

クリントン改革とマネジド・ コンペティションについて

矢野 聡

1. はじめに

アメリカの医療保険改革は、1993年9月の大統領による「健康保障法（Health Security Act）」制定の表明以降、大きな波紋を国内の各関係者に投げかけている。現在までのところ、数多くの議員提案を含む代替案が医療保険改革の名のもとに上程され、各方面で論議されていることは周知のとおりである。しかし、論議の中心にあるのはこのクリントン案と呼ばれる、大統領の提案によるものである。

従来、民間医療保険が中心で機能してきたアメリカの市場に、公的性格の強い制度が導入される、ということから、医療保険改革の帰趨は、医療サービスの主流を占めていた民間部門の取り扱いに大きな感心が寄せられてきた。クリントン案においても、内容のなかでは、従来の医療保険の各制度が法案導入後も小さな変化で留まるような表現を用いているが、従来の医療サービスとの対比では、その内容はまさに革命的な意味を含んでいる。その本質を一言でいえば、公的制度の導入を求めずに、医療の需要の側の力を強める制度の追求、ということができる。

ところで、本法案の骨子はアメリカの特徴である医療サービスにおける民間を主体とした市場の論理を損なわない形で新たな制度を立ち上

げる、ということであった。良く知られているように、この「緩衝機能」ともいうべきものの最大の眼目は、「健康組合（Health Alliance）」¹⁾であるが、その骨子は、(1)民間医療保険の競争原理の基調を、リスクセクションから質、サービス、そして価格にする。(2)リスクの算定を経験上のものからコミュニティへと移すことによって公平性の拡大を図った。つまり、健康状態とか、雇用の状態による保険料設定の差異というものをなくしたということである。(3)消費者がよりよい医療供給者をより安い価格で選択できるように、プランおよび医師選択を最大化する。(4)購買力を集め、情報化を促進することによって購買者の力を強める。(5)消費者の選択というものを単純化し、明確化する。(6)消費者に、安い価格と高い価格を提示して消費者の費用自覚意識を促す。(7)組合が保険商品の購入、販売を特に中小企業向けについて行うことにより、高額な管理運営にかかる経費を削減する。(8)消費者が医療プランを仕事や家族の都合で変えなければならなくなったとしても、保険商品が中断せず継続できるようにする。(9)保険の加入前の状態による免責や待機待ちという制約を撤廃する²⁾。

この「健康組合」による医療プランの管理運営機構は、メディケア受給者を除くアメリカの全人口が対象となる。クリントン政権は、医療

サービスの内部機構に市場の論理を組み入れることによって、普遍性、公共性を維持しながら同時に競争原理をも確保しようとしている。つまり、従来の民間医療サービス機構を大幅に変化させることなく、改革を遂行しようとするアメリカ流の方式である。実際、1993年9月の医療保険改革の提案に先駆けて、大手のHMO(健康維持機構)、医療機関および医療保険会社は上述の方式に対して基本的な支持を表明していた。

しかしながら、この改革の基調をなす考え方は、医療保険改革の具体案を作ったワシントン内の全国から選ばれた作業部会のメンバーというより、外部の学者と民間会社や民間団体の代表によって構成されているグループの考え方が大きな影響を与えていたといえるのである。その学者とはアラン・エントーベン(Alain C. Enthoven)³⁾であり、またジャクソンホール・グループと呼ばれる、民間の医療サービスの代表者たちによる研究会の考え方である⁴⁾。

医療保険改革の基本構造を述べるに当たって、実際、前政権もクリントン政権もエントーベンおよびジャクソンホール・グループが提唱した「マネジド・コンペティション」という用語を用いて選挙戦を戦った、という経緯がある。その意味では、彼らの概念が民間の主導で成立しているアメリカの医療保険を改革する際のもっとも検討に値する指導的な案といえることができるのである。

2. マネジド・コンペティション

このように政策決定に重大な影響を与えている彼らは、しかしながらヒラリー夫人を長とする現政権による医療保険改革の、タスクフォー

ス・メンバーに選ばれはしなかった。だが、いずれにしてもアメリカにおいては彼らの示す大枠の中で、方向性が定まっているのである。それでは、彼らの唱える、マネジド・コンペティションとはどのような概念であるのかについて、若干の考察を試みよう。

この概念は、「ミクロ経済学の原理から導きだされた競争のルールを用いて、消費者と企業主にとって最大価値が得られるようにするための購買戦略」と定義づけることができる⁵⁾。ここは、被保険者のばらばらな集合体の代わりに、財源拠出者、例えば企業主や行政府や団体などの医療費支払に責任をもつ集団が、従来の保険会社等の保険者による価格競争の排除性、という状態を克服するために市場の形成や調整を行う、というものである。

この新たな役割の保険者は非排除性のルールを確立し、参加プランの選別を行い、適用状態を把握し、価格弾力需要を作り上げ、リスクセクションを管理する。つまり、マネジド・コンペティションとは、財源と医療供給を統合化した包括的なケア組織、すなわちHMO(健康維持機構)にみられるように高度な質で、対費用効果のある、あらかじめ定額で費用を徴収する仕組みを基礎にしている。

1973年にHMO法が成立する前後から、国民的な医療保険法案の提唱が現われているが、この法案に「民間内部の構造的競合(Structured Competition)」とか、「制限された競合(Regulated Competition)」という用語が用いられるようになった。競合というのはもちろん価格の競争を意味しているが、ここでいう価格とは、医療サービスに対する個々の価格、ということではなく、包括的な年額、ともいえる定額の拠出金のことである。医療サービスの場面における

患者＝消費者の供給者に対する決定的に弱い局面を、医療の包括性というコンセプトで補強し、さらに医療サービスの質と効率性を集団の範囲で競わせる、というのが、マネジド・コンペティションの概念である。

そこで、まずマネジド（管理された）という語句に注目してみよう。これは彼らの提唱する組織形態を現しているが、その特徴をいくつか列挙すると、以下のとおりになる。

組織論の第1に上げられるのは、非排除性のルールである。非排除性のルールとは、まず第1に適用可能な者なら誰でも加入できること、第2に一定の範囲をもった最低給付ラインを設け、加入者はさらに所得と需要に応じて付加給付プランを購入してゆく、というもので、第3に適用は継続性を持っていること、第4にそれぞれの地域によって価格が異なるべきであること、そして第5がリスク排除や制限診療があってはならないこと、である。

新たな保険者は、このほかに民間の医療プランを選別し、競争させること、被保険者の加入とサービス内容の情報を周知させること、価格弾力需要を喚起し、満足度の高いサービスを低価格で行わせるインセンティブを起こさせる、等の役割を果たすべきだ、としている。

彼らの想定によれば、新たな保険者集団は大企業にとっては容易に組織化が可能であるが、アメリカの就業構造では被用者全体の40%以上は従業員100人未満の中小企業であり、大数の法則から新たな保険者が発揮すべき機能を行わせる可能性は少ない。そこでジャクソンホール・グループは健康保険購買組合（Health Insurance Purchasing Cooperative: HIPIC）と称する、中小企業の業者向けの新たな保険者の組織化を提唱した。彼らによればHIPICは、

参加企業の企業主の代表によって構成する非営利団体であるべきで、被保険者を管理すると同時に域内の医療プランを選択し、消費者に正確な情報を提供する役割を持つ、というものである。

つぎにコンペティション（競合）の側面である。エントーベンによれば、医療サービス機能の有する特殊性からこの分野は、「50年間も費用増加のインセンティブにどっぷりとつかった、もっとも無駄で非効率なシステム」であるとされる⁶⁾。これに医療技術の進歩と高齢化の影響等を加味すると、今後これ以上の医療費の増加を引き起こすことは明らかで、競合のシステムを導入することによって、費用を抑制する仕組みにしていかななくてはならない、と考える。一方、同時にその制度は使用者本位の仕組みでなければならないが、専売的な公的サービスによってはその特徴は失われる、と述べる。

エントーベンが述べる競合の概念は、医療サービスを出来高払いに基づいた全く自由な競争状態に置くというのではなく、ある医療サービスシステムのパッケージごとの競合をいっているのである。つまり、この目指すところは、消費者による医療サービスの費用自覚を促すことであって、決して医療サービスの管理運営を公的なものにして支出を押さえ込む政策を意図しているものではない。

ここから明らかなように、彼らは典型的にはHMOやPPI（Preferred Provider Insurance）の組織形態を理念化し、この方式の推進によって全国的な普遍化を目指している、といっても過言ではない。しかし、一方ではこの制度がアメリカに導入されて10年以上を経過しているにも関わらず、アメリカにおける医療費の増加は押さえられるどころか、一層伸びている、とい

う批判がある。これに対しエントーベンは、現行制度の制約のもとでは彼の理想とするシステムとは程遠く、「真の意味でのコンペティションは、まだ行われていない」と反論する⁷⁾。

反論の根拠は、(1)1973年に制定されたHMO法は、基本的には従業員25名以上の従業員規模の企業で1つのグループHMOに加入するか、単独のHMOに加入するかしなければならない。それは当該地域にHMOがあれば、また企業がその申請をすればの話であるが、多くの企業がそれを行っていない。(2)HMOに加入している大企業の雇用主は、選択の余地を与える情報提供を行わない傾向がある。(3)従業員100人未満の中小企業ではリスクの分散がうまく機能しない。(4)雇用主がHMOを選ぶ仕組みになっていて、競争の動機づけが起きない。(5)従業員が支払う保険料には税制上の制約があって、雇用主の保険料に自由に付加するわけにはいかない、等を上げている。

つまり、彼の論法によれば、こうした現行制度上の障害を除去すれば、HMOは本来の機能を果たすことになる、というのである。

3. 政府案と対案

93年9月に発表された医療保険改革案は、その後各方面に影響を及ぼした。前述のように、この法案は多くの意見を折衷したものであったが、典型的にはマネジド・コンペティションの考え方を踏襲したものを見ることができる。しかしながら、エントーベンおよびジャクソンホール・グループとクリントン案は、根底で同様の考え方を取り入れながら、表面的には別の形で提案が現われている、ということから、同法案を批判の対象としたのである。

「健康保障法」は、彼らによれば「健康組合」の提示によって、市場の自動的調整力によってではなく、政府の規制によって費用の抑制を図るものである、とした。また、マネジド・コンペティションでは、雇用主の課税最低限下の医療プラン選択の特典を一律に削除したこと、一方で被用者の課税を一律に課することで、強い不満を示した。彼らが想像した以上の政府による管理、強制力の誇示による、市場性の弱体化を恐れたのである⁸⁾。これによって彼らは、市場インセンティブの力が弱まり、医療サービスに対する市場の操作性が働かない。

エントーベンらの考えでは、クリントン案を受け入れるには次の4点を修正すべきであることを主張していた。すなわち、(1)「健康組合」への強制加入は個人と100人未満の企業に制限する。(2)当該地域の最低価格の一定の質をもったプランには、雇用主の税の免除措置が受けられるようにする。(3)雇用主や被保険者の保険料に上限や下限の保証を行ってはならない。(4)プレミアム・キャップの提案の廃止、である⁹⁾。

エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案は、その後、企業の経営者の利害をより徹底して反映させる案として、ブロー/クーパー法案の名でアメリカ下院に上程された¹⁰⁾。彼らの案によれば、HIPICは医療プラン購買組合(Health Plan Purchasing Cooperative: HPPC)と名称を変えてはいるが、その機能、目的はHIPICと同様である。こうして、同案は公然とクリントン案とは一線を画す案として登場することになったのである。強調点が支払側の力の増大であることから、中小を含む事業主の連合体による保険者集団化を目指してはいるが、クリントン案の特徴である国民皆保険を明示しているわけではない。この点についてジャ

クソンホール・グループの案も、必ずしも明快なブロー/クーパー法案の制度の全体的比較は表1のようにではない¹¹⁾。その他、クリントン案とブロー/クーパー案となる。

表1 クリントン案とブロー/クーパー案の比較

1993年改革法案の骨子	クリントン案 S. 1757/H.R. 3600	ブロー/クーパー案 S. 1759/H.R. 3698
管理運営	地域および企業健康組合が保険をカバーし、連邦による標準の給付を行う。低所得層と中小企業の低賃金労働者向けの連邦補助制度あり。代行のアプローチとして各州が単一の支払機関となる。	個人と中小企業のために医療プラン購買組合(HPPCs)を作る。メディケイドは廃止。メディケアは部分的に残す。単一の支払機関はなし。
適用	1998年1月1日から全市民と法的居住者に適用される。メディケアは現行どおり。メディケイドの救急サービスは健康組合に統合。	適用についての規定はなし。
給付	健康組合の適用者は以下の給付を受ける。 ・病院サービス ・医療専門職サービス ・一時医療および予防サービス ・精神保健、薬物乱用者へのサービス(期限付き) ・義足、義肢、等 ・18歳未満の歯科ケア	独立した健康保険標準委員会(HCSC)が「効果的給付のセット」を作る。州による強制権を廃止。
自己負担	低額プランでは外来10ドル、処方5ドル、救急室25ドル。高額プランでは20%自己負担。予防には自己負担なし。地域、在宅老人介護サービスは別で、所得により最高40%までの自己負担。	自己負担は予防給付を除き徴収。
免責	高額プランでは、個人200ドル、家族400ドルまで給付の対象外。薬剤処方1人あたり250ドルの免責。	免責点は設けない。
分割払い	健康組合の被保険者には禁止	ヘルスプランの加入者には禁止
保険料	通常、雇用者は健康組合の標準保険料の80%を支払う。保険料は賃金の7.9%まで。(75人未満の中小企業は賃金の3.5%から7.9%) 被用者は通常自分の選んだプランと標準保険料と別々に払う。(上限3.9%) 自営業と無職者は全額を自分で払う。	雇用者は保険料支払をしてもよいが求められない。上限は特定しない。100人未満の小企業はHPPCに加入する。保険料に制限はないが、地域、年齢によって異なる。
他の財源	保険料に加えて、メディケア、メディケイドに使われている冗費の節減、道徳税の創設、賃金の1%の税を健康組合が徴収する。	行政の簡素化、雇用者の免責、メディケア受給者の冗費節約で浮いた資金によって、低所得者については保険料の補助制度あり。退職者医療給付の創設。

表1 (つづき)

予 算	「バックストップ」と呼ばれる予算が国および健康組合レベルで創設される。各々はインフレの対応がなされる。	なし。
病院支払	支払はHMO, PPO, また健康組合によって設けられた料金表に基づいて, 病院および他の医療機関に払われる。	特別な支払制度とか制限はない。
医療供給者への支払	支払はHMO, PPO, また健康組合によって設けられた料金表に基づいて, 個々の医療供給者に払われる。	特別な支払制度とか制限はない。
マネジドケア・プランへの支払	健康組合は, HMO に定額の保険料を支払う。健康組合は予算の範囲内で価格割引の交渉をする。	特別な支払制度とか制限はない。
薬 価	制限なし。	制限なし。
メディケア	メディケアは残す。薬剤処方給付を設け, 在宅ケアの質を高める。自己負担は残し, 分割は禁止。伸びを押さえ, 余りは予算にまわす。	メディケア報酬レベルを下げ, パート B 保険料を特定の集団について上げる。
メディケイド	救急ケアと医療の現金給付は健康組合に吸収。メディケイドは, 介護サービスと移送, 栄養指導等, 健康組合が行わないサービスを遂行。	メディケイドは HPPC の加入者補助制度にする。3年後に連邦の介護サービスを廃止。代わりに州が責任をもって介護サービスを行う。
退役軍人	現行の制度は残すが, 健康組合でプラン選択の余地を与える。	変化なし。
医療保険の役割	保険会社は地域, 企業保健組合にプランを提出。しかしほかで同じものを販売できない。自己負担による商品も提示する。	保険会社は現行どおり。
医療保険改革	保健組合のプランは全被保険者に受け入れられること, 他のプランに移行するまでそのプランに加入する保証があること, 加入のリスク選択がないこと, マーケティングが必要なこと, 等の要件を備える。	HPPC の保険者 (保険商品提供者) は, リスク選択の制限を受け入れなければならず, 個人および小企業の参加を受け入れなければならない。
消費者の役割	消費者は保健組合の正式なメンバーとして雇用者と同等の位置に立つ。苦情の処理のために消費者オンブズマン制度をたち上げる。	消費者は HPPC のメンバーの一員となる。

資料 : APHA., The Nation's Health, January 1994. pp. 14-16.

4. マネジド・コンペティションの評価

しかし、エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案にみられるマネジド・コンペティションの概念は、実際に彼らが主張するものよりも観念的で管理統制主義的な側面をもつように見える。医療サービスの「自由性」を排除する一方で、保険者同士に競合させ、同時に消費者の個人的選択の幅をもたせる、という彼の案の特徴は、長所の強調のように見えるが、実際の場面では、それぞれ局面が異なるところで主張されている。従って、異なった局面を組み合わせれば、ひとつの具体的なイメージが浮かび上がるのである。要点を整理すれば、彼らの主張点は第3者支払・管理機関による競合を完全かつ全国的な土俵のもとで行うこと、内部市場における医療供給サービスの部分的統制化、被用者の被保険者化を完全に進めること、である。

従って彼らの案にしたがえば、保険者の権限が今まで以上に強力になる半面、責任者の思惟性によって医療プランの選択が行われる危険性も生じてくる。さらに、既存の大手HMOやPPIによるサービスプランの優位性がますます増大し、この分野に新規に参入しようとする中小の医療プランにとって、極めて困難な状況が現われる恐れがある。

一方、同案には重大な欠陥を指摘することもできる。その第1は、国民皆保険化を必ずしも意図してはいない、ということである。ブロー/クーパー法案に見られるように、彼らの制度実現の眼目は経済の効率化と活性化、そして医療サービスの科学的分析に注がれていて、社会保障の大きな目的のひとつである制度の普遍化、

一般化には注がれていないようである。エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案の中味について詳細に吟味してみても、この理念の重要性を強調している項目は見当たらない。つまり、彼らの意図する制度の実現にとっては、最下層を含む、全国民を網羅する社会保障医療の実現は必ずしも適当ではない、ということなのである。

第2の問題点は、予防、公衆衛生の改善等の項目にあまり力を入れていない、という事実である。アメリカ国内の、基礎的な公衆衛生のサービスを必要とする集団の状態とその改善の方向を、エントーベンおよびジャクソンホール・グループは示してはいないし、示そうともしていない。全米公衆衛生学会によれば、クリントン案の「健康組合」の指導による、かなり思い切った予防給付、健康教育の実施案も不十分である。まして彼らの案は全く評価されていない¹²⁾。

要約すれば、クリントン案とエントーベンおよびジャクソンホール・グループの案との、根本的な相違は、市場の「政策」対「社会政策」の間の確執、と捉えることもできる。マネジド・コンペティションの概念は、社会政策の俎上に保険者の権力を付与することによって、従来の医療政策決定方式を変化させる意図があることは十分に理解でき、その意味では革新性に富んでいるといえる。一方、従来の非効率で不透明な医療サービスの構造に、科学的透明的な動機づけを行おうと意図していることに対しても、従来とは異なった革新性を見ることもできる。つまり、医療サービスの野放図な市場性に、ある政策的意図をもって介入する、市場の「政策」である。

しかし、同案はそもそもアメリカの危機的な

医療サービスの現状に対して、総合的な社会政策を推し進める一環として示されているわけではない。エントーベンおよびジャクソンホール・グループの案は、彼らの長年に及ぶ純粹理論に基づいた医療サービスシステム改革案の到来程度にしか現状を認識する意図はなく、おびただしい無保険者や、妊産婦、乳幼児死亡率の多さに見られる一部の集団の医療サービスの不利益には、あまり感心が向いていないのである。つまり、現状のやや革新的な政治グループに許容できる程度の改革であって、より根本的な改革を狙うクリントン案とは、似て非なるもの、と自らが認めざるを得ないものであった、ということが出来る。彼らが唱える「政策」はこの点で、現行の保守的な医療サービスの基盤を揺るがすものでは決してなく、むしろ市場性の優位をこの分野に取り込むための便宜的な革新性の提示を行うに過ぎないものでしかない、ともいえる。

一方現政権にしてみれば、医療保険改革の目標は、医療費の効果的、効率的抑制であるがそれと同等かそれ以上の価値で、無保険者や公衆衛生水準の改善問題に取り組まねばならず、これが大統領就任前からの公約として果たさなければならぬ至上命題であった。大統領にとっては、「社会政策」は必要欠くべからざるものである。

同時にこの視点を現状の医療保険グループにも大きな反対もなく理解してもらわなければならないという事情があった。その視点からマネジド・コンペティションという用語が多用されたと考えることも出来る。しかし、論議が深まるにつれて、各々の利害と目標に対する相異性が明確になってきた、という経緯があるのである。つまり、彼らの案は保守主義者のうちの比

較的革新的なグループ、および革新主義者の中の保守穏健派からの支持が得やすい案である、ということになろう。実際、ブロー/クーパー法案を支持するグループは、民主党穏健派と共和党進歩派であるといわれている。

結論として、クリントン案の評価については別の機会に委ねるにしても、マネジド・コンペティションは、経済学者による指導的理念が社会経済を方向づける、という意味での重要性をおおいに評価するべきであろう。しかしながら、この理念が任意性に委ねた市場経済の理論的帰結で、現実のアメリカの医療（保障）政策についてどれだけの回答を示せるのか、すでに社会保険の運用に長い経験と実績を有する我が国の視点から見れば、やや疑問に感じられる点も多いといわざるを得ない。

注

- 1) Health Alliance は「健康同盟」、「健康連盟」等の邦訳がある。確かに連邦政府は、ビスマルク型社会保険方式を採用する国々と対比させ、クオリティ・コントロールなど、注目すべき役割をこの中に付与している。しかし、実態はあくまで「保険者」であって、我が国の健保、国保の「組合」方式の発展型、という理解が正しい。「健康組合」は基本的には各州に1つ、大都市に1つ、そして常雇用の勤労者が5,000人以上いる大企業に1つ設置されることになっている。
- 2) Walter Azelman, The Rationale behind the Clinton Health Care Reform Plan, "Health Affairs", Spring (1) 1994., *op. cit.*, p. 17.
- 3) エントーベンは63歳。父はロンドン生まれのイギリス人、母はパリで育ったフランス人。父は保険ビジネスでシアトルに住み着いた。カトリックのイエズス会系の学校で学び、スタンフォード大学で経済学を修め、ロードス奨学金でオックスフォード大学に学んだ後、MITで経済学の学位を取得、その後サンタモ

ニカのランド・コーポレーションで特定の学問に拘束されない多目的研究を行った。1961年、当時のマクナマラ国防長官のもとで、武器弾薬使用の費用効果分析研究を行い、その後「ペンタゴンのシステム分析家」として知られるようになった。1969年に西海岸に戻り民間会社の副社長に就任、その後製薬会社の社長になった。

1973年スタンフォード大学の大学院に教授として迎えられ、その数年前からともに私的な研究会を行っていたポール・イルウッド (Paul Ellwood) の影響もあって、本格的な医療分析研究に取り組み始めた。同年彼はアメリカ最大のHMO組織であるカイザーパーマネンテの顧問にも就任している。

- 4) ジャクソンホール・グループとは、アラン・エントーベンを「教授」と呼ぶ民間大手の医療サービス団体および組織の代表からなるメンバーによる定例勉強会の集団である。イルウッド博士の所有する別荘の名を冠してこう呼ばれている。主なメンバーはブルークロスブルーシールズの幹部、メイヨークリニックの幹部、ハーバードコミュニティヘルスプランの理事、カイザーパーマネンテの代表、等である。上記2つの注の資料は以下による。The New York Times Magazine, July 18, 1993., *op. cit.*, pp. 24-39.

- 5) Alain C. Enthoven, The History and Principles of Managed Competition, "Health Affairs", Supplement 1993. *op. cit.*, p. 25.
 6) Alain C. Enthoven, *ibid.*, p. 40.
 7) Alain C. Enthoven, Why Managed Care Has Failed to Contain Health Costs, "Health Affairs", Fall 1993., *op. cit.*, pp. 27-43.
 8) Alain C. Enthoven and Sara J. Singer, A Single-Payer System in Jacson Hole Clothing, "Health Affairs", Spring (1) 1994., *op. cit.*, pp. 81-101.
 9) Richard Kronick, A Helping Hand for the Invisible Hand, "Health Affairs", Spring (1) 1994. *op. cit.*, p. 97.
 10) Breaux/Cooper S. 1759/H. R. 3698
 11) Alain C. Enthoven, *ibid.*, p. 82.
 12) Eugene Finegold, Health Care Reform—More than Cost Containment and Universal Access., "American Journal of Public Health" May 1994., Vol. 84, No. 5., pp. 727-8.

ちなみに彼はミシガン大学公衆衛生大学院教授で、全米公衆衛生学会の会長である。

(やの・さとし

東京海上メディカルサービス調査役)