

# 基礎研 レポート

## ますます巨大化する

# 米国の大手医療保険会社

- 国民に医療保障を届ける唯一無二の存在へ -
- オバマケアの帰趨に左右されない強さ -

保険研究部 主任研究員 松岡 博司  
(03)3512-1782 matsuoka@nli-research.co.jp

### はじめに

ビル・クリントン氏が大統領に就任した 1993 年、ファーストレディとなったヒラリー・クリントン氏は、ホワイトハウスの西館に執務室を構え、厚生、財務、商務、労働等の各長官その他補佐官で構成される医療保険制度改革作業委員会を主導し、その年の秋、医療制度改革法案を上程した。

「マネージド・コンペティション(管理下の競争)」という概念をバックボーンに考案された改革案は、無保険者の多くが被用者またはその家族であることに眼をつけ、全ての企業に対して従業員およびその家族に民間保険会社の医療保険を提供することを義務付けるとともに公的医療保険を充実させることによって米国民全てが医療保障を受けられるようにすることを主眼とするものであった。保険会社は従業員が転職により医療保険を乗り換えるときに既往症や年齢等を理由として加入を拒むことを禁止され、州ごとに設置される保険購入団体が中小企業を代表して保険会社との条件交渉を行い、選定された複数の保険商品から従業員が自ら加入商品を選ぶ。保険料の負担が困難な小規模企業や低所得層に対して連邦政府から補助金を支給する<sup>1</sup>。

長時間に及ぶ議会での討論を堂々とこなしたヒラリー氏は、新しいファーストレディ像を示したともてはやされたが、この改革案は実現には至らなかった。

共和党政権をはさんで、次に民主党で政権をとったオバマ大統領は医療保険改革を最優先課題として就任し、いわゆるオバマケアを実現した。オバマケアでは、個人は民間医療保険への加入を義務付けられ、従業員 50 人以上の雇用主(企業)は従業員とその家族への民間医療保険の提供を義務づけられた。

ヒラリー氏が提唱した精神の多くはオバマケアに通ずるものがある。

米国で盲腸の手術を受けると何百万円もの診察・手術料を請求されるという話を聞いたり読んだりした方は多いだろう。病気になったら破産するしかないと思構えて暮らしている人が多いとも聞く。2013 年では、米国における自己破産の 62%が医療費を原因とするものであり、米国民の 5 人に 1 人が医療費に関する債務を抱

<sup>1</sup> 武藤弘明「米国医療保険制度改革の行方」生命保険経営第 61 巻第 6 号(1993 年)

<http://www.seihokeiei.jp/pdf/SK/SK6106/SK6106-04-H05.pdf>

永島英器「米国医療保険制度の改革」生命保険経営第 62 巻第 5 号(1994 年)

<http://www.seihokeiei.jp/pdf/SK/SK6205/SK6205-07-H06.pdf>

えているという<sup>2</sup>。

米国には、わが国のような全ての国民が加入する公的な医療保険がない。オバマケアが一定の成果を挙げた 2015 年末でさえ、国民の 9%もが無保険状態にある<sup>3</sup>。世界の国々が見習うべき最先端モデルというイメージの強い米国社会のこの状況はいったい何なのだろうか。

米国の生命保険業界を研究していて、どうしてもぬぐえないでいる違和感は、なぜ国が補助金まで出して国民を民間保険会社の医療保険に加入させようとしなければならないのかということである。

その背景には、公的な医療保険を自主独立の精神を崩すことと嫌う国民感情もあるだろうが、それ以上に、深く米国の人々の生活に入り込んだ民間医療保険会社の存在の大きさがあるように思う。官を補完するのでも官と競合するのでもなく、官に代わって一般国民への医療保障の提供を一手に引き受け、彼らなしには医療保障が立ち行かないという状況を築き上げた。米国の医療保障は民間の医療保険会社が担っている。

わが国では郵政民営化の折、「民でできることは民で」というかけ声が市民権を得た。その伝で行くと、米国は最優等生のように思われる。しかし、その結果が多くは落伍者を出す自己責任の医療マーケットとは。

2016 年 11 月の大統領選挙で、オバマケアの継承と改善を訴えたヒラリー氏と大統領の椅子を争ったトランプ氏は、オバマケアの廃止を訴えて勝利した。まもなく 2017 年 1 月 20 日にそのトランプ大統領が誕生する。

その就任を控え、米国上院は 1 月 12 日、下院は翌 13 日に、オバマケア撤廃に向けた特別予算決議案を可決した。決議は 1 月 27 日までにはオバマケア撤廃に必要な法案を作成するよう各委員会に指示している。直近の報道によればトランプ氏は、代替案の策定が大詰めの段階にあると語ったとあるが、代替制度の概要ははっきりしない。完全な変更か実態的改編か、いずれにせよ、オバマケアの行く末は予断を許さない。

しかしどのように経営環境が変わっても、米国の大手医療保険会社はたくましく生き抜き、より強力になろうとし続けるだろう。本レポートを読んでいただければ、オバマケアが撤廃された方が米国の医療保険会社にとって好都合なのではないかとさえ思われるかも知れない。

本稿は、大統領の交代によりオバマケアに一区切りがつけられることを間近に控えたタイミングで、いったん、大手医療保険会社を中心視座において、米国における医療保険制度の概要とオバマケアのこれまでを見ていくというスタンスで書き進めることとしたい。

## 1——米国の医療保障制度の概要

### 1 | 突出して高い米国の医療費

JTB が発表した『2015 年度海外旅行保険事故データ』には、米国旅行中のシニアが意識を失い救急車で搬送され、心不全で 25 日間入院した事例の海外旅行保険金の支払いが 2,347 万円に及んだことが紹介されている(表1)。

<sup>2</sup> 「Medical Debt, Medical Bankruptcy and the Impact on Patients」 National Patient Advocate Foundation The Patient Voice August 2014 <https://www.npaf.org/wp-content/uploads/2017/07/Medical-Debt-White-Paper.pdf> より

<sup>3</sup> 「Health Insurance Coverage in the United States : 2015」 U.S. Census Bureau <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf> より

表1 高額医療費用事故（治療・救援費用保険金支払） TOP 5

No	国（地域）	内容	年代	プラン	支払保険金
1	アメリカ	コンビニで買い物中に意識を失い救急車で搬送。心不全と診断され25日間入院。医師・看護師が付き添い医療搬送。	シニア (65歳以上)	無制限	2,347万円
2	アメリカ	空港内で意識を失い救急車で搬送。感染性心内膜炎と診断され15日間入院。家族が駆けつける。医師・看護師が付き添い医療搬送。	シニア	その他	2,295万円
3	アメリカ	高速道路を走行中に車が横転し救急車で搬送。全身強打による多発外傷と診断され家族が駆けつける。	その他 (64歳以下)	無制限	2,113万円
4	ハワイ	往路機内で意識を失い着陸後に救急車で搬送。脳梗塞と診断され16日間入院。家族が駆けつける。医師・看護師が付き添い医療搬送。	シニア	無制限	1,833万円
5	ハワイ	ビーチで遊泳中に溺れ救急車で搬送。急性腎不全・溺水による呼吸不全・誤嚥性肺炎と診断され5日間入院。家族が駆けつける。	シニア	無制限	1,564万円

（資料）「ジェイアイ傷害火災保険（株） 2015 年度 海外旅行保険事故データ」JTB広報室ニュースリリースより

また外務省ホームページの『世界の医療事情』コーナー中の「在外公館医務官情報」では、世界各地の医療に関する情報が掲載されている。その中から、米国各地の医療費に関する部分のみを抜粋すると以下の通り、米国の医療費の実情が説明されている。

#### 【ニューヨーク】

- 米国の医療費は非常に高額です。その中でも、ニューヨーク市マンハッタン区の医療費は同区外の2倍から3倍ともいわれており、一般の初診料は150ドルから300ドル、専門医を受診すると200ドルから500ドル、入院した場合は室料だけで1日数千ドルの請求を受けます。
- 例えば、急性虫垂炎で入院し手術後腹膜炎を併発したケース(8日入院)は7万ドル、上腕骨骨折で入院手術(1日入院)は1万5千ドル、貧血による入院(2日入院、保存療法施行)で2万ドル、自然気胸のドレナージ処置(6日入院、手術無し)で8万ドルの請求が実際にされています。
- 治療費は、診察料、施設利用料、血液検査代、画像検査代、薬品代などとそれぞれ別個に請求されるので注意する必要があります。[http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n\\_ame/ny.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n_ame/ny.html)より

#### 【マイアミ】

- マイアミを含めフロリダ州は最新医療設備と技術を有する医療機関が多く、海外から最新の医療サービスを求め来訪する外国人も多く見られます。しかし、医療費は米国の中でも高額で、医療保険の有無により受けられる医療の質に大きな格差が生じています。
- 医療保険に加入していない場合には、現金またはクレジットカードによる医療費の支払いが必要です。入院を必要とする際には数万ドルの保証金を請求されることがあります。集中治療室(ICU)に入院した場合は、1日当たり概ね1万ドルの医療費請求は普通です。1、2週間の治療で数十万ドルの医療費を請求されることがありますので、それに見合った医療保険の加入を強くお勧めします。  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n\\_ame/miami.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n_ame/miami.html)より

## 【ワシントン D.C.】

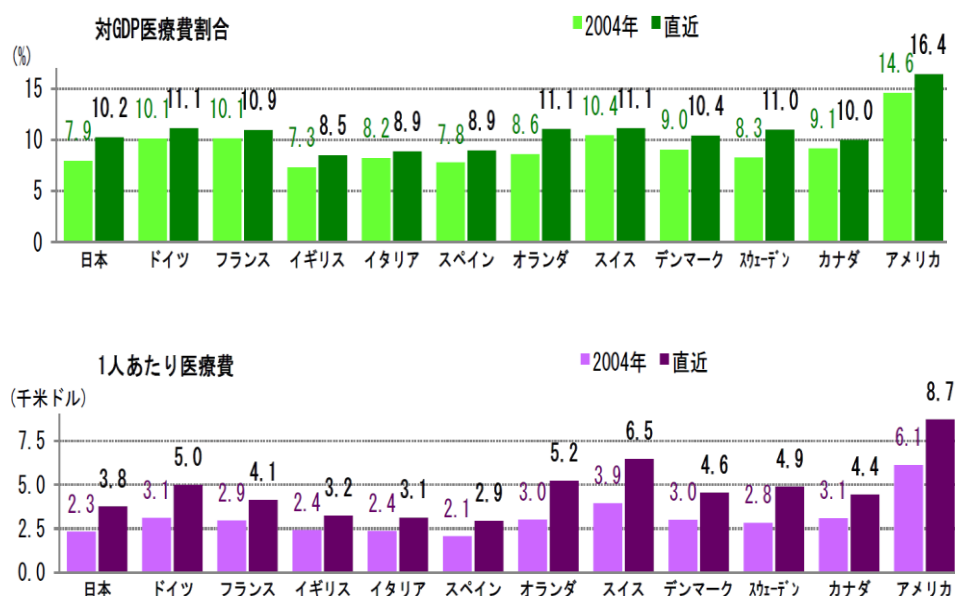
- 医療訴訟が多い為、医師や病院が支払う損害賠償保険料が高くそれが医療費に跳ね返り、医療産業に従事する人(特に経営者層)の人件費が高いのと相まって医療費が非常に高額になっています。
- 手術・入院費など米国の医療費は、非常に高額であり、海外旅行傷害保険等には、十分な補償額で加入しておく必要があります。[http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n\\_ame/usa.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n_ame/usa.html)より

## 【ホノルル】

- 救急車を利用する際には、911 に電話連絡しますが、日本と異なり有料になります。救急車内での処置のレベルによって料金が異なります。毎年 10%以内の料金の変更がありますが、2014 年では移送だけで 375ドル、高度の救急処置が必要な場合には 450ドルまで料金に幅があります。
- 医療費は日本に比べ非常に高額で、ICU への入院や手術となると 1,000 万円を超えることも稀ではありません。クレジットカード付帯の保険では不十分なことが多く、日本を発つ前に海外旅行傷害保険に加入することをお勧めします。その場合、万が一に備え、治療費を無制限にするのが望ましいと考えます。  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n\\_ame/honolulu.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/n_ame/honolulu.html)より

米国の医療費は高額である。グラフ 1 を見ても、米国の医療費が世界でも突出していることがわかる。

グラフ 1 対GDP医療費割合と1人あたり医療費の国際比較



(資料) 篠原拓也「医療の国際数量比較－日本の医療は世界一か?」基礎研レター2016年2月2日

[http://www.nli-research.co.jp/files/topics/52143\\_ext\\_18\\_0.pdf?site=nli](http://www.nli-research.co.jp/files/topics/52143_ext_18_0.pdf?site=nli)より

ここでは、医療という命に関わる領域を、「競争」、「自己責任」、「弱肉強食」の市場原理に委ねたことの矛盾が感じられる。

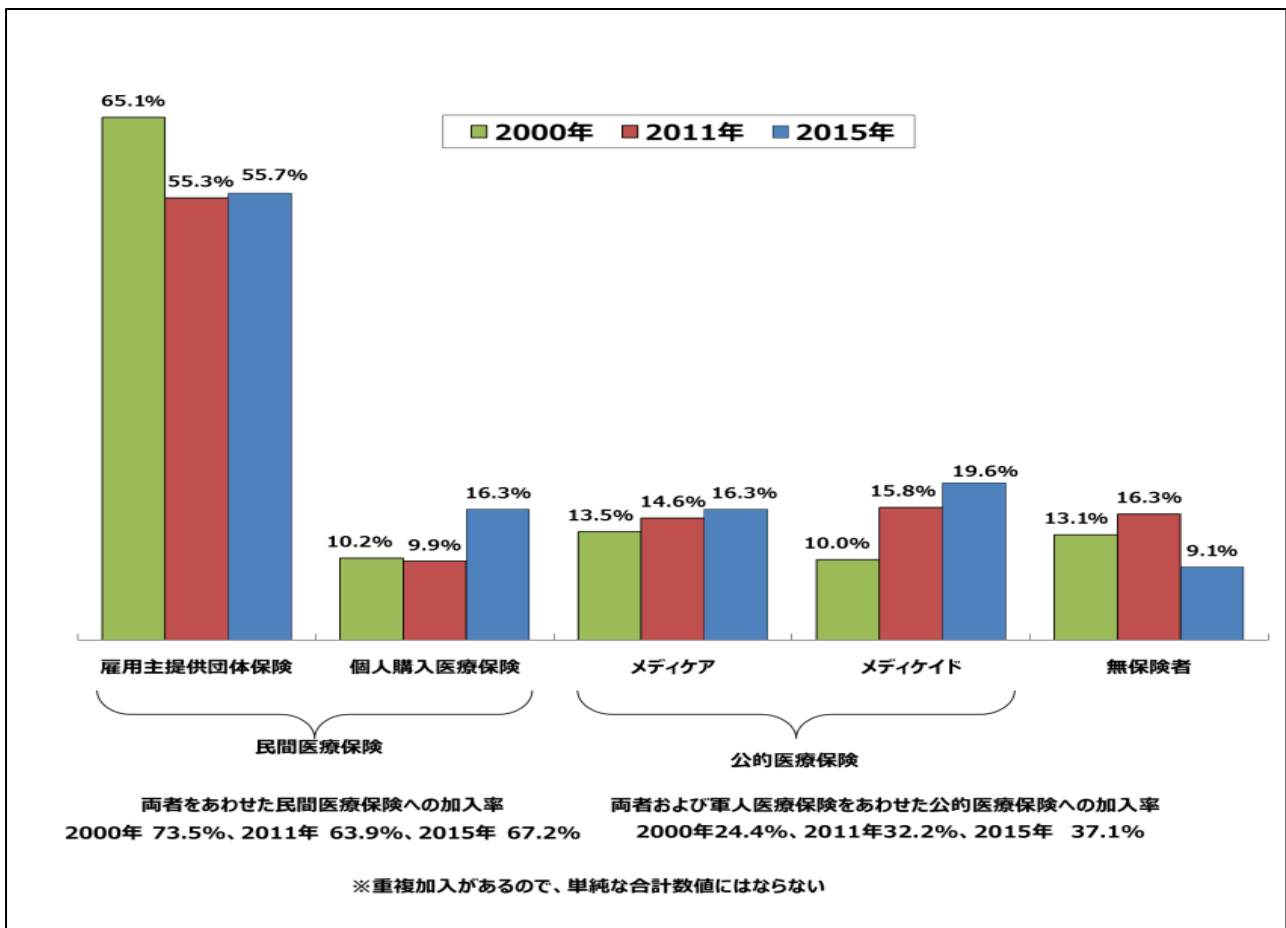
米国では医療費の決定に国が介入せず、医療費は当事者間の自治・交渉により決定される。しかし現実的には、医療プロバイダー側が圧倒的に知識・情報量で勝るのに対し、患者側は命・健康を守るためには医療プロバイダーの協力をあおがなければならないという非対称性がある。市場原理に委ねれば医療費が高くなることは自明のように思われる。

それに加え、米国では医療プロバイダーの人的費が高いこと、医療訴訟が多発するため医師が保険に加入したり余計な治療前検査を行いがちであることも、医療費を高騰させる一因であると言われている。

## 2 | 民間が大きな役割を果たす米国の医療保障制度

グラフ2は、米国民の各種医療保険への加入率の状況である。

グラフ 2 米国民の各医療保険への加入率 (%)



(資料)U.S. Census Bureau 「Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2015」等より作成

## (1) 米国の医療保障体系

米国には、65 歳以上の高齢者と障害者を対象とするメディケア (Medicare)、低所得層を対象とするメディケイド (Medicaid) という公的医療保険があるが、65 歳未満で一定以上の所得がある一般の人々向けの公的医療保険は存在しない。そのため、ほとんどの米国民にとっては民間の医療保険会社が提供する医療保険が唯一の医療保障獲得手段となっている。

メディケア、メディケイドは、公的な医療保険であるが強制加入ではない。

### 【メディケア】

メディケアは高齢者用の公的医療保険である。65 歳以上の米国市民もしくは永住者が対象となる。運営主体は連邦政府である。

メディケアはパート A からパート D までの、4 つのパートで構成される。

パート A は医療施設への入院費用を保障する。本人または配偶者がメディケア税を納め終わると、65 歳で自動的にパート A に加入できる。この場合、保険料は無料である。ただし税の支払い期間が少ないなど要件未達の場合には、月々の保険費を支払う必要がある。

パート B は診療費を保障する。加入者は収入に応じた保険料を支払う。パート A 加入者の大多数がパート B にも加入する。

パート A とパート B に加入することにより総医療費の 70%~80% が保障される。ちなみに残る自己負担分を保障する民間保険商品は、メディギャップまたはサプリメントと呼ばれる。

パート C は、認可を受けた民間医療保険会社がメディケアの保障を代替するプランである。メディケアアドバンテージという商品名で呼ばれる。メディケアアドバンテージに加入すれば、保険会社が契約を結ぶ医療ネットワーク内でパート A とパート B 相当の保障を受けることができる。またパート D 相当の処方箋薬の保障も含むものが多い。

パート D は処方箋薬を保障する。これも民間の医療保険会社の商品に加入する形をとる。保険料は平均月 20~50 ドル程度であるとされている。

### 【メディケイド】

メディケイドは低所得者対象の公的医療保険である。一定収入以下の米国市民、永住者を対象とする。保険料の支払いは必要なく、全額公費で賄われる。運営主体は州政府であるが、その財政は州の予算だけでは足りず連邦からの補助が前提となっている。連邦政府は州に補助を与える上で満たさなければならないガイドラインを設けており、州がこれを遵守することによって、メディケイドのレベルが全米で担保される。ただし実態的には州ごとの制度の格差は大きいとされる。

受給資格者の要件等も州ごとに異なるが、加入資格を得るには世帯収入や保有資産等の厳しい条件を満たさなければならない。

## (2) 各医療保険への米国民の加入状況

グラフ2の下段にある通り、2015年の民間医療保険への加入率は67.2%である。民間医療保険の内訳を見ると(重複加入はあるが)、勤務先で提供される団体医療保険(グラフ中の雇用主提供団体保険)に加入している人が55.7%、個人で購入した医療保険に加入している人が16.3%いる。民間医療保険会社は医療機関と契約を結んでネットワークを形成しており、それぞれの保険商品ごとにネットワーク内で利用できる病院、医師、薬局などが定められている。

米国には、努力したものが報われる一方で努力なきものは救済されないとする「自由と自助の精神」を尊ぶ風潮がある。医療保障も例外ではなく、連邦、州の介入は出来る限り排除されてきた。しかし現実問題として医療保障は必要である。そこで妥協的に、政府と個人の間にある勤務先企業が保険会社と団体医療保険を締結して従業員およびその家族に医療保障を提供するようになり、米国の人々の医療保障獲得方法として中心的な役割を担うようになった。

メディケイド、メディケアの対象要件を満たさない人のうち、従業員に医療保障を提供する体力のない中小企業の従業員・家族や自営業者、65歳未満の早期退職者、無職者等は自力で個人契約の民間医療保険を手当てしなければならないことになるが、勤務先からの補助のない個人契約の医療保険に加入するには相応の資力が必要である。

その結果、メディケアに加入するほどには困窮していないが、所得が少ない人々は無保険者として医療保障の体系からはじき出されることとなり、これが米国における深刻な社会問題となった。

無保険者問題を解決するため実施されたオバマケアでオンライン医療保険加入サイトであるエクスチェンジが開設され(後述)、従来の無保険者がエクスチェンジで販売されている個人医療保険に加入するようになって、個人医療保険の加入率が高まって来ている。

高齢化の進展によるメディケアの加入率上昇、経済情勢の悪化とオバマケアによる加入要件の緩和(後述)によるメディケイドの加入率上昇を受けて、公的医療保険への加入率は2000年代を通じて上昇し、2015年には37.1%にまで上昇している。

それらを受けて、オバマケアの目的の1つであった無保険者率の縮小は一定の成果を挙げ、2015年末の無保険者率は9.1%にまで下がっている。

既に見たようにメディケアには民間保険のプランを利用する制度もある。また、州政府がメディケイドの運営を民間医療保険会社に委託することも多い。このような形で、米国においては民間医療保険会社がさまざまな場面で国民の医療保障を支えるようになっており、近年、その役割はますます大きなものになってきている。

## 2—オバマケアの制度概要

### 1 | オバマケアの根拠法発足

2010年3月、Patient Protection and Affordable Care Act(患者保護並びに医療費負担適正化法、PPACA)、通称 Affordable Care Act(ACA)が成立し、オバマケアが発足した。

オバマケアは、「増加する無保険者」と「高騰する医療費」に歯止めをかけることを主な目的とする。

ACAに則り、2014年よりオバマケアの中核部分が本格実施された。

### 2 | オバマケアの制度概要 主に民間医療保険会社との関係を中心に<sup>4</sup>

#### ① メディケイドの加入対象者を拡大

連邦貧困ガイドライン所得の100%までとされていた対象者の所得範囲を133%未満にまで引き上げ、メディケイドの対象者を大幅に拡大した。これにより低所得層の無保険者に保障を提供することが所期された。

ただしメディケイドの加入対象者の拡大については、共和党系知事の26州で訴訟が提起され、「州の自治権を侵害する」との判決が出されたため、実施するかどうか等は州の選択によることとなった。その結果、メディケイドの対象者が拡大された州と拡大されなかった州に分かれた。

#### ② 個人に医療保険への加入を義務付け

何らかの医療保険に加入することを個人に義務付けた。

義務に反して医療保険に加入しない場合には所得税の申告時に罰金(2016年は1人695ドルまたは年収の2.5%のいずれか高い方)を科す一方で、所定の条件の下、医療保険に加入した場合には助成金が支給

<sup>4</sup> 山下由夏「米国医療保険制度改革と医療保険業界へのインパクト」生命保険経営第78巻第5号(2010年)

<http://www.seihokeiei.jp/pdf/SK/SK7805/SK7805-02-H22.pdf>

馬場邦年「米国医療保険改革の主な内容と課題」生命保険経営第82巻第5号(2014年)

<http://www.seihokeiei.jp/pdf/SK/SK8205/SK8205-03-H26.pdf>

田中健司「米国におけるヘルスケア改革をめぐる健康保険業界の動き」損保ジャパン総研クォーターリーVol.58(2011年3月31日)

<http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt58-2.pdf>

小林篤「米国における2010年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向～ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化する

か～」損保ジャパン総研レポートVol.59(2011年9月30日) <http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt59-2.pdf>

小林篤「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポートVol.65(2014年9月30日)

<http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt65-1.pdf>

小林篤「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしてのACOモデルへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポートVol.66(2015年3月31日)

<http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt66-2.pdf>

小林篤「米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割—問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—」損保ジャ

パン日本興亜総研レポートVol.68(2016年3月31日) <http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt68-1.pdf>

小林篤「米国ヘルスケア改革本格実施後の新しいヘルスケアサービス提供システムと健康保険者—健康保険者の事業モデル改革とヘルスケアサービス提供組織のマネジメント—」損保ジャパン日本興亜総研レポートVol.69(2016年9月30日)

<http://www.sjnk-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt69-1.pdf>

上野まな美「米国の歴史的医療保険制度改革、オバマケア 成果が出始めているものの、撤廃を求める声は消えていない」

大和総研リサーチ(2015年5月14日) [http://www.dir.co.jp/research/report/overseas/usa/20150514\\_009714.pdf](http://www.dir.co.jp/research/report/overseas/usa/20150514_009714.pdf)

石橋 未来「財政依存度が高まる米国医療保険制度 高齢化や高額処方薬が影響する大統領選後のオバマケア」

大和総研リサーチ(2016年11月1日)



されることになった(⑤医療保険取引所(エクスチェンジ)の設置の項を参照)。

### ③ 雇用主(企業)に従業員への医療保険提供を義務付け

従業員およびその家族に医療保険を提供することを従業員数200名以上の雇用主(企業)に義務づけた。

また従業員に医療保険を提供していない従業員数50人以上の雇用主(企業)は、従業員がエクスチェンジ経由で医療保険に加入して保険料の補助を受けた場合に、罰金を科されることとされた。

一方、従業員の平均年収が5万ドル以下で、従業員に提供している医療保険の保険料の50%以上を負担している従業員数25名以下の雇用主(企業)には、助成金が与えられることになった。

### ④ 民間保険会社に対する規制

民間の医療保険会社に対して、より多くの人々を受け入れる観点、きちんとした商品の質を保証する観点等からさまざまな規制が課された。主な規制を並べると以下の通りである。詳細については、前ページ下段の各参考資料をご覧ください。

a) 被扶養者としての子供の加入年齢の上限が26歳に引き上げられた。

b) 医療保険会社は、保険加入の申し込み、保険契約更新の申し込みを受ければ、必ず応じなければならないこととされ、加入者個々の健康状態、病歴等に応じた差別的な取り扱いを行ってはならないとされた。既往症を理由とする免責を設けることも禁止された。

c) 保険料に関し、個人医療保険および小企業向け団体医療保険においては、年齢、居住地、家族構成、喫煙有無に応じて保険料に差を設けることだけが認められ、それ以外の性別、健康状態等に応じた差を設けることは禁止された。

なお小企業以外の大企業等向けの団体医療保険についてはこのような規定が設けられていないが、通例は規模の大きい企業の団体医療保険の方が従業員に有利な取扱いが行われていることから、実態的には全医療保険領域において、健康状態等を根拠とする差別的な保険料設定は行えなくなったと考えるもよいように思われる。

d) 個人医療保険および小企業向け団体医療保険において、医療保険商品が最低限備えているべき保障項目が定められた。その内容は以下の10項目である。

①外来医療、②緊急医療、③入院医療、④妊娠および新生児医療、⑤精神医療とアルコール依存、薬物依存・乱用などの物質使用障害関係の医療サービス、⑥処方箋調剤薬、⑦リハビリテーション、⑧臨床検査サービス、⑨疾病予防・ウェルネスサービスおよび慢性疾患管理、⑩小児医療(歯科・眼科を含む)

この最低保障要件でも、大企業等向けの団体医療保険が対象とされていないが、規模の大きい企業の団体医療保険の方が従業員に有利な商品設計となっていることが通例であるため、本最低保障要件が全医療保険領域における最低要件であると考えてもよいように思われる。

e) 加入者が負担する医療保険料の年間自己負担額に上限が定められた。

f) 加入者が受ける給付額の生涯および年間の上限が撤廃された。

g) 医療保険会社は、臨床サービスと品質向上に費やされた金額が保険料に占める割合(医療費支払い率=Medical Loss Ratio (MLR))が大規模団体プランであれば85%、小規模団体プランおよび個人プラン

であれば 80%に満たない場合、その基準に不足する差額部分の保険料を加入者に返還しなければならないこととされた。

### ⑤ 医療保険取引所（エクスチェンジ）の設置

インターネット上の医療保険加入サイトである医療保険取引所（エクスチェンジ、マーケットプレイス等と呼ばれる。本稿では以下、エクスチェンジと称する）が開設された。

エクスチェンジでは、これまで民間の医療保険の保険料が高すぎて加入できなかつたり、保険会社のリスク選択の結果加入できなかった個人や小企業を対象として、医療保険各社が最低限の保障基準④の 10 項目を満たした商品を手頃な価格設定で出品し、消費者はそれら商品群の中から比較・選択して購入できるようになった。先述の④民間保険会社に対する規制 b) の制定もあって、エクスチェンジにおいて加入申込者は保険加入を保険会社から拒否されることはない。

エクスチェンジ上で保険商品は、同等の商品の中で比較・検討できるように、ブロンズ（医療費の 60%をカバーする商品）、シルバー（医療費の 70%をカバーする商品）、ゴールド（医療費の 80%をカバーする商品）、プラチナ（医療費の 90%をカバーする商品）という 4 区分（メタルレベル）に分けて出品される。医療費のカバー率が低い区分ほど保険料は安い。（なお、この 4 区分は上記④ f) の最低保障要件の制定とともに定められた区分で、エクスチェンジに限られたものではない。）

所得が法定貧困レベルの 400%以下の人々がシルバーレベルの医療保険を購入した場合、購入した保険料に税額控除が適用される。所得が法定貧困レベルの 250%以下の人々がエクスチェンジでシルバーレベルの医療保険を購入した場合には補助金が与えられる。

エクスチェンジでは一斉の加入手続き期間（Open Enrollment Period）が設けられ、その期間中のみ申し込みが受け付けられる。加入手続き期間が終了した後、医療保険の保険期間が開始される。保険期間は 1 年間である。

個人向けのエクスチェンジの他に、従業員 100 名以下の小雇用主（企業）向けのエクスチェンジも開設された。さらに 2017 年よりは州の判断で従業員 100 名超の雇用主（企業）にもエクスチェンジの利用を認めることができることとされた。

## 3——米国の医療保険会社の概要

ここでは、米国の医療保障制度に大きな役割を果たしている大手医療保険会社の概要を見る。なお本稿で大手医療保険会社と呼ぶ場合には、概ね表 2 のうちの、突出して規模が大きい上位 5 社をイメージして記述している。

表 2 の各社は医療保険と HMO 等のヘルスケア事業をあわせ行っており、膨大な会員数と医療機関との提携ネットワークを持っている。いずれも上場会社である。

表2 米国の上場ヘルスケア・医療保険グループの状況

順位	グループ名	収 入			営業純利益			営業利益率	
		2014 (億ドル)	2015 (億ドル)	増加率 (%)	2014 (億ドル)	2015 (億ドル)	増加率 (%)	2014 (%)	2015 (%)
1	ユナイテッドヘルス	1,305	1,571	20.4	102.74	110.21	7.27	7.9	7.0
2	アンセム	739	792	7.2	50.50	52.75	4.45	6.8	6.7
3	エトナ	580	603	4.0	42.54	48.55	14.12	7.3	8.0
4	ヒューマナ	485	543	11.9	23.62	23.47	▲ 0.64	4.9	4.3
5	シグナ	348	378	8.7	32.41	33.63	3.76	9.3	8.9
6	セントネ	166	228	37.4	4.65	7.05	51.73	2.8	3.1
7	ヘルスネット	140	162	16.0	2.31	4.88	111.07	1.7	3.0
8	ウェルケアヘルスプランズ	130	139	7.2	1.88	3.84	104.64	1.4	2.8
9	モリーナヘルスケア	97	142	46.7	1.93	3.87	100.45	2.0	2.7
10	マゼランヘルスサービス	38	46	22.3	1.24	0.76	▲ 39.09	3.3	1.6
11	トリプルS マネジメント	23	29	25.1	0.75	0.65	▲ 13.31	3.2	2.2
12	ユニバーサルアメリカン	19	17	▲ 12.9	▲ 0.10	0.25	353.31	▲ 0.5	1.5
	以上合計	4,068	4,650	14.3	264	290	9.62	6.5	6.2

(資料) AMベスト「Special Report : Publicly Traded Health Insurers Increase Revenues, Operating Earnings in 2015」  
April 7, 2016 より

## 1 | 巨大な存在

米国の大手医療保険会社は巨大な保険会社である。表3は2014年の保険料収入を基に世界の保険会社の規模トップ15を並べたものであるが、米国の医療保険会社(青色のシャドーを付した会社)4社がトップ15の中にランクインしている。

表3 世界の保険会社収入保険料ランキング(2014)

順位	企業名	国籍	収入保険料 (億ドル)
1	ユナイテッドヘルス	米国	1,153
2	アクサ	フランス	996
3	アリアンツ	ドイツ	844
4	ジェネラル	イタリア	782
5	アンセム	米国	687
6	中国人寿	中国	657
7	ステートファーム	米国	632
8	カイザーファウンデーション	米国	627
9	ミュンヘン再保険	ドイツ	574
10	エトナ	米国	517
11	PICC	中国	515
12	ブルデンシヤルplc	英国	498
13	日本郵政	日本	497
14	平安	中国	492
15	チューリヒ	スイス	487

(資料) AMベスト社“BEST'S REVIEW” July2016 より

## 2 | M&Aにより巨大化・寡占化を果たしつつある米国の大手医療保険会社

米国の大手医療保険会社はどれも1990年代まではそれほど目立つ保険会社ではなかった。

第1位のユナイテッドヘルスは1977年に地域のヘルスケア会社として発足した会社である。

第2位のアンセムは地域の非営利医療保険プロバイダーであるブルークロス・ブルーシールドの1つが1992年にブルークロス・ブルーシールドの地域間統合と拡大を目指して営利企業体を設立したことに端を発する会社である。

第3位のエトナと第5位のシグナは、長い歴史を有する生保会社が、90年当初の米国生保経営危機、

RBC（リスクベースとキャピタル）比率規制の導入による事業見直し気運等を経て、生保・年金事業との兼業から医療保険事業専業へと軸足を移してきた会社である。

第4位のヒューマナは、1959年に発足した病院事業会社が医療保険・ヘルスケアへと事業を広げ、病院事業を売却して医療保険・ヘルスケア専業となった会社である。

1990年代までの雇用主提供団体医療保険の収益性は極めて低かった。また医療費高騰の中、医療費を効率的に管理しようとするHMO等のマネージドケアが台頭し、団体医療保険事業を遂行するには医師ネットワーク等の構築が必要となったことが、団体医療保険事業の難易度を高めた。団体医療保険で収益をあげるためには、規模が必要な条件となった。

面倒を嫌った多くの生保会社は団体医療保険からの撤退を図った。この動きを逆張りのビジネスチャンスと捉えて医療保険事業を拡大させたのが今日の大手医療保険会社である。

大手医療保険会社は活発に買収を展開して、医療保険事業の集約によるクリティカルマス獲得、ヘルスケア組織の地域拡大、会員数拡大による医療プロバイダーに対する発言力強化を図っていった。

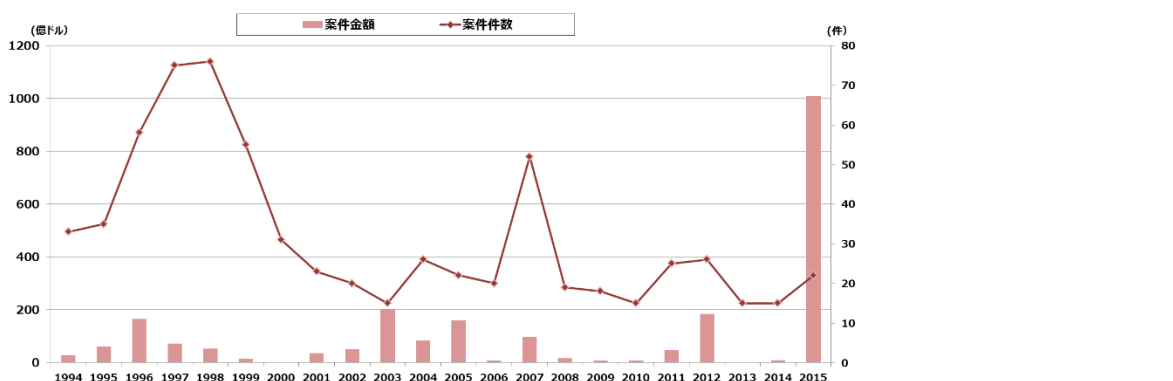
その過程では、1995年のユナイテッドヘルスによるメトラヘルス（メットライフとトラベラーズが団体医療保険事業を分離し統合した会社）買収、1999年のエトナによるプルデンシャルの団体医療保険事業プルデンシャルヘルスケア買収など、大型の買収案件も実施された。

グラフ3は、1994年から2015年までの医療保険・ヘルスケア会社のM&Aの件数と金額をグラフ化したものである。金額的には小さいが多くのM&A案件が90年代中旬から後半にかけて行われ、業界の集約と再編が進行していった様が見て取れる。2000年代に入ってもM&Aを通じた経営の集約は継続され、今日のビッグ5体制が成立し、一般の生保会社はヘルスケア・団体医療保険事業に手を出さず、大手医療保険会社は一般の生命保険・年金に手を出さないという棲み分けが成立した。

なおグラフ3で2015年の取引金額が大きくなっているのは、後述するアンセムによるシグナ買収、エトナによるヒューマナ買収という超大型買収の発表が行われたことを反映している。2017年1月17日現在、この2件の買収案件はまだ完結していない（後述）。

巨大化により対医療プロバイダーとともに対消費者の交渉力を増した大手医療保険会社は、折からの医療費高騰の中、保険料の値上げを続けた。その結果、2000年代に入ると団体医療保険事業の収益性は過去最高水準を記録するようになった。こうした状況はオバマケア検討の呼び水の1つともなった。

**グラフ3 医療保険：ヘルスケアが含まれるM&A取引の推移（発表ベース）**



（資料）コニング社” Global Insurer Mergers&Acquisitions in 2015 The Big Bang” より作成

## 4—オバマケアの実施状況と医療保険会社の動向

### 1 | 無保険者数は減少

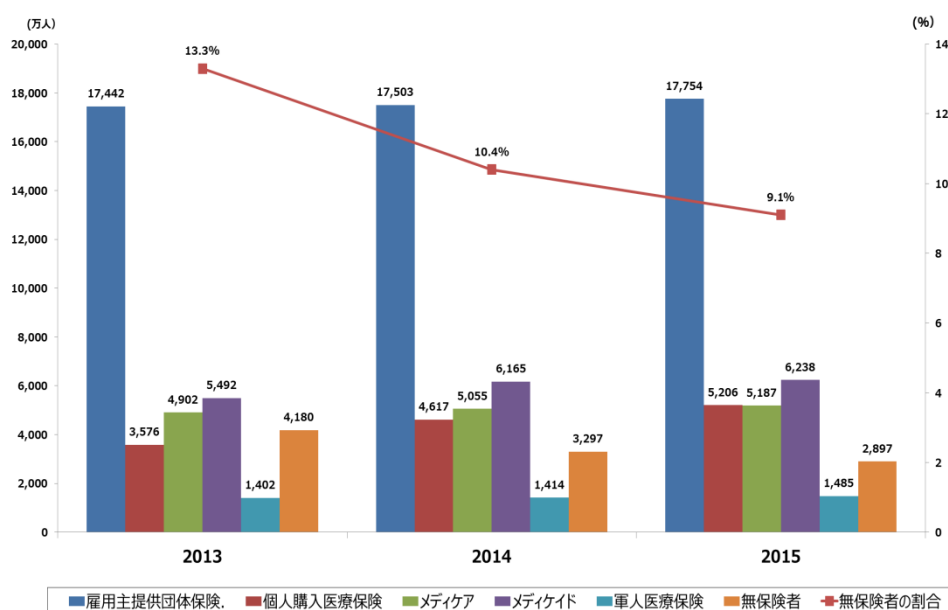
オバマケアの目的の一つである無保険者数の減少については一定の成果が見られた(グラフ4)。

オバマケアが本格実施される直前の2013年の無保険者数は4,180万人、国民に占める割合は13.3%であった。それが、オバマケアが本格実施された2014年には3,297万人、10.4%に下がり、2015年には2,897万人、9.1%へと減少・低下した。

オバマケアによって、加入資格が拡大されたメディケイドの加入者数は2013年の5,492万人から2014年6,165万人へと急増した。2015年には経済情勢の悪化による低所得層の増加もあって、さらに約70万人増加し、6,238万人になった。

エクスチェンジの開設により加入者数が増加することが予測されていた個人医療保険も2013年には3,576万人であったものが2014年には4,617万人、2015年には5,206万人へと大きく増加している。

グラフ4 オバマケア導入(2014年)前後の無保険者、医療保険加入者の動向



(資料)U.S. Census Bureau 「Health Insurance Coverage in the United States: 2015」より作成

今日でも無保険者でい続ける人の属性としては、オバマケアによって医療保険に加入することができるようになったのにそうしようとならない人たち、居住州がメディケイドの拡大を実行しないのでメディケイドに加入できない人々、およびメディケイドに加入する資格があるのに世間的な目を気にして申し込んでいない人たちと言われる。

オバマケアにより医療保険に加入できるようになったのに加入していない人たちは、健康に自信のある若者や補助金を受けても支払うべき保険料はまだまだ高額だと考え罰金を払う方がまだと考える人たちである。

健康上の問題が少ない無保険者がいまだに医療保険に加入せず、健康に問題を抱えた人や高齢層の人たちがエクスチェンジを通じて医療保険に加入したことがエクスチェンジ事業の収益性を悪化させ、保険料の値上げ、保険会社のエクスチェンジ事業からの撤退の動きへと結びつき、オバマケアの目論見通りの成功を難しいものになっている。

## 2 | エクスチェンジの開設状況

オバマケアでは第一義的には全ての州がエクスチェンジを設定すべきこととされているが、エクスチェンジの開設を拒否する州も多かった。州が独自のエクスチェンジを開設しない州については、代わって連邦政府が連邦エクスチェンジ Healthcare.gov を開設し、運営している。

2017年の各州のエクスチェンジの状況分布は次の地図の通りである。

州独自のエクスチェンジ運営を行っている州は12州ある。これらの州は、州独自のエクスチェンジプラットフォームを作成し活用している。

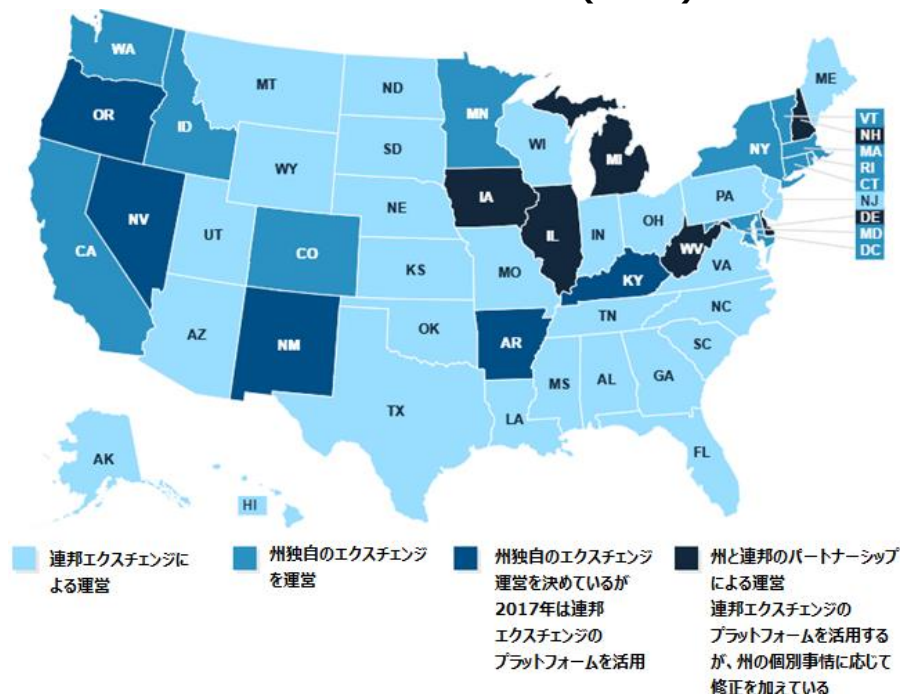
その他の州は大なり小なり連邦エクスチェンジのプラットフォームに運営を頼っている。

アーカンソー、ケンタッキー、ネバダ、ニューメキシコ、オレゴンという5つの州は州独自のエクスチェンジを運営することとしているが、2017年時点では連邦エクスチェンジのプラットフォームを活用することとしている。

6つの州は連邦とパートナーシップを結んで、連邦エクスチェンジのプラットフォームを自州の事情に応じて微修正して活用し運営している。

その他の28州は連邦エクスチェンジがエクスチェンジを運営している。

図1 エクスチェンジの開設状況(2017)



(資料) Kaiser Family Foundation ホームページ”State Health Facts”より

<http://kff.org/health-reform/state-indicator/state-health-insurance-marketplace-types/?activeTab=map&currentTimeframe=0&selectedDistributions=marketplace-type>

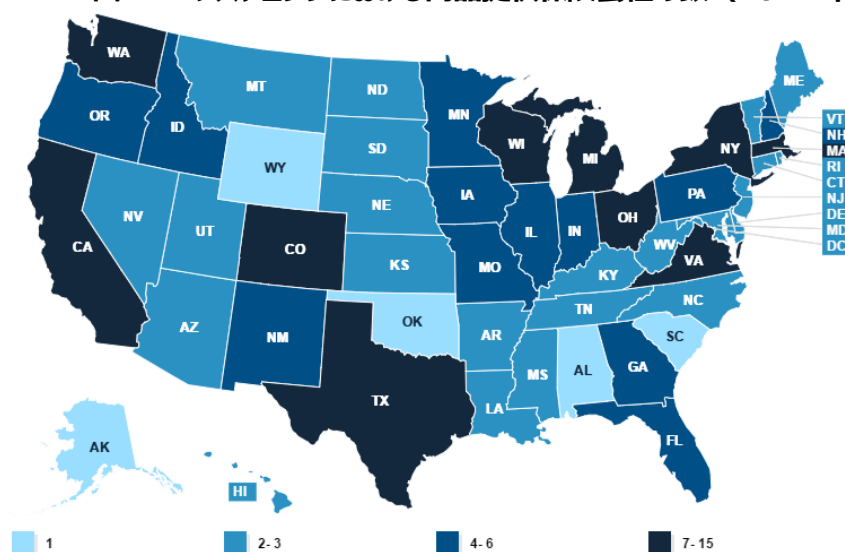
### 3 | エクスチェンジに参加する保険会社は少数で寡占状況

当初の目論見では、エクスチェンジに多くの医療保険会社が多様な商品を数多く出品し、顧客の選択に応える競争を展開して、消費者がより良く低廉な商品を選択できることになるはずであった。

しかし実際に各州のエクスチェンジに商品を提供している医療保険会社の数は極めて少なく、しかもシェアの大きい上位社がほとんどの販売実績をとってしまう状況となっている。

次の地図は 2017 年の各州のエクスチェンジにおける商品提供保険会社数の状況である。濃い色で塗られた 4 社以上の保険会社が商品提供を行っている州はさほど多くない。提供保険会社が 1 社しかない州も 5 つ見られる。

図2 エクスチェンジにおける商品提供保険会社数の数（2017年）



(資料) Kaiser Family Foundation ホームページ”State Health Facts”より

[http://kff.org/other/state-indicator/number-of-issuers-participating-in-the-individual-health-insurance-marketplace/?activeTab=map&currentTimeframe=0&selectedDistributions=total-number-of-issuers-in-the-marketplace\\_2017](http://kff.org/other/state-indicator/number-of-issuers-participating-in-the-individual-health-insurance-marketplace/?activeTab=map&currentTimeframe=0&selectedDistributions=total-number-of-issuers-in-the-marketplace_2017)

この結果、公的な医療保険の比較サイトであるエクスチェンジで寡占状況が生じ、競争による価格低下、商品・サービスの開発競争が行われることは期待しづらい状況となっている。

昨年9月にGAO(米国会計検査院)が発表した報告書の中でも、2014年には、商品提供会社数が3社以下の州が相当多数に及んだこと、上位3社だけで80%以上のシェアを占める州がほとんどであったことが記載されている。

### 4 | エクスチェンジ事業で損失が発生

オバマケアにより、医療保険会社が既往症のある申込者の保険加入を拒否できなくなったため、従来、医療保険への加入ができないために無保険者であった既往症のある人々や高齢層の人々が医療保険に加入した。一方で先述の通り、健康状態に自信のある人、若年層の人々はいまだに保険料支払いの負担感の大きい医療保険に加入するよりも罰金を払う方が得と、当初想定ほどには医療保険加入が進んでいない。

この状況は保険会社の経営面からは、危険選択を禁じられたために、逆選択（健康状態に不安のある人ほど保険に加入するという状況）というリスクの高い状況を阻止できていないというゆゆしき事態である。

各医療保険会社のエクスチェンジ事業では、保険金の支払い額が想定を上回ったため収益がマイナスとなった。中には、医療をすぐに必要とする人が保険に加入してきて治療が終わり保険金を受け取りしだい保険を解約してしまうという動きすらあったという。

グラフ5の青い棒グラフは、医療保険会社のエクスチェンジ事業を含む民間医療保険事業全体の収益状況を表すものである。2014年に始めて約4,700万ドルのマイナスとなり、2015年には約20.6億ドルのマイナスへと損失額が拡大しており、損益状況が悪化してきていることが分かる。

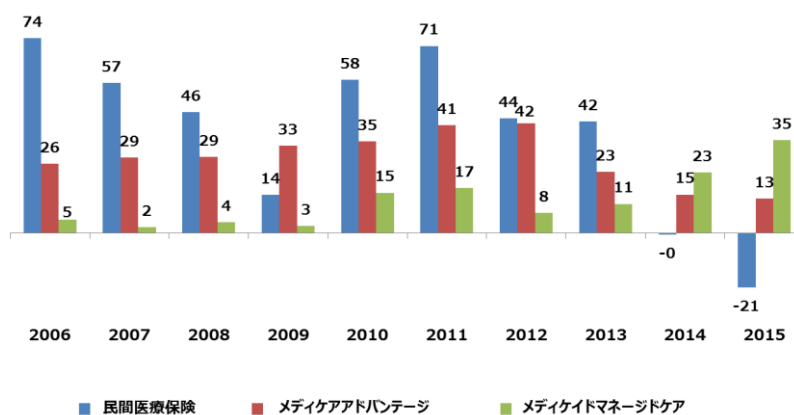
リスクに応じて条件を設定し保険を引受けること（危険選択）は保険会社経営の基本である。一般の人向けの公的保険がない米国において公的保障を提供するという半ば公的な役割を唯一のプレーヤーとして引き受けた医療保険会社がこの基本を放棄することを求められることは、ある意味当然の帰結であったとは言えるが、やはり困難な試練であることは否定しようがない。

こうした状況に陥ることを予測していた医療保険会社や州の保険監督当局は、オバマケア検討段階から何度も、そのリスクの大きさを訴えていたが、方針が覆ることはなかった。

2017年1月5日には、合衆国保健福祉省の企画評価局が、2014年末現在で1億3,300万人に及ぶ64歳以下の人々が既往症を持っている状態にあるとの調査結果<sup>5</sup>を発表した。この人数は当該年齢層人口の51%にあたる。これら既往症を持っている人々のうち1年を通して無保険者であった人の割合は、2010年には13.8%あったが、オバマケアが本格実施された2014年には10.8%に減少したとするレポートを発表した。この調査によれば、2014年末時点でいまだ1,000万人を超える既往症を持つ無保険者が存在する。

医療保険会社は、エクスチェンジ事業の見直しを行わざるを得なくなった。

グラフ5 ビジネスライン別引き受け利益・損失



(資料)AM ベスト「Special Report:ACA Underlies Changes in Enrollment, Premium Mix and Earnings for Health Industry」November 11, 2016より

5 Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, ASPE ISSUE BRIEF 「Health Insurance Coverage for Americans with Pre-Existing Conditions:The Impact of the Affordable Care Act」 January 5, 2017 <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/255396/Pre-ExistingConditions.pdf>



## 5 | エクスチェンジ事業からの撤退

エクスチェンジ事業で損失が発生し、しかも将来に向けての改善も考えられないという状況に嫌気がさしたいくつかの医療保険会社はエクスチェンジ事業からの撤退を図った。オバマケアでは、医療保険会社はエクスチェンジへの出品を義務づけられていたわけではない。

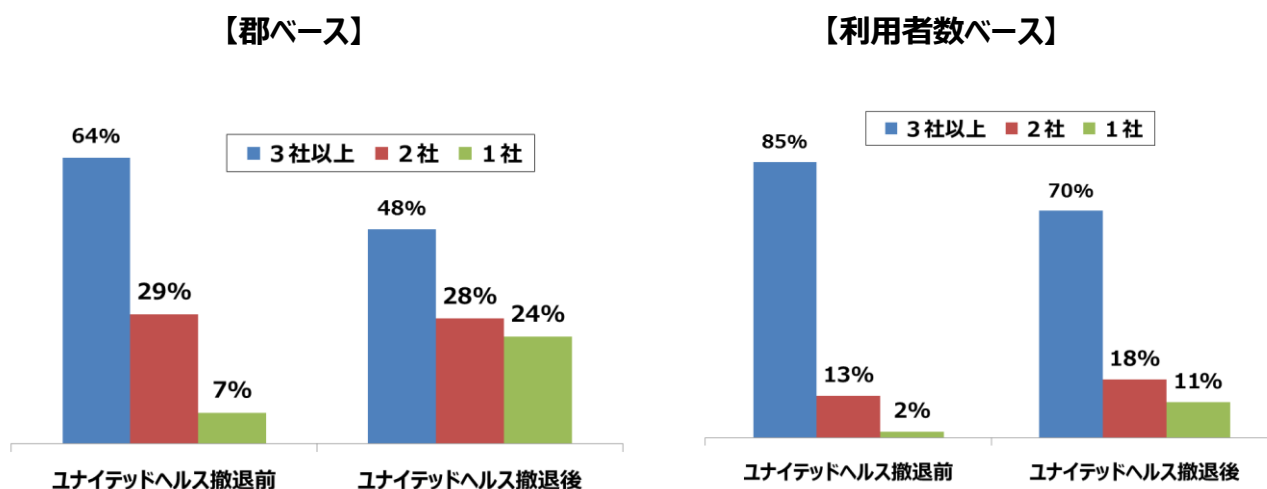
2016年4月には、最大手ユナイテッドヘルスが他社に先駆けてエクスチェンジ事業からの撤退を表明した。同社は34の州のエクスチェンジで保険を販売していたが、2017年にはほんの一部の州で販売するだけとなった。同社のCEOは「持続可能に見えない市場に資金をつぎ込むわけにはいかない」と述べた。

グラフ6はユナイテッドヘルスの撤退表明時にその影響を確認するために作られたグラフであるが、最大手会社であるために撤退の影響は大きい。他の条件が2016年のままであるとすると、ユナイテッドヘルスの撤退前はエクスチェンジにおいて3社以上の商品から加入商品を選べた郡が全体の64%あったのに対して、同社の撤退が実施された後には、この数値が48%に下がってしまう。代わって、たった1社の商品にしかエクスチェンジで加入することができない郡が7%から24%に増えてしまう。

同じことを利用者数で見ると、1社の商品にしかエクスチェンジで加入することができない利用者の割合が撤退前の2%から撤退後は11%に急増してしまう。

### グラフ6

#### ユナイテッドヘルス撤退の影響：エクスチェンジ商品提供会社数の変化（2016年状況を前提に）



(資料)カイザーファミリー財団「Analysis of UnitedHealth Group's Premiums and Participation in ACA Marketplaces」APRIL2016より

ユナイテッドヘルスが先陣を切った撤退の動きは他社にも波及した。8月にはエトナも15州のうち11州から撤退すると発表した。エトナは年3億ドルの赤字が発生したと述べた。

表4はそうした撤退の動きをまとめたものである。これによれば、連邦エクスチェンジを使っている州だけの単純合計では、2016年には商品提供社数が累計232社あったものが2017年には累計167社へと68社減少することになっている。2017年に新たに商品を提供し始めた参入社が15社ある一方で、撤退社の累計が83社に及んでいる。撤退社の出現により1社しか商品提供保険会社がなくなってしまう州が出ている。

表4 2016年から2017年にかけてのエクステンジへの商品提供保険会社数の動向

(社)

	州内の参加保険会社数		2016年から 2017年増減	2017年 新規参入社	2017年 撤退社数
	2016	2017			
連邦エクステンジHealthCare.govを活用している州の合計	232	167	-68	15	83
上記にデータ入手ができた州ベースのエクステンジ活用州の数値を合算	298	228	-73	16	89
連邦エクステンジHealthCare.govを活用している州					
アラスカ	2	1	-1	0	1
アラバマ	3	1	-2	0	2
アーカンソー	5	4	-1	0	1
アリゾナ	8	2	-6	0	6
デラウェア	3	3	0	0	0
フロリダ	10	7	-3	1	4
ジョージア	9	5	-4	0	4
ハワイ	2	2	0	0	0
アイオワ	4	5	1	2	1
イリノイ	9	5	-4	1	5
インディアナ	8	4	-4	0	4
カンザス	4	3	-1	1	2
ケンタッキー	N/A	3	N/A	N/A	N/A
ルイジアナ	5	4	-1	0	1
メイン	2	3	1	1	0
ミシガン	14	10	-4	0	4
ミズーリ	7	4	-3	0	3
ミシシッピ	3	2	-1	0	1
モンタナ	3	3	0	0	0
ノースカロライナ	3	2	-1	1	2
ノースダコタ	3	3	0	0	0
ネブラスカ	4	2	-2	1	3
ニューハンプシャー	4	4	0	0	0
ニュージャージー	6	3	-3	0	3
ニューメキシコ	4	4	0	1	1
ネバダ	4	4	0	0	0
オハイオ	16	11	-5	0	5
オクラホマ	2	1	-1	0	1
オレゴン	9	6	-3	0	3
ペンシルバニア	13	8	-5	1	6
サウスカロライナ	4	1	-3	0	3
サウスダコタ	2	2	0	0	0
テネシー	4	3	-1	0	1
テキサス	19	10	-9	0	9
ユタ	4	3	-1	0	1
バージニア	11	11	0	2	2
ウィスコンシン	16	15	-1	3	4
ウエストバージニア	2	2	0	0	0
ワイオミング	1	1	0	0	0
州ベースのエクステンジを活用している州					
カリフォルニア	12	11	-1	0	1
コネチカット	4	2	-2	0	2
コロンビア特別区	2	2	0	0	0
マサチューセッツ	11	10	-1	0	1
ミネソタ	5	4	-1	0	1
ニューヨーク - ベーシックヘルスプラン 土	14	15	1	1	0
ニューヨーク - マーケットプレイス 土	18	17	-1	0	1

(資料) Department of Health and Human Services「HEALTH PLAN CHOICE AND PREMIUMS IN THE 2017 HEALTH INSURANCE MARKETPLACE」October 24, 2016 より

## 6 | エクステンジ事業での保険料の値上げ

エクステンジで商品提供を続ける医療保険会社は、エクステンジで販売している医療保険商品から多発される保険金支払いを賄うため、2016年と2017年に保険料の大幅引き上げを実施した。最大手ユニテッドヘルス等のエクステンジ事業撤退も保険料引き上げに影響を及ぼした。撤退会社に損失をもたらした契約者が事業継続会社の商品に移動してくることが予想に加えられるからである。

表5は2016年から2017年にかけての値上げの概観である。連邦エクステンジを活用している州だけで見れば、2017年の保険料は2016年の保険料に対して、平均で25%、中間値で16%上昇した。

**表5 2016年から2017年への保険料値上げ（補助金受給前の表定保険料）**

	値上げ率
連邦エクステンジHealthCare.govを活用している州の2017年ベンチマーク保険料の平均値上げ率	25%
連邦エクステンジHealthCare.govを活用している州の2017年ベンチマーク保険料の値上げ率中間値	16%
連邦エクステンジHealthCare.govを活用している州およびデータが入り手できた州ベースエクステンジの2017年ベンチマーク保険料の平均値上げ率	22%

(資料) Department of Health and Human Services「HEALTH PLAN CHOICE AND PREMIUMS IN THE 2017 HEALTH INSURANCE MARKETPLACE」October 24, 2016 より

連邦当局は、エクステンジを通じて医療保険に加入する多くの消費者は収入の水準やその地域の保険料にリンクした補助金を連邦政府から受けるので、保険会社が提示する保険料の全てを実際に負担するわけではなく、保険料値上げを部外者が想像する程には負担に感じていないと説明している。

表6は「世帯収入2万5,000ドルの27歳の個人」と「世帯収入6万ドルの4人家族」をモデルケースとして、エクステンジでシルバーレベルの医療保険に加入した場合の表定保険料、税還付等による補助額、補助受給後の実質負担保険料の例が記載されている。

たしかに実質負担額は保険会社が提示する表定保険料の半額以下に下がるので消費者の加入意欲に水を差す程度は少なくなるかも知れない。しかし負担増であることは間違いなく、エクステンジを通じた医療保険加入者に保険料値上げがどのような影響を与えたか、検証が必要になるだろう。

**表6 2016年から2017年 保険料と加入者の実質負担額の例**

世帯収入2万5,000ドルの27歳				世帯収入6万ドルの4人家族			
税還付による補助を考慮しない表定保険料（下から2番目のシルバークラス）	税還付による補助を考慮した実質負担保険料（下から2番目のシルバークラス）	税還付による補助額	税還付による補助額の対2016年増加率	税還付による補助を考慮しない表定保険料（下から2番目のシルバークラス）	税還付による補助を考慮した実質負担保険料（下から2番目のシルバークラス）	税還付による補助額	税還付による補助額の対2016年増加率
\$302	\$142	\$160	62%	\$1,090	\$405	\$686	47%

(資料) Department of Health and Human Services「HEALTH PLAN CHOICE AND PREMIUMS IN THE 2017 HEALTH INSURANCE MARKETPLACE」October 24, 2016 より

## 7 | 合従連衡の動きと連邦当局との対立

医療保険会社は厳しさを増す経営環境を乗り越える1手段として経営統合による効率化、巨大化と寡占化を選択した。

表7は2007年から2015年にかけて大手医療保険会社・HMO会社が行ったM&A案件の買収者としての案件数トップ10である。大手医療保険会社がこぞって効率化、地域統合、異業種への進出等に活発に取り

組んできたことが分かる。

**表7 2007年～2015年の医療保険ヘルスケアM&Aの買収者順位**

順位	買収社名	発表件数 (件)	シェア (%)	案件金額 (百万ドル)
1	ユナイテッドヘルスグループ	45	11.0	66,428
2	ヒューマナ	24	5.9	2,353
3	センテネ	19	4.7	3,688
4	モリーナヘルスケア	15	3.7	467
5	エトナ	13	3.2	37,094
6	アミルParticipações	13	3.2	1,235
7	シグナ	10	2.5	4,833
8	アンセム	9	2.2	55,238
9	ウエルケアヘルスプラン	8	2.0	na
10	コベントリーヘルスケア	7	1.7	1,193
Top 10		163	40.0	172,529

(資料) AMベスト「Special Report : ACA Impact Challenges Insurers」February 24, 2016 より

2015年7月には時をほぼ同じくして、業界第2位アンセムによる第5位シグナの買収合意、第3位エトナによる第4位ヒューマナの買収合意が発表された。ともに2016年中の完了が計画されていた2件の大型買収が予定通り完了すれば、米国のヘルスケア・医療保険業界では、第1位のユナイテッドヘルスケアと2つの新統合会社によるビッグスリー体制が確立するはずであった。

こうした形での業界再編により、大手医療保険会社は、以下を成し遂げるはずであった。

- オバマケアによる環境激変への対応策としての規模の拡大と経営の効率化、事業の多角化
- M&Aにより規模を拡大する病院、製薬会社等、医療プロバイダー側のプレーヤーに対する交渉力の維持・強化
- 今後の成長分野であるメディケア、メディケイドでのシェア拡大

**表8 2014年の業績数値を基にした業界ビッグスリー態勢のイメージ**

営業収益			マネージドケア組織の会員数		
順位		億ドル	順位		万人
1	ユナイテッドヘルス	1,305	1	アンセム+シグナ	5,319
2	アンセム+シグナ	1,088	2	ユナイテッドヘルス	4,577
3	エトナ+ヒューマナ	1,065	3	エトナ+ヒューマナ	3,348

(資料) 松岡「米国医療保険業界の地殻変動」2015年10月より

買収は連邦競争政策当局からの承認と州の保険監督当局からの承認が得られなければ成立しない。このうち連邦司法省の対応は厳しいものであった。

司法省は2つの買収合意の競争と消費者保護への悪影響に対する懸念を表明し、2つの合併が発表されてちょうど1年を経過した2016年7月21日にこれらの阻止を求める訴訟を提起した。

司法省の主張は「合併会社の業務範囲や規模は前例がないほど大規模なものになるため、保険料が上がり、給付が減り、医療の質が低下し、医療保険制度のイノベーションが遅れる恐れがある」というものである。また、これらの買収によりエクステンジでの保険料率引き下げ競争がなくなってしまうという懸念も指摘した。

これに対し医療保険会社側も反論を行っており、主張はぶつかりあっている。ただし、アンセムに買収され

ることになっているシグナだけはこの1年の間に買収への懐疑的な態度を強めるようになっており、トーンの異なった対応を行っている。

医療プロバイダー側である米国医療協会(AMA)は、「大手医療保険会社の統合は受け入れ難い」、「買収は競争を減らす可能性が大きい。AMAは司法省の訴訟を強く支持する」との声明を公表している。一方、医療保険会社の業界団体AHIP(米国医療保険プラン)は「買収は大きなメリットをもたらす。司法省に対して、医療プロバイダーの競争制限的な合併と、競争が制限される中で価格が決まるために高騰している薬剤費にも焦点を当てるよう要求した」との声明を出している。

アンセムによるシグナ買収案件の審理は2016年11月21日、エトナによるヒューマナ買収案件の審理は12月5日に開始された。2017年1月20日のトランプ大統領就任の前に結審する可能性も指摘されている。その場合にはまもなく結論が出されそうである。

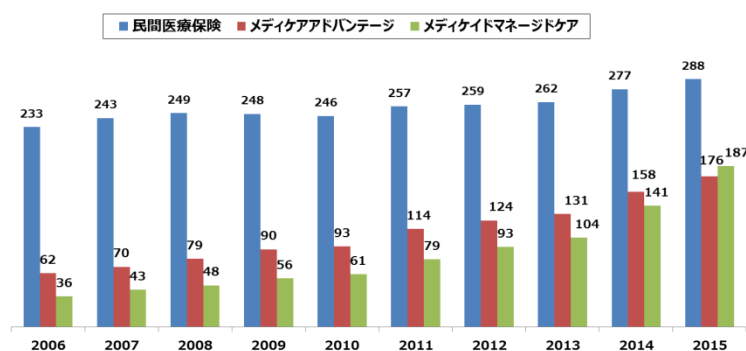
なお報道によれば、7月上旬、エトナは司法省に対して、「買収を訴訟で妨げるなら、オバマケア市場からの完全撤退もありうる」との警告を発したという。当局との正面衝突をも辞さない大手医療保険会社の強さを垣間見ることができる。

## さいごに

ここまでの本レポートではオバマケアの中で、純然たる民間医療保険会社が純然たる民間商品でもって、公的な規制を課されるという不利益を甘受しつつ、米国民への医療保障の提供に取り組む姿を見てきたが、米国の大手医療保険会社は純然たる公的保険であったはずのメディケア、メディケイドの運営にも関与を強めつつある。グラフ7は医療保険会社の収入保険料をビジネスライン別に見たものである。メディケアの民間関与部分メディケアアドバンテージ、メディケイドの運営を請け負うメディケイドマネージドケア事業の収入保険料が、従来からの民間医療保険事業を上回る勢いで伸びていることが分かるだろう。

この部分では米国の民間医療保険会社は自らを「準公営企業化」するように見せつつ、公的保険の「民営化」を図っているようにも感じられる。このようにして、米国の医療保険会社は米国民への医療保障提供に強く係わり、米国で唯一無二と言い得るような立場を築き上げつつある。

グラフ7 医療保険会社のビジネスライン別収入保険料の推移



(資料)AM ベスト「Special Report:ACA Underlies Changes in Enrollment, Premium Mix and Earnings for Health Industry」November 11, 2016 より

「はじめに」でも触れたが、国が補助金を出してまで民間の医療保険への加入を推し進める米国流の改革には違和感を禁じ得ない。公的医療保険のあり方を検討する時には、公的保険事業者と民間保険会社の関係を、わが国のような「民が官を補完する形態」、ドイツのような「一部で民と官が競合する形態」等に分類することが多い。これらと比較すると、米国の形態は「民が官の役割をどんどん代替し浸食していく形態」であり極めて異例である。「民にできることは民で」という考え方から見れば、米国のこうした自由競争と弱肉強食の世界は納得感があるものかも知れない。しかし個人的には、やはりそこは命に関わる医療のこと、100%を民間に任せ、自由競争と自己責任を唱える米国流のやり方には無理があるようにも感じる。ことに頑として民営化させようとしない米国の郵便事業との対比を見ると、国民生活における重要性は郵便も医療もかわらないのにと感じるだけに不思議な感覚が残る。

実はオバマ大統領は就任当初、国民が加入できる公的保険プログラムを設立し、連邦政府が巨大な保険者として市場に介入し、医療プロバイダーに対しては強い交渉力を行使して医療費を引き下げ、医療保険会社に対しては公的プランをエクステンジに提供することでプライスリーダーとなって保険料を引き下げるといふプランを持っていたという。これに対し、関連業界は猛反対、激しいロビー活動を繰り広げた。また共和党は大きな政府をもたらすものと大反発、民主党内からも異論が出て、現在の「改革」に落とすどころを求めざるを得なかったという。こうした経緯からは従来からのしがらみを打破することができなかったということではしかないのかもしれないとも感じられる。

民間に公的医療保険の代替的な役割を求める場合に危険選択を禁止することは、ドイツにおける「基本タリフ」等でも見られるところである。しかし、上場している規模の大きな営利企業がそうした不利益を甘受しながら期待される役割を果たし続けることは、一定のリスク制御、収益確保の仕組みがないと難しいだろう。

なによりも既往症のある人を収益企業の保険プールに無制限に受け入れることは、健康な人の保険料を引き上げることにつながる。これは、本来、国のお金で行うべき福祉的な事業を健康な人からの利益補填に委ね、健康な人たちの財産を侵害しているということにもなる。

しがらみをいっさい考慮しなければ、弱者たる既往症のある無保険者の保険を引き受ける上では危険選択を行わず、そのことによる損失は官民で負担しあい、一般の人向けには民間が危険選択を行ってビジネスライクに対応するとすることが望ましいだろう。わが国の地震保険や自賠責保険におけるような民間と政府の協力関係も参考になるように思われる。

政府による関与やよけいな規制を嫌う共和党政権がいかなるオバマケア「代替案」を提示するのか、注目したい。

ともあれオバマケアの今後がどう帰着するかにかかわらず、大手医療保険会社は、大統領交代の機会を捉えて、膠着状態にある買収の完遂を求める等、したたかに厳しい環境を乗り切っていくだろう。

なお、もともと医療費の高い米国においても、医学の進歩による最先端医療の導入や画期的な新薬の開発によって医療費のさらなる高騰が続いている。進歩は喜ばしいことであるが、野放図な高騰が続けば、医療保障の根幹が持たないものになってしまう。そうした中、強力な交渉力を持った米国医療保険会社に、医療費の野放図な高騰に歯止めをかける立場を務めることを期待する向きもある。

今後とも、米国の医療保険改革の行く末と大手医療保険会社の動向につき、注視していきたい。