 31》は、HSA を組み合わせた CDHP における HDHP（最も多く提供されているもの）の年間保険料の平均をセグメント別に示したものである。小規模集団向け市場と大規模集団向け市場は、ほぼ同じ保険料水準であった。

また《図表 32》、《図表 33》は、それぞれ単身カバー、家族カバーについて、HSA を組み合わせた CDHP における HDHP（最も多く提供されているもの）の年間免責金額・年間自己負

《図表 31》 HSA を組み合わせた CDHP における HDHP（最も多く提供されているもの）の年間保険料の平均（セグメント別・2008年1月）

セグメント		単身カバー	家族カバー
個人向け市場	20-29歳	\$1,519	\$3,825
	30-54歳	\$2,278	\$5,125
	55-64歳	\$3,724	\$7,170
小規模集団向け市場		\$3,189	\$8,125
大規模集団向け市場		\$3,185	\$8,241

(出典) AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008, *supra*, pp.6-8.

《図表 32》 HSA を組み合わせた CDHP における HDHP（最も多く提供されているもの）の負担と給付に関するセグメント別比較（単身カバー・2008年1月）

セグメント	年間免責金額の平均	年間自己負担限度額の平均	生涯給付限度額の平均(百万ドル) ^(注)	生涯給付額の限度がないカバーの割合
個人向け市場	\$2,600	\$3,661	3.9	21%
小規模集団向け市場	\$2,244	\$3,462	3.9	33%
大規模集団向け市場	\$2,046	\$3,194	3.6	35%

(注) 生涯給付額に限度を設けている健康保険会社のプランのみを平均算出の対象としている。

(出典) AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008, *supra*, pp.6-8.

《図表 33》 HSA を組み合わせた CDHP における HDHP（最も多く提供されているもの）の負担と給付に関するセグメント別比較（家族カバー・2008年1月）

セグメント	年間免責金額の平均	年間自己負担限度額の平均	生涯給付限度額の平均(百万ドル) ^(注)	生涯給付額の限度がないカバーの割合
個人向け市場	\$4,846	\$7,057	3.9	23%
小規模集団向け市場	\$4,356	\$6,690	3.9	35%
大規模集団向け市場	\$3,998	\$6,110	3.7	38%

(注) 生涯給付額に限度を設けている健康保険会社のプランのみを平均算出の対象としている。

(出典) AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008, *supra*, pp.6-8.

担限度額・(限度額の設定があるプランにおける)生涯給付限度額の平均および生涯給付額の限度がないカバーの割合を、セグメント別に示したものである。単身カバー・家族カバーとも、3つのセグメントの中では、大規模集団向け市場のものが、年間免責金額・年間自己負担限度額が最も低く、また生涯給付額の限度がないカバーの割合が最も高かった。

3. CDHP に関する健康保険会社による調査結果

(1) Aetna による調査の結果

Aetna の CDHP である「Aetna HealthFund」は、2001年9月の導入当初は自家保険で健康保険プランを運営する大企業が提供対象であったが、2002年7月には中規模企業向けにも完全保険型の提供が開始された⁵⁴。

Aetna は、同社が提供する健康保険プランの加入者 260 万人を対象に、6 年間の医療費請求

⁵⁴ Aetna Press Release, "Aetna Launches Next Generation in Aetna HealthFund™ Family of Products" July 11, 2002 (visited Oct.15, 2008) <http://www.aetna.com/news/2002/pr_20020711.htm>.

および医療サービスの利用状況に関する調査を行い、2009年3月に調査結果の概略を公表した⁵⁵。調査対象の260万人は、AetnaのCDHP（HRAを組み合わせたタイプとHSAを組み合わせたタイプ）を提供している200の企業の従業員である。このうちCDHP加入者は41万人である。

以下は、公表された調査結果の概要である。

- CDHPへの完全切替（full replacement）を行った企業に関しては、5年間で加入者1万人当たり2,100万ドルのコストが削減された。
- CDHPを選択肢の1つとして提供している企業に関しては、5年間で加入者1万人当たり700万ドルのコストが削減された。
- CDHPを選択肢の1つとして提供し、かつAetnaが最良と認める戦略を遂行する企業に関しては、5年間で加入者1万人当たり2,300万ドルのコストが削減された。
- CDHPの加入者は、PPO型の健康保険プランの加入者よりも頻繁に予防医療を利用しようとしており、またプライマリケア医による非定例的な医療の利用が10%低く、専門医による医療の利用が15%低い。
- CDHPの加入者は、PPO型の健康保険プランの加入者と比較して、同程度かより高いレベルの糖尿病・乳がん・子宮頸がんの検査を利用している。
- CDHPの加入者は、PPO型の健康保険プランの加入者と比較して、同程度かより高い割合で、糖尿病・うっ血性心不全・冠状動脈疾患・高コレステロールといった慢性疾患を治療するために必要な処方箋薬剤を利用している。

合で、糖尿病・うっ血性心不全・冠状動脈疾患・高コレステロールといった慢性疾患を治療するために必要な処方箋薬剤を利用している。

- CDHPの加入者は、PPO型の健康保険プランの加入者の2倍の割合で、健康や医療コストに関する消費者向けツール・情報を利用している。

（2）CIGNAによる調査の結果

CIGNAのCDHPである「CIGNA Choice Fund」は2005年1月1日に提供が開始され⁵⁶、現在、従業員200人以上の企業（一部の州では従業員50人以上の企業）に提供されている⁵⁷。

2007年10月、CIGNAは同社のCDHPおよびHMOやPPOといった従来型健康保険プラン（以下、「従来型プラン」とする。）の加入者を対象に、保険金請求データに基づく医療コスト発生状況等に関する調査結果を公表した⁵⁸。

この調査は、CIGNAが健康保険プランを提供している119の顧客企業の従業員であって、CIGNAの健康保険プランに2005年、2006年に加入していた者43万人余りを対象としており、その内訳は、CDHP加入者が11万1,000人、CDHPへの切替を行わなかった従来型プラン加入者（以下、「従来型プラン継続加入者」とする。）が32万人であった。CDHP加入者11万1,000人のうち、4万5,000人がCDHP加入2年目、6万6,000人がCDHP加入1年目であっ

⁵⁵ Aetna News Release, “Aetna Announces Results of a Six-Year Study of Consumer-Directed Health Plans”, Mar.10, 2009 (visited Mar.12, 2009) <http://www.aetna.com/news/newsReleases/2009/0310_AHF_Results.html>.

⁵⁶ CIGNA News Release, “CIGNA HealthCare Successfully Implements CareGain’s Consumer Directed Healthcare Technology for 2005 Enrollment”, Mar.23, 2005 (visited Oct.7, 2008) <http://newsroom.cigna.com/article_display.cfm?article_id=519>.

⁵⁷ CIGNA, “CIGNA Plans & Services – Medical Consumer Driven Health plans”(visited Mar.17, 2009) <http://www.cigna.com/our_plans/medical/consumer_driven_plans.html>.

⁵⁸ CIGNA News Release, “CIGNA Consumer Driven Health Plans Cut Medical Trend in Half; Member Savings Compound over Time, Two-Year Experience Study Finds”, Oct. 17, 2007 (visited Oct. 2, 2008) <http://newsroom.cigna.com/article_display.cfm?article_id=793>, CIGNA, “CIGNA Choice Fund® Experience Study - Summary of Key Findings -”, Oct 2007 (visited Oct. 2, 2008) <http://cigna.tekgroup.com/images/56/CIGNA_CDHP_Study.pdf>.

た⁵⁹。

以下、CIGNAが2007年10月に公表した調査結果のうち、医療コスト⁶⁰削減効果、予防外来医療の利用回数、CDHP加入者の医療コスト負担割合の変化、HRAの利用状況を取り上げ、調査結果に対するCIGNAの見方とともに紹介する⁶¹。

①医療コスト削減効果

a. 従来型プランからCDHPに切り替えた加入者と従来型プラン継続加入者の比較

2006年における医療コストの対前年比増減率を、CDHP加入1年目の加入者と従来型プラン継続加入者について比較した結果、前者は4.1%減少、後者は9.0%増加であった。

2006年における医療コストの比較では、CDHP加入1年目の加入者は従来型プラン継続加入者よりも12%強少なかった。CIGNAによれば、従来型プランからCDHPに切り替えて1年目の医療コスト削減効果は、健康リスクのレベル、サービスの種類、CDHPと組み合わせる勘定の種類（HRAかHSAか）に関わりなく確認された。

b. CDHP加入2年目の加入者と従来型プラン継続加入者の比較

2006年における医療コストの対前年比増減率を、CDHP加入2年目の加入者と従来型プラン継続加入者について行った結果、前者は4.4%増加、後者は9.8%増加であった。2006年における医療コストの比較では、CDHP加入2年目

の加入者は従来型プラン継続加入者よりも約5%少なかった。

CIGNAはこのようなコスト削減の主因として、高リスク患者のコスト抑制、外来診療コストの削減および専門医療コストが従来型プランの場合よりも約3%削減されたことを指摘している。

②予防外来医療の利用回数

《図表34》に見られるように、CDHP加入者は従来型プラン加入者よりも予防外来医療を利用する傾向が強い。

③CDHP加入者の医療コスト負担割合の変化

2005年に従来型プラン加入者であって、2006年にCDHP（HRAを組み合わせたもの）に切り替えた者の医療コスト負担（保険料負担を含まない）割合を対象者全員についてみると、2005年と2006年で同水準であった。《図表35》は、2005年に従来型プラン加入者であって、2006年にCDHP（HRAを組み合わせたもの）に切り替えた者の医療コスト負担割合を、対象者全体及び請求額水準別に示したものである。

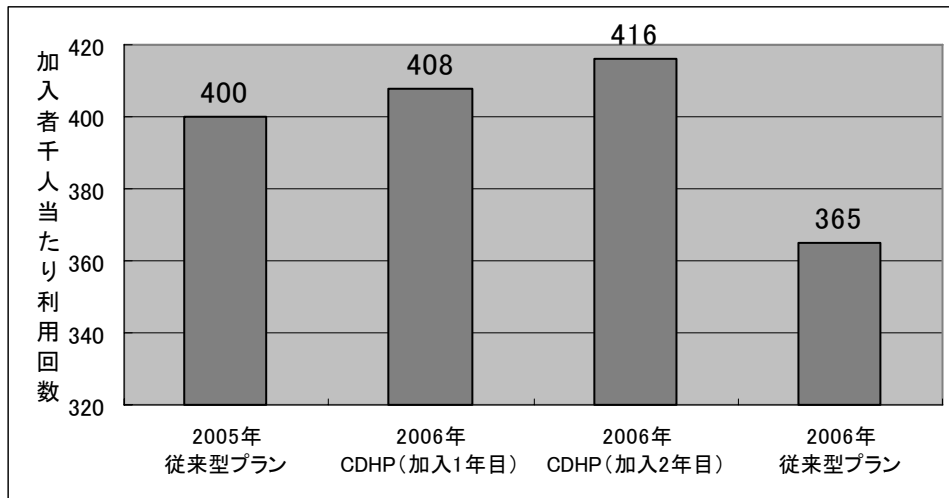
一方、2005年からCDHP（HRAまたはHSAを組み合わせたもの）に加入している者について見ると、2006年は2005年に比べて医療コスト負担割合が4%低かった。

⁵⁹ 原文に明記はないが、公表された分析結果と併せて考えると、CDHP加入1年目の6万6,000人は、2005年に従来型プランであったが、2006年にCDHPに切り替えた者であると推察される。

⁶⁰ CIGNAの調査結果における「医療コスト（medical costs）」には、薬剤コスト（pharmacy costs）は含まれていない。薬剤コスト自体についても調査結果において公表されているが、本稿では取り上げていない。

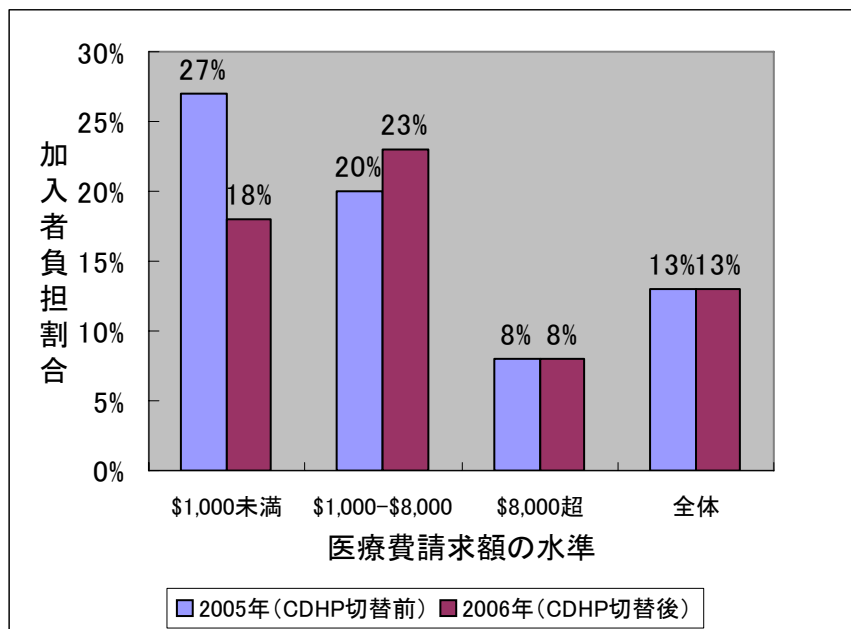
⁶¹ CDHP加入者と従来型プラン継続加入者を比較する分析においては、それぞれの集団のリスク構造を、調査対象集団全体のリスク構造に合わせて調整することにより、データ分析結果の標準化がなされている。また、5万ドルを超える巨額の医療費請求データは調査対象から除外されている。

《図表 34》 CIGNA の健康保険プランの加入者における予防外来医療の利用回数
(加入者 1,000 人当たり)



(出典) CIGNA, “CIGNA Choice Fund® Experience Study - Summary of Key Findings -”, Oct 2007 (visited Oct. 2, 2008) <http://cigna.tekgroup.com/images/56/CIGNA_CDHP_Study.pdf>.

《図表 35》 CIGNA の健康保険プランの加入者における、プランの切替（従来型プラン→CDHP（HRAを組み合わせたもの））による医療コスト負担割合の変化（請求額水準別および対象者全体）



- (注) a. 加入者の保険料負担は含まれない。
b. 医療コストのみ対象。
c. コストデータの補正は行っていない。

(出典) CIGNA, Oct 2007, *supra*.

④HRA の利用状況

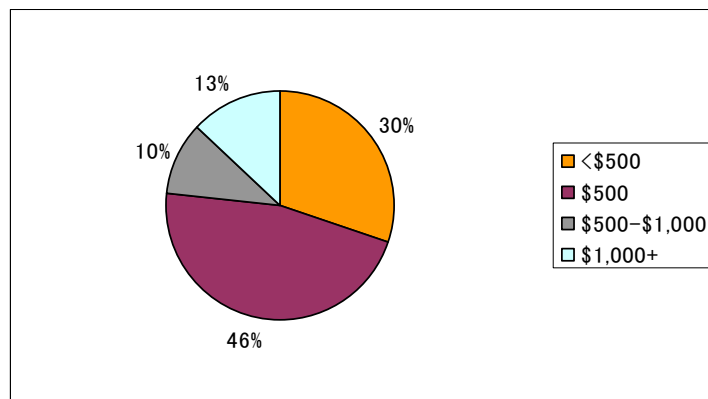
a. 雇用主による HRA への拠出金額

《図表 36》は、CDHP のうち HRA を組み合わせたプランを提供する企業の雇用主が HRA に拠出する金額の分布を表したものである。大半の企業の雇用主は 500 ドル以上を拠出している⁶²。

b. 加入者による拠出金の使用状況

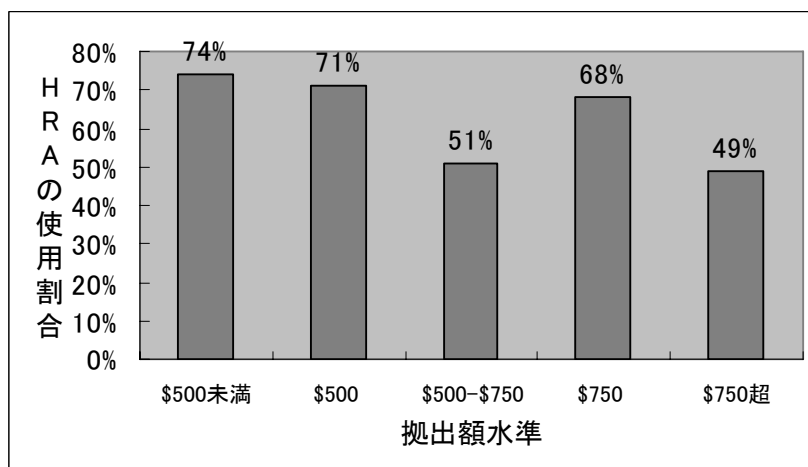
《図表 37》は、CDHP のうち HRA を組み合わせたプランの加入者が、2006 年において雇用主からの HRA への拠出金をどの程度使用したかを拠出額水準別に表したものである。《図表 37》より、2006 年末時点で拠出金の約 25%~50%が残り、2007 年に繰り越されていることが分かる。

《図表 36》 CIGNA の CDHP (HRA を組み合わせたもの) を提供する雇用主による HRA への拠出額の分布



(出典) CIGNA, Oct 2007, *supra*.

《図表 37》 CIGNA の CDHP (HRA を組み合わせたもの) の加入者における HRA 拠出金使用割合 (拠出額水準別、2006 年)



(出典) CIGNA, Oct 2007, *supra*.

⁶² この他、CIGNA によれば、HRA を組み合わせた CDHP の加入者の 94%および HSA を組み合わせた CDHP の加入者の 85%において、免責金額が 2,000 ドル未満であった。

⑤調査結果に対する CIGNA の見方

CIGNA は 2007 年 10 月に公表した調査結果に関して、「CDHP は適切に設計されれば、必要なケアを提供しつつ雇用主と加入者の双方のコストを改善できるという確固たる証拠を、今回の調査は示している。」との見方を示し、CDHP を成功させるためのプラン設計上の要点として以下の 4 つを指摘している⁶³。

- ・ 保険数理的に従来型プランと等価となるよう設計する。
- ・ 予防的医療サービスを 100% 給付の対象とする。
- ・ 質とコストの両面から加入者が医療サービスを適切に選択するための強力な意思決定ツールを提供する。
- ・ 加入者が自らの健康問題への関与の度合いを高めることができるように、臨床家によるコーチングを提供する。

(3) BCBS 協会による調査の結果

BCBS 協会は 2008 年 8 月に、CDHP の加入者に関する調査“*CDHP Member Experience Survey*”を実施し⁶⁴、その結果を同年 10 月の National Consumer Driven Health Summit において公表した⁶⁵。

調査対象は、18 歳から 64 歳までの民間健康保険プラン加入者 2,791 名で、BCBS 組織が提供する CDHP の加入者、BCBS 組織以外の民間保険会社が提供する CDHP の加入者、CDHP

以外の健康保険プランの加入者を含んでいる。

なお、公表された調査結果の中で述べられているところによれば、BCBS 協会傘下の 39 の BCBS 組織では 440 万人に CDHP を提供しており、この加入者数は前年比で 50% 超の増加である。また、この 440 万人のうち、290 万人が HSA 適格のプラン⁶⁶、150 万人が HRA を組み合わせたプランに加入している。

本項では、CDHP の普及状況、HSA 適格のプランへの加入者の行動に関して公表された調査結果のうち、いくつかを取り上げ、BCBS 協会の見方とともに紹介する。

①CDHP の普及状況（2005 年、2007 年の調査結果との比較）

a. CDHP を選択できる者の割合

2008 年において CDHP を健康保険プランの選択肢として提示された者の割合は、HSA 適格のプランでは 69%、HRA を組み合わせたプランでは 39%であった。《図表 38》に示されるように、HSA 適格のプランの方が、選択できる者の割合の伸びが顕著である。

b. CDHP が実際に選択される割合

2008 年において CDHP を選択肢として提示された者の中で、実際に CDHP を選択した者の割合は、HSA 適格のプランでは 25%、HRA を組み合わせたプランでは 12%であった（《図表 39》参照）。

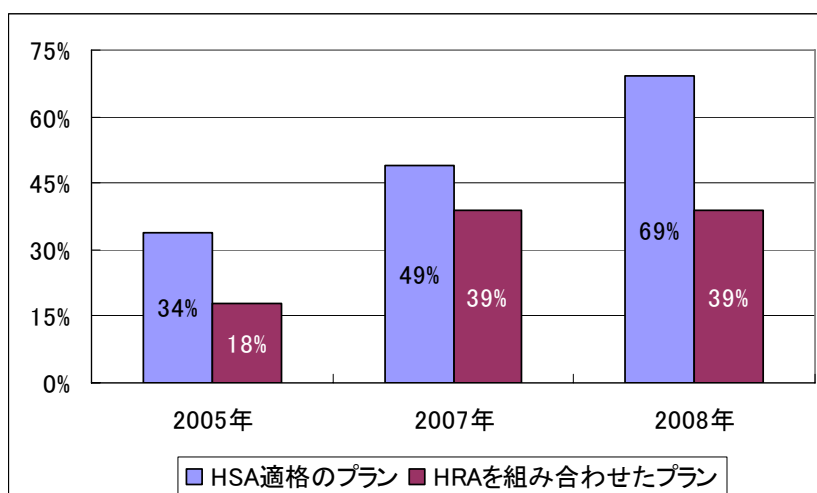
⁶³ CIGNA News Release, Oct. 17, 2007, *supra*.

⁶⁴ Blue Cross and Blue Shield Association Press Release, “*New BCBSA Survey Finds CDHP Consumers Are More Health And Cost Conscious*”, Oct. 20, 2008 (visited Nov. 20, 2008) <<http://www.bcbs.com/news/bcbsa/new-bcbsa-survey-finds-cdhp-consumers-are-more-health-and-cost-conscious.html>>.

⁶⁵ Blue Cross and Blue Shield Association, “*Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care*”, National Consumer Driven Health Summit, Oct. 20, 2008 (visited Nov. 20, 2008) <<http://www.bcbs.com/news/bluetvradio/consumerdriven2008/bcbsa-final-slides.ppt>>.

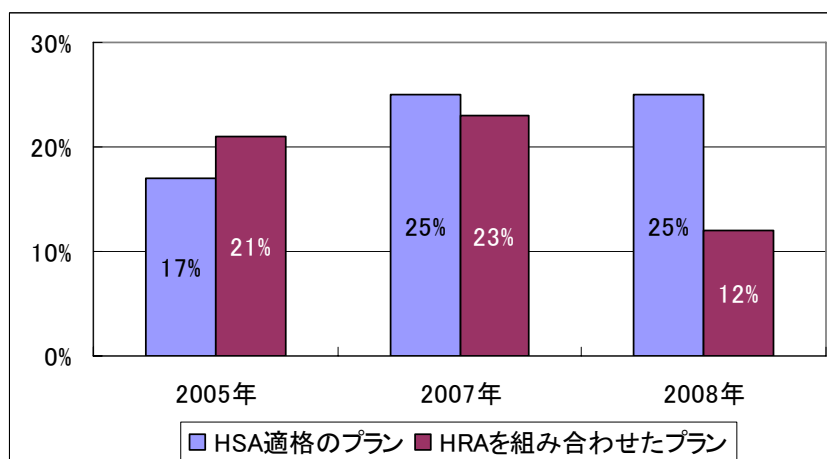
⁶⁶ BCBS 協会の調査結果が、(HSA の開設に必要な税法上の要件を満たす) 健康保険プランに加入する一方で HSA を開設しない者が存在する点に言及していることを踏まえ、本項においては、本稿の他の箇所を用いている「HSA を組み合わせた CDHP」という表記の代わりに、調査結果の原文の表記(“HSA-qualified plans”)に即した「HSA 適格のプラン」という表記を用いている。

《図表 38》 CDHP を選択できる者の割合（2005 年、2007 年の調査結果との比較）



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, National Consumer Driven Health Summit, Oct. 20, 2008 (visited Nov. 20, 2008) <<http://www.bcbs.com/news/bluetvradio/consumerdriven2008/bcbsa-final-slides.ppt>>.

《図表 39》 CDHP を選択できる者の中で、実際に CDHP を選択した者の割合（2005 年、2007 年の調査結果との比較）



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

②HSA 適格のプランへの加入者の行動

a. 実際に HSA を開設している割合

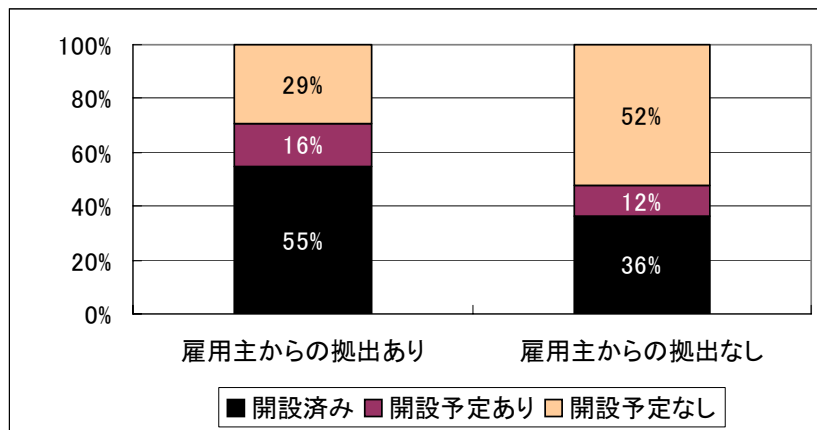
HSA 適格のプランに加入した者の中で、既に HSA を開設している者の割合は、雇用主からの HSA への拠出がある場合で 55%であるのに対し、拠出がない場合で 36%にとどまっており、逆に開設を予定していない者の割合は、雇用主による HSA への拠出がある場合で 29%である

のに対し、拠出がない場合で 52%に上った（《図表 40》）。このように、加入者は経済的インセンティブを与えられた方が、HSA を開設する傾向が強いことが窺える。

b. 医療コストの抑制・管理のための行動

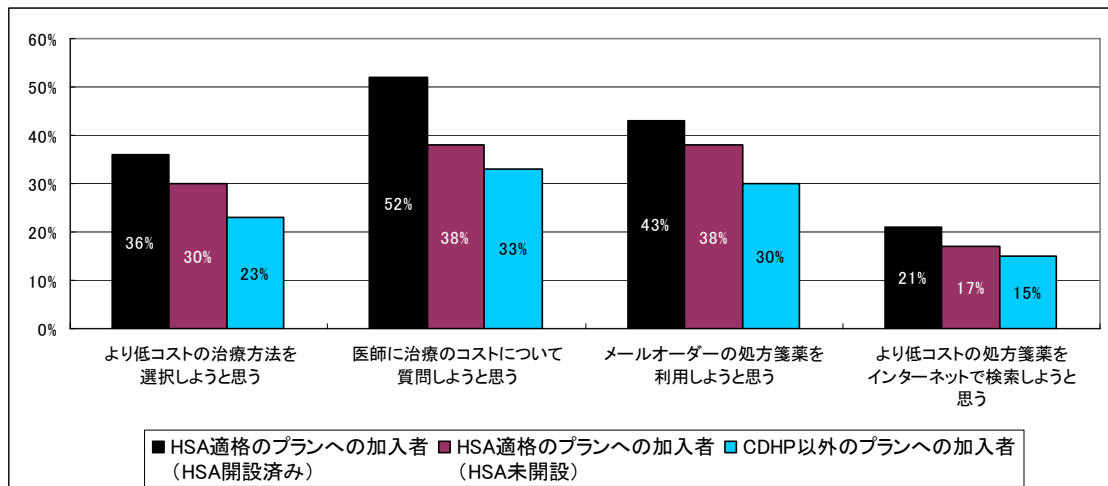
《図表 41》《図表 42》に見られるように、HSA 適格のプランへの加入者は、CDHP 以外

《図表 40》 HSA 適格のプランへの加入者の HSA 開設割合（雇用主による拠出の有無別）



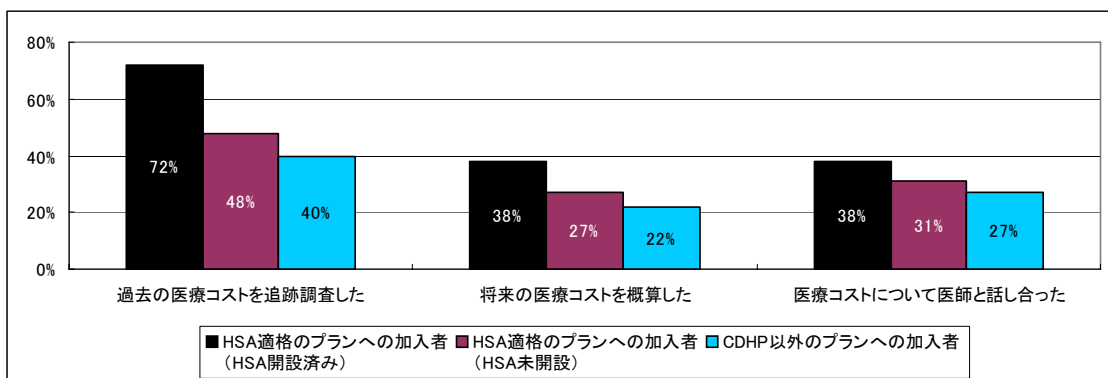
(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

《図表 41》 医療コスト抑制のための行動をとろうと考える加入者の割合



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

《図表 42》 医療コスト管理のための行動をとった加入者の割合



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

のプランへの加入者に比べて、コスト抑制のための行動をとろうと考える傾向・コスト管理のための行動をとる傾向が強い。さらに HSA 適格のプランへの加入者の中だけで見ると、HSA を実際に開設している加入者の方が、未開設の加入者に比べて傾向が強い。

c. 各種プログラムへの参加状況

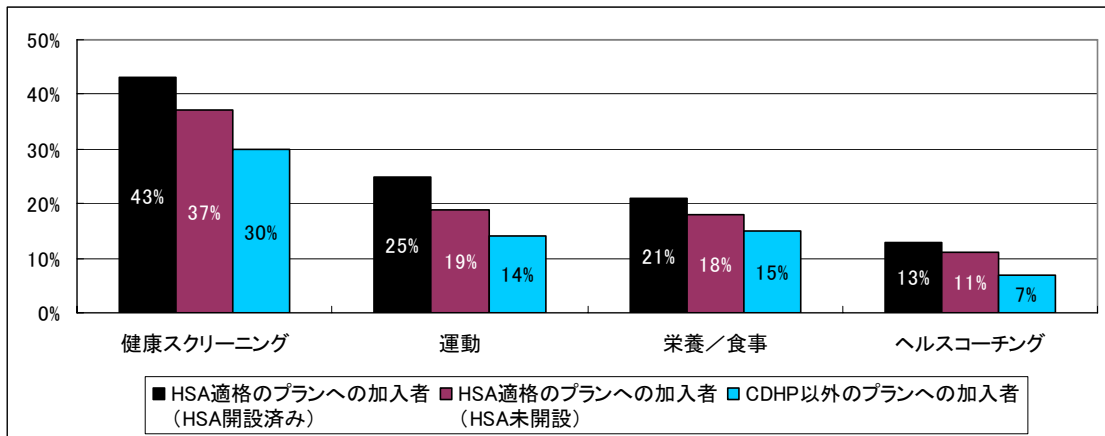
《図表 43》に見られるように、HSA 適格のプランへの加入者は、CDHP 以外のプランへの加入者に比べて、各種プログラムへ参加する傾向が強い。さらに HSA 適格のプランへの加入

者の中だけで見ると、HSA を実際に開設している加入者の方が、未開設の加入者に比べて傾向が強い。

d. 医療サービスの利用状況

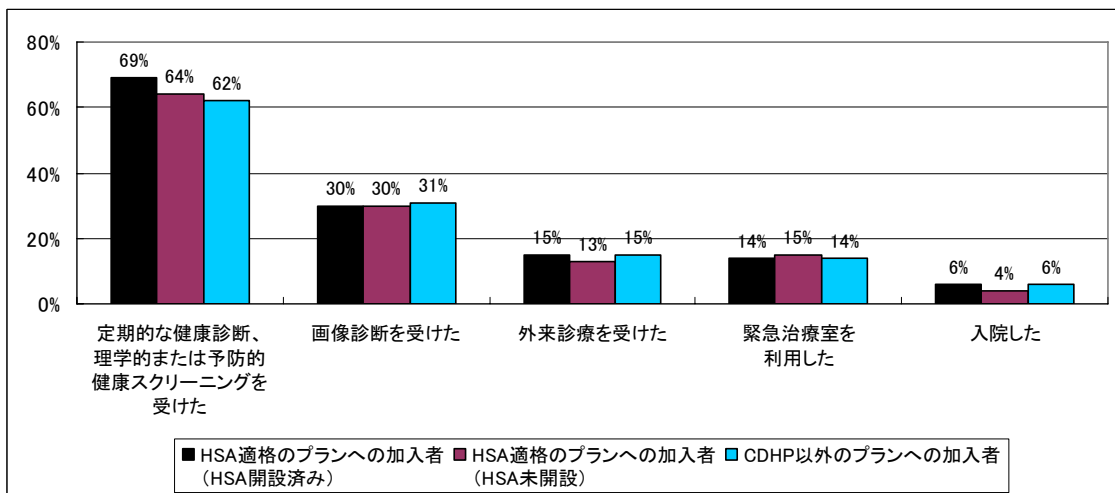
《図表 44》に見られるように、HSA 適格のプランへの加入者は、CDHP 以外のプランへの加入者に比べて、予防的サービスを利用する割合が高い一方、CDHP 以外のプランへの加入者と同程度の割合で、必要な医療サービスを利用している。

《図表 43》各種プログラムに参加する加入者の割合



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

《図表 44》医療サービスを利用する加入者の割合



(出典) Blue Cross and Blue Shield Association, “Health Plan Initiatives, Trends and Research in Consumer-Driven Care”, Oct. 20, 2008, *supra*.

③BCBS 協会の見方

調査結果を踏まえて BCBS 協会は、「このような革新的なプランの提供は、消費者による選択と加入の機会を拡大するのみならず、健康で幸福な生活を送ることに対する消費者自身のさらなる関与を促すことにより健康・ウェルネスの増進に寄与する。」「今後 CDHP の加入者数、さらに CDHP に加入して最終的に HSA または HRA を開設する人の数を伸ばしていくためには、健康保険プランと企業が連携して、CDHP を有効に利用するための知識を消費者と共有できるよう努めなければならない。」「CDHP の有効利用に関する消費者の意識を高めるための教育として行われるべきことは未だ数多く存在するものの、加入者の顕著な伸び、そして加入者の行動に関して得られた知見から、CDHP は消費者の（健康への）関心を高めるためのインセンティブを生み出すことに役立っているといえる。」との見方を示している⁶⁷。

4. CDHP 導入企業の具体的事例

(1) Wal-Mart における CDHP 導入の事例

CDHP 導入企業の事例として、まず米國小売業大手の Wal-Mart における 2006 年から 2007 年にかけての CDHP 導入・諸対応の動きを取り上げ、概観する。

①2006 年における Value Plan と HSA の導入⁶⁸

Wal-Mart は、フルタイム従業員とパートタイム従業員の双方に健康保険プランを提供しているが、2002 年以降毎年平均 15%の割合で増

加している従業員向け給付のコストをいかに抑制するかが課題となっていた。

Wal-Mart は 2006 年に、従業員からの意見を踏まえて、より手ごろな保険料で加入できる“Value Plan”と呼ばれる新しい健康保険プランを、HSA とともに導入することとした。Value Plan と HSA の導入により、Wal-Mart は 2006 年において、HSA を組み合わせた CDHP を、その他の 18 通りの健康保険プランの選択肢とともに従業員に提供することとなった。なお、2005 年において Wal-Mart のプランに加入した同社の従業員の割合は 43%であったが、2006 年にはこの割合は 46%に増加した⁶⁹。

Wal-Mart による新しいプランの導入に対して、当時業界関係者からは、給料で辛うじて生活できている従業員にとっては HSA への最低限の拠出を行う余裕さえなく、免責金額を自費で賄うのは困難ではないか、と懸念する見方があった一方で、(多くが親の保険でカバーされているか、または無保険である)若く健康な従業員の加入が増加すれば、Wal-Mart のリスクプールが強化されるであろう、と期待する見方もあった。

a. 保険料

新しい健康保険プランでは、Wal-Mart が従来提供していた他のプランと比較して、保険料が 40%~60%低く設定されることとなった。実際には、保険料月額単身カバーの場合 23 ドル、家族カバーの場合 65 ドルとされた。ただし一部の地域においては、Wal-Mart が指定す

⁶⁷ Blue Cross and Blue Shield Association Press Release, Oct. 20, 2008, *supra*.

⁶⁸ “Wal-Mart, Chrysler, GM Offer HSA Plans for 2006; Target Corp. Will Roll Out This Spring”, Inside Consumer Directed Care, Oct.21, 2005, Trevor Thomas, “Wal-Mart Ponders Reshaping Its Benefits”, National Underwriter Life & Health, Oct.31, 2005, Joanne Wojcik, “Wal-Mart offers HSA at a low price”, Business Insurance, Oct.31, 2005, Wal-Mart Press Release, “Wal-Mart’s Health Care Benefits are Competitive in the Retail Sector”, Jan.24, 2006 (visited Dec.17, 2008) <<http://walmartstores.com/FactsNews/NewsRoom/5575.aspx>>.

⁶⁹ 従業員の中には、配偶者が加入している健康保険プランにおいてカバーされている者、メディケア・メディケイドといった公的制度に加入している者、あるいは無保険の者も存在する。Wal-Mart Press Release, Jan.24, 2006, *supra*.

るネットワーク内の医療プロバイダーのみを利用することを条件として、上述よりさらに低額となる保険料月額 11 ドルが適用された。

b. 免責金額と HSA への拠出

従来 Wal-Mart が提供する健康保険プランとして、免責金額が 350 ドル (単身カバーの場合) のものも存在していたが、Value Plan における免責金額は単身カバーの場合最低でも 1,000 ドル、家族カバーの場合最低でも 2,000 ドルとされた。HSA を組み合わせた Value Plan の免責金額は、単身カバーの場合 1,250 ドルまたは 3,000 ドル、家族カバーの場合 2,500 ドルまたは 6,000 ドルとされた。

HSA へは、Wal-Mart が加入者の拠出に上乗せして、免責金額を超えない範囲で拠出を行うこととされた。その額は、選択されるカバーに応じて 250 ドル～1,000 ドルとされた。

c. 給付の条件

予防医療の利用の促進を図るための対応として、年間 3 回までの外来診療については、免責金額到達前でも、加入者による 20 ドルの定額負担を除き健康保険プランによるカバーの対象とされた。

免責金額到達後、加入者自己負担限度額に到達するまでは、医療コストの 80% がカバーされ、さらに加入者自己負担限度額到達後は 100% カバーされた。給付総額については、加入 1 年目のみ 2 万 5,000 ドルの上限が設けられ、2 年目以降は上限なく給付を行うこととされた。

②2007 年における健康保険プランの提供⁷⁰

Wal-Mart は 2007 年も引き続き CDHP を提供する一方、新規被雇用者が選択可能な健康保険プランの絞り込みを行った。

なお 2007 年において、Wal-Mart のプランに加入した同社の従業員の割合は、前年の 46% から 47.4% に増加した⁷¹。

a. CDHP の概要

2007 年には、HSA を組み合わせた CDHP は “Freedom Plans” と称され、《図表 45》に示されるように 2 つのタイプが提供された。保険料月額は単身カバーで免責金額 3,000 ドルの場合 17 ドル、家族カバーで免責金額 6,000 ドルの場合 38 ドルであった。

一方 Wal-Mart は、同社が提供する健康保険プランに 1 年以上加入していた従業員を対象に、免責金額の 20% を限度とする HSA への拠出に上乗せして、さらに免責金額の 20% を限度とする拠出を行うこととした。

b. 新規被雇用者への対応

Wal-Mart が従業員向けに提供する健康保険プランに関して行われた精査の結果、大半の従業員は保険料月額が 70 ドル～100 ドルで、免責金額が 350 ドルのプランを選択しているものの、過半数が保険料の支払いができていないことが判明した。

このような状況を背景として、Wal-Mart は 2007 年 1 月 1 日以降新たに雇用される従業員に対して、同社が従来提供していた免責金額が

⁷⁰ Ylan Q. Mui, Amy Joyce, “Wal-Mart to Shrink Options For New Hires’ Health Care”, The Washington Post, Sept.27, 2006, “Wal-Mart Keeps HDHP Design, Doubles HSA Contribution for ‘07” in “Consumer-Directed Health Care: Facts, Trends and Data 2007 3rd Ed.”, pp.234-235 (Erin Trompeter et al. eds., Atlantic Information Services, Inc., 2007), Wal-Mart Press Release, Jan.24, 2006, *supra*, Wal-Mart Press Release, “Wal-Mart Releases Open Enrollment Data; Survey Results Indicate 90.4 Percent of Associates Have Health Coverage Through Wal-Mart or Another Source”, Jan.11, 2007 (visited Dec.17, 2008) <<http://walmartstores.com/FactsNews/NewsRoom/6147.aspx>>.

⁷¹ 一方、その他のルートで健康保険のカバーを得ている従業員の割合は 43% (特に、配偶者が加入している健康保険プランにおいてカバーされている従業員の割合は 22.2%) であり、合計 90.4% の従業員が、2007 年において何らかの形で健康保険のカバーを有していた。Wal-Mart Press Release, Jan.11, 2007, *supra*.

《図表 45》2007 年における Wal-Mart の “Freedom Plan” の概要

プランのタイプ	Freedom Plan 1	Freedom Plan 2
年間免責金額 (ネットワーク内)	単身カバー: 1,250ドル 家族カバー: 2,500ドル	単身カバー: 3,000ドル 家族カバー: 6,000ドル
年間のHSAへの拠出額	単身カバー: 250ドル 家族カバー: 500ドル	単身カバー: 600ドル 家族カバー: 1,200ドル
Wal MartによるHSAへの 上乗せ拠出	免責金額の20%を限度に 加入者の拠出に上乗せして拠出	
年間自己負担限度額	単身カバー: 5,000ドル 家族カバー: 10,000ドル	単身カバー: 5,000ドル 家族カバー: 10,000ドル
免責金額到達後～自己 負担限度額到達までの 給付条件	外来診療については20ドルの加入者定額負担 あり。その他の医療コストは80%をプランがカバー する。	

(出典) “Wal-Mart Keeps HDHP Design, Doubles HSA Contribution for ‘07” in “Consumer-Directed Health Care: Facts, Trends and Data 2007 3rd Ed.”, pp.234-235 (Erin Trompeter et al. eds., Atlantic Information Services, Inc., 2007).

低い健康保険プランを提供せず、Freedom Plan と (HSA を組み合わせることができない) Value Plan の 2 つの選択肢のみを提供することとした。一方、それ以外の既存の従業員で、免責金額が低い健康保険プランに加入している者については、そのプランに継続して加入することを可能とした。

(2) Monster Worldwide における CDHP 導入の事例⁷²

次に、Monster.com のブランドで求人・求職情報サイトを世界諸国に展開する Monster Worldwide を取り上げ、2007 年における CDHP の導入について概観する。Monster Worldwide は 2007 年に、UnitedHealth Group が提供する、HRA を組み合わせた CDHP を導入し、同年に Monster Worldwide の米国の従業員 2,200 人のうち 27% が、この CDHP に加入した。

①HRA を組み合わせた CDHP の導入の決定

CDHP を導入する前年の 2006 年、Monster Worldwide が従業員向けに提供していた健康保険プランの保険料率は前年より 9% 増加し、5 年連続で保険料率が 2 ケタ台またはそれに近い水準の伸び率で増加した。こうした状況を踏まえ、Monster Worldwide は健康保険プランの見直しが必要であるとの結論に至った。

2005 年 1 月から新しい健康保険プランのあり方を検討していた Monster Worldwide の給付管理責任者は、HRA を組み合わせた CDHP の導入に関して次のように述べている。

「HSA は比較的複雑であり、HSA を組み合わせた CDHP を説明するのもかなり困難であると感じたため、HRA を組み合わせた CDHP を提供することに決めた。HRA の方が雇用主にとって管理しやすいと判断した。」

Monster Worldwide は CDHP への完全切替も検討していたが、最終的には「健康保険プランの大幅な見直しが必要であることは確かだが、

⁷² “Monster Launches Account-Based Plans for ‘07” in “Consumer-Directed Health Care: Facts, Trends and Data 2007 3rd Ed.”, pp.227-228 (Erin Trompeter et al. eds., Atlantic Information Services, Inc., 2007).

完全切替では刺激が強すぎる。」と判断し、完全切替を見送った。

②2007年のCDHP導入に向けた取組みと将来の方向性

2006年の夏、Monster Worldwideは外部のコンサルティング会社と共同で、いくつかの拠点の従業員に対するフォーカスグループインタビューを実施した。その結果、従業員は医療コストの問題を認識しているが、負担の苦しみを味わっていないため、医療コストについてあまり不安を感じていないことが判明した。さらに従業員がCDHPの概念をすばやく理解し、会社側に対して、財政的観点から加入する価値のある健康保険プランの設計を強く求めていることも明らかになった。フォーカスグループインタビューはプラン設計において大きな役割を果たし、2006年11月に翌年のプランの加入を受け付けした際に、従業員は新しいプランに理解を示した。

2007年における健康保険プランの選択肢として、新たに導入されるHRAを組み合わせたCDHP(2種類)に加えて、従来提供されていたPPO型のプランも引き続き提供されることとなった(《図表46》参照)。新しいプランの内容を伝えるために、Monster Worldwideの給付管理責任者らは、各拠点でのミーティング、インターネットによる情報発信、従業員の自宅への資料の郵送、電子メールの配信を行った。このような集中的なコミュニケーションに加え、従業員にプランを選択するよう求めるという積極的な加入プロセスを踏んだことにより、CDHPに多くの従業員が加入することとなった。

将来の健康保険プランの提供に関して、Monster Worldwideの給付管理責任者は、「我々は従業員に対し、CDHPの導入は当社にとって正しい方向であると確信していることを伝えてきた。将来において、もし我々の方向性が正しいと認識されれば、従来型プランを段階的に廃止していくと思うが、CDHPが真に効果的に運用されているという見極めがつかない限り、完全切替という対応はとりたくない。」と述べている。

5. HSAの運営管理を行う銀行(またはその一事業部門)の具体的事例

(1) OptumHealth Bank / OptumHealth Financial Servicesの事例

HSAの運営管理を行う主要な銀行(またはその一事業部門)の事例として、まずOptumHealth Bank / OptumHealth Financial Servicesの事例を取り上げ、HSAの利用状況に関する分析結果を踏まえた提供内容見直しの取組みを中心に概観する。

①OptumHealth Bank / OptumHealth Financial Servicesについて

OptumHealth Bankは米国の大手健康保険会社UnitedHealth Groupの傘下にあるOptumHealthの金融サービス部門OptumHealth Financial Servicesに属し(《図表47》参照)、HSAの管理を手がけるとともに、同社が管理するHSAの保有者向けに、医療費自己負担分の支払いを円滑に行うためのクレジットプログラムを提供している⁷³。

⁷³ OptumHealth Bank, "About OptumHealth Bank"(visited Mar.5, 2009) <<http://www.optumhealthbank.com/about.html>>.

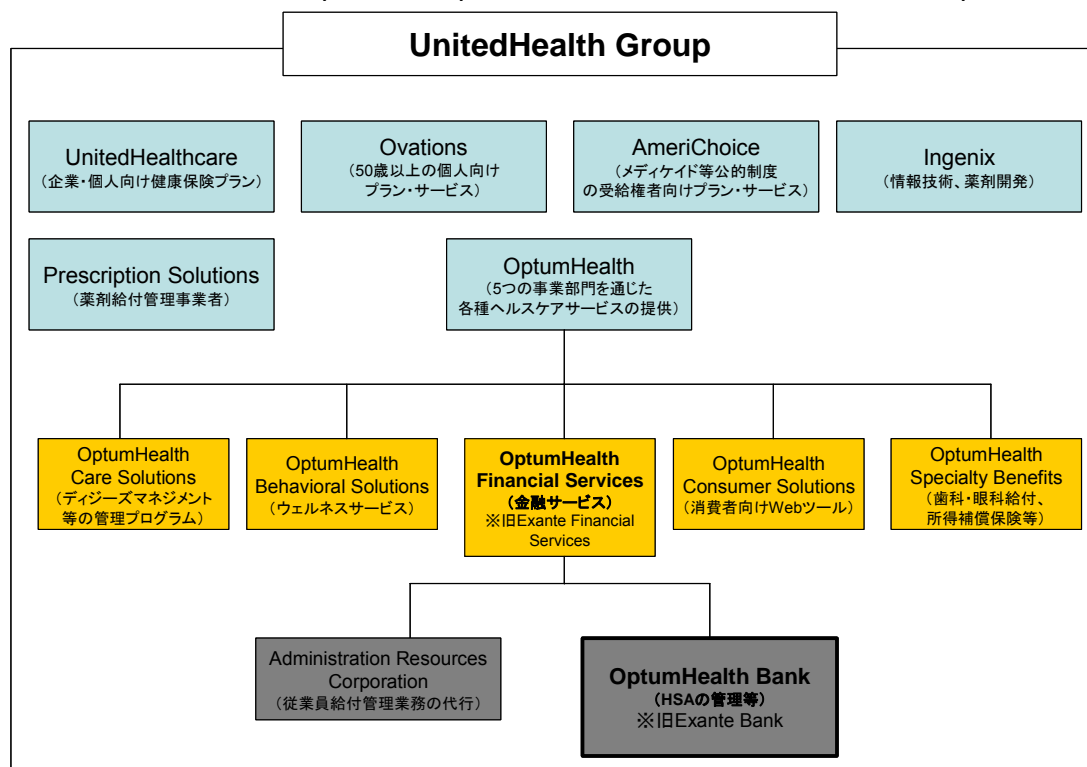
《図表 46》 2007 年における Monster Worldwide の従業員向け健康保険プランの選択肢

プランの種類	Premier HRA	Core HRA	High Value Plan (PPO)
年間免責金額 (ネットワーク内)	個人カバー: 1,000ドル 2名カバー: 2,000ドル 家族カバー: 3,000ドル	個人カバー: 1,500ドル 2名カバー: 3,000ドル 家族カバー: 4,500ドル	なし
HRAへの年間拠出額	個人カバー: 500ドル 2名カバー: 1,000ドル 家族カバー: 1,500ドル	個人カバー: 250ドル 2名カバー: 500ドル 家族カバー: 750ドル	(対象外)
年間自己負担限度額 (免責金額を含む)	個人カバー: 2,000ドル 2名カバー: 3,500ドル 家族カバー: 5,000ドル	個人カバー: 3,000ドル 2名カバー: 5,000ドル 家族カバー: 7,000ドル	(対象外)
生涯給付限度額 (ネットワーク内外の合計)	100万ドル		
定率または定額負担 (ほとんどのサービスにおいて)	ネットワーク内: 10% ネットワーク外: 30% (免責金額到達後)	ネットワーク内: 10% ネットワーク外: 30% (免責金額到達後)	外来診療、定例的な検査: 20ドル 救急外来: 50ドル 外来手術: 150ドル 入院: 250ドル
予防医療のカバー割合 (ほとんどのサービスにおいて)	ネットワーク内: 100% ネットワーク外: 70%	ネットワーク内: 100% ネットワーク外: 70%	ネットワーク内: 100%カバーされるが、 一部のサービスにおいて 20ドルの定額負担あり ネットワーク外: 20%の定率負担あり
処方箋薬剤	薬局での購入(ネットワーク内外を問わず。31日分まで)における加入者負担額 10ドル/25ドル/35ドル メールオーダー(90日分まで)における加入者負担額 20ドル/50ドル/70ドル	免責金額到達後、70%をカバー 薬局での購入(ネットワーク内外を問わず。31日分まで) 最小の加入者負担額: 10ドル/20ドル/35ドル 最大の加入者負担額: 50ドル メールオーダー(90日分まで) 最小の加入者負担額: 25ドル/50ドル/90ドル 最大の加入者負担額: 125ドル	

(注) 処方箋薬剤の給付の管理は、米国の大手 PBM (Pharmacy Benefit Manager: 薬剤給付管理事業者) である Medco Health Solutions により行われる。加入者負担が 3 通り併記されている箇所に関して、本表の出典に特段の説明はないが、Medco Health Solutions の公表資料によれば、Tier 1 (ジェネリック薬の場合。負担レベル: 低)、Tier 2 (フォーミュラリー (医師による処方が許可された薬剤のリスト) 収載のブランド薬の場合。負担レベル: 中)、Tier 3 (フォーミュラリー未収載のブランド薬の場合。負担レベル: 高) という 3 段階の定額負担の構造を意味するものと考えられる。Medco Health Solutions, “2008 Formulary Reference Guide -A list of medications that may lower your patients’ costs”, 2008, p.ii (visited Mar.24, 2009) <http://www.medcohealth.com/art/corporate/medco_formularies.pdf>.

(出典) “Monster Launches Account-Based Plans for ‘07” in “Consumer-Directed Health Care: Facts, Trends and Data 2007 3rd Ed.”, p.228 (Erin Trompeter et al. eds., Atlantic Information Services, Inc., 2007). なお、この文献によれば、上表の内容は Monster Worldwide の 2006 年 12 月時点の資料に基づく。

《図表 47》 UnitedHealth Group 中の OptumHealth Financial Services および OptumHealth Bank



(出典) 以下の各サイトを参考に、損保ジャパン総合研究所作成。UnitedHealth Group, “Our Businesses” (visited Mar.23, 2009) <<http://www.unitedhealthgroup.com/Main/Businesses.aspx>>, OptumHealth, “About OptumHealth – Businesses”(visited Mar.23, 2009) <<http://www.optumhealth.com/AboutUs/Businesses/>>, OptumHealth Financial Services, “About Us” (visited Mar.23, 2009) <http://www.optumhealthfinancial.com/about_us.shtml>, OptumHealth Financial Services, “A New Name for Exante Financial Services -- OptumHealth Financial Services” (visited Mar.5, 2009) <http://www.optumhealthfinancial.com/about_us_name.shtml>.

②Exante Bank の設立とデビットカード導入、投資機会の提供開始

UnitedHealth Group は 2002 年 1 月、貸付を行う金融機関 (industrial loan corporation) としての認可を Utah 州において受けた⁷⁴。さらに 2003 年 7 月、同州の Saltlake City に Exante Financial Services 傘下の HSA 管理会社である Exante Bank を設立するとともに、同行の預金が連邦預金保険公社 (Federal De-

posit Insurance Corporation. 以下「FDIC」とする。) による保険の対象とされた⁷⁵。

2004 年 12 月、Exante Financial Services は、クレジットカード会社 MasterCard International との提携により、医療給付管理業者 (medical benefit provider) や保険会社向けに、FSA、HRA および HSA といった医療費決済用の勘定とリンクさせたデビットカードの導入を発表した⁷⁶。

⁷⁴ UnitedHealth Group News Release, “Exante Financial Services Introduces Consumer Health Investment Options”, Nov.7, 2005 (visited Feb.5, 2009) <<http://www.unitedhealthgroup.com/newsroom/news.aspx?id=8e06c4b4-b1c1-4fa3-b531-970a1ad528b4>>.

⁷⁵ Federal Deposit Insurance Corporation, “Bank Find”(visited Feb.24, 2009) <http://www2.fdic.gov/idasp/main_bankfind.asp>.

⁷⁶ UnitedHealth Group News Release, “Exante and MasterCard to Deliver Health Benefit Debit Cards to Insurers Nationwide”, Dec.22, 2004 (visited Feb.5, 2009) <<http://www.unitedhealthgroup.com/newsroom/news.aspx?id=52926fd3-f836-4367-bbfe-a92e26e3d345>>.

次いで 2005 年 11 月、Exante Financial Services は、Exante Bank の HSA を有している消費者向けに、HSA に預けられた拠出金を投資する機会を与えるために、投資信託を 2006 年 1 月より利用可能とすることを発表した⁷⁷。発表内容によれば、当初選択肢として 8 種類の投資信託が提示されたが、HSA 利用者の期待に見合うパフォーマンスを確保するために、選択肢は定期的に見直していくこととされた。

2008 年 6 月の Best Review の記事において、OptumHealth Bank の President である Kelvin Anderson 氏のコメントが紹介されている⁷⁸。以下は、同氏コメントのうち、UnitedHealth Group が HSA を管理する銀行を自前で設立するという方法を選択したことに関する部分である。

「我々は、総合的な CDHP のプログラムに深く関わり、その必要性を理解している。HSA は明らかに CDHP の構成要素として存在するものであり、HSA を利用するためには銀行に勘定を開設する必要がある。HSA を提供するために、我々は他の銀行と提携するか、または自前の銀行を設立する必要があった。我々が選択したのは自前の銀行であった。なぜなら自前とすることで、HSA に関する処理の簡素化、コストの抑制および顧客サービス全般の管理が可能となるからである。」

③Exante Financial Services による消費者分析に基づく HSA の内容一新

a. 消費者分析の結果の概要

Exante Financial Services は、2006 年 12 月 31 日時点で少なくとも 3 ヶ月間 Exante Bank の HSA を利用している消費者 21 万 2,400 人を対象として、消費者の HSA の利用状況から行動特性を把握し、消費者のニーズにより適合したツール・商品の提供に役立てることを目的とした分析を実施し、2007 年 4 月に分析の結果を公表した⁷⁹。分析では、Exante Bank の HSA を利用している消費者は、その行動特性によって活用重視型 (Spenders) ・貯蓄重視型 (Savers) ・投資重視型 (Investors) という 3 つのグループに区分されている。以下、各グループについての分析結果を、公表された内容をもとに概観する。

ア. 活用重視型グループ

活用重視型グループは、当面の医療コストを賄うために HSA への拠出金を利用する傾向を有し、Exante Bank の HSA を利用している消費者の約 50% を占めていた。活用重視型グループは HSA の預金残高が平均 400~600 ドルで、他のグループと比較して低額である一方、拠出金の約 80% を医療コストとして費消していた。HSA 開設当初の預金残高は貯蓄重視型グループと比較して約 25% も多く、拠出額も月額 133 ドルで貯蓄重視型グループの 124 ドルを上回っており、貯蓄重視型グループよりも高い節税効果を得ていた。総拠出額の 45% は雇用主によるものであり、貯蓄重視型グループの 40% を上回っていた。HSA からの引き出し回数は 1 年あたり平均 12 回であり、引き出しの 90% 超がデビットカードにより行われていた。

公表された分析結果では、以上の内容を踏ま

⁷⁷ UnitedHealth Group News Release, Nov.7, 2005, *supra*.

⁷⁸ Lori Chordas, "Bank on It", Best's Review, June 2008.

⁷⁹ Exante Financial Services, "Emerging Usage Patterns for Health Savings Accounts: Understanding Behavior of Spenders, Savers, and Investors", Apr.30, 2007 (visited Feb.20, 2009) <<http://www.optumhealthfinancial.com/pdfs/HSA%20Usage%20White%20Paper.pdf>>. なお、分析結果公表時点で、Exante Bank の HSA を利用している消費者の総数は、29 万人であった。

えて「活用重視型グループは、金利の高さや投資の選択肢よりも、使い勝手の良さや低コストを重視しており、低残高・低金利というデメリットを被っても、手数料の低さや、手数料がかからなくなる預金残高の閾値の低さというメリットを追求し、引き出しにおける利便性・高い節税効果を享受し続けようとする可能性が高い。」と結論づけている。

イ. 貯蓄重視型グループ

貯蓄重視型グループは、HSA への拠出金を当面利用せず、将来のために蓄えておこうとする傾向を有し、Exante Bank の HSA を利用している消費者の 50% 近くを占めていた。貯蓄重視型グループの HSA の預金残高は、他勘定からの移管がない場合で平均 1,500 ドル近く、2005 年から利用している顧客における平均は 3,000 ドル近くとなり、さらに MSA からの移管を伴ういくつかの HSA では、預金残高が 5 万ドルに達した。貯蓄重視型グループの平均預金残高は、HSA 開設 1 ヶ月目は活用重視型グループを下回るが、2 ヶ月目で同水準となり、3 ヶ月目には活用重視型グループを上回り、以降毎月平均 100 ドルずつ預金残高が上昇していた。

貯蓄重視型グループの約半数は、1 度も HSA から引き出しを行ったことがないが、引き出しを行わない者に比べて、定期的に発生する医療コストのために引き出しを行う者の方が預金残高は多く、かつ毎月の拠出額も多かった。また貯蓄重視型グループの費消額は平均して拠出額の 8% にとどまり、引き出し回数は 5 ヶ月あたり 1 回に過ぎなかった。

貯蓄重視型グループは支払った手数料を上回る金利を得ており、Exante Financial Services が提供する、コストがかからない投資の機会を利用する可能性が高いものの、一般的には安全

性の観点から預金のまま保持して金利を得る方を好む傾向があった。

公表された分析結果では、以上の内容を踏まえて「貯蓄重視型グループは、階層型の金利とコストがかからない投資の機会を重視しており、預金残高が増加するほど見返りとして得られる利益が増加し、汎用性・利便性のある勘定を提供するのが適切である。」と結論づけている。

ウ. 投資重視型グループ

投資重視型グループは、HSA への拠出金を預金のみにとどめておくのではなく、投資機会をも利用することで、将来のための蓄えを充実させようとする傾向を有し、Exante Bank の HSA を利用している消費者の 5% 未満にとどまっていた。投資重視型グループの HSA の預金残高は 2,000 ドルを超えており、さらに、Exante Financial Services が投資の選択肢として提示した投資信託に、平均で 3,000 ドルを投資していた。

投資重視型グループの費消額は拠出額の 28% であり、貯蓄重視型グループの平均を上回っていた。投資重視型グループは利用者自身による拠出への依存度が極めて高いこともあり、拠出額が他のグループの 2 倍となっていた。雇用主の拠出をはるかに上回って拠出を行っているか、または雇用主の拠出を全く伴わずに拠出を行っている者の方が、投資を行う傾向が強かった。投資重視型グループでは、HSA の預金残高が投資に必要な額に達すると、それ以降の拠出のほとんどが投資に向けられていた。

投資重視型グループの約 1/3 は、HSA 開設後 3 ヶ月以内に投資を開始していた。投資重視型グループにおいて、預金残高を投資に必要とされる最低限度額にとどめている者は、預金残高の約 2 倍の額を投資していたのに対し、預金残

高が比較的多い者は、概ね預金残高と同額を投資していた。

公表された分析結果では、以上の内容を踏まえて「投資重視型グループは、極めて高い水準の残高を HSA に蓄積し、より幅広い選択肢を求めるであろう。投資重視型グループのうち何人かは、HSA に蓄えられた預金のうちできるだけ大きな部分を投資に回したいと考え、また自分が利用する HSA において、投資に必要な残高の閾値がより低く設定されるか、その他の面で投資機会が拡大することを重視するであろう。」と結論づけている。

b. 新しい HSA の選択肢

上述した分析結果を踏まえて、Exante Financial Services は、従来提供していた HSA の内容を一新し、消費者の行動パターンに応じた、以下の 3 つの選択肢を提供することを、2007 年 4 月に発表した⁸⁰。

ア. Health eAccess HSA

預金残高があまり多くなく、月々の手数料が低額であることを好む、活用重視型の消費者向けの選択肢である。預金残高が 500 ドル以上であれば、月々の手数料は発生しない。

イ. Health eSaver HSA

預金残高を多くして高い金利の恩恵を受けようとしており、HSA に投じられた資金のほとんどを預金として保持したいと考えている、貯蓄重視型の消費者向けの選択肢である。預金残高の水準に応じた複数の利率を適用しており、預

金残高が 2,000 ドルを超えると、手数料なしで投資を利用できる。

ウ. Health eInvestor HSA

将来の医療コストの発生に備えて、長期的に見て蓄えを最大化することに関心があり、HSA を主として投資のために利用する、投資重視型の消費者向けの選択肢である。投資を利用できる預金残高の閾値は他の選択肢よりも低く、500 ドルに設定されている。

④「Exante」から「OptumHealth」への改称と OptumHealth Bank の現状

Exante Financial Services、Exante Bank は、2008 年 3 月に、それぞれ現在の名称である OptumHealth Financial Services、OptumHealth Bank に改称され、名実ともに、UnitedHealth Group のヘルスケアサービスの子会社である OptumHealth の傘下の組織となった⁸¹。OptumHealth は「今回の改称は、金融サービスとヘルスケアサポートが結びつくことによる強みに対する確信を反映するものであり、そのような結びつきは、ヘルスケアシステムを通じて顧客に提供できる付加価値の最大化に資するものである。」との見方を示している⁸²。

OptumHealth Financial Services は、Exante Financial Services からの改称に関して、「各個人の健康・ウェルネス・財政面のセキュリティの最適化に貢献する企業が結集した OptumHealth というブランドへの参加という

⁸⁰ Exante Financial Services News Release, "EXANTE FINANCIAL SERVICES LAUNCHING NEW HSA DESIGNS TO MEET VARYING HEALTH CARE FINANCIAL NEEDS", Apr.30, 2007 (visited) <<http://www.optumhealthfinancial.com/pdfs/HSA%20Subproducts%20Release.pdf>>.

⁸¹ OptumHealth Financial Services News Release, "EXANTE FINANCIAL SERVICES BECOMES OPTUMHEALTH FINANCIAL SERVICES", Mar.3, 2008 (visited Mar.4, 2009) <<http://www.optumhealthfinancial.com/pdfs/Press%20release%20OHFS%20final.pdf>>.

⁸² *Ibid.*

事実を反映するものである。」と表明している⁸³。

OptumHealth Bank を通じて提供されている HSA の勘定数は、同行の公表内容によれば 40 万近くに達し⁸⁴、また HSA の預金残高総額は、2008 年 8 月公表時点で 6 億ドルを超えている⁸⁵。さらに 12 種類の投資信託が、同行の HSA に蓄えられた資金の投資先の選択肢として提供されている⁸⁶。

前述のとおり、2007 年 4 月に HSA の内容が一新されて選択肢が 3 つとなり、現在においても提供されている。《図表 48》は、これら 3 つ

の選択肢を比較したものである。

(2) HSA Bank の事例

次に、OptumHealth Bank と同様に HSA の運営管理を行っている、HSA Bank (Webster Bank の一事業部門) の事例について、HSA Bank の President である Kirk Hoewisch 氏へのインタビュー結果と、HSA Bank のホームページ上で公開されている内容をもとに、沿革、サービス内容、競合他社に対する見方を中心に紹介する。

《図表 48》 OptumHealth Bank における HSA の 3 つの選択肢

		Health eAccess HSA	Health eSaver HSA	Health eInvestor HSA	
HSAへの 預金に 関して	月々の管理手数料	\$1	\$3	\$3	
	月々の管理手数料が不要となる 最低平均預金残高 ^a	\$500	\$5,000	\$5,000	
	預金残高水準別 の実質年利率 ^b	\$15,000以上	0.00%	2.50%	2.50%
		\$5,000以上 \$15,000未満	0.00%	1.95%	1.95%
		\$2,000以上 \$5,000未満	0.00%	1.40%	1.40%
		\$1,000以上 \$2,000未満	0.00%	1.00%	1.00%
		\$500以上 \$1,000未満	0.00%	0.10%	0.10%
		\$500未満	0.00%	0.10%	0.10%
投資に 関して	投資に必要な最低預金残高 ^c	\$2,000	\$2,000	\$500	
	月々の投資手数料 ^d	\$3	\$0	\$2.50	

- (注) a. 投資対象となる資金を含まない残高である。なお、各選択肢とも月々の管理手数料とは別に、投資対象となる資金を含まない預金残高が 100 ドルを下回った場合に手数料 3 ドルが課せられる。
 b. 2009 年 2 月 9 日時点の利率である。それぞれの利率に対応する預金残高には投資対象となる資金は含まれない。
 c. 投資を行った後の HSA の預金残高が、常にこの最低預金残高以上でなくてはならない。
 d. 投資手数料は投資開始後にのみ課せられる。

(出典) OptumHealth Bank ホームページ掲載資料 (visited Feb.17, 2009)

<<http://www.optumhealthbank.com/forms/OHB%20Account%20Options.pdf>>.

⁸³ OptumHealth Financial Services, "A New Name for Exante Financial Services -- OptumHealth Financial Services" (visited Mar.5, 2009) <http://www.optumhealthfinancial.com/about_us_name.shtml>.

⁸⁴ OptumHealth Bank, "About OptumHealth Bank", *supra*.

⁸⁵ OptumHealth News Release, "OPTUMHEALTH BANK SURPASSES \$600 MILLION IN HEALTH SAVINGS ACCOUNT DEPOSITS", Aug. 21, 2008 (visited Feb.17, 2009) <http://www.optumhealthfinancial.com/pdfs/OHFS_Reaches_600M.pdf>.

⁸⁶ OptumHealth Bank, "HSA Investments" (visited Mar.5, 2009) <<http://www.optumhealthbank.com/investments.html>>.

①HSA Bank の沿革⁸⁷

HSA Bank は、HSA に先立ち導入された MSA のビジネスに端を発する。

HSA Bank の President である Kirk Hoewisch 氏は、1997 年に MSA が実験的に導入された当時、Wisconsin 州の金融機関である State Bank of Howards Grove (以下、「SBHG」とする。)に勤務していた。1997 年 2 月に MSA 関連のカンファレンスに参加した上司からの話をきっかけとして、Kirk 氏は MSA という事業領域を詳細に調査することにした。その結果、当時 SBHG が既に提供を開始していた IRA と MSA が類似していたことから、Kirk 氏は SBHG のシステムで MSA を扱うことが可能であるとの確信を得た。さらに Kirk 氏が地元の保険代理店に MSA を説明したところ、いくつかの代理店が興味を示したことから、同氏は MSA に新たなビジネスチャンスがあるとの確信を持ち、MSA の実験的導入と同じ 1997 年に、SBHG 内で MSA のビジネスを立ち上げた。以後 2001 年末までの間、Kirk 氏とともに MSA ビジネスを自らの担当業務としていたのは、2 人の顧客サービス担当者のみであった。MSA のマーケティングに際し、Kirk 氏らは全米 3,500 の保険代理店のリストを購入し、このリストをもとに電話による売り込みをかけたところ、400 の代理店が高い関心を示し、これらの代理店を通じて、Kirk 氏らのビジネスは初めて MSA の顧客を獲得することとなった。また、1998 年 4 月には MSA に特化したウェブサイトも開設した。

Kirk 氏らはその後もデビットカードの導入や投資機会の提供といった対応を行い、2001 年から 2002 年にかけて全米規模で MSA の顧

客基盤が確立された。2002 年初めには、Kirk 氏らの MSA ビジネスは MSA Bank という新たなブランドの下で行われることとなり、MSA に特化したウェブサイトも msabank.com というドメイン名の下に一新された。当時競合他社の数が少なかったことが、MSA Bank の成長を後押しした。

2004 年 1 月からの HSA 導入に伴い、ブランド名は MSA Bank から HSA Bank に改められた。HSA Bank は、Third Party Administrator (以下、「TPA」とする。)⁸⁸からの問合せを受けようになり、保険会社や TPA での業務経験を有する者を従業員として採用するようになった。

2005 年 3 月、SBHG は Webster Bank に買収されたが、Webster Bank は SBHG の HSA のビジネスのみを残し、支店および従来の銀行業は手放した。HSA Bank 自体は引き続き Wisconsin 州を本拠として HSA に特化したビジネスを行っている。HSA Bank が提供する HSA への預金は、Webster Bank において貸付や有価証券に運用されている。

《図表 49》は、HSA Bank で管理される勘定の数および（投資対象資金を除く）総預金残高の推移を示したものである。

《図表 49》HSA Bank で管理される勘定の数および（投資対象資金を除く）総預金残高の推移

	勘定数	総預金残高 (単位百万ドル)
2004年	74,900	116.6
2005年	133,900	209.5
2006年	155,000	286.6
2007年	187,700	403.8
2008年	223,600	530.6

(注) 各年とも 12 月末時点のデータ。

(出典) 2009 年 2 月 16 日実施、HSA Bank へのインタビューによる。

⁸⁷ 2009 年 2 月 16 日実施、HSA Bank へのインタビューによる。

⁸⁸ 自家保険等における保険金請求処理や加入者の管理等の業務を代行する会社。“Glossary of Terms and Acronyms” in “The Managed Health care Handbook, 4th Ed.”, p.1376 (Peter R. Kongstvedt ed., Aspen Publishers, Inc., 2001).

＜Kirk氏のCDHPにまつわるエピソードー同氏へのインタビューより＞

Kirk氏は「CDHPこそヘルスケアの正道である。」と確信し、CDHPという業界に愛着を持っているが、その背景には同氏が若かった頃の経験がある。Kirk氏がティーンエージャーであった頃に口の中が虫歯だらけになって歯科で治療を受けた際、その請求書を父親から手渡された。父親はKirk氏に、「こういう結果になったのは、お前の責任だ。お前が自分の歯の手入れを怠ってきたせいだ。」と告げ、同氏に自分で治療費用を支払わせた。この一件があつて以来、Kirk氏は一度も虫歯にならなかった。Kirk氏は「患者は自分の健康に対して財政面での責任を負うことにより、自分自身の健康に注意を払い、自らにとって必要なヘルスケアサービスを利用するようになる。」と考えている。

②HSA Bankにおけるサービスの内容

a. 預金残高別の利率の設定

《図表 50》は、HSA Bankが提供するHSA

の預金残高別の利率を表したものである。なお、月々の管理手数料 2.25 ドルが発生しないための最低預金残高は 3,000 ドルとなっている⁸⁹。

b. デビットカード

HSA Bankのデビットカードの利用明細には、医療サービスを利用したベンダーの名称が記載されるので、HSAの利用者が事後的に医療サービスの利用状況を追跡することができる⁹⁰。またHSAとその他の勘定(HRA等)を併せ持つ利用者の場合、1枚のデビットカードでどの勘定から医療コストが支出されるべきかを認識することができる⁹¹。

なお、HSA Bankのデビットカードのブランドは、2006年にMasterCardからVisaに変更されている⁹²。

c. 投資機会の提供

HSA BankのHSAを利用する者に対しては、2つの証券会社を通じて、HSAに積み立てられた資金を投資する機会が提供されている。1つはTD Ameritradeによるものであり、株式、

《図表 50》 HSA Bankが提供するHSAの預金残高別利率

日々の預金残高	利率	実質年利率
\$15,000以上	2.52%	2.55%
\$5,000以上\$15,000未満	1.98%	2.00%
\$2,500以上\$5,000未満	1.53%	1.55%
\$500以上\$2,500未満	0.74%	0.75%
\$500未満	0.49%	0.50%

(注) 2009年2月13日時点で適用される利率である。

(出典) HSA Bank, “Health Savings Account Interest and Fee Schedule” (visited Mar.10, 2009)

<<http://www.hsabank.com/assets/0/18/70/78/244/037F2BBF-6EBE-4C0E-8195-9A3A98627B22.pdf>>.

⁸⁹ HSA Bank, “Health Savings Account Interest and Fee Schedule” (visited Mar.10, 2009)

<<http://www.hsabank.com/assets/0/18/70/78/244/037F2BBF-6EBE-4C0E-8195-9A3A98627B22.pdf>>.

⁹⁰ 2009年2月16日実施、HSA Bankへのインタビューによる。

⁹¹ 同上。

⁹² HSA Bank Press Release, “Visa Conversion”, May 11, 2006 (visited Mar.11, 2009)

<<http://www.hsabank.com/blank.aspx?contentID=1104>>.

債券および1万1,000を超える投資信託から投資先を選択できる⁹³。もう1つはDevenir Corporate Servicesによるもの(HSA Bankでは“Mutual Fund Selection Investment Account”と称している)であり、あらかじめ指定された12種類の投資信託から投資先を選択するものである⁹⁴。投資を行うことによってHSAの預金残高が3,000ドルを下回った場合、月々の管理手数料が発生する⁹⁵。

なお、HSAへの預金はFDICによる保険の対象となるのに対し、投資対象となる資金は証券投資家保護公社(Securities Investor Protection Corporation: SIPC)による保険の対象となる⁹⁶。

d. その他のサービスの例⁹⁷

HSA Bankは、提携関係を結ぶMedical Cost Advocateを通じて、HSAの利用者に対する医療コストのディスカウント交渉サービスを提供している。ディスカウント分の1/3はMedical Cost Advocateが収受する手数料であり、残り2/3がHSAの利用者の利得になる。

③HSA Bankの利用状況

HSA Bankが提供するHSAの利用者における平均預金残高は約2,300ドルであるが、利用

者の約20%はいわゆる貯蓄重視型グループ(savers)に属し、HSAをIRAのような老後のための補足的勘定と位置づけ、毎年可能な限りの額を投資し、医療費に関してはHSAを用いず他の資金から充当する傾向がある⁹⁸。貯蓄重視型グループにおける平均残高は約1万4,000ドルであり、同グループの約85%は全額を銀行預金として保持し、残り約15%はブローカーを通じて株式市場にも投資している⁹⁹。

さらにHSA Bankが2009年2月に公表したところによれば、HSA Bankにおける22万人余りのHSA利用者の97%近くが2008年から2009年に残高を繰り越しており、平均繰越額は前年比約11%増の2,400ドル近くであった¹⁰⁰。

④HSA Bankにとっての「顧客」¹⁰¹

HSA Bankは、個人のHSA利用者のみならず、企業の雇用主、TPA、健康保険の代理店・ブローカー、健康保険会社といった、HSAの管理を行うために相互に協力する種々の組織をも、顧客と考えている。HSA Bankは、個人のHSA利用者に対しては、適正価格でサービス・商品を提供し、利用者のHSAの知識を高め、HSAを使いやすくすることで満足してもらおう一方、拠出や加入の管理を容易に行いたいという雇用主のニーズ、HDHPを販売するブローカーや代

⁹³ HSA Bank, “TD Ameritrade Corporate Services”(visited Mar.31, 2009)

<<http://www.hsabank.com/ProductServices/Ameritrade.aspx?contentID=624>>.なお、2009年2月16日実施、HSA Bankへのインタビューによれば、HSA BankのHSA利用者に対する投資の選択肢の提供に関しては、TD Ameritradeとの間で2006年3月に合意に達している。

⁹⁴ HSA Bank, “HSA Investment Options”(visited Mar.31, 2009)

<<http://www.hsabank.com/ProductServices/Investments.aspx?contentID=610>>, HSA Bank, “HSA Bank Mutual Fund Options”(visited Mar.31, 2009). <<http://www.hsabank.com/blank.aspx?contentid=1686>> なお、Devenir Corporate Servicesを通じた投資の選択肢の導入は、2007年12月に公表されている。HSA Bank Press Release, “HSA Bank Announces New Investment Options”, Dec.3, 2007 (visited Mar.10, 2009) <<http://www.hsabank.com/AboutUS/pressreleases.aspx?contentID=926>>.

⁹⁵ HSA Bank, “HSA Investment Options”, *supra*.

⁹⁶ 2009年2月16日実施、HSA Bankへのインタビューによる。

⁹⁷ 同上

⁹⁸ 同上。

⁹⁹ 同上。

¹⁰⁰ HSA Bank Press Release, “Despite Economy, Nearly All HSA Bank Customers Carry Savings Into 2009”, Feb.4, 2009 (visited Mar.17, 2009) <<http://www.hsabank.com/aboutus/pressreleases.aspx?contentID=926>>.

¹⁰¹ 2009年2月16日実施、HSA Bankへのインタビューによる。

理店に専門知識やサポートを提供することの必要性および健康保険プランや TPA によるサービス提供の支援の必要性を理解することも重要であると考えている。すなわち HSA Bank は、競争力を高めるために高品質のサービスを提供すべき存在は数多い、と認識している。

⑤HSA Bank の販売モデルと競合他社に対する見方¹⁰²

HSA Bank の販売チャンネルには、個人向けチャンネル、健康保険の代理店・ブローカー、TPA、健康保険プランがある。その中で最大のチャンネルはブローカーである。HSA Bank の営業担当者は全米各地で、HSA と HDHP を組み合わせたプランを雇用主にとっての優れた選択肢として提供しようとするブローカーを支援している。

HSA Bank へのインタビューでは、HSA 販売の主要なモデルとして、独立ブローカーモデル、大企業向けの勘定開設等 HSA 関連サービスに特化した総合サービスプロバイダーモデル (TPA に類似)、および保険会社が銀行を傘下に置き、この銀行が親会社である保険会社に対して HSA の販売を行うモデルの3つが存在する、との指摘があった。さらに HSA Bank は、総合サービスプロバイダーモデルの例として、Mellon Bank (現在の Bank of New York Mellon) と提携した Affiliated Computer Services (以下、「ACS」とする。)を、また保険会社の傘下に銀行を置くモデルの例として、UnitedHealth Group の傘下にある OptumHealth Bank (前述)、BCBS 協会の傘下にある Blue Healthcare Bank および WellPoint の傘下にある ARCUS Financial Bank を挙げている。

HSA Bank は、主たる競合相手として、Blue Healthcare Bank、OptumHealth Bank、Mellon Bank (現在の Bank of New York Mellon) と提携した ACS、その他いくつかの大手銀行を挙げている。

かつて HSA Bank は、統合により巨大化・強化化する保険会社の傘下にある競合他社の存在を懸念していたが、(HSA Bank が優位に立っている)ブローカーチャンネルでは、顧客による保険会社・健康保険プランの選択にブローカー自身の意向が大きく影響しており、ブローカーが HSA を提供する銀行を選択する際に、その HSA と組み合わせる HDHP がどの保険会社のものであるか(その保険会社の傘下に HSA を取り扱う銀行があれば、その銀行を選択すべきか)に縛られずに、自らが取引したいと考える銀行を自由に選択できることを理解するようになった。しかし、HSA の提供元として、その HSA と組み合わせられる HDHP を提供する保険会社の傘下にある銀行が選択されやすい点は課題であると、HSA Bank は捉えている。

同様に HSA Bank は、HSA のビジネスに参入し、預金を集めるために勘定を無料で提供する地方の銀行を脅威ととらえていたことがあった。しかし、企業の雇用主に保険を販売すると併せて HSA を無料で提供しなければならない一方で、HSA のビジネスをほとんど知らず、HSA Bank のような規模の経済性もない地方の銀行との間で生ずる問題に悩まされることもあり、HSA の無料提供の見返りが一切ない地方の銀行との取引はブローカーにとって本意ではない、ということを理解するようになった。ただ、地方の銀行が価格の引き下げを通じて HSA 業界に圧力をかけていることもまた、HSA Bank は認識している。

¹⁰² 同上。

⑥今後の事業展開について¹⁰³

HSA Bank は、保険料負担の軽減、高額医療費が発生するリスクの最小化およびヘルスケアや財政に関する情報へのアクセスの管理・改善に資するプログラムへの参加の促進を通じて、消費者がコスト意識を持ち、賢く、真剣にヘルスケアサービスを利用するための手助けをするという目標を達成できると考えている。現在、HSA Bank は以下の5つの領域における事業展開に向けた検討を進めている。

- ・ 医療の質と価格に関する情報の提供
- ・ 個人の健康に関する情報の管理
- ・ 処方箋薬剤に関する情報の提供
- ・ 健康・ウェルネスプログラム
- ・ 医療相談サービス

HSA Bank は、HSA という競争の激しい市場において今後も継続的に成長するためにとるべき2つの戦略は、ブローカーとの関係を強化することにより彼らが顧客にサービスを提供しやすくなるようにすること、および業界トップレベルのサービスを企業の雇用主と HSA の利用者に提供していくことである、としている。

<参考文献>

1. 各章関連

第II章

- ・ Ken Frino, “U.S. Health – Review & Preview”, A.M. BEST Special Report, January 21, 2008.
- ・ Sally Rosen, “Good Year Overall in 2007; But Income Is Pressured in 2008”, A.M. BEST Special Report, May 12, 2008.
- ・ The Kaiser Family Foundation, “Employer Health Benefits 2008 Annual Survey” (visited Sept.24, 2008) <<http://ehbs.kff.org/>>,

Exhibit 1.9(p.25).

- ・ U.S.Census Bureau, “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States :2007”, Aug.2008, p.21.

第III章

- ・ Micah Hartman, Anne Martin, Patricia McDonnell, Aaron Catlin, and the National Health Expenditure Accounts Team., “National Health Spending In 2007: Slower Drug Spending Contributes To Lower Rate Of Overall Growth Since 1998”, Health Affairs Web Exclusives, Jan/Feb, 2009, 28(1):246-261.

第IV章

- ・ “Consumer Driven Care Guidebook 2008”, MCOL, 2008.
- ・ Erin Trompeter et al. eds., “Consumer-Directed Health Care: Facts, Trends and Data 2007 3rd Ed.”, Atlantic Information Services, Inc., 2007.
- ・ “Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”, U.S. Department of the Treasury Internal Revenue Service Publication 969 (visited Jan.13, 2009) <<http://www.irs.gov/formspubs/index.html>>.
- ・ “January 2008 Census Shows 6.1 Million People Covered By HSA/High-Deductible Health Plans”, AHIP Center for Policy and Research, Apr 2008 (visited Jan. 22, 2009) <http://www.ahipresearch.org/pdfs/2008_HSA_Census.pdf>.
- ・ Peter R. Kongstvedt ed., “The Managed

¹⁰³ 同上。

Health care Handbook, 4th Ed.”, Aspen Publishers, Inc., 2001.

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「ディジーズ・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「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」（損保ジャパン記念財団叢書 No.65、2003）
- ・ 後藤愛「2006年米国健康保険市場データ」（損保ジャパン総研トピックス Vol.1、2008年）
- ・ 田中健司、森朋也「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－」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.47、2007年）
- ・ 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、「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。

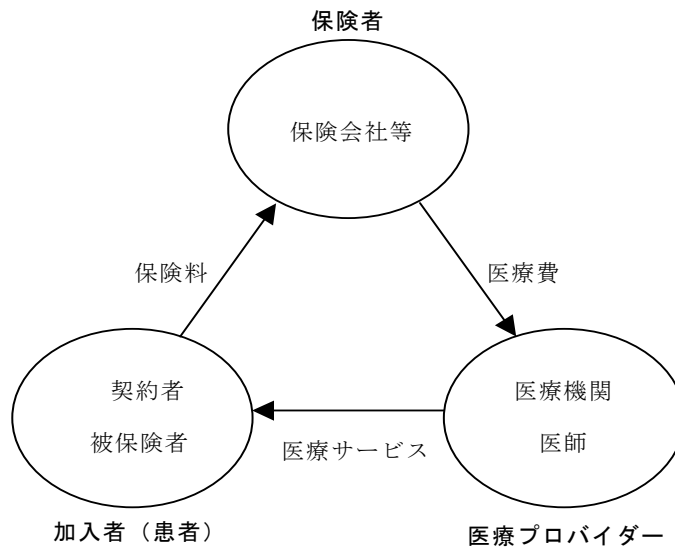
(4) ヘルスケア

「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。

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 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。

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 and 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。

民間保険会社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、多種多様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・末期腎臓病患者を対象とする）、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（以下、「CMS」とする。）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。）および Point-of-service plan（以下、「POS」とする。）の3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 (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IV章で詳述。

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、また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、または既に受給している。
- ・ 本人また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

本人また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。

(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と契約した民間保険会社が、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IV章にて詳述しているように、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。

(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プランであり、2006年1月から運用を開始した。従来、パートA、パートB

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.

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、州政府が民間保険会社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、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。

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ォーターリーVol.42、2003年) pp.11-13.

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

²⁵ Ibid.