

「保険者機能」論の位置付け：わが国の医療制度改革に対する示唆

尾形 裕也

■ 要約

わが国の医療制度改革をめぐる議論されている「保険者機能」論は、国際的に広く認知され、通用している議論ではない。国際的には、先進各国の90年代の医療制度改革は、「擬似的市場メカニズム」の導入ないしは「命令・管理モデル」から「契約モデル」への転換という動きとしてとらえられている。わが国の保険者機能強化論も、こうした文脈の一部としてとらえなおすことが可能であり、そうすることによってはじめて医療システム全体に関わる改革案を構成することができるものと考えられる。

■ キーワード

保険者機能、擬似的市場メカニズム、命令・管理モデル、契約モデル、プリンシパル・エージェント関係、2002年度改革

1. 問題の所在

いわゆる「保険者機能」をめぐる議論は、近年、さまざまな観点からさまざまな議論が展開されてきている。たとえば、2001年7月24日に公表された政府の総合規制改革会議の基本方針（「重点6分野に関する中間とりまとめ」）においては、医療分野における5つの規制改革の柱のひとつとして「保険者機能の強化」が取り上げられている¹⁾。同「中間とりまとめ」においては、レセプトの審査・支払を保険者が直接行えるようにすること等について、平成13年度に検討し、結論を得ることとされている。また、これまで、健保連、経団連、日経連、生命保険協会等の各種団体がそれぞれの立場から保険者機能の強化に関する提言を発表してきているほか、研究者による研究についても一定の蓄積が見られる状況となっている²⁾。さらに、2002年度に予定されている医療制度の抜本改革をめぐる議論においても、「保険者機能」は、ひとつの改

革の視点として取り上げられ、議論が行われてきている³⁾。

以上概観してきたように、「保険者機能」については、今やわが国の医療制度改革を論ずるにあたって不可欠の重要な論点となってきている感がある。今回、『海外社会保障研究』誌において、「保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較」という特集が組まれたことも、そうした動向の一環であると考えられることもできよう。

こうした動向について、筆者は何ら反対するものではない。むしろ、後述するような理由によって、今後のわが国の医療制度改革を考察するにあたって、「保険者機能」論はひとつの（きわめて）重要な視点を提供する可能性があるものであると考えている。しかしながら、これまでの「保険者機能」論については、いくつかの疑問と若干の危惧を感じていることもまた事実である。本稿においては、まず、そうした疑問点を指摘することから始めて、「保険者機能」論の（国際的な）位置付けという問

題について検討し、併せてわが国の医療制度改革に対するインプリケーションについても考えてみることにしたい。

第1に、「保険者機能」という用語法である。「保険者機能」の定義については、論者によって微妙に異なる範囲と内容を包含しつつも、わが国においては、一応の共通の理解が成立しているように見える(そうでなければ、用語法については本来保守的であるはずの政府の公文書において「保険者機能」という言葉が説明なしに使われたりはしないだろう)。しかしながら、「保険者機能」という用語ないしは概念は、決して国際的に広く認知され、通用するものとはなっていないということに留意する必要がある。そもそも「保険者機能」という言葉を外国語にどう翻訳すべきであろうか。また、仮に翻訳したとしても、おそらく何の説明もなしに、その意味内容が相手に伝わるといえることにはならないものと思われる。このことは単なる言葉の翻訳という技術的(?)な問題ではない。たとえば、「保険者自治」という言葉であれば、少なくともドイツやフランスのような社会保険方式をとっている国々においては直ちにその意味するところは了解されるであろう。これに対して、「保険者機能」には、そうした「国際性」は今のところ存在していない。「保険者機能」という概念、あるいはものごとのえ方は、さわめて「特殊日本」的なものであるという点について留意しておく必要がある。

第2に、第1の点とも関連するが、わが国においては、これまでのところ「保険者機能」論は、規制緩和ないしは規制改革論と密接に結びついて展開してきているという特徴がある。先にあげた総合規制改革会議の「中間とりまとめ」が典型的な事例であるが、その他の提言や研究も、その多くが、程度の違いはあれ、総じてこうした傾きを持っているように思われる。そこでは、「保険者機能」強化の中心的な課題は、支払基金等が事実上独占しているレセプトの審査支払権限を保険者の手元に取り戻す

ことであつたり⁴⁾、医療機関との保険契約締結権限や診療報酬の交渉権限を個別の保険者が持つようにすることであつたりする。これらは、いずれも現在の法制度におけるさまざまなレベルの規制から派生してくる問題であり、規制緩和・規制改革によって、これらの規制を撤廃ないしは緩和することが「保険者機能」の強化につながるとされる⁵⁾。こうした議論が「保険者機能」を考えるにあたっての重要なポイントのひとつであることは否定できない。しかしながら、「保険者機能」というのは、本来もつと根源的な、医療制度の基本に関わる大きな問題なのではないだろうか。サービスの受け手—プロバイダー—保険者という医療サービスの需給関係における基本的なプレイヤー3者の関係において「保険者機能」をとらえるとすれば、それはもはや単なる規制緩和論や規制改革論のレベルではなく、保険者の編成のあり方まで含めた真に抜本的な医療制度改革につながっていく議論たりうるであろう。後述するように、1990年代以降の諸外国の医療制度改革については、こうした視点から、「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論が提唱されている。誤解を恐れずにあえてきつい言い方をすれば、これらの議論に比べ、わが国の「保険者機能」論は、多分に「つまみ食い」的であり、医療制度全体の改革における位置付けという視点が弱いように思われる。そして、そのことは、単に「保険者機能」論に国際性がないということにとどまらず、その本来持っていたはずの「革新性」ないしは改革の「起爆剤」としての力をかえって弱いものにしてしまっているという印象がある⁶⁾。

第3に、より根本的な問題意識として、「保険者機能」論が、ア・プリオリに「医療保険」における保険者の問題としてとらえられていることについては、疑問なしとしない。ひとつは、社会保険制度のもうひとつの重要な柱である年金制度の存在である。年金制度について「保険者機能」が大きな問題になっているということは、筆者は寡聞にして

聞いたことがない。「保険者機能」といえば、医療保険における問題であるということが、すべての議論の自明の前提になっているようである。しかし、それは一体なぜなのだろうか。従来の「保険者機能」論は、こうした疑問に十分答えるものとはなっていないように思われる⁷⁾。また、もうひとつの疑問は、それが医療「保険」制度固有の問題であるのだろうかという問題である。たとえば、通常は「保険」制度には属さないと考えられる英国流のNHS (National Health Service) などにはこの議論は適用できないのだろうか。保険者をもっと広く「購入者」(Purchaser)としてとらえれば、この問題は解決するようにも思えるが、その場合は、もはや「保険者機能」論よりは、「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論の方がより適切な分析のフレームワークを提供することになるだろう。

以上述べてきた諸点を踏まえれば、「保険者機能」論という枠組みに固執することについては、筆者は懐疑的である。医療制度改革との関連性という観点からは、むしろ積極的にこれを拡張し、より射程の長い基本的な議論に変えていくことが必要なのではないかと考えている。以下では、そうした観点に立って、2つの(相互に関連するが)一応別個の国際的なアプローチについて検討することとしたい。

2. 擬似的市場メカニズム論

OECD [1999]によれば、最近10年間の加盟各国における医療制度改革の多くは、医療における競争の促進を目指した「擬似的市場メカニズム」(Quasi-market mechanism)導入の動きとしてとらえることができるという。ここで、「擬似的市場メカニズム」と呼んでいるのは、「市場メカニズム」すなわち「価格メカニズム」そのものではないが、あたかも市場における参加者のように、対等な関係における交渉、契約等を通じ、競争を促進することに

よって、一種の「均衡」を見出し、全体のシステムを効率的に動かしていこうという発想であると考えることができる。

医療においては、「総合規制改革会議中間とりまとめ」も指摘しているように、情報の非対称性をはじめとするさまざまな医療サービスに伴う特殊性が存在する⁸⁾。このうち、情報の非対称性については、対等な市場参加者という「市場メカニズム」の基本的な前提を突き崩す問題であり、これを補う何らかの措置が必要となる。この問題については、プロバイダーと患者の間におけるインフォームド・コンセントの推進という個人レベルの措置に加え、被保険者と保険者の間における情報提供という集団レベルでの対応が考えられよう。また、(公的)保険の下では、需要サイドが直面する価格とプロバイダーに提示される価格との間には大きな差違があるのが通常であり、「価格メカニズム」は十分に機能しないことになる。一般に「価格」は、取引される財・サービスの需給を量的に調節するだけでなく、その財・サービスについての情報を伝達する機能を果たしていると考えられる。価格が高ければ、その財・サービスは、低い価格のものよりも質の高いもの、あるいはより好ましいものとして受け取られる。「価格」は、こうした財・サービスについての基本的な情報をきわめて圧縮した形で、効率的に消費者に伝達しているのである。「価格メカニズム」が十分に機能しない医療サービスについては、需給の量的な調節への介入のみならず、こうした価格の情報伝達機能を補完する措置が必要となる。情報の非対称性の場合と同様に、ここでも情報に関する補完的措置の担い手としての保険者の役割というものが重要になってくると考えられる。

OECDの報告書においては、「擬似的市場メカニズム」導入の具体的な医療制度改革の事例として、3つのケースを提示している。これらについては、図1のような基本的なフレームワークで考えるとわかりやすいと思われる。

図1は、医療サービスの需給関係における基本的なプレイヤーを簡略化して図示したものである。「消費者」は患者もしくは被保険者であり、医療サービスを最終的に消費する主体を表わしている。「供給者」は、病院、診療所等の実際の医療サービスの提供者であるが、供給主体としては、公・民、営利・非営利いずれの形態も考えられる。また、購入者(Purchaser)というのは、消費者(被保険者)の「代理人」として医療サービスを購入する主体のことであり、わが国の場合でいえば、医療サービスの代価を支払い、現物給付としてこれを被保険者に給付している保険者が相当することになる。すでに述べたように、英国のNHSのような制度においては、伝統的にはこの購入者と供給者が融合した形態となっていたと考えられる。

OECD[1999]によれば、加盟各国の最近の「擬似的市場メカニズム」導入の動きとして、①医療サービスの購入者と供給者との分離、②消費者をめぐる購入者間の競争の導入、③購入者との契約をめぐる供給者間の競争の導入の3つがあげられている。図1においては、それぞれ対応する位置に、この番号で各改革の位置付けを示している。

①については、英国におけるNHS改革がその代表的な改革であるとされている。伝統的なNHSシステムにおいては、医療供給と医療需要(購入)が国営医療において一体化されていたわけであ

るが、サッチャー政権の下での改革以来、さまざまな紆余曲折を経て、その分離が図られてきている。わが国の場合、基本的に供給者と購入者は分離しているが、保険者が運営する医療機関(組合健保病院、共済病院、国保直営医療機関等)については、一部両者が融合している部分もあると考えられる。

②については、いわゆる被保険者による保険者選択の自由の問題である。90年代の改革を通じ、ドイツ、オランダ⁹⁾等においてこうした措置が導入され、実際に機能していることはよく知られている。公的医療保険制度の下で保険給付の内容が差別化できない場合には、保険料水準の差によって被保険者を獲得しようとする競争が保険者間で行われることになる。これらの国では、同時に保険者の合併、再編により、保険者数の急速な減少が見られている。

③については、購入者(保険者)が医療機関と診療契約を(個別に)締結することによって、医療機関どうしの(保険者獲得)競争を促進しようというものである。具体的には、オランダ(1992年)やドイツ(2000年)の改革等があげられる。

以上のような「擬似的市場メカニズム」論において特徴的なのは、図1を見てもわかるように、基本的プレイヤー3者の関係の中で、購入者(保険者)が常に関わる改革となっているという点である。

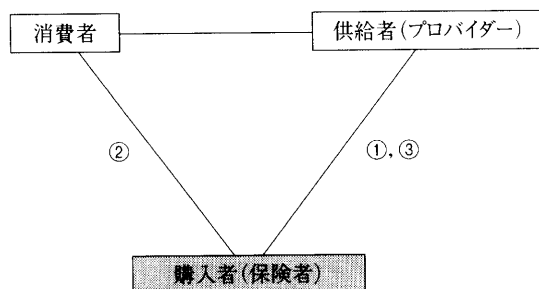


図1 擬似的市場メカニズムの参加者(概念図)

このことは、現代の医療システムにおいて、購入者（保険者）の占める位置と役割の重要性を示している。もともとは医療サービスにおいても、消費者と供給者との間の単純な需要供給関係が基本であった（図1の水平線関係）。しかしながら、公平性を重んじるとともに、高度化・高額化した医療サービスを効率的に提供することを目指す現代の医療システムにおいては、購入者（保険者）の存在は、もはや不可欠のものとなっている。これを無視しては、適切な医療システムの設計はおぼつかないだろう。そうした意味で、「擬似的市場メカニズム」論に基づく改革においても、購入者（保険者）はひとつの基軸となる存在になっているといえる。わが国における「保険者機能」論は、こうした「擬似的市場メカニズム」論の一部としてあらためてとらえ直すことができるように思われる¹⁰⁾。

3. 契約モデル論

近年の欧州諸国における医療制度改革の方向については、Saltman 他 [1998] によるもうひとつの定式化がある。すなわち、多くの国における従来の伝統的な医療モデルは、中央集権的な政府が大幅に介入する「命令・管理モデル」(command-and-control models)であった。これに対し、近年の改革を通じ、これを、より分権的な相互の契約関係

を中心とする「契約モデル」(contracting models)へ変えていこうという基本的な潮流が見られるというものである。

こうした「契約モデル」論は、わが国における規制改革・規制緩和論に通じる面があることは事実である。政府の「命令」や「管理」を排除し、医療システムに参加する主体の自主性、自立性をできる限り尊重していこうという姿勢は、おそらく両者に共通しているものと思われる。ただ、「契約モデル」においては、そうした規制改革や規制緩和にとどまらず、医療システムへの参加者相互の関係を、新たに対等な「契約」関係として規定し直そうとしている点が特徴的である。そういった意味では、むしろ「契約モデル」論は、前述の「擬似的市場メカニズム」論により近いものとも考えることもできる。「擬似的市場メカニズム」論において、擬似的な市場参加者の相互関係の性格を「契約」としてとらえれば、それがすなわち「契約モデル」であるということになる。

「契約モデル」については、図2に示したような簡単な概念図で考えることができる。患者と供給者の関係は、いわゆる「エージェンシーの理論」でいうプリンシパル・エージェント関係の契約としてとらえることができるだろう¹¹⁾。供給者には、患者の利益を第一に考えて行動する「エージェント(代理人)」としての役割が期待されることになる。一

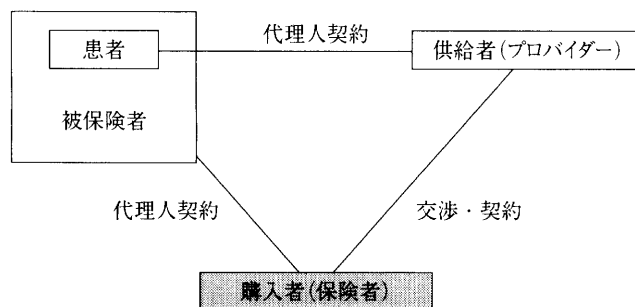


図2 契約モデルの概念図

方、被保険者については、保険者がその「代理人」ということになろう。保険者はなによりもまず、顧客（依頼人）たる被保険者の利害を考えて行動することが求められる。そして、それぞれの「プリンシパル・エージェント」関係については、それを実効性あるものとするための「インセンティブ・スキーム」を設定することが必要になる。これは、患者と供給者との関係については、診療報酬の設定の問題であり、被保険者と保険者との関係については、被保険者による保険者選択等の問題である。図2に示したように、一般に患者は被保険者の部分集合ではあるが、その利害は必ずしも一致せず（むしろしばしば対立し）、そこに双方の「代理人」間の交渉、契約関係が成立することになるわけである。

こうした「契約モデル」においては、従来の医師・患者関係において想定されていた「エージェント」論が、被保険者・保険者関係にまで拡大されていると考えることができる。わが国の「保険者機能」

論においても、問題をこうした「エージェント」論としてとらえようとする考え方が多いように思われる¹²⁾。そうした意味では、「保険者機能」論と「契約モデル」論は共通の発想に立っているといえる。ただ、図2に見られるように、「契約モデル」の方が、より一般的な「契約」という概念によって、全体の医療システムを包括するフレームワークを提供しているものと考えられる。

4. わが国の医療制度改革との関連

以上、「保険者機能」に関連する国際的な医療制度改革のアプローチについて検討してきた。ここで、これらの議論がわが国の医療制度改革に対してどのようなインプリケーションを有するのかという問題について考えてみよう。

わが国の医療制度の現状については、さまざまな評価がありうる。山崎他[2001]では、図3に示したような概念図によって、日本の医療システムの

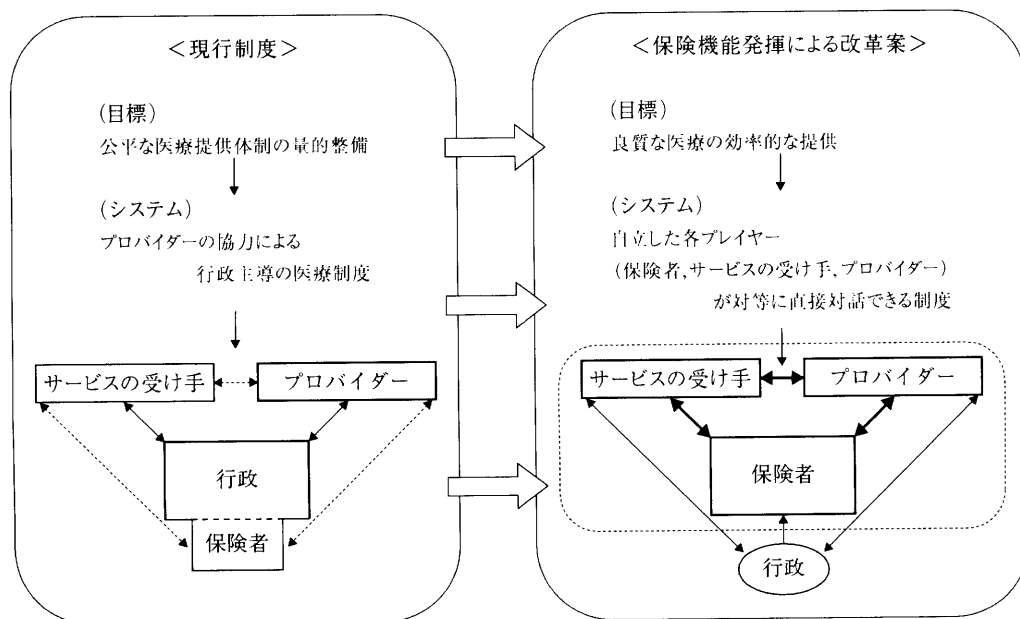


図3 保険者機能に関する概念図

現状と、それが「保険者機能」を発揮することによって、どのように変わりうるかを示している。

図3の左側半分は、わが国の現行制度を表わしている。基本的な政策目標としては「公平な医療提供体制の量的な整備」に主眼が置かれてきた。そして、こうした政策目標を達成するためのシステムとしては、「プロバイダーの協力による行政主導の医療体制」がとられてきたとされている。そこでは、図3に示されているように、サービスの受け手及びプロバイダーに対して、(保険者ではなく)行政が巨大なプレイヤーとして登場しているのが特徴的である。本来、一方の重要なプレイヤーであるはずの保険者は行政の後ろへ引き下がり、影の薄い存在となってしまっている。

これを右側半分の図のように改めていく必要があるのではないかというのが、山崎他[2001]の基本的な発想である。基本的な政策目標としては「良質な医療の効率的な提供」という、1987年に発表された「国民医療総合対策本部」中間報告以来の目標が改めて掲げられている。そして、それを実現するためのシステムとしては、自立した各プレイヤーが対等の立場に立って直接対話をし、交渉をするという基本的な仕組みが考えられている。そこでは、図に示したように、行政に代わり、保険者がそのあるべき位置に立っている。行政はもはや直接ゲームに参加するプレイヤーではなく、レフェリーないしはアンパイヤーとして一歩後ろへ下がり、全体のシステムがうまく機能するよう、監視や審判の役割をつとめることになる。

以上のような議論は、「保険者機能」の強化ないしは発揮論として展開されているわけであるが、上述の「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論ときわめて類似した内容のものになっていることがわかる。図3に示されているように、従来のわが国の医療制度は、行政主導の典型的な「命令・管理モデル」であった。こうしたモデルは、公平性やサービス供給の量的な確保を図る上ではきわめて効率的

で有効なモデルであったといえる。しかしながら、提供されるサービスの質や効率的なサービス供給、さらには患者や被保険者のエンパワーメントといった今日医療サービスに求められている諸問題¹³⁾を考えると、もはやこうしたモデルでは十分に対応できない事態に立ち至っているものと思われる。

わが国の医療システムは、ある意味では「命令・管理モデル」が最も成功した事例のひとつであるといえるかもしれない。わが国においては、国民皆保険を1961年という戦後の比較的早い時期に達成し、その後も着実にこれを維持・発展させてきている。また、累次の制度改正により、保険給付の公平化は相当程度達成されている。平均寿命や乳幼児死亡率といった伝統的な量的な指標で見ると、医療サービスのEffectiveness(有効性)は世界でも最高水準にあると考えられる。さらに、マクロ的な医療費については、少なくとも現時点においては、わが国の経済に比べた医療費の水準は、諸外国に比べ相対的にコントロールされている状況にあるといえる¹⁴⁾。

しかしながら、こうした「成功」が「失敗」につながっているという面がある。全国民をカバーするきわめて公平な公的医療保険制度の下で提供される医療サービスについては、劣悪な療養環境、短い診療時間、長い在院日数、マンパワー配置の手薄さ、診療水準のばらつき、インフォームド・コンセントや情報開示の不十分さ等々の問題点がつとに指摘されている。そして、これらは、伝統的な「命令・管理モデル」の下ではなかなか十分な対応ができてこなかった問題である。

こうした医療サービスのあり方をめぐる今日的な諸問題に対応する上で、「擬似的市場メカニズム」の導入や「契約モデル」への転換は、一定の効果を有するものと考えられる。特に「保険者」に権限と責任が与えられておらず、その存在感が稀薄であったわが国の医療制度において、当面「保険者機能」の強化を打ち出すことは、医療制度改革

の論議において「戦術的」な意義を有するという面があるように思われる¹⁵⁾。

一般的な「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論では、消費者、供給者、購入者といった参加主体の取り扱いは本来無差別平等である(図1ないしは図2)。参加主体が対等な立場で相互に牽制しあい、一種の「拮抗力」として作用しあうことによって望ましい均衡が達成されるというのが、その想定する基本的な姿である。しかしながら、わが国の現実を考えてみると、図3に示されているように、本来の購入者である「保険者」は行政の背後へ後退しており、きわめて弱体である。まずはこれを前面に引っ張り出し、有効な「拮抗力」に育て上げることこそが、わが国の現実を踏まえた「戦術的」な提案たりうるであろう。これが、国際的に見ればきわめて「特殊日本」的な形で、近年わが国の医療制度改革論議において「保険者機能」論が大きく取り上げられてきている背景であると考えられる。

5. 今後の展望(2002年度改革をめぐって)

ここで、現実のわが国における医療制度改革をめぐる議論について考察を進めよう。2002年度に予定されている改革をめぐっては、高齢者医療制度のあり方についての検討が中心的な課題となっている。周知のように、これまで基本的に4つの異なる改革案が提案され、議論されてきている。そのそれぞれについて詳細な検討・評価を加えることは本稿の目的ではない。ここでは、ただ、これまで展開してきた「保険者機能」論という観点から見ると、それぞれの案がどのように位置付けられるかについて簡単にスケッチするにとどめたい。

まず、いわゆる「独立保険方式」案であるが、被保険者の対象年齢、具体的な制度の財源構成、さらには保険者をどのように設定するか等については論者によって構想が異なっており、一般化して論

ずることはむづかしい。しかしながら、いずれにせよ、もっぱら高齢者から成る独立制度を別建てで構成しようとしている点は、この案に共通の考え方であろう。そうだとすれば、財源的には高齢被保険者の保険料だけでこれをまかなうことは不可能であり、公費あるいは他制度からの何らかの拠出金にその大きな部分を依存することになる。このことは、保険者によほど厳格なインセンティブ・スキーム(この場合は医療費のコントロールが他財源からの「補助金」の水準を左右するような仕組み)を設定しない限り、保険者には「財政的規律」を維持するモチベーションはきわめて乏しいということになる。しかしながら、高齢被保険者の保険料をそれほど高水準に設定できないとすれば、こうしたインセンティブ・スキームの役割は限られたものにならざるをえない。下世話な(しかしわかりやすい)表現を使えば、しよせん「他人の禪で相撲を取る」ことには限界があるというべきであろう。

第2に、いわゆる「突き抜け方式」案である¹⁶⁾。被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、高齢被保険者の保険料のほかは基本的に現役の被用者保険各制度からの拠出金によってまかなおうというのがこの案の主眼であろう。この場合も「独立保険方式」の場合と同様に、保険者自身の当事者意識はきわめて稀薄なものとなるおそれが強い。現行の老人保健制度については種々の批判があるところであるが、曲がりなりにも現在の保険者については、拠出金の単価として自らの制度の老人医療費実績を使うことを通じて、当事者としての自己努力が働く余地が残されている。「突き抜け方式」を採用するとした場合においても、どのような形で保険者の「財政的規律」を働かせうるのかは、この案を考えていく際のひとつのポイントとなろう。

第3に、「年齢リスク構造調整方式」案である。ドイツ流のリスク構造調整¹⁷⁾のうち、わが国においては所得捕捉に問題がある所得リスク調整はひ

とまずにおいて、比較的人々の合意が得られやすいと考えられる年齢構成の相違について調整しようというアイデアである。基本的に現行の保険者を前提とし、保険者の責によらないリスクの調整を図るという意味では、保険者の自立性に対しては影響を与えないように見える。しかしながら、現行の5,000を超える保険者の分立状態を温存しつつ、「保険者機能」を発揮するといっても限界がある。すでに述べた通り、ドイツやオランダの改革を通じて保険者の再編・統合が急速に進んだように、リスク構造調整と併せて、保険者の再編を促進するような措置が別途必要であると思われる。

第4に、いわゆる「一本化方式」案である。この案については、新たな「一本化」された保険の保険者をどのように設定するかが最大のポイントであるように思われる。仮に全国一本の巨大な保険者を想定するとすれば、その効率的運営ということが大きな問題となろう。逆に、現行制度を「一本化」しつつ、地域ごとに複数の（一本化された）保険者が並列し、競争するような形態を考えるとすれば、「擬似的市場メカニズム」論が想定するような姿に近いものとなる¹⁸⁾。ただし、その場合は、リスク構造調整等の調整措置の併用が必要となり、単純な「一本化」案とは異なったものとなろう。

以上、2002年度の制度改革に関して提案されている4つの案について、もっぱら「保険者機能」という観点からコメントを加えた。はじめに断わっておいたように、これは各案についての包括的な分析、評価ではない。また、「保険者機能」論自体にも、すでに述べてきたような種々の限界があるところである。今後、諸外国（特にわが国が基本的に範としてきた社会保険方式を採用している諸国）の改革の経験や動向を十分踏まえながら、制度の舵取りに誤りないことを願ってやまない。

注

1) 内閣府総合規制改革会議『重点6分野に関する中間

とりまとめ』。なお、重点6分野とは、医療、福祉・保育等、人材（労働）、教育、環境、都市再生の6つである。このうち医療については、6つの各論の冒頭において最も多くのページ数を割いて記述されている。なお、医療分野における他の4つの柱とは、医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進、診療報酬体系の見直し、医療分野における競争の導入と効率化、その他（医療分野の労働者派遣等）とされている。

- 2) 代表的なものとして、たとえば、広井[1997]、八代[1999][2000]、広井編著[1999]、尾形[2000②]、山崎他[2001]等を参照。
- 3) 医療制度改革論議との関係については、旧医療保険福祉審議会における論議のほか、厚生労働省編[2001]を参照。
- 4) 言うまでもないが、審査支払権限が保険者に属することは、現行法令上も明らかである（健康保険法第43条第4項等）。
- 5) 実際には、規制のレベルはさまざまであり、必ずしも実際の効果と法令上のレベルとは対応していない。たとえば、常に最も問題となる診療報酬の審査支払事務の支払基金等への委託は、実は局長通知によって規制されているにすぎない。
- 6) わが国の「保険者機能」強化論は、結局のところ、規制緩和等を通じ、保険者に権限を与えることによって医療費のコントロールを強めることを目指したものであり、基本的に従来の「支払い側」という発想から抜け出していないものが多いように思われる。
- 7) この問題についてのひとつの答えは、医療保険制度が医療サービスという実物的なサービスを伴っている（年金制度は通常それを伴わない）点に求めることができるかもしれない（こうした考え方については、尾形[2000②]を参照されたい）。
- 8) 同「中間とりまとめ」は、医療サービスの特殊性として、①情報の非対称性、②需要構造の特殊性、③医療における平等原則、④一般の経済原則だけでは処理できない問題の存在の4点をあげている。
- 9) オランダの最近の医療制度改革動向については、OECD[2000]が参考になる。
- 10) わが国の実際の「保険者機能」論の多くは、主として図1の③の前段階としてのレセプトの審査支払権限をカバーしているが、③自体についての詰めは必ずしも十分とはいえない。また、②については全く考慮されていないし、①についての問題意識も薄いように思われる。
- 11) 患者・医師関係にプリンシパル・エージェント関係を想定するのは、医療経済学における標準的な議論となっている。この点については、たとえば、Folland他[2001]等を参照。
- 12) たとえば、広井編著[1999]中、遠藤久夫、滝口進両氏

の論文や広井[1997]等を参照。

- 13) OECD [1999]は、医療政策が追求すべき目標として、Equity, Efficiency, Effectiveness, Empowermentの4つを掲げている。これらの政策目標と、わが国の医療の現状及び保険者機能論との関係については、尾形[2000②]を参照。
- 14) OECD Health Data 99によれば、1997年現在、日本のマクロの医療費の対GDP比率は7.1%であり、これはOECD平均の7.6%を若干下回る水準となっている。また、同じ年における他の主要国の数字は、米国13.2%、ドイツ10.6%、フランス9.5%等となっている。なお、医療費の国際比較に伴う諸問題については、Mossialos and Le Grand編[1999]を参照。
- 15) ただし、すでに本文中で述べてきたように、これまでの「保険者機能」強化論は、それだけでは「戦術的」な改革提案たりえても、結局医療費コントロール論のレベルにとどまり、「戦略的」な改革提案にはなかなか発展していかないものと思われる。
- 16) この案を「突き抜け方式」と呼ぶことにはやや問題があるように思われる。本来の「突き抜け」というのは、ドイツやフランス等多くの社会保険方式を採用している諸国の制度のように、基本的に現役時代に所属していた制度に退職引退後もそのまま継続して加入する仕組みを指すものである。この案については、被用者OBは現役時代の制度に継続加入するわけではなく、被用者OBグループとしてまとまって別の制度に加入することとなっており、厳密な意味での「突き抜け」とはいえないように思われる。
- 17) 各国のリスク構造調整については、Rice, Smith[1999]を参照。
- 18) このようなイメージに近い保険者再編構想については、尾形[2000①]を参照。

参考文献

- 尾形裕也[2000①]『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
- 尾形裕也[2000②]『「保険者機能」に関する考察』『季刊社会保障研究』Vol. 36 No. 1 所収
- 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局編[2001]『医療制度改革の課題と視点：解説・資料編』ぎょうせい
- 広井良典[1997]『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- 広井良典編著[1999]『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社
- 八代尚宏[1999]『少子・高齢化の経済学』東洋経済新報社
- 八代尚宏[2000]『医療の規制改革』八代編『社会的規制の経済分析』所収、日本経済新聞社
- 山崎泰彦他[2001]『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』厚生科学研究費補助金平成12年度研究報告書
- Folland, Goodman, Stano [2001], *The Economics of Health and Health Care, Third edition*, Prentice Hall
- Mossialos and Le Grand ed [1999], *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate
- OECD [1999], *A Caring World: The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris
- OECD [2000], *OECD Economic Surveys: Netherlands*, OECD, Paris
- Rice, Smith [1999], *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*, The University of York, Centre for Health Economics
- Saltman, Figueras and Sakellariades ed [1998], *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press
- (おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授)