

医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性  
——健康保険組合について——

新田 秀樹

目次

序 ——本稿の目的——

第一章 健保組合の保険者機能

一 健保組合ができること

二 「健保組合ができること」を制約する理由

三 小 括

第二章 健保組合と医療機関の関係

一 現行制度の概要——保険医療機関の指定——

二 保険医療機関の指定を巡る経緯

三 小 括

第三章 直接契約制についての考察

一 医療保険における保険者機能強化の意味——考察の視点——

二 直接契約制の導入を巡る論点

三 直接契約制導入の意義及び条件

結語

## 序 —— 本稿の目的 ——

近年、我が国の医療保険制度改革の方向性を巡る議論の一環として、医療保険の保険者の機能を強化すべきとの主張が強まってきており、幾つかの具体的な提言も行われている。<sup>1)</sup> また、政府の医療保険審議会が一九九六（平成八）年六月二一日に取りまとめた報告（今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第二次報告））においては、「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ふ観点から、ア. 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。イ. —— 前略 —— 保険者は患者（被保険者）に対して積極的な情報提供や相談体制の整備を行うべきではないか。」との問題提起がなされ、併せて公表された「制度改革のための検討項目」においては、これらに加えて「被保険者による保険者の選択制（の検討）」も掲げられた。<sup>2)</sup>

こうした保険者機能強化の主張の背景には、現在の医療保険の保険者はその機能を十分果たしておらず問題があ

るといふ認識、すなわち、保険者のあるべき機能と現実の機能との間にギャップがあるとの認識が、学界のみならず医療保険関係者や行政当局にも強まってきたことがあるものと思われる。そして、その場合の保険者のあるべき機能としては我が国が健康保険法（大正一一年法律第七〇号。以下「法」という。）を制定した際モデルとしたとされるドイツの疾病保険の保険者（疾病金庫（Krankenkasse））の機能が想定されていることが多いようである。<sup>(4)</sup>

そうだとすれば、何故、我が国の医療保険の保険者は、医療保険制度自体はドイツを範としながらも、疾病金庫のような保険者機能をもち得なかつたのかということを我が国の医療保険制度の歴史に沿って検討することも、現在論じられている保険者機能の強化が本当に可能なのかどうかを判断する上で有益ではないかと思われる。本稿は、そうした問題意識の下、我が国の健康保険組合（法二二条。以下「健保組合」という。）の対医療機関関係（具体的には保険医療機関の指定を巡る問題）に焦点を当てて、それが何故現在のような仕組み・状況となっているかを検討し、その結果を踏まえた上で、健保組合と医療機関の直接契約制の導入の可能性について若干の考察を行おうとするものである。

健保組合を取り上げることとしたのは、健保組合が、我が国の医療保険の保険者の中では運営面・財政面等における自治の度合いが相対的に高く、ドイツの疾病金庫にも比較的類似しているという意味において、常識的には最も保険者らしい保険者といえるのではないかと思われたことと、<sup>(6)</sup> 現実に保険者機能強化の先鞭をつけることとしたらそれは健保組合である可能性が高いと一般的には考えられていることによる。<sup>(7)</sup> また、対医療機関関係について検討することとしたのは、保険者機能の全てについて検討する余裕がないため、<sup>(8)</sup> 現在最もよく議論の対象となっているものを取り上げることとしたものであり、それ以外の機能の強化が重要でないということを意味するわけではない。<sup>(9)</sup>

本稿は、第一章において健保組合は何をどこまで行うことが許されているのかという観点からその保険者機能を

概観した後、第二章において健保組合と医療機関の関係につき戦前の団体請負契約の状況及び戦時中の強制指定制導入の経緯を中心に検討し、これらを踏まえて、現在健保組合と医療機関との間に直接契約制を導入しようとした場合に生じ得ると考えられる論点の考察を第三章において行うという構成になっている。

## 注

(1) 例えば、「日本型管理競争(保険者が自ら希望する場合には、都道府県知事による保険医療機関の指定に代えて独自に特定の医療機関を選択し、その医療内容についてのデータを得つつ、価格(診療報酬)を含めた契約を結ぶという仕組み)」を主張する広井良典『医療保険改革の構想』、日本経済新聞社、一九九七年、四一―五〇頁、保険料徴収権限と診療報酬の審査支払権限を保険者において統合すべきとする矢野聡「新たな医療保険制度のシステム創造に向けて」、『週刊社会保険』第五二巻第一九八九号、一九九八年、二二―二五頁等。また、第三三回日本社会保障法学会春季総会において加藤知章新潟大学教授は保険者の情報蓄積機能の活用注目すべきとの報告をされている(『週刊社会保険』第五二巻第一九八八号、一九九八年、二八―二九頁による)。

(2) ただし、同年一月二七日に公表された同審議会の建議書(今後の医療保険制度のあり方と平成九年改正について)においては、保険者と医療機関との直接契約及び被保険者による保険者の選択制については触れられておらず、「保険者の機能の強化等」の表題の下「保険者は被保険者に対して医療機関に関する積極的な情報提供等を行うほか、保険者が医療機関の質について評価する方法を導入することなどにより、保険者の自律性を高める。」という表現になっている。

(3) 最も多く参考としたのはドイツではなくオーストリアの疾病保険法であるとの証言もある(森莊三郎『健康保険法解説(訂正増補再版)』、有斐閣、一九二四年、一九四頁)が、基本的にはドイツ法系の制度を参考にしたと解してよいであろう(同書八八頁)。

- (4) 広井・前掲(1)四三―四四頁、矢野・前掲(1)二四頁等。
- (5) 現在のドイツの疾病保険制度の概要を説明した比較的新しい邦文文献としては、ドイツ連邦労働社会省編『ドイツ社会保障総覧』、ぎょうせい、一九九三年、五三一―一五〇頁、厚生省保険局企画課監修『欧米諸国の医療保障（第六版）』、法研、一九九七年、二二―一九一頁等がある。
- (6) 健康保険のもう一方の保険者である政府（社会保険庁）や国民健康保険の保険者である市町村は、（もちろん会計等は形式的に区分されてはいるが）それらが本来は一般行政主体であるという特殊性故に、より複雑な考察が必要となる。これについては他日を期したい。
- (7) 広井・前掲(1)四八頁、矢野・前掲(1)二五頁等。
- (8) もっとも、保険診療担当者は保険者と医師との間の契約により指定すべきとの主張は、昭和二〇年代から健康保険組合連合会により行われてはいた（健康保険組合連合会編『健保連二十五年の歩み』、一九六九年、一九九―二〇二頁）。
- (9) 例えば、いわゆる保健事業（法二三条一項）についても、「保健事業の推進により疾病または負傷の発生率が減少し、ひいては保険給付を適切なものとするにつながら、保険者の財政の安定化も図られる（厚生省保険局・社会保険庁運営部監修『健康保険法の解釈と運用（第九版）』、法研、一九九六年、三七〇頁、以下「解釈と運用」と略記）」として、その拡充強化が盛んに言われている。一九九四（平成六）年の法改正においては、保健事業の実施について保険者に努力義務が課され、同年一月に改正された健康保険組合事業運営基準において、保健事業が健保組合の中心的事業と位置付けられた。現実には、健保組合は、我が国の医療保険保険者の中ではこれまで最も熱心に保健事業に取り組んできたという実績があり、また、ドイツにおいても疾病予防事業における保険者自治の活性化が図られているとの指摘もある（倉田聡『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、一九九七年、二六三頁及び二八五頁）。しかし、保険者のあるべき機能論としては、保険者の中心的事業或いは本来的に果たさなければならない機能と、少なくとも最近までは、考えられていなかった保健事業に保険者機

能の重点が移っていくことの意味は、それが望ましいことなのか、それともやむを得ない結果なのかの評価も含めて、別途の検討が必要であろう。ここでは、現物給付の医療保険は、本体の療養の給付自体が、傷病により発生した損害の拡大・悪化を防止する活動の保障という、保険としては例外的な性格をもつ（真屋尚生『保険理論と自由平等』、東洋経済新報社、一九九一年、九八—一〇〇頁）ため、損害防止活動へのコストを最小化するという観点から、保険者が被保険者の健康状態に関心をもつインセンティブが強まるということの延長線上に、保健事業を保険者本来の事業として位置付けることも可能ではないかとの指摘を行うに留める。

## 第一章 健保組合の保険者機能

本章においては、次章以降で健保組合の対医療機関関係についての検討を行う際の準備作業として、現在の健保組合の保険者機能と考えられるものについて概観する。

### 一 健保組合ができること

保険者機能という言葉の意味については第三章において少し検討してみたいが、それが「機能」である以上、少なくとも保険者がそれを制度上行うことができることが前提（保険者機能の必要条件）<sup>11)</sup>となろう。それでは、現行法において、健保組合が自ら自由に決定し行うことができることという意味での「健保組合ができること」として

はどのようなものがあるのだろうか。以下、いくつかの局面に分けて概観してみたい。

我が国の医療保険制度の場合、保険者機能が問題になる局面としては、(1)保険者内部の組織・運営・財産管理、(2)保険者——被保険者<sup>(2)</sup>関係、(3)保険者——医療機関関係、(4)保険者——立法府及び行政庁（厚生大臣・都道府県知事等）関係の4つの局面が考えられよう。<sup>(3)</sup>

第一の健保組合の組織・運営・財産管理面については、法は、健保組合は法人とし（法二二六条）、基本的に事業主とその事業所に使用される被保険者により構成される（法二七条）ことを定める他は、法四一条により政令に委任しているが、この委任を受けた健康保険法施行令（大正一五年勅令第二四三号。以下「令」という。）は、組合の会議、役員、財務等についてのかかなり詳細な規定を定めている。さらに、健康保険組合事業運営基準（昭和三五年一月七日保発第七〇号各都道府県知事宛厚生省保険局長通達。以下「運営基準」という。）や健康保険組合規約例（昭和三六年六月二三日保発第三八号各都道府県知事宛厚生省保険局長通知）等の通達により、より細部も事実上規定されている。また、健保組合の規約の変更や重要財産の処分等は、厚生大臣<sup>(4)</sup>の認可を受けなければその効力が生じないこととされている。<sup>(5)</sup>

第二の保険者——被保険者関係については、被保険者の要件はどの保険者に所属するかも含めて法定されており、任意継続加入（法二〇条）等の例外的な場合を除き、基本的に被保険者が保険者を選択する自由も、逆に保険者が被保険者を選択する自由も認められていない。保険者たる健保組合は、法により設定されたそうした枠組みの中で、被保険者を把握・管理し保険料を賦課徴収することができる一方で、保険事故が発生した場合には被保険者に保険給付を行う義務を負うことになる。この保険事故も保険給付の内容もその殆どが法定されている。健保組合が組合規約に基づきある程度自由に行うことができるものとしては附加給付（法六九条ノ三）があるが、法定給付である

「保険給付二併セテ」給付するものという給付の性格自体の限界がある上、実際には運営基準によりその細部の内容まで定められている。また、保険料についても、賦課ベースとなる標準報酬の決め方は基本的に法定されている（法三条）。ただし、保険料率については法定の一定の範囲内で健保組合自身が決定できるが、これも厚生大臣の認可を受けなければならぬとされている（法七一条ノ四・八項及び九項）。

第三の保険者——医療機関関係については次章で検討することとしたいが、一言でいえば、健保組合或いは医療機関が自分達の関係について自ら決定できる余地は極めて少ないといえよう。

第四の保険者——立法府及び行政庁関係については、まず、基本的な医療保険制度の枠組み自体が法律や政省令により定められている。そして、健保組合については、その設立は厚生大臣の認可に係らしめられ（法一九条）、また、厚生大臣の一般的監督を受ける（法三七条）。さらに、健保組合の組織・運営・財産管理等に関わる個別の重要事項に対しても、前述のとおり、厚生大臣は、認可、命令等の形で種々の関与を行うことが認められている。<sup>6)</sup>

以上のように見ると、現行の健康保険法においては多くの事項が法定されており、健保組合が自身で決定し行うことができる事項は驚くほど少ないように思われる。では、こうした「健保組合ができること」への制約はいかなる理由で行われているのだろうか。この点を次節で検討してみたい。

## 二 「健保組合ができること」を制約する理由

「健保組合ができること」を制約する理由としては次のようなことが考えられる。

第一に、保険制度の一般的目的故の制約がある。



ここで、保険の本質とは何かという大問題を論ずるつもりはないが、少なくとも保険の要素として、（保険金受取人の意味での）被保険者に対し経済的保障に関わる給付を行うことが含まれることに異論はあるまい。<sup>8)</sup> そうだとすれば、保険事業の経営主体たる保険者には、被保険者に対し、適時に適切な給付を行うことが求められよう。したがって、これに反するようなこと、すなわち、経済的保障たり得ないような給付内容の限定（例えば三大成人病については給付対象としない等）や極端に低い給付率（例えば実際に要した費用の一割しか給付しない等）の設定は、そもそも適時に適切な給付を行うことによりリスクに備えるという保険としての役割を果たしていないこととなり、認められないことになる。

第二に、保険制度が一般的に有するとされる性格故の制約がある。

私的保険をはじめとする保険制度は、一般的に、社会性、団体性といった性格を有するとされる。<sup>9)</sup> すなわち、保険は、その運営の適否が社会公衆の利害等に重大な影響を与えるものであるため、国が保険事業の運営に対して多くの面から行政的監督を加えるべきものとされる（保険の社会性）。また、保険は、多数のメンバー（被保険者）により保険集団を構成し、そのメンバーについての危険の総合平均化というリスク分散を行うことよって制度として成り立っており、それらの者との多数の保険契約を反復して迅速に処理するために、保険契約は基本的に定型・画一的な附合契約とならざるを得ない傾向をもつ（保険の団体性）。そして、医療保険制度も保険である以上、こうした保険という制度がそもそも有する性格を免れることはできず、したがって、健保組合ができることもこの面からの制約を受けることになる。<sup>10)</sup>

第三に、医療保険が公的な「社会」保険として運営されるが故の制約がある。

社会保険の場合、保険者が自由に決定し行えることは、社会保険の政策目的、そして、その政策目的を達成する

ために必要という名目でなされる行政庁等の関与により、私的保険以上に大幅に制約されることになる。社会保険における政策目的やそれに基づく制約の妥当性はもちろん個別に判断されなければならないが、一般的には、制約として次のようなものが考えられよう。<sup>(11)</sup>

① 社会保険においては、保険加入資格が限定され、また、これとの関連で保険加入が強制されることが多いが、このことを保険者の立場から見れば、加入が強制されれば、保険者は保険契約を結ぶか否かを決定する自由を制約されることになる。さらに、被保険者が加入すべき保険者も特定されれば、保険者は保険契約を結ぶ相手方を選択する自由までも制約されることになる。

② 一般に保険契約は保険の団体性故に附合契約化され、給付内容も規格化される傾向を有するが、社会保険においては、保険本来の性格からの要請とは別の政策的観点からも給付の規格化が求められることがある。また、保険料についても、特定の政策目的を達成するため、個々の危険に対応しない一定の保険料算定方式が採用されることが多い。これらは、保険給付内容や保険料の決定に係る保険者の自由を制約するものとして機能することとなる。

③ 社会保険に対しては公費による財源負担等が行われることがあり、保険料と給付との関係だけでは必ずしも収支相等原則が貫徹されていない。公費負担等が行われるのは通常それなりの理由があるわけであるが、<sup>(12)</sup> 保険者の財政的自律性という観点からいえば、こうした公費負担の存在は、保険者の財政についての決定の自由に対する外部からの制約としても捉えることができる。<sup>(13)</sup>

第四に、我が国の憲法との関係での制約がある。

医療保険が社会保障制度の一環をなすものである以上、その給付水準は憲法二五条にいう「健康で文化的な最低

限度の生活」を保障する水準を満たす必要があり、<sup>(14)</sup> 給付水準について保険者が決定できる自由はそれだけ制約されることになる。また、憲法一四一条一項との関係では、どこまで給付範囲・内容や保険料負担に格差を設けることが認められるかという問題もある。判例・通説は社会保障制度における格差は合理的な格差であれば認められるとするが、<sup>(15)</sup> 逆にいえば、合理的でない格差は認められないという意味で、医療保険における保険者の決定の自由（というより恣意性）には制約が課されていることになる。

第五に、他国と異なる我が国独自の医療保険制度の歴史的経緯に由来する制約が考えられる。

我が国の健保組合の独立性が形式的なものであることや健保組合が政府のエージェントとして機能していることを指摘する論者は多い。<sup>(16)</sup> また、行政当局は、健康保険事業は本来国が行うべき事業であるが、組合方式には次のような利点があるため、本来国が行うべき健康保険事業の代行機関として健保組合を保険者として認めたとし、健保組合の代行機能的性格を示すものとして、健保組合が解散した場合にはその権利義務の一切を政府が承継すること（法四〇条）を挙げる。<sup>(17)</sup>

- (1) 被保険者が組合員として組合の管理運営に参加できること（事業運営の自主性）。
- (2) 被保険者の保険構成員としての自覚と事業主の協力が得られやすいこと。
- (3) 管理運営の責任が明らかにされ、保険事業運営上の努力が行われやすいこと。
- (4) 保険給付等を敏速に行うことができること。
- (5) 実情に即した保健対策（健康管理）を講じていくことができること。

このように健康保険事業の本来の運営主体は政府であるという考え方が我が国において形成された理由として、上村政彦教授は、明治以来の政府主導とそれへの国民の依存という一般的傾向、第二次大戦後の福祉国家体制への流

れの中での国の役割の拡大、国と政府との概念の混同の三点を指摘されるが、健保組合と医療機関の直接契約制導入の可能性を検討するに当たっても、このような健保組合の位置付けをどう考えるか、そしてそれは過去と現在とは変化したのか否かといったことに留意する必要がある。

### 三 小括

本章においては、健保組合が自由に決定し行うことができることという意味での保険者機能には、保険故の、あるいは「社会」保険故の、さらには制度の歴史性故の様々な制約が存在し得ることを述べた。したがって、現実の医療保険制度を検討するに当たっては、制度による保険者への制約が過度に厳しすぎたり、或いは、逆に緩やかすぎたりする点がないかどうか、また、もしそうした点があるとすれば、それはどのような理由によるものなのかを個別にチェックしていかなければならない。保険者機能を強化するための制度改革の提案も、そうした作業を経て、保険者機能を強化すべきという議論が意味のある議論乃至実現可能性のある議論として成立し得るフィールドが具体的にはどこなのかを見極めた上で行われるべきであろう。その場合にも、前節でみたような制約が全て理由がないということは考えにくい以上、保険者ができることという意味での保険者機能を強化するにしても、そのことは保険者が全てのことを自由に決定できるようになるということの意味するわけではないし、また、保険者機能を強化するだけで医療保険制度が抱える問題点の全てが解決するわけでもないことは認識しておく必要がある。また、もし制度による制約に過不足がないのにもかかわらず、保険者機能が必ずしも十全に機能していないということであるのならば、保険者機能強化の方策は、制度改革とは別のところ（例えば、制度の運用の見直しや当事者の意識改

革等）に求められなければならない。

では、我が国における健保組合と医療機関との関係に加えられている制約は、現時点において、過不足のない適切な、或いは少なくとも止むを得ないものといえるのであろうか。もし、そうではないとするならば、その原因は何か、そして、それは一定の条件が整えば解消されるものなのだろうか。以上のような点を、保険医療機関の指定に関する規定を素材に次章以下で検討してみたい。

注

- (1) もちろん「保険者ができること」というだけでは保険者機能の意味としては漠然としすぎているが、それが保険者機能の外延（考え得る最大値）を画するものである点では意味があると考える。
- (2) 健康保険をはじめとする被用者保険においては被保険者の他に被扶養者がおり被保険者イコール加入者ではないが、本稿においては基本的な関係把握を目的としているので以下では被保険者について考察する。
- (3) 本文に挙げたもの他、保険者―審査支払機関関係や保険者―他の保険者関係も考えられる。このうち、前者については、保険者―医療機関関係における診療報酬の審査・支払いの問題に関連して、第三章で簡単に考察を行うこととしたい。また、後者には、健保組合に関しては、健康保険組合連合会が行う交付金交付事業（法附則八条）等があるが、本稿においては紙幅の関係で割愛する。
- (4) 健保組合に係る厚生大臣の権限は、法一〇条により、その一部（令一条の二）が都道府県知事に委任されている。
- (5) 予算については、最近の施行令改正（平成一〇年政令第二四八号による改正）により認可事項から届出事項に改められた。
- (6) 行政庁の関与が微に入り細にわたっていることを指摘するものとして、上村政彦「健康保険組合論⑥」、『健康保険』第三六巻第六号、一九八二年、七〇―七二頁。

- (7) 保険の本質についての学説の簡単な紹介としては、例えば、庭田範秋編『保険学』、成文堂、一九八九年、五一―八頁（石田重森稿）がある。詳細なものとしては、印南博吉『保険の本質』、白桃書房、一九五六年、森凱雄『保険の本質と経済』、風間書房、一九六七年等を参照。
- (8) 広海孝一『保険論（改訂版）』、中央経済社、一九八八年、一一頁では「経済主体が危険に因り生じる経済必要を充足するため的手段を、できる限り少ない費用の負担で提供する（傍点筆者）」という社会的効果の發揮を保険制度の本質的な機能としている。
- (9) 高窪喜八郎・朝川信夫編『学説判例総覧・保険法』、中央大学出版部、一九六二年、五八―七九頁、庭田範秋『社会保障の基本原理』、慶應通信、一九六四年、一二五―一二七頁。
- (10) また、医療保険の給付が金銭給付でなく現物給付で行われ保険者——医療機関関係が生ずる場合においては、保険者が医療機関に医療費を支払うこととなる以上医療サービスについての金銭的評価を行う必要があることから、本来は個々の患者の症状等に対応して異なるはずの医療の内容が規格化されざるを得ない傾向を有することにつき真屋・前掲序(9)一一―二頁参照。さらに、物価・賃金コストの上昇リスクを回避するという観点からも現物給付の規格化が行われることにつき同書五六頁参照。
- (11) 有泉亨監修『社会保険事典』、社会保険新報社、一九六八年、六一―二頁（大林良一稿）及び一〇〇―一〇一頁（佐藤進稿）、真屋・前掲序(9)三三―三八頁及び五一―五二頁、堀勝洋『社会保障法総論』、東京大学出版会、一九九四年、四五―四六頁等。
- (12) 堀・前掲(1)六〇―六一頁等を参照。
- (13) 同様の指摘をするものとして、上村政彦「健康保険組合論(5)」、『健康保険』第三六卷第四号、一九八二年、三二―六頁。
- (14) なお、医療サービスそのものについては、最低ではなく最適の水準が満たされるべきとの考え方が強い（真屋・前掲序(9)九八頁、堀・前掲(1)五七頁等）。
- (15) 堀・前掲(1)一六―五頁。

- (16) 江口隆裕『社会保障の基本原理を考える』、有斐閣、一九九六年、六〇―六一頁、勝又幸子「少子高齢社会における健康保険組合の役割」、『社会保険旬報』第一九五四号、一九九七年、九―一〇頁等。
- (17) 解釈と運用三六七―三六八頁。確かに、現行法の規定を前提とする限り、健保組合を国の代行機関として位置付ける解釈が最も自然な解釈と思われる（堀・前掲(1)九頁及び三六頁）。しかし、この解釈は、現在健保組合に期待されている事業運営の自主性強化、被保険者の自覚向上、管理運営責任の明確化といった保険者自治の強化の方向とは両立しにくく、これらを制約するものとして機能する可能性が高い。もともと、この解散健保組合の権利義務の政府への承継規定（法四〇条）については、法制定当時、政府は保険者としては健保組合を本来的・中心的なものと考えていたが（社会局保険部『健康保険法施行経過記録』、一九三五年、三二頁等）、法案要綱の審議を行った労働保険調査会（農商務大臣の諮問機関）の特別委員会では健保組合を中心的な保険者とするに悲観的な見方が強く、そこでの修正により、この規定が追加されたという経緯があり（小川喜一編著『健康保険法』成立史』、大阪市立大学経済学会、一九七四年、二一九―二三三頁（土井乙平稿）、その修正は、健保組合の事業の継続が困難と認められる場合には主務大臣は組合の解散を命ずることができることとした修正（法三九条後段）とセットで行われた（森・前掲序(3)五〇頁）。被保険者保護の意図から行われたこととはいえ、いわば政府が健保組合の自治を制約する代償としてこの規定が追加されたという以上の経緯を踏まえれば、今後健保組合の保険者機能を強化していくためには、この規定について、一定の解釈の修正或いは場合によっては規定自体の見直しが必要となってくるのではないかと。なお、この点では、健保組合を国の代行機関として位置付ける解釈を現行法制度の理解としては妥当としつつも、それが憲法二五条や福祉国家の理念から当然に要請されるものではないとする倉田聡氏の指摘（倉田・前掲序(9)三三二頁）が注目される。
- (18) 上村政彦『健康保険組合論(1)』、『健康保険』第三五巻第一号、一九八一年、二四―二五頁。
- (19) 我が国がモデルとしたとされるドイツにおいても疾病金庫の組織・運営の基本は法定されており、疾病金庫が連邦や州の監督を受けないわけではない（ドイツ連邦社会労働省・前掲序(5)一二―二二五頁及び五五九―五六九頁）。しかも、倉田・前掲序

(9)が詳細に分析しているように、疾病金庫に対する立法府や行政庁の関与は強化される傾向にあるといえる。そうだとすると、ドイツと比べた場合の彼我の差は、形式的な規定の相違以上に、健康保険法制定当時の我が国においては、(既存の共済金庫を基礎に医療保険の保険者(疾病金庫)が形成されたドイツとは異なり)健保組合の母体となり得る共済組合が未発達だった上、存在していた共済組合も企業の慈善的な労務管理対策の一環として捉えられていたことや、戦後の社会保障制度の構築に当たっても社会保障制度に対する国家の責任が強調されたことといった歴史的由来に基づく保険者自治思想の強度の差(江口・前掲(16)二〇一―二〇二頁)によるところが大きいのではないか。なお、健保組合の歴史的 성격については、佐口卓『日本社会保険史』、日本評論新社、一九五七年、二九―六四頁及び一〇一―一〇三頁、厚生省保険局編『健康保険三十年史(上巻)』、全国社会保険協会連合会、一九五八年、一九―二二頁(以下「三十年史上」と略記)、近藤文二『社会保険』、岩波書店、一九六三年、三二三―三五九頁、坂口正之『日本健康保険法成立史論』、晃洋書房、一九八五年、一五三―一六三頁及び一七七―一二二頁等を参照。

## 第二章 健保組合と医療機関の関係

### 一 現行制度の概要——保険医療機関の指定——

医療保険における保険給付を、被保険者に対する医療費の支払い(金銭給付)という形でなく、医療機関から被保険者への医療サービスの提供(現物給付)という形で行う場合には、保険者と医療機関との間に、被保険者のためにどのような医療サービスを提供するかを取り決めるための契約を結ぶという関係が通常発生し<sup>1)</sup>、この点が医療



保険が他の多くの保険と異なる点<sup>(2)</sup>である点とされているのは周知のとおりである<sup>(3)</sup>。

そして、我が国の医療保険制度においては、保険者と医療機関が直接に契約を結ぶのではなく、都道府県知事が、保険給付たる医療サービスの提供（療養の給付）を担当する医療機関をその申請に基づき指定する（法四三条ノ三）ことで、保険者と医療機関（保険医療機関）との間の関係が生じるという構成になっている点で、ドイツ<sup>(4)</sup>のような「社会保険の本来の姿」と比べて特殊であるとの指摘がなされてきた<sup>(6)</sup>。

この都道府県知事による保険医療機関の指定の性格については、以前は単独行為と解する向きもあったが、現在の判例及び行政解釈は、これを公法上の契約と解している。そして、この公法上の契約は、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契約であり、双務契約であり、附合契約であり、準委任契約であるとされている<sup>(9)</sup>。

すなわち、この契約により、保険医療機関となった病院・診療所は、一定の療養の給付の担当方針等に従って被保険者に対し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（保険者と医療機関との双務契約）。また、この契約の内容は基本的にすべて健康保険法に規定されており（附合契約）、健康保険法の各条項はいわゆる法定約款に該当する。さらに、この契約は、療養の給付という事務の委託を目的としている（準委任契約）。学説も、知事による保険医療機関の指定を公法上の契約と解する以上のような理解に基本的には立っているものが多いと思われる<sup>(11)</sup>。

保険者と医療機関の関係は附合契約として基本的にすべて法定されているため、保険者或いは医療機関が自分達で契約内容を決定できる余地は極めて少ない。例外的に健保組合が決定できるものとしては、いわゆる割引契約（法四三条の九・三項）と一部負担金の還元（一九五七（昭和三二）年の健康保険法の一部を改正する法律（昭和三二

年法律第四二号（同年施行）。以下「三二年改正法」という。）附則七条）とがある。このうち前者は、文言上は診療報酬についての法定の制約を緩めているようにみえるが、実際にはこの規定が設けられた三二年改正法以前に行われていた割引診療を継続させるための経過措置的なものであつて、割引診療を自由に行わせようとする趣旨ではないとして極めて制限的に運用され、現在では殆ど死文化している。また、後者の一部負担金の還元も、実際にはかなり行われてはいるが、附則という位置付けからも明らかとおり法律上は当分の間の暫定措置であり、しかも運営基準によりその細部まで事実上規定されている。

したがつて、法定約款により契約の細部にまで厳しい制約を課する知事による保険医療機関の指定という方式が、現在においても果たして合理的なものといえるかどうかということが問題になる。<sup>113</sup>

行政当局は、現在の法解釈としては、国の機関たる都道府県知事が保険者に代わつて保険医療機関の指定を行う理由として、(1)多数の保険者と医療機関が個別に相互契約を結ぶことは不可能であること、(2)契約内容が殆ど全て法定されていること（すなわち附合契約性が高いこと）、(3)健康保険事業は本来国が行うべきことを挙げているが、こうした理由は、十分説得的と言えるだろうか。(1)は一応もつともな点もあるが、ドイツ・フランスや後述する戦前の我が国の例に照らしてみても、契約の締結の仕方によつては保険者が医療機関と直接契約することは不可能とまでは言えまい。情報処理技術の進歩も考慮した上での再検討が必要であろう。(2)は、統一的な指定を行うからこそ附合契約性を高めたとも解せ、理由付けとしては本末転倒のように思われる。(3)は、確かに健康保険制度も社会保障制度の一環である以上、国はその企画・運営等に一定の責任を有するが、ここで問題としている指定が、その責任から国の機関たる都道府県知事が行わなければならないこととして必然的に導かれるかどうかについては議論の余地があろう。<sup>114</sup>

以上を見る限りでは、我が国において保険者と医療機関（保険医療機関）との関係を知事による指定という形で生じさせている理由として決定的なものがあるようには必ずしも思われない。結局のところ、その理由は我が国健康保険制度の歴史的由来に求めるしかないのではないか。そこで、次節においては、我が国では何故保険医療機関の指定という方式が採られるに至ったのかの経緯を検討し、指定制導入時の理由が現在でも妥当性を持つのかどうかについて考えることとしたい。

## 一 保険医療機関の指定を巡る経緯

保険者と医療機関の関係乃至関係に対する制約の歴史は、大まかには次の四段階に分けられる。

第一段階は、一九二七（昭和二）年の法施行当初から一九四二（昭和一七）年の法改正（昭和一七年法律第三八号（施行は基本的に一九四三（昭和一八）年）。以下「二七年改正法」という。）までの間である。この時期は、法律上は保険医療組織についての明文の規定はなく、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（令七五条）」と規定されたのみであり、健保組合は、政府管掌健康保険（以下「政管健保」という。）に就つて、日本医師会や道府県医師会等との間に診療報酬内容の取決めを含む団体請負契約<sup>159</sup>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し、健保組合の被保険者はその中で自分が選定した者から自由に療養の給付を受けること（いわゆる団体自由選択主義）が基本であった。その他、健保組合は自ら医療機関を経営したり、いわゆる事業主医局につき事業主と契約したり、官公立大学附属

医療機関等とも契約を行うなどして、被保険者に対する療養の給付を行っていた。

第二段階は、一七年改正法から一九四八（昭和二三）年七月の法改正（昭和二十三年法律第一二六号（同年施行）。以下「三三年改正法」という。）までの間である。一七年改正法により、療養の給付は保険医又は保険者の指定する者（事業主医局、官公立大学附属医療機関等）から受けることとなったが、保険医療組織の大宗を占める保険医については、行政庁（具体的には都道府県知事）が一方的に指定し、医師は正当な理由がなければこれを拒めないこととされた（いわゆる強制指定制度）。この結果、療養の給付を担当する機関としてはそれまで個々の保険者がそれぞれに医師の指定（契約）を行っていたものが、都道府県知事が各保険者共通の療養の給付担当機関として一括して保険医を指定する形に改められた。また、これに伴い保険医に対する診療報酬も、厚生大臣が日本医師会長の意見を聴いて公定することとされた。

第三段階は、三三年改正法から三二年改正法までの間である。三三年改正法においては、知事による保険医の指定は維持しながらも、これを強制指定制から任意指定制に改めた。すなわち、指定は医師本人の自由意思によりその同意に基づいて行うこととなり、また、指定を受けても一定の予告期間を設ければ自由に辞退することができるようになった。

第四段階は、三二年改正法から現在に至るまで続いているものである。三二年改正法においては、療養の給付を担当する機関として医師個人を保険医として指定する個人指定方式を、病院・診療所といった医療機関を療養の給付の担当機関として指定する機関指定方式に改め、そしてこれとは別に、保険医療機関において保険診療に従事する医師も個々の保険診療行為についての責任を明確化する等の趣旨から保険医として都道府県知事の登録を受けねばならない（法四三条ノ二）とする、いわゆる二重指定制を採用した。こうした改正を行ったのは、病院の増加等

に伴い保険診療が医師個人ではなく組織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説明されている。<sup>21)</sup>

以上のように見てくると、都道府県知事による療養の給付を担当する機関の指定は、強制指定から任意指定へ、また、個人指定から機関指定へと大きく変遷してはいるが、その淵源は一七年改正法にあるといえる。そして、それ以前の第一段階においては、健保組合は医療提供者サイド（医師会等）と行政庁を介さず直接交渉を行い契約を結んでいたように見える。したがって、健保組合と医療機関の直接契約制導入の可否を検討するに当たって歴史に学ぶためには、第一に、第一段階における健保組合と医師会等との契約の実態はどのようなものであったのか、また、第二に、一七年改正法において都道府県知事による保険医の指定制が導入されたのはどのような理由によるのかを検討する必要がある。

まず、第一の点について検討する。

第一段階においては保険医療組織について法令上詳細な規定は置かれておらず、健保組合はその事業を行う上で適当と考える組織を任意に定めることができたが、実際には日本医師会の要望<sup>22)</sup>もあり、政管健保に倣って日本医師会や道府県医師会等との間に団体請負契約を結ぶところが多かったのは既述したとおりである。それでも、法施行当初は契約先や診療報酬算定方式、診療報酬単価等に幅があったが、施行後数年を経ずして保険医療組織は政管健保に準じたものに収斂していったとされる。例えば、一九三四（昭和九）年度末の段階で、健保組合で医師会と契約を結んでいるものが既に三四九組合中三四四組合となっており、医師会（日本医師会又は道府県医師会）が基本的な契約相手となっていることが窺える。<sup>24)</sup> また、診療報酬算定方式については、政管健保が人頭式を採ったのに対し、健保組合は個々の組合毎に人頭式、定額式、時価式等の方式を採用し、<sup>25)</sup> 確かに政管健保よりは多様な形態をとっていたが、<sup>26)</sup> 結局のところ、人頭式と時価式は政管健保の方式に事実上準じるものであり、定額式も一点単価が定額

で時価式の単価と若干額が異なることを除けば、基本的には時価式と同様の方式であったといえる。しかも、実際には政管健保に準じ時価式を採用する健保組合が全体の約六割を占めていた。<sup>27)</sup> もっとも、人頭式の場合の一人当たり支払い額及び定額式の場合の一点単価についてはかなりのバラツキがみられたようであるが、これも次第に政管健保の額に準じた一定の幅に収斂していったようである。<sup>28)</sup> かくして、診療報酬についても、健保組合は、政管健保に比して「複雑なる内容と独自の立場を用いていたが、〔実質的には〕その内容等は全て政府管掌に準じて行われていたのであって、殆ど変るところはなかった」<sup>29)</sup>のである。その上、保険診療を担当する医師への診療報酬の審査・支払い及びその指導監督も日本医師会が行うこととされ、実際には各道府県医師会がその任に当たっていた。<sup>30)</sup> さらに言えば、医師会が自己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ていた以上、健保組合による医師の指定（契約）は元々形式的なものにすぎなかったともいえる。

このように見ると、法制度上は健保組合は診療報酬を含めその保険医療組織を任意に定め得るようになっていたにもかかわらず、実際には裁量を働かせて自由な決定を行う余地は殆どなく政管健保に準じざるを得なかった<sup>31)</sup>当時の様子が思い浮かんでくる。そして、その理由としては、次のような点で健保組合は医師会等の医療サイドよりも弱い立場に置かれていたということが挙げられよう。

- ① 医療はもともと極めて高度の専門的知識や技能を必要とするサービスであり、その専門性(情報の非対称性)故に、医師でない者には医療サービスの内容や価格が適切妥当なものであるかどうかをなかなか判断できない。
- ② 健保組合はその被保険者に対し療養の給付を確保しなければならぬ責任を負っており、医療が本来誰にでも不可欠のサービスであるというその必需性と相俟って、自ら医療機関を開設するのではない限り医療機関と契約を結ばざるを得ない立場にあった。一方で、医師の方は健康保険制度ができるまでは自由診療を行ってきたわけであ

るから、少なくとも法施行当初は、どうしても保険診療に従事しなければならぬという必要性が乏しかった。

③ 健保組合は健康保険法によっていわば殆ど更地の状態から設立された組織であったのに対し、医師会は、法定当時、公法人たる日本医師会——道府県医師会——郡市区医師会（道府県医師会及び郡市区医師会は強制設立強制加入）という全国的統一組織をもった政治的にも極めて強力な団体として既に存在していた。健保組合が道府県医師会と団体請負契約を結ぶに当たっても、その内容は日本医師会が政府や健保組合と結ぶ契約がモデルとされ、<sup>333</sup>このことが結果的には医師会主導の形で契約内容の収斂・画一化をもたらすこととなった。<sup>334</sup>

このように、健保組合が、対医療機関関係において大きなフリーハンドを与えられながらも、実際には医師会相手の診療契約交渉に難渋した<sup>333</sup>ことが、政管健保との横並びでの契約締結や後の健康保険組合連合会（以下「健保連」という。）の設立（一九三七（昭和一二）年に社団法人化され、一七年改正法により公法人化）につながるようになる。そして、一九四〇（昭和一五）年七月には健保連と日本医師会との間で初めて診療契約についての統一な基準が申し合わされ、一七年改正法により診療報酬が公定されるようになるまでの三年度間（昭和一五〜一七年度）は、この申し合わせ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した。しかし、その申し合わせの内容は基本的に政管健保に準ずる部分が多かった。<sup>336</sup>

次に、第二の点については、行政当局は、一七年改正法において都道府県知事による保険医の指定制（当時は強制指定制）が導入された理由として、保険医療組織の法的根拠を明確化するとともにその統一を図ることにより、適用拡大等により増加しつつあった被保険者ができるだけ広範囲の療養の給付担当機関を利用できるよう組織の充実を図ったものとの説明をしている。<sup>337</sup>また、当時の国を挙げての戦争遂行体制確立の流れの中で、兵力及び生産力増強の見地から軍部を背景とする保健政策が国策の名において強力に推し進められていたという事情が存在したことは言う

までもない<sup>38</sup>。すなわち、一七年改正法は、医療保険制度の機能を事後救済から事前予防に転換することにより、

(1) 他の保健政策と相俟って労働力を保全すること、

(2) 健民精兵確保のための戦時政策の一翼を担うこと、

(3) 人口政策・家族政策との結合を図ること

をめざすものであり、そのためには医療上の国民に対する指導性の強化を図る必要があるとされた。そして、その一環として保険医の強制指定制が導入され、保険医は、従前のように契約に基づき営業的に保険医療を担当するのではなく、公的機関たる責任をもって真に予防的保健国策の担当者としての職能を発揮することが期待されたのである<sup>40</sup>。当時の行政担当者のこうした認識や一七年改正法及びこれを受けた「健康保険及国民健康保険ノ保険医及保険薬剤師ノ指定ニ関スル件（昭和一八年厚生省令第一号）」により、健康保険、国民健康保険、船員保険を通ずる保険医制度が実現した事実からみても、保険医の指定制の目的が戦時体制下において保険医療組織を統制する観点からその統合簡素化を図る点にあったことは明らかであり<sup>43</sup>、制度的には、保険医の指定、診療報酬の決定、保険医の指導監督等の主導権が医師会側から行政庁側に移ったのである<sup>44</sup>。

それでは、知事による保険医の強制指定制の導入が戦時体制という時代状況の産物であったとしたならば、それが戦後の二三年改正法において任意指定制に改められたに留まり、従前の団体請負契約方式が復活しなかったのは如何なる理由によるのだろうか。一三年改正法の審議過程の中ではそれは必ずしも明らかではないが、行政担当者が執筆した解説及び二三年改正法の審議過程における議論等から推測すると、その最大の理由は、医師会が、GHQ（連合軍総司令部）主導の民主化改革の流れの中で、戦前のような強制加入の公法人ではなく任意加入の民法法人に改組された結果、医師すべてを網羅した請負契約を締結する相手方たり得なくなることにあるものと思われる。



しかし、他方で、国民健康保険（以下「国保」という。）制度においては、国保の市町村公営原則等を内容とする一九四八（昭和二三）年の法律改正（国民健康保険法の一部を改正する法律（昭和二三法律第七〇号））により、療養の給付担当者は医師の申し出により保険者（市町村）がこれを指定（公示）し、診療報酬額も保険者と療養の給付担当者が協議の上定め都道府県知事の認可を受けるといふ直接契約制が導入され、この方式が、国民皆保険を達成する現行国民健康保険法（昭和三三年法律第一九二号）制定時まで続けられたことは記憶しておいてよいであろう。<sup>48</sup> その狙いとするところは、戦争で壊滅的打撃を受けた国保制度を再建するための方策の一つとして、地方の実情に即した医療提供が円滑に行われるようにすることであつたが、国保で健保と異なりこうしたことが可能であつたのは、国保の保険者が原則市町村であり、被保険者も被保険者が通常受療する医療機関も地域的に限定されていたためと考えられる。<sup>51</sup>

### 三 小 括

以上の検討結果を要約すれば次のようにならう。

- ① 都道府県知事による保険医療機関の指定という現行制度の基となつた一七年改正法における知事による保険医の強制指定制は、兵力・生産力増強のための戦時統制体制下の産物であること。
- ② 戦後、一七年改正法前のような団体請負契約方式が復活せず、任意指定制に改められたとはいへ知事による指定制が維持されたのは、医師会が任意加入の民法法人に改組されたため、請負契約を締結する相手方としての適格性に問題があると考えられたからであること。

③ 一七年改正法前は、制度的には、健保組合サイドと医療サイドは契約に基づき診療内容や報酬額を決めることができ、その裁量の幅も相当認められていたといえるが、その実態は、両者の力関係の差を反映して、対等な立場で多様な契約が結ばれたとは必ずしもいえず、むしろ契約内容は政管健保に準じる形で収斂・画一化する傾向にあったこと。

我が国において保険者と医療機関（保険医療機関）との関係を知事による指定という形で生じさせなければならぬ理由として①が現在も妥当するとは考えられない。②についても、戦後国保において保険者（市町村）が都道府県医師会と診療契約を結ぶことも認められていた時期があること等を踏まえると、民法法人たる医師会が診療契約の相手方として直ちに法的適格性を欠くとまでは言いがたい。問題は医師会が任意加入団体となり地域の医師すべてを網羅していない点にあるものと思われるが、情報処理技術の進んだ現在においては事務的な対応策を考えることは可能であろう。

したがって、現在の我が国において知事による指定制を維持しなければならない決定的な理由はなく、これを維持するか別の方式（例えば直接契約制）を導入するかは政策判断の問題であるといえる。

そこで、次章では、直接契約制を導入すべきか否かを判断するに当たって検討する必要があると考えられる幾つかの論点について考察を行うこととしたい。その場合には、③で述べたようなことが現在においてもなお妥当するかどうかのポイントの一つとなろう。

## 注

(1) 保険者自身が直営医療機関等により必要な医療サービスを全て提供できれば別であるが、現実にはそうした例はあまりない。

- (2) 有泉・前掲第一章(1)二九〇頁、庭田・前掲第一章(9)二〇二頁等。
- (3) もっとも、償還払い方式であっても、フランスにおけるように、医療費保障の実効性を担保するために保険者が医療機関との間で患者が医療機関に支払う費用額についての交渉を行い協約を結ぶような場合には、やはり保険者―医療機関関係が問題となり得る。このことにつき厚生省保険局企画課・前掲序(5)一一―一二六頁参照。
- (4) 被保険者に対する療養の給付は、知事の指定する保険医療機関(法四三条三項一号)により行われることが基本的形態であるが、法は、この他に、療養の給付を担当する機関として、事業主がその被用者のために設置するいわゆる事業主医局(法四三条三項二号)及び健保組合が組合員のために自ら直接開設する医療機関(法四三条三項三号)を挙げている。
- (5) ドイツにおける保険診療を巡る保険者と医師との法律関係については、倉田聡「ドイツ疾病保険制度の形成と発展(上)・(下)」、『北大法学論集』第四〇巻第三号・第四号、一九九〇年、七四三―七九四頁・九四七―九九六頁に詳しい。
- (6) 広井・前掲序(1)四四頁及び五〇頁。なお、倉田・前掲(5)七六〇頁では、保険者と医師との法律関係についての我が国とドイツとの制度上の相違点として、ドイツにおいては制度的に疾病金庫と医師の合意が直接委託関係に反映されるのに対し、日本では主に監督行政庁がこれを規律していることを挙げている。
- (7) 大阪地判昭和五六年三月三日(判時九九八号一頁以下)、大阪高判昭和五八年五月二七日(判時一〇八四号二五頁以下)、東京地判昭和五八年一月二六日(判時一一二六号五六頁以下)等。
- (8) 解釈と運用七四一―七四二頁。
- (9) 都道府県知事による保険医療機関の指定の法的性格についての判例法理を分析したものととして、加藤智章「医療保険法における減点査定の手続と判例法理」、『山形大学紀要(社会科学)』第一八巻第一号、一九八七年、七五―一八頁。
- (10) 具体的には、療養の給付の範囲及び受給方法(法四三条)、診療に従事し得る者(法四三条ノ二、法四三条ノ五)、療養の給付を担当する機関の指定要件及び方法(法四三条ノ三)、保険医療機関・保険医の責務(法四三条ノ四、法四三条ノ六)、

厚生大臣又は都道府県知事の指導（法四三条ノ七）、診療報酬（法四三条ノ九）、厚生大臣又は都道府県知事の監査（法四三条ノ一〇）、指定の辞退等（法四三条ノ一一）、指定の取消（法四三条ノ一二）等。

- (11) 園部逸夫他編『社会保障行政法』、有斐閣、一九八〇年、三六一頁（笹木俊一稿）、角田豊他編『社会保障法要説』、法律文化社、一九八〇年、一〇三頁（佐藤進稿）、西原道雄編『社会保障法（第三版）』、有斐閣、一九八七年、一三六一—一三七頁（野田寛稿）等。しかし、これに対しては、都道府県知事と医療機関との間には権限等に大きな差があり「公法上の」という限定を付しても本来対等平等な当事者間で締結される建前である「契約」と解することには無理がある、保険者との間に基本的な保険関係が存在する被保険者を単なる「第三者」とすることには無理があるといった批判もある（脇田滋「保険医療機関の指定の法的性格」、『社会保障判例百選（第二版）』、有斐閣、一九九一年、五八—五九頁）。こうした批判は、多数説よりも契約や第三者の概念を狭く厳格に解しているものと思われるが、私としては、知事による保険医療機関の指定を「第三者のためにする契約」と解する判例や多数説の立場に基本的に立ちつつ、典型的な「契約」や「第三者」と比べた場合のその特殊性を具体的に明らかにしていけば足りるのではないかと考えている。

(12) 解釈と運用八一—三頁。

- (13) もつとも、療養の給付の内容については、ドイツにおいてもかなり詳細に定められている（ドイツ連邦労働社会省・前掲序(5)九〇—一〇〇頁等）。

(14) 何故国の機関としての都道府県知事が「保険者に代わって」契約を結べるのかの理由が不明確であるとの指摘をするものとして、脇田・前掲(1)五九頁、加藤・前掲(9)八七—八八頁。

(15) 解釈と運用七四—二頁。

- (16) 仮に指定が健康保険事業に対する国の責任から必然的に導かれるのであるとするならば、現在議論され本稿で検討しようとしている健保組合と医療機関との直接契約制の導入の可能性は、始めから問題にならないことになる。これに関し倉田・前掲序(9)

三二二—三二三頁参照。

(17) 保険医療組織の具体的内容については法制定当初表立った議論が殆どなされなかったことは、夙に指摘されている（佐口・前掲第一章(19)一六—一七八頁等）。法制定作業に携わった当時の行政担当者は、その理由を、健康保険法制定の主目的が労働者の生活上の不安を除去することにより労使の円満な協調を達成することであり、労働者の健康の保持そのものには副次的効果しか期待していなかったためと説明しているが（小島砂人『社会保険の発達』、黄河書院、一九四三年、二〇五—二〇六頁）、それが真の理由であるかどうかについてはさらなる検証が必要であろう。

(18) ちなみに、東京都制（昭和一八年法律第八九号）が施行されたのは一九四三（昭和一八）年である。

(19) この「団体請負」契約を仕事の完成を目的とする労務提供型契約（乾昭三他編『債権各論』、青林書院、一九九四年、一六三頁及び一七〇頁）たる請負契約と解するならば、その場合の「仕事の完成」とは何かが問題となるが、それは、医師会がその会員たる医師をして健康保険の被保険者の傷病の診療に当たらしめること（一九二六（大正一五）年一月に政府と日本医師会が締結した診療契約（厚生省保険局編『健康保険三十年史（下巻）』、全国社会保険協会連合会、一九五八年、三〇三頁以下、以下「三十年史下」と略記）二条参照）と解されていたようである（熊谷憲二『改正健康保険法精義改訂五版』、巖松堂書店、一九四〇年、四三六頁、佐藤正『保険制度と国民保健（増訂版）』、龍吟社、一九四二年、一三二頁）。もっとも、法制定当初の段階では、法案作成に関与した行政担当者にも、「請負」という用語を用いることへの躊躇（一九二六（大正一五）年二月二日の衆議院健康保険法中改正法律案外一件委員会における長岡隆一郎社会局長官の答弁）やこの契約が請負契約なのか委任契約なのかについての用語の混乱（熊谷憲二『健康保険法詳解』、巖松堂書店、一九二六年、三〇—三二頁）が見られる。確かに、前記診療契約一条の文言が「日本医師会ハ本契約ノ定ムル所ニ依リ健康保険ノ被保険者ノ疾病又ハ負傷ノ診療ヲ引請クルモノトス」となっていることや、政府は被保険者一切の医療を日本医師会に委託するという趣旨であるとの当時の行政担当者の説明（三十年史下二七六—二八九頁）だけからすれば、日本医師会が受託したのは被保険者に対する保険診療の実施（同診療契約四条参照）

であり、この診療契約の類型は準委任契約と解するほうが自然なようにも思われる。或いは、むしろ請負か委任かのいずれかの典型契約に画然と區別しにくい無名契約と解すべきであらうか。

(20) 社会局が定めた「健康保険組合の療養の給付に関する診療組織の整備標準（大正一五年二月二一日健康保険組合宛社会局保険部長通牒、三十年史下三八一頁参照）」を見ると、健保組合の保険医療組織としては、本来は組合直営医療機関や事業主医局を主とし一般の医療機関がそれを補充するような形態が想定されていたことが窺えるが、しかし、実際には、本文で述べたとおり医師会との契約によるものがその中心とならざるを得なかった。

(21) 解釈と運用七一五―七一六頁。

(22) 三十年史下三九〇頁参照。

(23) 三十年史下三八九頁。なお、保険診療の診療方針については、原則として政管健保のそれに健保組合も準拠するよう指導が行われていた（三十年史下九九頁、鈴木武男「健康保険経済の瞥見」）、『健康保険時報』昭和二三年一月号、保険院社会保険局、一頁。

(24) 三十年史下三九〇頁。医師会以外の主たる契約先としては、事業主医局と契約を結んでいるものが一九二二組合あった。

(25) この三方式が主要な方式であり、例えば、一九三四（昭和九）年度に日本医師会と診療契約を結んだ健保組合二一七組合の支払方式について見てみると、時価式一三三組合、人頭式六七組合、定額式一七組合となっている（三十年史下五四七頁）。人頭式は被保険者一人当たり定額（一九二六（大正一五）年の日本医師会第四回総会において決議された「健康保険組合トノ診療契約ニ於ケル報酬額様式（以下「報酬額様式」という。）」において政管健保と同額の七・四二六七円が基準とされた）の診療報酬を支払う方式、定額式は定額の一点単価（報酬額様式において二〇銭が基準とされた）に当該健保組合に請求された総点数を乗じる方式、時価式は政管健保において個々の保険診療担当医に診療報酬を分配する際用いられた一点単価（報酬額様式において上限二五銭、下限一五銭とされた）に当該健保組合に請求された総点数を乗じる方式である（同書五四六―五四七頁）。この政

管健保において用いられた一点単価というのは、政府より人頭式で計算し日本医師会に支払われた診療報酬が、被保険者数等の一定の基準により各道府県医師会に配分された後、それを個々の保険診療担当医にその診療実績に応じて按分する際に用いられたものである。すなわち、道府県医師会は、日本医師会が定めた健康保険診療報酬点数計算規程の別表点数に基づき診療行為を点数化した診療報酬請求書を個々の医師より提出させ、これを審査した後、その査定総点数をもって、道府県医師会に配分された診療報酬総額を割り返して一点単価を算出し、これに個々の医師毎の査定後の請求点数を乗じて診療報酬を按分した。したがって、都道府県毎に一点単価は異なっていた（同書四八二―四八六頁）。

(26) 当時の健保組合の保険医療組織の多様性を強調するものとして宮尾武男「健康保険組合の歩み」、『社会保険の発達』、社会保険新聞社、一九六一年、五九頁。

(27) 三十年史下五四七頁より算定。

(28) 一九三七（昭和一二）年度において、健保組合における人頭式の場合の一人当たり支払い単価の最高額は一四円、定額式の場合の一点単価の最高額は二一銭となっている（引地亮太郎「本年度の診療契約に就いて——附、健康保険診療契約概説——」、『健康保険時報』昭和十五年六月号、保険院社会保険局、九頁）。こうした点を重視して「契約単価の」高低の程度も、また、極めて広範囲に亘る」（安藤蘇峰「紀元二千六百年を回顧して」、『健康保険組合雑誌』第四卷第二〇号、健康保険組合連合会、一九四〇年、七―八頁）とみる見解もあるが、本文で後述するように、基本的には、日本医師会の主導の下、契約単価についても、大部分の健保組合において政管健保に準じた一定の範囲内に収斂していったものと思われるので、「概ねその額は政府のそれに準拠していた」（酒井武「診療報酬支払い方法の今昔（一）」、『社会保険旬報』第二二二号、一九四九年、一〇頁）とみる見解の方が妥当であろう。

(29) 三十年史下五四八頁。

(30) 三十年史下四七一頁及び七六二―七六三頁。

- (31) そのことは、当時の健保組合関係者自身が「組合の医療契約は、大体政府対日本医師会の医療契約に追随するもの」であると認めていた（三十年史上三九一頁）ことから窺えよう。
- (32) 厚生省医務局『医制八十年史』、印刷局朝陽会、一九五五年、二三六―二三九頁。
- (33) 日本医師会が診療報酬点数計算規程や健保組合との報酬額様式を定めていたことにつき前掲②参照。また、日本医師会は、地方医師会に対し、地方医師会が健保組合と契約を締結する場合には日本医師会の代理の立場で契約交渉を行うよう働きかけていた（兒玉政介『健康保険の研究』、醫海時報社、一九三一年、七五四頁）。もっとも、そのことがしばしば日本医師会と地方医師会の紛争の原因ともなったようである（鈴木三郎『健康保険組合の発達』、社会保険新報社、一九九五年、四一六―四二二頁）。
- (34) 同様の認識を示すものとして坂口・前掲第一章(19)四六七―四六八頁。
- (35) 健康保険組合連合会・前掲序(8)九〇―九一頁及び一一〇―一一一頁参照。
- (36) 詳しくは健康保険組合連合会・前掲序(8)一一六―一二二頁参照。ただし、昭和一六年度の診療契約の申し合わせの中で、診療点数計算規程は健保連と日本医師会との契約によるものを用いることとされている点が注目を引く。
- (37) 解釈と運用六八六頁。
- (38) 三十年史上三〇四―三〇六頁。この点について、当時の行政担当者は、「(社会保険の)より大なる使命は社会保険が疾病を予防し負傷を未然に防止し以て健康の維持増進を図り勤労能率の向上を期し延ては戦力増強に資するに在」るとの認識を示し(平井章『社会保険の新使命』、『社会保険旬報』第七〇号、一九四三年、一頁)、また、一七年改正法の解説の中で「現下の重大時局に即応して人的資源の増強という大使命を果たすべく、改正健康保険法は新年度から新しい展開を示すものと期待している」とも述べている(長岡篤「改正健康保険法概説(一)」、『社会保険時報』昭和一八年二月号、厚生省保険局、二二頁)。
- (39) 一七年改正法案は、衆議院、貴族院のいずれにおいても、同一の委員会において、国民医療法案、国民体力法中改正法律案等と一括されて審議された。



- (40) 小島・前掲(17)二九九―三三三頁。
- (41) 船員保険は昭和一八年厚生省令第一三号により追加。
- (42) 一九四二（昭和一七）年一月三〇日の衆議院国民体力法中改正法律案外四件委員会において、木村清司保険院社会保険局長は「保険者ト医者ノ関係ヲ画一統制スルト云フ見地カラ」保険医の指定制を導入したとの答弁を行っている。
- (43) 保険医の強制指定制が実現した主たる理由は、本文で述べたような戦時下の統制強化という時代状況に求められるべきであろうが、この他に、厚生大臣の定める診療報酬を医療側の希望の強かった勤労定額方式（点数単価方式）としたことが、医療側に対するいわばアメとして作用したのではないかと推測される（健康保険組合連合会・前掲序(8)一三六―一三七頁参照）。
- (44) もっとも、実際には、保険医の指導監督はその後医師会側に委任された（健康保険組合連合会・前掲序(8)一三五頁）。
- (45) 有泉・前掲第一章(1)一二四―三頁。
- (46) 一九五七（昭和三二）年三月三〇日の参議院社会労働委員会における高野一夫議員の法案に対する賛成討論、同月二六日の同委員会における榊原亨議員の質問に対する神田博厚生大臣の答弁等。
- (47) なお、保険者（市町村）は、個々の事情に応じ、個別の医療機関と契約を結んでも、都道府県医師会等の団体と契約を結んでもよいこととされた。また、診療報酬も自由な方式で決定できることとされたが、実際には始どの保険者が健康保険の方式（点数定額式）を採用していた。以上については栃本重雄『国民健康保険の運営の実態』、国民健康保険調査会、一九五四年、一七三頁及び一八〇―一八一頁を参照。
- (48) 国保の医療組織の変遷については、厚生省保険局国民健康保険課編『詳解国民健康保険』、国民健康保険調査会、一九六〇年、五九七―六〇四頁参照。
- (49) 全国国民健康保険団体中央会編『国民健康保険二十年史』、一九五八年、二九九頁、厚生省保険局国民健康保険課編『平成四年度版・国民健康保険基礎講座』、社会保険実務研究所、一九九三年、一四―一五頁。なお、法案審議過程において、宮崎太一

厚生省保険局長は、知事による天降りのな指定を改め同意に基づく契約という民主的な取扱いとされたものとの説明を行っている（一九四八（昭和二三）年六月二十九日の衆議院厚生委員会における答弁）。

- (50) 直接契約制の導入の可否につき当時の厚生省保険局内部で議論があったことにつき全国国民健康保険団体中央会・前掲(49)二八二頁参照。

- (51) 栃本・前掲(47)一七三頁参照。

### 第三章 直接契約制についての考察

#### 一 「医療保険における保険者機能強化の意味——考察の視点——」

医療保険における保険者とは、一言で言えば「医療保険事業の経営主体として保険料の徴収及び保険給付を行うもの」であるとされる<sup>(1)</sup>。この内、被保険者（加入者）に対し（保険事故が発生した場合に）保険給付を行うことは、保険者の存在目的であると同時にその機能であると解せ、また、被保険者から保険料を徴収することは、給付を行うための手段として保険者に与えられた機能と解せよう。そして、第一章で触れたように、機能は保険者がそれを行うことができるという意味で権限でもある。

被保険者に保険給付を行うことが保険者の存在目的であり、その機能が目的達成のために保険者に与えられた権限であるとするならば、保険者機能の強化は、保険者が被保険者に「よい給付を行う」ことができるよう、保険者

の権限を拡充することではなければならぬ。そして、「よい給付を行う」というのは、一般的には、被保険者が必要とするときに、ニーズに応じた適切な給付をできる限り安いコストで効率的に提供することといえよう。そして、保険給付を現物の医療サービスにより行う場合には、そのコララーとして、医療機関が被保険者に対しよい給付を行ってくれるよう医療機関に対し必要な働きかけ（例えば、医療機関の指定、診療報酬内容の決定、診療報酬請求の審査、医療機関に対する監査等）ができることが、保険者の機能として要請されることになる。その場合、適切な給付と安いコストはなるべく両立することが望ましいが、いくらコストが安くてもいざというときに役に立たない給付では保険としては意味をなさないから、両者が対立した場合には、原則として給付が適切であること（被保険者の立場からすれば、保険給付の受給権が実質的に保障されること）が優先されるべきであろう。これをキャッチフレーズのにいえば、「最適の給付を最低のコストで」提供することを目的として保険者機能の強化が図られなければならない。逆に言えば、保険者の権限を拡大しても、それが被保険者に「よい給付を行う」ことに繋がらなければ、あまり意味はない。

また、これとは別に、本稿冒頭で述べたように「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ふ観点から」保険者機能を強化すべきといわれることがあるが、これは、保険者機能の強化による保険者自治の強化を念頭に置いているものと思われる。確かに、「一定のニーズに対して給付を行い、そのために必要な費用を徴収する」ということだけであるならば、それは社会保険方式ではなく租税を財源とする社会扶助方式によっても行えることである以上、<sup>(5)</sup>社会保険方式で給付を行うことの大きな意義が、保険者の自治という要素に積極的な価値を見出しこれを生かすことにあるとするのは妥当であろう。<sup>(6)</sup>しかし、この保険者自治という言葉は、歴史的に見て医療保険制度における国家の主導性が強かった我が国においては、保険者の対国家的独立性という意味ではなく、保険

事業の管理運営に被保険者が当事者として参加するという意味合いで用いられてきたように思われる。<sup>(8)</sup>これに対し、ドイツにおける保険者の「自治 (Selbstverwaltung)」は、当事者参加という意味での「政治的自治」の他に、団体の国家からの独立という意味での「法的自治」(被保険者に医療サービスを保障するという公的任務が独立した法人格を有する主体たる疾病金庫によつて実施されるとともに、金庫固有の事務については国家の干渉を受けずに金庫自身の責任で処理すること)<sup>(9)</sup>の意味も持っていることとされ、ドイツにおける保険者と医師との共同自主運営システム (gemeinsame Selbstverwaltung) が、こうした意味での自治原則の療養給付の実施における現れであるとすれば、そこにおける重要な要素は、疾病金庫連合会と金庫医師協会という対等の当事者による自主的なシステム運営とシステムの対国家的な独立性にあると考えられる。我が国で現在主張されている保険者機能の強化の意味が、もしドイツを範とするのであれば、以上述べたような意味での保険者自治を強めるために保険者の権限を拡充すべきということになる。私も、こうした考え方には賛成したい。

だが、場合によつては、こうした保険者自治の強化と前述の被保険者への適切な給付保障とが対立・矛盾することも考えられる。もちろん、両者が矛盾することのないようにするためにも、被保険者の事業運営への実質的参加を強めるという意味での保険者自治が強化されるべきであるが、その自主的に運営されている保険者が、経営の効率化・安定化を被保険者への適切な給付保障より優先させることを「自主的に」決定するということは、あり得ないことではない。<sup>(11)</sup>そうした限界的なケースにおいて、保険者自治の尊重と被保険者への適切な給付保障のいずれを優先すべきか。個々のケースについては勿論様々の利益衡量が必要であろうが、原則論としては、私は後者、すなわち被保険者への適切な給付保障を優先すべきと考ええる。<sup>(12)</sup>その理由は、保険者は、自然人と異なり、もともと被保険者に対する給付を行うことを目的として人為的に設立された法人である以上、<sup>(13)</sup>その設立(=存在)目的が他の全

ての価値に優先すべきと考えるからである。その意味で、保険者機能強化との関係では目的的位置に立つ保険者自治（の強化）も、被保険者への給付保障に対しては、劣位の手段的位置に立つものと解される。したがって、保険者の自治を強化するとの名目であっても、それが結果的には被保険者の給付保障にとってマイナスとなるような制度改正については、そうでない改正の場合よりも幅広い観点からの慎重な利益衡量が必要とされよう。

それでは、現時点の我が国において、医療機関が被保険者に対しよい給付を行ってくれるよう医療機関に対し保険者が行う働きかけの一つとして、健保組合と医療機関と間に直接契約制を導入し両者が対等な当事者として診療契約を締結していくことは、そもそも可能だろうか。また、導入したとして、それは、第一に被保険者への適切な給付保障という見地から、第二に保険者自治の強化という見地から、真に望ましい保険者機能の強化となり得るのだろうか。こうした観点から、次節において直接契約制の導入を巡る論点について検討したい。

## 一一 直接契約制の導入を巡る論点

### ① 直接契約制の形態としてどのようなものが考えられるか（論点一）

健保組合が医療機関と直接契約を結ぶ場合の形態としては、戦前（以下では「戦前」の語を法施行当初から一七年改正法までの第一段階の意味で用いる。）の我が国の経験からすれば、(a) 健保組合が医師会と契約を結び、その医師会のメンバーが当該健保組合の被保険者に対し療養の給付を行う形態と、(b) 健保組合が医療機関と個別に直接契約を結ぶ形態とが考えられよう。前章で述べたとおり、(a)は開業医の場合の形態であり、この場合の健保組合の実質的な契約交渉相手は医師会であって個々の医療機関（開設者）との契約は形式的なものとなる。また、(b)は、官

公立大学附属医療機関、事業主医局等の場合の形態であった。

「当事者の選択と責任の比重を高めるために直接契約制を導入するということであるならば、健保組合と個々の医療機関とがその契約内容について個別に実質的交渉を行い双方合意の上で契約を結ぶという(b)の形態こそが直接契約制の本来の姿であろう。だが、健保組合の場合被保険者は政管健保と異なりある程度地域的に集中しているにしても、被保険者の受療機会を確保するためには、健保組合は、個々の開業医も含めたその地域内の相当数の医療機関と通常は契約を結ばざるを得まい。しかし、相当数の開業医と個別に実質的契約を結ぶ手間暇(コスト)を惜しまない健保組合はそう多くはないであろうし、個々の開業医ごとに契約内容が大きく異なるといふことも考えにくい以上、そうすることの意味もあまりない。したがって、健保組合と医療機関との直接契約制が導入されたとしても、その形態は、地域の中核的病院のような少数の医療機関とは個別に実質的な契約を結びつつ(b)の形態)、中病院を含む多くの開業医とは医師会を通じて契約を結ぶ(a)の形態)という戦前と殆ど変わらない姿となる可能性が高いのではないか。そこで、以下では、直接契約制の形態として基本的に(a)の形態を念頭に置きつつ、必要に応じ(b)の形態についても検討を行うこととしたい。

ただし、以上のような形態を想定したとき、幾つかの点が戦前との相違で若干問題になる可能性がある。

一つには、(a)の形態においても健保組合は個別の医療機関の指定といった形の形式的な契約も結ぶことになるものと考えられるが、医師会の会員は個々の医師であつて医療機関ではないことから、医師会と保険者間の契約と保険者と医療機関間の契約の関係をどのように考えるかということがある。<sup>11)</sup>医療サービスが組織としての医療機関により提供される傾向がますます強まっている現在、戦前のように医師会員たる個々の医師を健保組合が指定する方式に戻るとは適当ではあるまい。結局、医師会の会員たる医療機関の開設者が医療サービスを提供することを受

諾したことを媒介として両者を関連づけるしかないのではないか。

もう一つは、医師会に加入していない非会員の医師が開設する医療機関との契約はどのように行うのかということである。既述のとおり、戦前の地域医師会は強制設立強制加入とされており、全ての医師が医師会に加入していたので、こうしたことは問題とならなかった。<sup>113</sup> 現在でも、実際には、病院開設者の約九割、診療所開設者の殆どが医師会に加入しているものと考えられるので、<sup>116</sup> そう大きな問題とはならないかもしれないが、理論的な検討は必要であろう。健保組合と医師会との契約をより実効あらしめるために医師会を戦前のような強制設立強制加入の公法人とするのは本末転倒であるし、実際の賛同も得られまい。しかし、だからといって、(a)の形態の契約は不可能と断じるのも早計すぎよう。結局、非医師会員の医療機関とは健保組合が個別に契約を結ぶか(b)の形態<sup>118</sup>、そうした医療機関において被保険者が受療した場合には被保険者に療養費払いをすることになるものと考えられる。<sup>118</sup> 現代における情報処理技術の長足の進歩を考えれば、事務的処理は可能であろう。

なお、医療法人制度は一九五〇（昭和二五）年の医療法改正（昭和二五年法律第一二二号）により創設された制度であり戦前には存在しなかったが、法人も公益社団法人の社員になれる以上、医療法人が医師会の会員になれば、医療法人が開設する医療機関についても医師会を通じて契約を結ぶことに理論上の問題はないものと思われる。<sup>119</sup>

## ②直接契約の法的性格はどのようなものか（論点二）

現在の都道府県知事による保険医療機関の指定の法的性格は、判例多数説においては、既に述べたとおり、公法上の契約であり、第三者である被保険者のためにする契約であり、双務契約であり、附合契約であり、準委任契約であると考えられている。これと比較した場合に、①で述べた直接契約の性格はどのように異なってくるのであろうか。

まず、(b)の健保組合と個別医療機関との契約の性格について検討する。これが、第三者である被保険者のためにする準委任契約であり、また、双務契約であると解することは問題あるまい。しかし、公法上の契約か私法上の契約かという点については、<sup>209</sup>両者の区分のメルクマールにつき種々議論はあるが、<sup>211</sup>直接契約制導入の目的の一つが、当事者の自治・自律性を高めるために対等平等な当事者間の交渉により契約内容を決定することにあるとするならば、直接契約については、これを公法上の契約ではなく私法上の契約と解すべきであろう。こう解する場合、実務的には、現在の保険医療機関の指定に係わる争訟が行政事件訴訟法により争われているのに対し、直接契約を巡る争訟は民事訴訟の手續きによることになる点が異なってくる。しかし、私法上の契約だからといって、契約自由の原則を貫徹し、当事者が何でも自由に決定できるということにはなるまい。あくまでも社会保険の枠内での自由であり、契約には、後述のような種々の理論的、さらには現実的制約が課されることになる。だが、こうした制約を強行法規として法令上明文であまり細かく規定すれば結局現行法による規制と同様になり、当事者同士が契約内容を決定するという要素が完全に失われてしまつて、違ふのは訴訟手續だけということになりかねない。<sup>212</sup>そうかといって、法令上の規定を置かなければ、(その場合でも④で述べるような現実的制約から契約内容は収斂・画一化する可能性は高いが、)その内容が被保険者に「よい給付を行う」ものであるかどうかの担保はできなくなる。抽象的には被保険者に適切な給付を保障するのに必要な最小限の規定を置くべきということになるが、実際の立法に当たっては判断が難しく、契約内容には法令により相当の制約が課される可能性の方が高い。そうなると、直接契約制導入の狙いの一つが契約内容の多様化にあるにもかかわらず、実際には種々の制約が課される結果、契約は附合性を強く帯びざるを得なくなるといふ問題が生じてこよう。

これに対し、(a)の健保組合と医師会との契約は、明確にいずれかの典型契約に区分しにくい面もあるが、戦前の



例に倣って整理すれば、医師会が当該健保組合の被保険者に対し契約条件に従って会員たる医師が開設する医療機関に医療サービスを提供させることを約する請負契約（私法上の団体請負契約）であり、医師会との契約に基づく健保組合による個々の医療機関の形式的指定が、法的性格としては(b)と同様の被保険者の為にする私法上の準委任契約になるものと思われる。ただし、後者の契約内容の中核をなす診療報酬の額・支払方法等については、前者の請負契約においてその大枠が実質的に決定されてしまうことになる。

③健保組合と医療機関側との契約内容は理論的にどこまで自由決め得るか（論点三）

仮に直接契約制を導入したとしても、これまで述べてきたことから明らかなように、健保組合がその契約内容を全く自由に決めるということはできない。健保組合ができることには、第一章で挙げたような保険故の、あるいは社会保険故の、さらには憲法上の、そして何よりも被保険者に適切な保険給付を行うという保険者の存在目的故の様々な制約が課されている。そして、こうした制約のうち保険給付に係るもの多くは、保険者と医療機関との間で契約を結び被保険者に対する保険給付を現物給付で（医療サービスとして）行うこととした場合には、保険者——医療機関間の契約内容についての制約としても機能することになる<sup>24</sup>。したがって、例えば、次のような内容を契約に盛り込むことはできない。

- ・ 社会保障たる社会保険としてみた場合に極端に悪い或いは低い給付内容
- ・ 契約の相手方となる個々の医師会や医療機関ごとにまったく異なった給付の範囲・率・内容・価格等を設定すること
- ・ 被保険者の受給権の公平な保障に抵触するような、保険者間であまりに異なる給付内容等

したがって、許される契約内容は、少なくとも医療サービスの給付範囲及びその内容については、細部はともかくそのコアの部分が保険者により異なってくるとは考えにくい。<sup>25)</sup> 結局のところ、保険者間である程度のヴァリエーションが認められるのは、医療機関に対する診療報酬の支払方式及び額ということになるのではないか。戦前においても、これについては、人頭式、時価式、定額式といった方式が併存していたし、診療報酬の額についても、これを理論的に制約するものはなかった。<sup>26)</sup> しかし、この点については、次で述べるような現実的制約を考慮しなければならぬ。

#### ④ 健保組合と医療機関側との契約内容は現実にどこまで自由に決め得るか（論点四）

健保組合と医師会乃至医療機関との契約は、契約である以上当然のことながら医療サイドとの合意がなければ成り立たない。そして、契約の当事者は対等であることが建前である。<sup>27)</sup> しかし、戦前の健保組合が、診療報酬の決め方について制度的にはフリーハンドでありながら、医師会との交渉に難渋し結果的には診療報酬についての契約内容も政管健保に準じたものに事実上収斂・画一化していったことは、前章で述べたとおりである。そして、その原因として、健保組合側と医療機関側との医療についての情報格差の存在、保険診療の普及の不十分さ、健保組合と医師会とのパワーの差の三つを挙げた。したがって、直接契約制の導入の可能性を検討するに当たっては、この三つが戦前と現在とでは変化したのか否かの判断が重要なポイントとなる。

第一の医療についての情報格差の存在は、基本的には医療が本来的に持っている性質といえ、その意味ではこの問題は現在でも解消していない。しかし、戦前と異なり医師の絶対数が増え、また、医師会の統制力も強制加入であった戦前よりは弱まっていることを考えれば、健保組合の立場に立つて医師会や医療機関との契約交渉に協力し

てくれる医師を健保組合が見つけ出すことは可能であるように思われる。しかし、現実には殆どそうっていないが、それは、次の⑤で述べるように、健保組合が本来自らの機能である診療報酬の審査権を実質的に社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）に委ねてしまっている点によるところが大きいと考えられる。

第二の保険診療の普及の度合いは、戦前と現在とでは大きく変化した点といえる。戦前と異なり、医科についてはほぼ一〇〇%が保険診療という状況下で、仮に保険者との契約がまとまらず保険診療ができないということになれば、医療機関の方も経営的に大きな影響を受けるであろう。また、現在は、医療機関数が増え、さらに、非医師会員の医療機関がある程度存在することも、診療契約を結ぶ相手方の選択肢が増えている分だけ、戦前よりは健保組合の立場を相対的に強めているといえる。<sup>23)</sup>しかし、被保険者に対し療養の給付を確保しなければならぬという健保組合の責任や医療の必要性が変わったわけではないので、かつての保険医総辞退のようなケースが起き、かつて非医師会員の医療機関の協力も得られないようなことになれば、「我慢比べ」で先に音を上げるのは健保組合ということになる。

第三の健保組合と医師会との力関係も、戦前と比べればある程度は変化し相対的には接近してきている。既述のとおり医師会の統制力がその法的位置付けの変化等とも相俟って戦前よりは弱まっているのに対し、健保組合側は、一七年改正法により健保連が公法人として法定化されてから半世紀余を経た現在では、中央社会保険医療協議会の場等においても、医師会側との診療報酬交渉において保険者側（支払側）をリードする役割を担うようになった。

このように健保組合或いはその連合体である健保連の対医師会交渉能力は戦前に比べれば高まってきているし、さらに高められる可能性もないわけではないが、現時点ではなお医師会の方が相当優位にあることも事実である。<sup>24)</sup>したがって、仮に現在直接契約制が導入されたとしても、個々の健保組合が例えば都道府県医師会と個別に交渉して、

それぞれ独自の診療報酬内容を含む契約を取り決めることはおそらく困難であり、結局は中央団体である健保連と日本医師会が何らかの標準的な契約内容を取り決め、それに準じて個別の契約が結ばれるということになる<sup>32)</sup>。しかし、そうになると、当事者同士の責任でそれぞれの実情に応じた多様な契約を結ぶということにはならず、個々の契約は、結局中央で取り決められたモデル契約に準じたものに収斂・画一化してしまうのではない<sup>33)</sup>。

契約内容の現実的制約としては以上のようなことが考えられる。

### ⑤直接契約の場合診療報酬の審査・支払いはどうなるのか（論点五）

健保組合と医師会が契約を結んだ場合、診療報酬の審査・支払いは誰が行うことになるのかも問題となる。戦前の例に倣えば医師会ということになるが、それでは現行法上は審査支払権限が保険者にあることが明定されている（法四三条ノ九・四項）ことからの後退になってしまうので、健保組合側の納得が得られないであろう<sup>34)</sup>。

しかし、現在の健保組合が自ら診療報酬請求書（レセプト）の審査を行えるかといえば、それは難しいであろう。これまでの実際の運用では保険者は基金へ審査支払事務を委託するよう指導が行われてきている<sup>35)</sup>こともあって、健保組合は、いわゆるレセプト縦覧点検等による事務的なチェックはともかくとして、医療の内容にまで立ち入った診療報酬の本格的な審査を自ら直接行った経験は殆どないといってよいからである。診療報酬の審査支払機能を保険者機能のかなり本質的な部分として位置付けるといっているのであれば、保険者内部にそうした審査ができる組織・要員を置くのが筋であろうが、前記④で述べたような現状でそれが直ちに実現できる健保組合はそれほど多くあるまい。また、そうした審査組織を設け自ら審査・支払いを行うこととした場合には、基金に審査支払事務委託手数料を支払う必要はなくなるが、規模のメリットが働かなくなることを考えると差し引きのコストは増加する可能性が

ある。<sup>36)</sup> どうかといつて、基金に審査支払事務を委託することすれば実態が現在と殆ど変わらないことになってしまふがそれでよいのかどうか。<sup>38)</sup>

直接契約制を実質的に意義あらしめるためには、以上のような点をどうクリアするかがかなり大きな問題となる。なお、(b)の健保組合と医療機関が個別に契約する形態の場合は、医師会が関与しない分だけ問題は簡素化されるが、契約を締結する場合に、最終的に誰が審査権を有するのか、診療報酬額についての両者の意見が食い違った場合の調整はどうするのかといった点が交渉の争点になるのは(a)の場合と同様であろう。

#### ⑥直接契約の場合契約医療機関に対するチェックはどうなるのか（論点六）

現在の厚生大臣・都道府県知事による保険医療機関へのいわゆる監査（法四三条ノ一〇）<sup>39)</sup>が、国の機関としての都道府県知事が保険者に代わって指定（公法上の契約）をしたことに伴い発生する、契約の適正な実施を確保する責任に基づくものである以上、<sup>38)</sup>直接契約制が導入された場合には、契約医療機関が契約の内容に則った診療行為や診療報酬請求を行っているかどうかをチェックするの<sup>40)</sup>は、保険者たる健保組合しかないように思われるが、これも必ずしも論理必然ということではなく、医師会との契約交渉において決められることになる。戦前の例に倣えば、診療報酬の審査・支払いと同様、個別医療機関のチェックも医師会内の自律的規制に委ねるべきという論理も成り立ち得るからである。また、仮に契約において健保組合がチェックを行うことが取り決められたとしても、前述の診療報酬の審査の場合と同じく、実際にチェックを行える能力のある健保組合がどれほどあるかが問題になる。<sup>41)</sup>

## ⑦直接契約制の導入により医療機関間の競争は進むのか（論点七）

仮に健保組合を含む全ての保険者が、全て個別の医療機関を選択し(b)の形態の契約を結ぶということであれば、選択されなかった医療機関は療養費払いでの診療或いは全くの自由診療を行わざるを得なくなるので、医療機関間で保険者に選択してもらえないような何らかのメリットを有する医療機関となるための競争が進む可能性がある。

しかし、多くの保険者が(a)の形態の医師会との契約を締結することとなれば、医師会はその内部の保険診療を希望する全てのメンバーを保険者が指定（形式的契約）するよう通常求めるであろうから、その場合には医療機関間の競争インセンティブは(b)の形態よりは弱まることになる。

したがって、医療機関の競争が活発化するかどうかは、直接契約制の具体的形態によるところが大きいといえる。

## ⑧直接契約制の導入により保険料負担は安くなるのか（論点八）

本来の直接契約制の形態は、健保組合が個別の医療機関と実質的な交渉を行って契約を行う(b)の形態であろうと述べた。審査支払機能や医療機関のチェック機能を保険者本来の機能と位置付けるならば保険者自身がそれを行うのが筋であろうし、また、医療機関間の競争を進めるのは(b)の形態であろうとも述べた。しかし、コストという面から言えば、これらは全て健保組合の事務コストを上昇させ結果的に保険料の上昇を招く可能性が大きい。健保組合が仮に県内の半分の医療機関と(b)の形態の直接契約を結ぶとすると、全国の医療機関の総数は医科・歯科合わせで約一五万七千機関ある<sup>43)</sup>ので、単純平均で約一六七〇（ $157,700 \div 97.2$ ）件の契約を結び、そこからの診療報酬請求書を審査し、支払いを行い、定期的に医療機関の契約履行状況をチェックしなければならないことになるが、そのコストは無視できるものではない。また、現在は基金が行っている保険診療費と公費負担医療費との

審査・支払いの調整をどのような基準でどのようなシステムにより行うのかということや、加入者にどの医療機関と契約しどの医療機関と契約していないかを周知徹底することも、実務的にはかなり面倒なコストのかかる問題になりそうである。

したがって、「真面目に」直接契約制を導入するのであるならば、医療機関との交渉により現在よりも相当診療報酬を抑制した契約を結ぶということでない限り、事務コストも含めたトータルの医療費、したがって保険料負担は増加するとみておいたほうがよいであろう。<sup>44</sup>

もちろん、(b)の形態でなく(a)の形態の契約であれば、コストの上昇はそれほどはなからう。しかし、知事による保険医療機関の指定という現在の仕組みよりは健保組合自身が行わなければならない事務が増えることには変わりはない以上、他の条件が変化しないならば保険料負担はやはり増加することになる。

### ⑨ 小 括

以上直接契約制を導入することとした場合に予想される論点の整理を試みたが、それをまとめれば次のようであろう。

(1) 直接契約制の形態としては、健保組合と医師会が実質的に契約する形態(a)の形態と健保組合と個々の医療機関が実質的に契約する形態(b)の形態が考えられる。直接契約の本旨からすれば(b)があるべき姿であろうが、現実には(a)が中心とならざるを得ない。その場合に、医師会に所属していない医師が開設する医療機関の取扱いが問題となり得る。

(2) (a)の場合、理論的にも現実的にも、その契約内容は基本的に同じような内容に収斂・画一化する可能性が高い。

- (3) また、(a)については、診療報酬の審査・支払い及び契約医療機関のチェックを健保組合と医師会のいずれの側が行うかが契約交渉の争点となり得る。
- (4) 直接契約制が導入された場合、医療機関間の競争が進む可能性があるが、(a)であれ(b)であれ、事務コストも含めた医療費全体が低下し保険料負担が軽減される可能性は少ない。
- (5) また、診療報酬の審査・支払いや契約医療機関のチェックのところでは述べたように、直接契約制の導入は、その形態や内容如何によつては、健保組合の機能強化ではなく、もう一方の当事者である医師会の機能を強化し組織力を高める働きをもつ可能性もあることに留意する必要がある。

### 三 直接契約制導入の意義及び条件

前節での分析が正しいとすると、直接契約制を導入することの意義はどこに求められるべきであろうか。第二章で述べたとおり、知事による保険医療機関の指定制を導入した時の理由は現在では既に妥当せず、健保組合と医療機関との関係の設定方法をどのようにするかは政策的判断に委ねられていると考えられるが、直接契約制を導入しても契約内容がそれほど多様化する見込みがあまりなく、むしろ保険料負担が増加する可能性が高いのであれば、指定制を維持したほうが適当なのではないかとの意見も成り立ち得る。

だが、これに対しては、直接契約制導入の結果がどのようになるにせよ、健保組合が自ら交渉し、決定し、そして責任を負うというプロセスを導入すること自体が、これまでの国家主導型の医療保険制度運営を改め、保険者自治の度合いを高めるための保険者機能の強化として評価し得るとの反論が可能であり、そして、私としては、直接



契約制のそうした意義を認めた上で、その導入が可能となるよう前節でみたような問題点をクリアするための条件整備を進めていくことが重要ではないかと考える。具体的には、次のような条件整備が必要であろう。

### ① 健保組合の当事者能力の向上

これまで見てきたとおり、直接契約制の導入により保険者自治が強化されるかどうか、また、それによって被保険者への給付が本当に適切で効率的な「よりよい」ものになるかどうかは、ただ形式的に直接契約制を導入したただけでは何とも言えず、契約における診療報酬、審査支払方法、医療機関のチェック方法等についての規定の仕方によって左右されるところが大きい。したがって、結局は保険者たる健保組合の実質的な契約交渉能力及び実施能力がどの程度あるかに負うことになる以上、健保組合と医療提供サイドが真に対等な当事者として契約を締結するためには、まず、健保組合自身の能力向上が不可欠であり、そのための人材の養成が必要である。その場合、健保組合側が、医療内容を理解しそのチェックができる要員をどれだけ擁することができかがポイントとなろう。そうした要員を育成できれば、基金の審査委員会によるレセプト審査という現行システムの下であっても健保組合の発言力は相当強まるものと思われるが、保険者機能強化のためには、保険者自身がそうした機能を直接もつことがより望ましい。また、そのことは、そうした要員を自力では抱えられない小規模保険者の再編・統合を促す契機ともなう。しかし、この人材養成の必要性が夙に指摘されていながら本格的な取り組みがなされずに現在に至っているところに、我が国の健保組合制度が抱える問題の根深さが潜んでいるのかもしれない。

## ②直接契約制を可能にする事務処理システムの開発

第二に、技術的ではあるが重要なこととして、直接契約制が導入された場合の、医師会或いは医療機関との契約締結、被保険者への契約締結医療機関の定期的周知、診療報酬の審査・支払いを始めとする締結後の契約の管理・実施等の事務を処理するための情報処理システムが開発されなければならない。そうしたシステムの開発は技術的には可能であろうということをも本稿においても度々述べてきたが、実際にそのシステムを誰の費用負担により誰が開発するかは、保険事業運営のコストに直接関わる問題となる。

## ③被保険者への給付保障の担保

第三に、直接契約制導入の狙いである保険者自治の強化も被保険者への給付保障に対しては手段の位置に立つべきとの見地からすれば、保険者自治を尊重するといっても、健保組合と医療機関との契約で何でも自由に決め得るわけではなく、被保険者への給付を保障するための一定の制約に服さなければならぬことは、これまで縷々述べてきたところである。したがって、現実には個々の規定ごとに判断せざるを得ないが、抽象的に言えば、被保険者に適切な給付を保障するのに必要な最小限の規定を置き、それ以外は当事者の契約に委ねるといふ方向で、現行法の規定の全面的な見直しを行うことが必要になってこよう。ただ、その場合には、少なくとも、被保険者への給付保障の観点から、健保組合と医師会乃至医療機関との契約がまともでない場合の処理方法が明確化されていることが直接契約制導入の条件となることに留意する必要がある。<sup>47)</sup>

以上、直接契約制の導入を可能にするために最低限必要と考えられる条件を挙げた。<sup>48)</sup>だが、逆に言えば、以上のような条件が整備されない限り、当事者の選択と責任の比重を高めるための保険者機能強化の有力な方策であると

して、直ちに直接契約制の全面的な導入を行うことには慎重でなければならぬと考える。<sup>49</sup>

注

- (1) 解積と運用三六八頁。
- (2) 解積と運用八二頁参照。したがって、保険者自身の安定的かつ永続的な存続・運営は、（現実には、被保険者に対する給付保障よりも優先され自己目的化していることがしばしば見受けられるが）被保険者に対する給付を行うことができる限りにおいて認められるということが建前となるはずである。
- (3) 効率性は、保険者が使用可能な財源に現実には制約があることから要請される（井口直樹「医療保険と『競争原理』」、『社会保険旬報』第一九三五号、一九九七年、二二二頁）。
- (4) 保険者においては、その機能・権限と責任を一致させ「権限なきところに責任なし」を原則とすべきと一応はいえよう（加藤・前掲序(1)二八頁参照）。権限がないのに責任が問われるということもその逆も、それを正当化する別の合理的理由がない限り、公正の観点から適当ではないと考えられるからである。同様に、保険者を給付実施主体と財政責任主体に分けて、両者が一致することが本来の保険者の姿であるとする考え方も、基本的に妥当であろう。しかし、これらの考え方は、社会保険事業の主体たる保険者の事業ではなく主体に着目した考え方であることに留意する必要がある。すなわち、前述の権限と責任の一致といった考え方は、何も保険者に限ったことではなく、純粋な「主体」であるならば一般的に有するであろうような性格（自己完結性、対外的独立性、自律性等）を述べた以上のものではない。近年自己決定と自己責任が強調される中で、純粋な主体像があるべき保険者像と等値される傾向にあるが、他方、その保険者が担う社会保険事業自体は、高齢化の進展や産業構造の変化の中で、その社会的乃至連帯的性格をますます強めつつあることも事実である。保険者における事業と主体の調和を個別事項（例えば保険者への公費補助、保険者が負担する各種拠出金、さらには保険者の単位等）にとどのようか考えていくについては、今後の検

討課題としたい。

(5) 両方式の比較については、取り敢えず堀勝洋「高齢者の介護および医療に係る社会保険方式と社会扶助方式」、「医療と社会」第六巻第四号、一九九七年、四一—五六頁を参照。

(6) この点で、社会保険制度をハイエク (F.A. Hayek) のいう自生的秩序 (spontaneous order) にできる限り近づけるよう設計された国の制度として捉える堤修三氏の考え方 (堤修三「社会保障構造改革を考える視点」、『社会保険旬報』第一九二四号、一九九六年、一四頁) は興味深い。

(7) 我が国の医療保険制度における国家の役割の大きさを指摘するものとして、倉田・前掲序(9)三一—三五頁。

(8) 疾病保険の組合方式による管理運営を支える理念としての「当事者の自治」を、当事者が自ら直接的に或いはその代表を通じて間接的に疾病保険の管理運営に関与するという「参加の理念」として理解するものとして、例えば上村政彦「健康保険組合論(2)」、『健康保険』第三五巻第一二二号、一九八一年、三五頁。

(9) 倉田・前掲序(9)一九—二四頁。これに対し、フランスの社会保障制度の理念である「自律性原則」は、制度の管理運営上の自律性原則(管理運営組織への関係当事者の参加と後見監督機関である国家からの自律)と財政的自律性原則(社会保障財源の国家予算への依存排除)からなるとされる(加藤智章『医療保険と年金保険——フランス社会保障制度における自律と平等』、北海道大学図書刊行会、一九九五年、四八—四九頁等)。

(10) 倉田・前掲第二章(5)九九六頁。

(11) 脇田・前掲第二章(11)五九頁参照。

(12) 誤解のないよう急いで付け加えれば、本文で述べたことは、健保組合における当事者の自治がその本質的要素であるべきことを否定する趣旨ではもちろんない。

(13) 上村・前掲第一章(18)二〇—二二頁参照。

- (14) この点は、ドイツにおいては、個々の金庫医師（Kassenarzt〔保険医〕）の組織たる金庫医師協会と疾病金庫の団体である各々の疾病金庫連合会という団体間の委託契約関係となっている（倉田・前掲第二章(5)七七七頁）ので、ドイツの例が直ちに我が国に適用できることにはなるまい。
- (15) もつとも、行政当局内部においては、医師会が診療契約締結の相手方として法的適格性を有するか否かについて、一応の検討が行われたようである（長瀬恒蔵『社会保険と五十年』、社会保険新報社、一九六三年、六二頁）。
- (16) 施設・業務の種別にみた医師数（厚生省大臣官房統計情報部『平成八年医師・歯科医師・薬剤師調査』、一六一―一七頁）及び日本医師会会員数調査（『日本医師会雑誌』第一一九巻第八号、一九九八年、一二二―一二五頁）からの大まかな推計である。なお、病院勤務医等も含めると、日本医師会の組織率は医師総数の六割程度になるものと推測される。
- (17) 有泉・前掲第一章(1)―一二三頁。
- (18) もつとも、当該医療機関にとっては、患者が窓口でいったんは費用全額を負担しなければならぬ療養費払いでは患者が減つてしまい経営上大きな打撃となるので、医療機関（を経営する医師）はそうならないよう強制加入とするまでもなく皆医師会に加入するであろうから、医師会の組織率が上昇し問題は自然に解消するのかもしれない。
- (19) もつとも、実際には、医師会の定款の改正が必要になり、それは医師会の性格を変容させる恐れが大きい。また、医療法人や病院の関係者が医師会とは別に法人格を持つ団体を結成していることに伴い、いずれが健保組合側との契約の相手方になるかを巡っての調整問題が発生する可能性もある。したがって、医療法人の代表者たる医師が医師会に加入し、保険者と医師会が締結した契約に基づき医療サービスを提供することを受諾したことをもって、健保組合が当該医療法人の開設する医療機関を指定するという方式が最も現実的かもしれない。
- (20) 公法と私法の区別を論ずること自体の意味については種々議論が存するのは周知のとおりである（藤田宙靖『第三版行政法Ⅰ（総論）（改訂版）』、青林書院、一九九五年、二五―四六頁等）が、少なくとも現在の判例・行政解釈においては現行の知事によ

る保険医療機関の指定に関し公法と私法の区別がなお前提とされているようであるから、本稿においても一応の検討を行つておきたい。

(21) 田中二郎『新版行政法上巻 全訂第二版』、弘文堂、一九七四年、二五—二六頁及び七二—七八頁等。

(22) 現行の保険医療機関の指定が公法上の契約である理由が、医療機関が療養担当規則等の合理的制約に従つた債務の履行を求められる点にあると解する（加藤・前掲第二章(9)一〇九頁）ならば、直接契約であつてもそれに加えられる制約が指定におけるものと異ならないのであれば、直接契約も公法上の契約として理解する立場もあり得ようが、私は、本文中で述べたような趣旨から一応私法上の契約と解したい。なお、ドイツにおいて、当初私法上の契約とされた疾病金庫と金庫医師〔保険医〕の個別的な契約関係が、次第に公的規律を受けるようになり現在のような公法上の団体間の契約関係に変化していく過程につき倉田・前掲第二章(5)を参照。

(23) 戦前の団体請負契約については、当時の行政担当者は私法上の契約と解していたようである（児玉政介「健康保険組合事務打合せを終りて（一）」、『健康保険時報』昭和五年一月号、社会局保険部、二頁）。

(24) ドイツにおいても、疾病金庫側と医師側の合意が社会保険としての疾病保険制度に由来する制限に服することにつき倉田・前掲第二章(5)七五九頁。

(25) これに対し、給付率についてはやや検討を要する。一割というような給付率は認められないであろうが、例えばA健保組合はかかった費用の七割を医療機関に支払い、残り三割は窓口で受療被保険者から医療機関に徴収してもらうという契約を結び、B健保組合はその割合をそれぞれ八割、二割とする契約を結ぶというのは、高額療養費制度により実質的には緩和されているといえ現行の医療保険各制度の法定給付率に現実には差があることからみて、認められないとはいいにくい。しかし、こうしたいわゆる給付格差については、公平性の観点からの批判があるのは周知のとおりであり、給付率の差が存在することが望ましいとまでも直には言い切れないであろう。私としては、そうした保険者間の給付率の差が妥当なものとして認められるためには、強

- 制加入を前提とした場合には個々の保険者が責任をもってコントロールできない要素（典型的なものとしては被保険者の年齢や所得の相違）を中立化するような措置が採られ、各保険者がいわば同じスタートラインに立った上で、保険者の経営努力が及ぶ部分での競争により給付率に差が生じるということではなければならないと考える。被保険者が保険者を選べないままに、相対的に低い給付率という形で、保険者の経営努力が及ばない部分についての責任まで被保険者が負うのは公平とは言えないと考えるからである。しかし、それは現在の医療保険制度における公費負担や拠出金の在り方を抜本的に見直すことを意味するが、我が国の医療保険制度改革における関係者間の利害調整の複雑さ・困難さを考えると、そうした見直しが行われることは難しいであろう。だが、ドイツにおいて医療構造法（Gesundheitsstrukturgesetz ≡ GSG）によりリスタ構造調整が導入されたこと等からみても、こうした改革が我が国においても中期的には必要となってくるに違いない。なお、GSGの内容については、取り敢えず松本勝明『社会保障構造改革——ドイツにおける取組みと政策の方向——』、信山社、一九九八年、三一—四〇頁及び一二〇—一四〇頁を参照。
- (26) 診療報酬点数単価の引下げだけなら、現行法の下でも前述のいわゆる割引契約（法四三条の九・三項）の運用を改めればできないことはない。
- (27) ドイツにおける共同自主運営システムにおいては疾病金庫連合会と金庫医師（保険医）協会が法律的にも事実的にも対等であるとの認識を示すものとして倉田・前掲第二章(5)九九五頁。
- (28) 健保組合が直営病院等を開設する場合は、そこで雇用している医師の協力を期待することはある程度であろうが、それは組織的なものとはなりにくい。
- (29) 医師会との契約がまともでなくとも、健保組合はそれ以外の医療機関と契約を結ぶことで被保険者に対する療養の給付をある程度は確保できる可能性がある。
- (30) もちろんこのことは普遍的な事実ではない（ドイツにおいては、かつて疾病金庫側が医師側よりも制度上も事実上も優位に

立っていた時代があることにつき倉田・前掲第二章(5)九五〇―九五三頁参照)が、我が国の現状としては本文のような理解が妥当であろう。

(31) その場合も健保連が独自の診療報酬体系表(診療行為の種類とその相対的重み付けの表)まで作成して日本医師会と交渉するということにはなるまい。交渉の重点は、戦前と同様診療報酬体系表は日本医師会の作成したものを基本的前提としつつ、診療報酬単価(これについては、一人当たり幾ら、受診一回当たり幾ら、一点当たり幾ら、疾病群毎に幾らといった幾つかのヴァリエーションが考えられる)或いはその伸びをどのように設定するかという点に置かれることになるのではないか。

(32) フランスにおいても、医師組合と保険者(社会保障金庫)との間で結ばれる診療報酬に関する医療協約のレベルが、両者の交渉能力の差(医師側の方が強かった)故に地方レベルから全国レベルへと推移していったとされる(加藤・前掲(9)四一七―四一九頁)。

(33) このことは、現在の事業主医局(法四三条三項二号)についてですら、法律上は診療報酬を契約で自由に定め得るにもかかわらず、多くの健保組合が、実際には診療契約書例(昭和三十三年九月二十七日保険発第一二二号各都道府県民生部(局)保険課(部)長宛厚生省保険局健康保険課長通知)に従って、厚生大臣の定めた診療報酬点数の一定割合で支払うという形態の診療報酬契約しか結んでいないことから予想されるところである。

(34) しかし、過去にそうした医師会自身による審査・支払いという形態が存在したということは、両者がそういう契約を結べば、そうした審査支払方式も、一方の当事者たる医師会の自律と責任を高めるという名目で、制度的に成り立ち得ることを意味することは認識しておく必要がある。特に、診療報酬について医師会が総額で請け負い、医師会内部で配分するような契約内容であれば、その審査・支払いは事実上医師会が行うことになる可能性が高い。なお、ドイツにおいては、共同自主運営原則の下ではあるが、個々の金庫医師(保険医)への診療報酬の審査・支払いは金庫医師協会が行っていることにつき倉田・前掲第二章(5)七五七頁、七六二頁及び七六六―七六八頁参照。



- (35) 解釈と運用八一五―八一六頁。
- (36) 保険者が民間も含め複数の審査支払機関の中から事務の委託先を選択できるような仕組みに改めることよって、審査支払機関間の競争を促しコストダウンを図ることは、効率化の観点からは検討に値する。しかし、その場合は審査支払機能の保険者機能としての位置付けは現状と変わらないことになり、制度的に保険者機能を強化したことにはならないのではないかと。
- (37) 情報処理技術の長足の進歩を考えれば、診療報酬が多少は多様化したとしても実務的には基金が対応することは可能であろう。もっとも、保険者機能を強化するためには保険者が自らの内部で診療報酬請求書を審査することが絶対に必要とまで言いきれるかどうかは、ドイツの例からみても疑問である。もともと基金は、一九四七（昭和二二）年医師会が公法人から民法法人に改組されGHQの方針に基づき診療報酬審査事務を行わなくなった後、暫定的に組織された保険医指導委員会では迅速・適正な審査ができないとして、一九四八（昭和二三）年に社会保険診療報酬支払基金法（昭和三三年法律第一二九号）により設置された特別法人であり（三十年史下七六四―七六五頁）、基金の各支部に置かれる審査委員会は、診療担当者代表、保険者代表及び学識経験者の三者の同数の委員により構成されている（同法一四条）。したがって、制度的には診療側と保険者側は診療報酬の審査に關し対等の立場で関与し得るのであり、それが現実にはそうなっていないとすれば、その原因としては、制度的なものよりも、保険者代表として適切な委員を推薦し得ない健保組合等の保険者側の実際の能力乃至努力が問われる部分が大いなのではないか。
- (38) したがって、都道府県知事による監査は、事業主医局や健保組合直営医療機関に対しては行われていない。
- (39) 都道府県知事による保険医療機関の指定がなくなれば、現行法における監査も論理的には当然廃止されることになる。
- (40) 健保連がそうしたチェックを行うことも考えられるが、その場合には、医療機関のチェックに係る契約内容は収斂・画一化してしまふことにならう。
- (42) 個別契約において保険者から選択されなかった医療機関（を経営する医師）は医師会に加入することで保険診療を行おうとす

るであろうから、結果的には医師会の組織率は上昇することになる。

(43) 厚生省大臣官房統計情報部『平成八年医療施設調査』によれば、一九九六(平成八)年一〇月一日現在の医療施設数は一五万六七五六施設であり、その内訳は、病院九九〇九施設、一般診療所八万七九〇九施設、歯科診療所五万九三三七施設となっている。なお、この他に薬局が約四万施設ある。

(44) 保険者機能の強化により医療費の増加が抑制されることに疑問を呈するものとして、堀勝洋「高齢者の医療・介護の社会扶助方式化の妥当性」、『社会保険旬報』第一九五六号、一九九七年、一一頁。また、アメリカのHMO (Health Maintenance Organization) がより質の高いサービスをより低い価格で供給しているか否かについての確定的な解答は出ていないとの指摘をするものとして、南部鶴彦「保険者の役割の再検討」、『社会保険旬報』第一九三四号、一九九七年、一三三頁。

(45) ドイツにおいては、各ラントにおける疾病金庫連合会と金庫医師(保険医)協会との契約内容が相当統一化されつつも、それが両者の合意により自律的に決定されるものであることに意義を見出していること、また、金庫医師法は限られた範囲内ではあるがなお可能な限り契約の多様性を維持しようとしてきたことにつき倉田・前掲第二章(5)九八一―九八四頁及び九九一頁参照。

(46) 例えば上村政彦「健康保険組合論(10)」、『健康保険』第三六巻第一一―一八二頁、一九八二年、三八―四一頁等。

(47) ドイツの場合には、疾病金庫連合会と保険医協会との契約交渉がまともな場合には仲裁委員会の裁定を求めるシステムとなつてゐること(厚生省保険局企画課・前掲序(5)四九頁)等からすれば、例えば、契約内容の中心を占めるであろう診療報酬については、中央での健保連と日本医師会のモデル契約についての交渉が決裂した場合に限って、政府或いは第三者的な委員会が仲裁に入り、それでもまともならないときは、両者に対して拘束力を有する何らかの裁定を行うといったことが考えられる。

(48) 保険者自治を強化し、また、保険者間の競争を促進するという観点からは、保険集団の年齢構成の相違といった保険者の責に帰さない保険リスクの調整が行われることも重要な前提条件と言えようが、しかし、これは直接契約制を導入するために絶対必要な条件とまでは言えない。

49 直ちに直接契約制を全面的に導入することは無理でも、現行の都道府県知事による保険医療機関の指定制を基本的に維持しつつ、個々の保険者が特定の個別医療機関との契約を解除できるようなシステムとすること（広井・前掲序(1)四七頁）は、政策的な検討に値する。しかし、その場合には、契約解除の要件及び手続きはどのようなものとするのか、医療機関側が契約解除を不服とする場合の争訟手段としてどのようなものを認めるのか、また、争訟となった場合の双方の立証責任の範囲及び程度をどう定めるのかといった点についての検討が必要であろう。知事による指定（公法上の契約）により保険医療機関の地位を取得することを前提とするのであれば、個々の保険者による契約解除の方だけが民法上の委任契約の解除と全く同様に行えとすることには無理があるのではないかと思われる。

## 結 語

本稿においては、現在活発に議論が行われている保険者機能強化の方策として健保組合と医療機関との間に直接契約制を導入することの可否について、我が国の過去の経験を踏まえながら検討を行い、導入を実質的に意義あらしめるためには、保険者機能強化の目的を明確にした上で、相当程度の条件整備を行う必要があるのではないかと指摘を行った。本稿が、保険者機能強化についての今後の議論が地に足のついたものとなるための一助となれば、本稿の目的の大半は達せられたことになる。