

公的医療保険制度を補完する民間保険会社の 役割と駐在員の医療保障の選択肢 —米国・ドイツ・タイにおける事例について—

主席研究員 細井 健太郎

目 次

1. はじめに

2. 米国の状況

- (1) 公的医療保険制度の枠組み
- (2) 民間保険会社の役割
- (3) 駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

3. ドイツの状況

- (1) 公的医療保険制度の枠組み
- (2) 民間保険会社の役割
- (3) 駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

4. タイの状況

- (1) 公的医療保険制度の枠組み
- (2) 民間保険会社の役割
- (3) 駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

5. おわりに

要旨

わが国の医療費が増大する中、政府による「骨太方針 2025」では、持続可能な医療提供体制の確保に向け、公的医療保険を補完する民間保険の開発についての方針が示された。

本稿では米国、ドイツ、タイにおける公的医療保険制度と民間保険会社の役割分担を整理した。各国の状況として、米国では、民間保険会社が主導するマネージドケアが国民の医療アクセスを支える一方で、医療費高騰や AI による自動査定への懸念等が課題となっている。公的制度の一部を保険会社が担っているドイツでは、少子高齢化に伴う財源不足や受診待機時間の格差等の課題がある。タイでは、国民皆保険を実現しつつも、制度間の医療の質や給付内容に格差があり、その補完手段として、民間保険が不可欠な役割を担っている。

また、日系企業の駐在員に対する医療保障のあり方についてまとめた。米国、ドイツ、タイに駐在する駐在員や帯同家族に対する保障の選択肢は、現地の法規制を遵守したうえで、医療事情に即した保障を検討する必要がある。

3 カ国の事例はいずれも、社会全体の医療の質を維持・向上させるうえで、民間保険会社が提供する医療保障や付帯サービスが不可欠な役割を担っている実態を示している。わが国においても、民間保険会社の医療保険が公的医療保険制度を補完し、新たな付加価値を提供していくことが、制度全体の持続可能性を高めるポイントになると考えられる。

1. はじめに

厚生労働省によると、わが国の国民医療費総額は2023年に48兆915億円、国民1人あたりでは年間38万6,700円に達し、いずれも過去最高を更新している。こうした医療費増大への対応が必要となる中、2025年6月13日には、「経済財政運営と改革の基本方針2025 ～「今日より明日はよくなる」と実感できる社会へ～」(骨太方針2025)が閣議決定された。同方針では、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に耐えうる中長期的な医療提供体制の確保が掲げられており、その具体的施策の1つとして、公的な医療保険制度を補完する民間保険の開発を促す方針が示されている。

また、こうした官民連携による医療保障のあり方は、国内のみならず海外の在留邦人の適切な医療アクセスの確保においても重要な視点である。外務省によると、諸外国に長期で滞在するわが国の国民は、2025年10月1日現在、約71万人となっている。グローバルに事業を展開する企業の駐在員、帯同家族の多くは、わが国の民間保険会社が提供する海外旅行保険に加入していると推測されるが、画一的な補償内容となっていることが多く、各国の公的医療保険制度に即した内容となっていない可能性がある。

上記の背景を踏まえ、本稿では、諸外国における公的医療保険制度の枠組みと、制度を補完する民間保険会社の役割、および諸外国に居住する駐在員および帯同家族に対する医療保障の選択肢と留意点を整理した。また、対象国としては日系企業が多く、公的医療保険と民間保険会社の補完関係や役割分担による取組みが確認できた、米国、ドイツ、タイを取り上げた。

なお、本稿における意見・考察は筆者の個人的見解であり、所属する組織を代表するものではないことをお断りしておく。

2. 米国の状況

本項では、米国の公的医療保険制度の枠組み、民間保険会社の役割、および駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点について説明する。

(1) 公的医療保険制度の枠組み

米国には、全国民を対象とした皆保険制度はなく、特定の層を対象とした部分的な公的医療保険プログラムが存在する¹。本項では、その主要な枠組みであるメディケア(Medicare)、メディケイド(Medicaid)、児童医療保険プログラム(CHIP)、医療保険制度改革法(ACA)、および公的医療保険制度の課題について説明する。

¹ The Commonwealth Fund, “International Health Care System Profiles: United States”

a. メディケア（Medicare）

メディケア（Medicare）は、社会保障法（Social Security Act）第 18 編に基づき 1965 年に創設された²、連邦政府が運営主体となる公的医療保険プログラムであり、主な加入対象は、①65 歳以上の高齢者、②特定の障害を持つ 65 歳未満の者、③年齢を問わず、末期腎不全もしくは筋萎縮性側索硬化症（ALS）と診断された患者である。

プログラムは 4 つのパート（Part A、B、C、D）で構成され、Part A および B の管理主体は保健福祉省の傘下機関であるメディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare & Medicaid Services：以下「CMS」）、Part C および D の管理主体は民間保険会社となる³。各パートで提供される保障内容は図表 1 のとおりである。

図表 1 メディケアの全体像

区分	名称	内容
Part A	病院保険 (Hospital Insurance ^(注1))	○病気やケガに関する以下の保障を提供する。 ・医療機関への入院 ・介護施設でのケア（skilled nursing facility care） ・ホスピス（終末期）ケア ・在宅医療 ○多くの場合^(注2)、保険料負担は発生しない。 ○自己負担額^(注3)を超える部分が保障対象となる。
Part B	医療保険 (Medical Insurance ^(注1))	○病気やケガに関する以下の保障を提供する。 ・医学的に必要な医師の診察 ・外来診療 ・家庭用医療機器 等 ○加入にあたり、保険料負担が発生する^(注4)。 ○自己負担額^(注5)を超える部分が保障対象となる。
Part C	メディケア・アドバンテージ (Medicare Advantage)	○CMS の承認を受けた保険会社が、保障を提供することができる。 ○加入者は、Part A および B に係る給付を、保険会社を通じて受け取る。 ○Part A および B で対象外となる、視力や聴力に関する治療、歯科治療に関する費用やフィットネスジムの会員権や割引などの特典が含まれ、Part D に関する保障も含まれている^(注6)。
Part D	処方薬保障 (Prescription Drug Coverage)	○CMS の承認を受けた保険会社が提供する、医薬品に特化した保障である。 ○加入者は、保険会社が作成する「処方薬リスト（Formulary）」に記載された医薬品について、保険の適用を受けることができる^(注7)。

（注 1）Hospital Insurance と Medical Insurance をまとめて、Original Medicare とも表現される。

（注 2）米国において、10 年以上、本人または配偶者がメディケア税（Medicare tax）を納めていた場合などに該当する。なお、メディケア税とは、高齢者や障がい者の医療費を捻出するために設けられた税金である。

（注 3）2026 年の年間自己負担額は、1 回の入院につき 1,736 ドルである。また、入院日数が 61 日を超

² 1935 年に制定された社会保障法が 1965 年に改正され、メディケアが創設された。

³ Medicare ウェブサイトによる。

えた場合、90日に至るまで、1日あたり434ドルの自己負担が発生する。

(注4) 2026年の月額保険料は所得により変動するが、標準的な額は202.9ドルである。

(注5) 2026年の年間自己負担額は283ドルである。また、自己負担額を超えた費用の20%に相当する額も自己負担となる。

(注6) 保険会社の取組みについては後記(2)を参照願う。

(注7) 2022年に成立したインフレ抑制法(Inflation Reduction Act)に基づき、処方薬に関する自己負担の上限額が設定され、2026年は2,100ドルとなっている。

(出典：Medicare, “Medicare & You 2026 The official U.S. government Medicare handbook”およびCMS, “2026 Medicare Parts A & B Premiums and Deductibles” (2025.11) をもとに作成)

b. メディケイド (Medicaid)

メディケイド (Medicaid) は、社会保障法第19編に基づき1965年に創設された⁴、連邦政府と州政府が共同で出資・運営する公的医療保険プログラムである。連邦政府が作成したガイドラインに基づき、各州政府が詳細な運営、資格基準、給付内容を決定する、高齢者、障がい者、妊婦や子供を含む低所得者を対象とした制度⁵であり、内容は州ごとに異なる。

原則、保険料の負担は発生せず、給付項目は社会保障法により定められている義務給付 (Mandatory Benefits) と、州ごとの判断により定められる任意給付 (Optional Benefits) に分けられる (図表2 参照)。

図表2 メディケイドの給付内容

種類	内容
義務給付 (Mandatory Benefits)	入院、外来診療、各種検査・X線検査、介護施設サービス、在宅医療サービスなど
任意給付 (Optional Benefits)	歯科医療、処方薬、リハビリテーション、ホスピスケア、義歯・義肢・眼鏡費用など

(出典：Medicaid ウェブサイトをもとに作成)

c. 児童医療保険プログラム (CHIP)

児童医療保険プログラム (Children’s Health Insurance Program : 以下「CHIP」) は、社会保障法第21編に基づき1997年に創設された⁶。メディケイド同様、連邦政府のガイドラインに基づき、各州政府によって運営される、メディケイドの受給要件は満たさないものの、所得が一定水準以下の世帯に属する子供向けのプログラムである。

CHIP では、世帯収入に応じた保険料および診察時の医療費の負担が発生し⁷、子供

⁴ 1935年に制定された社会保障法が1965年に改正され、メディケイドが創設された。

⁵ Medicaid ウェブサイトによる。

⁶ 1935年に制定された社会保障法が1997年に改正され、CHIPが創設された。

⁷ 社会保障法により、世帯年収の5%が保険料の自己負担額の上限となる。

が健康に育つために必要な乳幼児健診、ワクチン接種、歯科医療、メンタルヘルスサービスに関する給付が行われる⁸。

d. 医療保険制度改革法（ACA）

2010 年、米国では当時のオバマ政権が、質の高い医療保険を適切な価格で国民に提供し無保険者の割合⁹を減らすこと、および医療費を削減することを目的に、医療保険制度改革法（Patient Protection and Affordable Care Act：以下「ACA」）を成立させた¹⁰。

通称「オバマケア」として知られる ACA の施行により、メディケイドの拡充や民間保険市場の規制強化、低所得者層への補助金の支給など、多岐にわたる医療保障施策が導入された（図表 3 参照）。

図表 3 ACA による医療保障施策

項目	内容
マーケットプレイス	○政府により認定された民間保険会社の医療保険（Qualified Health Plan）の保障内容や保険料を比較・検討し、国民がそれぞれのニーズに応じた医療保険に加入できるよう、公式ウェブサイトである「Health Insurance Marketplace」を開設した。
補助金制度	○低所得者（世帯）が医療保険に加入できるよう、世帯収入に応じた保険料の税額控除制度（Premium Tax Credits：以下「PTC」）を導入した（注 ¹ ）。 ○低所得者（世帯）の医療機関受診時の負担を減らすため、自己負担軽減制度（Cost-Sharing Reductions：以下「CSR」）を導入した（注 ² ）。 ○手続きは公式ウェブサイトを通じて行われる。
既往症への対応	○健康状態や既往症を理由に、保険加入・更新を拒否することや高額な保険料を設定することを禁止した。
給付内容	○保険会社が提供しなければならない 10 のカテゴリの医療給付パッケージ（Essential Health Benefits Package）（注 ³ ）を策定した。
その他	○国民に対し医療保険への加入を義務付け、未加入者には罰金を科す制度とした（注 ⁴ ）。 ○メディケイドの受給資格を拡大することで、より多くの低所得者（世帯）を対象とすることを実現し、現在の制度内容を確立させた。

（注 1） PTC の対象となる低所得者とは、年収が連邦貧困レベル（Federal Poverty Level）として規定された金額の 100%～400%の範囲にある者をいう。2026 年の連邦貧困レベルは、アラスカ州、ハワイ州を除き 1 人世帯で 1 万 5,960 ドル、4 人世帯で 3 万 3,000 ドルとなっている（Federal Register, “Annual Update of the HHS Poverty Guidelines”（2026.1））。

（注 2） CSR の対象となる低所得者とは、年収が連邦貧困レベルとして規定された金額の 100%～250%の範囲にあり、所定の保険プランに加入している者をいう。

（注 3） 10 のカテゴリとは、①外来診療、②救急医療、③入院医療、④妊産婦および新生児ケア、⑤メ

⁸ Medicaid ウェブサイトによる。

⁹ 2011 年時点の無保険者は約 4,861 万人で、国民の 15.7%に達していた（天野拓「オバマケアの課題から見えてくる日本の「国民皆保険制度」の重要性」（日経 BP、2014.1））。

¹⁰ Familiarize, “The Affordable Care Act (ACA) Explained: Impact, Components & Future Trends”（2025.8）

ンタルヘルスと行動療法を含む薬物乱用障害治療（mental health and substance use disorder services, including behavioral health treatment）、⑥処方薬、⑦リハビリテーションと関連器具、⑧臨床検査サービス、⑨予防医療、ウェルネスサービス、および慢性疾患管理、⑩口腔・眼科ケアを含む小児医療サービスである。

（注４）2017年に罰金の額は０ドルに減額され、2019年に罰金制度は廃止された。現在、連邦政府による罰金制度はないが、若年層や健康な者に保険への加入を促すことを目的に、カリフォルニア州など、独自ルールとして罰金制度を導入している州も存在する（Mark Fitzpatrick & Nica Gonzales-Villaraza, “Is Health Insurance Required? Everything You Need to Know in 2026”（moneygeek, 2026.3））。

（出典：Patient Protection and Affordable Care Act: PUBLIC LAW 111-148—MAR. 23, 2010 および Familiarize, “The Affordable Care Act (ACA) Explained: Impact, Components & Future Trends”（2025.8）をもとに作成）

e. 公的医療保険制度の課題

2026年5月現在、米国の公的医療保険制度は、保険料や医療費の高騰、財源の縮小などいくつかの課題を抱えており、主なものを図表４にまとめた。

図表４ 公的医療保険制度が抱える主な課題

項目	内容
メディケアの財政悪化	○国民の高齢化や医療費の高騰により、Part A に充当される連邦政府の基金が2033年に枯渇する見込みである。また、Part B および D に充当される一般財源からの拠出金も増加しており、連邦予算を圧迫している（注１）。 ○Part C を取り扱う保険ブローカーに対する報酬額が、2014年から2022年の間に年間39億ドルから101億ドルに増加した。加入者の増加による影響はあるものの、保険ブローカーが自社の報酬を優先したプラン選定を行っている懸念がある（注２）。
メディケイドの資格喪失者増加、不正請求疑義	○コロナ禍の特例措置終了に伴う加入資格の再審査の結果、2024年には数百万人の国民が資格を喪失し、今後も加入者の減少が続く見込みである（注３）。 ○カリフォルニア州では、ホスピスや在宅医療に関する医療・介護事業者からの不正請求の疑いにより、13億ドルの資金の提供が延期された。また、同様にミネソタ州でも2.5億ドルの資金の提供が延期されている（注４）。
マーケットプレイス経由の医療保険の保険料高騰（注５）	○コロナ禍に導入された補助金の拡充制度が2026年1月に期限切れとなった。 ○加入者1人あたりの自己負担額が平均1,000ドル以上、平均月額保険料は65ドル以上増加している。その結果、2026年中に加入者が約500万人減少する見込みである。

（注１）CMS, “2025 Annual Report Of The Boards Of Trustees Of The Federal Hospital Insurance And Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds”（2025.6）

（注２）Elizabeth Casolo, “Annual payments to Medicare Advantage brokers may have topped \$10B: Study”（Becker’s Payer Issues, 2026.5）

（注３）Jennifer Tolbert, et al., “Key Facts about the Uninsured Population”（KFF, 2026.4）

（注４）Benjamin Brown & Nina Joudeh, “Feds defer \$1.3B in California Medicaid funding amid healthcare fraud crackdown”（New York Post, 2026.5）

(注5) Ali Swenson, “Affordable Care Act enrollment projected to plunge by 5 million as costs spike, analysis shows” (AP News, 2026.5)

(出典：各種ウェブサイトをもとに作成)

(2) 民間保険会社の役割

前記(1)で説明したとおり、米国では、高齢者や低所得者などの医療へのアクセスが困難な特定の層を対象とした公的医療保険プログラムのみが存在しており、民間保険会社は、これらの公的制度の一部の運営を代行するほか、公的制度の受給資格を持たない層に対し医療保険を提供している。

本項では、民間保険会社が提供する医療保険の概要、UnitedHealthcare (UnitedHealth Group)、Kaiser Permanente、Oscar Health が販売する医療保険の特徴、および民間保険会社の課題について説明する。

a. 医療保険の概要

米国の民間保険会社は、雇用主を通じて被雇用者に保障が提供される「団体医療保険 (Group Health Insurance)」と、個人が直接加入する「個人医療保険 (Individual Health Insurance)」を販売している¹¹。また、メディケアの Part C および D の運営を代行している保険会社もあり、公的医療保険制度を支える役割も果たしている¹²。

さらに、保険会社は保険金(医療費)などを支払うだけでなく、自社のコストを最適化できる医療提供者ネットワーク(以下「ネットワーク」)の構築やサービス価格の交渉、治療の質・必要性の判断、費用の妥当性の評価などを行い、医療保険制度全般の運営に関与している。こうした機能をあわせ持つ医療保険は「マネージドケア (Managed Care)」と呼ばれ、ネットワークの形態や受診に関する制限により、Health Maintenance Organization (以下「HMO」)、Preferred Provider Organization (以下「PPO」)、Exclusive Provider Organization (以下「EPO」)、および Point of Service (以下「POS」)の4つに分類される(図表5参照)^{13,14}。例えば、HMOは保険料の負担は少ないが、ネットワーク範囲が狭く、ネットワーク外の受診は保障対象外になることが多い。一方、PPOは保険料は割高になる傾向があるものの、ネットワーク外の受診も保障対象となる。

民間保険会社が販売する医療保険には、加入者の過剰な受診を抑制し、マネージドケアの財務面での健全性を確保するために、多様な費用負担の仕組みが存在する。具体的

¹¹ 個人医療保険は、マーケットプレイス経由以外にも、保険会社のウェブサイトや保険代理店経由で加入することが可能である。その場合、ACAで導入された政府による保険料補助(税額控除)制度の対象外となる。

¹² HealthInsurance.org ウェブサイトによる。

¹³ Krystal Barghelame, “What’s the Difference Between an HMO, PPO, POS, and EPO Insurance Plan?” (gusto, 2026.1)

¹⁴ 顧客の様々なニーズに応えるため、通常、保険会社はすべての種類を販売している。

には、月々の保険料や免責金額に加え、受診時の定額自己負担や定率自己負担などが設けられている¹⁵。

図表 5 各マネージドケアの特徴 (注)

項目	HMO	PPO	EPO	POS
ネットワーク外の受診	原則保障対象外	保障対象	原則保障対象外	保険会社により異なる
かかりつけ医の指定	必要	不要	不要	保険会社により異なる
ネットワークの範囲	最小	最大	PPO と同水準	PPO より限定的
専門医受診時の紹介状	必要	不要	不要	保険会社により異なる
保険料の傾向	割安	割高	中程度	中程度

(注) 記載内容は一般的な傾向を示すものであり、絶対的なものではない。

(出典：Krystal Barghelame, “What’s the Difference Between an HMO, PPO, POS, and EPO Insurance Plan?” (gusto, 2026.1) をもとに作成)

b. UnitedHealthcare (UnitedHealth Group)

大手ヘルスケア企業である UnitedHealth Group を親会社に持つ保険会社の UnitedHealthcare (以下「UHC」) は、米国の医療保険市場で最大のシェアを持ち、以下の 3 つのセグメントで医療保険を販売している¹⁶。

- 雇用主・個人向け (Employer & Individual)
企業を通じて従業員向けの団体医療保険および個人医療保険を販売している。
- メディケアおよび退職者層向け (Medicare & Retirement)
メディケアの Part C、D 部分の医療保険および Part A、B の自己負担部分を保障するメディケア補完保険 (Medicare Supplement Insurance) ¹⁷を販売している。
- 州政府・コミュニティ向け (Community & State)
健康状態や受給資格に応じた複数のプランをメディケイドの対象層向けに販売している。また、州独自プログラムの運営を担っている事例もある。

UHC は、170 万人以上の医療従事者、約 7,000 の医療機関と提携しており、その広範なネットワークを活かし、医療保険を提供している。また、様々なニーズに対応するため、重病患者向けプラン (critical illness insurance)、学生向けプラン (student health plans)、短期医療保険 (short-term health insurance)、眼科保険 (vision insurance) などの保険も取り扱っている。なお、マーケットプレイスを通じて加入できる個人向け

¹⁵ Ilanna Mandel, “The US Health Insurance System” (EBSCO, 2023)

¹⁶ UnitedHealthcare ウェブサイトによる。

¹⁷ メディケア補完保険は、Medigap ともいう。ただし、メディケアの Part C とメディケア補完保険に重複して加入することはできない。

プランの平均保険料は、月額 602ドルとなっている¹⁸。

また、UnitedHealth Group は、医療機関の運営、医療実務、医療関連サービスの提供やデータ分析等を担う Optum を傘下に擁しており、UHC は Optum と連携することで、以下のような相乗効果を生み出している¹⁹。

- AI を活用したデータ解析に基づく加入者へのアドバイス

UHC の保険加入者の身体情報や受診履歴などのデータを分析し、疾患や病状に関する今後の予測を行う。Optum の担当者は、予測結果に基づき、発症や悪化を防ぐための適切な健康アドバイスやオンライン診療等を実施する。

- 価値に基づく医療（Value-Based Care）²⁰の実現

UHC は、Optum が構築したネットワーク内の医療機関と「患者の健康状態の改善度」に基づき報酬を支払う契約を結ぶ。医療機関側にとっては、不要な検査や過剰な医療行為を減らし、健康指導や予防ケアを行うインセンティブが働くため、UHC の支払保険金の抑制ならびに加入者の健康維持・増進に繋がる。

- 処方薬のコスト管理

Optum が製薬会社と直接価格交渉を行い、UHC の加入者向けに、より安価な医薬品を提供する体制を整えることで、コストの最適化を図る。

c. Kaiser Permanente

非営利組織である Kaiser Permanente（以下「KP」）は、保険会社としての機能を持つ Kaiser Foundation Health Plans、医療施設を運営する Kaiser Foundation Hospitals、および診療を行う医師が所属する Permanente Medical Groups の 3 つの組織で構成されており、以下の特徴がある²¹。

- 医療保険の販売から医療機関（医師）によるサービスの提供に至るまで、自組織内で完結している。加入者の健康状態、受診履歴や検査結果などの全データが一元管理されており、統合された医療システムの提供を可能にしている。
- 従来の治療内容に応じた費用を支払うシステムではなく、加入者が保険料を前払いすることで、包括的な医療サービス（入院・外来診療、処方薬、検査、付帯サービス等）を受けることができ、受診時の窓口負担や免責金額は非常に低く設定されている。

¹⁸ Les Masterson & Michelle Megna, “UnitedHealthcare Health Insurance Review” (Forbes, 2025.6)

¹⁹ UnitedHealth Group ウェブサイトによる。

²⁰ 価値に基づく医療とは、「どれだけ医療行為を行ったか」ではなく、「医療行為の結果、健康状態がどれだけ改善されたか」という医療の質に着目する考え方である (The Commonwealth Fund, “Value-Based Care: What It Is, and Why It’s Needed” (2023.2))。

²¹ Kaiser Permanente ウェブサイトによる。

- 医師への報酬は、原則として受診回数や治療内容にかかわらず、加入者数に応じた定額が支払われる。この仕組みにより、過剰な診療を行うインセンティブが働かず、予防医療や健康維持に重点を置いた価値に基づく医療への専念が可能となっている。

KP は現在、カリフォルニアやコロラドなどの 9 つの州およびコロンビア特別区で事業を展開しており、約 1,260 万人が加入している。主に HMO の団体医療保険・個人医療保険を販売しており、HMO 以外の医療保険²²やメディケア Part C、Part D などでも取り扱っている。

d. Oscar Health

Oscar Health（以下「Oscar」）は 2012 年に設立された新興の保険会社であり、主にマーケットプレイスを通じて個人医療保険を販売している。現在、フロリダやテキサスなどの 18 の州で事業を展開しており、2026 年 2 月時点で約 340 万人が加入している²³。

Oscar の強みは、独自開発のプラットフォームを基盤とした一元管理にある。複数の既存システムの統合に課題を抱える既存の大手保険会社²⁴とは異なり、加入者に対し、シームレスなカスタマーエクスペリエンスを提供している。具体的には、医師の検索・予約、処方薬の管理やオンライン受診などを 1 つのアプリで完結させており、高い利便性を実現している。さらに、保険金支払事務やカスタマーサポートに AI を組み込むことで業務効率化を図り、テクノロジーによるコスト削減とサービス向上にも取り組んでいる。

e. 民間保険会社の課題

米国では、民間保険会社がマネージドケアを中心に医療保険の提供体制を構築しているが、国民へ広く保障を提供するセーフティネットという観点からは、課題も存在している。

特に、近年の業務効率化やコスト削減を目的とした AI の導入に関しては、保険金支払プロセスを巡り集団訴訟が提起されているほか、メディケアの Part C における不正請求疑義を巡って司法省から訴訟を提起されるなど、保険会社を取り巻く適切な業務運営に関する懸念が顕在化している（図表 6 参照）。

²² KP は自社ネットワークを活用した HMO を主力とする一方で、自社施設のない地域に拠点を置く企業のニーズにも応えるため、外部ネットワークと連携した多様なプランを展開している。

²³ Oscar Health ウェブサイトによる。

²⁴ Marcin Nowak, “Insurance Legacy Systems: How To Modernize Without Huge Costs” (Forbes, 2025.3)

図表 6 保険会社に対する訴訟

訴訟対象	内容・状況
保険金支払プロセス	○保険金支払や事前承認（prior authorization）^{（注1）}の判断プロセスにおいて AI の活用が進んだ結果、必要な医療行為が拒否されるケースが増加している^{（注2）}。 ○「保険会社は、専門家ではなく AI を活用したアルゴリズムを用い、顧客の利益ではなく、自社のコスト削減を優先している」として、UHC、Humana および Cigna^{（注3）}などに集団訴訟が提起され、2026 年 5 月現在も係争中である^{（注4）}。
メディケア Part C	○メディケアの Part C の保障を提供する保険会社が、加入者の健康状態を実態よりも重篤に見せ、CMS に対し補助金の過大請求を行っているという疑義が浮上した^{（注5）（注6）}。 ○司法省は、CMS への過大請求があったとして複数の保険会社に対し訴訟を提起しており、例えば、KP は 5 億 5,600 万ドルの和解金の支払いに合意している^{（注7）}。一方、UHC など一部の保険会社に関しては、2026 年 5 月現在も係争中である。

（注1）事前承認とは、患者が特定の治療や手術、高額な医薬品の処方を受ける前に、医療機関が保険会社に対してその必要性を申請し、事前に保険適用の許可を得る手続きのことをいう。

（注2）Fierce Healthcare, “UnitedHealth, CVS and Humana increasingly deploy AI and deny post-acute care claims, Senate report finds” (Noah Tong, 2024.10)

（注3）Humana および Cigna も医療保険を販売する米国の大手保険会社である。

（注4）RapidFunds, “Class Action Watch: AI and Healthcare Claim Denials” (Lauren Rownd, 2025.5)

（注5）CMS が民間保険会社に支払う補助金は、加入者の年齢や健康状態に応じて変動し、健康状態の悪い加入者が多いほど、支払われる補助金が増える仕組みとなっている。

（注6）CMS, “CMS Rolls Out Aggressive Strategy to Enhance and Accelerate Medicare Advantage Audits” (2025.5)

（注7）U.S. Department of Justice, “Kaiser Permanente Affiliates Pay \$556M to Resolve False Claims Act Allegations” (2026.1)

（出典：各種ウェブサイトをもとに作成）

（3）駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

米国の日系企業に勤務する駐在員およびその帯同家族を対象とした医療保障には、主に以下の 4 つの選択肢が挙げられる²⁵。

① 海外旅行保険（駐在員プラン）への加入

日本の保険会社が提供する駐在員向けの海外旅行保険に、企業または個人単位で加入する。

② 米国の団体医療保険への加入

米国の民間保険会社が提供するマネージドケアプランに、現地の雇用主（米国法人）が契約者となり加入する。

③ 個人医療保険への加入

²⁵ わが国の公的医療保険制度の海外療養費については、本稿では取り上げないこととする。

マーケットプレイスなどを通じ、駐在員や帯同家族個人が自身のニーズに合わせて個人医療保険に直接加入する。

④ 国際医療保険（global medical insurance）²⁶への加入

日本本社が契約主体となり、全世界の拠点を網羅する制度を構築し、全従業員および帯同家族を対象とする国際医療保険に加入する。

上記の4つの医療保険には、保障内容、コスト、事務負担および現地法規制への対応においてメリットとデメリットが存在する（図表7参照）。各選択肢の特性を踏まえると、単一の医療保険への加入ではなく、複数の選択肢を戦略的に組み合わせる形態が駐在員とその帯同家族保護の観点から有益である。

特に滞在期間が1年以上²⁷にわたる駐在員は、米国法人が契約する団体医療保険を通じて現地での医療環境を確保しつつ、日本の海外旅行保険（駐在員向けプラン）を補完的に活用する形態が、リスク管理と福利厚生の両面から合理的と考えられる。

団体医療保険を保障の中心とする背景には、米国の各保険会社が構築するネットワークがあり、現地の保険に加入し、特定の提携医療機関を利用することで、医療費の抑制を可能にするというマネージドケアプランの仕組みに最適化されていることがある。また、高額な自己負担が発生するケースなど、団体医療保険では対応が難しい治療等に関しては、海外旅行保険（駐在員向けプラン）で補完することが可能となり、駐在員や帯同家族の現地での安全を確保することができる。

なお、最終的な医療保障スキームの選定に際しては、保険料や保障内容の比較だけでなく、企業の事務負担の軽減、優秀な人材の確保・離職防止に資する福利厚生制度の設計、現地採用従業員との保障バランス、グローバル戦略を見据えたリスク管理など、様々な観点から自社の人材戦略に合致するものを選択することが重要と考えられる。

図表7 各選択肢のメリットとデメリット（注1）

選択肢	メリット	デメリット
①海外旅行保険 （駐在員プラン）	○病気やケガの治療に関する費用が 支払限度額まで補償され、医療機 関によってはキャッシュレスの対 応も可能となる。 ○生活用動産や携行品に関する損 害、日常生活での賠償責任などの 補償も付帯される。	○予防医療や健康診断に係る費用、 歯科治療、妊娠・出産に関する費 用は補償対象外となる。 ○持病や既往症およびそれらに起因 する疾病は補償対象外となる。 ○ACAに準拠していない可能性があ り、州によっては罰金を科される おそれがある（注2）。 ○支払限度額を超える高額な医療費 が発生した場合、自己負担や費用 立替が必要となるおそれがある。

²⁶ 国際医療保険は、International Private Medical Insurance（IPMI）とも呼ばれ、複数の国で事業を展開し、海外に駐在する従業員を多く抱える企業向けの保険である（Freya Carter, “Bupa Global Health Insurance IPMI Guide 2026 Coverage Underwriting”（WeCovr, 2026.3））。

²⁷ 滞在期間が1年未満の駐在員や長期出張者は、海外旅行保険（駐在員プラン）での対応が事務効率やコストの観点から合理的であると考えられる。

選択肢	メリット	デメリット
②米国の団体医療保険	○ACA に準拠しているため、持病や既往症による加入拒否がない。 ○予防医療や健康診断に係る費用、歯科治療、妊娠・出産に関する費用も保障対象となる。	○制度上、免責金額や自己負担割合等による従業員の負担が発生するため、福利厚生の観点から当該費用の会社負担や補助のあり方を検討する必要がある。 ○保険料が高額になる傾向がある。
③個人医療保険	○マーケットプレイス経由で加入した場合、収入に応じ補助金を受けられる可能性がある^(注3)。	○毎年、従業員自身で手続きをしなければならず、事務負担が発生する。 ○新規加入とプラン変更は原則として年1回しか行えず、手続き可能な時期^(注4)も限られる。 ○高額な医療費が発生した場合でも、一時的な費用の立替が必要となるおそれがある。
④国際医療保険	○日本本社による一元管理が可能であり、従業員が駐在する各国の医療事情に即した保障の提供が可能となる。 ○既往症、歯科治療、妊娠・出産費用が保障される。	○ACA に準拠していない可能性がある^(注2)。 ○州によっては罰金を科されるおそれがある^(注2)。 ○保険料が高額になる傾向がある。 ○高額な医療費が発生した場合でも、一時的な費用の立替が必要となるおそれがある。

(注1) 記載内容は一般的なものであり、個々の契約内容によって異なる場合がある。

(注2) 例えばカリフォルニア州では、2020年1月以降、ACAの内容に準拠した適格な医療保険

(Minimum Essential Coverage : MEC) への加入が義務付けられており、違反した場合には罰則が科される。2026年の罰則金額は原則として大人1名あたり950ドル、18歳未満の扶養家族1名あたり475ドルとなっている (State Of California Franchise Tax Bond ウェブサイト)。

(注3) 雇用主が団体医療保険に加入し、従業員に保障を提供している場合、収入に関係なく補助金は受けられない (HealthCare.gov ウェブサイト)。

(注4) 原則、11月1日から翌年1月15日までである (HealthCare.gov ウェブサイト)。

(出典 : 各種ウェブサイトをもとに作成)

3. ドイツの状況

本項では、ドイツの公的医療保険制度の枠組み、民間保険会社の役割、および駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点について説明する。

(1) 公的医療保険制度の枠組み

皆保険義務 (Versicherungspflicht) があるドイツの公的医療保険制度の枠組みは、社会法典 (Sozialgesetzbuch) ²⁸に基づき創設された。広く国民を対象とする公的医療保険制度の Gesetzliche Krankenversicherung (以下「GKV」) ²⁹と、GKVの対象外となる国民を対象とする民間医療保険 (Private Krankenversicherung : 以下「PKV」)

²⁸ 1883年に創設された際の法律は、疾病保険法 (Krankenversicherungsgesetz) であった。

²⁹ GKVは、世界最古の社会保険制度と言われ、わが国の公的医療保険のモデルにもなっている。

³⁰の2つの柱で構成される。

GKV は、年間の総収入が「年間労働報酬限界（Jahresarbeitsentgeltgrenze：以下「JAEG」）」³¹を下回る給与所得者、年金受給者、失業者、一定の条件を満たす学生を対象とした強制加入の制度である（図表8参照）³²。一方、年間の総収入が JAEG を上回る給与所得者、公務員、自営業者などは、任意加入者としての GKV への加入か、PKV への加入のいずれかを選択する必要がある³³。

GKV は、ドイツ連邦保健省（Bundesministerium für Gesundheit：以下「BMG」）の監督のもと、疾病金庫（Krankenkasse）により管理・運営されており、2026年3月現在、約90の疾病金庫がある³⁴。給付内容の大部分は社会法典に基づき定められているが、付加（オプション）給付や付帯サービスは疾病金庫により異なり、GKV の加入が義務付けられる者および任意加入を希望する者は、加入する疾病金庫を自由に選択することができる³⁵。

なお、ドイツではわが国同様、少子高齢化と労働人口の減少が進行しており、2027年以降、数十億ユーロ（約数千億円）の財源不足が懸念されている³⁶。また、GKV は財源不足解消のために追加保険料の引き上げがされる一方、専門医の受診のための待機日数が長期化しており、後述する PKV との医療アクセスの格差といった課題もある³⁷。

図表8 GKV の概要

項目	内容
保険料率	○社会法典に基づき、標準保険料率は給与の14.6%と一律で定められている。 ○財政状況により各疾病金庫は、追加保険料率（Zusatzbeitrag）を設定する（注1）。 ○いずれの保険料も、加入者が企業の被雇用者の場合、雇用主と折半で負担する。
給付内容	○社会法典に基づき、以下の給付内容が義務付けられている。 ・外来および入院による治療（注2）、処方薬（注3） ・歯科治療（注4） ・健康診断、がん検診、予防接種 ・疾病手当（Krankengeld）（注5） ・リハビリテーション 等 ○疾病金庫により、以下の給付やサービスが提供されている（注6）。 ・インプラントやブリッジなどの高度な歯科治療 ・フィットネスジム等の費用補助や健康増進に関するキャッシュバック制度 ・妊娠、出産、育児に関するサポート 等
その他	○給与所得者である加入者の家族も、GKV の被保険者となる。 ○GKV の加入者は介護保険（Pflegeversicherung）にも加入する（注7）。

³⁰ 詳細は後記（2）a.を参照願う。

³¹ JAEG は、GKV と PKV のどちらの制度に加入するかを選択する収入の境界線を意味し、賃金上昇率等の指標により、毎年見直しがされ、2026年の額は7万7,400ユーロ（約1,450万円）である。なお、2026年4月末時点の為替レートである1ユーロ=187.37円で換算した。以下同様とする。

³² BMG ウェブサイトによる。

³³ 一度 PKV を選択した後、再び GKV へ移行するためには、収入が一定の基準を下回ること、所定の年齢以下であることなど、いくつかの条件がある。

³⁴ 疾病金庫は、GKV の管理・運営を担う非営利組織であり、わが国の健康保険組合に似た機能を持つ。

³⁵ Krankenkasse ウェブサイトによる。ただし、居住地域等により加入できない場合を除く。

³⁶ Haufe, “Aktuelle Finanzentwicklung der GKV 2025”（2026.3）

³⁷ ZDFheute, “Gesetzlich Versicherte warten immer länger auf Facharzttermine”（2026.2）

- (注1) 2026年の追加保険料率は、ドイツ大手の三大疾病金庫のTKで2.69%、AOKで2.47～3.5%、Barmerで3.29%となっている（FindEnglish, “TK vs AOK vs Barmer for Expats: Best Public Health Insurance Germany 2026”（2026.3））。
- (注2) 原則として自己負担は発生しないが、入院時には年間最大28日まで1日10ユーロ（約1,900円）の自己負担が生じる。
- (注3) 原則、費用の10%（最低5ユーロ（約950円）、最大10ユーロ（約1,900円））の自己負担が生じる。
- (注4) 根管治療、歯周病治療や抜歯など標準的なものが対象となり、治療内容により自己負担が発生する場合がある。
- (注5) 従業員である加入者が、6週間以上病欠した場合に支払われる。
- (注6) 給付内容は、疾病金庫により異なる。
- (注7) 保険料率は約3～4%で、加入者の年齢や子供の数により異なる。
- （出典：BMGウェブサイト、国立健康ポータルウェブサイトおよびKrankenkasseウェブサイトをもとに作成）

(2) 民間保険会社の役割

上記(1)で説明したとおり、ドイツでは皆保険義務があり、民間保険会社は、公的医療保険制度の一部であるPKVを提供している。また、民間保険会社は、GKVを補完する追加医療保険（Krankenzusatzversicherung：以下「KZV」）を提供する役割も担っている。

本項では、民間保険会社が提供するPKVの概要、KZVの概要、および販売チャネルについて説明する。

a. PKVの概要

PKVは、給与に応じた一律の保険料率が定められているGKVとは異なり、被保険者の性別、年齢、病歴や既往症などの健康状態によって、保険料が個別に算出される³⁸。また、GKVとは異なり、扶養家族も個別に加入する必要がある。

民間保険会社が提供するPKVには複数のプランが用意されており、被保険者は自身のニーズや予算に応じて最適なプランの選択が可能である。保障範囲は、GKVと同等の基本的な水準のものから、GKVでは保障されない病室のアップグレード費用（差額ベッド代）や高度な歯科治療までを対象とするプランまで、幅広く提供されている。

PKVの加入者は原則、プライベート患者（privatpatient）として扱われ、一般的に、

³⁸ PKVの保険料は年齢や健康状態により異なるが、平均月額保険料は25～30歳で200～280ユーロ（約3万7,000円～5万2,000円）、30～35歳で260～350ユーロ（約4万9,000円～6万6,000円）、35～40歳で300～420ユーロ（約5万6,000円～7万9,000円）、40～45歳で370～500ユーロ（約6万9,000円～9万4,000円）、45～50歳で430～600ユーロ（約8万1,000円～11万2,000円）となっている（Living in Germany, “Private Health Insurance in Germany”（2026.3））。

専門医の予約を優先的にとることができる³⁹。

PKV の仕組みの特徴として以下の 2 点が挙げられる。

○ 保険料還付制度 (Beitragsrückerstattung)

保険契約者が一定期間内に保険金を請求しなかった場合に、保険会社から保険料の一部が還付される仕組みで、少額の保険金請求を抑制することを目的としている。還付される保険料は、事前に定められている場合と、保険会社の業績などによって変動する場合とがある。

○ 加齢準備金 (Alterungsrückstellungen)

保険契約者が、保険料の一部として支払う負担金で、将来の保険料を安定させるために、将来の保険料の一部を若年期に積み立てる仕組みである。なお、加齢準備金は、医療費の増加、インフレ、医療技術の進歩などによりコストが予想を上回った場合に、改定される可能性がある。

PKV は民間保険会社が提供する医療保険でありながら、公的医療保険制度の一部を構成しており、現在、アリアンツ、アクサや ERGO などの大手保険グループ傘下の保険会社をはじめ、40 社以上の保険会社が販売を行っている⁴⁰。

b. KZV の概要

KZV は、GKV の加入者を対象とした、民間保険会社⁴¹が提供する補完的な医療保険であり、GKV で自己負担が発生する部分や、保障対象外となっている治療・サービスなどを保障することを目的としている⁴²。主な保障内容としては、病室のアップグレード費用（差額ベッド代）、高度な歯科治療、病気による欠勤時の所得補償、入院や通院に伴う自己負担額の補てんなどが提供されており、加入者は必要に応じて自身の保障内容をカスタマイズすることができる⁴³。また、加入者のステータスを、PKV 同様にプライベート患者に引き上げるオプションを提供している保険会社もある⁴⁴。

c. 販売チャネル

2024 年の PKV の販売チャネルは、約 53%が専属代理店経由となっている。次いで保険ブローカー経由が約 26%、直接販売が約 10%となっており、銀行や兼業代理店経

³⁹ Tobias Laber, “Private Krankenversicherung Vergleich” (Check24)

⁴⁰ German Private Health Insurance ウェブサイトによる。

⁴¹ KZV は、PKV を展開する民間保険会社約 40 社が中心となり、GKV 加入者に対し提供されている。

⁴² KZV の月額保険料は、数ユーロから数十ユーロ程度（数百円から数千円）となっている（Daniel Mester, “Kranken-zusatzversicherung: Private Zusatzversicherung Vergleich” (Check24)）。

⁴³ How To Germany, “Supplemental Medical/Health Insurances (Zusatzversicherung) in Germany” (2022.10)

⁴⁴ Bodo Kopka, “Zusatzversicherung bietet Privatpatientenstatus” (ArbeitsKraftSicherer, 2025.11)

由の加入は限定的である⁴⁵。

KZV の販売については、近年、企業の福利厚生という位置付けで従業員に提供される職域医療保険 (betriebliche Krankenversicherung) の販売が拡大しており、2024 年の加入企業社数は前年比 53%増の約 5 万 6,500 社に達した。背景にはドイツ国内の労働力不足の深刻化があり、企業が人材確保と定着を目的として福利厚生の充実を図っていることが挙げられる⁴⁶。また、KZV は、GKV を扱う疾病金庫が民間保険会社と提携する形で GKV 加入者向けに販売しており、市場規模は小さいものの 2024 年は前年比 10.8%の成長となっている^{47,48}。

(3) 駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

皆保険義務があるドイツでは、企業の駐在員として派遣される駐在員やその帯同家族においても、原則、GKV または PKV のいずれかへの加入が必要となる^{49,50}。

GKV は、給与に応じた保険料を負担することで帯同家族を自動的に保障対象に含めることができる一方、PKV は、年齢や健康状態に応じ保険料が決まる仕組みであり、GKV に比べ保障内容、付帯サービスや利便性は優れるものの、個人ごとの契約が必要となる。そのため、加入者の年齢、帯同家族の有無や人数は制度を選択するうえで重要な要素になると考えられる。

また、GKV と PKV の選択に際し、一度 PKV に加入した場合、一定の条件を満たさない限り GKV への切り替えが制限される点についても留意が必要である。特に年齢の上昇や所得水準の変化に伴い、GKV への切り替えが行えなくなるため、駐在期間が長期にわたる場合や、将来的に現地採用への移行が想定される場合などは、慎重な対応が求められる。

なお、企業によっては、言語対応や医療アクセスの利便性向上、高額な医療費に対する備えとして、GKV・PKV の保障に加え、国際医療保険⁵¹もしくは海外旅行保険（駐在員向けプラン）を手配するケースもあると考えられる。ただし、いずれの保険もドイツにおける医療保険制度を充足するものではないため、GKV・PKV への加入要否を個別に判断する必要がある。

企業側としては、医療保険の選択は現地の法規制への対応にとどまらず、駐在員の健

⁴⁵ versicherungsbote, “Krankenversicherung: Diese Vertriebswege dominieren das Neugeschäft” (2025.10)

⁴⁶ Patrick Steeger, “Wie viele Unternehmen in Deutschland setzen auf eine bKV?” (bkvfirmenservice, 2026.2)

⁴⁷ versicherungsbote, “PKV-Kooperationstarife: die Marktführer im Kooperationsgeschäft” (2025.10)

⁴⁸ KZV に関する、販売チャネルごとの割合は確認できなかった。

⁴⁹ GKV-Spitzenverband, et al., “Gemeinsame Verlautbarung zur versicherungsrechtlichen Beurteilung entsandter Arbeitnehmer” (2020.3)

⁵⁰ わが国における雇用関係が継続しており、かつ派遣期間が限定されている場合は、ドイツの社会法典第 4 卷 5 条により、同国での加入義務は免除される。

⁵¹ 前掲脚注 26 を参照願う。

康維持や、人材確保の観点からも重要であり、福利厚生の一部として位置付けられている。そのため、保険料の負担方法や現物給付以外の付帯サービスなどを含めた総合的な検討を行う必要があると考えられる。

4. タイの状況

本項では、タイの公的医療保険制度の枠組み、民間保険会社の役割、および駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点について説明する。

(1) 公的医療保険制度の枠組み

タイでは、3つの制度により公的医療保険制度の枠組みが構成され、国民皆保険 (Universal Health Coverage) を実現している⁵²。本項では、公務員医療給付制度 (CSMBS)、社会保障制度 (SSS)、国民医療保障制度 (UCS) の3つの制度および公的医療保険制度の課題について説明する。

a. 公務員医療給付制度 (CSMBS)

公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefit Scheme : 以下「CSMBS」) は、公務員医療給付勅令 (Royal Decree on Civil Service Medical Benefits) に基づき、1980年に創設された。CSMBSは、公務員に対する福利厚生としての側面があり、財務省会計局 (Comptroller General's Department) が管理・運用を行っている。

対象は、政府機関に勤務する公務員本人およびその扶養家族 (父母、配偶者、20歳未満の子 (3名まで)) であり、全国の公立病院を自由に選択して受診することができる。また、一般税収を財源としており、原則、加入者による保険料や医療費の自己負担はなく、外来診療、入院診療・手術、救急医療、高額な医療サービス (expensive health services)、医薬品、リハビリ、長期介護などの保障が提供される^{53,54}。

b. 社会保障制度 (SSS)

社会保障制度 (Social Security Scheme : 以下「SSS」) は、社会保障法 (Social Security Act) を根拠に 1990 年に創設され、労働省傘下の社会保障事務局 (Social Security Office) が管理・運用を行っている。本制度の財源は、被保険者 (従業員)、雇用主、政府の三者による拠出金で構成されており、労使折半で給与の 10% (各 5%) を負担すると定められている⁵⁵。

⁵² DYM「タイの医療事情について－制度や利用条件、医療費の実態」(2024.6)

⁵³ World Health Organization, “Thailand health system review” (2024.5)

⁵⁴ 公立病院以外での受診は自己負担が発生する。また、美容整形手術や一部の予防医療等は保障対象外である。

⁵⁵ 算定対象となる給与の 2026 年の上限額は、1 万 7,500 バーツ (約 8 万 6,000 円) であり、従業員 1 人あ

SSS は、民間企業で働く 15 歳以上 60 歳未満の従業員を対象とする制度であり、医療、出産、障害、死亡、児童手当、老齢、失業の 7 つのカテゴリに関する給付が行われる^{56,57}。被保険者は毎年、登録病院を 1 つ選択する必要がある、原則として当該病院以外での受診は自己負担となる⁵⁸。

c. 国民医療保障制度（UCS）

国民医療保障制度（Universal Coverage Scheme：以下「UCS」）は、国家医療保障法（National Health Security Act）を根拠に 2002 年に創設され、独立した機関である国家医療保障機構（National Health Security Office）が管理・運営を行っている。UCS は、CSMBS および SSS の対象とならない自営業者や農民等のすべての国民が加入可能な制度である⁵⁹。

UCS の財源は一般税収による国庫負担で全額が賄われており、加入者による保険料の負担はない。利用にあたっては、事前に医療機関を 1 つ選択して登録する必要がある、原則としてその医療機関での受診が保障の対象となる。

受診時には 1 回 30 バーツ（約 150 円）の自己負担が発生するが、特定の条件⁶⁰を満たす場合に免除される。給付内容は、外来診療、入院、臨床検査、一般的な歯科治療、リハビリ、予防医療などの基本的なものから、がん患者向けの放射線治療や外科手術、末期腎不全患者向けの腎代替療法などの医療サービスも対象となっている。なお、個室利用や登録医療機関以外での受診や高度な医療を希望する場合、別途自己負担が生じる仕組みとなっている⁶¹。

d. 公的医療保険制度の課題

CSMBS、SSS、UCS の 3 つの制度によるタイの国民皆保険⁶²は、各制度を管轄する組織が異なり、被保険者の範囲、費用負担、医療機関へのアクセス、財源など、加入する制度により提供される医療サービスの品質に格差が生じている。

制度間の運営の違いは、病院側のインセンティブ（診療方針）にも影響があり、

たりの月額最大保険料は 875 バーツ（約 4,300 円）となっている。なお、2026 年 4 月末時点の為替レートである 1 バーツ=4.91 円で換算した。以下同様とする。

⁵⁶ 従業員の扶養家族は制度対象外である。また、介護給付は対象外である。

⁵⁷ Acclime Thailand, “Social security in Thailand: Explained.” (2025.5)

⁵⁸ World Health Organization, “Thailand health system review” (2024.5)

⁵⁹ 2002 年に UCS が創設されたことで、タイでは国民皆保険が実現した。なお、2002 年当時、タイの国民の約 30%が無保険であったとされている（Vasoontara Yiengprugsawan, et al., “The first 10 years of the Universal Coverage Scheme in Thailand: review of its impact on health inequalities and lessons learnt for middle-income countries” (National Library of Medicine, 2012.3)）。

⁶⁰ 特定の条件とは、低所得者層、高齢者、12 歳未満の子供、自己負担の費用を支払う意思がない場合などをいう。

⁶¹ World Health Organization, “Thailand health system review” (2024.5)

⁶² 加入者の内訳は、CSMBS が 5～8%、SSS が 15～20%、UCS が 70～75%とされている（Gary Buswell, “Guide to getting health insurance in Thailand in 2026” (expatica, 2026.2)）。

CSMBS 加入者に対しては、出来高払い制⁶³であることから過剰な診療が行われやすい一方、人頭払い制⁶⁴の SSS や UCS の加入者に対しては、診療コストを抑制し、利益を残すというインセンティブが働き、必要最低限の診療に留まりやすいという構造的な傾向が見られる。

さらに、UCS に関しては、制度対象者数が最も多く、その財源の大部分を税収による公費で賄っているため、制度の持続性も考慮して、徹底したコスト管理が行われている。その結果、提供される保障の範囲が限定的にならざるをえないという制約もある⁶⁵。

また、高齢化が進むタイでは、患者数の増加と医療従事者の業務負担の増大により、公立病院での混雑や受診待機時間の長期化による患者の利便性低下が課題となっている⁶⁶。そのため、高所得者層や都市部の中間所得者層を中心に、待ち時間の短縮や高度な医療サービスを求めて私立病院での受診を選択する層も存在している⁶⁷。

(2) 民間保険会社の役割

前記 (1) d. で説明したとおり、タイの公的医療保険制度には複数の課題があり、民間保険会社各社は、各制度では対象とならない医療機関での受診や、保障対象外となる医療行為など、加入者の多様なニーズに応えるための保険商品⁶⁸を販売している。

本項では、民間保険会社の医療保険販売に関する規制、保険会社の AIA Thailand および Sunday Insurance が提供する保険商品について説明する。

a. 医療保険販売に関する規制

タイの保険監督当局である保険委員会事務局 (Office of Insurance Commission) は、2020 年 11 月に「新健康保険基準 (New Health Standard)」を施行し、給付分類、用語の定義、契約更新や保険料調整 (引上げ) ルール⁶⁹の統一を行った^{70,71} (図表 9 参照)。

また、2025 年 3 月には、医療費のインフレや過剰な保険金請求を抑制することを目

⁶³ 出来高払い制 (fee-for-service) とは、検査、投薬、手術など行った医療行為の量に応じて診療報酬が支払われる仕組みをいう。

⁶⁴ 人頭払い制とは (capitation) とは、あらかじめ登録された患者数に応じて、定額の診療報酬が支払われる仕組みをいう。

⁶⁵ Kanitsorn Sumriddetchkajorn, et al., “Universal health coverage and primary care, Thailand” (National Library of Medicine, 2019.4)

⁶⁶ Pattaya Mail, “Thailand pushes digital health reforms to reduce doctor workload and patient waiting times” (2026.1)

⁶⁷ The Thailand Life, “Hospitals in Thailand – An Expat’s Guide to Healthcare” (2023.5)

⁶⁸ 一般的に、生命保険会社は医療保障を生命保険等の特約 (rider) として提供し、損害保険会社は医療保障を保険契約として提供している。

⁶⁹ 保険料は、年齢の上昇やインフレ、個別の請求状況により毎年変わることが一般的である (Jessica Lindeman, “Why are IPMI premiums in Thailand increasing?” (Pacific Prime Thailand, 2018.4))。

⁷⁰ 新健康保険基準の施行前は、商品の内容や給付の仕組みが保険会社により異なり、保険の透明性が低く比較検討も難しいため、顧客が自身のニーズに即した保障内容を正確に把握・判断することが困難であるという課題があった。

⁷¹ Siam Commercial Bank, “New Health Standard” (2022.1)

的に、「自己負担制度（co-payment rule）」が施行され、請求頻度や損害率に応じた自己負担比率が更新後の医療保険に適用されることとなった。現在、民間保険会社が販売する医療保険は、これらの基準に準拠することが求められている⁷²。

図表 9 新健康保険基準の内容

項目	概要
給付分類	○医療保険の給付内容を入院（In-Patient Department）と外来（Out-Patient Department）に大別し、給付項目を 13 に分類した。
用語の定義	○用語の定義を明確化した。例えば、手術に関しては重大な手術（major surgery）、軽微な手術（minor surgery）、日帰り手術（day surgery）などに分類、細分化された。
契約更改	○消費者保護を強化し、保険会社が契約更改を拒否できるケースを以下のとおりとした。 ・被保険者による健康状態の記載に関し、詐欺的表示（fraudulent misrepresentation）や虚偽があった場合 ・被保険者が、投薬を伴わない治療または疾病に対する給付を請求する場合 ・被保険者がすべての保険会社から受け取った給付金の合計額が、年収を超過している場合
保険料調整（引上げ）ルール	○保険料の調整は、以下の場合に限り行えることとした。 ・年齢の上昇や職業の変更 ・高額な医療費の発生による損害率の悪化^{（注）}

（注）保険料を調整する場合、監督当局の承認が必要であり、更新の 30 日前まで被保険者に対し通知を行う必要がある。

（出典：Siam Commercial Bank, “New Health Standard”（2022.1）をもとに作成）

b. AIA Thailand

タイ国内で 21%の市場シェアを占める、大手生命保険会社の AIA Thailand は、個人向けに標準的な医療保障プランから、重篤な病気のみを保障するプランなど、幅広い保険商品を取り扱っている。また、南アフリカのディスカバリー社と提携し、発病を未然に防ぐことなどを目的とした健康増進型保険プログラムの「AIA Vitality」というサービスも提供している。同サービスでは、ディスカバリー社がプログラムの設計を担い、専用アプリを通じて日々の活動データが記録・蓄積され、ステータスに応じた保険料の割引や日常生活で利用できるクーポン・特典が提供されている⁷³。

また、企業向けには、雇用主が費用を負担する基本給付（core）と、個々の従業員が選択可能な任意給付（voluntary）で構成される複数の団体医療保障プランを販売しており、顧客の福利厚生制度に合わせた商品を提供している⁷⁴。また、従業員の包括的な健康増進を支援する「AIA WorkWell Programme」を展開しており、雇用主は同プログラムを通じて効率的に従業員の健康状態の把握・改善やエンゲージメントの向上を図ることが可能となっている。（図表 10 参照）。

⁷² Vivek Panwar, “Unpacking the new co-pay rule in Thailand”（P4H Network, 2025.3）

⁷³ AIA Thailand ウェブサイトによる。

⁷⁴ AIA Thailand, “Regional solutions: AIA Thailand Fact Sheet”（2025.4）

図表 10 AIA WorkWell Programme の概要

項目	サービス内容
Live Well	AIA Vitality、ウェルネス関連セミナーの開催、ワクチン接種、栄養士によるカウンセリングなど
Think Well	メンタルヘルスをテーマとした講習会・ワークショップ、ストレス耐性チェック、睡眠アセスメント、ストレスマネジメントプログラムなど
Plan Well	資産形成の学習コンテンツ、マネープランセミナー、個別家計相談、任意加入型保険商品の案内など
Feel Well	社会貢献活動、LGBTQ+や多様性の理解促進プログラムなど

(出典：AIA Thailand, “Regional solutions: AIA Thailand Fact Sheet” (2025.4) をもとに作成)

c. Sunday Insurance

Sunday Insurance は、2017 年にバンコクで創業されたインシュアテック系保険会社で、医療保険、重病保険 (critical illness insurance)、自動車保険、傷害保険、デバイス保険 (gadget insurance) などを販売している。同社は、商品開発、保険引受、保険金支払などの一連のプロセスを自社で完結しており、以下の特徴が挙げられる。

○ 自社アプリ「Jolly by Sunday」

デジタル完結型のビジネスモデルを展開しており、自社アプリ「Jolly by Sunday」内で、電子健康保険証、オンライン診療、契約内容の確認、保険金請求などの医療関連サービスを提供している⁷⁵。

○ AI と機械学習の活用

保険料設定やリスク評価に AI と機械学習を活用しており、顧客ごとに最適化された保険料・提案内容を実現している。また、業務プロセスの自動化を進めており、迅速な保険金請求の手続きも可能にしている⁷⁶。

Sunday Insurance は、福利厚生を目的として企業が従業員のために契約する団体医療保険を販売するほか、個人向けにも複数の医療保険を提供している。個人向けの医療保険については、加入手続きをオンライン上で完結させることができ、利便性の高い仕組みを構築している。

(3) 駐在員に対する医療保障の選択肢と留意点

タイに進出する外資系企業は SSS への加入義務があり、日系企業の駐在員も本制度の被保険者となる⁷⁷。しかし、SSS は扶養家族が保障対象外であることに加え、事前に指定した医療機関での受診が必須であることなど、利便性の面でいくつかの課題があ

⁷⁵ Sunday Insurance ウェブサイトによる。

⁷⁶ salesforce, “Sunday scales AI-powered personalised insurance with Salesforce” (2025.6)

⁷⁷ Nicholas Chia, “Guide to social security system in Thailand for foreigners (2026)” (2026.2)

り、企業は福利厚生観点からも他の選択肢を検討する必要があると考えられる。

具体的には、日本から派遣される駐在員およびその帯同家族に対しては、①日本の保険会社が提供する海外旅行保険（駐在員向けプラン）、②現地の民間保険会社が提供する医療保険（特約）や国際医療保険への加入が、現実的な選択肢として挙げられ、いずれもキャッシュレスサービスや提携する私立病院のネットワークなどのメリットを得ることができる。

5. おわりに

本稿では、米国、ドイツ、タイにおける公的医療保険制度の枠組みと、それを補完する民間保険会社の役割について整理した。

各国の公的医療保険制度はいずれも、国民の健康を支える重要な仕組みである一方、構造的な課題があることも確認できた。米国では、国民皆保険制度が存在しない中で、民間保険会社が提供するマネージドケアのネットワークが国民の広範な医療アクセスを支えているが、医療費の高騰による財政悪化リスクや、AI や制度運営を巡る不適切な業務の懸念が顕在化している。ドイツでは、GKV と PKV の 2 つの柱による皆保険制度が構築されているものの、少子高齢化に伴う財源不足や、医療機関での待機時間の長期化などの課題がある。タイでは CSMB、SSS、UCS の 3 つの制度により国民皆保険を実現しているが、制度間で給付内容や医療の質に格差が生じており、それらを補完する役割を民間保険会社が担っている。

また、本稿では、米国、ドイツ、タイに居住する駐在員や帯同家族の適切な医療アクセスの確保に関し、取りうる選択肢についても整理を行った。医療保障スキームの構築にあたっては、事業規模（大企業、中堅中小企業、スタートアップ）、組織形態（現地法人、海外支店、駐在員事務所）、現地雇用の従業員とのバランスや人材戦略等により、最適な選択肢は異なると想定されるが、現地の法規制を遵守したうえで、国ごとの医療事情に即した保障を組み合わせることが重要であると考えられる。

わが国においては、2040 年に 85 歳以上の人口が 1,000 万人を超えることが見込まれ、持続可能な医療提供体制の構築と見直しが求められている⁷⁸。今後、公的医療保険制度を補完する民間保険会社の役割がさらに拡大することが予想され、多様な保障・サービスの提供を通じた、国民の安心の確保やニーズへの対応に対する期待も高まっている。公的な財源で負担する医療費の抑制と質の高い医療サービスの維持を両立させるために、官民が適切な役割分担を行うことは、今後の医療保障のあり方を検討するうえで重要な視点になると考えられる。

⁷⁸ 藤野雅一「【2040 年問題と医療】介護施設経営者が知っておきたい課題と対策」（みんジョブ、2024.10）

<参考資料>

- ・天野拓「オバマケアの課題から見えてくる日本の「国民皆保険制度」の重要性」（日経 BP、2014.1）
- ・DYM「タイの医療事情について－制度や利用条件、医療費の実態」（2024.6）
- ・ドクターメイト「【2040 年問題をわかりやすく解説】超高齢社会が抱える社会問題と対策とは」（2026.2）
- ・藤野雅一「【2040 年問題と医療】介護施設経営者が知っておきたい課題と対策」（みんなジョブ、2024.10）
- ・Acclime Thailand, “Social security in Thailand: Explained.” (2025.5)
- ・AIA Thailand, “Regional solutions: AIA Thailand Fact Sheet” (2025.4)
- ・Ali Swenson, “Affordable Care Act enrollment projected to plunge by 5 million as costs spike, analysis shows” (AP News, 2026.5)
- ・Benjamin Brown & Nina Joudeh, “Feds defer \$1.3B in California Medicaid funding amid healthcare fraud crackdown” (New York Post, 2026.5)
- ・Bodo Kopka, “Zusatzversicherung bietet Privatpatientenstatus” (ArbeitsKraftSicherer, 2025.11)
- ・CMS, “2025 Annual Report Of The Boards Of Trustees Of The Federal Hospital Insurance And Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds” (2025.6)
- ・CMS, “2026 Medicare Parts A & B Premiums and Deductibles” (2025.11)
- ・CMS, “CMS Rolls Out Aggressive Strategy to Enhance and Accelerate Medicare Advantage Audits” (2025.5)
- ・Daniel Mester, “Kranken-zusatzversicherung: Private Zusatzversicherung Vergleich” (Check24)
- ・Elizabeth Casolo, “Annual payments to Medicare Advantage brokers may have topped \$10B: Study” (Becker’s Payer Issues, 2026.5)
- ・Familiarize, “The Affordable Care Act (ACA) Explained: Impact, Components & Future Trends” (2025.8)
- ・Federal Register, “Annual Update of the HHS Poverty Guidelines” (2026.1)
- ・Fierce Healthcare, “UnitedHealth, CVS and Humana increasingly deploy AI and deny post-acute care claims, Senate report finds” (Noah Tong, 2024.10)
- ・FindEnglish, “TK vs AOK vs Barmer for Expats: Best Public Health Insurance Germany 2026” (2026.3)
- ・Freya Carter, “Bupa Global Health Insurance IPMI Guide 2026 Coverage Underwriting” (WeCovr, 2026.3)
- ・Gary Buswell, “Guide to getting health insurance in Thailand in 2026” (expatica, 2026.2)
- ・GKV-Spitzenverband, et al., “Gemeinsame Verlautbarung zur versicherungsrechtlichen Beurteilung entsandter Arbeitnehmer” (2020.3)
- ・Haufe, “Aktuelle Finanzentwicklung der GKV 2025” (2026.3)
- ・How To Germany, “Supplemental Medical/Health Insurances (Zusatzversicherung) in Germany”

(2022.10)

- Ilanna Mandel, “The US Health Insurance System” (EBSCO, 2023)
- Jennifer Tolbert, et al., “Key Facts about the Uninsured Population” (KFF, 2026.4)
- Jessica Lindeman, “Why are IPMI premiums in Thailand increasing?” (Pacific Prime Thailand, 2018.4)
- Kanitsorn Sumriddetchkajorn, et al., “Universal health coverage and primary care, Thailand” (National Library of Medicine, 2019.4)
- Krystal Barghelame, “What’s the Difference Between an HMO, PPO, POS, and EPO Insurance Plan?” (gusto, 2026.1)
- Les Masterson & Michelle Megna, “UnitedHealthcare Health Insurance Review” (Forbes, 2025.6)
- Living in Germany, “Private Health Insurance in Germany” (2026.3)
- Marcin Nowak, “Insurance Legacy Systems: How To Modernize Without Huge Costs” (Forbes, 2025.3)
- Mark Fitzpatrick & Nica Gonzales-Villaraza, “Is Health Insurance Required? Everything You Need to Know in 2026” (moneygeek, 2026.3)
- Medicare, “Medicare & You 2026 The official U.S. government Medicare handbook”
- Nicholas Chia, “Guide to social security system in Thailand for foreigners (2026)” (2026.2)
- Patrick Steeger, “Wie viele Unternehmen in Deutschland setzen auf eine bKV?” (bkvfirmenservice, 2026.2)
- Pattaya Mail, “Thailand pushes digital health reforms to reduce doctor workload and patient waiting times” (2026.1)
- RapidFunds, “Class Action Watch: AI and Healthcare Claim Denials” (Lauren Rownd, 2025.5)
- salesforce, “Sunday scales AI-powered personalised insurance with Salesforce” (2025.6)
- Siam Commercial Bank, “New Health Standard” (2022.1)
- The Commonwealth Fund, “International Health Care System Profiles: United States”
- The Commonwealth Fund, “Value-Based Care: What It Is, and Why It’s Needed” (2023.2)
- The Thailand Life, “Hospitals in Thailand – An Expat’s Guide to Healthcare” (2023.5)
- Tobias Laber, “Private Krankenversicherung Vergleich” (Check24)
- U.S. Department of Justice, “Kaiser Permanente Affiliates Pay \$556M to Resolve False Claims Act Allegations” (2026.1)
- Vasoontara Yiengprugsawan, et al., “The first 10 years of the Universal Coverage Scheme in Thailand: review of its impact on health inequalities and lessons learnt for middle-income countries” (National Library of Medicine, 2012.3)
- versicherungsbote, “Krankenversicherung: Diese Vertriebswege dominieren das Neugeschäft” (2025.10)
- versicherungsbote, “PKV-Kooperationstarife: die Marktführer im Kooperationsgeschäft”

(2025.10)

- ・ Vivek Panwar, “Unpacking the new co-pay rule in Thailand” (P4H Network, 2025.3)
- ・ World Health Organization, “Thailand health system review” (2024.5)
- ・ ZDFheute, “Gesetzlich Versicherte warten immer länger auf Facharzttermine” (2026.2)

<参考ウェブサイト>

- ・ 外務省 <https://www.mofa.go.jp/>
- ・ 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp>
- ・ 内閣府 <https://www.cao.go.jp>
- ・ 国立健康ポータル <https://gesund.bund.de/>
- ・ ディスカバリー <https://www.discovery.co.za/>
- ・ ドイツ連邦保健省 (BMG) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
- ・ メディケア <https://www.medicare.gov/>
- ・ メディケイド <https://www.medicaid.gov/>
- ・ AIA Thailand <https://www.aia.co.th/th>
- ・ Centers for Medicare & Medicaid Services <https://www.cms.gov/>
- ・ German Private Health Insurance <https://germanprivatehealthinsurance.com/>
- ・ HealthCare.gov <https://www.healthcare.gov/>
- ・ HealthInsurance.org <https://www.healthinsurance.org/>
- ・ Kaiser Permanente <https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door>
- ・ Krankenkasse <https://www.krankenkassen.de/>
- ・ Optum <https://www.optum.com/en/>
- ・ Oscar Health <https://www.hioscar.com/>
- ・ State Of California Franchise Tax Bond <https://www.ftb.ca.gov/>
- ・ Sunday Insurance <https://sundayinsurance.co.th/en/>
- ・ UnitedHealthcare <https://www.uhc.com/>
- ・ UnitedHealth Group <https://www.unitedhealthgroup.com/>