

## 1 わが国の医療保障制度の特徴と医療保険者の位置付け

- (1) わが国医療保障制度の特徴：国民皆保険
- (2) わが国の医療保険者の特徴

## 2 わが国における保険者の実務の実態

- (1) 法律で定められている保険者の業務
- (2) 保険者の実務
- (3) 保険者の財政状況
- (4) 老人保健制度、退職者医療制度の拠出金
- (5) 老人保健拠出金に対する不払い運動

## 3 基本的な保険者機能の概念

- (1) 保険者の本来的な役割
- (2) 被保険者のエージェントとしての機能

## 4 保険者機能に関する法律構成

- (1) 医療サービスの保険給付
- (2) 保険料の徴収
- (3) バーゲニング機能
- (4) アドバイザリー機能
- (5) アセスメント機能

## 5 保険者機能に関する議論の変遷

- (1) 医療改革の流れ
- (2) 行革・規制緩和の流れ
- (3) 経済戦略会議の提言
- (4) 保険者機能に関する議論の高まりの背景

## 6 民間活力の動き

- (1) レセプト第2次審査のアウトソーシングの動き
- (2) 米国企業の関心の高まり
- (3) 保険会社によるマネージド・ケアの可能性

## 7 今後の改革の方向とそのための基盤整備

- (1) 保険者機能強化の目的と改革の基本理念
- (2) 法改正、行政指導の変更等
- (3) 最低限必要となる基盤の整備
- (4) 高齢者医療保障制度の改革
- (5) 保険者機能の最終的な姿

わが国の公的医療保障制度における保険者の機能については、医療サービスの適正化・効率化、医療費の抑制、医療サービスに対する選択性など、様々な角度から議論される場面が増えてきている。

本章では、保険者の実態、法律等の法制面、過去の経緯、現在行われている議論の流れを基に、わが国における医療保障制度および医療保険者の特徴を明らかにするとともに、保険者にとっての今後の課題について論じる。

## 1 わが国の医療保障制度の特徴と医療保険者の位置付け

### (1) わが国医療保障制度の特徴：国民皆保険

わが国の医療保障制度の特徴は、『国民皆保険』と言われる。これは、健康保険法、国民健康保険法が全面的に改正され、1961年4月に全国の市町村で国民健康保険の実施が義務付けられたことを契機にしたものである。

そもそもわが国における制度としての社会保障の原点は、明治時代から昭和初期にまで遡る。明治維新以降、わが国の基本政策は、「富国強兵」という言葉に代表されるように、わが国における資源配分を、先進資本主義諸国に追いつくための経済発展と国家体制の強化、軍事力の強化に集中させることにあった。

「富国」のための経済発展には先進諸国の技術や資本を取り入れた産業革命が不可欠であった。その結果、農村から都市部への人口の移動が起きた。また、国力高揚のためには、全国から優秀な人材を、官僚や軍人として積極的に登用することが必要であった。

このように、「富国強兵」政策を推進した

結果、明治維新以前に農村部を中心に存在していた共同体（コミュニティ）から、優秀な人材や若い労働力を都市部に吸収することとなった。そのため、農村部の共同体の働き手は減少していき、それまで存在していた共同体内での互助システムの機能は低下していった。また、都市部で吸収した労働者は、農業のような生活手段を保有しておらず、疾病や高齢化に伴うリスクに対応するための制度の必要性が高まった。このように、農村部においても都市部においても、制度的なセーフティネットを設ける必要性が高まり、その主体となったのが、国家および企業であった。

政府は、1875年に軍人恩給制度、1884年に文官恩給制度を設けた。また産業界では、1905年に鐘紡、八幡製鉄所に共済組合が設立された。

その後、勤労者の医療リスクをカバーすることを目的とした健康保険法は、1922年3月に帝国議会で成立、同年4月には公布されたものの、1923年9月1日に発生した関東大震災により、1924年4月の施行予定は大幅に遅れ、結局、1926年7月1日施行、翌1927年1月1日より保険給付および費用の負担に関する規定が施行された。制度発足直後の加入者は、政府管掌で約100万人、組合管掌で約80万人という規模であった。

さらに、国家総動員体制（1938年国家総動員法施行）により、戦時体制が鮮明になるに伴い、国家による社会保障の役割はますます高まった。1938年には国民健康保険制度が創設され、1939年には健康保険法が改正されて家族への給付が開始された。

戦後、国保制度は、市町村の任意実施期間を経た後、1958年に全面改正され、1959年1月に改正法施行、1961年3月までの猶予期間付きで市町村に実施義務が課せられた。

この時、国民皆保険を実現するために取ら

れた制度改正として重要なのは、「保険料その他の徴収金については、基本的に国税徴収の例に依って徴収する」と定められたことである。国税徴収法は、国保法改正に合わせて、1959年4月に全面的に改正され、1960年1月より施行された。また、「国税徴収法の施行に伴う関係法律等に関する法律」（1959年）により、健康保険法も改正された。具体的には、健康保険法第11条の4で、本法中に別段の規定のあるもののほかは、全面的に国税徴収の例によって徴収するものと改められた。

国民健康保険法の保険料その他の徴収については、地方税法によるか、またはそれを準用することが既に定められている（国民健康保険法第76～80条）。

これらの措置は、全国民に対して、健康保険への加入義務を課すとともに、保険料等の徴収を強制的に行えるようにすることで、形式的にも実質的にも『国民皆保険』を実現しようとしたものであった。

この『国民皆保険』について、日本と諸外国の医療保障制度を比較してみると、フランスは99%を社会保険方式の公的医療保険制度でカバーしている。アメリカは、全国民を対象にした公的医療保障制度はなく、65歳以上の高齢者を対象にしたメディケアと、低所得者を対象としたメディケイドがあり、これらが全国民の約4分の1をカバーしているにすぎない。また、ドイツでは、一定所得以上の者および官吏は、強制適用の対象としておらず、国民の約9割を公的医療保険でカバーしている。

#### 【7-1-1 医療保険制度の体系と保険者の位置付けの各国比較】

従って、公的医療保障制度における『国民皆保険』は、先進諸国においては、必ずしも

普遍的ではなく、わが国の医療保障制度における最大の特徴点として認識することができる。

なお、後述するが、ここで説明した『国民皆保険』は、制度上の記述であり、実際の保険料徴収、加入割合等からみた実態とは異なる次元の議論である。

#### (2) わが国の医療保険者の特徴

こうして、わが国の医療保障制度の特徴である『国民皆保険』が法的に整備された訳だが、その中で、保険者についても、特徴的な位置付けが行われている。

##### 多様かつ多数の保険者

図表9-1-2にある通り、日本の公的医療保険者は、多様かつ多数存在する。保険者の類別で言えば、健康保険法で規定される政府管掌健康保険（保険者は国）、健康保険組合（1,813）、国民健康保険法で規定される市町村国保（3,249）、国保組合（166）、国家公務員共済組合法で規定される国家公務員共済（24）、地方公務員等共済組合法で規定される地方公務員等共済（54）、私立学校教職員共済法で規定される私学教職員共済(1)と、多種多様にわたっている。

#### 【7-1-2 医療保険制度等における運営主体】

これだけ多岐にわたり、かつ保険者が多数存在するということは、各々の保険制度に加入している被保険者の性質が近似しており、保険原理を働かせるための保険集団としてはメリットがあると言える。反面、被保険者数が極端に少なくなったり、保険者の業務を行うだけの人員を確保できない保険者が相当数発生する

可能性がある。また、退職者医療制度、老人保健制度のように、世代間の扶養を目的とした制度を設ける場合、その拠出金の個別保険者への割当ルールが複雑になるなど、医療保険制度全体が複雑になるというデメリットもある。

### 【7-1-3 市町村国保の保険者規模】

#### 国の代行機関

政管健保、国保等は、保険者が国または地方自治体であり、公的機関であることは明白であるが、健康保険組合もまた、国の代行機関として位置付けられている。

健康保険法第26条には、「健康保険組合八法人トス」とある。健保組合が法人格を有するものであることを規定しているわけだが、健保組合は公法人として位置付けられている。厚生省保険局監修「健康保険法の解釈と運用」は、その理由について、次のように説明する（抜粋）。

健康保険事業の運営という、本来国が行うべき性格のものを、国に代わって行うことを目的とするものであり、国家的事務をその存立目的とするものだからである。

健保組合は、次のような一般私法人とは異なる特権を有し、あるいは地位を付与されている。

a 設立は原則として任意だが、設立許可があれば、不同意の者も強制的に組合員にできる。

b 厚生大臣は健保組合の強制設立を命ずることができる。

c 保険料の強制徴収権を有している。

国との間に、次のような特殊な関係、監督関係が存在する。

a 規約変更は、厚生大臣の許可が必要である（健康保険法第36条）。

b 厚生大臣は、一定の場合、決議取消し、役員解職または解散を命令できる（法第39

条）。

c 解散により消滅した健保組合の権利義務は、政府が承継する（法第40条）。

実は、健康保険法上も国民健康保険法上も、保険者は国の代行機関であるという位置付けを背負っているために、政府による様々な規制を受けることになっている。今後、わが国における医療保険者の課題を議論する際には、この「国の代行機関」としての位置付けをいかに考えるかが最大のポイントとなる。

#### 財政面での公的関与

保険者の類別によっては、国庫負担が大きな割合を占めている場合がある。

典型例は、国民健康保険であり、給付費等の50%が国庫負担となっている。これは、先述した、国の代行機関であることと深く関係する。

地方自治体が国の代行機関として位置付けられている例として、「義務教育費国庫負担金」がある。「教育基本法において、国は国民に対して9年間の義務教育を課し、かつ、授業料は徴収しないこととしている（第4条）。また、「学校教育法」において、市町村に小学校、中学校の設置義務を課している（第29、40条）。さらに、「義務教育費国庫負担法」は、義務教育無償の原則に則り、国民のすべてに対しその妥当な規模と内容とを保障するため、国が必要な経費を負担することとし（第1条）、具体的には、公立小中学校の教職員給与費等の2分の1を国が負担することとしている（第2条）。

国民健康保険事業、義務教育費国庫負担と同様の事例は、地方財政法第10条に列記されている。同条では、「地方公共団体が法令に基づいて実施しなければならない事務であって、国と地方公共団体

相互の利害に関係がある事務のうち、その円滑な運営を期するためには、なお、国が進んで経費を負担する必要がある左の各号の一に掲げるものについては、国が、その経費の全部又は一部を負担する」となっている。そこに列挙されているもののうち、社会保障制度関係では、

- ・老人保健事業、特別養護老人ホームに要する経費
- ・介護給付に要する経費

などが挙げられている。

また、政管健保に対しては、給付費の13%（老人保健拠出金分の16.4%）が国庫補助となっている。1957年以前は、保険給付費等（除く事務費）への補助は全くなかったが、政管健保の財政危機に対処するため、1957年改正により、保険給付費に対する国庫補助が明文化され（健康保険法第70条の3）、さらに1973年の改正で、定率補助とすることが新たに規定された（当初は10%）。

視点は少し変わるが、後述するように、国民健康保険料の性格は、ほぼ賦課方式と言える。このことは、ほとんどの市町村国保が、国民健康保険法に定める保険料ではなく、地方税法に定める国民健康保険税を徴収していることから明らかである。

高齢者医療保障制度（老人保健制度）

わが国の高齢者医療保障は、社会保険方式ではなく、福祉制度として位置付けられている。

#### 【7-1-4 老人保健制度の概要】

70歳以上の高齢者に関する医療については、老人保健法で定められている。老人保健法の第1条（目的）には、「この法

律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする」とある。

老人保健制度における医療事業の対象者は、各医療保険加入者であって、70歳以上の者または、65歳以上70歳未満の寝たきり等の状態にある者であり、第一義的に高齢者への医療保障を行うのは、市町村長の役割である（老人保健法第25条）。市町村は、老人保健制度対象者の医療に関する費用（除く患者自己負担分）について、医療機関等からの請求を審査したうえで支払う（法第29条）こととなっているが、最終的にはこの費用を、国・都道府県・市町村からの公費負担と、各医療保険者からの拠出金によって賄うこととしている（法第47条～56条）（老人保健制度に関する費用負担については、後述）。

つまり、高齢者医療保障については、第一義的には、高齢者にとって最も身近な行政組織である市町村が、責任を持って行うこととなっており、それに要した費用は、国民全体で負担していくという制度になっている訳で、基本的な制度設計は、賦課方式、世代間の扶養を基本にしたものとなっている。

このように、世代間の扶養を目的とした制度を、主に医療保険者による拠出金によって支えることとしているために、後述するように、老人保健拠出金の負担が医療保険者の財政を重く圧迫し、保険者機能の発揮を阻害する一要因となってしまう。

参考までに、先進諸国における高齢者

の患者一部負担と保険料負担に関する国際比較は図表 [ 7-1-5 ] の通りである。

【7-1-5 高齢者の患者一部負担・保険料負担に関する国際比較】

## 2 わが国における保険者の実務の実態

### (1) 法律で定められている保険者の業務

法律で定められているわが国保険者の業務は、次の3つに大別できる。

#### 保険給付

第1に、被保険者またはその被扶養者への保険給付である。これは、保険者としての本来業務であり、わが国の医療保障制度において、保険者の中心的な業務である。

健康保険法第1条(保険事故及び被扶養者)によれば、健康保険の保険給付は、

- ・被保険者については、業務外の理由による疾病、負傷、死亡、または分娩に関する保険給付を行い、

- ・その被扶養者については、疾病、負傷、死亡、分娩に関する保険給付を行うもの、

としている。

また、国民健康保険法第2条は、「被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行う」としている。

#### 保健事業、福祉事業

第2に、被保険者またはその被扶養者に関する保健事業と福祉事業である。

健康保険法第23条(保健事業及び福祉事業)では、保険者は、健康教育、健康相談、健康診査その他、被保険者とその被扶養者の健康の保持増進のために必要な事業(保健事業)を行うよう努力しなければならないと規定している。具体的

には、機関紙や講習会等による保健指導宣伝事業、保健婦等による職場または個別訪問による心身の健康相談および保健指導事業、一般健康診査、成人病検診、人間ドッグ等の健康診査事業が、これに相当する。

また、同条では、保険者は、被保険者等の療養のために必要となる費用に関する資金もしくは用具の貸付け(貸付事業)とともに、保険者自ら設ける病院、診療所、訪問看護ステーション、老人保健施設または薬局の運営(福祉事業)を行うことができる旨を規定している。

また、国民健康保険法の第82条にも、同様の規定があり、保健事業については努力規定であり、貸付業務は可能となっている。しかし、健康保険法のような「福祉の増進のための事業」という文言は、盛り込まれていない。これは、国保の保険者が市町村であることを考えれば、市町村立の診療所等は、別途設立することが可能なため、言及されていないものと見られる。

### (2) 保険者の実務

主な医療保険者の実務を、主にお金の流れを中心に見た場合の概要は、図表 [ 7-2-1 ] の通りである。

【7-2-1 保険者等の事務処理体制の比較】

さらに、これらの業務を執行するための健康保険組合の運営体制、事務内容等については、厚生省保険局が「健康保険組合事業運営基準」を示している。健保組合の運営に関するガイドラインに相当するが、その内容は次の通りである。

事業運営の基本的態度

組合会（組合会議員の定数、選出方法等、  
 会議運営、検査等）  
 執行機関（理事会、理事長、常務理事）  
 事務組織（事務所、常務理事、事務長、  
 事務職員）  
 一部負担還元金（被保険者の患者一部負  
 担の還元）  
 附加給付（附加給付の種類、条件等）  
 保健事業及び福祉事業（健康増進事業、  
 直営医療機関等）  
 共同事業（健保組合間での共同事業の実  
 施）  
 財務（保険料額の負担割合、予算の執行、  
 決算、財産管理）  
 その他（統計資料の整備、医療費通知、  
 レセプトの事後点検、被保険者の秘密保  
 持等）

また、国民健康保険の場合は、図表[7-2-2]の通りである。

【7-2-2 保険者の主な事務内容  
（国保の例）】

(3) 保険者の財政状況

医療保険者が保険者機能を発揮できるかどうかは、保険者の財政運営における自由度、裁量度合い、実際の財政状況に左右されるところが大きい。

(1) 収入（保険料と公費負担）

医療保険者の収入は、被保険者が支払う保険料と、国または自治体が支払う公費負担に分けられる。これを、各医療保険者別に概観すると、図表[7-2-3]となる。

【7-2-3 医療保険各制度における  
公費負担の現状】

これを、保険者別に、詳細に見ておくこととする。

健康保険組合

健保組合の主な収入項目および総額（1996年度）は次の通りである。

・保険料収入	5兆4892億円(88.9%)
・国庫支出金	728億円(1.2%)
うち事務負担金	56億円
国庫補助金	672億円
・その他の収入	6135億円(9.9%)
合 計	6兆1755億円(100%)

保険料

健康保険法第71条で、保険者は健康保険事業に要する費用のために保険料を徴収することとしており、法第71条の2で、被保険者に関する保険料額は、各被保険者の標準報酬月額に保険料をかけて算出することとしている。

その保険料率は、法第71条の4で、次のように定められている。

- ・3.0～9.5%の間で自主的に定める
- 1999年度の保険料率は、平均約8.5%となっている。

また、法第72条で、保険料の負担割合は、被保険者と事業主が50%ずつと規定しているものの（任意継続被保険者は全額自己負担）、健保組合の場合には、事業主の負担割合を高めることができる（法第75条）。1996年3月末時点での全組合の平均負担割合は、事業主56.4%、被保険者43.6%となっている。

公 費

健康保険組合に対する国の助成には、事務費負担金と給付費臨時補助金がある。

- a 事務費負担金とは、毎年度の予算の範囲内において、健康保険事業の

事務の執行に要する費用を国が負担することとなっている（健康保険法第70条）。これは、健康保険事業は、本来国が行うべき事業であるとの考えから、事務費の一部を負担することとしたものである。

各健保組合に対する国庫による事務費負担金は、次の3事業ごとに「被保険者1人当たり負担額÷被保険者数」を算出して、その合計額とされており、健康保険組合連合会を通じて交付されることとなっている（「事務費負担金交付事業実施要綱」）。

ア 一般事業：

組合の事務所の運営及び組合会の運営に関する業務の執行に係る事業。一人当たり事務費単価は、単一組合で281円、総合組合で407円（1998年度予算）。

イ 保険給付適正化事業：

保険財政の基盤が脆弱な組合であって、保険給付の適正化業務（被保険者への医療費通知、レセプトの事後点検等。健康保険組合事業運営基準第10の2）を積極的に実施している組合における、当該業務の事務の執行に係る事業。

ウ 阪神・淡路大震災復旧事業：

大震災により事業の執行に支障をきたしている組合における事務機能回復のための事業。

なお、1999年度予算における健保組合への事務費負担金は44億円である。

b また、給付費臨時補助金とは、保険財政の基盤が脆弱なため、健康保険事業の運営に支障をきたす恐れのある組合に対し、臨時に保険給付に要する費用の一部を補助するものであり、1999年度予算では103億円となっている。

ある組合に対し、臨時に保険給付に要する費用の一部を補助するものであり、1999年度予算では103億円となっている。

政管健保

政管健保の主な収入項目および総額（1996年度）は次の通りである。

・保険料収入	5兆7997億円(66.3%)
・国庫負担金	1兆1697億円(13.4%)
うち事務費	694億円
給付費	1兆1003億円
・その他の収入	1兆7822億円(20.4%)
合計	8兆7516億円(100%)

保険料

保険料率は、健康保険法第71条の4で、8.5%(ただし、6.6~9.1%の間で変更可能)と定められている。被保険者と事業主の負担割合については、健保組合のような特例は設けられていない。

公費

政管健保に対する国庫補助については、1957年以前は、事務費負担（健康保険法第70条）のみであったが、1957年の改正によって、事務費負担のほか、保険給付費等に対する国庫補助制度が明文化された。具体的には、保険給付費の13%、老人保健拠出金の16.4%、特別保険料の20%が国庫補助となっている。1997年度は、合計9028億円となっている。

国民健康保険

国民健康保険の主な収入項目および総額（1996年度）は次の通りである。

・保険料（税）収入	3兆2308億円(37.8%)
・国庫支出金	3兆 693億円(35.9%)
うち事務費	75億円



給付費	2兆4610億円
調整交付金	5795億円
・その他の収入	2兆2415億円(26.2%)
合計	8兆5416億円(100%)

#### 公費

上記に記してきたように、被用者保険（組合健保、政管健保）では、一部国庫負担が入ってはいるものの、保険料収入が中心的な役割を果たしていることがわかる。他方、市町村国保は、地域住民を対象とする医療保険制度ではあるものの、公費負担の割合が高くなっている。その理由としては、次の3点が挙げられている（「実務解説 国民健康保険税」）。

- ・ 国民健康保険には、被用者保険における事業主負担の保険料がないこと。
- ・ 被保険者に負担能力の乏しい低所得者を多く抱えていること。
- ・ 経営主体が市町村であることから保険者間の財政調整を必要とすること。

このことは、先に述べた国と地方公共団体との関係で、国が進んで経費を負担する必要があるものとして、地方財政法第10条にも規定されている。

このような考え方のもと、市町村国保には、次のような公費が投入されている。

#### a 事務費負担金

国民健康保険法第69条で、国は、政令の定めるところにより、保険者に対して、国民健康保険の事務の執行に要する費用を負担することとしている。つまり、事務費については、原則、国が負担することとしている。

#### b 市町村療養給付費等負担金

全保険者を対象に、保険給付等に要する費用、老人保健拠出金に要す

る費用について、一律40%を国が負担することとしている（国民健康保険法第70条）。

#### c 調整交付金

市町村の産業構造、所得水準等の差異により、被保険者の負担能力には格差があるので、前記の一律の国庫負担のみでは解消できない市町村間の財政力の不均衡を調整するための制度である。この調整交付金は、保険給付等に要する費用と老人保健拠出金に要する費用の合計の10%を国が拠出し、それを一定のルールに基づいて配分することとなっている（国民健康保険法第72条）。上記bとcの合計で、保険給付等と老人保健拠出金に要する費用の50%を国が負担することとなっている。

#### d 保険基盤安定制度

市町村国保において、低所得者に対して保険料を軽減する制度があるが、この保険料軽減相当分を、国が50%、都道府県が25%、市町村が25%負担することとしている（国民健康保険法第72条の2）。

#### 【7-2-4 市町村国保における国庫負担等の経緯】

#### 【7-2-5 市町村国保の調整交付金の概要】

#### 保険料

国民健康保険法第76条は、次の通り、保険料を規定してる。

『保険者は、国民健康保険事業に要する費用に充てるため、世帯主又は組合員から保険料を徴収しなければならない。ただし、地方税法の規定により国民健康保険税を課するときは、この限りでない。』

ここから明らかになることは、次の2点である。

- a 保険料の納付義務者は、世帯主である。国保の被保険者は、他の医療保険制度に加入していない住民である（国民健康保険法第5条）が、保険料の納付義務者は、世帯主となっている。
- b 国民健康保険制度においては、『保険料』方式と『保険税』方式があり、保険税方式は地方税法の規定に従うこととなっている。保険料方式と保険税方式の違いは図表 [ 7-2-6 ] の通りであるが、実際の適用は、保険税方式を採用している市町村が90.6%（2950団体、1992年度）、被保険者数のベースでは約56%が保険税方式でカバーされている。

#### 【7-2-6 国民健康保険税と 国民健康保険料の相違点】

では、実際に保険料（税）を賦課する際の計算方法だが、その概要は、図表 [ 7-2-7,8 ] の通りである。

#### 【7-2-7 国民健康保険における 保険料の賦課及び徴収等】

#### 【7-2-8 国保料（税）の賦課額の 決定について】

図表7-2-7の「4. 賦課総額の按分方法」にあるように、大部分の市町村が「四方式」を採用しており、一定のウェイト付けをしたうえで、所得割、資産割（以上応能原則分50%）、被保険者均等割、世帯別平等割（以上応益

原則分50%）を基準とし、各世帯毎に保険料を算定している。

つまり、国保料の算定にあたっては、所得だけでなく資産も考慮されているばかりでなく、均等割的な要素が大きなウェイトを占めていることになる。

#### 医療保障制度における財源の国際比較

医療保障制度における財源の国際比較については、図表 [ 7-2-9 ] のとおりである。

#### 【7-2-9 医療保障制度の国際比較】

これをみると、社会保険方式をとっていないながら、公費負担が大幅に入っていることが、日本の医療保障制度の特徴となっている。他の諸国でも、自営業者や農業従事者の医療保険制度に対する一部国庫負担の例はあるものの、日本の国民健康保険制度のように、保険給付への国庫負担が50%にも達している国はみられない。このことから、国民健康保険への国庫負担が事業主負担に代わるものとの位置付けには、国際的な普遍性はないものと考えられるべきであろう。

#### (2) 支出構成

##### 健保組合

健保組合の主な支出項目および総額（1996年度）は次の通りである。

保険給付費	3兆3533億円(56.4%)
老人保健拠出金	1兆5065億円(25.3%)
退職者給付拠出金	3464億円 (5.8%)
事務費	1371億円 (2.3%)
保健事業費	3850億円 (6.5%)
その他	2442億円 (4.1%)
合計	5兆9456億円 (100%)

ここで、健保組合の支出構成の特徴として挙げられるのは、老人保健拠出金・退職者給付拠出金という被保険者以外の者の医療費に対する拠出金が30%を超えていることと、保健事業費の割合が他の保険者に比べてかなり高くなっていることが挙げられる。

#### 政管健保

政管健保の主な支出項目および総額（1996年度）は次の通りである。

保険給付費	4兆7712億円(54.5%)
老人保健拠出金	1兆8566億円(21.2%)
退職者給付拠出金	3816億円(4.4%)
事務費	754億円(0.9%)
保健事業費	1489億円(1.7%)
その他	1兆5214億円(17.4%)
合計	8兆7551億円(100%)

#### 国民健康保険

国民健康保険の主な支出項目および総額（1996年度）は次の通りである。

保険給付費	5兆6409億円(68.2%)
老人保健拠出金	2兆1499億円(26.0%)
退職者給付拠出金	- 億円(- %)
総務費	2130億円(2.6%)
保健事業費	549億円(0.7%)
その他	2156億円(2.6%)
合計	8兆2742億円(100%)

(「社会保障統計年報」)

以上のような収入、支出構造を持った、各医療保険者の財政状況は、図表[7-2-10]のようになっている。

#### 【7-2-10 各保険者の財政状況】

ここからわかることは、次の3点である。  
構造的な財政赤字

1994年度以降、健保組合全体で赤字が続いており、1999年度では約4,000億円、約85%の組合が赤字になると見込まれている。政管健保も約3,000億円(1999年度)、国保も約300億円(1997年度)の赤字が見込まれている。この傾向は、保険料算定のベースとなる標準報酬が長引く不況の影響で伸び悩んでいること、老人保健拠出金の増勢が止まらないことから、ますます強まるものと見られる。

このため、健保組合では、保険料率をぎりぎりのところまで引き上げて対応しようとしており、図表[7-2-11]の通り、半数以上の健保組合の保険料率が政管健保の保険料率を上回っており、それでも85%の組合が赤字に転落している。

#### 【7-2-11 過去5年間の保険料率等の推移】

さらに、2000年4月より介護保険制度が施行され、各健保組合は、介護保険料を納付することとなった。これにより、従来の保険料に介護保険料を上乗せすることになるため、法定上限9.5%を上回る健保組合が出てくることになる。こうした事態を回避するため、政府は法定上限9.5%には介護保険料は含めない旨健康保険法を改正する予定であったが、2000年6月の衆院解散により同時改正ができなかった。このため、法定上限を上回るために徴収できなくなる分の介護保険料の納付は1年間猶予されることとなった。

#### 老人保健拠出金の負担の重さ

各保険者にとって老人保健拠出金の負担が次第に重くなっている。1999年度(国保は1997年度)の老人保健拠出金の収入に対する割合を見ると、健保組合31.8%、

政管健保33.1%、国民健康保険32.1%と、軒並み30%を超えている。これは、現役世代から集めた保険料収入から、3割以上が、高齢者医療（老人保健制度）に拠出されていることを意味している。

さらに、健保組合、政管健保の場合には、この老人保健拠出金に加え、退職者医療制度への拠出金も上乘せされるため、それらを合わせた拠出金負担は保険料収入の4割前後となっている。そこで、以下では、健保組合における拠出金負担について、さらに詳細に見ていくこととする。

#### (4) 老人保健制度、退職者医療制度の拠出金

##### 老人保健制度の概要

老人保健制度の概要については、前述したので、ここでは、そのうちの医療に関する負担の仕組みについて説明する。

##### 【7-2-12 老人医療費の負担の仕組み(1999年度予算)】

図表[7-2-12]にある通り、高齢者の医療費については、一般の医療の場合、患者負担を除いた医療費について、30%が公費負担、残りの70%が医療保険者からの拠出金（老人保健拠出金）によって賄われている。その拠出金の規模は、1999年度予算ベースで約7兆円に達する。

この老人保健拠出金を各医療保険者に割り当てる算定方法は、図表[7-2-13]の通りである。

##### 【7-2-13 老人医療費拠出金の基本的な算定方法】

拠出金の算定のベースになるのは、各医療保険者において実際に支払った老人

医療給付費である。この老人医療給付費に、加入者調整率をかけて、そのうちの公費負担分を除いたものが、拠出金額となる。この加入者調整率の考え方は図表7-2-13にある通りだが、これは、企業を退職して健保組合から離脱すると国保の加入者となっていくため、国保の老人加入率が高くなっていくことになるので、老人加入率が高い保険者ほど拠出金の負担割合が少なくなるように調整するものである。

##### 退職者医療制度

企業を退職した者は、健保組合を離脱して国保の加入者となる。70歳になれば老人保健制度の対象となるが、それまでの間、企業退職者は退職者医療制度の対象者となる。この退職者医療制度の概要は、図表[7-2-14]の通りだが、その費用については、国保の加入者としての保険料負担、患者一部負担（定率）、および被用者保険の保険者（組合健保、政管健保）の拠出金によって賄うこととなっている。この場合の被用者保険の拠出額は、標準報酬総額により比例按分する。

##### 【7-2-14 退職者医療制度の調整の仕組み】

##### 健保組合における拠出金の見直し

わが国の今後の急速な高齢化に伴い、高齢者医療費は現在でも急速に増加しており、今後ともその増勢は続く見通しである。

最近の拠出金の推移を見ると、各種拠出金の保険料収入に対する割合は着実に高まっており、その伸び率も経済成長率よりもはるかに高い水準で推移している。

【7-2-15 老人医療費無料化後の  
老人医療費等の推移】

【7-2-16 過去10年間の保険料収入に対す  
る法定給付費等の割合の推移】

【7-2-17 過去5年間の拠出金額の推移】

さらに、今後の高齢化の進展の中で、現行制度を維持した場合の拠出金の将来推計を見ると、医療保険制度全体の支出に占める老人保健拠出金の割合は、2025年度で52%、退職者医療拠出金を含めれば58%に達する。

【7-2-18 医療保険制度の支出に占める  
老健拠出金の割合の見通し】

このような状況になれば、医療保険制度は、被保険者の保険給付を行うよりも、退職者、高齢者の医療保障制度のための拠出金を賄うウェイトの方が高くなることになる。老人保健拠出金等の拠出金が医療保険者の財政状況を圧迫する最大の要因になることは間違いなく、保険者機能の強化にあたっては、各種拠出金制度の廃止が大前提になると考える。

### (5) 老人保健拠出金に対する不払い運動

上記のような拠出金の負担が増大しているにもかかわらず、医療保険制度の抜本改革の道筋がなかなか見えてこないために、健康保険組合は危機感を大変強めており、1999年度に入って、具体的な行動によって対抗しようという動きが出てきた。

健保連の「指定期限内支払い」運動

1999年6月10日、健保連は、各健保組合に働きかけて、7月から老人保健拠出金の

支払いを10日間凍結することを正式に決定した。この行動は、各健保組合がこの運動に参加するかどうかは任意であること、老人保健拠出金の支払いの一時凍結は社会保険診療報酬支払基金への影響にとどまること、などから、医療機関への保険給付費の支払いが滞るなどの大きな混乱は生じないと見られるものの、健保組合が具体的な「実力行使」に踏み切れれば、初めてのケースとなる。

サンリオ健保組合

また、新聞報道によれば、1999年6月7日、サンリオ健保組合は、今年度分の老人保健拠出金の半額について支払いを猶予するよう求める審査請求書を、厚生省に送付した。また、2000年度についても一部不払いとする決定を行った（2000年5月8日）。今後、サンリオ健保組合の審査請求がどのように扱われるかはまだ見通しが立たないが、個別の健保組合、さらには母体企業にとって、その財政負担は、企業年金同様深刻になっており、老人保健拠出金制度の廃止を含めた高齢者医療制度の改革が実現しない限り、同様の事態が発生する可能性はますます高まるものと見られる。

こうした見通しの立たない負担増が続いていけば、将来的には日本の企業活力に影響を及ぼす可能性が高い。高齢者医療改革は、単に医療制度改革の柱であるばかりでなく、日本企業の活力も左右しうる喫緊の課題と言えよう。

### 3 基本的な保険者機能の概念

本節では、わが国における法制度上の位置付けから一旦離れ、医療保険者が本来的、理想的に保有すべきと考えられる保険者機能の

概念とは何かを整理し、わが国における医療保険者機能の実態、特徴、今後の改革の方向性を検討するための座標軸としたい。

### (1) 保険者の本来的な役割

まず、医療保険者が本来的に果たすべき役割とは何かを示しておきたい。それは、2点に集約できるものとする。

はじめに、医療サービスの保険給付と保険料の徴収という、保険者にとっての根幹となる機能について説明する。

#### 医療サービスの保険給付

第1に、被保険者が病気にかかる、または怪我をするという、傷病のリスクが現実のものとなった場合に、保険給付として医療サービスを提供することである。

具体的には、被保険者の傷病の治療に要した費用について一定割合を支弁することで、被保険者による医療サービスの利用を確実なものにするということである。さらに、保険者自ら医療機関を設置する、または、外部の医療機関と契約を結ぶことで、被保険者への医療サービスを確保するというのもその一手段である。

#### 保険料の徴収

第2に、被保険者からの保険料の徴収である。傷病のリスクをシェアすることで、傷病に備えるためのコスト負担を低く抑えるというのが、保険の原理である。保険者は、一定のリスクを見込んで、被保険者からリスク分担のためのコスト、即ち保険料を徴収し、プールして、医療サービスの購入に備えることが求められる。

これに付随して、保険料をできる限り抑制することも、保険者に求められる役割である。具体的には、被保険者が無駄な医療サービスを購入したり、重複して

薬剤を購入したりすることを防ぐとともに、普段から被保険者に健康増進を働きかけることにより、傷病リスクそのものを小さくしていくことに努めることが求められる。こうした保険者の努力により、被保険者は、安いコストで傷病リスクをカバーすることができるようになる。

### (2) 被保険者のエージェントとしての機能

さらに、上記にあるような保険給付業務だけでなく、保険者は、被保険者のエージェントとして、保険給付に関連した分野で様々なサービスを提供することが考えられる。そのために必要となる機能は、主に次の3点と考える。

#### バーゲニング機能（対医療機関）

医療サービスの購入の当事者として、医療機関との交渉（バーゲニング）を行う機能が期待される。具体的な活動の事例としては、次のようなものが考えられる。

- a 医療サービスの対価として保険給付を医療機関等に支払う場合、実際に行われた診療行為、投薬が適切なものであったかを、事後的にチェックする（レセプト審査）。
- b 特定の疾病の診療や、被保険者に対する医療情報提供等について、保険医療機関との間で選択的な契約を結び、被保険者が罹病した場合に備える。
- c さらに、良質なサービスを効率的に提供できると判断した医療機関等との間で、医療サービスに関する契約を結ぶとともに、診療報酬についての特約を設けることで、医療サービスの確保と医療費の抑制を同時に図る。

#### アドバイザー機能

医療保険者は、被保険者との関係で見

れば、被保険者から保険料を受け取り、被保険者に代わって医療サービスに要した費用の支払いを行うとともに、医療サービスに関する情報収集を行って、被保険者にフィードバックするという機能を持つことが期待される。つまり、医療に関して、被保険者へのアドバイザー機能を保有する必要がある。

具体的な例示としては、次のような活動を行うことが考えられる。

- a 病気になった被保険者からの問い合わせがあった場合、適切な医師または医療機関を紹介する。
- b 様々な疾病に関する情報を収集し、被保険者がそれらの疾病に対する理解を深めるための情報提供を行う。
- c 食事や運動に関するアドバイスを行うことや、疾病の原因について説明を行うことで、被保険者の健康増進や疾病予防を促す。
- d 適切な医療サービスを購入することで、保険給付全体をできる限り抑制し、被保険者の負担である保険料を抑制する。

アセスメント機能（医療サービスの評価）

被保険者が実際に医療サービスを受けた場合、その価格、サービスの質、被保険者の満足度等を総合的に見て、評価することは、良いサービスを安く買うことにより、被保険者のコスト・ベネフィット・パフォーマンスを高めることにつながる。また、被保険者から医療サービスに関するアドバイスを求められた場合、選択のための情報を提供する、さらに、傷病によっては、積極的に特定の医療機関を推薦するという役割が必要となる。

具体的な活動の事例としては、次のようなものが考えられる。

- a 医療機関から社会保険診療報酬支払基金を通じて回付されてくる、被保険者に関するレセプト（診療報酬請求書）の内容を精査し、不当・不正請求と思われるものについては、再審査請求を行う。
- b 被保険者が医療サービスを受けた際、その内容がどうだったか、診療後の回復は早かったか、医師からの説明は理解できたか、全体的に満足したか、といった追跡調査を行い、医療サービスに対する患者からの評価を収集する。
- c 第三者機関による医療サービス評価機関を活用する。

#### 【7-3-1 保険者機能の概念図】

### 4 保険者機能に関する法律構成

本節では、主な保険者機能について、現行法制上、どのように位置付けられているかを、先に述べた「3 基本的な保険者機能の概念」にそって、各項目別に説明していきたい。

#### (1) 医療サービスの保険給付

##### 療養の給付

健康保険法第43条では、次のような規定となっている。

##### 第1項（対象となる疾病の範囲）

被保険者の疾病、負傷に関して、次の療養の給付を行う。

診察

薬剤、利用材料の支給

処置、手術その他の治療

在宅医療（訪問診療、訪問看護等）

入院、看護サービス

##### 第3項（受給方法）

療養の給付を担当する医療機関等は、次の通りである。

都道府県知事の指定を受けた病院等（保険医療機関、保険薬局）  
健康保険病院（政管健保）、事業主医局（組合健保）等  
健保組合の直営病院、診療所等

ここで、保険医療機関（ ）と他の医療機関（ 、 ）の根本的な違いは、保険医療機関の開放的な性格である。これは、

保険医療機関として指定を受けた病院（ ）が、保険者を2、3に限定しその被保険者及び被扶養者のみを診療することはできない（1957年9月2日保険発第123号）

との通知で担保されている。

事業主医局や、健保組合直営病院では、当該健保組合の被保険者、被扶養者に対象が限定される。

医療サービスに対する対価の支払い

医療サービスに対する対価は、基本的には保険者からの支払い（健康保険法第43条の9）と窓口での自己負担（健康保険法第43条の8）により賄われている。保険者からの支払いについては、後の「(3)バーゲニング機能」にて説明する。

なお、健保組合の場合には、法定給付に加え、健保組合独自の判断により附加給付を上乗せすることができる（健康保険法第69条の3）。

## (2) 保険料の徴収

保険料率の設定

保険料率の設定については、既に「4 保険者の財政状況」で説明したが、簡単におさらいをしておくと、

健保組合の場合には、3.0～9.5%の間で自主的に定めることができる（健康保険法第71条の4）。

政管健保の場合には、6.6～9.1%の間で

変更可能であるが、現在は8.5%（健康保険法第71条の4）となっている。

国民健康保険の場合には、市町村が賦課方式を選択した上で、世帯毎に保険料を課している。

保険料の強制徴収権

健保組合の保険料の強制徴収については、健康保険法で、徴収に関する通則（第11条の4）が定められているほか、事業主による保険料納付義務（第77条）、被保険者からの源泉控除（第78条）、罰則規定（第87条第4号、5号）が併せて規定されている。特に、源泉控除が定められていることから、保険料の未納者、保険への未加入者が発生する割合はかなり低い。1997年度の政管健保の収納率は、97.9%となっている。

他方、国民健康保険についても、国民健康保険法第76～80条で、徴収について定められているが、実際の収納率は、9割近くにまで低下している。

### 【7-4-1 保険料（税）の収納率の推移】

このような現状の中で、保険料の徴収確保のための様々な対策が講じられており、その例示は、図表[7-4-2]の通りである。なお、同図表の最後にあるように、滞納者に対しては、介護保険法の施行と併せ、被保険者資格証明書の交付を義務付けることとし、保険の論理を強めようとしている。

### 【7-4-2 国保における保険料（税）の徴収確保対策】

## (3) バーゲニング機能（対医療機関）

レセプトの審査



## 現状におけるレセプト審査の流れ

医療保険の加入者（国民）が保険医療機関において受診した場合、その費用は、次のようにして賄われる。まず、患者は、当該医療機関の窓口において、一部自己負担分を支払う。残りが保険給付になるわけだが、保険給付の請求にあたっては、各医療機関で、患者ごとのカルテを作成し、各診療行為を定められた保険点数（診療報酬）に置き換え記載する。そして、このカルテから1か月間の診療内容を取りまとめた診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）を作成し、診療報酬請求書を添えて翌月10日までに、医療機関のある各都道府県の社会保険診療報酬支払基金に提出する。その後の流れは、図表〔7-4-3〕の通りである。

### 【7-4-3 審査の流れ】

レセプトを受け取った各医療保険者は、その患者が間違いなく被保険者であるかどうか、診療内容が適切であったかどうかを審査（レセプト審査）し、疑問がある場合には、社会保険診療報酬支払基金に対して再審査請求することができる。

### 【7-4-4 再審査処理の流れ】

#### レセプト審査に関する法律等

##### a 保険者による審査、支払い

まず、健康保険法第43条の9第4項で、「保険者は保険医療機関又は保険薬局より療養の給付に関する費用の請求ありたるときは・・・これを審査したる上支払うものとす」と規定している。つまり、保険者は、保険診療に関する費用請求を受けた場

合には、自ら審査したうえで、支払うこととしている。

##### b 社会保険診療報酬支払基金への委託

続いて、同第5項では、「保険者は前項の規定に依る審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金に委託することを得」と規定している。保険者は、レセプトの審査と保険給付に関する支払いを、社会保険診療報酬支払基金に委託することができるとしている。

##### c 社会保険診療報酬支払基金の業務

このような健康保険法の規定を受けて、1948年に設立された社会保険診療報酬支払基金の業務は、「社会保険診療報酬支払基金法第13条」に定められている。

第1項 診療担当者の提出する診療報酬請求書の審査を行うこと。

第4項 基金は、前3項の業務を行う場合には、定款の定めるところにより、保険者、国、都道府県若しくは市町村又は厚生大臣若しくは都道府県知事とそれぞれ契約を締結するものとする。

##### d 厚生省による行政指導

レセプト審査・支払いを社会保険診療報酬支払基金に委託する件について、厚生省は次のような立場で行政指導を行っている。

『保険者は委託することができるのであって、委託すべき義務を負うものではない。しかし、支払事務の混乱と遅延を防ぐために社会保険診療報酬支払基金が設立されたことから考えれば、委託することは明らかに望ましいことであり、厚生省としても保険者はすべて審査及び支払に関する事務を支払基金に委託するよう指導する方針をとっている』（「健康保険法の解釈と運用」（厚生省保険局、社会保険庁運営部監修）より）。

また、その行政指導を具体化したものが、次の局長発の通ちょうである。

社会保険診療報酬支払基金の創設に関する件(抜粋)  
(1948年8月5日保発第29号 社会局保険局長から、健康保険組合理事長あて通ちょう)

- 1 基金法第13条の規定による契約・・・については、健康保険組合連合会において行う予定であるから、各組合は何等の措置を要しないこと。

つまり、レセプト審査・支払いに関する社会保険診療報酬支払基金への委託については、健保組合の分を一括して、健保連が社会保険診療報酬支払基金と契約を結ぶので、健保組合は何もしなくてよいと通知している。事実、組合健保の審査・支払いについては、1948年8月診療分より、社会保険診療報酬支払基金が業務として扱っており、その契約相手先は、健康保険組合連合会会長となっている。

医療機関から保険者への費用の請求について

保険医療機関で行われた診療に関する費用については、健康保険法第43条の9に規定されている。

まず、保険医療機関は、保険者に対して、保険給付金額を請求することができる。その金額は次の通りである(第1項)。

「治療に要する費用」-「自己負担金」

次に、上記の「治療に要する費用」の算定は、診療報酬、薬価ともに、厚

生大臣が定める公定価格である(第2項)。

そして、保険者は、保険医療機関との間の契約により、保険者に対する保険給付費用の請求額について、第1項、第2項に定める金額の範囲内で別途定めることができる(第3項)。保険者が健康保険組合の場合には、厚生大臣の認可が必要である。

このように、健康保険法本体では、公定された診療報酬、薬価から自己負担を除いた範囲内で、保険者と医療機関の間の特別契約を認めている。この規定が入ったのは、1957年3月の健康保険法改正によるものだが、その2ヶ月後、次のような保険局長通知が出されている。

保険者と保険医療機関との間の特別契約に関する保険局長通知(抜粋)

(「健康保険法の一部を改正する法律の施行について」昭和32年5月15日保発第42号厚生省保険局長から、各都道府県知事あて通知)

#### 六 診療報酬の請求

- 2 保険者は、保険医療機関又は保険薬局との契約により診療報酬額について別段の定めをすることができることとなっているが(新法第43条の9第3項)、

この規定は、旧法による保険者の指定する者(\*)であったものとの間において割引診療が行われていたものについて引続き割引診療を行なわせる趣旨にでたものであるから、割引診療を行なわせる機関の範囲は従来以上に拡大させることのないようにすること。

(\*)具体的には保健所、国立療養所。

つまり、法改正によって、保険者と保険医療機関の間で割引契約を締結できるようになったものの、その趣旨は、法改正前に割引契約をしていた市町村と保健所、国立療養所等の間にのみ認めるのであって、割引契約を一般化す

るものではない、と述べているのである。

また、もう一つ、例外的に割引契約が認められるケースがある。それは、事業主医療機関・診療所や健保組合直営の医療機関等における療養給付の場合である。健康保険法第43条の16では、事業主医療機関・診療所、健保組合直営医療機関等における療養給付の担当方針と、一部負担金の取り扱いが規定されている。これらの医療機関等については、ここにある規定以外の規制は一切ない。したがって、診療報酬についても規制は設けられていない。診療報酬や患者一部負担については、保険者と当該医療機関との間の契約によることとなっており、ここでは割引契約も可能となっている。

#### (4) アドバイザリー機能(適切な医療機関の紹介)

被保険者の体調が悪くなったり、何かの病気の症状が出た場合、風邪や骨折など、対処の仕方が比較的わかりやすい場合は、被保険者の判断でどの医療機関に行き受診するかを決めていくことは可能だが、急病であったり、原因がよくわからないような場合には、どのような医療機関が適切か、健保組合にその判断を求める場合がある。

健保組合では、24時間オンラインサービスなどで、アドバイスを与えたりしているが、この疾病ならどの医療機関が適切、といった具合に、被保険者に対して積極的に働きかけたり、さらに進んで、予め特定の医療機関との間で特約を結んでおいて、特定の疾病や急病の場合には、被保険者に対してその医療機関に行くよう推薦することも考えられる。

ところが、わが国では、1998年、ブリヂストン健保組合が、医療機関の情報提供から一歩踏み込んで、医師推薦制度を導入しようとしたところ、地元の医師会等が「医療機関を選ぶ患者の権利を侵す」(1998年4月22日付朝日新聞)として抗議したため、方針変更を余儀なくされてしまった。

この制度は、組合員が受診する医療機関を限定しているわけではなく、単なる推薦であり、患者の選択権を侵すものではない。また、医療法第69、70条で、医療機関が広告できる内容がポジティブリストとして規定されており、医療機関からの情報発信も極めて限られている。そのような限られた情報の中で、患者が適切な医療機関を選択することは困難となっている。

#### (5) アセスメント機能(医療サービスの評価)

現在、わが国において、医療サービスを評価する機能を有するのは、財団法人日本医療

機能評価機構である。同機構は、医療機関の機能の第三者評価を実施するとともに、医療機能の評価に関する調査・研究、医療関係者の研修等を行う目的で、1995年7月27日に設立された。その基本財産は、厚生省、日本医師会、日本病院会、日本看護協会、日本薬剤師会、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会ほかから出資されている。

同機構の病院機能評価事業は、それぞれの病院が医療機能について評価を希望する旨、同機構に申し込みすることで、手続きが開始される。同機構による病院機能の評価は有料で、病院の種別、病床数別に評価料が設定されている(100万円台)。2000年6月19日現在、全国で349病院が認定を受けている。

具体的な病院機能の評価の対象は、図表[7-4-5]の通りである。

##### 【7-4-5 病院機能の評価対象】

また、実際の認定証の発行に関しては、図表[7-4-6]のような手続きで進められる。

##### 【7-4-6 認定証の発行に関する運用要項】

以上が日本医療機能評価機構の病院機能評価事業の概要であるが、その事業には、次のような限界がある。

診療科目別の評価が行われていない。

同機構の認定証は、各評価対象項目について一定の基準を満たしている場合に、総合的な評価として認定されるため、どの分野が優れているのかといった情報が得られない。また、病院間の比較も事実上できない。

認定病院の数が少なく、認定を受けた病院の比較優位が明確にならない。例えば、認定を受けたて病院がまったくない県が1県

(和歌山)、1つしかない県が8県もあり、地域レベルではほとんど関心が持たれていないところもある。

## 5 保険者機能に関する議論の変遷

最近の保険者機能に関する議論の変遷について、主に、医療改革の流れと、規制緩和の流れにそって追ってみることとする。

### (1) 医療改革の流れ

#### 医療保険審議会

「経済構造の変化や高齢化の急速な進展の中で、医療保険制度は赤字構造に陥っており、医療制度全般の構造的な見直しが必要である」との認識のもと、政府では、「医療保険審議会」で、医療保険制度改革の議論が開始された。

そこで、同審議会における医療保険制度改革の議論の流れを、保険者機能を中心に点検しておくこととする。

医療保険制度改革について、医療保険審議会では、1995年3月から検討が開始された。その際、検討項目として挙げられたのが、同審議会での1993年1月20日にまとめた「医療保険審議会における検討項目」である。そこで取り上げられていた項目は、次の通りである。

#### 【医療保険審議会における検討項目

(1993年1月20日)】(抜粋)

##### 給付と負担の公平

被用者保険と国民健康保険間の公平、被保険者間の公平、地域間格差等についてどう考えるか。

##### 医療費の規模及びその財源・負担のあり方

医療保険制度における保険料のあり方についてどう考えるか。

医療保険制度における国庫負担、地方負担のあり方についてどう考えるか。

医療保険制度の枠組み及び保険者運営のあり

方

人口の高齢化、就業構造の変化等が進む中で、現行の医療保険制度の枠組みを見直す必要があるか。

医療保険制度の運営のあり方についてどう考えるか。

1995年3月以降の審議を経て、医療保険審議会は、同年8月4日、次のような中間とりまとめを行っている。

【検討項目、を中心としたこれまでの検討内容の中間取りまとめ】(抜粋)

#### (4)国民健康保険制度の改革

国民健康保険においては、地域間で保険料負担に放置できない格差も見受けられるので、不合理な格差については、その是正のための新たな方策について検討する必要がある。

また、国民健康保険制度における小規模保険者の問題を併せて解決を図るという観点から、例えば都道府県単位等広域的な単位での保険料負担のあり方についても検討する必要がある。

#### (5)政府管掌健康保険の財政運営の見直し

政府管掌健康保険は、・中期財政運営のあり方も含め、政府管掌健康保険独自の対応策についても、検討を行う必要がある。

この時点では、保険財政と保険料負担というところに、関心が集中している。それが、その後の同審議会での議論の結果、2ヶ月後の第2次報告では、次のように、保険者機能のあり方についての言及が行われた。

【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2次報告)(1996年6月21日)】(抜粋)

#### 3 医療保険制度における対応

##### (2)これからの医療保険制度の役割

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、

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 患者と医療機関との関係では、十分な情

報提供に基づき、患者自身が適切な選択を行うことが基本とされるべきであり、広告規制の緩和と併せて、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。

(3)医療保険制度の構造の見直し

被用者保険制度においては、保険者規模を適正なものとするなど、保険集団のあり方の見直しが必要である。

国民健康保険制度においては、

・保険料負担の地域格差の是正や、小規模保険者問題に取り組むことが必要である。また、・国庫補助のあり方、広域化のあり方・等について検討すべきではないか。

(6)情報提供システムの充実

被保険者証のカード化やレセプト電算処理の促進などを図りながら、医療情報のネットワーク化を進めるべきではないか。

ICカード等を活用した薬歴等の管理を、モデル地域における試行から、全国規模に広げるといった方法で推進するべきではないか。

このように、ここで初めて、保険者の機能に関する議論が、審議会における正式な検討項目として明示的にあがってきたことになる。

さらに、続く同審議会の公表資料では、今後の改革メニューとして、次のような項目が列挙されている。

【今後の医療保険制度改革について

(1996年7月31日) (抜粋)】

3 当面の改革について

B 医療保険制度の役割の見直し

医療保険制度における当事者の選択と責任を高めるという観点から、保険者・医療機関・患者の関係を見直すことも必要である。

C 医療保険制度の構造の見直し

イ 被用者保険制度の見直し

保険集団のあり方の見直し(健保組合の適正規模への見直し、財政調整等)

ウ 国保制度の見直し

保険者の責によらない保険料格差の是正  
広域化等による小規模保険者の安定化対

策

国庫補助の見直し

F その他

情報提供システムの充実

本公表資料の末尾には、別紙として「今後の医療保険制度改革について(試案)」が添付されている。ここでは、「保険者の自律性の強化」策として「保険者と保険医療機関の関係の見直し」と「レセプト電算処理の本格実施」が挙げられている。

そして、同年10月、1997年度制度改革をにらんで、同審議会がまとめ、公表した論点整理では、「保険者の機能の強化」という項目が一項設けられた。

【今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理(1996年10月2日)(抜粋)】

4 医療保険改革の方向

(5)その他

〔保険者の機能の強化〕

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、保険者の機能を強化していく必要がある。例えば、保険者は被保険者に対し、医療機関に関する積極的な情報提供や相談体制を整備するほか、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。

〔情報通信技術等の活用〕

情報通信やデータ処理の技術革新を、プライバシー保護にも配慮しつつ、医療の分野に積極的に導入し、医療の質の向上と医療機関や審査支払機関・保険者の事務処理コストの軽減を図る。具体的には、診療の場における画像情報等の活用を図るとともに、カルテの電子化、レセプト電算処理、被保険者証カード化などを総合的に実施し、医療情報のシステム化を図る。

そして、最終的に医療保険審議会がまとめたのが「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について(建議書)」

(1996年11月27日)である。

【今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について(建議書) (1996年11月27日)(抜粋)】

21世紀初頭を目指すべき医療保険制度の姿

3. 安定した運営ができる医療保険制度の確立  
〔保険者の機能の強化〕

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、保険者の機能を強化していく必要がある。

保険者は被保険者に対して医療機関に関する情報の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。また、自律性を高めるため、保険者規模を適正なものとするなど保険集団のあり方を見直す。

保険者の事業及び事務の効率化・合理化を進める。

〔情報通信技術等の活用〕

情報通信やデータ処理の技術革新を、プライバシー保護にも配慮しつつ、医療の分野に積極的に導入し、医療の質の向上と医療機関や審査支払機関・保険者の事務処理コストの軽減を図る。

平成9年改正について

2. 医療保険制度の運営の安定化

〔保険者の機能の強化等〕

保険者は被保険者に対して医療機関に関する情報の積極的な情報提供等を行う。

保険者の自律性を高め、その機能を強化していく観点から、病床過剰地域における保険医療機関の指定等について、保険者が積極的に関与できるような仕組みを設ける。

保険者規模を適正なものとするため、健保組合の統合を進めるなど保険集団のあり方を見直すほか、保険者の事業及び事務の効率化・合理化並びに給付の適正化を進める。

〔情報通信技術等の活用〕

情報通信等の技術革新を導入して医療の質の向上と事務処理コストの軽減を図るため、レセプト電算処理や被保険者証のカード化の促進などを通じ、総合的な医療情報システムの構築に着手する。

同建議書の巻末には、「今後の医療保険制度改革について」と題する改革の内容とスケジュールが掲載されている。ここでは、本文よりさらに踏み込んで、保険者機能の強化等のところで、「保険者と医療機関との直接契約の導入」も提案されている。

【7-5-1 今後の医療保険制度改革  
について】

与党3党PTの議論の推移

以上のような医療保険審議会での議論を受けて、1997年度改正として、健康保険法等の一部を改正する法律案が、1997年6月、国会で成立した。その主な内容は、次の3点である。

- ・今後の医療保険制度の総合的な改革を進めるにあたって、老人保健制度も含めた医療保険制度全般にわたる課題を広範に議論するため、「医療保険福祉審議会」を設置する。
- ・被用者本人の一部負担を1割から、本則の2割に戻すとともに、高齢者医療の一部負担も見直す。
- ・薬剤に関する定額負担制度を創設する。

1997年度改正は、医療保険制度改革の第一段階として位置付けられたものの、その後の医療保険改革の道筋は明確に示されず、さらに検討が必要となっていた。

また、同時期に、橋本首相(当時)が6大改革の推進を提唱し、1996年12月に財政健全化目標の閣議決定、1997年1月に財政構造改革会議が発足し、続いて同年6月には「財政構造改革の推進について」が閣議決定され、各歳出項目の見直しが必要になった。その際、医療分野における歳出削減も課題となり、具体的には1998年度予算編成に向けて、具体的な医療保

険制度改革が必要となった。

このような流れと並行して、与党3党（当時の自由民主党、社会民主党、新党さきがけの連立与党）では、1996年12月の与党合意に基づいて、与党医療保険制度改革協議会（以下「与党3党PT」）を設置し、医療保険制度改革の議論を行っていた。

与党PTでは、1997年4月7日、「医療保険改革の基本方針」と題する中間的な取りまとめを公表した。ここでは、「保険者機能」に着目した記述はなく、わずかに「医療機関、患者、保険者の三者が相互の信頼関係を確立し、開かれた医療を目指す」と記したに過ぎなかった。

その後の与党PTでの議論では、主に、新党さきがけが保険者機能を重視すべきとの議論を展開し、最終的にまとめられた「21世紀の国民医療」では、次のような項目が挙げられている。

#### 第一 国民に開かれた医療提供の実現 〔保険者機能の強化〕

保険者は、被保険者の立場に立ってその機能を強化し、制度運営の安定化のため、レセプト審査などの充実を図る。

また、保険者に窓口を設けるなど、良質な医療サービスの確保を目指す。

このように、医療保険審議会の建議書に較べれば、あまり具体的な提案となっていないものの、4月の基本方針には盛り込まれていなかった保険者機能の観点、政党間の合意事項として初めて提言されたのであった。

#### 各機関の医療保険改革の提案比較

同じ頃、経済団体や連合、野党からも、医療保険改革の提案が次々に行われ、保険者機能の強化に関する提案が行われた。

その主な提言は、図表〔7-5-2〕の通りである。

#### 【7-5-2 保険者の規模、機能に関する 提言比較】

##### 医療保険福祉審議会での議論の推移

先述したように、1997年度改正で設置が決まった「医療保険福祉審議会」は、1997年10月に発足し、その下に置かれた制度企画部会において、医療保険制度の抜本改革についての議論が開始された。1999年6月時点までの審議の概要は、次の通りである。

- ・1998年11月  
高齢者医療制度の見直しについて中間報告とりまとめ  
（独立方式と突き抜け方式の両論併記）
- ・1999年1月  
薬価基準制度の見直しを提言  
参照価格制（薬剤定価・給付基準額制）を提案
- ・1999年3月  
診療報酬体系の見直しを提言  
慢性疾患、高齢者医療については、  
包括払い制を段階的に導入

医療保険福祉審議会の制度企画部会では、上記診療報酬体系の見直しを提言した後、高齢者医療制度について、議論を再開した。

ここで、注目しておかなければならないのは、同企画部会における診療報酬体系の見直しの議論の中で、部会メンバーから、保険者機能の充実が医療保険制度改革の中で重要な課題であるとの意見が表明されたことである。



以下、第41回制度企画部会（1999年2月18日開催）の議事要旨（厚生省公表資料）から、主な委員の発言を紹介する。

鴫田（トキタ）一橋大学教授

保険者機能の強化は後で議論する問題ではなく、抜本改革の中の非常に重要な要素である。高齢者医療について、被用者が引退した後は全国一本の保険制度にするという場合に、保険者機能は生かせるのかという点で疑問を持っている。また例えば、現行の診療報酬を上限価格とし、保険者と提携した病院であればそれ以下の価格でも診療が可能であるという仕組みも考えられるわけであり、そういう観点から診療報酬体系を設計し直すという観点も必要ではないか。

塩野谷（シオノヤ）国立社会保障・人口問題研究所長

私は大々的に議論しなければ駄目だと思う。厚生省は実はそんなに規制はしていない。ポトルネックになっているのは、今の保険者がそういう意欲を持たないということ。保険者と医療機関は直接に交渉すべきであり、それを支払基金に委託できるといっているに過ぎないのに、保険者は自分で仕事をしないで、支払基金等に委託ばかりしてしまっている。

糸氏（イトウジ）日本医師会副会長

情報提供という点から見れば、医療機関に関する情報も十分とは言えないが、保険者に関する情報は全くなく、保険者を選択する余地もない。今は、保険者と医療機関が率直に話し合うという雰囲気はなく、十分話し合えばいいのではないか。・患者に対し、積極的に情報提供できるような体制を持つことも保険者機能の大事な役目の一つだと思う。

これを受けて、第43回制度企画部会（1999年3月1日開催）で、磯村トヨタ自動車健康保険組合顧問より、保険者機能の強化等に向けた現状認識と必要な条件整備について、見解が示された。

【7-5-3 保険者機能の強化等に向けた現状・今後の課題・必要な条件整備】

この一覧表は、保険者機能強化の課題をほぼ網羅しており、大変参考になる資料である。ただし、保険者機能強化の議論は、「健保組合のほとんどが赤字でその上に老人保健拠出金の負担があることが最も大きな問題であり、診療報酬、薬価、高齢者医療の改革の議論が先決である」との支払側委員達の主張により、高齢者医療制度のあり方についてまとめた後で、同部会で検討されることとなっている。

しかし、鴫田教授が意見表明されたように、保険者機能のあり方については、診療報酬制度や薬価制度の抜本改革の際に検討しておくべき課題であることは明白であり、保険者機能の強化に関する議論の絶好の機会を逸したと考える。

結局、医療保険福祉審議会で医療保険制度の抜本改革を3年近くにわたって検討してきたものの、1999年5月に、当時の丹羽与党PT座長が、薬価基準制度の抜本の見直しを白紙に戻したことに端を発し、2000年度医療保険制度抜本改革はほとんどが2002年度以降に先送りされてしまった。

## (2) 行革・規制緩和の流れ

一方、保険者機能の強化に関する議論は、行政改革、規制緩和の流れの中でも検討されるようになってきた。行政改革委員会の規制緩和小委員会（1995年4月19日～1997年12月18日）、行政改革推進本部の規制緩和委員会（1998年1月26日～）は、規制緩和推進計画を策定し、その計画は最終的に閣議決定されている。以下、この規制緩和推進計画に盛り込まれた保険者機能に関連する事項について、レビューする。

行政改革委員会の時代に策定された規制緩和

和推進計画（1995～1997年度の3年間）では、

レセプト電算処理システムの構築の推進  
健康保険被保険者証のカード化

が盛り込まれているに過ぎない。

また、1998年3月31日に閣議決定された「規制緩和推進3ヵ年計画」では、

医療情報のデータベース構築に向けての  
用語・記述方式の標準化

第三者機関による医療機能評価の結果を  
広告できる事項として検討

が盛り込まれている。

本格的に保険者機能強化の観点から規制緩和が論じられるようになったのは、規制緩和委員会の「規制緩和に関する論点公開（1998年9月22日）」および「規制緩和についての第1次見解（1998年12月15日）」からである。

まず、「論点公開」では、次の項目について、規制の現状と論点整理が行われている。

医療機能評価の結果など広告規制の見直し  
保険者によるレセプト審査の許容など保険者機能の強化  
カルテ及びレセプトの電子化の推進

この「論点公開」を踏まえた議論の後、まとめられたのが「第1次見解」であり、ここでは、上記～の項目について、図表[7-5-4]のような論点整理を行っている。

#### 【7-5-4 規制緩和についての第1次見解】

そして、これを受けて、1999年3月30日に閣議決定された「規制緩和推進3ヵ年計画（改定）」では、図表[7-5-5]のような項目が盛り込まれている。

#### 【7-5-5 規制緩和推進3ヵ年計画（改定）】

このように、行政改革、規制緩和の流れでの保険者機能強化の議論は、かなり限定的な項目となっているが、着実にその必要性に対する認識は高まっていると見られる。

#### (3) 経済戦略会議の提言

小淵総理のイニシアティブで1998年8月24日に発足した経済戦略会議でも、医療改革について、医療機関の選択や薬価の自由価格制への移行など、競争原理の導入を強く主張しており、その前提として、保険者機能の強化等を提案している。

#### 【7-5-6 日本経済再生への戦略 （1999年2月26日）】

#### (4) 保険者機能に関する議論の高まりの背景

以上見てきたように、医療保険制度そのものの抜本改革の議論でも、規制緩和の議論でも、保険者機能の強化に対する関心が高まってきた背景には、次のような流れがあった。

##### 構造改革の必要性

日本経済の高度経済成長から低成長経済への転換、急速な高齢化・少子化の進展、行政の姿勢の護送船団方式（官による事前規制）から事後チェック方式（民の自律性追求）への転換という、大きな構造変化に伴い、これまでの社会保障制度を支えてきた「世代間の扶養」のシステムが限界に達している。医療の分野においても、例えば、先に述べたように、老人保健拠出金が保険料収入の30%以上も占めており、今後もその割合は高まっていくということが予想されており、とてもそのような制度は持続可能ではない。

1997年以降の未曾有の不況により、橋

本前首相が提唱した6大改革は、頓挫したままだが、いずれはその改革を再開しなければならない。その際のインフラ整備の一環として、保険者機能の強化は重要な課題になると認識されているためである。

#### 情報通信技術の飛躍的向上

情報処理技術が飛躍的に向上しているため、保険者によるレセプトの第1次審査、保険者と医療機関との特約なども、技術的には実現可能となっている。そのため、社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を一律に委託することを義務付けるのは、かえって不効率を生み出している。

#### 医療サービスのニーズの多様化と競争原理の導入

国民の価値観の多様化に伴い、医療サービスへのニーズも多様化している。また、サービス産業として競争力を高めるためには、高度医療技術や画期的な新薬の開発も望まれている。

こうした時代の要請に応えるためには、従来のように何でも一律に定めるのではなく、サービスの質や価格を競うことで、新規参入を促したり、全体の技術水準を高めたり、効率化を高めるといった戦略が必要となる。診療報酬や薬価をなるべく自由な市場に任せるべきとの理念を実現するためには、医療サービスの提供者と購入者（被保険者とその代理人である保険者）が情報を共有し、価格を交渉する力を互いに保有する必要がある。

## 6 民間活力の動き

保険者の機能の強化については、先に述べたように、様々な場面、角度から議論が行われているが、現行制度の枠中でも、既に、そ

のための工夫が始まっている。

### (1) レセプト第2次審査のアウトソーシングの動き

レセプト審査については、厚生省の行政指導により、第1次審査は一括して社会保険診療報酬支払基金に委託されているが、そこで審査を終えたレセプトについては、保険者に送付され、保険者は第2次審査を行うことができる。

「健康保険組合事業運営基準」では、レセプトの事後点検について、次のような項目を例示している。

#### 第10 その他

##### 2 保険給付の適正化

##### (2)診療（調剤）報酬明細書の事後点検

ア 担当職員の適正配置及び専門的知識の育成等点検事務処理体制を整備すること。

イ 点検事務の要領、実施計画等を作成し、効率かつ能率的に行うこと。

ウ 点検内容を例示すると、次のとおりであること。

(ア)受給資格

(イ)重複請求

(ウ)業務上傷病（通勤途上災害によるものを含む。）

(エ)交通事故等第三者行為による傷病

(オ)継続療養給付に関する傷病名の同一性及び期間

エ 点検後の処理は、過誤調整、返還措置、受診者指導等適切な処置を行うこと。

各保険者では、これらの点検を行うために、送付されてきたレセプトをデジタル情報に置き換えて（パソコンに入力して）、チェックを行うことになるが、この入力作業、受給資格や重複請求の点検については、アウトソーシングしているケースが増えている。受注しているのは、シンクタンクや情報処理サービス会社である。これらのサービスは、入力と照合という、いわばレセプト点検の事務サー

ビスを行っているわけだが、これだけでは、医療行為の適正性や過剰な診療・検査・投薬の判断はできない。

そこで、医師または医学的な専門知識を有する者が、レセプト点検の作業に加わる必要があるようになってくる。実際、医師がレセプト点検の事業会社を設立して、いくつかの健保組合のレセプト点検業務を受注しているケースがある。この場合、このような事業会社は、レセプトの入力と照合にとどまらず、レセプトに記載されている診療行為についても、適正であったかどうかを判断することができるようになる。健保組合は、医師の判断に基づいた再審査請求をすることで、払いすぎた保険給付の還付を受けることができ、レセプト点検事業者は、そこから成功報酬を受け取るわけである。

さらに、このような事業会社が、ある程度まとまったレセプト点検を請け負うことにより、ある傷病に対する診療行為の標準的な姿が浮かび上がってくるため、そこから大きく乖離した診療行為だけをチェックすればよいという、レセプト点検の効率化も引き出されることになる。

こうしたビジネスが可能になれば、やがて、被保険者の健康管理全体を請け負うビジネスにもつながる可能性が出てくる。医療サービスの事後チェックはもちろんのこと、その質のチェックから医療サービス・医療機関の評価も可能となろう。さらに、このような事後チェックだけでなく、被保険者個人の病歴をフォローアップすることにより、健康管理・検査・指導という病気の予防にもつながることができるようになる。

また、健康相談について、健保組合との契約で、24時間対応の健康相談や急病対応などのサービスを行っている民間企業が存在している。

こうした医療保険給付から健康管理まで一貫した、総合的な医療保障サービスは、米国では「マネージド・ケア」として定着しており、日本でも医療保険者は、その業務の一部を、マネージド・ケア・ビジネスにアウトソーシングすることでより専門性を高め、それらのサービスを統合することにより、保険者機能を高めることができるわけである。

## (2) 米国企業の関心の高まり

日本の高齢化に伴い、医療・介護サービスへのニーズは必然的に高まるわけだが、そこに注目しているのが、米国のヘルスケア業界である。

米国の公的な医療保障制度は、メディケア（高齢者向け医療保障）とメディケイド（低所得者に対する州政府の医療サービス）しかなく、制度的に全ての国民をカバーするような医療保障制度はない。その分、民間による医療保障サービスが発達している。

例えば、United Healthcareでは、50歳以上の医療・健康サービス、5000人以上の従業員を抱える企業向けの医療保険サービス、メンタル・ヘルスケア、医療情報提供サービスなど、多角的なヘルスケア・サービスを行っている。

また、多くの米国企業は、カフェテリア・プランのメニューとして、従業員に医療保険を提供している。歴史的に見れば、この医療保険にかかるコストを抑制するために、マネージド・ケアという手法が利用されるようになったのである。

こうしたヘルスケア産業の先進国であり、マネージド・ケアという医療コスト抑制ノウハウを持った、米国ヘルスケア・ビジネスが、高齢化が急速に進む日本にビジネスの照準を合わせることは、当然の流れである。彼らは、日本における医療保障政策の動向を見極めつ

つ、市場参入の機会をうかがうため、マーケット・リサーチ、日本国内の企業との提携の可能性を探っているところである。当然、保険者機能の一部受託ということも、彼らの視野に入っている。

### (3) 保険会社によるマネージド・ケアの可能性

同様に、日本の損害保険、生命保険などの保険会社も、日本の医療保障サービスへの参入の可能性を探っている。そもそも保険給付をビジネスとしている、医療サービスに近い分野で事業を行っているなどの利点を持っており、比較的可能性は高いものと思われる。その際、最も可能性の高いのは、健保組合、国民健康保険など医療保険者が行う事業のアウトソーシングの受け皿になることである。

ただし、医療保険者がその事業の一部をアウト・ソーシングし、米国のヘルスケア・ビジネスや、日本の保険会社にマネージド・ケア業務を委託することで、保険者機能を高めていくためには、いくつかの制度改革と基盤整備が必要となる。

次の節では、保険者機能を高めていくための改革と基盤整備の方向を示すこととする。

## 7 今後の改革の方向とそのための基盤整備

最後に、今後の保険者としての課題と、その機能の強化のための基盤整備についてまとめておきたい。

### (1) 保険者機能強化の目的と改革の基本理念

これまで、わが国において、医療保険者は、国が国民に等しく医療サービスを保障するという政策目的を達成するための代行機関として位置付けられてきた。これは、全国で医療サービスが絶対的に不足していたり、国民

所得が低水準で、医療サービスを十分に受けられない国民の割合が大きいといった戦後の日本の状況を考えれば、合理的な選択であり、事実、米国のように一般国民を対象にした医療保障制度がない国と較べて、日本の医療サービスの普及度が非常に高く、医療費自体も低く抑えられている。また、その結果として、国民の平均寿命も世界一の水準に達したとも言える。

そうした意味で、保険者の機能を抑制し、サービスの質や価格を一律にしたままで医療サービスの提供を行ってきたわが国の医療保障制度は、一定の役割を果たしてきたものとする。

しかし、人口が1億2000万人に達し、また、高度経済成長を終えて国民の価値観が多様化した現在、一律の価格とサービスの均質化を保障することを最優先課題とするような制度を継続していれば、その産業の国際競争力が低減していくことは、歴史を見れば明らかである。

今後は、医療の分野においても、サービスの多様化を認め、質と価格の競争により、国民の満足度を高めていく政策が必要である。そうした観点から、医療の分野にも、

選択：医療機関の選択、保険者の選択

契約：保険者と医療機関、保険者と被保険者

競争：医療サービスの質・価格、保険者機能そのもの

という、一般の財・サービス市場では当たり前となっている3つの要素を導入することが必要である。

こうした政策目的を達成するためには、保険者機能の強化が重要な役割を果たすことになる。

保険者機能の強化の目的は、被保険者の立場に立って、良質かつ効率的な医療サービス

を確保することにある。具体的には、次の3点と考える。

保険給付の効率化

例えば、適切な医療機関での受診、過剰受診（投薬）の回避、支払の迅速化等。

医療サービスの質の向上

特定の医療機関との特約による医療サービスの確保、レセプトによる事後点検の強化等。

被保険者の健康増進

病歴を参考にした健康管理メニューの提供、健康・医療相談、職場環境の改善等。

以下、そのための法改正、規制緩和、基盤整備についてまとめてみる。

## (2) 法改正、行政指導の変更等

### レセプト審査

レセプト審査に関しては、先述したように、健康保険法上は保険者固有の機能として定義されていながら、第1次審査については、厚生省の行政指導により、社会保険診療報酬支払基金に委託することとされている。

レセプト審査について、保険者が先ず審査を行うことは、保険者として当然の責務であり、また、法律上は何ら問題のない行為である。一方、全ての医療保険者にレセプトの第一次審査を義務付けるのは、保険者の現在の能力からみても、また、後ほど述べる支払い方法上も、現状では困難な場合も多くあろう。従って、ある保険者とある医療機関の間で、レセプト第1次審査を保険者に委ねる契約をした場合には、医療機関は直接レセプトを保険者に送付することを認めるべきと考える。もし、保険者と医療機関の間で合意が成立しないレセプトが出てきた場合には、改めて医療機関から社会保険診

療報酬支払基金に対して、審査請求を行うことにすれば、社会保険診療報酬支払基金は紛争仲裁機関としての機能を求められることになる。

第1の提案は、レセプト審査の社会保険診療報酬支払基金への委託を求めた社会局保険局長からの通ちょうを破棄することである。

### 診療報酬の支払方法

これも、先のレセプト審査と同様、保険者から医療機関に対する保険給付に関して、社会保険診療報酬支払基金経由で支払うことを義務付けられている。しかし、これも法律上は、保険者の役割として位置付けられており、義務付けられているのは、1948年の通ちょうによるものである。

第2の提案は、診療報酬の支払いについて、社会保険診療報酬支払基金への一括委託を求めた通ちょうを破棄することである。

### 医療機関との特約

保険給付については、健康保険法で、治療に要する費用から自己負担金を引いた額の範囲内で、保険者と医療機関の間の契約により定めることができるようになっている。これを阻んでいるのが、やはり保険局長通知である。

従って、ここでも、保険者と医療機関との間で契約に合意すれば、治療に要する費用から自己負担を差し引いた額の範囲内で、診療報酬を定めることができるようにすべきである。

現在でも、事業主医療機関・診療所や健保組合直営の医療機関においては、診療報酬の割引契約が認められている。その他の一般の保険医療機関でも、一般の保険診療を行ってその開放的性格（第5節

(1)医療サービスの保険給付に既述)を維持しつつ、特定の保険者との間で特約を結ぶことにより、事業主医療機関・診療所と同様の機能のアウトソーシングを受託すると考えれば、その割引契約を認めることは可能である。これは、一般の保険医療機関の開放的性格を阻害することにはならない。

健康診断との連携(健保組合の場合)

労働安全衛生法によれば、事業者は、「労働者の安全と健康を確保するようにならなければならない(同法第3条第1項)。」そのために、50人以上の事業所では産業医を選任すること(同法第13条第1項、施行令第5条、労働安全衛生規則第13~14条)と、健康診断を実施すること(同法第66~第66条の5、労働安全衛生規則第43~52条)が定められている。上記産業医は、健康診断を実施し、その結果に基づく労働者の健康を保持するための措置を行うこととなっている(労働安全衛生規則第14条第1項)。

従って、従業員の健康診断等の結果情報は、事業主及び産業医の所に蓄積されることになる。一方、従業員の病歴等は、健康保険組合等の保険者の所に蓄積されることになる。

事業主、産業医、健保組合とも、従業員の健康増進を目的に活動しているところがあり、この三者が一体となって、従業員の健康増進、予防活動などを支援していくことが理想と考える。

ただし、従業員のプライバシー保持の問題については、十分に留意する必要がある。健康診断については、労働安全衛生法第104条で、「健康診断の実施に従事したものは、その実施に関して知り得た労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏ら

してはならない」と規定されている。また、健保組合については、その事業運営基準に、次のように定められている。

第10 その他

### 3 被保険者等の秘密の保持

被保険者及び被扶養者に係る資格記録、給付記録及び診察(調剤)報酬明細書の管理等の事務に当たって、被保険者等の秘密が漏洩しないよう万全を期すること。

このように、健康診断等からの個人情報と、健保組合に蓄積された被保険者個人の医療情報との接続は、十分な配慮を必要とするものの、従業員の健康増進、保険者による保健事業のためには両方の情報を突き合わせることは相乗効果を持ち、非常に効果があるものとする。プライバシーの保持には十分配慮しつつ、両情報の相互利用の道を拓くべきと考える。

## (3) 最低限必要となる基盤の整備

レセプト(診療情報)のデジタル化

実は、レセプトのデジタル化について、医療機関から社会保険診療報酬支払基金までの電算処理「システム」は、ほぼ出来上がっている。社会保険診療報酬支払基金への提出用の磁気テープまたはフレキシブルディスクの規格、ファイル形式等の規格、傷病名や医薬品、診療行為等のマスターも用意されている(社会保険診療報酬支払基金編集「レセプト電算処理システム マスターファイル仕様説明書」)。

1998年度より、この仕様に基づいたレセプトの提出は、全国どこでも保険医療機関側が希望すれば、できるようになった(自由届出方式)。

また、社会保険診療報酬支払基金での事務処理で使用されるレセプトOCR処

理システムの導入も進んでいる。

残された課題は、次の2点である。

第1は、保険医療機関側がレセプトのデジタル化に要する費用と時間を賄い切れないとの理由で、実際のレセプト作成段階におけるデジタル化が完全に普及していないという点である。大規模医療機関では、カルテのデジタル化も進んでいるくらいで、レセプトのデジタル化は当然進んでいるが、個人の開業医や小規模医療機関では、レセプトをデジタル処理するためのコスト（パソコンとマスターのメンテナンス）を賄い切れない、また時間もかかる（パソコンへの入力）ということである。これについては、時間がたてば否応無しにすべての医療機関でレセプトのデジタル化は進むものと思うが、当面の措置として、小規模医療機関でデジタル化処理を行なった場合には、一定の診療報酬を上乗せする等のインセンティブが必要になるかもしれない。

第2の課題は、社会保険診療報酬支払基金から各保険者へのレセプトの送付が、依然として紙ベースで行われていることである。健保組合等では、受け取った紙ベースのレセプトから、必要事項をデジタル情報に入力し直し、点検を行っている。そもそも社会保険診療報酬支払基金の内部では、大型コンピュータにより、保険者別に医療費を計算し、請求関係帳票を作成している。このデジタル化された情報により、各レセプトを保険者に送付してもらえれば、保険者でわざわざ入力し直す必要がなくなる。これだけでも、相当なコスト軽減につながる。

社会保険診療報酬支払基金のホームページでは、「厚生省が推進しているレセプト電算処理システムでは、紙レセプト

に代えて磁気媒体に収録したレセプトによって診療報酬の請求を行うことができる」として、「医療機関や保険者と支払基金を一貫したシステムで結び、業務の効率化を図る」と説明している。しかし、厚生省保険局保険課では、レセプト電算処理システムの具体的な推進計画は明示しておらず、いつまでに何を整備するのかといったタイムスケジュールはない。

このレセプト電算処理の推進、デジタル情報によるレセプトの送受は、事務の効率化を飛躍的に進めるだけでなく、将来、保険者が行っていくべき医療サービスの内容のチェック、医療の質のチェックに必要な基盤整備である。

さらに、デジタル化されたレセプトの送受が一般的になれば、先述のように、特定の医療機関と保険者との間で特約を結び、直接レセプトを送付し、支払いを済ませることが、より容易にできるようになる。これにより、保険請求に対する支払いのかなりの部分が、現在のシステムでは2カ月かかるところを1カ月程度で完結することになる。保険給付費の迅速な支払いという意味でも、このシステムの整備が急がれる。

また、レセプトの記載内容についても、第三者が見て医療サービスの内容が評価できるよう、見直す必要がある。

被保険者からのレポート

保険者機能の強化のための方策の一つとして、「被保険者の立場に立つ」という観点から、被保険者の医療サービスに対する満足度を調べることも重要な要素である。

現在、保険者から被保険者に対して医療費の通知が行われているが、これは、「あなたの医療費はこんなにかかっている



るのですよ。保険者がこれだけ負担しているのですよ」という被保険者のコスト意識の高揚を目的としている部分が多い。また、被保険者に、医療機関へ行った記録（病院名と金額）を示すことで、「こんな医療機関に行っていない」とか、「こんなに医療費がかかっているはずがない」というように被保険者自身がチェックする効果も期待されている。

一般的には、保険者と被保険者とのコミュニケーションは、ここで終わってしまう。これではコミュニケーションとも言えず、保険者から被保険者への一方的な通知に過ぎない。医療サービスの質や適正性を保険者が判断するためには、ここからさらに踏み込んで、被保険者の満足度を確認しておく必要がある。例えば、医療通知を行う際に、同時に返信用のレポート用紙を添付しておいて、通院した医療機関毎に、任意で被保険者の感想を報告してもらおう、といった試みが必要と考える。

そのためにもデジタル化されたレセプトを医療機関と保険者の間で直接送受することが有効である。現在、医療費通知は、約3ヵ月遅れで行われており、被保険者がその通知を見ても、覚えていない、または記憶が曖昧になっている可能性がある。被保険者からのレポートを有効にするためにも、医療費通知の迅速化、レセプトのデジタル化が急がれる。

#### 広告規制の緩和

レセプトのデジタル化や被保険者からのレポート収集は、いわば事後チェックを迅速かつ効率的に行うための基盤整備だが、保険者の機能としては、被保険者に医療機関の情報を提供したり、傷病によっては、適切な医療機関を紹介する、

さらには予め医療機関との間で特約を結んでおくことも考えられる。このような、いわば事前の情報を保険者が保有しておく必要がある。

そのためには、医療機関自身による広告も重要な要素である。しかし、先に見たように、医療機関による広告が認められている項目は、ポジティブリストになっており、それら以外の項目は広告してはならないとされている（医療法第69条、平成5年厚生省告示第23号）。

#### 【7-7-1 医療法第69条】

しかし、保険者や被保険者が適切な医療機関を選択するためには、医療機関側からの積極的な情報開示が必要である。医療機関側からの情報提供が曖昧であったり、虚偽の事項が含まれたりしていれば、上記のレセプトのチェックや被保険者からのレポートによりチェックされ、次からは選択されないという結果になるだけである。実際、情報開示に積極的な医療機関は、自らホームページを開設し、医療法第69条に定められた範囲を越えて、情報提供を行っている。それらのホームページを見ると、当該医療機関の診療方針や、特定の疾病に関する解説、情報提供、治療方法の特徴などを詳細に説明しているものも数多く見られる。インターネットによる情報発信・収集が一般化しつつある現在、同法のような広告規制に意味があるのかとの疑問も生じる。

そもそも医療機関が自らのサービスについて情報発信することを「広告」と表現すること自体が不適切であろう。社会保険料と公費によって大半のサービスが賄われているサービスの内容を国民に対して適切に「広報」することは、むしろ

医療機関の責務と考える。

また、日本医療機能評価機構など第三者による医療評価の評価結果についても、広報できるようにすべきである。折角医療機関がコストをかけて評価を受けたとしても、当該医療機関の医療サービス改善のための内部資料として使われるだけではもったいない。第三者による評価の質を高めるためにも、できる限り多数の項目にわたって、医療機関が自主的に評価結果を広報できるようにすべきである。

さらに、医療機能評価機構による評価項目についても、患者の立場に立った評価項目を増やしたり、実際にかかった医療費と疾病の治癒の間のコストパフォーマンスを評価するなど、保険者や被保険者が医療機関の選択の際に役立つ項目を評価する必要がある。

#### 医師数の確保

厚生省が発表した「21世紀の医療保険制度（1997年8月8日）」では、医師数について、次のように提案している。

#### 4. 医師、歯科医師の数の抑制と資質の向上

##### (1) 医師、歯科医師の数の抑制

医学部及び歯学部の新たな入学定員の目標を設定し、その削減を推進する。

現行制度では、診療報酬は公定価格、出来高払いである。また、医師の就職先はほぼ医療機関に限られている。このような環境のもとでは、医師数が増えれば医療費が嵩むことになり、厚生省が医療費抑制の観点から医師数の抑制を提言することには、それなりの理屈があることになる。

他方で、「3時間待ちの3分診療」や過疎地における医師の確保の困難さなどの

問題も残されている。また、ここで述べてきたように、保険者の機能を強化するためには、保険者の立場に立った医師の役割も重要となってくる。医療機関で行われた診療行為について、専門的な立場から点検を行うということは、情報の非対象性を克服し、被保険者が納得の行く医療サービスを受けるための重要な基盤となる。さらに、健康増進のための指導、医療相談への対応など、専門知識を持った医師は、医療機関以外の場でも今後必要になってくる。

現在厚生省が提案しているように、大学の医学部の定員数を削減して、医師数を削減することになれば、医学の専門知識を持った人が診療機関にしか存在せず、保険者の立場に立って診療行為をチェックする専門家が必要となったとしても、その人材を確保することが困難になってしまう。

最初に述べたように、医療の分野にも、選択、契約、市場という要素を本格的に導入して、質の向上とコストの効率化を図るということを実現するためには、専門知識を持った医師が、いろいろな立場で医療に携わることが必要と考える。このような観点から、政策的に医師数を抑制することは好ましくない。

その意味で、1999年7月1日付けの朝日新聞（1面）で報道された、文部省の「メディカルスクール（医学専門学校）」構想は、大いに期待されることである。報道によれば、この構想は、現在の医学部とは別に一般大学の卒業者を対象にした4年制のコースで、異分野の知識を身につけた者が医師になる道を拓く、または医学の専門知識を身に付けるということが可能となる。

## 保険者の統合

「第1節 (2)医療保険者の特徴」で述べたように、日本における医療保険者は、数が多く、規模が小さい。そのために、財政状況が厳しく、保険者が本来果たすべき機能を果たすだけの人材を確保できなかったり、コストをかけられなかったりしている。被保険者の数が多ければ多いほど、また均質であればあるほど、保険の原理が有効に働き、保険料収入が安定し、保険者機能を十分果たすことが可能となり、結果的にはコスト抑制に役立つことになる。

健保組合においては、複数の事業主による事務協力などを通じて、事実上の保険者機能の統合を目指すことが必要となる。また、国保においては、医療、介護サービスだけでなく、地域住民への行政サービスを効率的に行っていくとの観点から、広域行政の道を目指すべきと考える。

その際、そもそも中小規模同士の保険者が統合されるのでは、機能強化という意味ではほとんど役に立たないと思われる。この点については、先述したように、健保組合、国保などの保険給付事務を保険会社等に外部委託する手法が有効と思われる。こうして複数の保険者から保険会社等が業務委託を受けることで、事実上の統合を進めていくのが、現実的と考える。

### (4) 高齢者医療保障制度の改革

「第4節 (4)老人保健制度・退職者医療制度の拠出金」で見たように、現行の高齢者医療保障制度は、各保険者からの老人保健拠出金と公費で賄われており、その負担が各保険者にとっては大変重いものになっている。本来、

被保険者の傷病リスクをカバーするために徴収した保険料の収入の3～4割が、被保険者以外の人の治療費に使われていることになる。しかも、その拠出金は、保険者にとって外生的に決まってしまう要素が大きい。

これでは、保険者が被保険者の立場に立って活動しようとしても、そのための財源が不足または不安定になってしまう。

現在の保険料水準は、今後の公的年金保険料の引き上げ、介護保険料の負担の見直しなどを考慮すれば、ほぼ限界に近いのではないかと考える。

そうした中で、今後更に増大することが十分に予想される高齢者医療の費用を、老人保健拠出金という形で保険者に賦課するという制度は、持続可能とは言えない。保険者がその期待されている機能を十分に果たすためには、保険者が本来担うべき被保険者への保険給付、保健事業に専念できる環境を整備する必要がある。

高齢者医療制度は、高齢者介護と同様、現役世代が負担すべき世代間扶養の仕組みであり、それを社会保険方式の中で捻出することは、制度面からいっても、国民の納得性からいっても、無理がある。高齢者医療制度は、定率の自己負担を前提に、国民全体で支える公費を中心として賄うべきと考える。

### (5) 保険者機能の最終的な姿

以上のような改革や基盤整備を行うことによって、医療保険者の機能は、図表[7-7-2]のように強化される。

#### 【7-7-2 保険者機能の強化 概念図】

7 - 1 - 1 医療保険制度の体系と保険者の位置付けの各国比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	日本
基本的 枠組み	<p>全国民を対象とした公的医療費保障制度はない(民間保険に任意加入。国民の15%程度が無保険者)</p> <p>公的医療費保障制度としては、65歳以上の高齢者と障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象とするメディケイドがある。これらで全国民の約4分の1をカバー</p> <p>病院は過半数が民間非営利病院であり、次いで自治体立、民間営利病院、連邦立の順</p>	<p>全国民を対象とした国民保健サービス(NHS)</p> <p>プライマリケアは一般家庭医(GP)が提供。住民は予め選択したGPに登録</p> <p>病院は、原則として外来患者を診ず、患者が病院に行くにはGPの紹介が必要</p> <p>病院は、NHSトラスト病院(独立採算制)と民間病院がある</p>	<p>国民の9割程度を社会保険方式の公的医療保険でカバー(うち15%は自営業者、一定所得以上の被用者、公務員等の任意加入者が占める)</p> <p>開業医(診療所)と公私立の病院がある</p> <p>患者は外来医療を行う開業医を自由に選択できるが、病院にかかるためには開業医の紹介が必要</p>	<p>国民の99%を社会保険方式の公的医療保険制度でカバー</p> <p>患者は自分がかかる医療機関を自由に選択可(フリーアクセス)</p> <p>開業医と、公立病院、民間非営利病院及び民間営利病院がある</p>	<p>公的医療保険を全国民に強制適用(国民皆保険)</p> <p>医療機関の大部分は民間</p> <p>患者は自分がかかる医療機関を自由に選択可(フリーアクセス)</p>
-152- 制度 運営 主体	<p>メディケアは連邦政府(厚生省(DHSS))が運営</p> <p>メディケイドは州政府が運営。給付の範囲、内容等は各州がそれぞれ規定</p> <p>民間医療保険については、従来からの営利・非営利の民間保険会社・団体に加え、マネージドケアを行うHMO等が普及</p>	<p>保健省(Department of health)が運営</p> <p>保健省の下にある保健当局(Health Authority、全国約100カ所)が地区の保健サービス計画の策定、NHSトラスト病院やGPとの契約、医療サービスの購入を行う</p>	<p>公法人たる疾病金庫が運営(地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)、労働者代替金庫(EKAr)、職員代替金庫(EKAn)など8種類)</p> <p>全国で555の疾病金庫(1997)</p> <p>1994年から疾病金庫間のリスク構造調整(年齢構成、性別、家族数、被保険者の収入水準に着目した財政調整)が導入され、あわせて被保険者の疾病金庫選択権が拡大された</p>	<p>被用者制度(一般被用者を対象にした一般制度と農業、国鉄、鉱山等の職域ごとの制度がある)と自営業者制度(農業者と商工業者)に大別</p> <p>国民の80%が加入する一般制度は全国疾病保険金庫が運営</p> <p>被用者制度内と被用者制度・非被用者制度間で2段階の財政調整(被用者制度間では賃金水準をもとに調整し、被用者制度・非被用者制度間では加入者数をもとに調整)</p>	<p>被用者保険は政府、健康保険組合(約1,800)及び共済組合(82)が保険者として制度運営</p> <p>地域保険として市町村(約3,300)が国民健康保険を制度運営</p> <p>70歳以上の高齢者等を対象として、市町村が老人保健を実施</p>
財政 運営	<p>メディケア</p> <p>強制加入のパートA(入院保険)と任意加入のパートB(補足的医療保険)に分かれる</p> <p>パートAは、入院サービス等の給付を行い、その財源は、社会保障税収入。最初の60日間に係る免責額制度及び61日目以降も一定の患者負担あり</p>	<p>財源の約8割は国庫。その他、国民保険からの拠出等により賄われる</p> <p>医療サービス全てが原則として無料。薬剤処方等については患者負担がある</p>	<p>財源は保険料中心</p> <p>入院(1日定額)や薬剤(量に応じた定額負担及び参照価格を上回る部分に係る負担)等の自己負担がある</p>	<p>財源は保険料中心。その他に各種拠出金がある</p> <p>外来及び薬剤給付は償還払い制をとっており、患者負担は外来3割、薬剤給付35%(原則)</p> <p>入院は2割定率と別途1日定額の患者負担</p>	<p>財源は保険料中心</p> <p>国保及び老人保健に対しては相当の公費負担</p> <p>老人保健に対しては被用者保険及び国保から拠出金あり</p> <p>患者負担は、被用者保険2割(家族の外来3割)、国保3割、老人保健定額</p> <p>また、外来の薬剤給付については、種類数に応じた定額の患者負担がある</p>

	<p>パートBは医師の医療サービス、外来サービス等の給付を行う(償還払い制)。 財源は、保険料と連邦政府の一般財源。年間一定額の免責額及びそれを差し引いた額の20%を患者負担</p> <p>&lt;メディケイド&gt; 州政府が費用を負担するが、連邦政府の補助がある原則として患者負担なし</p>				
医療費支払い制度	<p>&lt;メディケア&gt; パートAは診断群別定額払い方式(DRG-PPS)が中心。パートBは診療報酬点数表に基づく出来高払い(PBRVS)診療報酬は議会が定める</p> <p>&lt;メディケイド&gt; DRG-PPS方式など、州により異なる</p>	<p>保健省が策定した予算をNHS制度内で配分</p> <p>&lt;GP&gt; 登録人头払いと診療手当、特定の項目についての出来高払い及び薬剤等の諸経費の償還の組み合わせ 診療報酬表は政府が決定</p> <p>&lt;病院&gt; 保健当局との個別契約に基づく予算制</p>	<p>&lt;開業医&gt; 州単位で保険医協会と疾病金庫連合会が報酬総額を合意し、保険医協会から開業医へ点数表に基づき出来高払いで配分する</p> <p>&lt;病院&gt; 1件当たり包括払い及び特別療養費(連邦政府が定める報酬点数表と州ごとの1点当たり単位による)と、患者1人1日当たり定額の療養費(病院ごとに疾病金庫と契約)から成る</p>	<p>&lt;開業医&gt; 全国疾病保険金庫と医師組合の合意による全国一本の協約料金(診療報酬)に基づく出来高払い(全国協約方式) なお、協約料金以上の診療費を患者に請求できる医師区分がある</p> <p>&lt;公立・民間非営利病院&gt; 国が決定した予算を全国22の地方病院庁(ARH)が病院ごとに配分する(総枠予算性)</p> <p>&lt;民間営利病院&gt; 各病院とARHとの契約による1日定額払いの入院料</p>	<p>診療報酬は診療所・病院の区別なく全国1本。厚生大臣告示で定められる 診療報酬の内容は、概ね2年に1度中央社会保険医療協議会の議を経て改定</p>
審査・支払事務	<p>メディケア、メディケイドにおける医療の適切性、医学的必要性等については、医療財政庁(HCFA)との契約に基づきPRO(同僚審査委員会)が審査</p> <p>メディケアにおける医療機関への支払は、保険代行機関又は中間支払機関(民間保険会社等)を通じて行われる</p>	<p>GPや病院に対する支払は保健当局が担当</p>	<p>一般開業医への支払は保険医協会、病院への支払は各疾病金庫が行う 各州の保険医協会の中に、保険医協会が任命した医師と疾病金庫連合会が任命した医師から成る審査委員会が設けられ、開業医からの請求内容を審査</p>	<p>全国疾病保険金庫の下にある初級疾病保険金庫(CPAM)が被保険者に対する医療費の償還を行う</p>	<p>保険者は、社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会に医療機関からのレセプトの審査を委託。保険者自らもレセプト点検を実施 保険者から医療機関に対する支払は、支払基金・国保連を通じて行われている</p>

(厚生省資料)

7 - 1 - 2 医療保険制度等における運営主体

(医療保険制度)

制度名		対象者	保険者 (平成11年4月現在)
健康 保 険	一般被用者 政管健保	健康保険組合の設立されていない事業者の被用者とその被扶養者	国(社会保険庁)
	組合健保	健康保険組合の設立されている事業所(主に大企業)の被用者とその被扶養者	1,813 健康保険組合
	健康保険法第69条の7の被保険者 船員保険	日々雇用される者・2月以内の期間を定めて雇用される者等 船員(一般の船舶に乗り込む者)とその被扶養者	国(社会保険庁) 国(社会保険庁)
各種 共 済	国家公務員共済	国家公務員とその被扶養者	24共済組合
	地方公務員等共済	地方公務員とその被扶養者	54共済組合
	私学共済	私立学校の教職員とその被扶養者	1共済組合
国民 健 康 保 険	農業者 自営業者 無職者 等 (退職者医療制度)	被用者保険の加入者以外の者(農業従事者、自営業者、大工、医師、小規模事業所の被用者、無職者(年金生活者を含む)等)	3,249市町村 166 国民健康保険組合
	(老人保健制度)	原則として20年以上の加入期間のある被用者年金の受給権者とその被扶養者 70歳以上の者及び65～69歳の障害認定を受けた者	3,249市町村 [実施主体] 3,249市町村

(主な公費負担医療制度)

医療給付名	実施主体
戦傷病者に対する療養の給付	国
精神障害者・結核患者に対する医療	都道府県
生活保護者に対する医療扶助	都道府県又は市
身体障害者に対する更正医療	市町村

(厚生省資料)

7 - 1 - 3 市町村国保の保険者規模

(9月末現在)

規 模	1965年		1996年	
総数	3,409		3,249	
人以上 人未満				
~ 1,000	27(0.8)	340	227(7.0)	1,236
1,000 ~ 2,000	106(3.1)	(10.0)	450(13.9)	(38.0)
2,000 ~ 3,000	207(6.1)		559(17.2)	
3,000 ~ 4,000	309(9.1)	669	389(12.0)	650
4,000 ~ 5,000	358(10.5)	(19.6)	261(8.0)	(20.0)
5,000 ~ 6,000	372(10.9)	1,310	201(6.2)	649
6,000 ~ 7,000	308(9.0)	(38.4)	159(4.9)	(20.0)
7,000 ~ 8,000	270(7.9)		112(3.4)	
8,000 ~ 9,000	188(5.5)		95(2.9)	
9,000 ~ 10,000	172(5.0)		82(2.5)	
10,000 ~ 15,000	440(12.9)	891	222(6.8)	480
15,000 ~ 20,000	209(6.1)	(26.1)	124(3.8)	(14.8)
20,000 ~ 25,000	153(4.9)		96(3.0)	
25,000 ~ 30,000	89(2.6)		38(1.2)	
30,000 ~ 50,000	97(2.8)	97(2.8)	99(3.0)	99(3.0)
50,000 ~ 100,000	64(1.9)	104	78(2.4)	135
100,000 ~ 150,000	28(0.8)	(3.1)	29(0.9)	(4.2)
150,000 ~ 200,000	5(0.1)		10(0.3)	
200,000 ~	7(0.2)		18(0.6)	

(注) ( )内の単位は%である。

出典：「国民健康保険実態調査(厚生省保険局)」より

## 7 - 1 - 4 老人保健制度の概要

### 1. 制度の目的

- ・以下の2つの事業を行うことにより、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図る。

壮年期からの予防と健康づくりを始めとする総合的な保健事業を実施する。

国・都道府県・市町村の負担及び医療保険各保険者の拠出金に基づき、原則70歳以上の者に対して医療を給付する。

### 2. 保健事業(ヘルス事業)

市町村が実施主体となって、40歳以上の住民に対し、健康手帳の交付  
健康教育 健康相談 健康診査 機能訓練 訪問指導を行う

費用は、国・都道府県・市町村が1 / 3 ずつ負担する。

### 3. 老人医療の給付

#### (1)対象者

- ・70歳以上の者及び65歳以上の寝たきり等の状態にある者

#### (2)医療保険との関係

- ・老人も国保、被用者保険各制度に加入し、保険料を支払う
- ・居住地の市町村が各保険者の共同事業として医療を給付する。

#### (3)患者一部負担

外来	1日につき 530円(月4回を限度)+薬剤一部負担
入院	1日につき1,200円+食費負担

( 外来薬剤一部負担は免除、国が肩代わり中。 )

#### (4)費用負担

国、地方公共団体のほか、保険者が共同で財源を拠出する。

国は、患者一部負担を除いた医療給付に要する費用の原則として2割を負担するほか、保険者の拠出金の一部について医療保険各法の定めるところにより補助する。

都道府県及び市町村は各々原則として5%を負担する

各保険者は医療給付に要する費用の原則として7割を共同で拠出する。各保険者の拠出金の額は、各保険者間の負担の均衡が図られるよう、全保険者の70歳以上の加入者割合が同じであると仮定して算定する。

( 厚生省資料に加筆 )



7 - 1 - 5 高齢者の患者一部負担・保険料負担に関する国際比較

	ドイツ	フランス	アメリカ(メディケア)	イギリス
患者一部負担	<p>老若の区別なく、入院、外来薬剤等に係る患者負担あり</p> <p>ただし、子供等に対する患者負担の免除や患者負担の上制限(一部免除)がある</p> <p>主な患者負担</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院：1日17マルク(旧東独地域は14マルク)</li> <li>外来薬剤：全ての薬剤について薬剤の量(包装の大きさ)に応じて9、11、13マルク</li> </ul> <p>参照価格が設定されている薬剤については、参照価格を超過する分も患者負担となる</p>	<p>償還払いが原則であるが、入院については現物給付化。償還率は制度により異なる</p> <p>政府が指定する30種類の長期かつ高額な費用を要する疾病については患者負担を免除</p> <p>一般制度の例(老若の区別なし)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来：30%を患者負担</li> <li>入院：20%を患者負担。さらに入院1日当たり70フランの定額負担(30日を超える入院の31日目からは定額負担免除)</li> <li>外来薬剤：35%を患者負担(薬剤の種類により例外(0%、65%又は100%)あり)</li> </ul>	<p>&lt;パートA(入院保険)&gt;</p> <p>入院サービスの場合：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>最初の60日間で通算して764ドルまでは全額患者負担(免責額)</li> <li>61～90日目までは、1日191ドル(免責額の1/4)を患者負担</li> <li>90日経過後は、382ドル(免責額の1/2)の患者負担を支払うことにより入院保険の適用を受けることができる(一生を通じて60日間を限度)</li> </ul> <p>&lt;パートB(入院時の医師によるサービス、外来サービス等)&gt;</p> <p>償還払い制</p> <p>原則として年間100ドルの免責額を超える部分の80%を償還</p>	<p>老若の区別なく原則無料サービス</p> <p>薬剤サービスについては処方箋1枚当たり定額(5.8ポンド)の患者負担があるが、高齢者(男子65歳以上・女子60歳以上)等は患者負担を免除</p> <p>歯科サービスについては80%の定率負担(上限額あり)</p>
保険料負担	<p>保険料率は疾病金庫ごとに異なる</p> <p>年金受給者は、基本的に、年金額に保険料率を乗じた保険料額を本人と年金保険者が折半負担</p> <p>西ドイツの全疾病金庫の平均保険料率は13.6%(1997年)</p>	<p>保険料率は制度ごとに異なる</p> <p>一般制度の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾病部門の保険料率は13.55%(被保険者負担分0.75%、雇用主負担分12.8%)</li> <li>他に一般制度拠出金7.5%(その一部は年金財源にも充当される)</li> <li>年金受給者の保険料率は公的年金の1.4%及び補足年金(一種の企業年金)の2.4%</li> </ul>	<p>パートAの財源は社会保障税(賃金又は自営業収入に対して定率で賦課される保険料)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.9%(入院保険分)を労使折半。</li> <li>自営業は全額負担(1996年)</li> </ul> <p>パートBの財源は、加入者が支払う定額の保険料及び連邦政府の一般財源からの補助</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保険料額は月額43.8ドル</li> </ul>	<p>財源の8割は国庫。その他、国民保険からの拠出等により賄われる(したがって、高齢者の保険料負担はない)</p>

(厚生省資料)

(注1)数値は原則として1998年。

(注2)1マルク=67.04円、1フラン=19.99円、1ドル=122.00円、1ポンド=200.99円(1999.5.10現在)

7 - 2 - 1 保険者等の事務処理体制の比較

	市町村 国保	政 管 健 保	組 合 健 保	(参考) 老人保健制度 市町村窓口
窓 口	市町村窓口	事業所 (社会保険事 務所)	事業所 (健康保険組 合)	
資格の得喪等	世帯主からの届出(注)	事業主からの 届出	事業主からの 届出	加入者からの 届出
所得情報の把 握	世帯主からの報告	事業主からの 届出	事業主からの 届出	
保 料率の決定	市町村議会の審議を経 て、条例等に規定	法 定	法定の一定の 範囲内で組合 会の議決によ り決定。厚生 大臣の認可が 必要	各医療保険者が 必要 賦課・徴収
賦 課	直接世帯主に賦課 世帯主が市町村窓口で 支払又は口座振替	事業主に賦課 事業主が給与 等から源泉徴 収し、事業主 分と合わせて 社会保険事務 所に納付	事業主に賦課 事業主が給与 等から源泉徴 収し、事業主 分と合わせて 健康保険組合 に納付	
納 付	職員又は嘱託職員によ る滞納者に対する督促 等			
医療機関に対す る審査支払い	国保連に委託 自ラレセプト点検を実 施	支払基金に委 託 自ラレセプト 点検を実施	支払基金に委 託 自ラレセプト 点検を実施	国保連・支払基金 に委託を実施
現金給付	市町村窓口で支給	社会保険事務 所で支給	健康保険組合 で支給	_____
拠出金支払事務	支払基金からの納付通 知に基づき支払	支払基金から の納付通知に 基づき支払	支払基金から の納付通知に 基づき支払	_____

(注)住民基本台帳法の規定による転入・転出届の際に、その届書に国保の被保険者の資格に関する事項を附記することによって、国保に関する届出もなされたことになる。

(厚生省資料)

7 - 2 - 2 保険者の主な事務内容(国保の例)

	大分類	小分類	主な事務内容
適用	被保険者資格 管理	資格確認	転入等の場合の届出受理、保険証発行、台帳管理
		資格喪失	転出等の場合の届出受理、保険証回収、台帳管理
		変更	住所・世帯の変更の場合の届出受理、台帳管理
		保険証発行	保険証の再発行、保険証の更新
保険料関係	賦課	所得調査	課税台帳での税額の確認等
		賦課	保険料の算定事務
		その他	保険料の減免等
	収納	納付書収納	納付書の発送、窓口収納
		口座収納	口座振替の届出受理、口座引落としによる収納
		納付証明	納付証明書作成・発行
		その他	還付等
	未納	督促	督促状の作成・発送
		納付指導	訪問による納付指導 等
		催告	催告書の作成・発送
		滞納処分	差押警告書・差押調書の作成・発送
		延納金	延納金納付書の作成・発送
		その他	不納欠損調書の作成
庶務・ 会計	庶務	企画・庶務等	事業計画の策定、実績報告書作成、運営委員会の開催
	会計	予算・決算	保険料賦課総額算定・料率算定、議会对応
		収入	国、都道府県からの各種交付金等の申請 等
		支出	老人保健拠出金等事務
給付	給付	療養の給付	国保連に対する給付費支払
		その他の給付	療養費・高額療養費の支払、出産一時金等の支給
		一部負担金減免等	減免申請書受理・証明書発行
		給付記録記載	給付記録の記載・管理
		第三者行為求償	第三者行為に係る調査、求償、収納
		適正化事務 等	資格点検・過誤調整・医療費通知 等
その他	相談	給付、資格、収納等に関する相談、情報提供	

(厚生省資料)

7 - 2 - 3 医療保険各制度における公費負担の現状

制度名		保険者 (平成10年3月)	国庫負担・補助等 (平成11年度予算)
健康 保険	一般 被用者	政 管 組 合 健康保険組合 1,813	国 給付費の13.0% (老健拠出金分16.4%) 103.3億円
	健康保険法第69条の7 被保険者	国	給付費の13.0% (老健拠出金分16.4%) 30億円
船員 各種 共済	船員保険	国	給付費の13.0% (老健拠出金分16.4%) 30億円
	国家公務員 地方公務員等 私学共済	24共済組合 54共済組合 1共済組合	なし
国民 健康 保険	農業者 等	市町村 3,249 国保組合 166	給付費及び老健拠出金の50% 給付費及び老健拠出金の32% ～52%
	自営業者	市町村 3,249 [実施主体]	なし
	被用者保険の退職者	市町村	公費負担原則3割 ・国 12 / 60 ・都道府県 3 / 60 ・市町村 3 / 60
	老人保健		ただし、老人保健施設等については、公費5割 ・国 20 / 60 ・都道府県 5 / 60 ・市町村 5 / 60

(厚生省資料)

7 - 2 - 4 市町村国保における国庫負担等の経緯

年度	定率国庫負担	財政調整交付金	備考
1953	医療費の20%の国庫補助 (予算措置)		
1955	国庫補助の法制化		
1958	医療費の20%	医療費の5% (新設)	現行国保法公布 (全被保険者5割給付)
1961			世帯主の結核、精神病につ いて7割給付実施
1962	医療費の25%		
1963		医療費の10%	世帯主の全疾病について7 割給付実施、給付期間制限 撤廃、給付範囲制限撤廃、 保険料軽減制度創設
1966	医療費の40%	医療費の5%	世帯員7割給付法制化 (完全実施は1968年1月より)
			1983年2月、老人保健制度 創設
1984	給付費等の40%	給付費等の10%	退職者医療制度創設
1988			保険基盤安定制度創設
1990			保険基盤安定制度法制化

(厚生省資料)

## 7 - 2 - 5 市町村国保の調整交付金の概要

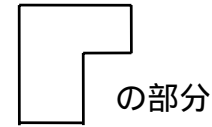
市町村国保の負担の概念図(全国ベース)

保 険 料  50%	調整交付金 10%
	定率 国庫負担 40%

### 普通調整交付金(概ね 8 %分)

「調整対象需要額」 - 「調整対象収入額」の差額分を公布

左図の



当該市町村の医療費水準、所得水準に応じた理論上の保険料収入

- ・当該市町村の保険給付費のうち本来保険料により賄うべき額

### 特別調整交付金 (概ね 2 %分)

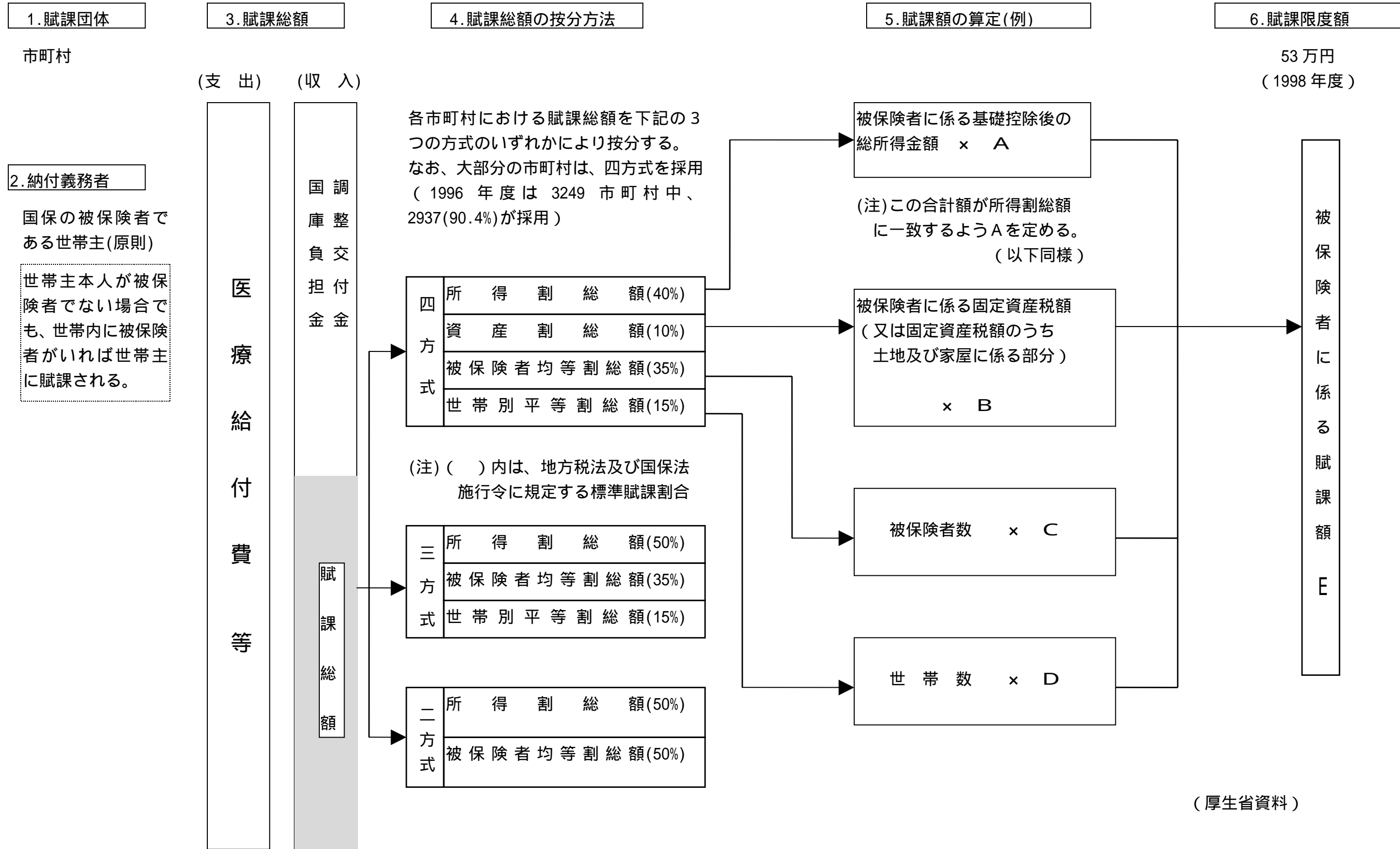
- ・画一的な測定方法によっては措置できない特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付する。
- ・特別な事情としては、次のようなものがある。
  - ア 災害等による保険料の減免額がある場合
  - イ 流行病に係る医療費が多額である場合
  - ウ 原子爆弾被爆者に係る医療費が多額である場合 等

7 - 2 - 6 国民健康保険税と国民健康保険料の相違点

	保 険 税	保 険 料
根拠法令	地方税法	国民健康保険法(国民健康保険法施行令(基準政令)で賦課徴収についての基準を示す。)
条例の定め	国民健康保険税条例準則に拠る	国民健康保険条例準則に拠る
課税(賦課)団体	保険者のうち市町村のみが課税できる(地法ア2)	保険者が賦課する(国保法ア76)
課税(賦課)総額	標準課税総額を規定する(地法ア703の4)	賦課総額を規定する(国保令ア29の5)
あん分率(額)又は保険料率の決定	都道府県知事への協議は不要	都道府県知事への協議が必要(国保法ア12、国保令ア6)
条例(準則)におけるあん分率(額)又は保険料率の規定方法	所得割及び資産割については百分率で表し、被保険者均等割及び世帯別平等割についてはそれぞれ「被保険者一人について何円」及び「一世帯について何円」と示されている(税条例準則ア5)。あん分率(額)を変更するには条例改正を要する	保険料率は明示されず、例えば、「___を___で除した数」と示されている 国保条例準則ア18。従って、保険料率を変更するには条例改正を要しない。
所得割額の算定方法	ただし書方式、本文方式、所得割方式の3方式が法律で規定されている(地法ア703の4)	ただし書方式、本文方式、所得割方式、市町村民税税額方式、都道府県民税等税額方式の5方式が政令で規定されている(国保令29の5)
徴収の方法	地方税法の規定による	地方自治法の規定(地自法ア231)による 減免・徴収猶予(国保法ア77) 地方税法の諸規定の準用(国保法ア78) 相続による納税義務の承継(地法ア9) 繰上徴収(地法ア13の2) 書類の送達(地法ア20) 公示送達(地法ア20の2) 徴収の囑託(地法ア20の4) 督促及び延滞金の徴収(国保法ア79) 滞納処分(国保法ア79の2)
徴収特例(仮徴収制度等)	地方税法で規定されている(地法ア706の2、ア706の3)	必要があれば条例で定める
課税(賦課)権の期間制限	3年(地法ア17の5)	
徴収権及び還付請求権の期間制限	5年(地法ア18、ア18の3)	2年(国保法ア110)
徴収権の優先順位	国税及び他の地方税と同順位であり、全ての公課その他の債権に優先する(地法ア14)	地方公共団体の歳入として地方自治法が適用され、その先取特権の順位は国税及び地方税に次ぐ(地自法ア231の3)
徴収に当たる者	徴税吏員に限られている	会計職員が徴収に当たるので、吏員以外の者(雇員、囑託等)でもできる
不服申立て	直接の処分庁である市町村長に異議申立てをすることとなる(地法ア19)	都道府県国保審査会に審査請求することとなるが(国保法ア91)これは、行政不服審査法第1条第2項にいうところの「他の法律に特別の定めがある場合」の例と解されている。

実務解説「国民健康保険税」

## 7 - 2 - 7 国民健康保険における保険料の賦課及び徴収等





## 7 - 2 - 8 国保料(税)の賦課額の決定について

### (1) 賦課総額を賦課割合で按分する。

保険料賦課総額			
所得割総額 40%	資産割総額 10%	被保険者均等割 総額 35%	世帯別平等割総額 15%

### (2) 所得割率、資産割率、均等割額、平等割額を算出する。

所得割総額 40%	資産割総額 10%	被保険者均等割 総額35%	世帯別平等割総額 15%
--------------	--------------	------------------	-----------------

$$\begin{array}{cccc}
 \div & \div & \div & \div \\
 \boxed{\text{総所得金額等}} & \boxed{\text{固定資産税額}} & \boxed{\text{被保険者数}} & \boxed{\text{世帯数}} \\
 = & = & = & = \\
 \boxed{\text{所得割率}} & \boxed{\text{資産割率}} & \boxed{\text{均等割額}} & \boxed{\text{平等割額}}
 \end{array}$$

### (3) 各世帯における保険料額を算定する。

(2)で算定した保険料率等により、各世帯における保険料額を算定する。

世帯の総所得金額 × 所得割率

世帯の固定資産税額 × 資産割率 の合算額が ——— 当該世帯の  
保険料算定額

世帯人員数 × 被保険者均等割額

世帯別平等割額

上記による保険料額の算定後、賦課限度額超過額に係る補正が行われる。

(厚生省資料)

7 - 2 - 9 医療保障制度の国際比較

国名	日本		アメリカ合衆国		イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン		
制度の種類	社会保険方式		社会保険方式		保健サービス方式	社会保険方式	社会保険方式	保健サービス方式(入院給付) 社会保険方式(外来給付)		
適用対象	全国民を対象 健康保健 民間企業の被用者と その家族 共済組合 公務員とその家族 国民健康保健 自営業者、農業従事者等		(全国民対象の公的医療保険 制度はない) メディケア 65歳以上の者、障害年金 受給者、慢性腎臓病患者等 ただし、パートB任意加入 メディケイド 低所得者等		全国民を対象 国民保健サービス (NHS)	全国民を対象 (ただし加入義務免除・任意加入有) 一般疾病保険 年収72,000マルク以下 (旧東独地域は61,200マルク以下)の被用者、年金受給者、学生等(上限年収を超える被用者は任意加入) 農業者疾病保険 自営農業従事者等	全国民を対象 一般制度 民間商工業の被用者、公務員 特別制度 鉱業労働者、船員等 その他の制度 農業従事者、自営業者等	全国民を対象 国民保健サービス(入院給付) 国民保険(外来給付)		
制度名	政府管掌健康保険	国民健康保険	メディア (高齢者健康保険) パートA (入院保険)		国民保険サービス (NHS)	一般疾病 保険制度	一般制度	国民保健 サービス (入院給付)	国民保険 (外来給付)	
			パートB (補足的医療保険)							
財源	被保険者	標準報酬月報の4.1%(本則)+賞与等の0.3%	1世帯当たり保険料調停額158,580円(95年)	報酬の1.45%(現役世代のみ保険料納付)	月42.50ドル	なし	基本賃金の(平均)6.7%(旧東ドイツ地域6.65%)	総報酬の6.8%	なし	支払賃金総額の3.95%
	使用者	標準報酬月報の4.1%(本則)+賞与等の0.5%		報酬の1.45%		なし	基本賃金の(平均)6.7%(旧東ドイツ地域6.65%)	総報酬の12.8%	なし	支払賃金総額の5.28%
国庫負担	保険給付費の13.0%(老人保健拠出金の16.4%) 賞与等の0.2%	保険給付費の50% 保険料軽減分の240億円	原則としてなし	老人1人当たり月127.3ドル 障害者1人当たり月167.7ドル	国民保健サービス費用の約82%(国民保険からの拠出金12.7%) (95年)	原則としてなし	原則としてなし	全費用を地方公共団体と国で負担	健康保険費用の11%(94%)	

(厚生省「欧米諸国の医療保障」)

7 - 2 - 1 0 各保険者の財政状況

(1) 政府官掌健康保険の財政状況

	1994年度 (決算)	1995年度 (決算)	1996年度 (決算)	1997年度 (決算)	1998年度 (当初)	1998年度 (補正)	1999年度 (予定)
収入(A)	6兆3,339億円	6兆6,082億円	6兆7,509億円	6兆9,257億円	7兆1,671億円	7兆 819億円	7兆1,073億円
支出	6兆6,148億円	6兆8,865億円	7兆1,702億円	7兆 207億円	7兆1,286億円	7兆1,317億円	7兆4,130億円
老人保健拠出金	1兆6,118億円	1兆7,057億円	1兆8,566億円	1兆8,897億円	2兆1,275億円	2兆1,275億円	2兆3,544億円
退職者給付拠出金	3,762億円	3,802億円	3,816億円	3,948億円	4,185億円	4,216億円	4,793億円
拠出金合計(B)	1兆9,880億円	2兆 859億円	2兆2,382億円	2兆2,845億円	2兆5,460億円	2兆5,491億円	2兆8,337億円
収支差	2,809億円	2,783億円	4,193億円	950億円	385億円	498億円	3,057億円
事業運営安定資金	1兆1,366億円	8,914億円	6,260億円	6,857億円	5,107億円	6,359億円	3,302億円
B / A	31.4%	31.6%	33.2%	33.0%	35.5%	36.0%	39.9%

(注) 1 . 収支については、各年度の単年度収支の推移である。

2 . 平成8年度及び9年度に返済された国庫補助繰延べ額については、事業運営安定資金に計上している。

(2) 健康保険組合の財政状況

	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度 (予算)	1999年度 (予算速報値)
収入(A)	5兆3,868億円	5兆5,064億円	5兆6,256億円	5兆9,224億円	6兆0,207億円	5兆9,441億円
支出	5兆4,642億円	5兆6,286億円	5兆8,232億円	5兆9,241億円	6兆1,544億円	6兆3,410億円
老人保健拠出金	1兆3,309億円	1兆4,000億円	1兆5,065億円	1兆5,676億円	1兆7,237億円	1兆8,919億円
退職者給付拠出金	3,330億円	3,412億円	3,477億円	3,705億円	3,853億円	4,295億円
拠出金合計(B)	1兆6,639億円	1兆7,412億円	1兆8,542億円	1兆9,381億円	2兆1,090億円	2兆3,214億円
収支差	774億円	1,222億円	1,976億円	17億円	1,337億円	3,969億円
赤字組合数(割合)	968(53.3%)	1,137(62.5%)	1,293(71.2%)	1,001(55.2%)	1,278(70.8%)	1,512(84.6%)
赤字総額	1,711億円	2,062億円	2,615億円	1,590億円	2,298億円	4,329億円
B / A (割合)	30.9%	31.6%	33.0%	32.7%	35.0%	39.1%

(注)各年度の経常収支(国庫補助金収入等の臨時特例的科目を除いたもの)の推移である。

## (3) 国民健康保険の財政状況（一般被保険者）

区 分	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度(見込み)
収 入 A	5兆8,853億円	6兆1,221億円	6兆3,746億円	6兆5,040億円
支 出	5兆6,646億円	5兆8,798億円	6兆1,609億円	6兆2,377億円
老人保健拠出金 B	1兆6,748億円	1兆7,734億円	1兆9,260億円	1兆9,959億円
収支差引額	2,208億円	2,422億円	2,136億円	2,663億円
単年度経常 収 支	1,370億円 ( 2,796億円)	1,090億円 ( 2,594億円)	1,154億円 ( 2,927億円)	292億円 ( 1,969億円)
赤字保険者数 割合(%)	2,157 (66.3%)	2,157 (66.4%)	2,117 (65.2%)	1,543 (47.5%)
B / A (%)	28.5%	29.0%	30.2%	30.7%

(注) 1 「単年度経常収支」は単年度の財政状況をよりの確に把握するため、収入から「基金繰入金」及び「繰越金」を除き、更に当該年度の国库支出金精算額を加えたもので、( )書は、単年度経常収支から「一般会計繰入金(法定外)のうち、赤字補填額」を除いたものである。

2 赤字保険者数は単年度経常収支における赤字の保険者数である。

( 健保連資料 )

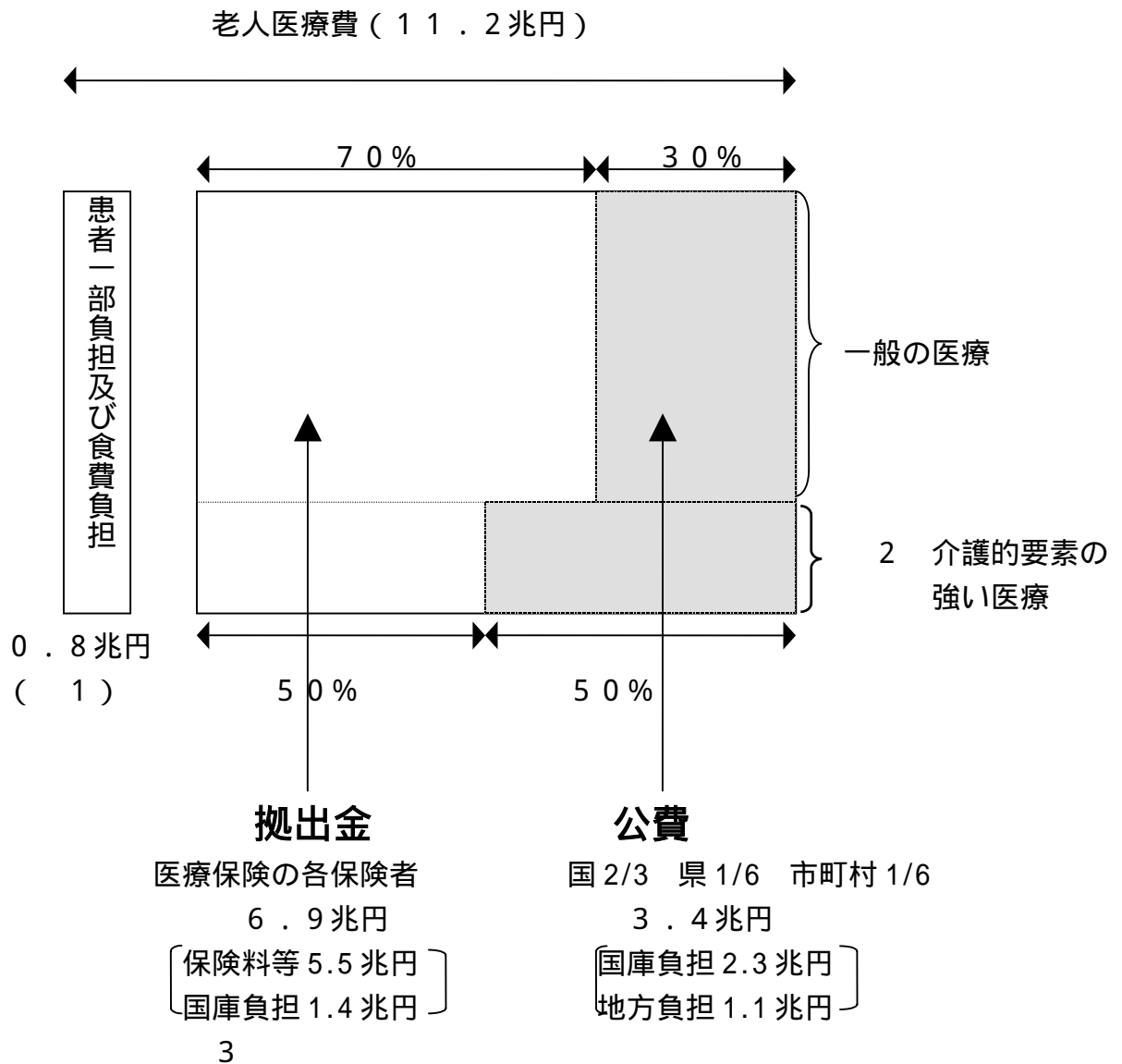
7 - 2 - 1 1 過去5年間の保険料率等の推移

	1995年度 決算	1996年度 決算	1997年度 決算見込	1998年度 予算	1999年度 予算(速報)
保険料率90沿上	385組合	425組合	487組合	525組合	539組合
保険料率95沿上	126組合	137組合	148組合	154組合	159組合
政管の保険料率以上 (政管の料率)	1,041組合 (82%)	1,094組合 (82%)	819組合 (85%)	942組合 (85%)	997組合 (85%)
赤字組合数 (全組合に対する割合)	1,137組合 62.5%	1,293組合 71.2%	1,001組合 55.2%	1,278組合 70.8%	1,512組合 84.6%
組 合 数	1,819組合	1,815組合	1,813組合	1,806組合	1,787組合

(健保連資料)

(注)保険料率には、調整保険料率を含む。

## 7 - 2 - 1 2 老人医療費の負担の仕組み (1999 年度予算)



- 1 国費による薬剤一部負担軽減措置 (760 億円) を含む。  
それを除いた部分は 7,700 億円。
- 2 具体的には 老人保健施設療養費  
介護体制の整った老人病院等の入院費  
老人訪問看護療養費  
精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院費  
診療所老人医療管理を行う病床の入院費
- 3 市町村国民健康保険の拠出する老人保健拠出金については 50%の国庫負担  
政府管掌健康保険の " " 16.4% "  
(厚生省資料)

## 7 - 2 - 1 3 老人医療費拠出金の基本的な算定方法

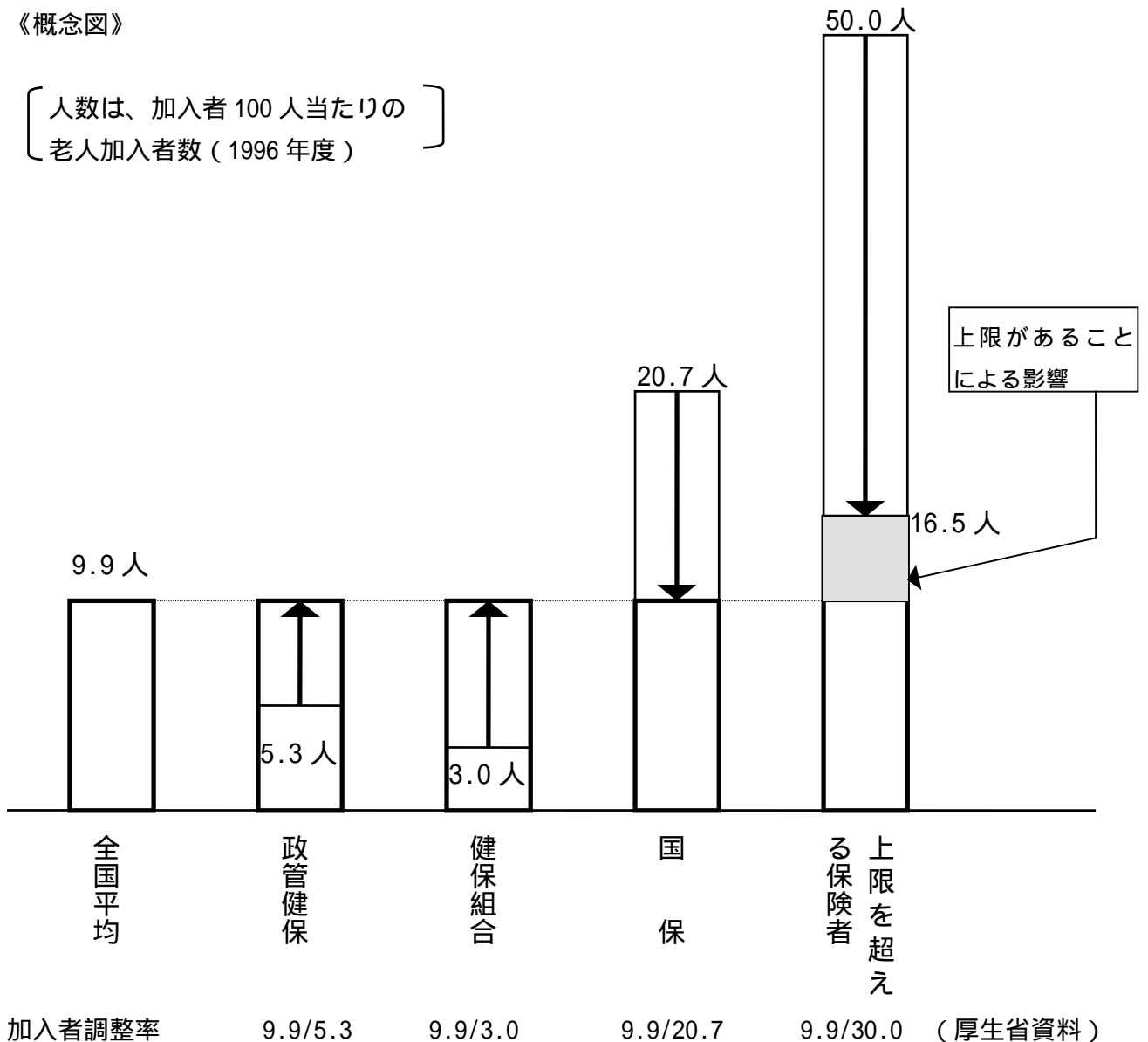
$$\begin{aligned}
 \text{拠出金} &= \frac{\text{各保険者の老人医療給付費}}{\text{各保険者の1人当たり老人医療給付費}} \times \text{加入者調整率} \times (1 - \text{公費負担率}) \\
 &= \frac{\text{各保険者の1人当たり老人医療給付費}}{\text{各保険者の老人加入者数}} \times \frac{\text{全国平均の老人加入率}}{\text{各保険者の老人加入率}} \times (1 - \text{公費負担率})
 \end{aligned}$$

### 老人加入率の上限及び下限

拠出金算定に用いる当該保険者の老人加入率は、30%（上限）を超える場合は30%に、1.4%（下限）に満たない場合は1.4%とする。

### 《概念図》

〔人数は、加入者100人当たりの老人加入者数（1996年度）〕





## 7 - 2 - 1 4 退職者医療制度の調整の仕組み

### 趣旨

退職者医療制度創設以前においては、被用者保険の高齢退職者は、退職後国民健康保険に加入することとなるため、医療の必要性の高まる時に給付率が低下し、その医療費の負担は主として国庫と他の国民健康保険加入者(自営業、農業者等)に依存するという問題があったことから、この不合理を是正するため、1984年に創設されたもの。

### 対象者

- ア．被用者年金各法に基づく老齢又は退職を支給事由とする年金たる給付を受けることができる者であって、70歳未満の国民健康保険加入者(老人保健法による給付を受ける者を除く。)
- イ．その被扶養者(老人保健法による給付を受ける者を除く。)  
被扶養者の範囲は、健康保険の被扶養者に準じる。

### 給付

- ア．給付の内容  
退職被保険者について8割給付とし、その被扶養者については外来7割給付、入院8割給付とするとともに、高額療養費支給制度を適用。
- イ．給付の実施主体  
国民健康保険の保険者たる市町村

### 財源

財源は、退職被保険者等の保険料(税)及び被用者保険の保険者等が拠出する療養給付費拠出金及び事務費拠出金によって賄う。

$$\text{各市町村における拠出対象額の見込額の合計額} \\ \text{各保険者の標準報酬総額の見込額} \times \frac{\text{各市町村における拠出対象額の見込額の合計額}}{\text{保険者の標準報酬額の見込額の合計額}}$$

概算拠出率

(厚生省資料)

7 - 2 - 1 5 老人医療費無料化後の老人医療費等の推移

年 度	老 人 医 療 費		国 民 医 療 費	
	実 数 億円	伸 率 %	実 数 億円	伸 率 %
1973	4,289	-	39,496	-
1974	6,652	55.1	53,786	36.2
1975	8,666	30.3	64,779	20.4
1976	10,780	24.4	76,684	18.4
1977	12,872	19.4	85,686	11.7
1978	15,948	23.9	100,042	16.8
1979	18,503	16.0	109,510	9.5
1980	21,269	14.9	119,805	9.4
1981	24,281	14.2	128,709	7.4
1982	27,487	13.2	138,659	7.7
1983	33,185	20.7	145,438	4.9
1984	36,098	8.8	150,932	3.8
1985	40,673	12.7	160,159	6.1
1986	44,377	9.1	170,690	6.6
1987	48,309	8.9	180,759	5.9
1988	51,593	6.8	187,554	3.8
1989	55,578	7.7	197,290	5.2
1990	59,269	6.6	206,074	4.5
1991	64,095	8.1	218,260	5.9
1992	69,372	8.2	234,784	7.6
1993	74,511	7.4	243,631	3.8
1994	81,596	9.5	257,908	5.9
1995	89,152	9.3	269,577	4.5

(注)老人医療費は、1983年1月以前は老人医療費支給制度の対象者に係るものであり、1983年2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものであって、老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため1981年度と1982年度、1982年度と1983年度は単純に比較できない。

1981年度の制度別70歳以上加入割合と老人医療費の割合

	政管健保	組合健保	国 保	医療保険平均
70歳以上加入割合(%)	4.0	2.7	9.8	5.9
老人医療費の割合(%)	12.4	12.5	32.0	21.2

(厚生省資料)

7 - 2 - 1 6 過去10年間の保険料収入に対する法定給付費等(義務的経費)の割合の推移

(単位：%)

	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度
法定給付費 †	57.9	57.5	58.6	58.5	59.6	60.1	59.8	56.6	55.0	56.1
各種拠出金 †	29.6	29.0	28.9	30.4	32.4	33.1	34.3	33.7	36.0	40.1
老人保健拠出金 (再掲)	24.1	23.3	23.2	24.6	25.9	26.6	27.9	27.3	29.4	32.7
合計( + )	87.6	86.5	87.6	88.9	92.0	93.1	94.1	90.3	91.0	96.2

(注1)保険料収入とは、一般保険料収入に特別保険料収入を加えたものである。

(健保連資料)

(注2)法定給付費等とは、法定給付費と各種拠出金を合わせたもので、健保組合にとっての義務的経費である。

-176-

7 - 2 - 1 7 過去5年間の拠出金額の推移

(単位：千円、%)

	1995年度		1996年度		1997年度		1998年度		1999年度	
	金額	対前年度比	金額	対前年度比	金額	対前年度比	金額	対前年度比	金額	対前年度比
拠出金合計	1,741,200,969	4.65	1,854,229,935	6.49	1,938,113,884	4.52	2,108,952,506	8.81	2,321,394,571	10.07
老人保健拠出金	1,400,015,763	5.19	1,506,534,160	7.61	1,567,646,585	4.06	1,723,692,935	9.95	1,891,857,887	9.76
退職者給付拠出金	339,426,051	2.55	346,415,332	2.06	369,291,647	6.60	384,521,638	4.12	428,980,452	11.56
日雇拠出金	1,759,155	- 11.79	1,280,443	- 27.21	1,175,652	- 8.18	737,933	- 37.23	556,232	- 24.62

(注)両表とも1998、1999年度(速報)は予算の数値、1997年度以前は決算の数値である(1997年度は見込)。

(健保連資料)

7 - 2 - 1 8 医療保険制度の支出(医療給付、退職拠出金、老健拠出金)に占める老健拠出金の割合の見通し

	1995年度 (実績)	2010年度 (推計)	2025年度 (推計)
老人医療費	8.9兆円	23兆円程度	56兆円程度
医療保険制度合計(医療給付費は老人、退職を除く)			
医療給付費	12.4兆円	19兆円程度	28兆円程度
老健拠出金	5.7兆円	14兆円程度	34兆円程度
退職拠出金	0.9兆円	2兆円程度	4兆円程度
/( + + )	30%	40%程度	52%程度
(再掲)政管健保			
医療給付費	4.2兆円	7兆円程度	10兆円程度
老健拠出金	1.7兆円	4兆円程度	9兆円程度
退職拠出金	0.4兆円	1兆円程度	2兆円程度
/( + + )	27%	36%程度	44%程度
(再掲)組合健保			
医療給付費	3.0兆円	4兆円程度	6兆円程度
老健拠出金	1.4兆円	3兆円程度	6兆円程度
退職拠出金	0.3兆円	1兆円程度	1兆円程度
/( + + )	30%	38%程度	45%程度
(再掲)市町村国保(一般)			
医療給付費	3.6兆円	5兆円程度	7兆円程度
老健拠出金	1.8兆円	5兆円程度	15兆円程度
退職拠出金	-	-	-
/( + + )	34%	48%程度	68%程度

(注1) 2010年度及び2025年度については、1997年9月に公表された「社会保障(現行制度)の給付と負担の見通し(改定版)」の給付費を基に、以下に示す仮定の下に推計したものである。

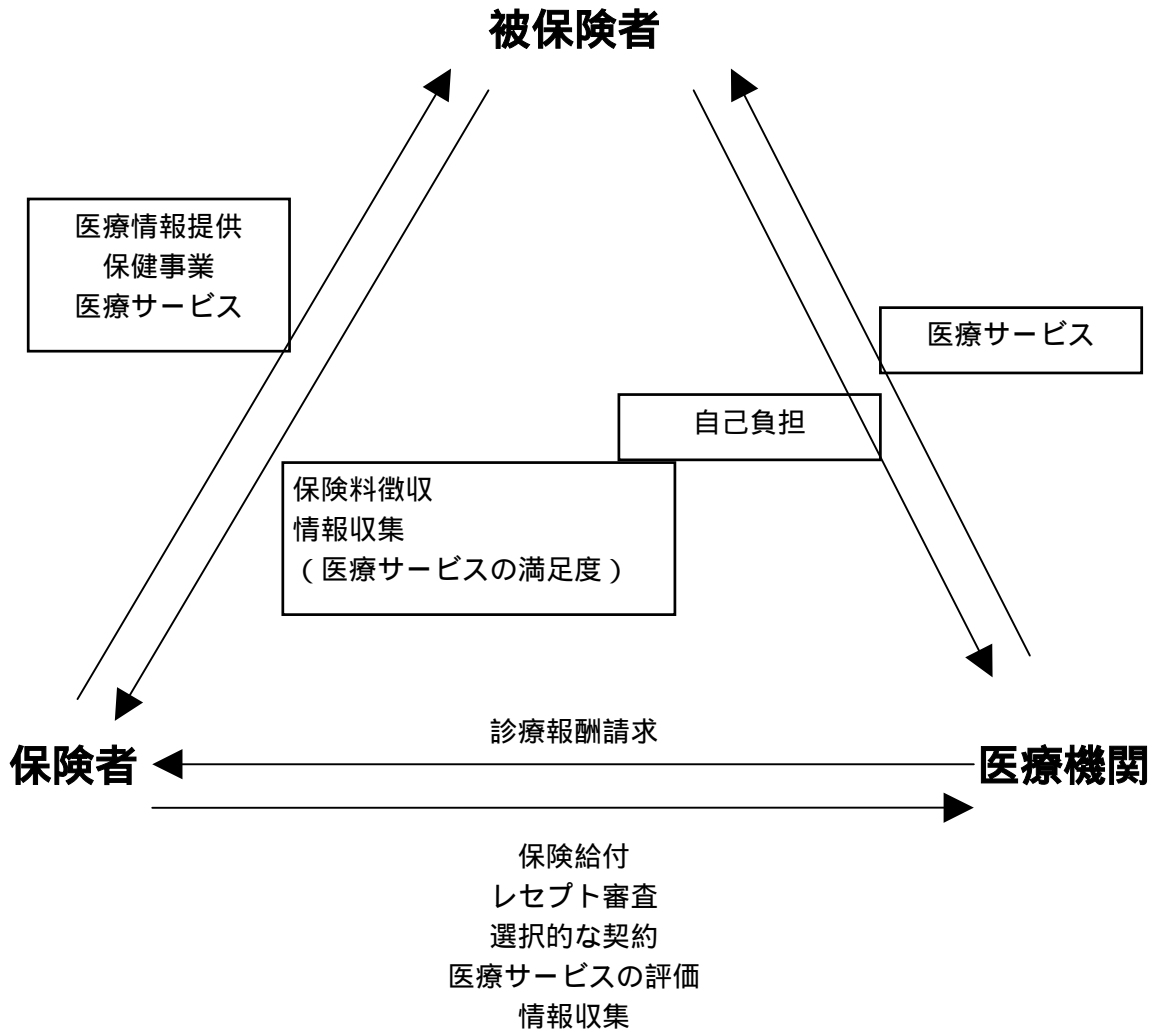
各保険者の加入者数及び老人数は、当該保険者の所属する制度における制度合計の加入者数及び老人数の伸び率で一様に伸びると仮定して推計した。

老人加入率の上限は30%とし、市町村国保の老健拠出金の退職者に係る部分の半分を退職拠出金として各制度が負担するとしている。なお、上記における老健拠出金は、退職拠出金として各制度が負担する額は含まない。

(注2) 傷病手当金等の現金給付は含まない。

(厚生省資料)

7 - 3 - 1 保険者機能の概念図



7 - 4 - 1 保険料(税)の収納率の推移

(単位：%)

	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
<b>国保(市町村)</b>	93.27	93.32	93.00	92.38
市及び特別区	92.23	92.33	92.02	91.36
5万人未満	93.38	93.36	93.14	92.66
5万人以上 10万人未満	91.75	91.73	91.52	91.18
10万人以上	91.97	91.86	91.42	90.74
12大都市 及び特別区	90.99	91.42	91.06	90.04
町 村	96.36	96.26	96.09	95.70
<b>政管健保</b>	98.1	98.2	98.1	97.9

(出典)・「国民健康保険の実態(平成10年度版)」

国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会

・社会保険庁調べ

## 7 - 4 - 2 国保における保険料(税)の徴収確保対策

保険料(税)徴収の工夫の具体例

徴収体制の整備

夜間・休日戸別訪問による納付指導及び徴収

口座振替制度の拡大

滞納処分の強化

広報活動の強化(広報誌、標語募集、広報車、ポスターによるPR)

日曜、休日の納付相談窓口の開設

納付組織の育成強化

滞納者対策

### 1. 被保険者証の窓口交付

市町村の多くは滞納者の納付相談等を促す観点から、滞納者に市町村の窓口に来てもらって被保険者証を交付する「窓口交付」を行っており、これを基本として、下記2.又は3.の対策を講じている。

### 2. 短期被保険者証の発行

国保の被保険者証の有効期間については、特に法律上定めておらず、各保険者が定めている状況にあるが(一般的には1年又は2年程度)、市町村において、滞納者に対して、他の者より有効期間の短い被保険者証(一般的には3か月又は6か月程度)を交付している。

### 3. 被保険者資格証明書の発行

1986年の国保改正により導入。

悪質な滞納者(災害など特別の事情もなく、長期間、保険料(税)を滞納している者)に対しては、被保険者証の返還を求め、これに代えて被保険者資格証明書を交付。

この場合には、医療機関での現物給付は受けられず、後日保険者からの償還払(療養費)となるとともに、滞納保険料(税)を納付するまで療養費等の給付の全部又は一部を一時差し止めることができる。

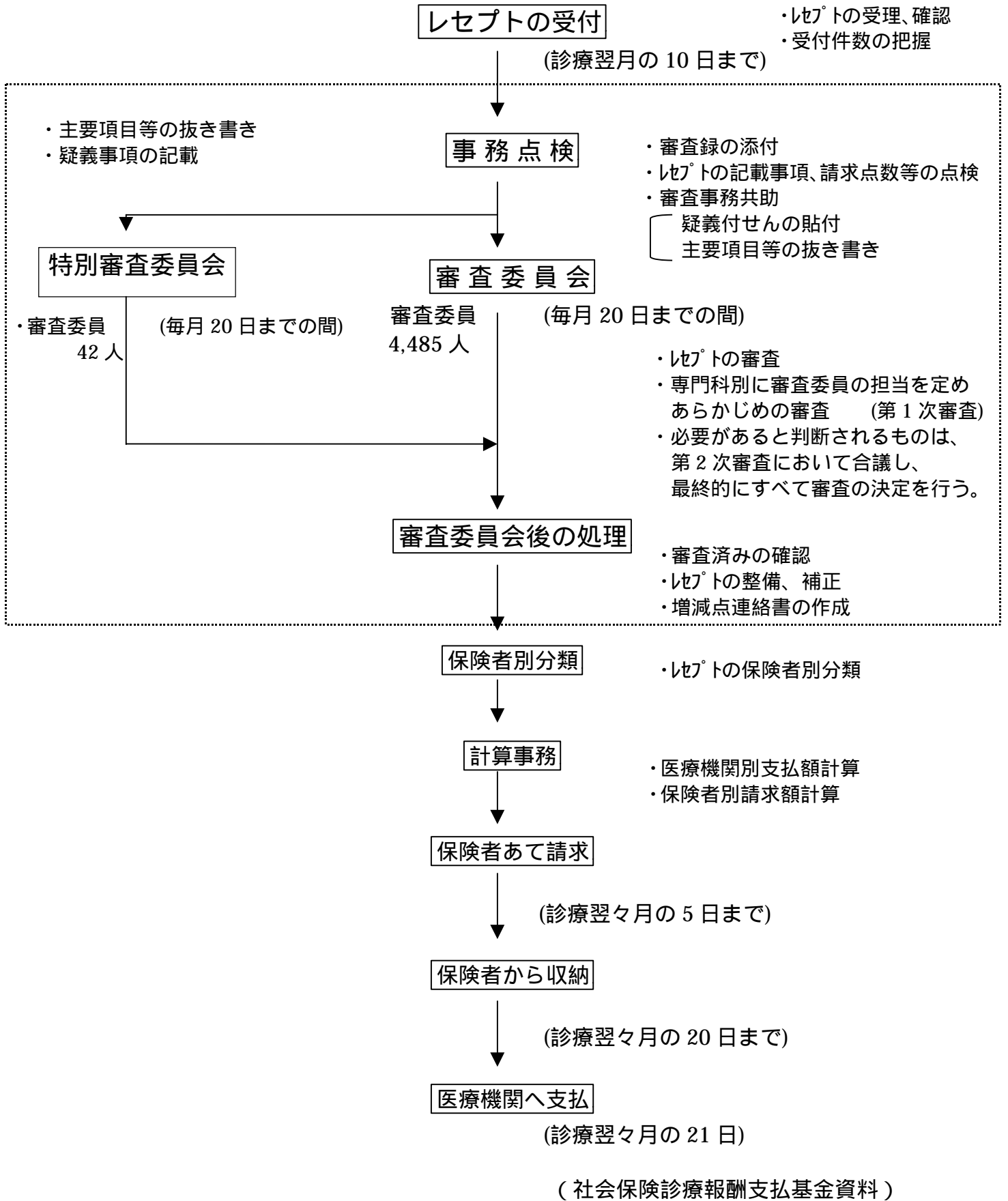
なお、この措置は、保険者の裁量により「できる」こととされているが、介護保険法の施行と併せ、国保法の改正を行っており、一定期間の滞納がある場合には、災害など特別の事情がない限り、義務的にこの措置を講ずることとされている。また、このため、当該措置が適切に行われるよう滞納者情報の管理を行う必要がある。

(厚生省資料)

# 7 - 4 - 3 審査の流れ

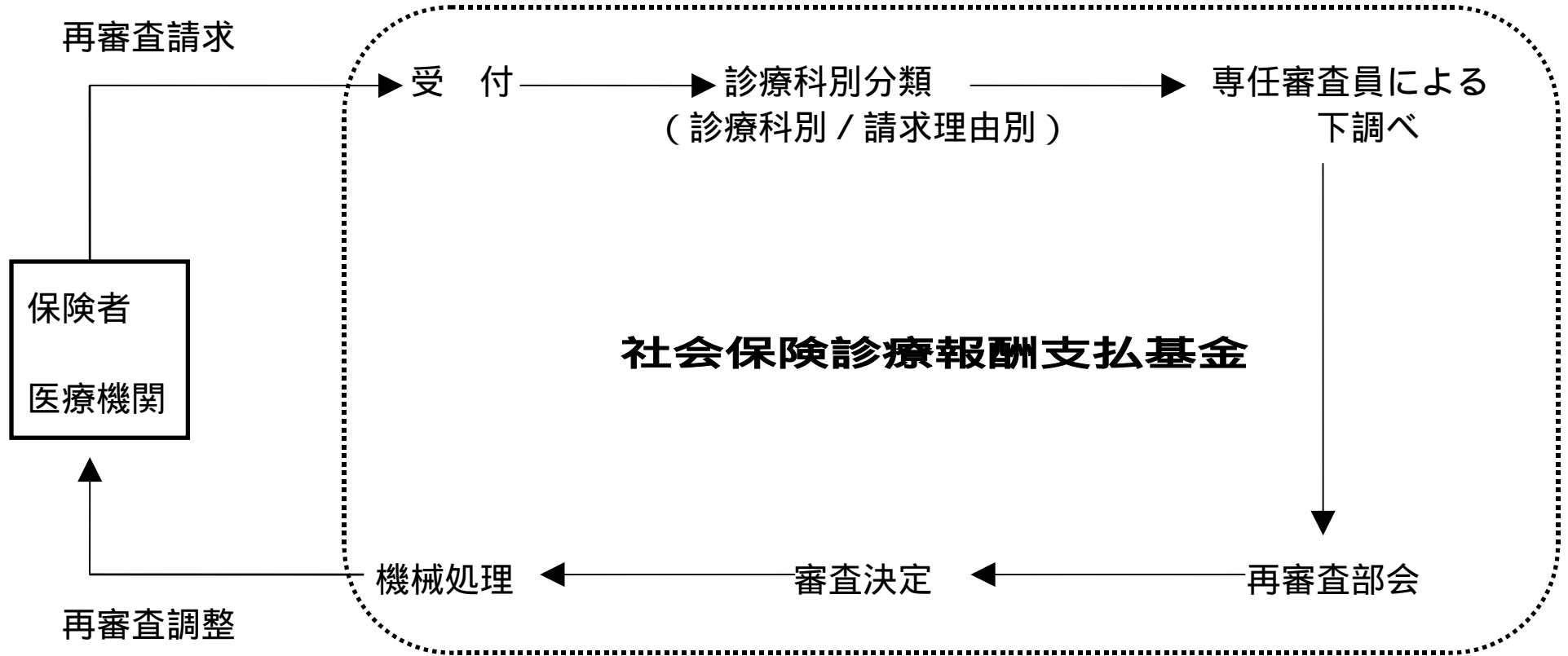
(本部)

(支部)





### 7 - 4 - 4 再審査処理の流れ



(社会保険診療報酬支払基金資料)

## 7 - 4 - 5 病院機能の評価対象

病院機能の評価の対象は、従来からの検討の経緯を踏まえて、一般病院の評価においては6領域、精神病院・長期療養病院の評価においてはこれに1領域を加えた7領域としています。

### 1 病院の理念と組織的基盤

病院の基本方針と中・長期計画や病院全体の管理体制、職員への教育・研修等について評価します。

### 2 地域ニーズの反映

病院の地域における役割についての認識や他施設との連携体制、救急医療活動、医療の継続性への配慮について評価します。

### 3 診療の質の確保

診療の質を確保するための基本的な活動や診療を支える各部門の機能、診療にかかわる安全管理等について評価します。

### 4 看護の適切な提供

看護提供における理念と組織的基盤の整備、職員の能力開発や看護ケアのための環境整備、看護ケア提供の状況等について評価します。

### 5 患者の満足と安心

患者を尊重すること、プライバシーや利便性への配慮、サービスの改善の努力や患者の安全への配慮等について評価します。

### 6 病院運営管理の合理性

人事管理、財務管理、業務管理等の合理性と適切性や医療事故への対応等について評価します。

### 7 種別特有な機能

精神病院種別・長期療養病院種別において特有でかつ重要な機能をそれぞれ評価します。

(日本医療機能評価機構資料)

## 7 - 4 - 6 認定証の発行に関する運用要項

### 目的

当機構の事業の趣旨を踏まえ、病院が諸問題の改善に取り組む意欲の向上に資するために、審査の結果が一定の水準に達している場合に認定証を発行する。

### 認定証の種類と有効期間

認定証は、病院機能評価事業における病院種別ごとに発行され、その有効期間はいずれも5年とする。

### 認定証発行の検討・審議

認定証は、評価調査者(サーベイヤー)からの審査結果報告に基づき、各病院種別の評価部会において検討され、その検討結果を評価委員会において審議して、発行またはその留保が決定される。

異なる種別の機能評価を同時に受信した場合は、それぞれの評価部会の検討内容を評価委員会において同時に審議し、それぞれの認定証の発行または留保を決定するものとする。

### 認定証発行の判定

評価調査者(サーベイヤー)からの審査結果報告書において、各評価項目の評点が「3」以上であれば、特段の理由がない限り認定証は発行される。

評価項目の評点が、改善が必要とされる「2」または「1」を含む場合は、評価部会において当該項目の判定の根拠を確認し、下記の事項に留意して認定証の発行または留保について検討する。

- 1 改善を必要とする問題の緊急性や患者・住民への影響の程度
- 2 問題の原因や背景と改善の可能性
- 3 開設者の性格と運営理念
- 4 所在する地域の事情や特性
- 5 経営の現状と諸条件
- 6 当該項目の審査結果の全体的傾向と統計分析
- 7 その他の留意すべき事項

評価部会における検討で議論の余地が残る場合は、評価委員会の審議に委ねるものとし、同委員会は運営細則に従って認定証の発行またはその留保を決定する。

認定証の発行が留保される場合には、発行するために必要な改善事項を示すものとする。

### 再審査

認定証の発行を留保された病院は、指摘された改善事項に対応した後、審査結果受領後1年以内に再審査の申請ができるものとする。

再審査は、指摘された改善事項に関与した評価調査者(サーベイヤー)が訪問して作成された再審査結果報告書、またはそれに替わる書類審査結果等に基づき、通常の認定証の発行の手順に従って実施されるものとする。

(日本医療機能評価機構資料)

7 - 5 - 1 今後の医療保険制度改革について

(改革の進め方)

- ・ 総合的かつ段階的な改革の実態
- ・ その第1段階としての1997年改正

1997年

2000年

2005年

介護保険法の施行

第1段階

第2段階

第3段階

増大する老人医療費問題への対応

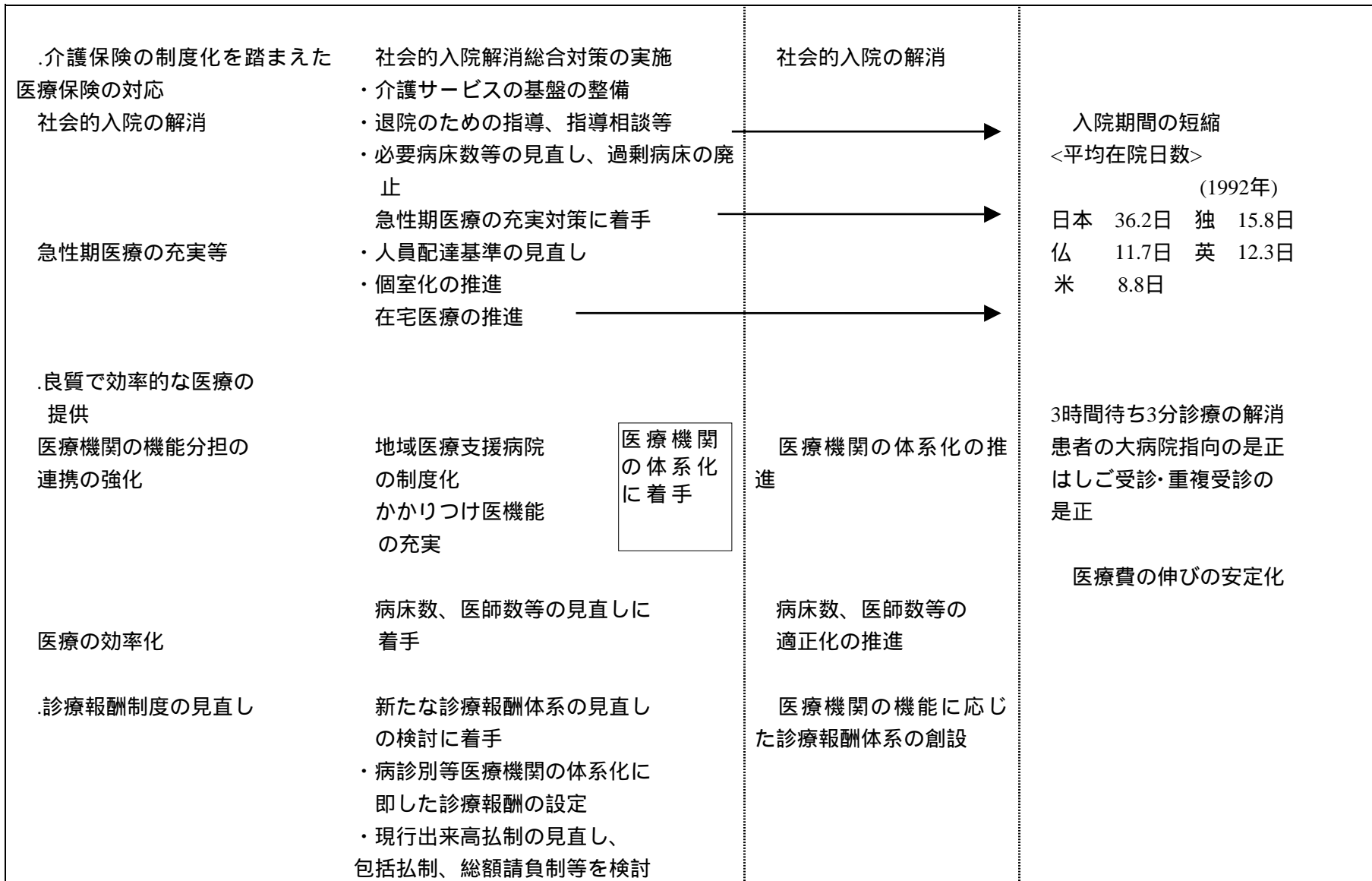
老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含めた老人医療制度の抜本的見直しに着手

安定した老人医療制度の確立

<医療保険審議会において整理された考え方>

- ア. 高齢者のための独立の医療保険制度
- イ. 被用者保険制度、国保制度にそれぞれ継続加入
- ウ. 全国民を対象とする医療保険制度への統合
- エ. 現行の老人保健制度の下での見直し
  - ・ 老人保健制度改革
  - ・ 拠出金制度の見直し
  - ・ 患者負担の見直し

新老人医療制度  
スタート



薬価制度の見直し	<p>薬価基準に代わる新たな方式への転換も含めた薬価制度の抜本的見直し            当面、薬価差の早期縮小            薬価設定の透明化</p>	<p>新たな薬価制度のスタート</p>	<p>薬剤使用の適正化            &lt;薬剤比率&gt;            (1993年)            日本 23.3% 仏 7.1%            独 14.4% 英 14.8%            米 7.4%</p>
医療保険制度の見直し	<p>政府管掌健康保険財政の収支            均衡の回復(3年間を目標)            保険料の見直し            患者負担の見直し</p>	<p>医療保険制度の安定化            に向けた新たな対策の            実施            ・給付の統一に向けた取組            み            ・患者のニーズの高度化・            多様化への対応            ・保険料賦課方式の見直し            ・現金給付の見直し</p>	<p>財政の安定化            給付と負担の公平性の            確保</p>
<p>情報化の推進、<b>保険者機能            の強化等</b></p>	<p>患者への情報提供の推進            (レセプト等)            総合的な医療情報システムの            構築に着手  <b>保険者から被保険者への医療            機関に関する情報提供の推進</b></p>	<p>総合的な医療情報            システムの構築            医療機関に関する            情報提供体制の確立  <b>保険者が医療機関の質            を評価する方法の導入</b></p>	<p>患者の選択と責任の拡大            医療の効率化、サービスの            向上  <b>保険者の自律性の強化            保険者と医療機関との            直接契約の導入</b></p>

7 - 5 - 2 保険者の規模、機能に関する提言比較

	保険者規模の適正化					保険者機能の強化				
	国保保険者の広域化	小規模組合健保の再編成	政管健保の分割・統合	レセプト審査機能	被保険者への情報提供	医療機関の評価	保険医、医療機関の選択	保険医療機関の指定への関与	保険医の指定取消し申立権の付与	診療報酬等に関する医療機関との交渉
与党協										
医保審										
日医案										
健保連										
経団連										
日経連										
連合										
社会民主党										
民主党										
新進党										

医療経済研究機構「医療保険制度改革の方向」(1997年9月)

7 - 5 - 3 保険者機能の強化等に向けた現状・今後の課題・必要な条件設置

	現状の取り組み	今後の課題	必要な条件整備
(1)事務の効率化	<p>保険給付事務の適切な実施 レセプト点検(不適切な請求のチェック及び保険者独自の縦覧点検&lt;個人別の時系列チェック&gt;の実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別組合における対応</li> <li>・地域毎にレセプト点検指導員の配置 共同事業</li> <li>・保健婦の共同設置による保険事業の充実</li> <li>・共同広報事業(テレビ放映)</li> </ul>	<p>レセプト事務の効率化</p> <p>(a) レセプト(1次)審査・支払業務の効率化 (b) 電算化の推進(請求・審査・支払事務の効率化に加え、統計・分析を容易にする)</p> <p>保険者の共同事業の推進(含.小規模保険者対策)</p> <p>(a) 保険者による医療情報の共有・活用による医療の評価と評価情報を患者に提供するシステムの確立 (b) 保健事業(健診、健康教育等)の共同化による効率的な事業運営の推進</p> <p>情報の共有化</p>	<p>保険者が医療機関等・患者の調査ができる旨を法律で明文化</p> <p>レセプト審査業務について、健保組合の判断で、支払基金に委託せず、独自(含.共同事業)にできるようにする。(現在は、行政指導等により支払基金に委託している)</p> <p>レセプト電算化に必要なコード化(疾病名のロード化等)の整備・統一</p> <p>規制緩和による業務の効率化(例. レセプトを紙で10年間保管する業務の緩和)</p>
(2)診療報酬契約等	<p>健保と企業立病院などの間で、診療報酬の割引契約及び直接審査・支払を実施。 (一般の保険医療機関との割引契約は、厚生大臣の認可を得てできる旨の規定があるが、実際の運用上、実施されている例は非常に少ない)</p>	<p>優良な保険医療機関との協力関係(健保による受診奨励、医療機関による保健事業等への協力)に伴う診療報酬割引契約を拡大していく。 附加給付の活用による適正な医療機関への受診奨励</p>	<p>法律の運用(診療報酬の割引契約に関する厚生大臣の認可の範囲・条件)を拡大・緩和する。 厚生省が定める事業運営基準を改正する。 (左記のような一部医療機関を対象とする附加給付は、現行の事業運営基準はできない)</p>
(3)保健事業の充実	<p>各種健診の実施と健診後のフォロー 在宅高齢者訪問事業 介護支援事業(介護機器の貸与・補助)</p>	<p>医療機関との連携をより強化し、医療関係者と共同で、予防や効率的な医療の実施に取り組む。 健康・医療相談の拡充 保健事業の財源確保(保険給付以外に老健等拠出金の負担が重く、保健事業の財源が不十分)</p>	<p>医療機関との連携強化について、事業運営基準において明確化する。 現行の老健制度・拠出金制度を改革し、必要な保健事業財源が確保できるようにする。</p>
(4)被保険者への情報提供等	<p>被保険者への医療費通知 介護・病院情報の公開 一部健康保健組合におけるホームページによる情報(健保の事業内容や健康情報等)の提供</p>	<p>医療機関・患者の情報を収集・分析し、被保険者に情報を提供 (例.被保険者に優良医療機関を推薦) 保険者の情報蒐集力の強化</p>	<p>支払基金の審査情報の開示 (支払基金法上の守秘義務規定により健保への情報開示も制限されている) 医療機関等の広告規制の緩和 保険者による独自の評価機能の設置 組合の情報ネットワーク化</p>

各事項は関連性もあることから重複している。上記の他、自律不能な健保組合に対する任意解散ルールの策定も必要。

3.中長期的に検討すべき事項

(磯村委員提出資料より)

- (1)保険者による医療機関の選択、医療機関との診療報酬の自由契約
- (2)国保・政管も地域単位の組合方式とし、被保険者が保険者を選択できるようにする。
- (3)被保険者証のカード化



#### 7 - 5 - 4 規制緩和についての第1次見解

(1998年12月15日)(抜粋)

##### (3) 専門医資格、医療機能評価の結果など広告規制の見直し

現行の医療法では、「患者の誤認」を招かないため、病院等は、文書その他いかなる方法によるを問わず、医師又は歯科医師である旨、診療科名、病院、診療所の名称等定められた事項以外は広告してはならず、広告する場合においても、その内容が虚偽・誇大であったり、又はその方法若しくは内容が厚生省令で定める基準に違反したりしてはならないとされている。しかし、治療の結果にかかわるような、患者にとって関心の高い医療情報については、客観性・正確性を確保しつつ、提供していく必要があり、患者が医療機関を選択するに当たっての判断材料を増やすことにより、病院間の健全な競争を促進していくことが望ましい。社会保険や公費で負担されている医療サービスの内容については、支出の妥当性を示すためにも、情報公開が重要である。また、情報公開は、悪質な経営を行う医療機関について、その経営主体の差を問わず、事後的にチェックするための前提ともなる。

病院の広告規制については、1992年及び1997年の医療法の改正並びに1998年の厚生省告示の改正により、広告できる事項が拡大されたが、現在認められている範囲の事項では、利用者が医療機関を選択するに当たっての判断材料としてはまだ十分でない面もある。特に、患者が病院を選択するに当たって必要とする情報は、病院の規模や施設等の内容もさることながら、医師の経歴、得意とする診療、医療スタッフの充実度、病院の治療成績、手術件数等であると考えられる。しかしながら、これらの事項については、医療の特性から客観的に評価することが困難であり、その広告を自由にすることが必ずしも患者の利益につながらないとの意見もある。こうした点も踏まえ、客観性・正確性の確保に留意しつつ、患者の病院選択にとって真に必要な項目は何かとの観点から、引き続き広告事項の拡大について検討すべきである。

また、(財)日本医療機能評価機構においては、1996年度から病院の評価事業を行っているが、その評価項目は「診療の質の確保」「看護の適切な提供」等、主として医療サービスの構造に係る事項であって、疾患ごとの手術件数・内容、患者の平均入院期間といった医療の結果等については評価の対象となっていない。このため、患者が医療機関の選択に当たって重要な判断基準となる評価項目の選定、評価基準、評価方法の設定等について検討し、これらの項目についても将来的に医療機能評価機関による評価の対象とするとともに、客観性・正確性を確保しつつ可能な範囲で評価に関する情報が開示されるよう、医療情報の標準化・データベース化、関係者のコンセンサス形成等条件整備を進めるべきである。

なお、関係学会及び医療審議会において、医師の専門分野を明示できるよう専門医資格の設定及び効率的な医療のサービスの提供を図るための第三者機関による医療機能評価の結果の広告事項化が検討されているが、関係者の精力的な検討により、可能な限り速やかに成案を得ることが期待される。

#### (7) 保険者によるレセプト審査の許容など保険者機能の強化

1948年の厚生省通ちょうにおいては、健康保険組合が、保険医である者と特別な契約を結び、又は囑託とし、その医師に対する診療報酬を、審査支払機関を通じることなく、直接に支払うことは、保険医制度の健全な運営を阻害するものとされている。診療報酬の審査・支払は、健康保険法及び国民健康保険法上、保険者の本来的な役割の一つである。しかしながら、実際には、上記行政指導により、保険者は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会(審査支払業務を専門的に行う審査支払機関)に審査支払を委託するのが通常となっている。

具体的には、保険者は、社会保険診療報酬支払基金等にレセプトの第1次審査を委託し、自らはレセプトの2次チェック(縦覧点検)を行い、社会保険診療報酬支払基金等の審査に疑義がある場合には再審査請求を行っている。これは、個々の保険者がレセプト(診療報酬明細書)の審査支払を行う場合、

保険者自らが必要な医師を確保し、適切な期間内(現行約40日)に診療内容の適正な審査支払ができる体制を整えなければならないこと、

医療機関は保険者ごとに請求先を変え、保険者は医療機関ごとに支払先を変える必要があり、事務が煩雑になること  
等がその理由とされている。

しかしながら、保険者の財政の悪化が進む中で、医療費の適正化が重要な課題となっており、保険者自らがレセプトの審査を行うことは、保険者の財政管理に資するだけでなく、審査事務への競争原理の導入、不適切な診療の抑制等様々な面で利点がある。

この点に関しては、年間7億件(国保分も含めると11億件)を超える診療報酬の審査支払を円滑に実施できる効率的な体制を確保できるかという問題があり、厚生省においては、審査支払機関の機能の強化の観点から、1998年度には社会保険診療報酬支払基金の重点審査対象レセプトの拡大や審査期限の延長等の措置を講じたところである。この措置については一定の評価はできるものの、行政指導により、健康保険組合がその組合員に係るレセプトの第1次審査及び管理を行うことを一律に認めないことは適当でないと考える。

したがって、例えば、社会保険診療報酬支払基金等への委託を行わずに、その意思、能力等に応じ、保険者自らがレセプトの第1次審査を行うといった点も含め、関係者の意向も踏まえ、保険者機能の強化の在り方について検討すべきである。

また、現在の制度でも、保険者の管掌する被保険者等のみに保険給付を行う医療機関として都道府県知事の指定した保険医療機関以外の病院等を保険者が指定することや、保険者と医療機関が診療報酬点数表の範囲内で特別の契約を結ぶことは認められているが、極めて限られた例にすぎない。保険者は、レセプトの審査・支払を通じて、医療機関における診療行為に関する情報や組合員の健康状態等を把握、管理し得る立場にあり、保険者の有する医療機関に関する情報を十分に活用することができれば、医療資源の有効活用の観点からも望ましいと考えられる。このため、現在の仕組みの基本は維持しつつも、例えば、保険者が被保険者に対して保険医療機関に関する情報を積極的に提供し、被保険者が医療機関を選択しやすくするような仕組み等の導入を検討すべきである。

#### (8) カルテの電子化及びレセプトの電算処理システムの推進

カルテの電子化については、その安全性の確保及び診療情報の標準化について厚生省内で検討が進められている。前者については、1998年度に考え方を取りまとめる予定であり、後者については、病名の標準化のほか、医薬品等のコード等の標準化の作業を続ける予定となっている。

レセプト電算処理システムについては、1991年10月診療分から千葉県、東京都、兵庫県及び広島県の医療機関においてパイロット・スタディとして磁気媒体による請求を開始しており(兵庫県においては1997年10月診療分から全県で実施)、1998年9月現在で188医療機関が参加している。従来、審査支払機関においては磁気媒体に収録したレセプトを中央の電算処理センターで集中的に処理してきたが、1998年度には、各都道府県ごとに磁気媒体に収録したレセプトを処理できるよう、受入体制の整備・拡充を図りつつあり、また、1998年9月からは国立大蔵病院が新たに参加し、大病院クラスでもシステムへの参加が可能になったことから、引き続き参加医療機関の拡大が見込まれている。

カルテの電子化及びレセプト電算処理システムについては、医療における情報整備、レセプト請求・審査・支払手続の軽減、事務処理の迅速化等の観点からも重要であり、引き続き推進していくべきである。

## 7 - 5 - 5 規制緩和推進3か年計画(改定)(抜粋)

平成11年3月30日  
閣議決定

事項名	措置内容	実施予定時期			備考
		1998年度	1999年度	2000年度	
広告規制の見直し・医療の情報整備	(a)客観性・正確性の確保に留意しつつ、患者の病院選択にとって真に必要な項目は何かとの観点から、引き続き広告事項の拡大について検討するなど、規制緩和委員会第1次見解を踏まえ所要の検討を行う。		1999年度 (検討)		
	(b)医師の専門分野を明示できるような専門医資格の有無及び効率的な医療サービスの提供を図るための第三者機関による医療機能評価の結果について広告できる事項として検討する。		[専門医資格の有無] 逐次検討 [医療機能評価の結果] 評価事業の普及定着を踏まえ検討		専門医資格の有無については、学会において認定基準の明確化・統一化が図られることが必要
カルテの電子化及びレセプトの電算処理システムの推進	(a)カルテの電子媒体による保存の技術的基準を定め、電子媒体による保存を認める方向で検討し、結論を得る。	措置済 1999年3月	-	-	健康政策局長 医薬安全局長 保険局長 連名通知

	(b)全国どこでも、希望する保険医療機関が審査支払機関に届け出ることによってレセプト電算処理システムに参加できる、自由届出方式へ移行する方向で検討し、結論を得る。	措置済 1998年度中	-	-	各都道府県ごとに磁気媒体に収録したレセプトを処理することができるよう受け入れ体制を整備
	(c)加療の電子化及びレセプトの電算処理システムについては、規制緩和推進委員会第1次見解を踏まえ、引き続き推進する。		逐次実施		
保険者のレセプト審査の許容など保険者機能の強化	(a)規制緩和委員会第1次見解を踏まえた保険者のレセプト審査の許容といった点を含め、関係者の意向も考慮し、保険者機能の強化の在り方について検討する。		1999年度 (検討)		
	(b)現在の仕組みの基本は維持しつつも、保険者が被保険者に対して保険医療機関に関する情報を積極的に提供し、被保険者が医療機関を選択しやすくするような仕組み等の導入を検討する。		1999年度 (検討)		医療保険福祉審議会において審議中

## 7 - 5 - 6 日本経済再生への戦略(1999年2月26日)(抜粋)

### (2)医療・介護改革

医療に関しては、競争原理の導入等を通じて医療コストの抑制を実現すべく以下の改革を行う必要がある。

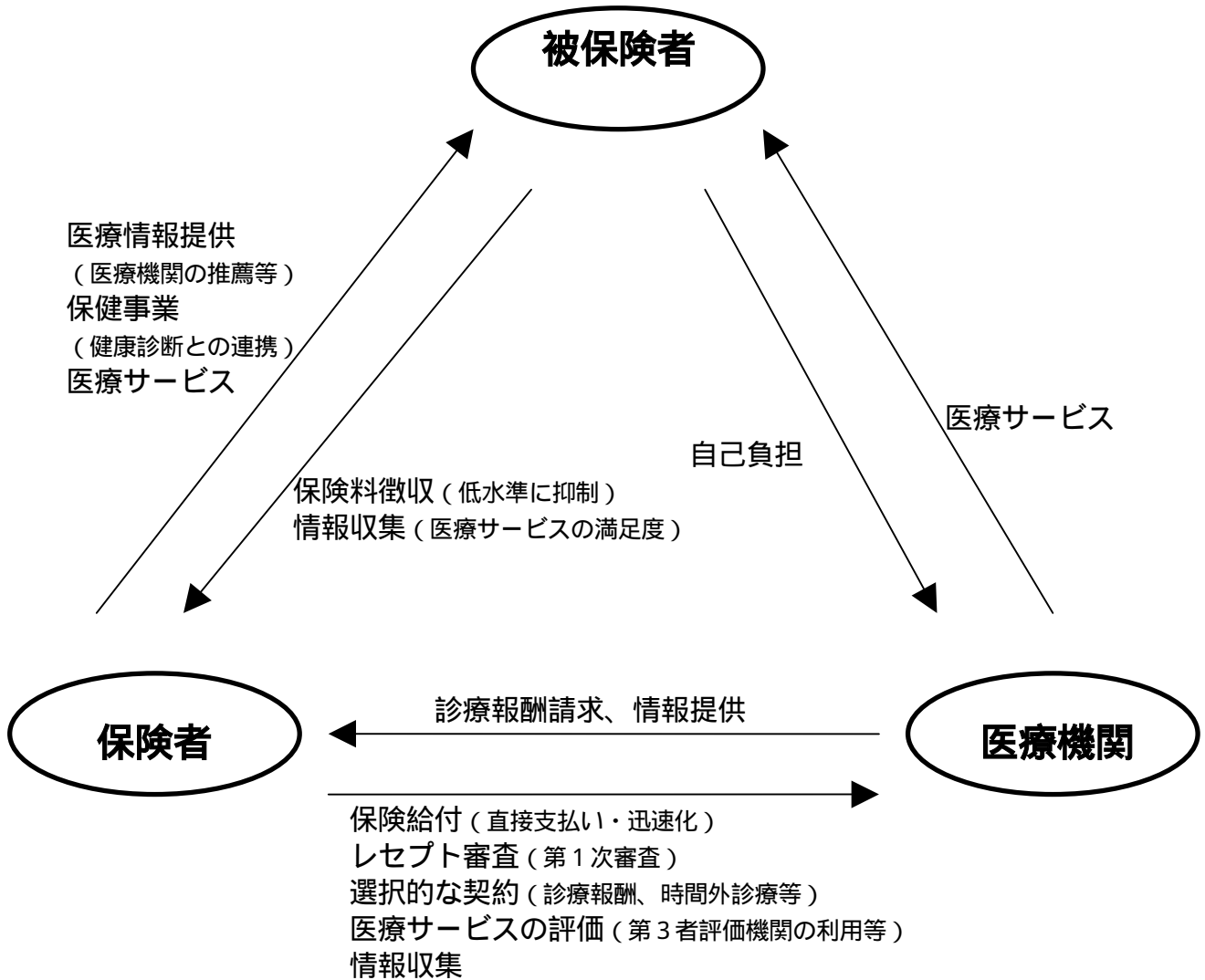
- ・ 健康保険組合や市町村などの保険者が医療コストの適正性等をチェックする機能を抜本的に強化するため、保険者に対する規制の緩和(情報提供及び医療機関の自由な選択等を認める)や社会保険診療報酬支払基金による独占的なレセプトの一次審査を廃止する。また、医療の効率化・コスト削減、質の向上、予防医療の充実等を目的とした専門機関として「日本版マネージド・ケア」を導入する。
- ・ 医療に関する規制緩和を推進する(企業による病院経営の解禁、広告規制の緩和等)。また、公設民営、民営化を推進する等により、国公立病院の運営を改革する。
- ・ 医療行為の標準化・マニュアル化を進め、その上に立ってレセプトの標準化・電子化とコンピュータ・ネットワーク化を行う。
- ・ 薬価制度については、自由価格制への移行を含めて、より抜本的な改革を検討すべきである。その際同時に、診療報酬体系についても、医療機関の会計制度の改善、経営の効率化の観点も含めて、見直す必要がある。

## 7 - 7 - 1 医療法第69条

第69条 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる次項を除くほか、これを広告してはならない。

- 一 医師又は歯科医師である旨
- 三、 次条第一項の規定による診療科名
- 四、 次条第二項の規定による診療科名
- 五、 病院又は診療所の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項
- 六、 常時診療に従事する医師又は歯科医師の氏名
- 十 診療日又は診療時間
- 十一 入院設備の有無
- 十二 療養型病床群の有無
- 十四、 紹介することができる他の病院又は療養所の名称
- 十五 前各号に掲げる事項のほか、第十四条の二第一項第四号に掲げる事項
- 十六 その他厚生大臣の定める事項

【7-7-2 保険者機能の強化 概念図】



**必要となる基盤整備**

- レセプト (診療情報) のデジタル化
- 広告規制の緩和
- 医師数の確保
- 保険者の統合
- 高齢者医療保障制度の改革