

契約にかえること、③医師の治療行為及び処方自由、④出来高による診療報酬の支払。特に強く主張されたのが①及び④であった。①と②は関連しており、医師側は、地域の医師連合会と疾病金庫の間で契約を結び、連合会構成員たる医師の範囲で患者が医師を自由に選べるように²⁰⁾とキャンペーンをはった。すべての医師が参入すれば、競争が起きて価格は下がり、医師のサービスは向上し、予防活動を活発にさせ、入院率を下げるというのである。医師側が望んだのは、すべての医師が疾病保険制度へ参入する権利であったが、フリーアクセスという患者サイドからの言い方をしたのは、その方が受け入れられやすいと思われたからであった。一方、基金側は限定された医師との（個別）契約を望んだ。その方がサービス内容のモニターが容易だし、自分たちが効率的であるとする医師を指定できるからである。また、医師団体は医療サービスの利用状況や他の医師の仕事の質をモニターする医師を自分達で選出できるようになることを求め、保険者（疾病金庫）側は、自分たちによる指名を望んだ。さらに医師側は、値引きのない「公平な」水準による診療報酬の標準化を主張するようになった。

医療供給主体の選択をめぐるのは、1904年にライプチヒとケルンで大規模な紛争が発生²¹⁾した。ライプチヒでは、疾病金庫がそれまで契約していた医師との契約を拒否し、医師団体のボイコットにもかかわらず他の医師を診療所に配置した。しかし医師数が不足し、十分な療養の給付ができないとして、前述の規定を根拠に監督官庁が介入し、医師団体の主張に沿った形で契約の締結を命令した。この成果に自信を得た医師団体は各地で闘争を強化することとなった。こうした紛争が1913年末までに1700地区において発生し、次第に帝国政府による介入を不可避とすることとなった。

（3）ベルリン協定（1913年）

1911年のライヒ保険法創設（社会保険の統一法典化）でも、疾病金庫と医療供給主体の関係の調整はつかず、結局個々の疾病金庫と個々の医療供給主体の個別契約に原則として委ねるという従前のシステムが維持された。ただライヒ保険法は医師のストライキに対抗する手段を疾病金庫に与えたため²²⁾、医師団体は、ゼネストの実施を決議するとともに、これまでの契約の破棄を指示した。他方疾病金庫側も対抗措置を指示したため全面対決が必至の状態となり、ライヒ政府はハルトマン連盟と金庫連合会の代表をベルリンに招集し、有名なベルリン協定が締結されることとなった。ベルリン協定の内容は2点である。保険医の選択については、被保険者1350人に最低1人の医師を登録簿に掲載された医師から決める。医師の登録と保険医の決定に当たるのは、金庫、医師双方の同数の代表者より構成される登録委員会（長は派遣された官僚）である。もう一つは契約締結手続きに関してで、当事者の合意を形成させるため契約内容の提示等を行う契約委員会（金庫、医師双方の同数の代表者より構成）と対立が生じた場合に斡旋業務を行う仲裁委員会（金庫、医師双方の同数の代表者と長として上級保険局の局長より構成）が設置された。契約委員会が提示した内容では合意が得られない場合、仲裁委員会が斡旋案を提示し契約の締結を強制する

こととされた。協定は拘束力を有するとされていたが、強制手段を欠いていたため、実効性は弱かった。ただベルリン協定は、保険者と医療供給主体の関係を調整するためのスキームの原形となり、双方の団体を当事者とする方式としてその後の制度に引き継がれていった²³⁾。

なお、従来労資が対立していた疾病保険制度の運営にコーポラティズム的なものをはじめてもたらしたのは、ベルリン協定の直後に勃発した第1次世界大戦であった。すなわち対外的な国内統一の必要性から官僚は労働運動に譲歩し、国家介入型の戦時経済体制の中で官労資の3者構造による協調体制の原形ができあがった²⁴⁾。

(4) ベルリン協定の破棄と1923年のライヒ保険法改正

第1次大戦後の猛烈なインフレや軍医の復員などになどによる医師の増加といった状況の中でベルリン協定によるスキームは強制力を持たなかったため、有効に機能せず再び大規模なストライキにまで発展し、ベルリン協定は1923年末をもって当事者双方から破棄された。ワイマール政府は、従来基本的に保険者と医師の私的自治の問題として位置づけていたことに公的に介入し、法令をよって直接規律しようとした。内容的には、ベルリン協定の手続きをほぼ全面的に取り入れ、各機関を公法上のものと位置づけ、手続きの利用を強制し、決定に行政処分と同様の効力を認めた²⁵⁾。ライヒ委員会（医師及び疾病金庫の各連合会の代表5名ずつとライヒ労働省が選出する公益代表3名から構成）が創設され、個別の診療委託契約の内容や許可に関する基準をある程度拘束力のあるものとして設定できることとなったことも大きい。個別契約か団体契約かを含め、個別の契約は従来通り当事者に委ねられていたが、ライヒ委員会の規則²⁶⁾が「総契約」として団体契約を認めたこともあって、次第に個別契約から団体契約に移行するとともに医師の選択も画一的になされるようになっていった。

なお、この時期（ワイマール期）は、社会保険の分野がモデルケースとなって「国家の仲介の下での労資の団体交渉による自治」というその後のドイツ資本主義の特徴となるシステムが形成された時期でもある²⁷⁾。すなわち、戦争直後の急進的左翼による政治危機が去ると使用者側の協調的姿勢は失われたが、社会民主党が連立して政権参加したこともあり、体制安定化を望む国家官僚が積極的に介入して上から労資協調的なシステムを推進した。疾病金庫と医療供給主体の関係についても、そのアナロジー的に「国家の仲介の下での金庫団体と医師団体の交渉による自治」—ネオ・コーポラティズム的なもの—として理解できるかもしれない。

(5) 1932年のライヒ保険法改正とその後

1929年の世界恐慌は、疾病保険財政を直撃し、疾病金庫と医療供給主体の間に再び対立関係を生じさせた。ライヒ政府は再び介入し、1932年にライヒ保険法を改正した。

1932年法は、これまで当事者に委ねられてきた契約の在り方を団体契約を原則とするも

のに変更する大きな転換点となるものであった。同法は、ライヒ保険法上の社団法人として、加入者全員に保険医療への参加が認められる金庫医師協会（金庫医師の加入を強制）を位置づけ、団体として疾病金庫に対し療養給付の義務を負う一方、疾病金庫と「総契約」を締結する権利と契約に基づく報酬を会員の医師に配分する権限を与えられた。これは、従来当事者に委ねられていた契約の方式が団体契約に変更されたことを意味し、金庫は契約自由の原則の内容²⁸⁾のうち相手方選択の自由を失い、以後医師と金庫が個別に診療の委託を取り決めることは事実上許されなくなった。契約の内容も「総契約」において決定されることになり、具体的な内容はある程度自由に決めることはできたが、ライヒ委員会規則と当事者双方の中央連合会により締結された基本契約とによって大枠は限定されていた。診療報酬についても、算定については、専ら人頭割方式のみを採用すると規定されたものの、疾病金庫は、医師個人に報酬を払うのではなく、「総契約」において確定された「総報酬」を金庫医師協会に支払い、個々の医師に対する配分は、各金庫医師協会が疾病金庫と合意した分配基準に従って行われる²⁹⁾こととなった。さらに医療サービスの利用状況のモニターや監査も金庫医師協会の業務となった。1923年のライヒ保険法が疾病金庫と医師の関係の調整の手続きを公的な規律に服せしめたものだとすれば、1932年法はその内容まで公的に規律したもので、その結果疾病金庫による医療供給主体の個別選択は事実上不可能となり、また診療委託契約の内容もより画一的なものとなった。1932年法のスキームは、ナチス政権時代に一時変更を余儀なくされたが、その後ほぼそのままの形で復活し、1955年成立の現行法に継承されて今日まで基本的に維持されている。

（6）現行制度の概要

改めて現行制度の概要を見る。診療委託契約は、金庫医師協会 (Kassenärztliche Vereinigung) という団体が締結主体になる。金庫医師協会は医師会とは別個の公法上の社団法人として各ラントごとに結成され、診療報酬の受け取りと各医師への分配や金庫医師 (Kassenarzt) 任用の許可への関与などを行う。契約の相手方も個々の疾病金庫ではなく、疾病金庫のラント連合会という団体（公法上の社団法人）であり、診療報酬の支払、金庫医師任用の許可への関与などを行う。金庫医師の任用手続きは次の通りである。保険医療の取扱いを希望する医師は、金庫医師協会の登録簿に登録され、許可委員会（金庫医師協会、疾病金庫のラント連合会双方から任命された同数の委員により構成）が多数決で許可³⁰⁾する。なお筆者が2000年秋のドイツ出張時に地区疾病金庫の関係者から聞いたところでは、特に非効率であるといった理由で特定の医療供給主体を個別に選別、除外するといったことは実際には行われていないとのことであった。診療委託契約は、連邦レベルの連邦基本契約（当事者は連邦医師金庫協会と疾病金庫の連邦連合会）と各ラントレベルの総契約（金庫医師協会と疾病金庫のラント連合会）があり、具体的な診療報酬の算定方法等は後者の中で決定される。総契約、連邦基本契約につき合意が成立しない場合は、法所定の仲裁機関が仲裁を行い、さらに不服がある場合には、出訴も認められる。なお、診療委

託契約の大枠は、連邦委員会（当事者の代表及び公益委員により構成）が設定する契約規則に拘束される。金庫医師に対する診療報酬は、従来、各ラントごとに金庫医師協会と疾病金庫連合会の間で毎年診療報酬総額が定められ、各保険医にはそれぞれの診療報酬点数に応じて配分されていた。従って1点当たりの単価は、総点数に応じて変動することとなり、毎年の報酬総額については、1993年の医療保険構造法により引き上げ率を保険料算定の基礎となる基本賃金の伸び率の範囲内に抑えることとされていた。総額に上限のある出来高払いの方式であり、総額の伸び自体にも枠がはめられていたわけである。1997年の第3次医療保障改革により、金庫医師協会と疾病保険連合会との間で各医療専門分野ごとに件数、1件あたりの点数などを基礎に標準給付量を定め、その範囲内ではあらかじめ固定された1点当たり単価で診療報酬が算定され、それを超える給付については、量的拡大を防ぐ観点から報酬の逡減制を設けることとされた³¹⁾。

3. 我が国における保険者と医療供給主体の関係

(1) 大正11年の健保法制定から昭和17年法律第38号による改正まで

① 医療供給主体の選択

(ア) 健康保険（法制定後関東大震災などで施行が延期され、昭和2年7月1日施行）

健康保険法制定時（所管は農商務省工務局労働課その後内務省社会局へ移管）、保険者と医療供給主体の関係について明文の規定はなく、4年後に公布された健康保険法施行令にも「(療養の給付については)被保険者ハ保険者ノ指定シタル医師又ハ歯科医師中自己ノ選定シタルモノニ就キ之ヲ受クルコトヲ得」(75条、下線は筆者)と規定されたのみであった。従って文理上、保険者（政府又は健保組合）は、保険診療を行う医師と直接契約することができ、政府は告示をもって、健保組合は規約をもって保険医を定めることとされていた。ただ法制定時においては、立法担当者は原案を事業主団体に打診する余裕さえない状態で、保険者と医療供給主体との関係については内容的にもほとんど詰められておらず、制度創設をめぐって医師会と事を構えるとやっかいなことになるといった程度の認識はあったものの、医師会との協議にまでは到底手が回らない状態であった。大日本医師会（1916年設立、会長北里柴三郎）も労働課の設置が閣議決定された大正8年に医療供給主体に関する調査を決定し、翌年被保険者の自由選択に委ねるよう農商相宛てに建議するなど早くから対応をはじめていたが、健保法の制定自体に反対したり、人質にとったりするつもりはなく、命令で規定される具体的な運用方法は法制定後、改めて働きかければ良いと判断していたようである。意図を持って直接契約制を採用していたというよりもむしろ保険医療機関と保険者の関係の重要性について、特に政府及び保険者の側にそれほど深い問題意識がなく、建前上は最も無難な形で規定したというのがより実態に近かったのではないか³²⁾。

実際には、その後法施行前年に、政管健保については、個別の直接契約ではなく、大日

本医師会が建議（健保法制定後の大正11年11月の定時総会で決議し、翌年1月に社会局長官宛建議）した方式であるいわゆる団体自由選択主義（医師会の造語）が採用された。行政内部には医師会への全面委託に反対し、嘱託医制採用を検討する動きもあったようであるが、日本医師会の協力を得なければ健康保険法の円滑な施行は困難であったから、日本医師会の要求を容れる代わりに日医に医療供給主体統制の責任を持たせることとしたようである³³⁾。団体自由選択主義では、保険者としての政府が三師会と団体請負契約を締結し、三師会は保険診療又は調剤の担当者を定めて知事に届け出て保険医等として告示された。被保険者による供給主体選択の（地理的）範囲は、各健保署管轄区域（北海道以外は府県単位となり、医師会区域と一致）であった。

組合健保については、従前から直営診療所や嘱託医を備えた事業所があったため、日医は団体自由選択主義を広げようと外部の医師の受診を認める場合には3割引とする、嘱託医制を採用する場合は、人選・報酬について医師会が折衝するといった案を示し、また行政にも要望し、行政側はそれを受けて、医師会の希望に配慮した形の組合医療組織の「整備標準」を定めた³⁴⁾。実際には、健保組合においても政管健保に倣って、日本医師会や道府県医師会等の要望を受けてそれらとの間に診療報酬を含む団体請負契約を結び、これらの団体が自己の団体に所属する医師の中から保険診療に従事する担当者を定め、それを健保組合が指定するという形で個々の医師と契約を行ったこととする場合が多かったようである³⁵⁾。

従って実質的には保険者である政府や健保組合が保険医を個別契約し、選別していたわけではなく、実際に保険医を決めていたのは医師会（日医は全会員に引き受けさせると行政に約束していたらしい）であり、行政も日医を通して間接統制する趣旨から、日医の団体自由選択主義を容認していた。その後、日医の診療報酬の増額要求に対抗して、行政内部で嘱託医制度が検討されたこともあったが実施されることはなく、団体自由選択主義は維持された³⁶⁾。

（イ）国民健康保険（昭和13年4月1日公布、同年7月1日施行）

国民健康保険の保険医についても、医師会は保険者である国保組合と医師会の団体契約を要望したが、産業組合との対立など諸般の事情から法令上明確には規定されず、「組合又ハ組合ノ事業ヲ行フ法人ノ被保険者ニ対シ診療又ハ薬剤ノ支給ヲ為ス医師、歯科医師又ハ薬剤師ノ範囲ハ地方長官ノ認可ヲ受クベシ」（法46条）として、建前上は認可を得られるのであれば保険者は個別の直接契約により医療供給主体を選択できることとなっていた。しかし実態的には、郡市医師会との団体契約が望ましい（昭和13年7月4日通牒）とされ、地方長官の認可が必要であったため、郡市医師会を単位として団体請負方式により保険医が定められる場合が多かったようであり、報酬面など医師会との契約妥結に苦勞し、保険者が保険医を個別に選択していたというような状況ではなかった³⁷⁾。

②診療報酬など診療契約の内容

診療報酬や診療方針については、健保も国保も法令上は特段の規定をおいていなかった。

(ア) 健康保険

政管健保の一般診療報酬は、保険者である政府と日本医師会の診療請負契約に基づき、人頭割請負方式により支払いが行われた。日本医師会は政府の事前承認を受けて、昭和10年度までは都道府県別の被保険者数に応じ、昭和11年度から17年度までは被保険者数と傷病率に応じて各道府県医師会に配分し、道府県医師会は、日本医師会の「診療報酬点数計算規定」により診療実績に応じて各保険医に按分した。(上限ある総報酬を道府県医師会を通じ、実績主義で配分するシステムであり、ドイツの仕組みに近い) また、事務費は診療報酬の中から充当し、算定基礎と金額について政府の承認を受けることとされた。当初1点単価に大きなばらつきがでて紛争のまとなったようであるが、昭和16年頃には統一単価にかなり近いものになった³⁸⁾。

組合健保の一般診療報酬は、保険医療機関の多様な形態を反映して人頭式、定額式、時価式、割引式など相手に応じ様々な方式—これらの形態は、いずれも大正15年10月の日本医師会第4回総会における決裁「健康保険組合トノ診療契約ニ於ケル報酬様式」による—がとられた。その後次第に時価式(政府管掌の道府県単価を準用する方式)を採用する契約が増え、昭和11年度には3分の2以上の契約が時価方式となっていた³⁹⁾。健保連は、総合的一括契約を望む会員組合の声を受け、昭和15年に日本医師会と申し合わせを行い、診療契約の統一的な基準を提示し、以後それに基づき各健保組合が医師会と交渉を行い診療契約を締結するようになった。申し合わせの内容は政管健保に準ずる部分が多く、従って結果的に医師会の意向に沿ったものとなる傾向が強かった。

診療方針については、昭和3年にはじめて政管健保について定められた。それは、日医の診療報酬の増額要求に対し、地方により1点単価に大きなばらつきがあるなど診療報酬の分配が問題となり、その公平化を図るため保険医の診療に一定の指針を与えることを目的とするものであった。そして、日医と政府の契約書に「保険医は政府の定める診療に従事する」旨が挿入された。そしてはじめて診療方針が制定され、その冒頭で「健康保険ノ診療ハ必要ノ範囲並ニ限度ニ於テ、之ヲ行フヘク経済的ニシテ、而モ最モ適切ナルモノタルヲ要ス」とされた⁴⁰⁾。

その後、昭和11年に「経済的」という字句を削除して治療方針を緩和するとともに保険診療が労働力回復のためであるとし、同16年の改正で「健康保険診療方針」となって、それまで保険対象外とされていた疾病の例示を廃し、「医師として治療を要すると認めた程度の傷病」はすべて保険医療の対象とすることとされた。組合健保については、診療方針についても政管に準ずるのを常とした⁴¹⁾。

(イ) 国民健康保険

国保については、各保険者(国保組合)が医師会(県一括若しくは郡市医師会)と契約を締結し、点数定額制または料金定額制の診療報酬を採用した。具体的な点数や料金は指

示されなかったため、診療契約が成立しないといった例が各地に見られたようである⁴²⁾

③まとめ

このように、健康保険法制定時において保険者と医療供給主体との関係は、両当事者の合意に委ねられるものとして形式的には位置付けられ、診療委託契約の相手先の選択やその内容も建前上は自由であった。しかし実態的には、医療供給主体の選択や診療報酬などの契約内容も契約当事者の実質的な力関係を反映して基本的に医師会の要望に沿った方式をとっている政管健保に準じる形で収斂・画一化していく傾向があったように思われる。健康保険組合も保険の効率的運営のため、医療供給主体を個別に選択し契約しようといったことに積極的に取り組んだようには見えない。行政も政管健保への収斂を容認、ないしは医療保険の円滑な運営のため積極的に推進というのが基本的な立場であったように思われる。従って実質的には、保険者が医療供給主体を個別に選別したり、診療報酬の決定に影響力を行使したりする余地はほとんどなかった⁴³⁾。このように建前上は、保険者機能が働く余地があったが、実際には機能しておらず、そもそも行政を含めた保険者や立法担当者の側に保険者と医療供給主体との関係の重要性についてどこまで認識があったか疑問であり、あまり自覚されていなかったというのが実態だったのではないか。

(2) 昭和17年の改正法から昭和23年法律第126号による改正くらいまで

①医療供給主体の選択

健康保険法と職員健康保険法が統合された健康保険法の改正（昭和17年法律第38号）により、強制指定制度—保険医は行政庁（都道府県知事）が各保険者（健保、国保、船保）共通の保険医療担当機関として一方的に一括指定し、医師は正当な理由がなければ拒めない。一が導入され、保険医療組織が法定（健保法43条の3，国保法19条の3）された⁴⁴⁾。その趣旨は、戦時体制下、健民強兵政策への医師の協力を確保するため、保険医を統制することにあつた⁴⁵⁾。昭和16年の保険院による「社会保険（短期給付）構成基本要綱」では、「社会保険の医療形体を統一し、原則として医療機関あげて社会保険の医療を担当せしめるとともに、いずれの社会保険においても診療方針及び診療内容を同一ならしめ、一般診療と差異なきものたらしめる⁴⁶⁾。」とされている。

なお、健保法施行令75条では、指定に際しては道府県医師会長等の意見を聴くこととされ、医師会の意向を無視した指定は困難であり、医療機関の個別の選別にはならなかった。これにより建前上は認められていた保険者による保険医の選択権が名実共に消滅し、以後現在まで半世紀にわたって行政庁による指定制度が維持されている。

②診療報酬など診療提供契約の内容

昭和15年6月の職員健康保険法の施行に当たり、現物給付の療養に要する費用は、法律上厚生大臣の定めるところによるとする点数単価方式（勤労定額式）の報酬制が採用さ

れた。それは昭和17年に職員健康保険と健康保険法が統合された際、ほとんどそのまま健康保険に採り入れられて法令上規定（健保法43条の5）され、健保の支払方式については従来の方式が変更されることとなった。同時に国保についても、昭和17年の改正で法8条の6の規定に基づき、保険者は療養担当者と協議の上、厚生大臣の定める標準額を基礎として、適正な診療報酬の額を定め、知事の認可を受けなければならないとされ⁴⁷⁾、厚生大臣が定める額を基礎に決定されることとなった。こうして保険医に対する診療報酬も行政庁としての厚生大臣が日本医師会長等の意見を聴いて公定することなどと法定され、健康保険、船員保険、国保に共通するものとして一点単価及び別表による点数表（点数表は日医の健康保険診療報酬計算規定がそのまま採用された。）が定められた⁴⁸⁾。それに伴い、昭和19年6月に社会保険診療報酬算定協議会（中央社会保険医療協議会の前身）が設置された。

職員健康保険制度や（統合後の）健康保険がこのような方式採った理由については、戦時の統制的な体制の下、受診数が増えるほど単価が下がる人頭式の不合理（と認識されていた）を是正し、医師側の要望する方式を受け入れることで、多年にわたる日医等との契約上の紛糾を回避し、制度運営上の安定を得たいとの意向が強かったのではないかと推測されている。その背景として、当時の政管健保は膨大な積立金を有して財政的なゆとりがあり、政府側にそれを活かして保険診療を普及させたいという意向があったこと、職員健康保険ではじめて導入された患者の一部負担が統合後の健康保険でも制度化され、一定の歯止めとして期待されたことなどが指摘できるかもしれない。いずれにしろ勤労定額式報酬制によりはじめて総報酬に上限のない出来高払いの仕組みが導入されることとなった。その方式が以後基本的に維持されていることは周知の通りである。なお、その後国保については、厚生省が全国統一単価を定めるのが次第に困難になり、「地方社会保険診療報酬算定協議会」（昭和21年12月30日保険局長通知）により診療報酬単価は各保険、各県まちまちなものが決められるようになり、医師会との間で摩擦を生じた場合もあった。

また、昭和16年からこれまで日医に委託されていた診療報酬の支払・分配業務について政府が地方庁を通じて保険医に直接支払う形に改められた。組合健保についても健保連が支払いを行うこととなったが、数年を経ずに再び日本医師会に委託して支払うこととなった⁴⁹⁾。なお、診療報酬請求書の審査については、施行令には保険者が審査決定すると規定されたが、実際には政管健保については、保険医の指導と合わせて医師会に委託するという従来の方法が踏襲された。

診療方針についても、昭和17年の改正で診療方針制定の根拠が健保法上はじめて法定（43条の4）され、それに基づき、行政庁が定めるものとして「健康保険保険医療担当規定」（昭和18年3月厚生省告示第105号）が告示され、従来の診療方針がほとんどそのまま取り入れられた。行政庁が診療方針を定めるという仕組みは以後半世紀にわたり現在まで維持されている。

③まとめ

このように、戦時体制下健民強兵のため、保険医療機関の統制などを目的に保険医の指定、診療報酬の決定権などが名目上も保険者（健康保険組合）から剥奪され、実質的には医師会側から行政へ移行した⁵⁰。ただ保険医療機関は医師会長の意見を聴いて指定、決定することとされるなど、医師会の意向に反して行使できるようなものではなく、保険者の個別選別により、医療機関を競争環境におく可能性があるというようなものではなかった。さらに、診療報酬や診療方針についても保険者（健康保険）側は契約当事者としての地位を剥奪されたのに対し、医療供給主体の側については、医師会の意向を無視することはできず、むしろ医師会の方式がそのまま公定されるような形や従来の内容を踏襲する形で制度化され、全国统一の基準が設定されたため、医療供給主体間の競争は一層生じにくくなった。特に、支払い方式に初めて総枠に上限のない出来高払い制度が突っ込んだ議論もないうまま導入されたのがこの時期であることが注目されるが、経済全体が強い統制下に置かれ、保険診療の普及を図ることを第1の目的として整備を進める中で、政府による直接支払い方式になったということもあり、逆に制度が固有に持つ歳出膨張誘因という問題点が十分に自覚されにくかったことがあるのかもしれない。いずれにしろ、戦時下で確立した保険者に代わって公定するというシステムが我が国の制度の基本となり、以後半世紀にわたり現在まで維持されることとなった。

(3) 昭和23年改正法くらいから昭和32年法律第42号による改正くらいまで

① 医療供給主体の選択

健康保険制度においては、任意指定制度—行政庁の指定は維持されたが、指定は医師の同意に基づくものとなり、(一定の予告期間をおけば)指定の辞退も自由—となったが、医療供給主体の選択が保険者ではなく、行政の役割とされた点に変更はなかった。法定当初の団体自由選択主義に戻らなかったこと理由として、医師会が強制加入の公法人から任意加入の民法法人に改組された⁵¹結果、団体請負契約の当事者としての適格性が不十分になったことが指摘される⁵²が、本来保険者の権能である保険医療機関の選択を行政が手放さなかったことについては、健保連からの強い返還要求もない中で、権限の極大化という行政の行動原理も大きかったのではないかとも思われる。また、原則的にすべての医師が指定されており、指定拒否の行政裁量が原則としてないと解されていたので医師会としても実害はなかった(競争にさらされないという意味でむしろ望ましかった)からではないか。

一方、国民健康保険では、市町村公営原則等を内容とする昭和23年の法改正により、保険医療担当医は保険者(市町村)が指定するという直接契約制が導入(法8条の4)され⁵³、国民皆保険を達成する昭和33年の国保法制定時まで継続した。これは前年に予算措置された「組合医」を法定化するもので、医師側との対立を回避し、協力的な医師のみを確保して国保運営の円滑化を狙ったものであったが、実態的には、その後も郡医師会と

の団体契約が多数を占め、行政が保険医を指定する制度以前の状態に復帰していたかのようであり、結局この制度は空文化し、保険者が医療供給主体を個別に選択するというような状況にはなかった⁵⁴⁾。

②診療報酬など診療提供契約の内容

診療報酬については、前述の社会保険診療報酬算定協議会が昭和25年に中央社会保険医療協議会に改組されたが、健康保険の診療報酬を行政が公定するという仕組みに変更はなかった。国保については、法8条の5（昭和23年法70号による改正）に基づき、保険者は療養の給付を担当する者と協議の上、社会保険診療報酬算定協議会に於いて審議した国民健康保険の診療報酬の標準額を基準として診療報酬を定め、都道府県知事の認可を受けなければならないこととされ、標準額を基準に保険者と医療機関との協議により決定されることとされた⁵⁵⁾。全国統一の標準額が基準となっており、保険者が個別に価格交渉を行うというような実態にはなかった。

診療方針については、全面的再検討が行われ、昭和24年4月に療養担当規定が全文改定されたが、行政庁が公定するという基本的な仕組みに変更はなかった。

③まとめ

このように、医療供給主体の選択については、健康保険については、強制ではなくなったものの戦前の行政による指定の方式が維持された。国保については、実態的には団体自由選択主義に近い方式に戻っていたようであるが、いずれにしろ医療機関を個別に選別できるような状況ではなかった。診療報酬については、健保は従来通り公定され、国保は公定の標準額を基準に定められており、自由な価格交渉がなされうるような状況ではなかった。診療方針についても従来通り行政庁により公定された。

（4）昭和32年の改正法から現在まで

① 医療供給主体の選択

昭和32年の健康保険法の改正により、いわゆる二重指定制度—保険医療の担当者として医師個人を指定する個人指定方式を、医療機関を指定する機関指定方式に改め、別に保険診療に従事する医師も保険医として知事の登録を受けなければならない—が導入された。これは、保険診療が医師個人ではなく、機関として行われるようになってきた実態を踏まえたものとされている。判例は、知事による保険医療機関の指定を、国の機関としての都道府県知事が第三者である被保険者のために保険者に代わって医療機関との間で締結する公法上の契約であるとしており⁵⁶⁾、指定の主体は機関委任事務の廃止などを内容とする平成11年のいわゆる地方分権一括法により厚生大臣（中央省庁再編後は厚生労働大臣）となったが、保険者ではなく行政庁が医療供給主体を決定するという仕組みに変更はない。そしてこの指定により、保険医療機関は、一定の療養の給付の担当方針に従って被保険者に

対して療養の給付を行う債務を負い、保険者は、保険医療機関から療養の給付の対価として請求された診療報酬を支払う債務を負うと説明され、契約の基本的な内容（療養の給付の範囲及び受給方法—43条、保険医—43条の2、5、保健医療機関の指定要件、方法—43条の3、保険医療機関・保険医の責務—43条の4、6、大臣又は知事の指導—43条の7、診療報酬—43条の9、大臣又は知事の監査—43条の10、指定の辞退等—43条の11、指定の取り消し—43条の12）が健康保険法により法定約款に相当するものとして規定されていることから附合契約であるとされ、療養の給付という事務の委託を目的としていることから準委任契約であるとされている。

一方、国民健康保険についても昭和33年の新法では、療養の給付は知事の登録を受けた医師等が担当することとされ（法36条3項）⁵⁷⁾、2重指定制ではないものの健康保険同様保険者ではなく行政庁が医療供給主体を選択する制度となった。その後平成6年の改正で、健保の保険医療機関を国保の保険医療機関とすることとされ、保険医の登録についても健保を準用することとされた。

② 診療報酬など診療提供契約の内容

診療報酬については、甲乙二表制による新診療報酬体系「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（厚生省告示第177号）へと移行したが、行政庁が全国統一価格を公定するという仕組みに変更はなかった。国民健康保険についても、昭和33年の新法で、療養の給付に要する費用の算定については、健康保険法の規定による厚生大臣の定め例による（法45条2項）とされ、名目上も保険者ではなく行政が決定することとなった。なお、割引契約の規定（45条3項）があるが、空文化している。

診療方針についても、昭和32年5月「保険医療機関及び保険医療養担当規則」が制定（2重指定制度に伴う改正）され、その後、性病等、結核、高血圧、精神科の治療指針や抗生物質の使用基準などが順次制定されたが、行政庁が公定する仕組みに変更はなかった。また、国民健康保険についても新法で診療方針は厚生大臣が定めることとされた。

③ まとめ

医療供給主体の選択については、健保、国保とも行政による指定及び登録の方式となり、名実共に保険者の選択権はなくなった。診療報酬についても、国保についても健保に準じた全国統一の公定価格となって価格競争の余地はほとんどなくなった。

4. 保険者と医療供給主体の関係についての我が国の特徴—ドイツとの比較を通じて—

(1) 以上、保険者と医療供給主体の関係をめぐる日独の歴史を振り返ってみると、ドイツの場合、保険者と医療供給主体の関係は、両当事者の合意に基本的には委ねられるものとして位置づけられ、制度創設当初は個々の疾病金庫が効率的な医療供給主体を個別に選択して契約することも行われていた。それに対抗する形で医療供給主体側の組織化が進み、両者の激しい対立を調整する過程で次第に政府が診療委託契約の手続きや内容に介入し、国家の仲介の下での保険者と医療供給主体の団体交渉による自治とも呼びうるようなシステムになった。その結果、保険者が医療供給主体を個別に取捨選択することは困難になり、行政の介入による診療報酬など契約内容の画一化もあって医療供給主体間に厳しい競争は生じにくくなった。

これに対し我が国の場合、当初、形式的には両当事者の合意に委ねられていたが、保険者が医療供給主体を個別に選択するような実態はなかった。むしろ医師会の要望に沿った方式を採っていた政管健保に収斂する形でシステムが形成され、保険医の選択権は団体自由選択主義の下、保険者ではなく事実上医師会が持っていた。その後、統制的な戦時体制下で医療提供主体の選択、診療報酬、診療方針とも政府が画一的に公定する強制指定のシステムが導入されたが、その趣旨は健民強兵策への医師の協力を確保するため保険医を統制することなどにあり、実態的には医師会の意向に反する形で行使できるようなものではなく、医療供給主体間の競争は否定された。戦後、任意指定制度になったが、健康保険については、基本的には保険者の関与を一切認めず行政が事実上公定するシステムがその後半世紀以上にわたって継続してきている。国民健康保険についても建前上は保険者の医療供給主体の選択が認められていたが、実態的には医療機関を個別に選択できるようなものではなく、新法により知事の登録による公定制となった。

診療報酬、診療方針については、全国共通のものとして公定され、医療供給主体間の競争を阻害するものになっているが、一応中医協の場を通じて保険者も間接的にしる関与できる仕組みになっている。しかし、医療提供主体の選択については、都道府県におかれる地方社会保険医療協議会を通じて関与できる形にはなっているものの、形式的に指定要件を具備した医療機関の指定を拒否することは原則としてできないと解されているため、保険者の関与の道が閉ざされている。これは、国際的に見ても異例であり、筆者が知る限り医療提供主体について保険者の関与を事実上認めず、政府が公定するというような行政の権限が大きいシステムは他に例がない。国民皆保険制度の下、保険によるサービスが事実上ほとんどの部分を占める中で、必需的である医療サービスを確保するためには、診療委託契約に対する何らかの公的な関与は正当化されるし、必要であろう。しかし、診療委託契約は本来、保険者と医療供給主体の間での合意を基本とするべき事項であるように思われ、契約の当事者であるはずの保険者からその地位を奪い、政府による公定を簡単に正当化できるかどうか疑問である。保険者と医療供給主体の関係に公的な関与を行うとしても、そ

の主体は政府ではなく、公的な主体としての保険者（当事者）の連合体であるほうが自然であり、政府の役割は、自らが当事者になることではなく、ドイツのように両当事者間の合意に向けた手続や合意内容のモデルを設定することなどに限るべきでないか。少なくとも一方の当事者である保険者の関与を一切認めないのは不合理であると言わざるをえないように思われる。

（２）なぜ我が国のシステムがこのような特異なものになったのかその理由を考えてみると、我が国の場合、政府自らが保険者になる（政管健保や市町村国保）などもともと官主導の面が強く、診療委託契約の内容についても、医師会の要望を基本的にそのまま受け入れた政管健保の方式が健康保険組合にも準用されるような形で制度化される場合が多かった。その背景には、ドイツと異なり制度創設当時から医療政策に大きな影響力を持った医療供給主体の団体がすでに存在し、この問題にも敏感であったこと、逆にドイツの相互扶助組織などのような制度的基盤がなく、一定のノウハウを有する主体性を持った保険者が全体として未成熟だったことが指摘できよう。診療委託契約については、基本的には保険者と医療供給主体の合意に委ねられる中で、従来は、政管健保における保険者（＝政府であった）が採用した１つの方式にすぎなかったものがベースとなっていたが、それが統制的な戦時体制下において、いわば公私混同されるような形で政府が保険者としてではなく、行政主体として独占的に公定する制度（公法の規律に服する）へと転化していったのではないか。戦後も半世紀以上にわたりそのシステムが基本的に継続されてきているのは、①著書『1940年体制』で野口が、その特徴として指摘した競争否定のシステムが医療供給主体（の団体）にとって心地良いものであったこと、②行政にとっても自分たちの出番を保障し、その権限が確保される面があったこと、③保険の効率的な運営を目指し、医療供給主体と対峙すべき保険者も事実上健保組合に限られており、その力も全体として十分なものでなかったのに加え、右肩上がりの経済を背景に、医療供給者との面倒な交渉はできるだけ行政にまかせて、直接関わることに必ずしも積極的でない面があったことなどがその理由として指摘できるのではないかと思われる。

エイベルスミス（1996）は、ドイツなどの歴史を振り返って保険者と医療供給主体の団体の対立の激化が政府の介入を生み、政府の介入により、医療供給主体は厳しい競争に晒されることがなくなり、保険者は費用を抑制する方策を奪われたとしている。これに対し我が国の場合、そもそも医療提供主体に有利な仕組みが行政主導により整備されている。すなわち、主体性を持った保険者が未成熟だったこともあり、医療供給主体との対立の激しさ自体比較にならないように思われるし、いわば両当事者の本格的な戦いのないまま、行政がその要望をほぼ丸のみする形で医療供給主体側に有利な仕組み（団体自由選択主義など）が導入され、それが戦時下に保険者の権能を剥奪した行政主導の統制的システムとして転化して確立し、その後半世紀以上にわたりほぼそのままの形で現在に至っている。ただ、行政が意図的に医療供給主体が競争に晒されないようなシステムを採用したと

いうよりはむしろ保険者と医療供給主体の関係については、そもそもこれまで問題意識すら十分なかったのではないかという印象が強い。その背景としては、全体として量的に不十分であった医療サービスの恩恵に社会保険を通じて多くの国民が浴するようになることを優先する行政主導のシステム整備があったことが指摘できるかもしれない。また、制度の歴史的な基盤がなく、主体性を持った保険者—その形成のためには自立した市民集団の存在が必要であろう—による下からの制度形成ではなく、輸入をベースとした政府主導の上からの制度形成が（結果的に）保険者と医療供給主体の関係に関する対応を停滞させた面もあったかもしれない。

（3）改めて日独の制度を比較してみると、保険者選択については、ドイツが保険者団体と金庫医師協会との合意事項とされ、金庫医師の任用について許可委員会への参画という形で保険者団体の関与を認めているのに対し、我が国の場合、保険者は一切関与することができず、行政による指定は、公法上の準委任契約とされ、医療機関が形式的な要件を満たしていれば指定拒否の行政裁量は原則としてないと解されている。つまり、ドイツの場合は、許可委員会が任用を否決することにより、保険者が例えば著しく非効率な医療供給主体を個別に金庫医師から除外することが制度的には可能であるが、我が国では保険者により医療供給主体を個別に選別することは基本的に不可能な仕組みになっている。エイベルスミスは、保険者と医療供給主体の団体という両当事者に対する（調停者のような形式的には中立な立場での）行政の介入でも、保険者は費用抑制の方策を奪われ、医療供給主体に有利な状況を実現させたと指摘している。そうだとすれば、我が国のように保険者から当事者としての地位自体を奪ってしまうという行政の介入が医療供給主体にとってさらに有利な状況を作り出す可能性が高いことは想像に難くない。医療供給主体の選択について、少なくとも本来の当事者である保険者に一定の実質的関与を認めるような制度の改正を検討する必要があるし、選択権を与えられたときにそれが適切に行使できるよう保険者内部の人材の育成や診療情報のデータベース化といった情報インフラの整備を進めていくべきであろう。それは、これまで温存されてきたレベルの低い医療供給主体の退出を促進させ、我が国の医療サービス全体の水準向上に寄与することになる。

また、診療報酬についてもドイツが従来、総額の上限を設定した出来高払いの方式をとり、さらに量的拡大を防止する方策を導入しようとしているのに対し、我が国は基本的に上限のない出来高払いという医療供給主体に有利な仕組みが半世紀以上に渡って基本的に維持されてきている。診療方針も含め、中医協への参加という形で保険者の一定の関与を認めているものの、当事者としての保険者の合意によってではなく、行政が公定するという構造になっていることが保険者側を依存的にするとともに歳出の膨張に歯止めがきかない医療供給主体側に有利な仕組みが長く維持されることになった原因の一つでもあるように思われる。また、行政庁が公定するシステムは、行政が政治的な影響を受ければ、さまざまな歪みが生じることも懸念される。保険者に当事者としてのレベルアップを求め、そのた

めの環境整備を図るとともに良質な医療サービスの効率的な提供に向けてより実質的な関与を可能とするシステムをの在り方を検討していくべきであろう。その結果より適切な価格体系などが整備できれば、我が国医療の向上に寄与することになる。

(4) なお、仮に保険者に医療供給主体の個別選択などが認められたとしても我が国のようにそもそも保険者としての行政の役割が大きい(政管健保、市町村国保)場合、医療供給主体と対峙する主体として相応しいかどうか疑問無しとしない。エイベルスミスが言うように、仲介者としての行政の関与ですら医療供給主体に有利に働くのだとすれば、自ら保険者になるというより大きな行政の関与は、医療機関と対峙すべき本来の保険者の役割を奪い、結果的に緊張感の乏しい関係を保険者(行政)と医療供給主体との間に作ることにつながる可能性が高く、サービスの質や効率性の向上につながる保険者機能の発揮が期待できなくなるように思われるからである。現在のように医療供給主体の団体の政治的影響力が極めて強い場合はもちろんであるが、行政は公衆衛生や学校保健、防災など様々な分野で、医療供給主体の協力を不可欠としている。そうした中で、保険者としての行政が、保険の効率的な運営を求める合理的な主体としての立場だけを貫くことができるか疑問である。尾形(1999)は、何よりも保険者機能が有効に発揮されるような保険者の在り方を考え、そこから医療保険制度体系や保険者の再編成を論じていこうと提案し、政府管掌健康保険や国民健康保険を改革し、行政以外の主体を保険者とする医療保障システムの再編成を具体案として示している。制度創設期と異なり、現在の我が国には、一定のノウハウを有し、主体性を持った合理的な保険者となりうる行政以外の主体が登場する一定の基盤とそれを支える自立した市民の集団がある程度存在するように思われ、地方分権などの視点を加味すれば、行政主導から市民主導の医療制度への転換をもたらす興味深い提案になるように思われる。不十分ながら本稿で取り組んだ保険者と医療供給主体の関係の検証は、保険者の再編の具体化を検討するにあたって、一つの視座を提供するものになるかもしれない。

¹⁾ ただし、保険者の利害は、被保険者や患者の利害と常に一致するわけではなく、場合によってはいわゆる粗診粗療を促進し、患者の利益を害する場合すらあることに注意する必要がある。

²⁾ Enthoven(1997)等参照。

³⁾ 我が国については、新田(2001)Ⅲが要領よくまとめている。

⁴⁾ その多くを倉田(1990)やエイベルスミス(1996)などの先行研究に依拠している。

⁵⁾ 倉田(1997) pp.96-101

⁶⁾ ビスマルクの社会保険制度に対し、使用者側は費用負担を増やし、国際競争力を落とすだけとして基本的に反対。労働者側も資本への労働の従属を固定するものとして反対。福田(2000) p.77

⁷⁾ 倉田(1990) p.789。倉田によれば、現物給付原則を採用した理由は、立法担当者が十分な資力のない被保険者に立替払いなしで給付を受けられるようにしたためだとされている。倉田(1997) p.96。

⁸⁾ 倉田(1990) p.790-1。倉田によれば、療養の給付は、原則として開業認可された医師によりなされねばならないとされていたが、例外が認められていた。金庫が契約する医師数、報酬支払方式など診療委託契約の内容は自由であった。

- 9) エイベルスミス (1996) p. 22
- 10) 倉田 (1990) p. 794 注 23。
- 11) 医師の職能団体としての医師会の全国組織として「ドイツ医師連盟」が1873年に設立されていたが、規定された権能以上の運動を行うことは認められておらず、ストライキなどの実力行使をすることはできなかった。議会や官庁などに対する陳情書の提出などを行うだけであった。倉田 (1990) p. 952
- 12) 疾病金庫が労働組合や社会民主党の政治的拠点として利用されることが少なくなかったことと無関係ではないように思われる。福田 (2000) p. 78
- 13) 無論、厳しい競争に晒されることを好む医師も個人的には少なくないかもしれないが、全体としては相互に厳しい競争をするよりは、外部に対して医師という独占的な職能集団の利益を守ろうとする傾向が強いように思われる。
- 14) 倉田 (1990) p. 950
- 15) エイベルスミス (1996) p. 22、倉田 (1990) p. 951
- 16) 1892年改正による1883年の疾病保険法56条a。倉田 (1990) p. 951
- 17) エイベルスミス (1996) p. 22
- 18) 設立者の名にちなんで「ハルトマン連盟」とも呼ばれる。倉田 (1990) p. 952
- 19) エイベルスミス (1996) p. 22
- 20) これは、我が国の政管健保で当初採用された団体自由選択主義と同様の仕組みである。
- 21) 倉田 (1990) p. 953
- 22) ライヒ保険法370条。倉田 (1990) p. 959
- 23) 倉田 (1990) p. 968
- 24) 福田 (2000) p. 78-79
- 25) 倉田 (1990) p. 974
- 26) 倉田 (1990) p. 975-6
- 27) Manow (1997) pp. 22-24
- 28) 契約自由の原則の内容として通常次の4つがあげられる。契約（をするかしないか）の自由、相手方選択の自由、内容決定の自由、方式の自由。
- 29) 倉田 (1990) p. 982-983
- 30) 不服がある場合には、不服申立て及び出訴が認められている。倉田 (1990) p. 758
- 31) 古瀬・塩野谷 (1999) p. 333
- 32) 中静 pp. 94-95
- 33) 中静 pp. 160-163
- 34) 中静 p. 166、『医療保険半世紀の記録』p. 230 整備標準の内容は、専属診療機関のある場合は利用してよいが、専属機関のない場合は、被保険者数や地域的分布を参酌して相当数の医師を自由に選択できるように選定する等である。
- 35) 新田 p. 87、日医と道府県医師会が対立することはあったが、保険者の自由な選別とは関係のない日医の全国統制にかかる問題についてであった。『健康保険組合の発達』416-421
- 36) 中静 pp. 168-173
- 37) 『健康保険30年史下巻』p. 268、『詳解 国民健康保険』pp. 597-598
- 38) 『医療保険半世紀の記録』pp. 139-140
- 39) 『医療保険半世紀の記録』pp. 140-141
- 40) 『医療保険半世紀の記録』p. 190
- 41) 『医療保険半世紀の記録』p. 190-191
- 42) 中静 p. 268、『健康保険30年史下巻』p. 268
- 43) 新田 pp. 88-89
- 44) 『医療保険半世紀の記録』p. 231
- 45) 新田 pp. 89-90
- 46) 吉原 (2000) p. 100
- 47) 『詳解 国民健康保険』p. 761
- 48) 中静 pp. 269-270
- 49) 『医療保険半世紀の記録』p. 209
- 50) 新田 p. 90
- 51) それにはGHQのサ姆斯公衆衛生福祉局長の意向が強く働いたようである。
- 52) 新田 (2001) p. 131
- 53) 『詳解 国民健康保険』p. 602

54) 中静 p. 305、『健康保険30年史下巻』p. 269

55) 『詳解 国民健康保険』p. 602

56) 新田(2001) p. 124

57) 『詳解 国民健康保険』p. 608-609

(参考文献)

- 1 足立正樹 1993 「ドイツの社会保障」 足立正樹編著 『新版 各国の社会保障』 法律文化社所収
- 2 上村政彦 1982 「健康保険組合論(10)」 『健康保険』 第36巻第11号
- 3 尾形裕也 1999 『21世紀の医療改革と病院経営』 日本医療企画
- 4 倉田聡 1990 「ドイツ疾病保険制度の形成と発展(上)(下)」 『北大法学論集』 第40巻第3, 4号
- 5 倉田聡 1994 「ドイツ疾病保険制度の現状と課題」 『社会保障法』 第9号
- 6 倉田聡 1997 『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』 北海道大学図書刊行会
- 7 厚生省国民健康保険課 1960 『註解 国民健康保険』 国民健康保険調査会
- 8 厚生省国民健康保険課 1989 『国民健康保険五十年史』 ぎょうせい
- 9 厚生省保険局 1958 『健康保険三十年史 下巻』 全国社会保険協会連合会
- 10 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部 1974 『医療保険半世紀の記録』 社会保険法規研究会
- 11 新川敏光 1993 『日本型福祉の政治経済学』 三一書房
- 12 鈴木三郎 1995 『健康保険組合の発達』 社会保険新報社
- 13 田近栄治・油井雄二 1999 「高齢化と国民健康保険・介護保険—財政の視点から—」 『季刊社会保障研究』 35巻2号
- 14 土田武史 1999 「医療保険」 古瀬・塩野谷編 『先進諸国の医療保障 ドイツ』 東京大学出版会所収
- 15 中静未知 1998 『医療保険の行政と政治』 吉川弘文館
- 16 西田在賢 1999 「マネジデケアは社会保険医療体制にも有効か? (上・中・下)」 『社会保険旬報』 No. 2035, 2038, 2040
- 17 新田秀樹 2001 『社会保障改革の視座』 信山社
- 18 野口悠紀雄 1995 『1940年体制』 東洋経済新報社
- 19 広井良典 1997 『医療保険改革の構想』 日本経済新聞社
- 20 福田素生 2000 「雇用と医療保険制度—コーポラティズムと保険者機能の調和」 総理府雇用・福祉研究会 『雇用の変化と社会保障との関係に関する研究会報告』 所収
- 21 松本勝明 1999 「医療保険改革」 古瀬・塩野谷編 『先進諸国の医療保障 ドイツ』 東京大学出版会所収
- 22 Abel-Smith B. 1996 "The Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There?" in *OECD Health Care Reform: The Will to Change*

-
- 23 Enthoven, A.C. 1993 "The history and principles of managed competition", *Health Affairs, Summer Supplement*.
- 24 Enthoven, A.C. 1997 "Market-Based Reform of U.S. Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition", in World Bank, *Innovations in Health Care Financing*
- 25 Esping-Andersen 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press
- 26 Manow P. 1997 "Social Insurance and the German Political Economy", Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
- 27 OECD 1987 "Financing and Delivering Health Care"
- 28 OECD 1999 "A Caring World"

第15章 国保実務の観点からの保険者機能強化論

国民健康保険中央会 常勤監事

船橋光俊

1. 国民健康保険の保険者の状況

(1) 対象者

国民健康保険（国保）は、我が国の全居住者を対象に、疾病時の医療を保障する。ただし、被用者を対象としている医療保険の加入者（その扶養家族を含む）は、対象外である。

(2) 機能

このような医療保険制度全体の建て方から、国保制度は、すべての居住者が医療保険に加入する「国民皆保険」の基盤の制度として機能し、我が国社会における人々の生活の安定のために、重要な役割を果たしている制度である。

(3) 保険者

- ・保険者は、全国の市町村であり、その地域の居住者が加入する。なお、一部広域化しているものもあり、保険者数は約3250である。
- ・そのほか、主として自営業者の職域単位に組織された166の国保組合がある。
- ・以下、本稿での「国保」は、基本的に、地域住民を対象とする地域保険である「市町村国保」についての記述である。

2. 国保の構造的な問題点

(1) 対象者の特徴

- ・国保の加入者集団は、被用者保険の加入者集団と比べて、高齢者、低所得者の割合が多い。
- ・また、産業構造の変化により、1961年の国民皆保険実施当時は40%以上であった農林業従事者の割合は、10%以下に低下した一方、年金受給者、無職者の割合が増加して、40年前と比べて被保険者構造が大きく変化している。

(2) 保険者の特色

- ・都市化、人口高齢化の影響が大きい。
- ・小規模の保険者数が増加を続けており、また、各保険者の加入者は人口高齢化の影響を受け、高齢者の割合が増加している。

(3) 財政構造問題

- ・このような国保加入者の動向は、国保財政に構造的な問題として、のしかかっている。・すなわち、高齢者が多いことから医療費支出が増加する。高齢者の一人あたり医療費は若人の約5倍（70才以上の者と70才未満の者との比較）といわれる（なお、これは

日本の場合のデータであり、西欧諸国では2.5から4倍程度とのデータが報告されている。)。また、高齢者人口の増加がある。これらをあわせた高齢者医療費が増大し、これは医療費総額増大の最大の要因である。さらに、70才前の中老年の医療費と人口構成についても同様の傾向にある。

このような実態のため、国保加入者一人あたりの医療費支出額が、被用者保険の保険者に比べて、構造的に大きくなっている。

・一方、低所得者、無職者の多い国保は、加入者の保険料負担能力が低いので、財政上必要な保険料収入の確保が業務運営上切実な構造的課題となっている。

・国保財政を支えるため、制度的には法定の公費負担があるが、市町村によってはさらに一般財源からの資金投入をして財政赤字に対応せざるをえない状況に陥っている。

(4) 給付率の格差(制度間の不均衡)

・保険料負担力の不均衡のほか、法定給付率が、国保は7割(被用者保険は8割)であり、国保と被用者保険の間に制度的格差がある。

(5) 老人保健制度

・1983年に導入された現行制度は、70才以上の老人医療費を全国民で、加入する医療保険の区別なくひとしく負担しようとする基本的理念がある。この制度により、問題がなおあるものの、結果的に国保財政に寄与していることは事実である。

3. 国保保険者の機能 その経営努力

国保保険者は、現行制度の枠組みの中で、経営改善努力を続けている。以下、その中から3分野における事例を紹介するとともに、今後の方向性・可能性にも言及する。

(1) 保険料の徴収

①保険料の徴収は国保財政運営の基本である。しかし、住民の転入出や職業移動(例えば被用者から無職への事例なども)が日々生じ、また、低所得者も多い中、地域の国保加入者(加入すべき者)を把握し被保険者とし(国保の適用)、保険料を適正に賦課徴収する事務は困難を伴う作業である。しかも国保保険者は個々の加入者が納付する仕組みである(被用者保険で事業主がその被用者全員の本人分と事業主分を一括して納付するので、徴収の手間は相対的に少ない)。

②滞納者に対する対応は難しい。

・保険料滞納者に対して制度的には、被保険者証に代え被保険者「資格証明書」の発行(その効果は、被保険者がまず医療機関で医療費を支払い、その後市町村窓口で償還払いです。)や短期間有効の「短期被保険者証」の発行を行うことができる。

・しかし、市町村は、地域の行政の責任主体でもあるので、住民の福祉の観点から、現に医療が必要な人に対しては、保険料滞納者に国保を適用しない(被保険者証を交付しない)という保険財政の経営者には徹しきれない状況もある。

③市町村国保の徴収業務の実態については、平成11年度報告書における神奈川県鎌倉