

厚生省厚生科学研究費補助金
政策科学推進研究事業
平成11年度研究報告書

「保険者機能に関する研究プロジェクト」
報告書

平成12年3月

主任研究員 山崎泰彦（上智大学）

はじめに

現在の日本の医療保険制度は、国民皆保険を達成し、低廉な費用で大きな成果（低い乳幼児死亡率・高い平均寿命等）を達成してきた。しかしながら、高齢化、経済の成熟化等の影響により制度疲労の様態を呈してきていることも否定できない。現行の医療保険制度の特徴を残しつつ、21世紀に向けて国民のニーズにより的確に対応した、より安定性の高い制度としていくことが求められている。このような状況に対応する政策手段の一つとして、保険者機能の活用が考えられる。医療制度において決定的な役割を果たす「情報」の収集能力の高さ等から、保険者の持つ機能を活用することは有効な政策手段たりうる可能性が高い。

そこで保険者が医療保険制度の中で果たしうる機能とは何か、またどのような機能を果たすべきかについて理論的・実証的調査・研究を行い、一定の政策提言を提示することが本研究の目的である。

2年度にわたる研究計画の第1年度にあたる本年度は、主に現実の制度に関する情報収集、研究会委員の既存研究による情報の共有化を図ることを主な目的とする研究会を運営した。その研究会における検討を踏まえ、本年度は中間報告書という位置づけで現段階における各内容における研究結果を、次のようにとりまとめた。

(1) 現行の保険者機能に関する論点整理

第1章 滝口委員研究発表「保険者とそのあり方に関する基礎的考察」

…現状の制度とその制度のもとでの保険者を概観し、問題点を明らかにしたうえでこれからの保険者のあり方、その役割と機能について浅く広く考察することとする。

第2章 遠藤委員研究発表「医療の質と社会的ガバナンス」

…医療システムに対する社会的ガバナンス（統治）の現状を整理するとともにその課題を指摘し、今後の望ましいガバナンスのあり方を提示する。

(2) 関連法制度の変遷、現行規制に関する調査

第3章 加藤委員研究発表「強制加入について」

…社会保険と私保険との共通点と相違点を概観した後、社会保険制度が導入される際に提起された強制加入に関する論点を検討し、わが国の裁判例で強制加入がどのような場面で争点となっているかを検討し、最後に強制加入を考える意義について言及する。

第4章 法制度の基礎調査

…政治的背景にも留意しながら、制度を体現する法令の制定や改廃過程を時系列的に整理することで、保険者機能のあり方の検討に不可欠の基礎資料を提供する。

(3) 国内調査

第5章 国内ヒアリング調査概要報告

…積極的に保険者機能の発揮に取り組んでいる市町村国保2保険者、健保組合2保険者から、保険者機能の発揮の現状と更なる強化に向けた課題についてヒアリング調査を行い、その概要を報告する。

(4) 海外調査

第6章 池田委員研究発表「フランスにおける診療ガイドラインと保険者機能」

…既存文献やインターネット等をもとにフランスの医療保険制度について概説するとともに、診療ガイドライン作成・導入の経緯とその影響を検討する。

第7章 西田委員研究発表「米国マネジドケアと保険者機能の強化」

…米国マネジドケアと、公的医療保険メディケア改革とマネジドケアに関する考察を行い、わが国の公的医療保健事業の再設計について検討する。

第8章 米国保険者機能調査の概要報告

…米国公的医療保険制度における保険者機能と、それを取り巻く周辺組織との関係に注目し、特に実務レベルの情報収集を重視した実態把握を行い、その概要を報告する。

また参考資料として、研究の一部を委託している株式会社富士総合研究所作業グループによって取りまとめられた、文献サーヴェイ結果、法制度調査結果も掲載する。これは現在作成途上であり、来年度以降も引き続き精度を高めていくという意味で、あくまでも現時点における暫定的なものである。

以上のような実証的な研究の成果を踏まえた上で、来年度は保険者機能に関する規範的な分析も行い、よりよい医療提供体制を構築するために保険者が積極的に果たすべき機能について、政策提言として具体的に例示していきたいと考えている。

最後に、今年度の研究に当たって、国民健康保険中央会企画部長田中一哉氏、同企画調査課長稲垣仁氏、健康保険組合連合会企画部長横関優氏、同企画組合課課長斉正美氏には、既存関連資料のご提供に関して大変お世話になった。また、鎌倉市保険福祉部次長小金丸良氏、七尾市民生部保健年金課課長高橋勝美氏、トヨタ自動車健康保険組合常務理事亀井謙一氏、東京海上健康保険組合常務理事山口輝雄氏には、国内ヒアリングにおいて多大なるご協力をいただいた。また、訪問先諸機関で親切にご対応いただいた方々はもちろんのこと、JETRO NEW YORK Health and Welfare Department Director 伊原和人氏、在米国日本大使館一等書記官小野太一氏には、米国実態調査において大変お世話になった。深く感謝する次第である。

「保険者機能に関する研究」メンバー一覧

(敬称略、あいうえお順)

<主任研究者>

山崎 泰彦 上智大学文学部教授

<分担研究者>

尾形 裕也 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
西田 在賢 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科教授
府川 哲夫 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長

<研究協力者>

浅野 仁子 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部客員研究員
池田 俊也 慶應義塾大学医学部専任講師
泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部研究員
遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
大森 正博 城西大学経済学部専任講師
加藤 智章 新潟大学法学部教授
滝口 進 東京女子医科大学講師
田中 泰弘 社会保険診療報酬支払基金専務理事
対馬 忠明 新日本製鐵健康保険組合常務理事
浜野 恭一 東京女子医科大学常任理事
姫野 孝雄 総務庁長官官房参事官
福田 素生 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部第1室長
船橋 光俊 国民健康保険中央会常務理事
松山 研治 萬有製薬株式会社法規室長
盛 宮喜 株式会社日経メディカル開発顧問

= 目次 =

(1)	現行の保険者機能に関する論点整理	
	第1章 滝口委員研究発表「保険者とそのあり方に関する基礎的考察」.....	1
	第2章 遠藤委員研究発表「医療の質と社会的ガバナンス」	31
(2)	関連法制度の変遷、現行規制に関する調査	
	第3章 加藤委員研究発表「強制加入について」	40
	第4章 法制度調査の基礎調査.....	52
(3)	国内調査	
	第5章 国内ヒアリング調査概要報告.....	73
	第1項 トヨタ自動車健保組合	74
	第2項 東京海上健保組合	82
	第3項 石川県七尾市.....	91
	第4項 神奈川県鎌倉市.....	122
(4)	海外調査	
	第6章 池田委員研究発表「フランスにおける診療ガイドラインと保険者機能」	129
	第7章 西田委員研究発表「米国マネジドケアと保険者機能の強化」	144
	第8章 米国保険者機能調査の概要報告	172

資料編

(1) 現行の保険者機能に関する論点整理

第1章 滝口委員研究発表「保険者とそのあり方に関する基礎的考察」

1. はじめに

我が国の医療保険制度は、1922年（大正11年）に当時のドイツの制度に範をとり、「健康保険法」としてスタートして以来、第2次世界大戦をはさんで大きないくつかの変化を経ながらも、諸先進国のなかにあつて比較的高い評価を得て今日に至っている。

戦前の国策を第一とした考え方から、戦後の社会福祉としての考え方に基本的スタンスが大きく変化したとはいえ、一貫して「社会保険」の枠組みのなかで比較的うまく運営されてきたのは、ひとつには明治以来の「強い政府」とそれへの盲目的な国民の依存という、我が国特有の一般的傾向*¹（これはおそらく戦後も変わっていない）と、いまひとつには戦後の福祉拡大の政策に対して、かつてない驚異的な経済成長がその財を支えたことによるものと考えて差し支えなからう。

ところが、高齢化や医療技術の進歩に伴い医療費そのものが増大する一方で、医療の質を求める意識がますます高くなり、肝心の経済成長が鈍化して財源のゆとりがなくなってしまった昨今、これまでのように制度の一部を手直しする程度では根本的な解決ができないということが次第に明らかになってきた。

それでもこれまで穏便に維持されてきた制度を大きく変更することについては、自ら急激な変化を好まない我が国の国民性*²に馴染まず、そのうち政府が何とかするだろうといった、先に述べた政府への依存性も加わって、なかなか改革は国民的議論にならない。

併せて、全くの自由競争と弱肉強食の論理よりは、争いを好まず「和」による曖昧な平等を尊ぶこれまた国民性*³から、米国のような市場主義を医療制度に全面的に導入しようなどという考え方もほとんどみられない。

つまり、制度の基本を現行の皆保険を前提とした公的保険制度におくことについては反対はほとんどなく、概ねのコンセンサスが得られていると思われ、従って、やむを得ず増加する費用の負担に対して、国民が納得する改革の基本的な方向としては、「医療の質の維持向上をそこねずに制度の効率化を図ること」に他ならない。そのためには、せっかく「社会保険」をその基本にしているのだから、保険の持つ利点を十分に活かして効率性を高めよう、すなわち政府の持つ機能の一部を保険者にゆだねることで、これを実際にも可能ならしめようという考え方は、計らずしも、政府の関与をなるべく少なくして市場原理にまかせよう、との最近の一連の規制緩和にも通じるところがある。

いずれにしても、公的保険制度を基本としつつ、医療制度改革がその限られた範囲で質の向上と効率化を目指すのであれば、保険者の存在やそのあり方が議論の中心になるのはこれまた当然の成り行きである。

今般、国立社会保障・人口問題研究所が、「保険者機能に関する研究会」を2年間にわたって主宰することとなり、これに参加する機会を与えていただいた。筆者の本研究会における役割が、議論を始めるにあたっての保険者とそのあり方及び機能に関する全体像の俯瞰にあるとのことで、その趣旨に添って我が国の制度における保険者の位置づけ、今後

の保険者の果たすべき役割と立場、保険者機能とその変化などについて、できるだけ広く浅く考察することとしたい。

2. 現在の医療保険制度と保険者

(1) 我が国の医療保険制度の特徴

現在の医療保険制度は1922年（大正11年）の「健康保険法」にその基本をおいているわけであるが、制度そのものについての理念は戦後大幅に変わって今日に至っている。

すなわち、戦前は富国強兵の一環としての、つまり良質な労働力を確保し、頑健な兵士を得るための政策に基づいたものであったところが、戦後は一転してGHQの指導で、新憲法25条の「健康で文化的な最低限度の生活」を国が保障するとの立場から、「社会福祉」の理念のもとで、なるべく広く、公平に、等しく、医療を国の責任で供給するとの方針が一貫して実行されてきたといえる。

①社会保険を基本とした制度

我が国の医療制度は、その当初より社会保険方式を採用して今日に至っており、「なぜ社会保険なのか」についてもそれなりの説明がなされている。制度をつくるときにモデルとしたドイツが社会保険方式だったことがおそらく直接の理由ではあるが、実際上も保険方式の利点として(a)被保険者が組合員として組合の管理運営に参加できること。(b)管理運営の責任が明らかになることで事業運営上の努力がおこなわれること。(c)特に健康保険においては企業内福利厚生観点から事業主の協力を得られること。(d)各組織に即した保健事業がおこなえることなどがあげられる*4。保険方式であれば国庫の支出に占める社会保障費の割合を見かけ上低くすることができることも政府にとっては利点のひとつかもしれない。

保険原理のなかで重要なのは、給付・反対給付均等の原則と収支相等の原則*5であるが、社会保険の場合、保険としての合理性（保険性）がかなり制限されることは周知のとおりである。ことに給付・反対給付均等の原則は、もともと社会保険が弱者の救済を主眼とするところから、これが本質的に成り立たない。そこで現行の制度は給付を7割～8割までとし、残りを受益者負担とすることで、いささかでもこの原則に近づけようとしている。

収支相当の原則は本来は社会保険でも維持できるはずであるが、我が国の場合、給付のみならず負担の差もきわだっては大きくなるよう政策上配慮されているため、結果として不足分の財源を税で調整している。従って基本は社会保険であるが、実際には総医療費の3割近くを公費が補っていることになる。

いずれにしても、この「社会保険」による医療体制が我が国の基本であり、この体制は現在大きく4つの制度からなっている。第一に企業被用者とその家族を対象にした「健康保険」があり、これはさらに中小企業の被用者を対象とした政府管掌健康保険と、大企業の被用者及びその家族を対象とした組合管掌健康保険に大別される。（その他に日雇い労働者を対象にした健康保険もここに含まれるが、加入者は7万人程度である。）第二に船

員とその家族を対象とした「船員保険」、第三に国家公務員などとその家族を対象にした「共済組合保険」、第四に一般国民を対象とした「国民健康保険」がある。これは、市町村が運営する保険と、組合が運営する保険に分けられる。このほかに社会保険と別のカテゴリーではあるが、高齢者を対象とした老人保健法に基づく医療が各市町村長により実施^{*6}されている。

それぞれの制度の特長や成立、発展の経緯などについては本文の趣旨と若干異なるのでその議論は別の機会にゆずるが、これらの制度のうち、組合管掌健康保険と共済組合、国民健康保険組合を除くといずれも保険者が国もしくは自治体であり、本文の保険者機能の議論がそもそも国の機能をどこまで保険者にゆだねられるのかを専らとするので、以下特にことわらない限り、対象とする制度については、最も「本来の保険者^{*7}」に近い保険者という観点からも、組合管掌健康保険及び共済組合保険に意識をおいて論じることとする。

②国民皆保険体制

現在の我が国の医療制度のなかでも、国民皆保険体制は特筆すべきもののひとつである。およそ世界の先進国のなかでも完全な制度上の皆保険を実施できている国は半数ほどにすぎず、この点については米国においても我が国を範として改革を目指しながらいまだになし得ていない。

この皆保険体制は、強制加入を法^{*8}で規定して成立している。強制加入は被用者保険、共済保険、船員保険では実施も容易で、比較的確実に管理されるが、制度間の移動が生じる際の手続き上の問題と、ことに「国民健康保険」における保険料徴収の不徹底はこの体制運用上の問題点のひとつである。

我が国が、強制加入をもって皆保険を成立させていることの保険原理上の利点としては、全国民を加入させることにより、大量・同質の危険が獲得でき、大数の法則が十二分に活かせること、また全体として保険給付に必要な財を加入者の危険の程度に関わりなく均等に負担することで、収支相等の維持がしやすくなること、一律強制加入により逆選択のリスクを避けることができること、などがあげられている^{*9}。

③国が事実上全てを仕切る制度

一方、国の政策としての医療制度という観点からは、我が国が戦後「国の責任としての社会福祉」を具体化する手段として、改めて社会保険を制度化したことの意味は大きい。すなわち、従来の（戦前の）医療社会保険制度が理念のうえでは持っていた保険者の自由度がほとんど形骸化し、国が事実上全てを仕切る制度となった。このあたりは米国の医療制度改革が、「国が仕切る」ことへの抵抗から（医師会も自由が損なわれることに反対する）、なかなか進まないことと比べると興味深い。いずれにしても、我が国の制度の今一つの特徴として事実上の運営主体は政府であるということがあげられる。

制度上は法律をもって強制徴収をおこなっているところから、財政については国の管理下にあるのに対して、供給の部分については管理運営責任を国が負って、実施は「私」の立場の保険組合などにゆだねており、それ故に我が国の制度は財は「公」で、供給は「私」

であるといえる。ところが、実際にはその運営に関しても、法律や制令、そして多数の通知・通達のたぐいで細部に至るまで規定されており、供給に関しても国が全てを仕切っているのが現状であり、国民もこれまでそれにさほど不都合を感じていなかった点もまた我が国の制度の特徴である。

④ 平等な給付、公平な負担

社会保険の基本理念に加えて全ての責任を事実上国が持つということになると、当然公平・平等が強く意図され、加えて先に述べた国民性から、これがますます確実なものとなる。

まず、給付に関しては各制度間に給付率の違いはあるものの、実効給付率（高額療養費などの給付も含めた場合）でみると制度間格差は5%強にとどまっており^{*10}、給付の平等はほぼ達成されているといつてよい。

負担についてもできる限り公平となるよう計られている。社会保険であるから負担の基本は応能負担であり、それぞれの制度内で差は容認される範囲であるが、各制度を構成する被保険者のグループとしてのリスクに違いがあるため、制度間で大きな格差を生じる。このため負担の公平を制度間の財政調整（実際には各制度からの老人保健拠出金の拠出割合）と公費負担の強弱で計る形がとられている。

しかし何といても、我が国の医療制度の「平等」は現物給付である「診療」の部分にある。全国どこでも一定レベル以上の医療供給体制があり、保険の種類にかかわらず自由に受診できる。受ける治療は患者の収入、身分、地位を全く問わず、その時点で最善のものが提供される。余分に支払を申し出ても、すでにほとんどの医療が公的にカバーされており、余分な支払に見合うサービスが医療そのものにはほとんどない。

⑤ 民による医療供給体制

制度については事実上国が全てを統括しているのに対して、医療の供給についてはその主体が民間におかれており、上にも述べた如く、量的にも十分な供給体制と医療機関へのフリーアクセスが保証され、診療報酬は原則出来高払い、という患者にとっても医師にとってもある意味^{*11}では理想に近い形が成り立っている。

ところで出来高払いを採用しているベースには医師の強い裁量権がある。もともと医療は情報の非対称性が著しいが、ことに我が国の医療は伝統的にパターンリズムが強く、「医師におまかせする」のがごく一般的であった。昭和36年の皆保険制度の導入にあたっても、当時の日本医師会はこの裁量権に強くこだわった経緯もあり^{*12}、その後の制度においても、医療内容は全て医師が決めることが当然の了解事項となっている。

診療報酬体系が出来高払いを原則としており、かつ診療行為の保険適用をことごとく認めてきたため^{*13}、より良いとされる医療が比較的速やかにあまねく供給され、結果として臨床医療のほとんど全てが公的保険でカバーされるという、世界でも珍しい制度となっている。

このことと、保険給付率の高さとから、一方では国民の医療に対するコスト意識を欠落させ、現在においても、「医療は基本的にタダである」との誤った思いこみが一般的である。

⑥医療費調整のメカニズム

こういった仕組みは医療費の上昇をきわめてまねきやすいにもかかわらず、これまでは比較的低い医療費でおさまっている（いた）。これは我が国の医療費を決定するプロセスがきわめて政策的であり、予め医療費の総額を決め、それから診療報酬点数を改訂する方式がとられているためである*¹⁴。

すなわち、行政が予め根回しをしたうえで診療側、支払側、公益側の3者で構成する中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に諮って総医療費の合意を得、そのうえで厚生省保険局医療課でそれぞれ各診療行為の一つ一つに点数を付し、出来高払いであっても最終的に目標とした総医療費に納めるという離れ技をおこなう。さらにこの診療報酬点数により行政はかなり思惑どおりに医療の方向をコントロールすることができる*¹⁵。これらのメカニズムは少なくともこれまでは（財源にゆとりがあったせいもあって）比較的有効に機能してきたといえよう。

(2) 保険者の基本的役割と位置づけ

以上のような我が国の制度のもとで、「保険者」は現在どのような立場にあり、いかなる役割を担っているのだろうか。これまで述べたように制度をことごとく国がとりしきる体制のなかで何か保険者が自主的にできること、責任を持つべきこと等があるのであろうか。

ここでは、我が国の現在の保険者の位置づけとその業務について概観する。

①医療と保険者

医療はもともとは、保険と関わりないところでそれ自体が存在するものである。

すなわち、かつては患者と医師の関係は対一であり（図1）、患者の治療要請に対して医師が治療をおこない対価を受け取る、という構造であった。

しかし、疾病は一種の事故であり、いったん遭遇するとしばしば破滅的な結果をきたす。そのリスクに対処するため同質の危険（疾病）について多数の人々が予備の資金を拠出して基金を形成し、これらの人々のなかでリスクの発生した人に医療費を給付する仕組みが生まれた。

この基金を運営して、保険料を集め、必要に応じて保険給付をおこなうのが保険者であるわけだが、医療保険の場合、「医療」という現物で給付するため、保険者と医療提供者との間に一定の取り決めが必要となる。さらに社会保険としての要件を満たすため、加入を強制したり、保険料率を一定にしたり、給付の内容に関与したりして、本来患者と医師との対一の関係に保険者が保険運用上の観点から介入し、コントロールをすることにな

る（図2）。米国の場合は、これが民間の保険会社でおこなわれてマネジドケア*¹⁶として知られており、我が国ではこれを全て国がおこなっていると考えることができる。

②公的医療保険における保険者

保険者とは、本来保険を運営する主体のことで、生命保険や損害保険の場合は民間の保険会社がこれにあたる。公的医療保険においては、保険者を「健康保険事業の経営主体として保険料の徴収及び保険給付をおこなうもの」と定義している*¹⁷。

さらに「健康保険事業は、保険方式による社会保障的施策であるから、本来、国がおこなうべき事業であり、従って、政府が保険者として健康保険事業を管掌することは当然である」とあり、その後に「健康保険組合は、本来国がおこなうべき健康保険事業を国に代わっておこなうもの、すなわち、代行的性格を有する機関である」としている*¹⁸。

これから判断する限りにおいては、我が国の公的医療保険の事実上の保険者は「政府」であり、健康保険組合をはじめとした「私」の各保険者は実は代行機関にすぎないことになる。前章で「国が事実上全てを仕切る制度」とした理由でもある。

健康保険事業の運営主体としての保険者は、一般に組織を運営し、財産を管理し、被保険者を管理し、保険料を賦課徴収し、保険給付をおこなうことをその主たる業務とするが、公的医療保険の場合は、給付が現物であり、その療養の給付自体が傷病により発生した損害の拡大・悪化を防止するために役立つという、保険としては特殊な性格をもつとされる*¹⁹。従ってその活動に必要なコストをなるべく低く抑えるためにも、またそもそも傷病の発生を回避することで給付機会を減少させるためにも、保険者による被保険者の「保健活動」もまた保険者本来の主要な業務である。

③保険者としての一般的業務

健康保険の場合、組織の維持、運営に関しては、健康保険法で組合を法人とし、事業主とその事業所に使用される被保険者及び任意継続被保険者で組織されることを定めており*²⁰、具体的な規定は健康保険法施行令で定め、さらに事業運営基準や規約例などの通知、通達で規定している。

また被保険者は、属する保険者を選択できず、保険者も被保険者を選択できない。保険料の徴収・管理も法以下の規定のなかでおこなわれ、保険給付もその例外ではない。附加給付はある程度保険者に裁量の余地があるが、これも「保険給付二併セテ」給付すると規定され*²¹、その内容も細かく定められている。保険料率については一定の範囲内で自ら決められるが、厚生大臣の許可が必要とされる*²²。

医療機関との関係については、まず契約については療養の給付をおこなう医療機関をその申請により都道府県知事が指定することに定められている。この契約の内容については健康保険法に全て規定されており*²³、さらに請求内容の審査も法では保険者に審査権を付与しているものの*²⁴、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）法により支払基金を成立させ、通牒により支払基金に審査支払をゆだねることを強制している*²⁵。

健康保険法が成立した当初、診療報酬の算定方式や単価についても保険者が医療機関と
その契約のなかで任意に定められているようになっていたが、成立後まもなく政府管掌健
康保険に準じて統一的な方式にまとまってしまい、事実上政府がそれを決定することとな
った。戦後もこの形は踏襲され、形式的には上述の中医協で決めることになってはいるが、
政府が全て仕切るなかで保険者が自主的に単価を決定することはあり得ない*²⁶。

こうしてみると、保険者本来の中心的業務である徴収、審査、給付に保険者の自主性を
発揮する余地はほとんどなく、まさに国の代行機関として、日々の業務である適用・給付・
経理といった一般業務（表1）が予め定められたとおりに遂行されるにとどまる。

④保健事業

保健事業*²⁷は医療保険の保険者であるが故に、保険者が本来おこなうべきものとして
課せられた業務である（表2）。

この事業は被保険者及びその被扶養者に対して健康教育、健康相談、健康診査などを実
施し、健康の保持増進を図ることを目的とし、その意義として保健事業の推進により疾病
または負傷の発生率が減少し、ひいては保険給付を適切なものとし、保険財政の安定にも
寄与するとされる*²⁸。

先に述べたようにこの事業は、同様に「健康保険組合事業運営基準」で詳細にいちいち
定められているとはいえ、保険者の業務のなかではほぼ唯一様々な自主性が発揮できる分野
であり、事実これまでにも各保険者が熱心に取り組んできた業務でもある。

この事業は、「保険給付を適正化するために損害発生を防止する」という観点から保険
者の本来的業務としてきわめて意義があるが、それにしては現行の各種保険事業はまだま
だ不十分だったり、科学的とはいいかねるものも多く*²⁹、今後の十分な検討を要すると
ころである。

⑤現状における保険者の位置づけ

こうしてみると、現在の保険者は、まず国の認識としては「政府が事実上の保険者であ
り、健康保険組合などの保険者は国が本来おこなうべき業務を代行しているもの」であり、
現実にも保険者に「できること」は国が決めた事柄を間違いなく遂行するための手段に限
られている。保険者の機能が自主的に発揮できず、きわめて限定されている理由としては、
我が国の医療制度が公的な「社会保険」として運営されており、社会保険の政策性故に一
般の私保険と比べて大幅に制約を受ける*³⁰、といった建て前もさることながら、ことに
戦後の国の社会保障責任の強調と、国にたよる国民性の故に、ことさら保険者に自治を与
える必要性を、政府も国民も保険者自身も含めて感じていなかったことが最大の理由では
なからうか。事実、医療機関、被保険者に対しても、政府の代行機関の位置づけを一步も
出でおらず、従って医療機関も被保険者も保険者の自主性をほとんど認識していない。こ
れは存在意義が十分に理解されていない、というよりはむしろ「政府の事務機関」との認
識によるものであろう。

我が国の医療保険制度はもともとドイツの制度に範をとったものであり、そのドイツにおいて保険者（疾病金庫）は、それぞれの責任のもとに運営をおこなう自治権を与えられている。それは単に、被保険者が管理運営に参加でき、それにより構成員としての自覚を与えられる、といった抽象的なものとは異なり、政府管理からの実質的な独立性を意味するものと解されている*³¹。

そうしてみると、現在の我が国の保険者が、建て前のうへでは「私」の立場におかれ、管理運営への被保険者の参加などをうたいながら、実際には「公」の完全な支配下にあり、その自主性を発揮できないとすれば、保険方式を採用したもともとの理由がほとんど失われているともいえる。これまでの制度がうまく機能しなくなってきた現在、これからの我が国の医療制度が引き続き社会保険方式を柱とするのであれば、社会保険における保険者の役割を本来の意義に一度立ち帰って、制度のあり方を議論する必要があるであろう。

3. 社会の変化と制度改革の方向性

(1) 医療をとりまく最近の社会状況

我が国は戦後、世界に類をみない驚異的な経済成長を達成してきたが、GDPの成長率で見ると1980年代に概ね毎年5%程度あったものが、1992年以降3%以下に落ち込み、さらにここ数年はほとんどゼロ成長となってしまった。今後もこのままであろうとの予測はさすがに少ないが、それでも良くて2~3%がせいぜいであろうと考えられている。一方、国民医療費は戦後の社会保障政策のもとで、一貫して経済成長と同様の増加率を続けて今日に至っている（図3）。1990年代に入って、経済成長率が低下してしまったのに対して依然高い増加率であり、特に最近の5年間では毎年5%程度、老人医療費については8%程度の増加をみている。

政府は医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とする方針を打ち出し*³²、医療費の増加をくい止めるための方策を模索中である*³³。

今後の見通しについて厚生省では、今後の一人あたり医療費の伸びを4.5%としたとき、2025年には141兆円に達し、そのうち老人医療費は71兆円を占めると予測している*³⁴。

①国民医療費の増加要因

国民医療費は今後の伸び率をいくらとみるかで随分変わってくる。しかし、いずれにしても今後も医療費は一定の増加を余儀なくされるであろうことに異論はほとんどない。はたして医療費はなぜ増加するのであろうか。

(a) まず人口の高齢化がある。我が国の人口構造は急速に高齢化しており、1985年に65才以上の高齢者人口割合が10.3%であったものが、2000年には17.2%、2025年には32.3%にまで達するとみられている*³⁵。老人は有病率が高く、治療期間も長引くため医療費がかさむとされる。老人の疾病は慢性疾患が主であると考えられがちだが、悪性腫瘍の発生率に関してみても、全人口126百万人のうち年間の悪性腫瘍の発生が44万件であり、そのうち70歳以上がおよそ22万件と50%を占める。これを対人数比で見ると、70才未満が500人に1人の発生なのに対して70才以上では64人に1人の割合で発生することになる*³⁶。臨床の現場でも今や70歳以上の悪性腫瘍の手術は日常のこととなっている。結果として1人あたりで見ると全国民の年間医療費の平均18.26万円に対して65歳以上では55.91万円かかっている*³⁷。つまり1人あたりの高齢者の医療費が高いため、高齢化は確実に医療費増加の要因とならざるを得ない。

(b) 次に疾病構造の変化があげられる。かつて国民病とまでいわれた結核はほとんど姿を消し（もっとも最近また流行の兆しがとりざたされている）、感染症に代わって悪性新生物、心疾患、脳血管疾患といった急性期疾患に加えて、高血圧疾患、糖尿病、肝疾患などの慢性疾患の増加が著しい。

こういった疾病構造の変化がただちに医療費の増加につながるか否かは議論のあるところだが、これまで医療レベルの低かった時代に比較的速やかに結論が出ていた経過が（すなわち死亡してしまう）、医療技術の進歩故に救命されることにより、その後長期間にわたって慢性期の治療を受けることになるという一事をとってみても（ことに脳梗塞などでこの傾向が著しい）、これが医療費の増加の一因と考えるのに無理はない。

(c) 医療技術の進歩が医療費の増加に与える影響についても無視できない。遺伝子治療をはじめとした生命科学の進歩は、急速にこれからの医療を変えていくであろうことは想像にかたくないが、これがはたして医療費をどの程度押し上げるのだろうか。現在遺伝子治療はまだ研究室の域を出ていないが、この研究開発はほとんど欧米の企業が中心となって、毎年膨大な費用をつぎ込んでいる。従ってこれが実際の臨床に応用される際に、その開発費が医療費に反映されることは間違いなからう。また、最近我が国でも移植医療が解禁となったが、脳死判定からドナーよりの臓器摘出、臓器移送、移植手術など総額で2000万円は必要となると*³⁸、これが広く普及した場合、保険の適用とするしないは別にしても、医療費の増加に大きく寄与することになる。しかし一方でH₂ブロッカーの開発により、それまでの胃潰瘍治療としての胃切除術がほとんど姿を消すことになった例もあり、一概に医療費の増加ばかりが生じるとは言い切れない。

②医療に対する国民のニーズの変化

我が国の医療は、戦後全てがゼロからの出発のなかで、「国民の誰もがいつでもどこでも安心して医療が受けられること」を何よりも優先し、給付の平等と負担の公平に最大の関心が払われてきた。

これは、いわゆる「途上国型の医療構造」*³⁹であり、医療の質よりは量を、競争よりは平等を、が政策的にも重視されてきた。この基本政策はまだ国民が貧しく「近くにお医者さんがいて、いつでも安く診察を受けられる」ことを第一とした時代には、誠に適切なものであったろう。しかし経済成長とともに国民が豊かになり、生活についての質的向上に関心が向けられ、様々なサービスが自分自身の選択で手に入るようになると、次第に「医療」に対してもより良いもの、より快適なものを求める意識が強まり、広く公平な医療供給体制を支持する一方で、より良い医療、より念の入ったサービスを個別に求めるようになってきた。

特に最近の情報量の著しい増加は「どこの誰それは何々先生のお陰で助かった」といった口コミのたぐいから、マスコミの「いよいよ遺伝子治療の幕開け、切らずに治る時代が！」などの報道*⁴⁰、「良い病院、悪い病院」のような出版物の売れ行きに至るまで広く見受けられ、まさに「良い医療」（何が”良い”のかはまだあまり議論されない）への国民の要求が大きくなっていることをうかがわせる。

これまでは「病気を治すこと」が中心で、この「治療」の部分は専門的で情報の非対称性も著しく、かつ上述の国民性からも長らく「おまかせする」医療が続いてきた。今日でも急性期の治療についてはさほど変わっていないとしても、慢性期疾患の増加という疾病構造の変化が治療の受け方に様々なニーズを生じさせたことは間違いない。すなわち、長期間にわたり「病気と付き合いながら、なるべく快適に暮らす」生活が必要となるが、これはある意味では生活そのものでもあるため、必然的に生活の向上に伴ったより快適な医療を求めることになる。また、経過が慢性であるため、ゆっくり考える時間や他との比較が可能となり、ますますその傾向は強まるのである。

(2) これからの医療制度改革の方向性

以上述べてきた世の中の変化に対して、これからの医療制度をどう変えていけば良いのであろうか。

①改革の必要性和政府の方針

改革を必要とする理由は大きく二つある。ひとつは、高齢化などに伴う医療費の増加に対して少子化と経済成長の鈍化により財源が追いつかなくなってきたこと、今一つは国民にとって医療や福祉の意味が大きな変化を生じてきており、新しいニーズに対してこれまでの制度がうまく機能しなくなっていること、である。

前者は極力無駄を排除し、もしあるのであれば不必要な医療費をできるだけ抑えつつも、これからの医療費の規模やその財源をどうするのか、という議論であり、後者は「医療」

がすでに国の「福祉」から「医療サービス」にかなりの部分がなり代わっていることに対する認識と、それに見合った新しい制度のありかたの議論であろう。

ここ数年間の政府の医療制度抜本改革と称する議論は概ね以下の如くである。まず、見直しの視点として(a)患者本位の良質な医療の提供、(b)医療資源の効率的活用、(c)安定した医療保険制度の確立、があり、そのうえで(a)薬価基準制度の見直し^{*41}、(b)診療報酬体系の見直し、(c)高齢化医療制度の見直し、(d)医療提供体制の見直し、の4つがあげられている(表3)。

②具体的な改革の目指すべき方向

いずれも方向性や理念に一理はあるが、このままでいくと2025年に140兆に達するかもしれない医療費をこの改革でどこまで抑えられ、負担増についてはどうなると政府は考えているのであろうか。おそらくこれらの施策が全て思惑どおりに実行されたとしても現状をはるかに上回る医療費増となることは先にも述べた理由から避けられないと思われ、とすれば制度改革の視点はそのとおりとしても、もっと具体的に医療費の増加をどうみるのか、それを誰がどう負担するのか、といった観点からの議論がどうしても必要である。

それにはまず、どこをどう工夫しても(工夫の仕方により違いはあれ)「医療費は増えざるを得ない」ことを論理的に国民に理解させること、ことに受ける医療のレベルとそれに必要な医療費を分かりやすくきちんと示すこと(医療のレベルを大きく落とせばもっと安い医療費ですむであろうが、それは国民の望むところではあるまい)である。次にその医療費は誰が負担するのでもない、まさに自分たち自身であることを十分に認識させ、社会保障である以上、給付の平等と負担の公平はできるだけ確保する一方で、ある程度の所得移転はやむを得ないことも改めて了解してもらわなくてはならない。そして何よりもその前提として、制度をできる限り効率化して無駄を省き、情報を開示して公正性を確保し、社会保障として合理的な医療のレベルを維持しつつ医療サービスの質の向上を図ることで、国民がその支出を「納得」することが肝要である。

医療費は「何が何でも、抑え込まなくてはならないもの」ではなく、納得する医療サービスに対しては「それ相応の対価を容認できる」はずのものである。今や、我が国の医療に対する不満は医療費が高いからではなく、その価格に見合って納得するサービスが得られないことによるのではなかろうか。もしそうであれば、「納得」を得るための方策のひとつが、社会保障を建て前とする故の、あまりにも政府が全てを仕切る今の制度を、もう少し「健康保険法」本来の精神に立ち帰って、保険者に新しい制度の中心的役割を与えてみよう、それにより保険者の自主性と努力を促してもっと機能させようということに他ならない。

4. 保険者のあり方と保険者機能

(1) これからの保険者とその役割

前章で述べた如く、我が国の医療制度改革の目的は、(a)無駄なコストを極力抑え、できるだけ効率の良い制度にすること、(b)制度が提供する保障とサービスを納得のいくものにする、の2点であり、その結果として、それ相当の負担を国民が合意することにある。従って、保険者には上記の2点を達成できるよう役割を与えるべきであり、保険者のあり方もその目的にかなったものでなくてはならない。そこで、まず保険者はいったいどういった立場に立つべきかについて考察し、保険者のあり方の原則から議論することにする。

①保険者の新しい立場

現在の保険者は「国の代行機関」と位置づけられており、事実上の保険者は国であるとされている。従って、保険者は国が業務を遂行するための「手段」として国のために存在するということになるが、さらに国はそもそも国民のために存在するのだから、結果として国が国民のために保険者を保有し、これを用いていると考えられる。そうであれば、保険者は結果として被保険者のためのものであり、何ら現状のあり方に問題はない。おそらく、中央集権的制度のもとで、あらゆる行政機関はこのような位置づけであり、これまで無難に運用されてきた事実もある。しかし、昨今の行政改革と規制緩和、さらには総論としての小さい政府と地方分権の流れは、これまでの中央が全て判断し、仕切ることへの反省に他ならない。その本質は、まさに国民の生活の向上とそれに伴うニーズの多様化、加えて最近ではことに「速度」が重要な要素となり、いちいち中央でこれを判断しては追いつかなくなってきた、中央集権ではあまりにも非効率であるようになってしまったことにある。

さらに国が、全てを全能の力を持って間違いなく取り仕切れる（国のやることは全て正しい）との前提が、最近どうもあやしくなってきたことも一因かもしれない。つまり、国民の要求に国の画一的な対応、もしくは独りよがりの考え方がついていけなくなっているわけで、そうであれば「医療」というこれまで神聖視されていた分野でも、公から民への社会の流れのなかで、今一度「分権」の利点を検討してはどうか、つまり保険者はそもそも被保険者のためにあるのだから、それぞれの保険者がそれぞれの被保険者と直接に向かい合って、自分の判断と責任で業務を行使できるようにしてはどうかということである。

社会保険であるから、当然負担の公平と給付の平等をはじめとして、社会保障の基本的理念は厳しく管理されるべきであり、その点での国の関与はいささかも否定されるものではない。すなわち国は「公的实施責任」から「管理運営責任」への発想の転換が必要であり^{*42}、国と保険者の適切な役割分担が新しい保険者と被保険者の関係を創出し、制度を有効に機能させる大きな要素になると考えられる。

②保険者と被保険者のエージェンシー関係

この新しい保険者と被保険者の関係は、これまで「保険者は国のエージェント」であったことになぞらえて、「保険者は被保険者のエージェント」ということになるのか。

プリシパルである被保険者にとって医療における現実の問題は、(a)医療情報があまりに少なくかつ理解できないこと（情報の非対称性）、その結果、(b)医療の質の評価ができず、結果として、(c)サービスの対価の妥当性が解らず選択の余地もほとんどないこと、である。

保険者のエージェントとしての役割はこれらの事柄について被保険者の利益を代理して「医療」に対して意思表示をおこない被保険者の利益になるよう行動することである、と考えられよう。この際、注意しておかなければならないことは、その行動が医療提供者と対決することばかりではなく、むしろ良い医療を医師に提供してもらうようインセンティブを与えていくことも当然に必要であるし、時には加入者全体の利益という観点から収支相当の原則を維持するために保険料率を変更することもありうるのである。

いずれにしても、これまで被保険者にとって唯一のエージェントであった「医師」に加えて（医師は引き続き疾病に対して患者のエージェントであり続ける）、「補足的な」エージェントとして保険者が改めて登場することになる。

保険者を被保険者のエージェントとして位置づけることについては、いくつかの問題がある*43。ひとつは保険者が必ず被保険者の利益を優先するエージェントとして行動する保証がない。例えば保険者が上に述べた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（良い医療サービス）と相反する可能性を否定できない。

また、保険者がエージェントとして正しく機能した場合でも、患者の医師に対する信頼を低下させる危険性があり、良質な医療を被保険者に給付するという目的と結果的に矛盾することもありうる。

米国では、マネジドケアの長年にわたる試行錯誤の結果、様々な方法でこの問題に対処する仕組みを構築してきているが、我が国においてはこれまでこういった認識が個々の保険者にほとんどなかったので「被保険者の利益を代理する」ことの混乱が生じる恐れがある。従って、保険者が被保険者のエージェントとして位置づくのであれば被保険者が保険者に対して被保険者の利益を代理するようその行動を牽制する、もしくは利益を代理することが保険者にとって合理的である（インセンティブを与えられる）仕組みが必要となる。

我が国の健康保険組合は組合会などで組合員の意思を反映できることになってはいるが*44、実際には組合会の議員の選出を含めて形式の如くであり、組合員が保険者を自分たちの利益を代理するよう牽制することなどほとんどできない。すなわちハーシュマン言うところの「発言」のオプションが機能しない*45。

また一方の有効な手段とされる「退場」は、我が国の制度が強制加入でしかも保険者の選択ができないので*46、これも機能し得ない。

このような、保険者が被保険者の利益を代理できる仕組みを整備したうえで、保険者が積極的に代理権を発揮するという選択枝もあるが、我が国の「和」による関係者のバランスを大切にす国民性のもとでは、米国のマネジドケアの保険者のように大きな裁量権を

持ち、診療内容に直接介入するまでのエージェントにはなりにくいであろう。

そうなると、我が国における保険者の代理性は米国のそれに比べてはるかに緩やかなもので、(a)診療内容への直接介入はしない、(b)情報を積極的に集め、客観的な医療の質の評価をおこない被保険者にアドバイスする、(c)被保険者の健康管理に積極的に関わる、(d)保険運用上の効率化や合理化を推進する。(e)さらにできうれば、支払方式、診療報酬、契約を一定の範囲でコントロールして医師のインセンティブに用い、診療内容をリアルタイムに再評価していく、といったところになるだろうか。これだけでも、各保険者間でその能力により給付の質と負担にかなりの差が生じることになり、社会保険本来の「負担の公平と給付の平等」とどう整合性をとるかが問題となる。これまでのように保険者間で財政調整がおこなわれ、いくら保険者が努力してもその「果実」を移転されてしまうのではインセンティブが働かない。これを解決するためには予め財政調整に上限を設けて、それ以上の「果実」は保険者に残るような仕組みと、皆保険は維持しつつも、どの保険者に属するかを被保険者がある程度選択できる制度の検討が必要であろう。

③情報機関としての保険者の役割

昨今、コンピュータとインターネットの急速な普及により「情報」があらゆるところでてはやされつつある。しかし、本来インターネットやコンピュータが情報なのではなく、コンピュータは大量の情報を「処理」する手段であり、インターネットは情報を速やかに「伝える」手段のひとつにすぎない。情報は内容こそが問題であり、何の目的でその情報を手にし、用いるのかが常に意識されなくてはならない。

医療は、もともと医師と患者の間にきわめて大きな情報の非対称性が存在する。エージェント理論では、医療に限らず、エージェントとプリンシパルの間には本質的に情報の不一致が存在し、エージェントがその情報格差を自分の都合のいいように利用しようとする誘因をエージェントが持つことは回避であるとされる*⁴⁷。

それが故に、我が国では医師を「人格者」と位置づけ、「医師は情報格差を自分の都合のいいようには利用せず、完全に患者の利益のみを考えてくれる」とみなしてきた。ところが最近の医師への信頼性の低下（これも様々な情報が増加したせいであろう）と、それこそ「情報」が豊富にあふれ、そのなかでより良いものを求めだした結果として、この情報の非対称性そのものに対して様々な不満が生じてきている。

最近のレセプト開示やカルテ開示もその流れのひとつであるが、医療における情報の非対称性はレセプトやカルテを見さえすれば解消されるようなものではない。専門的知識と経験をもって、場合によっては医師と議論してはじめて対称化されるのだから、もし情報を対称化したいのであれば医師と同等もしくはそれ以上の知識を持った専門家がどうしても必要である。

その意味で、保険者がエージェントとしての機能を最も有効に発揮しうる分野は、この情報の非対称性の解消をはかるところにこそあるのではないか。すなわち、医療供給サイドからの情報の不十分さとその適切な評価の困難さに対して、エージェントして情報を収集・解析をおこない、これを解りやすく被保険者に伝えることで医師と患者の情報の非対