



第4章

保険給付と保険外負担のあり方に関する提言

保険外負担の態様を大きく5つに分類してその特徴を検討してきた。この分類の中には、明らかなルール違反も多数含まれていたが、一概に「不当な保険外負担」と断罪して済ませられない内容を含んでいることも見逃せない。医療保険制度の抜本改革を前に、これら保険外負担の実態を踏まえながら、来るべき21世紀にふさわしい医療保険制度における給付と患者負担の問題を考えてみたい。

I. 患者負担の構図と保険給付の課題

患者負担には大きく分けて、①法令に基づく患者負担と、②保険外負担、の2種類があることは第1章でみた。「法令に基づく負担」とは、健康保険法等で定める患者一部負担金、入院時食事療養費の標準負担額、薬剤費の一部負担額のことであり、療養の給付に対する対価としての利用者負担分である。

一方、保険外負担には特定療養費の給付の外側にある差額（選定療養部分と高度先進医療の先進部分）、特別材料食の贅沢な食材部分、生活の利便など治療に直接関係しないサービスや物の対価、などである。さらに、法の運用規則では患者から徴収してはならないとされている医療サービスや材料の「割増金」も保険外負担に含まれることになる。

さて、わが国の医療保険制度は健康保険法制定から78年、国民皆保険となった1961年からも38年がすでに経過している。この間に、医療技術は飛躍的な発達を遂げ、世界一の長寿国となるなど国民の健康水準は向上したが、一方では人口の高齢化に伴い慢性疾患が主流となった。経済的には高度成長期が終わりを告げ低成長期に入るなど社会環境は激変したが、医療保険制度は基本的枠組みには変更を加えないまま今日に至っている。

同時に、高度医療技術や新薬の開発、さらに老人医療費の増加に伴い保険財政は逼迫している。こうした環境のもとで高水準の医療を今後とも安定的に供給し続けることは難しいといわざるを得ない。概ね2年に1回の割合で実施されてきた診療報酬改定の財源も、近年は薬価差解消分を充てる以外にないというのが実情である。1990年代に入って盛んに導入が進んでいる包括払い方式も、医療費削減をねらいとした総量規制の一環として行われているというのが一般的な受け止め方である。

医療機関を取り巻く経営環境はこうした医療費抑制策に規定されて悪化したが、経営体質の改善は間に合わなかった。加えて、1984年に登場した特定療養費制度によって差額徴収に基本的なルールが定められ規制が強められた。その結果、医療機関では急速に悪化する収益性を改善するためにさまざまな保険外負担の可能性が追求され、最終的には消費者である患者への転嫁が進んだと考えられる。コスト意識の強い医療機関ほど患者への材料費転嫁が進んだと想像できるが、現状では慢性的に赤字を抱える公的病院も民間病院なみに保険外負担の徴収を行っていることが先の事例からうかがえるのである。

医療機関が患者から徴収する保険外負担にはもう一つの意味があると思われる。それは、医療保険制度が現物給付を原則とすることから、「規格化、標準化、定型化」した医療サービスの価格を公定する作業が不可欠だが、これには一定のタイムラグが生じる。つまり、学会などを通して医療の現場に普及し始めた新しい医療技術や医薬品を含む材料が保険給付の対象として承認され診療報酬点数表に組み込まれるまでのタイムラグを、「保険外負担」という形の「別体系の支払方式」によって現実的に解消していると考えられるのである。こうした捉え方は保険外負担の徴収を助長するものといわれるかもしれないが、公的な医療保険システムといえども医療需要と医療供給のメカニズムから自由ではないという事実を述べているに過ぎない。むしろ、「保険外診療はすべて自由診療で」

という「混合診療禁止」の原理にしがみついているのは、保険制度そのものが医療技術の発展から取り残されてしまうおそれがあるということである。

冒頭で引用した医療保険福祉審議会意見書でもこの点について次のように述べている。

また、医療技術という面では、臓器移植等の高度で先進的な医療技術の導入、外国製の新薬や医療用具の臨床現場への導入など、医療の高度化、国際化には目覚ましいものがある。さらに、医療に必要不可欠な「もの」の中には、国際市場における価格変動に直接影響を受けるものも増加してきている。(中略) こうした変化に対応して、保険診療の範囲・内容等の見直し迅速かつ効率的に行われるような仕組みが必要とされている。

もちろん、新技術をすべて給付対象とすることは困難であるから、国民が求める医療の中から緊急かつ重要なテーマをつかみとり迅速に処理するシステムが必要であることはいうまでもない。

Ⅱ. 新たな視点創設

これまでの検証を通してわかったことは、不適切な保険外負担を解消し国民が納得できる真に平等な医療保険制度の確立を図るには、まず、現行の医療保障制度が限界に直面していることを再認識することから始めなければならないということである。

医療保険制度は予想される傷病などのリスクによってもたらされる国民の経済的損失を相互扶助によって平均的に補償するためのシステムであるから、一定の標準に基く給付体系が用意されるのは当然であるが、わが国の皆保険制度の下では、患者は一部負担金を支払うだけで必要な医療はすべて受けられることがあらかじめ保障されている。保険料を支払い、医療機関窓口で一部負担金を徴収される被保険者には必要かつ十分な医療サービスを受ける権利があり、現物給付制度はそのため生まれた給付の仕組みである。

一方、医療機関に支払われる診療報酬は必要かつ十分な医療サービスの「対価」として支払われるものであり、理論的には療養の給付とイコールでなければならない。なぜなら、診療報酬は本質的には被保険者に支払われるべき「給付金」が医療サービスに姿を変えたものであり、保険者が被保険者に支払うべきものを医療機関への支払いに代えている（委任払い）だけだからである。仮に、必要かつ十分な医療サービスの対価が医療機関に支払われなければ、被保険者は必要かつ十分な医療サービスが受けられないことになり、医療保険制度そのものが破綻を来してしまう。国民皆保険を堅持するには、医療保険制度が負担すべき範囲を明確に示し、高度化・長期化する医療給付に見合う保険システムの構築に踏み切らなければならないのではないか。そうでなければ、不足する対価の支払いが保険外負担という形で患者に転嫁される構造が解消することはないだろう。

こうした基本認識に立って、新たな医療保険制度創設の道を探るとともに、現行保険制度のこれからのあり方を模索する必要があると考える。そこで、①現行医療保険制度の見直し、②新しい補完的医療保険制度の創設、の両面から、当面する6つの提言を行う。

A 保険診療と保険外診療の組み合わせを一定のルール下で可能に

これまで特定療養費以外では「原則禁止」とされてきた保険診療と保険外診療の組み合わせ（いわゆる混合診療）に道を開くべきである。これによって、新しい医療技術や医薬品、さらに従来技術や医薬品の保険適応外の利用にも診療の基礎的部分への保険給付を保障し、治療方法に複数の選択肢を用意することによって患者の選択に基づく医療に、比較的少ない負担でのアクセスが可能となる。

その場合に必要となるのが「混合診療のルール」である。

混合診療の状態が発生する原因は、①新しい医療技術や医薬品の開発、②診療報酬点数表で認められていない適応外の使用、にあることは第3章でみた。

①の新医療技術は高度先進医療として承認されれば特定療養費の支給対象となり、公認の混合診療となる。新薬も治験であれば特定療養費の対象である。問題はこれら以外の技術や医薬品の取扱いである。これらを自由診療として保険制度の外側へ追いやるのではなく、医療保険制度と調和さ

せるため、学会代表あるいは臨床医と学識経験者で構成する第三者組織（たとえば「新医療技術評価委員会」）によって診療の準公的基準を作成し、その枠内に随時取り込んでいく。可能であれば、この評価委員会において「標準価格」を定め、次項以降に述べる新医療保険制度による給付対象とする。

②はすでに公定価格があるため、標準価格をあらためて定める必要はない。評価委員会では点数表に定められていない使用方法が医学的に見て妥当か否かを評価し、やはり準公的な診療の標準を定め認定する。

これまでは療養担当規則ならびに診療報酬点数表が唯一の診療標準とされてきたが、新しい評価委員会による準公的な診療標準が併行して運用されることになるため、両者の間に有効性に関して社会的評価を競う「競争原理」が働き、より現実的な診療報酬体系を築く土壌が形成されるものと考ええる。

B 高度医療・新医療技術へのアクセスを容易にする第二医療保険の創設

現在、高度先進医療として承認された新しい医療技術には特定療養費として検査・治療・看護・投薬といった診療の基礎的部分に保険給付が行われているが、肝心の高度先進部分は全額患者負担とされている。しかも、基礎的部分への特定療養費の支給を受けるには、第1章でみたように高いハードルをクリアした上に、さらに「普及性」までが要求される。一般の医療に比べてはるかに高額な医療が「普及性」を認められなければ保険適応とならないのは大きな矛盾といわざるを得ない。そもそも、「差額ベッド」や「金歯」といった本来「贅沢医療」にだけ適用されるべき差額徴収システム（特定療養費制度）が、高度先進医療にまでも同様に適用されていることに大きな問題がある。フランスの医療保険は償還払い制を基本としているが、長期かつ高価な医療ほど償還率が高く、結核、らい、精神、悪性腫瘍、小児糖尿病など30疾病については医療費の100%が保障されているという。

医療保障の原則からすれば、高額の医療をただちに受けなければならない重症患者に対してこそ、手厚い給付がなされなければならない。そこで、高度先進医療や臓器移植、遺伝子治療など、現行制度ではただちに保険適用とならない特殊で新しい治療方法であっても、それに代わる治療法が認められない場合には医療費の一定割合を別建ての公的な第二医療保険制度でカバーする方法が必要ではないか。

臓器移植や遺伝子治療は、疾患（の原因）が発見されてから治療までに一定の期間がある。この期間中に治療希望者は第二保険への加入の意思表示を行い、保険料の支払いを開始する。支払われる保険料では医療費全額をカバーできないので、不足分は国が補填する。つまり、任意保険を国の「扶助」で補強する方式である。治療が終了しても、第二保険加入者は一定の収入が保障されているかぎり保険料の支払いを継続し、被保険者本人が死亡した場合は現行医療保険の埋葬料等を最終の保険料支払いに充当するなど、両保険制度の連動を図る。公的 second 保険の被保険者は、高リスク家系の家族あるいはなんらかの疾病をもち、将来、高度医療を必要とする確立が高い者が集中するため、保険料は「掛け捨て」の形で支払うこととする。

第二医療保険の給付対象とする新技術の要件は(A)の第三者組織「新医療技術評価委員会」が定めるものとし、患者選択の余地を広くするなど自由度を加味した制度をめざすべきである。

C 選定療養と生活習慣病の長期療養に「私保険」を導入

現代の疾病構造は慢性疾患が中心である。とくに生活習慣に起因すると考えられる慢性疾患は予防のための生活習慣の改善、つまり「自分の健康は自分で守る自助努力」を求める必要があると考えられている。

健康保険法の枠組みがつくられた1920年代の疾病は感染症が中心であり、保険給付自体も短期的な療養を予定して組み立てられていた。業務上の疾病（いまの労災）は180日を限度とし、業務外の傷病は（複数でも）あわせて180日を限度として保険給付していたのである。太平洋戦争末期の1944年の健康保険法改正で業務上の傷病は給付期間の制限が撤廃されたが、これは前年に患者一部負担金制を導入していたために可能となったと考えられる。当時、結核患者がかなりの数に上ったが、それでも業務外の傷病は2年経過しても治癒しない場合に給付は打ち切られていたのである。

時代は移り、長期の療養を必要とする慢性疾患が疾病の大半を占めるようになった。保険給付もそれにあわせて給付期間の制限が取り払われ、転帰までの療養が保障されるようになった。医療保障システムとしては当然の帰結である。しかし、高度成長期に医療保険制度の抜本改革を怠ってきたわが国は、欧米諸国がすでに踏み込んでいた高齢化社会を範とすることができず、世界的にも例のないほど急速に高齢社会に突入することになったのである。つまり、時代にそぐわない医療保険制度をわずかずつ手直ししながら、保険料の漸増と患者負担の増額によって破綻を免れてきたにすぎない。

まったく遅ればせとしか言いようがないが、社会変化に対応した医療保険制度を早急に構築しなければならない。その場合のキーワードは「自助」である。社会保険としての医療保険制度は国民共通の危険である傷病に対し「互助」で立ち向かっているわけだが、その仕組み自体に限界が現れている。経済の低成長、小さな政府、少子高齢化、世代間連帯の風化等々である。もはや国民一人ひとりが健康への責任を分かち合う「自助」の時代が到来したといわざるを得ない。従来型の医療保険では蔓延する慢性疾患に対して、これまでどおりの給付率を維持できないと考えるからである。

具体的には、これまでの医療保障がカバーできる範囲はすでに限界が見えているため、とくに糖尿病や高脂血症といった生活習慣病を予防し、発症を抑制し、長期の治療を行うには個人の努力と投資が不可欠になる。食生活や喫煙・飲酒などの嗜好、運動・休養などの生活スタイルは慢性疾患にとって重要なファクターとなる。そのため予防や健康維持のための生活指導を医師や看護婦、薬剤師などに依頼したり、適度な運動や休養のための投資が必要となるが、そのための「自助」手段として私的第三医療保険を創設する。個人が自分の健康のために投資するのであるから、この保険は貯蓄性の保険がふさわしいと考えられる。

また、特別の療養環境や特別の歯科材料による治療の基礎的部分に支給されている特定療養費もその給付率を見直し、不足する部分を私的第三保険の給付でカバーすべきである。

D 新興感染症の防止・予防対策のためのリスク管理基金創設

多剤耐性菌などに感染・発症した患者が出た場合、院内感染防止のため迅速な対処が求められるが、その費用は膨大である。感染防止対策費用を確保するため、医師会を主体とした保険方式のリスク管理基金を発足させ、発症（感染）の事実を保健所、地区医師会等に速やかに報告することを条件に対策費用を一定期間補償する。対策費用は具体的には、易感染患者への予防的薬剤投与、病室や設備の消毒、職員の保菌検査、手指消毒薬の配布などに重点的に投入し、対策の内容と結果の報告を義務付ける。

また、院内感染による医療事故に対しては被害者への迅速な補償を確保するため、医療機関に対する損害保険としての機能をあわせもつことが望ましい。

E 医療費削減効果の大きい医療技術へのインセンティブ導入の検討

治療日数を劇的に短縮でき、結果的に医療費削減に貢献できる術式（新技術）を採用する医療機関に対しては、削減効果分医療費の一定部分を成功報酬として上乘せ還元してはどうか。医療技術の進歩を積極的に導入する意欲を評価するとともに、社会的貢献に対しては「ボーナス」を支給する考え方である。ただし、無理な早期退院による再入院などは厳しくチェックする。

また、手術時間の短縮や出血を抑えるなど予後に影響するとの医師の判断で使用した器具・材料費は、退院までに要した総医療費を勘案して評価する。有意な効果が見られた場合は超過分を給付する価値があると思われる。つまり、医療行為を部分で評価するのではなく、一連の医療行為全体で評価する。これら「企業努力」へのインセンティブを導入し結果的に医療費の削減をめざす。

F アメニティなど生活サービス部分の費用徴収ルール確立

おもにハードのアメニティ部分に付加価値を認め、「施設利用料」として保険外負担徴収を原則的に自由化する。ただし、保険給付される療養の基礎的部分の最低水準を定め、上乘せサービスの利用は患者の選択とする。例えば、個室にテレビ電話、ファクシミリ、パソコン（通信設備）、AVシステムなどを設備し利用料を徴収する。特別の浴室を設け入浴料を徴収する、図書室を備え書籍や雑誌を有料で貸し出す、特別室で結婚式や誕生会、同窓会などを催し室料と食事サービス料を徴収する、付添い家族に和室の休憩スペースを有料で貸し出す、などが考えられる。

Ⅲ. おわりに

医療保険財政の悪化を契機として、医療供給者、国民双方に医療へのコスト意識が求められるようになってすでに久しい。1970年代の一時期には医療があたかも「無料」であるかのような錯覚さえ国民の間に醸成されたが、そうした時代が終わりを告げてから四半世紀が過ぎている。「被用者本人1割負担、特定療養費制度と高度先進医療制度の創設」を果たした1984年の健康保険法改正は、その後のわが国医療保険制度の歩みを指し示した転機だったといえる。つまり、「安い医療」から「満足できる医療」への転換である。

給付と負担の均衡を確保するという公的医療保険制度の枠組みの中で、診療報酬体系として、今後、最も重視すべきことは、患者主体の良質かつ適切な医療を効率的に確保するという視点である。

国民の求めに応じ、全てを保険給付の対象とすることが可能であれば望ましいが、現実には、高度化・多様化する国民の医療に対する需要に全て応えていくことは困難と考えざるを得ない。公的医療保険制度の最大の使命は、不慮の傷病について患者が満足する治療内容を保障することにあることを踏まえつつ、求められる医療需要の中で、国民の視点から何が最も重要な課題であるかを明確にした上で、診療報酬体系として、その分野に対し、迅速かつ適切に対応することが必要と考えられる。(医療保険福祉審議会制度企画部会「診療報酬体系のあり方について(意見書)」1999.4.16)

この意見書でも、医療のすべてを保険で給付することはもはや望めないと告白している。保険給付には自ずから限界があるのであり、国民はこのことを理解すべき時期が到来したのである。しかし一方では、自然発生的に生まれた水面下の保険外負担が制度疲労を起こした医療保険制度を裏で支えるといった構造は看過すべきではない。「受益」と「負担」の新しいルールの確立が急務と考える。

■第二保険に関するメモ

※民間医療保険

明治生命「歯科治療特約」と日産生命「歯冠特則付歯科医療保険」は平成2年3月現在で8万3000件しか販売されていない。損保の「介護費用保険」は平成5年3月現在105万件販売。

平成4年、千代田生命と富国生命から「高度先進医療特約」が発売されている。高度先進医療で患者の負担となる技術料部分を、ランクに応じて給付金を支払うもの。

※新しい民間医療保険

昭和61年4月に発売された新しい医療保険は、生保・損保業界の統一商品だが、給付内容は若干異なる。生保の医療保障保険は、治療給付金、入院給付金、死亡保険金、損保の医療費用保険は治療費用保険金、入院諸費用保険金、高度先進医療保険金を給付対象としている。

これらの商品は、昭和60年12月の「医療及びその関連分野における民間活力の導入に関する研究会」の中間報告を踏まえて、無秩序な医療費の膨張を招かないようモラル・ハザードの防止に十分留意した商品開発となっている。

この保険は、多様かつ高度なニーズに対応するため、次の費用をその対象としている。①一部負担金、②特別の療養環境にかかわる費用（室料特別料金等）、③高度先進医療の費用、④付添い看護料患者負担、⑤入院治食事療養費の標準負担額

医療費の増大を招かないよう、①現物給付でなくて償還払い、②入院のみを対象、③一入院に対し生保4000円、損保5000円の足切りを設定、④免責入院日数（4日）を超える部分のみ給付、などの工夫がされている。

※民間医療保険の保険料

生保の医療保障保険で、入院給付金・看護給付金をそれぞれ5000円、死亡保険金を50万円申し込むと、公的医療保険が1割負担の本人の月払い保険料は、20歳：1650円（1895円）、30歳：1929円（2218円）、40歳：2253円（2656円）、50歳：3366円（4036円）となる。カッコ内は公的医療保険が2割負担の家族の月払い保険料。（『W I B A 96』日本医療企画「第19章民間保険」P 532）

※社会保険の概念（大林良一『社会保険』第六章より）

社会保険は、社会構成員に対して、その生活を脅かす事故に際し、特定基準の所得を保障するための保険である。ここに保険とは、偶発的な一定の財産的必要を予定する多数の経済単位が、技術的基礎によって、相互にその必要を充足することを意味する。従って多数の経済単位の結合、偶発的事故、財産的必要、技術的基礎に相互的充足は社会保険概念の構成要素をなすものである。（中略）

相互的な財産的必要の充足は、当然に對価の支払を前提とする。即ち保険料（分担金）の支払を必要とする。この保険料は、私保険においては、レキジスの公式によって、能う限り正確に危険に比例して、支払わしめる機構をとり、この点で私保険は完全な自助施設であるといわれる。然るに

社会保険では、被保険者の負担する保険料は多くの場合、被保険者に固有な危険に相当するものよりも少額である。それは自ら任意保険に加入することの出来ぬ者、即ち所要の保険料全額を負担することの出来ぬ者にも保険保護を与えるために、危険相当以下の保険料を以って保険に参加せしめるからである。従って生ずる保険財政上の不足は、この保険の直接の受益者以外の分担又は補助に待つこととなる。尤もこの場合にも、その保険団体に参加する者の中には支払能力に応じて分担させられる結果、現実の危険原価に相当する或はそれ以上の保険料を支払う者もあるであろう。然し被保険者の中には上述の危険以下の保険料を支払う者が常に存在する点で社会保険は他の任意保険から区別されるべきものであり、**社会保険は完全な自助施設ではなく、自助のために国家的扶助が加わったもの**となるのである。然しながら被保険者又はその者のために支払われる保険料が皆無で、給付の財源を総て税収入に待つ場合は最早保険とはいうことを得ない。少なくとも財源の半以上が、被保険者又はこれを代表する雇主によって、支払われることを要し、且つその限りにおいて社会保険は保険の埒内に止まるといえるのである。

第六章 社会保険事故

(前略) 従ってここでは専ら直接的に所得の保障をなすことを要する事故のみが問題となる。即ち生活のための所得を減少もしくは喪失せしめ又はその所得を以ってしては賄い得ないような失費を発生せしめる事故である。かくのごとき事故の種類として、疾病、傷害、出産、廃失、老齢、死亡及び失業が考えられる。これ等の事故の分類は種々の方面から試みられる。例えば、稼得能力の喪失を齎す事故の発生原因を区別標準として、生物学的危険(疾病、傷害、出産、廃疾、老齢、死亡)と経済的危険(失業)との分類がある。次に稼得能力喪失期間を標準として一時的なもの(傷害、疾病、出産、失業)と永続的なもの(廃疾、老齢、多子)及び永久的なもの(死亡)とに分れる。更に保険給付を準備するために**短期計算にて足りるもの(傷害、疾病、出産、失業、死亡)**と、**長期計算を必要とするもの(廃疾、老齢、死亡)**とに分つことが出来る。(以下略)

※第二保険あるいは第三保険の給付対象となる新しい医療技術や新薬などは(A)でみたような高度かつ高価な医療技術や医療材料であり、また個人の嗜好や利便性にともなって選ばれる「特別の療養(環境)」であるが、その給付額は保険者と医療担当者の協議によってあらかじめ定めておく必要がある。そうすれば公的第二保険であれ私的第三保険であれ、現物給付が可能となる。

ただし、この措置はあくまでも新技術や新薬が保険給付されるまでのタイムラグを解消することに最大の眼目を置くべきであり、高度先進医療にみられるように承認から保険適用までに数年もの歳月を要してはならない。有効性が確認でき次第速やかに保険給付に組み込むことが前提であり、その意味で「補助的」保険の性格(。

「基礎的保険診療+第二医療保険」あるいは「基礎的保険診療+私的第三保険」など、いずれも制度の異なった保険給付を組み合わせる方式である。

○**基礎的保険+公的第二保険**：高度先進医療、移植医療、遺伝子治療など

○**基礎的保険+私的第三保険**：生活習慣病、生殖医療、選定療養(特別の療養環境など)

■大林良一著『社会保険』より

第七章 社会保険の給付

[一]総説

(略)

社会保険給付は種々の観点から分類される。(中略)然し社会保険給付の分類において最も重要なのは、給付内容による金銭給付と現物又は労務給付との別である。保険が本来金銭操作である点からして、**金銭給付(bar-oder Geldleistung;cash benefit;prestation en argent ou espece)**が社会保険においても原則的であるべきである。休業手当・養老・廃疾・遺族年金等何れも然うである。然しながら、生理的労働障害に対する医術的処置は総て現物給付の形において行われ得る。更に死亡・老齢・失業等の場合にも労務給付の形が採用され得るからして、現物又は労務給付として問題になるのは、医師の処置、看護人の労務、治療材料の交付、病院・産院・孤児院・養老院等への収容、労働機会の提供即ち就職口の斡旋、職業補導、再教育等である。同じく生理的障害の危険を担保する**疾病又は障害保険が私営保険として行われる場合は、必ずしも現物給付によらない。社会保険においてこの現物給付が原則的に行われるのは、現金給付が必ずしも現実の治療に用いられない場合又は現実の治療に不足する場合があるため、直接的な手段を提供することが社会的要求に合する**という社会的考慮に出ずるものである。従って物価変動による現物又はサービス給付の価格騰貴の危険は**保険担当者の負担するところである**。社会保険発達の初期においては、少なくとも第一次大戦までは金銭給付が主たる社会保険給付であったが、これが理由の一つとして考えられるものは、社会保険法作成当時これに関与した保険数理の専門家が利用し得る計算基礎が専ら金額的なものであった事実である。然し社会保険が極めて包括的な現物給付をなし、その金銭給付の地位が第二義的となることは、生産的活動に従事する大衆の労働力を保持する上に極めて大なる国民経済的価値を有つことになるものではあるが、一方**社会保険自体としては、金銭操作的保険の地位を物価変動の波にただよう一般企業の地位に押しやるもので、その経営の困難を加えることとなる**。インフレーション時代の独逸の疾病保険において現物給付を停止したのはこの困難に因るものであり、又最近の立法において、健康保険の医療給付を公共的医療サービスとして、保険とは独立せる機構に移す例が見られるに至った主なる理由は、この間の事情によるものであろう。(後略)

[二]金銭給付

一 労災保険 (略)

二 健康保険

健康保険の主なる現金給付は、傷病により就業不能の期間(日数)に対し支払われる傷病手当金である。…次に総ての国の疾病保険において、婦人労働者のために、分娩費並に出産手当金が設定されている。…出産手当金に次いで哺育手当金は定額を以て給せられる場合と、賃金に関連して定められる場合とがある。尚被保険者の家族(妻)の出産に対しては、配偶者分娩費及び哺育手当金として一定額が給せられる場合がある。

三 年金保険（略）

四 失業保険（略）

[三]現物給付

現物給付又は自然給付(naturalleistung;prestation en nature)は、厳格には本来の現物給付(sachleistung;benefits in kind)とサービス給付(dienstleistung;benefits in services)に分れ得る。而してこの広義の現物給付として主要なものは被保険者又はその家族の(1)傷病の場合の医療であるが、これに類するものとして(2)出産の場合の助産、産院への収容、並びに医学的処置があり、(3)又被保険者死亡の場合にその遺児を保育園に収容、(4)高齢者を養老院へ収容、(5)失業の場合に就職の斡旋、(6)一般的に保険事故発生を予防する活動がある。これ等のうち(1)は主として健康保険及び労働者災害補償保険、(2)は健康保険又は独立の母性保険の給付に属し、(3)(4)及び(5)はそれぞれ遺児年金・養老年金又は失業保険金の支給に代って行われるもので、これ等に対し給付の名を付さない場合もあるが事実上の現物給付であり、(6)は従来被保険者一般を対象として行われた啓蒙的活動を指したものであるが、最近では個々の被保険者につき行われる予防的検診をも含めて独立の給付となす傾向が見られる。

現物給付の主流たる療養給付の範囲は、個々の場合について見れば、同一保険種類の異なった立法において、又同一国の異なった保険種類について、一様ではない。然し一般的にいて、被保険者に対する**療養給付の範囲は、医術の進歩と共に拡大しており、且つこの給付の行われる人員の範囲も、家族診療を加えることによって可なり拡張されたといえる。**(中略)

療養給付に関連して一部負担金(selbstbeteiligung)という制度がある。第一次大戦後のインフレーション時代に独逸の職員保険に採用され、次いで仏蘭西に創設された健康保険に恒常的に導入されたものであるが、吾国の健康保険においても被保険者本人の受診料は被保険者の負担であり、又被保険者の家族の診療の場合、規定料金の半額を保険者負担とし、他を被保険者負担としているのがそれである。この一部負担金の制度は乱診乱療を防ぐ目的と見ることも出来るが、結局は保険財政の問題であり、従って関係者の負担力の問題であるといえよう。(中略)

元来社会保険給付として現物給付をなすことは、金銭操作としての保険の本質から若干逸脱するものである。それが物価の変動の影響を受ける限りにおいて、定額の保険料の基礎に立つ保険財政を不安定ならしめるものであることは既に一言したところである。然し**物価の変動は被保険大衆の責に帰すべからざるもので、寧ろ国家の責に帰すべきものであり、他方国家は既に社会の特定階級の生活を保障する目的を以って社会保険を創設したものであるからには、物価変動の危険を自ら負担して物的給付をなすことが社会的目標に合するとされ、又経験的にも被保険者は医療費として現金給付を受けるとも、必ずしもその金額を医療のために利用するものでないことが度々証明されている。**こうした種々の理由が今日の如き現物給付の隆盛を見たものである。然しながら医療制度なるものは、上述の物価の影響を受けるのみならず、被保険者の側での所謂「流動性選好」の影響を受ける——特に新治療法又は新薬の発見の場合——ため、現実の給付の金額は高騰して、保険經理の基礎的数字とは著しい隔たりを見せるのである。勿論この場合保険計算の基礎にないことを理由

に、新薬療法による保険診療を拒否することは純粹保険理論的には可能ではあるが、社会的見地に立つ保険としては好ましくないものである。こうした大勢からして保険給付としての療養給付は、常に財政不足の問題に逢着せざるを得ない。健康保険事業から療養給付を除外すべしとする意見があり、現にイギリス、ロシア等が医療サービスとして保険から形式上分離せしめているのは、ここに理由があるのである。

一 労災保険（略）

二 健康保険

次に健康保険の現物給付も現金給付との比較において不断增加しており、全給付の過半、国によっては八〇%にも達している。この現物給付の増大せる理由は社会保険資金が患者に進歩せる診断及び治療を利用せしめる機会を増加したことと、他方家族診療の給付を加えたことによる。即ち健康保険の当初、被保険者本人につき普通開業医の診断と一種の薬剤を与える程度であったものが、今次大戦前既に、開業医による診断治療とその処方による薬剤並に高価ならざる器具、専門家の処置、外科手術及び入院を含むに至っており、歯科医療の方面では抜歯、充填が義務給付 (pflichtleistung) として加えられ、更に任意給付として、保険担当者に余裕ある場合は、快復期の看護 (convalescent care)、長期の処置、義肢・義歯等を与えるようになっていた。その上に、第一及び第二次大戦の間に多くの国で被保険者の妻子の診療を加え、これが然も一般的義務的給付とさえるに至った。然しこの家族給付は、多くの国において被保険者本人の場合と同範囲に至っていないのは、保険財政的理由に因るものである。

疾病保険が出産給付として例外的に産院収容をなすことは、疾病保険が予防的処置に一步を踏み込むものとして注目し得る。それは産後の看護と産婦子の健康を監視するからである。そして被保険者の妻の産院収容は又健康保険が家族診療へ発展する最初の形態でもあった。

然しながら健康保険の主たる目的が被保険者及びその家族の健康水準を改善し、それにより現物給付を減少することにあるとすれば、保険医の主たる機能は、差迫った傷病の治療から、家庭の医療顧問としてその家庭における疾病の予防と健康保持のための訓練へと移っていくことになる。ここでは被保険者並にその家族の定期診断が重要な現物給付となるのであるが、その費用と時間とが問題である。それにも拘わらず既にこれに着手している国もある。既述のチリーの予防医事法による施設の中にその例を見る。(中略)

治療が現物給付として行われる限り、一部負担金の場合を除けば、治療の報酬の額は被保険者にとっては直接の問題ではない。然しこの治療報酬額の高低は、診療担当者の側で被保険者の診療を拒否し、又は不当な報酬を保険者に請求する等の問題を惹起して間接に被保険者に影響することとなる。保険担当者としては、限られた財政を以て、その現物給付を進歩してやまない医学に歩調を合せることが問題である。保険担当者に残される手段は医療の合理化より外にないが、然るにこれを妨げるものは、各国の医師会に強固な根をおろしているところの医業における伝統的な個人主義である。(略)

三 失業保険（略）

第十一章 健康保険

[一]健康保険の組織（略）

[二]被保険者（略）

[三]保険事故（略）

[四]保険給付

一 疾病又は負傷に対する給付

(1)療養の給付

（前略）

これ等の療養の給付は、被保険者に対しては、前述の一部負担金以外は無料を以て行われるが、被扶養者の場合は（家族療養費）、一部負担金を除き療養費用の半額を被保険者に交付し、又は直接保険者が診療担当者にこれを支払う（法59の2）。

(2)療養費（略）而して療養費として支給される額は療養に要する費用を標準として保険者が決定する（法44、1項）が、それは個々の診療内容に対し診療報酬として保険医又は保険者の指定する者に対し支払われる額と全く同一である。

（大林良一『社会保険』、1952.11.25 春秋社 p168-270）

第五章 保険給付

二、保険給付の分類

健康保険においては、被保険者の保険事故に対して保険給付をする外に、その被扶養者の保険事故に対しても所定の保険給付がなされる。また被保険者若しくは被扶養者の疾病、負傷、死亡又は分娩の四種の保険事故に対しては、それぞれ異なる法定の保険給付がなされる場所である。また被保険者若しくは被扶養者の疾病又は負傷に対する給付として、保険医又は保険者の指定する者に対して、直接に保険者の負担において療養の給付を受けさせるいわゆる現物給付の方法と、療養費として、その療養に要した費用を支給するいわゆる現金給付の方法とがある。

以上の分類に基づく給付は、いわゆる法定給付と呼ばれるものであって、その支給原因、支給額及び支給期間その他の支給条件等については法令に規定されている場所であって、保険者が、任意に法令の規定を無視して、保険給付の額を増減し、若しくは支給期間を操作する等のことは許されない。これらの保険給付については、法令の定めるところに従って、適正な支給決定がなされなければならない。ただこれらの法定給付のうち、療養費、看護及び移送に対する給付については、保険者の認定により、法定の限度において、その支給の可否又は支給額の増減等がなされ得ることになっている。

第二節 疾病又は負傷に関する給付

第二項 療養の給付

一、性質

療養の給付とは、被保険者が疾病又は負傷の場合において、保険医又保険者の指定する者について、直接に診療又は手当を受けることである。疾病保険の制度においては、被保険者の疾病又は負傷に対する給付の建前として、療養に要する費用を療養費として、現金で支給するいわゆる現金給付の方法もあるが、健康保険においては、原則的に保険者の費用負担において、被保険者が直接に診療の利益を受けるいわゆる現物給付として、療養の給付を受けさせることとされているのである。

(法43)

健康保険において第一目的とするところは、被保険者又は被扶養者の健康の速やかな快復を図ることにあるのであるから、その疾病又は負傷の場合には、迅速且つ適正な診療を受けさせることが必要である。そのためには保険者自身において、直接に診療を施す機関を有することが理想である。現金給付の場合にあっては、診療費用の一時的負担の困難性に基いて、早期に診療を受ける機会を逸し、且つ、十分な診療を受けることができない。これに反して被保険者が療養の給付を受ける場合には、早期に且つ十分な診療を受ける機会を与えることができるばかりでなく、その費用も減少されることとなり、且つ、比較的虚病の防止及び不正受給も防止できるものといわれている。

療養の給付においては、過去において一般診療の内容と比較して、その医療内容或いは医療サービスの低下等の声があったが、診療報酬支払基金の創設に伴う診療報酬の迅速な支払い及び保険医

等の事務的負担の軽減等と相俟って、漸次好転の傾向にあるものと認められている。この反面において療養費の現金給付は、不正又は不当の請求的傾向と事務煩雑とによる保険者の制限的取扱いと、一面において被保険者側における診療報酬の一時的な負担の困難性とによって、漸次取扱件数の減退を来している状況である。

六、診療取扱手続

1 保険診療におけるいわゆる差額徴収

保険診療において禁止されている差額徴収というのは、健康保険において定められている診療方針に則した診療を行ったにかかわらず、被保険者については一部負担金以外に、また被扶養者については半額徴収金の外に、それぞれ診療料金として、保険医又は保険者の指定する者が徴収することである。例えば高価薬を使用した場合、又は入院料の差額として一定額を徴収する場合である。

また本来の差額徴収ではないが、診療報酬請求明細書の審査に際して減額査定を受ける懸念から、その診療報酬の一部を本人から徴収し、その徴収した限度において保険者に請求しない方法をとることは、本来の差額徴収の変型として、療養担当規定の違反行為となるものである。

またかつて大学附属病院等で行われたように、特定の薬剤を被保険者及び被扶養者に購入させ、診療報酬としては単に手技料を請求するような取扱いも、療養担当規定の違反行為として特に取締りの対象となるものである。

2 入院料の差額徴収（略）

3 被扶養者の半数負担金の性質

被扶養者が保険医等について診療を受けた場合には、療養担当規定に基いて、療養に要する費用の半額を、その都度保険医等に対して支払わなければならないのであって、たとえその支払いが渋滞した場合においても、保険者の支払責任となるものではない。この支払関係は、**保険医対当該被扶養者との間の私法関係となるのである**。一説のように、被扶養者に対する給付は法律的には療養費の支給が原則で、ただ第三者弁済の形式として、保険者から保険医に対して支払った場合には、被保険者に対して支払ったものと看做すに止まるものであるから、あくまで療養の給付として行われるものではない。従って半額負担金は、保険者において最終的な支払の責任を有するものであるというのであるが、法律の実質的な規定に基いて規定されている療養担当規定の本旨に基いて、このような説は是認することができない。

4 一部負担金の功罪

一部負担金の制度というのは、被保険者が療養の給付を受ける場合において、厚生大臣の定める初診料に相当する額を自身で負担することである。

この一部負担金制の長所は次の通りである。

(い)被保険者の濫受診を防止して、不当な保険給付の支出を抑制することができる。すなわち、被保険者の受診に際して一部負担金の支払いを要するものとすれば、不必要な診療又は比較的軽微の傷病の診療を回避する傾向となり、また濫りに保険医を変更する弊害も防止することができる。

(ろ)理論的には受益者負担として肯定することができる。このことは一面においては公平の原則に適

うことができるため、制度の運営について協力態勢が得られることとなる。

(は)事業主及び被保険者の保険料負担が軽減される。

以上の長所に反して、次のような短所が指摘されている。

(い)早期の受診を抑制することとなるから、比較的重症者に対しては、適切な診療の機会を逸する傾向となるため、その限度において給付費用が増加することとなる。

(ろ)一部負担金を設定する当初においては、保険料の引上げが回避されて、被保険者の一方的な負担に転嫁されることとなるために、被保険者側において不利である。

(は)被保険者にとっては、保険料の負担と一部負担金の二重的な負担となるために、保険理論的には後退となる。

第5項 療養費

三、療養費の額

療養費として支給される額は、療養に要する費用を標準として**保険者が決定**するのである。(法44第一項)

療養に要する**費用の算定は、診療報酬として保険医又は保険者の指定する者に対して支払う額と全く同様である。**(法44第三項) …

療養費として支給される金額は、普通の一般診療として支払った金額より相当少額であるので、その**差額は被保険者の負担とならざるを得ない。**このようなことから、現に被保険者が支払った金額の八割を一率に支給し、又は診療日数一日について何円というような計算方法による金額を支給することは違法である。

第五節 家族給付

第一項 総説

一、家族給付を認むる理由

家族給付の対象となる保険事故は、被扶養者の疾病・負傷・死亡又は分娩に限定されている。これらの被扶養者の保険事故が発生した場合においては、**直接にその被扶養者に対して給付するものではなく、あくまでその受給権者は被保険者本人である。**これに対応して、保険料の負担関係も被扶養者に及ぶものではない。すなわち、健康保険の保険料は、被扶養者の有無又はその人数如何によって高低があるわけではなく、被保険者の標準報酬に従って、被保険者と事業主との折半負担を原則としているのである。

家族に関する給付は、昭和十五年七月から世帯員に対する補給金制度として採用されたのであったが、昭和十七年四月から法定給付として漸次拡充されて来たところである。

第二項 家族療養費

一、家族療養費の性質

被扶養者の疾病又は負傷に関しては家族療養費を支給するのであるが、この支給方法に関して、次の二種の支給方法が採られている。

1 第1家族療養費

第1家族療養費というのは、被扶養者が疾病又は負傷の場合において、被保険者に対して支給す

る療養の給付と同様に、保険医又は保険者の指定する者について診療又は手当を受け、若しくは保険薬剤師について薬剤の支給を受けることである。この場合における療養に要した費用の支払いについては、第三者弁済の形式をとり、保険者が直接に保険医若しくは保険者の指定するもの又は保険薬剤師に対して支払うのである。従って、この費用を支払った場合には、被扶養者の家族療養費を被保険者に対して支払ったものとみなされるのである。(法59の二第一項乃至第四項) このように第一家族療養費の支払いについては、法の規定形式として現金給付によるものと定められているが、一面において、保険医又は保険者の指定する者は、命令の定むるところによって、懇切丁寧に被扶養者の診療を担当することが必要と定められている。(法43の四第一項) すなわち療養担当規定の定むるところによって、実体的には療養の給付と同様な現物給付の方式が採られているところである。しかしながら被扶養者が保険診療を受けた場合においては、被保険者の場合と異なり、診療を受けた都度、療養に要した費用の半額を支払うことが必要である。

この被扶養者において支払いを要する半額負担金は、保険医又は保険者の指定する者と被扶養者との間における私法的支払関係として支払いを要するものであって、保険者において、その支払未済の場合における支払保証を必要とする性質のものではない。

この第一家族療養費として支給される療養の給付の範囲、療養に要する費用の算定、療養の給付の期間及びその受給手続等は、すべて被保険者の給付に関する規定が準用されている。(法59の二第五項)

(是成信一『健康保険実務提要』 1953.10.1 社会保険法規研究会 p.314-439)

日医総研

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第15号

保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会館内 TEL.03-3942-7215

平成12年4月 発行(10)

平成12年7月 再版(5)

会員価格 1,500円(本体1,429円)

一般価格 3,000円(本体2,858円)