

公的医療保障制度と民間医療保険に 関する国際比較

公私財源の役割分担とその機能

河 口 洋 行

1. はじめに（背景，問題意識，先行研究）

1. 背景

公的医療費の増加に伴い，各国で民間医療保険を主な対象とする私的財源の活用が政策的に検討されている。この公私財源の医療保障制度での活用は，これまでは公的財源の制約が強い発展途上国における医療保障制度を構築する上で大きな研究課題となっていた。しかし，最近では OECD (2004)¹⁾に見られるように，先進国における私的財源の活用とその成果について研究が蓄積されてきているところである。日本においても高齢化の進展に伴い，医療費を賄うための財源をどのように確保すべきかについて長年議論が行われてきた。そのなかの一つとして，公的医療費を賄う財源の制約が厳しいことから，民間医療保険を利用することにより，利用者の選択肢を増加させつつ，総医療費を増加させる政策が提案されている。このような政策は国際的に多くの国で様々な形で実施されているところである。

1) OECD (2004) “Private Health Insurance in OECD Countries” は，OECD 諸国の private insurance（民間保険）の役割や影響を分析している。

2. 目的と先行研究

(1) 本稿の目的と手法

本研究は、今後のわが国における公私財源の活用に関する方針を探ることとを目的としている。具体的には、公的医療保障制度の保障範囲の比較、民間医療保険の機能と現状の比較から、公私財源の活用に関する国家別の政策方針を読み取りたい。その上で、日本の現状評価や今後の政策の方向性に関する示唆を得たい。尚、既に述べたように OECD (2004) は優れた包括的研究であるが、主に引用されているデータは2000年のもので既に10年が経過している。このため、OECD (2010)²⁾ から適宜データを最新のものに改定しつつ、文献調査を中心にして検討する。

(2) 先行研究と研究課題

医療政策における公私の役割分担 (public private mix) については、保障制度のみならず、広範囲にわたる研究が存在する。Busse et al (2006)³⁾ は医療政策における、公私の役割分担 (public private mix)、患者の安全 (patient safety)、公衆衛生 (public health) 等について、国際比較を行っている。その第二章公私の役割分担 (public private mix) では、米国、スイス、ドイツ、フランスの個別政策について評価を行っている。米国については、民間医療保険の義務化政策について、スイスについては低所得世帯に対する保険料補助政策について、ドイツについては外来診療における自己負担導入について、フランスについては病院への DRG/PPS の導入について、それぞれの政策を分析・評価している。Gottret and Schieber (2006)⁴⁾ では、医療保障体制の公私の役割分担 (public private mix) について先進国 25 カ国を

2) OECD Health Data 2010

3) Busse, Zentner and Schlette (eds) (2006) "Health Policy Developments Issue 5: Focus on Pulic-Private Mix, Patient Safty, Public Health" Verlag Bertlmann Stiftung

4) Gottret and Schieber (2006) "Health financing revisited : a practitioner's guide" World Bank

詳細に調査している。この先進国の経験から発展途上国に対して公的医療保障制度の拡充に関する6つの歴史的教訓を導き出している。先に挙げたOECD (2004) は、公私の役割分担 (public private mix) における民間医療保険の機能や関連する政策について、OECD 加盟国の現状を詳細に調査している。併せて、民間医療保険を振興することによって、公的医療費の抑制などの政策目標が達成されたかについても文献レビューを実施している。但し、日本についての記述は非常に少ない。最近では、Paolucci (2010)⁵⁾ が、先進国の医療保障制度を概観した後に、公的保障に supplementary (「補充」) 民間保険を追加して利用者の選択肢を増加させ、個別保障の効率性を高める政策とその効果を検証している。その結果、民間医療保険は、経験保険料率を採用しリスク選択を実施することから、民間保険料率の高騰と低所得者の保険加入率の低下が起きる可能性が高いこと指摘している。さらに、Flood and Haugan (2010)⁶⁾ は、カナダの医療保障制度を他の先進国5カ国(オランダ・ドイツ・スウェーデン・イギリス・フランス)と比較し、医療保障の多様な形態は直接・間接に他の医療政策と複雑に関連しており、カナダの民間医療保険に対する規制は、国際的に外れ値 (outlier) と考えるべきではないと結論付けている。このように、医療保障制度における公私の役割分担 (public private mix) については、様々な国際比較が行われているが、残念ながらどの研究においても日本についてはほとんど言及されていない。

5) Paolucci (2010) “Health Care Financing and Insurance –Options for Design–” Springer – Verlag, Berlin Heidelberg

6) Flood and Haugan (2010) “Is Canada odd? – A comprison of Europian and Canadian approached to choice and regulation of the public/private divide in health care” Health Economics, Policy and Law Vol.5 pp319-341

3. 本稿の特徴と構成

(1) 本稿の特徴

本稿の特徴は、日本の医療保障制度における公私の役割分担を考えるために、民間保険の利用に特徴がある国を7カ国ピックアップし、国際比較をすることである。特に、日本の民間医療保険の機能や内容が国際的な動きからみてどのように位置づけられるのかについて考察を行いたい。そのなかで、日本独自の規制と考えられる「混合診療の禁止」についても、政策的な示唆を得たい。

また、Flood and Haugan (2010) が指摘しているように、個別の政策の評価は、それを取り巻く他の規制や制度設計をも考慮して評価するべきと考えられる。本研究でも、単に一つ一つの政策を取り上げるだけでなく、

公的保障制度の保障範囲と、民間医療保険の機能と現状を併せて検討し、公私財源の公的医療保障制度における活用に関する政策の方針を把握したい。その上で、日本が取るべき医療政策の方針を提案したい。

(2) 本稿の構成

本稿の構成は以下のとおりである。本節では本稿の目的や特徴について概要を述べた。第二節では公的医療保障制度の給付範囲を比較する。第三節では民間医療保険の機能と利用状況を比較する。第四節では各国政府による民間医療保険等への規制について外観する。第五節では第二節から第四節を踏まえて、公私の役割分担に関する方針を分類化し、日本の取るべき方針について示唆を得る。

II. 公的医療保障制度と保障範囲の比較

1. 公的医療保障制度の財源調達と比較

(1) 公的医療保障制度の定義

本稿では、公的医療保障制度の定義を OECD (2004) に従って「所得に

公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較

応じた保険料を徴収している場合又は税により徴収している場合⁷⁾」とする。従って、この定義によれば保険運営者が民間の株式会社であっても、政府の規制により所得比例保険料を採用している場合には公的保障制度とみなすこととなることに注意が必要である。逆に、民間医療保険とは、保険などの運営者が公的組織であるかどうかを問わず、リスクに応じた保険料や同一保険料を徴収している場合を指す。

公的医療保障制度の比較をするために、まず公的財源及び民間財源の割合を見てみよう。OECD (2010) では各国の総額医療費支出 (total health expenditure) を分母として、公的財源 (Public expenditure on health) と民間財源 (Private expenditure on health) の割合を算出している。公的財源は、税 (Government expenditure on social security) と社会保険 (social security schemes) に二分できる。また、民間財源は、自己負担 (out of pocket) と民間保険 (private insurance) に二分できる (表1)。公的財源の割合の大きさで見ると、イギリスと日本が80%を超えており、比較的割合が大きい。逆に公的財源の割合が小さいのはオーストラリアとカナダで70%前後である。その他の国は約75%になっている。

(2) 税か社会保険料かによる分類

次に、公的財源のうち、主な財源が税か社会保険料かによって見てみる。税財源が主な国は、イギリス (税の割合82.6%, 以下同様)、アイルランド (76.3%), カナダ (68.8%), オーストラリア (67.5%), フィンランド (59.2%), である。社会保険料財源が主な国は、ドイツ (保険料の割合67.9%, 以下同様)、オランダ (70.2%) である。日本については OECD (2010) には内訳が掲載されていなかった。

7) 厳密には income related premium, taxation and payroll tax の場合は公的 (public), non-income related premium には民間 (private) との記載がある (OECD, 2004 p27)

表1 公的医療保障制度の財源と加入率

	公的財源注1)	公的保障加入率	民間財源注2)
イギリス	税(82.6) 社会保険(0) 合計 82.6%	100%	自己負担(11.1) 民間保険(1.2) その他合計 17.4%
オーストラリア	税(67.5) 社会保険(0) 合計 67.5%	100%	自己負担(18.0) 民間保険(7.8) その他合計 32.5%
フィンランド	税(59.2) 社会保険(15.0) 合計 74.2%	100%	自己負担(19.4) 民間保険(2.1) その他合計 25.8%
アイルランド	税(76.3) 社会保険(0.6) 合計 76.9%	100%	自己負担(14.4) 民間保険(7.9) その他合計 23.1%
カナダ	税(68.8) 社会保険(1.4) 合計 70.2%	100%	自己負担(14.7) 民間保険(12.8) その他合計 29.8%
ドイツ	税(8.8) 社会保険(67.9) 合計 76.8%	90.9% (保険加入義務は全 国民にある)注4)	自己負担(13.0) 民間保険(9.5) その他合計 23.2%
オランダ	税(5.1) 社会保険(70.2) 合計 75.3%	100%	自己負担(5.7) 民間保険(5.6) その他合計 16.5%
日本	税(35.2)注3) 社会保険(46.7) 合計 81.9%	100%	自己負担(14.6) 民間保険(2.5) その他合計 18.1%

注1) 公的財源及び民間財源については、オーストラリア及び日本の数値は2007年実績値、カナダ及びオランダは2008年の予測値、その他は2008年実績値

注2) 民間財源は、自己負担(out-of-pocket)及び民間保険(private insurance)の他に非営利組織の慈善医療や企業による拠出なども含まれる。

注3) 日本の公的財源の内訳については、平成20年度国民医療費より財源別内訳にある税と保険料の割合をOECD(2004)の公的財源比率81.9%を比例按分して筆者が作成。

注4) ドイツは、2009年1月からは、公的医療保障制度の加入義務の無い国民(所得水準が高い層や自営業者等)にも、いずれかの民間医療保険に加入することを義務付けている。

(3) 財源が混在する日本の医療保障体制

日本の公的財源の割合をみるために、2008年度の「国民医療費」(厚生労働省)を参照した。すると、税財源(公費)は37.1%と社会保険料は48.8%であった。2つの財源の公的財源全体に占める割合は税43(税):57(保険料)となっていた。同じ社会保険形式を取るドイツでは、税の割合は8.1%、オランダの税の割合は5.1%と1割に達していない。日本は社会保険方式の形態をとりながら税財源が4割近く、2つの財源が非常に近い割合で投入されているという独自性を持つと考えられる。

2. 公的医療保障制度の保障範囲の比較

(1) 公的保障制度が必須医療(Necessary Care)をほぼカバーしている場合

次に、OECD(2004)等のデータから公的医療保障制度における保障範囲の比較を試みよう。まず、多くの税財源が主体の国では、ほとんどの必須医療(necessary care)が公的供給組織で行われる場合に限定して保障している。例えば、イギリス・オーストラリア・フィンランド・アイルランドでは、GP(一次医療)、病院費用及び専門医(二次医療)、薬剤・歯科⁸⁾等が広くカバーされている。但し、病院での専門医の技術料に関して自由価格を採用しているオーストラリアでは、公的保障制度では公的価格までをカバーし、実際の請求価格との差額(Gap)は自己負担となる仕組みになっている。

(2) 公的保障制度が部分保障(部分保険)である場合

先の税財源が主な国のなかでも、カナダは例外的に歯科医療・外来薬剤などを公的医療保障制度で保障していない。また、多くの社会保険方式の

8) 但し、オーストラリアでは歯科は一部の手術のみ公的医療保障の保障範囲である。

表2 公的保障制度の保障範囲と範囲外の比較

	公的保障の範囲	公的保障の範囲外
イギリス	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
オーストラリア	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科（一部手術のみ） 民間の外來、GP、専門医注2）	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）、歯科（大部分）及び民間での公的保障の償還価格と実際の請求価格の差額（Gap）
フィンランド	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
アイルランド （メディカルカード保持者）	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
カナダ	病院費用、GP、専門医、薬剤（入院のみ）	歯科、薬剤（外來）
ドイツ	病院費用、GP、専門医、薬剤注3）、歯科（選択タリフ）注6）	専門医（公的保障制度において選択する場合）注5）
オランダ	病院費用、GP、専門医、歯科（口腔ケアに限る）、薬剤注3）	歯科
日本	病院費用、GP、専門医、薬剤、一部の代替医療	保険外併用療養制度の公的保障の非適用部分

出所） OECD (2004) P56 Table 2.8 Examples of benefits covered by public coverage systems and Private Health Insurance, 菅・加藤 (2010), 矢田・大野 (2010) より筆者が改編して作成

注1) 医療費の内訳は、入院医療、外來医療、GP（一次医療）、専門医（二次医療）、薬剤、歯科としている。

注2) オーストラリアでは、民間病院の外來は公的価格の85%、民間の医師サービスは75%が公的医療保障制度から償還される。また、歯科は一部の外科手術のみが対象で、公的財源ではほとんどカバーされていない（丸山，2008）。

注3) ドイツ及びオランダでは薬剤の保険償還には参照価格制度が採用されており、参照価格以上の価格の薬剤の場合には、当該超過分は自己負担となる。

注4) 公的医療制度の保障を希望する新薬に対しては、費用対効果分析を求める国が多い。例えば、イギリス、オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダなどである。このため、公的医療保障の保険適応薬は国によって異なる。

注5) ドイツでは、公的保険（疾病金庫）入院の場合に病院や医師は保険者により誘導される。専門医を指定する場合には、公的保障の範囲外の自己負担を支払う必要がある。一方で民間保険の場合には患者が自由に選択することができる。

注6) ドイツでは、公的保険（疾病金庫）では標準的な保険給付に加えて、選択タリフとして、被保険者が選択できる追加給付を行うことができる。

国では、部分保険の位置づけとなっていると考えられる。例えば、ドイツでは歯科は基本的な治療に対する 50% の定率給付としている。オランダでも歯科の保障範囲は主に口腔ケアが中心で、18 歳未満の場合には定期健診や歯周病ケアが含まれる。但し 18 歳以上では、口腔外科サービスに限られる(大森, 2008)⁹⁾。更に、両国とも薬剤は参照価格制度を採用しており、高価な新薬の場合には、同じ薬効を持つ薬の参照価格以上の差額は自己負担となる。さらに、ドイツにおいて、専門医は選択する場合には、その上乗せ料金は公的保障の範囲外となる。

(3) 日本は保障範囲が比較的広い

上記の観点から日本の公的医療保障の範囲を見てみると、GP(一次医療)、病院費用及び専門医(二次医療)、薬剤・歯科等の必須医療(Necessary care)を広くカバーしており、社会保険でありながら、部分保険とは言い難い形になっている。Gottret and Schieber (2006) は、社会保険方式を採用した欧州の国は、ほとんどの場合、歯科給付を制限するか削減していると指摘している。また、新薬に対しては、費用対効果分析を求める国(イギリス、オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダなど)に比して、日本の保険適応薬は比較的多いと推測される。例えば、オランダの 11,000 品目に対して、日本の保険収載薬品数は 17,000 品目と約 1.5 倍多い。ネオパラダイム研究会(2009)¹⁰⁾ は、イギリスやカナダなどは、費用対効果が低い等の理由で一定の医薬品を公的医療保障制度から除外しているが、それに比して日本では、薬事法の承認を得た医薬品は基本的に全て保険収載していることを指摘している。更に、他の国では原則的に公的医療保障制度に含まれない代替医療についても、日本では鍼灸・マッサージや漢方薬が部分的に含

9) 大森正博「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No. 156 pp75-90

10) ネオパラダイム研究会(2009)「混合診療に関する議論の諸相 日本・英国・カナダの考察」『社会保険旬報』No. 2385 pp10-16

まれている。これは前節で見たように、社会保険料に税財源を加えることにより、比較的広い公的保障範囲を達成しているためと考えられる。

III. 民間医療保険の機能と利用状況

1. 民間医療保険の機能の類型化

(1) 民間医療保険の機能分類

本稿で用いる民間医療保険の公的医療保障制度に対する機能について、OECD (2004) の分類を用いて説明しよう。公的医療保障と比較した民間医療保険の保障範囲は大きく分けて以下の3つに分けられる。第一に公的医療保障制度と同様な範囲を保障する場合、第二に、公的医療保障制度の自己負担部分 (cost sharing) を保障する場合 (Complementary, 以下「補足」)、公的医療保障の保障範囲に含まれない上乘せサービスを保障する場合 (Supplementary, 以下「補完」) である。さらに、第一の場合には公的保障に加入したうえで、二重に民間医療保険に加入する場合 (Duplicate, 以下「二重」) と公的医療保障制度から離脱 (opt out) して民間医療保険に加入する場合 (Substitute, 以下「代替」) 又は Principal, 以下「民間主要」) に分けられる。尚、代替とは、公的保険に加えて代わりに選択できる民間医療保険がある場合を指し、民間主要はそもそも公的保障制度の保険者が民間保険者に委ねられている管理競争のような形態を指している。

一般的に主な公的財源が税の場合には、民間病院等にアクセスするため、公的医療保障制度に加えて、「二重」に民間保険に加入する場合が想定される。これは、イギリスやオーストラリア等では公的病院に長い待ち行列が存在するため、受診までの待ち時間を短縮する (queue jump) ためであると言われている。但し、注意が必要なのは、「二重」民間保険においても公的医療保障との機能の違いがあることが想定されることである。例えば、イギリスでは、non-elective の治療で特に命に関わる手術等の場合には公的保障が主に利用され、待ち行列が採用される elective の治療において

公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較

表3 民間保険の機能の分類（4種類）

		公的保険への加入の有無	
		公的保障あり	公的保障なし
民間保険の保障範囲	医学的必要性がある治療のための医療サービスで公的保障と同様な範囲の保障	二重 (Duplicate)	民間主要保険 (Principal) 又は 代替 (Substitute)
	公的保障制度の自己負担部分を保障	補足 (Complementary)	
	公的保障や主要な民間医療保険の保障範囲に含まれない上乗せサービスに対する保障	補完 (Supplementary)	

出所) OECD (2004) P30 Figure 2.2 Functions of private health insurance in relation of public coverage schemes より筆者が改編して作成

民間病院とセットになった民間医療保険が利用される場合が多い¹¹⁾。オーストラリアでも丸山 (2008)¹²⁾ によれば、民間保険で保障される民間病院は非救命的な医療を迅速に快適なアメニティとともに供給する位置づけであるとされている。また、イギリスでは歯科医療は公的医療保障制度でも保障されているが、その利用者は低所得者が中心で、多くの中所得者層は民間保険に加入して民間診療所を利用することが多い¹³⁾。

次に、主な公的財源が保険料のタイプ（ドイツやオランダ）では、公的保険に加えて民間保険者を選択できる場合には、「代替」民間保険が利用されると想定する。また、公的医療保障制度が部分保険などのために、患者

-
- 11) 英国の医療経済学者であるペータースミス教授 (Imperial College, London) へのヒアリング (2011.02.28) より。併せて、英国最大の民間医療保険会社であるブーパ (Bupa) に対するヒアリング (2011.02.28) でも、急性期医療は不得意と認めている (説明資料に得意分野と不得意分野の記載あり)。
- 12) 丸山士行 (2008) 「混合診療の先進国：オーストラリアの医療」『医療と社会』Vol. 18 No. 1 pp49-72
- 13) シェフィールド大学医療経済研究所土屋有紀研究員へのヒアリング (2011.02.25) による。

の自己負担が高い場合には「補足」機能が必要とされと考えられる。この「捕捉」民間保険は、所得水準による医療へのアクセス格差を緩和することが期待される一方で、医療の過剰な利用を抑制する risk sharing の効果を低減するという問題も持つ。

最後に、公的医療保障制度のタイプに関わらず、公的医療保障制度の保障範囲外の医療サービスをカバーする「補完」機能がある。OECD (2004)によれば、公的保障でカバーされない分野は国によって異なっており、典型例としては、眼科・歯科・理学療法・美容整形手術・奢侈サービス（病院のホテル部分のアメニティ等）が挙げられている。

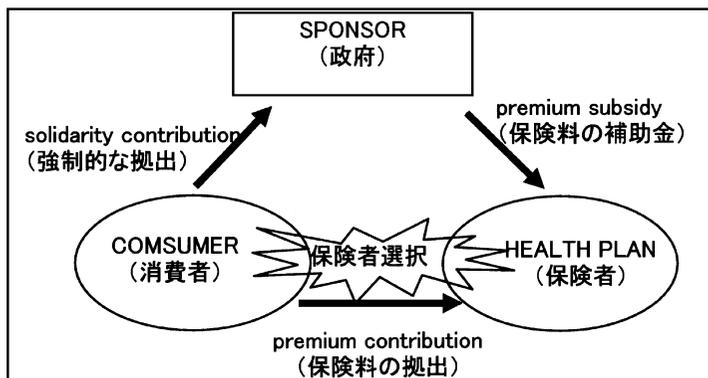
（2）管理競争における民間保険の役割

ここで、管理競争を導入しているオランダとドイツについて、更に詳しく民間医療保険の機能を整理しておこう。

オランダでは、国民に対して強制加入の公的医療保険制度を設定している。2006年の医療保険法により、管理競争下の医療保険は民間保険会社により提供されることとなった（矢田・大野，2010¹⁴）。従って、公的医療保障制度で、「主要民間」医療保険が提供されることとなった。この民間保険者は、管理競争の下でリスク調整後の期待医療費を他の保険者と同様に配分される。大森（2008）によれば、管理競争下の保険者になるにはオランダ中央銀行から保険業の免許を取得すれば、営利・非営利組織によらず、参入が可能である。但し、矢田・大野（2010）によれば、2009年時点では営利組織は撤退し、相互会社方式の非営利組織（31社）のみが運営している。一方で、この「主要民間」医療保険者は給付内容の差別化は可能なものの、加入希望者の拒否はできず（open enrolment）、同じ保険商品（同じタリフ）において、被保険者に保険料の格差をつけることは認められて

14) 矢田晴那・大野太郎（2010）「第3章オランダの医療制度」『医療制度の国際比較』財務省財務政策総合研究所 pp63-86

図1 管理競争の概念図



出所) Van de Ven and Ellis (2000) P761 Figure 1 and P766 Figure 2 より筆者が改編して作成

いない。従って、運者が民間会社であっても、保険料率がリスクに応じて決定されないため、本稿では公的保険とみなしている。なお、オランダでは「補完」民間保険を公的医療保障制度で加入した「主要民間」保険者からセットで購入するのが一般的である。

ドイツにおいては、1993年に管理競争が導入され、国民の9割は強制加入の公的医療保障制度に加入しており、国民は公的保険者である疾病金庫を選択して加入できる。残りの1割の国民は管理競争の枠外の「代替」民間医療保険に加入している。更に、2009年より統一保険料が導入される一方で、保障内容については、追加で保障可能な項目がポジティブリスト化（選択タリフの導入）されている（表4）。つまり、公的医療保障制度の枠内で、公的保険者が限定された範囲で保障範囲の多様化を実施していると考えられる（土田、2011）¹⁵⁾。なお、ドイツの場合にも「補完」民間医療保険の提供は公的保障制度の枠内にいる公的保険者でも、枠外の「代替」民間医療保険でも提供が可能である（菅・加藤2010）¹⁶⁾。

15) 土田武史 (2011)「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」『早稲田商学』Vol. 428 pp41-69

表4 ドイツにおける医療保険の選択タリフの内容

疾病金庫に義務付けられた選択タリフ	疾病金庫が任意に提供できる選択タリフ
統合的医療 疾病管理プログラム 家庭医による初期治療 特殊な外来治療 （心筋梗塞の予防や喘息の防止） 傷病手当金（自営業向け）	免責金額の受入と報奨金 償還払い方式の採用 給付なしの場合の保険料減額 特定の対象者に対する費用償還 保険給付対象外の薬剤・療法への償還 薬剤等の一部負担の償還

出所）土田（2011）P578より筆者作成

注1）2007年から被保険者が公的医療保険の給付範囲以外の給付を選択できる「選択タリフ」が導入された。この選択タリフには全ての公的保険者が用意するべき義務付け部分と、公的保険者が設定を行うかを選択できる選択部分の2種類がある。これは公的医療保険に民間保険の多様性を取り入れた手法と考えられる。

注2）選択タリフを選択した被保険者はそのタリフの内容に応じた追加保険料を支払う。

注3）選択タリフを選択した被保険者は、3年間はその契約を変更できない。また、政府は3年ごとに選択タリフに関する監査を保険者に対して実施する。

このように管理競争を導入した国においては、公的保障制度の枠内で、公民保険者が競争する仕組みを導入しており、その機能や仕組みは複雑になっている¹⁷⁾。

2. 公的医療保障制度の給付範囲と民間医療保険のシェア

- (1) 待ち行列があると「二重」民間保険で民間供給体制へのアクセス時間短縮

表5は、国別の民間医療保険を機能別にその加入者割合と代表的な保障内容を一覧表にしたものである。例えば、イギリスでは「二重」民間保険及び「補完」民間保険を併せて全国民の10%が加入している。ここで、保険商品としては「二重」と「補完」は別々に販売される場合もあるが、統計上の数値は2つの機能を併せた民間保険への加入比率の合計値しか得

16) 菅和志・加藤千鶴（2010）「第1章ドイツの医療制度」『医療制度の国際比較』財務省財務政策総合研究所 pp3-46

17) 但し、筆者は民間保険のメリットを活かす政策手段として管理競争は重要であると考えており、このような制度設計は今後日本も参考にするべきと考えている。

ることができない¹⁸⁾。また、「二重」民間保険の代表的な保障範囲は、民間病院での治療費用（病院費用及び専門医を含む）、歯科、に加えて、公的医療保障制度の待ち行列を飛び越して治療までのアクセス時間を短縮するという特徴がある。また、「補完」民間医療保険では、長期ケア、在宅ケア、代替医療などが保障されている。オーストラリアでは、この待ち行列の短縮に加えて、公的病院の私費患者となるか、民間病院で治療するかを選択が可能になる。更に、医療サービスが自由価格であるオーストラリアでは、公的医療保障制度の償還価格との差額（いわゆる Gap）を「補完」民間保険がカバーする。フィンランド・アイルランドにおいても「二重」民間医療保険により、アクセス時間の短縮と公私病院の選択が可能となる。

以上のように、先に設定した公的財源が主に税である国では待ち行列が発生するため、民間医療サービスにアクセスするため「二重」に民間保険に加入することが行われている。また、二重民間保険への加入者は高所得層が中心のため、「二重」に「補完」機能を併せた民間保険が主流になっていると考えられる。

尚、国民の民間保険への加入比率を見ると、オーストラリアとアイルランドは、4割以上の国民が民間保険を利用している。これは、同じ税財源タイプのイギリス・フィンランドが10%程度であるのと大きく異なる。これは、オーストラリアでは民間医療保険料の30%を補助（所得制限なし¹⁹⁾しており、民間病院の外来、GP、専門医などの民間医療供給者に対しても公的医療保障制度から保険償還を行っているためと考えられる。従って、加入率の違いは政策支援の有無に影響を受けていると考えられる（後述）。

18) 実際の保険商品としては、「二重」と「補完」の両方の機能を持つ保険商品が一般的なためにこのような換算方法を採用していると考えられる。

19) オーストラリアの民間医療保険料の補助は、年齢が65歳以上の場合には補助比率が増加する（65歳以上では35%、70歳以上は40%）（丸山，2008）

表5 民間保険の加入者割合と保障範囲

	民間保険の範囲
イギリス	二重及び補完〔10.0%〕 ・二重：民間病院（病院費用＋専門医），歯科，アクセス時間短縮 ・補完：長期ケア，在宅ケア，代替医療
オーストラリア	二重及び補完〔44.9%〕 ・二重：公私病院費用，専門医，リハ，アクセス時間短縮と病院選択 ・補完：公的保障の償還価格と実際の請求価格の差額（Gap）
	補完〔40.5%〕 ・補完：歯科，薬剤，リハビリ，在宅ケア，代替医療，奢侈サービス
フィンランド	二重・代替・補完〔10.0%〕 ・二重：公私病院の入院医療，アクセス時間短縮と病院選択
アイルランド注1)	二重・代替・補完〔43.8%〕 ・二重：病院費用，専門医，アクセス時間短縮と病院選択 ・代替：GP ・補完：代替医療，奢侈サービス，公的保障のない薬剤
カナダ	補完〔65.0%〕注2) ・補完：歯科，外来薬剤，長期ケア，リハビリ，在宅ケア，代替医療
ドイツ	代替・補完〔10.3%〕注3) ・代替：公的保障の範囲（基本タリフ），高度先進医療，新薬 ・補完：専門医（選択可），歯科（18歳以上），代替医療（漢方薬等），奢侈サービス
オランダ	主要民間〔100%〕注4)
	補完〔90.0%〕注5) ・補完：矯正歯科，理学療法，代替医療，奢侈サービス注5)
日本	補完〔0.3%〕注6)

出所) OECD (2004) P50 Figure 2.7 Coverage by public schemes and private health insurance in OECD countries, 2000, OECD (2004) P56 Table 2.8 Examples of benefits covered by public coverage systems and Private Health Insurance, 菅・加藤 (2010), 矢田・大野 (2010), 医療経済研究機構 (2009) より筆者が改編して作成

注1) アイルランドは，メディカル・カード保有者の場合

注2) カナダの数値は OECD (2004) の推定値

注3) ドイツでは，「代替」民間保険は100%の費用償還が一般的である。また，公的保障者（疾病金庫）の被保険者に対して同じ民間保険が「補完」（上乘せ）保険も提供している。2007年からは公的保障者（疾病金庫）も補完（上乘せ）保険を提供することができる（菅・加藤 2010）。

注4) オランダでは，疾病金庫が廃止され全て民間保険（管理競争下の第二層部分）

注5) オランダの補完医療保険の購入理由は，主要民間医療保険で保障されない理学療法と矯正歯科をカバーすることである。また，「補完」は「民間主要」と同一保険者が提供する場合はほとんどである。

注6) OECD (2004) では，日本の加入者割合は Negligible と記載され，民間保険の機能については N.A. とされている。実情としては所得保障保険の性格が強いが，形式上は自己負担の補完であると考えられる。また，本文中にも説明が入っていない。

(2) 必須医療 (Necessary Care) が給付外の場合は、「補完」民間保険を利用

次に、カナダは、国家レベルでは外来薬剤・歯科への保障が範囲外となるため、「補完」民間保険への加入者比率が 65.0% と高い。Touhy (1999)²⁰⁾によれば、カナダの民間保険は公的保障の範囲に含まれない歯科医療・医薬品・人工装具が対象で、特に外来処方薬の医薬品が対象となっていると指摘している。ドイツでは、公的医療保障制度の加入義務のない国民は「代替」民間保険を選択できる。この「代替」民間保険へは、専門医が選択できるなどの付加給付がある「補完」民間保険と合わせて、10.0% の国民が加入している。ただし、ドイツでは公的保障制度の枠内での保険者は全て「主要民間」保険者であると考えられる。同じ管理競争を導入しているオランダでは、公的医療保障制度では公的保険が廃止され、全て民間保険に衣替えしている。このため、選択できる「主要民間」保険の加入者割合が 100% となっている。併せて、付加的な給付を得るための「補完」民間医療保険には 90.0% とほとんどの国民が加入している。

従って、税方式・社会保険方式に関わらず公的医療保障制度が部分保障となっている場合には、その部分をカバーする「補完」民間医療保険が活用されていると考えられる。

(3) 活用されていない日本の民間医療保険の状況

OECD (2004) では、日本について民間医療保険の加入者割合は Negligible と記載され、民間保険の機能については N.A. とされている。当該報告書の文中にも関連する説明がないため、詳しい根拠はわからない。この内容は毎日のように民間医療保険のテレビ CM が流れ、多くの国民は公的医療保障制度の自己負担部分に備えるという「補完」民間医療保険として加入しているという実感と異なると思われる。筆者の推測では、日本の

20) Tuohy, C.H. (1999) "Accidental Logistics" Oxford University Press, Oxford U.K.

民間医療保険は、費用償還方式ではなく、一日当たり定額支払いなどの定額保障方式であるため、休業補償などを行う所得保障保険の性格が強いと判断されたためとも考えられる。

それでは、日本の民間医療保険の医療費保障額や加入者割合はどの程度であろうか。筆者が探索した限りでは、OECD (2004) と同様の統計資料は見つかりできなかった。そこで関連のある統計値から推測を試みる。まず、経済産業省 (2004)²¹⁾によれば、民間医療保険が属するいわゆる第三保険分野の市場規模は、2兆5,963億円とされている。但し、この第三分野には「医療保険」「がん保険」の他に「介護保険」なども含まれている。さらに、日本では民間医療保険を単独で購入するのではなく、生命保険の特約の形で医療保障を受ける場合が多い。生命保険文化センター (2003)²²⁾によれば、生命保険加入者の特約としての医療給付金(保険償還額)は2002年度で8,051億円(支払い件数は578万件)となっている。このように、巨額の医療費支出を行いながら、その機能が不明確な民間医療保険は、消費者にとって非効率な保険料負担を強いている可能性がある。

IV. 政府による民間医療保険等への規制

1. 私費患者に対する(公的)供給者への規制

(1) 私費診療を部分的に制限しているイギリス・ドイツ

公的保障制度から償還を受ける医師(公的医療を担当する医師)に対して、私費(民間保険)の患者受入れを認める Dual Practice については、イギリスでは NHS の所属医師が私費診療から得る給与は NHS からの収入の10%以下に制限されており、超過した場合には NHS 給与が削減される。公的病院が私費(民間保険)患者を受け入れる Private Bed については、

21) 経済産業省 (2004) 「新産業創造戦略」P85 図17

22) 生命保険文化センター (2003) 「2003年版生命保険ファクトブック」
<http://www.jili.or.jp/research/factbook/factbook2003.html>

イギリスでは受入患者数を制限している。

私費患者に対して病院・医師の選択肢の拡大を認めるかについては、ドイツでは、私費（民間保険）の患者に対する請求価格に規制があり、公的保険に比して最大2.3倍（診療上の個人的便宜2.3倍、医師料金1.8倍）まで請求が可能（菅・加藤 2010）となっている。また、ドイツでは、私費（民間保険）の場合には上級医師等を指名することが可能となっている。

(2) 私費診療に規制のないオーストラリア

公的保障の範囲内の医療サービスについて専門医が上乗せ料金を請求することを認めているかについては、自由価格を認めていることが確認できたのはオーストラリアのみであった。医師の請求額が公的保障の支払い額を上回る場合にはその超過分が患者の自己負担となる（丸山，2008）。但し、民間保険の給付は価格差部分に制限する規制がある。

オーストラリアでは、公的病院では原則無料であるが、民間病院では入院費用は原則自己負担となる。医師サービス部分については民間病院では診療報酬点数の75%が公的に保障され、残りが自己負担または民間医療保険からの支払いとなる（丸山，2008）。

(3) 公的供給体制での私費診療を禁止するカナダ

カナダでは、政府が保障する医療サービスにおいて、専門医が州政府（保険者）に対して請求する医療費点数に加えて、別途患者の自己負担を追加請求する慣行を取り締まりするために、上乗せ料金の請求がある場合には州政府から連邦政府に報告させ、同額を連邦政府から州政府への補助金から差し引く措置を取っている（ティエッセン，2008）²³⁾。

さらに、カナダでは、公的医療制度を担当する医師が私費患者を一度で

23) ジェームス・H・ティエッセン「カナダにおける保健医療の財政基盤：その歴史と基盤」海外社会保障研究 No. 163 pp18-32

表 6 私費患者に対する医療供給体制での規制

	医師料金の私費診療の価格規制 (上乗せ請求)	保険医の私費診療 (Dual Practice)	公的病院の私費患者治療 (Private Bed)
イギリス	N.A.	(制限あり)	(制限あり)
オーストラリア	(自由価格)		
フィンランド	N.A.		-
アイルランド	N.A.		
カナダ	× (州政府への補助金を削減)	× (私費診療後は公的保障除外)	-
ドイツ	(上限あり)		-
オランダ	N.A.		×
日本	(保険外併用制度の高度先進医療は認可病院のみ自由価格可能)		* 保険外併用制度では室料差額は病床数の 10% に制限(通常 50%)

出所) OECD (2004) P96 Table 3.3 及び P74 Table 2.12 を改編して、Flood and Haugan (2010) の内容を加味した上で筆者作成

も受け入れると、それ以降は公的保障の患者を受け入れることが禁止され、私費患者専門とならざるを得ない。このようにして、カナダでは国内で提供される医療サービスを公的医療保障制度の枠内に限定していると考えられる。

(4) 私費患者への供給体制での規制がほとんどない日本

日本では私費患者(自由診療患者)に対する医師の請求は自由価格となっている。さらに公的医療保障制度においても、保険外併用制度において認可された病院では高度先進医療に関して自由価格が認められている。保

険医の私費診療（自由診療）についても規制はない。従って、通常は公的医療保障制度の下で働いている医師が、別途「にんにく注射」などの公的保障制度の範囲外の医療サービスを提供することは制限されていない。更に、公的病院が私費患者を受け入れることに対する規制は存在しない。また、日本は、フリーアクセス制度を採っており、公私に関わらず病院・医師を選択できる。但し、専門医や大学病院の診療を私費患者が優先的に受けたり、選択肢が拡大することはない。

これは、日本においては民間医療保険が所得保障の機能しかもたないことに加えて、混合診療禁止ルールにより私費患者数が少なかったため、規制自体が必要なかったためと考えられる。逆に、このような点について規制を行わないままで、民間医療保険が普及すると、予期しない形で私費患者とそれ以外の患者で医療格差が生じる場合も想定される。

2. 民間医療保険の保障に対する規制

- (1) 民間保険への規制・政策支援を行わず、公的医療保障を中心にする
イギリス

各国の民間医療保険の保障範囲に関する政府の規制についてみてみよう。イギリスでは医療分野において民間医療保険を抑制したり発展をさせる明確な規制を持っていない (Flood and Haugan, 2010)²⁴⁾。例えば、民間医療保険の加入者に対する専門医の価格に対する規制はないと指摘している。但し、最近では抗がん剤などの使用に関してルールを統一しようという動きがあるようである²⁵⁾。

24) 英国最大の民間医療保険会社ブーパ (Bupa) 社もヒアリングで同様の見解を示した。

25) 在英日本大使館でのヒアリングでは、NHS で使用が認められない高額な抗がん剤のケースでは、地域 (Primary Care Trust) ごとに異なる取り扱いであったが、最近になって NHS で治療を受けながら、私費患者の取り扱いで抗がん剤を投与するという形が認められる方針 (Guideline on NHS patients who wish to pay for additional private care) が出されているとのことであった。

表 7-1 民間保険 (二重・代替) の保障範囲に対する政府の規制^{注 1)}

	二 重	代替 (主要民間)
イギリス	規制なし	
オーストラリア	× 公的保障の対象の外来医療 入院費用 (専門医を除く) (但し, リハビリ及び入院費用 の最低 25% を保障する)	
アイルランド ^{注 2)}		× 歯科, 薬剤, 長期ケア, リハビリ, 在宅ケア
	入院医療 (但し, 入院費用及 び専門医費用を保障する)	
フィンランド	N.A.	
カナダ	× 公的保障の対象の全ての保障	
ドイツ ^{注 3)}		基本タリフ (但し, 長期ケ アを保障する) + 選択タリフ
オランダ		基本タリフ + 給付差別化
日本		

出所) OECD (2004) P35 Table 2.2 Permitted role of private health insurance, Flood and Haugan (2010) より筆者が改編して作成

注 1) 医療費の内訳は, 入院医療, 外来医療, GP (一次医療), 専門医 (二次医療), 薬剤, 歯科, リハビリ, 長期ケア (long term care), 在宅ケアとしている。×は保障を禁止, は保障を許可, () は民間保険を販売する場合に満たすべき条件を示す

注 2) アイルランドはメディカル・カード保有者

注 3) ドイツでは, 所得制限を越えた国民でも公的保障に留まることができる。

一方で, オーストラリア・アイルランドでは公的病院への待ち時間を短縮するために, 民間保険への加入を政策的に支援し, 国民を公的病院から民間病院に移動させる政策を実施した場合もある。しかし, 英国では待ち時間が政治的に最も重要な問題であったが, そのために民間医療保険を活用するという政策は選択されなかった (Flood and Haugan, 2010)。代わりに公的医療制度の内部での様々な改革を実施し, 例えば, 公的保障制度の下で民間病院を選択できるようにしている²⁶⁾。

26) ピーター・スミス教授 (Imperial College London) へのヒアリングでは, イギ

公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較

表 7-2 民間保険（補完・捕捉）の保障範囲に対する政府の規制注 1）

	補 完	補 足
イギリス	規制なし	規制なし
オーストラリア	× 公的保障の保障範囲	×GP 及び長期ケア
	公的保障外（歯科，眼科，リハビリの一部）のサービス（但し，リハビリを保障する）	GP 及び長期ケア以外
アイルランド注 2）	歯科，在宅ケア，その他（代替医療，奢侈サービス）	
フィンランド	N.A.	N.A.
カナダ	（ × 公的保障の保障範囲 ）	×GP 及び専門医
	公的保障外	上記以外
ドイツ注 3）	（ × 公的保障の保障範囲 ） 公的保障外	入院費用・外来費用・歯科・薬剤・リハビリ・在宅ケア
オランダ		× 長期ケア及び在宅医療
	歯科，在宅ケア，その他（代替医療）	長期ケア及び在宅医療以外
日本	規制なし（ × 混合診療は禁止 ）	規制なし

出所） OECD (2004) P35 Table 2.2 Permitted role of private health insurance, Flood and Haugan (2010) より筆者が改編して作成

注 1） 医療費の内訳は，入院医療，外来医療，GP（一次医療），専門医（二次医療），薬剤，歯科，リハビリ，長期ケア（long term care），在宅ケアとしている。×は保障を禁止，は保障を許可，（ ）は民間保険を販売する場合に満たすべき条件を示す

注 2） アイルランドはメディカル・カード保有者

注 3） ドイツでは，所得制限を越えた国民でも公的保障に留まることができる。

(2) 民間保険への政策支援をしつつ一定の公平性を確保するオーストラリア

次に，オーストラリアでは，本稿 P66 表 2 注 2 にあるように，民間病

リスにおける公私の役割分担の考え方は，大きな中心の核として NHS があり，そのまわりの突起（付加）部分として民間医療があるべきと考えている（機能としては二重ではなくむしろ補完である）。現実にも，ブーパ（Bupa）社は待ち時間は NHS より短い，医療（特に急性期医療）の品質が高いという印象は持っていないとコメントしている。

院の費用の一部を公的医療保障制度で償還し民間病院の利用を推進する制度を持っている。併せて、民間医療保険の保険料の約3割を補助し、民間保険への加入を促進している。このような形で、民間病院及び民間保険の利用を促進し、公的医療制度の待ち行列を短縮し、アクセスの改善を目的としている。一方で、民間医療保険は、費用の全額ではなく、公的価格と実際の請求価格の差額部分 (Gap) を保障する。この Gap 部分のみを民間医療保険で保障することは、医師サービスが自由価格という制度のなかで、一定の公平性を確保することを期待していると考えられる。Colombo and Tapay (2003)²⁷⁾ によれば、当該規制は、公私保険の違いにより医療サービスへのアクセス格差が極端に拡大することを防止する意図があるとされている。

(3) 「二重」民間保険を禁止して二層化を防止するカナダ

カナダでは、(カナダ10州のうち)6州では、公的保障制度がカバーしている「入院医療(病院費用+専門医)、外来医療(GP)」に対して民間保険が保障することを禁じている。この理由は、公的保険が民間保険かの違いにより、医療へのアクセスが異なる二層構造となるのを避けるためと言われている (Flood and Archibald, 2001)²⁸⁾。最近では、ケベック州の「シャウリ (Chauli) 判決」において、長期の順番待ちが必要となる一定の治療について、人々はそのための(民間)保険を購入することができると最高裁が判断した。このため、ケベック州ではこの規制を表面上は緩和したが、白内障など極めて限定した範囲に留まっている(島崎, 2011)²⁹⁾。また、同時期に公的医療制度の待ち時間を一定期間に収める方針を発表し、実質的

27) Colombo, F. and Tapay, N. (2003) "Private Health Insurance in Australia, A case study" OECD Health Working Paper, No. 8, OECD, Paris

28) Flood, C. M. and Archibald, T (2001) "The illegality of private health care in Canada" Canadian Medical Association Journal Vol. 164 No. 6 pp825-830

29) 島崎謙治 (2011) 賢治「日本の医療 制度と政策」東京大学出版会 P243 Box 7-4

には、二層化を防止する政策意図を維持している (Flood and Archibald, 2001)。

(4) 「基本タリフ」で民間保険の給付内容を基準化するドイツ・オランダ

公的医療保障制度で保険者を選択できる管理競争を導入しているドイツ・オランダにおいては、「民間主要」及び「代替」機能を持つ民間保険に、同じ給付範囲を保障する「基本タリフ」を強制する規制がある。これに加えて、オランダでは追加的な給付を認めるものの、同じ保険商品の保険料はリスクの多寡に関わらず同一水準とする規制がかけられている。ドイツでは、追加的な給付はポジティブリスト化された選択タリフのみで認められている。このように、保険市場にリスク選択を発生させないために、保険の給付範囲に強い規制が課されている。

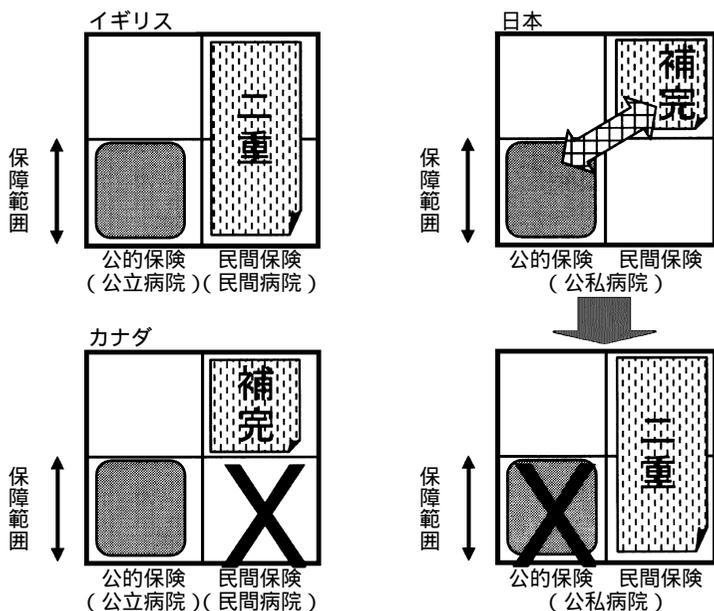
また、ドイツにおいては専門医（上級医）を指定したり、薬剤の参照価格以上の部分について「補完」医療保険が活用されている。オランダにおいては、矯正歯科や理学療法を上乗せでカバーするために、「主要民間」保険の保険者から追加で「補完」医療保険を約9割の国民が購入している。

(5) 公私財源の併用を限定している日本

日本では、民間医療保険の給付範囲に対する規制について、OECD (2004) には記載されていなかった。筆者の調査でも確認できなかったため、英国同様に民間医療保険に対する規制がないと考えられる³⁰⁾。従って、公的医療保障制度に（強制）加入した上で「二重」民間保険に加入することも、「補完」や「補足」民間保険の利用も原則として自由と考えられる。

30) 保険商品は金融庁による審査を受けるが、金融商品としての安全性（支払い不能にならないこと）を重視しており、その保障範囲や償還価格への規制はないようである。

図2 イギリス・カナダ・日本の公私財源の活用方法



但し、公的医療保障制度の給付範囲の医療サービスについて、一連の治療のなかで一部でも範囲外の医療サービスを同時に利用すると、原則として公的医療保障制度からの償還が行われないという「混合診療禁止ルール³¹⁾」という日本独自の規制を持っている³²⁾。この規制を前提とすると、「補完」民間保険が販売されても、保障外の医療サービスを利用すると、全額が自己負担となる。このため、保障外の医療サービスを想定すると「補完」民間保険でなく、「二重」民間保険を利用して³³⁾、全医療費を保障する必要がでてくる(図2)。

- 31) 例外として、保険外併用制度で認められた医療サービスについては、混合診療が可能となっている。
- 32) ネオパラダイム研究会(2009)が日本の混合診療禁止ルールについて、イギリス及びカナダの同種の規制との比較を行っている。
- 33) この場合には公的医療保険の保険料負担に加えて、公的医療保障制度に投入された税財源に関する負担も負っていることに注意が必要である。

この点をイギリス・カナダと比較しながら検討しよう。イギリスでは、公的医療保障制度は、原則として公的病院での医療サービスを保障している。待ち時間の短い民間病院で治療を受けるためには「二重」に民間保険に加入することとなる。この時、「公」の制度の上に、「私」という二つ目の層が生じることとなる（二層化）。カナダでは類似した医療制度を有するものの、民間保険が公的医療保障制度の保障範囲の医療サービスをカバーすることを禁じている。このため、二重民間保険は販売できず、公的医療保障制度の給付範囲（ほとんどの急性期医療）は、公的病院のみで提供されることとなる。結果として、カナダでは国内で提供される医療サービスを二層化することを防止していると考えられる。

これに対して日本では、混合診療が原則として禁止されているため、保障範囲外の医療サービスを利用するには、「二重」民間保険を購入せざるを得ない³⁴⁾。しかし、日本では公的病院における待ち行列がほとんどないため、「二重」民間保険で que jump するニーズがない。また、公的保障制度においても民間病院も公的病院同様に利用できるため、病院の選択肢が増えると言うメリットもない。このため、二重民間保険は利用される可能性が低い³⁵⁾。従って、日本の場合もカナダ同様に国内の医療サービスを公的医療保障制度の範囲内に止める効果があると考えられる。

V. 討論と政策的示唆

1. 医療保障による公私財源の政策方針の類型化

(1) 民間医療保険の振興により国内医療の二層化を行う方針 (A-1)

これまでの検討を踏まえて、公私財源の役割分担について類型化を試み

34) 制度的には全額を自己負担することも可能であるが、リスク回避的な個人であれば保険を購入することが合理的である。

35) 日本では癌などを対象に自由診療保険が存在しているが、市場規模は限定的と考えられる

る。A-1タイプ（オーストラリア・アイルランド）では、民間医療保険に対する政策支援により加入割合を拡大し、一方で公的医療費の節減や公的病院の待ち時間の短縮を企図する方針と考えられる。但し、その結果は政策意図と異なる結果となっていると考えられる。丸山（2008）は、オーストラリアにおける民間医療保険への保険料補助は、期待されていた保険者機能を強化することによる効率化の効果が出てこなかったことが明らかになったと指摘している。Ducket（2007）^{36）}によれば、オーストラリア政府は民間医療保険の保険料の3割を補助し、加入を促進した。しかし、当初期待された保険者機能を通じた効率化よりも、医療サービスの価格を引き上げていると指摘している。Deeble（2003）^{37）}は、「二重」民間保険を購入したオーストラリア国民のうち過半数（55%）が、公的病院を利用していることを確認している。また、民間医療保険・民間病院は、オーストラリア全体の50%以上の elective surgery を実施しているが、医療費はたったの16%しか消費していない。つまり、民間病院は定型のかつ単純な症例に特化して、複雑な症例や困難な治療は公的病院が引き受けるという形になり、国民の民間保険への移動は公的医療費の削減にそれほど貢献しないという主張もある（Duckett and Jackson, 2000）^{38）}。さらに、民間保険への補助金（民間保険料の約3割）が公的医療支出の約6%（2000年）に上るため、民間病院の利用による公的病院の費用削減部分が相殺されていると指摘している。

アイルランドでも、Wiley（2001）^{39）}によれば民間保険の加入者は公的保

36) Duckett, S (2007) "A new approach to clinical governance in Queensland" Australian Health Review. Suppl1: S16-9.

37) Deeble, J. (2003) "The private insurance rebate" Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian University

38) Duckett, S. and T. J. Jacson (2000) "The New Health Insurance Rebate: an inefficient way of assisting public hospitals", Medical Journal of Australia No. 172 pp439-442

39) Wiley, M. (2001) "Reform and Renewal of the Irish Health Care System: Pol-

障の対象者よりも医療サービスをより多く利用する傾向が確認されている。

従って、民間保険を政策支援しても、公的医療費の節減や待ち行列の緩和は必ずしも期待できないと考えられる。このことは、民間医療保険を活用する場合には、リスク選択の防止や保険料高騰を防止する公平な競争環境や競争促進の仕組みを政策支援と同時に整備する必要があることを示唆している。

(2) 民間医療保険を従属的な役割に止める方針 (A-2)

イギリスでは、民間医療保険を振興も規制もせず、実質的に公的医療保障制度の「補完」的な役割を限定的に負わせ、医療供給体制の効率化を優先して実施するという方針を取っていると考えられる。Feachem et al. (2002)⁴⁰⁾は、英国の NHS と米国の Kaiser という保障と供給の両面を持つ組織を比較し、一人当たり医療費が同水準でありながら、Kaiser の方がより多くのサービスを提供していたことを明らかにした。これは、組織の形態や運営の巧拙も影響しているものの、米国の方が組織間の競争圧力が強いためであると結論付けている⁴¹⁾。従って、公的保障体制において民間保険を積極的に活用しない場合でも、競争環境の整備は重要であると考えられる。

(3) 民間医療保険を禁止し、国内医療の二層化を防止する方針 (B)

カナダは、民間保険の公的保障範囲の「二重」保障を法律で実質的に禁

icy and Practice” in Tim Callan and Daniel McCoy (eds.) Budget Perspective, Proceedings of a conference held on 9th October 2001, The Economic and Social Research Institute, Dublin. http://www.esri.ie/publications/search_for_a_publication/search_results/view/index.xml?id=203

40) Feachem, R. G. et al (2002) “Getting More for Their Dollar : a comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente” British Medical Journal Vol. 324 pp135-142

41) しかし、この結果に疑念を呈する研究もある (Talbot-Smith et al, 2004)。

止し、国内医療を公私の二層化させない方針である。更に、医療供給体制においても私費患者に関する規制を実施して、実質上国内の医療サービスを公的医療保障制度の給付範囲内に押し込める政策を維持している。この方針の優れているところは、国内において一定の公平性を担保しながら、政府による医療費の制御が相対的に容易になると考えられる点である。

(4) 民間保険と公的保険の垣根をなくす方針 (C)

ドイツ・オランダでは、管理競争により公平な競争環境を整備しつつ、公私を問わず保険者を競争させる市場圧力を徐々に高める方針を取っている。この方針の優れた点は、民間保険の活用に競争環境の整備を併せて実施していることである。具体的には、民間保険者がリスク選択しないようにリスク構造調整を実施し、保険料の安易な引き上げを防止するために保険料率に規制をかけている。但し、オランダでもドイツでも公的医療保障制度での「補完」民間保険が活用されているため、この「補完」保険を購入していること自体を低リスクとのシグナルとして、リスク選択を行う余地を残している。管理競争を実施する際には、ドイツのような「選択タリフ制度」に加えて、「補完」民間医療保険を主要な医療保険と同時に提供制限することを禁止することが望ましいと考える。

2. 日本への示唆

(1) 日本の現状の民間保険への政策方針

日本では、公的医療保障制度の給付範囲が広く、それを税財源の投入によって支えていると考えられる。また、混合診療禁止ルールにより公私財源の併用が厳しく制限されているため、「補完」民間保険の機能が活かされない。このため、実質的な所得保障の民間保険が普及しており、リスク・プロテクションという意味で民間医療保険の機能は低いと考えられる。一方で、混合診療禁止ルールは、笠木(2008)⁴²⁾が法律面から分析したよ

うに、国内の医療サービスを公的医療保障制度の枠内に止める強い効果があり⁴³⁾、カナダと同様の方針 (B) を結果的に取っていると判断できる⁴⁴⁾。

(2) 日本で民間保険を活用して二層化した場合の注意点

それではわが国においては将来的に他の方針を取るべきであろうか。A-1 タイプの方針を取った場合に問題となるのは、日本の国民性からみて二層化（つまり医療格差）が国民に受け入れられない可能性があることである。丸山（2008）は、規範的に公的医療保障制度において必要な医療を保障し公平性やサーフティネットを担保し、一方で付加的な部分については民間部門を活用するという考え方は、公的部門の健全性と医療格差の適切性が条件であると指摘している。特に後者の医療格差をどこまで許容すべきかは、各国の社会性や国民の価値観に強く依存すると考えられる。

日本において国民の合意を得ないまま、二層化により公的医療保障制度と民間医療保険の間に利用できる薬剤や手術に差ができた場合には、医療格差に寛容な他の国に比して、非常に大きな国民の反発が生じることが予想される。

VI. まとめ

(1) 短期的には B 方針を取りながら、民間保険の機能を強化する

これまでの討論から日本の政策としてどのような方針を取るべきかを検討しよう。筆者の考えは、当面 B の方針を取りつつ、C 方針の環境整備

42) 笠木映理 (2008)「公的医療保険の給付範囲 比較法を手がかりとした基礎的考察」九州大学法学書 2 有斐閣

43) 笠木 (2008) は「(混合診療の禁止により)、日本の場合には(公的)給付範囲の決定は、単なる保険診療の範囲の決定を超えて、保険外診療の利用を抑制するような効果を有している」(P302)と指摘している。

44) 但し、公的医療保障制度の償還方式に出来高払い部分が多いことや、医療供給体制において公的供給者に加えて民間供給者の割合が多いことなど、医療費制御を困難にする他の要因も日本は有していると考えられる。

を行うべきというものである。これは、民間医療保険を活用するためには、競争環境の整備や供給体制における規制を実施するか否かの検討などに時間がかかるからである。

まずとりかかるときは、日本の民間医療保険を現在の所得保障の機能から、実質的な医療保険としてのリスク・プロテクション機能を強化することである。このためには、民間医療保険の償還方式を「定額」給付から「定率」給付に変更するような政策支援を実施すべきである。この動きに併せて、保険外併用療養制度に導入する医療サービスを漸進的に拡大していく。これによって、選択肢を増加させながら、自己負担の拡大に対する民間医療保険の活用が可能となる。更に、医療供給体制における私費患者に関する規制（Dual Practice や Private Bed 等）を実施するか否かを予め検討しておく必要がある、

（2）長期的にはC方針における管理競争の段階的導入

民間医療保険を活用する際に必要となる競争環境の整備については、Cは理想的だが、ドイツやオランダの例を見てもわかるように、公平な競争のための環境整備に時間がかかる。このため、管理競争の導入には段階的なプロセスを踏む必要がある⁴⁵⁾。

まずは現行の医療保障制度の事後的な財政調整を徐々に精緻化して、より公平な負担構造を構築していくことである。現在の保険者も徐々に負担の公平化が実現するに従って、他者へのコストシフトを諦め、財政責任のリスクを低減するために保険者規模の拡大を実施すると考えられる。保険者が財政的な安定性に目を向けて、合併などにより一定の財政規模を確保するようになれば、保険者機能を強化するためのデータベース分析や疾病

45) 田近栄治・河口洋行・菊池潤 (2011) 「高齢者医療制度の再構築 リスク調整を踏まえた生涯医療保険制度の構築 (上・中・下)」『社会保険旬報』No. 2459~2461

管理の費用が捻出できる余地が生まれると考えられる。

更に、管理競争の仕組みを徐々に入れつつ、ドイツやオランダの問題に倣って、リスク選択を防止する政策を導入する必要があるであろう。具体的には、ドイツのように標準タリフ及び選択タリフを導入して、公的医療保障制度における保険者の「補完」民間保険販売を禁止することが望ましいと考える。この際に、国民がどの程度医療格差を許容するかに応じて、選択タリフの違いを徐々に拡大し、国民の選好に基づく選択が可能になると考えられる。

(3) 混合診療議論への政策的示唆

以上が筆者が考える、日本における公私財源の役割分担に関する方針である。この方針を踏まえて、混合診療禁止ルールに対する示唆を付加的にまとめてみよう。

第一に、公的保障の予算節約のために混合診療を全面解禁すると、リスク回避型が多いと想定される日本では、民間医療保険の購入ニーズが拡大すると考えられる。本稿の表1においても、日本の自己負担の比率は14%程度で、オーストラリア・アイルランドに次ぐ高さである。この民間保険の普及を促進すると、当該部分が上層医療となる可能性が高く、医療の二層化を招く場合が想定される。この時、民間医療保険によるリスク選択を防止したり、保険料上昇の監視を実施しないと、民間医療保険は低リスクの高所得者層を重視した経営を行い、保険料を上昇させて給付範囲を拡大し、必ずしも公的医療費の節減につながらない可能性が高い。

第二に、このように民間医療保険を活用することが前提となる場合には、日本の民間保険の原状と問題点を把握して改善しておく必要がある。混合診療の全面解禁により民間医療保険のリスク・プロテクションの機能が必要となるならば、そのための商品開発力や運営能力が現在の民間保険会社に備わっているかを把握する必要がある。そのためには、まず日本の民

間医療保険に関する統計を統一する必要がある。現在は、生命保険・損害保険別、国内企業・海外企業別に業界団体が存在するなど、統一的な統計資料が確認できなかった。また、OECD (2004) に見られるようにその機能や加入者割合も不明である。もし、日本の民間医療保険が一定の加入者を確保しており、現状の「定額」保障方式がリスク管理の面からも収益性の面からも、期待される「定率」保障方式よりも優れているとすれば、保険会社は新しい「補完」医療保険を積極的に販売しない可能性もあることに注意が必要である。

謝辞

本研究は、科学研究費助成事業「高齢者の住まい 医療・介護一体改革の鍵」基盤研究(B) (課題番号 22330088) (研究代表者油井雄二)の助成を受けたものである。また、本研究に対して、成城大学経済学部油井雄二教授、一橋大学国際・公共政策大学院田近栄治教授、国立社会保障・人口問題研究所菊池潤研究員より貴重なアドバイスを頂いたことに感謝致します。なお、本稿にありうべき誤りはすべて筆者に帰するものである。