

「保険者機能」に関する考察

尾形 裕也

I 序論——問題の所在

1 「保険者機能」の意味

本稿の目的は、近年医療制度ないしは医療保険制度の改革論議において盛んに取り上げられるようになってきている「保険者機能」論について、その主要な論点を整理するとともに、今後のわが国の医療保険制度改革に対する政策的なインプリケーションを明らかにしようとするものである。

「保険者機能」については、今のところ一般的な定義は存在しないように見える¹⁾。ここでは、とりえず厳密な定義ではないが、医療保険、年金など一般にその財政運営について保険方式を採用している諸制度において、保険の運営に当たっている「保険者」が果たしている（ないしは果たすべきと考えられる）機能、役割を指すものとしておこう。このように定義すると、保険ではなく税方式を採用しているような制度、典型的には英国のNHS (National Health Service) などの場合はどうなるかという疑問が生ずる。特に英国では近年の制度改革において、医療供給者と購入者とを分離し、購入者の自立性を高めるような措置がとられてきている中で、購入者（保健当局）の役割は、ここでいう「保険者」にきわめて類似したものになってきている面があるといえる²⁾。ここでは、保険方式における「保険者」を当面の問題関心とするが、必要に応じて広くこうした「サービス購入者」も含めて考えていくこととしたい。

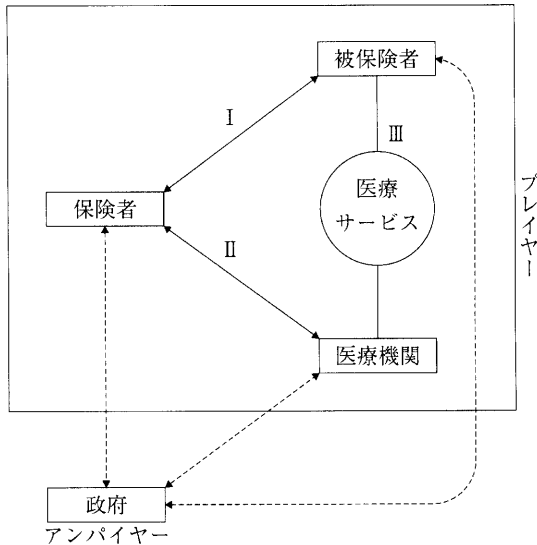
「保険者機能」については、もっぱら医療保険の保険者を念頭に置いた議論が行われており、も

う一方の重要な（社会）保険制度である年金について論じられることはあまりないように見える。このことは、ある意味では「保険者機能」論の本質に関わっているといえる。年金の場合は、保険料の拠出と、資金運用を含むその管理、さらには各種の年金給付という基本的にかねの流れが中心である。これに対し、医療保険の場合は、こうしたかねの流れと同時に、実際に提供される医療サービスの流れがあり、これに対する保険者の直接的及び間接的な関与のあり方が特に問題となる。このことは、いわゆる現物給付のみならず、償還払い制度の場合でも基本的には同様であって、実物的なサービスを常に伴っているという点が、年金と比べた場合の医療保険の大きな特色である³⁾。そして、こうした実物的な医療サービスに対する保険者の関与ということが、「保険者機能」論の重要な要素となっているのである。これが、「保険者機能」論が、これまで主として年金ではなく、医療保険について論じられてきていることの主要な背景であると考えられる⁴⁾。

図1には、医療保険の保険者を中心とした医療サービスの需給をめぐる主要な「プレイヤー」に関する概念図を示した。この図において、理念的な「保険者機能」は、実際の医療サービスの需給Ⅲをはさんで、主としてⅠ及びⅡの関係に関わっている。それぞれの関係における具体的な「保険者機能」の内容については、欄外に例示した通りである⁵⁾。

2 「保険者機能」に関する最近の議論

次に、「保険者機能」をめぐる最近の議論のう



「保険者機能」の例示

I 保険者——被保険者関係

- ・ 保険者による被保険者の選択 (被保険者の要件)
- ・ 被保険者による保険者の選択 (加入及び脱退)
- ・ 被保険者 (資格等) の一般的管理
- ・ 保険料の算定, 賦課及び徴収
- ・ 保険給付の範囲と内容の決定
- ・ 保険事故の認定
- ・ 予防給付, 保健事業等
- ・ 医療サービスや医療機関に関する情報提供

II 保険者——医療機関関係

- ・ 医療機関の選定及び契約
- ・ 診療報酬支払方式及び診療報酬水準の決定
- ・ 診療報酬の審査及び支払
- ・ 医療機関及び医療サービスに関する情報収集・分析

図1 保険者を中心とした医療サービス需給概念図

ち主要ないくつかをここで紹介しておこう。まず、基本的に医療分野においても規制緩和を進め、競争原理、市場原理をできる限り導入していこうという立場に立つものとして、1999年2月に公表された「経済戦略会議」の報告がある。同報告では、「医療・介護改革」の中で、「医療に関しては、競争原理の導入等を通じて医療コストの抑制を実現する」という基本的な考え方の下に、次のよう

な改革提案 (保険者機能関連部分のみ) を示している。

- ① 保険者が医療コストの適正性等をチェックする機能を抜本的に強化するため、保険者に対する規制の緩和 (情報提供及び医療機関の自由な選択等を認める) や社会保険診療報酬支払基金による独占的なレセプトの一次審査を廃止する。
- ② 医療の効率化・コスト削減, 質の向上, 予防医療の充実等を目的とした専門機関として「日本版マネージド・ケア」を導入する。
- ③ 医療に関する規制緩和を促進する (企業による病院経営の解禁, 広告規制の緩和等)。

ここで、「日本版マネージド・ケア」という概念によって具体的にどのような (医療保険) 制度が構想されているのかは必ずしも明らかではない。しかしながら、全体として、規制緩和、競争促進的な観点から、米国型の、市場における競争原理を重視した制度への改革がイメージされているものと思われる⁹⁾。

こうした改革提案をさらに徹底させたものとしては、たとえば八代 (1999) (2000) がある。八代は、「医療サービス分野における需給の不均衡を解消し、その効率的な配分を進めるためには、医療サービスの需要面に大きな影響を及ぼしている医療保険と、規制中心の供給面の構造を同時に改革することが必要」であるとして、医療の需給両面の同時改革を提案している。八代によれば、それは、現行の「政府が全面的に医療サービスの需給を管理する社会主義システム」から「市場メカニズムを活用する方向への政策転換」と位置づけられるという。その際、医療保険の改革に関しては、「保険者機能の強化」が重要な柱として位置づけられ、その前提として、医療機関情報の公開、保険者のレセプト審査の充実、保険者による医療機関の選別、保険者間の競争促進と医療機関との統合といった規制の改革を求めている。

さらに、わが国の医療制度改革の方向と「保険者機能強化論」との関係を整理したものとして、滝口 (1999) がある。滝口は、「保険者機能強化」の具体策を、①現行の制度と規制の下で行いうる

もの、②制度の一部手直し、通達の変更等で可能なもの、③法改正を含めた制度の大きな変更をもなうもの、の3種類に分類し、この問題についての包括的な構図を提示している。

一方、海外の医療制度に関しては、「保険者機能」の問題は、医療改革における“quasi-market mechanisms”（擬似的な市場メカニズム）の導入の一部としてとらえられているように見える。たとえば、OECD (1999) によれば、最近10年間の各国の医療制度改革の多くは、医療における競争の促進をめざした「擬似的な市場メカニズム」の導入としてとらえることができるという。具体的には、医療サービスの購入者と供給者との分離（英国 NHS 改革等）、消費者をめぐる購入者間の競争（被保険者による保険者選択の自由——ドイツ、オランダの改革等）、購入者との契約をめぐる供給者間の競争の導入（オーストラリアの改革）等の改革があげられている。「保険者機能」の問題は、こうした「擬似的な市場メカニズム」の一部（重要な一部）として位置づけられているといえよう。

以上は、「保険者機能」論に関する最近の議論のごく一部を紹介したにすぎない⁷⁾。論者によって、当然力点の置き方は異なるし、どの範囲までをこの議論の考察の対象とするかも異なっている。しかしながら、これらの「保険者機能」論にほぼ共通する問題意識として、次のような諸点を指摘することができるだろう。

- ①「保険者機能」の強化による全般的な医療サービスの効率性の改善（コスト削減）
- ②特に、わが国の保険者に欠けている諸権限の回復——レセプト審査支払権限、医療機関選別権限等
- ③マネジドケア型の保険導入への志向

本稿では、こうした先行研究等を踏まえつつ、以下において、特に（わが国の）医療政策全体との関係を中心に、「保険者機能」論について一定の考察を行うこととする。

II 医療政策における基本的な政策目標と「保険者機能」

以上概観してきたように、「保険者機能」論は、医療（保険）制度改革論と密接な関連を有する、すぐれて政策志向的な議論であるといえる。ここでは、そうした点を踏まえて、まず、医療政策全体との関連において、「保険者機能」問題の一般的な位置づけについて検討してみよう。

医療政策が何を目標とすべきなのかという問題については、さまざまな考え方がありうる。OECD (1999) によれば、それは、Equity（公平性）、Efficiency（効率性）、Effectiveness（有効性）及び Empowerment（患者、消費者の権限の拡大）という4つの基本的な政策目標の同時追求にあるとされている。以下では、こうした考え方を一つのよりどころとして、「保険者機能」の問題を考察してみよう。

これらの基本的な政策目標のうち、はじめの3つについては、医療経済学などにおいても一般的に取り扱われている概念であり（それらをどのように規定し、また測定するかという基本的な問題はあるにせよ）、それなりに理解することに大きな困難は生じないだろう⁸⁾。これらに比べ、やや目新しいと思われるのが4つ目の Empowerment である。

Empowerment というのは、近年さまざまな分野において使用されるようになってきた概念であるが、この場合は、主として患者や消費者に医療サービスに関する決定権を与え、自らサービスを選択する途を開くといったことを意味していると考えられる。たとえば、Saltman 他編 (1998) によれば、患者の Empowerment は、①患者の権利、②患者の選択、③（診療方針決定における）患者の参加、という3つの異なる次元に関わるものであるとされている。

ここでは、Empowerment について、特にその経済的な意味合いを中心に考えてみよう。一般に、さまざまな理由により、医療サービス市場について市場が失敗し、政府による介入が大規模に

行われているのは事実であるとしても、その介入の程度についてはそれぞれの歴史的、沿革的な事情を反映して、国により時代により強弱がありうる。近年の欧州諸国における改革の方向については、従来の中央集権的な政府の「命令・管理モデル」(command-and-control models)から、より分権的な(擬似的)市場を機能させる「契約モデル」(contracting models)へという基本的な流れが見られるという(Saltman 他編(1998))。医療サービス市場においても、上からのお仕着せではなく、広い意味での「消費者主権」を働かせ、対等の契約関係をできる限り尊重することが消費者のニーズにあった効率的なサービスの提供につながるという基本的な考え方がその背景にある。たとえば、通常の財、サービスについては基本的に価格がさまざまな情報の伝達に(一種のシグナルとして)重要な機能を果たすが、(公的)医療保険の下では、こうした価格の役割は限定されたものにならざるをえない。そうした場合に価格機能を補完するような諸措置(たとえばインフォームドコンセント等)を講ずることによって、「情報の非対称性」状態を改善し、「消費者主権」を(部分的にせよ)回復させることが考えられる。患者、消費者のEmpowermentについては、このような経済的な意味合いを考えると可能である。その場合、個々の患者や消費者レベルのEmpowermentには限界があることから、これに加えて、これを補完し、支援するような保険者の役割、機能という位置づけが考えられる。このような「保険者機能」の発揮は、患者や消費者のEmpowermentという政策目標に対して直接的な関わりをもっているといえる。

次に、他の3つの政策目標と「保険者機能」との関係を考えてみよう。まず、公平性との関係については、「保険者機能」の発揮は、その内容によっては、公平性の追求という基本的な政策目標とは逆行する可能性がある。たとえば、保険者による明示的・非明示的な被保険者の選別⁹⁾や医療機関の選別及びアクセスの制限等は、公平性の観点からは問題になるところであり、差別的取扱の禁止等別途の規制、政府の介入を要することにな

ろう。いずれにせよ、「保険者機能」の発揮によって公平性を拡大するというについては(被保険者による保険者選択の導入等)かなり限定された場合の問題であると思われる。

次に、効率性との関係については、必ずしも明らかではない。OECD(1995)に従って、これをマクロ経済的な効率性とミクロ経済的な効率性とに分けて考えた場合、後者についてはおそらく一定の改善が期待できるであろう。(もちろん具体的な改善内容をどのようにして評価するかという問題はある。)しかしながら、前者については、たとえば、一般的には市場原理的な考え方が導入されており、保険者の機能がより発揮されていると考えられる米国におけるマクロの高医療費構造をどのように評価するかという問題がある。「保険者機能」の発揮(というミクロの政策)がマクロの医療費の節減に直接寄与するかどうか、また仮に寄与するとしてもその程度については確かではない。

第三に、有効性との関係では、平均寿命や乳幼児死亡率といった伝統的な指標との関係は必ずしも明らかではない。「保険者機能」の発揮がこれらの指標の改善に直結するというような事態は(医療需給によほど大きな非効率が生じているような特殊な場合をのぞいて)あまり一般的ではないといえよう。一方、(QALYsやDALYsといった)医療の「質」を加味した新たな「成果指標」との関係では、一定の改善が期待しうるとも考えられる。ただ、こうした新たな「成果指標」については、それ自体がまだ一般的なコンセンサスをえているとはいえないという基本的な問題がある。

このように考えてくると、「保険者機能」の発揮が直接的に関わってくる政策目標は、特にEmpowermentと(ミクロの)Efficiencyの改善であると考えられる。問題は、こうした一般論を踏まえて、わが国の医療の現状についてそれをどのようにとらえ、「保険者機能」を軸とした制度改革を具体的にどのように構想するかということになる。

III 日本の医療の現状と「保険者機能」

1 日本の医療の現状評価

上述の OECD による医療政策における4つの基本的政策目標にかんがみ、わが国の医療の現状を検討してみよう¹⁰⁾。

まず、公平性に関しては、わが国においては、国民皆保険体制の下で、少なくとも保険給付の公平性についてはかなり達成されているといえる。高額療養費制度によって、制度間の給付率の格差は縮小されており、医療へのアクセスについても制度による差はほとんどないといえる。また、一部負担、保険料負担両面において低所得者に対する各種の軽減措置がとられている。全体として、わが国の制度は公平性についてはかなり配慮をした仕組みをとっているといえよう¹¹⁾。

次に、効率性に関しては、生産の効率性と消費における効率性といった経済学的な議論はさておき、もう少し実践的な観点から、ここでも OECD (1995) に従って、マクロ経済的な効率性(マクロ的なコストコントロール)とミクロ経済的な効率性とを分けて考えてみよう。まず、マクロ経済的な効率性に関しては、所得水準との対比では、わが国のマクロ的な医療費は、諸外国と比べ、まだ相対的にはそれほど高い水準にはなっていないといえる¹²⁾。医療機関へのフリーアクセスや診療報酬の出来高払い制を取っている中では、マクロの医療費について(少なくともこれまでのところでは)一定のコントロールが達成されてきているといえよう。一方、ミクロ経済的な効率性に関しては、提供される医療サービスの質や消費者の満足の最大化といった点が問題となるが、これらに関しては、わが国の医療の現状について種々の批判や消極的な評価(わが国の医療はムダが多い等)があるところである¹³⁾。全体として、わが国の医療サービスの効率性に関しては、マクロ的にはともかく、ミクロ的には種々の問題があるといえよう。

第三に、有効性に関しては、平均寿命や乳幼児死亡率といった伝統的な医療の成果指標で見た場

合には、わが国の医療は国際的に見てもきわめて優秀な成績をあげているように見える。ただ、こうした好成績と医療サービスの水準との因果関係については議論がありうる。医療がこうした好成績に一定の寄与をしていることは間違いないとしても、その寄与の程度については確かとはいえない。たとえば結核を代表例とする感染症については、投入される医療費とその成果との関係は比較的明らかであり、治療の成果は、完全な治癒と社会への復帰という誰の目にもわかる形で示すことができた。しかしながら、生活習慣病や慢性疾患が中心となってきている今日においては、そのような劇的な成果はもはや期待しにくいものとなってきている。また、既に述べたように、医療の「成果」については、従来のような伝統的な量的指標だけでそれを測ることにに対する批判があるところである。

第四に、Empowerment に関しては、おそらく上記の3つの政策目標に比べ、わが国の医療が最も立ち遅れている分野であると考えられる。患者に対する診療情報の開示や医療機関の一般的な情報開示等については、近年ようやく医療法の改正等を通じて一定の改善が見られるとはいえ、まだまだ十分とはいえない。保険者は「支払側」として事実上事後的にかかった医療費の「支払」を行うだけの存在となっており、被保険者や患者が十分な情報をえて「消費者主権」を行使している状況にあるとはいいたくない。

全体として、わが国の医療については、ミクロ経済的な効率性及び患者、消費者の Empowerment について問題が多いといえる。そして、同時にこれらは、IIで検討したように、「保険者機能」論が特に関わりをもっている政策目標でもある。「保険者機能」論が、近年わが国の医療制度改革の論議と結びついてさかんに論ぜられるようになってきていることについては、このような構造的背景があると考えられる(図2)。

2 日本の医療保険制度における保険者の現状

ここで、わが国における保険者の現状について簡単に整理しておこう。わが国の医療保険制度の

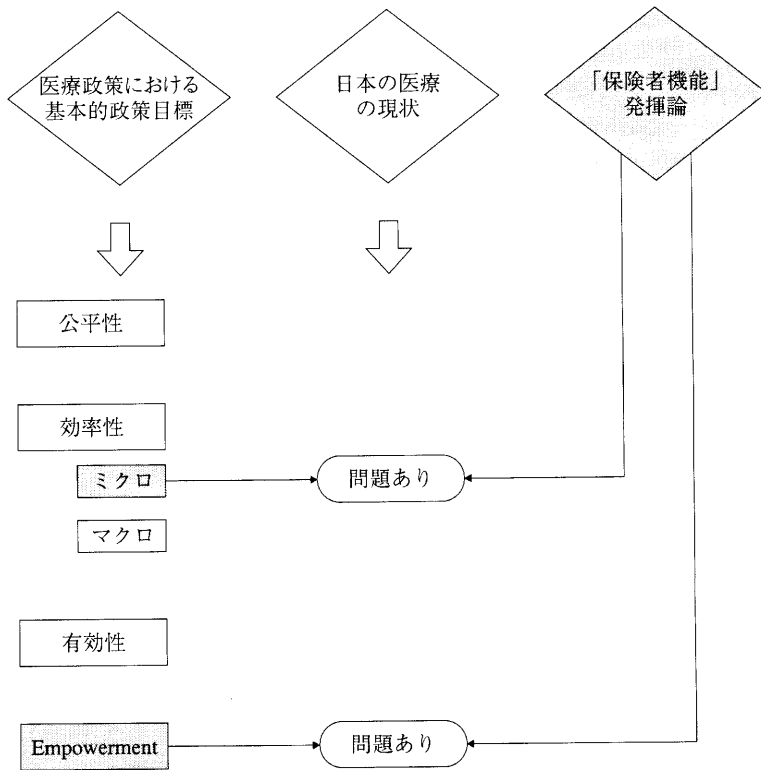


図2 医療政策と「保険者機能」

歴史は（それが意図的なものであったかどうかは別として）結果的に見れば、「保険者機能」や保険者の自律性が弱体化されていく途だったといえる。このことは広井（1997）や新田（1998）が指摘しているような医療機関との契約や診療報酬契約のあり方等の問題にとどまらない。たとえば、市町村国保制度における国庫負担による財政調整や高額医療費に対する再保険事業の強化・拡大、老人保健制度の導入及び強化等近年の医療保険制度改革の多くは、まさに結果的にはこうした「保険者機能」の弱体化や保険者の自律性の低下をもたらしてきているといえる¹⁴⁾。

こうした状況については、もちろん制度的な沿革や保険者の実態、さらにそれらを踏まえたそれぞれの時点での個々の現実的な政策判断の結果である。しかしながら、これらを全体として見れば、先に掲げた医療政策の基本的な政策目標の中では、特に「公平性」（及び一部事務処理上の「効率

性）」の確保を優先した結果であると考えられる。こうした政策によって、わが国の医療の特徴である国民皆保険体制、医療機関へのほぼ完全なフリーアクセス、基本的に全国一律の診療報酬体系等が維持され、給付と負担の公平化が図られてきたといえる。

「保険者機能」の強化は、その評価はさておき、実はこのようなこれまでのわが国の基本的な政策の方向を大きく転換することになるということについて十分留意する必要がある。「保険者機能」論は、本来、保険者の編成のあり方等を含む制度設計の全体（の思想）に関わる問題であり、一部の技術的な手直しにはとどまらない問題であるといえる¹⁵⁾。従来の「保険者機能」強化論の多くは、たとえば診療報酬の審査支払権限を保険者の手元に取り戻すといった、技術的な議論が中心であり、この問題をやや狭くとらえすぎているきらいがあるように思われる。

そういった意味からすれば、実は「保険者機能」という用語法についても問題なしとしない。「保険者機能」というと、上述したように保険者の個別具体的な「機能」のあり方が直ちに問題となる。しかしながら、こうした単なる保険者の個々の「機能」を問題にするだけでなく(それももちろん大事だが)、むしろ保険者が医療の需給関係において全体として責任ある「当事者」としてその役割を十分に果たしていくことが求められている。そうした観点からは、「保険者機能」論よりもっと根本的な「保険者当事者」論を展開する必要があると考えられる。すなわち、医療サービスの基本的な需給関係において、圧倒的な影響力を有する医療供給サイドに対峙しうる、一方の「当事者」たるにふさわしい地位、権限及び責任を保険者に賦与していくという方向が考えられるのである。

3 「保険者機能」論の新たな位置づけ——「保険者当事者」論

以上を踏まえて、今後のわが国の医療政策との関連で、保険者のあり方を考えてみよう。今後の高齢化の進展の中で、マクロ経済的な効率性についてできる限りの医療費の適正化、合理化を図るとしても、一定の医療費負担の増大は不可避であると考えられる。こうした中長期的な負担増についての基本的な合意の形成が今後の重要な政策課題であるが、一方で、わが国の医療費の負担は、諸外国に比べまだ相対的に低い水準にあるにもかかわらず、既に保険料負担の引き上げが困難になってきている状況にある¹⁶⁾。その原因としては、①老人保健制度等による制度の複雑化の結果、負担関係がわかりにくく、不透明になっていること、②世代間の負担の不公平感、③被保険者や患者への Empowerment が十分でなく、いわば「口もカネも出せない」状況にあること、等の要因が考えられる。

このうち、①及び②については、高齢者医療制度等の制度設計に関わる問題であるが、これだけでは、単なる負担の分担関係の変更にすぎない。より根本的には、③の問題についても真摯に受け

とめ、むしろこうした事態の改善こそが将来の負担増を受け入れるための重要な前提条件の1つであると考えべきである。換言すれば、「消費者主権」が十分尊重された下での自己決定により、質の高い医療サービスが受けられるのであれば、ある程度の負担はやむをえない(口もカネも出す)、という方向で合意形成を図っていく必要があるものと思われる。

従来の保険者は、「支払側」と呼ばれていることに端的に示されているように、基本的にカネを集め、これを配ることを主眼とする(その意味では十分効率的な)機構であった。しかしながら、多くの保険者は、地域の医療供給サイドとまともに向き合っておらず、カネの話以外の「対話」はきわめて不十分であった。保険者は、医療サービスの内容についてはほとんど「当事者」意識を欠いており、實際上医師と患者まかせであったといえる。一方で、長期ケア、在宅ケア、ターミナルケア等、従来のような供給側の論理だけでは決められない問題や消費者サイドの基本的な価値観に関わるような問題が増えてきている中で、提供される医療サービスの内容の決定に患者や消費者の意向を反映させることが、ますます重要になってきている¹⁷⁾。こうした趨勢を踏まえて、保険者も、これまでのような単なる「支払側」という発想から脱却し、医療サービスの需給における「当事者」としての役割を十分果たす必要がある。

その場合、今後重要になってくるのは、診療側と受診側との間の(カネの支払の話だけではない)医療サービス全体についての「対話」であると考えられる。こうした「対話」なしには、上記のような負担増の受け入れが困難になるばかりではなく、提供される医療サービスの内容自体もよくなるまいだろう。こうした「対話」は、もちろん個々の被保険者や患者と医療機関の間でも行われるが、實際上大きな情報の格差、情報の非対称性が存在する中では、被保険者の「代理人」ないしは「仲介者」としての保険者に期待される役割は大きい¹⁸⁾。逆に、こうした役割を十分担いうる「当事者能力」を有した新たな保険者像を、保険者編成の基本的なあり方とも関連させつつ検討

していく必要がある¹⁹⁾。

IV 新たな保険者のイメージ

以上のような議論を踏まえ、わが国の医療保険制度における今後の新たな保険者像を構想してみよう。その場合、既に述べてきたように、基本的には、患者や被保険者の「代理人」ないしは「仲介者」として、医療供給サイドとまともに向き合い、「対話」できるだけの一定の専門的分析評価能力と権限とを備えた保険者というイメージが考えられる。具体的には、①専門的情報機関、及び②医療投資支援機関という2つの役割(の強化)を提案したい。

1 専門的情報機関としての保険者

保険者はレセプトデータを中心に医療サービスに関する膨大な情報を入手する立場にあるにもかかわらず、これまで十分にその立場を活用してきているようには見えない。現在のレセプトデータそのものの情報としての限界はあるにしても、その最大限の活用、さらには必要な情報を入手できるようにレセプト・フォーマット自体の改善を求めていくといった地道な努力(滝口(1999))がもっとあってよいものと思われる²⁰⁾。

いずれにせよ、医療サービスに関する情報の収集、分析、評価、そしてその活用といった業務を核に、保険者が専門的知見を有する機関として、被保険者及び医療機関の双方と医療サービス内容にまで立ち入った「対話」を行うということが基本である。被保険者との間では、医療機関情報を含む医療情報の収集及び提供、健康管理サービスの提供を含む保健指導といったことが考えられる。また、医療機関との間では、医療機関の機能や成果の評価及び将来的にはそれらに基づく「契約更改」といったことが考えられよう。

こうした機能を、すべて各個別の保険者が有することとするのか(理念的には有するものと考えられる)、それとも一定部分を共同して担うような形をとるのかについては、検討の余地がある。(この点については、保険者再編のあり方とも関

連する。)また、そうした機能を一部外部化することや、他の第三者評価機関等の成果の活用を図ることも考えられてよい。しかしながら、保険者が保険者たりうるためには、あくまでも「当事者」として、最終的な評価、意思決定については自らの責任で行うということが最低限必要である。

こうした専門的情報機関としての役割の強化を図っていく場合、ポイントとなるのは、情報収集等のためのソフト、ハード両面のインフラ整備と、こうした機能を担いうる専門的知見を有したマンパワーの養成、確保という問題である²¹⁾。前者については、介護保険制度が既に事業者の介護報酬の請求については磁気媒体を原則とする方針を示しているが、医療保険についても、いわゆるレセプト電算処理システムの導入は時代の流れであろう。レセプトの電算化を進めるとともに、その記載事項についても今後さらに検討していく必要がある。また、マンパワーについては、わが国における医療専門職種の中長期的な需給の緩和状況や就職ニーズの多様化等を踏まえれば、優秀な人材の確保について展望が開ける可能性がある。こうしたチャンスを実際に生かせるかどうかは、ひとえに新たな魅力的な保険者像をいかに明確かつ具体的に提示できるかにかかっているといえよう。

2 医療投資支援機関としての保険者

以上は、既存の医療供給体制を一応の前提とした上で、保険者が医療サービスに関する情報をてこに「当事者能力」を高め、医療サービスの供給に関与していこうとするものであった。こうした方向に加え、地域の医療供給体制そのものに保険者が直接関与していくということが考えられる²²⁾。

わが国の医療供給体制の大きな問題として、医療施設間の機能分化や連携が不十分であることや、病床数の全般的な過剰ということがしばしば指摘されている²³⁾。そして、これらの供給面の特色は、病床当たりの医療スタッフ配置の密度の薄さや在院日数の長さ等わが国の医療に種々の無視しえない問題をもたらしてきている。こうした基本的認識を踏まえると、わが国の今後の医療供給政策の方向については、医療供給の体系化とスリム化と

いう二点が中心的な課題であるといえる。

一方、医療機関経営にとって、中長期的に見れば、施設の建て替え等の大規模な投資的コストの調達は大きな負担になっている。現在の診療報酬は、経常的経費だけではなく、こうした投資的経費も含んだものとして設定されているため、医療機関は毎月の診療報酬収入の中から経常的な経費をまかなうのみならず、中長期的には投資的経費をも回収していく必要がある。出来高払いを基本とする現在の診療報酬体系の下では、こうした仕組みは（利益率を大幅に引き上げるのでない限り）結局のところ総医療費の増大につながっていく可能性が高い。

以上のような状況を踏まえ、診療報酬収入によって生じた経常的な利益によって（事後的に）投資的コストを回収するという現在の仕組みを基本的に改め、事前的に投資的コストにイヤマークした診療報酬財源（の一部）を使って、保険者の考える望ましい方向（たとえば、病床過剰地域であれば病床数の削減による療養環境の改善等）へ地域の医療供給を誘導するという仕組みに変えることが考えられる。結局、診療報酬を財源とすることは変わらないにしても、こうした事前的な制度に改めることによって、地域の医療供給のあり方の決定に関して、保険者が実質的な「当事者」として参加することが可能になる。また、逆にこうした政策手段を保険者がもたない限り、地域の医療供給のあり方は保険者にとって基本的に所与のものであり、保険者は単なる「支払側」であり続けるだろう。

以上の提案については、財源規模の設定、既存の施設整備等に係る補助金との関係の整理、イヤマークした資金の具体的配分方法等検討しなければならない課題は多い。しかしながら、地域の医療供給のあり方について保険者がカヤの外に置かれているのではなく、まさに「当事者」として関わっていくことを通じ、単なる「支払側」から脱皮することにつながれば、その効果は単なる金銭上の効果以上に大きいものがあると思われる²⁴⁾。

V 今後の展望

今後の中長期的な医療保険制度改革のスケジュールをめぐっては、当面、次の3つの契機を想定することができる。すなわち、①2002年度に延期された医療保険制度改革、②介護保険制度の見直し、③次期年金制度改革である。

このうち、2002年度の医療保険制度改革に関しては、高齢者医療制度問題への対応と関連して、保険者の再編論や保険者機能論が検討される可能性がある。また、介護保険制度の見直しに当たっても、市町村保険者のあり方等について議論が行われる可能性がある。

さらに、2004年度までの間に行われる予定の次期年金財政再計算に当たっては、基礎年金について財政方式を含めてそのあり方を幅広く検討し、安定した財源を確保し、国庫負担率の引き上げ（1/3 → 1/2）を図ることとされている。今後の経済状況がどのように変化するかについては予断を許さないが、現下の国家財政の厳しい状況を踏まえれば、「財政再建」が早晚日程に上ってくることは間違いなく、こうした措置が取られた際には、医療保険における国庫負担のあり方、ひいては保険料負担のあり方についての議論に波及する可能性がある。既に述べたように、保険料負担の引き上げに当たっては、保険者のあり方についての議論が当然提起されるものと考えられる。そういった意味で、今後、保険者（機能）の問題は、保険者再編問題等とも関連しつつ、引き続きわが国の医療（保険）政策の中で、一定の重要性を持ち続けていくものと思われる。

注

- 1) 滝口(1999)は、「保険者の機能」を保険事務に関わるものと、被保険者の健康管理、疾病管理等に関わるものの2種類に分けている。
- 2) ただし、これはあくまで供給サイドとの関係においてであって、一般的な税方式をとっている以上、被保険者への保険料の賦課、徴収といった機能が欠落していることはいうまでもない。英国の医療制度については、一圓(1999)等を参照。

- 3) もっとも、医療保険といっても、民間生命保険の疾病特約等のように医療サービス(コスト)と切り離された定額給付の場合には、カネの流れが中心となり、より年金に近づくことになる。
- 4) こうした医療供給サイドへの保険者の関与という観点からは、いわゆる「マネジドケア」と共通する面を有しているともいえる。遠藤(1999)は、「医師—患者関係に「医師以外に患者の利益の代理人を介在させよう」というのがマネジドケアの基本的な発想である」としている。なお、実物的なサービスを伴い、それに対する保険者の関与という意味では、「保険者機能」論は、介護保険についても当然あてはまる議論である。介護保険と医療保険における保険者機能の比較検討というのはそれ自体興味深いテーマであるが、ここでは直接明示的には取り扱っていない。
- 5) 図1における「保険者機能」の例示のうち、特に医療保険に関わるものについては下線を付している。
- 6) 広井(1997)は、ほぼ同趣旨の「日本型管理競争」の提案を行っており、経済戦略会議の報告は、同書の影響が大きいといえる。広井は「日本型管理競争」は、国民皆保険のシステムがすでに整備されているわが国の場合、現行のシステムに若干の変更を加えることで実現可能であるという見方をとっているが、経済戦略会議の報告も基本的にこうした楽観論を踏襲しているように見える。
- 7) 「保険者機能」に関して論じた文献は数多くあるが、この他たとえば、池田(1999)、加藤(1998)、西田(1999)等を参照。
- 8) たとえば、漆編(1998)、Folland他(1997)等を参照。
- 9) この点に関しては、露骨なハイリスクグループの排除、(その逆としての)クリームスキミングから、いわゆる「メリット保険料」や健康な者に対する魅力的な給付内容の設定といった非明示的な差別までさまざまな政策が考えられる。
- 10) 以下の記述は、尾形(2000)に基づく。
- 11) もちろん、「公平性」に関しては、何をもち「公平」と考えるかという大問題がある。(たとえば、わが国の制度については、高齢者と若人の間の世代間の(不)公平性について強い批判があるところである。)しかしながら、ここではそうした議論には深入りせず、OECD(1999)に従って、ごく常識的な「公平な制度の適用」や一般的な「給付と負担の公平」等の問題について論じている。
- 12) OECD Health Data 99によれば、わが国のマクロの医療費の対GDP比は7.1%(1997年)であり、OECD 29カ国平均7.6%、EU平均7.9%を若干下回る水準となっている。ちなみに、同年の米国(13.2%)、ドイツ(10.6%)、フランス(9.5%)等となっている。
- 13) たとえば、広井(1997)は、わが国の医療は「質は二の次」で「量とアクセス重視」の資源配分を行ってきたとしている。
- 14) 市町村国保の自律性喪失の実態について、財政的な観点から分析したものとして、田近・油井(1999)を参照。
- 15) 上述(注6)したように、広井(1997)は、現行のシステムの「若干の変更」を念頭に置いているようだが、この問題はそうした「小さな改正」にはとどまらない基本的な問題を含んでいる。そのことは、経済戦略会議の報告(保険者機能関連部分)に対する政府の検討結果がすべて「C」(実現のためには、乗り越える問題が多いと考えているもの)に分類されていることにもあらわれている。
- 16) 厚生省監修(1999)は、家計レベルでみた税・社会保険料負担の国際比較を行っている。それによると、わが国の税や社会保険料の負担は欧米諸国に比べまだ高いものではないこと、また社会保険料の料率も、社会保険方式を採用している国の中では低い方であることがわかる。ちなみに日本の政管健保の料率7.43%に対し、フランスの疾病保険は13.55%、ドイツの疾病保険(平均)は13.6%(いずれも総報酬ベース換算値)等となっている(日本は1999年、フランス、ドイツは1998年)。
- 17) 2000年4月から施行された介護保険制度は、医療保険に比べ相対的に情報の非対称性の問題が小さい等「消費者主権」が働きやすい性格を有している。実際の制度上も、要介護認定や介護保険事業計画によるサービス供給量見込みの策定等保険者の機能が強められている面がある。こうした介護保険の特徴が、今後、直接間接に医療保険における保険者のあり方にも影響を及ぼす可能性がある。
- 18) いわゆるエージェンシー理論を援用して、被保険者を「依頼人」(プリンシパル)、保険者を「代理人」(エージェント)と想定しようとする考え方がある(遠藤(1999)、滝口(1999)、広井(1997)等)。医療経済学では、伝統的には、医師・患者関係にエージェント・プリンシパル関係を想定した分析が行われてきている。また現在の日本の制度に関しては、健保組合等を国の代行機関と見るのが一般的な法解釈となっている(法研(1999))。保険者・被保険者関係についての理論的分析、特に被保険者による保険者の選択を含め、インセンティブ・スキームを具体的にどのように仕組むかといった問題については今後の検討課題であると考えられる。
- 19) 本稿では紙数の制約もあり、保険者再編に関する筆者の考え方については触れていないが、

筆者は基本的に、医療サービスの需給に関する「地域性」に立脚した疾病金庫型の地域保険を中心とした保険者の統合・再編を構想している。本稿で述べたような「当事者能力」をもった保険者を現実のものとするには、いずれにせよ現在のように5000以上の保険者が分立したわが国の現状の下ではとうてい期しがたい。筆者はむしろ「保険者当事者論」を基軸とする保険者の大幅な再編・集約化が必要であると考えている。その概要については尾形(2000)を参照されたい。

- 20) 現在のレセプトデータを医療の質を評価するために活用する場合の問題点については、池田(1999)等を参照。なお、滝口(1999)は、現在のレセプトデータの情報としての信頼性の程度を区分した上で、急性上気道炎の診療費分布等の分析をこころみている。また、加藤(1998)は、慢性期の疾患等を中心に導入、拡大されようとしている定額払制への保険者の働きかけの重要性を指摘しているが、定額払制の場合には、特に現行のレセプトデータの情報には限界があり、別途の措置が必要であろう。
- 21) 西田(1999)は、米国マネジドケアの経験に基づき、特に人材育成の重要性を強調している。
- 22) ほぼ同じ発想に立つものとして、ドイツの2000年改革における「二重予算制」の廃止提案がある。(従来州政府予算だった)投資的経費を含めて疾病金庫への財源一元化をめざしたこの改革案は連邦参議院において反対にあい、最終的には削除されているという。ドイツの2000年改革については、小柳(2000)等を参照。
- 23) わが国の国際的に見た病床数の多さとその問題点については、たとえば濃沼(1999)等を参照。
- 24) 本提案については、併せて尾形(2000)を参照されたい。

参考文献

- 池田俊也(1999)「医療の質の評価——欧米の動向と保険者機能——」、『季刊社会保障研究』Vol. 35 No. 2 (Autumn 1999) 所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- 一圓光彌(1999)「国民保健サービス」, 武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障1 イギリス』所収, 東京大学出版会。
- 漆 博雄編(1998)『医療経済学』, 東京大学出版会。
- 遠藤久夫(1999)「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』所収, 東洋経済新報社。
- 尾形裕也(2000)『21世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画。

- 小柳治宣(2000)「ドイツにおける「医療保障改革2000」の動向」, 『週刊社会保障』No. 2081 (2000年4月3日号) 所収, 法研。
- 加藤智章(1998)「医療保障制度における法主体論——保険者機能を中心に——」, 『医療保障制度における法主体論』に関する研究報告書』所収, (財)医療経済研究機構。
- 濃沼信夫(1999)「医療のグローバル・スタンダード」[6], 『社会保険旬報』No. 2028 (1999年7月21日号) 所収, 社会保険研究所。
- 厚生省監修(1999)『平成11年版厚生白書』, ぎょうせい。
- 滝口 進(1999)「医療制度改革と保険者機能強化」, 広井良典編著『医療改革とマネジドケア』所収, 東洋経済新報社。
- 田近栄治・油井雄二(1999)「高齢化と国民健康保険・介護保険——財政の視点から——」『季刊社会保障研究』Vol. 35 No. 2 (Autumn 1999) 所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- 新田秀樹(1998)「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性」『名古屋大学法政論集』第176号所収。
- 西田在賢(1999)『マネジドケア医療革命』, 日本経済新聞社。
- 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』, 日本経済新聞社。
- 法研(1999)『健康保険法の解釈と運用』第10版, 法研。
- 八代尚宏(1999)『少子・高齢化の経済学』, 東洋経済新報社。
- (2000)「医療の規制改革」, 八代尚宏編『社会的規制の経済分析』所収, 日本経済新聞社。

- Folland, Goodman, Stano (1997) *The Economics of Health and Health Care*, second edition, Prentice Hall.
- OECD (1995) *New Directions in Health Care Policy: Health Policy Studies*, No. 7, OECD, Paris.
- (1999) *A Caring World: The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris.
- (2000) *OECD Economic Surveys: Netherlands*, OECD, Paris.
- Saltman, Figueras and Sakellarides (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press.
- (おがた・ひろや 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長)