

## 患者ニーズへの対応に向けた取り組み

—OECD 諸国の現状とわが国の可能性—

鈴木 玲子

### ■ 要約

本稿では2004年にOECDが発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』を踏まえて患者ニーズへの対応に関するOECD諸国の取り組みを概観するとともに、わが国の現状と今後の可能性について検討する。OECDにおける患者ニーズ向上のための最優先事項は、手術の待機期間の長さや長期介護サービスである。これらの問題に対する日本を含めたOECD諸国の経験や問題点を整理する。また、報告書は公的医療保険と民間医療保険を工夫することによって患者ニーズがより効率的に満たされる可能性を指摘している。ところが報告書では日本の民間医療保険は十分に明らかにされていない。そこで日本の民間医療保険の現状について、普及状況、期待される役割、市場規模、今後の可能性を検討する。

### ■ キーワード

患者ニーズ、OECD、民間医療保険

## I はじめに

わが国では近年医療事故の多発などから医療に対する信頼が揺らぐとともに、医療従事者の患者への対応の悪さや、情報開示の不足などから、医療システム全般に対して国民の不満が高まっている。EUでも医療システムに対する評価として「非常に不満」という回答が13%に上るなど（European Commission 2001）、医療に対する評価はわが国だけでなくOECD諸国で低下していることから、各国政府にとって患者ニーズへの対応が政策上の重要課題となっている。

医療や介護に対する患者の基本的な要求は次のようなものと考えられる。診療技術が高いこと、医療従事者が患者に接する態度が適切であること、病院・保険・治療方法に十分な選択肢があること、価格が高すぎないこと、公正な取り扱いを受けること、身近に頼りになる医療機関があること、

最新の高度医療を受けられること、などである。

患者のニーズはこのように広範に渡るが、OECDではとくに患者のニーズが満たされていない分野として手術の待ち時間の長さや長期介護をとりあげ、これらへの対応が患者の満足度向上のために最重要課題と位置づけている。手術の待ち時間がほとんどゼロの日本からみると、患者が手術までに何ヶ月も待たされることが常態化している国があること自体理解しにくいのが、これがOECD諸国の現実である。長期介護サービスに関しても日本では2000年に公的介護保険が導入されてから急速に充実してきているが、これは国と民間が力を合わせて介護ニーズへ取り組んだ結果といえる。これらに加えて、OECDは多様なニーズへの対応のために民間医療保険の役割が重要であるという立場を明確にしている。民間医療保険を患者が自由に選択できるようにすることによって公的保険だけでは充足できないニーズを満たすことが

期待できるという。OECDが2004年に発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』(“Towards High-Performing Health Systems”)では患者の満足度を向上させるために、手術の待ち時間、長期介護、民間医療保険、の3点を重点課題と位置づけて、各国の現状と政策対応のあり方などを検討している。

本稿ではOECD報告書に即してこれら3点についてOECD諸国の現状を第II節で概観する。はじめの2点に関して日本のパフォーマンスは良好と評価されており、新しい政策的対応の必要性は小さいものと考えられる。しかし3番目の民間医療保険の問題、すなわち公的保険と民間保険のミックスに関する検討はわが国では他のOECD諸国より遅れているとみられることから、第III節でこの問題をやや詳しく検討することとする。

## II OECD諸国の現状

### 1. 手術の待ち時間

OECD諸国のなかには患者が手術をすぐに受けることができず、長い待ち時間があたりまえの国が少なくない。こうした国々では緊急性が低い手術の患者は予約リストに入れられ、手術を受けるまでに何ヶ月も待つことを余儀なくされている。ただし、これによって患者の容体が悪化することはほとんどないということである。しかし具合の悪い状態が長期間継続するので、患者の生活の質(QOL)が著しく低下することから、医療システムが患者ニーズに対応できていない最大の問題点と指摘される。

病気の緊急性にしたがって手術はその優先度から、①『救急手術(Emergency Surgery)』: すぐさま行わなければならない手術、例えば腹部大動脈瘤破裂など、②『緊急手術(Urgent Surgery)』: 手術をしてからでないと退院できない手術、例えば大腸癌による腸閉塞など、③『待機手術(Elective

Surgery)』: 手術は必要だが患者は自宅待機が可能な手術、の3つに分類できる。この中で待ち時間が問題になっているのは待機手術である。待機手術の代表的なものには、白内障、人工股関節、人工膝関節、冠動脈バイパス、経皮経管冠動脈形成、ヘルニア、胆嚢摘出、子宮摘出、前立腺切除、静脈瘤結紮などがある。

この待機手術の待ち時間が深刻な問題となっているのは、OECD加盟国のなかではイギリス、イタリアなどをはじめとした12カ国である。日本、アメリカ、ドイツ、フランスなど8カ国では待ち時間はほとんど発生していない。Blendonほか(2002)による最近の5カ国調査でもこの状況は明らかで、待機手術を過去1年間に必要とした患者のうち4ヶ月以上の待ち時間があつたと答えた患者は、イギリスで最も多く、長い待ち時間が一般的であることがうかがわれる。次いで、オーストラリア、カナダ、ニュージーランドでも待ち患者が多い。一方、アメリカでは手術待ちはほぼ問題となっていない。ここで留意すべきは5カ国すべてで98年から2001年のあいだに待ち時間は増加傾向にあり、事態は改善どころか悪化しているという点である。

Siciliani and Hurst(2003)の計量分析などにより、医師数、病床数が少ないほど、国民医療費が小さいほど、待機時間が長くなることが知られている。したがって、待機期間の短縮化のためには、医師の増員や増床など供給面の政策が有効とみられ

表1 待機手術の待ち患者

	1998	2001
オーストラリア	17	23
カナダ	12	27
ニュージーランド	22	26
イギリス	33	38
アメリカ	1	5

注: 過去1年間に待機手術を必要とした患者のうち4カ月以上待った患者の割合(%)

出所: Blendon, et al. (2002)

る。しかしこれは費用の増加をとまなうため、財政上の観点から容易ではない。そこで、代替的な政策手法が試みられている。例えば医師への報酬支払方法を給与方式から出来高払いとするなど、手術件数を増加させるインセンティブ賦与である。また生産性引き上げのための日帰り手術の奨励も有効と考えられる。

日本では手術待機期間の問題は発生していないといってよい。むしろ問題視されているのは、手術ではなく外来患者の診察待ち時間の長さであろう。しかしこれは主に医療保険の自己負担が低かったために発生した過剰な医療需要であり、患者のモラルハザードと理解すべきであろう。比較的軽い疾患の患者のモラルハザードで待合室が込み合うことは、不便ではあるが、症状を悪化させることは少ないので、それ自体の問題性は大きいとはいえない。ただ、混雑によって重篤な患者に十分な診察時間が確保できなくなる懸念がある。とくに本来重篤な患者のための高度医療を提供するはずの大病院に軽い疾患の患者が溢れ、重篤な患者が長い待ち時間を余儀なくされている点は重大な問題である。政府はこの大病院外来の混雑解消のために、大病院の初診料引き上げ、紹介制度、病院の機能分化などの諸策をとっているが、患者の大病院志向を十分に払拭するには至っていない。

## 2. 長期介護

高齢者への長期介護サービスに対する必要度は国によって異なる。とくに三世同居比率が高く家族内で介護をする習慣がある国(日本、イタリア、韓国など)ではそれ以外の国より公的介護サービスの必要度が低かった。ところが近年多くの国で人口の高齢者が進むとともに、三世同居比率が低下しており、公的支援の必要性が急速に高まっている。OECD主要国における介護費用を比較すると(表2)、スウェーデンはGDP比2.7%と

表2 高齢者介護費用

(GDP比, %)

	公的支出	総費用
日本	1.0 <sup>1)</sup>	—
ドイツ	0.8 <sup>2)</sup>	—
スウェーデン	2.7	2.7
イタリア	—	0.6
イギリス	1.0	1.3
アメリカ	0.7	1.3

注：日本とドイツ以外は Jacobzone (1999)による1992～95年推計値。

1) 2003年度公的介護保険総費用予算額4.8兆円をGDP 501.6兆円で除した数値。

2) 2003年公的介護保険給付額166億ユーロをGDP 2兆1300億ユーロで除した数値。

高く、イタリアが0.6%で最も低い。日本を含め1%内外の国が多い。またスウェーデンでは公的制度の役割が大きく、反対にアメリカでは公的支出は全費用のほぼ半分ではないという特徴がある。

長期介護サービスに対する患者本人および介護者からのニーズは非常に高いにもかかわらず、各国でその供給体制は必ずしも万全ではなかった。過去10年間にOECD諸国はこの問題に精力的に取り組んできたものの、多くの国でその成果はいまだ十分とはいえない。強制加入の公的介護保険が整ったドイツと日本以外では、多くの国々が医療制度と社会福祉制度との関連でどのように長期介護を位置づけるかを模索している状態である。

各国の取り組みの成果のひとつとして、画一的な施設ケア一辺倒だったものが、より自宅に近い環境でのケアへ改善されたことがあげられる。大規模老人ホームに代わる居住方式として、グループホームの普及があげられる。患者と家族の居住スタイルの嗜好を反映できるのが特徴で、自宅の生活に近づく工夫がなされている。日本、フランス、スペイン、スウェーデン、アメリカで普及し一般的になりつつある。しかしながらグループホームではコスト増加が問題となっている。これに対して、在宅ケアは高齢者に歓迎される介護方法であるう

えに、比較的低いコストで実施することが可能であることから、在宅ケアの普及は将来の介護費用を低下させる可能性がある。

受けるサービス内容に関して患者の選択の幅が広がった点も重要な成果である。例えば、スウェーデンやオランダでは従来国主体の給付であったものが、民間企業による在宅介護サービスが認められるようになった。また患者や介護者が一定の費用の枠内で購入するサービスを自由に決められる方式が、日本、ドイツ、フランス、ノルウェー、オーストリアなどで採用されている。これによって、利用するサービスを患者自らがコントロールできるようになった。この選択性は高く評価されており患者満足度は大幅に向上したといえる。ドイツではサービス給付か介護手当(現金)給付かの選択が可能である。現金のほうが額が小さいにもかかわらず、2/3が自由に使える現金のほうを選んでいる。この方法では介護にあたる家族の労働に報いることができることから、高コストの外部サービスよりも安上がりな家族介護が促進されるメリットが期待されている。

こうして給付体制が充実する一方で、介護サービスに対する過剰需要の発生を抑える工夫が各方面でなされている。まず、患者の介護度を評価し最適な給付水準を設計する方法で、これは日本、ドイツ、イタリア、オランダ、フィンランドで導入されている。また、給付対象者を絞るためにフランスやアメリカをはじめ多くの国が所得や資産のミーンズテストを行っている。これに対して日本とドイツでは強制加入の公的介護保険を導入し、広く勤労世代から保険料を徴収することによってミーンズテストなしの介護給付を実現した。その場合でも過剰需要を回避するための患者負担が設定されており、日本では10%の、ドイツでは定額の費用負担を課している。

### 3. 民間医療保険

OECD 諸国の多くは公的医療制度によって国民

に医療を給付している。しかし国民のニーズが多様化し、医療技術の高度化も進む現在では、すべての医療サービスを公的医療制度でカバーすることが難しくなっている。公的医療保険の不足を埋める形で民間医療保険が患者の医療サービス選択の自由度を高めている国々は多い。

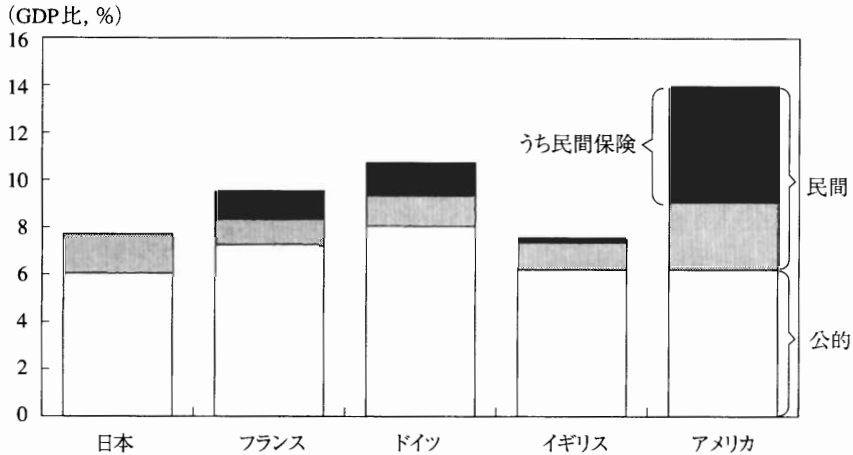
民間医療保険の発達の程度は国による差が非常に大きい。医療費の財源として民間保険が占める大きさを比較すると、アメリカでは民間財源のほぼ2/3が民間保険から支払われており、フランスとドイツでは約1/2、イギリスはずっと少なく1/5程度である。日本は1%程度と推計されている。日本でも民間医療保険の利用が近年急速に進んでいることを考えると、日本の値は過小推計のように感じられるが、これは日本で普及しているタイプの保険がOECDの医療保険の定義に相当しないためとみられる。

各国の民間医療保険の普及状況がこのように大きく異なるのは、民間医療保険の守備範囲がそれぞれの国の公的医療保険のあり方に大きく依存しているためである。すなわち公的医療保険のカバーする範囲が狭く給付が薄い国ほど、民間医療保険が発達しているのである。

そこで公的保険の給付範囲の違いを簡単にみると、国による違いが大きいことがわかる。例えば、日本では当然のようにカバーされている外来の処方薬剤および歯科サービスや眼科サービスも、少なからぬ国で公的保険の対象とはなっていない。また日本ではほぼすべての病院が公的保険の対象だが、公的保険が公的病院に限られ民間病院で受診することはできない国もめずらしくない。さらに診察時の自己負担率の大きさも国によってさまざまで、ほぼゼロから30%程度までの差がある。

このような公的医療保険に対応して民間保険の受け持ち範囲が決まることから、OECD(2004)は民間医療保険を次のように分類している。

①『併用型(Duplicate)』: 公的保険と同じ医療



注：日本は2001年の値、それ以外の国は2002年の値。

出所：OECD Health Data 2004

図1 国民医療費の財源

サービスをカバー(公的保険と重複して加入)

- ②『代替型 (Substitute)』：公的保険と同じ医療サービスをカバー(公的保険を脱退して加入)
- ③『補完型 (Complementary)』：公的保険の自己負担分を給付
- ④『補足型 (Supplementary)』：公的保険が適用されない医療サービスをカバー

①併用型は公的保険加入者が給付内容の向上をめざして加入するもので、代表的な例は、イギリス、オーストラリアの公的保険は公立病院への入院しか認めないが、このタイプの民間医療保険を併用すれば民間病院へ待ち時間なしで入院できる。②代替型は、公的保険か、民間保険か、いずれか1つしか入れないタイプである。例えば、ドイツでは高所得者は公的保険を脱退して民間保険へ移行することができる。また、アメリカでは公的保険の対象とならない勤労世代の多くはこの民間医療保険に加入しているほか、高齢者医療制度(メディケア)でも公的プログラムへ加入するか、民間保険のプランに加入するかを選択が可能である。③補完型は、自己負担を支払ってくれるもので、フランス、ドイツをはじめ多くの国で利用され

ている。とくに自己負担率が日本と同様に比較的高いフランスではこのタイプを中心に国民の8割以上が民間保険に加入している。アメリカではメディケアの自己負担分を支払うためのメディギャップという民間保険が普及している。④補足型は、公的医療保険でカバーされない医療サービスを対象とする保険で、多くの国で利用されている。このタイプでは歯科・眼科の診療や、贅沢な病室などアメニティーを対象としたものが多く、いわゆる「小さなリスク」への対応や補助的なサービスをカバーするための保険である。近年、フランスやドイツでは介護サービスを対象とした保険も一定の市場を形成している。表2に主要国の人口に占める民間医療保険加入者の比率と保険の種類をまとめた。日本の加入率は僅少と報告されているが、これは民間医療保険が近年普及し、いちじるしい日本の現状と乖離があるように思われる。この点を含め日本の民間医療保険の詳細について次節で詳しく検討する。

このようにOECD諸国ではさまざまなタイプの民間医療保険によって患者ニーズへの対応が改善されつつある。とくに民間医療保険によって患者の

選択の幅が広がる必要がある。そのためには、同一の医療サービスの市場で多くの保険者が競争し安価で多様な保険商品が開発されること、消費者が自由に保険者を選択・変更できることが重要である。

### III わが国の民間医療保険の現状

わが国の保険市場では民間医療保険は第3分野と呼ばれ、永く外資系生命保険会社や中小国内生命保険会社にしか参入が許されていなかった。2001年に規制緩和の一環で大手生命保険および損害保険会社にも開放されたことから、市場の競争が進み多くの保険商品が販売されるようになった。その結果、規制緩和から間がないものの、急速に加入者が増加しているものとみられる。ところが、OECDの資料にみるかぎり、わが国の民間医療保険の加入率は低く、給付額もわずかである。両者のへだたりは、わが国で普及している民間医療保険が先のOECDによる4分類のいずれにも当てはまらないためとみられる。わが国で中心的な医療保険は実際にかかった医療費負担の大きさにかかわらず入院1日当たり定額を給付するものである。したがって、これは医療費負担リスクの保障というより、所得保障の性格が強い<sup>1)</sup>。このためOECD統計の医療保険の範疇に入らないものと見なされているようだ。

日本の医療保険は主に入院および手術に対して定額の給付金を支給するものが一般的で、ほとんどすべての生命保険会社や損害保険会社から販売されている。購入方法には2つのタイプがあり、ひとつはそれ自体を主契約とするタイプであり、いまひとつは生命保険および年金保険の主契約としたうえでこれに入院(および手術)保障を特約としてつけるタイプである。さらに主契約には個人加入タイプと団体加入タイプがある。保障内容を見ると、入院給付は5日目から1入院120日(通算700日)を対

表3 民間医療保険の加入率

国名	加入率(%)	保険の種類
オーストラリア	44.9	併用、補完、補足
カナダ	65.0	補足
フランス	86.0	補完、補足
ドイツ	18.2	代替、補足、補完
日本	僅少	n.a.
イギリス	10.0	併用、補足
アメリカ	71.9	代替、補足、補完

出所：Colombo and Tapay (2004)

象とするものが多く、給付額(日額)は5,000円程度が多い。また手術給付金は入院給付金日額の10倍(虫垂切除手術など)、20倍(甲状腺手術など)、40倍(胃切除術)などのように設定されるようだ。

このようにわが国の民間医療保険の内容は所得保障に近いとはいえ、国民からは医療費補償と認識され、広く普及し一定の役割を担っている。そこで以下では、OECD統計では捕捉されていないわが国の民間医療保険の現状を明らかにするとともに、患者ニーズへの対応の観点から今後の展望を考察する。

#### 1. 加入率と給付水準

民間保険会社の収支統計(生命保険文化センター 2003)によれば、2002年度末の医療保険契約数は2億7,600万件にのぼる。保障内容別では、入院が1億9,900万件、入院が7,700万件である。主契約と特約に分けると、主契約が600万件、特約が2億7,000万件と、後者が圧倒的に多い。損害保険会社の取扱い分を合わせればさらに大きくなるとみられるが、損害保険の統計では医療保険の詳細データが公表されていないため、本分析では生命保険会社の販売分だけを対象とした。

このように契約件数は日本人口を大きく上回ることから、複数の医療保険に加入している個人が多いことがわかる。そこで、アンケート調査から民間医療保険への個人の加入状況を調べる<sup>2)</sup>。厚生

労働省(1998)によれば、18歳以上の民間医療保険加入率は57.9%である。30歳代、40歳代での加入率は高く、70%を超える。医療保険加入者がどのような種類の保険に加入しているかについては、入院94.3%、通院<sup>3)</sup>60.5%、がん<sup>4)</sup>41.1%などとなっている。一方、生命保険文化センター(2001)では、入院給付金が支払われる生命保険の加入率を調べている。それによれば、18～69歳の入院保険(がん保険などを含む)の加入者比率<sup>5)</sup>は73.0%である。これらからみれば、日本の民間医療加入率はフランス(86.0%)を下回るものの、アメリカ(71.9%)やカナダ(65.0%)とほぼ同じくらい高く、イギリス(10.0%)やドイツ(18.2%)を大きく上回るということが出来る(数値は表3より)。

さらに生命保険文化センター(2001)のアンケートでは、入院保険契約の給付金(日額)を尋ねており、それによれば男子平均10,100円、女子平均7,800円となっている(複数の保険に入っている場合には合計額)。また入院経験者は平均で24.7万円、1日当たりでは12,900円の給付を受けている。現在、公的医療保険の自己負担限度額(月額)は約7万円<sup>6)</sup>であるが、実際には差額ベッド代や給食費などが加わるので、病院への支払い総額はこれを大きく上回ることになる。保険契約の入院給付金はこの支払い総額の60～80%に相当するとみられることから、加入者は入院費用リスクの大半を医療保険でカバーしているということができよう。

## 2. 民間医療保険の役割

前出の両アンケートでは民間医療保険に加入している理由を尋ねている。それによれば、①入院が長期化すると入院費がかさむから、②公的医療保険の自己負担分を補うため、③公的保険対象外の医療を受けるかもしれないから、④病気の長期化で収入が途絶えることに備えて、などが上位を占める。ここから加入者が保険に期待する機能がOECDの民間医療保険の4つの分類のいずれに

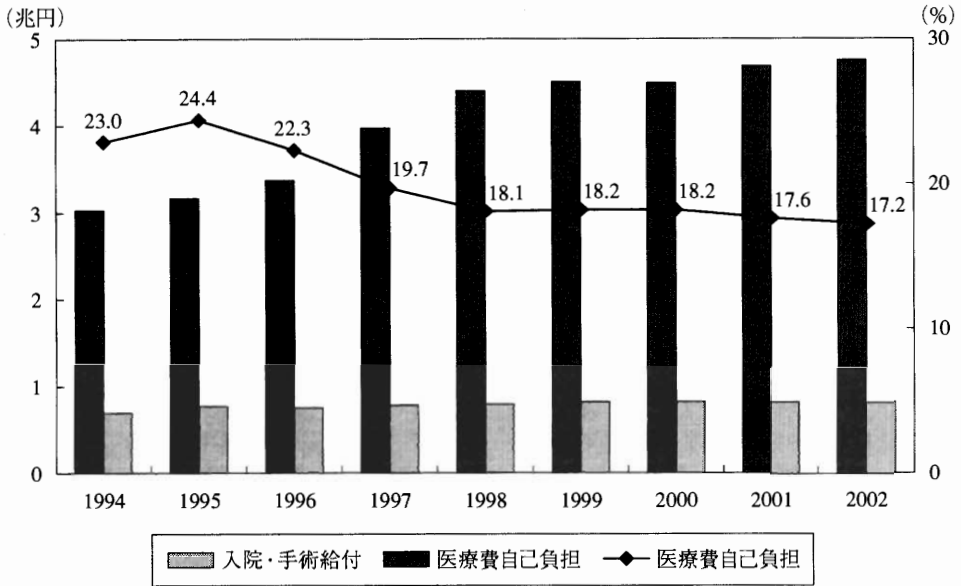
当てはまるかを考えよう。公的保険が全国に普及している日本ではOECD分類上の併用型と代替型保険を期待する加入者は見当たらないが、①と②の期待は自己負担を補うための補完型保険に類似し、③は公的保険の対象外治療費を支払うための補足型保険に相当するだろう。④がOECDの分類にはない日本的な所得保障にあたる。

日本の民間医療保険は所得保障的で本格的な医療リスクの保障の範疇に入らないといわれるが、購入する国民のニーズからみれば、日本の民間医療保険にOECD諸国の保険と本質的な違いはないといえる。したがって、OECD分類の補完型と補足型に類似した民間医療保険が国民のあいだに広く普及しているということができよう。ただし、OECDの補足型保険が多くの場合には歯科や眼科などリスクの小さい分野を対象としているのに対して、わが国では入院や手術が保障の中心である。これは日本の公的医療保険が重病に対するよりもむしろ軽い疾病に対して厚い給付となっている<sup>7)</sup>ことの反映とみることができよう。

## 3. 民間医療保険の規模

民間保険会社の収支統計(生命保険文化センター2003)によれば、わが国の医療保険の支払件数は、入院給付が約404万件、手術が約174万件にのぼる(2002年度)。厚生労働省「患者調査」2002年から推定される年間入院件数はおよそ1,430万件と見込まれる<sup>8)</sup>ことから、民間医療保険の給付件数は全入院件数の約28%に相当する。

次に、民間医療保険(入院+手術)の給付総額をみると、近年は増加傾向にあり、2002年度で約8,200億円に達する。これは国民医療費の自己負担額4兆8千億円の約17%に相当することがわかる。これは民間医療保険が民間負担分のおよそ半分に達するフランスやドイツには及ばないが、19%のイギリスと拮抗する水準である(図1参照)。OECDの国際比較統計にはカウントされないもの



出所：生命保険文化センター「生命保険ファクトブック」

図2 民間医療保険の給付規模（国民医療費自己負担との比較）

の、日本でも民間医療保険は一定の市場を形成しているということができよう。

#### 4. 今後の見込み

OECDの分析によれば、公的医療保険が適用される範囲、すなわち適用される国民、医療機関、医療サービスの種類の範囲、の大きさによって民間医療保険の市場規模が決まるということである。この考え方に従えば、わが国の公的医療保険は全国民に適用され、公的と民間のほぼすべての医療機関に適用され、しかも外来、入院、処方薬剤まで適用される医療サービスの範囲が広いことから、民間医療保険の普及余地は小さいものと考えられる。ところが最近、患者の自己負担率の引き上げや、入院時の食事代や差額ベッド代の自由化などによって、患者負担は急速に増加している<sup>9)</sup>。民間医療保険の普及は国民のあいだの負担感の高まりを反映しているものと考えられる。

健康や医療は日本国民の最大の関心事である。高度で快適な医療サービスへのニーズはとどまる

ところを知らない。これらのニーズをすべて公的医療保険で賄うとすれば、医療財政は今後さらに規模を拡大することになる。また将来の高齢化の進行も医療財政の拡大を迫る。制度を支える勤労世代の人口が減少しつつあることを考慮すれば、将来にわたって存続可能な公的医療保険の守備範囲を含めて、医療システムのあり方を見直す必要がある。その際には民間医療保険をどのような分野で活用していくかという公私ミックスのあり方を医療システム全体の中で議論していくことが重要となつてこよう。

民間医療保険をうまく活用すれば、患者の経済的リスクを軽減できるほか、質の高いサービスの選択が可能になるため、患者満足度が向上する可能性が大きい。さらに公的医療保険では新技術の保険への組み入れが遅れがちだが、民間医療保険によって最新医療技術の普及スピードが高まる可能性も大きい。こうしたメリットを最大限に活かしつつ、民間医療保険によって引き起こされる問題に十分に対処する必要がある。最大の問題は



民間医療保険によって医療アクセスの平等性が脅かされる懸念が大きいことである。低所得者や高齢者など高リスク層への配慮が欠かせない。OECD諸国のなかでは民間の保険料に上限を設けるなどの工夫をしている国々の経験が参考になるだろう。また公的保険の肩代わりのために安易に民間保険を活用することは間違いである。OECD諸国のこれまでの経験では、民間医療保険の増加で公的医療保険を縮小することはできない。民間医療保険が多様化した高度な患者ニーズを満たす結果、国民医療費が増加することが予想されるからである。

#### 注

- 1) 牛越(2004)では、日本の民間医療保険市場で大部分を占める定額給付型保険を医療保険と呼び、実際にかかった医療費用を補償する保険を医療費用保険として区別している。定額給付型の保険はドイツで入院1日当たり定額保険(Hospital Daily Allowance Insurance)が販売されているなど、このタイプの医療保険は日本独自のものというわけではない。ただし、Verband der privaten Krankenversicherung(2004)によれば、ドイツの民間医療保険料全体に占める入院定額保険(単体)の比率は3.3%に過ぎない。
- 2) わが国では単体の医療保険への加入は比較的少なく、特約のかたちで生命保険本体へ付加するタイプが多い。ここで医療保険とは単体と特約を合わせたものを指す。
- 3) 退院後の通院に対して給付するもの。半数程度の生命保険会社が販売している。
- 4) 特定の疾病の入院や手術に対して給付するもの。がんのほかに、成人病(がん、心疾患、脳血管疾患、高血圧、糖尿病)、女性疾患(乳がん、子宮筋腫など)などがある。半数程度の生命保険会社が販売している。
- 5) 民間の生命保険会社、郵便局、JA(農協)、盛況、全労済で取り扱う生命保険を含む。
- 6) 医療費の30%の患者負担率が適応されるのは下記の限度額まで。それを上回ると医療費の1%の自己負担が加算される。限度額を上回る医療費の残り99%は「高額療養費」として公的医療保険から償還される。限度額は患者の所得によって3段階にわかれ、1)住民税非課税世帯 35,400円、2)一般 72,300円、3)

(標準報酬額が56万円以上) 139,800円。

- 7) 鶴田(1995)は公的保険が本来の機能である重病にたいして十分でなく、軽い疾病に対して十分すぎたために、待合室の「サロン化」など深刻な事態を招いたと指摘している。
- 8) 厚生労働省「患者調査」によれば2002年9月の退院患者数は119万人である。119万×12カ月=1,428万を年間入院数と見込んだ。
- 9) 実際に国民医療費に占める患者負担の割合は1996年度11.8%から2002年度15.3%へ高まっている。

#### 参考文献

- Blendon, R. J., et al. 2002. "Inequities in health care: a five country survey." *Health Affairs*, vol. 21, No. 3, 182-191.
- European Commission. 2001. Key Figures on Health Pocketbook
- Colombo, Francesca and Nicole Tapay. 2004. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, *OECD Health Working Papers No. 15*
- Siciliani, Luigi and Jeremy Hurst. 2003. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries, *OECD Health Working Papers No. 7*
- OECD. 2004. Proposal for a Taxonomy of Health Insurance, *OECD Study on Private Health Insurance*
- Jacobzone, S. 1999. Aging and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 38*
- Verband der privaten Krankenversicherung. 2004. Private Health Insurance; Facts and Figures 2003/2004
- 牛越博文 2004「民間の医療保険をめぐる最近の動向」『医療経済研究機構レター』No.125, pp.23-26
- 厚生省大臣官房政策課調査室 1998「公的・民間サービスの機能基礎調査報告書」
- 砂川知秀, 江頭達政 2003「欧州3ヶ国の医療・介護分野における民間保険市場の最新動向」『損保ジャパン総研クォーターリ』42号
- 生命保険文化センター 2001「生活保障に関する調査」
- 生命保険文化センター 2003「生命保険ファクトブック」
- 鶴田忠彦 1995「日本の医療サービス市場の諸問題」鶴田編『日本の医療経済』東洋経済新報社
- 矢倉尚典, 田中充, 田中健司 2003.「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業」『損保ジャパン総研クォーターリ』42号

(すずき・れいこ (社)日本経済研究センター主任研究員)