

平成7年度～平成11年度 病院消費税実績額調査
(29大学76病院合計統計)

(単位 百万円)

科目	平成7年度(73病院)		平成8年度(73病院)		平成9年度(71病院)		平成10年度(73病院)		平成11年度(76病院)		平成11年と 8年の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入 A	931,544	1,837	977,097	1,960	979,664	3,055	1,002,353	3,083	1,031,310	3,140	
人件費	438,615	276	456,862	230	486,970	378	480,301	387	496,861	387	
医療経費	359,896	10,456	376,091	10,926	372,873	17,728	378,535	17,991	381,087	18,082	
教育研究費、管理経費	114,401	2,961	118,711	3,083	124,108	5,112	127,775	5,462	128,684	5,476	
医療収支 B	18,632	-11,856	25,433	-12,279	13,713	-20,163	15,742	-20,757	24,678	-20,805	
医療外収益	62,165	279	66,410	302	56,595	507	74,142	561	58,128	616	
医療外経費	61,479	0	55,282	0	46,652	0	75,316	0	46,518	0	
医療外収支 C	686	279	11,128	302	9,943	507	-1,174	561	11,610	616	
施設・設備費 D	46,442	-1,020	73,955	-1,505	88,735	-3,618	61,892	-2,388	61,716	-2,341	
収支計 (B+C+D)	65,760	-12,597	110,516	-13,482	112,391	-23,274	76,460	-22,584	98,004	-22,530	
消費税負担額 E		12,597		13,482		23,274		22,584		22,530	9,048
消費税納付額 F		908		698		1,188		1,310		1,505	807
消費税合計 (E+F) G		13,505		14,180		24,462		23,894		24,035	9,855
医療収入に対する負担率G/A%		1.45%		1.45%		2.50%		2.38%		2.33%	

厚生省社会保険診療報酬消費税補填分の計算
 平成7年度から平成8年度診療報酬転嫁加算率 0.76%
 平成9・10・11年度診療報酬転嫁加算率 1.53%

※表2～表5 出典：医学振興第51号P2～4「私立医科大学病院の損税解消への道」より

表3

医療収入と消費税負担額

(単位 百万円)

科目	平成7年度(73病院)		平成8年度(73病院)		平成9年度(71病院)		平成10年度(73病院)		平成11年度(76病院)		平成11年と 8年の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入及び補填額	868,478	6,551	909,804	6,862	915,508	13,796	937,611	14,129	965,362	14,547	7,685
補填後消費税負担額 H		6,954		7,318		10,666		9,765		9,488	2,170
医療収入に対する負担率		0.78%		0.75%		1.09%		0.97%		0.92%	

表4

平成7年度～平成11年度 病院消費税実績額調査
(29大学平均統計)

(単位 百万円)

科目	平成7年度(73病院)		平成8年度(73病院)		平成9年度(71病院)		平成10年度(73病院)		平成11年度(76病院)		平成11年と 8年の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入 A	32,122	63	33,693	68	33,782	105	34,564	106	35,562	108	
人件費	15,125	10	15,754	8	16,171	13	16,562	13	17,133	13	
医療経費	12,410	361	12,969	377	12,858	611	13,053	620	13,141	624	
教育研究費、管理経費	3,945	102	4,093	106	4,280	176	4,406	188	4,437	189	
医療収支 B	642	-410	877	-423	473	-695	543	-715	851	-718	
医療外収益	2,144	10	2,290	10	1,952	17	2,557	19	2,004	21	
医療外経費	2,120	0	1,906	0	1,609	0	2,597	0	1,604	0	
医療外収支 C	24	10	384	10	343	17	-40	19	400	21	
施設・設備費 D	1,601	-35	2,550	-52	3,060	-125	2,134	-82	2,128	-81	
収支計 (B+C+D)	2,267	-435	3,811	-465	3,876	-803	2,637	-778	3,379	-778	
消費税負担額 E		435		465		803		778		778	313
消費税納付額 F		31		24		41		45		52	28
消費税合計 (E+F) G		466		489		844		823		830	341
医療収入に対する負担率G/A%		1.45%		1.45%		2.50%		2.38%		2.33%	

厚生省社会保険診療報酬消費税補填分の計算

平成7年度から平成8年度診療報酬転嫁加算率 0.76%

平成9・10・11年度診療報酬転嫁加算率 1.53%

表5

1 大学あたりの医療収入と消費税負担

(単位 百万円)

科目	平成7年度		平成8年度		平成9年度		平成10年度		平成11年度		平成11年と 8年の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入及び補填額	29,948	226	31,373	237	31,569	476	32,331	487	33,288	502	265
補填後消費税負担額 H		240		252		368		336		328	76
医療収入に対する負担率		0.78%		0.75%		1.09%		0.97%		0.92%	

表6

救命救急センター・ICUの収支

	収入	人件費	物件費	管理経費	合計	収支
救命	62,132,000					
	430,361,892	302,401,514	268,406,415	40,077,247	610,885,176	-118,391,284
中央ICU	317,702,900	191,796,494	208,928,298	8,038,050	408,762,842	-91,059,942

救命センターの収入の上段は救命救急センター運営事業補助金である。
(単位:円)

参考:中央ICU

- (1)常勤講師 2名(給料) 7,632,000×2名)
合計 15,264,000円の医師人件費
- (2)看護婦 31名合計 164,388,494円の人件費
- (3)技師 2名(給料 6,072,000×2名)
合計 12,144,000円の人件費

人件費 (1)+(2)+(3)=191,796,494円で計算

医療材料の日米価格比較

品目	米国(購入価格)	日本(公定価格)
心臓人工弁	3,600ドル	105万円
心臓ペースメーカー		
VVI	3,500ドル	142万円
VVI-R	4,600ドル	170万円
DDD-R	6,700ドル	199万円
PTCAカテーテル	700-780ドル	26-32万円

※一方、技術料はこの逆で、米国が日本の4-10倍となっている。

現在の診療報酬点数で明らかに不採算な診療行為採算性調査一覧表

(単位 円)

項目名称	請求金額	請求不可金額		管理費 (含減価償却)	人件費	差引額
		包括	医療材料			
三尖弁閉鎖症根治術	602,000	38,600	217,404	175,527	286,040	-115,611
冠動脈大動脈バイパス術	605,000	38,640	259,055	175,527	351,076	-219,298
生体腎移植(レシピエント)	748,000		85,593	69,134	195,278	394,695
γナイフ定位放射線治療	700,000	140,000	43,331	834,585	130,853	-448,769
特定集中治療室管理用	620,000	22,110	10,225	23,326	58,386	-52,047
心臓カテーテル検査	90,000	11,778	69,983	49,458	49,458	-41,219
核磁気共鳴(MRI)検査	21,000			40,682	8,254	-27,936

参考文献

- ① 外科系保険連合（外保連）：処置報酬に関する外保連試案 1998 第1版
- ② 広井良典 1999「米国におけるマネジドケアの動向」広井良典編『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社
- ③ 上塚芳郎 2000「医療機器の医療経済学的考察」医工学治療 12巻2号 P737～744
- ④ 吉岡博光 2000「私立医科大学病院の損税解消への道」医学振興（日本私立医科大学協会）第51号 P2～4
- ⑤ 全国公私病院連盟「平成11年病院経営実態調査報告」「病院数・黒字－赤字割合、開設者・年次別」P33.表1

第13章 医療保険の新しいかたち：保険者が機能した場合

国立社会保障・人口問題研究所
府川哲夫

1. はじめに（日本の医療保険の現状と問題点）

今日では日本は先進諸国のなかで高齢化の進んだ国である。しかし、日本の医療費（対GDP）は少ない（ただし、65歳以上の医療費は少なくない）。その理由は「医療の質の放置」及び「患者の我慢」と考えられる。先進諸国は医療費増加の抑制に苦勞し、解決策を模索している。アメリカは innovative な点で世界をリードしているが、医療費のコントロールではあまり成功していない。日本では医療費の規模は他の先進諸国に比べてまだ低いものの（もちろん急速な人口高齢化等によって今後の医療費の増加は懸念材料であるが）、医療保険に多くの国庫負担が投入されているため、毎年の予算編成の都度に医療保険改革が議論されている状況である。また、保険料水準はまだ他の先進国に比べて低いにもかかわらず（注1）、保険料引上げに対する関係者の抵抗は根強い。

日本の医療システムは公平性(equity)の面では優れていると考えられている。確かにアクセスの公平性に関しては優れている。しかし、負担の公平性に関しては、被用者と自営業者の間の負担の格差や高齢者自身の負担の問題が指摘されている。効果(effectiveness)の面では日本のシステムは評価が分かれる。日本の医療の質は一般的には高いと考えられるが、大きなバラツキが存在することが問題である。医療サービスの適切さについては、特に老人の長期入院の問題や医療費の地域差の問題が挙げられる。医療サービスの integration については、病診連携が悪い、重複受診が多い等の理由で日本のシステムの評価は低い。効率(efficiency)の面ではマクロの効率性は優れているように見える（医療費の対GDP比は小さい）が、ミクロの効率性は在院日数の長さや薬の消費量の多さからみて、日本のシステムの評価は高くない。

日本の医療保険の問題点としては、過剰な病床（長期入院の原因）、大きな医療費の地域差（年齢や疾病構造の違いで説明しきれない）、医療の質の放置（患者の立場が弱いことの帰結）、病院・医師の機能未分化、診療報酬点数表における誤ったインセンティブ、患者の側のモラル・ハザード、医療機関の側の非価格競争による悪循環、等々があげられる。これらを問題領域別にみていくと、診療報酬の問題、薬価・薬剤費の問題、供給体制の問題、高齢者医療の問題、患者の立場の問題、に分類することができる。診療報酬の問題では、診療報酬点数表で全ての問題を解決してきた従来のやり方はもはや困難になった。点数表の中には不適切なインセンティブも含まれている。点数改正にともなう社会的コストも大きい。過剰な検査や投薬を減らすことが期待される診療報酬の包括化もまだ中途半端である。薬価・薬剤費では薬価差益だけが問題ではない。副作用のモニタリングも不十分である。供給体制の問題は病床数の多さをはじ

め、1次医療と2次医療の連携の悪さ、医療の質の保証の欠如、などが指摘されている。また、病院経営が非価格競争による悪循環に陥っていることと関連しているが、病院の公共性に関する整理が不十分のため、病院のパフォーマンスに関する情報開示が著しく遅れている。高齢者医療の問題は医療費増加の抑制と負担の仕組みが大きな論点になっている。高齢者の社会的入院はもともと介護施設不足に起因したものである。介護保険制度の導入により、1) 余剰病床の医療保険から介護保険への転換による社会的入院の是正、2) 医療と介護のトータル・コストのコントロールや負担の仕組み、などが焦点となっている。患者の立場の問題は日本の医療システムでこれまで常に軽視されてきた問題であるが、最近では医療保険改革の1つの視点として注目されている。医療過誤や病院の不正請求などが報道されるたびに、患者を医療システムの中の独立した Player として位置付ける必要性が認識されるようになった。日本の医療システムの中で医療の質の保証の問題がおろそかにされてきたことは、患者の立場が弱いことの当然の帰結と考えられる。

医療システムの Player としては患者・被保険者、医療提供者、保険者の3種類が存在し、政府はルールを決め、ルールの遵守を監視する役割が期待されているが、政府管掌健康保険や国民健康保険の場合には政府が自ら保険者となっている。日本の現状では政府の役割が極めて大きく、患者・被保険者や保険者は1人前の Player として行動することを期待されていなかったとみることができる。患者・被保険者に関しては、患者のモラル・ハザードを減らし、多受診や大病院への集中を是正するために、患者の一部負担を引上げること及びフリー・アクセスを制限すべきかどうか議論されている程度である。保険者に関しては、契約の当事者として本来もっているべき機能がほとんど全て阻害されている状況である。医療システムの各 Player がその本来の機能を果たしていない(果たせない)ことが日本の医療システム改革が進まない主要な原因の1つと考えられる。本稿は第2節で保険者の本来持っている機能を考え、第3節で先進諸国の保険者の実態について各国の医療制度を背景に考察し、第4節では日本で保険者が機能する場合に、その構成要素のうち何が重要で、どのような効果が考えられるかについて考察した。

2. 保険者機能

Player としての保険者が本来の機能を果たしているとした場合に考えられる項目をリストしたのが表1である。医療サービスの市場には患者・被保険者、医療提供者、保険者の3種類の Player が存在し、政府は市場のルールを決め、審判として機能すると仮定する。保険者の機能としては「保険者と被保険者の関係」及び「保険者と医療機関の関係」における機能がまず考えられる。保険者と被保険者の関係では医療機関情報の提供、アクセスの制限、疾病管理、患者の満足度調査、などが挙げられる。被保険者の保険者選択は保険者機能の項目ではないが、保険者の機能に大きな影響を与える重要な要素である。保険者と医療機関の関係では医療機関の評価・選択(評価は第三者に委託する)、医療機関との契約・価格交渉、診療ガイドラインに基づく保険給付(診療行為に影響を与える)、診療内容の事後審査、などが考えられる。こ

れ以外に、「保険者が自ら医療サービスを提供する」こともあり、その例としては薬剤管理・給付、保険者直営病院、などが典型的なものである。保険者の機能は政府の定める枠組みに大きく依存し、その顕著な例が診療報酬支払制度である。一方、保険者は診療報酬改訂や医療サービスの標準化などにおいて政府の意思決定プロセスに参加し、影響を与えることができる。保険者は他の Player や政府との関係以外にも自ら事業の効率化を進め、それが保険者機能に重大な影響を与えることも考えられる。これらの各項目にはそれぞれその目的があり、表1では目的を医療サービスの効率化、医療サービスの質の向上、患者の立場の強化、正しいインセンティブの付与、の4つに区分している。

3. 先進諸国における保険者の実態

(1) 医療制度

フランスでは国民の99%が職域ごとに細分化された公的医療保険制度に適用されている。最も大きい制度が被用者及びその家族を対象とする一般制度と呼ばれる制度であり、全国被用者疾病金庫（CNAMTS）によって運営されている。国民の80%はこの制度に適用されている。一般制度への拠出は事業主、被保険者がともに行い、負担割合はおよそ前者が70%、後者が30%である。この他に、農業従事者を対象とした制度や自営業者を対象とした制度などがある。フランスには地域保険が存在せず、退職後も現役時代に加入していた制度に加入し続ける。フランスは中央集権的な国で、医療サービスの分野でも政府の役割は大きい。各疾病金庫はピラミッド型の組織となっており、全国組織の下に regional offices、その下に local office がある（CNAMTS の場合州レベルの金庫が22、県レベルの金庫が129）。フランスの医療保険では入院の場合を除いて、費用の全額を患者が支払い、疾病金庫からその一部または全部が償還される（つまり、償還されない部分が実質的な患者負担）。償還率は下記のように医療サービスの種類によって異なるが、長期の疾病や高価な医療を要する疾病、高価で他に代替的効能を有するものがない薬剤、などの償還率は100%となっている。

- －一般開業医及び歯科医の報酬の70%
- －医療関連職種の報酬の60%
- －薬剤費の100%（代替性のない薬剤）、65%（一般薬）または35%（軽治療薬）
- －最初の1か月の入院費の80%
- －検査費用の60%

医師の報酬は開業医の場合は出来高払い、病院やヘルスセンター勤務の場合は給料で支払われる。

ドイツでは国民の90%が公的医療保険制度に適用されている。1993年以降被保険者は疾病金庫を選べるようになり、疾病金庫の数は1993年1月の1,221から1999年6月には453（うちBKKが359）に減少した。所得が一定以上の人は公的医療保険の適用除外となっている。また、公的保険加入者の6%が補足的に民間保険にも加入してい

る。公的保険の保険料は労使折半で、給付は医療の現物給付の他に現金給付がある。開業医は一般医が 40%、専門医が 60%で、患者は医師を自由に選択できる。1996 年までは開業医の報酬は全体的な予算制約のもとで出来高払いであったが、医師の種類ごとの人頭払いに変わった。大部分の病院勤務医は給料制である。病院の設立・運営主体別に病床のシェアをみると公立 51%、非営利 35%、営利 14%である。医療費の財源構成は公的医療保険 68%、中央・地方政府支出 10%、民間保険 7%、患者負担 11%、等である。ドイツの医療サービスシステムは近年様々な改革がなされている。1989 年には薬剤の参照価格制が導入され、1993 年には疾病金庫の選択制や薬剤の予算制が導入され、病院への診療報酬支払い制度の変更の第 1 歩が踏み出された。さらに、1997 年以降、第 3 次医療保険改革が実施され、2000 年 1 月から「医療保険改革 2000」が実施されている。

オランダでは患者は救急医療などを除いて GP の紹介状なしに病院サービスを受けられない。GP の診療形態としては単独診療 (47%)、共同診療 (30%)、3 人以上のグループ診療 (10%) などがあるが、近年は後 2 者が増加している。GP の保険者への登録は 5 年ごとに診療録や生涯研修の受講時間などを評価指標として見直される。病院医療は専門医によって担われており、GP が病院施設を利用して自分の患者の診療を行うことは例外的である。専門医は病院に雇用されているかあるいはパートナーシップと呼ばれる契約により病院施設のみを利用する形態のいずれかである。専門医に対する報酬は出来高払いで保険者より直接支払われる。病院医療の支払方式は総枠予算制で、1988 年以降は病院の予算を固定的部分 (患者数: 15%)、準可変的部分 (専門医の配置、診療科等の病院の機能: 35%)、可変的部分 (保険者との交渉で決まる部分: 50%) に分けて評価し確定する機能的予算システムが採用されている。オランダの病院の 88% は非営利の民間施設である。1982 年に導入された地域医療計画による量の規制と、病院財政方式における機能的予算システムの導入による病院サービスの効率化へのインセンティブの付与とにより、近年、急性期の病院医療部門においては施設数・病床数の減少、病床利用率の低下及び平均在院日数の短縮化が生じている。一方で、高齢者を対象としたナーシングホームでは病床数が近年増加傾向にある。薬剤に関しては医師の処方した薬剤について出来高払いで保険者より薬局に対して支払が行われる。オランダは薬剤処方率が低く、新薬使用率も低い。オランダの医療保険制度は対象とする給付の種類により 2 種類に分類される。例外的医療費支出保障 (AWBZ) は全国民が強制的に加入する保険で、病院での 365 日を超える入院、ナーシングホームや精神病院での診療・薬剤の支出などの費用がカバーされる。保険料は所得比例で所得の 8.85% である。その他の短期医療サービスは短期医療費保障という枠組みの中で給付される。この制度は一定の所得以下の被用者を対象とした強制的被用者健康保険 (ZFW: 全人口の約 60%)、自営業者及び一定の所得以上の被用者を対象とした民間保険 (全人口の約 30%)、及び公務員保険 (全人口の約 6%) の 3 つのタイプに分けられる。1987 年のデッカー報告書は社会保険制度への市場原理の導入とそれによる保険者機能の強化を目的とするものであった。短期医療保障における保険者間の管理競争や医療提供者間の競争などは順次実現されている。

[松田、2000]

イギリスの保健・医療は、1946年に制定された「国民保健サービス法 (National Health Service Act: 以下 NHS と省略する)」に基づいて、すべての国民に、生まれてから死ぬまで、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスを提供するものである。このシステムの大きな特徴として、サービスの供給は国の責任で行われ、その費用の大部分が国の一般財源でまかなわれていること、原則として全国民に無料のサービス提供が行われていること、サービス供給は予算の範囲内で計画的に行われていること、などが挙げられる。地域住民は家庭医に登録し、最初に家庭医 (General Practitioner) の診療を受ける。GP が入院治療や専門的医療などのセカンダリ・ケアを必要と判断した場合、患者は GP の紹介を受けて病院に行く。このような供給体制によって、プライマリ・ケアを担当するのは GP、セカンダリ・ケアを担当するのは病院というように明確な機能分化がなされている。また GP は地域住民の健康問題の大部分に対処する「generalist」としての役割と、病院医療へのアクセスを管理する「gate keeper」としての役割をもっている。NHS の設立当初は、ほとんどの病院は公立であったが、1991年の NHS・コミュニティケア法の改革後、病院は保健当局の管理下を離れ、「NHS トラスト」として独立した組織となった。イギリスの医療は NHS がその中軸を担っているが、全てを受け持っているわけではなく、一部に民間による医療が存在している。病院の専門医は、NHS 発足当初から自由診療を行うことが認められている。これは、専門医が契約勤務時間外に病院のベッドを利用して行うもので、「ペイベッド」と呼ばれている。ペイベッドは、専門医の労働条件がパートタイム制であることから生じており、専門医の約 8 割は何らかの形で自由診療を行っている。この自由診療の費用は患者が全額負担しなければならないため、民間医療保険も存在している。1980年代後半以降の NHS 改革では、サービスの購入者と供給者を分離することによって医療サービス提供の効率化を目指している。医療サービスの質の管理にも熱心に取り組んでいる。

アメリカは先進諸国の中で唯一、全国民を対象とした公的医療保険のない国である。アメリカにおける保健・医療供給システムの Player は医師、病院、保険者、政府 (中央及び地方) の 4 者であるが、医師の 4 分の 1 は病院に所属しており、病院の 4 分の 1 は政府の所有である。また医療費に占めるシェアで見ると、保険者の約半数は公的保険 (メディケア、メディケイド) である。メディケア (65 歳以上、身体障害者、等が対象) の病院に対する支払方法は従来出来高払いであったが、1983 年以降 DRGs (Diagnosis-related groups) が導入され、医療機関は入院ごとに診断に基づいた定額の支払いを受ける。医師への支払いも従来の出来高払いから 1992 年に RBRVS (Resource-based relative-value system) に変更された。これによってこれまで相対的に高かった専門医への支払いが抑えられ、マネージドケアでゲートキーパーとして重要な役割を果たしているプライマリ・ケアの医師たちの報酬が引上げられた。メディケアの加入者にはマネージドケア・プランに加入することもできる。メディケイド (貧困者が対象) の運営は州及び地方政府に任されているので、

財政状況によって州ごとの格差が大きい。また、州によってはメディケイドの入院患者について一定の病院と直接契約を結ぶことも行われている。アメリカには約 6,000 の病院があり、その 80%以上が急性期治療の病院である。そのうち約 5,000 がコミュニティ病院と呼ばれる短期総合病院で、平均病床数は 170 である。長期ケアは在宅ケアと施設ケアに分かれ、施設ケアは主にナーシングホームが担ってきた。しかし、近年、病院内に長期ケア施設をもつか、院内に長期ケア機能をもつようになった。末期ケアの施設としてはホスピスがあり、メディケアの認定したホスピスは 2,000 以上ある。在宅ケアは急成長している。[長谷川・清滝, 2000]

(2) 保険者機能

表 2 は 6 か国について、保険者機能の各項目のうち代表的な 5 項目を選んで各国の保険者機能をスコア化 (0~5 点) したものである。図 1 は保険者の自立性を横軸に、保険者機能スコアを縦軸にして国ごとにプロットしたイメージ図である。

科学的根拠に基づく診療の標準化や被保険者の疾病管理は保険者機能として一般的なものである。審査に基づく支払も保険者が本来持っている機能と考えられるが、そのやり方や効果は国によって異なる。入院サービスに対する DRG 方式の診療報酬支払いはリスクが保険者と医療機関の双方によって分担されている点に特徴があり、ドイツやフランスなどの社会保険方式の国にも普及している (ドイツ型 DRG ; GHM=フランス式 DRG)。診療内容に対する保険者の介入は事前の医療機関選択の制限、受療中の医療サービス選択の制限、事後の提供された医療サービスに対する審査、に分けられる。これらのうちのどの範囲までを保険者が実施しているかは国によって大幅に異なっている。また、実施に際しては必ずしも保険者自身が行う必要はなく、専門機関に委託して行われることも多い。

4. 考察：日本へのインプリケーション

日本の医療保険の根本的問題点は 1) evidence に基づいた政策決定がなされず、それをサポートする研究も質・量ともに不足している； 2) 医療関係者の意見が正当に反映されていない (特に病院勤務医)； 3) 患者の立場が弱い、という 3 点に集約される。そして、これらの根本的問題点が日本の医療保険改革を阻んでいる原因といえる。

(注 1) 先進諸国における公的医療保険の保険料率はフランスやドイツで 13% 台、スウェーデンで約 8% である。イギリスでは医療費の 84% が税で賄われている。アメリカは一般被用者を対象にした公的医療保険は存在せず、メディケア・パート A (入院保険) の保険料率が 2.9% (これは日本の老人保健拠出金に相当) である。

表1. 保険者機能

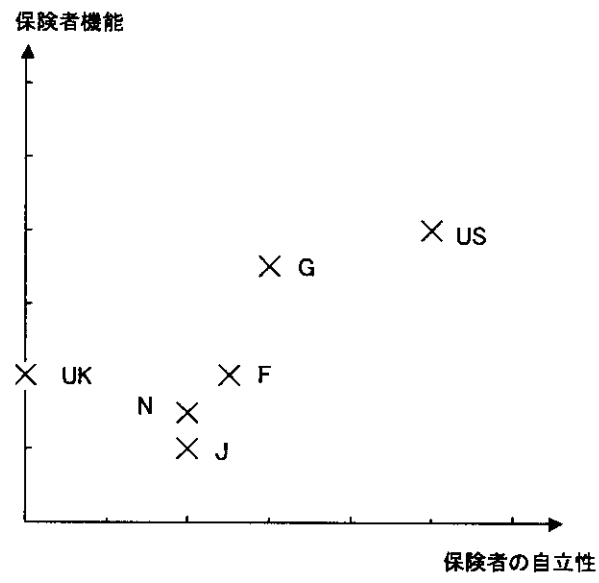
	項目	目的			備考
		効率	質	患者誘因	
0 保険者又はその機能を果たしている者					
I 保険者と被保険者の関係					
医療機関情報の提供					
アクセスの制限					
疾病予防と疾病管理					
満足度調査					
被保険者による保険者の選択					
II 保険者と医療機関の関係					
医療機関の評価・選択					
医療機関との契約・価格交渉					
診療ガイドライン（受診時）					
診療内容の事後審査					
III 保険者が自ら提供する医療サービス					
薬剤管理・給付					
保険者直営病院					
IV 保険者と政府の関係					
事業運営の規制					
診療報酬支払制度					
医療サービスの標準化					
V 保険者による事業の効率化					
保険者規模					
システムの情報化 （被保険者カード等）					
VI 医療機関					
診療ガイドライン					
EBM					

（注）効率＝医療サービスの効率化，質＝医療サービスの質の向上，患者＝患者の立場の強化，誘因＝正しいインセンティブ

表2. 保険者機能のスコア

	F	G	J	N	UK	US
疾 病 管 理	0.5	1	0.5	0	1	0
被保険者の保険者選択	0	1	0	0.5	0	1
医療機関の選択	0	0	0	0.5	0	1
審査に基づく支払	0.5	1	0.5	0.5	1	1
被保険者カード	1	0.5	0	0	0	1
計	2	3.5	1	1.5	2	4

図 1



第14章 保険者と医療供給主体の関係

—日独の制度史を踏まえて—

岩手県立大学
福田素生

1. はじめに

一般に保険制度において保険給付の主体は保険者であるが、医療サービスを給付対象とする医療保険の場合、医療サービスの供給主体が医師をはじめとする医療技術集団に限定されており、多くの場合保険者自身はその十分な給付能力を有していないため、その実施を第3者である医療サービス供給主体に委託することになる。具体的には、保険者と医療サービスの供給主体の間に診療委託契約が締結され、医療サービス提供主体は、被保険者に対し一定の医療サービスを提供する債務を負い、保険者はその対価として診療報酬を支払う債務を負う。医療サービス提供主体がどのように選ばれ、どのようなルールの下でサービスを提供し、どのような方法で報酬の支払いを受けるかは、医療システムのパフォーマンス（サービスを必要とする人が良質なサービスを効率的に受けることができるか）に大きな影響を与えるが、保険者は、診療委託契約を根拠に情報が非対称の医師と患者（被保険者）の関係に（間接的に）介入し、価格やサービスの内容、質について交渉し、良質なサービスが効率的に提供されるような機能を発揮できる可能性¹⁾がある。特に医療サービスの提供主体の個別選択（により医療提供主体相互間に適切な競争環境を設定すること）が重要なポイントであるとする指摘²⁾が多い。日本でも、例えば広井（1997）が、知事による（一律の）保険医療機関の指定から保険者自らが特定の医療機関を選択して価格（診療報酬）を含めた診療契約を締結し、医療内容についての情報を得て医療サービスの内容や質をチェックする「日本型管理競争」を主張し、当初は明らかに非効率な医療機関の指定除外などから始めることを提案している。政府の医療保険審議会（H8. 6. 21「今後の国民医療と医療保険制度改革の在り方について」（第2次報告））も「医療保険制度における当事者の選択と責任の比重を高めるという観点から、保険者（支払側）とその加入者に医療を提供する医療機関が、直接契約する方向を検討すべきではないか。」と述べている。

本稿では、我が国³⁾と我が国の健康保険制度のモデルとなつたとされ、我が国の医療保険制度との共通点も少なくないドイツの疾病保険制度⁴⁾をとりあげ、「（先進）各国は、それぞれ独自の医療保障システムを発展させてきたが、それらは利害関係者—医療供給者、消費者、政府、企業、労組など—の相対的な政治的力関係に依存する。」という B.エイベ

ルスミスの言葉も踏まえながら、医療サービス提供主体の選択の問題を中心に保険者と医療サービス提供主体の関係の政治経済史を振り返り、我が国のシステムの特徴の一端を明らかにすることとしたい。2では、ドイツの疾病保険制度における保険者と医療サービス提供主体の関係を5つの時期に分けて振り返り、3では、我が国場合について4つの時期に分けて概観する。4では、ドイツとの比較を通じて、保険者と医療供給主体の関係についての我が国の特徴の一端を明らかにし、その背景、要因を考えるとともに今後の方向性を展望する。

2. ドイツ疾病保険制度における保険者と医療サービス提供主体の関係

(1) 1883年の疾病保険法（ビスマルク社会保険立法）

ドイツでは、周知のように1883年にビスマルクの主導により疾病保険制度が創設されたが、忘れてはならないのは、ドイツでは中世以来の同業者相互扶助組織の歴史や19世紀半ば以降の事業主負担の企業内金庫、共済金庫制度など疾病保険に連なる制度的な基盤があったことである。疾病保険制度がビスマルクの主導で創設されたことは事実であるが、それは当時の既存のシステムと妥協、またそれらを利用しながら適用対象事業者の保険加入義務を法定する（「金庫強制制度」と呼ばれる）という形で制度化された⁵⁾。このことは、一定のノウハウの蓄積を有し、自立的な保険者を形成しうる主体がある程度存在していたことを意味するものと考えられよう。

ビスマルク疾病保険制度の概要は次の通りである。被保険者は、特定の事業（鉱業、建設業、工場、運輸業等）に従事する賃労働者で、加入を強制した。ビスマルクは、当初国家機関による社会保険全般の直接管理をもくろんでおり、国家が直接保険者になることを望んだが、使用者が国家の過大な関与を嫌ったことなどのため議会側に反対され⁶⁾、保険者は、労使の共同管理下にある疾病金庫となり、保険料は原則として、被用者が3分の2、使用者が3分の1を負担することとなった。給付については、現物給付制が採用され⁷⁾、診療委託契約が必要になったが、法は最小限の給付のみ規定し、医療提供主体の選択や支払いの方法、サービスの質などのチェックシステムについては、基本的には民事法上の契約自由の原則に基づき、すべて個々の金庫に委ねられていた⁸⁾。また、医師の苦情や対立を調整、解決する仕組みはなかった。

その結果、各金庫は次第にコストに敏感になり、最も有利な条件を求めて活動するようになった⁹⁾。具体的には、①医師との契約（選択）：常勤の医師を直接雇う金庫もあれば、費用と質を根拠に、数を限定して地域の（開業）医師を個別に選び、契約する金庫もあった。②医師への支払い：被保険者一人当たりの頭割り（定額）か出来高で払われた¹⁰⁾が、しばしば地域で公式に推奨されている料金表よりも値下げされたものになった。最も普及していた方式は、一人当たり頭割りの定額保険料をプールして、それを出来高に応じて個々の医師に分配するというものであった。③薬剤供給：薬は最低の価格を提示した者から購入された。金庫の中には直営の薬局を持つところがあり、各金庫は償還可能薬剤のリストをそ

れぞれ持っていたようである。④病院の利用：最も有利な価格の病院が利用され、直営の病院を持つ基金もあった。⑤サービス供給のモニター：個々の医師毎に処方率や入院率が詳細にチェックされた。

一方、当時唯一存在した医師団体¹¹⁾は極めて小さく、法案策定に当たってほとんど影響力がなかった。労働運動と連携して患者と収入を獲得する医師もいた¹²⁾が、その両方を失うものも多かった。ある地域では、4分の1の住民が1人の医師によって担当されており、残りの4分の3の住民を45人の医師で担当しているという状況であった。そしてこうした医師という独占的な職能集団の利益にとって好ましくないと思われる状況¹³⁾は、1892年の疾病保険法改正（後述）で被保険者の範囲が拡大され、保険診療が増加したため、さらに進んだ。

（2）1892年の疾病保険法改正と保険者、医療供給主体の対立の激化

被保険者範囲の拡大や、給付期間の拡大等給付の拡充は、保険医療の利用を増加させ、保険医療業務は著しく増加したため、参加を希望する医師が増加する一方、金庫財政を圧迫し、支出を抑制するための改革が行われた。この改正では、支出抑制の手段として保険医療業務に関与する医師を制限するという方法が採用された¹⁴⁾。1892年法で疾病金庫は、希望する医師とその数や種類に関わりなく自由に診療委託契約を締結できることが明記された。また、金庫指定の医師以外によるサービスについては、緊急の場合を除き、その支払いを拒絶できることとした。さらに委託した医師に対する報酬額や支払方法等も一方的に金庫が決定すると規定し、金庫との関係で医師を従属的な立場に追い込んでいった¹⁵⁾。

なお、医師による療養の給付が不十分であるという被保険者の申請に基づき、監督官庁は疾病金庫に対して金庫の指定した医師以外の医師との契約締結を命令できるとする規定¹⁶⁾が設けられ、はじめて保険者と医療供給主体の関係に行政が介入する余地ができた。

疾病金庫が集まった会議で、入院、専門医への紹介、薬剤の処方を過去3年の水準に抑えること、金庫がすべての薬剤を処方できること、医師は、週7日24時間の受け入れ体制を確保することが提案されると、初めて医師によるストライキが発生した。これらの提案を支持しなかった医師は、保険者（疾病金庫）により契約を解除され、別の医師と置換された¹⁷⁾。

その後医師は、団結して疾病金庫に対抗しようと1900年に新しい団体（「医師の経済的利益を擁護するためのドイツ国医師連合会」）¹⁸⁾を組織した。1904年の次期法改正までに新団体に加入する医師は半数を超え、次第に強大な影響力を行使するようになった¹⁹⁾。金庫に不公正な契約を強いられているとして200近いストライキが組織され、特に医師連合会から特定の金庫との契約締結を拒否せよとの指示を出し、契約の締結を阻止するのが有効だったようである。ハルトマン連盟の疾病金庫に対する要求は以下の4点であった。①組織化されたすべての医師を保険医として参加させること、②個人的な契約を団体的な