

称をなくし、被保険者自身の判断と希望を反映できるよう取り計らうのである。

そのために保険者が扱う情報はきわめて膨大で専門的なものとなるが、これらの情報を速やかに収集し、効率よく解析して必要に応じて行使していく高い能力が求められよう。これがすなわち「情報機関」としての保険者であり、「エージェンシー」と呼ばれるもうひとつの理由でもある\*48。

## (2) 保険者機能とその強化論

昨今、医療保険制度改革の一環として、保険者の機能を強化すべきであるとの議論が盛んになって「保険者機能」が流行りのキーワードになりつつある。しかし、どうもこの「保険者機能」がいささか曖昧で概念も不確かである。そこで機能強化の議論に先立って、改めて「保険者機能」の意味について若干の検討をおこなっておきたい。

まず、「機能」を広辞苑でひもとくと、「ものの働き、相互に関連しあって全体を構成している各因子が有する固有な役割、またその役割を果たすこと」とある。一方、「権能」については「あることがらについて権利を主張し行使できる、もしくは行使することを許される資格」、「権限」は「法令の規定もしくは契約に基づいてなしうる権能の範囲」と定義される。これによれば「機能」は「働き、役割」であって、権利を主張したり行使することは意味合いが異なる。つまり審査・支払の「機能」にしても医療機関と直接契約する「機能」にしても、内容について自主的に権利を主張し、場合によっては支払や契約を拒否できることと、単に国の代行として審査したり、契約することは全く別ということである。とすればこれまで「保険者機能」と呼ばれる「機能」は、はたして単に「働き、役割」だけにとどまるものであろうか。このあたりをあえて曖昧に「機能」と称することで不明確にしているところが我が国独特の表現なのではあろうが、おそらく一般に言われる保険者機能の「機能」は、かなり「権能」、「権限」に近いものと思われ、これを「強化する」というのは実際には「権能、権限の拡大」を実際には意味していると考えて良さそうである。

### ①公の保険者機能強化論

ここ数年、政府の委員会、協議会、審議会をはじめとして健康保険組合連合会、経済団体などが、こぞって保険者機能強化に言及している（表4）。

要約すると、(a)審査権付与も含めたレセプト審査強化、(b)医療機関、患者への調査権、(c)医療機関の指定、個別契約、診療報酬の個別交渉、(d)医療及び医療機関の情報提供、(e)業務の合理化、効率化に向けた自主運営などであり、若干機能強化とは意を異にするが、保険者規模の見直しや国民の保険者選択等があげられている。内容を概覧したところでは、保険者機能をなぜ強化するのか、どの部分をどう強化するのがはっきりせず、また具体的な方法、手段についても議論が及んでいない。さらにそもそもの保険者の位置づけがそれぞれの主張で不明確である。

保険者機能強化の議論は、まず基本的な体制、すなわち全てを社会保障とするのか、米

国のような市場原理を一部にでも導入するのか、社会保障でも社会保険を柱とするのか、税方式を主体とするのか等の前提があってはじめて、「では保険者に何をさせるのか」が始まる。

「全ての医療を全て社会保障でカバーする」という考え方のもとでの保険者機能と、市場原理を導入しての医療制度の保険者機能では自ずから大きな違いが生じる。

すなわち、社会保険の保険者としての機能強化は、これまでの国が全て手にしていた権能をどこまで保険者の自治にゆだねていくかといった議論であり、そこにはこれまで国がもっていた以上の新しい機能が付与される可能性は少ない。一方、「社会保障を限定」する場合は、それ以外の部分に「社会」にしばられない新しい医療サービスの概念が生まれることになり、保険者はこれまで存在しなかったいくつかの新しい機能を手にすることになる\*49。

筆者自身は、後者のほうがこれからの医療制度の本質的な改革にかなうものと思うが、再三述べたように、我が国の制度改革の概ねのコンセンサスは、社会保障の枠組みを維持し、社会保険を主体としつつ税も交えた財政基盤を整備するなかで、どれだけ保険者に汗をかかせて国民の納得を得るか、ということであろうし、その範囲での保険者機能の強化なのであろう。

## ②保険者機能強化の目的

それでは、保険者機能を強化する目的はどこにあるのであろうか。

これは結論から言えば、まさに「保険者の役割を有効に働かせるため」であり、それは「良い保険を提供するため」に他ならない。

良い保険を提供するとは、(a)給付を速やかに公正におこなう、(b)運営が合理的で効率が良い、(c)個々のニーズになるべく細かに応えられる、また必要な情報を十分に供給できる、(d)疾病予防（リスク回避）が有効に機能する、(e)そしてこれらの業務が結果が同じであればなるべく安価に遂行できる、ことである。(a)と(b)は、保険者の本来業務の効率性であり、(c)と(d)は被保険者に対するサービスであると同時に給付をなるべく少なくし、収支を保つためのもうひとつの直接的な業務であるともいえる。そして、これらの業務を遂行するにあたり、現在の保険者が持っている機能が不十分であるのなら必要なだけ機能を強化しなくてはならない。一般に、「機能強化」というと新たに機能が付与されることが想定されるが決してそれだけではない。そもそも我が国では、保険者は国の代行機関であるのだから「良い保険を提供する」のは国の責務であり、保険者はその手段にすぎない。従って保険者としての機能は全て国が持っていることになるが、こういった体制のもとでも保険者機能強化は十分意味がある。すなわち、国の代行者としての保険者に求められるのは、代行者としての役割をいかにうまく効率よく果たすかであり、そのために現在の機能を見直し、強化することは当然理にかなっている。つまりこの場合の機能強化は「新しい機能の付与」や「権限の拡大・強化」ではなく、「能力の強化」とでも呼べるものである。

もちろん現在の保険者機能強化論はこれにとどまらず、権能の付与・強化や権限の拡大までも視野に入れたものであることは述べたとおりであり、おそらく漠然とイメージさ

れているのは我が国の健康保険法が範としたドイツの「保険者の自治」の回復に近いものと思われる。つまり、代行者としての効率をあげるための機能強化から、自治をもたせて自分の責任と判断で業務をおこなうための機能強化までが広く含まれてることになる。

これはまた保険者機能強化の難易度とも関係しており、代行者としての効率をあげるための機能強化は法的にも心情的にも比較的やりやすく、権能・権限の付与・拡大であるほど困難となる（表5）。

ただ大切なのは、代行者としての効率をあげるための機能強化は、改革のはじめのステップとしての意味はあっても、医療制度改革そのものに対してはインパクトを与えないであろう、ということである。

現在支払基金がおこなっている審査・支払の実務を保険者に移管し、審査・支払の機能を保険者が手にしたところで、医療機関に対して保険者の意思での交渉や査定、牽制が認められないのであれば、従前とあまり変わりはない\*50。

従って、今後の保険者機能強化の論議は、自治を与えるのか与えないのか、与えれば何をどこまで与えるのか、そしてその際の保険者という組織の錯誤行動をどう規制するのか、最終的にどこまでを保険者の責務とするのか、といった本質的かつ具体的なものに移っていくのであろう。

### ③エージェントとしての保険者の機能強化

「保険者にもっと自主的に責任を持って頑張ってもらおう」という基本的なコンセンサスのもとで保険者に自治を与えていく場合、「保険者は被保険者の補足的エージェントである」との立場からの機能強化はどういったことが考えられるであろうか。

おそらく保険者の管理業務の効率化や、保険者本来の適用・給付といった保険業務に関する機能強化はエージェントとしての役割も解りやすく、自ずからある節度をもっておさまるところにおさまると思われる。むしろ問題は、これからの保険者は「被保険者のサイドに立って被保険者のためにある」ことへの機能をどう強化していくかであり、保険者を情報機関と位置づける以上「情報を集めるための権限」、「情報を活用するための権限」が具体的に必要となろう。また、疾病を回避し、被保険者へのサービスと同時に給付を減らすことを目した業務である保健事業については、これを推進・展開するための「能力強化」が強く求められよう。

現在の制度のもとで理論上国がもっているはずのエージェント機能は、おそらく実際には機能していない。これを保険者の手に移し、エージェントとして機能させるために必要にして十分な権限と能力をもたせることで、エージェントとしての「機能」が十分に働くようになるのであれば、それこそが筆者が考える「保険者の機能強化」そのものに他ならない。

## 5. おわりに

とりあえず、ごく大雑把に「保険者機能」をとりまく社会情勢、制度、そして改革の流れを概観し、保険者のありかたとその機能強化について若干の考察をおこなった。

おそらくここ数年が、医療制度改革の大きな転換期になると思われ、保険者をめぐる議論もこれから具体的に深まっていくであろうが、医療制度における財のありかたから、介護・年金を含めた社会保障のありかたまでいずれも保険者と直接に関わる問題である。

これまで、医療制度改革が国民的な議論にならなかったのは、あまりにも国民のこの問題に対する関心が低いことが最大の原因であることは疑う余地がない。彼らがこれを自分たちの問題として真剣に取り組むために保険者の果たすべき役割は大きい。すなわち、保険者自身をもっと積極的に保険者のありかたも含めた制度改革の議論に参画すると同時に、被保険者である国民一般にこの問題を提起し、国民一人一人の問題として考えるよう被保険者に直接情報を提供していくことが、まずは保険者機能を語る第一歩である。

適用・給付／経理（保険業務）	
適用管理	事務所管理、適用者管理、保険証発行・返納管理
保険料徴収	保険料算定・告知、収納管理
給付処理	レセプト登録、請求支払管理、高額療養費計算、再審査請求、 医療費通知、附加給付
日次業務	伺い、決議、日次帳票・締処理、銀行振込データ作成
月次業務	月次帳票・締処理、月報作成
年次業務	出納閉鎖、年次締処理、年報作成
予算／決算	見込表作成、概要表作成、確定

表 1

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社1999年より

保健事業（健康管理業務）	
医療、介護業務	健康診断、医薬品配布、在宅療養支援、訪問看護、 病院・診療所・老健施設運営
健康増進業務	保養所運営、契約保養所利用補助、健康増進施設運営

表 2

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社1999年より

## 政府の抜本改革の構図

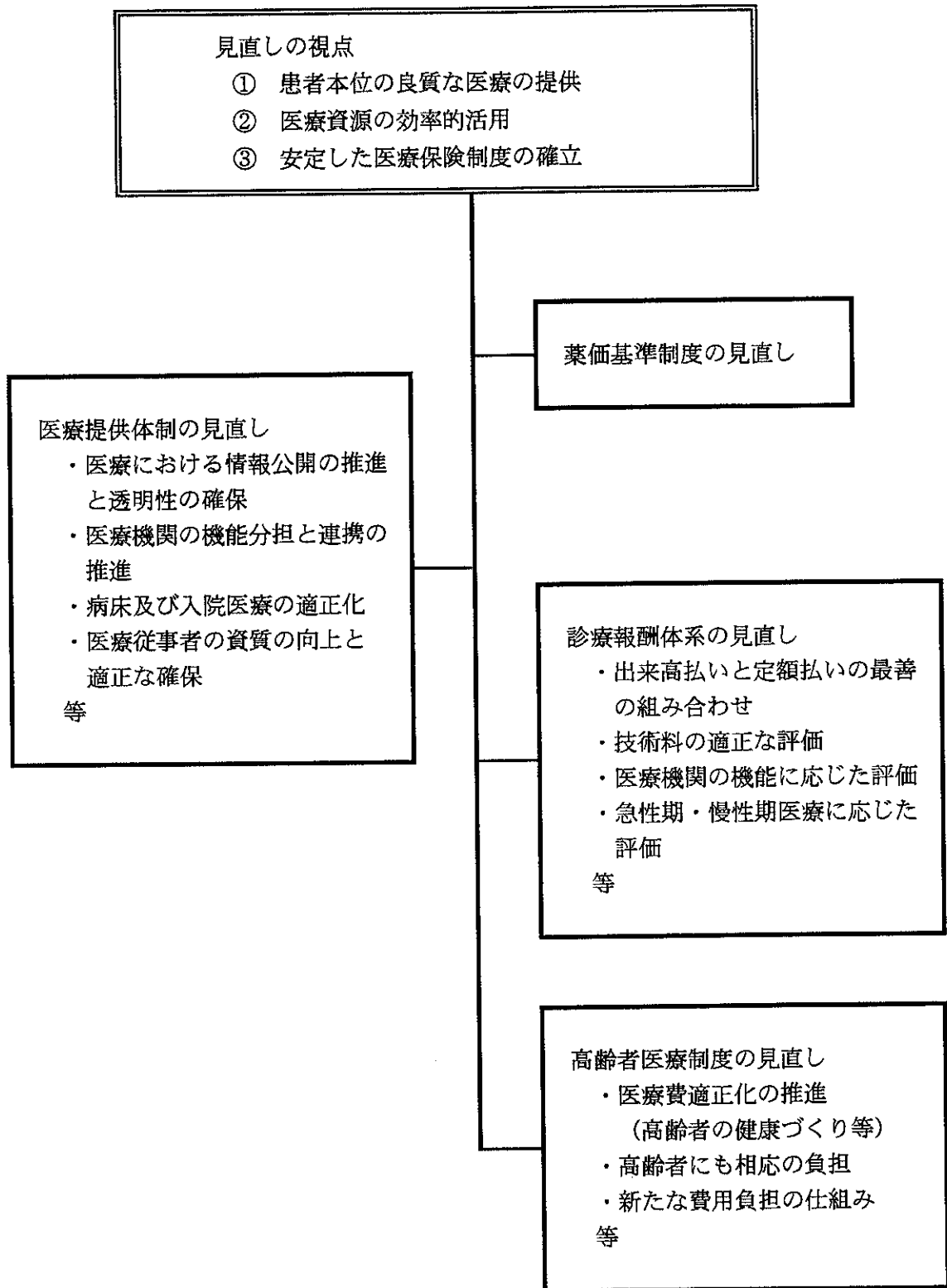


表 3

経済同友会 医療制度改革研究会 資料より

保険者機能に関わるこれまでの検討経緯

発言主体	主な論点 (抜粋)
財政構造改革会議 最終報告 (97年6月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者機能の強化を図る</li> <li>・保険集団のあり方を見直す</li> <li>・事務に要する費用について一層の節減・合理化</li> </ul>
厚生省案「21世紀の医療保険制度」 (97年8月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険集団のあり方についても公平、公正の観点に立った見直し</li> </ul>
与党医療保険制度改革協議会 「21世紀の国民医療」(97年8月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者の立場に立ってその機能を強化</li> <li>・保険者に相談窓口を設けるなど、良質な医療サービスの確保</li> </ul>
行政改革推進本部 規制緩和委員会 「規制緩和についての第一次見解」 (98年12月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者自らがレセプトの審査を行うことは、審査事務への競争原理の導入、不適正な診療の抑制等様々な面で利点がある</li> <li>・医療機関における診療行為に関する情報や組合員の健康状態等を把握、管理</li> <li>・医療機関に関する情報を十分に活用</li> <li>・被保険者が医療機関を選択しやすくするような仕組み等の導入</li> </ul>
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」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関に関する積極的な情報提供を行う</li> <li>・保険医療機関の指定などに積極的に関与</li> <li>・保険者規模の適正化</li> <li>・保険者の事業及び事務の効率・合理化、給付の適正化</li> </ul>
医療保険福祉審議会 第40回制度企画部会議事録 (99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者の選択権</li> <li>・保険者の権限を強化して、被保険者に対するサービスがきちんとできるようにすべき</li> <li>・規模の適正化、整理</li> </ul>
医療保険福祉審議会 第41回制度企画部会議事録 (99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者機能の強化は抜本改革の中の非常に重要な要素</li> <li>・患者に対し、積極的に情報提供できるような体制を持つ</li> <li>・立派な機能を発揮している保険者が被保険者に選択される</li> <li>・被保険者の期待に応えられるよう機能強化、権限強化</li> </ul>
医療保険福祉審議会 第42回制度企画部会議事録(99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者機能の問題は医療保険制度全般にわたる幅広い問題であると思うので、追ってきちんと審議</li> </ul>
健保連「医療保険制度等改革の考え方について」(97年11月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立性があり、自助努力が働いて、保険者としての機能を発揮できる</li> </ul>
健保連 「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して」 中間報告 (98年10月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・規模の大きい自立性のある保険者</li> <li>・組合間の事務の共同処理等共同事業の推進による情報・ノウハウの共有、評価の統一化</li> <li>・保険医療機関等及び患者への調査権</li> <li>・共同事業による事業の合理化・効率化</li> <li>・事業運営面や資産管理面における規制の緩和</li> <li>・被保険者等に医療情報等を積極的に提供</li> </ul>
健保連「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して」医療保険制度構造改革への提言(99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者による保険医療機関の選択や特定の医療機関との診療報酬等の契約</li> <li>・請求・審査・支払制度の改善・合理化</li> </ul>
日経連「当面の医療制度改革についての提言」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険診療医療機関の選定、診療報酬交渉機能の保有</li> <li>・適正な保険集団の規模</li> </ul>
経団連「国民の信頼が得られる医療保障制度の再構築」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者へのきめ細かな医療方法の提供、適切な保険医の紹介、保険医との直接契約、レセプト審査</li> </ul>
経済同友会「安心して生活できる社会を求めて」(97年4月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者の診療モニタリング機能を強化</li> <li>・不適切な医療機関は保険適用外</li> </ul>
連合 「97～98政策・制度案」(97年6月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療供給側との交渉機能</li> <li>・市町村国保の広域化</li> </ul>
医師会 「医療構造改革構想」(97年5月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険の保険者の広域化や小規模健保組合の再編成</li> <li>・保険者の事務機構の効率化</li> </ul>

表 4

「情報活用による保険者機能の向上」野村総合研究所 1999年より



保険者機能強化の難易度	
(A)	<p>現行の制度と規制の下で行うもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関情報収集・解析</li> <li>・ 診療のアウトカム評価</li> <li>・ 保険加入者の健康管理、受診指導</li> <li>・ 医療機関と保険者の直接対話（情報交換、患者健康管理）</li> </ul>
(B)	<p>制度の一部手直し、通達の変更等で可能なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療技術評価</li> <li>・ 医療機関の推薦</li> <li>・ 医療機関と保険者の直接交渉（点検、支払）</li> </ul>
(C)	<p>法改正を含めた制度の大きな変更をとこなうもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 審査業務の自律化、審査決定権</li> <li>・ 医療機関と保険者の直接契約</li> <li>・ 診療報酬の交渉権</li> <li>・ 複数保険プランの提供</li> <li>・ 薬剤給付管理</li> </ul>

表 5

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社 1999年より 一部改訂

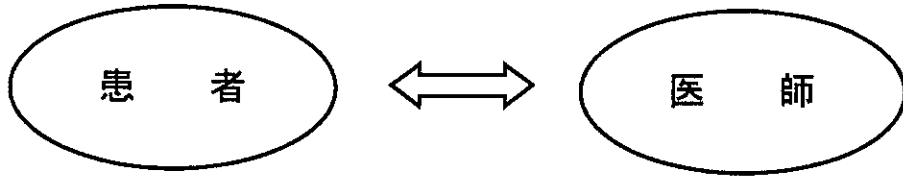


图 1

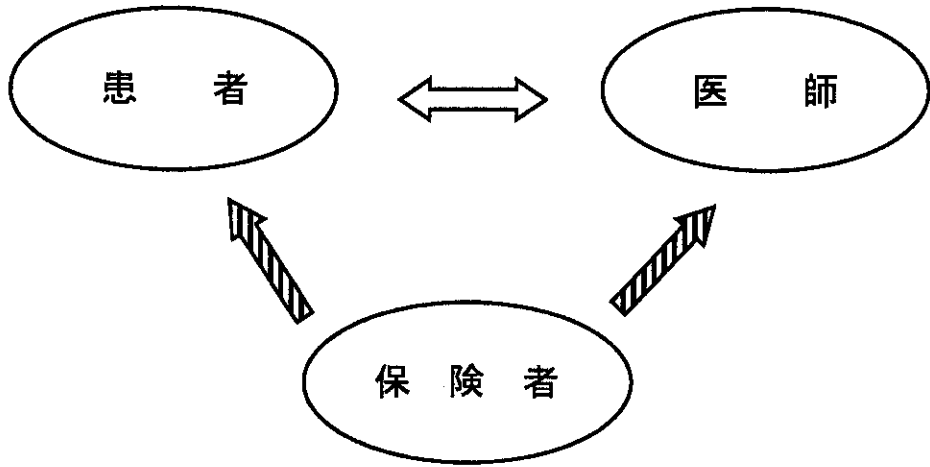


图2

### 国民医療費の推移

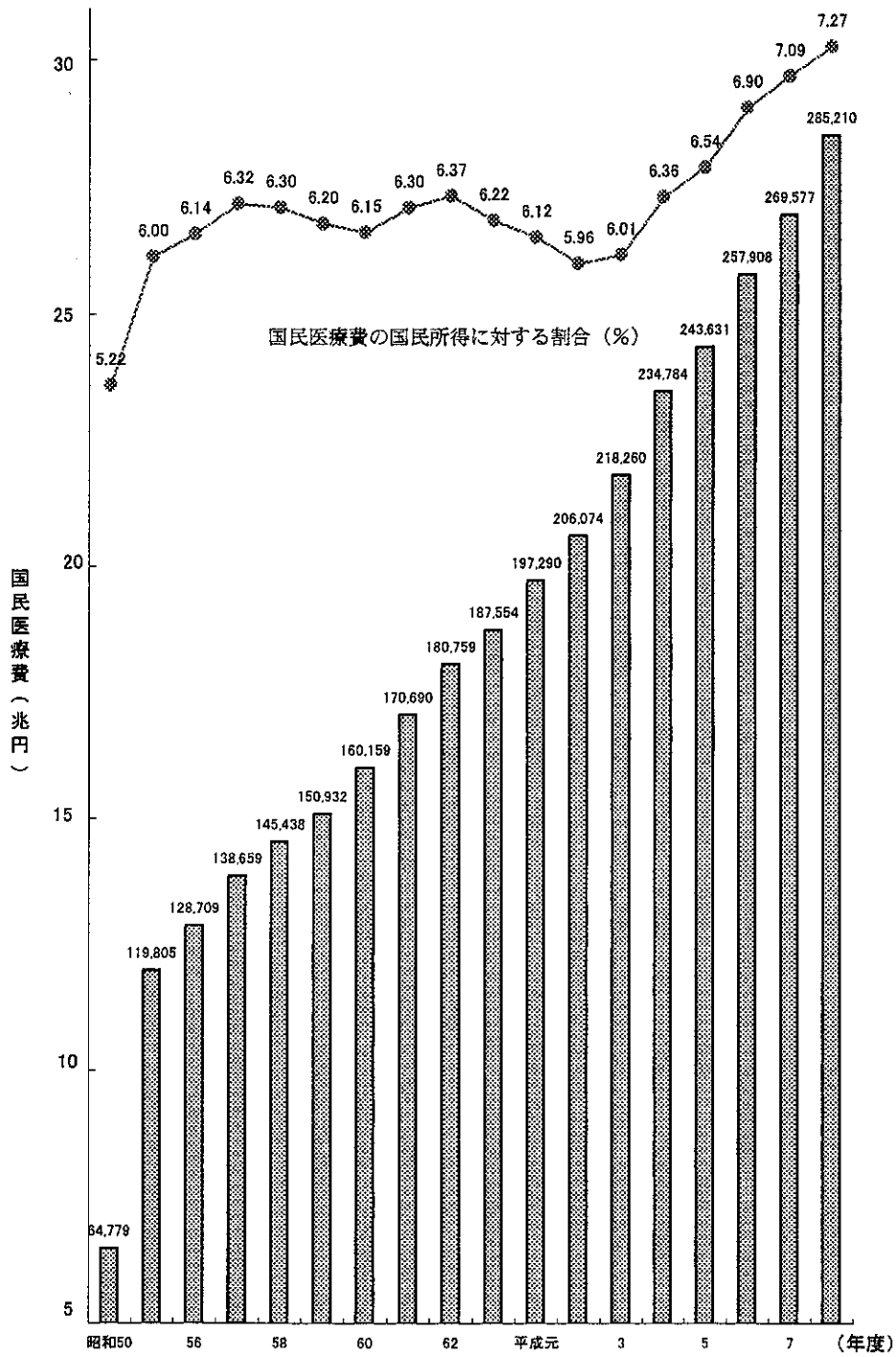


図 3

「目で見える医療保険白書平成11年版」ぎょうせい1999年より

[用語説明]

- \*1. 上村政彦 1981「健康保険組合論」『健康保険』第35巻第11号24-25
- \*2. 日本では社会構造はしだいに変貌していくのだ、停滞ではなく、なしくずしの変化が日本の歴史の特質なのである。(会田雄次 1972『日本人の意識構造』講談社)
- \*3. いわゆるノベルズに近い本であるが、いくつかのユニークな視点から日本人の国民性について検証している。(井沢元彦 1993『逆説の日本史』小学館)
- \*4. 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 379-380 法研
- \*5. 庭田範秋 1989『保険学』19-23 成文堂
- \*6. 老人保健法第25条
- \*7. 健康保険法制定の際にモデルとしたドイツの疾病金庫の保険者が制度上の本来の自治をもった保険者として想定されることが多い。
- \*8. 国民健康保険法第5条
- \*9. 庭田範秋 1989『保険学』250-253 成文堂
- \*10. 医療保険制度研究会 1999『目で見える医療保険白書平成11年版』70 ぎょうせい
- \*11. フリーアクセスは患者にとって望ましい反面、一部の大病院に患者が集中し、3時間まって3分診療と言われて久しい。また出来高払いというものの診察料、手術料、処方料などの技術料は全て統一価格であるため、かけだしの研修医でもすぐれた専門医でも全く同じ料金、という「医療の質の差」に関する評価のできない体制である。
- \*12. 池上直己、J.C.キャンベル 1996『日本の医療』129 中公新書
- \*13. 「真に必要な医療」と「保険でカバーされる医療」とは本来同じではないはずだが、我が国ではこれを極力一致させるよう政策上の努力がなされた結果、現在では「医療＝保険」のイメージができあがっている。
- \*14. 医療費をマクロの経済指標にリンクさせる、いわゆるスライド方式が1973年に導入されて以後、政治的に改訂幅が決まるようになった。厚生省はこの方式の導入にあたって一時の大幅な報酬の引き上げを譲歩したが、以降はコントロールの主導権を事実上手にしたと言われる。
- \*15. たとえば院外調剤を誘導した場合は院外処方料を高くし、薬価差益を上回るようにすればよい。
- \*16. マネジドケアに関する研究は国の内外を問わずきわめて盛んである。そもそも「マネジドケア」の定義が今だにさだかでなく、「マネジドケアプラン」は保険商品もしくはその内容を意味し、「マネジドケア組織」はHMOの如きマネジドケアプランを提供する主体である。一方で単に「マネジドケア」と呼ぶ場合、このプランや組織を指すこともあれば、もっと広く「医師以外の者（保険者等）によって医療が管理されること」とする場合もある。さらに「医療の管理」が診療内容そのものにふみ込む場合と、診療報酬やルールのみを規定してコントロールする場合まで様々である。ここでは比較的マイルドでかつ広い意味での「マネジドケア」として認識しておく。
- \*17. 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 380 法研
- \*18. 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 380 法研
- \*19. 真屋尚生 1991『保険理論と自由平等』98-100 東洋経済新報社
- \*20. 健康保険法第26条、27条

- \*21. 健康保険法第 69 条の 3
- \*22. 健康保険法第 71 条の 4, 8 及び 9 項
- \*23. 健康保険法第 43 条の 3
- \*24. 健康保険法第 43 条の 9, 4 項
- \*25. 昭和 23 年 8 月 5 日保発第 29 号 社会局保険局長から健康保険組合理事長あて通牒
- \*26. 現在の制度でも、保険者と保険医療機関が契約により点数表の範囲内で割引診療をおこなうことができるかとされているが、(健康保険法第 43 条の 9, 3 項) これは従来、国立療養所でおこなわれていた割引診療を、当該医療機関を保険医療機関に統合するにあたり、引き続き割引診療をおこなうことができるよう文言を追加したものであり、広く保険医療機関に個々の保険者との割引診療を認めるものではないとされる。
- \*27. 健康保険法 23 条
- \*28. 1999『健康保険法の解釈と運用』第 10 版 381 法研
- \*29. 保養所の所有、運営はかつて保健事業の中心的なものだったこともあるが、「損害発生防止」の観点からは甚だ疑問であった。疾病のありかたも時代とともに変化することから、この業務を保険者業務の柱とするためには、かなり専門的な能力を保険者自身が保有する必要がある。
- \*30. 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 75-76
- \*31. ドイツ連邦労働社会省編(ドイツ研究会訳)1993『ドイツ社会保障総覧』2, 122 ぎょうせい
- \*32. 1997 年 6 月 3 日の財政構造改革についての閣議決定
- \*33. 政府の一連の医療制度改革論議はいずれも「増加する医療費対策」の視点からのものであり、本質的な制度のありかた論とはいささか趣を異にする。
- \*34. 1993 年から 1995 年の伸び率は 3.1%なので、もし 3%の増加であれば 2025 年の国民医療費は 117.6 兆円となる。(八代尚宏 1999『改革始動する日本の医療サービス』37 東京経済新報社)
- \*35. 国立社会保障・人口問題研究所 1998『日本の将来推計人口-平成 9 年 1 月中位推計-』
- \*36. がんの統計編集委員会 1999『がんの統計'99』がん研究振興財団
- \*37. 医療保険制度研究会 1999『目で見る医療保険白書平成 11 年版』18 ぎょうせい
- \*38. 朝日新聞 1999 年 7 月 29 日朝刊 6 面
- \*39. 広井良典 1997『医療保険改革の構想』26-27 日本経済新聞社
- \*40. 病院の外来でも「これは手術しないといけません」との医師に対して「でも最近は切らないでも治るそうじゃないですか」といった患者さんの反論が時々見受けられるようになった。
- \*41. これは「参照価格制度」として政府は満を持して提案したが、日本医師会の反対であえなく白紙撤回となり、現在迷走中である。そもそも「薬価差益があり、医師がその差益ほしさに大量に薬を出す」との前提があり、どうすればその差益を無くせるか、が論議のはじまりであるだけに困難さは一層である。
- \*42. 江口隆裕 1996『社会保障の基本原則を考える』26-33 有斐閣
- \*43. 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『医療改革とマネジドケア』127-145 東洋経済新報社

- \* 44. ハーシュマンによればどのような体制のもとにおいても組織は、能率的、合理的、遵法的、道徳的もしくは機能的行動から協道にそれやすいものであるとし、そのふみはずしを牽制するメカニズムとして「退場」と「発言」の2つのオプションがある。(ハーシュマン (三浦隆之訳) 1975『組織社会の論理構造』ミネルヴァ書房)
- \* 45. 健康保険法施行令第19条
- \* 46. 本当に保険者を変えたいと思うなら、転職、住所移転、等の手段がないわけではないが、どの保険者でも負担と給付にたいして差がなく、保健事業などでも、いずれも同じような現状では転職してまで保険者を変えようとの発想はまずおこり得ない。
- \* 47. 伊丹敬之、加護野忠男 1989『ゼミナール経営学入門』 263 日本経済新聞社
- \* 48. 米国では中央情報局 (C I A) を「エージェンシー」と通称する
- \* 49. たとえば収支相当の原則や、給付・反対給付均等の原則などの「保険性」が強まり、応リスク負担の考え方が取り入れられたり、支出をきびしく管理する結果、リスク評価や給付管理といった機能が新たに加わることになる。
- \* 50. そもそも保険者からこの機能を事実上とりあげたのは、保険者の自治云々とはなんの関わりもなく、単に昭和 23 年当時の事務効率上の問題であったにすぎない。最近の著しい I T 革新のもとで、より効率のすぐれたシステムが出現すれば当然にそれぞれの保険者での審査・支払が可能になるであろうが、それがただちに一般に期待される保険者「権能」の強化にはならない。

[参考文献]

- 1) 会田雄次 1972『日本人の意識構造』 講談社
- 2) A. O.ハーシュマン (三浦隆之訳) 1975『組織社会の論理構造』 ミネルヴァ書房
- 3) ドイツ連邦労働社会省編 (ドイツ研究会訳) 1993『ドイツ社会保障総覧』 ぎょうせい
- 4) 江口隆裕 1996『社会保障の基本原理を考える日』 有斐閣
- 5) 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『医療改革とマネジドケア』 東洋経済新報社
- 6) がんの統計編集委員会 1999『がんの統計'99』 がん研究振興財団
- 7) 広井良典 1997『医療保険改革の構想』 日本経済新聞社
- 8) 池上直己、J. C. キャンベル 1996『日本の医療』 中公新書
- 9) 医療保険制度研究会 1999『目で見る医療保険白書平成 11 年版』 ぎょうせい
- 10) 伊丹敬之、加護野忠男 1989『ゼミナール経営学入門』 日本経済新聞社
- 11) 井沢元彦 1993『逆説の日本史』 小学館
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所 1998『日本の将来推計人口ー平成 9 年 1 月中位推計ー』
- 13) 真屋尚生 1991『保険理論と自由平等』 東洋経済新報社
- 14) 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
- 15) 庭田範秋 1989『保険学』 成文堂
- 16) 上村政彦 1981「健康保険組合論」『健康保険』 第 35 卷第 11 号
- 17) 八代尚宏 1999『改革始動する日本の医療サービス』 東京経済新報社
- 18) 1999『健康保険法の解釈と運用』 第 10 版 法研



## 第2章 遠藤委員研究発表「医療の質と社会的ガバナンス」

### 1. 目的

医療は本来的には医師が患者の完全代理人として行動することで完結すべきものであるが、さまざまな理由で完全に患者の利益を代理できない「代理人問題」が発生する。そのため、患者の便益のために医療を社会的に監視、評価して医療の質の向上を図る必要がある。本稿は、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. 医療の社会的ガバナンス

#### (1) なぜ医師は患者の完全代理人たりえないか

医療の提供においては医師－患者間の情報の非対称性があるために対等な立場での取引は成立しない。これが医療システムには市場原理が有効に機能しない根拠のひとつである。このような不完全情報下で効率的な取引が成立するためには、医師が患者の利益の代理人として行動することが期待される。一般に、不完全情報下で代理人が依頼主の便益を代理するように行動させるためには、代理人の行動に対するモニタリングの強化と代理人の便益が依頼主の便益に一致するようなインセンティブを代理人に提供することが行われる。医療システムにおいても同様で、1) 医師や医療機関の合理的な選択のために医療内容の有効なモニタリングの仕組みを構築することと、2) 医師の便益が患者の便益に一致するようなインセンティブを設計することが考えられる。しかし、以下に示す理由で、医師－患者間の代理人問題の解決は容易ではない。

#### ①モニタリングの困難さ

生産と消費の同時性を有するサービスは、その内容を評価するためには、1) 消費と同時に消費者がモニターするか、2) サービスの内容を記録されたものを通じた事後的・間接的にモニターすることになるが、前者においては患者の医療内容の評価能力の限界があり、後者においては、適切な情報内容が患者に対して提供されるかどうかの問題がある。また、医療は他のサービスと比較して多様性や個別性が高いため、サービスの中でもその適切性を評価する上で困難さを伴う。

## ②多様な動機の並存

多くの医療関係者は患者の利益を最優先に考えて行動する行動規範を有しており、与えられた環境下でそれを実践していると考えられる。しかし、他の動機が介在することによって良好な医師—患者関係を歪めるケースがあるのも否定できない。そのひとつが利潤動機である。もっとも医業収益と所得とが直結しうる開業医において勤務医体制をとる大病院より薬価差益が相対的に小さなジェネリックが多用されていることなどを考えれば、実際にはしばしば指摘されるほど利潤動機が働いているのかどうかは疑問である。しかし、明らかに濃厚な利潤動機が見受けられる医療機関が存在するのも事実である。現行の医療制度では、利潤動機により医療の質が低下するのを回避するために二つのインセンティブに関する制度が組み込まれている。一つは医療機関の利益配当を禁止することにより、医師や医療機関に利潤動機が生ずるのを抑制しようというものである。あと一つは、診療報酬の出来高払い制である。出来高払い制の下では医療費負担のリスクを医療機関が免れ得るため、利潤動機に基づく医療選択が行われた場合でも、過少医療などの形で医療の質が低下することを妨げる。もっとも、非配当制約は給与など配当以外の形態で利益分配が可能であることから、利潤動機の抑制効果を疑問視する指摘がなされているし、出来高払い制は医療資源の効率的利用の誘因を低下させる副作用が大きいことが指摘されている。

研究動機とも呼べるものも、医師に対して患者の便益と一致しない医療選択を行なわせる可能性がある。たとえば、自己の研究のため特定の薬剤の使用や手術法の臨床例を多く集めたいと考える医師は、患者に対して医療選択の自由度を十分に与えないかもしれない。確かに医学研究は長期的には不特定多数の患者の便益を向上させるが、研究過程で直接研究対象となった患者の利益に直結するとは限らない。そのバランスが問題である。最近では治験における患者の権利が重視される方向に規制の方向がシフトするなど、研究動機が暴走することを抑える流れが生まれているが、高次医療機関での研究志向はある意味で当然だといえる。

このような複数の動機が並存し、しかも医師や医療機関によってその程度が異なるという状況下で、患者の便益のための最適なインセンティブの設計は困難である。

## ③患者と被保険者の2面性

患者は医療の需要者であるとともに保険料の負担者でもある。現行の公的医療保険制度の下では、医療需要量と保険料との間に関連がないため、自己負担の少ない患者はある種のフリーライダーとして需要行動をとる傾向がある。しかし、医療費の増加は保険料の引き上げを促し、結果として高い保険料を課された患者（＝被保険者）の消費者余剰の損失を生じさせることは知られている。つまり、公的医療保険制の下では、医師が患者の便益を最大化するように行動したとしても患者のもうひとつの側面である費用負担者としては不満足を生じさせる可能性がある。医師が個々の患者の完全代理人として行動しても社会的な非効率を生じさせることになる。医療需要者と費用負担者という二つの立場の乖離を調整する代理人として保険者が考えられる。保険者が医療費のモニタリングを強化すること。また費用負担者としての立場を重視した場合のインセンティブとして診療報酬の包括

支払い制がある。これらの課題は、医療の質にどのような影響を与えるかという点にある。

## (2) 現行の医療システムにおける社会的ガバナンスの特徴

このように考えると、医師－患者関係に対して医療の質と費用の視点から外部からモニタリングすることと、それに基づく何らかの牽制が医療に与えられることが必要である。表1は医療システムを構成するステークホルダーズのモニタリングとガバナンスの現状をまとめたものである。

表1 ステークホルダーズのモニタリングとガバナンスの現状

ステークホルダーズ	患者	行政	第三者評価機関 (日本医療機能評価機構)	保険者	
モニタリング	対象となる情報	○診療過程で得る非文書情報 ○カルテ等の文書化された診療情報	○行政への届け出情報 ○監査等を通じて得た情報	○既に開示されている情報 ○独自調査	○レセプト情報
	情報入手の特徴	○非文書化情報は診療過程で入手 ○カルテは開示される傾向	○強制的に入手可能	○被評価医療機関の協力が必要	○医療機関からの請求＝情報の入手
	特徴	○個々の患者の診療内容の把握が可能	○最低限の質を担保できる「構造」が満たされているかを評価	○「構造」の評価 ○被評価医療機関が費用負担	○費用（請求額）に関する情報 ○費用に関する医療機関間の比較が可能
	課題	○患者の評価能力の限界 ○カルテの閲覧体制 ○他の医療機関との比較困難	○医療機関間の優劣比較はできない	○「過程」「結果」に対する評価の拡大	○レセプト情報の不完全性による医療の質評価の限界
ガバナンス	特徴	○患者の医療機関選択 ○医事訴訟による牽制	○行政権限による指導・命令	○患者の医療機関選択への情報提供 ○医療機関への教育効果	○請求額の削減による過剰医療の牽制
	課題	○安全性などの牽制には不向き ○安い医療を選択する誘因が小 ○ドクターズショッピングによる費用の増加	○最低水準の担保でしかない ○「構造」の牽制だけで医療の質を担保可能か	○被評価医療機関数の増加が可能か	○費用と質とのバランス ○有効な牽制手段の模索

## ①患者

患者がモニタリングの対象とする医療情報は診療情報である。これには受療のプロセスで患者が直接見聞きする非文章情報と、カルテや処方箋などに記述された文章情報がある。患者による医療評価の最大の特徴は、個別の診療内容に関する情報であるため、個々の診療内容内容や診療プロセスの適否を評価する情報を含んでいることである。しかし、最大の問題は医師と患者の間の医学知識の偏在により診療の内容を患者が完全に理解することが困難なことである。したがって、つぎのような改善すべき課題がある。第一は診療情報の閲覧が簡単に、抵抗なくできるような社会的、制度的体制、あるいは医療文化的な風土を完備していくこと。第二は、そこで得られた情報を、別の専門家に評価してもらうためのセカンドオピニオン体制のさらなる充実。さらに、付け加えるならば、この評価は極めて個別的なものであるため、ある患者が医療を自ら評価して、それに基づいて受療行動を変化させたとしても、そのことが他の患者の受療行動を変化させる可能性が小さいという、いわば患者によるモニタリングは外部効果が小さいという特徴があるので、個々の患者のモニタリング内容を整理、統合して他の医療機関との比較を可能にするための仕掛けも必要である。

患者による医療機関に対するガバナンスは、いうまでもなく患者が納得のいかない医療を提供する医師や医療機関は選ばないという選択プロセスを通じて医療の質の低下を牽制することである。場合によっては訴訟という潜在的な牽制力も存在する。このタイプのガバナンスの課題は、第一は、安全性に関することは、実際に事故が起こることによって患者は認識するので、市場原理によるガバナンスでは患者のリスクが大きすぎる。第二は、現行の患者自己負担率（額）では、低コストの医療や医療機関を選択しようという患者側の誘因は必ずしも大きくないので、効率化が図られる保証はない。第三は、納得のいく医師を探すドクターズショッピングと呼ばれる不完全情報下の選択過程は、医療費を増加させる可能性がある、ということである。

## ②行政

行政のモニタリングの対象となる情報は、法規範や行政指導などによって医療機関に課せられる届出情報、あるいは監査関連の情報である。いずれも強制的に入手することが可能である。行政によるモニタリングの最大の特徴は、一定水準以上の医療の質が供給できる体制が整っているかという視点で、医療の「構造」を評価する点である。評価が低い場合は、行政権限による指導や命令というガバナンスのスタイルをとる。行政によるモニタリングの最大の特徴は、医療機関が一定水準の医療を供給できる基本的な体制が整っているかを把握するものであり、個々の医療機関の優劣比較を行うことは、行政という立場上できないことである。このことから、1) 患者がどの医療機関を選択しようかという点ではあまり参考にならない、2) 「構造」が基準を満たしているということが医療の質を担保するという点でどれだけ有効なのか、という課題もある。