

《論説》

# 医療保険制度改革（その1）

— ドイツと日本の制度比較による考察 —

鳴 海 清 人

はじめに

第I章 社会保険と医療保険

第II章 医療保険制度の形成過程 ……以上本号

第III章 医療保険制度改革 ……以下54巻1号（掲載予定）

第IV章 日本の医療保険制度改革の問題点

おわりに

## はじめに

昭和36年、日本は皆保険制による医療保険制度を確立した。国民のすべてを対象とした、社会保険方式による医療保障が確立したことは、高く評価されるものであった。以来、日本では、皆保険制を基本とした医療保険制度のもと、世界第一の平均寿命を達成するに至った。

しかし、80年代以降、高齢化社会の到来による老人医療費の増大、低経済成長下における財政悪化などを背景に、国民医療費の抑制が課題とされ、医療保険制度の見直しが行われ、現在に至っている。しかし、こうした制度の見直しは、被保険者の負担を増やすばかりのものとなっている。

少子高齢化社会をむかえた先進国にとって、国民の医療保障における負担水準の適正化は、共通の課題である。本論文にて取り上げるドイツも同様の課題を抱え、医療保険制度改革に取り組んでいる。ドイツは世界で初めて、社会保険方式による疾病保険（医療保険）制度を確立し、各国の医療保障制度に大きな影響を与えた。日本も、大正期に成立した健康保険制度を検討する過程で、ドイツの疾病保険を参考にしたといわれている。

今日の日本の医療保険制度改革を検討する上で、マネジドケアや営利企業による病院運営などのアメリカの制度が、よく取り上げられている。しかし、ドイツの医療保険制度改革が取り上げられることは稀である。

社会保険方式を基本としたドイツ医療保険制度改革は、今後の制度改革を考える上で、参考になるのではないかと考え、ドイツと日本の医療保険制度を比較し、現在進行している両国の医療保険制度改革を考察することとした。

本論文では、社会保険方式を基本とする医療保険制度改革について、次の順序にて考察を行う。

第一に、社会保障制度の中に社会保険を位置づけ、社会保険の特徴を明らかにし、社会保険方式による医療保険制度の基本的な仕組みを整理した上で、分析の視点となる医療保険制度の評価軸を定義する。第二に、ドイツと日本の医療保険制度の歴史的な形成過程を概観し、評価軸に基づき両国の制度比較を行う。第三に、1980年代後半から行われている両国の医療保険制度改革を評価軸に基づき分析し、制度改革に当たっての基本的な視点の違いを明らかにする。第四に、これらの分析をもとに、これまで行われてきた日本の医療保険制度改革の問題点を明らかにし、今後改革に向けた課題を提起する。

現在の国民に負担を課す医療保険制度改革が、唯一の選択では無いことを、ドイツと日本の制度改革を比較することで明らかにする。そして、より良い医療保険制度を実現するためには、何が必要であるかを検討する。

## 第I章 社会保険と医療保険

本章では、社会保険方式による医療保険制度を検討するに当たり、社会保障の基本視点を確認すると共に、社会保障制度の一つである社会保険がどのように位置づけられているかを明らかにする。その上で、医療保険制度の基本的な仕組みを整理し、次章以降で行う、ドイツと日本の医療保険制度比較に用いる評価軸を定義することとする。

### 第1節 社会保険の定義

本節では、社会保険を以下の観点から位置づける。

まず、社会保障の機能として何が求められるかを明らかにする。次に、それを制度化し運営していく上で最も重要な財源について、税法式と社会保険方式の二つを取り上げる。さらに社会保険と民間保険の違いを明確にする。最後に、なぜ医療保障に社会保険方式が用いられるのかを考察する。

#### 1) 社会保障の機能

社会保険は、社会保障の一つ制度である。社会保険を定義するに当たり、社会保障の基本的な機能を確認する。

社会保障には、以下に示す機能が求められる。①社会的な安全装置（社会的セーフティネット）、②所得の再分配、③リスクの分散、④社会の安定及び経済の安定・成長の四つである<sup>1</sup>。

社会保障の機能の中で基本となるのが、「社会的な安全装置（社会的セーフティネット）」である。セーフティネットとは、自助を原則とする市場経済社会において、何らかの理由により市場に参加できない者や、市場での失敗により最低限度の生活を営むことができない場合、最後の砦として社会全体で最低限度の生活保障を行うものである。生活困窮を解消する役割を果たす一方、受給する側の依存心を招きやすいという欠点もある。具体的な制度としては、公的扶助があげられる。

二つ目は「リスクの分散」である。病気など誰もが抱えている共通のリスクに対し、共同で対

<sup>1</sup> 厚生省監修、『厚生白書（平成11年度版）』厚生省1999年、P31～33

応することで、個々のリスクを平準化するものである。個々のリスクに依存しない保険料を出し合い、リスクが現実化した時に給付を受け取る、社会保険形式を取る場合が多い。リスクの現実化に際し、その影響を最小限にとどめ、従前の生活を維持することが可能となり、生活の安定に寄与するものである。具体的な制度としては、医療保険や雇用保険などがあげられる。

三つ目は、「所得の再分配機能」である。所得の再分配機能について広井は「市場経済の結果としての所得や資源の分配を、「公平性」の観点にもとづき、何らかのかたちで修正（再分配）するものであり、実質的にはある者から別の者への一定の所得移転を行うものである。」<sup>2</sup>と述べている。市場経済社会の中で市場機構を通じて行われる所得分配は、資産保有の不均等による大きな所得格差を伴い、その是正が課題となる。社会保障制度を通じて、個人もしくは世帯間の所得を移転させることで所得格差の是正をはかるのである。

社会保障がこれらの三つの基本的機能を果たすことで、「社会の安定及び経済の安定・成長」に寄与する。この四つ目の機能は、経済安定化や経済成長を支えていくものとして重要視<sup>3</sup>されている。

このような説明の他に、一圓は、社会保障の役割について、最低生活の保障、生活の安定、社会的統合の三つをあげて<sup>4</sup>いる。特に三つ目については、「社会保障は、社会連帯の精神によって築かれるものであるが、社会連帯の精神を育むものでもある。」<sup>5</sup>と述べ、社会連帯の観点から、ともに支え合いより豊かな生活を分かち合える様な社会をつくる社会的統合の役目も果たしている」と述べている。

以上のような機能が社会保障にあり、各種の制度を設計する上で、このどの点を重視するかが問われる。

## 2) 社会保険方式と税法式

社会保障を行うにあたり、その財源をどこに求めるか、またその財源を基にいかなる給付を行うのかは、非常に重要な問題である。

財源を確保する方法には、租税をその財源として当てる税法式と、拠出された保険料を財源とする社会保険方式の二つがある。税法式には、普通税と特定の財源として徴税される目的税にわけられる。

税法式とは、各種の普通税又は目的税として徴税された税を社会保障の財源とするものである。納税の有無は、給付の前提条件とはならないが、給付にあたっては、適応の可否について審査を行うのが一般的である。これに対し社会保険方式は、特定のリスクに対し保険料として拠出されたものを財源とし、保険事故の発生をもって給付を行うものである。逆に言えば、給付を受けるにあたり保険料の拠出が前提条件であるということである。

税法式と社会保険方式を比較しその違いを、小塩は「①保険料の場合は拠出の目的が明確に意識されるが、税は目的税でないかぎり負担と給付との関係が薄い、②保険料は所得の一定比率（ないし定額）で拠出される場合が多いが、税負担は累進的な場合が多い、③保険料は実務上雇

<sup>2</sup> 広井良典、『日本の社会保障』岩波新書 1999 年、P 105

<sup>3</sup> 厚生省監修、前掲書、P 33～34「社会保障の充実は、経済の安定や成長のために必要不可欠なものである。」

<sup>4</sup> 一圓光彌、『社会保障論』誠信書房 1997 年、P 36～41

<sup>5</sup> 一圓光彌、前掲書、P 40

用コストと連動して拠出されることが多いが、税の場合は幅広い経済活動（消費支出、資本取引、遺産・相続等を含む）の中で徴収される<sup>6</sup>と指摘している。また、大野は社会保険方式のメリットについて、①個々人の負担の個別的調整が比較的容易である、②収入安定性が高い、③費用意識がより強く働く、の三つをあげている<sup>7</sup>。

前述の社会保障の機能の観点から見ると、一般的に公的扶助等のセイフティネットの整備は、税法式で行われている。これに対し生活の安定を目的とした、病気や失業などリスク分散は、社会保険方式によって行われている。しかし、現実の制度を見たとき、税法式と社会保険方式が混在しており、厳密に区分できないケースも多く、制度設計の中で両者のバランスをとることで、社会保障の役割を果たしているものと考えられる。

ここでは、税法式と比較したときの社会保険方式特徴として、保険料の拠出を前提に保険事故対し給付を行うものとしてまとめる。

### 3) 社会保険と民間保険

前項では、社会保障の財源の観点から社会保険方式を取り上げた。ここでは、保険の仕組みの観点から社会保険をとらえ、民間保険と比較する。

保険の仕組みの中で、保険料を拠出し保険の対象となる人を被保険者（加入者）またその集団を保険集団、拠出された保険料を集め保険を運営する責任主体を保険者という。

民間保険と社会保険では、保険の運営の責任主体である保険者の性格が異なっている。民間保険の運営は、営利企業によって行われている。一方社会保険は、国もしくは公的機関、非営利団体によって運営がなされている。保険の運営主体である保険者の営利、非営利という違いは、その運営活動に大きな影響を与えるのは言うまでもない。営利企業が保険の運営を行った場合、利潤の追求が第一の目標となり、被保険者（加入者）の利益が損なわれることがある。

民間保険では、以下にあげる保険の仕組みにもとづき運営が行われている。一般に保険とは、「ある共通の危険（事故）にさらされている多数の者がひとつの集団を構成し、各自があらかじめ将来の事故に備えて保険料を負担しておいて、事故が起きたときにはその保険料の集積から保険金給付を行い、損害を補填するものである。」<sup>8</sup>と定義されている。また菅谷は、「共同の準備財産（基金）を用意して、「大数の法則」を用いて危険発生の確率を発見し、それにもとづいて収支が均衡するように生活上の危険を分散せしめる技術」<sup>9</sup>と保険を定義している。大数の法則とは、「個々の場合についてみれば、その発生が偶然に支配されて全く予測できないことも、ある事象を長期にわたって観察すれば、その観察総数を増加すればするほど、その現象に示す規則性の度合いが増すという法則。」<sup>10</sup>である。

保険とは予め集団の危険発生確率を見出し、それにもとづく保険料を拠出し、リスクの現実化に対しては、拠出された保険料から保険給付を行う仕組みといえる。

「大数の法則」に加え、こうした保険が成立するための原則として、「収支相当の原則」、「給

<sup>6</sup> 小塩隆士、『社会保障の経済学』日本評論社 1998年、P 34

<sup>7</sup> 大野吉輝、『社会サービスの経済学』勁草書房 1991年、P 130～132

<sup>8</sup> 厚生省、前掲書、P 38

<sup>9</sup> 菅谷章、『社会保障論』日本評論社 1990年、P 137

<sup>10</sup> 菅谷章、前掲書、P 155

付・反対給付均等の原則」があげられる<sup>11</sup>。保険が安定的に運営されるためには「大数の法則」が成立する、多数の者の保険への参加が必要であることを意味している。

「収支相当の原則」とは、保険の対象となる集団全体において、被保険者が保険者に支払う保険料総額と、保険者から受け取る保険金総額が等しくなるというもので、保険運営を行っていく上で、これが成立していなければ保険そのものが破綻してしまうのは明らかである。

「給付・反対給付均等の原則」とは、被保険者が支払う保険料と将来受け取るであろう保険金の期待値が等しくなるというものである。棕野・田中は「保険料は、その人の危険度に応じて負担する」とことと「給付・反対給付均等の原則」を説明し、これを個人的公平性もしくは保険数理上の公平性としている<sup>12</sup>。即ち、各個人は自分のリスクに見合った保険料を支払わなければならないということである。これは、保険への加入・脱退が自由である時、とても重要な原則となる。個人のリスクに基づかない均一の保険料を設定すると、結果的にリスクの低い者が、高い者の保険料まで負担しなければならず、リスクの低い者は個人的不平等の観点により保険から脱退してしまい、保険そのものが成立しなくなるのである。民間保険は、この3つの原則にもとづき運営されている。

社会保険も、基本的には保険の仕組みにより運営されているが、社会保障に求められる機能の面から、保険運営における原則は大きく修正されている。その一つは、「給付・反対給付均等の原則」である。「給付・反対給付均等の原則」では、個人的公平性の観点から、個々のリスクに見合った保険料が設定されるため、リスクの高い者は非常に高い保険料を支払わなければならない。高額な保険料が、加入者の負担能力を越えた場合、現実的に保険に加入できないという状況を生み出す。こうした状況を社会保障の観点から見ると、本来リスクに対し備えなければならない者が、保険に加入できないというのは大きな問題となる。この問題に対し、社会保険では、法律に基づく保険への強制加入という形を取ることで、「給付・反対給付均等の原則」に当てはまらない保険料設定が行われる。具体的には、リスクの高低によらない一律の平均保険料方式や、負担能力に応じた応能保険料方式という形である。また保険料の設定を工夫することで、社会保障の機能の一つである「所得の再分配」を達成することもできる。

社会保険において、もう一つ修正されている原則は、「収支相当の原則」である。社会保険では、雇用主による保険料負担や税など、被保険者の保険料以外の財源も投入されており、被保険者が保険者に支払う保険料総額と保険者から受け取る保険金総額は等しくならない。

このように、社会保険の運営において、「大数の法則」を除き、「収支相当の原則」、「給付・反対給付均等の原則」は大きく修正されている。社会保険は保険という仕組み基本としながらも、国や公的機関、非営利団体を保険者とし、法律による強制加入という手段を用い、個々のリスクの高低によらない保険料を設定し、リスクの分散をはかるものといえる。

現在の社会保障制度の中で、社会保険は広く受け入れられている。棕野・田中は、社会保険がひろく受け入れられたことについて、社会保険の持つ等価交換・効率・自由という「保険の原理」の要素と、社会連帯・公平・平等という「扶助の原理」の要素による二面性が社会的な価値観にもっとも適合的であった<sup>13</sup>と説明している。

<sup>11</sup> 厚生省、前掲書、P 38

<sup>12</sup> 棕野美智子・田中耕太郎、『はじめての社会保障』有斐閣アルマ 2001年、P 203

<sup>13</sup> 棕野美智子・田中耕太郎、前掲書、P 212

#### 4) 医療保障はなぜ社会保険方式をとるのか？

病気や負傷などは、誰にでも起こり得る深刻なリスクであり、その治療にかかる費用は概して高額であると共に、療養中休業を余儀なくされ収入が失われる場合も生じる。これに対応し、各国では何らかの公的医療保障制度が一般的に取られている。

公的な医療保障の方式として地主は、①社会保険方式、②「生活困窮者に対して、資力調査にもとづき原則として無料で必要な医療サービスの現物給付を行う方式」である公的扶助方式、③「政府が医療を必要とするすべての国民に対し、貧富の別なく直接に医療を提供する方式であり、租税をその財源としている。」公的保健サービス方式の三つをあげている<sup>14</sup>。

その上で、地主は、各国で採用されている医療保障を二つに類型化している。

一つはイギリスをはじめとする公的保健サービスをとる保健サービス型で、もう一つは大多数の国が採用している社会保険方式を採用する医療保険型である。保健サービス型については、「国民を所得階級やその他のカテゴリーによって区別するようなことはなく、全国民にひとしく医療を受ける機会が保障され、政府が直接に、あるいは政府と契約した医療機関を通して間接的に医療サービスそのものを保障している」<sup>15</sup>と特徴を説明している。保健サービス型は、イギリス、オーストラリアやニュージーランドなどの新大陸、スウェーデンなど北欧で発展している。

一方、医療保険型の特徴については、①拠出制を前提とした給付時の資力調査のない普遍主義的アプローチと、拠出が行えない者の保険からの除外と医療扶助の適用、これに伴う所得階級に応じた制度の二分化、②直接、間接的に医療費の保障をするのが目的であり、医療サービスそのものを保障するものではない<sup>16</sup>、の二点をあげている。医療保険型は、フランス、ドイツなどの大陸の国々で発展している。

また、財源の観点では、保健サービス型が税法式を、医療保険型は社会保険方式をとっている。税法式、社会保険方式の特徴について前述したとおりである。

それぞれの国がどちらの医療保障の形を採用しているかは、どちらに優れているということではなく、各国における社会保障の歴史的発展経緯に大きく影響を受けている。また財源の点では、税法式、社会保険方式それぞれの特徴をふまえた制度設計を行うことの方がより重要である。ここでは、多くの国で公的医療保障制度が取られている点を押さえておくにとどめる。

医療保障制度を設計する上で、公的医療保障制度に加え民間医療保険の利用することや、民間医療保険による公的医療保障の代替も考えることができる。次に、医療保障における民間医療保険についての考察を行う。

小塩は、民間医療保険の問題として、個々の疾病リスクに関する情報は、保険者は本人比べ、限定的な情報しか保有していないという「情報の非対称性」による「逆選択」をあげている<sup>17</sup>。「逆選択」とは、保険加入が任意の場合、高リスク者ほど保険に加入するため、保険を維持するために保険料の引き上げを行う、そうすると加入者はさらに高リスクの者に限定され、再び保険料を上げるといった悪循環が生まれる状態である。小塩は、こうした結果、「リスクの高い人だけ

<sup>14</sup> 地主重美、『社会保障読本』東洋経済新報社 1983年、P 106～107

<sup>15</sup> 地主重美、前掲書、P 107

<sup>16</sup> 地主重美、前掲書、P 107～108

<sup>17</sup> 小塩隆士、前掲書、P 197

が保険に加入し、保険そのものが成立しない危険性を回避できなくなる。」<sup>18</sup>とし、逆選択を回避するためには、人々を強制的な医療保険に加入させなければならないとしている。

本間は、民間医療保険の構造上の問題点について、「①保険料負担能力が医療を受ける条件であり、負担能力に応じた保険給付と差別的医療が行われること、②病人、病弱者、高齢者、身体障害者、危険度の高い職業に従事している人々は、保険加入を謝絶されるか、謝絶的な割増保険料ないし保障金額の制限が要求される、③民間医療保険約款の待ち期間、給付条件、保険期間の規定が、医療保障を困難にする、④保険会社間の「多様」な医療保険の約款のちがいが、各社の支払抑制政策、給付決定の基準の相違によって、保障をめぐるトラブルが多発することになりかねない。⑤民間医療保険は、入院を必要とする疾病や障害を対象としている。したがって、これによって疾病予防効果や早期発見、早期治療をはかることは不可能である。」<sup>19</sup>と指摘している。

②は危険選択といわれ、民間保険では不可欠なものであり、本来リスクに備えなければならない人が、保険に加入できないか特約により給付の対象からはずされてしまうという現実が発生するのである。本間があげている民間保険の構造上の問題からも、医療保障のすべてを民間保険で対応することの限界を見出すことができる。

一方、すべての医療保障を公的な医療保険でカバーすべきか、という論議もなされている。八代は、利用者の選択肢を広げる観点から、医療における公的保険と私的保険との役割分担について、基礎的な医療サービスは公的保険でカバーし、より良い医療サービスは、公的保険に加え民間保険の活用をはかるべき<sup>20</sup>との主張を行っている。しかし、民間医療保険のカバー範囲を広げるとしているものの、医療保障における公的保険の役割を全面的に否定するには至っていない。

これらのことから、すべての医療保障を市場ベースとした民間保険で対応することは難しく、何からの公的な対応が必要であると結論づけられる。

しかし、いかなる医療保障の形を取ろうとも、人口の高齢化に伴う医療費の上昇は共通問題となっており、各国はその対応を余儀なくされている。医療保障制度を根本から変えることは難しく、現行制度に基本をおきながらも、問題に対応をはかっていくのが現実的な選択となるが、同じ社会保険方式を採用している国の間でも、その対応は同じでは無い。次節では、社会保険方式による医療保険の基本的な仕組みを押さえ、医療保険制度の比較を行う上での視点を明らかにする。

## 第2節 医療保険制度

社会保険方式を用いた医療保険制度は、次のような仕組みである。法的な根拠にもとづき、被保険者である国民は、国又は国によって認められた非営利団体によって運営される保険者に対し、個人の医療的リスクに基づかない保険料を支払う。被保険者は、疾病やけが等医療が必要になる保険事故が発生した場合、保険者から保険料を財源とした直接的・間接的な給付を受ける。給付の形態には、現金給付と現物給付<sup>21</sup>があり、日本やドイツの場合は、医療サービスに関しては現物給付がとられている。現物給付による保険給付（医療サービス）は、保険者から医療機関を

<sup>18</sup> 小塩隆士、前掲書、P 9

<sup>19</sup> 本間照光、『保険の社会学』勁草書房 1992 年、P 41～42

<sup>20</sup> 八代尚宏、『規制改革』有斐閣 2003 年、P 137～148

<sup>21</sup> 現金給付と現物給付のそれぞれの特徴については、大野吉輝、前掲書、P 29 を参照。

經由して行われる。この場合、事前に医療機関と保険者の間で保険給付の内容や料金について契約が必要となる。

こうした医療保険の基本的な仕組み中で、保険者の機能、財源、保険給付、支払方式の4つの観点を詳しく見ていく。

### 1) 保険者とその機能

前述したように、保険者<sup>22</sup>とは被保険者から拠出された保険料集め、保険を運営する責任主体である。社会保険方式では、国又は国によって認められた非営利団体が保険者となる。

清野は、保険運営における基本原則<sup>23</sup>をふまえ、現物給付をともなう医療保険の保険者機能として、「①保険加入者の募集と保険集団の形成、②医療提供者と契約の締結、③保険料、保険給付の決定と保険料徴収、④医療提供者に対する審査・支払、⑤リスクの把握と管理」<sup>24</sup>と整理している。

①と③は、保険における基本的な保険者の機能である。現物給付をともなう医療保険特有の機能として、②と④があげられる。専門性の高い医療サービス（給付）は、保険者自らが提供するわけではないため、医療提供者との間で被保険者（患者）に対する医療サービス提供契約を事前に結ばなければならない。また、被保険者（患者）に対して医療サービスが提供された場合、それが契約に基づくものであるかを審査した上で、医療提供者にその対価が支払われる。保険運営の効率性の観点から、提供された医療サービスが、被保険者（患者）にとって十分な質が維持され、且つそれが経済的に効率的な提供がなされているか、を確認するという保険者の役割を見出すことができる。

⑤は、医療保険の対象が疾病であることに由来する。疾病には、偶発的で不確実性の高い急性疾患と、生活習慣や環境などの積み重ねによって事後的に発生する慢性疾患がある。一般的に慢性疾患は、発症すると治療が長期間におよび、結果的に治療にかかる医療費も高くなる。保険者は、被保険者の健康増進を目的とした保健事業（健康診断や健康相談など）を行い、その結果として疾病の発生率を低下させ、保険給付の適正化をはかるものである。これは、慢性疾患に対し事前的に対応するもので、高齢化社会をむかえ慢性疾患のウェイトが高くなってきている先進国にとって、重要なものである。保健事業を行う上では、被保険者の疾病分析と疾病予防に対する科学的な根拠が必要である<sup>25</sup>。

前述した、保険者による医療提供内容の審査は、保険者—医療提供者間で交わされた契約が適正に履行されたかを確認するものである。しかし、提供された医療サービスが、被保険者（患者）にとって十分なものであるかは別問題である。一般的に、医療サービスは高度で専門的な性格を持つため、医療サービスを受ける患者と医療提供者の間には「情報の非対称性」が存在している。事実、提供された医療サービスの内容について正確に把握できる患者は、きわめて稀な

<sup>22</sup> 保険者の定義については、以下を参照

「同じように危険にさらされている多数の人々（保険加入者）を集め、一つの集団や団体を形成し、合理的な仕組みや技術を適用して経済的な必要を充足させるための機関」鈴木辰紀、『保険論』成文堂2000年

<sup>23</sup> 前節であげた、「大数の法則」、「収支相当の原則」、「給付・反対給付均等の原則」の3つの原則。

<sup>24</sup> 清野仁子、「日本の医療保険制度と保険者機能」、山崎泰彦・尾形裕也編著、『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社2003年、P33

<sup>25</sup> 清野仁子、前掲書、P37

存在であろう。このような状況の中で、医療サービスは医療提供者主導で行われ、必ずしも患者の利益を満足させず、自らの利益を目指して行動する可能性もある。大野はこのことを、「供給が需要を生む」<sup>26</sup>とし医療の特質の一つとして指摘している。

これらのことをふまえると、被保険者（患者）—医療提供者間で提供された医療サービスが、被保険者（患者）の利益を十分に満たしているかを確認する仕組みも必要となる<sup>27</sup>。その一つが、保険者を患者のエージェントとして機能させようというもので、アメリカのマネジドケアに代表される。遠藤は、マネジドケアの特徴について、「医師が患者の利益代表人として行動する枠組みにあって、保険者が第2の患者の代理人として医療を監視、介入することである」<sup>28</sup>と説明している。

しかし、保険者を第2のエージェントとするときに、いくつかの問題が指摘されている。滝口の指摘もその一つであり、「保険財政上の収支相当の原則を守ろうとして、医療の需要を抑制するインセンティブが働く可能性があり、この医療の需要抑制が時には良質な給付と相反する可能性を否定できない。」<sup>29</sup>としている。

これは、保険者が保険を運営していく上で、避けることのできない根本的な問題である。保険者を被保険者（患者）の第2のエージェントとして、どこまで機能させるかについては、慎重な検討が必要であると考えられる。

## 2) 財源

社会保険方式をとる医療保険の場合、その財源は基本的に被保険者からの拠出された保険料である。前述したように、一般的な保険は「給付・反対給付均等の原則」に基づき、個人のリスクに応じた保険料の算出を行う。しかし社会保険方式の場合、強制加入という方法を用い、「給付・反対給付均等の原則」の基つかない保険料の設定を行う。こうした社会保険料の特徴を、①強制的な性格を持つ保険料、②応能負担ないし扶助の原理が加味されている、の二点を地主はあげている<sup>30</sup>。

佐口は②の特徴について、「社会保険にあっては一方的に加入と負担が強制されるために負担能力を無視するわけにはいかない。」<sup>31</sup>と述べている。また大野は、当該リスクに安全保障水準が社会的に見て十分であるという「社会的十分の原則」にその根拠を求められる<sup>32</sup>としている。

社会保険料算定方式は、定額（均一拠出）方式と所得比例方式に区別され、その両者を組み合わせる混合方式もある。定額（均一拠出）方式とは、すべての被保険者に対し、同一の保険料を設定するものである。これに対し所得比例方式とは、一定の保険料率を各被保険者の所得額に乗じたものをそれぞれの保険料とするものである。また、所得比例方式では、その保険料率が適用

<sup>26</sup> 大野吉輝，前掲書，P 53

<sup>27</sup> 小塩隆土，前掲書，P 192

<sup>28</sup> 遠藤久夫，「マネジドケア：その可能性と危険性」，広井良典編著，『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社 1999 年，p 123

<sup>29</sup> 滝口進，「保険者とそのあり方に関する基本考察」，山崎泰彦・尾形裕也編著，『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 2003 年，P 92

<sup>30</sup> 地主重美，前掲書，P 93

<sup>31</sup> 佐口卓，『医療保険論』有斐閣双書 1974 年，P 109

<sup>32</sup> 大野吉輝，前掲書，P 93

される所得に上限を設け、保険料が頭打ちとする場合が多い。

被用者（会社などに雇われている者）の場合、社会保険料は被保険者自身がすべてを負担するのではなく、強制的に事業主がその一部（多くは折半）を分担することを広く行われている。事業主負担の根拠として大野は、①「事業主も労務管理や従業員の福利厚生面で社会保険から利益を得る立場にある」、②「事業主負担は、従業員の実質賃金としての性格を備えている」、③「事業主負担分は、実質的には一種の租税としての性格を備えている」の三つをあげている<sup>33</sup>。一般的に社会保険料の一部を事業主が負担することは、労働力の保全に役立つとされているが、その負担がこれを上回った時、実質的な賃金を引き上げと同じとなり、企業における内部コスト押し上げることになる。

こうした保険料の他に、医療保険の財源として公費（税）も投入される。医療保障が、社会保障の中の一つに位置づけられるのは、前述したとおりである。社会保険方式の医療保険では、法的に加入が義務づけられ、国もしくは国によって認められた非営利団体が保険の運営を行っている以上、国がその責任を負うのは当然と考えられる。一般的に、社会保険に関して、強制加入・国家管理・国庫負担の三つの要素は欠くべからずものとされている<sup>34</sup>。

また地主は、部分的に公費負担を導入することの事由ないし論拠として、①分立している制度間（保険者間）に財政力格差が存在すること、②自営業者（被用者以外）の保険には、事業主負担が存在しないこと、③保険財政に赤字が生じていること、④強制加入の形を取る以上事務費は公費負担で賄うことが望ましい、の四点をあげている<sup>35</sup>。これに加え、社会保険料の水準を低所得層の負担能力に見合うものに調整すること<sup>36</sup>もあげられる。

公費負担は、保険の事務経費にはじまり、保険料の一部負担まで様々なレベルが存在し、それぞれの医療保険制度によってその度合いは異なっている。しかし、公費負担分が大きくなるほど、前述した社会保険方式をとるメリットは失われる。

このように医療保険の財源は、被保険者（被用者の場合は事業主も）から拠出される保険料と、公費によって賄われている。

### 3) 保険給付

医療保険制度は、保険の給付対象となる範囲において、二つに分けることができる。一つは、医療の給付にのみ対象を絞ったもの。もう一つは、医療の給付のみならず、治療期間中の所得補償まで行うものである。前者を取る場合、所得補償は別な制度で担われる場合が多い。後者は、被用者を中心とした医療保険制度に多く、疾病の治療・療養のため就労の機会が失われ、その結果収入がなくなり生活に大きな影響を与えることから、それを保障するものとして制度の組み込まれてきた背景がある。ここでは、後者について考察するものとし、この場合、医療保険による給付は、医療保障を目的とした医療給付と所得補償を目的とした傷病手当金がある。これに加え、疾病に対し事前に対応し、その発生率を抑制するために行われる、予防給付をあげることができる。保険者とその機能の項でも述べたように、高齢化社会をむかえ、慢性疾患の割合が増えてき

<sup>33</sup> 大野吉輝，前掲書，P 97～98

<sup>34</sup> 佐口卓，前掲書，P 109

<sup>35</sup> 地主重美，前掲書，P 97

<sup>36</sup> 大野吉輝，前掲書，P 100

た現在、疾病予防は非常に重要なものとなっている。

#### （1）医療給付

医療給付は、被保険者の疾病に対し、治療・療養を補償するものである。医療給付の方法には、治療・療養にかかった費用を現金で給付する現金給付と、治療・療養に必要な医療サービスそのものを直接的もしくは間接的に提供する現物給付の二つがある。

リスクの現実化による損失の補填といった保険の役割から考えると、現金給付が基本といえるが、医療サービスの場合、現物給付のかたちを取ることが多い。その理由として、一時的に被保険者自らがその費用を立て替えるとなると、経済的事由により受診しないか、受診を遅らせるか、治療を放棄するといった結果を生じ、医療保障そのものの目的を達成できなくなること<sup>37</sup>をあげることができる。診療所と病院の機能分化がなされ、最初は診療所を受診し、そこで紹介を受け病院を受診できる方式をとっている国では、診療所は現金給付、病院は現物給付のかたちとっている例もある。この場合でも、診療所で支払う費用が十分に少額で、保険からの給付金が償還されるまでの期間、家計に影響を及ぼさない程度であることが求められる。

医療給付を現物給付で行う場合の仕組みは、以下のとおりである。保険者自らが医療サービスの給付を行うことができない場合は、事前に医療提供者（医療機関）と保険者の間で医療サービス提供に関する契約を結ばなければならない。その上で、被保険者は、疾病の治療・療養にあたり、契約医療提供者（医療機関）を受診し、医療サービスの提供を受ける。契約医療提供者（医療機関）は、被保険者に対し提供した医療サービスの対価を契約に基づき保険者に請求し、保険者はそれを審査し医療提供者（医療機関）に支払う。

医療給付を受けるにあたり、被保険者（利用者）は、給付の一部を自己負担することが行われている。自己負担は、受益者負担ともいわれ、特定の受益に対し個々の受益者が個別的に負担するものである。受益者負担の機能として地主は、①財源の確保獲得あるいは公共的負担の軽減、②需要の抑制、③利用者と非利用者の間でのアンバランスの是正、④限られた財・サービスの利用効率を高める、の四つをあげている<sup>38</sup>。

特に医療サービス特有の問題への対応として②と④を上げることができる。社会保険方式をとる医療保険では、前述した「社会的十分の原則」に基づく給付を行うため、ほぼすべての疾病を対象として給付を行う。これに加え、患者—医師の間には「情報の非対称性」が存在する。これらの結果として医療サービスの過剰需要と過剰供給というモラルハザードの問題を引き起こす。ほとんどの疾病が保険でカバーされるため、軽微な疾病でも医療機関を受診し、それに対し医療機関は過剰な医療を提供し、結果として医療給付を増大させてしまうというものである。モラルハザードへの対策の一つとして、小塩はかかったコストの一部を自己負担することをあげている<sup>39</sup>。しかし、受益者負担の水準を高くすることは、負担能力が十分でない者に対し必要以上に受診を抑制させることとなり、医療保障の本来の目的を失わせることとなる。

<sup>37</sup> 佐口卓，前掲書，P 53～54

<sup>38</sup> 地主重美，前掲書，P 98～100

<sup>39</sup> 小塩隆士，前掲書，P 201

## (2) 傷病手当金

疾病の治療や療養のため、被保険者は、就労することができない場合が発生する。この場合、報酬を受け取ることができなくなり、生活に支障をきたす。これを補償するのが傷病手当金である。前述したように、被用者を対象として医療保険が成立した背景を持つ制度の多くは、傷病手当金を給付対象としている。傷病手当金は、従前の所得に対し一定の料率のかけた額が、現金給付される。

傷病手当金については、まず医療保険の給付の対象として含まれているかという点と、含まれていないとするならばそれに代わる制度が整っているかが問題となる。また、傷病手当金が、従前の所得に対しどれくらいの割合で給付されるかも問題となる。

## (3) 予防給付

疾病を予防することは、保険給付の適正化をはかり、保険財政の安定化に寄与できる。これらは保険者による保健事業として位置づけられる。滝口は、保健事業を「保険給付を適正化するために損害発生を防止する」という観点から大きな意義がある<sup>40</sup>と述べている。具体的な保健事業として、被保険者に対する各種予防接種、健康診断、健康教育、健康相談等の実施をあげることができる。実際の給付は、通常医療給付と同じように現物給付の形を取る場合と、一旦費用を立て替え保険者に対し請求を行う、償還方式による現金給付の形を取る場合の両方がある。予防給付は一般的に、利用者負担が導入されていることが多い。

近年の保険者機能強化論の中で、保険者の疾病予防への取り組み強化が取り上げられている。その中で予防の重要性を認めた上で、予防医療の非効率性について指摘がなされている。遠藤は、①予防医療への指摘誘因と社会的誘因の乖離、②検診とその後の行動の不連続性<sup>41</sup>の二つをあげている。こうしたことをふまえ、科学的な根拠に基づく効果的な予防プログラムの提供と、それを利用するにあたっての給付を幅広く行うことが求められる。

## 4) 診療報酬

現物給付による医療サービスの提供は、事前の医療提供者との契約が前提である。この時、提供された医療サービスの対価として医療提供者に支払われる報酬（診療報酬）について、その支払方式と決定方法について見ていく。

### (1) 支払方式

佐口は、現物給付による診療報酬の支払い方式を、①能率給的支払方式、②請負給的支払方式、③俸給払方式の三つに分類している<sup>42</sup>。

能率給的支払方式とは、提供した医療（治療行為）単位の量に比例して診療報酬が支払われるものである。提供した医療の量が多ければ多いほど、支払われる診療報酬は増えるため、経済的な動機付けにより過剰な医療行為を誘発しやすいという特徴を持つ。

<sup>40</sup> 滝口進、前掲書P84

<sup>41</sup> 遠藤久夫、「「制度の失敗」の補完としての保険者機能」、山崎泰彦・尾形裕也編著、『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社2003年、P110

<sup>42</sup> 佐口卓、前掲書、P90～95

請負給的支払方式とは、提供された医療の内容によらず、取り扱い件数もしくは登録された人数に応じた均一額を診療報酬として支払うものである。この場合、医療行為を行えば行うほど費用がかかり、必要な医療が提供されない可能性も否定できない。

俸給支払方式は、医療が公営もしくは国営で提供される場合、医師に対し給与の形で支払われるものである。

診療報酬の支払い方式の分類のもう一つの観点として、支払単位をあげることができる。現在行われている支払単位としては、それぞれの医療行為を一単位とするもの、疾病（または疾病群）を一単位とするもの、1日を一単位とするもの、患者を一単位とするもの、一定期間に行われる医療行為すべてを一単位とするもの等があり、後者になるほど包括化がすすむ。医療費抑制のひとつの方法として、支払い単位の包括化があげられており、支払い単位が包括化されるほど、サービス量の予測が可能になるとされ、医療費を抑制する方法として利点があるとされている<sup>43</sup>。

これらのことをふまえ、現在実際に行われている支払方式を整理する。

1つ目は、出来高払い方式である。出来高払い方式は、提供された診察や検査などの医療サービスおよび使用した材料毎に支払がなされ、前述した能率給的支払方式に分類される。

2つ目は、疾病単位の定額払い方式である。これは、一つの疾病に対し提供されたすべての医療について定額で支払がなされる。

3つ目は、1日当たりの定額払い方式で、一人の患者に対し1日に提供されたすべての医療に対し定額で支払がなされ、入院治療などに用いられる。これら2つは、請負給的支払方式に分類される。

4つ目は、人頭払い方式である。これは、請負給的支払方式のひとつであるが、実際の医療の提供の有無を問わず、予め医療機関に対し、登録患者数に応じた定額の診療報酬が支払われるもので、一種の予算制ともいえる。この場合、支払われる報酬と実際に提供される医療サービスの間に直接の関係はなく、医療サービスの提供に対し医師が消極的になる可能性もある。しかし、その一方で患者が発生しないような保健活動を積極的に行うインセンティブともなりうる。

## (2) 診療報酬の決定方式

診療報酬は、医療サービス提供の対価として支払われるものであるが、その内訳は以下の様に分類できる。

一つは、医療サービスを提供するに当たって要した費用である。この費用は、治療に直接かかった医用材料や薬剤費、治療を行った医師やスタッフの人件費等の直接経費と、建物や医療機器の維持費用等、継続的に医療サービスを提供するための維持管理を行うための間接経費に分けられる。もう一つは、社会通念上妥当と考えられる利潤である。これらを一括して診療報酬とする形と、直接費用と利潤のみを診療報酬とし間接費用は診療報酬とは別な形で支払われる形がある。しかし、これを正確に算定することは技術的に非常に難しい作業である。

社会保険では、事前に保険者と医療提供者との間で、被保険者に対して提供される医療サービスの内容や報酬について契約が行われる。この時、何らかの標準的な報酬額が決められる。標準的な報酬額は、保険者自らが決定する場合と、公定的な価格が国により決定される場合がある。前

<sup>43</sup> トーマス・S・ボーデンハイマー、ゲヴィン・グライムバッハ、『アメリカ医療の夢と現実』社会保障研究所 2000年、P 206

者の場合は、提供される医療サービスについて保険者の意向を直接反映することが可能であり、被保険者の特性にもとづいた医療サービスの提供も可能である。後者の場合、保険者毎の主体性は失われ、公定価格を国が意図的に操作することで、間接的に提供される医療サービスを誘導することができる。近年、医療費抑制のひとつの方法として利用されている。

### 第3節 医療保険制度の評価軸

これまで、社会保険方式の医療保険制度を概観してきた。次章以降で、社会保険を基本とした医療保障を行っている日本とドイツの医療保険制度を比較する。両国の制度比較を行うにあたり、その評価軸をここで定義する。

医療保険制度の内容をみたとき、非常に広い範囲が対象となる。例えば、制度運営、保険者、被保険者、給付内容、医療費支払方式、財源等をあげることができる。ここでは、医療保険運営の主体である保険者に着目し、評価軸を定義する。

現物給付をともなう医療保険制度において保険者には、保険運営の基本的機能の他に、医療提供者との医療サービス提供契約にともなう機能と、保険の対象が疾病であることに由来する機能が併せて求められる。それら保険者の機能を五点に整理した清野の規定を用い、評価軸を設定する。具体的な保険者の機能を再掲すると「①保険加入者の募集と保険集団の形成、②医療提供者と契約の締結、③保険料、保険給付の決定と保険料徴収、④医療提供者に対する審査・支払、⑤リスクの把握と管理」<sup>44</sup>の五点である。

第一の「保険加入者の募集と保険集団の形成」機能に関連した評価軸として、保険加入者による保険者の自由な選択が可能であるか、保険運営が民主的に行われているかといった点をあげることができる。

社会保険では社会保障の観点から、ほぼ同一の給付内容が求められる。しかし、保険者による保険給付以外のサービス有無や、事務的運営の良否による保険料の差が生じる。この時、加入者が自由に加入する保険を選べることが重要となる。より保険料が安く、より良いサービスを提供している保険者を、加入者自らが選択するということである。このような保険者間の競争は、事務の効率化と新たなサービスを生み出す源となる。

また保険を運営するにあたり、加入者の意見を生かす仕組みがあるかという点も重要である。加入者による選択や民主的な運営を行うためには、保険運営に関する情報について、開示がなされていることが必須条件となる。

第二の「医療提供者と契約の締結」機能に関連した評価軸として、医療提供者へのアクセス、提供される医療サービスの質の確保とその情報の提供をあげることができる。保険者以外の第三者が、現物給付で専門性の高い医療を提供する医療保険では、アクセスと質の確保は不可欠である。

医療サービスのニーズは、その発生を予想できない上、疾病によっては緊急的な対応も必要である。こうしたニーズに対応するためには、医療提供者へのアクセスが容易であることが求められる。

<sup>44</sup> 清野仁子、前掲書、P33

さらに、情報の非対称性という特有の問題を持つ医療サービスにおいて、その質の確保は重要な問題である。保険者は、医療提供者と契約するにあたって医療サービスの質を確認するとともに、その情報を加入者へ提供し、情報の非対称性を少しでも解消しなければならない。

第三の「保険料、保険給付の決定と保険料徴収」機能に関連した評価軸として、保険者間での保険料の公平性が保たれているか、と保険料、保険給付の対象範囲、給付にともなう負担金が適切であるか、をあげることができる。

社会保険方式をとる医療保険は強制加入であるため、保険者は加入者を選別することはできない。さらに、被保険者が支払う保険料は、個々のリスクにもとづかないものであるため、保険集団の特性（高齢者など）によっては給付額が増え、結果的に保険運営が立ち行かなく場合も生じる。この問題を解決するためには、保険集団間のリスク差を均一化し、公平性を確保する仕組みが必要となる。こうした仕組みがない場合、保険者間で保険料に差が生じ、公平性が失われる。

個々の保険料設定にあたっては、応能負担が取り入れられ、さらに被用者の場合、事業主と被保険者で保険料を折半することも行われている。この時、保険料について二つの点を確認する必要がある。一つは、設定された保険料が、被保険者にとって過度な負担となっていないかという点である。これは、特に低所得者層で問題となってくる。一般に、公的扶助の対象者については、医療保険とは別な医療保障制度が用意されているため、公的扶助の対象とならない低所得者で問題となる。もう一つは、事業主の保険料負担がある被用者と、それ以外の者（自営業者や農業従事者など）との間で、保険料に大きな差がないかという点である。被用者の場合、支払う保険料の一部を事業主が負担するため、実質的な負担は軽減される。これに対し被用者以外の者は、保険料のすべてを負担しなければならなくなり、公平性の観点から問題となる。

保険給付の対象範囲については、傷病手当金と予防給付の有無が問題となる。医療保障を目的としているため、医療給付については差がないが、治療・療養中の所得補償である傷病手当金や予防給付について、どこまでを対象としているかは重要な観点となる。

保険料負担と同様に給付にあたっての一部負担金（自己負担）も問題となる場合がある。一部負担金については、次の三つの点を確認する必要がある。一点目は、一部負担金の水準が高く、必要以上に受診を抑制させ、医療保障本来の目的を失わせていないかという点である。二点目は、公平性の点から保険者間で一部負担金の水準に差がないかという点である。三点目は、高額な治療費における一部負担金のあり方という点である。治療が長期化した場合や、高度な治療を行わなければならなくなった場合、治療費は高額となり、自ずと一部負担金も大きくなる。高額な一部負担金は、被保険者（患者）の負担能力を超えてしまう場合も発生する。このような時の一部負担金のあり方も重要な観点となる。

第四の「医療提供者に対する審査・支払」機能に関連した評価軸として、提供された医療サービスの質の確認とその審査事務の効率をあげることができる。

提供された医療サービスの質の確認については、前述したように患者—医師間での情報の非対称性によるモラルハザードが発生し、医療の過剰需要と供給をまねく可能性がある。モラルハザードを防ぎ、保険の効率的な運営を行うためには、提供された医療の内容と質について、保険者が確認する必要がある。しかし、保険者が医療提供者の行う治療内容にまで介入することは、被保険者の利益を侵害する可能性もあるため、保険者による過度な介入は望ましくない。保険者

は、医療提供者および被保険者の双方に対し、審査した内容を公表し、情報の非対称性を解消するよう努めなければならない。

また審査に要する事務の効率性は、保険運営コストに反映するため、いかに効率的な審査を行うかという点も、重要な観点となる。

第五の「リスクの把握と管理」機能に関連した評価軸として、提供された医療サービスと保険集団の傾向分析、それにもとづいた予防事業の展開をあげることができる。

将来的な医療費の抑制をはかり適正な保険運営を継続するためには、効果的な予防事業を行う必要がある。そのためには、提供された医療サービス内容を分析することで保険集団の傾向を特定し、その上で予防事業の対象疾患を絞り、それに対し科学的根拠にもとづく効果的な予防プログラムを提供しなければならない。このような予防プログラムが給付の対象となっているかは、重要な観点となる。

以上、5つの評価軸について整理した。次章以降では、この評価軸にもとづき日本とドイツの医療保険制度を比較していく。

## 第II章 医療保険制度の形成過程

この章では、社会保険創生期から70年代中までの発展期を経て、80年代から始まる医療費の抑制を中心とした制度改革について、ドイツと日本の医療保険制度を比較し、その違いを明らかにする。

### 第1節 医療保険制度の歴史的成立過程

#### 1) ドイツ

社会保険が成立から89年医療保健改革法の施行までの経過を、社会保険に関する法律、保険者および給付の観点で概観する。

##### (1) 社会保険方式による疾病保険の成立

ドイツの社会保険方式による医療保険制度は、1883年のビスマルクの「疾病保険法(Krankenversicherungsgesetz: KVG)」成立によって始まった。疾病保険は、世界で初めての社会保険方式による医療保険である。

疾病保険は、工業及び鉱山労働者(鉱業、製塩場、選鉱場、石切り場、炭坑、工場、鉄鋼場、鉄道、内陸水運業、造船場、建設業、手工業、ボイラーおよび自然の力を利用した動力装置を使用する事業に従事する賃労働者)を対象とした強制加入保険で、労働者3分の2、雇用主3分の1の費用を負担し疾病金庫を設立し、病気(業務上の病気やけがも含む)により賃金を獲得することができなくなった労働者に対し、医療の現物給付(診療、入院、薬剤)と傷病手当金及び出産手当金を支給するものであった。保険料は、被保険者の負担能力に応じて算定される応能負担であった。

ドイツでは、以前から労働者の相互扶助としての共済組合が存在しており、ビスマルクはこれに法的な強制力を与え一般化し、社会保険として導入をはかったのである。共済組合は、疾病保

險法成立前の1876年の時点で、12,000組合、組合員総数は200万人を越えていた。共済組合は、企業ごと又は職域ごとに設立され自治的な運営がなされていたが、その多くは労務管理の観点から事業主により設立され、その費用の一部も事業主により拠出されていた。疾病保険では、この共済組合を疾病金庫へと改め、保険の運営に当たらせた。また、疾病保険法では、疾病金庫の運営に対し、被保険者（労働者）の参加を認めている。

設立当初は、工場及び鉱山労働者を被保険者としていた疾病保険は、1892年法改正で弁護士などの法曹事業や郵便・電信事業に就業する賃労働者、1903年法改正では商業の店員や店員見習等に保険加入義務を科し、保険の適用範囲を拡大した。以上の被保険者に保険を提供する疾病金庫として、地区疾病金庫（Ortskrankenkasse）、企業（工場）疾病金庫（Betriebs-(Fabrik-)Krankenkasse: BKK）、建設業疾病金庫（Baukrankenkasse）、インヌング疾病金庫（Innungs-krankenkasse: IKK）の四つが認められた。また、保険加入の義務を負っているが、これらの疾病金庫のいずれの構成員資格を有していない者のために、ゲマインデ疾病保険（Gemeinde Krankenversicherung：地域共同体による医療保険）も設けられ、これらに加え一定条件に該当する者が加入できる扶助金庫（Hilfskasse）も設けられた。疾病金庫の設置は強く職域を意識したもので、その運営は各金庫の規約により行われた。そして、疾病金庫運営への被保険者の直接参加機会を増やすべきとの観点から、一定規模以下の疾病金庫では代議員総会における直接民主制の導入を行っている。

疾病保険は成立の時点で、疾病金庫の自治的な運営と被保険者（労働者）参加、保険料の事業主負担が盛り込まれている。また給付は、現物給付制の医療給付と所得補償としての傷病手当金である。

当初の疾病保険の給付対象は、業務上の病気やけがを含むものであったが、1884年「労働者災害保険法」が成立し、業務上の災害は疾病保険から分離された。さらに1889「年障害及び老齢保険に関する法律」が制定され、3つの社会保険立法が実現された。

## （2）ライヒ保険法の成立と社会保険の拡大

1911年これら三つの法律を一つにまとめた、世界で初めての包括的な社会保険に関する法律である、「ライヒ保険法（Reichsversicherungsordnung: RVO）」が制定された。

ライヒ保険法（RVO）の中で、疾病保険法における問題の解決も盛り込まれた。疾病保険法（KVG）では、疾病金庫の組織単位を同一職種で構成することを原則としたため、小規模な疾病金庫が多数設立され、その結果、財源規模が小さいため実際の給付を行えないという金庫破産が多数発生した。財源規模の拡大と小規模金庫の乱立を防ぐため、ライヒ保険法（RVO）では、保健担当機関である疾病金庫の独立した法人格を規定する一方で、金庫の監督行政庁を従来のラント政府又はゲマインデ当局から、ライヒ保険局（Reichsversicherungsamt: RVA）へと移している。また、金庫の大規模化に対応し、代議員総会も直接民主制から間接民主制へと原則を改めている。

小規模疾病金庫を整理する一方で、保険加入義務者については、農業従事者及び林業労働者や、家内工業従事者へと、拡大がはかられている。さらに、ライヒ保険法と時を同じくして、「職員保険法」が制定され、一定額の報酬を超えない賃金又は給与を得る事務・技術系職員にも、労働者と同様の社会保険が創設された。

疾病金庫の規模の再編により、職域原則にもとづく地区疾病金庫（Ortskrankenkasse）は、

地域単位の被用者を対象とした一般地区疾病金庫 (Allgemeine Ortskrankenkasse: AOK) に改組され、建設業疾病金庫 (Baukrankenkasse) は廃止された。また、ゲマインデ疾病保険も廃止され、扶助金庫 (Hilfskasse) は代替金庫 (Ersatzkasse) に改組されている。保険加入義務が拡大されたことを受け、地域単位の農業疾病金庫 (Landkrankenkasse) の新設や、インヌング疾病金庫の維持が規定された。その結果、1911年当時2万2000の金庫が存在していたが、1914年には13500と金庫数は8500も減少した。

ライヒ保険法 (RVO) 制定以後、第一次世界大戦 (1914~1918) の勃発、皇帝の退位 (1918)、ワイマール共和国の成立 (1919) と国家の環境は激変した。1919年には、「ワイマール憲法 (Weimarer Reichsversicherung: WRV)」が制定された。

ワイマールの時代になっても、保険加入義務者の拡大がはかられ、1919年にはライヒ、ラント、その他の地方公共団体の事業ないし公企業に就業する非官吏身分のうち官吏と同じ保障を受けない者、銀行や保険会社の職員、1927年には教育、教授、介護、福祉事業等にたずさわる職員にも保険への加入義務を課した。また、職員保険法による加入義務の限度額も次第に引き上げられ、対象者の拡大がはかられた。給付については、出産手当の被扶養者家族への拡大適用や、家族介護給付が導入され充実がはかられた。また、ワイマール憲法 (WRV) では、被保険者による自治が明文化され、疾病金庫運営における独立性はさらに高まった。

一方、疾病金庫への保険強制加入者の拡大にともない、医療の供給側である医師は疾病金庫と契約する金庫医になる以外の選択肢は失われ、医師の権利と利益を守るため、1931年、公法上の団体として金庫医協会が創設されている。疾病金庫による保険診療を行う医師は、金庫医協会に加入することが義務づけられ、金庫医協会は各医師に代わり疾病金庫との総体契約を締結する権限が与えられていた。

疾病保険の拡大と給付の拡充、疾病金庫の自治がはかられたワイマールの時代は、ベルサイユ条約による巨額な対外債務と国内の失業問題、世界恐慌 (1929年) により幕を閉じることになる。

### (3) 第二次世界大戦と2つのドイツ

1933年ヒトラーが首相に就任し、ナチス政権による支配がはじまった。ナチス政権は金庫の自治に対し、ナチスの基本的なイデオロギーである「指導者原理」に反するとの理由から、一貫して否定的な態度を採った。1933年、反ナチス系役員の疾病金庫からの排除を行うとともに、金庫運営の健全化を名目として国家監督官を疾病金庫へと派遣した。これにより、疾病金庫は実質的に国家管理下に置かれることとなった。続く1934年「社会保険の再建に関する法律」を制定し、疾病金庫の自治を法的にも認めないものとした。また、第二次世界大戦に向けて国家財政を拡充するため、疾病金庫から国家に対し多額の貸し付けが行われた。

ナチス政権は、疾病金庫の自治に対しては否定的な政策を採ったが、戦争遂行に必要な医療給付に関しては充実をはかった。外来診療の給付期間制限の撤廃や、母性保護援助の給付等である。また1941年には、年金受給者の医療保険が創設された。

1945年5月ナチスドイツは連合国に対し無条件降伏し、アメリカ、イギリス、ソ連、フランスの4カ国による分割占領がなされた。戦争による財産消失と国家への多額の貸し付けが無価値となったことにより、疾病金庫財政は破綻し保険業務の遂行が不可能な状態となってしまった。

疾病保険は、それぞれの占領地区ごとに独自の規定により再建が試みられた。しかし、1948

年のソ連によるベルリン封鎖により、ドイツは西側と東側の2つ分断されてしまう。1949年、アメリカ、イギリス、フランスの占領地区では、新たな憲法として「ボン基本法（Grundgesetz: GG）」が制定され、ドイツ連邦共和国（Bundesrepublik Deutschland）が誕生した。一方、ソ連占領地区には、ドイツ民主共和国（Deutsche Demokratische Republik）が設立された。

#### （4）戦後復興

ドイツ連邦共和国ではボン基本法（GG）のもと、分割占領期に独自規定により分断された疾病保険の修復が行われた。ナチス政権により剥奪された疾病金庫の自治権は、1951年「社会自治復活法（Selbstverwaltungsgesetz: SVwG）」の成立により、回復された。これにより、労使同数の原則を取り入れ、被保険者と使用者による疾病金庫の自主管理が導入されるとともに、1934年から行われてきた疾病金庫の新規設立の凍結も解除された。

1955年に「疾病金庫連合法」が改正され、公法上の法人として、州連合会と連邦連合会が位置づけられ、加盟疾病金庫の支援のほか、「保険医法（Gesetz für Kassenartzrecht: 1955）」における公法上の法人である保険医協会との間で、包括契約を締結する権限が与えられた。1956年には、「年金受給者の医療保険に関する法律（Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner）」が制定され、現役時代の最後に加入していた疾病金庫の被保険者として、保険料は年金保険者が負担することとなった。このように50年代は、現在のドイツ疾病保険における基本的な仕組みが確立するとともに、保険加入義務者の拡大がはかられた。

これに続き、給付の改善がはかられた。1957年「疾病時における労働者の経済的保障の改善に関する法律」が制定され、疾病時の経済的な保障である傷病手当金が改善された。その後、1969年「疾病時における労働報酬継続支給に関する法律」が制定され、使用人は労働者に対し疾病により労働不能となった最初の6週間について賃金を継続して支払うこととなる。これにより疾病保険は、被保険者に対し経済保障を行う意義が低下し、必要な医療給付を行うことが中心的な役割となっていく。

#### （5）第二次医療保険改正法と疾病保険の拡大

1969年、これまで続いてきたキリスト教民主同盟（Christlich-Demokratische Union Deutschlands: CDU）・キリスト教社会同盟（Christlich-Soziale Union: CSU）とドイツ社会民主党（Sozialdemokratische Partei Deutschland: SPD）の大連立政権に代わり、ドイツ社会民主党（SPD）及びドイツ自由民主党（Freie Demokratische Partei: FDP）が政権を担うこととなった。ドイツ社会民主党の政策により、疾病保険適用者の範囲が拡大されるとともに、給付水準とその内容の向上がはかれた。

1970年「第二次医療保険改正法（Zweites Krakenversicherungs-Änderungsgesetz）」が制定され、職員の保険加入義務の限度額の引き上げが行われるとともに、加入義務の無い職員も任意加入できることとし、その場合、事業主に対し最高2分の1までの保険料補助を請求できることとした。また自営業者も任意加入できることになった。さらに特定疾病の早期発見のための予防給付が始まった。

1972年「農業経営者の医療保険に関する法律（Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte）」にもとづき農業疾病金庫が創設され、農業経営者、その家族従事者及び農業経営退職者も、保険への加入義務が課された。

1973年「医療保険給付改善法」(Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung)が制定され、入院療養費の期間制限の撤廃、被保険者が入院した場合の家事援助給付及び子供の病気の世話をするために休業したときの傷病手当金の導入が行われ、給付の改善がはかられた。1974年「リハビリテーション給付の同一化に関する法律」が制定され、リハビリテーション給付が行われると共に、リハビリテーション期間中の社会保険料の補填がなされることになった。

1975年には「障害者社会保険に関する法律」と「学生疾病保険に関する法律」が制定され、障害者、学生も保険加入義務者となった。

このように70年代に入りドイツ経済の高度成長を背景に、疾病保険への加入義務は国民の8割以上にまで拡大され、予防給付や家事援助給付等、国民の生活水準に見合った給付がなされるよう改善された。

#### (6) 医療費抑制政策の始まり

第二次世界大戦後、ドイツ経済は奇跡の復興を遂げた。それにともない50年代から70年代にかけて、疾病保険の加入義務者の拡大と給付の拡充が行われた。しかし、第一次オイルショック(1973年)以後の長期にわたる景気低迷と、医学の進歩による診療費の高額化、加入義務者拡大による給付増大が重なり、疾病保険財政は急速に悪化した。これまでの保険加入対象者の拡大と給付の拡充という政策を転換し、疾病保険財政改善を目的とした政策が選択された。

1977年「疾病保険費用抑制法(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz: KVKG)」が制定され、医療の需要側である被保険者に対する費用抑制策が開始された。疾病保険費用抑制法(KVKG)では、保険支出と保険料収入の均衡をはかるため、保険支出の伸びを被保険者の賦課対象である基本賃金総額の伸びに合わせることでとされた。同法により、薬剤の一部負担金の導入、歯科補綴他の給付の縮減が行われた。

また、疾病金庫、医療関係団体、連邦、州、地方自治体などから構成される国民保健協調行動会議(Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)が設けられ、診療報酬の引き上げ幅に対する勧告が行われると共に、疾病金庫間で異なっていた診療報酬規定の統合がはかられた。

同法についてもう一つ注目すべきことは、疾病金庫間の負担調整制度が導入されたことである。これは、疾病金庫間の財政格差を是正するために、財政状態が悪い疾病金庫に対し、他の疾病金庫から財政調整負担金を徴収し補填するものである。

80年には疾病保険費用抑制法(KVKG)の効果は早くもなくなり、82年にはさらなる医療の需要側に対する費用抑制策を講じるため、「費用抑制補完法(Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz)」が施行され、給付の縮減、一部負担金の強化が行われた。

これと時を同じくして、入院療養費の分野における費用抑制を目的とした「病院費用抑制法(Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz)」も施行された。これは、医療供給面から病院医療費を抑制しようと試みたものであり、疾病金庫及び病院に対し、病院計画を通じ州の関与を強めるものであった。また、大型医療機器の導入に関してもコントロールがなされた。

費用抑制補完法や病院費用抑制法による需給両者に対する費用抑制が行われたが、期待された疾病保険財政の安定は実現しなかった。

82年、ドイツ社会民主党(SPD)及びドイツ自由民主党(FDP)の連立政権に代わり、キリ

スト教民主同盟（CDU）・キリスト教社会同盟（CSU）と自由民主党（FDP）の連立政権が誕生したが、前政権の費用抑制政策を引き継いだ。そのため、「1983年予算随伴法（Haushaltsbegleitgesetz 1983）」が制定され、年金保険者の負担を軽減するため、年金受給者から保険料の徴収が始まった。続く「1984年予算随伴法（Haushaltsbegleitgesetz 1984）」では、年金保険者に加え失業保険にも同様の措置がとられた。

一方供給側に対しては、1985年「病院財政再編法（Krankenhaus-Neuordnungsgesetz）」、1986年「連邦医師法」改定、1986年「保険医需要計画改善法」と、病院経営の合理化や保険医数のコントロールを行ったが、その効果は持続せず、対症療法の域を出ないものであった。

これら費用抑制策の結果、平均保険料率は12%（1982年）から11.5%（1984年）に一度下がったものの、1986年には再び12%を越え、1988年には13%近くまで上昇した。さらに被保険者の自己負担は増加し続け、1986年には10年前の2倍を越える56億マルクに達し、被保険者への費用転嫁が進められた。こうしたことから、対症療法的な費用抑制政策には限界があり、制度の抜本的な改革が必要となった。

#### （7）医療保険構造改革法

1977年から始まった一連の費用抑制政策の限界が明らかとなり、包括的な医療保障の構造改革を行い、制度的な欠陥の是正を行するための立法的な措置は不可欠のものとして、政府をはじめ議会、疾病金庫、保険医、医師に広く受け入れられた。しかし、ここでいう構造改革とは、社会連帯にもとづくシステムの再構築を行うことあり、疾病保険における「連帯原則」、「自主管理原則」、「分立した保険者」という基本原理を変えず、全く新たなシステムを導入することではなかった<sup>45</sup>。

1988年「医療保健改革法（Gesundheitsreformgesetz: GRG）」が制定され、翌年から施行された。医療保険改革法（GRG）により、疾病保険はライヒ保険法（RVO）から分離され、疾病予防措置やリハビリテーション給付を加えた保健制度として、社会法典第五編（Sozialdgesetzbuch-Gesetzliche Krakenversicherung: SGB V）に編入された。医療保健改革法（GRG）は、①保険料率安定の原則の確立、②経済性の認識の醸成、③給付配分の効率化、④医療従事者間及び金庫間の競争醸成、⑤質の確保、が目的とされた。

被保険者に対しては、一部負担金の引き上げと給付の縮減による費用抑制策が中心で、薬剤の定額給付制が導入され、定額を上回る薬剤費は被保険者の負担となった。その一方で、要介護者の増加や疾病構造の変化に対応する、介護給付や予防給付の充実がはかられた。

医療機関に対しては、診療の経済性の審査を行うための監査制度の充実がはかられた。疾病金庫に関しては、これまで、任意で行われてきた同一州内同種金庫間の財政調整を義務化すると共に、特に財政状態の悪い金庫への連邦レベルでの任意調整が規定された。強制保険加入者についても見直しを行い、職員と同様に労働者についても、報酬がある一定額を超えた者については、保険加入義務が外された。これまでとられてきた、強制加入者の拡大は、ここにきて見直されたのである。

しかし、金庫の選択を行えるのは、保険加入義務が外された一部の者でしかなく、疾病金庫間競争を基本とした金庫間格差の是正は極めて限定的なものであった。疾病金庫の加入者構成の違

<sup>45</sup> 松本勝昭、『ドイツ社会保障論 I — 医療保険 —』信山社 2003年、P 32

いによる保険料格差は、依然として残されたままであった。医療保健改革法（GRG）による改革の効果は、わずか1年あまりしか続かず、1990年には再び医療費の上昇が著しくなり、新たな対策は必要となった。

## 2) 日本

健康保険法の成立から平成2（1990）年度改正までの経過を、社会保険に関する法律、保険者および給付の観点で概観する。

### (1) 健康保険の成立

日本の社会保険方式による医療保険制度は、1922（大正11）年の「健康保険法」の成立に始まる。その背景には、産業の急速な近代化と過酷な労働条件下による低賃金と長時間労働、第一次世界大戦後の不況による大量失業者の発生、労働争議の多発による労使関係の悪化があげられる。明治中期にも、ドイツの疾病保険法（1883年）の影響を受け、日本の「疾病保険法案」の作成が試みられたが、制定までには至らなかった。こうした社会情勢を背景に、労働者の保護と労使関係の改善、国内産業の発展を目的とし農商務省によって立案されたものであった。

健康保険法の最大の特徴は、業務外だけではなく業務上の疾病も給付の対象としたことである。現在の健康保険に労働災害保険を加えたものといえる。健康保険法では、工場法（常時10人以上の雇用）又は鉱業法適用事業の常用労働者及び年収1200円以下の職員を強制被保険者、これに加え一定事業の労働者を任意包括被保険者とした。保険者は、政府の他、事業主により設立される健康保険組合で、健康保険組合は自主的な運営が認められた。健康保険の運営は、労働者及び事業主が拠出する保険料と、国庫負担で賄うこととされた。国は、被保険者一人当たり2円を限度とし、保険給付の1/10を負担した。また保険料は、労使折半とされた。

保険給付は、被保険者本人のみとされ、業務内外の疾病・負傷の治療療養に必要な療養費、療養のために休業した場合の傷病手当金、死亡した時の埋葬料、分娩した場合の分娩費及びその休業期間の出産手当金である。療養費は現物給付が原則とされ、保険者と医師会の契約により療養給付を委託した開業医が行った。療養費の支給期間は180日とされた。

1922（大正11）年に制定された健康保険法は、翌年に発生した関東大震災の影響を受けその準備が遅れ、実際に施行されたのは1927（昭和2）年1月1日であった。

法施行後、世界恐慌（1929年）と不況に見舞われ、健康保険は財政危機を迎えたが、満州事変（1931年）を契機に恐慌を脱し、財政も好転し始めた。

1934（昭和9）年、被保険者の範囲拡大を目的とした、最初の健康保険法改正が行われた。この改正では、従来の事業所に加え、常時5人以上の従業員を使用する製造業、鉱業、電力電気業、鉄道業、陸上旅客運送業を強制適用事業所とされた。また、強制適用事業所と同じ業種で5人未満の従業員を使用する事業所と、土木、建築、貨物積卸しの事業所が任意包括被保険者とされた。

### (2) 国民健康保険法の成立

世界恐慌（1929年）は、国内経済に大きな打撃を加え、その影響は農村部にまでおよんでいた。医療費は高く、その支出は家計に大きな負担を与え、これを解決することが急務とされた。また、地方部における医師の確保も大きな問題となっていた。

これらの問題を解決すべく、1938（昭和13）年「国民健康保険法」が成立、施行された。国

国民健康保険は、地域（市町村）を単位とする任意設立の国民健康保険組合を設立し、住民の相互扶助をもとに、医療問題の解決をはかるものである。

国民健康保険は、被用者以外当該地域に居住する者（世帯単位）を対象とした任意加入の医療保険制度である。保険者は、市町村の区域単位に設立される普通組合と、同一の事業または同種の業務に従事する者を組合員として設立される特別組合である。組合の運営は、被保険者からの保険料と、国、都道府県及び市町村からの補助金によって賄われる。

給付は、療養給付と死亡時の葬祭給付、分娩に対する助産給付であったが、後者の2つは任意とされた。また、療養給付についても、療養費の半額のみが対象とされ、健康保険に比べるとその内容は劣っていた。

時を同じくして、結核の蔓延、国民栄養状態の不良、体位・体力の低下等への対策として、国民保健の向上と福祉の増進を目的とする「厚生省」が創設された、その後の社会保険制度の中心となっていく。

医療保険を被用者以外にも広げたという点で、国民健康保険法は画期的であったが、当初の目的とは別に、日中戦争（1937年）の戦時体制下、兵力のための国民体位の向上と維持という国策があったことも忘れてはならない。

### （3）健康保険の拡大

国民健康保険法が施行された翌年の1939（昭和14）年、「船員保険法」と「職員健康保険法」が制定された。

船員保険は、船員を対象とした、医療保障のみならず老齢・障害を給付の対象とする総合的な保険制度である。保険者は政府とし、被保険者と船舶所有者の折半による保険料による運営されるが、長期給付（老齢年金）に要する費用の1/5と事務費は国が負担する。

給付は、療養給付、傷病手当金、養老年金、障害年金、脱退手当金、死亡手当金である。

船員保険は、保険者が政府のみであることや年金給付を含むなど、他の健康保険制度とは、大きく異なる特徴を持っている。これは、戦時下における海運政策として、海上労働力の質と量の確保が求められ、海上労働の職業としての特殊性に対応し、制定されたからである。

職員健康保険は、これまで健康保険又は国民健康保険の対象とならない、給与生活者や商店使用人を対象としたものである。職員健康保険法では、常時10人以上の従業員を使用する物品の販売、保管、賃貸、金融、保険、媒介、周旋、案内、広告、電気供給等の事業に従事する給料生活者や商業使用人を被保険者とした。保険者は、政府又は健康保険組合とした。既存の健康保険の適用拡大ではなく、新たな制度を設立した背景として、職員と工具は違うといった観念があったことによる。

給付は、療養費、傷病手当金、出産手当金等と健康保険の姉妹制度といえるが、家族への任意給付が設けられた。家族への任意給付は、同年に改正された健康保険法にも、盛り込まれた。療養費の給付に当たっては、現金給付がとられ、2/10の一部負担制が採用された。療養給付は、他の制度では自己負担無しの現物給付がとられているため、職員健康保険の特徴の一つである。また、診療報酬に関しても、厚生大臣が定める点数表による点数単価方式を採用した。

職員健康保険法の施行にともない、非現業の政府職員が医療保険制度から取り残されることとなり、1940（昭和15）年「政府職員共済令」が制定され、共済組合を設立し健康保険と同様の給付を行うこととなった。さらに1941（昭和16）年「教職員共済組合令」が制定され、市町村

立小中学校及び幼稚園の職員を対象とした教職員共済組合ができた。

#### (4) 戦時下における改正

1941(昭和16)年末に始まった太平洋戦争は、健康保険制度にも大きな影響を与えた。戦時体制下では、国民の資質と体力の向上、人口の増加が基本国策とされ、健康保険の拡充と再編もその一つとされた。

これを受け1942(昭和17)年、健康保険法が改正された。改正の内容は、健康保険と職員健康保険の統合、健康保険の被保険者の範囲拡大、保険給付の拡充、療養給付の一部負担の導入、保険医及び診療報酬の制度改定である。

この改正で、常時5人以上の事業所職員や法人・団体の事務所従業員も被保険者とされ、報酬額1800円以上の者にも任意加入が認められた。家族給付が法定給付とされ、分娩費が配偶者にも支給されることとなった。また結核の延長給付も法定給付とされた。保険医は地方長官の指定制され、診療報酬は厚生大臣が定める公定制とされた。

健康保険法改正に合わせ、国民健康保険法も改正された。この改正で、これまで任意設立であった国民健康保険組合について、地方長官が必要と認める時、その設立を命じることができるようにしたと同時に、強制設立組合には組合員として資格のある者すべてが組合員とならなければならないこととされた。また、特別組合についても強制加入を命じることができることとした。保険医も健康保険法と同様に、地方長官の指定制とされ、診療報酬も主務大臣が定めることとされた。

これらの健康保険法改正及び国民健康保険法改正で、皆保険制、療養給付における一部負担、保険医の強制指定と統制的な診療報酬といった今日の基本的な枠組みがつくられた。しかし、戦局が悪化する中、被災や疎開による事業所閉鎖にともなう被保険者の激減、医師や医薬品不足による保険診療の停止等、健康保険及び国民健康保険は機能不全に陥っていく。

#### (5) 戦後復興と皆保険制

1945(昭和20)年8月、日本は終戦を迎える。医療物資不足による医療費の高騰や被保険者の減少により、健康保険組合及び国民健康保険組合は、破綻寸前もしくは事業停止状態に追い込まれていた。戦後復興を行う上で、健康保険及び国民健康保険の再建は急務とされた。戦前の制度が解体される中、健康保険及び国民健康保険制度は、継続された。

1946(昭和21)年11月「日本国憲法」が制定され、国民生存権の保障と社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上及び増進が国の責務とされた。新憲法のもと、1947(昭和22)年「労働者災害補償保険法」が制定され、これまで健康保険の給付対象となっていた業務上の疾病が分離され、健康保険は業務外の疾病のみを扱うものとなった。療養給付の一部負担金については任意制とされた。また法定主義の原則にもとづき、被保険者の資格や適用事業所の範囲、保険料率、給付内容や支給条件等も法律に定められることとなった。保険医についても強制指定制から任意指定制に改められた。診療報酬の審査・支払い事務を効率的に行うため、1948(昭和23)年「社会保険診療報酬支払基金法」制定され、社会保険診療報酬支払基金が設立された。1953(昭和28)年には、日雇い労働者を対象とした「日雇労働者健康保険法」が制定されるとともに、健康保険法の改正を行い適用事業所の拡大と療養給付期間の延長が行われた。

また、1948(昭和23)年には「国家公務員共済組合法」、1953(昭和28)年には「私学学校教

職員共済組合法」が制定されている。

一方、国民健康保険も1948（昭和23）年に改正され、原則として市町村が自ら事業を行うよう改められた。また世帯主のみならず、世帯員も被保険者となることが義務づけられた。1951（昭和26）年には、保険料は目的税である国民健康保険税に改められたが、徴収率は上がらず赤字財政が続いたため、1953（昭和28）年療養給付に対する国庫補助制度が確立した。

1955（昭和30）年に入ると、経済は戦後の復興段階を終え、新たな経済成長の段階を迎えた。しかし、依然として総人口の1/3が医療保険の未適用者であり、国民皆保険の実現が求められていた。その一方で、医師の診療報酬の単価引き上げ要求、不正請求や架空請求、被保険者の受診増により、健康保険及び国民健康保険の財政状態は依然として改善されなかった。

こうした状況を受け、1956（昭和31）年社会保障制度審議会は、「医療保障制度に関する勧告」の中で皆保険制度の確立を示唆し、年次計画による国民健康保険の強制実施、5人未満事業所を対象とする第2種健康保険の設立、7割への医療給付水準の引き上げなどを勧告した。

この勧告を受け、1958（昭和33）年「新国民健康保険法」が制定、翌年から施行された。同法では、医療保障は国の責務であるとの立場から全市町村に対し国民健康保険事業を義務づけた。また、他の健康保険に加入していないすべての住民を強制被保険者とし、健康保険の適用を受けない5人未満の零細企業の被用者もその対象とした。給付は、一律最低5割とされ、財政の状況に合わせその内容の向上を図れるものとした。さらに、国の財政責任も明確にされた。

新国民健康保険法により、全市町村が国民健康保険事業の実施義務を負う、1961（昭和36）年4月、すべての国民がいずれかの保険に加入し医療保障を受ける、皆保険制度が確立した。

#### （6）給付の改善と保険財政の悪化

皆保険制達成後も、医療保険制度の整備が続いた。1962（昭和37）年「地方公務員等共済組合法」制定、翌年の1963（昭和38）年には、健康保険、国民健康保険ともに療養給付の給付期間の撤廃が行われた。1968（昭和43）年には、国民健康保険の世帯員を含むすべてに対し、7割給付が実現された。

皆保険制の達成と給付の充実は、国民の医療水準を上げると共に医療費の負担を軽減したが、その一方で保険財政の悪化をまねいた。これに対応し、1966（昭和41）年から健康保険法改正から、保険料の引き上げ、国庫負担の導入、一部負担金の増額、薬剤費一部負担金の導入などを行ったが、対症療法の域を出るものではなく、保険財政を改善するまでには至らなかった。

これまで、給付の改善、保険料率の改定などが随時行われてきたが、制度間における格差は依然として存在するとともに、各保険者は財政的な問題を抱えていた。これらの問題を解決するために、抜本的な改革の検討がなされたが、利害関係者の調整が不調に終わり、成立には至らなかった。

しかし、1972（昭和47）年の老人医療の無料化を実現した「老人福祉法」改正により、再び給付の改善を中心とした制度改正へと方向が転換される。これを受け1973（昭和48）年、家族給付7割への引き上げ、家族高額療養費制度創設、国庫補助の定率化、を内容とする健康保険法改正がなされた。国民健康保険についても、高額療養費制度が創設される共に、日雇労働者健康保険も改正がなされ、給付内容の改善が図られた。

1973（昭和48）年の健康保険法改正は、給付の改善を中心を置くものであったが、1980（昭和55）年には保険財政の建て直しを中心とした改正がなされた。一部負担金の増額、保険料率の

引き上げ、国庫補助率の引き上げ、入院時の家族給付8割への引き上げが主な内容である。この改正により、これまで赤字が続いてきた政府管掌健康保険組合は黒字に転化した。

#### (7) 老人保健法と医療保障政策の転換

1972(昭和47)年の老人福祉法の改正による老人医療費の無料化は、老人医療費の急速な増大をまねいた。第一次オイルショック(1973)を契機に、国内の経済は悪化し、財政事情も一変した。特に老人加入者の多い国民健康保険の財政状態は深刻な状態であり、現状のまま推移すれば制度そのものが破綻する危機に直面していた。老人医療費増大の背景には、無料化によるはしご受診や、医療機関側の過剰診療・検査、投薬といった乱診乱療といった構造的な問題もあり、早期の是正が望まれた。また、1981(昭和56)年に設置された、第二次臨時行政調査会もこうした動きを後押しすることとなった。

これらを受け、1982(昭和57)年「老人保健法」が制定された。老人保健法では、70歳以上の老人医療の無料化を打ち切り、一部負担金の導入を行った。また、その費用の負担を国2割、都道府県と市町村で1割、保険者7割とし、保険者負担分については各制度における老人加入者割合の違いによる負担の不均衡を生じないように、全体の1/2を各保険者の老人医療費に比例して按分し、残りの1/2については各保険者の加入者数に比例して按分することとした。この各保険者負担分は、老人保健拠出金と呼ばれ、後に保険財政に大きな影響を与えることとなる。この他に、40歳以上の者に対象とする保健事業(健康診査、健康教育、健康相談等)を市町村が行うことも盛り込まれた。

老人保健法の制定を受け、老人の診療報酬についても新たな考えが導入された。入院医療から地域・在宅医療への転換の促進と日常生活指導の重視、老人病院の診療報酬の適正化を目的とし、点数の大幅な包括化や老人病院に対する特別診療報酬の設定が行われた。

これまで適用の拡大と給付の改善、患者負担の軽減という医療保障政策は、老人保健法の成立により医療費の抑制と保険財政再建へと大きく転換されたのである。

#### (8) 医療費抑制施策の始まり

昭和50年代に入り、経済成長率が鈍化したあとも、国民医療費は増加し続けた。国の財政も1981(昭和56)年度から一段と悪化したため、第二次臨時行政調査会が答申した歳出抑制策を受け入れ、翌年からゼロシーリング、マイナスシーリング予算となり、医療費の大幅な削減が求められた。

1984(昭和59)年の健康保険法改正に向け、国民医療費の伸びを国民所得の伸び率程度にとどめるという新たな方針を立てられた。そして、医療費の適正化、医療保険における給付の見直し、医療保険制度の合理化による負担の公平化の三つを柱とした改正を行う。この改正は、これまで10割給付を行っていた被保険者本人に対し1割負担の導入、高度医療や特別サービスと保険給付の調整をはかる特定療養費制度の導入、日雇労働者健康保険の健康保険への取り込み、退職者医療制度の創設、国民健康保険における国庫負担率の引き上げ、を内容とするものである。

1986(昭和61)年、老人医療費において、各保険者が加入者数に比例した按分50%の段階的な見直し、老人保健施設の創設を内容とした、老人保健法の改正が行われた。この加入者按分は、1990(平成2)年の改正で100%に引き上げられた。

国庫補助率の引き上げ、老人保健法の制定・改正、老人保健拠出金の加入者比例按分の引き上

げと、国民健康保険の財政負担を軽減する様々な措置をこれまでとってきたが、国民健康保険の財政基盤における基本的な問題を解決することはできなかった。それは、低所得者及び高齢者の加入割合が高く、小規模な保険者（市町村）によって運営されているという構造的なものである。こうした状況を受け、国民健康保険制度の安定を図るため、保険者の負担を軽減し、国庫補助の充実を柱とする国民健康保険法改正が1990（平成2）年に行われた。

また、医療供給面からの量的規制を行う地域医療計画を柱とする、第一次医療法改正（1985年）が行われた。この改正は、病院の新設を実質的に制約するもので、これまで医療供給に関する政策を転換するものであった。

## 第2節 医療保険制度の概要

ここでは、社会保険方式によるドイツと日本の医療保険制度の概要を、保険者、財源、保険給付、支払方式の4つの観点でまとめる。

### 1) ドイツ

ドイツの医療保険制度は、社会法典第五編（SGB V）に規定される。ここで、公的医療保険について「連帯共同体としての医療保険の役割は、加入者の健康を維持し、回復し、あるいはその健康状態を改善することにある。加入者も自らも健康に対して責任を持たなければならない。つまり加入者は、健康を意識した生活態度、予防事業への早期参加及び治療とリハビリへの積極的参加により、疾病と障害の発生を防ぎ、その結果に打ち克つよう努めなければならない。疾病金庫はその際、啓蒙、相談及び給付により加入者を援助し、健康的な生活環境を目指さなければならない。」と定義している。

ドイツの医療保険制度の運営は、①連帯性の原理、②現物給付の原則、③制度の分立、④自主管理の原則、の歴史的経過により生まれた4つの原則にもとづき行われている。

ここでは、1989年の医療保健改革法（GRG）施行時の医療保険制度を概観する。

ドイツの医療保険制度の全体の仕組みは、[図1](#)に示す。

#### (1) 保険者

ドイツ医療保険制度は、独立した組合により疾病保険の運営が行われる、組合管掌方式をとっている。保険の運営主体である保険者は、疾病金庫が当たる。疾病金庫は、公法人として認可された団体であり、自主管理組織による自治的な運営が行われる。1886年の疾病保険法（KVG）により既存の共済組合を改編した疾病金庫は、長い歴史の中で再編を繰り返しながら、現在は大きく8種類に分かれている。強制保険加入者が加入する疾病金庫は、就業している職域に強く依存している。

8種類の疾病金庫は以下のとおりである。一定の地域住民と他の疾病金庫に加入していない強制保険加入者を対象とした、「一般地区疾病金庫（AOK）」、一定規模以上の企業の労働者を対象に使用者によって設立される「企業疾病金庫（BKK）」、手工業者の同業組合の職人を対象とした「インヌング疾病金庫（IKK）」、自営の農業者及びその家族従業員を対象とした「農業疾病金庫（Landwirtschaftliche Krankenkasse: LKK）」、海上船舶乗務員を対象とした「海員疾病金庫（Seekrankenkasse: Seekk）」、鉱山従業員を対象とした「連邦鉱山従業員組合（Bundesknappschaft: Bkn）」、定款に定める労働者を対象とした「労働者代替金庫（Ersatzkasse für Arbeiter:

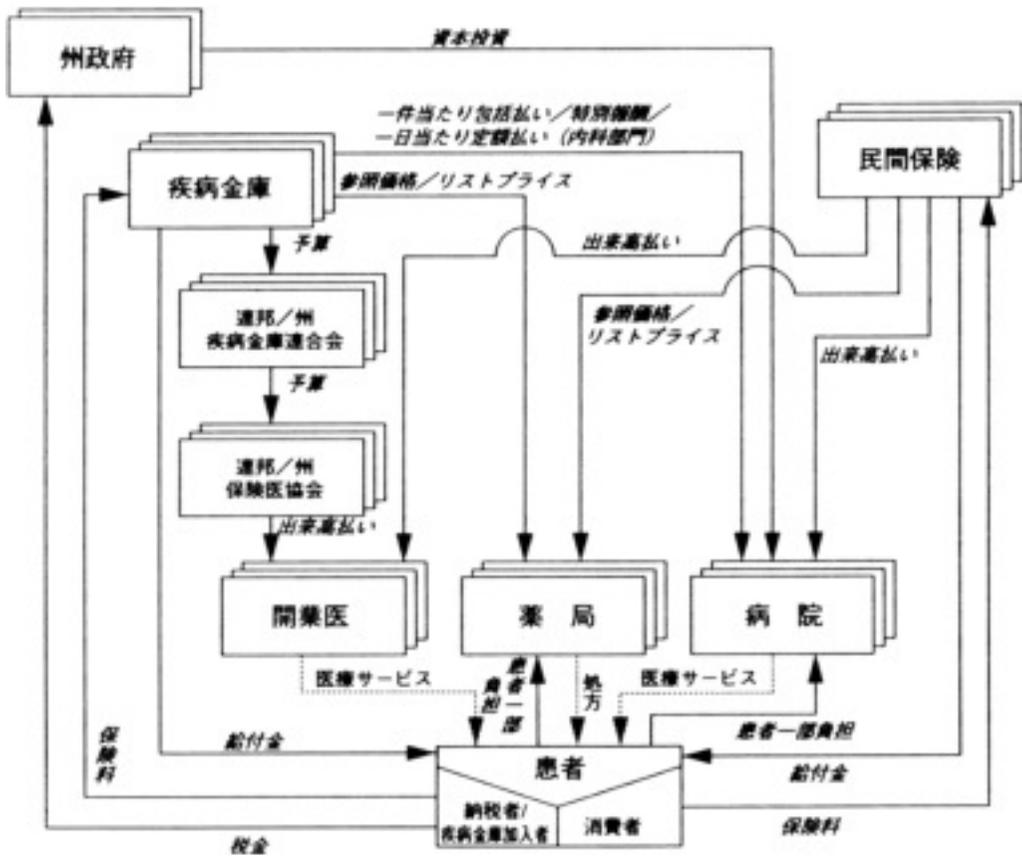


図1 ドイツの医療保険制度

出所：週間社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』法研 2000年 P74

EKAr)」、職員を対象とした「職員代替金庫 (Ersatzkasse für Angestellte: EKAn)」である。疾病金庫数は1147 (1990年現在) であり、その内訳として企業疾病金庫 (BKK) が692、ついで一般地区疾病金庫 (AOK) が267の順である。

疾病保険の強制保険加入者は、全体の9割を越えており、加入すべき金庫は就業している職域によって決まっている。疾病保険への強制加入を免除されている者は、ある一定額以上に所得が高い職員及び労働者、自営業者 (農業者は除く)、公務員である。これらの者は、ある一定条件の下で疾病保険の任意加入者となるか、民間医療保険に加入する。年金受給者については、退職前最後に所属していた疾病金庫に継続加入するのが原則となる。

疾病金庫の運営は、自主管理の原則にもとづき、金庫の定款による管理運営組織が行う。管理運営組織は、被保険者と使用者からそれぞれ選出された同数の代表者 (代替金庫は被保険者、連邦鉱山従業員組合は労使二対一) から構成され、規約や予算の決定、理事の選任と理事会の監督、基本政策事項の決定等を行う。疾病金庫の自治は、保険料の決定、保険医及び医療機関との診療報酬契約、資本調達及びその管理にまでおよぶ。

疾病金庫はそれぞれの種類毎に州連合及び連邦連合会を組織し、それぞれのレベルで定款を定

め、運営される。そして各種疾病金庫連邦連合会の共同組織として中央連合会が設けられている。

このようにドイツの疾病保険では、分立した保険者に広くその自治が認められている。また管理運営組織に被保険者が入ることで、被保険者の声を疾病金庫の運営に生かす仕組みを、設立当初から持っていたのである。しかし、この時点では加入者による保険者の選択は、任意加入者にとどまっており、限定的なものでしかなかった。

## （2）財源

自主管理の原則から、各疾病金庫は独立採算である。そのため、一部を除き（失業保険受給者、社会扶助受給者、農業疾病保険の一部の農業退職者等）原則として、公費は投入されていない。そのため、疾病金庫の財源のほとんどが保険料であり、各疾病金庫は収支相当の原則にもとづき、法定給付に満たしうる保険料率が設定される。このため、疾病金庫の財政状態によって保険料率が異なってくる。1988年における保険料率は、最大は一般地区疾病金庫（AOK）の13.46%、最小は企業疾病金庫（BKK）の11.45%、全金庫平均12.90%であった。疾病金庫間の保険料率格差を是正するため、1989年の医療保健改革法（GRG）では、州内同一種類の疾病金庫間における財政調整を義務づけている。

加入者個々の保険料は、所得額に応じた応能負担方式がとられている。保険料は、被用者（強制加入者・任意加入者）の場合、労使折半の負担とされ、年金受給者に関しては、年金保険者との折半とされている。

このように、自主管理の原則もとづき、個々の疾病金庫の財政状態合わせた保険料率を設定し、保険料を財源とした運営を行っているが、金庫間の保険料率の格差が生じ、その是正を連帯性の原理にもとづく財政調整で行っている。個々の保険料は、連帯性の原理にもとづき、応能負担による保険料の設定と、労使折半によるその負担がなされている。

## （3）保険給付

疾病保険の給付の97%は法律で定められた法定給付であり、それ以外は疾病金庫の規約による付加給付である。法定給付は、予防給付、疾病給付、傷病手当金等の三つに大きく分けられる。

予防給付は、疾病の予防及び早期発見のための給付である。予防給付が法定とされている点は、疾病保険の一つの特徴となっている。予防給付には、乳幼児健康診断、心臓・循環器病や腎臓病及び糖尿病を対象とした健康診査、がん検診、歯科検診などが含まれており、現物給付の形がとられる。

疾病保険の給付の大部分を占めるのが、疾病治療を行うための疾病給付である。疾病給付には、医科（外来）診療、歯科（外来）診療、医薬品、包帯類、各種療法（マッサージ等）手段、補助具（装具）、訪問看護、家事援助、出産援助、医学的リハビリテーション、入院療養費が含まれる。疾病給付には、診療や治療に直接かかわるものの他、関連する広範囲なものが対照され、充実した給付内容を持つ。この中でも特徴的なものとして、被保険者及び扶養者が治療・療養などのため家事ができない場合に、代替労働力を提供する家事援助をあげることができる。これらは、原則現物給付のかたちにとられる。

疾病給付を受けるにあたり、医科（外来）診療、歯科（外来）診療、入院療養費などに一部負担金は無い。外来における、医薬品、包帯類、各種療法手段、補助具、医学的リハビリテーションに関しては、一部負担金が導入されているが、入院の場合は入院療養費に含まれているため一

部負担金はない。また、外来診療及び入院療養に支給期間の制限は設けられていない。

こうした一部負担金が、被保険者の過大な負担とならないように、免除措置、減免措置がとられている。免除措置は、18歳未満の者、公的扶助の適用者、失業扶助受給者、就学援助受給者、世帯収入がある一定以下の者が適用される。減免措置は、一部負担金額が、世帯収入の一定割合を超えた世帯に適用される。これらの免除・減免措置は、個々の負担能力に応じたものとなっている。

傷病手当金は、疾病により労働不能となった被保険者に対し、1日につき通常労働報酬の80%が支給されるものである。「疾病時における労働報酬継続支給に関する法律」(1969年)により、労働不能となった最初の6週間については、使用者が賃金を継続して支払うこととされているため、傷病手当金の支給は7週目からとなる。また、傷病手当金の給付期間は最大78週(3年間)とされている。しかし、疾病による労働不能期間は、6週以下であるため、疾病手当金が支給されることは少ない。

その他の手当金として、母性保護給付(出産手当金、出産一時金)や埋葬料、交通費等がある。これらの手当金は、現金給付で行われる。

医療へのアクセスについては、次のとおりである。患者(被保険者)は、疾病金庫と予め契約をしている一般開業医を、自由に選択し受診する。一般医は診察・治療を行い、必要に応じて専門医、病院への紹介を行う。初診を受けてから3ヶ月間は、疾病金庫の許可無く、一般医又は専門医を変更することはできない。直接、専門医や病院にかかることもできるが、その場合、全部もしくは一部自己負担となる。薬剤については、医薬分業が徹底されているため、医師の処方にもとづき薬局で受ける。

疾病保険による給付は、医療保障の基本となる、外来診療、入院療養をはじめ、予防、リハビリテーション等広範囲に及ぶ。外来診療、入院療養については全額給付、その他のものについては一部負担金があるが、過度な負担とならないよう、個々の負担能力に応じた免除・減免措置を設けている。医療へのアクセスについては、被保険者の自由な選択が確保されているといえる。

#### (4) 支払方式

現物給付のかたちをとる疾病給付は、予め疾病金庫と契約を結んだ、保険医、病院によって提供される。ここでは、外来診療費、病院での入院療養費、薬剤費のそれぞれの支払い方式について説明する。

#### ①外来診療費

外来診療は、保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung)に設置される許可委員会(Zulassungsausschuss)から許可された保険医によって行われる。保険医の行う診療内容は、医師及び疾病金庫を代表する委員と中立委員により構成される「医師と疾病金庫の連邦委員会(Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen)」の指針によって定められている。

保険医への診療報酬は、各州の保険医協会が総額請負方式によって各種疾病金庫連合会から支払われた金額を、出来高に応じた点数単価方式によって支払われる。一年の診療報酬の総請負額は、毎年、各州の保険医協会と各種疾病金庫連合会の間で契約により決定され、その引き上げ率については、疾病金庫、保険医、病院、製薬業界、連邦、州政府、労使団体などで構成される医療協調行動会議(Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)による勧告受け、それを超えな

い範囲で決定される。

個々の保険医へ診療報酬の配分は、各保険医協会の役割となっている。各保険医は、給付の種類及び量に応じた点数に単価をかけた金額を診療報酬として、総請負額から配分される。その配布基準は、保険医協会が疾病金庫の同意を得て定められ、通常は「保険医の給付に関する統一基準（Einheitlicher Bewertungsmaßstab für Kasenärztliche Leistungen: EBM）」を基礎として定められる。

総額請負制をとっているため、1点当たりの単価が固定されているわけではなく、総請求点数が予想を超えた場合、1点当たりの単価は引き下げられる。

このように外来診療は、総額枠付出来高払方式をとっている。

## ②病院の入院療養費

1972年「病院財政安定法（Krankenhausfinanzierungsgesetz）」により、病院の土地・建物・大型医療機器等の投資的な経費については、州政府の補助金で賄い、人件費・薬剤費・食費等の経常経費は、疾病保険の入院療養費で賄うというかたちをとっている。

入院療養費は、疾病金庫と病院の間の個別診療契約にもとづき支払われる。入院療養費は、1日あたりの定額で定められている。入院療養費の引き上げについては、外来診療費と同様に、医療協同行動会議の勧告に基づき決定される。

病院の入院療養費は、日額設定出来高払方式をとっている。

## ③薬剤費

保険医の処方に基づく薬剤給付を行う薬局については、疾病金庫中央連合会と薬剤師の中央団体との間で枠組み契約が基本となる。薬剤価格は、自由価格制のもとで連邦薬品工業会から出される「赤本（Rote Liste）」に示された価格が、基準となっている。

薬局への薬剤費は、支給された薬剤の市場価格に基づき算定された額が、疾病金庫より支払われるのが原則であるが、一定の薬剤については参照価格が設定され、定額が支払われる。参照価格が設定された薬剤について、定額を超える分は被保険者（患者）の負担となる。

以上、支払方式について整理したが、診療報酬については、疾病金庫、保険医協会、病院等の当事者間での交渉・合意によって決定がなされる。しかし、医療協同行動会議の勧告により一定の歯止めがかけられているといえる。

## 2) 日本

日本における医療保険制度は、法で規定された複数の制度が分立している。医療保険制度は、被用者を対象とした健康保険、被用者以外の自営業者を対象とした国民健康保険、その他に分かれる。

健康保険は「健康保険法」により、国民健康保険は「国民健康保険法」によって規定される。その他の制度としては、船員を対象とした「船員保険法」により規定される船員保険、「国家公務員共済組合法」、「地方公務員共済組合法」「私立学校教職員共済組合法」により規定される各種共済がある。またこれらとは別に、高齢者の医療保障を行う目的で設立された「老人保健法」がある。

なお、船員保険は疾病給付部門（職務上及び職務外）、失業給付部門、年金給付部門を含む、総合的な社会保険である。また各種共済は、短期給付（医療給付）と長期給付（年金）からなる。これらについてはここでは、医療給付の部分のみを扱うものとする。

日本では1961（昭和36）年、すべての国民がいずれかの医療保険制度の被保険者もしくはその扶養者となる、皆保険制がとられており、この点が最も特徴的である。

ここでは、1993（平成5）年の医療保険制度を概観する。

日本の医療保険の全体の仕組みは、図2に示す

(1) 保険者

日本の医療保険制度は、前述したように、分立した制度による皆保険制をとっている。

一つは、被用者を対象とした被用者保険、もう一つは地域住民を対照した地域保険である。被用者保険は勤めている事業所（会社）に、地域保険は居住地域によって加入する保険制度が決まり、加入者に保険者の選択権は無い。

被用者保険には、健康保険と船員保険、各種共済の3つがある。さらに健康保険は、大企業の被用者を対象とした組合管掌健康保険、中小企業の労働者や日雇労働者を対象とした政府管掌健康保険に分けられ、前者は各企業により設立される健康保険組合が、後者は政府が保険者として保険の運営に当たる。船員保険は、政府が保険者である。共済は、国・地方・公社等の公務員・職員を職域ごとに設立される共済組合が保険者である。

地域保険である国民健康保険は、各市町村が保険者となる。また、同種の事業又は業務に従事する者で組織される国民健康保険組合も保険者となる。被用者保険に加入していた退職者は、国民健康保険に加入する。

医療保険制度とは別に、高齢者を対象に医療保障を行う老人保健事業は、市町村によって実施



図2 日本の医療保険制度

出所：吉原健二，和田勝著 『日本医療保険制度史』 東洋経済新社 1999年 P 595

される。

このように日本の医療保険制度では、国もしくは公的な機関（市町村）、公的な性格の持った特殊団体や法人が、保険者となっている。これら保険者の役割の多くは、各法律で規定されており、保険者自身の裁量の余地は少ないといえる。また、国民の6割以上が行政機関により運営される政府管掌健康保険又は国民健康保険の加入者となっている。残りの者が加入する健康保険組合や各種共済組合も、行政機関の指導・監督を受ける。これらの点からも、運営に関しては行政機関による統制的な側面が強いといえる。

## （2）財源

各医療保険制度ともに、事務費の全額（私立学校教職員共済組合は一部）は、公費により賄われている。さらに、共済を除く他の保険制度は、給付の一部に公費が投入されており、この額は各制度によって異なっている。例えば、政府管掌健康保険は給付費の13.0%、国民健康保険にいたっては、給付費の50%が公費により賄われている（平成5年）。よって、共済や組合管掌健康保険は、加入者の保険料を財源に保険の運営が行われているが、国民健康保険の運営は、加入者からの国保税と公費によって行われている。

保険料についても、被用者保険と地域保険で異なっている。健康保険法では、制定当初、保険料率は各保険者により独自に定められるとされたが、1948（昭和23）年以降、法律で上限が定められ、その範囲の中で厚生大臣（平成5年当時、現在は厚生労働大臣）の許可を受け自主的に決定する。しかし、政府が保険者となっている政府管掌健康保険の保険料率は、法律で規定される。各共済の保険料は、共済組合の定款等によって定められる。

個々の保険料は、被保険者の標準報酬月額に保険料率を乗じた額で、労使折半を原則に、使用者負担分を増やすことができる。1993年の主な制度の保険料率は、8.036%（国家公務員共済）、8.2%（政府管掌健康保険）、8.8%（船員保険）である。

地域保険である国民健康保険は、当該地域に居住している世帯主から保険料を徴収する。また市町村は、保険料の代わりに地方税法の規定により国民保険税を課することができる。保険料と保険税は、本質的に異なるもので無いが、税とすることで、取納率を確保するためのものである。保険料の賦課・徴収等については政令で、保険税の賦課・徴収等については地方税法により規定される。個々の保険料は、各市町村によって算定方法は異なるが、標準課税総額を元に算出がなされる。国民健康保険の平均保険料は、144,780円（1992年度）である。

70歳以上の高齢者と、65歳以上70歳未満の障害者に提供される、老人保健法による医療の財源は、各保険者からの老人保健拠出金と、国、地方公共団体の負担によって賄われる。各保険者における高齢者の加入割合には著しく偏りがあるため、これを是正するため、全保険者が同じ老人加入割合とし、拠出額が算定される、財政調整を行っている。高齢化社会をむかえ国民医療に占める老人医療費の割合が高くなってきた近年、老人保健拠出金は各保険者の取支を悪化させている。

日本における各医療保険制度の財政及び保険料は、分立制度を反映した複雑なものとなっている。各制度間の財政の格差を、公費により調整しているともいえる。これらから、日本の医療保険制度は、公的なコントロールが強い制度であるといえる。

### (3) 保険給付

保険給付の内容に関しても、分立した制度によって異なっている。特に、被用者保険と地域保険で、給付内容が違っている。

被用者保険（健康保険・船員保険・各種共済）の保険給付は、医療給付と現金給付に分けられる。

医療給付は、療養給付、家族療養費給付、高額療養費に分けられる。療養給付は、現物給付のかたちで医療サービスが提供されるもので、被保険者本人の治療・療養に適用される。療養給付には、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他治療、病院又は診療所への収容、看護、移送などの給付が含まれている。療養給付の支給に当たり、一部負担金として、被保険者はその費用の1割を負担する。家族療養給付は、被扶養者を対象とした療養給付で、一部負担金として費用の3割（入院2割）を負担する。これらの療養給付・家族療養給付については、給付期間の制限は無い。また、治療・療養にかかる費用が高額、もしくは治療が長期間にわたる場合は、一部負担金を軽減するため、一部負担金が一定額を超える分に対し、高額療養費が支給される。

現金給付は、疾病手当金、出産手当金、分娩費用、配偶者分娩費用、育児手当金、埋葬料、家族埋葬料等がある。これらの現金給付は、各制度によって、その支給額の算定及び支給期間が異なっている。特に疾病手当金については、健康保険では標準報酬額日額の60%であるが、国家公務員共済では65%、地方公務員共済及び私立学校教職員共済組では80%となっている。また、国家公務員共済、地方公務員共済、私立学校教職員共済では、組合員の疾病・出産以外の事由による休業（被扶養者の疾病等）に対し、休業手当金が支給される。

疾病予防に関して、被用者保険を規定する各法では、保健事業の実施を努力義務として定めている。これにもとづき各保険者は、健康診断、健康教室や健康相談等を行っているが、その内容は均一なものではない。

一方、地域保険である国民健康保険の給付は、被用者保険のそれに比べると著しく劣ったものとなっている。国民健康保険の給付も、医療給付と現金給付に分けられるが、現金給付については、条約・規約によって定められる任意給付である。特に、傷病手当金及び出産手当金を給付している市町村は無い。医療給付内容及び給付期間については、被用者保険と同様であるが、一部負担金は費用の3割である。また高額療養費の扱いも、同様である。疾病予防については、老人保健法にもとづき健康診査等を行っているが、国民健康保険の保健事業としては行っていない。

医療へのアクセスについては、患者（被保険者）が一般開業医もしくは病院を自由に選択し受診する形をとっており、患者の自由度が最も高いといえる。しかしその一方で、医療機関の広告規制が厳しく行われており、医療機関を選択するに当たっての患者への十分な情報提供はなされていない。また、重複受診などに見られるように、医療資源の効率的な利用の点では、問題を抱えている。

医療保険による給付は、分立した制度により、その内容が異なっている。基本的な医療保障を行う医療給付では、その内容に差異は無いが、一部負担金の額が異なる。また現金給付は、地域保険である国民健康保険の内容が著しく劣っている。また、医療へのアクセスについては、患者選択の自由が高いものの、選択にあたっての情報提供は少ないといえる。

### (4) 支払方式

支払方式に関しても、保険給付と同様に、被用者保険と地域保険で異なっている。

現物給付にて行われる医療給付は、保険医もしくは保険医療機関が行う。保険医もしくは保険医療機関の指定は、健康保険では「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに特定承認療養取扱機関並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令」で、国民健康保険では「療養取扱機関の申出の受理及び特定承認療養取扱機関の承認並びに国民健康保険医及び国民健康保険薬剤師の登録に関する政令」によって行われる。社会保険による診療方針は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」により定められ、そこで方針が明示されている。

### ①社会保険診療報酬

保険医療機関もしくは保険医が、患者に対し提供した医療サービスの報酬は、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」によって算定される。患者に提供される個々の医療行為について点数が定められており（診療報酬点数）、この点数を合算し、これに単価を乗じた額が診療報酬となる。単価は、1958（昭和38）年以来、1点=10円とされている。

社会保険診療報酬は、保険者、被保険者、医師、歯科医師及び薬剤師の代表者と公益代表委員からなる中央社会保険医療協議会（中医協）の審議を経て、これをふまえ厚生大臣（現在は厚生労働大臣）が決定する。

診療報酬は、当初、実際に行った医療行為の報酬額すべて合算する「出来高方式」をとっていたが、近年「定額払い方式」が、慢性期疾患の治療・療養を中心に導入されている。

### ②診療報酬の支払い

保険医療機関又は保険医は、月ごとに一人の患者に対し提供した医療サービスについて、診療報酬支払明細書（レセプト）を作成する。そして、それぞれの患者が加入する保険者の診療報酬支払機関に対し、診療報酬の支払いを求める。診療報酬支払機関は、診療報酬の支払事務を効率的に行う目的で設けられた、特殊法人である。診療報酬支払機関は、保険医両機関又は保険医からの請求内容を審査し、医療費の支払いを行う。

健康保険、船員保険及び共済組合の診療報酬支払機関は、「社会保険診療報酬支払基金」である。また、国民健康保険では、「各都道府県国民健康保険団体連合会」があたる。しかし、大量の診療報酬明細に対し支払を行うため、診療内容に踏み込んだ審査を行うことは実質的に難しい。

このように、診療報酬点数の決定やその支払いも、政府又は公的機関によって行われており、公的なコントロールが強い制度であるといえる。

## 第3節 ドイツと日本の医療保険制度比較

第1章では、医療保険における保険者機能にもとづく五つの評価軸を定義した。本節では、その評価軸にもとづき、ドイツと日本の医療保険制度の比較を行う。各評価軸に対するドイツと日本の制度概要は、[表1](#)に示した。日本の医療保険制度については、被用者保険と地域保険でその内容に異なる点が多いため分けて記した。

ドイツと日本における医療保障は、社会保険方式による医療保険制度で行われている。両国は、同じ社会保険方式をとっているが、法的に保険の強制加入者となる対象が異なっている。日本は、1961（昭和36）年に皆保険制がしかれたため、すべての国民がいずれかの医療保険制度に、被保険者又は扶養者として、加入することが義務づけられている。一方、ドイツは疾病保険の成立以来、強制加入対象者の拡大をはかってきたが、自ら医療保障の賄うことができる高額所得者層

表1 ドイツと日本の医療保険制度比較

	国	ドイツ		日本	
		疾病保険	被用者保険	地域保険	
保険者	①保険者の自由選択	任意加入者だけ	なし(皆保険制)		
	②民主的運営	独立した公法人としての自治権 定款に基づく運営 被保険者と使用者同数による運営 管理組織	法的規定にもとづく運営 行政機関による指導・監督 政府、自治体は法に基づく運営 組合は自主的な運営が可能		
	③情報開示				
契約	①アクセスの確保	一般開業医を選択(選択後は制約) 病院へは紹介が必要 任意選択権も残す(自己負担)	診療所、病院を自由に選択		
	②質の確保	許可委員会による保険医の許可 医師と疾病金庫の連邦委員会の 指針	特になし		
	③その情報の提供				
給付と保険料	①保険者間格差	財政調整(保険者間)	公費投入(主に事務費)	公費投入(給付費半分)	
	②保険料	応能負担 労使折半	標準報酬月額による労使折半	標準課税総額	
	③給付	外来、入院 リハビリ 予防給付 その他 傷病手当金(80%)	外来、入院 リハビリ 保健事業(任意)	外来、入院 リハビリ	
			傷病手当金(60-80%) 出産手当金、分娩費 育児手当金 埋葬費など (制度によって異なる)	なし 埋葬費 (任意給付)	
	④一部負担金	外来、入院は0 それ以外は一定額 免除措置 減免措置(一部負担金額が世帯 収入のある割合以上)	本人 1割 家族 外来3割、入院2割	3割	
		高額療養費			
審査	①審査	保険医協会の許可委員会による 許可制	社会保険診療報酬支払基金	都道府県国民健康保険団体連合 会	
	②審査情報の開示	特になし	特になし	特になし	
	③効率的な審査	保険医協会による総額請負制			
予防	①分析		なし	なし	
	②予防事業の展開	法定給付として位置づけ	(任意) 保健事業		

は、その対象から除外されてきた。しかし、こうした保険への強制加入が免除された者に対しては、既存の疾病保険への加入への道が開かれている。

これを社会保障の観点から見れば、高額所得者層に対する社会保険の加入免除は、社会保障の機能の一つである「所得の再分配機能」が医療保険の中では弱められ、「リスクの分散」に重きが置かれていると捉えることができる。

次の保険者の数であるが、ドイツの疾病金庫数は1159(1988年8月現在)、日本は政府の他、組合管掌健康保険組合1823、各種共済組合82、市町村3254、国民健康保険組合168である。保

険者の数では、日本が圧倒的に多い。

次に五つの評価軸に沿って比較を行う。

第一は、「保険加入者の募集と保険集団の形成」機能に関連した評価軸である、保険加入にあたっての加入者の自由な選択と保険の民主的な運営についてである。加入者による自由な保険者選択は、日本では認められていない。日本では、被用者にあつては事業者、それ以外は居住地によって加入する保険が限定される。ドイツの場合は、加入義務の無い任意加入者であつて疾病金庫が加入を認める場合において、選択が許されている。ドイツでは国民の9割強が強制加入者となっているため、実質的に加入者による保険の選択はできないといえる。

次に保険の民主的な運営について、ドイツでは疾病金庫自治が法的保障されていると共に、自主管理の原則のもと、定款による被保険者と使用者からそれぞれ選出された同数の代表者からなる管理運営組織により、疾病金庫の運営が行われる。被保険者の代表者が、疾病金庫の運営に直接参加するため、民主的な運営が実現されているといえる。これに対し、日本は、被保険者の意見が、保険者に直接反映する仕組みは無い。各健康保険組合及び国民健康保険組合には、自主的な運営も一部では認められているが、法的な規制が強く、各組合において、裁量で行える事項は、極一部にとどまっている。また、保険者の観点からも、国民の2/3が国又は地方自治体が運営する政府管掌健康保険又は船員保険、国民健康保険に属しており、これらの保険は公的な性格が強く、加入者による自治的な運営にはほど遠いものである。

第二は、「医療提供者と契約の締結」機能に関連した評価軸である、医療提供者へのアクセスと、提供される医療サービスの質の確保と、その情報の提供についてである。両国の医療給付は、予め契約又は登録された保険医もしくは病院等の医療機関によって、現物給付のかたちで提供される。

医療提供者へのアクセスについては、日本が完全なフリーアクセスをとっている。日本では、患者が、自由に保険医又は保険医療機関を選択することを認めている。一方ドイツでは、一般開業医の選択の自由は認めているものの、選択した一般医を一定期間変更することは認められていない。また専門医や病院にかかる場合は、一般医の紹介が必要になる。フリーアクセスの観点では日本であるが、医療資源の効率的な利用の観点ではドイツが勝っているといえる。いずれにせよ、患者に対し一定の選択権が付与されているため、医療機関を選択する上での情報提供のあり方が問われる。

提供される医療サービスの質の確保については、医療提供者が医療サービスを提供するに当たり、事前にその質が確認されているかが問題となる。ドイツでは、保険医となるためには、保険医協会の許可委員会の許可を受けなければならない。許可委員会は、医師を代表する委員と疾病金庫を代表する同数の委員により構成されており、保険医の許可に当たって、医師免許はもちろんのこと一般診療及び標榜する診療科に対応した専門分野に関する所定の卒後教育の修了も確認される。このため、保険医として契約するに当たって一定の質の確認は行われているといえる。また、病院については疾病金庫との直接契約であるため、求められる医療の提供が行えない場合は、契約が解除される。一方日本では、保険医及び保険医療機関の指定は、法（政令）により包括的に行われる。しかし、実質的には届出制に近いものになっており、提供される医療の質までは確認がなされていない。また、それぞれの保険者は個別的に契約を解除することも行われてい

ない。

いずれの国も、患者への医療の質に関する情報の提供は行われていないが、ドイツの場合は保険医であることが、一定の水準を満たしていると考えられる。

第三は、「保険料、保険給付の決定と保険料徴収」機能に関連した評価軸である、保険者間での保険料の公平性の確保と保険料、保険給付の対象範囲、一部負担金についてである。

日本、ドイツ共に、保険者間の保険料の格差は存在している。しかし、保険者間で保険料に大きな開きが出ないように、財政調整が両国で行われている。ドイツでは、自治と自主管理の原則のもと、独立採算を基本としながらも、同種の疾病金庫間での財政調整が行われている。日本では、公費と老人保健拠出金による財政調整が行われている。退職者の多くが加入し高齢者の割合が高い国民健康保険に対して、給付費の50%にあたる公費を投入している。その他についても、事務費及び給付費の一部に公費が充てられている。

また、70歳以上の高齢者及び65以上70未満の障害者を対象とした老人保健法による医療給付を賄うため、各保険者から老人保健拠出金を拠出させ、その費用に当てている。ドイツでは、退職者がそのままそれまで加入してきた疾病金庫にとどまるため、このような制度は無い。

保険料については、両国とも応能負担となっており、報酬額に保険料率を掛け保険料の算定を行う。日本ではその上限が決められ、その範囲内で各保険者は保険料を決定する。保険料率は、被用者保険では標準報酬月額額の8%~9% (1993年3月現在)の間である。国民健康保険では、保険料の算定方法が各市町村で異なっており複雑なものとなっている。ドイツでは、自主管理を原則とするため、各疾病金庫は財政状態に合わせた保険料率の設定を行っている。ドイツにおける保険料率は、12%~13.5% (1988年8月現在)で、日本より高い。

保険の給付範囲については、ドイツでは疾病給付、予防給付、傷病手当金及びその他手当金までが法定給付とされている。日本では、被用者保険と地域保険で給付の範囲が異なっている。被用者保険では、療養給付、傷病手当金及びその他の手当金が法定給付とされ、疾病予防を含む保健事業は任意とされている。一方地域保険では、療養給付のみが法定給付とされ、それ以外は任意とされている。このため、傷病手当金の給付を行っている保険者はない。医療保障の基本となる疾病給付又は療養給付の内容は、疾病の治療及び療養を広範囲でカバーしており遜色のないものとなっているが、療養期間の経済的な保障を行う傷病手当金については、ドイツでは通常労働報酬の80%が補償されるが、日本では健康保険を例にあげると標準報酬日額の60%であり、その補償額に大きな差がある。

自己負担金についても、両国の間で大きな差がある。ドイツでは、外来診療および入院療養等の基本的な診療については、一切の費用の負担は無い。また、外来における、医薬品や補助具などについては一部負担金が導入されているが、その額は少額である。さらにこの一部負担金が過大な負担とならないよう、免除措置又は減免措置が設けられている。これに対し日本は、被用者保険の被保険者本人で10%、扶養者の外来で30%、入院で20%が給付の一部負担金とされている。さらに地域保険では、給付の30%が一部負担金とされており、被用者保険との間で大きな差が生じている。一部負担金の減免を目的とした高額療養費制度があるが、同月内に一部負担金がある水準を超えた場合か、高額な治療が継続的に行われる場合にしか適用にならない。

保険料と給付については、ドイツは保険料率が日本比べ高いが、広範囲の保険給付が行われ、一部負担金も無いか少額である。これに対し日本は、保険料は安いが一たび治療・療養となれば

自己負担が大きくなると共に、制度間で給付内容に著しい差が存在している。

第四は、「医療提供者に対する審査・支払」機能に関連した評価軸である、提供された医療サービスの質の確認とその審査事務の効率についてである。

ドイツでは、保険者である疾病金庫による審査・支払は制度上必要ない。外来診療報酬は、保険医協会による総額請負方式をとっており、保険医協会が各保険医への配分を行うため、保険者である疾病金庫が、審査・支払を行う必要はない。入院療養費の支払については、疾病金庫と病院間での契約にもとづき行われ、審査はない。また、ドイツにおける医療サービスの質は、医療提供者側である保険医協会の許可制度又は連邦医師会の資格制度により確保されている。

日本では、社会保険診療報酬基金又は国民健康保険組合連合会が、各保険者に代わり診療報酬の審査・支払を行っている。このため各保険者は、支払い事務における効率化ははかれるものの、審査権は無く支払いに関与することはできない。保険医及び保険医療機関の指定が実質届出制となっているため、診療報酬支払いの審査が唯一質の確認をする手段であるが、大量の審査を行うため、診療内容に立ち入った質の確認を行うまでには至っていないのが現状である。

第五は、「リスクの把握と管理」機能に関連した評価軸である、提供された医療サービスと保険集団の傾向分析、それにもとづいた予防事業の展開についてである。ドイツでは、予防給付の実施が法で義務づけられている。日本では、疾病予防は保健事業の一つとして位置づけられているにすぎず、さらにそれも任意である。特に地域保険である国民健康保険では、行われていない。

以上5つの観点からドイツと日本の医療保険制度について比較を行った。これをふまえ、次章では、その後の医療保険制度改革を概観し、その違いを考察する。

以下は（経済論集 54 巻 1 号）に掲載予定