

我が国の公的医療保険制度の概要

福 泉 隆 喜¹ ・ 日 高 勝 美²

¹九州歯科大学総合教育学分野

²九州歯科大学健康管理学講座

平成 23 年 9 月 26 日受付

平成 23 年 11 月 30 日受理

An Overview of the Healthcare Insurance System in Japan

Takaki Fukuizumi¹ and Katsumi Hidaka²

¹Division of General Education,

²Department of Oral Health Management,
Kyushu Dental College, Kitakyushu, Japan

E-mail: izumi@kyu-dent.ac.jp

Abstract

Healthcare insurance, a part of the social insurance system, is important infrastructure supporting people's livelihood. Healthcare insurance is made up of two different types of insurance, Health Insurance and various mutual aid associations which cover employees, and National Health Insurance, which covers on a regional basis citizens not covered by any of the former schemes, the self-employed, and others. Every Japanese has been covered by public healthcare insurance since 1961, the socioeconomic structure has seen great changes taking place due to, among other things, population aging and transformations in the forms of employment and the industrial structure. Furthermore, people's awareness and sense of values are also undergoing modification. Such being the case, it is necessary to reexamine the relation between medical benefits and the expense burden.

Key words: Healthcare insurance/Medical fees/Insurance-covered medical materials

抄 録

社会保障制度の一分野である医療保険は、国民生活を支える重要な基盤となっている。我が国では、就業形態によって加入すべき医療保険の種類が異なる特徴を有しており、主に被用者を対象とする健康保険と自営業者等を対象とする国民健康保険に大別される。国民皆保険制度の創設から50年が経過し、高齢化の進展、雇用や経済情勢の変動、国民意識の多様化などにより医療保険を取り巻く環境は大きく変化している。このような状況の中、公的医療保険制度については、給付と負担のバランスを前提とした見直しの必要性が指摘されている。

キーワード：公的医療保険/国民皆保険制度/歯科診療報酬/医療技術評価/特定保険医療材料

Presented by Medical*Online

I. はじめに

我が国の公的医療保険制度は、国民の誰もが医療保障を受けることができるという国民皆保険制度を実現した、世界でも極めて優れた制度といえる。第2次世界大戦後の我が国の社会保障の充実、この国民皆保険制度を基軸として実現されたといっても過言ではない¹⁾。

一方で、高齢化の進展に伴う国民医療費の増大、少子化の進行に伴う総人口の減少による事業規模の縮小など、様々な課題も指摘されている^{2,4)}。

本稿では、国民皆保険制度達成50年の節目に当たる我が国の公的医療保険制度の歩み、現行制度の概要、今後の課題等について概説したい。

II. 公的医療保険制度の歩み

我が国の医療保険制度の中核となる健康保険法（大正11年4月22日法律第70号）は、労働者を対象とする医療保険制度として制定された。同法の施行は、関東大震災の影響もあって昭和2（1927）年になったが、これによって我が国の公的医療保険制度が発足した。次いで、農民等を対象とする国民健康保険法（旧法、昭和13年法律第60号）が昭和13年に施行され、国民健康保険組合による運営として、地域住民を対象とした医療保険が開始された。しかし、この制度は任意加入であったことと、第2次世界大戦前後の混乱もあいまって事業を廃止する組合が続出したこともあり、健康保険の適用除外である零細企業の労働者とその家族や、国民健康保険を実施していない市町村の居住者は、公的医療保険のない状態に置かれていた⁵⁾。

そこで、市町村に国民健康保険事業の運営を義務付けるとともに、勤労者を対象とする健康保険（一般企業の社員などが対象）や共済組合（公務員などが対象）などの被用者保険の加入者本人（被保険者）や被保険者の扶養家族等となっている被扶養者を除き、市町村に住所を有する者を強制加入とする内容の国民健康保険法（旧法）の全面改正が行われ、現在の国民健康保険法（新法、昭和33年12月27日法律第192号）が昭和34（1959）年に施行された。また、診療報酬については、健康保険法制定後しばらくは各保険者で1点単価が異なっていたが、昭和33（1958）年には全国一律の報酬体系（1点10円で固定）となった。昭和36（1961）年には、全市町村に地域住民の強制加入が義務付けられ、すべての国民が、必要とするときに、必要な医療を、全国一律の基準で受けることができる国民皆保険制度が確立された。

国民皆保険達成当時の患者の自己負担をみると、被用者保険の被保険者は自己負担なし（被扶養者は5割負担）となっており、国民健康保険は被保険者・被扶養者とも5割負担となっていた。昭和43（1968）年には、国民健康保険の自己負担が3割となり、続いて昭和48（1973）年には、被用者保険の被扶養者の自己負担が3割となった。また、同年には、自己負担分の一定額を超える額を支給する高額療養費支給制度も創設された。

その後、昭和48（1973）年には老人福祉法による老人医療費支給制度が開始され、原則として70歳以上の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給する制度、いわゆる「老人医療無料化」が実施された。この制度によって老人医療費が急増したため、負担の公平化を目指して、老人保健法が昭和58（1983）年に施行され、老人医療費の一定額を患者が自己負担することとなった⁶⁾。この老人の自己負担については、平成12（2000）年に定額負担から定率1割負担に、平成14（2002）年に現役並み所得者を2割負担とされた。

被用者保険の自己負担についても、昭和59（1984）年に1割負担、平成9（1997）年に2割負担、平成14（2002）年に3割負担となり、制度間を通じた現役世代の自己負担は原則として3割に統一された。

さらに、現役世代と高齢世代の費用負担関係や財政運営の責任を明確化したうえで、医療費の適正化を図るため、老人保健法を全面改正して「高齢者の医療の確保に関する法律」とし、平成20（2008）年に後期高齢者医療制度が実施されたところである。

III. 現在の医療保険制度

A. 制度概要

我が国の公的医療保険は、保険的手法により社会保障を行う社会保険のひとつである。社会保険には、次の3つの特徴がある。第1は、法的に加入が義務付けられており、加入保険の選択はできない「強制加入」という点である。第2は、保険料の徴収や保険給付について、「国が直接又は間接に管理又は監督を行う」という点である。第3は、民間保険と異なり、「保険料は所得に応じて自動的に決まる」という点である。

医療保険は、疾病、負傷、死亡、出産などの保険事故による短期的な経済的損失について保険給付する制度であり、受けた医療にかかった費用を被保険者に給付する「現金給付」と、医療そのものを被保険者に給付する「現物給付」の2種類の方式がある。我が国の場合は、原則

表 保険者別にみた医療保険の現況

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	165	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	343万人	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	38.9歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成21年度)	旧但し書き所得(※1) 74万円 一世帯あたり 129.1万円	市町村民税 課税標準額 217万円(※2)	211万円(収入) 被保険者一人あたり 374万円	280万円(収入) 被保険者一人あたり 530万円	326万円(収入) 被保険者一人あたり 666万円	旧但し書き所得(※1) 66.5万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 医療費 (平成21年度)(※3)	29.0万円	17.1万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 保険料 (平成21年度)(※4) <事業主負担込>	8.3万円 一世帯あたり 14.6万円	12.4万円	8.6万円 <17.1万円> 被保険者一人あたり 15.2万円 <30.3万円> 平均保険料率9.34% (9.26~9.42%) (平成22年度)	9.0万円 <20.0万円> 被保険者一人あたり 16.9万円 <37.6万円> 平均保険料率7.45% (3.12%~10.0%) (平成21年度決算見込)	11.0万円 <22.0万円> 被保険者一人あたり 22.4万円 <44.8万円> 平均保険料率 7.83%	6.3万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の43% (※5)	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成23年度予算ベース)	3兆4,411億円	2,900億円	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

(※1) 旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び基礎控除等を差し引いた額のこと。

(※2) 平成21年所得調査結果では、業種別には、医師国保644万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保221万円、一般業種国保125万円、建設関係国保71万円。

(※3) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費（療養費等を含まない）である。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計、保険料額に介護分は含まない。

(※5) 平成23年度予算ベースにおける平均値。

(※6) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※7) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

として「現物給付」の方式が採用されており、医療にかかった費用は後から保険者が医療機関に支払う仕組みとなっている。

国民皆保険制度達成50周年の節目に当たる平成23(2011)年現在、我が国の医療保険は、年齢により属する制度が異なり、74歳以下では被用者保険（職域保険）又は地域保険のいずれか、75歳以上では後期高齢者医療制度に加入する。被用者保険には、健康保険（保険者は全国健康保険協会又は健康保険組合）、各種共済（保険者は共済組合）等があり、地域保険は国民健康保険（保険者は市町村又は国民健康保険組合）となっている。それぞれの保険者数、加入者数、加入者平均年齢、加入者一人当たり平均所得、加入者一人当たり医療費、加入者一人当たり保険料、公費負担について比較すると、保険者毎に異なる特性を有していることが分かる（表）⁹⁾。

被用者保険である健康保険（健保）と地域保険である国民健康保険（国保）の給付内容を比較すると、医療の現物給付にあたる療養の給付（いわゆる通常の保険診療による医療の提供）、訪問看護療養費、入院時食事療養費、入院時生活療養費、高額療養費の自己負担限度額については、両者に差異はなく、同一の内容となっている。しかし、現金給付について比較すると、出産育児一時金は原則42万円と同一の内容だが、埋葬料、傷病手当金、出産手当金については、健保と国保とで給付内容が異なる。具体的には、埋葬料は、健保では定額5万円であるのに対し、国保では給付額は条例で定めるところによるため、保険者により1～5万円とばらつきがある。傷病手当金は業務外の事由による療養のため労務不能となった期間（最長で1年6ヶ月）、出産手当金は被保険者本人の産休中、健保ではそれぞれ1日に付き標準報酬日

額の2/3相当額が支給されるのに対し、国保では両者が任意給付となっているため、いずれも平成22年4月現在で実施している市町村はない⁹⁾。

保険医療機関を受診した場合の自己負担率も年齢によって異なり、義務教育修学前では2割、義務教育修学開始時から70歳未満では3割、70歳以上75歳未満では2割(ただし、年145万円以上の課税所得を有する者は3割)、75歳以上では1割である。なお、高額療養費については、介護費用との合算制度が設けられており、医療保険と介護保険に要したそれぞれの自己負担額を合算し、所得に応じた限度額を超えた額が還付される仕組みとなっている。

B. 保険診療の概念と現況

公的医療保険に基づいて実施される保険診療は、健康保険法等に基づく保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に該当する。この公法上の契約は、地方厚生局長による保険医療機関等の指定及び保険医等の登録の効果として成立すると解されている^{7,8)}。

保険医療機関と保険医については、健康保険法第70条及び第72条において、それぞれ厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当し、健康保険の診療に当たらなければならないことが規定されている。その具体的内容を定めたものが、保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年4月30日厚生省令第15号、最終改正平成22年3月5日厚生労働省令第25号)である。同規則においては、保険医の診療方針として、適切な診断、療養上必要な指導、適切な転医及び対診、特殊療法等の禁止等が規定されている。

社会保険診療報酬支払基金から診療報酬が支払われた歯科の保険医療機関の数(毎年6月審査分)は、平成18年68,298、平成19年68,349、平成20年68,311、平成21年68,408、平成22年68,719、平成23年68,647であり、概ね68,000～69,000の間で大きな増減は見られない⁹⁾。医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計した「国民医療費」のうち、歯科診療医療費の推計額と構成割合は、平成16年度2兆5,377億円(7.9%)、平成17年度2兆5,766億円(7.8%)、平成18年度2兆5,039億円(7.6%)、平成19年度2兆4,996億円(7.3%)、平成20年度2兆5,777億円(7.4%)、平成21年度2兆5,587億円(7.1%)と推移している¹⁰⁾。

IV. 診療報酬制度

A. 診療報酬の決定プロセス

我が国の公的医療保険は、「診療報酬制度」によって担

われている。診療報酬とは、保険医療機関が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬であり、中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえ、厚生労働大臣が決定(告示)する。中医協は、中央社会保険医療協議会法(昭和25年3月31日法律第47号)第3条第1項各号の規定により、支払側委員7名(1号委員:健康保険・船員保険・国民健康保険の保険者・被保険者、事業主、船舶所有者を代表する委員)、診療側委員7名(2号委員:医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員)及び公益委員6名(3号委員:公益を代表する委員)で構成される。1号委員と2号委員が保険契約の両当事者として協議し、3号委員がこの両者を調整するといういわゆる「三者構成」をとっている。このうち、3号委員である公益を代表する委員の任命については、同法第3条第6項の定めにより、国会同意人事として衆参両院の議決を必要とする。

中医協で審議される診療報酬には2つの側面があり、保険診療の範囲・内容を定める「品目表」としての性格及び個々の診療行為の価格を定める「価格表」としての性格を有している。

この診療報酬の改定は、通常、年末に行われる予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を前提として、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づく中医協の具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を踏まえ、厚生労働大臣が実施するものである。この際、まず中医協の各分科会等において、医療技術の評価の見直し、新規技術の保険導入の検討、保険医療材料の償還方法、材料価格基準等についての議論を行い、これらの議論の結果等に基づき、中医協総会において診療報酬における評価や算定要件等を審議している。

B. 歯科診療報酬の範囲

公的医療保険により給付される歯科医療の範囲は、厚生労働大臣の告示によって、「診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号、直近改正平成22年厚生労働省告示第69号)」の別表第二「歯科診療報酬点数表」として定められている。この歯科診療報酬点数表に記載されていない技術は、原則として保険給付の対象外である(保険外併用療養費制度を除く)。歯科診療報酬点数表は、第1章基本診療料と第2章特掲診療料の2章構成となっている。第1章は第1部初・再診料と第2部入院料等で構成され、基本的な診療行為について一括して評価するものとなっている。また、第2章は第1部医学管理等から第14部病理診断までの14部で構成され、具体的

な歯科医療行為を個別に評価するものとなっている。

一人当たりの総歯科医療費（自費を含む）に対する公的医療保険等の給付率については、我が国は77%であり、ドイツ60%、イギリス55%、フランス37%、韓国19%、アメリカ6%となっている¹⁰⁾。諸外国に比べると、我が国の歯科診療においては、比較的広い範囲を公的医療保険によってカバーしているといえる。

C. 歯科診療報酬の構成割合

平成22年の社会医療診療行為別調査によると、同年6月審査分の歯科診療報酬は、1件当たり点数は1,296.1点（前年比0.2%増）、1日当たり点数は622.4点（前年比1.1%増）、1件当たり日数は2.08日（前年比1.0%減）となっている¹²⁾。これを、一般医療（0歳から74歳までの者（65歳以上で後期高齢者医療制度の被保険者を除く）が受けた療養の給付等の支給）と後期医療（後期高齢者医療制度の被保険者が受けた療養の給付等の支給）別に見ると、1件当たり点数は、一般医療1,248.6点、後期医療1,571.8点となっている。1日当たり点数は、一般医療608.3点、後期医療697.0点で、年齢階級別にみると、「75歳以上」695.0点が最も高く、次いで「65～74歳」639.7点となっており、「0～14歳」545.0点が最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「在宅医療」と「歯冠修復及び欠損補綴」の割合が高く、「処置」の割合が低くなっている（図1）。1件当たり日数は、一般医療2.05日、後期医療2.26日となっている。

D. 保険外併用療養費制度

我が国の公的医療保険制度においては、一連の診療において、保険診療部分と保険外診療部分を含む、いわゆる混合診療に該当する場合は、医療費の全額が自己負担となる。ただし、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、

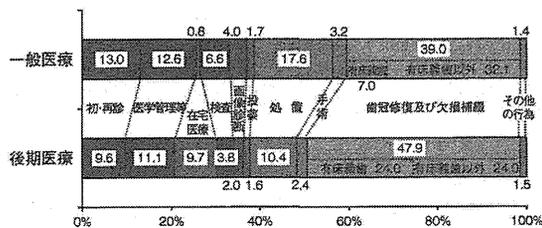


図1 診療行為別1日当たり点数の構成割合（平成22年6月審査分）。
注：「その他の行為」は、「注射」、「リハビリテーション」、「麻酔」、「放射線治療」、「歯科矯正」、「病理診断」及び「入院料等」である。

保険診療との併用が認められており、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われる¹³⁾。この保険診療と同様に扱われる部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として公的医療保険から給付が行われる。

E. 新規技術の保険導入

新規の医療技術の保険導入には、2つのルートがある。第1は将来的な保険導入のための評価を行うものとして保険診療との併用を認められた先進医療からの保険導入であり、第2は学会等（日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合又は日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合）からの新規技術の提案によるものである。前者は先進医療の実績等により、先進医療専門家会議及び中医協の審議により決定される。後者は、学会等から提出される「医療技術評価提案書」に基づき、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会及び中医協の審議により決定される（図2）。この医療技術評価提案書には、申請する新規技術に関するエビデンスレベルを明記するとともに、当該エビデンスに関する資料（論文の写し等）を必ず添付することが要件となっている。

医療技術評価分科会は、中医協からの求めに応じ、診

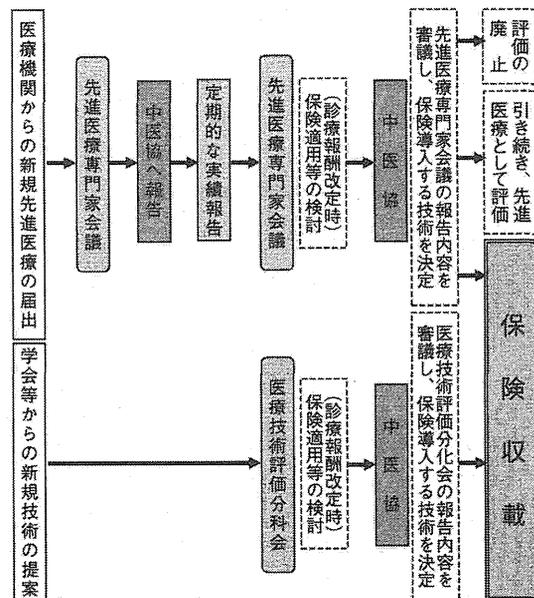


図2 新規先進医療及び新規提案技術の保険導入までの流れ。

療報酬上の技術的課題について調査審議する診療報酬調査専門組織の分科会で、医学、歯学、薬学、看護学、医療経済学等に係る専門的知識を有する者により構成され、中医協に当該課題に関する報告を行うこととされている。その後、最終的に、中医協総会における審議を経て、個別技術の保険導入及び点数設定が決定される仕組みである。

平成24年度診療報酬改定に係る歯科領域の「医療技術評価提案書」は、平成23年3月に日本歯科医学会を通じて、専門分科会及び認定分科会に提案書の提出を依頼し、同年6月に提出締切、同年7月以降に外部有識者の意見を踏まえ専門的観点から検討が行われているところである。

V. 歯科材料等の償還方法と価格基準

A. 保険医療材料の保険償還価格

公的医療保険の対象となる保険医療材料は、その特性に応じて、A1（包括）、A2（特定包括）、B（個別評価）、C1（新機能）、C2（新機能・新技術）の5つの評価区分に分類されている。このうち、B（個別評価）に分類されるものを特定保険医療材料といい、医療行為の対価としてのいわゆる技術料とは別に診療報酬上算定することができ、その範囲と価格は厚生労働大臣の告示（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準））により定められている。

新規材料の価格算定の基準は、類似機能区分の有無、補正加算の有無によって異なるが、いずれも価格調整（外国平均価格の1.5倍を超える場合は1.5倍に相当する額に調整）を行ったうえで新規材料の価格が決定される¹⁹⁾（図3）。

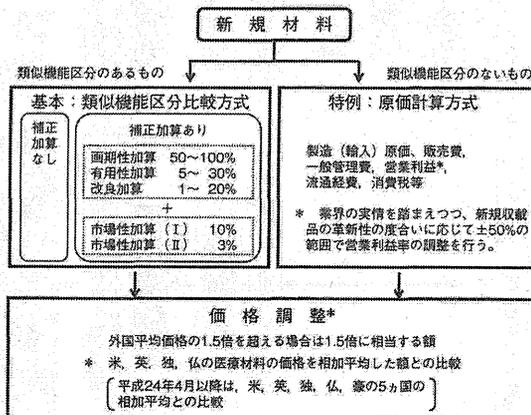


図3 新規材料の価格算定基準

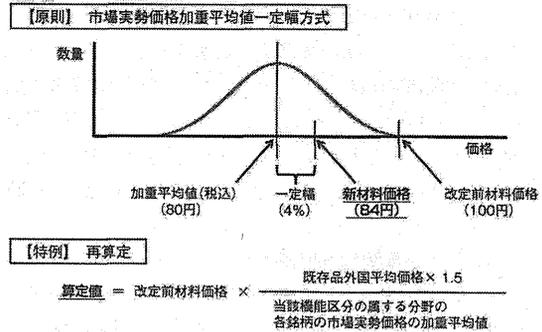


図4 既取載品の価格算定の方式

材料価格基準に既に収載されている材料に関しては、原則として、「市場実勢価格加重平均値一定幅方式」（図4）によって価格が決定される。この方式は、既取載品の市場実勢価格の加重平均値に消費税を加えた算定値に、流通コスト等を加味するための一定幅（例えば平成22年度においては4%）を加算するものである。ただし、市場実勢価格が外国平均価格の1.5倍を上回る場合にあっては、特例的に別の算定式を適用し、倍率に応じて価格を引き下げる（最大25%まで）こととしている。

B. 歯科用貴金属の随時改定の考え方

歯科用貴金属の価格については、その素材である金やパラジウムなどの取引価格が市場によって決まるため、歯科用貴金属の市場実勢価格にも大きな変動が生じやすい。通常、材料価格の改定は、診療報酬改定と同時に進行されるが、歯科用貴金属に限り、別の時期にも貴金属価格の変動に合わせた改定が行える仕組みとなっている。具体的には、素材価格の平均値の変動の幅が告示価格の±5%を超える場合には、診療報酬改定後から6か月ごとに価格の随時改定が行える。

歯科用貴金属の機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格と補正幅に消費税率等乗じた価格の和が、随時改定の際に用いられる価格の算出式である（図5）。この際、補正幅は、当該機能区分の基準材料価格の前回改定

$$\left(\text{当該機能区分に係る随時改定時前の基準材料価格} \right) + \text{補正幅} \times \left[1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率} \right]$$

*: 補正幅 = X - Y

X: 当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Y: 当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

図5 歯科用貴金属の随時改定の際に用いられる算出式

以降の平均素材価格から当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格を減じたものである¹⁴⁾。

一例を挙げると、欧米の経済情勢の変動に伴う金価格の高騰により、平成23年9月までは、1g当たり878円であった歯科鑄造用金銀パラジウム合金が、同年10月からは1g当たり1,028円に改定されたところである¹⁵⁾。

VI. 今後の課題

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかし、急速な少子高齢化、経済の安定成長への移行などの社会環境の変化に直面している。国民皆保険制度を維持し、我が国の公的医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、様々な課題がある³⁾。

このような中、平成23年6月30日に「社会保障・税一体改革成案」(政府・与党社会保障改革検討本部決定)がまとめられ、翌7月1日に閣議報告された¹⁶⁾。この成案では、「この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要」とされている。今後、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

また、保険給付の範囲や費用負担に対する国民の関心は高いことから、保険外診療の占める割合が比較的高い歯科医療においては、患者の費用負担の透明性確保と歯科疾患の予防を推進する観点から、今後の医療保険制度のあり方について幅広い検討が望まれる。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成22年度厚生労働行政年次報告（平成23年版厚生労働白書＜社会保障の検証と展望＞～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀～）。35-45, 2011。
- 2) 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局：医療制度改革の課題と視点。厚生労働省ホームページ（平成17年3月5日掲載）。<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>（2011年9月10日アクセス）。
- 3) 政府・与党医療改革協議会：医療制度改革大綱。1-3, 2005。
- 4) 伊東慎吾：日本の医療制度における諸問題と将来展望。香川大学経済政策研究 4: 5-22, 2008。
- 5) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向2010/2011。厚生指の指標 増刊 57(9): 213-234, 2010。
- 6) 厚生労働省保険局：施策情報。医療保険。厚生労働省ホームページ。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html>（2011年9月10日アクセス）。
- 7) 中野妙子：判例評釈・医療法の勧告に反して開設された病院に対する保険医療機関指定拒否。ジュリスト 1199: 109-111, 2001。
- 8) 稲森公嘉：判例評釈・県知事による保険医療機関指定拒否の処分性と違法性。賃金と保障 1307: 70-77, 2001。
- 9) 社会保険診療報酬支払基金：医療費統計情報。統計月報。社会保険診療報酬支払基金ホームページ。 <http://www.ssk.or.jp/tokeijoho/geppo/index.html>（2011年9月14日アクセス）。
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成20年度国民医療費の概況。厚生労働省ホームページ。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/index.html>（2011年9月29日アクセス）。
- 11) 社団法人日本歯科医師会：歯科医療の国際比較。歯科医療白書2008年度版—持続可能な歯科医療社会を目指して—。212-225, 2009。
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成22年社会医療診療行為別調査結果の概況。厚生労働省ホームページ。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa10/>（2011年9月11日アクセス）。
- 13) 厚生労働省保険局：先進医療の概要について。厚生労働省ホームページ。 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensinryo/>（2011年9月12日アクセス）。
- 14) 厚生労働省保険局：特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について。平成22年2月12日保発0212第10号。地方厚生（支）局長あて厚生労働省保険局長通知。
- 15) 厚生労働省：歯科用貴金属価格の随時改定について。第193回中央社会保険医療協議会総会（平成23年7月13日開催）資料4。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001hsqc.html>（2011年9月14日アクセス）。
- 16) 政府・与党社会保障改革検討本部：社会保障・税一体改革成案（平成23年7月1日閣議報告）。首相官邸ホームページ。 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosityou/index.html#honbukettei>（2011年9月13日アクセス）。

