

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 2000-2001 年を中心とする民間保険市場と公的制度との関係

目 次

- ・はじめに
- ・欧州 3 ヶ国の医療・介護分野における公的制度と民間保険との関係：概要と特徴
- ・イギリスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場
- ・ドイツの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場
- ・フランスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

調査部長 砂川知秀 研究員 江頭達政

要 約

・はじめに

本稿は、本誌 34 号のレポート「欧州 3 ヶ国の医療・介護分野における公的制度の最新動向と民間保険市場の現状」の続編として、2000-2001 年を基準点としたイギリス、ドイツおよびフランスの医療、介護分野における民間保険市場の役割と動向を整理したものである。

・欧州 3 ヶ国の医療・介護分野における公的制度と民間保険との関係：概要と特徴

民間医療保険は、イギリス、フランスでは、公的医療制度における不十分な部分を補完する位置づけとなっている一方、ドイツでは公的医療保険で十分補償されない部分を補完するとともに、高額所得層について公的医療制度が民間医療保険を選択することができる。

民間介護保険についても公的介護制度を補完、代替するものとして販売されている。その前提となる公的介護制度の状況は国ごとに大きく異なっている。

・イギリスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

医療分野における 2000 年 NHS プラン等の改革動向について概観し、民間保険市場における動向について整理する。介護分野についても同様の整理を行う。

・ドイツの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

医療・介護分野における民間保険が、公的制度の補完のみならず代替的な役割を果たしている内容について確認し、最近の動向について整理する。

・フランスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

医療分野における普遍的疾病給付の動向と介護分野における個別自立手当の動向について概観し、民間保険市場における動向について整理する。

．はじめに

1．本稿の狙い

当研究所は欧州医療・介護保険市場について定期的に調査を行っており、最近では、本誌 34 号において「欧州 3 ヶ国の医療・介護分野における公的制度の最新動向と民間保険市場の現状」を掲載したが、本稿はその続編として、イギリス、ドイツおよびフランスの医療、介護分野における民間保険市場の役割と動向を整理したものである。

本稿では、欧州諸国の中で、人口規模および経済規模が大きく、民間保険市場も比較的発達しているイギリス、ドイツおよびフランスの医療、介護分野における民間保険市場を調査対象としている。

医療分野については財政基盤が税金方式か社会保険方式かの差はあるものの、3 ヶ国ともに原則として全住民を対象とする公的医療制度が確立しており、民間医療保険は公的医療制度を補完する役割または代替する役割を果たしている。一方、介護分野では 3 ヶ国間で公的制度の充実度合いが異なるが、民間介護保険も公的制度を補完する役割を果たしている。このため、これら 3 ヶ国における医療・介護分野における民間保険市場の役割を整理するためには公的制度の動向を把握することが必要であり、医療・介護分野における公的制度の基本的な枠組みと最近の動向についても紹介する。

本稿で用いる統計数値は、本稿執筆の時点で最新である 2000-2001 年のデータを中心とし、民間保険市場の動向や制度改革動向については現地調査に基づく 2002 年の話題にも触れることとする。なお、本稿では 2002 年 11 月から 12 月にかけて実施したイギリス、ドイツ、フランスにおける現地調査の結果を多く用いている。現地調査におけるインタビュー先は次のとおりである。

イギリス

- ・ Association of British Insurers (イギリス保険協会：以下「ABI」という)
- ・ Birmingham University, Health Services Management Center (バーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部) Dr.Jonathan Shapiro
- ・ Datamonitor 社 (市場調査を行う専門調査会社)
- ・ The British United Provident Association (民間医療保険部門イギリス第 1 位の共済：以下「BUPA」という)

ドイツ

- ・ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V (ドイツ民間医療保険協会：以下「PKV」という)
- ・ Debeka 社 (民間医療保険部門ドイツ第 2 位の保険会社)

フランス

- ・ Fédération Française des sociétés d'Assurances (フランス保険協会：以下「FFSA」という)
- ・ Conservatoire National des Arts et Métiers (専門教育機関：以下「CNAM」という)
- ・ Fédération Nationale de la Mutualité Français (全国フランス共済連盟：以下「FNMF」という)
- ・ Axa 社 (民間医療保険部門フランス第 1 位の保険会社)

2. 本稿の構成

本稿の構成は、まず、欧州3ヶ国の医療・介護分野における公的制度と民間保険の関係について概要と特徴を確認し(第 章)次に国別に民間保険への影響という観点から医療・介護分野における公的制度の現状と最近の動向を概観し、民間保険市場について2000年から2001年を中心とする動向を整理する(イギリス第 章、ドイツ第 章、フランス第 章)。

・ 欧州3ヶ国の医療・介護分野における公的制度と民間保険との関係：概要と特徴

1. 欧州3ヶ国の特徴

民間医療保険は、イギリス、フランスでは、公的医療制度における不十分な部分を補完する位置づけとなっている。ただし、イギリスでは公的医療制度の利用に不便さがあることから、公的医療制度に代えて民間医療保険を利用することで自由に医療サービスを受けることができるという意味で補完的であり、フランスでは公的医療制度の給付対象外の部分が大きく、この部分につき民間医療保険で補償を得るという意味で補完的である。

一方、ドイツでは公的医療保険で十分補償されない部分を補完するとともに、高額所得層について公的医療制度か民間医療保険を選択することができ、民間医療保険が公的医療制度に代替できるという点に特色がある。

民間介護保険についても公的介護制度を補完、代替するものとして販売されている。ただし、前提となる公的介護制度の状況は国ごとに大きく異なっている。イギリスは公的医療制度による病院介護、ナースィングホームの身体介護を除き原則として全額自己負担となり、資産額が低い場合に自治体からの補助金が支給される。ドイツの場合は1995年に公的介護保険制度が開始され、公的医療保険制度と同様の仕組みで運用されており、高額所得層については公的介護保険に代替する形で民間介護保険の参入が認められているという特徴も同じである。フランスでは社会保障制度と社会扶助制度のもとで低所得者層に対する給付のみであったが、2002年1月から全住民を対象とする新たな介護手当制度が導入されている。なお、こうした公的介護制度を補完または代替する民間介護保険であるが、医療保険の場合と異なり小規模な市場にとどまっているのが現状である。

高齢化の進展や医療技術の高度化等の要因で医療コストが上昇する状況下、各国の公的制度では医療・介護に係わるコストの抑制をはかりながら医療・介護の質の向上・水準維持を達成するという課題に取り組んでいる。その中で、民間保険が今後どのような役割を果たしていくかについては、公的制度改革の方向性に依存するところが多い。3ヶ国ともに、従来から公的制度が大きなウェイトを占めており、今後とも短・中期的にはこの枠組みが大きく変化する可能性は小さいとの見方が一般的である。

2. 公的医療制度と民間医療保険

詳細は第 章以下で触れるが、まず医療分野における公的医療制度と民間医療保険との関係を明確化するため、各国の概況について整理する。

(1) イギリス

医療分野における公的制度は全住民を対象とした国民保健サービス(National Health Service: 以下「NHS」という)と呼ばれる公的医療制度が基本となっている。財源は大部分が税金であり、現物給付が原則で住民は無料で医療サービスの提供を受けることができる。

なお、NHS は、私費診療や個室ベッド利用料などを除きほとんどの医療サービスの費用に対する給付を行っている。ただし、後述するとおり NHS のもとでは利用できる病院が制限されており、また入院して治療できるようになるまで相当長い期間待たなければならないという不便さがある。こうした状況のもと、自由に民間の病院を利用するための費用を補償するものとして民間医療保険が提供されている。

なお、公的医療制度を補完する民間医療保険のトップシェアを占める BUPA は共済組合である。本稿では、イギリスにおける民間保険会社には共済組合も含めて記述することとする。

(2) ドイツ

医療分野における公的医療制度は、全住民を対象とする社会保険制度であり、現物給付を原則とする。ただし、一定所得以上の勤労者、自営業者等は任意被保険者として公的医療制度に加入するか民間医療保険に加入するかの選択権を有しており、民間医療保険が公的医療保険に代替できる制度となっている。また、民間医療保険は公的医療保険の給付対象とならない私費診療や個室ベッド利用料などに対して補完的な補償を提供している。

(3) フランス

医療分野における公的制度は、原則として全住民を対象とした社会保険制度になっており、患者が医療費を全額支払った後に公的医療保険から患者の自己負担部分を控除した額が支給される償還制が特徴である。ただし、後述するとおり民間保険会社が第三者支払方式により、患者の自己負担分を含めて治療費の前払いを不要とするサービスを行っている。また、労災医療や公的病院等による入院医療では患者が自己負担部分のみを支払う第三者支払方式が一般的である¹。

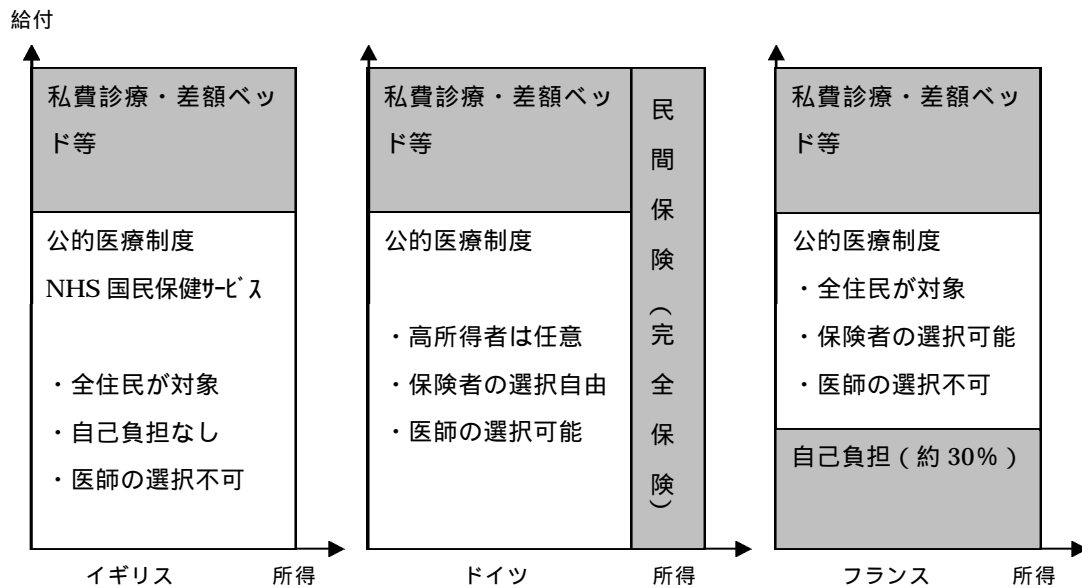
フランスの公的医療制度は、患者の自己負担が平均的に見て治療費の約 30% と相当高く、この自己負担部分の補償を民間医療保険が提供している。また、公的医療保険の対象とならない私費診療や個室ベッド利用料などについても民間医療保険が補償を提供している。

なお、フランスでは公的医療保険を補完する医療保険を販売する者として、一般の保険会社、共済組合、相互扶助組合が存在しそれぞれ民間部門として位置づけられている。本稿ではこの 3 つの形態をまとめて民間保険会社として扱い、個別の形態に言及する場合には一般保険会社、共済組合、相互扶助組合の名称を用いて記述することとする。

なお、3ヶ国の公的医療制度と民間医療保険との関係を単純化し、図にまとめたものが《図表 1》である。

¹ 伊奈川秀和「フランスに学ぶ社会保障改革」(中央法規出版、2000年3月) p.225。

《図表 1》欧州 3 ヶ国における公的医療制度と民間医療保険との関係（網掛けが民間保険）



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成

3. 公的介護制度と民間介護保険

公的介護制度は各国ともに独自の制度となっており、その概要は以下のとおりである。

(1) イギリス

病院介護、在宅介護、施設介護の中で、NHS による病院介護は、全住民が対象となり、自己負担はない。在宅介護は基本的に全額自己負担となる。また、施設介護も基本的に全額自己負担であるが、ミーンズテスト²により低所得者は自治体からの補助を受けることができる。従って、基本的には NHS による病院介護に対する給付のみが公的介護制度である。

民間保険会社は、要介護と認定された場合に一時金を支払うタイプと年金方式で支払うタイプの介護保険を販売している。

(2) ドイツ

1995 年に公的な介護保険制度が開始された。介護認定を受けた高齢者が対象となり、施設介護、在宅介護ともに給付を受けることができる。

ドイツの公的介護保険制度は、公的医療保険制度と同じ仕組みをとっており、公的医療保険制度を選択せずに民間の医療保険を選択した場合は民間の介護保険に自動的に加入する。また、公的介護保険に加入している場合で付加的な補償が必要な場合にも民間の介護保険に加入する。

(3) フランス

2002 年 1 月から 60 歳以上の要介護者に対する新たな制度が開始された。在宅介護、施設介護ともに給

² 保有資産の調査のことを指す。保有資産が 11,500 ポンド以下は自己負担なし、11,500 ポンド超 18,500 ポンド以下は自治体と利用者の共同負担、18,500 ポンド超は全額自己負担となっている。

付対象である。所得制限はないが、所得の額に応じて自己負担額が変わる仕組みとなっている。

介護給付金を補完するものとして民間介護保険が販売されているが、比較的小さな市場規模にとどまっているのが現状である。民間保険会社の介護保険は一時金で支払うタイプと年金方式で支払うタイプがある。

・イギリスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

1. 医療分野における公的制度の動向と民間保険市場

(1) 公的制度の仕組み

イギリスの公的医療制度は、前述のとおり租税を財源としたNHSと呼ばれる制度が基本となっており、すべての住民を対象としている。診察費は原則全額が支給対象であり、薬剤費について一部自己負担がある。このNHSについては入院待機期間の存在や医療機関へのアクセスの不便さという問題があり、現在様々な改革が実施されているが、必ずしも全ての国民が納得できる水準には至っていない。

全住民を対象とするNHSは保健省(Department of Health)により運営されており、財源の大部分は租税である。その組織は、NHS管理運営部(NHS Executive)と、全国に約100箇所ある保健当局(Health Authorities)から構成されている。前者は、NHS政策の策定および調整、医療資源の確保と地方の保健当局への適正配分などが主たる任務であり、後者は住民の保健サービスのニーズを把握するとともに一般家庭医、病院などと協力して保健サービス計画を策定し、病院や一般家庭医と契約を交わし、医療サービスを住民のために購入している。

全ての住民は、かかりつけ医(General Practitioner:以下「GP」という)をあらかじめ選んで登録し、救急医療を除いて、最初にGPの診療を受けなくてはならない。GPの紹介により、病院をベースとする専門医の治療を受けることができる。すなわち、開業医と病院は明確に区別されており、GPはゲートキーパーの役割を果たしている³。診察費は原則全額が支給対象であり、薬剤費について一部自己負担がある。また、個室や小部屋を備えている病院もあるが、これを利用した場合には、支給対象となる額との差額を負担しなければならない。私費診療を希望する患者用に私費ベッドがある病院もあり、この場合には入院費、診察費は全額自己負担となる。

(2) 公的制度の最近の動向

1980年代より高騰する医療費を抑制するための施策が進められてきたが、医療供給システムに手を加えないまま行われた医療費の抑制は、後述するウェイティングリストの急増、予算不足による年度末の病院閉鎖など医療サービス水準の低下をもたらした⁴。国民は、こうしたNHSの提供する医療サービスの質の低下やアクセスの不便さに不満を抱いており⁵、国民の期待に応えるため、政府は数々の改革をすすめて

³ パーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部のJonathan Shapiro博士によると、GPがゲートキーパーの役割を果たすことによって、提供すべき医療サービスの効率化がはかられ、トータルとしての医療費抑制に大きく貢献している。医療サービスの提供を受ける人の比率を概説すると、1,000人の病人がいた場合、GPの診療を受ける人が100人、このうちさらに専門医の診療を受ける人が10人、このうちさらに集中病棟で専門的な治療を受ける人が1人と例示できるとのことである。

⁴ 医療経済研究機構「イギリス医療関連データ集【2001年版】」p.77。

⁵ ABIへのインタビューでは、英国国民のNHSに対する期待は高いが、現実にはその期待に応えておらず、国民のNHSに対する不満があるとの発言があった。その他にも、BUPA、パーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部のJonathan Shapiro博士、Datamonitor社からも同様の発言があった。

きた。

まず、1991年に保守党サッチャー政権により実施された「1991年改革⁶」がある。これは1948年のNHS創設以来の大きな改革であった。次に、1998年に労働党ブレア政権により実施されたのが「1998年改革⁷」がある。そして、現在は、2000年7月に保健省から発表された「NHSプラン(The NHS Plan)」に基づく改革が実施されている。以下、「NHSプラン」の概要を紹介する。また、NHSプランと並行して、従来から継続して実施されている改革の中から、主なものとして、プライマリケア・グループ、国立最適医療研究所(NICE)の活動、NHSダイレクトの活動、ウェイティングリストにおける待機期間の短縮についても紹介する。

NHSプラン(2000年)の概要

2000年7月に発表されたNHSプランには、「21世紀にふさわしい保健サービスの提供に向け、今後10年間にわたって行われる革新的なプランであり、患者により力を入れ、より多くの情報を提供すること、より多くの病院、ベッドを用意すること、より多くの医師、看護婦を用意すること、入院や通院予約の待機期間をより短くすること、病院内の病棟をより清潔にし、食事や設備を改善すること、高齢者へのケアを改善すること、NHS組織をより強化し、最善を尽くすことを再確認すること」などが掲げられている⁸。

NHSプランの具体的目標

政府は、NHSプラン実現のため、2004年までに690億ポンドに達する予算を投じることとしており、施設・設備の強化やスタッフの強化に関して、以下のような改革の数値目標を設定して改革を推進している⁹。

<施設・設備の強化>

- ・一般・急性病床の増設(2004年迄に2,100床目標:2002年7月現在3,070床達成)
- ・プライマリケアセンターの設立(2004年迄に500ヶ所目標:2002年9月現在184ヶ所達成)

<スタッフの強化>

- ・看護婦の増員(2004年迄に20,000人目標:2002年9月現在40,000人達成)
- ・コンサルタントの増員(2004年迄に7,500人目標:2002年9月現在3,700人達成)
- ・GPの増員(2004年迄に2,000人目標:2002年9月現在700人達成)

プライマリケア・グループ

1991年改革において、GPの中で、病院ならびに専門医サービス、処方薬剤も含めた予算を自ら管理し、病院と個別交渉して直接契約を結び、登録住民を当該病院へ紹介することが出来るGPファンドホルダーという新しい制度を創設した。しかし、労働党ブレア政権は、このGPファンドホルダーがサービスの格差を生み出し、適切な医療サービスの供給を妨げているとの理由から、GPファンドホルダーを1999年4月に廃止し、代わってGPとコミュニティ看護婦から形成されるプライマリケア・グループ(Primary Care

⁶ 詳細は長岡繁樹・細田道隆・江頭達政「欧州3ヶ国の医療・介護分野における公的制度の最新動向と民間保険市場の現状」(安田総研クォーターリー 第34号、2000) p.42 参照。

⁷ *Id.*, pp.42-43 参照。

⁸ <http://www.doh.gov.uk/nhsplan/nhsplan.htm> (visited Feb. 24, 2003)

⁹ <http://www.doh.gov.uk/modernisationboardreport/annualreport2003> (visited Apr. 21, 2003)

Group : 以下「PCG」という)を創設した。

一般的な PCG は約 50 人の GP が約 10 万人の住民の診療を担当する。PCG には、担当する人口数に応じて予算が配分され、地域医療の特性に応じた柔軟な予算管理を行う権限を持つ。なお、PCG は全体としての病院サービス、コミュニティサービス¹⁰の購入、処方医薬品、GP の診療施設の整備などの対応を行うが、個々の GP における診療の費用管理には関与しない。GP は個々に NHS と契約し、GP が行った診療に関する費用は個々に支払われることになる。こうしたことから、自らの意思と関係なく、制度として地域単位で集められた約 50 名の GP が、自らの属する PCG についてどれだけのコスト意識を持って医療サービスの向上に取り組むかが課題として残される¹¹。

国立最適医療研究所の活動

1998 年改革において設立された国立最適医療研究所 (The National Institute for Clinical Excellence : 以下 NICE という) は、医薬品、医療機器、医療処置、健康増進等に関する新技術、新製品について、臨床上の効果、費用対効果を評価することとし、年間 30 件から 50 件の評価を行っている。NICE の活動は 1999 年に開始されたばかりであり、その効果を見るにはもう暫く時間を要する状況である¹²。

NHS ダイレクトの活動

NHS ダイレクトは、1998 年 3 月より試験的に開始され、2000 年よりイギリス全土で実施されている。その内容は、患者からの電話に看護婦が 24 時間 365 日体制で対応し、医療や健康に関する情報提供、簡単な治療方法の指導を行うものである¹³。また、NHS ダイレクトのホームページ¹⁴でも 1999 年 12 月より NHS に関する情報提供や、約 400 種類の症状に関するケアの方法¹⁵などを開示している。NHS ダイレクトの利用は増えており、利用者からの評判は概ね良好である¹⁶。

ウェイティングリストの待機期間短縮

NHS 病院への入院を希望し、NHS からの入院許可を待っている入院待ち患者数を、通常、ウェイティングリストと呼ぶ。待機している期間に応じて毎月末の人数がリスト化される¹⁷。ウェイティングリストにおける待機期間の短縮は、NHS 改革の上でも大きな課題であり¹⁸、労働党ブレア政権は、1997 年 12 月

¹⁰ 主にコミュニティ法に基づく在宅介護サービスを指す。

¹¹ 前掲注 4、医療経済研究機構、p.86。

¹² バーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部の Jonathan Shapiro 博士へのインタビューより。

¹³ (財)医療関連サービス振興会が 2002 年 9 月に実施した NHS ダイレクトコールセンター視察におけるヒアリングでは、イギリス全土における 1998 年 3 月から 2002 年 4 月の電話相談実績は約 500 万件であり、2005 年には年間で 3,000 万件の電話相談を目標としている。また、相談内容は、全体の 9 割がプライマリーケアに関する問い合わせとのことである。(医療関連サービス振興会第 11 回海外調査「欧州医療関連サービス調査報告(2003 年 1 月)」より)

¹⁴ <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> (visited Feb. 24, 2003)

¹⁵ <http://www.nhsdirect.nhs.uk/nhsdoheso/index.asp> (visited Feb. 24, 2003)

¹⁶ バーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部の Jonathan Shapiro 博士へのインタビューより。

¹⁷ 1998 年 3 月までは 3 ヶ月単位でリスト化されていた。

¹⁸ ABI、BUPA、バーミンガム大学・社会政策・社会福祉学部の Jonathan Shapiro 博士、Datamonitor 社へのインタビューによると、一般的なイギリス国民の NHS に対するイメージ = ウェイティングリストであるとのことである。

の新 NHS 白書において、ウェイティングリストの人数を 10 万人削減すること、18 ヶ月以上の待機患者をゼロにすることを公約として掲げた。また、NHS プランにおいては、ウェイティングリスト上の最大待機期間を、2002 年 3 月末には 15 ヶ月、2005 年末には 6 ヶ月、2008 年末には 3 ヶ月という目標を掲げている。最近のウェイティングリストの入院待機者数の推移は《図表 2》のとおりである。保健省では「2003 年 1 月末において 12 ヶ月以上待機している人数は前月比で 1,300 人、前年同月比で 20,000 人の減である」、「12 ヶ月以上待機している人数は 9,600 人だけであり、12 ヶ月以上の入院待機者をゼロにするという NHS プランの目標を 3 月末までには達成する過程にある」としている。また、John Hutton 担当大臣は「入院待機の問題は患者にとっての最優先の課題である」として「まだ時間を要するが NHS プランに掲げた目標達成に向けた道筋にある」とコメントしている¹⁹。

《図表 2》ウェイティングリストの推移 / イングランド

	待機期間 (ヶ月)						全待機患者数 (人)
	0-5	6-8	9-11	12-14	15-17	18-	
	待機患者数 (人)						
2002. 1. 31 現在	788,200	146,000	80,600	26,400	3156	28	1,044,400
2002.10.31 現在	789,900	155,000	72,000	15,500	9	0	1,032,400
2002.11.30 現在	792,800	151,200	68,600	12,500	6	0	1,025,100
2002.12.31 現在	805,100	148,000	74,400	10,900	5	0	1,038,500
2003. 1. 31 現在	806,700	148,100	70,400	9,600	7	1	1,034,800

(出典) イギリス保健省 2003.3.7 付ニュース・リリース

(3) 医療分野における民間保険市場

イギリスで販売されている民間医療保険は公的医療制度である NHS で給付対象とならない部分を補償する補完的な医療保険である。ただし、民間医療保険への加入については NHS で支給されない部分に対する補償が欲しいという理由に加えて、ウェイティングリストの入院待機期間の問題に見られるような NHS 利用時の不便さを避けて、民間医療保険を利用して自由な診療を受けたいというも主たる理由となっている。NHS 利用時の不便さを避けるために民間医療保険に加入するということは、公的医療制度と二重に民間医療保険に加入するということであり²⁰、この点がイギリスの民間医療保険の位置づけにおける大きな特徴である。

市場の概要

イギリスでは民間医療保険として Private Medical Insurance(以下「PMI」という)と Health Cash Plan(以下「HCP」という)の 2 種類の保険が販売されている。PMI と HCP では商品内容とともに、販売し

¹⁹ 保健省による 2003 年 1 月 10 日のプレスリリースによれば、12 ヶ月超の待機患者数が、2002 年 10 月より一月で 3,000 人減少し、12,500 人となった。これは、2002 年 3 月以来、一月単位で見た場合、最大の削減数であり、一年前と比較して 20,500 人減少していると評価している。

(<http://www.info.doh.gov.uk/doh/IntPress.nsf/page/2003-0014?OpenDocument> (visited Feb. 24, 2003))

²⁰ BUPA ではこのような顧客の契約形態を、NHS でのカバー対象でありながら、同時に民間医療保険へも加入することから“duplicate system”と呼んでいる。

ている保険会社、顧客層も大きく異なっている²¹。

PMI の顧客層は高所得者層が中心であり、入院待機等の不便さを有する NHS を利用することなく、自由に民間の病院を利用し、質の良い医療を受けたいという理由から加入するケースが多い²²。一方、HCP の顧客層は所得がそれほど高くない層が中心であり、NHS の給付対象とならない部分の補償を求めて加入するケースが多い²³。商品内容は当然ながら PMI の方が補償が厚く、HCP は NHS を補完する必要最小限の補償となっている。

2001 年における PMI の契約件数は、3,714 千件、年間収入保険料は 2,657 百万ポンドである²⁴のに対し、同年における HCP の契約件数は、3,187 千件、年間収入保険料は 378 百万ポンドである²⁵。PMI と HCP の契約件数にはそれほど大差はないが、収入保険料の合計で PMI が HCP の約 7 倍となっている。以下、PMI と HCP につき、それぞれの市場の概要を整理する。

PMI 市場

a . PMI 市場の概要

イギリスの PMI についての 1987 年から 2001 年までの契約件数、収入保険料、支払保険金、損害率の推移は《図表 3》のとおりである。2001 年における PMI の収入保険料は 2,657 百万ポンドである。同年の生命保険の収入保険料は 75,872 百万ポンド、損害保険の収入保険料は 42,829 百万ポンドであり、収入保険料を単純に比較した場合の規模はそれほど大きくない。近年の損害率は 80%前後で安定しているが、支払保険金の増加にともない保険料の引き上げが行われている²⁶。

²¹ ABI、BUPA、Datamonitor 社へのインタビューより。

²² BUPA へのインタビューより。

²³ ABI へのインタビューより。

²⁴ Laing and Buisson, "Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002", pp.1-2.

²⁵ Laing and Buisson, "Health Cash Plans-UK Market Sector Report 2002", p.1.

²⁶ ABI、Datamonitor 社へのインタビューより。

《図表 3》PMI の契約件数、収入保険料、支払保険金、損害率

	契約件数 (千件)	収入保険料 (百万ポンド)	支払保険金 (百万ポンド)	損害率 (%)
1987年	2,590	711	581	82
1988年	2,809	819	689	84
1989年	3,083	951	815	86
1990年	3,300	1,110	984	89
1991年	3,366	1,284	1,128	88
1992年	3,185	1,464	1,202	82
1993年	3,392	1,551	1,226	79
1994年	3,390	1,617	1,295	80
1995年	3,430	1,718	1,388	81
1996年	3,484	1,873	1,502	80
1997年	3,486	2,000	1,586	79
1998年	3,585	2,070	1,702	82
1999年	3,557	2,222	1,833	83
2000年	3,677	2,455	1,942	79
2001年	3,714	2,657	2,066	78

(出典) Laing and Buisson, "Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002"

b. プレイヤー、マーケットシェア

PMI 市場では BUPA、PPP 社、Norwich Union 社が 3 大プレイヤー²⁷である(《図表 4》参照)。

最大のシェアを有している BUPA は 1947 年に設立された共済組合であり、現在は約 190 ヶ国に 400 万人近い会員を擁し、イギリス国外の会員は 100 万人を超えている。スペインに子会社を有し、サウジアラビア、香港、アイルランド、タイに事務所を設置している。イギリス国内では 4 万人のスタッフを擁し、36 の病院、34 の健診センター (health screening centre) そして 245 のケアホーム、54 の退職者ホーム (retirement home) を運営している。

²⁷ Datamonitor 社へのインタビューによる。ただし、ABI は、BUPA、PPP 社が PMI 市場における 2 大プレイヤーであり、PMI 市場はこの 2 社による寡占状況にあるという表現を用いていた。

《図表 4》PMI 市場における元受け保険料シェア(%)

	1991 年	1996 年	2001 年
BUPA	47	39	37
PPP	28	28	25
Norwich Union	<1	7	9
Standard Life Healthcare	2	4	6
Royal & Sun Alliance	3	2	5
WPA	6	5	4
CIGNA	3	3	3
BCWA	2	2	2
Exeter Friendly	<1	<1	<1
Simplyhealth	<1	<1	<1
CS Healthcare	<1	<1	<1
他	6	7	6
合計	100	100	100

(出典) Laing and Buisson, “Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002”

c . 損害率

近年における PMI の損害率は《図表 3》のとおり 80%前後で推移しており、2001 年における PMI の損害率は 78%である。また、企業契約 (company paid PMI) と、個人契約 (individual / employee paid PMI) に分けて見ると、前者の損害率は 80%であるのに対して、後者の損害率は 75%となっている²⁸。

d . 商品内容

PMI は、補償内容の違いに応じて一般的に「マキシマム」、「スタンダード」および「バジェット」に分類される。補償範囲の詳細は《図表 5》のとおりであるが、マキシマムは入院関連費用および外来費用の全額を補償、スタンダードは入院関連費用を全額補償するが利用病院の範囲に制限があり、また外来サービスにも制限が加わる、バジェットは原則として入院関連費用のみ全額といった違いがある。

²⁸ Laing and Buisson, “Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002”, p.11.

《図表 5》PMI の商品内容

	PMI マキシмум	PMI スタンダート	PMI バジエツト	(参考)HCP
入院時 専門医費用	担保	担保	担保	10～80 ポンド定 額支払い/1 日
民間病院 入院費用	担保	担保	担保	10～80 ポンド定 額支払い/1 日
外来診察費用	担保	限定担保	原則不担保 (例外あり)	理学療法に対し て一時金支払い
在宅看護	担保	不担保	不担保	10～80 ポンド定 額支払い/1 日
NHS 利用時の キャッシュバック	担保	担保	担保	不担保(民間病 院と同様)
外来専門医相談 費用(Specialist Consultations)	担保	担保	担保	70～550 ポンド 支払い限度/1 年
プライベートGP 相 談費(Private GP Consultations)	不担保	不担保	不担保	不担保
歯科・眼科 治療費用	外来診察費用 担保	一般的に不担保	一般的に不担保	30～240 ポンド 支払い限度/1 年
軽微な手術 (minor surgery)	一時金	一時金	一時金	不担保
妊娠	不担保	不担保	不担保	100～800 ポン ド/1 人

(出典) Laing and Buisson, "Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002"

e. 付加サービス

ABI や BUPA によると、近年、保険会社では各種の付加サービスを実施するようになっており、情報提供サービス (information providing service) を実施している会社がある。その多くは、病院に関する情報、専門家やコンサルタントの紹介、ホームページ上での NHS に関する情報の提供といった内容である。

f. 販売網

PMI は、全契約の 57% がブローカーや代理店などの仲介業者 (intermediaries) によって販売されている。残りの 43% は、非営利民間健康保険会社や保険会社の営業社員によって販売されている³⁰。

企業契約と個人契約に分けて見ると、企業契約は全体の 73% が仲介業者によって販売されているのに対

²⁹ NHS を利用して入院した場合、保険金額 (日額定額) に応じた保険給付が行われる。

³⁰ Laing and Buisson, "Health Cash Plans-UK Market Sector Report 2002", p.85.

して、個人契約は全体の 77% が共済組合や保険会社の営業社員によって販売されている³¹。

g . 顧客層

PMI は、主に高齢者、富裕層などを対象に販売されている。前述のとおり、PMI の顧客層は NHS 利用時の不便さを回避するために PMI に加入している。

h . 今後の見方

ABI や BUPA へのインタビューでは「民間医療保険に対するニーズは高い。NHS の改革は進んでいるものの、サービスの質の向上に対する期待はそれ以上に大きく、国民が満足できる水準には至っていない。国民の期待が高まれば高まるほど、政府の行う NHS 改革と折り合いがつかず、民間医療保険に対するニーズが更に高まるだろう」との見解を示している。

HCP 市場

a . HCP 市場の概要

1987 年から 2001 年までの HCP の契約件数、年間収入保険料、年間支払保険金、損害率の推移は《図表 6》のとおりである。2001 年における年間収入保険料は 380 百万ポンドであり、同年の PMI の年間収入保険料 2,657 百万ポンドと比較して市場規模は小さい。

《図表 6》 HCP の契約件数、収入保険料、支払保険金、損害率

	契約件数 (千件)	収入保険料 (百万ポンド)	支払保険金 (百万ポンド)	損害率 (%)
1987 年	2,754	66	47	71
1988 年	2,656	68	56	82
1989 年	2,920	86	71	83
1990 年	2,932	99	78	78
1991 年	2,954	115	87	75
1992 年	2,991	134	99	74
1993 年	2,999	157	113	72
1994 年	2,960	178	128	72
1995 年	2,916	234	173	74
1996 年	2,945	269	191	71
1997 年	2,993	288	205	71
1998 年	3,030	313	222	71
1999 年	3,089	332	242	73
2000 年	3,089	346	253	73
2001 年	3,187	380	278	73

(出典) Laing and Buisson, "Health Cash Plans-UK Market Sector Report 2002"

³¹ *Id.*, pp.85-86.

b. プレイヤー、マーケットシェア

HCP 市場における主たるプレイヤーおよびマーケットシェアは《図表 7》のとおりである。なお、マーケットシェアの約 40% を占める The Hospital Saving Association は共済組合 (Provident Association³²) である。

《図表 7》 HCP 市場における元受け保険料シェア (%)

	1992 年	1999 年	2000 年	2001 年
The Hospital Saving Association	41	39	39	39
Westfield	9	9	9	10
Leeds Hospital Fund	7	7	7	6
Medicash	5	5	7	6
Health Shield	-	-	-	4
Birmingham Hospital Fund	5	3	4	na
その他	33	37	34	35
合計	100	100	100	100

(出展) Laing and Buisson, “*Health Cash Plans-UK Market Sector Report 2002*”

c. 損害率

近年における損害率は《図表 6》のとおり 70% 前後で推移しており、2001 年における HCP の損害率は 73% となっている³³。

d. 商品内容

HCP の商品内容は《図表 8》のとおりであり、NHS を補完する必要最小限の補償となっている。

³² friendly society と呼ばれる。The Times English Dictionary には、老齢年金、疾病給付などを受け付けるために、人々が定期的に拠出をする組織と説明されている。

³³ Laing and Buisson, “*Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002*”, p.10.

《図表 8》HCP の商品内容

	補償内容
入院時専門医費用	10～80 ポンド定額支払い/入院 1 日
民間病院入院費用	10～80 ポンド定額支払い/入院 1 日
外来診察費用	理学療法に対して一時金支払い
在宅看護	10～80 ポンド定額支払い/1 日
NHS 利用時のキャッシュバック	不担保（民間病院と同様の扱い）
外来専門医費用（consultation）	70～550 ポンド支払い限度/1 年間
プライマリ GP 費用（consultation）	不担保
歯科・眼科治療費用	30～240 ポンド支払い限度/ 1 年間
家庭医による軽微な手術（minor surgery）	不担保
妊娠	100～800 ポンド/1 人

（出典）Laing and Buisson, “Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002”

e．販売網

PMI と異なり、全契約の 98% が電話やダイレクトメールを利用した保険会社による直販である。インターネットを利用した直販も増加傾向にあるが、件数としては僅かである。なお、電話やダイレクトメールによる販売が可能となる背景には、HCP は NHS の給付が行われる際にその一部を補完するものであり、商品内容が単純で、保険料も低廉であることが挙げられる³⁴。

f．顧客層

ブルーカラー層などが主たる顧客層である。NHS で給付されない部分の補償を求めて加入するケースが多い³⁵。

2．介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

（1）公的制度の仕組み

高齢者の介護については、原則として NHS による病院介護、ナーシングホームでの身体介護のみがカバーされる仕組みとなっている。在宅介護については、自治体によっては、一部自己負担あるいは無料のところもある。社会扶助が受けられる低所得者層を除いて、大多数の高齢者は家族や親族によって在宅で介護を受けているのが一般的である。

（2）公的制度の最近の動向

コミュニティケア法

イギリスの介護分野における公的制度の枠組みは、1990 年に成立した「NHS およびコミュニティケア法（NHS and Community Care Act）」に基づき、1993 年より実施されたコミュニティケア改革によって

³⁴ Laing and Buisson, “Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002”, p.52.

³⁵ ABI、BUPA、Datamonitor 社へのインタビューより。

いる。この改革の柱は、次の 4 つである。つまり、「施設介護と在宅介護に関する責任と権限を地方自治体に一元化」、「各地方自治体の社会サービス部によるコミュニティケアの年間計画の策定」、「民間活力の導入と地方自治体の機能分化」、「要介護者の介護プランを策定するケアマネージャー職種の新設」であり、高齢者の長期入院や施設福祉を減らし、民間部門を活用した在宅介護サービスを充実させようというものであった。財源は、地方税、利用者負担および国庫からの補助金であるが、ほとんどが補助金により運営されている。

なお、特に重要な柱である「民間活力の導入と地方自治体の機能分化」の内容は、具体的には次のとおりである。まず、サービスの提供者を、これまでの地方自治体としていたものを民間事業者も積極的に活用することとし、民間サービス活用促進のために、1993 年から 4 年間国から地方自治体に「特別移行補助金」を支給する。また、地方自治体において予算管理部門とサービス提供部門を分離した上、予算管理部門は、民間事業者を含めたサービス提供者の中から、質とコストの両面で優位な業者と契約しなければならないというものである。

高齢者介護に関する NHS プラン

1998 年 3 月、王立委員会から高齢者介護の財政方式のあり方をはじめとする総括的な提言が政府に対してなされ、ナーシングホーム³⁶で実施されている身体介護の無料化、レジデンシャルホーム³⁷への入居条件の緩和、在宅介護に関わる費用の利用者負担割合の決定方式を統一することが実現した。高齢者ケアの種類と利用者の自己負担については《図表 9》のとおりである。

³⁶ ナーシングホームとは常時看護ケア付きの施設で、非営利組織を含めて民間で運営されているものが多い。

³⁷ レジデンシャルホームとは第二次大戦後まもなく制定された「国民扶助法 (National Assistance Act)」により規定されたもので、我が国における養護老人ホームに相当する。地方自治体が設置するものが多いが、民間の営利企業や非営利組織が経営するものもある。

《図表 9》高齢者ケアの種類と自己負担（2002 年末現在）

ケアの種類	ケアを担当する主体	利用者の自己負担
家族介護	家族、隣人	-----
病院ケア、家庭医によるケア	NHS	NHS は原則自己負担なし
在宅ケア	地方自治体の社会サービス提供部門、民間事業者	原則、全額自己負担である。ただし、一部の自治体によっては、無料ないし一部自己負担のところがあり統一されていない。収入にリンクしたミーンズテストがある。
施設ケア	地方自治体の社会サービス提供部門、民間自治体 レジデンシャルホーム 24,100 ナシングホーム 5,700	原則、全額自己負担である。ただし、ミーンズテストの結果によっては、自治体からの補助を受けることもできる。補助は保有資産のランク別に異なる(全国一律)。 11,500 ポンド以下: 自己負担なし 11,500 ポンド超 18,500 ポンド以下: 自治体と利用者の共同負担 18,500 ポンド超: 全額自己負担

(出典) Department of Health, “Community Care Statistics 2001”

(3) 介護分野における民間保険市場

市場の概要

イギリスにおける民間介護保険の市場規模は非常に小さい。現在、BUPA、PPP 社を含め 14 社が民間介護保険を販売しているが、2001 年における契約件数は約 40,000 件にとどまっている³⁸。

損害率

詳細データは不明であるが、ABI によると収益性は良くないとのことである。

商品内容

民間介護保険では、保険契約上所定の日常生活における行動が不可能になった場合に、給付金が支払われる。給付金は、一時払いするタイプと年金払いするタイプの 2 種類がある。保険金支払い対象となる要介護度の認定は、保険会社によって異なっている。

販売網

介護保険は商品内容が複雑であり、商品説明に専門的知識を有するため、主にブローカーや独立金融ア

³⁸ Datamonitor 社へのインタビューより。

ドバイザー（Independent Financial Adviser）³⁹によって販売されている。現在は契約件数自体少ないが、契約手数料が比較的大きいため、ブローカーや独立金融アドバイザーが収入源として注目しているとのことである⁴⁰。

顧客層

ABIによると、民間介護保険の顧客層はミドルクラスを中心に特に子供のある家庭を対象とし、PMIの既契約者に介護保険も重ね売りするようなマーケティングが行われているとのことである。

今後の見方

ABIによると「民間介護保険市場は非常に小さく、公的介護制度改革による影響も存在しない。市場成長性が今後大きく変化することはないだろう」としている。

ドイツの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

1. 医療分野における公的制度の動向と民間保険市場

(1) 公的制度の仕組み

ドイツの公的医療制度は社会保険方式をとっている。一定の所得以下の被雇用者およびその家族、失業者、学生、芸術家・作家、年金受給者は、公的医療保険へ強制加入することとなり、一方、一定の所得以上の被雇用者、自営業者等は任意被保険者となり、公的医療保険か民間保険会社の医療保険のいずれかを選択して加入する。

公的医療保険の保険者は疾病金庫であり、地域・企業等の区分により8種類の疾病金庫がある。保険料や保険の給付内容は、疾病金庫間で僅かながら異なっており⁴¹、被保険者は疾病金庫を自ら選択することが可能である⁴²。同一の疾病金庫においては、すべての加入者に同一の保険料率が適用され、2001年現在、概ね12%～14%の間に収斂している。保険給付は現物給付で基本的に自己負担はない。ただし、差額ベッドや歯科補綴、薬剤費の一部については自己負担しなければならない。

医師は、開業医と病院勤務医に大別される。病院勤務医は専門医のみであるが、開業医は一般医と専門医に分かれる。従来は、被保険者はまず一般医にかかり、さらに専門的な診療が必要な場合には専門医を紹介してもらっていたが、チップカード（医療保険カード）の導入により、現在では最初から専門医の診察を受けている人が多い。病院へのアクセスは、緊急の場合を除いて、原則開業医による紹介が必要となる。

(2) 公的制度の最近の動向

ドイツでは医療費コストの増加を抑制すべく、近年様々な改革が実施されてきた。1998年からは「医療

³⁹ 当局の監督対象となる投資商品を扱う資格を有し、契約者の代理人としてアドバイスを行い、あるいは複数の会社の商品の中から契約者のニーズに最も適した商品を薦める義務を有している。

⁴⁰ ABIへのインタビューより。

⁴¹ 疾病金庫の給付内容は法律で規制されているが、健康増進給付の有無、家事援助給付の有無など細かい点で各疾病金庫は独自の給付内容を決定している。

⁴² 1993年の医療保険構造法(GSG)により、疾病金庫の選択権が拡大した。企業疾病金庫、同業疾病金庫、地区疾病金庫、代替金庫のうち、いずれも原則として選択が可能となった。被保険者は年に一回所属する疾病金庫を変更することができる。

保険改革 2000」が実施されている。その主な内容は、次の 3 点である。 医療費抑制に効果がある総予算制の導入（連邦および州レベルで疾病金庫の予算の伸び率を被保険者の収入の伸び率以内に押さえるもの）、薬剤のポジティブリストの作成による保険薬の制限、病院の財政方式の改革（州と疾病金庫による二元財政から疾病金庫による一元財政方式へ変更することにより病院の需要計画と投資計画の整合性を図る）の 3 つである。

民間医療保険との関わりでは、公的医療保険か民間医療保険のいずれかを選択することができる任意被保険者を定める所得基準が、年々上昇している。公的保険者である疾病金庫の財政逼迫を被保険者の増加で補おうとするものであるが、1999 年には 76,500 マルク（約 402 万円⁴³）（旧西ドイツ地区）または 64,800 マルク（約 340 万円⁴⁴）（旧東ドイツ地区）であった所得基準が、2002 年には 45,900 ユーロ（約 570 万円⁴⁵）となっており、PKV（ドイツ民間医療保険協会）は民間保険にとって望ましくない方向として危惧している⁴⁶。

（3）医療分野における民間保険市場

ドイツの民間医療保険は、公的医療制度の給付対象とならない部分を補償する補完的な医療保険（「部分医療保険」と呼ばれる）と一定の所得以上の勤労者や自営業者につき公的医療保険の代わりに加入する代替的な医療保険（「完全医療保険」と呼ばれる）という 2 つの位置付けを有しており、後者がドイツの民間医療保険の位置付けにおける大きな特徴である。

市場の概要

《図表 10》のように介護保険等を含む民間医療保険全体における 2001 年の収入保険料は 217.2 億ユーロであり、生保・損保を含む全保険料収入の 16.0%⁴⁷を占めており、イギリス、フランスと比較すると多い。民間医療保険の最近の伸び率は、1999 年 3.1%、2000 年 4.0%、2001 年 4.9%である⁴⁸。

《図表 10》民間保険市場における医療保険の位置づけ(2001 年)

	保険会社数	年間収入保険料	前年増率
生命保険	133	623.6 億ユーロ	1.9%
損害保険	265	497.4 億ユーロ	2.5%
医療保険	50	217.2 億ユーロ	4.9%

（注）医療保険会社数はドイツ医療保険協会加盟会社数

（出典）German Insurance Association, "The German Insurance Industry Summary 2001"

⁴³ マルクを円に換算するレートとして、1999 年 12 月 31 日現在のレート（1 マルク = 52.52 円）を使用している。

⁴⁴ *Id.*

⁴⁵ ユーロを円に換算するレートとして、2002 年 12 月 31 日現在のレート（1 ユーロ = 124.28 円）を使用している。

⁴⁶ PKV へのインタビューより。

⁴⁷ German Insurance Association, "The German Insurance Industry 2001 Yearbook", p.51.

⁴⁸ Verband der privaten Krankenversicherung, "Private Health Insurance Fact and Figure 2001/2002", p.93.

2001年における民間医療保険の収入保険料の内訳は《図表 11》のとおりであり、完全医療保険が 67.6%、部分的医療保険が 13.4%を占めている。

なお、2001年における完全医療保険加入者は、771万人であり、ドイツの人口の約 1割に相当する。

《図表 11》2001年民間医療保険種目別保険料

	保険料 (百万ユーロ)	対前年増率 (%)	構成比 (%)
完全医療保険	14,682	7.0	67.6
部分医療保険	2,914	2.0	13.4
完全介護保険	1,955	- 2.7	9.0
就業不能保険	936	4.4	4.3
入院日額保険	769	- 1.3	3.5
その他	462	3.1	2.2
合計	21,718	4.9	100.0

(出典) Veranda der privaten Krankenversicherung, "Private Health Insurance Facts and Figures 2001/2002"

プレイヤー、マーケットシェア

保険会社別のマーケットシェアは《図表 12》のとおりであり、DKV社、Debeka社および Vereinte社が上位を占めている。

《図表 12》民間医療保険会社別マーケットシェア (1998年)

保険会社名	マーケットシェア(%)
DKV	14.1
Debeka	13.3
Vereinte	12.6
Central	5.2
Signal	4.9
Continentale	4.8
Bayerische Beamtenkran	4.7
Barmenia	4.0
DBV-Wintherur	3.7
Nova	2.9

(出典) Datamonitor, "European Health Insurance 2000"

また、2001年現在、民間医療保険を販売する保険会社のうちドイツ民間医療保険協会に加盟している会社は50社⁴⁹であるが、この中の上位13社（それぞれ収入保険料が500百万ユーロ以上）で全体のシェアの79.9%を占めている状況である⁵⁰。

損害率

医療保険全体の損害率および事業費率等の推移は《図表13》のとおりである。

《図表13》民間医療保険の損害率・事業費率推移（単位％）

年	損害率 (claims ratio)	一般管理費率 (administrative costs ratio)	募集費率 (acquisition costs ratio)	収支残率 (underwriting profit ratio)
1990年	84.95	3.84	10.47	0.74
1991年	85.17	3.93	10.84	0.06
1992年	84.71	3.99	10.99	0.31
1993年	82.27	3.80	9.97	3.96
1994年	80.53	3.68	9.26	6.53
1995年	78.68	3.76	8.61	8.95
1996年	77.74	3.58	8.13	10.55
1997年	79.60	3.42	9.13	7.85
1998年	79.19	3.37	9.31	8.13
1999年	79.59	3.42	9.24	7.75
2000年	81.26	3.43	9.25	6.06
2001年	83.28	3.37	9.58	3.77

（出典）Verband der privaten Krankenversicherung “Private Health Insurance Fact and Figure 2001/2002”

商品内容

完全医療保険の商品内容は、法律上の規定により、公的医療保険の給付内容と同等かそれ以上の内容となっている。また、部分医療保険は、公的医療制度の給付対象とならない病院での差額ベッド代、歯科補綴などの費用を補償する内容となっている。なお、完全医療保険の加入者が部分医療保険に加入することも考えられるが、完全医療保険は通常公的医療保険より給付内容が広いためこうした例は少ない。従って、部分医療保険に加入する人は、ほとんどが公的医療保険の加入者である。

付加サービス

保険契約者へ付加的なサービスを提供することで、他社との差別化をはかっていこうとする動きが、一

⁴⁹ ドイツ医療保険協会への加盟は任意であり、協会に加盟していないが、民間医療保険を販売している会社が約40社ある。協会に加盟している全50社の合計保険料は、その他40社も含めた保険料の99%を占めている。協会加盟によるメリットは、統計情報など各種情報の提供、協会主催の会合における会員同士の意見交換、法律相談などである。また、同協会は政治的な圧力団体としての活動も行っており、業界団体として大きな発言力を持っている。

⁵⁰ Verband der privaten Krankenversicherung, *supra*, p.8.

部の会社で見られる⁵¹。

例えば、Debeka 社では医療に関する各種情報を提供するサービス (information providing service) を実施している。また、電話によるホットラインサービス (相談サービス) を開始した。ただし、現段階での利用者は少なく、ホットラインサービスについては契約者の 1% が利用しているにすぎない⁵²。

販売網⁵³

主として保険会社の営業社員が販売を行っている。それ以外に、複数の保険会社と契約して仲介を行うブローカーも存在する。金融機関における窓口販売も行われているが全体に占める割合は僅かなものである。

顧客層⁵⁴

従来から保険会社ごとに顧客層が異なっており、それぞれの棲み分けが行われている。例えば、Signal 社は手工業者マーケット、Debeka 社⁵⁵は公務員マーケット、DKV 社と Vereinte 社は医者、弁護士マーケットに強い。ただし、近年、こうした棲み分けが崩れてきており、各マーケットにおける顧客獲得競争が激化している。

今後の見方

前述のとおり、公的医療保険か民間医療保険のいずれかを選択することができる任意被保険者を定める所得基準が年々上昇しており、民間保険会社としては望ましくない方向として危惧している。ただし、全ての住民を公的医療制度の被保険者とするような改革は実現性が少なく、基本的には現在の制度が維持されると予想されることから、民間医療保険の成長性が見込めるとの見方もある。さらに、ドイツの公的医療制度に対する国民の評価はそれほど高くなく、より質の高い医療サービスを受けることができる民間医療保険への期待は増大している。このため、現在、完全医療保険の加入者は人口の約 10% であるが、所得基準が緩和されればさらに 10% の人が公的医療保険から完全医療保険に転換するのではないかという見方もある⁵⁶。

なお、フランスの Axa 社が Tchibo というコーヒー販売チェーンの店舗に医療保険のパンフレットを置き、顧客からの問い合わせにコールセンターで対応する方式でドイツに進出したが、PKV では Axa 社の今後の動向に注目しているとのことであった⁵⁷。

⁵¹ PKV へのインタビューより。

⁵² Debeka 社へのインタビューより。

⁵³ PKV へのインタビューより。

⁵⁴ *Id.*

⁵⁵ Debeka 社はそもそも、「ドイツ公務員疾病金庫」という名前でスタートした会社であり、その名前のおり公務員マーケットを対象としたものであった。その後、公務員マーケット以外へも進出し、現在では「公務員」という名称を付けずに Debeka 社と名乗っている。

⁵⁶ PKV へのインタビューより。

⁵⁷ 2002 年 12 月時点で、ドイツ国内のコブレンツにある Tchibo ショップに行き、医療保険の申込手続きについて質問してみた結果は次のとおりであった。店員は保険契約に関して全く理解していない様子であり、暫くして店の奥から Axa 社のパンフレットを持ってきて、コールセンターへ電話して全部聞いて欲しいと言った。フランスの Axa 社の社員に、ドイツにおける医療保険販売について質問したところ、まだ販売開始したばかりであり、フランス国内ではそれほど注目されていないとのコメントがあった。

2. 介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

(1) 公的制度の仕組み

医療保険との関係

ドイツの公的介護制度は、1995年から介護保険制度がスタートした。ドイツの公的介護保険は、医療保険の仕組みをベースに制度化されており、被保険者についても原則として医療保険の被保険者区分に対応している。基本的に、公的医療保険の加入者は公的介護保険に、民間医療保険を選択した任意被保険者は民間介護保険に加入することになる。

保険者

公的介護保険の保険者は介護金庫であるが、公的医療保険の保険者である疾病金庫が介護金庫を兼ねており、疾病金庫の職員が介護金庫の業務も行う。ただし、財政的には介護金庫と疾病金庫は明確に区別されている。

加入者

公的介護保険は公的医療保険をベースに制度化されており、一部の例外はあるが、公的医療保険の加入者は公的介護保険に、民間医療保険の加入者は民間介護保険に加入することになっている。

要介護認定

介護保険法において、要介護状態は、介護頻度、介護時間等により介護度、
、
の3段階の介護度に区分されている。要介護認定の基準および介護度区分は、在宅介護、施設介護とも同じである。要介護認定は、要介護有無および介護度に関する専門的な審査を介護金庫から委託されたメディカルサービス (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: 以下 MDK という) が実施する。MDK の審査では、まず医師が家庭もしくは施設を訪問して面接調査を行い、その調査結果と既往病歴や主治医の診断書をもとに、要介護有無および介護度について認定する。

介護給付

介護保険制度の被保険者は、高齢者のみならず、障害者や難病患者、末期癌患者なども一定の要介護状態になれば介護給付を受けることができる。在宅介護では、現物サービス給付と現金給付のいずれかを選択することが出来る。現金給付の場合は、現物サービス給付の半分程度の水準となっている。また、支給限度額の範囲内で、現物と現金の併用も可能である。一方、施設介護では、現物給付のみが認められる。全体的に、給付限度額の水準は低いいため、要介護度が重くなるにつれて自己負担費用も大きくなる傾向にある。

ドイツの医療・介護制度を民間保険との関係に留意して概念図にまとめると、《図表 14》のようになる。

《図表 14》ドイツの医療・介護制度概念図

	医療保険	加入者	介護保険	加入者
公的保険		7700 万人 (注 1)		7700 万人
民間保険 (完全医療保険、 完全介護保険)		771 万人 (注 1)		860 万人 (注 1)
	<ul style="list-style-type: none"> ・一定の年収以上の勤労者、自営業者、専門的職業人は公的保険か民間保険(完全医療保険)のいずれかを選択できる。 ・特定の公務員は民間保険しか加入できない。 		<ul style="list-style-type: none"> ・疾病金庫の加入者は介護金庫の介護保険に加入しなくてはならない。 ・民間医療保険会社に参加している人は同一の会社で介護保険に加入しなくてはならない(強制民間介護保険)。 	
民間保険 (部分医療保険、 部分介護保険)		民間医療保険会社 550 万人 (注 1)	民間医療保険会社	66 万人 (注 1)

(注 1) 加入者数は 2001 年末の数字 (PKV へのインタビューより)

(注 2) 一旦、民間医療保険を選択すると、原則として公的医療保険には戻れないことになっている。

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成

(2) 介護分野における民間保険市場

ドイツの公的介護保険制度における被保険者区分は公的医療制度と同様な制度となっており、民間介護保険も公的介護保険を補完する位置づけと、一定の所得以上の勤労者や自営業者につき公的介護保険に代替するという 2 つの位置付けを有している。公的介護保険を補完する介護保険が部分介護保険、公的介護保険に代替するものが完全介護保険である。

市場の概要

2001 年 12 月末日現在の完全介護保険加入者は、8,567,000 人⁵⁸、部分介護保険加入者は 655,700 人⁵⁹である。民間の完全医療保険加入者は、自動的に完全介護保険に加入するが、完全介護保険加入者数は完全医療保険加入者数より約 100 万人多い。これは、ドイツ国鉄とドイツ郵便局の職員⁶⁰の数字に相当し、両者が民営化される際に、介護保険については全員民間の完全介護保険加入者となったため、その人数分が

⁵⁸ Veranda der privaten Krankenversicherung, *supra*, p.22.

⁵⁹ Veranda der privaten Krankenversicherung, *supra*, p.18.

⁶⁰ 従来ドイツ国鉄やドイツ郵便局の職員であった人々は、医療に関しては官吏特有の恩給制度の適用対象となっている。これらの人々は、基本的に高齢者が中心であり、リスクが高い顧客層である。また、新規加入者がいないため、保険会社から見るとあまり好ましくない顧客層である。

多くなっている⁶¹。2001年における完全介護保険の収入保険料は、1,955百万ユーロである。

プレイヤー、マーケットシェア

ドイツ民間医療保険協会に加盟する50社のうち、44社⁶²が完全介護保険を販売している。また、同協会加盟社の35社が、部分介護保険を販売している。完全介護保険市場におけるトップ3社は、Debeka社、DKV社、Vereinte社である。

損害率

民間医療保険全体（完全介護保険および部分介護保険を含む）での損害率は公表されているが、民間介護保険のみの損害率については公表されていない。

商品内容

完全介護保険は、公的介護保険と同様の要介護認定、介護度基準にもとづき、同様の給付内容を補償する。ただし、公的介護保険が現物給付と現金給付の選択が可能なのに対して、民間完全介護保険は現金給付のみである。

一方、部分介護保険は、介護度に応じて、一定の限度額内で約定日額の25～100%を支給するものや、約定限度額内で介護に要した費用の80%を支払うものである。また、医療保険会社以外に、生命保険会社が販売する商品として、介護保険金を年金方式で支払うものもある。

販売網

販売網は、特定の保険会社に専属の代理店が中心であり、一部複数の会社に属するものも存在する⁶³。

顧客層

完全介護保険については完全医療保険の加入者が自動的に加入することから、保険会社における顧客層の状況は完全医療保険と同様であり、保険会社としてはマーケティングを行う必要性がない。部分介護保険の顧客層についても部分医療保険の顧客層と同様であるが加入者数自体は少ないとのことである⁶⁴。

今後の見方

PKVでは「PKVに加盟する多くの会社が民間介護保険を販売しているが、現在の市場は小さい。ただし、今後の介護に対するニーズの増大にもかかわらず、公的介護保険制度における給付が拡大する可能性はきわめて低いと見られ、民間介護保険の果たす役割に対する期待が高まるのではないかと見られる」としている。

⁶¹ PKVへのインタビューより。

⁶² 44社は完全医療保険と完全介護保険を両方販売している。これらを販売していない6社は、国内旅行保険や入院日額保険など特殊な保険種目に特化しているため、完全医療保険や完全介護保険を販売していない。

⁶³ PKVへのインタビューより。

⁶⁴ Debeka社へのインタビューより。

・フランスの医療・介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

1. 医療分野における公的制度の動向と民間保険市場

(1) 公的制度の仕組み

フランスの医療保険制度は、わが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。古くから発達した職域単位の共済組合制度を基盤としており、それが第二次大戦後の新しい社会保障制度として、社会保険方式の医療保険制度が誕生した。こうした経緯から、職業により様々な給付が並列する複雑な体系となっている。制度としては、民間商工業の被用者を対象とする一般制度 (régimes général)、鉱夫、船員、国鉄職員等の特殊職域の被用者を対象とする特別制度 (régimes spéciaux)、自営業者を対象とする制度 (régimes non salariés)、農業従事者を対象とする制度 (régimes agricoles) に大別される。保険者は疾病金庫 (caisse) であり、一般制度においては国、地方、県の3レベルが存在し、県レベルの初級疾病金庫 (Caisse Primaire d'assurance maladie) が実質的な給付事務を行っている。

フランスにおいては、わが国と同様に患者は医師および医療機関を自由に選択することが可能である。医療機関や薬局を利用した際の医療費給付については償還制度となっており、患者は要した費用の全額を前払いし、後に疾病金庫から自己負担部分を控除した医療費給付として償還を受けることになる。フランスでは償還されない患者の自己負担が大きいと言われており、入院費用は90%償還されるが、開業医の診察費は64%、歯科の治療費は30%の償還率となっている⁶⁵。後述するとおり、この自己負担部分を補完する医療保険を共済組合や一般保険会社が販売しているが、こうした保険者が医療費の第三者支払い制度 (third party pays)⁶⁶を構築することで、患者による医療費の前払いが不要となる場合がある。

(2) 公的制度の最近の動向 普遍的疾病給付

上述のとおり、フランスの公的医療保険制度は、職業別の共済組合から第二次大戦後の社会保障制度となり進展してきた経緯から複雑な制度となっているのが一つの特徴である。この複雑な制度の谷間で、無保険者となっていた人々に対する医療サービスの提供は、医療扶助として県の責任であったが、これが県の財政を圧迫するようになり無保険者層についても公的医療保険制度の中での対応が模索されるようになった。

また、公的医療保険を補完する共済組合や一般保険会社の保険に加入できない低所得者層において、医療サービスの利用が抑制されているとの指摘もあった。

こうした中、上述した無保険者層、低所得者層に対して、公的医療保険制度へ無保険者層を取り込み、公的医療保険を補完する医療保険を低所得者層へ提供することを内容とする制度が創設された。すなわち、国民連帯および公平性の観点から普遍的疾病保険の導入が論議される⁶⁷中、普遍的疾病給付 (La couverture maladie universelle : CMU) 法案が1999年3月3日の閣議を経て議会に提出され、2000年1月から施行されている⁶⁸。その内容は次のとおりである。

⁶⁵ Daniel Laurent, "De l'assurance publique à l'assurance privée", p.4.

⁶⁶ 医療費の支払いを、患者に代替して疾病金庫や保険会社が行うことを指す。フランスでは原則として償還制による医療費の支払いを行っているため、患者は一度医療費の前払いをする必要があるが、第三者支払いが行われることによってその必要がなくなり、患者の利便性が向上するものである。

⁶⁷ 医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2001年版】」p.59.

⁶⁸ 前掲注1、伊奈川秀和、p.259.

公的医療保険制度への無保険者の取り込み

安定的かつ正規にフランスに居住し従来の公的医療保険の受給資格を有しない者は、自動的に一般制度に加入し普遍的疾病給付を受けることができるようになった。従来の公的医療保険制度の谷間で無保険者であった者とは、離婚した女性、寡婦で子供が3人以上いない者、資産はあるが働いていない者、社会保障給付を受給しようとしいない者である⁶⁹。初級疾病金庫等に申請して給付を受けるが、2000年における毎月の収入が3,500フランより低い者は、保険料を負担することなく給付を受けることができる。また、3,500フランを超える場合には、超過額の8%に相当する保険料を負担する必要がある。この普遍的疾病給付は、全人口の2.5%にあたる15万人の無保険者を含む70万人に影響を与えたとされている⁷⁰。

低所得者層に対する公的医療保険を補完する医療保険の提供

正規の居住者でありながら、共済組合や一般保険会社による公的医療保険を補完する保険に加入できない低所得者層は、普遍的疾病給付の対象者となる。ミーンズテストによる年毎の所得制限があり、2002年における制限額は《図表15》のとおりである。対象者は公的医療保険である疾病金庫、民間部門の一般保険会社や共済組合を選択することが可能である。普遍的疾病給付がスタートして1年後の2001年12月31日までに4,600万人が付加的疾病給付の対象となり、そのうち14%の人が共済組合や保険会社といった公的医療制度を補完する民間保険会社を選択し、約10万人が一般保険会社を選択した⁷¹。なお、対象者の保険料負担はなく、第三者支払い方式により費用を支払うことなく医療サービスを受けることが可能である。

補完的医療保険提供の対象となるのは全人口の約10%に相当する600万人であり、その要する費用は一人1,500フランで総額90億フランと見積もられた。この財源は国の助成金と総収入保険料の1.75%に相当する民間保険会社からの拠出金によって賄われることになっている⁷²。なお、1,500フランを超える部分については、民間保険会社が追加で負担しなければならないのに対し、公的医療保険が選択された場合には疾病金庫は超過部分を負担する必要がない。これに対して、FFSA（フランス保険協会）は、公的部門と民間部門の競争を歪めるものとしてEU委員会へフランス政府に対する不服申し立てを行っている⁷³。

⁶⁹ 前掲注67、医療経済研究機構、p.59。

⁷⁰ European Commission, "Evolution of social protection in the European Member States and the European Economic Area", Directorate-General for Employment and Social Affairs Unit EMPL/E.2 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2001/keaa01002_en.pdf) (visited Mar 14, 2003)

⁷¹ Fédération française des sociétés d'assurances, "French Insurance in 2001", p.18.

⁷² 前掲注67、医療経済研究機構、p.60。

⁷³ Fédération française des sociétés d'assurances, *supra*, p.59.

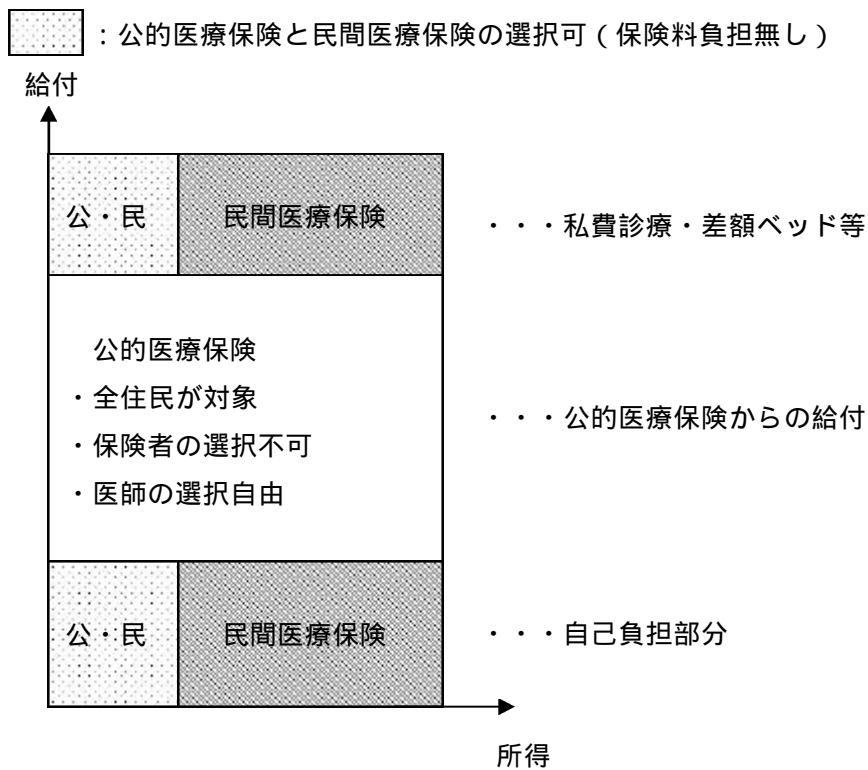
《図表 15》2002 年における CMU の所得制限（前年基準）

家計の人数	1 年間の収入総額	1 ヶ月間の収入総額
1 人	6,744 ユーロ	562 ユーロ
2 人	10,116 ユーロ	843 ユーロ
3 人	12,140 ユーロ	1,011 ユーロ
4 人	14,163 ユーロ	1,180 ユーロ
5 人	16,860 ユーロ	1,405 ユーロ
6 人目以上（1 人につき）	+ 2,698 ユーロ	+ 224 ユーロ

（出典）CMU ホームページ（<http://www.fonds-cmu.fr/pages/presentation.htm>）

なお、普遍的疾病給付で公的医療保険を補完する医療保険の提供が行われるようになった結果、《図表 1》に掲げたフランスにおける公的医療制度と民間医療保険の関係をより詳細に示すと《図表 16》のとおりとなる。

《図表 16》フランスにおける公的医療保険制度と民間医療保険の関係



（出典）損保ジャパン総合研究所作成

（3）医療分野における民間保険市場

フランスにおける民間医療保険は、公的医療制度の給付対象とならない部分を補償する補完的な医療保険が中心である。普遍的疾病給付がスタートする前の2000年の時点で、フランスの人口の86%が補完的な医療保険に加入しており、そのうち20%は一般保険会社で保険に加入していた⁷⁴。普遍的疾病給付により、

⁷⁴ Fédération française des sociétés d'assurances, *supra*, p.17.

現在では人口の95%程度が補完的な医療保険の対象となっており⁷⁵、公的医療保険と補完的な民間医療保険の2本立ての制度という特徴がより明確になっている。

市場の概要

フランスでは一般保険会社、共済組合、相互扶助組合が民間医療保険を販売している。補完的な医療保険の市場規模に関する正確な数字は存在しないが、2001年における一般保険会社の医療関連の収入保険料が43億ユーロ⁷⁶であり、これに共済組合の総収入保険料133億ユーロ⁷⁷、相互扶助組合の総収入保険料71億ユーロ⁷⁸を加えた額である247億ユーロが大まかな市場規模と見積もることができる⁷⁹。

プレイヤー、マーケットシェア

A．3つの形態の民間保険会社

フランスの民間医療保険市場には保険法典（Code des Assurances）に基づく一般保険会社と一部の共済組合、共済組合法典（Code de la Mutualité）に基づく共済組合、社会保障法典（Code de la Sécurité Sociale）に基づく相互扶助組合（les institutions de prévoyance⁸⁰）というプロバイダーが存在し、公的医療保険を補完する医療保険の販売を行っている。保険法典に基づく保険会社等は医療保険以外にも多種目の保険商品を販売しているが、共済組合と相互扶助組合は原則として公的医療保険を補完する医療保険のみを販売している。

B．共済組合

前述のようにフランスの公的医療保険制度は職域ごとの共済組合が行っていた保険給付制度が起源であり、第二次大戦後に新たな社会保障制度が創設され、現在では共済組合は公的医療保険制度を補足する民間部門と位置づけられている。共済組合法典により監督されている共済組合は3,000程度存在し、1,600万人の加入者と3,000万人以上の被保険者を擁している。公的医療保険を補完する医療保険では90億ユーロ以上の支払を行っており、フランスの補足的医療保険事業者として首位を占めている。共済組合の役割が大きいのがフランスの医療保険制度における一つの特徴である。以下、共済組合が現在の位置付けを得るまでの沿革を簡単に紹介する⁸¹。

a．共済組合の起源は中世の同業者組織にまで遡るが、結社の自由が制限され労働者組織が非合法化されてきた状況下に、例外的に認められてきた主として職業別の相互扶助組織（Mutual Assistance Societies：MAS）が起源である。

b．第二帝政を成立させたナポレオン三世は1852年の法律（Le décret du 22 mars 1852）により、法的

⁷⁵ CNAM へのインタビューより。

⁷⁶ Fédération française des sociétés d'assurances, *supra*, p.12.

⁷⁷ La Mutualité Française, “La Mutualité Française, real mutuals for one out two French people”.

⁷⁸ *Id.*

⁷⁹ 共済組合と相互扶助組合が補足的医療保険のみを扱うものと仮定した数値であり、正確ではない。

⁸⁰ 加藤智章編「医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自立と平等」（北海道大学図書刊行会）p.40では「共済組織」と訳されている。

⁸¹ La Mutualité Française, “La Mutualité Française, real mutuals for one out two French people”.

に共済組合 (la Mutualité) と認められる相互扶助組織の認可制度を発足させ、共済組合の急速な進展の契機を作った。第二帝政が崩壊し第三共和制が発足する 1870 年頃には、自治体の首長や教会の司祭等の主導で地域をベースに設立された認可を受けた共済組合は、全相互扶助組織の 4 分の 3 を占め、加入者数が 90 万人にも及んでいる。

c . 1898 年の法律 (la loi du 1er avril 1898) により、共済組合の活動範囲の拡大が認められ、年金、生命・傷害保険、公衆衛生の改善活動といった分野をカバーするようになった。1902 年には共済組合の連合組織 (La Mutualité Française、英文では the National Federation of La Mutualité Française : FNMF) が設立された。共済組合の加入者数は 1898 年に 190 万人であったものが、第一次大戦前には 530 万人に増加している。

d . ビスマルクの社会保険の適用を受けていたアルザス・ロレーヌ地方が、ドイツから返還されたことを受けて社会保険制度創設の機運が高まり、1928 年および 1930 年の社会保険に関する法律により、イ . 収入が一定額以上の商工業被用者を強制被保険者とし、疾病、出産、障害、老齢および死亡を保険の給付を行うべき事故とする、ロ . 共済組合による金庫設立の自由と被保険者の金庫選択の自由を認める、社会保険制度が設立された。なお、社会保険に関する法律では農業従事者のために別の制度が創設されている⁸²。こうした結果、1939 年には共済組合の加入者が 900 万人に達するまでになり、社会保険の運営において重要な役割を担った。

e . 第二次大戦後の社会的、政治的混乱を收拾し、国家の再建を図るべく社会保障制度の基本的見直しが必要になり、1945 年、商工業の被用者について分立していた金庫の社会保障金庫への統合、労使の保険料による財政運営および労使の代表による管理運営を定める新たな社会保障制度が創設された。なお、新たな社会保障制度の下でも、鉱業、船員、フランス国有鉄道等特定職種の被用者を対象とした特別制度および農業労働者制度については従来どおり分立して存続することになった⁸³。

f . こうした社会保障制度の設立により共済組合の存続意義に関する論議がなされた。その結果として 1947 年の法律 (La loi Morice de février 1947) により、共済組合は公的な社会保障制度において補足的役割を果たす民間部門の組織として位置づけられることになった。

なお、従来は共済組合や相互扶助組合の販売する保険契約には保険料税 (税率 7%) が課税されなかったが、一般保険会社からの反発も大きく、2002 年 10 月から新しい法律が施行され一般保険会社との差異はなくなった。補償内容が厚く告知書を必要とする契約には保険料税が課税されるが、病歴に関係なく告知書を必要としない契約には課税されないという 2 つの種類が用意され、一般保険会社、共済組合、相互扶助組合ともに適用されることになった⁸⁴。

⁸² 社会保険に関する法律については、藤井良治・塩野谷祐一編「先進国の社会保障 フランス」(東京大学出版会) p.202.

⁸³ *Id.*, p.203.

⁸⁴ FFSA へのインタビューより。

C. マーケットシェア

一般保険会社、共済組合、相互扶助組合における個社についてのマーケットシェアは不明である。一般保険会社、共済組合、相互扶助組合の3形態についてその対象となっている被保険者数を基準にした2001年の調査研究によれば、一般保険会社が22%、共済が61%、相互扶助組合が17%という結果になっている⁸⁵。また、医療に関する保険金支払い額および家計支出額は《図表17》のとおり一般保険会社36億ユーロ、共済組合96億ユーロ、相互扶助組合30億ユーロであり、22.2%、59.3%、18.5%という割合である。

《図表17》個人保険分野における保険金支払額および家計支出額（2001年）

	医療		死亡・障害・介護		合計	
	金額(億ユーロ)	割合(%)	金額(億ユーロ)	割合(%)	金額(億ユーロ)	割合(%)
公的医療保険	992	77	155	64	1147	75
補足的保険供給者	162	12	88	36	25	16
内 一般保険会社	36	3	53	22	89	6
内 共済組合	96	7	13	5	109	7
内 相互扶助組合	30	2	22	9	52	3
家計	140	11	-	-	140	9
合計	1294	100	243		1537	100

(出典) Fédération française des sociétés d'assurances, "French Insurance in 2001"

損害率

正確な損害率は不明だが、上記の2001年における一般保険会社の医療に関する収入保険料と支出からは損害率が83.7%となる。2001年における一般保険会社による医療に関する支払額は、前述のとおり36億ユーロである。一般保険会社は入院治療についてはほとんど支払いを行っていないが、通院治療については当該医療費総額の6%の支払いを行っている。その中でも、歯科治療費について9%、眼科治療総額について5%、保険指定医以外における治療費を含む自費治療について5%、検査費用について6%および処方薬につき5%を占める金額の支払いを行い、これだけで保険会社が支払った36億ユーロの80%を占めている⁸⁶。

なお、民間保険部門における補完的な医療保険の損害率は、1995年には77.5%、1998年には78.7%である。また、一般保険会社の個人契約に関する損害率は、1998年に68.7%となっており、一般保険会社の団体契約に関する損害率は、1998年に84.5%となっている⁸⁷。

商品内容

公的医療保険においては医療や薬剤の提供につき、それぞれの職種・団体ごとに協定しその料金(tarif

⁸⁵ Elias Mossialos and Sarah Thomson, "Voluntary health insurance in the European Union, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission", 2002, p.62.

⁸⁶ Id., p.20.

⁸⁷ Elias Mossialos and Sarah Thomson, *supra*.

de convention) を取り決め、それぞれの協定料金ごとに償還率を定めて、償還を行っている。例えば一般開業医による診察は 18.5 ユーロ、専門医による診察は 22.87 ユーロ、歯科医による診察は 16.77 ユーロであり、その償還率は 70%となっている。償還されない残りの部分が患者の自己負担部分であり、補足的医療保険はこうした自己負担部分や公的医療保険で対象とならない個室利用料等につき補償を提供している。

補完的な医療保険の商品内容は、自己負担部分や公的医療保険の対象とならない費用をどこまで補償するかによって種々のタイプが用意されている。一般的に、共済組合や相互扶助組合は、公的医療保険から支払われない部分のみ提供するのに対して、民間保険会社はそれ以上の補償を提供している。一般保険会社である Axa 社は協定料金の 100%、125%、150%、200%を補償する 4 タイプの契約を用意している。それぞれの補償金額は、公的医療保険での給付金額を含めて、協定料金の 100-400%を上限としている。その補償内容の一例は《図表 18》のとおりである。たとえば「Référence1」タイプに加入すると協定料金の 100%が支払限度となり、小児科（診察）の場合は協定料金 22.87 ユーロの 70%に相当する 16.01 ユーロが公的医療保険から償還されるため、残りの 6.86 ユーロが民間医療保険での支払限度額となる⁸⁸。

なお、個人契約と団体契約では、団体契約の補償が厚くなっている⁸⁹。

⁸⁸ フランスの開業医はセクター1、セクター2、セクター3に分類されており、セクター1の医師は協定料金での診療、セクター2の医師は協定医であるが自由料金で診療を行い、セクター3の医師は協定を締結していないため公的医療保険からの償還を受けることが出来ない。上記の支払例はセクター1の医師が診療した場合を想定したものであり、Référence2、Bien-tre1、Bien-tre2といった倍率の高いプランに加入するメリットは、セクター2の医師に診療を受け、公的医療保険の協定料金を超過した部分への補償を求める場合に大きい。

⁸⁹ Axa社へのインタビューによれば、個人契約の場合、公的医療制度での協定料金の150%程度をカバーする商品が主流であるのに対して、団体契約の場合は協定料金の400%程度のカバーが主流である。

《図表 18》Axa 社の補完的医療保険の契約タイプと補償内容

	R f r e n c e 1 協定料金 100%	R f r e n c e 2 協定料金 125%	Bien- t r e 1 協定料金 150%	Bien- t r e 2 協定料金 200%
小児科（診察）	22.87 ユーロ	28.58 ユーロ	34.30 ユーロ	45.73 ユーロ
外科（入院） / 虫垂炎 外科医への報酬	全額 協定料金の 300% 限度	全額 協定料金の 300% 限度	全額 協定料金の 300% 限度	全額 協定料金の 300% 限度
個室 5 日分	150 ユーロ	250 ユーロ	300 ユーロ	375 ユーロ
薬剤	全額	全額	全額	全額
歯科（歯冠処置）	167.48 ユーロ	234.35 ユーロ	361.21 ユーロ	514.95 ユーロ Axa 社提携医による 歯冠処置は全額
眼鏡店（眼鏡）	67.42 ユーロ	109.27 ユーロ	161.13 ユーロ	214.84 ユーロ Axa 社提携店の場 合、推薦レンズ = 全額、フレーム = 130 ユーロ
公的保険に支払拒否 されたコンタクトレ ンズ	60 ユーロ	100 ユーロ	150 ユーロ	200 ユーロ

（出典）Axa 社リーフレット “ *Complémentaire Santé* ”

付加サービス

A．第三者支払制度

フランスの公的医療保険は患者が費用の全額を前払いして、その後保険の対象となる部分の償還を受ける制度となっている。これに対して、補完的な医療保険を販売する民間保険会社側で公的医療保険者や医療サービスの提供者と連携する第三者支払制度を構築し、自己負担部分も含めた患者による前払いを不要とし、患者の利便性の向上をはかっている。

例えば、共済組合の連合組織である FNMF によれば、共済組合は 2,000 近い施設やサービス提供と 19 億ユーロ以上の予算編成で、フランスの第一の医療・社会福祉ネットワークを構築しており、これによる現物給付制度の発展で加入者は医療費用の前払いを行う必要がない。また、適切な保険料負担で、最適の医療サービスの利用を推進することが可能とされている⁹⁰。なお、ネットワークは《図表 19》のとおりである。

一般保険会社の Axa 社は薬剤に関する第三者支払制度を構築しており、ほとんどの地域で前払なしで薬剤を購入することができ、他の医療サービスにも拡大していく予定となっている⁹¹。

⁹⁰ La Mutualit Fran aise, *supra*.

⁹¹ Axa 社へのインタビューより。

《図表 19》 共済組合のネットワーク

538 の眼科センター	404 の歯科センター
310 の高齢者向け施設・サービス	158 の義耳センター
93 の余暇センター・サービス	77 の医療・看護センター
71 の短中期滞在・精神医療施設	70 の身体障害者向け施設・サービス
56 の義歯研究施設	32 の小児向け施設・サービス

(出典) La Mutualit Fran aise, “*La Mutualit Fran aise, real mutuals for one out two French people*”.

B. その他

第三者支払制度の他に、医療サービス提供者とのネットワークを構築し、それを利用したサービスを提供する例は多い。例えば眼鏡店のネットワークを構築し、補償額の範囲内でより良い品質のものを提供するというものである⁹²。

販売網

一般保険会社における医療保険のチャンネルは、金融機関・郵便局での窓販、代理店、ブローカー、営業社員である。チャンネル別収入保険料割合の詳細は不明であるが、1998年において金融機関・郵便局での窓販が19%、その他で81%という調査結果がある⁹³。1998年における生命保険および生損保兼営会社が販売した全ての保険に関するチャンネル別収入保険料割合は、金融機関・郵便局での窓販が59%、代理店が10%、ブローカーが8%、営業社員が17%、その他が6%となっており⁹⁴、金融機関チャンネルのウェイトが医療保険では低くなっている。

一般保険会社で医療保険最大手のAxa社は、全国に約3,500の専属代理店網があり、このチャンネルを使って個人契約を販売している。また、10,000のブローカーと取引があり、ブローカー経由で団体契約を販売している⁹⁵。なお、共済組合の販売チャンネルは、パートナーネットワークを結んでいる団体に属する団体職員である⁹⁶。

顧客層

保険加入者がどのタイプの保険会社に参加するかについて、高齢者、女性、被雇用者、中堅経営陣は共済組合を選ぶ傾向があるのに対し、農業従事者、自営専門職業人は保険会社を選び、非熟練労働者や上席の経営陣は相互扶助組合を選ぶという調査結果や、65歳以上の人是一般保険会社や相互扶助組合よりも共済組合に参加する割合が高いといった調査結果がある⁹⁷。

また、顧客層に対する見方として、共済組合には社会的な歴史があることから公務員はほぼ全員が共済

⁹² *Id.*

⁹³ Datamonitor, “*European Health Insurance 2000*”, p.116.

⁹⁴ Fédération française des sociétés d’assurances, *supra*.

⁹⁵ Axa社へのインタビューより。なお、団体契約は企業が契約者であり、企業内委員会で労使の合意を得た上で契約を締結することになる。

⁹⁶ FNMFへのインタビューより。

⁹⁷ Elias Mossialos and Sarah Thomson, *supra*, p.33.

組合の医療保険に加入しているなど、マーケティングの概念がないという見方がある⁹⁸。一方において、従来は思想的背景、地域的連帯、年代的連帯等に基づいて一般保険会社、共済組合、相互扶助組合を選択していたが、近年は商品内容の違いによって選択する顧客も多くなっており、3つのタイプにおける棲み分けはなくなりつつあるという見方もある⁹⁹。なお、個人契約と団体契約の別については、一般保険会社では個人契約が保険料ベースで5割を若干上回る程度¹⁰⁰、共済組合では個人契約が7割で団体契約が3割である¹⁰¹。相互扶助組合はその起源が年金の会社であり、企業が団体契約として年金と補足的医療保険に加入する例が多い¹⁰²。

今後の見通し

フランスでは既に人口の90%が補完的な医療保険の対象となっているため、契約者数が大きく増加することはないが、公的医療保険の財源問題に絡む公的医療保険との役割分担の観点から補償内容が拡充していくという見方¹⁰³が存在する。公的医療保険との関係で一般保険会社や共済組合が伸びていくかについては伸びていくと考える人が多いという見方¹⁰⁴が存在する。また、フランス国内には今後は医療保険は全て公的保険制度として税金で賄われる仕組みに変わっていくであろうという意見と、現在のシステムを維持しつつ民間が更に競争していくべきだとする意見が並存しているとのことである¹⁰⁵。

2. 介護分野における公的制度の動向と民間保険市場

(1) 公的制度の仕組み

介護分野におけるフランスの介護制度は、個別自立手当 (Allocation Personnalisée d'Autonomie : 以下「APA」という) である。このAPAは、2002年1月に導入された。

従来、フランスの介護制度は高所得者と低所得者とは制度体系が異なっていた。高所得者には介護給付制度が適用されず、老齢年金基金からの補助と、障害者基本法に定められた第三者保障手当による給付を受けるか、自己負担で賄うしかなかった。

1997年に「介護給付法」が成立し、低所得者に対して老齢年金基金からの補助と、障害者基本法に定められた第三者保障手当に加え、介護給付が行われることになった。この介護給付の被保険者は60歳以上の高齢者であり、単身者の場合は月の収入が6,000フラン以下、夫婦者の場合には10,000フラン以下という制限があった。また、要介護度の評価がAGGIR要介護度評価測定方式によるGIR1からGIR6の6段階で行われ、このうちGIR1からGIR3までの要介護度の高い者のみが給付対象であった。また、給付は現物給付であり、介護サービスを提供した者に対する対価として支払われた。このように1997年の介護給付法は所得制限、要介護度の評価という点で給付対象が限定されていた。

この介護給付法の正式名称は、「要介護高齢者のための自立給付を定める法律の可決を前提として介護特

⁹⁸ CNAM へのインタビューより。

⁹⁹ Axa 社へのインタビューより。

¹⁰⁰ FFSA へのインタビューより。

¹⁰¹ FNMF へのインタビューより。

¹⁰² 同上。なお、FNMFは共済組合の連合組織であるが、年金との関係があるので、FNMFは相互扶助組合の補足的医療保険に加入しているとのことである。

¹⁰³ FFSA へのインタビューより。

¹⁰⁴ CNAM へのインタビューより。

¹⁰⁵ FNMF へのインタビューより。

別給付によって高齢者のニーズへの対応を目指す 1997 年 1 月 24 日法」であった。この名称が示すとおり、将来の高齢者福祉制度統一までの暫定的措置であった¹⁰⁶。2002 年 1 月より次の項に述べる新たな APA の制度が導入された。

(2) 公的制度の最近の動向 - 個別自立手当 APA

1997 年の介護給付法に基づく介護特別給付は、収入による制限、要介護者が死亡した場合における相続財産からの償還制度の存在、AGGIR による要介護度の判定は全国共通であるがその支給額が県によって異なる等の問題点が指摘されており、APA の導入はそれに対応するものとなっている¹⁰⁷。APA の概要は以下のとおりである¹⁰⁸。

- ・フランス国内に合法的に 15 年以上滞在する 60 歳以上の GIR1 から GIR4 の要介護者が支給対象となる。
収入制限はなく、収入の多寡により自己負担部分が変わる。
- ・要介護度の評価は GIR1 から GIR6 までの 6 段階で評価され、GIR1 から GIR4 までが支給対象となる。
- ・要介護度に応じ在宅と施設それぞれにつき給付限度額が存在する。給付限度額は《図表 20》のとおりである。
- ・要介護者が死亡した場合における相続財産からの償還制度は廃止された。

¹⁰⁶ 前掲注 6、長岡繁樹・細田道隆・江頭達政、p.54。

¹⁰⁷ 前掲注 67、医療経済研究機構、p.62。

¹⁰⁸ 日医総研フランスレポート「フランス新介護手当」日医総研ホームページ <http://www.jmari.med.or.jp/> (visited Mar. 14, 2003)

《図表 20》AGGIR による要介護度評価と給付最高額

要介護度評価		給付最高額 (ユーロ)	
段階	状態	在宅	介護
GIR1	最も重い要介護者。身体的・精神的にすべての自立を失い、外部からの永続的介助を必要とする人。寝たきりのことが多い。	1,067	335
GIR2	高度の要介護者。2種類のタイプがあり、身体を動かすことはできないが精神的機能は完全に失われていない人、あるいは精神的自立は失われているが身体的活動は保たれている人。	914	335
GIR3	中等度の要介護者。精神的自立があり、移動もできるが一日に何度も介助を必要とする人。多くは排泄において要介助。	686	167
GIR4	起居、衣服の着脱、摂食に援助を必要とする人。2種類あり、移動ができず排泄や日常生活に介助が必要な人、あるいは移動はできるが日常生活や食事に介助が必要な人。	457	167
GIR5	軽度の要介護者。独立して生活、食事できるが、外出や家事に援助を必要とする人。	-	-
GIR6	自立している人	-	-

(出典)「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」医療経済研究機構 p.130

(3) 介護分野における民間保険市場

民間介護保険は公的介護制度を補完するものとして販売されているが、その詳細を示す報告書、統計資料は公開されていない。以下、2002年に実施したインタビューを中心として整理する。

市場の構造¹⁰⁹

高齢化の進展にともない、潜在的な市場としても公的介護制度を補完する民間介護保険市場は存在するが、現状では非常に小さな市場にとどまっている。

フランス国内の保険会社は共済組合、相互扶助組合も含め、介護保険を販売している会社と、全く販売していない会社に分かれる。一般保険会社の例では、AGR R 社、Groupama 社、CNP 社が介護保険の販売に力を入れており、Axa 社は介護保険を販売していない。保険会社の多くは、介護保険の引き受けリスクの判断が難しいとの理由から、市場参入に慎重である。

プレイヤー

上記のとおり、一般保険会社、共済組合、相互扶助組合の一部が介護保険の販売を行っている。AGR R 社は相互扶助組合であるが民間介護保険の最大手であり、50%のマーケットシェアを有する。また、Groupama 社の契約者数は50万人と言われているがマーケットシェア等は不明である¹¹⁰。

¹⁰⁹ Axa 社へのインタビューより。

¹¹⁰ Id.

商品内容¹¹¹

商品内容は保険会社によって異なるが、「全部要介護」(La dépendance totale)の補償のみの契約、それに「部分的要介護」(La dépendance partielle)の補償が追加された契約の2つのタイプに分けられる。全部要介護は、食事、入浴、移動、着衣のうちいずれか3つの動作を自らできないと認定された場合であり、契約時に約定した保険金額の全額が支払われる。部分的要介護は、起居、着座、食事の用意といった特定の動作に介助が必要となったと認定された場合であり、介助の必要度に応じて保険金額の一定割合が支払われるものである。保険金の支払いは年金方式による支払いが主流であるが、稀に一時金で支払う契約もある。また、要介護状態と認定された場合にのみ保険金を支払う方式と、個人年金の上乗せとして要介護状態になった場合に年金支給額を増額して支払う方式がある。

加入年齢は50歳から75歳であり、75歳を超えるとほとんどの保険会社で加入できなくなる。加入時には健康診断が必要であり、ごく稀に告知書のみで保険販売を行っている保険会社がある。

なお、Aviva Direct社がホームページで募集を行っている介護保険では、毎月300ユーロ、600ユーロ、1,000ユーロ、1,200ユーロの保険金が支払われるパターンの中から契約者が選択するようになっている。また、健康診断は行っていない¹¹²。

付加サービス

保険契約者からの電話による質問を受け付けている保険会社があり、病院のベッドの予約確保、専門家とのアポイントの取得、看護婦の手配、必要となる要員の派遣といったサービスを行っている¹¹³。なお、Aviva Direct社も1日24時間いつでも電話による質問を受け付け、同様のサービスを提供している。

その他

フランス民間介護保険については詳細な情報がなく、市場規模、販売網、顧客層については不明である。ただし、介護保険の販売に積極的なCNP社については比較的裕福な層が加入している¹¹⁴。

今後の見方については、高齢化が進展しているにもかかわらず、民間介護保険の市場は未開拓の市場にとどまっているが、リスクが把握できない点が大きなネックであるという見方¹¹⁵が存在する。10年から20年先のリスクを判定することは難しく保険料算出が困難という見方¹¹⁶も存在する。また、公的介護制度におけるAGGIR要介護度判定基準は非常に複雑で難しいことから、公的介護制度がどのように運営されていくかで民間介護保険の役割が大きく変わっていくのではないかという見方¹¹⁷も存在する。

¹¹¹ Fédération française des sociétés d'assurances, "L'assurance dépendance", Centre de documentation et d'information de l'assurance, Octobre 2002

¹¹² Aviva Direct社のホームページ

http://www.norwichdirect.fr/francais/accident/assurance_dependance.php3 (visited Mar. 14, 2003)

¹¹³ FFSAへのインタビューより。

¹¹⁴ CNAMへのインタビューより。

¹¹⁵ FFSAへのインタビューより。

¹¹⁶ Axa社へのインタビューより。

¹¹⁷ FNMFへのインタビューより。

<参考文献等>

1. イギリス参考文献

- ・ 医療経済研究機構「イギリス医療関連データ集【2001年版】」(2002)
- ・ 武川正吾・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障 イギリス」(東京大学出版会、1999)
- ・ 長岡繁樹・細田道隆・江頭達政「欧州3ヶ国の医療・介護分野における公的制度の最新動向と民間保険市場の現状」(安田総研クォーターリー 第34号、2000)
- ・ 医療関連サービス振興会「欧州医療関連サービス調査報告」(2003)
- ・ Laing and Buisson, "Private Medical Insurance-UK Market Sector Report 2002", 2002.
- ・ Laing and Buisson, "Health Cash Plans-UK Market Sector Report 2002", 2002.
- ・ Datamonitor, "European Health Insurance 2000", 2000.

2. ドイツ参考文献

- ・ 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2001年版】」(2002)
- ・ 古瀬徹・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障 ドイツ」(東京大学出版会、1999)
- ・ German Insurance Association, "The German Insurance Industry 2001 Yearbook", 2002.
- ・ Verband der privaten Krankenversicherung, "Private Health Insurance Fact and Figure 2001/2002", 2002.
- ・ Datamonitor, "European Health Insurance 2000", 2000.

3. フランス参考文献

- ・ 医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2001年版】」(2002)
- ・ 藤井良治・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障 フランス」(東京大学出版会、1999)
- ・ 伊奈川秀和「フランスに学ぶ社会保障改革」(中央法規出版、2000)
- ・ 加藤智章編「医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自立と平等」(北海道大学図書刊行会、2002)
- ・ Fédération française des sociétés d'assurances, "French Insurance in 2001", 2002.
- ・ La Mutualité Française, "La Mutualité Française, real mutuals for one out two French people".
- ・ Datamonitor, "European Health Insurance 2000", 2000.
- ・ Fédération française des sociétés d'assurances, "L'assurance dépendence", 2002.
- ・ Elias Mossialos and Sarah Thomson, "Voluntary health insurance in the European Union, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission", 2002.
- ・ Daniel Laurent, "De l'assurance publique à l'assurance privée", 2002.