

国民が選択できるバラエティ豊かな医療の実現のために

2001年5月

社団法人 経済同友会 医療保険制度改革研究会

経済同友会では、1999 年度より「当会会員が、自らの問題意識に基づき、会員を中心とするプロジェクトを企画し、自主的な活動によって提言等をまとめる」活動を促進・支援する枠組みを設けた。これは、各会員がそれぞれの持つ多様な問題意識に基づいて自由闊達に活動できるようにすることが、当会の政策立案機能の向上を図り、活動の幅を広げ、厚みを増すことにつながることを狙いとしたものである。

なお、この枠組みで行うプロジェクト、及びその結果となる提言等の取り扱い（経済同友会の名において発表することの承認）は、会員からの企画提案を受けて、理事会で検討の上、決定される。

本提言をとりまとめた「医療保険制度改革研究会（座長：大竹美喜アメリカンファミリー生命保険日本における代表者・会長）」は、この自主プロジェクトの第 1 号として 1999 年より活動を開始した。

# Executive Summary

## 【提言の骨子】

高齢化社会の進行のなかで、このままでは医療保険制度の財源が破綻することが明らか  
一方、患者ニーズはますます多様化している状況を踏まえ、  
医療費の財源を大きく「公(国等)」と「民(私)」に分け、公的財源と私的財源を併用できる  
ようにすることで、国民が様々な医療サービスを選択することができるようにする。

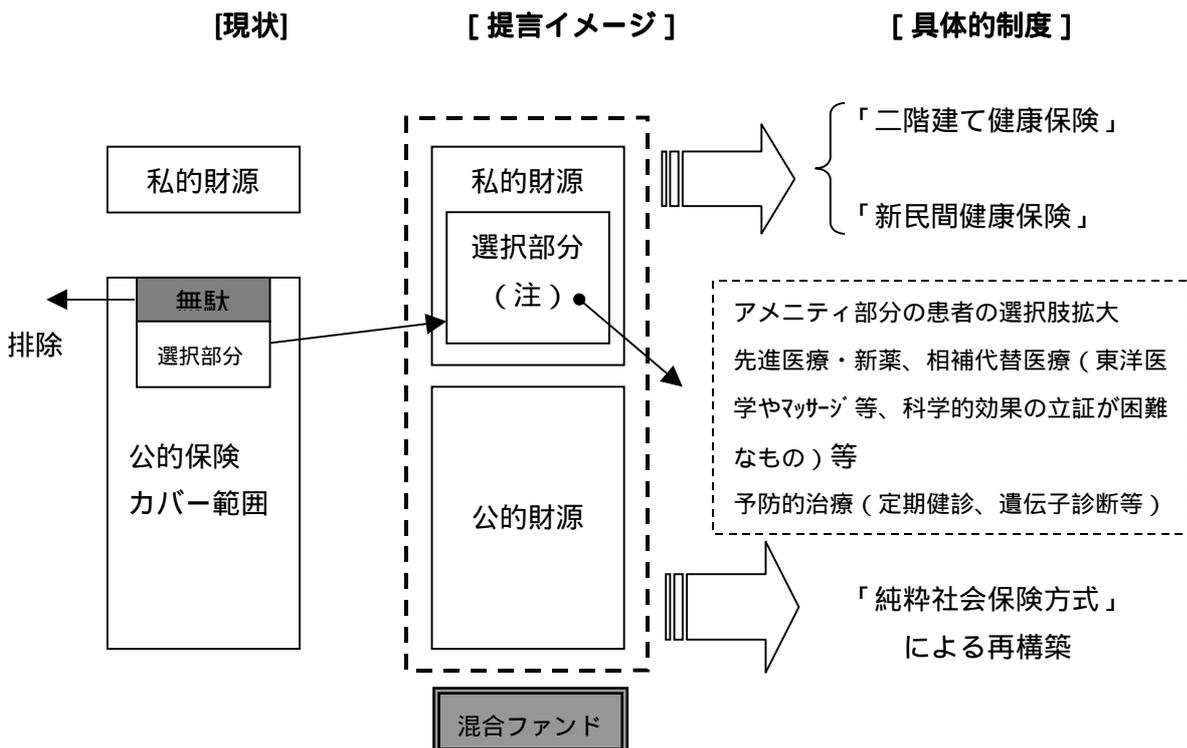
その具体的な方策としては、

混合ファンド方式による民間保険を導入した2つの制度の創設

「二階建て健康保険方式」と「新民間健康保険方式」

「公」の部分については適切な医療水準を維持することを前提に、純粹社会保険方式により

## <イメージ図>



## 提言の目的

提言の目的は、「患者ニーズの多様化に応え、バラエティ豊かな医療を供給する医療供給システムを確保するために、新しい医療保険制度を創設すること」並びに「保険財政の悪化に歯止めをかけること」である。

「ニーズの多様化」と「バラエティ豊かな医療」というキーワードは、公的医療保険の給付には盛りきれない医療技術や薬品や材料、そしてアメニティサービスへの欲求をカバーしていることを意味している。

## 背景と問題意識

世界に類を見ないほどの急速な少子・高齢化の進行により、我が国の国民医療費は増加の一途を辿っており、医療保険財政は深刻な状況に陥っている。一方、疾病構造の変化や生活水準の向上等により多様化する患者ニーズに対して、現在の公的医療保険は十分対応できていない。そして、医療費を負担している国民は、その内容に「無駄」があるのではないかという不信感を持ち、医療サービスに対して「不満」を感じている。

「無駄」とは、医療提供者と医療サービスを受ける患者のモラルハザードによって生じる不経済や不効率を指し、「不満」というのは、患者の選択に委ねられて良いと思われる部分があるのに、一元的な公的保険の平等主義によってその欲求が封じられるのみならず、患者に不利益を強いていることもあることを指す。

この「無駄」と「不満」の解消が急務である。

## 改革のポイントと具体的制度設計について

改革のポイントとしては

**医療の内容に応じてその財源を公的なものと私的なものに分け、公的医療保険が結果として負担している「モラルハザードによる無駄」を排除するとともに、「患者の選択に委ねて良いと思われる部分」については私的財源にスライドしていく  
国民がさまざまな医療サービスを選択することができるよう、「公的財源と私的財源を併用できるようにする」**

の2点である。

言い換えれば、すべてを「公：公的医療保険」で画一的にカバーしようとしているがために肥大化した現行制度を、「民：私的財源」の導入により公的部分をスリム化すると同時に患者の選択肢の拡充を図るというものである。

より具体的には

「公的財源と私的財源を併用できるようにする」

第1は、「公私財源の併用」である。そのための方策として、私的財源に民間保険を利用する「混合ファンド方式」を提案する。これは、現状の特定療養費制度のように、診療の現場で公的財源か私的財源かを選択するのではなく、予め基本診療だけの公的保険を選ぶか、付加診療までカバーする民間保険を選ぶかを選択するものである。その際には、例えば、入院環境を重

視するとか、手術後の外観を重視するとか、遺伝子診断などの予防治療を受けたいなど個別のニーズに応じて、民間保険の保障内容を十分吟味した上で事前に選択と決定をすることが可能となる。これは、今までにない新たなポイントである。

この方式による患者側のメリットは、アメニティの充実、先進医療や新薬の利用の推進、効果を科学的に立証することが難しくても、危険が少なく、選択的、経験的に効能が認められる治療（相補・代替医療）の選択、遺伝子診断に基づく予防医療などの促進が図れる、などがある。一方、デメリットとして、貧富の差が享受する医療サービスの差に反映したり、患者が選択できない場合には医療機関がより高額な医療を選択するように誘導するリスクが考えられる。

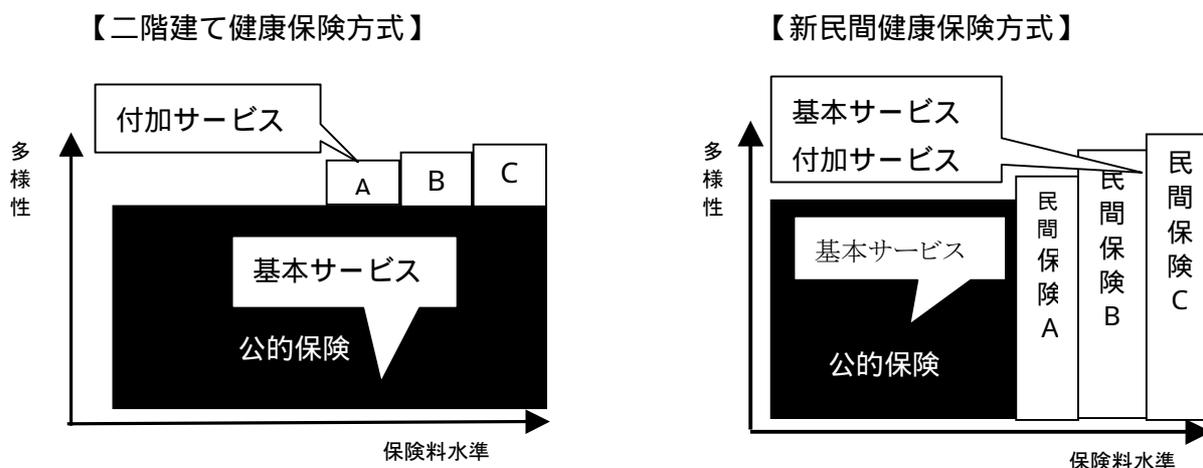
しかし、これらはいずれも公的保険部分は必要十分な医療を確保していることを前提とすれば、選択に必要な情報を十分に提供することで克服可能であろう。これらは、日本医師会の提唱する「自立投資」と共通する考え方である。

#### 「民間保険の導入手法について具体的制度設計を提案する」

第2は、この混合ファンドを組み入れた具体的な民間保険の導入方法として、「二階建て健康保険方式」と「新民間健康保険方式」の2つの制度の提案である。

「二階建て健康保険方式」は、公的保険を社会保障として適切な水準を担保した上で基礎部分（一階）とし、その上に民間保険の多肢選択の保険プランを二階部分として上乘せするものである。「新民間健康保険方式」は、公的保険部分もカバーした新しい民間保険を新たに創設し、公的保険と併存させるというものである。

これらの方式にも、合理的な選択が可能かとか、保険者が費用のかかる重症患者を排除するクリームスキミング（保険者が加入者を選択し、リスクの低い者を加入させ、リスクの高い者を排除すること）を防止できるかという危惧も想定されるため、適切な対策を講じていくことが必要である。以上の方式については、国民のニーズの多様性により良く対応でき、市場競争を通じてより優れた保険プランが開発されるなどのメリットの方が大きいと考えられる。



### 公的医療制度の改革に向けて

公的医療保険の財政効率化については、「純粹社会保険方式」という考え方を提案する。

これは、保険料収入のみで保険財政を運営し（現在は約三割の税財源が投入されている）、保険者が保険原理を守り、自らの責任で財政の収支バランスをはかっていくことである。

ただし、税財源を直ちに撤収してしまうと社会的弱者と呼ばれる障害者や、資産も身寄りもない後期高齢者の福祉医療が成り立たなくなる。そこで、税財源による「セーフティネット基金（仮称）」を新たに設置し、保険料が払えない社会的弱者に保険料を貸し付ける制度を提案する。これには、保険料の未納や返済滞納者に対する具体的な方策も盛り込んでいる。不動産などの資産を担保にした信託制度、民間保険の生前給付などの仕組みである。

### **将来的な保険制度のあり方について**

I T技術の利用が進むと、遠隔医療や在宅医療がさらに整備充実することが予想される。また、C A M（Complementary and Alternative Medicine：相補代替医療）が選択肢に加わる可能性もあろう。

これらも組み合わせて、より多様な民間保険が開発されれば、国民は自分のライフスタイルや価値観に応じた選択が可能となる。そして、選択肢の拡大は多様なヘルスデータの蓄積につながり、ヘルスケアの実践や研究レベルをより向上させていく契機になるであろう。

以上

## 目次

研究会メンバー	9
．はじめに（改革の視座）	10
1. 国民の認識を新たにし、その議論に供するために	
2. わが国健康保険制度の歴史と改革の必要性	
3. 当研究会の位置づけ（経済同友会社会保障改革委員会との関係）	
4. 今後の検討について	
．現状分析と問題点	11
1. 国家が制度を一元的に運営することの限界	
（1）一元的平等主義の意義	
（2）ニーズの多様化に対応していない	
2. 不透明な医療費の増大	
（1）納得感に乏しい医療費の増加	
（2）現在の公的保険カバー範囲の「無駄」や「選択的な部分」の存在	
．医療制度改革の進め方	14
1. 公的保険に含まれる「無駄」を排除し、「選択的な部分」を私的財源に移行する	
2. 医療提供者が提供できるサービスの多様化と利便性の向上	
（1）公的保険カバー範囲外の医療保障の取り扱い	
（2）特定療養費制度・自費診療の問題点	
3. 公的保険は、公平性を確保した上で、できうる限りの効率化を	
（1）公平性の確保	
（2）社会保障としての公的保険カバー範囲の切り分け	
（3）保険者の機能を高めて、効率化を進める	
4. 民間保険の活用で医療の多様化を進める	
（1）民間保険の活用	
（2）日本医師会の「自立投資」との共通点	
（3）民間保険による医療の多様化	

. 具体的な制度設計の提言 . . . . .	18
1 . 公的保険の効率化のために	
( 1 ) 純粹社会保険方式の内容	
( 2 ) 公的保険者への権限の付与とその内容	
2 . 民間保険による医療の多様化のために	
( 1 ) 公私財源の併用	
( 2 ) 民間保険を利用した混合ファンド方式	
( 3 ) 二階建て健康保険方式の提案	
( 4 ) 新民間健康保険方式の提案	
3 . 将来のわが国民間保険の多様化	
( 1 ) I T 技術の利用や新たな治療手法への対応	
( 2 ) 将来的な多様な民間保険の姿	
資料 1 ( 参考文献 ) . . . . .	29
資料 2 ( わが国健康保険制度の歴史と改革の必要性 ) . . . . .	30

(社) 経済同友会 医療保険制度改革研究会

研究会メンバー

大竹 美喜 アメリカンファミリー生命保険会社 代表取締役会長  
高木 邦格 (学) 国際医療福祉大学 理事長  
滝口 進 (株) エム・エイチ・アイ・ラボラトリー 代表取締役  
竹川 節男 (医) 健育会 理事長  
中村 実 (株) 野村総合研究所 研究理事  
前原 金一 (株) 住友生命総合研究所 社長

(以上五十音順)

注)「 」印は研究会座長である

研究会ワーキンググループ メンバー

河口 洋行 (学) 国際医療福祉大学 国際医療福祉総合研究所 研究員  
杉本 裕司 アメリカンファミリー生命保険会社 会長室課長  
滝口 進 東京女子医科大学 第二外科講師  
土松 徹生 (株) 住友生命総合研究所 事務局事業部 担当部長  
林 一郎 (学) 国際医療福祉大学 国際医療福祉総合研究所 企画室  
山田 謙次 (株) 野村総合研究所 事業戦略コンサルティング 一部 上級コンサルタント

(以上五十音順)

注)「 」印はワーキンググループ・リーダーである

以 上

## ．はじめに（改革の視座）

### 1. 国民の認識を新たにし、その議論に供するために

現在行われている医療保険制度改革の議論において、国民に「政府の責任でうまくやってくればよい」、「なるべく給付は多い方がよいが負担はしたくない」等の認識が残っていることは、非常に残念な事である。国民一人一人が、わが国の社会保障制度を運営していく上で、健康な生活は権利であるとともに、その負担についても（社会保障制度は国民の税や保険料で賄われており）一人一人の国民が分担する義務があることを、今一度新たに認識するべきである。

その上で、健康保険制度を始めとする社会保障制度を、個々人が参加している社会システムとして捉え、その運営や改革をなるべく理解し、その議論に対して広く参加するべきであるとする。そのためには、「医療保険制度改革」を広く国民の議論に供することが必要である。本提言はその一助となるべく、策定されたものである。

### 2. わが国健康保険制度の歴史と改革の必要性

わが国の健康保険制度は、1961年（昭和36）に国民皆保険を達成し、その後の医療関係者の尽力もあり、これまでめざましい成果を上げている。しかし現在では、財政制約からそのカバー範囲の拡大は困難になり、患者平等主義から多様なニーズに対応できない状態である（医療保険の歴史については、資料2を参照）。今後は、医療費のパイを増やし現状に則した医療を実施することが求められている。平成11年2月の経済戦略会議答申（日本経済再生への戦略）は、「民間活力を積極的に活用することによって、国民の自由で多様な選択が可能となる制度設計」という形での抜本的な改革が必要としている。

### 3. 当研究会の位置づけ（経済同友会社会保障改革委員会との関係）

当研究会は1999年11月に、社団法人経済同友会の会員による初めての自主プロジェクトとしてスタートした。当研究会は、経済同友会の社会保障改革委員会と同時平行で、専門家・有識者及び会員有志により約1年半の討議を重ねてきた。経済同友会社会保障改革委員会は、わが国社会保障制度のあるべき姿につき、10～20年の長期的視野にたち検討の上、2000年10月に医療問題に関する提言を行っている。当研究会は分野を特に医療保険制度改革に絞り、ここ数年での実行可能性を重視して検討し、この度、経済同友会の提言としてその成果を発表するものである。

### 4. 今後の検討について

本提言は国民的議論のスタートのために、当研究会の現状における議論を中間的な提言として纏めたものであり、本提言をもって最終的なゴールとは認識していない。今後も改革の実現を目指して、制度設計等を更に詳細に検討してゆく予定である。

## ．現状分析と問題点

我が国の国民医療費は、今日までのところGDP比で見ると国際的には低い水準にとどまっているにもかかわらず、大変効率よく世界の平均寿命等の非常に高い公衆衛生的成果をあげてきた。しかし、わが国公的保険は、疾病構造の変化や生活水準の向上等に充分対応できないままであるため、国民の医療に対する満足度や信頼性は高いとは言えない状態となっている。国民のニーズに柔軟に対応し、多様な選択を可能にする医療サービスの提供が今や求められている。このため、財政悪化が著しい公的財源だけでなく、私的な財源も活用し、余裕のある医療提供体制を整備すべき時期に来ている。

### 1．国家が制度を一元的に運営することの限界

#### (1) 一元的平等主義の意義

わが国が「国家の責任としての社会保障」を具体化する手段として、社会保険を制度化したことの意義は大きい。特に皆保険制度により、国民は疾病のリスクを分担し、平等な受診機会を得ることとなった。このような、全国一律の「患者平等主義」は、国民生活が貧しい時代には、乏しい医療資源の公平な配分に大きな意味があったと評価できよう。

#### (2) ニーズの多様化に対応していない

今日では、高齢化や疾病構造の変化により、医療の一部分は「症状等の維持・管理」「生活支援」のように日常生活と広範に関わるようになってきている。また、生活水準の向上や価値観の多様化により、国民の医療に対する要求水準も上昇している。国民の間には、「自らが医療に関する情報を集め、自己責任で治療法の選択を行いたい」や「公的保険カバー範囲を超える場合は、私的財源を利用しても納得のいく医療を受けたい」という考えが強くなってきていると言えよう。また、将来的には、遺伝子治療等の技術進歩により、予防的治療等の選択肢が広がることが予想されている。

図表2 国民の医療へのニーズの多様化

原因	内容	事例
急性期から慢性期への疾病構造の変化	医療の一部分が、「症状等の維持管理」「生活支援」に変化	長期入院の療養環境（アメニティ部分の拡大）
生活水準向上と価値観の多様化	国民の健康医療に対する要求水準が上がり、選択したうえで自己負担を厭わないとの考え方が浸透	選択できる医療の提供 私的財源の利用
医療技術等進歩による治療内容の多様化	遺伝子治療や情報技術進歩によるオーダーメイド医療の勃興	高度先進医療・画期的新薬 遺伝子診断や予防治療

ところが現在の健康保険制度は、このような考え方を許容しない硬直した制度となっている。国家主導による画一的な患者平等主義は限界に来ていると言えよう。また、現在の公的保険は画一・標準的な医療に対する給付を前提としているため、医療供給側が多様な医療の整備を企図しても、財源の裏付けがなくその整備が困難である。

## 2. 不透明な医療費の増大

### (1) 納得感に乏しい医療費の増加

現在のトレンドで国民医療費が増加すると、年増加率3.5%、2020年に80兆円、2030年には100兆円と予想される（経済同友会社会保障改革委員会提言より）。これは「高齢化」と「医療水準の向上」等によるものである。このように医療費が増加するにもかかわらず、医療サービスに対する国民の信頼性や理解はあまり高いとはいえない。その原因としては、医療供給の質の問題、医療費支払いの妥当性への疑問、内容の不透明さと無駄があるのではないかとの不信感、将来的な社会保障がどのような形になるのかというコンセンサスの欠如等が挙げられる。

### (2) 現在の公的保険カバー範囲の「無駄」や「選択的な部分」の存在

特に上記4点の内、内容の不透明さと無駄があるのではないかとの不信感に関しては、その根拠は処方薬剤の多さや病院の待合いの混雑などの感覚的なものから来ている部分が多いと思われる。しかし、画一・標準的で治療根拠のはっきりした医療に対して給付されることを前提としている現在の公的保険のカバー範囲に、医師や患者の「モラルハザード注1)によって生じる無駄」や、アメニティ注2)や科学的根拠に乏しい医療等の「患者の選択に委ねてもよいと思われる部分」が存在しているという事実は否定しがたいと思われる。また、今後増加が予想される遺伝子診断や予防治療等も、個人によってその効果が大きく異なることから、患者の選択に委ねてもよいと思われる部分と考えられる。

注1) モラルハザードとは、本来在るべき効率・有効性・危険性に対する配慮に欠けるため、結果として不経済を拡大することを指す。

注2) アメニティとは、入院環境や食事内容などを指す。

「モラルハザードによる無駄」は、患者や医師の都合により、入院延長や重複した検査投薬等の医学的に明らかに意味がない医療行為等を行うものである。また、患者による、梯子受診や自己負担の低さから薬をもらうためだけに病院を受診するなどの行為もここに該当する。

「患者の選択に委ねてもよいと思われる部分」は、「アメニティ部分」、「先進医療や

画期的新薬」、「科学的根拠に乏しい部分」、「予防医療部分」が挙げられる。このうち、「科学的根拠に乏しい部分」とは、例えば、漢方薬（保険適応部分を除く）やマッサージ等であって治療効果が立証されていないもの、術後の皮膚縫合時に通常の数倍程度の時間をかけて傷を目立たなくすること、無菌手術の為ほとんど感染の可能性はないが念のために行う抗生物質の投与等が含まれる。

**図表3 モラルハザードによる無駄と患者の選択に委ねてよいと思われる部分**

	内 容	事 例
モラルハザードによる無駄	医学的に明らかに意味がないにもかかわらず、医師や患者の利益や都合により生じる無駄	重複した検査・投薬 医学的に必要のない入院延長
患者の選択に委ねてよいと思われる部分	公的保険には、画一・標準的でなく、根拠に乏しい医療は馴染まない。 例えば、 ・患者の多様な嗜好に対応する部分 ・高度だが普及確立していない部分 ・治療効果が同じで費用が高い部分 ・個々人によって効果が異なる部分	アメニティ部分 入院環境(ベッド・患者給食) ○先進医療・画期的新薬 ○科学的効果の立証が困難 東洋医学、マッサージ、アロマセラピー 予防医療部分 遺伝子診断・予防医療・健康診断

このような現在の公的保険カバー範囲におけるこの「モラルハザードによる無駄」及び「患者の選択に委ねてよいと思われる部分」については、その適正な範囲について今一度実証的に検討し、貴重な公的財源を有効に利用する必要がある。

例えば、英国等では、いくつかの治療方法において、科学的に治療効果が同じ場合には、費用の最も低い治療方法を公的保険で保障するべきとの考え方をとっている。この時、同じ効果でも費用が高い治療法を選択する場合には、公的財源ではなく私的財源によってその費用を支払うべきとされている。

## ．医療制度改革の進め方

- 1．公的保険に含まれる「無駄」を排除し、「選択的な部分」を私的財源に移行する  
公的保険に含まれる「モラルハザードによって生じる無駄」は、既に様々な形で指摘されている部分を含め、早急に公的保険カバー範囲から排除されるべきである。  
一方「患者の選択に委ねてよいと思われる部分」については、公的保険の給付範囲にするべきかについて、個々人の価値観や地域の特性によって大きな幅のあるところである。従って、社会保障として適切な水準までは公的保険で保障したうえで、個々人の考え方の幅には、私的財源（民間保険や自費）で対応するべきである。

## 2．医療提供者が提供できるサービスの多様化と利便性の向上

### （1）公的保険カバー範囲外の医療保障の取り扱い

わが国の公的保険のカバー範囲に入っていない治療法や薬品については、現在のところ、公的財源と私的財源との併用は認められておらず（「混合診療の禁止」と言われる）患者がカバー範囲外の治療を望む場合には、「公的保険カバー範囲外の治療」と併せて行われた「公的保険カバー範囲内の一連の治療」についてまで、自費で賄わなければならない。

例外として「特定療養費制度」が既に設けられており、主に「高度先進医療」、「患者の選択による選定療養（差額ベッド、歯科材料の一部、200床以上病院の初診料等）」などは、公的財源と私的財源の併用が可能とされている。しかし、その適応範囲は公的保険カバー範囲全体からみると厳しく限定されている。

従って、患者が通常の保険診療機関（ほとんどの医療機関）に、「公的保険カバー範囲外の治療」を求めた場合には、多くのケースで全額私的財源で支払わざるを得ない。このため、患者の負担力によっては、選択したい治療方法をあきらめざるを得ない状況となっている。

### （5）特定療養費制度・自費診療の問題点

これに対して現在の特定療養費制度を漸次拡大したり、いっそのこと自費診療で行ってはどうかという意見もある。しかし特定療養費制度は、その対象の選定を中央社会保険医療協議会で行っているため、参加委員の利害関係から、高度先進医療等の選定に際しても非常に狭く運用されがちである。このため、現在の体制では今後想定されるニーズの多様化に対してほとんど対応できないであろう。例えば、患者・民間保険者・医療提供者の三者が合意すれば、様々な治療手法等を民間保険給付等に迅速に組み入れることが可能となるような仕組み造りを検討するべきと考える。

また、自費診療での対応は、一部の高額所得者にとっては可能であるが、それ以外

の所得層については支払能力に限りがあるため、その利用が困難であるとする。しかも、公的保険の保険料を負担し保険給付の受給権を持っている被保険者（保険加入者）が、一連の診療行為の一部が公的保険のカバー範囲から外れるために治療費全額を自己負担するのは、公的保険給付の受給権が一部侵害されているとも考えられる。

### 3. 公的保険は、公平性を確保した上で、できうる限りの効率化を

#### (1) 公平性の確保

わが国においては憲法25条において「健康で文化的な最低限の生活」が唱われており、すべての国民が負担能力に拘らず適切な医療を受ける権利が保障されていると解されている。公的保険において、「社会保障として適切な水準」を維持することによって、「国民が適切な医療を負担力に関係なく受けられる」という公平性をきちんと確保すべきである。

#### (2) 社会保障としての公的保険カバー範囲の切り分け

しかし、社会保障は全ての医療を保障するわけではない。社会保障として適切な公的保険カバー範囲の水準と、個人の積極的な意志と私的財源によって利用可能となるような部分を分けて考えるべきである。「社会保障としての適切な水準」を担保することによって、公平性を確保した上で、私的財源による部分を利用することが可能になるのである。

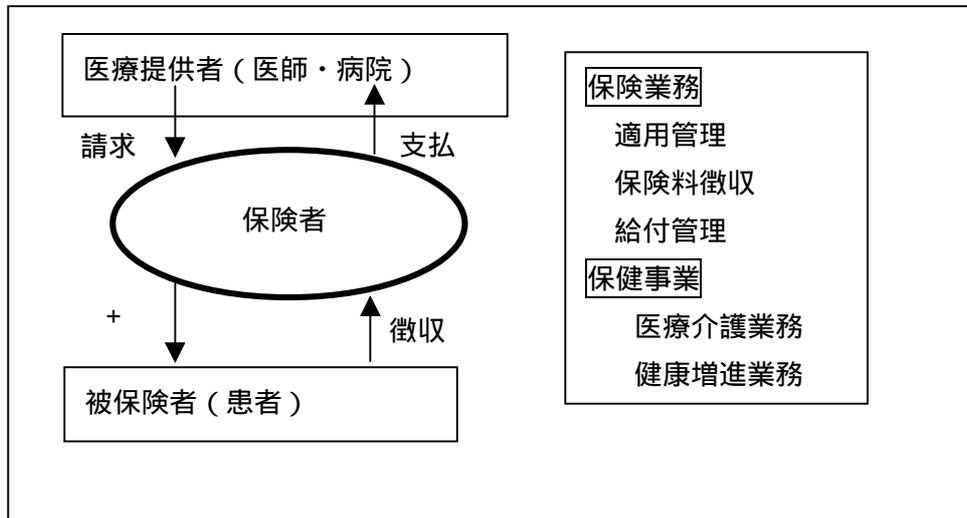
#### (6) 保険者の機能を高めて、効率化を進める

現在の保険業務の概要と政府の代理人としての位置づけ

現在の公的保険者が行っている業務は、大きく2つに分けることができる。1つは「保険業務」に関わるものとして、適用管理（被保険者の資格審査等）、保険料の徴収、給付管理（請求内容審査、支払等）である。今1つは「保健事業」に関わるもので、保険者の直営病院等による医療・介護業務（疾病管理等）、健康増進業務（被保険者の健康管理等）がある。これまでの保険者業務は専ら「保険業務」であり、全事業費に占める保健事業費の割合は6%程度に止まっている。また、給付管理の請求内容審査は、審査支払機関に対して業務委任することを事実上義務付けられている。

これらの保険者業務においては、（戦前の）健康保険制度が理念の上で持っていた「保険者の自由度」が、現在ではほとんど形骸化し、政府が事実上全てを仕切る制度となっている。現状ではあくまで政府が管理運営を行い、保険者は政府の事務的「代行」との位置づけである。

図表4 現在の保険者の業務



保険者機能強化におけるマネジドケアの事例

保険者機能の強化に関して米国のマネジドケア手法を導入すべきとの議論がある。このマネジドケアは、(a) 保険者の医療行為への介入、(b) 患者のアクセス制限による需要管理によって医療費を管理するという手法を取っている。しかし、当研究会では、次の三つの点でわが国にそのまま適用することを妥当と考えない。第一に保険者が医師よりも患者の利益を重視する保証がない。米国では保険者の第3者評価機関や、選択可能な健康保険市場が存在したにも関わらず、HMO (Health Maintenance Organization) に対する激しいバッシング等の保険者への批判がある。第二に医師の裁量権の低下により患者との信頼関係が損なわれ、医師と患者の協同作業が必要な治療行為において、質の低下を招く恐れがあること。第三に客観的なデータに乏しいまま、保険者と医療提供者が利害調整を開始すると、混乱や対立が起こりやすいという点からである。

当研究会の保険者機能の考え方

医療経済学においては、医師は患者の代理人 (エージェント) となってその治療判断や実施を行うと解されている。この時医師は患者から適切な医療を判断する業務を委任されている。しかし、医療では医師と患者の間に情報の非対称性 (持っている情報に偏りがあること) が強いため、患者は医師が適切にエージェント業務を行っているかのモニターが困難であるとされている。上記を踏まえて保険者機能強化の内容としては、(A) 医師患者の共通理解のためのデータ収集や、情報の非対称性を緩和する情報ルートとなる (B) 患者への必要な情報提供や健康管理・啓蒙教育を行うことなどが考えられる。

保険者の情報機関としての機能

これらの機能を、直ちに公的保険者に要求するのは現状の体制からみても無理であ

ろう。被保険者のニーズにより柔軟に対応できるようにするため、現在の保険者の「能力の向上」や「業務規制の緩和」によって被保険者のニーズに柔軟に対応できるようにすることを前提にして、個々の保険者に応じた機能の拡充が必要である。

そのための第1歩として、保険者はもっと「情報」についてそれを収集し、解析する機能を持つことが不可欠である。新たな機能によって収集解析された情報に基づいた、医療提供者との討議や被保険者へのアドバイスを可能とするべきである。

#### 4. 民間保険の活用で医療の多様化を進める

##### (1) 民間保険の活用

現在のわが国では「公的保険の適応がなければ、医療を行えない」との誤った認識が一般にあるが、本来医療は保険とは関係なく存在するものである。「社会保障制度である公的保険がカバーする範囲」から外れていたとしても、その治療を自費で試みたいという場合には、その外れた範囲を担保する民間保険を導入することが可能である。

##### (2) 日本医師会の「自立投資」との共通点

日本医師会が「2015年のグランドデザイン」において提唱している「自立投資」においては、公的保険原理が適応できない選択性の高い医療については、別途私的財源での保障が考えられている。この自立投資においては私的財源として「保険」、「貯蓄」、「貯蓄&保険」等が挙げられているが、当研究会ではこの「自立投資」の保険方式部分についての具体的検討を行っているものである。

##### (3) 民間保険による医療の多様化

民間保険は公的保険に比して、被保険者の多様なニーズ把握やそのニーズに対応した新商品開発の可能性を有している。この特徴を活かし、民間保険を公的保険と組み合わせ、国民が選択できるようにすれば、民間保険は競争を通じてニーズにあった保険プランを開発すると考えられる。

また、多様な民間保険プラン開発が進むことによって、多様な医療に対する財源が確保され、医療提供側の体制も整うことによって、多様な医療の供給が促進されるであろう。

尚、様々な民間保険の開発にはその根拠となるデータが欠かせない。現在はこのような医療関連データが十分に公開されておらず、新しい保険プランの開発を阻害している。新たな健康保険制度を設計する上で、厚生労働省を始めとしてデータ保持者が個人情報保護に配慮しつつ、わかりやすい形で積極的にデータを公開することが民間保険活用の鍵であることに留意が必要である。

## ．具体的な制度設計の提言

### 1．公的保険の効率化のために

#### (1) 純粋社会保険方式の内容

##### 公的保険の保険原理遵守

わが国の医療保障は、「収支相等の原則」によって運営される保険方式を採っているため、税方式に比して効率化の誘因が強いと言えよう。しかし、公的保険が公平性の担保も目的とする以上、保険内のリスク分担で負いきれない不足分については税での補填が必要となる（既に約32%が税で補填されている）。しかし、この税金の導入によって、保険原理（収支相等の法則等）の実効性が低下していると考えられる。

図表5 わが国健康保険における調達内訳

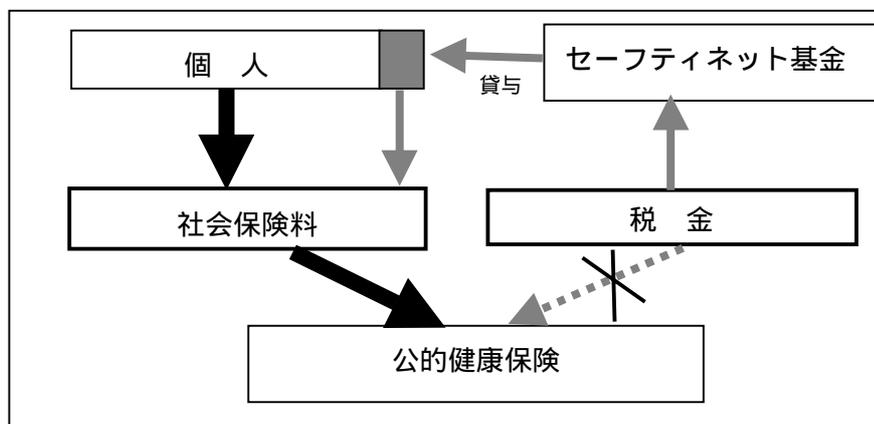
	保険料	税金	自己負担
1961-72	53	26	21
1973-83	53	35	12
1984-96	56	32	12

出所)「高齢者医療制度改革の方向」(塩野谷祐一)社会保険旬報(99.01.01)

公的保険において限られた財源で効率的な保険財政運営を行うためには、保険原理遵守を強化する方向性を指向するべきであり、そのために公的保険を「**純粋社会保険方式**」(後述)により運営すべきと考える。

純粋社会保険方式の検討にあたっては、収入のみならず給付範囲についても吟味するなど幅広い検討が必要である。本提言ではこの課題を認識したうえで、今後の方向性として提言を行いたい。

図表6 純粋社会保険方式とセーフティネット基金



### 保険原理の堅持とセーフティネット基金の設立

純粹社会保険方式とは、保険と税の役割分担を踏まえて財政区分を明確にし、その2方式を組合せる手法である。保険者に対して、保険原理遵守を強化するために、収入を専ら保険料のみとし、保険財政の収支均衡を義務づける。一方で、保険料負担に耐えられない社会的弱者に対しては、別途税財源による「セーフティネット基金」を通じて、自己申告によって当該基金から保険料を貸与するといったことも一つの方法として考えられよう。

これによって、保険者は安易に税に頼ることなくその財政運営に責任を負うこととなり、社会的弱者に対しては税方式による所得の再分配を行うことができる。

#### 保険料未納への対応

この時に問題となるのは、保険料を貸与後に保険料返還が可能になっても後日返還しない場合が多くなることが懸念される。このために、予め保険料納付が困難にならないように、対策を講じる必要がある。例えば高齢者については、従来に比してフローの収入よりもストックを重視し、「リバースモーゲージ」や「民間保険生前給付」等の多様な金融商品を利用することを促進することが考えられる。

## (2) 公的保険者への権限の付与とその内容

### 保険者規模の適正化

保険財政の面では保険者の規模が大きいほど、「大数の法則」によりその安定性は増し、その機能強化が容易になると考えられる。現在健康保険の保険者は全国に約5300存在し、その被保険者規模は千人に満たない小規模なものから数十万という大きなものまで、大きなばらつきがある。保険者機能を十分に機能させる前提条件として、規模の適正化が必要である。本提言では、(社)経済同友会社会保障改革委員会提言にあるように、「保険者機能の強化を図るための情報インフラ投資に耐え、審査能力を發揮できる規模を被保険者数にして10～50万人程度」と考え、「国民健康保険と政府管掌健康保険については地域を単位に統合し、健康保険組合や共済組合については維持したい組合以外は地域保険に統合」することが適当であると考えられる。

#### 政府から保険者へ付与すべき権限

その上で、以下の3つの機能について、政府から保険者に付与すべきである。

#### (a) 医療提供者とのディスカッションの機能

現在の体制では、保険者は医療提供者と直接ディスカッションする場がほとんどない。保険者は、情報収集・提供するにあたっては、例えば、どのような情報が被保険者のために必要なのか、また医療提供者はどのような情報が提供可能なのか等について、十分に医療提供者とディスカッションする必要がある。

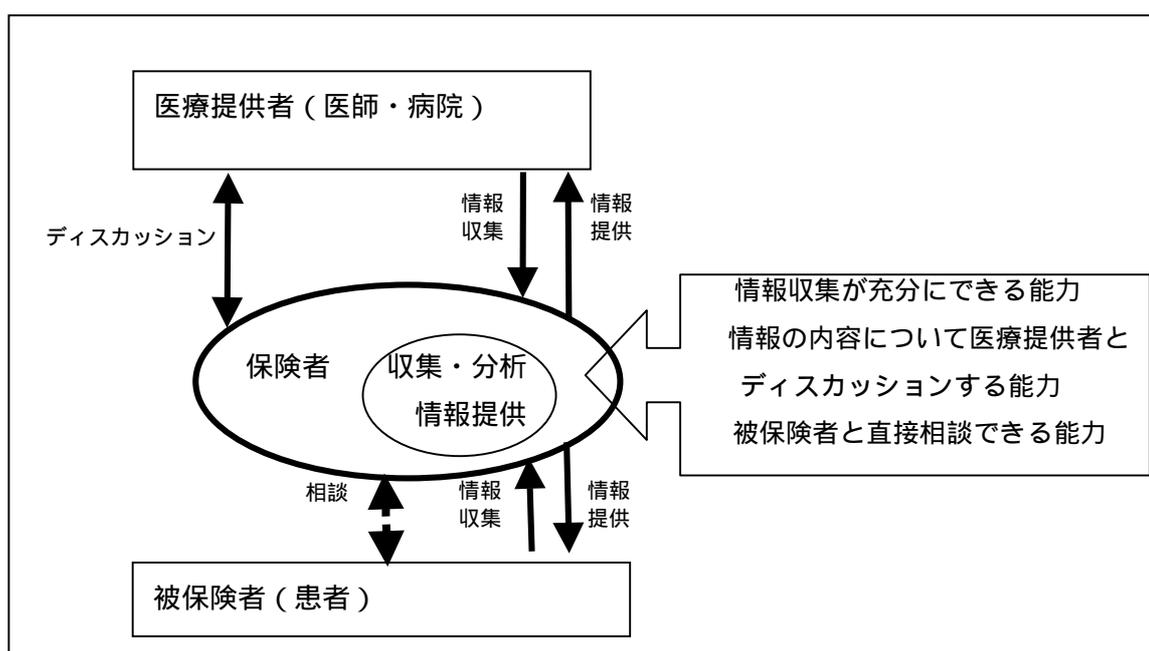
#### (b) 被保険者との相談

保険者は被保険者と直接相談できる体制を築くことが必要である。保険者は被保険者から様々な相談を受けることによって、そのニーズや問題点を把握することができる。

(c) 被保険者、医療提供者への情報提供等

保険者は上記2点も含めて、医療提供者や被保険者から情報を収集し分析することが必要である。併せて、収集した情報は被保険者に提供するが、その結果を医療提供者にもフィードバックしていく必要がある。

図表7 公的保険者へ付与する権限内容



2. 民間保険による医療の多様化のために

(1) 公私財源の併用

混合診療禁止の理由

「混合診療の禁止」とは、「初診から終診に至る一連の診療行為の中に保険診療と自費診療を混合してはいけない」というルールである。この問題について図表8にあるような3つの類型が混同されて議論されている。本提言においては、「公的保険カバー範囲で認められていない治療を行う場合」と「公的保険カバー範囲で認められているが基準以上の治療を行う場合」について議論を進める。（「保険外負担として認められている生活用品以外について費用徴収を行う場合」は、そのルールを明示することが先決と考える）

図表8 公私財源の併用の3類型とその事例

類 型	事 例
公的保険カバー範囲で認められていない治療を行う場合	腎臓移植は保険診療として認められているが、心臓移植は認められていない。
公的保険カバー範囲で認められているが、基準以上の治療を行う場合	プライバシーを重視し、個室に入院する。 審美性からパラジウムではなく金歯を利用する。
保険外負担として認められている生活用品以外について費用徴収を行う場合	保険算定できない医療材料を自己負担としたり、お世話代、施設利用料等の不透明な費用の徴収。

混合診療を禁止した二つの理由は、1つは「お金がある人となない人に医療の差が生じる」ことを極力防ぐためである。もう1つは、実際の臨床の場において混合診療を認めると、「医療提供者が恣意的に利益の上がる医療へと患者を誘導する」ことを防止するためである。

#### 混合診療禁止のデメリット

しかし現状では、混合診療禁止については、そのデメリットが大きくなっている。例えば、治療に関係ない患者給食について、好きな食事を自費で選択したくても、現状では混合診療の禁止に抵触してしまう。また、入院した際に家族に迷惑をかけないため、自費で付き添い婦を付けたくとも、やはり混合診療の禁止に抵触してしまう。急性疾患による短期入院であればまだしも、長い闘病生活を病院で過ごさざるをえない人が増加しているなかで、混合診療禁止のルールは患者の選択を阻害するという点で、そのメリットに比してデメリットが次第に大きくなっている。

#### 公私財源の併用のメリット

これに対して公私財源の併用を実施した場合、患者にとっては満足度やQOL (Quality of Life) の向上が見込まれる。具体的には、(a)アメニティの充実、(b)先進医療や新薬の利用、(c)治療効果が科学的に実証されにくいものの選択、(d)予防医療(予防、遺伝子診断、予防治療)の促進というメリットが期待できる。

また、医療技術研究者にとっては、新たな医療技術・機器等が民間保険の給付対象になれば、利用者負担が軽減され、その利用が進むというメリットが見込まれる。

医療提供者にとっても、新たな私的財源によって医療への社会的な資源投入が増加することによって、多様な医療の整備が可能となるであろう。

図表9 公私財源の併用による患者のメリット

公私財源の併用のメリット	具体例
・アメニティ部分の患者の選択肢拡大	・病室の選択肢拡大 ・患者給食の選択肢拡大 ・ターミナルケア等における患者嗜好の容認 (飲酒やペット同伴)
・先進医療や新薬の利用可能性拡大	・心臓移植等の臓器移植 ・歯科用レーザー等の最新医療機器の利用 ・米国では承認済みの新薬の利用 (抗ガン剤や生活習慣病向け新薬等)
・科学的効果の立証が困難な手法も選択・併用できる	・いわゆる相補代替医療の選択・併用 (東洋医学・マッサージ・アロマセラピー等)
・予防的治療に利用できる	・健康診断等の定期的実施 ・遺伝子診断の利用 ・遺伝子診断に基づく予防措置の利用

公的財源と私的財源の併用を可能とするべき

これまで述べてきたように、現状では混合診療の禁止はメリットよりもデメリットが大きいと考える。従って後述するように、公的保険で必要にして十分な医療を確保した上で、公的保険に馴染まない「選択的な部分」について、ニーズの多様性に応えるために、公的財源と私的財源を併用できるようにすべきである。

公私財源の併用のデメリットを逡減する配慮

公私財源の併用は導入するべきであるが、そのデメリットを逡減するために十分な配慮が必要である。第一には、公的保険において社会保障として適切な水準を維持することである。例えば、患者給食に対する保険給付を画一・標準的な病院給食分までとし、超過分については私的財源で支払えるようにすれば、必要な患者給食については担保され、それ以上のニーズに対しては私的財源から支払うようにすることが可能となる。

第二に、患者の選択が可能で、その選択に必要な情報が充分にある環境を確保する必要がある。例えば、差額室料を払うか払わないかの選択ができるためには、選択できる病床があることが必要で、その病床がどこにありどのような条件なのかの情報を保持していることが必要であろう。特に、病床不足地域については、選択の幅が狭まることもあるため、行政上の特別の配慮が必要である。

図表 10 公私財源併用のデメリット逡減のための配慮

公私財源の併用のデメリット	デメリット逡減のための配慮
貧富によって診療に格差 (患者の平等性が失われる)	<ul style="list-style-type: none"> <li>公的保険部分の現状水準を維持する</li> <li>・ 現行水準の価格までは公的保険給付を行う</li> <li>・ 医師等医療関係者の職業倫理の維持</li> <li>・ 同じ症状の患者には同じ技術を投入する</li> <li>・ 希少な技術も将来的に公的保険に導入する</li> <li>・ 症例増加や効果実証により可能に</li> </ul>
患者が選択できない場合には、高額な医療への誘導の可能性 (患者が合理的に選択できない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の選択肢確保</li> <li>・ 差額ベッド以外の選択肢がある場合にのみその選択を認める</li> <li>・ 選択に必要な情報を充分提供</li> <li>・ 患者への情報提供を充分行う</li> </ul>

実体的には既に一部で実施されている

しかも、「混合診療の禁止」ルールは、「特定療養費制度」等において一部例外が認められており、その場合には公的財源と私的財源の併用が認められている。

更に、公的介護保険の導入によって、その保険給付対象は、「療養の給付」から「一定額の支払い」に拡大されており、ルール上も公私財源の併用が認められている。

この他にも、医療現場における保険外負担の実態として、医療材料等の自己負担徴収等が患者に説明の上行われているとの報告もなされている。

図表 11 現在行われている公私財源の併用

項目	事例
特定療養費制度等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高度先進医療</li> <li>・ 差額ベッド</li> <li>・ 歯科材料の一部等</li> </ul>
公的介護保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公的介護保険（高齢者向け慢性期医療を含む）では、上乘せ・横出し等のサービスでの私的財源の併用が認められている</li> </ul>
保険外負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険診療で認めていない不適切な実費徴収（医療材料が生活用品か判断しにくい物等）</li> </ul>

## (2) 民間保険を利用した混合ファンド方式

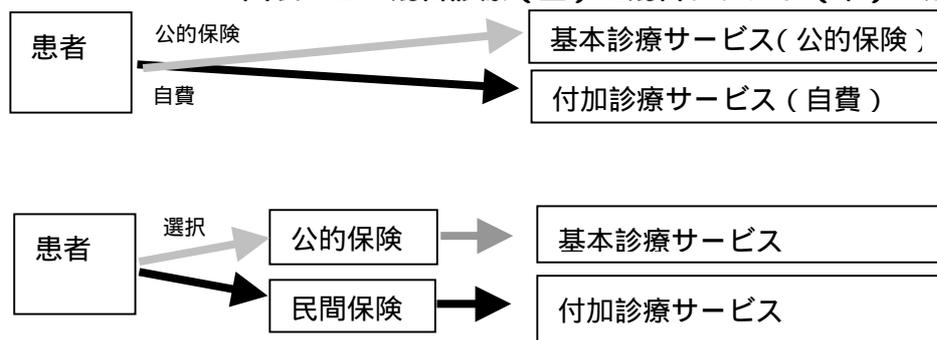
### 混合ファンド方法の内容

前述のとおり、当研究会は公私財源の併用を行うべきであると考え。公私財源の併用が認められれば、この私的財源には自費の他に民間保険の利用が考えられる。この時には、「臨床の場で診療行為ごとに保険診療と自費診療に切り分ける」のではなく、「混合ファンド方式」という「医療費をまかなう財源の部分で予め切り分けておく」という新しい形での利用が可能である。

混合ファンド方式のメリット（情報の非対称性の逓減）

混合ファンド方式とは、患者が予め民間保険の保障内容を吟味して、自分に必要な医療の範囲をよく考えた上で予め判断をしておく方式である。例えば、入院環境を重視するかしらないか、治療後の外見を気にするか、予防医療を潤沢に受けたいか等の個人の選択に応じて保障範囲を決めておくのである。そうすれば、患者は事前によく考え、必要な情報を収集することができるため、より合理的な判断が可能となる。

図表 1 2 混合診療（上）と混合ファンド（下）の違い



#### 民間保険の具体的導入方法について

民間保険の導入方法は様々な形態が考えられるが一長一短があり、そのまま導入した場合、公平性の問題やクリームスキミング（保険者が加入者を選択し、リスクの低い者を加入させ、リスクの高い者を排除すること）の問題等が生じるため、商品設計面（保険料の規制や加入者を選択することを禁止する）や民間保険市場の整備面での規制（保険プラン内容の情報開示の義務化）が必要である。ここでは公私財源の併用を混合ファンド方式の利用を前提として、よりデメリットの少ない形での具体的制度設計案を検討した。その結果として、「二階建て健康保険方式」と「新民間健康保険方式」の2つについて提言したい。

#### 国民皆保険維持の仕組みの必要性について

これらの民間保険を健康保険制度に導入する場合には、国民皆保険が確実に維持される（無保険者をつくらない）仕組みをきちんと整備することが必要である。

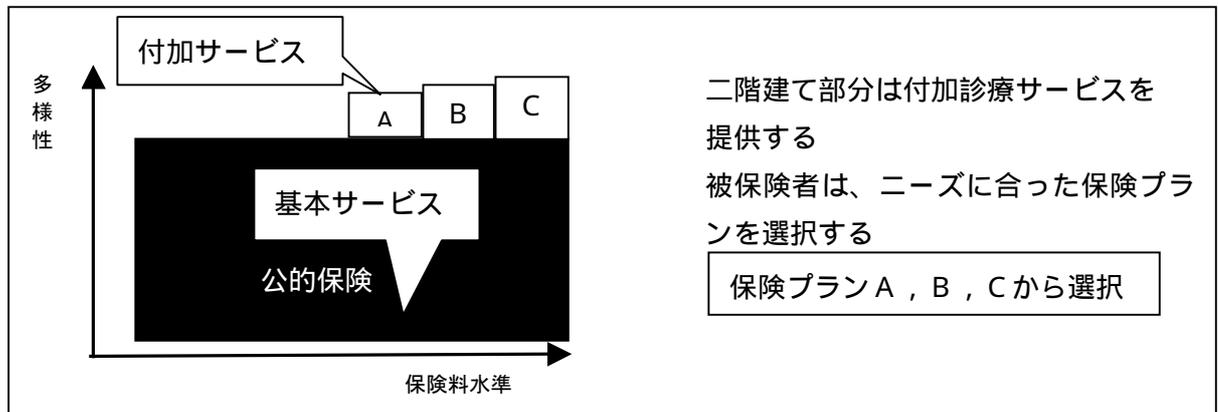
(3) 二階建て健康保険方式の提案

具体的制度設計

「二階建て健康保険方式」は、公的保険を、「社会保障として適切な水準」を確保したうえで一階部分とし、その公的保険に上乗せして二階部分を民間保険で保障する形である。二階部分の保険プランは現在の公的保険者でも民間保険者（民間保険者の場合には現金給付方式から現物給付方式への変更が必要）でも供給可能とする。保険加入者は、二階部分のみ複数の保険プランから選択することができる。

併せて、二階部分の保険料について税制上の特典を付与することによって、保険加入の誘因とすることが望ましい。

図表 1 3 二階建て健康保険方式の制度設計



国民から見たメリットと問題点

図表 1 4 二階建て健康保険方式のメリットと問題点

メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>○現行制度からの移行が比較的容易</li> <li>○二階部分は、多様な保険プランから個々人のニーズにあったものを選択できる。その選択を通じた民間保険者の競争により、国民のニーズにあった保険プランが開発される</li> </ul>
問題点	<p>保険プランの情報提供だけで、合理的な選択ができるか疑問 保険者が健康な被保険者のみを選別する等のクリームスキミングが防止できるか</p>

二階建て健康保険方式のメリットは、保険プランを選択できるため、様々な保険プランからニーズにあったものを選択可能であり、その選択による競争によって、更にニーズに合った保険商品が開発されるメリットがある。また、現行の制度からの移行が比較的容易と思われる点である。一方問題は、被保険者が保険プランの違いが理解できず合理的な選択ができない場合が懸念される点である。

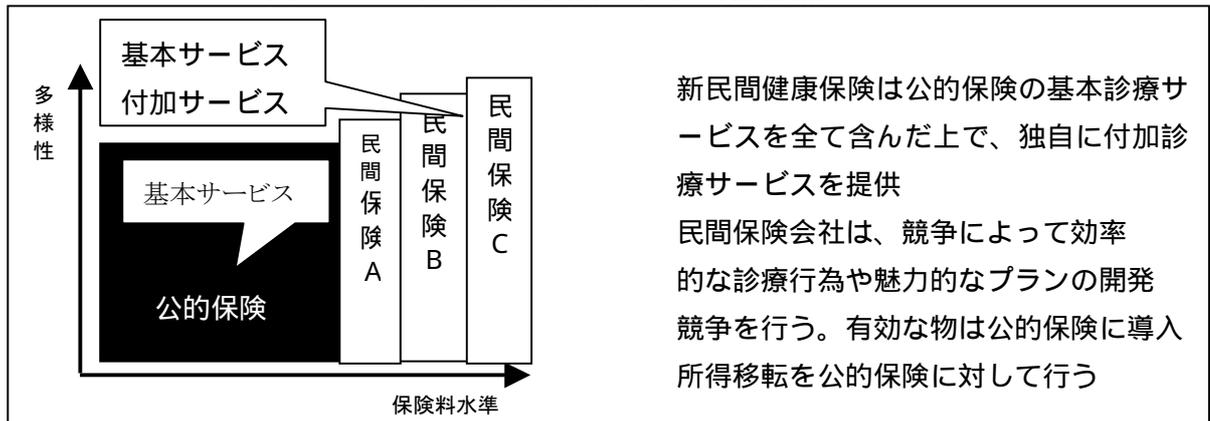
この「二階建て健康保険方式」が国民に浸透し、保険プランの選択能力が向上し、保険者のクリームスキミングの防止策が充分であることが確認されれば、次に「新民間健康保険方式」の採用も検討するべきである。

#### (4) 新民間健康保険方式の提案

##### 具体的制度設計

「**新民間健康保険方式**」とは、公的保険カバー範囲も含む新しい民間健康保険を創設し、この新民間健康保険を選択可能とする方式である。新民間健康保険には、一定の所得以上の国民を自動的に公的保険から移行させ、被保険者数を確保する。その他の所得階層の被保険者については、新民間健康保険への加入は自由とする。

図表 1 5 新民間健康保険方式の制度設計



新民間健康保険は、公的保険カバー範囲（基本サービス）を保障した上で、公的保険カバー範囲外の付加サービスを加えることを可能とし、その内容は民間保険会社の開発競争に委ねる。但し、高額所得者が新民間健康保険に移行することによって、健康保険制度全体の所得再分配機能が低下することを防止するため、新民間健康保険は、公的保険部分に対して所得移転を行う（現状であれば老人保健拠出金）。そのため、新民間健康保険の被保険者は、その付加サービスに比して割増となる保険料を支払うこととする。

## 国民から見たメリットと問題点

図表 1 6 新民間健康保険方式のメリットと問題点

メリット	○民間保険会社の競争によって、効率的な診療行為や魅力的な保険プランの開発実験が行われる。 ○民間保険に導入された新たなサービスのうち、適切なものを公的保険に導入する。
問題点	○平等性が損なわれるとの批判 ○民間保険会社が被保険者に割高な保険料に比して魅力的なサービスを提供できるか

国民は、付加サービス（例えば、遺伝子診断や予防治療等）を利用したい場合には公的保険から脱退し、新民間健康保険への移動が可能である。しかし、付加サービス利用というメリットと引き替えに、保険料負担は割増となる。また、自動加入とする高額所得者の理解を得るためには、負担の大きさに比した付加サービスのメリットが得られるかどうか鍵となる。

以上の2案では、いずれも私的財源導入に伴う、「公平性」の問題や「クリームスキミング」の問題を完全に解決することは想定しにくい。現状の問題点の大きさを考えると、民間保険導入に伴うメリットの方が勝ると考えられる。また、民間保険の利用が進み、情報や経験が蓄積されれば、更に多様な保険プランの利用が可能になると考えられる。

### 3. 将来のわが国民間保険の多様化

#### (1) IT技術の利用や新たな治療手法への対応

IT革命の要諦は、「情報量と到達距離のトレードオフ関係がなくなり、大量のデータを低コストで伝達できる。」という点である。医療の世界では、遠隔医療や在宅医療等の新しい手法が更に進歩してくると考えられる。特に中高年を対象とした、生活習慣病の管理や予防について、その効果が期待される場所である。

これらのIT技術を利用した医療についても、まず民間保険の給付対象となることによって、新たなサービス供給が促進されるとともに、その症例やデータが蓄積されてくる。これによって更に遠隔・在宅医療の技術革新が促進されることとなるであろう。このように、民間保険による多様なニーズへの対応は、国民の満足度を高めるとともに、医療におけるIT技術の進歩にも貢献すると考える。

更に、西洋医学の範疇にとどまらず長い歴史と伝統に裏打ちされ定着している東洋医学などの伝統的な治療法についても保険給付に位置付ける方向で積極的に見直しを進める必要がある。これらの伝統的な医療については、患者の自然治癒能力を高めたり、西洋医学による治療の限界を補完したり、さらには療養生活のアメニティーを改善するなどが期待されている。

既に米国では90年代からNIH(国立衛生研究所)で、漢方、針、ホメオパシー、温泉療法などのCAM(Complementary and Alternative Medicine)について、費用対効果などに関する大規模な調査研究を実施しその研究成果が出始め、米国民間健康保険会社でも保険給付メニューに加えるところが出てきている。また、欧州においてもCAMに関する学会が創設されている。

注3)ホメオパシーとは、病状の原因となる物質を希釈して投与する療法。例えば、マラリア治療薬であるキニーネは、健康人に投与するとマラリアそっくりの症状を引起す。

このように世界的な流れとして、現在の西洋医学とCAMに見られる補完的な医療を統合していく動きが見られる。わが国においても、早急にCAMの治療効果等の調査研究を実施しその効果を確認するとともに、費用対効果が高いものについては、まず民間保険会社の給付メニューに含める方向で検討されることが望ましい。

## (2) 将来的な多様な民間保険の姿

このような多様な保険プランが開発されれば、国民は自分のライフスタイルや価値観に応じた選択が可能となる。例えば健康に自信があり贅沢な医療を望まない人は基本部分のみの健康保険を選択し、その保険料負担を他の資源に振り向けることができる。一方、とにかく老後の慢性疾患が不安な人は、より多くの保険料を払って予防や健康増進をも保険給付対象に含み、慢性疾患に対する給付内容が豊かな保険に加入することができるようになるであろう。将来的には、自分のニーズに最適な保険を多様な選択肢から選択できるようにすることが、望ましい姿である。また、先に述べたように、新たな治療手法等でその科学的根拠が立証されていないような場合でも、民間保険が給付内容に加えることによって、そのニーズの拡大や症例・データの蓄積等により、更に当該治療手法等の解明が進み、進歩が見込まれることも重要な効果である。

以上

## 参考文献

- 「医療ビックバンのすすめ」大竹美喜(日本放送出版協会)1998年
- 「医療改革シナリオをつぶすなー医療ビックバンのすすめⅡー」大竹美喜  
(日本放送出版協会)2000年
- 「医療改革とマネジドケア」(東洋経済新報社)1999年より
  - 第8章「医療制度改革と保険者機能の強化」滝口進
  - 第6章「医療保障における選択と競争」田村誠
  - 第9章「医療の標準化と医療保険における公私の役割分担」広井良典
- 「保険者機能に関する研究プロジェクト」(厚生省厚生科学研究費事業)2000年より
  - 第1章「保険者とそのあり方に関する基礎的考察」滝口進
- 「マネジドケアで医療はどうか変わるのか」田村誠(医学書院)1999年
  - 「日本医療保険制度史」吉原健二・和田勝(東洋経済新報社)1999年
  - 「医療と福祉の社会システム」西村周三(ちくま新書)1997年
  - 「保険と年金の経済学」西村周三(名古屋大学出版会)2000年
  - 「社会的規制の経済分析」八代尚宏(日本経済新聞社)2000年
  - 「医療政策とヘルスエコノミクス」田中滋(日本評論社)1993年
  - 「日本の医療経済」鵜田忠彦(東洋経済新報社)1995年
  - 「医療改革への道筋」(政策構想フォーラム)2000年
  - 「社会保障制度設計と国民負担率に関する一考察」卯辰昇
    - 『保険学雑誌』(日本保険学会)567号P116ーP139
  - 「医療保険改革を巡る経済的視点ー高齢者保険制度を中心にー」山田剛史
    - 『ニッセイ基礎研究所報』(日生基礎研究所)2000年13号
  - 「マイクロ経済学」「マクロ経済学」スティグリッツ(東洋経済新報社)2000年

以上

## わが国健康保険制度の歴史と改革の必要性

## ( 1 ) 戦前の健康保険制度

わが国の健康保険制度は、第一次世界大戦後の深刻な不況という社会情勢を背景に、労働能率の増進・労使の対立緩和をもって国家産業を発展させること等を目的にした、1922年（大正11年）の健康保険法の成立に始まる。同法では、従業員15名以上の工場又は鉱山労働者を強制加入の対象（年棒千二百円以上の者は適用除外）とし、給付期間180日が保障された。その後、主に農民を対象にした国民健康保険法の制定や家族給付の拡大により、対象範囲が徐々に拡大されていった。

## ( 2 ) 国民皆保険の達成と老人医療費の無料化

終戦後、健康保険制度は崩壊の危機に瀕したが、累次に亘る法律改正等によりその機能を徐々に回復しはじめた。その後の高度経済成長によって給付条件の改善が行われ、1961年（昭和36年）には国民皆保険が達成された。この皆保険制度は、医療関係者の尽力もあって、わが国の乳幼児死亡率低下や平均寿命伸長等の目覚ましい成果をあげることとなった。更に、1973年（昭和48年：いわゆる福祉元年）には70才以上の高齢者に対して、医療費の無料化が行われた。しかし、給付拡大の一方で保険財政は赤字が続いていた。

図表 17 わが国健康保険制度の歴史

年代区分	主な出来事
戦前の健康保険制度 (大正～昭和20年代)	1922年(大正11年)健康保険法の制定 1938年(昭和13年)国民健康保険法の制定 1939年(昭和14年)健保に家族給付創設
戦後の皆保険達成と 老人医療費無料化 (昭和30～40年代)	1961年(昭和36年)国民皆保険の達成 1966年(昭和41年)国保給付率57割引上 1973年(昭和48年)老人医療費の無料化
行政改革と 老人保健制度制定 (昭和50～60年代)	1983年(昭和58年)老人保健法制定 (老人医療費無料化廃止) 1984年(昭和59年)健保本人1割負担の導入 1985年(昭和60年)医療法改正 (地域医療計画及び病床規制導入)
健康保険制度の 構造改革 (平成～現在)	1992年(平成4年)老人保健法改正(一部負担引上) 1993年(平成5年)健康保険財政赤字化(12年振り) 1997年(平成9年)介護保険法制定

### (3) 行政改革と老人保健制度創設

高度成長が終焉し、昭和50年～60年代は経済成長の鈍化と国家財政の悪化により、行政改革及び財政再建が最重要課題となった。同時に、高齢化の進展も相まって健康保険は、国鉄、米（食管会計）とともに三Kと呼ばれ、財政赤字の最大の原因とされた。社会保障制度は「拡充」から「抑制」の時代に移行してきた。

老人医療費無料化による急激な医療費増加に対応するため、再び本人一部負担を導入し、各保険者が共同で老人医療費を負担する老人保健制度が1983年（昭和58年）に制定された。翌1984年（昭和59年）には、健康保険加入者本人の1割負担の導入等による、医療費抑制を正面から掲げた健康保険の大改正が行われ、医療供給面からも医療施設の計画的整備（地域医療計画の策定や病床規制）や機能分化という対策もとられた。併せて、特定療養費制度も導入され、いわゆる差額徴収等についての法令によるルール化が行われた（「混合診療禁止のルール」）。

その後も国民健康保険を含めて数次の改正により医療費の抑制が続いた。

### (4) 健康保険制度の構造改革の必要性

バブル経済崩壊後、再び国民医療費の伸びは国民所得の伸びを上回るようになり、財政破綻への懸念が強まった。このころから人口構成・産業構造の変化に伴い、約40年間続いた皆年金・皆保険に代表される現状の社会保障体制を、抜本的に改革する必要性が更に深く認識された。

1997年（平成9年）にこの社会保障制度改革の第一段として、介護保険法が制定され、社会的入院等の医療費の無駄を合理化し、利用者本位のシステムの創設が行われた。しかしその後の具体的な改革の方向は明確になっておらず、2002年に先延ばしされた医療保険制度改革についても、更なる先送りが懸念されているところである。

このような事態に対して、平成11年経済白書（経済再生への挑戦）や平成11年2月の経済戦略会議答申（日本経済再生への戦略）では、「民間活力を積極的に活用することによって、国民の自由で多様な選択が可能となる制度設計」という視点から抜本改革の必要性が述べられている。

以上