

日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性

田近栄治^{*1}

菊池 潤^{*2}

要 約

本特集の第1論文である田近・菊池(2012)では、公的医療保険と民間医療保険の機能について概念的に整理し、先進各国における両者の役割について実態的な検討を行った。本稿では、そこでの議論をもとに、わが国において両者が果たしている役割と課題について検討し、目指すべき医療制度改革の方向を提示した。

わが国の医療保障制度の課題としては以下の二点が指摘できる。第1は、公的保険制度自体の課題であり、保険者が単なる支払い機関となり、個人（患者）の代理人としての保険者の機能が欠如している点である。第2に、公的保険の守備範囲がきわめて広く、民間保険の果たしている役割は限定的となっている。実際、わが国の民間保険の多くは定額金銭給付であり、諸外国で見られる実損補償型の保険はほとんど提供されていない。

以上の課題に対しては、次のような対応が求められる。まず、保険者機能の強化に対しては、社会保険に対する公費投入の目的を明確にし、安易に税財源に依存する体質を改める必要がある。あわせて、保険者に対する支払いを「事後的」な支払いから「事前的」な支払いに転換し、保険者のコスト意識を喚起することが必要となる。

公的保険の守備範囲に関しては、給付範囲の縮小を視野に入れた検討が求められる。その際、医学的妥当性や安全性に加えて、費用対効果を加味した検討が求められ、公的保険の肥大化を回避する必要がある。具体的には、現在保険適用とされているサービスの一部を「選定療養」とし、サービスの利用を個人の選択に委ねることにより、個人の選択を活かしつつ改革を進めていくことが可能と思われる。その際、民間保険には、適用外サービスに対する実損補償という、新たな役割が期待されることになる。

I. はじめに

高齢化のさらなる進展や医療の高度化により医療費の一層の拡大が予想されている。そのなかで、公的医療保障制度の持続可能性をいかに高めていくかは、先進諸国共通の課題であり、

各国において様々な取り組みが行われている。本特集の第1論文である田近・菊池(2012)では、医療保障における公的保険と民間保険の機能について概念的な整理を行い、先進各国において

*1 一橋大学国際・公共政策大学院教授

*2 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 第4室長

両者が果たしている機能の実態について検討を行った。本稿では、そこでの整理をもとにわが国において両者が果たしている役割について検討すると同時に、諸外国の経験をもとにわが国における医療保障制度の課題を明らかにし、今後の目指すべき医療制度改革の方向を提示することを目的としている。

諸外国の経験を踏まえると、わが国の医療保障制度の特徴として次の3点を指摘できる。第1に、わが国では多くの先進諸国と同様に皆保険体制を採用しているが、公的保険の守備範囲が極めて広く、民間保険の果たす役割は限定的なものに留まっている。第2に、公的保険の保険者は、患者と医療提供者の関係のなかで、個人(患者)の代理人として行動する誘因が弱く、保険者に期待されている機能を十分に果たせていない。第3に、政府が医療サービス価格(診療報酬・薬価)の決定に関与することにより、医療費総額を間接的に管理することが可能となり、医療費水準は比較的低い水準に抑えられている。これら3つの特徴の背景には、医療費負担を軽減するために投入されている莫大な公費がある。

一般にわが国の医療保障制度は社会保険方式を採用していると言われているが、実際には様々な形を通じた政府支援が行われている。最も顕著な例が市町村の運営する国民健康保険(以下、市町村国保)である。市町村国保は自営業者や無職の人を対象とした地域保険であるが、医療費から自己負担を除いた保険給付費の半分は公費によって賄われている¹⁾。同様の公費負担は、75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度や、中小企業の被用者らを対象とした協会けんぽに対しても行われており、公費負担割合はそれぞれ給付費等の50%、16.4%となっている。以上の公費負担に加えて、市町村国保に対しては、80万円以上の高額医療費や低所得者の保険料軽減に対する補助とし

て、高額医療費共同事業や保険者支援制度を通じて公費投入が行われている。これらの財政支援の結果、医療制度全体では、保険料収入は医療費の48.6%に過ぎず、13.9%が患者負担、37.5%が公費負担により賄われているのが実態である(厚生労働省「国民医療費(2009年度)」²⁾。

公的保険に対する巨額な公費負担により、低い費用負担の下での広範な給付が可能となっている。負担面では、保険料が医療費の半分以下に抑えられていることに加え、患者負担は高額療養費制度により上限が定められている。一方で、公的保険の給付対象は諸外国と比べても広く、代替医療や針きゅう・あん摩・マッサージなど、通常では公的保険の適用とされないサービスまでカバーしている。さらに現時点では保険適用となっていない先進的な治療法についても、医学的有効性や安全性が認められれば、将来的には保険収載される可能性が高い。公的保険の守備範囲がきわめて広いこと、民間保険には参入の余地がほとんど残されていない。実際、わが国で販売されている民間保険は、入院などを給付要件とした定額の金銭給付がほとんどであり、諸外国でみられる実損補償型の医療保険はほとんど販売されていない。

公的保険に対する多大な政府関与は保険者のコスト意識を阻害し、保険者の自律性を損なう結果となる。財政状況が悪化した保険者にとっては、疾病管理や病院管理などを通じて医療費の効率化を目指すより、政府に追加的な支援を求める方が有効な手段となる。このように、医療費効率化に対して重要な役割を担う保険者が十分に機能しない中で、それでも公的医療保険制度を維持してこられたのは、政府が診療報酬を通じて医療費総額を管理してきたためであり、それを可能にしたのは税財源に大きく依存した財政構造にあると考えられる。

ここで問題となるのは、このような制度運営

1) 療養給付費負担金、財政調整交付金、および都道府県調整交付金の合計。

2) 公費負担のうち、市町村や都道府県の負担に対しては、地方交付税を通じた財政支援が行われている。

を今後も継続していくことができるのか、ということである。この点に関して OECD は否定的な見解を示しており、政府による価格決定を通じた医療費管理を延々と繰り返していくことは不可能であり、質と量の両面で医療サービスの低下を引き起こす危険性があると警鐘を鳴らしている（OECD, 2009）。例えば、診療報酬の引き下げは医療サービス供給の低下を引き起こし、診療待ち時間の長期化につながるかもしれない。また、厳しい病院経営の中で勤務医の待遇は悪化し、勤務医から開業医への人的資源の移動、病院機能の低下を引き起こす可能性もある（McKinsey, 2008）。一方、すでに述べたように高齢化のさらなる進展や医療の高度化を主たる要因として、医療費は今後ますます拡大していくことが予想されている。公的医療保険制度を今後も維持していくためには、制度運営の根本的な見直しが必要である。

制度の持続可能性を高めるためには、次の二つの視点からの見直しが必要と考える。第1に、医療制度の持続可能性を高めるためには自律的な保険者の存在が不可欠であり、そのためには公費負担のあり方を根本的に見直す必要がある。まず、公費負担を低所得者に対する保険料補助として位置付けるなど、公費投入の目的を明確にし、安易に税財源に依存する体質を改める必要がある。その際、公費の投入は個人に対して行い、保険者が真の医療費を認識する財政構造に改める必要がある。また、現行制度では、実際に発生した医療費の一定割合を政府が負担しており、医療費高騰のリスクを政府が負う構造となっている。公費負担は定額払いとし、医療費高騰のリスクを保険者が負う構造に改めるべきである。以上の見直しは保険者のコスト意識を喚起し、保険者が医療費効率化に向けた取り組みを行う動機づけになると考えられる。

第2に、公的保険の守備範囲を見直し、保険

適用外サービスに対する保障については民間保険による対応を考えていく必要がある。諸外国の経験を踏まえれば、代替医療、針きゅう・あん摩、マッサージ、歯科・眼科、処方薬などが検討対象となりうるだろう。なかでも処方薬に対する参照価格制度の導入は、後発医薬品（ジェネリックス）の利用を促し、費用面での影響も大きいと考えられる。この際、保険適用の是非については、医学的妥当性や安全性のみならず、費用対効果に基づいた検討を行い、公的保険の肥大化に歯止めをかける必要がある。

具体的な方法としては、保険外併用療養費制度における選定療養の活用が考えられる。現在、保険適用されているサービスの一部を選定療養とすることにより、新たに選定療養とされたサービスの利用に関しては、保険適用サービスとの併用も含めて、個人の選択に委ねることが可能となる。この際、保険適用外サービスに対する需要が十分大きいものであれば、これらの費用をカバーする民間保険市場が成立することになる。この結果、民間保険には、現在の定額金銭給付に加えて、保険適用外サービスに対する実損補償という新たな役割が期待されることになる。公的保険がカバーすべきリスクを明確にし、公的保険と民間保険全体での医療保障を考えていく必要がある。

本稿の次節以降の構成は以下のとおりである。第2節では、諸外国の経験を参考に、わが国の公的医療保険制度の課題について検討を行う。第3節から第5節ではわが国の民間医療保険について検討を行い、民間保険市場の現状（第3節）、民間保険が果たしている機能（第4節）、および民間保険活用の可能性（第5節）についてそれぞれ議論する。第6節は本稿の検討結果をまとめ、目指すべき医療制度改革の方向性を提示する。

Ⅱ．公的医療保険制度の課題

すでに述べた通り、わが国の公的医療保険制度は財源の多くを公費に依存しており、このことが保険者のコスト意識を阻害し、個人（患者）の代理人としての保険者の機能が十分発揮されていない一因と考えられる。本節では、制度の持続可能性を高める上で重要となる課題についてさらなる検討を加え、①公的医療保険の保険者構成、②保険財政、および③保険者・医療提供者に対する支払い制度の3つの視点から、制度の課題を明らかにする。

Ⅱ－１．保険者構成からみた課題

わが国の公的医療保険の保険者は被用者保険と国民健康保険（以下、国保）の二つに大別される。このうち被用者保険は被用者とその家族を対象とし、職域ごとに健康保険や共済組合が組織されている。一方で、国保は被用者保険の対象とならない人々を対象としており、わが国の皆保険体制を考える上で重要な役割を担っている。他の先進諸国と同様に、わが国の医療保険制度もまた歴史的経緯をへて現在の姿に至っており、被用者保険と国保の歴史的背景は大きく異なっている。

わが国の被用者保険の起源は1922年に制定された健康保険法にまで遡る。同法は工場労働者や鉱業労働者を対象とし、労働者の生活上の不安を除き、労働能率の向上と労使の協調によって、国家産業の健全な発達を図ることを目的としていた（吉原・和田，2008）。その後、1939年にホワイトカラーを対象とする職員健康保険法が制定されるなど、被用者保険の適用対象は順次拡大していくこととなる。1940年には政府職員共済組合令が制定され、非現業の政府職員についても共済組合を組織し、健康保険と同様の給付を行うこととなった。

被用者保険に比べて、国保の成立過程は複雑かつ困難に満ちたものであった。制度の発足は1938年制定の国民健康保険法（旧法）に拠っており、同法は農山漁村の住民や都市の中小企業の生活の安定を図る一方で、戦時体制下における労働力と兵力の確保を目的として制定された。当時の保険者は市町村単位で設立された国民健康保険組合であったが、組合の創設、制度への加入はいずれも任意であり、政府援助についても、財政基盤が弱い保険者を中心に限定的に行われていた。その後、組合創設の動きは急速に進むものの、長引く不況や戦争の影響により、多くの組合では積極的な活動を行うことが不可能となる。

国民皆保険が具体的な政策課題となるのは戦後のことであり、1958年には市町村による実施を義務付けるなど、国民健康保険法の全面改正が行われることとなる。同改正を受けて、1961年には全市町村で国民健康保険事業が実施され、皆保険体制の実現に至ることとなる。皆保険の達成には市町村の財政問題が大きな課題となっていたため、療養給付費に対する2割の国庫補助が法制化されるなど、これ以降、国民健康保険への政府関与が強くなることになる。このように、国保は、地方の農民を中心とする自営業者を強制加入の社会保険制度に取り込むことにより、わが国の皆保険体制の実現に大きく貢献してきたといえる。しかしながら、戦後の経済成長とともに第1次産業従事者は年々低下しており、近年では、被用者保険の対象とならない無職者や退職者のための保険としての性格が強くなっている。

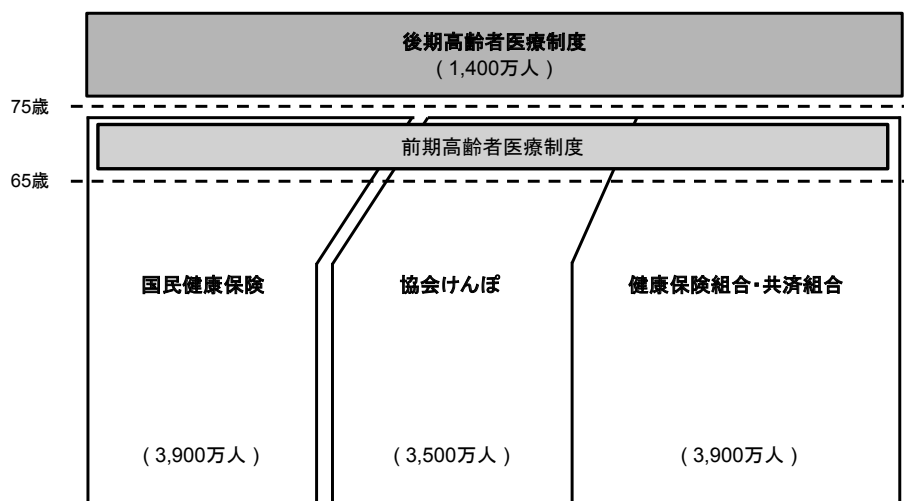
図1は、現在の公的医療保険制度における保険者の構成を示している。先に述べたように、保険者は被用者保険と国保に大別され、被用者

保険は中小企業の被用者とその家族を対象とした協会けんぽ、大企業の被用者とその家族を対象とした健康保険組合（以下、健保組合）、および公務員・教職員とその家族を対象とした共済組合の3つに大別される。健保組合と共済組合は職域ごとに組織され（職域保険）、図では2つをまとめて表している。一方、協会けんぽは都道府県単位で保険が組織された地域保険となっている。国保もまた地域保険であり、全国の1,723の市区町村が保険者となっている。

以上、公的医療保険の保険者について簡単に見てきたが、ここで重要となるのが、わが国で

は人々が保険者を選択することができず、職業や年齢によって加入する保険が決定されているということである。図1の左側には加入者の年齢が示してあるが、被用者保険加入者の多くは退職とともに被用者保険を脱退し、居住地域の国保に加入することになる。このため、国保には高齢者が集中する構造となり、費用負担の均等化を目的として、被用者保険から国保への財政移転が行われることとなる（前期高齢者医療制度）。さらに、2008年には後期高齢者医療制度が導入され、75歳以上の高齢者は別建ての保険に加入する構造となっている。

図1 公的医療保険の保険者構成



出所）厚生労働省「厚生労働白書」（2011年版）より筆者作成

注1）括弧内の数字は2010年3月末現在の加入者数を表している。

注2）国民健康保険は、市町村が運営する国民健康保険と国民健康保険組合の合計。

以上の公的医療保険の構造上の特徴は、制度の持続可能性に対して二つの面で負の影響を与えようと考えられる。第1に、年齢によって加入する保険が変わるため、保険者（とくに被用者保険）が生涯の観点から医療費管理を行う誘因が阻害されることになる。病気のリスクは年齢とともに高くなるが、高齢期の医療費は若い時の生活習慣などにも左右されようと考えられる。このため、高齢期の医療費を抑制するためには、生活習慣病の予防など、若年期の介入が重要と

なる。人々が同じ保険に継続して加入し、予防活動による高齢期の医療費抑制効果が十分大きいのであれば、保険者は若い人を対象とした予防活動に積極的に取り組むものと考えられる。わが国では、保険加入者が高齢になると別の保険（市町村国保や後期高齢者医療制度）に移ることとなり、保険者は予防活動の効果を過小に評価することとなる。

第2に、保険者選択が認められないということは、加入者獲得をめぐる保険者間の競争が存

在しないということであり、保険者が被保険者（患者）の代理人として行動する誘因が阻害されることになる。保険者間競争が存在するものでは、保険者が患者に代わって医療提供者との交渉を行い、患者と医療提供者の間の情報格差を是正することにより、医療費の効率化に寄与することが期待される。これは医療費効率化による保険料の低下が人々にとってメリットとなり、加入者の獲得に寄与するためである。一方で、わが国では人々が加入する保険は職域、居住地域、年齢によって決まっており、保険市場は独占となる。この結果、保険者は制度的に決定される加入者から保険料を徴収し、それを医療機関等に配分する、単なる徴収・支払い機関に留まることとなる。

Ⅱ－２．保険財政からみた課題

次に保険財政の観点から制度の課題を検討する。すでに指摘した通り、日本の公的医療保険制度は社会保険方式を採用しながら、その財源の多くを税財源に依存している。具体的には、市町村国保や後期高齢者医療制度では保険給付費等の50%が、協会けんぽでは保険給付費等の16.4%がそれぞれ公費により賄われており、その他にも高額医療費や低所得者の負担軽減に対して公費が投入されているのが実態である。この結果、保険料収入は国民医療費の48.6%に過ぎず、13.9%が患者負担、残りの37.5%が公費により賄われている状況である（厚生労働省「国民医療費（2009年度）」）。

表 1 公的医療保険の財源構成（2008 年度）

	被用者保険	国保	後期高齢者医療制度
医療費	10,373	10,821	11,444
患者自己負担	3,009	2,666	1,144
他制度からの移転（後期高齢者）	-2,687	-1,433	4,120
他制度からの移転（前期高齢者）	-3,115	3,115	-
公費負担	864	3,037	5,150
保険料	12,303	3,436	1,030

単位:10億円

	被用者保険	国保	後期高齢者医療制度
医療費	140	274	850
患者自己負担	41	68	85
他制度からの移転（後期高齢者）	-36	-36	306
他制度からの移転（前期高齢者）	-42	79	-
公費負担	12	77	383
保険料	166	87	77

単位:千円/人

出所) 田近ほか (2011) より作成

注 1) 表中の「患者自己負担」は法定給付率をもとに計算しており、高額療養費制度等の影響は考慮していない。

注 2) 表中の「保険料」は保険収支を均衡させるために必要となる保険料額を表している。

表 1 は、2008 年度の財源構成を保険種別ごとにまとめた結果である。数値は田近ほか (2011) の推計値に基づいており、推計は 2008 年度の実績値（医療費・加入者数）をもとに行われている。ここでは保険者を被用者保険、国保、および後期高齢者医療制度の 3 つに分類し、被用者保険は協会けんぽ、組合健保、および共済組合の合計を示しておく。表は上下 2 つに分かれており、上段には総額で見た財源構成を、下段には加入者 1 人当たりで見た財源構成をそ

れぞれ示してある。

被用者保険全体でみると、加入者の医療費が 10.3 兆円となり、患者自己負担（3 兆円）、後期高齢者医療制度への支援金（-2.6 兆円）、前期高齢者に対する負担金（-3.1 兆円）、公費負担（0.8 兆円）となり、収支を均等させるために必要となる保険料は 12.3 兆円となる。表中マイナスで表記された箇所は他制度への移転を示しており、前期高齢者や後期高齢者に対する財政移転により、保険料負担は医療費総額を上

回る結果となっている。被用者保険では、他制度に比べて、公費の比率が非常に低いことが特徴的である。

国保の医療費は10.8兆円となり、被用者保険と同程度の規模となっている。国保もまた後期高齢者に対して財政支援を行うこととなるが（-1.4兆円）、前期高齢者に対しては被用者保険から財政移転が行われることになる（3.1兆円）。先に述べた通り、被用者保険加入者の多くが退職後に国保に移動することになるため、被用者保険がその費用の一部を負担することとなる。公費負担は医療費の3割程度にまで達し、この結果、保険料を医療費の3割程度に抑えることが可能となっている。

後期高齢者医療制度の財源構成は、わが国の医療保険財政の課題を如実に示している。後期高齢者医療制度は75歳以上の高齢者のみを対象としているにも関わらず、医療費は11.4兆円となり、医療費総額の3割強を占めることになる。財源構成を見てみると、医療費の36%が他制度からの移転、5割弱が公費負担となり、財源の大半は外部からの資金で賄っていることになる。この結果、保険料負担は医療給付費の1割に留まることになる。以上の結果は、高齢者単独で保険を組むことがいかに困難であるかを示しており、医療費負担の根本的な見直しが必要と考えられる。

表1下段は、上段の結果を加入者一人当たりでみたものである。基本的な結果は上段のものと同様であるが、注目すべきは加入者1人当たり医療費の保険者間の格差である。1人当たり医療費は被用者保険の14万円に対して、国保では27万円、後期高齢者医療制度では85万となっている。1人当たり医療費の制度間格差は主として年齢構成の差に起因すると考えられるが、後期高齢者の1人当たり医療費は国保の3倍、被用者保険の6倍にまで達することになる。

このように、わが国の医療費が高齢化の影響を受けていることは明らかであり、これまで様々な方法により財源の補填が行われてきた。他制度からの財政移転や公費負担により被保険

者自身の負担（保険料や患者一部負担）が軽減されるため、個人が自らの医療費を認識することはない。また、莫大な公費負担によって保険料負担が低い水準に抑えられ、医療費を反映した保険料設定がなされていない。

実際の保険料水準を見てみると、組合健保の保険料率（労使合計）が平均7.45%、協会けんぽが9.34%となっている。国保は自営業者の所得補足が困難であるため定額保険料となるが、2010年度の加入者1人当たりの平均保険料は月額7,000円、世帯当たりで12,100円となっている。以上の結果を単純にドイツと比較すると、ドイツの保険料率は2008年現在で14.9%となり、いかに日本の保険料が低く抑えられているかが分かる。

Ⅱ－3. 支払い制度からみた課題

すでに述べたとおり、わが国の医療保険制度では、後期高齢者医療制度や市町村国保にリスクの高い高齢者が集中する構造となっている。保険者間のリスクの偏在に伴う負担格差の解消は公的保険の重要な機能であり、わが国では、公費の投入や制度間の財政調整により負担格差の解消が図られている。この際、上で指摘した社会保険に対する公費投入自体の問題に加えて、公費負担、財政調整ともに実際に発生した医療費に基づく支払いが行われている点が課題として指摘できる。

わが国では、後期高齢者医療制度や前期高齢者医療制度を通じた財政調整が行われているが、これらの財政調整は実際に発生した医療費の負担ルールを定めているにすぎない。例えば、後期高齢者医療制度では保険給付費の4割が他制度からの支援金により賄われることとなっており、医療費が増加すれば他制度からの移転額もまた増加する仕組みとなっている。このため、保険者のコスト意識は阻害され、医療費効率化に対する保険者の意識もまた希薄となる。公費負担もまた同様の構造となっており、実際に発生した医療費をもとに公費負担額が決定される仕組みとなっている。この場合、本来保険者が

負うべき医療費増加のリスクを政府が負っていることになる。

オランダなどで行われているリスク調整制度は、わが国と同様に費用負担の均等化を目的としているが、両者の大きな違いは財政調整のタイミングにある。リスク調整制度では、性別や年齢など、医療費の構造的な変動要因をもとに個人の期待医療費が算出され、社会全体でプールした財源をもとに、保険者に対してそれぞれの加入者の期待医療費が支払われることになる³⁾。この際、保険者は支払われた期待医療費を予算として保険給付を行うこととなり、医療費増加のリスクは保険者自身が負うこととなる。このため、保険者のコスト意識は阻害されず、医療費効率化に向けた取り組みが行われることが期待される。

医療提供者に対する支払いもまた出来高払い中心の報酬体系となっており、医師が行った医療行為の実績に基づいて支払いが行われている。2003年より、特定機能病院における入院医療などを対象に、診断群分類 (Diagnosis Procedure Combination, DPC) に基づく支払いが行われているが、その目的は入院医療の評価・標準化であり、報酬体系の包括化による費用抑制を目的としたものではない。実際、包括払いはホスピタルフィーの要素の支払いに限定され、手術料や麻酔料などは出来高で支払われる。

また、包括部分の支払いは1日当たりの定額払いとなっており、アメリカのDRG/PPSのような1入院当たりの支払いとはなっていない。実際、DPCの導入により16の主要診断群のうち8つの診断群では医療費が増加したほか、外来部門での検査拡大により外来医療費が拡大したとの指摘がなされている (Jones, 2009, p.19)。

医療費の4割弱が税財源により賄われていることを考慮すれば、ここでもまた、政府は事前に評価された包括的な費用ではなく、実際に発生した医療費を事後的に負担し、医療費高騰のリスクにさらされていることになる。ただし、わが国の出来高払いは総額管理の下での出来高払いである点には留意する必要がある。

診療報酬・薬価の改定は2年に一度行われ、改定プロセスは二つの段階からなる。すなわち、始めに政府が全体の改定率を定め、その上で個別サービスの価格が決定される。この際、個別サービスの改定は全体の改定率と整合的となるように定められる。したがって、翌年度の医療費は政府により事実上決定されていると考えられ (橋本ほか, 2011)、政府は医療費総額を間接的に管理することが可能な構造となっている。しかしながら、医療費高騰の圧力がますます強くなる中で、このような人為的な価格操作を繰り返すことは困難であり、根本的な見直しが必要と思われる。

Ⅲ. 民間医療保険の現状

Ⅲ-1. 民間市場における医療保障商品の特徴

現在、販売されている保険商品の中で、医療保障を目的とした商品は特約型と単品型の2つに大別される。特約型の商品は死亡保険 (生命保険) などに付帯され、入院を給付要件として

給付金が支払われる。病気での入院を保障する疾病入院特約や、事故による入院を保障する災害入院特約などが代表的である。一方、単品型の商品とは医療保障自体を目的とした保険契約であり、医療保険やガン保険などのいわゆる第

3) オランダのリスク調整制度については、本特集号のバン・クリーフ論文を参照されたい。

三分野保険が該当する。後述するように、現在の医療保障商品の中心は単品型の医療保険やガン保険となっている。

医療保険は病気やけがによる入院時の医療保障を目的とした保険商品であり、主な給付内容は入院給付金と手術給付金である。入院給付金は給付要件を病気やけがによる入院とし、1日当たり定額の給付金が入院日数に応じて支払われる。医療保険では入院給付金の支払い上限が定められており、1回の入院について2か月ないし3か月の支払い限度日数が定められている上、通算の支払い限度日数についても2年ないし3年となっている。手術給付金は治療を目的として特定の手術を受けた際に支払われ、手術の種類に応じた定額の給付金が支払われることとなる。

医療保険が入院全般を保障対象としているのに対し、ガン保険はガンに特化した保険商品である。ガンには再発のリスクがあるため、過去にガンと診断された経験がある人は加入することができない。ガン保険の基本的な給付は、ガン診断給付金、ガン入院給付金、およびガン手術給付金となっている。このうち、ガン診断給付金はガンと診断された際の定額の給付金であり、ガン保険独自の給付金となっている。入院給付金と手術給付金はガン治療に限定されるものの、給付形態は通常の医療保険と同様となっている。ただし、ガン保険の場合には、入院給付金に支払い上限額を定めないので一般的である。

医療保障商品は近年多様化しており、ここで取り上げた医療保険、ガン保険以外にも、死亡保険に同様の機能を付加した特約型の保険商品や、医療保険にガン保険の機能を付加した保険商品など、様々な商品が開発されている⁴⁾。た

だし、大部分の医療保障商品について共通して言えることは、入院など一定の条件をもとに定額ないしは定型的な金銭給付が行われるということである。すなわち、日本で販売されている医療保障商品は必ずしも実際の医療費に基づいて給付額が決定されているわけではなく、実際の医療支出を保障する実損補償型（indemnity）となっていないことが最大の特徴である。

OECD(2004)は先進諸国の民間医療保険の機能について比較検討しているが、この種の保険商品は現金給付プラン（Cash plan）または疾病依存プラン（Disease-specific plan）と呼び、給付額が実際の医療費に依存して決定する医療保険（health insurance）とは区別している。給付形態が金銭給付であるために給付金に用途制限は無く、患者一部負担や入院時の差額ベッド代などの医療支出に対する補填のほか、病気療養中の一時的な所得低下の補填など、その購入目的は多岐にわたると考えられる。

Ⅲ－２．民間医療保険市場の現状

わが国における第三分野保険の販売は、1974年のアメリカンファミリー生命保険によるガン保険の販売に始まる。当時は国内保険会社には第三分野保険市場への参入は認められておらず、外資系生命保険会社による寡占状態が長く続いてきた。その後2001年に国内保険会社にも同市場への参入が認められ、外資系生保・国内生保を中心に第三分野保険は急速に拡大している。2010年度では、生命保険会社全体の新規契約（個人保険）1,586万件のうち、医療保険が26.4%、ガン保険が10.6%となっており、第三分野保険は生命保険会社の主力商品に成長するまでに至っている⁵⁾。

図2は、生命保険会社による医療保障商品を

4) 堀田（2007）は医療保障商品の多様化の方向として、(1) 保障内容の範囲拡大（生活習慣病や特定疾病の保障拡充、付加サービスの提供など）、(2) 保障期間の長期化・終身化、(3) 給付日数の多様化・弾力化（日帰り入院保障、通算限度日数設定の多様化など）、(4) 加入者対象の特化（女性限定、高齢者向け）、(5) 加入基準の緩和（既往者や有病者向け保険、無選択保険など）、(6) 販売チャネルの多様化（通信販売、インターネット申し込みなど）の6点を指摘している。

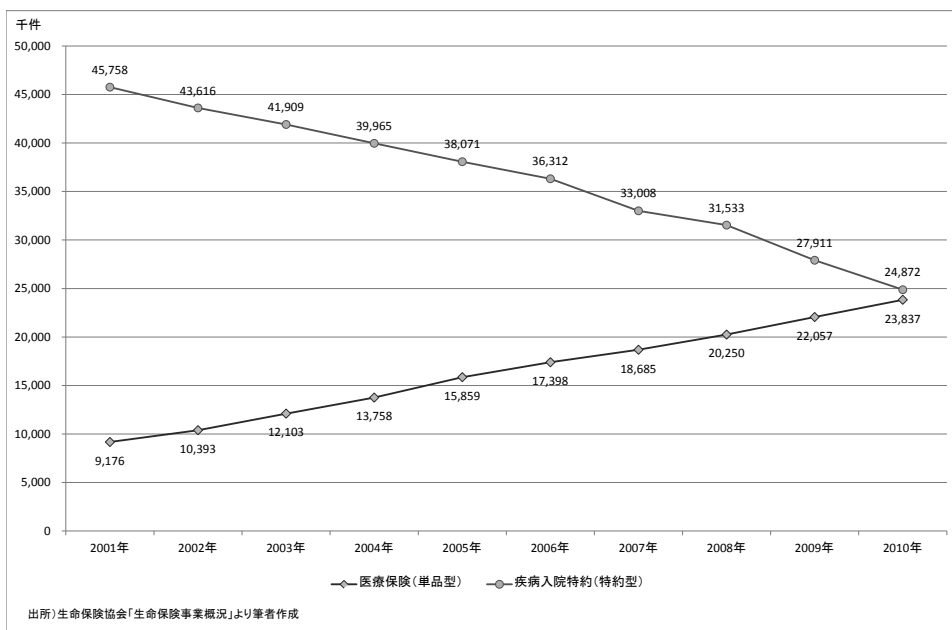
5) 生命保険協会「生命保険の動向（2011年版）」より。

対象として、保有契約件数の推移を示したものである⁶⁾。先に述べた通り、国内で販売されている医療保障商品には単品型と特約型の保険商品があるが、ここでは単品型の医療保険と特約型の疾病入院特約を取り上げ、その保有契約件数の推移を示している。どちらも主な保障内容を入院給付金の支払いとしているという点で共通している。同図より、単品型の保有契約件数が近年急速に拡大している一方で、特約型の保険商品は減少の一途を辿っていることが分かる。すなわち、単品型商品の拡大には、特約型からの切り替えの影響が含まれていると考えられる。言い換えれば、民間医療保障に対するニ

ーズは以前から存在していたと考えられる。

2010年度末の保有契約件数を保障内容別に見てみると、入院保障のうち疾病入院に対する保障を含む契約が（特約型・単品型合計で）6,698万件、ガン保険など条件付き入院に対する保障が8,298万件、手術保障を含む契約が8,851万件となっている⁷⁾。同一個人の契約が複数計上されている可能性があるため、保有契約件数を加入者数とみなすことはできないが、民間医療保障に対する保険契約は相当数に達していることが分かる。

図2 医療保障商品の保有契約件数の推移



民間医療保障への加入率に関しては、生命保険文化センターが実施した「生活保障に関する調査」において興味深い報告が行われている。同調査は18歳以上70歳未満の全国の男女を対

象とした調査（有効回答4,076人）であるが、回答者の72.3%が「疾病入院給付金が支払われる生命保険に加入」していると回答している。なお、同調査は3年周期で継続的に行われてい

6) 医療保障商品は損害保険会社や各種共済からも販売されているが、大部分は生命保険会社によって販売されている。

7) 生命保険協会「生命保険事業概況（2010年度版）」より。いずれも個人保険・個人年金保険に限る。

るが、「疾病入院給付金が支払われる生命保険」に加入しているものは、1992年から2009年まで7割前後の水準で比較的安定的に推移している。このことから、民間医療保険に対するニーズは以前から存在していたと考えるべきだろう。

最後に、医療保障商品の給付額について見てみると、入院給付金が6,467億円、手術給付金が3,254億円となっている（2010年度⁸⁾。こ

れら2つの給付で1兆円弱となっており、2009年度の国民医療費（36兆67億円）の3%程度となっている。先に述べた通り、わが国の医療保障商品の多くは実損補償型ではなく、民間医療保険からの給付が直接医療支出に充てられるわけではない。ただし、これらの給付の一部は患者一部負担や差額ベッド代に対する支出の補填に充てられ、間接的に医療保障の機能を果たしていると考えられる。

IV. 日本における民間医療保険の機能

IV-1. 民間医療保険の機能

本特集の第1論文（田近・菊池、2012）では、公的医療保障制度と民間医療保険の機能について、概念的な整理を行った。医療保険市場では市場の失敗が生じ、無保険者が生まれる危険性が高いことなどを考慮すると、強制加入の公的医療保障制度により全国民を対象とした医療保障（皆保障体制）を行うことが望ましい。この際、公的医療保障制度が基本的な医療サービスに対するアクセスを保障し、公的医療保障制度がカバーしない費用を民間医療保険が保障することになる。先進各国における両者の関係は歴史的経緯の中で決まってきたという側面もあるが、民間医療保険の機能は次の5つに分類することができる。

第1の機能は、公的医療保障制度によって課される患者自己負担に対する保障である。患者自己負担は医療へのアクセスを阻害する要因となるため、患者負担への民間保険の適用により、低所得者を中心に医療へのアクセスが改善されることが期待される。フランスでは、わが国と同様、比較的高い患者一部負担が課されているが、国民の9割以上がこの種の民間医療保険に加入している。

第2の機能は、請求価格と公定価格の価格差（ギャップ）に対する保障である（ギャップ保険）。自由価格制を採用している国では、公定価格を上回る費用請求（extra billing）が認められており、差額は患者自身の負担となる。患者は、差額部分を自ら負担することにより、療養環境の改善や医師の選択など、選択肢の拡大が可能となる。

第3の機能は、診療待ち時間の短縮である。具体的には、公的医療保障制度の給付対象とならない民間病院での治療などを民間保険が保障することになる。例えば、イギリスの国民保健サービス（National Health Service, NHS）は、基本的には公的病院における治療を給付対象としているが、患者は民間病院での治療を選択することにより、公的病院における待ち時間を回避することが可能となる。

第4は、公的医療保障制度の給付適用外サービスに対する保障である。民間医療保険の代表的な機能といえ、多くの国においてこの種の民間保険が存在する（OECD, 2004）。実際に諸外国で民間保険がカバーしているサービスとしては、代替医療、歯科治療、眼科治療、調剤費などが挙げられる。

8) 生命保険協会「生命保険事業概況（2010年度版）」より。ただし、入院給付金は災害入院を含む金額である。

最後に、病気になった場合には、医療費以外にも様々な経済的負担が発生する。例えば、通院時の交通費や入院時の差額ベッド代などの直接的な費用に加えて、病気療養中の一時的な所得低下も疾病に伴う間接的な経済的負担と考えられる。これらの費用は、医療サービスに対する対価としての医療費とは言えないが、病気の際に必要な経済的負担という意味では、個人にとって医療費と何ら変わるものではない。民間保険はこれらの費用に対する保障機能も果たしており、前節でみた通り、わが国の民間医療保障の機能は主としてこの機能を担っていると考えられる。

Ⅳ－２．わが国で民間医療保険が発達しない理由

前節でみた通り、わが国で販売されている民間医療保険の多くは一定の条件をもとに、定額、定型的な金銭給付を行う保険商品であり、実際に発生した医療費に応じて給付額が決定する実損補償型の医療保険は極めて稀である。金銭給付であるために給付金の用途には制限が無く、公的保険の一部負担や入院時の差額ベッド代など、治療を受ける際に発生する経済的負担に対する保障として利用されることもあれば、病気療養中の一時的な所得減少を補うための所得保障の側面も持ち合わせていると考えられる(堀田, 2007)。

一方で、諸外国においては、実損補償型の民間医療保険が普及しており、それぞれの公的医療保障制度の機能を補完する様々な役割を果たしている。なぜわが国では実損補償型の医療保険が発達しないのだろうか。わが国の医療保険市場は生命保険会社を中心に形成されており、損害保険のような実損補償の保険にはなじみがないためとも考えられる。ただし、このことは損害保険会社の参入を阻む理由とはならない。根本的な原因は、公的医療保険制度の給付が余りにも大きく、民間保険会社が参入する余地がほとんど残されていないためと考えられる。以

下、先に挙げた民間医療保険の機能ごとに、わが国において民間医療保険が発達しない理由について論じることとする。

第1に、公的保険の枠内での治療行為に対しては公定価格(診療報酬・薬価)が定められており、公定価格を上回る費用請求は原則として認められていない。唯一の例外は、保険外併用療養費制度で認められた選定療養であり、代表的なものとして差額ベッドの利用が挙げられる。この場合、患者自身が追加的な負担を行うことにより、個室の利用など、療養環境の改善が可能となる。このように、公的保険の枠内で自由価格が認められているのは、ごく一部のサービスについてのみであり、例外的なケースである差額ベッド代についても、わが国で販売されている定額的な金銭給付でほぼ対応が可能である。このため、公定価格との価格差を保障する実損補償型の医療保険に対するニーズは限定的とならざるを得ない。

第2に、診療待ち時間が深刻な問題となっているのはイギリスなど税方式の医療制度を採用している国が多く、これらの国では公的医療保障制度の対象が公的病院での治療に限定されている上、公的病院での治療を受けるためには、一般医(GPs)による紹介が必要とされている。わが国では、公的病院であるか民間病院であるかを問わず、ほとんどの医療機関が保険医療機関となっている上、公的保険の枠内で患者自身が医療機関を選択することが認められている。このため、大学病院における外来診療などの問題はあっても、手術を受けるために数か月待つといった、大きな問題にはなっていない⁹⁾。また、この種の保険については、医療の階層化を引き起こすとして問題視する見方もあり、公平性を重視する国民性がこの種の保険を許容することはないかもしれない。

第3に、公的医療保険の給付対象が諸外国と比較しても広範であることが指摘できる。歯科診療や眼科診療については公的医療保障制度の

9) Siciliani and Hurst (2003) は、先進12か国を対象として、非救命的な手術(elective surgery)に要する待ち時間の比較を行っている。例えば、イギリスで人工股関節手術を受ける際には、平均的な待ち時間が244日にまで達することになる(2000年)。

給付対象から除外している国もあるが、歯科、眼科はもちろんのこと、針きゅう・あん摩・マッサージなど、いわゆる代替医療までもが公的保険によってカバーされている。また、保険収載にあたっては費用対効果を考慮した判断は行われていない。このため、河口(2012)は、費用対効果分析を求める国に比して、保険収載薬品数が多くなる可能性を指摘している。

このように、わが国の公的医療保険は広範なサービスを給付対象としているが、その中で国民の関心が高いのは保険収載されていない先進

医療や国内未承認薬の扱いであろう。わが国では保険適用サービスと適用外サービスの併用が原則禁止されており（混合診療禁止の原則）、これまで国民的な議論が行われてきた。その結果、2006年に従来の特定診療療養費制度が保険外併用療養費制度へと改められ、先進医療については将来の保険収載を目的とした評価療養として、基礎的部分への公的保険からの給付（保険外併用療養費）が認められている。国内未承認薬についても同様の扱いとなっている。

表2 先進医療（評価療養）の利用実績（2010年7月1日から2011年6月30日）

	実施件数 (件)	総金額 (100万円)	保険外併用 療養費 (100万円)	先進医療の総額 (100万円)	
				(千円/件)	
第2項先進医療技術計	13,679	16,174	6,609	9,565	699
（再掲）陽子線治療	1,508	4,946	909	4,037	2,677
（再掲）重粒子線治療	873	2,972	394	2,579	2,954
第3項先進医療技術計	826	1,183	935	248	300
合計	14,505	17,357	7,544	9,813	677

出所）厚生労働省「第62回先進医療専門会議（2012年1月19日）」資料より筆者作成

表2には、2010年7月から2011年6月までの先進医療（評価療養）の利用実績をまとめているが、これまでの実績をみる限り先進医療に対するニーズも限定的なものと考えられる。評価療養の対象となる123種類の医療技術に対して、利用実績は13,679件となっている。治療に要した費用は総額で約173億円であり、2009年度の国民医療費の0.05%程度の水準にとどまっている。このうち、約75億円が保険外併用療養費として公的保険から給付され、患者自身の負担は約98億円にとどまることになる。

もちろんこれらは社会全体でみたマクロの数字であり、陽子線治療や重粒子線治療を受けた際には個人の負担は300万円前後にまで達し、個人にとってはカストロフィックなリスクと考えられる。このため、近年では先進医療を保障内容に加えた保険商品も販売されているが、社会全体の規模から考えれば、主要な保険となることはないであろう。

最後に、患者自己負担に対する保障機能はど

うであろうか。わが国の公的医療保険では一般的に3割の一部負担が課されており、これは比較的高い自己負担割合といえる。このため患者自己負担の保障に対する需要が生まれ、民間医療保険市場が成立する可能性はある。しかしながら、患者自己負担の保障を目的とした保険商品（医療保障保険、医療費用保険）は存在するものの、大きな市場を形成するには至っていない。

患者自己負担を保障する民間保険が発達しない理由として、高額療養費制度の存在が挙げられる。高額療養費制度は各月の負担上限額を定めたものであり、負担上限額は所得や年齢によって設定されている。例えば、70歳未満の一般所得者が100万円の医療費支出を行った際、30万円の患者一部負担が課されることになるが、負担上限額は87,430円となり、残りの212,570円は高額療養費として公的保険から支給されることになる。また、世帯合算や多数回該当といった仕組みにより、最終的な自己負担

額はさらに軽減されることになる。換言すれば、患者自己負担をカバーする保険はわが国にも存在するが、それは公的保険自体に内包されているということである。このため、自己負担に対する民間保険に対するニーズもまた限定的とならざるを得ない。

以上見てきたように、わが国では公的保険の給付対象がきわめて包括的であり、諸外国で見られるような実損補償型の民間保険が発達する余地は小さかったと言える。この結果、民間保

険に残された可能性は、通院や入院の際に必要な医療費以外の費用や病気療養中の一時的な所得減少の補填機能に留まることとなり、前節でみたような定額金銭給付の給付形態が主流になったと考えられる。また、金銭給付であるために給付金の使途に制限は無い。このため、差額ベッド代や（負担上限額未満の）自己負担といった限定された費用負担に対しても、対応可能な保険商品であると思われる。

V. 民間医療保険活用の可能性

本稿冒頭で述べた通り、高齢化や医療の高度化を主たる要因として医療費は今後も拡大していくものと考えられる。これまでわが国では、診療報酬・薬価の改定を通じて、医療費総額を間接的に管理してきたが、同様の医療費管理を延々と繰り返すことにより、質・量の両面で医療サービスの低下を引き起こす危険性がある。公的医療保険制度の持続可能性を高めるためには、第2節で指摘した公的保険の諸課題への対応に加えて、公的保険が保障すべきサービスとは何か、すなわち公的保険の守備範囲の検討が不可欠と思われる。例えば、オランダでは2004年に公的保険の給付範囲が大幅に縮小されたが、多くのサービスは民間保険に引き継がれている（佐藤，2007）。すでに指摘した通り、わが国の公的保険は給付範囲が包括的であり、検討の余地は大きいと思われる。その際、民間医療保険には実損補償型の医療保障という新たな役割が期待されることになる。

わが国では、公的保険適用サービスと適用外サービスの併用が原則として禁止されており（混合診療禁止の原則）、適用外サービスに対する民間保険の活用を考える上で、二つの種類のサービスの併用の問題は避けて通れない。まずはこの点について議論を整理する必要がある。

一般的な議論から始めると、患者は自らの負担で公的保険の適用外サービスを利用した場合、当該サービスを保障する民間保険に加入していれば、民間保険がその費用を負担（償還）することとなる。また、日本では医師が公的保険と民間保険の双方から支払いを受けること、すなわち「公私二重診療（dual practice）」が認められているので、公的保険の適用サービスと適用外サービスを併用することは可能であり、併用するかどうかは個人の意思に委ねられることとなる。

ここまでが一般論であるが、実際に問題となるのは、単に保険適用外サービスといってもその内容は様々であり、なかには適用内と適用外の線引きが難しいものも存在する。たとえば、美容整形の場合には、一般的にはそのための医療サービス全体が保険適用外とみなされており、適用内と適用外の区分が比較的明確になされている。しかし、差額ベッドや国内未承認薬の場合には、差額ベッドや未承認薬のみを適用外とするのか、それらを含む一連の治療行為全体を適用外とするのか、判断が求められる。差額ベッドのように保険適用サービスとは分離したものと考えられるのであれば、差額ベッド部分のみを適用外として扱うことができる。未承

認薬を用いた治療の場合には、この部分の治療が（治療行為の基礎となる）保険適用サービスと不可分と考えられるのであれば、当該薬を用いた治療行為全体が適用外サービスとみなされることになる。したがって、保険適用サービスと適用外サービスとの併用において重要なのは、保険適用外サービスをきちんと定義することであり、二つのタイプのサービスを併用すること自体に問題があるのではない。選択は個人の判断に委ねればよい。

ところがわが国では、保険適用サービスと適用外サービスとの併用が原則禁止とされ、保険外併用療養費制度や以前の特定療養費制度により例外的に両者の併用を認めるという対応がとられてきた。このため、混合診療の禁止に反対する立場からは、公私二重診療が認められているにも関わらず両者の併用を禁止するのはおかしいとして、激しい議論が行われてきた。議論としてはその通りであるが、日本でこのようなねじれた議論が展開されるのは、保険適用外サービスが明確に定義されていないことに起因している。

現在の制度的枠組みを前提とした場合、保険適用外サービスは以下の二つに分けることができる。第1に、保険収載されていないサービスのうち、保険適用サービスと分離可能と考えられるサービスについては、保険適用外サービスと定義する。これらのサービスは現在の選定療養に相当し、保険適用サービスと併用するかどうかは個人の選択に委ねられる。第2に、上記以外の保険収載されていないサービスについては、当該技術を含む治療行為全体を適用外サービスと定義とし、公的保険からの給付は行わない。評価療養（先進医療）は、原則としては適用外サービスとして扱われるべき療養であるが、限定した範囲で保険適用の併用が認められる例外的な療養であると位置づけるべきであ

る。ここで重要なことは公的保険が保障すべきサービスについて正面から議論し、保険適用外サービスの範囲を明確に定め、そのあとのサービスの選択は個人の判断に委ねるべきである。

次に検討すべきは公的保険の守備範囲の見直しである。上の議論を踏まえれば、何を選定療養とするかということになる。現行制度では、差額ベッドを始めとする10種類のサービスが選定療養として指定されているが、今後は現在保険適用されているサービスのなかから選定療養として保険外とするサービスについての検討が求められる。ここでのポイントは、公的保険の適用対象となるサービスは、医学的有効性や安全性のみならず、費用対効果も反映したものでなければならないということである。こうした見直しは、公的保険が負担する医療費の縮減にも寄与すると同時に、民間保険による新たな医療サービスの創出を促す効果を期待することができる。

具体的な候補については、先進各国の経験も参考になるだろう。表3は、各国において民間保険が保障する公的保険の適用外サービスについてまとめた結果である。ここからは、わが国の公的保険が給付対象としているサービスの一部は民間保険によってカバーされていることが分かる。例えば、漢方等の代替医療については、ほとんどの国で民間保険がカバーするサービスと位置付けられており、鍼灸・あん摩・マッサージも含めて検討対象となりうる。また、歯科治療や眼科治療についても公的保険では保障されない国が多く見られ、例えば未成年の歯科治療のみを公的保険の適用とするといった対応も考えられる¹⁰⁾。ただし、これらのサービスは、一般的に医療費総額に占める割合は低く、公的保険の費用抑制面での影響は限定的とならざるを得ない（表4参照）。

10) オランダでは、22歳未満と22歳以上の者とは、公的保険がカバーする歯科治療の範囲が異なっている。

表3 民間保険が保障する公的保障の適用外サービス

対象国	民間保険が保障するサービス
イギリス	在宅ケア、長期ケア、代替医療
カナダ	歯科、調剤（外来）、在宅ケア、長期ケア、リハビリ、代替医療
オーストラリア	歯科、調剤、在宅ケア、リハビリ、代替医療、奢侈サービス
フランス	歯科、眼科、在宅介護、奢侈サービス
オランダ	歯科、代替医療、奢侈サービス
ドイツ	専門医（医師選択）、歯科、代替医療、奢侈サービス
スイス	医師選択、奢侈サービス

出所）OECD(2004), Table 2.8 をもとに作成

表4 診療種類別・国民医療費（2009年度）

診療種類	金額（億円）	構成割合（%）
国民医療費	360,067	100.0
一般診療医療費	267,425	74.3
入院医療費	132,602	36.8
入院外医療費	134,823	37.4
歯科診療医療費	25,587	7.1
薬局調剤医療費	58,228	16.2
入院時食事・生活医療費	8,161	2.3
訪問看護医療費	665	0.2

出所）厚生労働省「国民医療費」（2009年度）

費用面での影響が大きいと考えられるのは処方薬の扱いだろう。ただし、処方薬については、ほとんどの国が何らかの形で公的制度による保障を行っており、民間保険に完全委ねることは難しいと思われる。例えば、カナダでは入院治療で処方された薬剤については公的保障の対象とし、外来処方薬のみを民間保険がカバーしている。また費用面での影響を考えた際には、後発医薬品（ジェネリックス）の普及促進が重要な鍵となる。わが国では一人当たりの薬剤消費額が比較的高く、後発医薬品の低い普及率が一因と言われている（Jones, 2009）。政府は「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上にする」ことを目標としているが、後発医薬品に対する医療関係者の不安は根強く、欧米諸国と比べて低い普及率に留まっている。

後発医薬品の普及促進を図る上で、ドイツで導入されている参照価格制度も参考になるだろう。

同制度では、保険収載された薬剤は同一薬効ごとに分類され、グループごとに同一の償還価格（参照価格）が設定される。この際、実際の価格と参照価格の差額は患者自身の負担となる。ドイツでは、後発医薬品の価格を基準に参照価格が設定されており、ブランド薬などの処方を望む場合には患者自身が差額分を負担することになる。公的保険の守備範囲を後発医薬品の費用までとし、先発医薬品の使用については個人の選択に委ねるというのも一つの考えであり、患者の選択を活かしつつ改革を進めていくことができと思われる。そのほか、終末期における延命治療や患者ケアについても、患者自身の生活満足度という観点からケアのあり方を考えていく必要があり、そのような議論のなかで、公的保険が給付対象とすべきケアであるか否かについて検討していく必要があるだろう。

Ⅵ. おわりに―医療制度改革の方向性―

本特集の第1論文（田近・菊池，2012）では、公的医療保険と民間医療保険の機能について概念的に整理し、そこでの整理に基づいて先進各国における両者の機能の実態について検討を行った。民間医療保険市場では逆選択や保険者によるリスク選択などの市場の失敗を通じて無保険者が発生する危険性がある。医療が人の命に密接に関連するサービスであることを考慮すれば、医療保障に対する政府関与は不可欠である。実際、多くの先進諸国では全国民を対象とした公的医療保障制度（皆保障体制）が整備されている。したがって、公的保険が医療保障の根幹を担い、民間保険はその隙間を埋めることになる。

皆保障体制下での民間保険の機能は5つに分類されることになるが、先進各国の状況をみると、公的保険と民間保険の最適なバランスを模索したというよりは、歴史的経緯の中で民間保険の役割が定まってきたという側面が強い。また、民間保険の活用を医療費効率化の手段としてとらえる見方もあるが、各国の経験は必ずしもそのことを支持するものとはなっていない。しかしながら、このことは政府が医療保障の全てを担うことを意味しない。医療保障において政府が担うべき役割、すなわち公的保険の適用範囲を明確に定め、それ以外の費用については民間保険に委ねることにより、公的保険の肥大化を回避すべきである。

本稿では、以上の議論をもとに、わが国で公的医療保険と民間医療保険が果たしている役割について実態的に検討し、公的医療保険制度の持続可能性を考える上で重要となる課題について2点指摘した。第1は公的保険制度自体の課題であり、保険者が単なる支払い機関に留まっており、個人（患者）の代理人として行動する

保険者としての機能が果たせていない点を指摘した。制度の持続可能性を高める上で、自律的な保険者の存在は不可欠である。第2に、わが国では公的保険の守備範囲がきわめて広く、民間保険の果たしている役割は限定的なものに留まっている。実際、わが国で販売されている民間保険の多くは給付形態が定額的・定型的な金銭給付となっており、諸外国で販売されている実損補償型の民間保険はほとんど提供されていないのが実態である。

以上二つの課題に対しては、次のように対応すべきと考える。まず、保険者機能の強化に対しては、公費負担のあり方を見直すことが最も重要である。すでに指摘した通り、わが国では社会保険方式を採用しているにも関わらず、保険給付費の一定割合を政府が負担するなど、様々な形で政府支援が行われている。この結果、社会全体では医療費の4割近い財源を税財源に依存しており、政府自らが医療費高騰のリスクを負っているのが現状である。莫大な公費投入の結果、保険者が真の医療費を認識することはなく、疾病管理を通じて医療費の効率化を図る、あるいは医療提供者との直接交渉を通じて包括的な報酬体系を導入するなど、保険者自らが医療費の効率化に向けて積極的に関与する動機が希薄となっていると考えられる。

もちろん保険者間の負担の均衡化を図る上で財政基盤の弱い保険者に対する支援は必要であり、否定されるものでもない。とくに、わが国の皆保険制度において市町村国保に担っている役割は非常に重要であり、市町村国保に低所得者や高齢者が集中する構造となっていることを考えれば、市町村国保に対する財政支援は不可欠である。

見直すべきは公費投入のあり方である。例え

ば、現在の保険者に対する公費投入を改め、公費負担は原則的には、低所得者に対する保険料補助として位置づけるべきである。この場合、給付と負担の関係が明確となり、給付水準に見合った保険料負担が求められることになる。結果として、被保険者に対する保険者の説明責任が増すと同時に、医療費高騰のリスクは保険者が負うこととなり、保険者が医療費効率化に向けた取り組みを行うための動機づけになる。一方で、保険料の負担が困難となる低所得者に対して税財源による負担軽減を図ることにより、皆保険体制を維持することが可能となる。あわせて、諸外国で行われているリスク構造調整を導入することにより、保険者のコスト意識を阻害することなく、保険者間のリスクの偏在による負担格差を解消することが可能となる。

次に公的保険の守備範囲に関しては、わが国の公的保険の給付範囲は諸外国と比べても広範であり、給付範囲の縮小を視野に入れた検討が必要と考える。諸外国の経験を踏まえば、漢方などの代替医療、鍼灸・あん摩・マッサージ、歯科・眼科治療、あるいは処方薬などが検討対象となるだろう。なかでも、処方薬に対する参

照価格制の導入は、費用面でも大きな影響を持つと考えられる。そのほか、終末期の高齢者ケアについても、患者の生活満足度を高めるケアのあり方を模索し、公的保険が給付すべきサービスについて考えていく必要がある。また、公的保険の給付内容を定める際には、医学的妥当性や安全性に加えて、費用対効果も加味した検討が求められ、公的保険の肥大化を回避する必要がある。

具体的な方法としては、保険外併用療養費制度における選定療養の仕組みを活用することが考えられる。すなわち、現在保険適用とされているサービスの一部を選定療養として保険適用外とすることにより、新たに選定療養とされたサービスの利用については、保険適用サービスとの併用も含めて、個人の選択に委ねることが可能となる。この際、これらのサービスに対する需要が十分大きいものであるならば、それらの費用を保障する民間保険市場が発達すると考えられ、民間医療保険には現在の現金給付型の機能に加えて、適用外サービスに対する実損補償という、新たな役割が期待されることになる。

謝 辞

本論文の執筆にあたって、「医療制度改革における公私保険の役割分担」をテーマとする財務省・財務総合政策研究所と一橋大学との共催で開催した国際ワークショップ（2012年2月

27日）の出席者の方から、多くの有益なコメントを得た。ここに記して謝意を表したい。もちろん、本論文に残された誤りは全て筆者らに帰すべきものである。

参 考 文 献

OECD (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Publishing.
OECD (2009), *Economic Survey of Japan 2009*, OECD Publishing.
Jones, R. S. (2009) "Health-care Reform in Japan: Controlling Costs, Improving Quality and

Ensuring Equity," *OECD Economics Department Working Papers*, No. 739, OECD Publishing.
McKinsey (2008), *The Challenge of Funding Japan's Future Health Care Needs*, McKinsey & Company, Tokyo.
Siciliani, L. and J. Hurst (2003), "Explaining

- Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 7, OECD Publishing.
- 河口洋行 (2012)「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—」,『成城大学経済研究』, 第196号, pp.59-92.
- 佐藤主光 (2007)「医療保険制度改革と管理競争: オランダの経験に学ぶ」,『会計検査研究』第36号, pp.41-60.
- 田近栄治・河口洋行・菊池 潤 (2011)「高齢者医療制度の再構築 (下) リスク調整を踏まえた生涯医療保険制度の提案」,『社会保険旬報』, 第2461号, pp.20-31.
- 田近栄治・菊池 潤 (2012)「医療保障における政府と民間保険の役割: 理論フレームと各国の事例」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- 橋本英樹・池上直己・渋谷健司・泉田信行・野口晴子・康永秀生・宮田裕章・ホセ・M・アキン・マイケル・R・ライシュ (2011)「わが国における医療費抑制と医療の質: トレードオフはあるのか」,『ランセット日本特集号: 国民皆保険達成から50年』, pp.58-69.
- リチャード・C・バン クリーフ (2012)「オランダの医療制度における管理競争—前提条件と現在までの経験」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- 堀田一吉 (2007)「問題提起: 民間医療保険をめぐる現状認識と構造的特徴」,『保険学雑誌』, 第596号, pp.1-12.
- 吉原健二・和田 勝 (2008)『日本医療保制度史 (増補改訂版)』, 東洋経済新報社