

## 2) 特徴的な単独商品の例

従来の多くの医療保険は生命保険契約に付加して加入するタイプであり、カバー内容も「入院一日あたりいくら」というように、どの疾病に対しても定額の給付が多かった。

これに対し単独商品の中には、ターゲットとなる加入者層を女性やすでにがんを患ったことのある患者などに絞り込んだり、給付対象疾患をがんや三大疾病、女性に特有の病気などに特に保険金を高く設定して特徴付けているものなどがある。

中でも新しいものとして、従来の商品のほとんどが定額払いであったのに対し、健康保険がきかない高度先進医療などの自由診療部分に対して実費を支払う商品が発売されている。

### 《自由診療の実費補填する商品の例：セコム損保による自由診療対象保険》

#### <カバー内容>

協定病院における自由診療を含むがんの入院治療が給付対象であり、退院後の外来治療費は給付対象外である。外来のフォローアップは公的保険でカバーされることが多く、費用もさほど高くないためである。なお、再入院した場合は給付対象である。

給付対象となる協定病院は急性期病院のため、入院は2～3週間の場合が多い。約款では基本的に45日間を給付上限としているが、医師が必要と認めれば長期入院も対象となる。

#### <協定病院>

給付対象となる協定病院は現在(※2002年1月時点)約90カ所であり、全国にわたる。日本外科学会の認定病院等のうちがんの年間手術例が100件以上であることを基準として、協力を依頼した。また診療所でもがんに特化して専門化しているところなどと協定を締結した。協定病院以外を患者が希望した場合、同社の基準に合致すれば病院と交渉の上で認める。

治療内容も主治医の裁量にまかせるが、明らかに入院期間が長い病院や、効果が疑わしい薬剤を投与していた場合は請求側の病院と保険会社の顧問医師団が話し合うことはある。ただし保険会社からのコントロールが行き過ぎて、保険会社が診療内容に口出しをしたために事故が起こったりした場合に取り返しがつかないことになる。医療上の判断はあくまでも主治医に任せる。

#### <加入者サービス>

自由診療そのものが知られておらず、公的保険対象外の治療を説明することが容易でない。むしろ信頼できる病院の紹介を受けられることのほうが加入者に安心感を与えているようだ。

今後は保険請求内容をデータとして蓄積して、加入者に対しては年齢別や症状別に、成果の高い病院を紹介していく方向である。また協定病院のインフォームドコンセントの状況などについても、患者満足度調査等を通じて把握を試み、加入者サービスを充実させる方向である。

## 2. 公的医療保障制度と民間保険

### (1) 各国の公的医療保障制度と民間保険の発達

一般に民間の医療保険はその国の公的医療保障制度に対応して形成されているといえる。高齢者・低所得者を除いて公的医療保障制度のないアメリカでは、民間の医療保険に加入せざるを得ないが、医療費が高額なため、医療提供の適正化と組み合わせたマネジドケアが発達している。イギリスは税を財源とした国による「国民保健サービス(NHS)」が医療を提供しているが、不足が指摘されるサービス供給量に不満をおぼえる層を対象に、これを補完する民間の医療保険・医療サービスが増えつつある。ドイツでは基本的に公的医療保険に強制加入であるが、高額所得者もしくは自営業者は加入義務がないため民間医療保険を選択できる。また民間保険会社が疾病保険金庫の業務を代行しているところもある。フランスも公的医療保障制度に原則全国民が加入しているが、自己負担割合が高いため、自己負担をカバーする民間医療保険や共済に加入するのが一般的である。

日本も公的医療保障制度が充実しており、国民のほとんどが健康保険または国民健康保険に加入している。患者は2～3割を自己負担するが、高額療養費制度により自己負担の上限額が定められている。70歳以上の高齢者の場合の自己負担は1割とさらに少ない。これらの状況を反映して、日本で民間の医療保険は比較的未発達であるといえる。医療費そのものは公的保険でカバーされているため、多くの民間医療保険商品は入院給付金や手術給付金としてかかった医療費と関係なく定額で加入者に支払われる。これは必ずしも医療費に充てられているとは限らず、たとえば入院休職中の所得保障としての意味もある。

図表70 各国の公的医療保障と民間医療保険

	公的医療保障	民間医療保険
シンガポール	強制積立制度 公的医療保険メディシールド 最低限のみ公的補助	企業の福利厚生として民間保険商品あり メディシールドの競合商品を民間も販売可
ドイツ	公的医療保険 高所得者加入義務なし	高所得者は個人加入 民間会社が疾病保険金庫の運営代行
イギリス	国民保健サービス サービス供給は不足がち	待機が問題化している国民保健サービスの 代替として民間保険・サービスが増加
フランス	公的医療保険 国民皆保険	医療保険の自己負担分をカバーする民間 保険・共済に加入する割合が高い
アメリカ	高齢者(メディケア)・低所得者 (メディケイド)のみ公的制度	マネジドケアなど民間保険が発達している
日本	公的健康保険 国民皆保険	医療本体は公的保険でカバーが多い 入院・手術給付金などの商品が多い

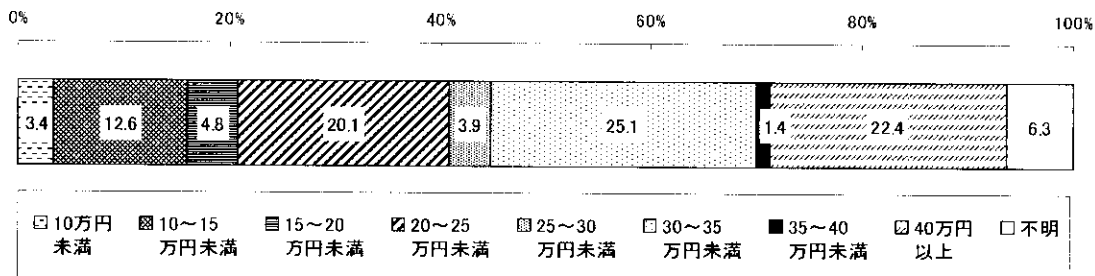
## (2) 日本の公的医療保険と自己負担

公的な健康保険において患者の自己負担は2～3割だが、高額療養費制度により自己負担の上限は所得水準により一定額(一般の場合で63,600円+(医療費-318,000円×1%)にとどまる。また老人保健制度が適用される70歳以上の高齢者の自己負担は1割である。しかし一方で、差額ベッド代、高度先進医療、食事費の一部負担などは自己負担となる。

『平成12年度 生命保険に関する全国実態調査』によると、世帯主が病気・事故などで2～3ヵ月入院した場合に差額ベッド・交通費などとして必要と考える資金額は、平均で月額31.7万円であり、3年前の平成9年の調査(平均30.4万円)より増加している。

生命保険の入院・手術・障害給付金の支払額は平成11年度で7943億円に上る。これは同年の国民医療費の患者負担分4兆4004億円と比較すると18.1%の水準である。しかし保険給付金は必ずしも医療費に充てられたとは限らず、所得保障としての意味合いも強いことに注意が必要である。

図表71 入院した場合の必要資金月額の分布



(資料) 生命保険文化センター『平成12年度 生命保険に関する全国実態調査』

## (3) 民間保険会社と公的制度

今後、医療保険改革により医療サービスの自己負担率が増加するため、自己負担をカバーするための備えとしての民間医療保険が現在よりも注目される予想される。

また、日本損害保険協会は2000年8月に厚生省に対して、要望事項を提出している。介護保険に関する啓発活動を行うとともに、自助努力の必要性をうたえ、保険加入による備えを勧めている。具体的には、①自助努力による老後の備えを支援するための損害保険料控除制度 ②損害保険会社がケアマネジメント等の業務を行える規制緩和 ③介護に関する統計データ開示 を求めている。

## VI. 結論

### 1. 医療制度改革と公民の役割分担

今回調査対象とした 3 カ国(シンガポール・イギリス・ドイツ)は、それぞれ公的医療保障制度が異なっており、民間医療保険はそれぞれの国の公的制度に合わせた商品内容で販売されていた。また、公的制度と民間保険会社の役割分担のあり方も国ごとに大きく異なっていた。この点は、医療保険以外の保険はほぼ商品内容の同じ保険が世界各地で販売されているのとは大きく異なるものであり、3 カ国の民間医療保険の果たしている役割を比較検討することを困難にしている。これは、医療保障制度がそれぞれの国の社会保障に対する理念や過去からの経緯、家族関係のあり方などさまざまな要因の影響を受けつつ、発展・整備されてきたことが影響しているものと思われる。従って、3 カ国の状況を単純に比較して公民の役割分担を論じることは難しいと思われるし、また、危険である。

しかしながら、3 カ国における医療制度改革における民間の役割の変化には、以下の特徴がある。

#### (1) シンガポール

医療制度改革は、国が主導的に行なっている。民間保険会社が、医療制度改革において主導的な役割を果たしているとは言えず、公的制度では満足できない一部の高所得者や企業向けに保険商品を販売しているのみである。公的保障部分を積極的に民間保険会社に任せる、という考え方はあまりない。

しかしながら、シンガポールでは社会保障の理念として国民の自助努力が求められており、公的制度でカバーされる範囲はもともと必要最小限である。そのため、国民は民間保険に加入するという手段以外にも預貯金をするなど、さまざまな方法で医療費に備えている。

#### (2) イギリス

80年代の NHS 改革時に民間保険への加入を国が勧めることが行なわれ、高齢者の加入に対し税制上の優遇措置が与えられたりもしたが、現在では税制上の優遇措置はなくなっている。

基本的には、公的制度改革に合わせて民間保険会社側が新しい制度に合わせて新商品を発売してきたのであり、公的制度側からの働きかけで新しい保険が販売されることは現在の金融自由化の流れの中では難しい状況にある。

### (3) ドイツ

ドイツは、公的医療保障制度発足時より現在に至るまで国民皆保険制度を採用しておらず、民間保険は専ら自営業者と高額所得のある被用者を対象としている。

公的制度改革の中で、公的保険の保険者の競争が進められている。また、公的保険の保険者と民間保険会社との間では、公的保険における保険者間の競争原理導入以前より競合関係にあったのであるが、公的保険の保険者の運営合理化を目指して一定所得以上の労働者にも民間保険会社への加入を認めるなど、一部では民間保険を選択肢に加えることで公的保険の合理化・効率化を図ろうとする動きも見られる。

しかしながら、民間医療保険会社は業法上の制約から他の保険を販売することが禁じられていたりするなど、金融自由化の流れの中では国からの規制を厳しく受けている特異な分野である。これは、医療保険会社が破綻した場合に治療が受けられなくなると、最終的には国が医療を保障せざるを得なくなるため、民間保険会社の活動に規制を加えてその財務内容の健全性を維持しようと考えていることによるものと推察される。

この3カ国のうち、どの国の公民の役割分担のあり方が理想的かを論じることはできない。しかしながら、3カ国で共通している点としては、公的制度の枠外においては給付内容の面で多様な保険商品が販売されており、今後日本における医療制度改革の中で公的保険での給付範囲を狭める際には、民間保険会社の独自の商品開発により、多様な保険の販売を認めることが国民の多様なニーズに応えることになるものと思われる。

また、3カ国での民間保険会社の諸施策から、公的医療保険改革に有益な示唆を与えると思われる点には、以下の点がある。

#### ア) 医療費については、事前に医療機関側と合意しておくこと

3カ国に共通して、保険会社と医療機関の間で医療費に関する協定が行われていた。保険会社が被保険者の治療の都度、医療機関側と個別に費用交渉することは現実的には不可能であるのみならず、費用の増大を招く。また、医療機関側から多額の医療費請求を受ける可能性があり、費用を事前に決めておくことが必要である。

#### イ) 事務処理の集中化・オンライン化

シンガポールやイギリスでは、事務処理を集中化することで人件費・物件費の効率化を図るとともに、オンライン化・コンピューター化を推し進め、できる限り支払業務の効率化、ひいては事務費の削減を行っている。

#### ウ) アメニティ部分や著名な医師による治療については、民間保険での対応が可能

3カ国のどの国においても、公的制度でカバーされない個室や2人部屋などのアメニティ部

分、また、著名な医師による治療費については民間保険でカバーしており、主に高額所得者に活用されている。

日本においても、特定療養費制度の対象を拡大して国民の多様なニーズに対応していく場合、公的保険では給付対象外となる部分について民間保険がカバーすることが大いにあり得ることを示唆している。しかしながら、昨今の金融自由化の流れの中では、公的側から新たな保険を発売するように働きかけを行なうことは難しく、公的側で対象外とされた分野については自由競争の中で各民間保険会社のアイデア・努力で保険が販売されていく必要がある。

## 2. 積立制度活用の可能性

### (1) 積立医療制度の概要

シンガポールでは、強制積立制度である中央積立基金(Central Provident Fund、以下CPF)が公的社会保障制度の中心となっているが、これは保険制度でなく、個人とその雇用主で積み立てた資金で年金や医療費用をまかなっていくものである。今後ますます高齢化が進んでいくなか、こうした制度は将来世代に負担を残さない制度として日本でも注目されている。

医療費用の積み立て制度としてはメディセイブがあり、これは積立金の一部を将来の医療費支払のために準備しておくものである。さらに長期にわたる慢性疾患や高額な手術費用の支払いが発生する場合に備えて、保険制度であるメディシールド(プラス)も準備されている。これはメディセイブの積立金を保険料とするもので、政府も CPF 加入者の殆どが当保険制度に加入されるように申し込み手続きを工夫している。

### (2) 積立制度の課題点

積立基金制度は、シンガポールで1950年代より開始されているが、制度の基本的考え方は、国民の自助努力を促進することと、積立資金を利用して家族間で相互扶助していくという考えの上に成り立っている。しかしながら、医療の高度化に伴う費用の増大や、少子、高齢化が進んでいくなか、積立制度のみで社会保障制度を運用していくことは困難と考えられ、追加的に保険制度が導入されてきた。今後も積立制度とその積立金を保険料とする保険制度と併せた制度として発展していくものと考えられ、2002年より導入が予定されている介護費用の保障制度(エルダーシールド)も、保険制度となっている。

### (3) 日本への導入可能性

日本への導入可能性であるが、シンガポールより高齢化、少子化が進んでいる現状では、単純な積立制度の活用は難しいと考えられる。シンガポールも積立制度に保険制度を組み合わせで運営されており、今後はむしろ保険制度の比重が高まっていく可能性もあると考えられる。

積立制度は医療費の個人負担による抑制効果が大いに期待されるが、高額な医療費が発生した場合等には資金不足に陥るため、民間の医療保険も含め保険制度との併用が必要と考えられる。

## 《参考文献》

### I. イギリス

- ・ イギリス医療保障制度に関する研究会「イギリス医療関連データ集 2000年版」  
((社)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 2001年)
- ・ 武川正吾・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障①イギリス」(東京大学出版会、1999年)
- ・ Laing & Buisson “Private Medical Insurance UK Market Sector Report 2001”
- ・ Laing & Buisson “Health Cash Plans UK Market Sector Report 2001 2<sup>nd</sup> Edition”
- ・ ABI Market Fact Sheet “The Private Medical Insurance Market”

### II. ドイツ

- ・ ドイツ医療保障制度に関する研究会「ドイツ医療関連データ集 2000年版」((財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 2001年)
- ・ 週刊社会保障編集部「欧米諸国の医療保障」((株)法研 2000年)
- ・ 古瀬徹・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障④ ドイツ」(東京大学出版会 1999年)
- ・ Verband der privaten Krankenversicherung e.V. “Private Health Insurance Facts and Figures 1999/2000”
- ・ Zeitschrift Für Versicherungswesen Nr.18/15 September 2001 Arno Surminski “75 Jahre Geschichte der PKV”

### III. シンガポール

- ・ Central Provident Fund Board “Central Provident Fund Board Annual Report 2000”, 2001/6
- ・ Circular No. FSG 71/2001 (replaces Cir No. FSG 28/2001 dated 18 May 01.) Date: 22 Dec 2001
- ・ CPF “Annual Report 2000”
- ・ CPF ウェブサイト [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=/cpf\\_info/Index\\_Members.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=/cpf_info/Index_Members.asp)
- ・ CPF ウェブサイト [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=/cpf\\_info/News/PressRel/N\\_24Aug.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=/cpf_info/News/PressRel/N_24Aug.asp)
- ・ CPF ウェブサイト [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/home.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)
- ・ CPF ウェブサイト [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/Online/ContriRa.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Online/ContriRa.asp)
- ・ CPFパンフレット “MediShield, MediShield Plus”
- ・ Judy Lim 'Health care reform in Singapore: The Medisave scheme' Tan Teck Meng & Chew Soon Beng eds. "Affordable Health Care – Issues and prospects" Simon & Schulster (Asia) Pte. Limited., 1997
- ・ Low Chan Kee ed. "Actuarial and Insurance Practices in Singapore" Addison Wesley, 1996
- ・ Ministry of Finance “Budget Statement 2001” [http://www.mof.gov.sg/bud2001\\_txt1.html](http://www.mof.gov.sg/bud2001_txt1.html)
- ・ Ministry of Health “Annual Report 2001”
- ・ Ministry of Health “Health Care Financing in Singapore”



[http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b.html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html) June 2000

- Ministry of Health ウェブサイト <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/you/you05.asp>
- Ministry of Health ウェブサイト <http://www.gov.sg/moh/mohiss/hlthfin.html>
- Ministry of Health ウェブサイト <http://www.gov.sg/moh/releases/2001/24%20Aug%202001.html>
- Ministry of Health, Policy & Development Division, Strategic Planning Branch "Overview of the Singapore Healthcare System" February 2001, [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_a.html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html)
- Ministry of Information and the Arts "Singapore 2001"
- Monetary Authority of Singapore, Insurance Department, Financial Supervision Group "Training and Competency Requirement: Health Insurance Module"
- Tay Boon Nga (田辺忠史訳) 「シンガポール中央積立基金」『海外社会保障情報』No.88
- 厚生年金基金連合会編『海外の年金制度-日本との比較検証-』(東洋経済新報社、1999年)

#### IV. 日本

- 生命保険文化センター 『平成12年度 生命保険に関する全国実態調査』
- 日本損害保険協会 『日本損害保険協会ファクトブック2000』
- 生命保険協会 ウェブサイト <http://www.seiho.or.jp/>
- 日本損害保険協会 <http://www.sonpo.or.jp/>

医療保険の効率化・合理化に資する先進諸国の  
改革動向に関する調査研究  
報告書

平成 14 年 3 月

編集:財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

〒100-0014 東京都千代田区永田町 1-5 - 7  
永田町荒木ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX: 03 (3506) 8528