

医療保険制度と契約

石田道彦

険制度に与える影響について検討したい (III)。

I はじめに

医療保険制度では、医療の提供に関わる保険給付の大半を、医療費の償還払いではなく、現物給付という形式で行っており、給付を担当する保険医療機関の存在が不可欠である。さらに、わが国では保険医療機関に対する診療報酬の審査支払いのために審査支払機関が設置されている。このため、保険者、被保険者、給付を担当する保険医療機関、審査支払機関の間で保険給付の提供に関わる各種の法律関係が生じることになる。このうち、保険者と保険医療機関の関係は、一般に公法上の契約として理解されている。この契約は、医療保険各法が定める保険事業を遂行する手段としての性格が強く、当事者の合意により成立し市場取引の基礎となる私法上の契約とはかなり異なった特質を有している。

近年、医療保険制度におけるこのような契約関係のあり方に変化がみられるようになった。その最大の要因は、2001年以降、活発化した規制改革の影響である。規制改革論に基づく一連の施策は規制緩和と市場機能の活用を特徴としており、医療保険制度に関して保険者機能の強化等の観点からいくつかの改革が実施されることとなった。

本稿の前半では、医療保険制度における契約関係のうち、保険者と保険医療機関、保険者と審査支払機関の関係について、その法的構造とこれを成り立たせてきた制度的要因を検討する (II)。次に、本稿の後半では、最近の制度改革が医療保

II 医療保険制度における契約関係

1 保険者と保険医療機関の関係

(1) 保険医療機関の指定

病院や診療所が療養の給付を提供するためには、厚生労働大臣の指定を受けて保険医療機関となる必要がある (健保 63 条 3 項)。医療機関の申請に基づき、厚生労働大臣が指定を行うと、保険医療機関は療養担当規則等の準則に従って療養の給付を担当しなければならない (健保 70 条、国保 40 条等)、保険者は保険医療機関が行った療養の給付について診療報酬を支払わなければならない (健保 76 条、国保 45 条等)。このような権利義務関係の構造をふまえて、行政解釈は医療保険各法に基づく指定を公法上の双務契約と位置づけてきた¹⁾。

指定に基づく契約関係は保険者と保険医療機関との間に成立する。しかし、医療保険制度では、これらの当事者が直接契約を締結するのではなく、厚生労働大臣が保険者に代わって医療機関との契約を締結するという仕組みがとられている²⁾。医療機関の申請に基づいて厚生労働大臣が指定を行うと、医療機関と全国に存在する保険者との間で一斉に契約関係が生じることになる。保険者に代わって厚生労働大臣が指定を行う仕組みをとった理由として、多数の医療機関と保険者が個別に契約を締結することは事実上不可能であること、契約内容がすでに法律で定められていること、健康保険事業は国が指導監督すべき性質のものであ

ることが挙げられている³⁾。

厚生労働大臣による指定の権限は地方厚生局長に委任されており⁴⁾、地方社会保険医療協議会への諮問にもとづいて指定（及び指定の取消）がなされる（健保82条2項）。地方社会保険医療協議会は、保険者、被保険者等を代表する委員、医師、薬剤師を代表する委員、公益を代表する委員で構成される（社会保険医療協議会法3条）。このため、医療機関の指定について個々の保険者の意思を直接的に反映させることは難しい構造となっている。

(2) 公法上の契約

保険医療機関の指定の法的性質については、おもに診療報酬請求の減点査定が争われた裁判例において言及されてきた⁵⁾。裁判例もまた、行政解釈と同様に、指定は公法上の契約であり、保険者と保険医療機関との間に双務的付従的契約が成立するとしている。しかしながら、他方で、裁判例は、指定の拒否（健保65条3項）や指定の取消（健保80条）を行政処分としており⁶⁾、指定を契約締結行為ととらえる解釈との間で整合性を欠いているとの指摘がなされていた⁷⁾。このため、近年の学説では、保険医療機関の指定自体は行政処分であり、指定の効果として保険者と保険医療機関の間で公法上の契約関係が形成されるという理解が有力である⁸⁾。

指定を契約関係ととらえることの意義は、保険医療機関が提供した療養の給付に対する診療報酬請求権の発生要件にかかわる。裁判例によれば、指定は、療養の給付という事務の委託を目的とした準委任契約としての性質を有するとしている。このため、保険医療機関が療養担当規則等の準則に従って療養の給付を行った場合に、委任の趣旨に従った事務処理をしたものとして診療報酬請求権が発生することになる⁹⁾。

療養の給付を担当する保険医療機関に対して厚生労働大臣は監査を行う（健保78条）。これは、医師等に対する一般的な指導監督（健保60条）とは異なり、契約の適正な実施を目的としている。このため、監査の拒否、妨害、忌避等に対しては、指定の取消による対応がなされる。

(3) 指定の拒否、取消

どのような病院や診療所と契約を締結し、療養の給付を担当させるかは、保険診療の水準を規定する重要な要因となる。医療保険制度は、申請を行う医療機関が一定の形式的要件を満たしており、法定の指定拒否事由に該当しない限り、社会保険医療体制に組み込むという対応をとってきた¹⁰⁾。他方で、健康保険法は一定の指定拒否事由及び取消事由を定めており、医療機関がこれらの事由に該当する場合には、社会保険医療体制からの退出が求められることになる。これには、おもに次のようなものがある。

第1に、保険医療機関における診療が適正さを欠く場合である。例えば、診療内容が適切でないとして繰り返し指導を受けた保険医療機関に対して、厚生労働大臣は更新時に指定を行わないことができる（健保65条3項）。また、保険医療機関が故意に不当な診療や不正な診療報酬請求を行った場合には、厚生労働大臣は当該医療機関の指定を取り消すことができる（健保80条）。

第2に、医療機関における人員が基準を満たさない場合である。入院患者数と比べて医師や看護師の人員が不足する等医療機関が適正な医療を提供するための能力を欠く場合、厚生労働大臣は、病床の全部又は一部を除いて指定を行うことができる（健保65条4項）。

第1、第2の事由が適正な保険医療の確保を目的としているのに対し、第3の事由は、医療保険財政上の考慮に基づいたものである。すなわち、医療計画に基づいて病床数が過剰であると判断された地域において、都道府県知事の勧告（医療30条の11）に従わずに医療機関が新規に病床を設置しようとする場合、厚生労働大臣は病床の全部又は一部を除いて指定することができる（健保65条4項2号）。これは、医療計画が定める基準病床数を制御する手段として健康保険法の指定の仕組みを利用するものである。

皆保険体制をとるわが国において、病床の全部又は一部を制限した指定を受けると医療機関の経営は実質的に困難となることから、この手法は、医療機関の営業の自由を侵害しているのではない

かとの疑念が示されることとなった¹¹⁾。これに対し、最高裁は、勧告不服従を理由とした保険医療機関の指定の拒否は、公共の福祉に適合する目的のために行われる必要かつ合理的な措置であり、憲法 22 条が保障する職業の自由に対する不当な制約であるとはいえないとしている¹²⁾。

2 保険者と審査支払機関の関係

診療報酬請求に対する審査支払いは、保険者が担うべき機能のひとつである。しかしながら、わが国では、適正かつ迅速にレセプトの審査を行う目的で、社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会が都道府県単位で設立され¹³⁾、診療報酬の審査支払いに関する事務をこれらの組織に委託する体制がとられてきた。2006 年に健康保険法等の改正がなされるまでは、社会保険診療報酬支払基金が各被用者保険制度の審査支払事務を担当し、国民健康保険団体連合会は、国民健康保険の審査支払事務を担当するとの運用がなされていた。

審査支払機関の業務は、医療保険各法および社会保険診療報酬基金法の規定に基づいて行われる。審査支払機関に設置された審査委員会は、診療報酬請求の審査のために必要がある場合に、診療担当者に出頭および説明を求める権限、支払いを一時差し止める権限等を有している（社会保険診療報酬基金法 18 条 1 項、国保 89 条 1 項）。このように法律に定められた審査支払機関の目的、業務、権限等に照らし、最高裁は、審査支払機関が保険者から診療報酬の支払委託を受ける関係を公法上の契約関係であるとしている¹⁴⁾。この委託契約に基づき、審査支払機関は、保険医療機関が行った診療報酬請求について療養担当規則への適合性等を審査する実質的な審査権限を有し、自己の名において支払い義務を負う¹⁵⁾。

保険者と審査支払機関との委託契約においても、集団的な契約締結の仕組みが採られている。健康保険組合（以下、「健保組合」）と社会保険診療報酬支払基金との委託契約については、健康保険組合団体連合会が一括して契約締結を行う。国民健康保険団体連合会の場合、区域内の 3 分の 2

以上の保険者が加入すると審査委員会を設置しなければならない（国保 87 条）。

3 医療保険制度における契約関係の特質と

その背景

保険者と保険医療機関との契約関係においては、当事者の合意に基づいて権利義務関係を構築するという契約の機能は後退し、法律が定めた権利義務関係を継続的に遂行させる行政上の手段としての機能が支配的となっている。このような契約関係には、わが国医療保険制度の歴史的経緯や特質が強く反映されていると思われる。以下では、この点を確認しておきたい。

第 1 に、厚生労働大臣による保険医療機関の指定にみられるように、国家による医療保険制度の管理運営が常に重視されてきたことである。厚生労働大臣が指定を行う仕組みは、戦時体制下における保険医の強制指定制度に起源をもつものとされている。保険医の協力を得るために導入されたこの仕組みは、戦後、医療機関や医師の同意を必要とする契約方式に改められたが、行政庁が指定を行う仕組みは維持されることとなった¹⁶⁾。しばしば指摘されるように、わが国の社会保険制度には保険集団の自治という伝統が希薄であること、最近になるまで政府管掌健康保険が存在し被用者保険の運営を主導する立場にあったことも、こうした傾向を維持することに結びついたと思われる。

第 2 に、国民皆保険体制の下で、ほとんどの医療機関が保険医療機関となっており、医療保険制度の運営と医療提供体制が密接に関連していることである。保険医の（強制）指定制度が導入された戦時体制期には、医療保険制度の被保険者が保険診療を受ける機会を広く確保する必要があった。このため、可能な限り多くの医療機関を指定の対象とする方針がとられた¹⁷⁾。その後、国民皆保険体制の確立、整備により、ほとんどの患者が医療保険を利用して受診するようになったため、保険医療機関としての指定を受けずに、医療機関の経営を存続させることはほぼ困難となった。こうしてわが国では、一部の医療機関を除い

て、医療機関の開設は同時に保険医療機関となることを意味するようになった。

1980年代後半に、医療計画における病床規制に対応して病院病床の指定を行う仕組みが医療保険制度に導入されたことにより、医療提供体制との連動性はますます強められることになった。最高裁が、健康保険法上の指定拒否事由に該当する可能性が極めて高いことを理由に医療法に基づく都道府県知事の勧告に処分性を認めたことは、医療保険制度のこのような状況を反映したものと見える¹⁸⁾。

第3に、比較的早い時期から診療報酬の統一的な決定の仕組みが確立され、公定の診療報酬点数表が用いられたことである。診療報酬に関する交渉および調整は、中央社会保険医療協議会において行われることとなり、保険者が医師会等との間で診療報酬に関して個別に交渉を行う必要はなくなった。また、各医療保険制度において統一的な診療報酬点数表が用いられるようになったため、診療報酬請求を効率的に処理する手段として審査支払機関への委託が進んだと考えられる。

III 規制改革、医療制度改革の 下での契約関係の変化

1 規制改革

IIでは、保険者と保険医療機関の間の契約関係においては、契約当事者、とりわけ保険者が選択、決定を行う機会が大幅に制約されていることを確認した。ところが、近年、このような契約のあり方に変化がもたらされることになった。その最大の要因は、2001年の小泉政権の発足以降、活発化した規制改革の影響である¹⁹⁾。内閣府に設置された総合規制改革会議（2001年4月－2004年3月）とその後継組織である規制改革・民間開放推進会議（2004年4月－2007年1月）、規制改革会議（2007年2月－）は、規制緩和と市場機能の活用を基調とした一連の規制改革案を提示した。医療分野に関しては株式会社による病院経営、混合診療の解禁などの論点について活発な議論が展開されることとなった²⁰⁾。

規制改革論では、保険者機能の強化というキーワードがしばしば用いられた²¹⁾。これは、保険者が被保険者の代理人として各種の活動を行うことにより、医療サービスの効率化や質の向上を図るというものである。保険者機能の観点からは、診療報酬の審査支払いだけでなく、被保険者に対する情報提供や医療機関との個別的な契約締結を通じて、保険者が被保険者の利益を増進するために積極的な役割を果たすことが期待された²²⁾。こうした議論をもとに、保険者が自主的に選択、決定できる範囲の拡大が図られることとなり、保険者によるレセプトの直接審査、審査支払機関の選択、医療機関との割引契約の締結が可能となった。

(1) 保険者による直接審査

総合規制改革会議では、診療報酬の審査支払事務が審査支払機関に完全に委託されていることがまず問題とされた。同会議の答申をもとに「規制改革推進3か年計画（改定）」（2002年3月29日閣議決定）では、保険者本来の機能を発揮させる観点から、保険者の判断に基づいて、レセプトの審査支払いについて①保険者自らが行う、②従来の審査支払機関へ委託する、③第三者（民間）へ委託する等の選択を可能にすべきであるとされた。

この指摘を受けて2002年12月に厚生労働省は、医科・歯科レセプトの審査業務をすべて審査支払機関に委託するように指導した通知を廃止し、健保組合の直接審査や民間事業者への審査の委託が可能となった²³⁾。また2005年3月には調剤レセプトについても同様の措置がとられた²⁴⁾。しかしながら、医科・歯科レセプトの直接審査については対象となる医療機関の同意を得ること、調剤レセプトの直接審査についても調剤薬局との合意および処方箋を発行した医療機関の同意を得ることが認可の条件とされていた。「規制改革・民間開放推進3か年計画（再改定）」（2006年3月31日閣議決定）は、これらの同意要件が保険者の直接審査を導入する妨げになっているとして調剤レセプトの直接審査について医療機関の同意要件を削除するように求めた。

厚生労働省は2007年1月に通知の改正を行い、

健保組合は調剤薬局との合意により直接審査を開始することが可能となった²⁵⁾。調剤レセプトの直接審査の導入は、健保組合側にはこれまで審査支払機関に支払っていた審査支払手数料を節減できるというメリット、調剤薬局側には調剤報酬支払いまでの期間が短縮化されるというメリットがあるとされる。なお、直接審査を選択した健保組合は、民間事業者へ審査事務の委託を行うことが可能である²⁶⁾。

これを受けて、2008年より一部の健保組合において調剤レセプトの直接審査が開始された。調剤レセプトの直接審査を行うためには、健保組合の規約を変更し、厚生労働大臣の認可を受ける必要がある（健保法施行規則4条3号）。直接審査にあたっては、健保組合には、①公正な審査体制の確保、②個人情報の保護、③紛争処理ルールの明確化が求められる²⁷⁾。このうち、①および③については、社会保険診療報酬支払基金との間で疑義が生じたレセプトの審査について意見を付ける旨の契約を事前に締結することにより、上記の認可条件を満たすことが可能である。

(2) 保険者による審査支払機関の選択

「規制改革・民間開放推進3か年計画（再改定）」（2006年3月）では、保険者の直接審査とともに、保険者が審査支払機関を選択できる仕組みを導入し、審査支払機関による受託競争を通じた審査支払業務の効率化が求められた。これに対応するため、2006年に健康保険法等の改正が行われ、保険者は、審査支払業務の委託先として、社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会のいずれかを選択することが可能となった（健保76条5項、国保45条6項等）。しかしながら、2009年3月の時点では、保険者が審査支払機関を変更した例はみられない。「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（2009年3月31日閣議決定）では、審査取扱い件数、再審査率の公表など受託競争の促進のための環境整備が必要であるとしている。

(3) 割引契約

健康保険法76条3項は、保険者が保険医療機関との割引契約を締結することを認めている。しかし、この規定については、1957年の健康保険法改正前から割引契約を締結していた保健所、国立療養所等に割引診療を継続させるためのものであるとの行政解釈に基づき、新規の割引契約は実施されてこなかった²⁸⁾。

「規制改革推進3か年計画（改定）」（2002年3月28日閣議決定）は、保険者機能の強化の見地から、フリーアクセスの確保に十分配慮した上で、保険者と医療機関がサービスや診療報酬に関して個別契約を締結できる仕組みの検討を求めた。これに対応するため、厚生労働省は従来の解釈を改め、厚生労働大臣の認可により、健保組合は診療報酬に関する割引契約を締結することが可能となった²⁹⁾。

認可基準によれば、割引契約には、①契約健保組合は、加入者が契約医療機関以外の医療機関での受診を制約しないこと、②契約医療機関は、契約健保組合の加入者を優先的に取り扱わないこと、③契約医療機関は、割引契約の実施に伴い診療科目を減らさないこと、を明記することが求められる。また、割引契約の内容については、④契約健保組合の加入者の医療機関の選択を歪めるおそれの強いもの（初診時の診療報酬の無料化等）でないこと、⑤診療報酬点数表の範囲内のものであること、⑥契約健保組合の加入者間の平等を害するものでないこと、⑦療養担当規則に違反するもの（一部負担金の減額等）でないこと等の条件を満たすことが求められる³⁰⁾。

さらに、認可申請の際には、地方厚生局長は、委員会（地方社会保険医療協議会の委員から任命される）を設置し、契約健保組合の加入者や契約医療機関の地域住民のフリーアクセスに与える影響についての意見を聴くとされている。2009年3月の時点では、以上の認可基準に基づいて健保組合が割引契約を締結した例はみられない。

2 医療制度改革

2006年の医療制度改革に基づき、保険者による

特定健康診査（以下、「特定健診」）及び特定保健指導が行われることとなった。この特定健診・特定保健指導では、実施のために新たな契約手法が導入されることとなった。また、1990年代より進められてきたレセプト電算化および診療報酬請求のオンライン化、包括支払方式の拡大等の動向は、今後の審査支払事務の委託のあり方に影響をおよぼす可能性が高いことからあわせて検討する。

(1) 特定健康診査・特定保健指導のための集合契約

高齢者医療確保法に基づく医療費適正化計画の一環として、保険者には、特定健診、特定保健指導の実施が義務づけられた（高齢医療20条、24条）。特定健診は、生活習慣病予防のために、40歳以上の医療保険加入者を対象に各種の健康診査を実施するものである。この結果に基づいて、保健指導の対象者として選定された者に対しては、医師、保健師等による特定保健指導が行われる。

自ら健康診査を提供できない保険者は、特定健診・特定保健指導を提供できる医療機関と契約を締結し、これらの事業を実施しなければならない。そこで、保険者と医療機関との個別の委託契約に加えて、集合契約という方式が用いられることになった。これは、代表保険者（又は保険者協議会）が地域医師会等との間で一括して契約を締結する仕組みである³¹⁾。集合契約では、特定健診・保健指導の内容及び単価は、当事者間の交渉に委ねられている。このように、集合契約においては、行政庁による指定の仕組みを媒介とすることなく、保険者が複数の医療機関との間で契約を締結することが可能となった³²⁾。

(2) 診療報酬の請求手続、支払方式の改革

1990年代から進められていた診療報酬の請求手続、支払方式の改革として、次のようなものがある。第1に、レセプト電子化と診療報酬のオンライン請求の拡大である。政府・与党「医療制度改革大綱」（2001年11月）に基づき、2011年のオンライン請求の義務化に向けて現在、請求体制の整備が図られている。審査支払機関では、オン

ライン請求を通じて審査支払業務の効率化を進めることが可能となる。さらにレセプト電子化の普及により、高度な医学的審査を必要とするレセプトと単純な計算ミスによるレセプトの振り分けや各種の縦覧点検も容易になることが期待されている³³⁾。また、保険者は、診療報酬請求に関わる医療情報を蓄積し、これらの情報を分析することが容易になるとみられている。

第2は、診療報酬支払方式の変化がもたらす影響である。現在、急性期の入院医療を対象にDPC（Diagnosis Procedure Combination）とよばれる包括払い方式の導入が拡大している。この方式では、診断群分類（傷病等）に基づいて決定される）ごとに設定された1日あたりの保険点数に「医療機関別係数」と「入院日数」を乗じて算出された包括評価の部分と一定の出来高払い部分（手術・麻酔、リハビリテーション等）との合計により診療報酬が算出される。入院時のおもな診療項目は包括化されているため、診療報酬の審査支払い段階では、出来高払いの対象となる診療項目に審査が集中されることになる。

以上のような診療報酬の請求手続、支払方式の変革を通じて、審査支払業務の効率化が急速に進行するものと予想されている。このため、保険者による直接審査が増加するとともに、審査支払体制の見直し（社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の統合等）が検討課題となると考えられる。

3 検討

(1) 規制改革と医療保険制度

近年の規制改革、医療制度改革では、保険者機能の強化を目的のひとつとした法改正や運用の見直しが行われた。この結果、保険者は、診療報酬の審査支払いに関して、直接審査を含めた複数の選択肢の中から審査体制を選択することが可能となった。医療機関におけるレセプト電子化やオンライン請求の普及とともに、診療報酬の審査支払体制および審査支払機関との委託契約のあり方はいくつかの形態に分化していくことが予想される。

しかしながら、このような変化は、規制改革と

いう外在的な要因によってもたらされた側面が強い。このため、保険者機能の強化や審査支払機関の選択にみられる一定の競争原理の導入を目的とした施策に対して、医療保険制度における対応は必ずしも定まったものとなっていないように思われる。

その一例が、保険者による割引契約の扱いである。割引契約についての従来の行政解釈は変更され、健保組合は保険医療機関との間で新規に割引契約の締結を行うことが可能となった。ただし、割引契約の締結にあたっては、契約健保組合の加入者及び地域住民のフリーアクセスの確保が求められており、契約健保組合には、契約医療機関における契約健保組合加入者および加入者以外の患者の受診状況の報告が求められる。また、認可にあたって地方厚生局長が設置する委員会は、契約健保組合及び契約医療機関に加えて、地域の医療機関等から意見を聴いた上でフリーアクセスに与える影響について審議し、地方厚生局長に意見を述べることになっている³⁴⁾。

認可基準における契約健保組合及び契約医療機関によるフリーアクセス阻害行為の禁止は、医療保険各法が医療機関の選定について被保険者による自由選択主義を採っていること(健保63条3項)や、保険医療機関が各保険者との契約に基づいて給付を担当していること(健保70条)から適切な条件であると考えられる。しかしながら、割引契約に関する認可が不当な割引競争の防止を目的としたものであることからすると³⁵⁾、現在の認可基準が契約健保組合に対して詳細な報告を求めていることや、認可申請の際、設置された委員会において地域の医療機関から意見聴取の手続きをとることには疑問がある。

上記の対応は、保険者が特定の医療機関との間で割引契約を締結することにより、被保険者の受診状況が変化し、地域の医療提供体制に不可逆的な変化を生じることを懸念したものと考える。しかしながら、割引契約は、費用面での措置により、保険者が適切と判断した医療機関への被保険者の受診を促す仕組みであると考えられる。個別的な割引契約の締結により、医療機関の受診状況に一定の

変化がもたらされることは当然の前提とされているとみるべきである。

上記の取り扱いにみられるように、現在のところ、医療機関の選択は被保険者の判断に委ねられており、この判断に保険者が関与することについての医療保険制度の対応はきわめて慎重である。保険者機能の増進を図る際には、重要な検討課題のひとつとなると思われる。

(2) 保険者機能と契約

医療保険制度における契約のあり方は、保険者に求められる役割に応じて異なったものとなる。これまでの保険者機能論では、大きく2つの方向性が示されてきたと考える³⁶⁾。以下では、この点について簡単に確認しておきたい。

第1の方向性は、保険者が自律的に選択、決定できる領域を拡大するものである³⁷⁾。療養の給付を担当する保険医療機関については、保険者が選択し契約を締結する方針が示されており、診療報酬についても医療機関との交渉に基づいて決定される仕組みが検討されている。さらに、ドイツやオランダの制度を参考に、保険者間の競争によるサービスの質の向上や効率化を図るために、被保険者が保険者を選択する仕組みを導入する必要があるとの指摘もみられる³⁸⁾。このような方向性をとる場合、社会保険としての性格を維持するために、保険者と保険医療機関が定める契約内容についてどのような制約を設けるべきかが課題となる。

第2の方向性は、保険者による情報の蓄積、活用を重視したものである。第1の方向性に基づく保険者機能では、保険者間の競争や医療機関との交渉を通じて質の向上や効率化が図られている。これに対して、この立場からは、そのような交渉がもたらす取引コストこそがむしろ問題であり、わが国でこれまで採用されてきた統一的な診療報酬の決定や審査支払体制のメリットを活かすべきであるとされる³⁹⁾。保険医療機関の指定については、統一的な指定の仕組みの利点を活かしながら、保険者の役割を高めるために、指定取消権限発動のための申立権の付与が提案されている。ま

た、診療報酬請求に含まれる情報を効果的に収集、分析する観点からは、審査支払機関の統合を検討すべきであるとしている。

IV おわりに

本稿では、医療保険制度における保険者と保険医療機関との法律関係の特質と近年の変化について検討した。医療保険制度の歴史的経緯により、保険者と保険医療機関、審査支払機関との間には固定的な法律関係が形成されていたが、近年の制度改革では、これを見直す動きが生じるようになった。今後、保険者機能をどのように展開させるかによって、保険者と医療機関との契約関係や（本稿では検討の対象とはできなかった）被保険者と医療機関との契約関係にも変化が生じることになる。これらの点については、今後の検討課題としたい。

注

- 1) 法研 (2003) 482 頁。
- 2) いわゆる地方分権一括法に基づく健康保険法改正 (1999 年) までは、国の機関として都道府県知事が指定を行っていた。
- 3) 法研 (2003) 483 頁。
- 4) 「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令」4 条 (昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 13 号)。
- 5) 大阪地判昭和 56・3・23 訟月 27 卷 9 号 1607 頁, 大阪高判昭和 58・5・27 判時 1084 号 25 頁, 京都地判平成 12・1・20 判時 1730 号 68 頁等。
- 6) 前者について最高裁平成 17・9・8 判時 1920 号 29 頁, 後者について東京高判平成 3・9・25 判時 96 号 44 頁等。
- 7) 田村 (2000) 51 頁, 稲森 (2001) 73 頁, 中野 (2001) 110 頁参照。
- 8) 稲森 (2001) 73 頁, 中野 (2001) 111 頁参照。
- 9) 前掲・大阪地判昭和 56・3・23 等。
- 10) 西田 (2006) 137 頁。
- 11) 阿部 (2000) 13 頁。
- 12) 最一小判平成 17・9・8 判時 1920 号 29 頁。なお, 吉原・和田 (2008) 424 頁は, 介護保険制度の創設, 病床転換の進行, 医療機関をとりまく経営環境の変化等により, 今日では, 医療計画による病床規制は一定の歴史的な役割を終えたとしている。
- 13) 社会保険診療報酬支払基金の創設は 1948 年, 国民健康保険団体連合会の創設は 1959 年である。社会保険診療報酬支払基金は, いわゆる特殊法人であったが, 特殊法人等整理合理化計画 (2001 年 12 月 18 日閣議決定) により, 2003 年 10 月より社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設立される民間法人となった。
- 14) 最一小判昭和 48・12・20 民集 27 卷 11 号 1594 頁。
- 15) 最二小判昭和 61・10・17 判時 1219 号 58 頁, 神戸地判昭和 56・6・30 判時 1011 号 20 頁等。
- 16) 福田 (2003) 183-185 頁。1942 年に指定制度が採用されるまで, 健保組合では, 医師会との団体請負契約を締結していたが, 交渉力の面で劣位におかれたため, 健保組合が保険医を選択することはなかった。新田 (2001) 128-129 頁参照。
- 17) 新田 (2001) 130 頁。
- 18) 最二小判平成 17・7・15 民集 59 卷 6 号 1661 頁, 最三小判平成 17・10・25 判時 1920 号 32 頁。
- 19) 規制改革により市場の関係に置かれた当事者の選択や合意を支える仕組みとして契約の役割が注目されるようになった。規制緩和, 民営化と契約の関わりを広く検討した論考として内田 (2005) 参照。
- 20) 石田 (2008) では, 2008 年 8 月までの状況を整理した。
- 21) 保険者機能の強化は, 医療保険審議会「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)」(平成 8 年 11 月 27 日) を契機に展開されたものであり, 必ずしも規制緩和や民営化の観点から提起された議論ではない。
- 22) 保険者機能に関する研究として山崎・尾形 (2003) 参照。
- 23) 「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務の取り扱いについて」平成 14 年 12 月 25 日保発第 1225001 号。
- 24) 「健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取り扱いについて」平成 17 年 3 月 30 日保発第 0330005 号。
- 25) 「健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取り扱いについて」(平成 19 年 1 月 10 日付保発第 0110001 号) (以下, 「平成 19 年保険局長通知」)。
- 26) 医療保険各法に基づく審査支払機関への委託とは異なり, 民間事業者への委託は民法上の委任契約にもとづいて行われる。岩村 (2003a) 6 頁および岩村 (2003b) 18 頁を参照。
- 27) 公正な審査体制を確保するために, 健保組合では, 審査対象となる調剤について審査を担当できる知識・能力を有した医師を確保する等適正な審査体制を確保しなければならない。また, 健保組合と調剤薬局の間で審査内容について見解の相違が生じた場合の紛争処理ルールについて対象薬局, 対象医療機関との具体的な取り決めをすることが求められる。前掲・平成 19 年保

険局長通知参照。

- 28) 法研(2003)560頁。
- 29) 「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」(平成15年5月20日保発0520001号)(以下、「平成15年保険局長通知」)。
- 30) このほかに、健保組合は認可を申請する際に、契約医療機関の収支決算書、当該契約がフリーアクセスに与える影響についての当該健保組合の所見を記した書類等の提出が求められる。認可後は、毎月、契約医療機関における当該健保組合の加入者の診療報酬の額とレセプト件数等を報告しなければならない。契約医療機関は、広告を通じて健保組合の加入者に十分な情報提供を行うことが求められる。前掲・平成15年保険局長通知参照。
- 31) 集合契約にはいくつかのパターンがみられる。ひとつは、地区医師会と市町村国保が集合契約を締結するケースである。国民健康保険の被保険者は、地区医師会が用意した複数の医療機関の中から選択して受診することになる。いまひとつは、被用者保険の被扶養者が受診するケースである。健康保険団体連合会は、実施機関の全国組織(日本人間ドック協会や結核予防会)と集合契約を締結し、実施機関を確保している。健診費用の支払いは、社会保険診療報酬支払基金等の代行機関に委託される。
- 32) 規制改革会議は、保険者の直接審査等において、特定健診等の集合契約と同様の方式を用いて医療機関の事前合意を得る仕組みの検討を求めている。「規制改革推進のための第3次答申」(2008年12月22日)参照。
- 33) 吉原・和田(2008)533頁,542頁。
- 34) 前掲・平成19年保険局長通知参照。
- 35) 法研(2003)563頁。
- 36) 加藤(2003)149頁以下の分類を参考にした。
- 37) 最近のものとして、福田(2009)、佐藤(2005)参照。
- 38) 佐藤(2005)302頁。
- 39) 加藤(2003)150頁参照。

参考文献

- 阿部泰隆(2000)「地域医療計画に基づく医療機関の新規参入規制の違憲・違法性と救済方法(下)」自治研究76巻3号,pp.3-21。
- 石田道彦(2008)「医療分野における規制改革の現

状と課題」公正取引695号,pp.28-33。

- 稲森公嘉(2001)「判例評釈・県知事による保険医療機関指定拒否の処分性と適法性」賃金と社会保障1307号,pp.70-77。
- 岩村正彦(2003a)「社会保障法入門(第53講)」自治事務セミナー42巻9号,pp.4-8。
- (2003b)「社会保障法入門(第54講)」自治事務セミナー42巻10号,pp.16-19。
- 内田貴(2005)「民営化 privatization と契約(1) —制度的契約論の試み」ジュリスト1305号,pp.118-127。
- 加藤智章(1999)「医療保険における保険者論」社会保障法14号,pp.23-37。
- (2003)「医療保険制度における保険者機能」山崎泰彦・尾形裕也編(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社,pp.137-154。
- (2007)「平成18年改正法に基づく保険者の変容」ジュリスト1327号,pp.32-39。
- 佐藤主光(2005)「保険者機能と管理競争」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社,pp.283-310。
- 田村和之(2000)「保険医療機関の指定の法的性格」佐藤進ほか編『社会保障判例百選(第3版)』有斐閣,pp.50-51。
- 中野妙子(2001)「判例評釈・医療法の勧告に反して開設された病院に対する保険医療機関指定拒否」ジュリスト1199号,pp.109-111。
- 西田和弘(2006)「社会保険サービス給付の給付水準にかかる規範的検討」社会保障法21号,pp.136-149。
- 新田秀樹(2001)『社会保障制度改革の視座』信山社。
- 福田素生(2003)「保険者と医療供給主体の関係」山崎泰彦・尾形裕也編(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社,pp.173-191。
- (2009)「市民参加による医療費保障制度」駒村康平・菊池馨実編『希望の社会保障改革』旬報社,pp.133-148。
- 法研(2003)『健康保険法の解釈と運用(11版)』法研。
- 吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社。

(いしだ・みちひこ 金沢大学教授)