

米国の医療制度改革 - 「オバマケア2.0」を見据えて (第1回)

執筆者

KDDI総研 特別研究員 高橋陽一

🕒 記事のポイント

2014年1月1日、オバマケアに基づく国民皆保険がスタートした。既往症の有無などに関わらず誰でも健康保険に加入できる。これまで加入できなかった約5,000万の人たちに加入の道を開くと期待されている。成立に至るまでの道程は険しく、そもそも政府にそのような権限があるのかどうかについて最高裁で争われたほどだった。

さまざまな困難を乗り越えてやっと実現したオバマケアだが、初年度の加入者数は政府の発表によれば目標を達成し上々の成功を収めたというものの、共和党を初めとする反対派は猛反発しており、これを反古にしようとする動きを強めている。国民からも不満の声が多数上がるなど、前途多難な様相を呈している。

サマリー オバマケアの目的は単に健康保険への加入者を増やすことだけではない。医療コストの削減や国民の健康増進のためのさまざまな施策を通じて、ヘルスケアを改革することであり、これによりM2M/IoTの発展が加速することも期待されている。これを大きなビジネスチャンスと捉える通信事業者や関係分野の事業者は、その動向を見守りながら着々と足場を固め、飛躍の好機をうかがっている。

オバマケアが成功かどうかを見極めるにはもう少し様子を見る必要があるが、本シリーズの第1回目となる本稿では今後の動向把握と米国理解のための一助として、オバマケアの成立に至る過程や新制度の内容などを通じて見えてきた米国のさまざまな側面に焦点を当てるとともに、「オバマケア2.0」を見据えた通信事業者の動きについても概観する。

主な登場者 オバマ大統領 連邦政府 州政府 米最高裁 AT&T Verizon

キーワード 医療保険改革 オバマケア 国民皆保険 メディケイド M2M IoT

地域 米国

1 オバマケアがスタートした

2014年1月1日、オバマ大統領が威信をかけて成立させた医療保険改革法（以下「オバマケア」）に基づく新たな健康保険制度がスタートした。国民皆保険を目指すこの制度はこれまで医療保険に加入していなかった約5,000万の人々に加入の道を開くと期待された。

政府は4月1日、オバマケアに基づく2014年分の健康保険の加入状況を発表した。期限までに申込みをした人の数は710万人。これまでの無保険者全体の数字からすると随分少ないが、政府は当初、初年度の加入者数を700万人と予測していたので、初年度の目標を達成し、上々の成功を収めたと勝利宣言をした。

これに対し、共和党を中心とするオバマケアの反対派は「まやかし」だと批判して猛反発している。まずこの数字は「申込み」をした人であって実際に「加入」した人ではない。さらにもともと無保険者だった人のうち何人が加入したかの内訳も示していない。もともと別の保険に入っていた人がオバマケアに基づく保険に入り直ただけでは意味がない。

実際にはオバマケアによって問題は何も解決されていないどころか、事態は悪化しているというのに、とりあえず数字をごまかして成功したように見せかけているだけだという。オバマケアの災難を一刻も早く終わらせる必要があると強烈に批判する。さらに2014年秋に予定されている中間選挙でもオバマケアを争点にする、と鼻息は荒い。

どうやらオバマケアは政争の材料になってしまっているようだが、オバマケアを選挙の争点にすると反対派に有利になるというほど、世論はオバマケアに否定的だとも言える。実際、反対派の政治家からだけでなく、国民からもオバマケアに対する不満の声が多数上がっている。消費者を対象にしたさまざまなアンケートでも「オバマケアを支持しない」という人が多い。

国民の健康を増進するという国民にとって望ましいはずの施策が、なぜこれほどまでに問題視されているのか。そもそも、国民皆保険であるなら、無保険者が全員加入してもおかしくはないはずだが、なぜこんなに加入者が少ないのだろう。さらに、初年度とは言え700万人を超えただけでなぜ「成功」と言えるのだろうか。

オバマケアが本当に成功しているのか、今後どうなっていくのかは、通信業界としても無関心ではいられない。誰でも加入できる健康保険を作り、それにできるだけ多くの国民を加入させることがオバマケアの第1段階だが、これを達成した後は次の段階、すなわち「オバマケア2.0」が控えている。

ヘルスケアはM2MやInternet of Things (IoT) の成長を牽引する最重要分野と位置づけられている。特にオバマケアがその起爆剤になると期待されている。通信事業者や関連分野の事業者らはこれをビジネスチャンスととらえ、できる限り発展を支えながら自らの足場を固め、飛躍の好機を見定めようとしている。

オバマケアが成功かどうかを見極めるにはもう少し様子を見る必要があるが、本稿では今後の動向把握と米国理解のための一助として、オバマケアの成立に至る過程や新制度の内容などを通じて見えてきた米国のさまざまな側面に焦点を当てるとともに、「オバマケア2.0」を見据えた通信事業者の動きについても概観することとしたい。

2 米国は病んでいる

筆者自身は幸い米国ではまだ医者にかかったことはないが、娘が数年前、サンフランシスコの大学に通っていたときに盲腸が破裂して入院と手術をしたことがある。そのときの請求書を見て驚いた。日本円にして約700万円の金額だった。幸いにも大学が学生向けに提供していた健康保険に入っていたので全額カバーされた。もしこの保険に入っていなかったら、と思うと冷や汗が出た。

同様に病院から高額な医療費を請求されたという事例を目にすることは珍しくない。最近も、カリフォルニア州サクラメント市の病院で簡単な盲腸の手術を受けただけで約55,000ドルの請求書を受け取ったという男性のニュースを見かけた^①。幸いにもその男性は医療保険に入っていたので80%が保険で支払われ、自己負担額は約11,000ドルで済んだとのことだ。それでもまだ莫大な金額だ。

医療費が原因で一家が破産するという事例も多く、しかも増加傾向にあるということも問題になっている。2013年6月25日付けのCNBCによれば、医療費は今や米国の破産理由のトップになっている^②。医療費による破産は年間で約200万件に達する勢いで、クレジットカードや住宅ローンよりも多いという。

また破産にまでは至らなくても医療費の支払いのために生活が困窮している人が5,600万人もいるとも伝えられている。これは必ずしも無保険者だけの問題ではない。上述のように保険に加入している人にも莫大な金額の請求書が容赦なく届く。保険に加入している人で自己負担分を支払えずに困窮している人が1,000万人近くもいるそうだ。

高額な医療費もさることながら、医療保険の「売り渋り」の実態もひどいものだ。息子が米国で就職するために渡米したときに、真っ先に心配したのは医療保険だった。仕事が始まれば仕事先を通じて医療保険に入れることになっていたが、早めに



① (脚注1)

<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2532556/Astronomical-55-000-bill-appendicitis-operation-posted-online-patient-outraged-cost-U-S-healthcare-goes-viral.html>

② (脚注2)

<http://www.cnbc.com/id/100840148>

現地入りしたので日本出発の際に加入した海外旅行保険が切れてから仕事が始まるまでに3か月くらい間があった。この間に何かあったら大変だということで、早速医療保険を購入することにした。

当地ではBlue Shield of Californiaが比較的評判が良かったので、Webサイトで申し込むことにした。最大6か月間まで加入できる短期の保険があった。オンラインでの申込み自体は特に問題なく完了したように見えた。最後に「結果は後で連絡する」とのメッセージが出た。

その後、保険会社から本人の携帯に電話がかかってきた。いくつか確認したいという。その中でこれまでに病気や怪我をしたことはあるかと聞かれたので、実は2年位前に部活で足首を傷めて病院に通ったことがあるが、今は完治していると正直に伝えた。それ以外に特に病気や怪我はしていないとも伝えた。

それから2週間位経った頃、保険会社から「拒絶通知」が届いた。理由は何も書いていなかったが、過去に足首を傷めて病院に通ったことがあるということ以外に心当たりはない。既往症があると保険に入れないことがあるとは聞いていたが、大した怪我ではなく、それも随分前に完治しているのに、それでも断られるのか。保険会社の「売ってやる」的な（しかも最終的には売ってくれないという）態度は憤慨ものだ。

米国では医療費は高額なのが当たり前。健康保険には入りたくても入れない人が多い。医療費が理由で破産する家庭、医療費の支払いで苦勞している人、そういう事例を日常茶飯事のように目にする一方で、病院や保険会社のトップや幹部が毎年多額の報酬を得ているとのニュースも報道されている。

たとえば、前述のBlue Shield of Californiaは非営利団体でありながら、そのCEOは2010年に460万ドルの報酬を得ている^①（脚注1）。これはまだおとなしい方で、シカゴのBlue Cross & Blue Shield of Illinoisの親会社のCEOは、2011年に1,290万ドルの報酬を得たばかりか、2012年には24%増えて1,600万ドルになったというニュースもある^②（脚注2）。

同じく非営利団体で、自ら病院も経営しながら独自の健康保険システムを運営しているKaiser Permanenteが、米国の非営利・政府系の主要病院のトップの年俸を公



^①（脚注1）

<http://articles.latimes.com/2011/may/26/business/la-fi-insurer-executive-pay-20110526>

^②（脚注2）

<http://www.chicagobusiness.com/article/20130411/NEWS03/130419970/blue-cross-parmant-ceos-compensation-rockets-past-16-million>

表している^①。それによると、ほとんどの病院が数百万ドル規模だが、その中でも**Kaiser Permanente**のトップの年俸が**790**万ドルと最高だった。それでも営利の病院よりは安いとの説明がある。

いくら病院とはいえ非営利団体。こんなに多額の報酬をもらうことが許されるのだろうか。非営利ということは政府に税金を支払っていない。さらに政府から補助金をもらっている団体もある。そのような立場上、トップがこんなに報酬をもらってはまずいだろうというような節度やバランス感覚はないのだろうか。

非営利でこんな状況だから、営利の保険会社や病院はどんなにすごいことか、想像すると気が遠くなりそう。creators.com^②によると、米国最大の医療保険会社、**United Healthcare**を傘下に持つ**UnitedHealth Group**のCEOの2009年の報酬は**1億600**万ドルとのこと。

これは別格としても、大手保険会社（Cigna、Humana、Aetna、Coventry Health Systems、WellPointなど）のCEOの2009年の報酬は総じて**1,100**万ドルから**1,800**万ドルの間。しかもそのほとんどの会社は2010年に保険料の**2**桁パーセンテージの値上げを実施している。米国の大手保険会社**10**社のCEOの報酬を合計すると**2億2,810**万ドル。これで少なくとも**47,284**人の保険料を賄えるとの試算もある。

2013年6月2日付けの**St. Louis Post-Dispatch**紙^③によれば、最近医療費削減が喫緊の課題になっている中、病院のCEOの報酬は**2**桁パーセンテージの上昇を遂げているそう。しかも今後も増え続ける勢いだという。米国の医療制度、健康保険制度はいったいどうなっているのか。病んでいるとしか思えない。治療すべきは患者だけではないように思う。

常日頃からこのような医療機関や保険会社に対する不信感を漠然とながら抱いていたので、オバマ大統領が医療保険制度改革に取り組んでいることを知り、いよいよやってくれるのかと期待した。誰でも健康保険に入れるようにする、ヘルスケアにかかるコストを削減するという。まさに変えてほしいと願っていた部分だ。これは是非とも成功させてほしい。そのために全国民が一丸となって応援・協力すべきだと思った。



① (脚注1)

<http://www.kaiserhealthnews.org/stories/2013/june/06/hospital-ceo-compensation-chart.aspx>

② (脚注2)

<http://www.creators.com/opinion/daily-editorials/health-insurance-ceo-paid-106-million-feel-better.html>

③ (脚注3)

http://www.stltoday.com/business/local/hospital-ceos-see-double-digit-pay-hikes/article_431263e2-81c9-5367-b0bd-f48885169adb.html

3 オバマケアが成立するまで

3-1 国民皆保険の難しさ

米国にはオバマケア成立以前からも公的医療保険制度はあった。代表的なのが「メディケア (Medicare)」と「メディケイド (Medicaid)」だ。前者は65才以上のお年寄りや障がい者向けで、連邦政府が運営する。後者は低所得者向けで、資金は連邦政府と州政府が拠出しているが、運営は州政府に任されているため受給資格は州によって異なる。収入が低いだけではだめで、子供や障がい者がいることが要件とされるなどさまざまな制限がついており、利用できる人はごく限られていた。

企業や学校などは従業員や学生向けに団体保険を提供しているところがあるが、それが使えない人は民間の保険を個人で購入するしかない。その保険料が高い上に審査が厳しくて購入したくてもできない人が多いというのが実情だった。しかも景気低迷による失業者や貧困者の増加などで保険を持たない人がどんどん増えているという状況だった。

オバマケアの法律自体は2010年3月23日にオバマ大統領が署名して成立した。その目的は、より多くの人健康保険に加入できるようにすることと、ヘルスケアにかかるコストを削減するとともに国民の健康を増進すること。そんないい制度が作れるものなら早く作れば良かったのと思うが、これがなかなかスムーズには行かなかった。

過去にはセオドア・ルーズベルト、トルーマン、ニクソン、ビル・クリントンなどの元大統領たちも導入しようと試みたができなかったという難業だ。必要性やメリットは誰でも理解できるはずだが、いざ導入しようとするとなかなか難航した。

大きな問題は、民間の健康保険への加入を国家が個人に強制できるのかということ。オバマケアでは誰でも安く保険に入れるようにすることを目指す。保険会社は既往症などを理由に保険加入の申込みを断ることができなくなる。コストのかかりそうな人に対して保険料を高く設定するようなことも許されない。誰でも申し込めば確実に加入できることが保証される。

もし保険加入を強制せず、いつでも入りたければ保険に入ってよいということにすると、多くの方はきっとこう考える。必要になったら入ればいい、怪我や病気をしてから入ればいい。それが一番効率的だ。そうすると、健康保険システムはコスト高になって成り立たなくなってしまうことは目に見えている。保険料を払い続けているが保険は使ったことがないという人がある程度いないと困る。

したがって健康保険システムが有効に機能するためには、加入を強制する必要がある。誰でも入れるというだけでなく、誰もが入らないといけないうことによる必要

がある。ところが米国は自由を尊重する国だから、健康保険といえども国家が国民に強制するのは難しい仕組みになっている。大統領が署名すれば何でもできるというわけではない。国家の権限は意外と限られている。健康保険を国民に強制する権限が連邦政府にあるのかどうかは、最高裁でも意見が分かれるほど難しい問題だ。

3-2 健康保険とブロッコリー

政府が健康保険を国民に強制できるか否かの議論にしばしば引き合いに出されるのがブロッコリーだ。別にブロッコリーがアメリカ人に嫌われている野菜というわけではない。それどころか大腸ガンなどの予防に効果があるとされる有用な野菜だ。

オバマケアの反対派は、もし国家が国民に保険の購入を強制できるのであれば、国家はブロッコリーを買うこと（そして食べることも）国民に強制できると主張する。「健康にいいから食べなさい」というのは母親が子供に言うのならわかるが、政府が国民に押し付けるというのはいかなるものか。

余談だが、アメリカ人はよく、ブロッコリーを茹でずに生のまま食べる。ビールのつまみやサラダなどとしてよく食べる。ブロッコリーにはビタミンや葉酸など栄養素が豊富に詰まっていて、茹でるとそれが失われてしまうので、生で食べるというのは理にかなっているようだ。少し硬いが慣れると苦にならなくなる。

さて、保険とブロッコリーの話に戻るが、国民皆保険を目指すオバマケア推進派は、無保険者が結局ヘルスケアのコストを上げていると主張する。無保険者でも緊急で病院に運ばれば治療が受けられる。その医療費は保険会社からは出ないので、全額が患者の自己負担になる。無保険者は一般的に所得が低いために医療費が払えない。結局病院はその費用を回収できない。回収不能な費用は病院内の他の部門に配賦されることとなり、全体的に医療費が上昇する。医療費が上昇すると保険会社はそれに応じて保険料を引き上げる。すなわち保険加入者にとってコストの上昇につながることを主張する。このコストを引き下げのために、できる限り多くの人を保険に加入させることが必要だ。よってヘルスケアのコストを引き下げのために、国家は国民に健康保険を購入することを強制できるとする。

ところが同様の論理はブロッコリーでも成り立つ。ブロッコリーを食べると大腸ガンを予防することができる。すると保険を使わないで済むので結局は保険のコスト引下げにつながる。よってヘルスケアのコストを引き下げのために、国家は国民にブロッコリーを買って食べることを強制できるというもの。健康保険とブロッコリーを一緒にすべきではないだろうとは思っているのだが、このブロッコリー議論を論破するのは簡単なようでなかなか難しいようだ。

これは別にブロッコリーでなくても、フィットネスや健康食品など健康にいいものなら何でも良さそうなものだが、健康保険とブロッコリーがどう違うのかという議論の前に、そもそも民間の商品を購入することを国家が国民に強制できるのかという大問題がある。民間会社が提供する商品を買うことを政府が国民に強制したことは未だかつてなかったことだ。

3-3 連邦政府の権限は意外に小さい

厄介なことに米国は連邦国家で、連邦政府と州政府の二重政府構造になっている。連邦政府の権限は憲法で明記されている項目に限られ、それ以外は州政府と市民に権限があることになっている。健康保険の購入を強制する権限が連邦政府にあるのかどうかは憲法上明確ではなかった。

アメリカ合衆国憲法^{☞(脚注1)}第1章第8条^{☞(脚注2)}に連邦議会の権限が明記されている。たとえば「貨幣を鑄造すること」や「郵便局を設置すること」など、非常に具体的なものからやや抽象的なものまで18項目が列挙されている（そのうち第18項は、いわゆる「上記の目的を達成するために必要かつ適切なすべての行為」（以下「必要適切条項」）に相当する項目であるため、実質的には17項目となる）。

健康保険の購入を強制できるとはどこにも書いていない。それを含む可能性のある権限として、かろうじて「州際の商品を規制すること」（以下「商業条項」）がある。保険の販売・購入は必ずしも州際の商品には当たらないが、保険を購入しないことによる影響は州際に及ぶと考えられることから、この条項が当てはまる可能性がある。

さらにオバマケアでは定められた保険に加入しない人に対して「罰金」と称する責任分担金を課することになっているが、その権限については明確な文言がないどころか、そもそも連邦議会の権限の中では「罰金」を課することは認められていない。かろうじて「税を賦課し徴収すること」（以下「課税条項」）がある。税金なら「税金」と表記すればいいところ、オバマケアではあえて「罰金」と表記していたのが問題になった。

それに加えてオバマケアでは、州政府にメディケイドの適用範囲を拡大することを義務づけた。オバマケアで新たに設定されたメディケイドの受給資格は、世帯の年間収入が「連邦貧困レベル」^{☞(脚注3)}の133%以内（実際にはさらに5%上乗せする許容範囲があり、2014年は138%となった）であること。子供や障がい者がいるかないかなどは問題にしない。これは多くの州にとって大きな負担増になる内容だった。もし州政府がこれに応じなければこれまで実施してきたメディケイドに関わる連邦政府からの交付金がすべて打ち切られることになっていた。これは州政府に



^{☞(脚注1)} <http://aboutusa.japan.usembassy.gov/j/jusaj-constitution.html>

^{☞(脚注2)} 多くの文献では「第1条第8節」となっているが、通常の法令の区分構成および在日米国大使館のホームページの日本語版「アメリカ合衆国憲法」に従い、ここでは「第1章第8条」とした。

^{☞(脚注3)} 「連邦貧困レベル」は、各種社会保障制度の受給資格を確定する目的で、米保健福祉省（HHS）が毎年算定して発表する。世帯の年間のグロス収入を世帯人数に応じて定めており、2013年の基準値は1人世帯で11,490ドル、2人で15,510ドル、3人で19,530ドル、4人で23,550ドル等となっている。

としては全収入の10%カットに相当する厳しい内容だ。ところがこのような適用範囲の拡大を連邦政府が州政府に強制することができるかどうか憲法上は明確ではなかった。

オバマ大統領がオバマケアに署名するや否や、反対派が行動を起こした。連邦政府には健康保険の購入を個人に強制する権限がなく、メディケイドの適用範囲拡大を州政府に強制する権限もないとして、26州と個人と全米独立事業者協会（NFIB）が連邦政府を相手取って訴訟を起こした。

政府は「商業条項」と「必要適切条項」により、国民に健康保険を購入することを強制できるとし、万一これが認められない場合でも、「課税条項」により健康保険を購入しない国民に対して責任分担金を賦課する権限があるとの二重の守りを固めた。さらにメディケイドの適用範囲拡大を州政府に強制することについても、「債務を支払い（中略）一般の福祉に備える」ことができる権限（以下「支出条項」）により認められると主張した。

第一審のフロリダ州北部地区連邦地裁では、健康保険の購入を強制することは「商業条項」では認められないとし、また健康保険に加入しない人に対して課する責任分担金についても、政府は「罰金」と表記している以上これは税金ではないから、「課税条項」に基づく権限もないとの判断を下した。さらに健康保険の購入を強制することはオバマケアの根幹をなす部分であることから、購入を強制することが無効である以上、オバマケア全体が無効であるとの判断を下した。

第二審の第11巡回区控訴裁でも、「商業条項」では連邦政府に健康保険の購入を強制する権限が認められないとした。また「課税条項」に基づいて罰金を徴収する権限もないとした。ただし、第一審とは異なり、健康保険の購入を強制する部分は無効だが、オバマケアの他の部分は有効とした。また、メディケイドの適用範囲拡大を州政府に強制することについては、「支出条項」で認められるとの判断を下した。

他の州でも同様の訴訟が起こされたが判決はまちまちだった。第6巡回区控訴裁とワシントンDC控訴裁では「商業条項」に基づく権限が認められるとした。注目すべきは第4巡回区控訴裁の判決で、反禁令法^④（<http://www.law.cornell.edu/uscode/text/26/7421>）により裁判所はこの件を処理することはできないとするものだ。同控訴裁は、定められた健康保険を購入しない人に対して責任分担金を課することは課税に該当すると判断した。反禁令法によれば、課税に不服がある場合は、一旦支払った上で返還訴訟をすることでしか裁判所は処理できないというルールがある。つまり、原告側は一旦責任分担金を支払い、後に返還訴訟を起こすという手段しか認められないということだ。これだと早くても2014年分の確定申告が完了する2015年春以降でないといふ訴訟を起こすことができないことになる。



④（脚注） Tax Anti-Injunction Act (<http://www.law.cornell.edu/uscode/text/26/7421>)

3-4 最高裁判決が出た

2012年6月28日、最高裁の判決が出た^④（脚注）。オバマケアを合憲とするものだが、5対4のきわどい決定だった。長官を除く8名の裁判官が4対4に分かれ、最後はロバーツ長官が合憲に一票を投じた形となった。

最高裁は、まず反禁令法によって裁判所が処理できないとする主張を退け、本件は裁判所が処理できるとした。反禁令法を適用するためには、対象が「税金」でなければならないが、政府はあえて「罰金」と表記している。他の部分では「税金」という言葉も使っているので、明らかにこれは税金ではないことを意図している。さらにオバマケアには、この罰金は「税金と同じように賦課して徴収する」との文言がある。「税金と同じように」ということは税金そのものではないことは明らかだ。もし税金そのものであれば、「税金と同じように」とは言わないはずだ。反禁令法が対象にする税金は、形式的な意味で税金であればよいので、「税金」であると表示されたものが対象になる。本件の責任分担金は明らかに形式的に「税金」ではないので、反禁令法の対象にはならない。よって本件は裁判所が処理できるとした。

次に、保険の購入を強制することが「商業条項」で認められるかどうかについて、最高裁は認められないと判断した。「商業条項」では現に存在する「商業」を規制することが認められるが、保険の購入を強制するという状況では、現在は保険に入っていないため「商業」が存在しないことになる。そこへ強制的に新たに「商業」を生じさせるものである。これは今までになかった概念だ。もしこれを認めるときわめて広範囲の権限を認めることになる。さらに「規制」することは認められているが、「強制」することまでは認められていない。これももし認めると権限の範囲が広がりすぎることになる、と最高裁は懸念した。

最高裁は結局、オバマケアは「商業条項」では認められないとの決定を下すことによって、ブロッコリー議論に深入りするのを避けた。もしオバマケアが「商業条項」で認められるとすれば、ブロッコリーとどう違うかを説明しないとけなかった。この判断を避けたことにより、ブロッコリーと健康保険がどう違うのかについては、依然として謎のままとなった。

政府はさらに、「必要適切条項」によっても認められると主張していたが、これは元になる権限が存在することが前提だ。既に認められている権限があって、それを遂行するために必要かつ適切な行為が認められるということであり、元になる権限が存在しないのに、これだけが単独で認められることはありえない。

ただし、最高裁は下級審の判断とは異なり、オバマケアは「課税条項」で認められると判断した。つまり、健康保険に入っていない人に対して賦課する責任分担金を「税金」として位置付け、これは「課税条項」に基づく連邦政府の正当な権限の



^④（脚注） <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>

範囲内であると認めたということだ。

面白いことに、最高裁の判決では、健康保険に入っていない人に対する責任分担金、すなわち「罰金」を、反禁令法との関連では税金ではないと位置づけ、「課税条項」との関連では税金であると位置づけたことになる。

それは、反禁令法では形式的な「税金」が対象になるのに対し、「課税条項」では実質的、機能的に「税金」であるかどうかが問題になるという理由からだ。定められた内容の健康保険を購入しなかった人に賦課する責任分担金は、保険を購入することに比べて著しく高額とは言えない（保険を購入せざるをえなくなるほどではない）、適用対象を故意の違反行為に限定していない（罰金であれば、しばしば故意の違反に限定される）、税務当局である内国歳入庁（IRS）が通常の課税手段の一環として徴収する、などから実質的、機能的に「税金」であると判断した。よって所定の保険を購入しない人に対して「罰金」を課することは「課税条項」に基づいて認められる正当な権限であるので、裁判所が禁止することはできないと判断した。実に政府にとって都合の良い解釈をしてくれたものだ。

最高裁はさらに、連邦政府がメディケイドの適用範囲を拡大することを州政府に強制することについては、憲法違反であると結論づけた。これは意外な決定だった。連邦政府は「支出条項」に基づいてメディケイドを修正・変更する権限を有するが、オバマケアに基づくメディケイドの適用範囲拡大は修正・変更の域を超える。州にとっては想定外の大きな負担であり、それに従わないとこれまで実施してきたメディケイドの交付金をすべて打ち切られるというのはあまりにも大きすぎる変更であり、影響も甚大だ。これは憲法で認められている権限を逸脱していると最高裁は判断した。

ただし、メディケイドの交付金を一切打ち切ることが明らかになって強要するという部分だけが無効なのであって、それ以外の部分は有効とした。したがって州としては、これまでの交付金が打ち切られるという心配をすることなく、メディケイドの適用範囲を拡大するかどうかを自由に選択できることになった。

最高裁がオバマケアは一応合法であるとの判決を出したことで、**2014年1月1日**からの国民皆保険の実施が確定したが、その後も共和党を中心とする反対派は何かしてオバマケアを撤回させるべく、ことあるごとに反撃を試みた。

オバマ大統領の二期目の当選をかけた**2012年秋**の米大統領選でも、オバマケアが争点の**1つ**となった。対立候補の共和党のミット・ロムニー氏は、自分が大統領になった暁にはオバマケアは絶対につぶす、と宣言していた。その直前に「オバマケアは合憲」との最高裁判決が出ていたので、オバマ大統領にとっては有利な状況だった。

実は、連邦レベルの国民皆保険が成立する以前に、州レベルで皆保険を実現していた州がある。マサチューセッツ州だ。対立候補のミット・ロムニー氏が州知事を務めていた**2006年**に成立したものだ。オバマ政権はマサチューセッツ州で成功裏に実現した皆保険を参考にして全国版のオバマケアを作り上げた。オバマ大統領にと

っては、これがオバマケアの擁護とロムニー氏攻撃の好材料となった。

これに対し、ロムニー候補は、一州で成功したやり方が全国で通用するとは限らないと弁明し、どういう保険に加入するのがいいかなどを政府が国民に押し付けるのは良くないと発言した。立場が変われば主張も変わるという典型的な姿を露呈した。結果的にはオバマ大統領の再選となったので、オバマケアが支持された形となった。

ところが議会では2011年から、上院は民主党が多数を占め、下院は共和党が多数を占めるという、いわゆる「ねじれ議会」となっていたこともあり、関連法案を通すのが難しく、オバマケアがスムーズに実施できるかどうかは予断を許さない状況だった。2013年9月までの間にオバマケアを反古にしようとする法案が42回も上程されている。

2013年10月にはオバマケアのために政府機関が閉鎖するという事態に陥った。共和党が多数を占める下院で、オバマケアの実施を1年間延期することを盛り込んだ暫定予算案を可決したが、民主党が多数を占める上院でそれが否決され、暫定予算が成立しないまま、10月1日の新会計年度を迎えてしまったためだ。共和党は政府閉鎖という最悪の事態を盾にしてオバマケアの実施延期を図ったが、双方が頑として譲らず、結局最悪の事態に突入してしまった。

一方、オバマケアに基づく健康保険の申込受付開始は政府閉鎖に関わらず、予定通り敢行された。

【コラム①】「オバマケア」と言うと叱られる

医療保険改革法は正式名称が「Patient Protection and Affordable Care Act」というが、通称として「Affordable Care Act」が使われている。また、俗称として「オバマケア (Obamacare)」もよく使われている。最近この「オバマケア」という言葉を使うと叱られることがあるようだ。

2014年1月9日付けのExaminer紙^④(脚注)によると、民主党下院院内総務(下院マイノリティリーダー)のナンシー・ペロシ議員は同日の記者会見で、「オバマケア」という言葉を使った記者を叱責した。「言っときますが、『Affordable Care Act』という名称があるのですが、もしこれのことをおっしゃっているのでしたら・・・」と、丁寧だが手厳しく返答した。

「オバマケア」はもともとオバマ大統領の作った悪法という皮肉を込めて共和党がつけた呼称。民主党自体、当初は「オバマケア」を好んで使っていたのだが、最



^④(脚注)

<http://www.examiner.com/article/nancy-pelosi-scolds-reporter-for-saying-obamacare>

近のシステム不具合などのトラブル続きでイメージが悪くなったため、呼び方を変えることにしたようだ。ユーザ調査でも「オバマケア」には反対だが「Affordable Care Act」には賛成という声が多いようなので、ユーザが受けるイメージも違うようだ。

一方、オバマ大統領自身は、常に人々のことを気にかけているというイメージを与えるということで、「オバマケア」という呼称を気に入っている。2014年2月16日に実現した元NBAスターのCharles Barkley氏によるインタビューでも、「気にしないで『オバマケア』と呼んでくれ」と述べている⁹（脚注）。

4 オバマケアの仕組み

4-1 複雑すぎる米国の医療保険

オバマケアは国民皆保険を目指すものだが、さすがに自由の国だけあって、全国民に同じ保険を押し付けるようなことはしない。基本的にはオバマケアの基準に沿った保険を民間の保険会社が設計し、保険料はそれぞれの保険会社が設定するので、保険会社やプランによって保険の内容や提供条件は異なる。同じ内容の保険でも地域によっても保険料が違う。国民は各自の状況や好みに応じて保険が選べるという反面、複雑でわかりにくい制度にもなっている。

オバマケアでは医療費のうち保険でカバーされる割合（その残りは自己負担分の割合）を次の4通りの中から選べるようになっている。「ブロンズ: 60%（自己負担分は40%）」、「シルバー: 70%（同30%）」、「ゴールド: 80%（同20%）」、「プラチナ: 90%（同10%）」。これに応じて保険料が変わってくる。ブロンズよりもカバー率が低い（すなわち自己負担率が高い）保険は、基準を満たしていないとみなされる。

ところが本来保険選びの際に決めなければならないのは、このカバー率だけではない。米国の医療保険は実に複雑だ。他にも保険料に影響を与えるさまざまな要素がある。これは何度聞いても理解するのが難しい。その場では理解できてもすぐに忘れてしまうような部類のものだ。何でこんなに複雑なシステムにしたのだろう。何でもっと簡単なものにできないのだろうとつくづく思う。

それはちょうどレストランでメニューをオーダーするときのようだ。レストランでは肉の焼き具合、ドレッシングの種類、付け合わせの野菜、ワインの種類など、



⁹（脚注）

<http://www.politico.com/story/2014/02/barack-obama-obamacare-103589.html?hp=r2>

多岐にわたる項目を選ばなければならない。日本の食堂で定食を注文するようなわけにはいかない。それでもレストランだから多少細かくても仕方がないと割り切れる。

そもそも最適な組合せなど素人にはわからないのだから、お店の方で研究して一番いい組合せを提供してほしいものだ。メニューの何番という番号で注文すれば、一番美味しい組合せのものを1種類出してくればいいのにとつくづく思う。日本の定食屋さんのシステムが素晴らしいものに思えてくる。

これと同じようなことが米国の保険選びの際にも起こる。オバマケアの仕組みを理解するための予備知識として、ここで一般的な米国の医療保険の仕組みを見ておきたい。

まずは保険の種類を選ぶ。医療保険には大まかにPPO、HMO、EPO、POSといった種類がある。これはその保険がどの病院で使えるかということに関係する選択肢だ。これはうまく選ばないと保険はあるけれど行きたい病院には行けないということが起こりうる。行ける病院の選択肢が多いほど保険料が高くなる仕組みになっている。

PPO (Preferred Provider Organization) は、いくつかの病院や医者を登録したネットワークがあり、そのネットワーク内の病院や医者には紹介状なしで直接かかることができるというもの。ネットワーク外の病院にもかかることはできるが、医療費が高めになったり、保険でカバーされない部分も多くなったりするので、なるべくネットワーク内で済ませることが望ましい。新たにこの保険に入る場合には、自分のよく行く医者や病院がその保険のネットワーク内にあることを確認することが重要だ。

HMO (Health Maintenance Organization) は、PPOよりもネットワークが狭い。かかりつけ医を決め、何かあったらまずこの医者に相談する。ネットワーク内の別の専門医による検査や治療が必要な場合には、かかりつけ医の紹介状が必要になる。ネットワーク外は緊急以外カバーされない。PPOに比べて使える病院の選択肢が少ないので、保険料は比較的安くなる。

EPO (Exclusive Provider Organization) は、PPOと同様にネットワーク内の医者や病院には紹介状なしでかかれるが、ネットワーク外は一切カバーされない。ネットワークはHMOよりも狭いので、一般的に保険料はHMOよりも安くなる。

最後に**POS (Point of Service)** は、PPOとHMOの中間的存在。HMOと同様にかかりつけ医を決め、すべてはまずこの医者に相談するが、かかりつけ医の紹介状があればネットワーク内はもちろんネットワーク外の医者や病院にもかかることができる。

保険会社によっては上記のすべての種類を取り扱っているところや、特定の種類の

の保険しか提供していないところもある。それぞれの種類ごとにさまざまなバリエーションがあるので、すべてを提供する保険会社は膨大な品揃えを抱える。たとえばBlue Shield of Californiaが提供する個人・家庭向け保険は何と90種類に及ぶ^④（脚注）。何でも使える万能な保険を1種類だけ用意すればいいのにとつくづく思う。

米国の保険の複雑さはこれで終わりではない。次に、自己負担額に関する選択肢が、これまたいろいろある。

米国の医療保険は、プランにもよるが通常は医者にかかった際にいきなり保険が適用されるわけではない。まずは自分でコツコツ支払い、その年の支払額の累計が一定額に達するとやっと保険が使えるようになる。この一定額を「Deductible」という。たとえば保険でカバーされる金額が60%で、Deductibleが1,000ドルだとすると、まず医者にかかった際には1,000ドルまでは全額自己負担で支払う。累積で1,000ドルを超えるとやっと保険が適用され、医療費の60%は保険会社が払ってくれるので、自己負担分は40%となる。このDeductibleの金額もプランによってさまざまで、金額が少ないほど保険料は高くなる。Deductibleがゼロというプランもあるが保険料は非常に高くなる。

また医者にかかるたびに1回何ドルといった支払いが発生する場合がある。この支払額は「Co-pay」と呼ばれる。これはどういう医者にかかるのか（かかりつけ医か、専門医かなど）、どういう内容の処置をするかなどによって金額が異なるが、通常は1回あたり15ドルからせいぜい数十ドル程度で、それほど高額ではない。このCo-payがDeductibleの積算に含められるのかどうかは保険会社やプランによって違うのでプランの詳細を確認する必要がある。

Deductibleを満した後に支払う自己負担分は通常「Co-insurance」と呼ばれる。これは、たとえば保険で60%カバーされるとすると、残りの40%の部分だ。保険会社やプランによってはこれを「Co-pay」と呼ぶ場合もあるのでさらにややこしい。これをCo-payと呼ぶプランでは、Co-payには1回あたりの金額で表示されるものと割合で表示されるものが混在することになり、診断や治療の種類によって細かく決められている。

さらに1年間の自己負担額の上限が設定され、その上限を超えると医療費の全額が保険で支払われるようになる。この上限を「Out-of-Pocket Maximum」という。この上限は保険のプランにもよるが、通常、数千ドルから1万ドル前後など、結構高い金額に設定されるので、保険に入ったからといって安心はできない。この上限額の積算はCo-insuranceの支払いが主体となるが、DeductibleやCo-payが含まれるのかどうかについても、保険会社やプランによって異なるので細かく確認する必要がある。



④（脚注）

<https://www.blueshieldca.com/bzca/find-a-plan/summary-of-benefits-and-coverage/individual-and-family-plans-2014.sp>

この他に、当然ながら保険でカバーされる項目によっても保険料が違ってくるといように、複雑な要素が何重にも絡み合っている。とにかく米国の保険は難解だ。

4-2 オバマケアによる保険の構成要素

オバマケアに基づく保険も基本的にはこのような要素から構成されているが、申し込める保険の種類をある程度絞り、「定食メニュー化」を図っている。さらにオバマケアでは保険で最低限カバーしなければいけない項目を政府が定め、それを満たしている限り、民間の保険会社のどの保険を購入してもよいことになっている。

最低限カバーしなければいけない項目とは、次の10項目。

- 外来患者サービス（通院など）
- 救急サービス
- 入院（手術など）
- 妊婦・新生児の看護（出産前後の看護）
- 問題行動の治療を含む精神科、薬物使用障害の医療サービス（カウンセリングや心理療法を含む）
- 処方せん医薬品
- リハビリサービスおよびリハビリ用器具（怪我、障がい、慢性症状の回復や精神的、身体的機能の回復のための医療サービスおよび器具）
- 臨床検査サービス
- 予防、健康推進サービス、慢性病対策
- 小児科サービス

上記の項目をすべてカバーしている限り、それ以外の項目を追加で含むことは差し支えないが、上記の項目のいずれかが関係ない場合や不要な場合でも必ずすべてを含めなければならない。たとえば独身男性や高齢者なので妊婦・新生児の看護や小児科サービスは不要だとしても、それを削るわけにはいかない。

現在既に保険に入っている人についても、既存の保険が上記の基準を満たしていない場合には、解約して2014年1月1日までに基準を満たす保険に入り直さなければならないことになっていた。ところが、オバマ大統領が「今まで持っていた保険が好きなら、それをもち続けてもいい」と述べたことで論議と混乱を引き起こすこととなる。その経緯については次回に譲ることにする。

4-3 オバマケアで影響を受ける人

オバマケアが実施されたとは言っても、いきなり全国民が影響を受けるわけではない。勤務先の会社を通じて保険に入っている人やメディケア／メディケイドといった公的医療保険に入っている人など、影響を受けない人もいる。さらに収入に応じて政府から補助が受けられる制度もあり、その影響は人によりさまざまだ。

まず、会社に勤めている人で、勤務先が従業員に福利厚生の一環として健康保険を提供している場合は、必要な変更等は会社がすべてやってくれるので、個人で特に手続きをする必要はない。2014年1月1日からのオバマケアの実施に伴い、50人以上のフルタイム[㊦]従業員を雇用する会社はオバマケアの基準に沿った健康保険をフルタイム従業員に提供しないといけないことになった。もしこれに違反すると会社は従業員1人当たり年間2,000ドルの罰金（雇用主責任分担金）を支払わないといけなくなるが、最初の30人までは免除されるので、30人を超えた人数分の罰金がかかることになる。該当する会社にとっては大きな負担増となることが予想される。

なお、このルールは2013年夏に一旦1年間延期され、2015年1月1日からの実施となったが、2014年2月にはフルタイム従業員が50人以上99人以下の会社に関してはさらに1年間延期され、2016年1月1日からの実施となったので、会社を通じて保険に加入している人の場合は当面これまでと何も変わらない。

また、現在メディケア／メディケイドといった公的医療保険に入っている人は、そのまま継続できるので、特にオバマケアの影響は受けない。逆にオバマケアの実施により、州によってはメディケイドの適用範囲が拡大されるので、受給者が増えるという影響はある。今まで受給資格がなかった人でもメディケイドに入れるようになる。オバマケアに基づく保険に加入するつもりで州のWebサイトに行き、年収などの必要事項を入力すると、メディケイドの受給資格がある人はオバマケアの保険の申込みができず、メディケイドの加入手続きをするよう促されるようになっている。

次に、働いていない人や自営業者や、勤めていても会社が保険を提供してくれない人たちの場合だが、この人たちがオバマケアの影響を直接受ける人たちだ。この人たちはオバマケアの基準を満たす保険に2014年1月1日から入らないといけないことになった。

もし有効な保険に入っていない場合には責任分担金と称する税金のような罰金がかかることになるが、保険に入っていない月数が1年のうち3か月までなら罰金がかからないことになっているため、事実上罰金が適用されるのは2014年4月1日からとなる。4月1日から有効な保険に加入するためには3月15日までに加入手続きを完了



[㊦] (脚注) オバマケアでは週30時間以上勤務するとフルタイムとしてみなされる。それ以前は週40時間が一般的な基準だったので、フルタイムの範囲が拡大されたことになる。

しないといけないことになっている。

この罰金の金額は、原則として2014年は大人1人につき95ドルまたは世帯の課税所得の1%のどちらか高い方、2015年は同325ドルまたは2%、2016年は同695ドルまたは2.5%と年々高くなる。2017年以降はインフレ率に応じて調整される。

オバマケアに基づく健康保険の保険料や自己負担額については、世帯年収に応じて連邦政府からの補助が受けられるようになっている。連邦貧困レベルの400%以内の世帯年収（1人世帯で45,960ドル、4人世帯で94,200ドル）であれば収入レベルに応じて保険料の補助が受けられる。さらに250%以内の世帯年収であれば保険料の他に医療費の自己負担分についても補助が受けられる。ただし、政府の補助を受けるためには、保険の種類で「シルバープラン」を選択する必要がある。他のプランでは補助が受けられないことになっている。

【図表1】 連邦貧困レベルの世帯年収早見表（ハワイ・アラスカを除く48州）

世帯人数	100%	133%	138%	150%	200%	300%	400%
1	\$11,490	\$15,282	\$15,856	\$17,235	\$22,980	\$34,470	\$45,960
2	\$15,510	\$20,628	\$21,404	\$23,265	\$31,020	\$46,530	\$62,040
3	\$19,530	\$25,975	\$26,951	\$29,295	\$39,060	\$58,590	\$78,120
4	\$23,550	\$31,322	\$32,499	\$35,325	\$47,100	\$70,650	\$94,200

(OBAMA CARE FACTS[®] (脚注) より抜粋)

オバマケアの保険料に対する連邦政府からの補助金については、「結婚ペナルティ」という現象が起こる。たとえば1人世帯で年収32,000ドルとすると、連邦貧困レベルの300%以内に該当し、保険料について所定の補助が受けられるが、同レベルの収入の2人が結婚して合計の年収が64,000ドルとなると、連邦貧困レベルの400%にも収まらなくなり、保険料の補助が一切受けられなくなるというもの。これを理由に結婚を控える動きも加速するのではないかという見方もある。

4-4 申込みは専用のWebサイトから

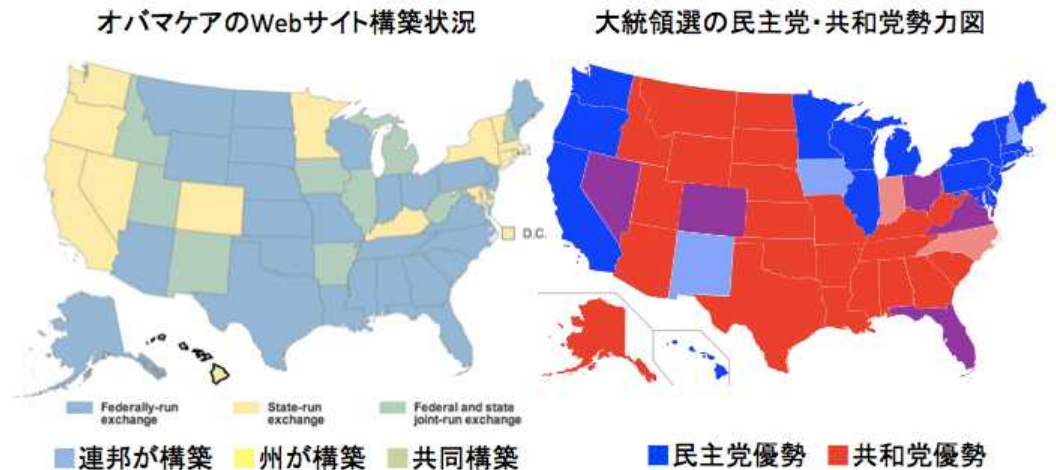
オバマケアに準拠した保険の申込みは州が用意した専用のWebサイトからオンラインで行えるが、電話や郵送でも行うことができる。Webサイトは州によって独自にまたは連邦と共同で構築している場合と、連邦が構築したWebサイトを流用している場合がある。その他、州のWebサイトを経由せず、民間の保険会社から直接購入することもできるが、政府からの補助を受けるためには州のWebサイト（連邦のWebサイトを流用している場合も含む）から申し込む必要がある。



[®] (脚注) <http://obamacarefacts.com/federal-poverty-level.php>

独自のWebサイトを構築したのは14の州とワシントンDCで、それ以外の36州は連邦のWebサイトを流用している。【図表2】に示すとおり、概してWebサイトを独自に構築した州は民主党が強い州で、連邦のWebサイトを流用している州は共和党が強い州になっている。民主党が強い州はオバマケアの実施を積極的に推進し、独自のWebサイト構築にも前向きに取り組んだが、共和党が強い州はそうではなかったことがうかがえる。

【図表2】 Webサイト構築状況と民主党・共和党勢力図の比較



(出典) The Wall Street Journal^④ (脚注1)、
Wikipedia「Red States and Blue States」^④ (脚注2)

オバマケアに準拠した保険の申込みはいつでもできるわけではなく、申込みのできる期間（オープンエンrollment）が限定されている。2014年分の保険の申込みができるのは2014年3月31日（申込手続きの完了は3月15日）までとされている。それが過ぎると正当な理由がない限り申込みができず、2015年分の保険の申込みができる2014年11月15日まで待たなければならないことになる。正当な理由として、たとえば失業して保険がなくなった、子供が産まれた、離婚した、主契約者が死亡したなどの事情があれば、期間外でも申込みができる。



④ (脚注1)

<http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052702304526204579099422440044100>

④ (脚注2)

http://en.wikipedia.org/wiki/Red_states_and_blue_states

5 「オバマケア2.0」に向けて

オバマケアの目的は単に健康保険への加入者を増やすことだけではない。最終的には医療にかかるコストを削減し、医療の質を高め、その他国民の健康増進に資するさまざまな施策を実施すること。それは米国のヘルスケアシステムを改革することにほかならない。

その第一歩として、まずはできるだけ多くの国民を健康保険に加入させることが喫緊の課題だ。これが「オバマケア1.0」だとすれば、「オバマケア2.0」では医療のコスト削減・効率化や医療の質を高める諸施策が実施される。それには医療のオートメーション化、リアルタイム遠隔モニタリング、プロセスの自動化・統合化など、「コネクテッドヘルス」に関連する多彩な施策が含まれる。

またオバマケアでは政府がITシステムを通じてデータを収集・分析し、医療の改善のために使用できることや、その業務を第三者に委託することができることなども定めている^④（脚注1）。この辺りは個人情報保護の観点やビッグデータ活用の観点からも今後の動向が注目される。

データ収集に関しては一時期、オバマケアが実施されるとすべての米国人の人体にRFIDチップを埋め込むことが義務づけられるとの噂が流れた^④（脚注2）。これは根も葉もない噂というわけではなかった。旧バージョンの医療保険改革法案で実際にドラフトされていたものだ。結果的にこれは廃案となり、現行のオバマケアではその旨の記載はなくなっているが、データ収集のためにあらゆるモノをネットにつなぐという動きが加速することは確かであり、オバマケアを起爆剤としてM2M/IoTが急速に成長する可能性があると思われている。

これを視野に入れながら、主要な通信事業者や関連分野の事業者はM2M/IoTに関わるそれぞれの分野での地盤固めを進めているように見受けられる。

M2Mの展開ではAT&Tが先行している。2013年10月、AT&TはGEとM2Mソリューションに関するグローバルアライアンス契約を締結した。GEがグローバルに展開するIoT推進プロジェクト「Industrial Internet」においてAT&Tのネットワークやクラウドサービスを使用するというものだ。

GEはCisco、Intelなど他の関係事業者とも提携を広げた。一方AT&Tは2014年2月にIBMとの間で、IoTをサポートするソリューションの開発で提携した。さらに3月にはこの5社が設立メンバーとなって産業IoT推進のためのコンソーシアム「Industrial Internet Consortium (IIC)」が発足した。IICはヘルスケアを初めとする主要産業においてオープンな接続性を確保してIoTを促進するとともに、それによって入手可能となるビッグデータへのアクセス確保も図ることとしている。



^④（脚注1） <http://www.astho.org/Programs/Health-Reform/Policy-Analyses/Health-IT/Public-Health-Informatics-Provisions-in-PPACA/>

^④（脚注2） <http://obamacarefacts.com/obamacare-microchip-implant.php>

AT&Tはさらに、コネクテッドホームからのコネクテッドヘルスへの展開も計画している。同社はホームセキュリティ・オートメーションサービス「Digital Life」を2012年から提供しているが、これをコネクテッドヘルスの受け皿とすべく、積極的に機能拡大を行うことを計画している^④（脚注1）。

特に監視・追跡機能を強化し、たとえば一人暮らしの老人が家の中で倒れたときに助けを呼ぶことのできるシステムを構築したり、薬を服用したかどうかを遠隔でチェックしたり、ウェアラブル器具を装着したユーザの心拍数やその他のバイタル情報を遠隔監視したりできるようなサービスも検討している。

一方、Verizonはコネクテッドホームでは一步後退した。2011年から提供していたホームオートメーションサービス「Home Monitoring and Control」の新規申込受付を2013年10月に中止した。今のところ既存顧客でFiOSを利用している顧客に限ってサービスを継続している。今後新サービスに作り直して再開する可能性はあるが、未だ具体的な計画は示されていない。

ただし、Verizonもオバマケアを大きなビジネスチャンスととらえていることは確かだ。オバマケアはIoTを促進する。ヘルスケアでIoTが活発化すると、IoTに適したセキュリティサービスの必要性が高まる。Verizonはここに目をつけた。

2013年11月、VerizonはIoTのセキュリティソリューションとなる「Managed Certificate Service (MCS)」を開始した^⑤（脚注2）。これはクラウドベースの次世代セキュリティプラットフォームだ。ネットでつながっているモノを認証し、そのモノ同士でやりとりされるデータのセキュリティを確保するものだ。

従来の公開鍵暗号方式をベースとしたソリューションでは高価なハードウェアの設置や複雑な運用が必要とされ、これがしばしば導入のネックとなっていたが、MCSがこれを解決した。コストや運用上の負担を抑えてセキュリティを確保することができ、顧客は余計な心配をすることなく本業に専念できるところが売りだ。

さらに必要なときに必要なだけ使え、使った分だけ支払えばよいという料金設定も特徴的だ。コスト面のみならず柔軟性や拡張性の面でも優れているとアピールする。

オバマケアがもたらすと期待されるビジネスチャンスに対し、AT&TもVerizonも、今のところアプローチの仕方は異なるが、それぞれの方法で足場固めをしながら、来るべき「オバマケア2.0」に備えているといった状況だ。



^④（脚注1） <http://www.fiercewireless.com/story/att-expand-digital-life-business-healthcare-markets/2014-02-25>

^⑤（脚注2） <http://newscenter.verizon.com/corporate/news-articles/2013/11-19-new-security-suite-to-protect-internet/>

【執筆者プロフィール】

氏名：高橋 陽一（たかはし よういち）

経歴：KDD（現KDDI）にて海外通信事情の調査、サービス企画、海外の通信事業者との交渉、法人営業等を担当した後、1995年よりカリフォルニア支社（ロサンゼルス、サンフランシスコ）勤務。1999年より外資系通信事業者の日本オフィスに勤務。2006年より日本のIT企業にて米国現地法人の設立、運営等を担当。2010年4月よりKDDI総研にて特別研究員として、海外の通信市場・政策動向の調査分析に従事。2011年9月よりサンフランシスコ在住。