

平成 23 年 11 月 18 日
第 8 回医療政策会議講演録

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—

成城大学経済学部教授
河口 洋行

公的医療費の増加と予算制約の厳格化に伴い、多くの国で民間医療保険を主な対象とする「私的財源の医療分野での活用」が政策的に検討されている。医療の営利産業化を検討する上でも、民間医療保険を利用することが前提条件となっていると考えられる。例えば、混合診療の全面解禁や株式会社の医療機関参入についても、患者の自己負担が増加する場合には、民間医療保険を利用するということが必要と考えられているのではないか。では、その民間医療保険の活用というのは、他の OECD 諸国でうまくいっているのか、或いは想定した効果が出ているのか、というのが本稿の問題意識である。

OECD が 2004 年に詳細な報告書、“Private Health Insurance in OECD Countries” を出しており、民間保険に関する基礎データが整理されている。本研究では、これらのデータをベースに、日本を含める 8 カ国を国際比較するという方法を行った。具体的には、次の 3 つの点について検討した。

1 つは、公的保障制度の範囲、いわゆるカバー範囲はどのように違うのか。公的医療保障制度の保障範囲が違えば、民間医療保険を活用する場合の機能やそのカバー範囲が異なってくる。2 つ目は、民間医療保険はどのような機能を果たし、かつ多くの国民が加入しているかどうかの比較である。3 つ目は、上記の 2 点に、民間医療保険に関する医療政策を加えて、それぞれの国がどのような方針で民間医療保険（及び民間財源）を活用しているのかという戦略を炙り出すことである。

報告内容を 3 点にまとめると、第一に、公的医療保障制度として税財源（いわゆるビバレッジモデル）を使っているイギリス、フィンランド、オーストラリア、アイルランドを比較すると、イギリスとフィンランドでは民間医療保険は積極的に活用していない一方で、オーストラリア、アイルランドでは積極的に活用する政策をとっている。

第二に、オーストラリア、アイルランドにおいて、民間医療保険を活用する政策をとることによって期待した効果が出ているかという点と、実証研究のレビューによれば、想定通りにはできていないというのが現状である。

第三に、カナダはかなり特殊な政策の下で、民間医療保険のカバー範囲にも規制を掛け、公的医療保障制度と民間医療保険を明確に隔離している。これは、公的な制度が下にあって、上に民間の制度があるという、二層化を防止するような形の政策をとっている。

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) e 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) e 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%

出所：OECD（2010）及び OECD（2004）より筆者作成

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。

表1は、8カ国、イギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、カナダ、ドイツ、オランダ、日本について、OECDの統計により、公的財源と民間財源がどの程度使われているかを一覧表にしたものである。上からイギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、これはいわゆるビバレッジモデルと言われる公営医療体制の国である。カナダも基本的には英連邦の1カ国として同じような公営医療を行っている。ドイツ、オランダ、日本は、社会保険方式を採用している。公的財源の割合を見ると、ほとんどの国は7~8割程度となっている。日本の自己負担を見ると、その他合計で18.1%になっている。日本の公的医療保障制度の中の税と社会保険料の内訳は、OECDのデータでは直接出ていなかったが、平成20年度の国民医療費で割合按分すると、81.9%の財源のうち、税が35.2%、社会保険料が46.7%となり、税の割合がかなり高い。同じ社会保険方式と言われているドイツが67.9%、オランダが70.2%であることに比べて、日本は税の割合が非常に大きいというのが1つの特徴として言える。

日本は、この税と社会保険料の財源を合わせることによって、部分保険とよく言われる社会保険方式の制度をとりながらも、かなり広い公的医療保障制度のカバー範囲を実現しているのではないかということを示したのが、次の表2である。

表 2. 公的保障制度の保障範囲と範囲外の比較^{注 1)}

	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） 民間の外来、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（外来）
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、外来医療、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、民間病院の外来は公的価格の 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。

表2を見ると、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、カナダなどは、基本的に公的病院の入院医療を保障し、民間病院については保障を行わないという、非常にクリアな形になっている。ただし、同じビバレッジシステムをとっていても、国によって取り扱いに違いがある。例えば、オーストラリアの場合には、自由価格制をとっている専門医の技術料については、公的保障制度では公定価格までを償還し、実際の請求価格の差額（Gap）は、患者の自己負担となる。カナダもやや特殊な例で、病院費用や医師サービスは、基本的に公的医療保障で保障されているが、歯科と外来薬剤が公的保障制度のカバー範囲に入っていない。

社会保険方式では、ドイツは専門医については、いわゆる上級医を選択するときには上乘せの料金の徴収が可能になっており、この部分は自己負担となる。薬剤については、それぞれドイツとオランダは参照価格制度をとっており、いわゆる参照価格以上の差額については、自己負担となっている。歯科についても、例えばオランダでは、歯科は口腔ケアに限定されて保障されている。ドイツでも、18歳以下については保障されるが、18歳以上については、一部の口腔外科サービスに保障範囲が限定される。このように、社会保険の国については、薬剤及び専門医の上乗せ差額や歯科を中心に部分的な保障になっている。

さらに、新薬については、費用対効果分析を求めているイギリス、オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダなどと比べ、日本の保険適用は比較的多い。例えば、オランダは1万1,000品目となっており、日本の1万7,000品目よりも少ない。

日本は、必須医療については薬剤や歯科等に制限がほとんどなく、公的医療保障制度のカバー範囲が比較的広いと考えられる。従って、社会保険方式をとりながら、部分保険というよりは、かなり普遍的なカバー範囲を確保しているのではないか。

ここまでが公的医療保障制度の比較である。これからは、公的医療保障制度のカバーのない部分や上乘せ部分のGap等を民間医療保険でカバーするという部分の比較をご紹介したいと思う。民間医療保険というのは、いろいろな機能があると思うが、ここでもOECD（2004）の定義した民間医療保険の機能の分類を使って説明したい。

OECDの分類では、保険料の設定方法に着目している。いわゆる所得比例で徴収する場合には公的医療保障制度とし、それ以外の徴収方法の場合（例えばリスク対応のような保険料）をとる場合は、民間医療保険と定義している。その民間医療保険の機能を4種類に分けている。分類の軸は2つあり、一つ目の軸は民間医療保険の保障範囲である。カバーする部分が、

公的医療保障制度と同じ部分か、公的医療保障制度のカバーしていない範囲を補足する部分か、患者の自己負担を補完する部分かという分類が3種類ある。もう1つの軸は、公的医療保障制度と同じ部分を保障する場合に、公的保障に入ったままか、それとも公的保障を受けずに民間医療保険に入るのかという点である（表3）。

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乘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

いわゆる一般的な公的保障を受けながら、イギリスのように二重に保険料を払って入るものを“Duplicate”と言い、公的な保障がない場合、例えばドイツのように、人口の1割が公的保障から離脱して代替的な民間医療保険に入れる場合を“Substitute”と言っている。それから、オランダのように公私共に管理競争のなかで競争するという場合には“Principal”と呼んでいる。また、フランスのように自己負担を補足する部分については“Complementary”とし、カナダのように公的医療保障のカバー範囲に入っていない外来薬剤を保障する保険を“Supplementary”と定義している。

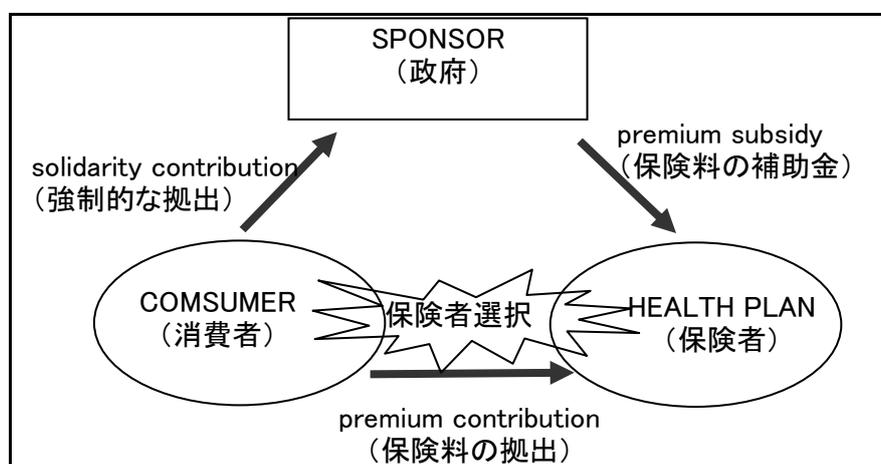
前節の公的保障範囲の比較と併せて考えると、この4種類の機能が公的保障制度のカバー範囲の違いに応じてそれぞれ利用されることが考えられる。例えば、イギリスやオーストラリア等では、公的病院での治療に長い待ち行列があり、この待ち行列をジャンプ (queue jump) するために「二重保険 (Duplicate)」に入る。

逆に、ドイツでは、公的保険に加えて民間の「代替保険 (“Substitute”）」を使うことができる。また、公的医療保障外の保障を受けるために「補完

保険 (Supplementary)」、いわゆる上乘せの保険と一緒にする場合もある。それから、公的保障のタイプにかかわらず、いわゆる自己負担が高いところは「補足保険 (Complementary)」が使われる。

ドイツとオランダで最近になってかなり特殊な形態の民間医療保険が出てきた。これは管理競争というタイプの民間医療保険の活用法である。どういう形になるかという、民間保険者であっても公的保険者であっても、国民は加入が義務づけられるものの、どこの保険に入るかは選択が可能になっている。例えば、トヨタの健保に入るのか、それとも世田谷区の国保に入るのかというのは、それぞれ住民が保険者を選択できるということである。

図 1. 管理競争の概念図



出所：Van de Ven and Ellis (2000) P761 Figure1 and P766 Figure2 より
筆者が改編して作成

ただし、そのまま競争させると、民間医療保険はリスクが低くて所得が高い人をうまく選択して利潤を確保する「リスク選択」という行動をとる。これを防止するため、保険料は政府が一括して集め、基金としてプールする。その上で、保険者毎の加入者のリスクを計算して、高齢者がたくさん入っていて医療費支出が多くなるような保険者には多くの給付金を基金から支給し、若くて健康でリッチな人ばかりをうまくとらえている保険者については、リスクが低い集団であるとみなして、基金からの支給を少なくする。このように保険者のリスク選択を防止するために、保険料の配分はリスク構造調整に従って行うという「管理競争」を採用している。この公的な医療保障制度のなかで、民間保険者と公的保険者が、競争条件をイコールフットイングした状態で競争させる形をとっている。

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
①統合的医療 ②疾病管理プログラム ③家庭医による初期治療 ④特殊な外来治療 (心筋梗塞の予防や喘息の防止) ⑤傷病手当金 (自営業向け)	①免責金額の受入と報奨金 ②償還払い方式の採用 ③給付なしの場合の保険料減額 ④特定の対象者に対する費用償還 ⑤保険給付対象外の薬剤・療法への償還 ⑥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。

さらに、ドイツでは管理競争の下で、基本タリフという、公的医療保障制度に属する全ての保険者がカバーしなければならない範囲が指定されている。また、保険者が独自でカバーする範囲を「選択タリフ」というポジティブリスト方式で規制し、これ以外の上乗せ給付は、公的保障制度のなかの保険者には認めないという形をとっている。

それでは、実際の民間医療保険はどの程度利用されているのかを、加入割合 (シェア) で見ていきたい。表 5 は、国別の民間医療保険のシェアとその給付範囲を示している。

まず、イギリスでは、待ち行列をジャンプするための、「二重保険+補完保険」という民間医療保険が約 10%利用されている。補完保険は、給付対象として、長期ケア・在宅ケアや代替医療などが含まれる。フィンランドは、イギリスと似た状況である。

オーストラリアは、「二重保険+補足保険」のシェアが約 45%で、イギリスと同じ NHS システムをとりながら民間保険のシェアが約 4 倍である。さらに、歯科医療などをカバーする「補完保険」にも約 4 割が入っている。アイルランドは、オーストラリアと似た状況である。

似たような公的医療保障制度をとるイギリスとフィンランドは約 1 割、オーストラリアとアイルランドは約 4~5 割ということで、明らかに民間医療保険の利用方法が異なっている。

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 Table2.8 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、公的保険者（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年からは公的保険者（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。

同じ NHS をとっているカナダでは、二重保険の販売が法律で禁止されている。ただ、歯科や外来薬剤が公的保障でカバーされていないので、急性期医療については公的医療保障制度のなかに入りながら、国民の 65% は外来薬剤・歯科をカバーする「補完保険」に入っている。

ドイツは、9 割の国民は公的医療保障制度のなかの管理競争の下での保険者を選択して加入する。また、所得の高い 1 割の人たちは「代替保険」に入っている。オランダは、完全に管理競争に移行し、その下の保険者は全て民間に移行しているの、「主要民間保険」に入っている。オランダでは、基本となる保険に加えて、歯科やリハビリなどカバーされない部分の保障のために、上乘せの「補完保険」に 9 割の国民が加入している。

残念ながら、OECD (2004) には日本の民間保険に関するデータがほとんど入っていない。OECD (2004) では、日本の民間保険の機能が記入されておらず、加入割合はわずか 0.3% と記載されている。これは、TV で頻繁にコマーシャルを見て、知り合いの多くの人が民間医療保険に入っているという実感と乖離している。これを私なりに解釈すると、他の OECD 諸国の民間保険が、定率給付をしているのに対して、日本の場合には 1 日の入院当たり定額 (5,000 円であるとか 1 万円) となっている保険が一般的である。このため、医療保障というよりも休業している間の 1 日当たりの給与をある程度補償するような形の所得保障保険というように見られたのではないかと解釈している。

日本の民間保険の給付総額を調べてみると、経済産業省の「新産業創造報告書」(2004 年) では、第三保険分野の市場規模は 2 兆 6,000 億円と書かれている。ただし、照会してみても、もう担当者はいないということで、積算根拠が取れなかった。

それから、生命保険の特約の形で医療保障を付与している場合については、生命保険文化センターに統計があり、2002 年の償還総額が 8,000 億円となっている。このことから、日本の民間医療保険の給付総額は、少なくとも 1 兆円や 2 兆円の単位であると推測される。もしもその機能が不明確なままにその巨額の医療支出がされているとすれば、民間保険がリスクプロテクションの役割をうまく果たしていない可能性もある。

次に、民間保険 (或いは私費患者) に対する政府の政策支援・規制に関して、以下の 3 点を見てみたい。第一に、私費患者に対して医師の技術料 (つまりドクターチャージ) に価格規制があるかという点である。日本では、自由診療の患者には価格規制は適用されないと理解している。第二に、公的医療保障制度 (公営医療制度) のなかで働いている医師 (保険医等) が私費患者や民間医療保険加入者に対して医療サービスを給付すること

が可能かどうかという点である。これも日本では、例えば新規の患者に保険外診療のニンク注射をして欲しいと言われた場合、その回数や金額に制限はないと理解している。第三に、公的病院が私費患者を受け入れることができるかという点である。ことであるが、これについても、日本は自治体病院でも民間病院に比して、自由診療の患者を受け入れることに明示的な制限はないと理解している（但し、差額ベッドの設置割合には制限がある）。

第一点について、イギリスでは、NHSの医師は所得の10%以上を私費患者から得ると、その分のNHSの給与を削減されるという規制がある。オーストラリアは、基本的に規制はない。従って、公営医療制度においても自由価格である。フィンランド、アイルランドもあまり大きな規制はないようである。一方で、カナダは私費患者に対して公定価格以上の上乘せ請求をすると、連邦政府が州への補助金を削減するという形でペナルティを課している。

第二点の保険医の私費診療への制限については、ほとんどの国で制限が見られない。但し、カナダにおいては、保険医が私費患者を診療するには保険医としての資格を放棄（opt out）する必要がある。つまり、公営医療制度の下で、一度でも私費患者を診たら二度と公的医療保障制度のなかには戻れないのである。

第三点の公的病院の私費患者の受け入れについては、イギリスでNHS病院に私費患者向けのベッド数に制限があることが確認されている。

このように見て来ると、イギリスでは部分的な規制、カナダではかなり厳格な規制が実施されている点が指摘できる。

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 (上乘せ請求)	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 Table3.3 及び P74 Table2.12 を改編して、
Flood and Haugan (2010) の内容を加味した上で筆者作成

以上の供給体制への規制に加えて、次に民間保険会社に対して何らかの規制をしているかという点も見てみたい。例えば、民間保険の給付範囲を制限しているか（ネガティブリスト）、或いは民間保険が保障すべき範囲（ポジティブリスト）を指定しているかを見てみたい。

日本では二重保険（例えばがんの自由診療保険）に対して何か規制があるかということ、私がヒアリングした範囲では、金融庁から損害率などの安全性についてはチェックを受けるけれども、内容については大きくチェックを受けないと聞いている。従って、民間保険の保障範囲に関する規制はないと考えている。

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。

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。

イギリスでは、研究者と民間保険者（BUPA）にヒアリングしたところ、民間保険に対する規制は特にないと回答であった。オーストラリアは、二重保険については外来診療を民間保険がカバーすることを禁止している。カナダでは、公的保障の対象部分は民間医療保険で保障してはならないという厳しい制限がある。この規制については、実は裁判が起きている。補完保険、補足保険については、各国で様々な制限が実施されている。

このように、政府の政策支援・規制を見ていくと、民間医療保険に関する方針を幾つかの類型に分けられると考えられる。例えば、同じビバレッジシステムをとっていても、イギリスは基本的には民間医療保険に対して規制も支援もしない。国民の 1～2 割は“queue jump”のために民間保険

に入っている。イギリスの政策立案者にヒアリングすると、イギリスでは、医療制度の核となる急性期医療（特に救命治療）は NHS のクオリティを高く維持しておき、周辺部分のアメニティについては民間医療保険に任せるという考えだそうである。民間保険者でも“Bupa”（イギリス最大の民間医療保険会社）にヒアリングをすると、我々は急性期医療で公的病院に立ち向かう気はない。いわゆるノンエレクティブな待てる手術でかつ定型的で生産性が上がりやすい手術はするが、生死にかかわるような手術を一生懸命やる気はないとはっきり言っていた。

一方で、オーストラリアは民間医療保険の保険料の 3 割を補助しており、公的病院の待ち行列を減らすために民間医療保険に加入者を押しやる政策をとっていると考えられる。このために、公的保険者を民間保険者に転換させて、民間医療保険を活用しようとした。現在では、公的保険を民間医療保険に転換させた保険会社と、アイルランドに進出してきた“Bupa”の 2 社が民間医療保険として寡占体制を占めている。

カナダは、非常に特徴的で、公的医療保障制度がカバーしている入院、あるいは外来に対して民間医療保険が保障することを禁じている（但し、カナダの 10 州のうち 6 州のみ該当）。これはカナダの研究によると、民間医療保険に入ることによって“queue jump”ができて、アクセスが非常にいいけれども、入れない人はアクセスが非常に遅くなるという二層構造（two-tier system）化を避けるためと指摘している。

この規制に対して、州政府がこのような二重保険を禁止する法律は不当であるという、裁判（シャウリ裁判）が起きている。このシャウリ裁判の判決では、「長期の順番待ちが必要なら一定の治療について人々はそのための民間医療保険を購入することができる」と判決が出て、政府は敗訴している。現在は、1 つの州で判決が出たが、今後残りの州でも同じような訴訟が起きており、カナダでは大きな政治問題になっている。

カナダの研究者に聞くと、カナダの悩ましいところは、実は国民の 65% が民間医療保険を利用しているにもかかわらず、イギリスと同じ二重保険、つまり民間医療保険に対するアレルギーがあまりない。その中で二重保険が使えないということはかなりストレスフルな状態になっているということだそうである。

ドイツ、オランダについては、「管理競争」で保険者を競争させるという方式をとりながら、民間医療保険の給付範囲については基本タリフなどで、いわゆる給付範囲を標準化している。これらの方針は、保険者間の競争を重視した政策と考えられる。

以上の分類に対して、日本はどのような位置づけになるだろうか。日本

では混合診療禁止ルールによって、上乘せの「補完保険」は不可能とされている（一部、保険外併用療養費制度で認められた場合には可能）。従って、保険外診療を受けたい場合には、「二重保険」を使わざるを得ない。しかし、この二重保険では公的保険料に加えて民間保険料を払わなければならないという負担がある一方で、公的保障制度が公私病院両方をカバーしているので、“queue jump”するメリットがない。結果として、日本はカナダと同様に国内の医療サービスを公的保障範囲内に押し込めるという方針を取って、二層化を防止していると考えられる。

最後に、実際にオーストラリアやアイルランドなどの民間医療保険を活用した国は期待どおりの効果を得たのかということについて説明したい。結論から言うと、競争条件を整備しなかったため、思ったとおりにはならなかったということである。

なぜかと言うと、オーストラリア政府は民間医療保険の保険料の3割を補助して加入を促進した。ところが民間保険者はその保険者機能を通じた効率化よりも、給付範囲を広げて保険料を引き上げるという行動をとった。つまり、リスクが低い高所得層を取り込んで、利益を確保するためには、効率化よりも高級化（保障範囲の拡大、上乘せ）が適していると考えられる。これはアイルランドにおいても基本的に同じで、民間医療保険の加入者がたくさんの医療サービスを使ってしまうため、民間医療保険を政策支援しても、公的医療費の削減や待ち行列の緩和は期待通りにならなかったということである。

では、日本では民間医療保険の活用をどのような形でそれぞれ進めるべきかという、これ以降はデータによる事実ではなくて私の個人的な提案である。

まず、オーストラリアとアイルランドの経験からは、民間保険を活用する場合には、競争環境を整備する必要があることが示唆される。イギリスのNHS病院と米国のカイザー・ファウンデーションという2つの「保障と供給が一緒になっている組織」を比較した研究があつて、これは実はカイザーのほうが効率的であるという結果になっている。なぜかと言うと、米国のほうは組織間の競争圧力が強いためとされている。つまり、競争政策をうまく整備することが民間保険活用の鍵であると考えている。この考え方の重要な事例が、オランダ・ドイツの管理競争であると考えている。

日本は、公的保障制度に税財源を投入して給付範囲を比較的広くしている。その上で、混合診療禁止ルールで公私財源の併用は厳しく制限されている。この規制により、公平性を重視する日本人の特性に合わせて、医療分野の二層化を防止する方針をとっている。

混合診療禁止ルールを急に全面解禁にすると、日本の医療が急激に二層化するということが考えられる。このときに、民間医療保険が本当にリスクプロテクションの機能を担うかという点については、現状をベースに考えると懐疑的である。例えば、オーストラリアのように、保険料率を引き上げていって給付範囲は広げるものの、低所得者が排除される可能性があると思われる。このような場合には、必ずしも公的医療費の削減につながるということが懸念される。

民間保険会社の経営戦略という面から見ても、現状の定額給付の保険は現在でも一定数販売されており、かつ一定の利益率を確保していると推測される。このような状況で、より厳格な審査が必要となり、支払い手続きが複雑になる定率保障の保険プランを販売する必要性は低いと考えられる。そうであれば、民間医療保険を活用する政策をとる場合には、曖昧に規制を緩和して民間保険の潜在市場を拡大するだけでなく、その市場で民間保険を適正に競争させるためのインフラ部分の設計まで併せて政策として検討することが必要であると考えている。