

アイルランドの民間医療保険における リスク構造調整

——沿革と概要——

増 田 幸 弘

はじめに

I 先行研究

II アイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険

III 民間医療保険におけるリスク構造調整

おわりに

はじめに

本稿の目的は、アイルランドの民間医療保険におけるリスク構造調整 (risk equalisation) の沿革と概要を示すことにある。本稿の研究上の問いは、「アイルランドでは民間（私的）医療保険に対してどのようなリスク構造調整がなされているのか」を明らかにすることである。

本稿でアイルランドという場合、英国の統治下にある北アイルランドは含まないものとする。risk equalisation は risk equalization とも表記されるが、本稿ではアイルランドの表記に基づき risk equalisation を用いる。また、この用語にリスク構造調整との訳をあてる。本稿では、医療保障制度を、社会的な給付として「病気・負傷（けが）等が発生した後に治療を行い、病後のアフター・ケアを施し、さらに疾病を予防することを目的とする制度であり、医療を提供する諸制度を含むもの」（西村 2003 : 151）との意味で用いる。ただし、本稿では医療を提供する諸制度については取り上げない。

本稿の構成は次の通りである。はじめにアイルランドの医療保障制度および民間医療保険に関するわが国の先行研究を概観する（Ⅰ）。次いで、公私ミックスを特徴とする、アイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険のあり方と沿革について述べる（Ⅱ）。これを踏まえて、アイルランドにおける民間保険に対するリスク構造調整の導入の経緯とその概要を説明する（Ⅲ）。

なお、以下の記述の一部は、増田（1991）および同（2007）と重複する。

I 先行研究

図表1は、3つのデータベース（国立情報学研究所 CiNii、国立国会図書館サーチ、West Law Japan）を用い、検索語を「アイルランド and 医療」、「アイルランド and 保険」で検索した結果から、アイルランドの医療保障制度および民間医療保険に関する文献を抽出したものである。これに、『新世界の社会福祉』所収の論稿（ウイルソン＝小館 2019）および『アイルランドを知るための70章』所収の論稿（小館＝千葉 2019）を加えた。

この検索結果から、わが国ではアイルランドの医療保障制度および民間医療保険に関する研究がほとんどなされていないことが分かる。このことは、アイルランドの医療保障制度や民間医療保険に対するわが国の研究者の関心の低さを示している。

本稿の検討対象である、アイルランドの民間医療保険に関しては、上記の検索ワードでヒットしなかった文献である河口（2012）が、民間保険の利用に特徴のある7か国（イギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、カナダ、ドイツ、オランダ）のひとつとして取り上げている。

しかし、アイルランドの民間医療保険を主題とする論稿は、管見の限りでは増田（1991）および同（2007）のみである。

図表 1 アイルランドの医療保障制度および民間医療保険に関する邦文文献

執筆者	発表年	論題	掲載誌 / 書
平石長久	1966	各国の医療保障制度 (56) アイルランド	健康保険 20 (7)
佐口卓	1970	アイルランドの医療保障	早稲田商学 218
増田幸弘	1991	アイルランドの医療保障立法政策と任意健康保険制度の問題	法学政治学論究 10
赤松隆	1991	アイルランドの保健医療事情 (第 16 回基礎医学談話会、研究会記録)	杏林医学会雑誌 22 (4)
赤松隆他	1995	アイルランドの保健医療事情 (その 10) : 身障児教育の実態を中心として	日本公衆衛生学会総会抄録集
廣瀬輝夫	1999	アメリカ便り イギリスおよびアイルランドの最近の医療事情	日本医事新報 3937
赤松隆	2001	アイルランドの保健医療事情に寄せて (視点を变えて)	理学療法学 28 (1)
増田幸弘	2007	アイルランドの私的医療保険 : リスク平準化スキームの背景	週刊社会保障 2433
廣瀬輝夫	2010	コラム・アイルランドの医療	廣瀬輝夫著『世界の医療事情リポート : そして日本を考える』メディカルトリビューン、所収
中村雄二	2015	乳幼児診察料無償化をめぐる動き : アイルランド	国民医療 327
石丸美奈他	2019	アイルランド共和国の包括ケアと保健師の役割	千葉大学看護学研究科紀要 41
小館尚文 = 千葉優子	2019	めざすは「医療・介護統合」モデルの充実 : 南北の医療制度	海老島均 = 山下理恵子編著『アイルランドを知るための 70 章 (第 3 版)』明石書店、所収
エレイン・ウイルソン = 小館尚文 (小館尚文訳)	2019	アイルランド共和国・北アイルランドの医療制度および近年の状況	金子光一 = 小館尚文編著『新世界の社会福祉第 1 巻 イギリス / アイルランド』旬報社、所収

出所 : 筆者作成

II アイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険

ここでは、公私ミックスを特徴とする、アイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険のあり方と沿革を取り上げる。はじめにアイルランドの医療保障制度について説明し (1)、次いで民間医療保険に対する公的規制について説明する (2)。最後に、アイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険の沿革を述べる (3)。

1 アイルランドの医療保障制度

図表2はアイルランドにおける患者の受診の流れである。ここに示されているように、アイルランドの医療保障制度は、国民皆保険やフリーアクセス等を特徴とするわが国の医療保障制度とは異なる仕組みが採用されている。

すなわち、わが国では社会保険（公的医療保険）によって医療保障が行われている。これに対して、アイルランドでは医療保健サービス庁（Health Service Executive。以下「HSE」と略）等が運営する公的病院（public hospital）が税財源で提供する公営医療（public health service）によって医療保障が行われている¹⁾。

また、公的医療保険の保険証を持参すれば全国どの保険医療機関でも保険診療を受けることができる、いわゆるフリーアクセスを原則とするわが国とは異なり、アイルランドではすべての患者はまず家庭医（General Practitioner。以下「GP」と略）を受診することが求められる。また、専門的な医療が必要なときには、GPからの紹介が必要とされる。GPにかかる費用は、後述（3（1））のように患者の所得によって無償または有償となる。

図表2に示されているように、GPによる一次医療から病院による二次医療を紹介される患者には、次の2つの選択肢がある。ひとつが、図表2の左

1) HSEは2004年保健法（Health Act, 2004）により設置された。HSEの設置に伴い、1970年保健法（Health Act 1970）に基づき設置されていた各地のヘルスボード（Health Board）は、2005年1月1日よりHSEに置き換えられた。なお、医療保健サービス庁という訳は、ウイルソン＝小館（2019）に依拠する。

図表 2 アイルランドにおける患者の受診の流れ

Step 1	Visit your GP	
Step 2	Public Consultant	Private Consultant
	You are referred by your GP to a public consultant for an out-patient assessment	You are referred by your GP to a private consultant for an out-patient assessment
Step 3	Diagnostic Tests (If required, otherwise go to step4)	Diagnostic Tests (If required, otherwise go to step4)
	You can be seen in a public hospital as a public in-patient or Day Case on an out-patient basis	You can be seen in a public Hospital as a private in-patient or Day Case or You can be seen in a private hospital as a private in-patient or Day Case on an out-patient basis
Step 4	Treatment	Treatment
	You can be treated in a public hospital as a public in-patient or Day Case or out-patient basis, such as in the community or follow up treatments with your consultant/GP	You can be treated in a public hospital as a private in-patient or Day Case or out-patient basis, such as in the community or follow up treatments with your consultant/GP or You can be treated in a private hospital as a private in-patient or Day Case or out-patient basis, such as in the community or follow up treatments with your consultant/GP

出所：Irish Life Health 社資料 “Understanding the health care system in Ireland” (<https://irishlifehealth.ie/IrishLifeHealth/media/Irish-life-Health/ilh.pdf> 最終閲覧 2023 年 8 月 1 日)

側の流れのように、公的病院において無償または有償（医療費の一部を自己負担）で公営医療を受けることである。この場合、患者は基本的に病院や医師を選択することができない。

もうひとつは、図表 2 の右側の流れのように、私的病院（private hospital）または公的病院において、プライベート医療（private health service）を受けること²⁾である。この場合、患者は病院や医師を選択することができること、公営医療と比べて受診までの待ち時間が短いこと、および公営医療でカバーされない治療等を行うことができるとの利点がある。その一方で、医療費は

実費が請求される。

このように、アイルランドでは GP に加え、①税財源によって公的病院が提供する公営医療と、②私的病院または公的病院が提供するプライベート医療が併存する形となっている。アイルランドの医療システムは、サービスにかかる財源と供給における公私ミックスによって特徴づけられている (Madden 2022: 29)。

このアイルランドの医療システムにおいて、民間医療保険は、GP や①にかかる医療費の有償部分の費用や、②にかかる医療費の実費をカバーするものとして利用されている。アイルランドにおけるこのような民間医療保険の位置づけについて、OECD の報告書は、公的医療と「重複・補完的・補足関係」にあるものと解している (OECD 2005 : 49)。

民間医療保険市場に対する規制業務を行う健康保険庁 (Health Insurance Authority) によると、本稿執筆時点における民間医療保険の加入率と各社のシェアは次の通りである。2023 年 6 月 30 日時点の民間医療保険の加入率は 47.6 % である (HIA 2023a)。各保険会社の市場占有率は、Vhi Health Care が 48.9 %、Laya Health Care が 27.8 %、Irish Life Health が 20.6 %、その他が 2.7 % であった³⁾。また、成人の平均保険料 (average premium) は 1493 ユーロであった (同)。

2 民間医療保険に対する公的規制——1994 年健康保険法

アイルランドにおいて民間医療保険に関するルールを定めているのが、1994 年健康保険法 (Health Insurance Act, 1994) である。加入希望者の保険

-
- 2) 外務省のホームページ「世界の医療事情 アイルランド」では、public health service を公営医療、private health service をプライベート医療と訳している (<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/europe/ireland.html> 最終閲覧 2023 年 8 月 1 日)。増田 (1991) では公的医療と私的医療との訳をあてていたが、本稿ではこの外務省訳にならうこととした。
- 3) その他は、一定の職業の従事者とその家族のみを被保険者とする保険 (Restricted Membership Undertakings (RMUs) である)。

へのアクセスの保障と保険者間の財政の公平を図るため、同法は 7 条以下において、保険契約に関して一定の規制を加えている (Armstrong 2018 : 335)。具体的には次の通りである。

①コミュニティ・レイティング (community rating)⁴⁾。各保険会社における同一の内容の保険については、年齢、性別、健康状態の如何にかかわらず同一の保険料とする。すなわち、個人の疾病リスクに応じた保険料の設定は認められていない。

②オープン・エンrollment (open enrollment)。保険会社はすべての加入希望者について、一定の待機期間を前提としつつ、加入を拒否することが原則として認められていない。

③ライフタイム・カバー (lifetime cover)。保険料が支払われている限り、被保険者の健康状態の如何にかかわらず契約の更新を拒否しない。

④ミニマム・ベネフィット (minimum benefit)。病院における医療に関する保険について、最低限保障されるべき内容が定められている。

⑤リスク構造調整 (risk equalisation)。保険会社間の財政の公平を図る方策としてリスク構造調整が行われている (後述Ⅲ)。

アイルランドでは、保険へのアクセスの保障の観点から民間医療保険に対してこのような規制が加えられている。すなわち、医療保険の保険料は、被保険者個人の疾病リスクに基づき定まるものでなく、集団的に定められる (上記①)。保険会社には医療保険の保険契約の締結が強制されており、保険会社が危険選択によって契約の締結を拒否することを認めない (上記②)。また、保険会社からの契約更新の拒否も認めない (上記③)。

アイルランドの民間医療保険がこのような厳しい規制を受けていることについて、Martin and Turquet (2021) は、「ソーシャル・プロテクションおよび社会福祉政策のツール (a tool for social protection and welfare policy)」として考えられているためとする (p.235)。すなわち、前述 (1) のように、

4) 増田 (1997) では、community rating に地域保険料との訳をあてていた。これは誤った訳であり訂正する。

アイルランドの民間医療保険は保険会社と個人の契約を媒介とする私保険でありつつも、国家が保険契約に対して上記の規制を行うことを通じて、所得制限により GP や公営医療が提供する医療を無償で受けることができない者に対して医療費を保障する機能を担っているものと評価することができる。

3 医療保障制度と民間医療保険の沿革

(1) 1953 年保健法

公営医療とプライベート医療の併存や、患者の所得に応じた医療保障というアイルランドの医療制度の構造は、歴史的には 1940 年代から 1950 年代初頭にかけてのアイルランドの医療保障法制形成期に、医療の社会化をめぐる政府と医師会や、政府とカトリック教会との間で行われた論争を経て形成された（増田 1991）⁵⁾。政府は当初、国家による無償での医療提供や母子保健等の施策の拡充を構想した。しかし、医師会やカトリック教会は、自治の喪失、支配的なカトリックの精神に対する棄損、医師のプライベート診療（private practice）からの収入の潜在的損失との理由から、政府の方針に反対した（Dukelow and Considine 2017: 219）。

ここで形成され、現在に至るまでのアイルランドの医療保障制度の原型となったのが、1953 年保健法（Health Act, 1953）である。同法に基づき、医療サービスは当初次のように構成された（Department of Health 1966: 14）。

① GP による一般医療サービス（general medical services）、②病院・専門医サービス（general institutional and specialist services）、③精神科医療、④歯科医療、眼科医療、聴覚サービス（aural service）、⑤母子保健・福祉、学校保健、⑥感染症医療、⑦リハビリテーション。これらの医療サービスに加え、各種の手当や母子に対する牛乳の支給等が規定された。

5) 特にカトリック教会を巻き込み激しい論争となったのが、母子保健スキーム（mother and child scheme）の存在であった。この論争の経緯に関して以下参照。Barrington（1987: 201-221）; Earner-Byrne（2007: 120-151）; McKee（1986: 159-194）; Whyte（1984: 196-272）。また、当時の保健大臣 Noël Browne の回顧録に Browne（1986）があり、一方当事者の視点から見た事実が示されている。

同法はまた、患者を所得水準別にカテゴライズし、医療費の支払い能力のある所得階層に属する患者に対しては、基本的に私費で医療を受けることを求めるというシステムを採用した。具体的には、患者をカテゴリー I（低所得者：人口の約 30%）、カテゴリー II（中所得者：人口の約 45%）、カテゴリー III（高所得者：人口の約 15%）の 3 つのカテゴリーに分類し (Dukelow and Considine 2017: 219)、中・高所得者層には無償の公営医療を限定的に提供するものとした。特にカテゴリー III については、地域保健等に関する給付を除きプライベート医療によるものとされた。

この 3 つのカテゴリーは、その後 1991 年に、カテゴリー I（メディカルカード (medical card) を所持する者）と、カテゴリー II（メディカルカードを所持しない者）の 2 つのカテゴリーへと改められた。メディカルカードは、低所得者に対して交付され、交付に際しては資産調査と所得調査がなされる (House of the Oireachtas Joint Committee on Committee on the Future of Healthcare 2017: 44)。

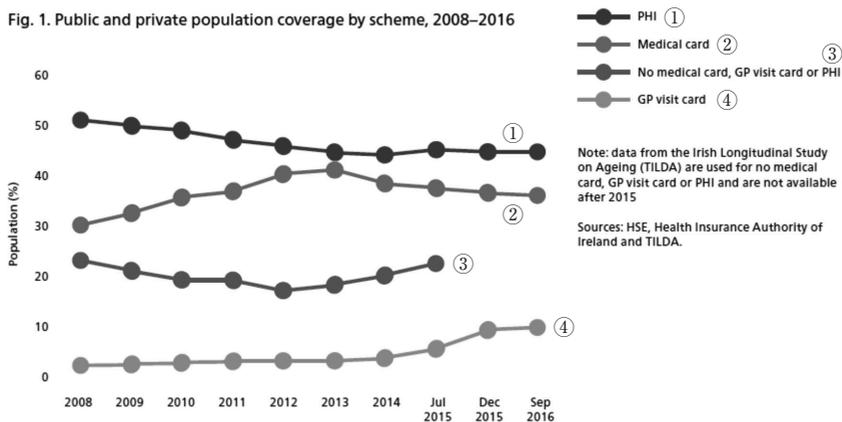
メディカルカードの所持者（すなわちカテゴリー I の患者）は、GP による医療と公的病院が提供する公営医療を無償で受けることができる。カテゴリー II の患者は、GP による医療にかかる費用は全額自己負担となる。また、公的病院が提供する公営医療を無償または有償（医療費の一部を自己負担）で受けることができる⁶⁾。

2005 年には、GP ビジットカード (GP visit card) が導入された⁷⁾。GP ビジットカードの所持者は、GP による診察を無償で受けることができる (House of the Oireachtas Joint Committee on Committee on the Future of Healthcare 2017: 46; ウィルソン = 小館 2019 : 349; Johnston et al. 2020: 11)。GP ビジットカードは、次の者等に対して交付される⁸⁾。所得が一定額以下であるものの所得制限によってメディカルカードを取得することができない者、

6) 自己負担には上限額が設けられている。

7) ウィルソン = 小館 (2019) は、GP visit card に家庭医問診カードという訳をあてている。

図表3 メディカルカードの所持率、GP ビジットカードの所持率、民間医療保険の加入率の推移



出典：Johnston et al. 2020, p.11.

8歳未満の小児、70歳以上の高齢者、フルタイムの介護者に支給される現金給付の受給者。これら GP ビジットカードの所持者は、GP の診察を無償で受けることができる（House of the Oireachtas Joint Committee on Committee on the Future of Healthcare 2017: 46）。

図表3は、メディカルカードの所持者、GP ビジットカードの所持者、民間医療保険の被保険者の比率の推移である。

(2) 1957年任意健康保険法

(1)で述べた、患者の所得に応じた医療保障を行うという1953年保健法の構造を前提に、1957年に任意健康保険法（Voluntary Health Insurance Act,

8) 本稿執筆時点において、8歳未満の小児には Under 8s GP visit card が、また、70歳以上の高齢者には所得を問わず Over 70s GP visit card が交付される。また、フルタイムの介護者に支給される現金給付（Carer's Benefitまたは Carer's Allowance）の受給者には、Carer's GP visit card が交付される。

1957) が制定された。すなわち、公営医療の適用対象とならない高額所得者が医療にかかる費用に備える保険として、法に基づき任意健康保険 (voluntary health insurance) が提供されることとなった (Curry 2003: 147; Colombo and Tapay 2004: 8)。

任意健康保険の新設は、1953年に医師会 (Irish Medical Association) が保健大臣に対して任意健康保険のスキーム (a scheme on voluntary health insurance) の検討を要請したことを契機としている (House of the Oireachtas Joint Committee on Commercial State-Sponsored Bodies 1980)。これを受けて、保健大臣は諮問委員会を設置し、同委員会は1956年5月に報告書 *Report of Advisory Body on Voluntary Health Insurance Scheme* を提出した。1957年任意健康保険法は、この報告書の提言が反映されたものとなっている (Barrington 1987: 246; Hensey 1979: 107)。

保険者である VHI ボード (VHI Board) は、法に基づき国が設置する非営利の企業とされた。剰余金は保険料の引き下げか給付の引き上げに用いるものとされた (Curry 2003:147)。提供する医療保険は、コミュニティ・レイティング、オープン・エンrollmentおよびライフタイム・カバー (いずれも前述 II 2) によるものとされていた (Light 2006: 63)。また、1955年金融法 (Finance Act, 1955) 等により、被保険者に対する税制上の優遇措置が行われた。

1957年法は、VHI ボード以外の保険会社等が医療保険を販売する場合、保健大臣による許可 (health insurance licence) を要する旨を規定する。この許可は大臣の裁量 (in his absolute discretion) によるものとされ、実際には VHI ボードと真に競合しないごく限定的なスキームについてのみ認められた (Hensey 1979: 111)⁹⁾。

VHI ボードが提供する医療保険は、「ヘルスサービスにおける良きパートナー」(佐口1970: 502) として、1957年の設立から約40年にわたり、アイ

9) 増田 (2007) は1957年法が競合する私的医療保険事業を認めていないと書いたが、これは不正確な記述であり訂正する。

ルランドの医療保険市場において事実上の独占状態を維持し続けた (Curry 2003: 148)。

VHI ボードの設置と成功について、医療政策史の Barrington (1987) は、政府、医療従事者およびアイルランドのカトリックの道徳主義者の理想化された「自発的」精神 (the idealised 'voluntary' spirit of Irish Catholic moralists) の間の、新たな種類のパートナーシップを示すものと解している (p.250)。

Ⅲ 民間医療保険におけるリスク構造調整

ここでは、民間医療保険におけるリスク構造調整について述べる。はじめに基本法となる 1994 年健康保険法について述べ (1)、次いで 2001 年健康保険 (修正) 法について述べる (2)。この法改正の経緯を踏まえ、2013 年健康保険 (修正) 法以降の動きについて説明する (3)。

1 1994 年健康保険法

EU では、「三次にわたる損害保険指令の結果、損害保険販売に関する EU 域内の制度的な障壁はすべて撤廃され」(荒木 2004 : 42)、「EU 域内の損害保険市場統合のフレームワーク構築とサービス提供の自由を達成」(細田他 2002 : 48) した。すなわち、1973 年 7 月のいわゆる EC 損害保険第 1 次指令 (73/239/EEC) の採択以降、1988 年には第 2 次指令 (88/357/EEC) が、1992 年には第 3 次指令 (Council Directive 92/49/EEC) が採択された。

このような単一保険市場形成の動きの中で、1957 年の設立以降、VHI ボードによる事実上の独占状態にあったアイルランドにおいても民間医療保険市場の対外開放の条件整備が求められることとなった。そこで、民間医療保険に関する諸事項を規定する法律である 1994 年健康保険法 (Health Insurance Act, 1994) が制定された。

前述 (Ⅱ 2 (2)) のように、1994 年健康保険法によって、保険会社は保険加入者に対する危険選択を行うことなく医療保険を提供するものとされた。保険料に関しても、被保険者の保険事故発生リスクに基づき算定するので

はなく、同一の保険商品については同一の保険料というコミュニティ・レイティングの考え方に拠ることとされた。このことは、高齢者等の疾病リスクの高い被保険者が特定の保険会社に偏在することがあり得ることを意味する。そこで、リスク構造調整の仕組みが導入された。

このリスク構造調整は、1996年健康保険法（リスク構造調整スキーム）（Health Insurance Act (Risk Equilisation Scheme), 1996）の定めるスキームにより実施するものとされていた。しかし、リスク構造調整は1回も実施されることなく、同スキームは1999年2月に廃止された（Armstrong 2018: 345; Health Insurance Authority 2013: 11; Turner and Smith 2020: 241）¹⁰⁾。

2 2001年健康保険（修正）法

その後、2001年に2001年健康保険（修正）法（Health Insurance (Amendment) Act, 2001）が制定された。同法により、1996年のスキームに代わる新たなリスク構造調整のスキームが提示された。それとともに、民間医療保険市場に関する法的規制を担当する官庁である、健康保険庁（Health Insurance Authority）が設置された。同庁の設置により、アイルランドの民間医療保険市場に関する規制業務は、それまでの保健および児童省から健康保険庁に移管されることとなった。

しかし、この2001年法に基づくリスク構造調整も、1回も実施されることはなかった。アイルランドの民間医療保険市場に参入した保険会社であるBritish United Provident Association Limited (Bupa) Irelandが欧州第1審裁判所とアイルランドの最高裁判所に訴えを提起し、最高裁判所が同スキームを違法であり無効との判断を示したためである。

Bupa Irelandは、アイルランドのリスク構造調整は、EU機能条約107条（旧87条）の国家援助にあたるとして、欧州第1審裁判所に対して訴えを提起した。第1審裁判所は、アイルランドのスキームはAltmark判決¹¹⁾が示した4条件にてらして¹²⁾、一般的経済的利益を有するサービス（欧州機能条

10) Health Insurance Act, 1994 (Risk Equilisation)(Revocation) Regulations, 1999.

約 106 条 2 項。旧 86 条 2 項) に対する補償であり国家援助にはあたらないとして、Bupa Ireland の訴えを退けた¹³⁾。

Bupa Ireland は、アイルランドの裁判所に対しても、リスク構造調整のスキームの無効を求めて訴えを提起した。これに対して最高裁判所は、リスク構造調整の重要な要素であるコミュニティ・レイティングの理解に誤りがあるとして、2001 年法に基づくスキームは無効であるとの判断を示した¹⁴⁾。

3 2013 年健康保険（修正）法以降

この最高裁判決を受けて、アイルランドでは新たなリスク構造調整のスキームの形成が図られた。政府は 2013 年健康保険（修正）法（Health Insurance (Amendment) Act, 2013）を制定し、同法に基づく新たなリスク構造調整のスキームを 2013 年 1 月 1 日より実施した。その後、2016 年と 2022 年の法改正により一部修正が加えられたが¹⁵⁾、その基本的な構造に変化はない。

図表 4 は、このリスク構造調整の概要である。保険会社は、各保険契約 (individual policies) ごとに印紙税 (stamp duty) を税務当局 (Revenue Commissioners) に対して納付する¹⁶⁾。税務当局は、納付された印紙税を健

11) Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, and Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht [2003] ECR I -7747.

12) Altmark 事件の 4 条件につき庄司 (2014) 349-50 頁。

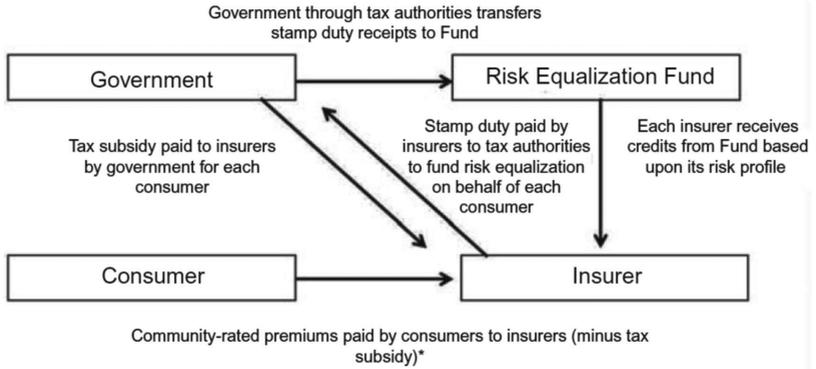
13) Case T-289/03 British United Provident Association Ltd (Bupa), Bupa Insurance Ltd and Bupa Ireland v. Commission [2008] ECR II -81. Bupa 事件が示した、一般的経済利益を有するサービスに関する加盟国の裁量につき青柳 (2013) 105 頁; 庄司 (2014) 352-353 頁。

14) Bupa Ireland Ltd v. Health Insurance Authority [2008] IESC42. なお、この最高裁判所判決は、リスク構造調整自体を否定している訳ではない。

15) Health Insurance (Amendment) Act, 2016 および Health Insurance (Amendment) Act, 2022. なお、2022 年改正の趣旨につき、Oireachtas Library & Research Service (2022)。

16) 印紙税は 1999 年印紙税統合法 (Stamp Duties Consolidation Act, 1999) の規定に基づく。

図表 4 医療保険法が定めるリスク構造調整の概要



* The way in which community-rated premiums are defined are such that the premiums paid by consumers are flat after allowing for the age/gender-related tax subsidies

出所 : Armstrong (2018), p.347.

康保険庁が管理する基金 (Risk Equalisation Fund) に送付する。同基金は、年齢と受診歴に基づく疾病リスクの高い被保険者の割合が多い保険会社に対して、クレジット (credit) と称する金員を支払う。

本稿執筆時点において、リスク構造調整のスキームには次の3種類のクレジットが存在する (HIA 2023b: 20)。

①リスク構造調整クレジット (Risk Equalisation Credit)。これは、被保険者の年齢に関わるクレジットであり、被保険者による保険請求の履歴とは無関係なプロスペクティブなものとして位置づけられる (HIA 2021: 3; Oireachtas Library & Research Service 2022 : 4)。クレジットの額は、65歳以上の被保険者について、その年齢層 (65歳から85歳まで5歳ごとの年齢層および85歳以上の年齢層)、性別、保険のタイプに基づき算定される。

②病院利用クレジット (Hospital Utilisation Credit)。これは、被保険者の健康状態に関わるクレジットであり、被保険者の病院への通院または入院歴に基づきクレジットの額が算定される。被保険者の通院や入院を健康状態の指標とするものであり、レトロスペクティブなものとして位置づけられる (HIA

2021: 4; Oireachtas Library & Research Service 2022: 5)。

③高額請求リスククレジット (High Cost Claims Credit)。これは、高額請求の割合 (proportion of high cost claim) に応じて支払われるクレジットである (Oireachtas Library & Research Service 2022: 5)。2022年に導入された。

おわりに

本稿では、はじめに先行研究の動向を概観した後、Ⅱにおいて公私ミックスを特徴とするアイルランドにおける医療保障制度と民間医療保険のあり方を示すとともに、その沿革について述べた。また、Ⅲでは、EUの3次にわたる損害保険指令 (1973年、1988年、1992年) への対応策としての、民間医療保険に対するリスク構造調整の導入の経緯を説明し、その概要を示した。

以上を踏まえ、本稿の冒頭に示した「アイルランドでは民間 (私的) 医療保険に対してどのようなリスク構造調整がなされているのか」という問いに回答すると、次のようになる。

前者 (どのようなリスク構造調整が行われているか) については、Ⅲ3でその概要を示した。すなわち、①保険会社は、保険契約ごとに印紙税を税務当局に対して納付し、②税務当局は、納付された印紙税を医療保険庁が管理する基金に送付し、③同基金は、疾病リスクの高い被保険者の割合が多い保険会社に金員を支払う、という仕組みである。

後者 (なぜ行われているか) について、筆者は、「(a) 1953年保健法が形成した医療保障制度の基本構造と、それを前提に民間医療保険を『ソーシャル・プロテクションおよび社会福祉政策のツール』 (Martin and Turquet 2021: 235) として機能させるための規制を、(b) 民間医療保険市場の対外開放後も従前どおり維持しつつ、(c) 複数の保険会社間における疾病リスクの高い被保険者の偏在に対応するため、リスク構造調整のスキームが導入された」と説明できるものと考えた。

ここでⅡおよびⅢで述べた内容を改めて整理すると、以下のようになる。

①アイルランドの医療制度の基本構造 (公営医療とプライベート医療の併存

や、患者の所得に応じた医療保障)は、医師会とカトリック教会の強い影響の下、1953年保健法において形成された。

②保険加入時に危険選択を行わない医療保険とその保険者である VHI ボードは、医師会の要請に基づき、1957年任意健康保険法により設けられた。これにより、1953年保健法が規定する公営医療を無償で受けることのできない所得階層の者も、希望すれば原則として医療保険の被保険者となることができ、私費で支払う医療費を保険でカバーすることができるようになった。

この②の事実から、アイルランドの民間医療保険は、1957年任意健康保険法の制定当初から、「ソーシャル・プロテクションおよび社会福祉政策のツール」として制度設計されていたものと解することができる。VHI ボードが提供する医療保険をこのツールとして機能させるため、提供される医療保険には保険の原理から逸脱するような規制(コミュニティ・レイティング、オープン・エンロールメント、ライフタイム・カバー)が設けられた。

次に③～⑤により、民間医療保険においてリスク構造調整が行われるに至った。

③政府は、法に基づき国が設置した非営利の企業である VHI ボードが提供する医療保険を、民間医療保険市場において事実上の独占状態に置いた。

④その後、アイルランドは EU の 3 次 にわたる 損害保険指令による 単一保険市場形成の動きへの対応が求められた。その際、前述の①と②で形成された医療保障制度と民間医療保険のあり方は維持された。

⑤民間医療保険市場に複数の保険会社が参入した場合、前述の④を前提とするのであれば、特定の保険会社に疾病リスクの高い被保険者が偏在することが想定される。このことに対応するため、国が金員を介して調整を行う仕組みであるリスク構造調整のスキームが導入された。

以上の①～⑤から、筆者は、アイルランドで民間医療保険に対してリスク構造調整が行われている理由について先に述べたような説明ができるものと考えた。

本稿で取り上げたアイルランドの民間医療保険と医療保障制度は、医療保障の市場化の議論に関わる次の①や②の問いについて理論的な考察を行う際

の手掛かりとなろう。

①私保険を医療保障制度と組み合わせる形で「ソーシャル・プロテクションおよび社会福祉政策のツール」として用いることの可能性と限界。②そのようなツールとして用いられる私保険と競争政策との関係¹⁷⁾。これらの背景には、社会保障における国家の役割は何かという問題が存在する。

また、本稿で取り上げた、英国からの独立以降の医療保障制度の沿革は、アイルランドの社会政策や社会立法の形成過程で、同国のカトリック教会がどのような影響を及ぼしたのかを分析するための素材となろう。いずれも今後の検討課題としたい。

文献一覧

- 青柳由香 (2013). 『EU 競争法の公共サービスに対する適用とその限界』. 東京：日本評論社.
- 荒木由起子 (2004). 「欧州損害保険市場の最新動向：2001 年の実績と主要国市場の変化」. 損保ジャパン総研クォーター, 43, 42-91.
- Armstrong, J. (2018). Health Plan Payment in Ireland. In McGuire, T.G., & van Kleef, R.C. (Eds.), *Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice*. London: Academic Press, 331-364.
- Barrington, R. (1987). *Health, Medicine & Politics in Ireland 1900-1970*. Dublin: Institute of Public Administration.
- Browne, N. (1986). *Against the Tide*. Dublin: Gill and Mcmillan.
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*. Paris: OECD.
- Curry, J. (2003). *Irish Social Services*. (4th ed.). Dublin: Institute of Public Administration.
- Department of Health (1996). *The Health Services and their Future Development*. Dublin: Stationery Office.
- Dukelow, F., & Considine, M. (2017). *Irish Social Policy: A critical introduction*.

17) EU の競争政策との関係に関する文献に青柳 (2013); 関根 (2013); 笠木 (2012) 等。

- (2nd ed.). Bristol: Policy Press.
- Earnar-Byrne, L. (2007). *Mother and child: Maternity and child welfare in Dublin, 1922-60*. Manchester: Manchester University Press.
- HIA (Health Insurance Authority) (2013). *Guide to 2013 Risk Equilisation Scheme*. from Lenus Web site: <https://www.lenus.ie/handle/10147/311919>
- (2021). *Public Consultation Community - rated health insurance market in Ireland and proposed changes to the Risk Equilisation Scheme*. from HIA Web site: [https://www.hia.ie/sites/default/files/RES Public Consultation document.pdf](https://www.hia.ie/sites/default/files/RES_Public_Consultation_document.pdf)
- (2023a). *Quarterly Report on Health Insurance Q2 2023*. from HIA Web site: <https://www.hia.ie/publications/market-reports-and-bulletins>
- (2023b). *Annual Report and Accounts 2022*. from HIA Web site: <https://www.hia.ie/publications/annual-reports-accounts>
- Hensey, B. (1979). *The Health Services of Ireland*. (3rd ed.). Dublin: Institute of Public Administration.
- 細田道隆 = 荒木由紀子 = 金古俊秀 (2002). 「欧州損害保険市場の最新動向：自由化後の現状と当事者の対応」. 損保ジャパン総研クォーターリー, 41, 42-95.
- House of the Oireachtas Joint Committee on Commercial State-Sponsored Bodies (1980). *Ninth Report Voluntary Health Insurance Board*. from House of the Oireachtas Web site: http://archive.oireachtas.ie/1980/REPORT_26031980_0.html
- House of the Oireachtas Joint Committee on Committee on the Future of Healthcare (2017). *Sláintecare Report*. Dublin: House of the Oireachtas.
- Johnston B., Thomas S., & Burke S. (2020). *Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Ireland*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- 笠木映里 (2012). 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』. 東京：有斐閣.
- 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」. 成城大学経済学研究, 196, 59-92.
- Light, D.W. (2006). Making competition fair for health insurance in Ireland. In McCluskey, D. (Ed.), *Health Policy and Practice in Ireland*. Dublin: University

College Dublin Press.

- Madden, D. (2022). *Medical Law in Ireland*. (5th ed.). Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Martin, P., & Turquet, P. (2021). Ireland: The Ambiguous Role of the Health Insurance Market. In Benoît, C., Del Sol, M., & Martin, P. (Eds.), *Private Health Insurance and the European Union*. Cham: Palgrave Macmillan, 219–246.
- 増田幸弘 (1991). 「アイルランドの医療保障立法政策と任意健康保険制度の問題」. 法学政治学論究, 10, 145–175.
- (2007). 「アイルランドにおける私的医療保険—リスク平準化スキームの背景」. 週刊社会保障, 2433, 44–49.
- Mckee, E. (1986). Church-state relations and the development of Irish health policy: the mother-and child scheme, 1944–53. *Irish Historical Studies*, 25: 98, 159–94.
- 西村健一郎 (2003). 『社会保障法』. 東京：有斐閣.
- OECD 編著 (阿萬哲也訳) (2005). 『世界の医療制度改革：質の良い効率的な医療システムに向けて』. 東京：明石書店.
- Oireachtas Library & Research Service (2022). *L&RS Bill Digest: Health Insurance (Amendment) Bill 2022. Bill No. 109 of 2022*. Dublin: House of the Oireachtas.
- 佐口卓 (1970). 「アイルランドの医療保障」. 早稲田商学, 218, 1–14.
- 関根由紀 (2013). 「EU 社会保障法制の新展開と加盟国の国内法への影響」. 社会保障法, 28, 51–66.
- 庄司克宏 (2014). 『新 EU 法 政策編』. 東京：岩波書店.
- Turner, B., & Smith, S. (2020). Uncovering the complex role of private health insurance in Ireland. In Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (Eds.), *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, Cambridge: Cambridge University Press, 221–263.
- Whyte, J.H. (1984). *Church and State in Modern Ireland 1923–79*. (2nd ed.). Dublin: Gill & Mcmillan.
- ウイリソン、エレイン＝小館尚文 (小館尚文訳) (2019). 「アイルランド共和国・北アイルランドの医療制度および近年の状況」. 金子光一＝小館尚文編著 『新

世界の社会福祉第 1 卷 イギリス／アイルランド』. 東京：旬報社所収, 348-353.

(2023 年 10 月 17 日脱稿)