

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12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13年3月

主任研究員 山崎泰彦（上智大学）

= 正誤表 =

(1)29 ページ 最終行

誤：24595 円

→

正：4940 円

(2)30 ページ 1 行目 (同ページ中程の同じ数値も同様に訂正。)

誤：24547 円

→

正：4892 円

(3)30 ページ 4. 結語 本文 10 行目

誤：4720 億円

→

正：940 億円

「保険者機能に関する研究」メンバー一覧（平成13年3月末現在）

（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>

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
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
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
増田 雅暢 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課情報企画室長

<研究協力者>

池田 俊也 慶應義塾大学医学部専任講師
遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
大森 正博 城西大学経済学部助教授
加藤 智章 新潟大学法学部教授
滝口 進 東京女子医科大学医学部講師
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理事長代理
西田 在賢 川崎医療福祉大学大学院教授
濱野 恭一 東京女子医科大学専務理事
福田 素生 岩手県立大学国際社会人教育センター教授
船橋 光俊 国民健康保険中央会常勤監事
松山 研治 萬有製薬株式会社経営企画室長
盛 宮喜 株式会社日経メディカル開発顧問

<事務局>

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
住吉 英樹 株式会社富士総合研究所公共システム推進室主事研究員
深見 透 株式会社富士総合研究所公共システム推進室長
湯澤敦子グレイス 株式会社富士総合研究所公共システム推進室研究員

= 目次 =

第1部

第1章	山崎主査の総括論	1
-----	----------------	---

第2部

第1章	池田委員研究発表「保険者による医療の質評価の可能性」	13
第2章	泉田委員研究発表「保険者の規模と費用に関する分析」	25
第3章	遠藤委員研究発表「制度補完性から見た保険者機能論」	37
第4章	大森委員研究発表「オランダの医療・介護制度における「保険者機能」」	43
第5章	尾形委員研究発表「「動学的な保険者機能」の充実にする試論」	67
第6章	加藤委員研究発表「医療保険制度における保険者類型と保険者機能」	77
第7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」	95
第8章	滝口委員研究発表「保険者機能についての具体的検討」	129
第9章	田中委員研究発表「社会保険診療報酬支払基金の課題と今後の展望」	145
第10章	対馬委員研究発表「健康保険組合の視点からの保険者機能強化論」	175
第11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」	209
第12章	濱野委員研究発表「医療供給側からみた医療保険制度の問題点と保険者機能」	229
第13章	府川委員研究発表「医療保険の新しいかたち:保険者が機能した場合」	249
第14章	福田委員研究発表「保険者と医療供給主体の関係」	259
第15章	船橋委員研究発表「国保実務の視点からの保険者機能強化論」	281
第16章	盛 委員研究発表「マネジドケアと医療の質」	289
第17章	山崎主査研究発表「医療保険との比較からみた介護保険の保険者機能」	305

第3部

第1章	米国訪問調査.....	315
第2章	イギリス訪問調査.....	379
第3章	ドイツ調査.....	421
第4章	フランス調査.....	439
第5章	オランダ調査.....	475

参考資料

保険者機能国際比較.....	512
----------------	-----

第 1 部

第1章 保険者機能に着目した医療制度改革論

(山崎主査総括論文)

上智大学

山崎 泰彦

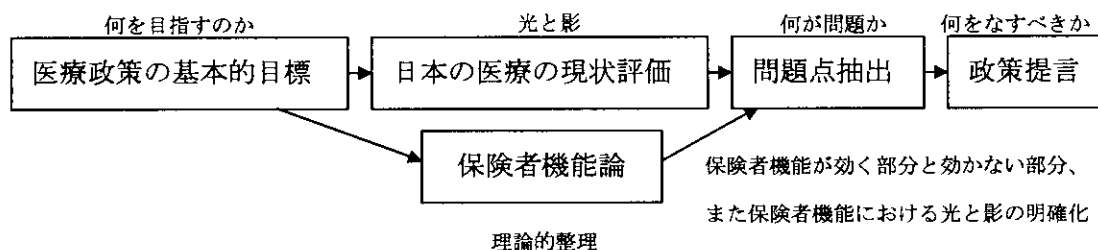
1. はじめに

本稿は、さまざまな立場の研究者、実務家等の参集のもと開催された「保険者機能に関する研究プロジェクト」研究会における、2年間にわたる議論および海外調査の結果を踏まえ、主査（山崎泰彦上智大学教授）がその責任においてとりまとめたものである。概ね研究会で合意の得られた範囲の内容を中心としているが、あくまでも研究会の主査としての総括的論文であり、細部にわたってすべての参加者の意見が一致しているわけではないことに留意する必要がある。煩雑さを避けるために本稿中にいちいちそれと明示してはいないが、場合によっては各個人研究者が意見を留保していたり、反対意見を有している部分もあり得る。各個人研究者としての詳細な考えについては、全体報告書の中で個別の論文において展開されているもの等を参照されたい。

2. 保険者機能論について

日本における保険者機能をめぐる議論は、米国における HMO システムに代表されるいわゆるマネジドケアに対する関心があると言えよう。医療保険福祉審議会建議書『今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について』（平成8年11月）において、保険者機能の強化という項目が掲げられ、これに引き続いて、与党医療保険制度改革協議会・健保連・経団連・経済同友会・日経連・生命保険協会等が、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た。また、こうした主張に対して研究者や実務家による論考が進められてきた。これら一連の議論は、「保険者機能論＝保険者を支持し強化すること」を前提として、レセプト審査の強化など個別の項目の検討に傾斜しているものが多く、医療保険制度改革全体の目的との整合性については必ずしも明らかとは言えない。また、現実の日本の制度を前提とした保険者機能についての実証的な分析は、現状ではほとんど行われていない。

そこで、本研究では、日本の医療政策の基本的目標に立ち返り、それと照らし合わせて日本の医療制度の現状評価を行う。そして、抽出した問題点に対して保険者機能を活用できる領域を明確に示した上で、保険者機能に着目した医療制度改革案を提言していくこととする。



3. 医療政策の基本的目標と日本の医療の現状評価

国民医療総合対策本部中間報告（昭和 62 年）以来、わが国の医療政策の基本的目標は、現行の医療制度の長所を維持しつつ「良質な医療を効率的に提供すること」にあるとされている。これと照らし合わせて現行の日本の医療制度を実際に評価する場合には、さまざまな評価基準が考えられるが、ここでは1つの例として OECD の 4 つの基準 (equity・efficiency・empowerment・effectiveness) を用いる¹⁾。この4つの基準は、相互に重複する点もある²⁾が、通常の経済学における equity・efficiency という2つの基準のみならず、empowerment・effectiveness を含めた4つの基準を設定している点で、医療サービスの特徴を捉えた評価基準であると考えられる。

Equity (公平性) は、伝統的に日本の医療政策が最も重視してきた基準である。全ての国民が日本全国どこでもある程度の水準以上の医療を受けることができ、異なる制度間での給付及び受診時の患者負担の格差も比較的小さいという点は、国際的に見てもかなり評価できる³⁾。しかしその一方で、世代間の負担の格差や、市町村国保等同一制度内の保険者間で保険料負担の格差が大きいといった問題点がある。また、サービスの受け手にとっての公平性に比して、プロバイダー（医療提供者）にとっての公平性という観点から見ると、一律の診療報酬の下では技術水準の評価等、評価の公平性に問題があるといえる。

Efficiency (効率性) については、医療費の対 GDP 比などの指標で捉えられるマクロ的な効率性は、国際比較の観点からも高い水準にあると言える。一方、いわゆる医療費の無駄の問題や医療施設体系の欠落の問題など、ミクロ的な効率性は必ずしも高いとは言えない。公平性を確保するためにとられてきたフリーアクセス等の政策が、結果的に非効率をもたらしている面があると考えられる。

Effectiveness (有効性) は、通常用いられている平均寿命や乳幼児死亡率などの指標で捉える限り、国際的に見て日本は高い水準にあると評価できる。しかし、医療の質という視点から見ると、慢性期医療のあり方など、問題があると考えられる。

Empowerment (患者や消費者の権限の拡大) は、それ自体が最終的な政策目標となりうるかという問題はあるが、これまで日本の医療制度があまり重視してこなかった点であり、医療サービスの特徴と言われている「情報の非対称性」と関連する重要な要素である。日

本でも、特に近年、従来のように政府やプロバイダーに任せきりにするのではなく、医療サービス利用者本位の医療が求められるようになってきている。この背景として第1に、広く知識を持った消費者の自立が進んできており、積極的な情報提供を求める声が高まってきたことが挙げられる。第2に、疾病構造が急性疾患から慢性疾患中心へと変化し、それに伴いサービスの受け手による選択の範囲が拡大してきたこともある。第3に、介護保険の創設により、消費者がプロバイダーに関する情報提供やサービスに関する説明を受けた上で納得してサービスを選択するという、より消費者主権が進んだ公的保険の形態が示されたことの影響もある。こうした潮流を受け、医療の領域でも広告規制の緩和やインフォームドコンセントの推進などの進展が見られるが、いまだ十分と言える状況ではない。

4. 日本の医療の問題点と保険者機能

以上のように、全ての国民が公平に必要な医療を受けることができるという、戦後目標とされてきた医療制度の整備は、かなりの水準まで達成されてきたと評価できる。しかし、国民医療総合対策本部中間報告で提示された「良質な」及び「効率的に」という目標に鑑みると、依然改善すべき余地が残されていると言える。戦後の行政主導の護送船団方式による中央集権的な画一管理システムでは限界と制度疲労を呈しており、そのシステムを維持したままでこれらの課題を解決することは困難であり、新たに加わった理念を達成しうるシステムへと構造的に変えていく必要がある。

具体的には、第1に、これまで日本の医療制度の長所とされてきた「フリーアクセス」の見直しである。フリーアクセスは、消費者選択の自由という観点からは尊重すべきであると考えられるが、その弊害として無秩序な受診行動をもたらし、その結果サービスの質の低下や非効率を生み出してきたという側面も持っている。今後はアクセスと質・効率性との間の調整を図ることが課題となってくる。

第2に、プロバイダーに関する公平性と効率性の改善である。医療の質や効率性を高めるために、プロバイダー間の競争を促進すべきだという指摘はこれまでもなされてきた。しかしそれと同時に、プロバイダーに対する公平性の確保、つまり競争の結果各プロバイダーが正当に評価され、それに見合った報酬が受けられる仕組みを整えなければ、真の競争は生まれてこないと考えられる。適切な診療行為が正当に評価されることは、プロバイダーにとってもより望ましい環境と言えよう。

第3に、医療供給体制の適正化である。特に、入院医療については、全般的な病床過剰によって国際的に見ても日本の在院日数は極めて長いという特徴があり、相対的に手薄なマンパワーの配置による医療サービスが提供されてきた。近年大きな社会問題となっている医療事故なども、こうしたサービス提供のあり方と無関係とは言えない。急性期医療と慢性期医療の区分等を通じ、全般的な医療供給体制の適正化及び療養環境の改善を図る必

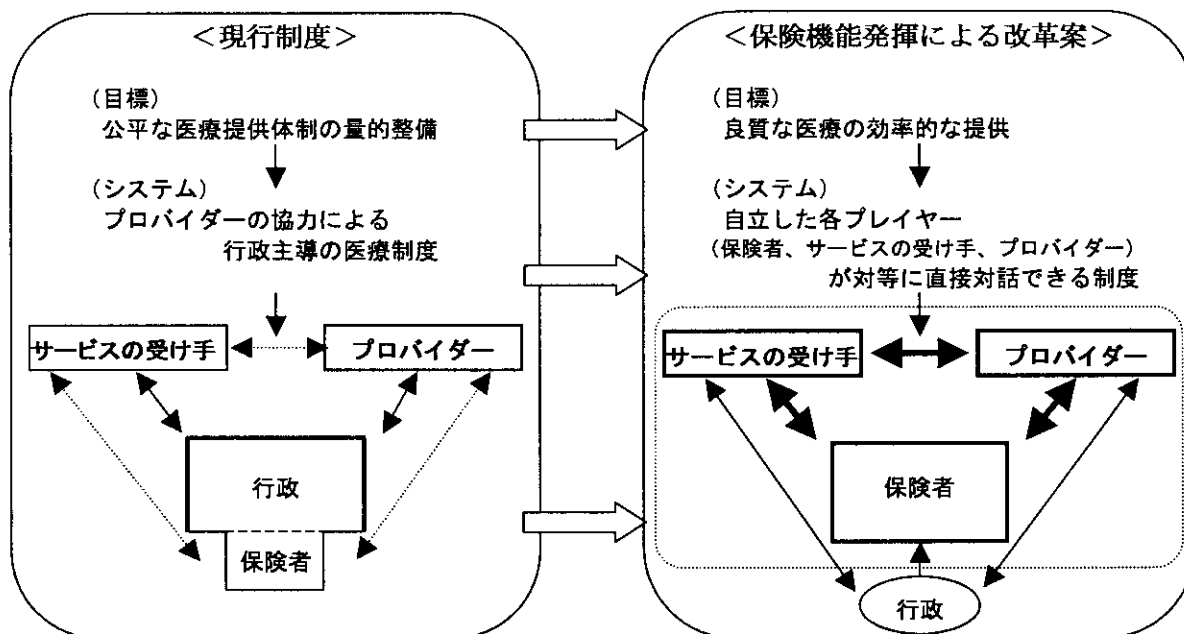
要があろう。

最後に、情報の非対称性状況の改善である。この点については、もちろん広告規制の緩和等による枠組み整備も重要であるが、積極的な情報開示を促すためには、情報を開示することが診療報酬等で評価される仕組みを整えることも必要である。また、開示された情報を整理・評価・判断する能力を備えることが、サービスの受け手（あるいはその代理人）に求められる。

このように、サービスの受け手の立場を第一に考え、サービスの受け手にとって効率的かつ良質で、しかも医療サービス需給における各プレイヤー（参加主体）が自立した医療制度を実現するために、その1つのアプローチとして我々は保険者機能に着目したい。なぜなら、公的医療保険制度の保険者は、医療制度におけるプレイヤーの中で、医療サービスの受け手の視点に立って働くインセンティブを持ちやすい存在であり、情報の非対称性の解消など、サービスの受け手の代理人としての役割を期待できると考えられるからである⁴⁾。それと同時に、保険者には保険の給付対象となる医療サービスの管理能力が要求される⁵⁾、上述したようなアクセスと質・効率性の調整や、プロバイダーに関する公平性と効率性の確保、医療供給体制の適正化などに対して影響を及ぼしうる立場にあると言えるからである。

ここでは、保険者機能を「医療制度における契約主体の1人としての責任と権限の範囲内で活動できる能力」と定義する⁶⁾。そして、保険者機能の発揮とは、「保険者が自立し、医療制度における他のプレイヤー（サービスの受け手・プロバイダー）と直接かつ対等に十分な対話ができること」と考える。これを前提として、以下では、現行制度の枠組みを活かしつつ、医療政策の基本的目標を達成し、サービスの受け手にとってもプロバイダーにとってもより望ましい医療制度を実現するために、保険者の機能を活用した政策提言を行うこととする。その際、現実的なアプローチとして、現行制度下で実行可能な保険者努力の余地や保険者の資質・能力についても検討しながら議論を進めていく。

以上を概念的に図示すれば、下図のようになる。



5. 政策提言

(1) 専門的情報機関としての保険者機能の発揮

被保険者やプロバイダーと対等に対話できる自立した保険者となるためには、自らの行動や判断に対する情報的裏付けの確保が必要不可欠である。ここで述べる情報インフラの整備は、以下の提言で保険者に期待する機能発揮を実現する上での前提条件でもある。

現行制度下においても、社会保険診療報酬支払基金によるレセプト OCR データの磁気媒体提供サービスを積極的に利用するなど、保険者の努力によって多くの情報を収集し活用する余地が相当あるのは事実であり、審査支払機関と連携をとりつつ、提供情報の拡大を含め保険者の積極的努力が求められる⁷⁾。当面はレセプト情報を中心とした入手可能な**情報を IT を活用して収集、分析、提供できる体制を構築**することを目指すべきである⁸⁾。これにより、審査・支払業務が効率化されるだけでなく、保険者が情報を蓄積し自ら情報活用できる環境が整うことになる。レセプト等を通じた専門的な情報の蓄積が進むにつれ、それを分析・評価し活用するためには、医療サービスに関する**専門的知識を備えた医師・看護婦等の専門家の知見**が必要不可欠となってくる。保険者によるこうした専門スタッフの直接雇用又は嘱託などの形式での活用を推進し、医療情報分析能力の改善を図ることも情報インフラの整備と併せて必要である。

情報収集経路の柱の一つであるレセプトについては、現在のフォーマットでは収集でき

る情報に限界がある。現行制度ではレセプトの様式は療養の給付等に関する費用の請求に関する厚生労働省令第二条により決められているが、本来レセプトは保険者がプロバイダーから診療報酬支払の請求を受けるための書式であり、請求を受ける側である保険者がその様式に関与するのは当然の権利であると言えよう。保険者が支払者の立場から必要な情報を効率的に収集できるようにするためには、現行のレセプト情報の十分な活用を図るとともに、さらに現行の**レセプト・フォーマットの改訂を具体的に提案**していくべきである⁹⁾。将来的には、保険者－プロバイダー間の契約の一環として、**独自のフォーマットを使用して支払請求・情報管理**を行うことも考えられる。

現在既に一部では行われているが、プロバイダーに関する情報の交換や、その他保険者経営における成功事例の情報提供・情報共有化など、**保険者間の連携をより強化**することも有効である。また個々の保険者の情報処理能力には限界がある場合も考えられることから、情報が集約蓄積される審査支払機関と連携をとりつつ、**専門的な調査研究等を実施する機関（シンクタンク）を保険者が共同で設立**することをあわせて提案したい¹⁰⁾。シンクタンクの事業としては、医療保険に関する調査・研究にとどまらず、保険経営管理の専門家の養成研修を実施すること等も考えられる。

以上のような保険者による取組を通じて、サービスの受け手とプロバイダーが直接対等に対話できる環境整備を促進し、両者の関係を強化することにも役立つ。将来的には**保険者が医療機関の機能を評価し、被保険者に情報提供**をすることにより、サービスの受け手が医療機関を選択する際の一助とすることも可能である。その際、保険者が運営する医療機関をフィールド医療機関として積極的に活用すべきである。

（２） 契約当事者としての権能の発揮

本来医療提供にかかる保険契約の主体は保険者と医療機関であるのだから、保険契約内容決定のプロセス、つまり診療報酬の決定や保険医療機関・保険医の指定・取消等のプロセスを通じ、保険契約の一方の当事者たる保険者の権能が十分発揮されなければならない。現行制度のように、行政によって代表されて、十分な評価なしに保険医療機関・保険医が指定されたり、3者構成の機関でありながら実質的に行政主導の下に診療報酬が決定されたりするのは、保険契約の本来の趣旨が活かされているとは言えない¹¹⁾。

但し現行制度下でも、保険医療機関・保険医指定が審議されている地方社会保険医療協議会や、診療報酬に関する審議が行われている中央社会保険医療協議会には、3者構成の一員として保険者代表も出席している。まずはそれらの場で**意思決定プロセスに積極的に関与**し、保険者としての意見を反映させていくことが、第一歩となるだろう。但しいずれの場合も、実質的に意思決定に関与するためには、判断・評価の基準となる情報・知識武装が保険者に必須であると言える。

「契約の自由」については、契約相手の選択と契約内容の決定の両面があるが、現実的なアプローチとして、現在の皆保険制度の堅持を基本としつつ、**契約における保険者の裁量を発揮できる範囲を段階的に拡大していく**ことが望ましいと考える。まずは、現行制度のような全般的な保険契約の中に、一部個別の保険者が選択的に契約を解除することを可能とするような仕組みを組み込んでいくことが考えられる。同様に、診療内容や診療報酬についても、基本的には現行制度を前提とし、例えば付加的な給付部分や診療報酬点数単価等について一定の範囲内で個別の保険者とプロバイダーが契約内容を交渉・決定できるようにしていくことが考えられよう。その際の診療報酬の単価は、物価・賃金、供給のアンバランス等の地域差を反映することも考えられる。そして長期的には、**保険者とプロバイダーとの選択的契約をより一般化する方向**での検討が必要である。このように現行制度を前提とすると、その契約は米国のHMOのような極めて排他的・制限的契約ではなく、皆保険体制下の現行の保険指定とそれに伴う診療報酬を前提に一定の範囲で契約内容を選択できるタイプがなじみやすいと思われる。プロバイダー側にとっても適切な診療行動が正当に評価される環境となることは望ましいことであろう。

この場合には、契約当事者のもうひとつの権限として、審査・支払の運営に関しても権限を発揮することができるようになる。本来保険契約の主体である保険者が契約相手の医療機関から請求された診療報酬の内容については自らの責任において審査し支払うべきであり、その運営方法は契約において決定すべきことである¹²⁾¹³⁾。将来的には、審査・支払は保険者運営の基本に関わる重要な権能であることに鑑み、保険者自身が自らこれを実施することを含め、その運営方法を決定できるようにすべきである。

今後、皆保険制度を基本としつつ、保険者機能の充実のため、選択的契約部分をどう拡大するかについて、被保険者のニーズ、保険運営の在り方、わが国の医療保険水準をどうするかを踏まえつつ、国民的な議論を行い合意形成を図っていくことが必要と考える。

(3) 適切な受診の促進への関与

我が国の医療保険では、患者のフリーアクセスと医師の裁量的サービス提供が原則とされ、保険者は事後的な費用の支払いにおいて医療サービスの需給に関与しているに過ぎない。保険者に医療需要面への適切な関与ができるだけの専門的情報機関としての機能の強化が前提となるが、フリーアクセスによる弊害を取り除くためには、患者の受診行動に対して一定の秩序を与えていくことにより、アクセスと質・効率の調整を図ることが考えられる。

かつて健康保険法上、入院については保険者の承認を必要とするという規定があった¹⁴⁾。また介護保険では、要介護認定により保険事故の発生が保険者により確認されるほか、要支援の場合は施設サービスを利用できないことになっている。ドイツの公的介護保険でも、

保険者である疾病金庫が必要と認めた場合に限り、施設給付が提供されることになっている。

いわゆる「社会的入院」や「重複受診」といった事態については、その改善に向け、保険者も一定の役割を担う必要があると考えられる。例えば、保険者の共同出資により都道府県レベルで組織を設立し、**入院の必要性についてチェックし指導を行う**ことが考えられる¹⁵⁾。個別のケースについては患者の環境に関するヒアリングを行いながら適切な代替施設等を確保した上で退院してもらい、介護保険等の対応に切り換える。これを「社会的入院解消促進事業（仮称）」などとして、社会的入院を是正するよう努めているプロバイダーを評価し支援する仕組みを創設することも考えられよう。あるいは**正しい受診行動についての情報提供や被保険者指導**を行い、重複受診を解消するための努力も重要である。

(4) 適切な医療サービス供給の促進への関与

本来保険者は保険運営主体として給付内容に対して一定の責任を持つべきである。現行制度では現物給付の形式によりプロバイダーが医療サービスを提供しており、保険者はそのサービス内容を左右するプロバイダーの供給体制、供給能力に対して、積極的に関与していくべきであると考えられる。

現行制度においても、健保病院など**保険者が運営している医療機関を活用し**、望ましい保険診療の実現に向けて医療機関スタッフの教育・指導、より適切な施設・設備の整備等の取組を行うべきである。また、既に一部の健保組合で進められているが、(3)の代替施設の確保とも関連して**在宅医療、介護を推進する観点から、保険者自身による訪問看護ステーション等の運営を更に促進すべき**であろう。

さらに中期的には、医師等医療スタッフについては保険診療を担う重要なマンパワーであるとの観点に立って、医学生の奨学金や医師の研修費用等の**養成経費を保険財源で負担**するとともに、**教育内容に関して、保険診療の意義の周知徹底等を図る**ことを検討すべきである。また保険医等の資格については（卒後定期研修受講等を要件とした）資格更新制を導入することも考えられる。さらに、**医療機関の資本コスト部分について保険者として意識的、積極的に関与していく仕組み等**も検討できよう¹⁶⁾。

(5) 苦情、相談対応機能（サービスの受け手のエージェント機能）の創設

被保険者の苦情・相談窓口を保険者組織内に設置することは、被保険者のエージェントとしての保険者が提供すべき被保険者サービスの一環として当然のことであり、現状ではあまり認識されているとはいえない保険者の存在を被保険者に対して PR するうえでも有

効である¹⁷⁾。同時に、苦情・相談対応を通じたプロバイダーに関する情報の蓄積を図ることも可能である。また、専門的情報活用能力の充実に踏まえ、**被保険者の恒常的モニタリングの実施による情報収集・分析**や、苦情の内容に応じて**問題プロバイダーへの照会などの実施**をすることも、より進んだ機能として考えられる。将来的には、それらの情報を**プロバイダーの評価の材料として活用**したり、**被保険者に対する受診アドバイスとしてフィードバック**することにより、被保険者の「エージェント」としての機能を一層強化することが考えられよう。こうした保険者機能の発揮は、サービスの受け手とプロバイダーとの直接的で対等な対話を促し、両者の関係強化への貢献も期待できる。

(6) 健康保持・増進機能の強化

現行の制度下でも、保険者努力の1つとして保健事業の推進が謳われている。特に疾病構造が慢性疾患中心へ移行している中で、健康診断・予防給付・その他健康関連サービスの重要性はますます高まっており、(1)に示した情報活用と連動した保健事業の推進が保険者経営にとって重要になってくると思われる。

当面は現行の**保健事業を充実・強化**し、例えば米国 PRO で行われているように、保険者毎に特に有病率が高く医療費の高む疾患を取り上げ、それを予防・改善するための健康の質改善活動を行うことも有効である¹⁸⁾。また、そうした疾患とそれに対する予防手段の情報の裏付けが確保できれば、医療保険からその**予防給付**を行うことも検討すべきであろう。

更に将来的には、**被保険者の健康保持努力を積極的に評価するインセンティブシステムを各保険者が構築**し、被保険者と一体となった健康保持・増進に向けて取り組むことも考えられる。

6. おわりに一留意点等

以上、「保険者機能」に着目した医療制度改革論を展開してきたが、最後に、全体を通じた留意事項を整理しておこう。

まず、第1に、本稿の基本的スタンスは、医師が患者の「代理人」として最適と考えられる医療サービスを裁量的に提供するという従来の伝統的なモデルに加えて、被保険者の「代理人」としての保険者の機能を充実強化することによって、医療提供側と医療需要側との間に実質的かつ建設的な対話を成立させ、提供される医療サービスをより良いものにしていこうということにある。「保険者機能の強化」というと、短絡的な医療費削減と結びつけて論じられる傾向があるように思われるが、本稿はそういった発想とは一線を画する

ものである。

第2に、わが国の医療制度については最近これを全否定するような論調も一部に見られるが、本稿はこうした論調とも立場を異にするものである。2で述べたように、わが国の医療が少なくともこれまでのところ、公平性やマクロ的な効率性、有効性といった面では相対的に優れたパフォーマンスを達成しているように見えるという事実を看過すべきではない。本稿は、市場経済モデルを導入すれば問題がすべて解決する、といった類の単純かつナイーブな主張に組するものではない。

第3に、それではなぜ今、保険者機能の充実強化といった視点を重視するのかと言えば、戦後わが国の医療を主導してきた基本的なシステム—行政主導の護送船団方式による中央集権的な画一的管理モデル—に限界と制度疲労が様々な面で見えてきており、このまま放置しておけば、今後中長期的にわが国の医療を健全に発展させていくことがきわめて困難になるのではないかという危惧の念があるからである。こうした従来の画一的管理モデルに替えて、本稿では、対等な「契約」関係を重視した新たなモデルを提示した。現行制度で保険運営の中核的な役割を担ってきた行政は、新しいモデルではあくまでも医療制度を整備する「環境整備主体 (enabler)」としての役割にとどまる。そして、従来の行政に替わる役割を期待されるのが保険者であり、専門的なプレイヤーとして、医療サービスの需給において供給側と並んで中心的な役割を果たすことになる¹⁹⁾。医療サービスの専門性を受け手の側も正しく評価し、供給側と手を携えて良質な医療を効率的に提供しうるシステムを創り上げ、わが国の医療水準全体の向上を図っていくことこそが究極の目標にほかならない。

第4に、こうした医療制度の改革は、単に制度を全面的に置き換えることによって、一朝一夕の間になしうるといようなものではない。医療の需給には労働、資本をはじめ、さまざまな資源が既に投入され、現実にサービスが提供されているのであり、明日からのやり方を一変させるといわけにはいかない。システム全体の変革についての展望を持ちつつ、実際の改革は既存の方式の長所や既存の資源をできる限り生かしながら、それこそ「角を矯めて牛を殺す」ことのないよう、段階的に、できるところから着手していくべきである。

第5に、本研究会で議論は進めたが必ずしも十分な検討には至らなかった、保険者再編論や保険者運営財源論などについては、本稿の中ではとりまとめることができず、全体報告書の中で個別論文における検討に委ねている²⁰⁾。これらは保険者機能論に関連した重要な問題であるが、今後の更なる検討課題としたい。

医療制度改革は、狭い意味での利害関係者の間の議論にとどまらず、究極的には一人一人の国民がよりよい医療サービスを求めて制度（改革）に積極的に参加していくことを通じて達成されていくものと考え。本報告書が、今後のわが国の医療制度改革をめぐる議論において、一定の有意義な役割を果たすことを願ってやまない。

補論1：プリンシパル－エージェント論について

本来のプリンシパル－エージェント論では、医療サービス受給者（＝プリンシパル）のエージェントを医者として位置づけている。従来日本で議論されてきた保険者機能論では、医療サービス受給者のエージェントを日本の公的保険者としてプリンシパル－エージェント論を引用する場合があったが、それは日本の公的医療保険制度を前提とした、本来の理論とは異なる展開である。例えば、保険者が民間保険会社の場合には、サービス受給者の利益と保険者の利益が完全には一致せず、保険者をサービス受給者のエージェントと言い切るには矛盾が生じてしまう。

補論2：保険者機能の定義について

ここでは日本の公的医療保険制度における保険者機能を定義しているが、より普遍的な保険者機能として次のように定義することもできる。「保険の提供を通じて自己の目的を達成するために必要な人的資源・資本設備・組織構造を配置・調整するための知的資源（ノウハウ）であり、保険の提供に関係を持つ組織との関係性もしくは自らの組織内部における保険者の自律的な活動として具体化すること」。ここでは、日本の公的医療保険制度における保険者機能について、より理解しやすい定義を用いた。

参考文献リスト

1. 医療保険審議会建議書 1996. 11. 27『今後の医療制度のあり方と平成9年改正について』
2. 与党医療保険制度改革協議会 1997. 8. 29『二十一世紀の国民医療』
3. 経済団体連合会 1996. 11. 19『国民から信頼が得られる医療保険制度の再構築』
4. 経済同友会 1997. 4『安心して生活できる社会を求めて～社会保障改革の基本的考え方～』
5. 日本経営者団体連合会 1997. 8. 8.『高齢者医療を中心とした医療制度改革についての提言』
6. 生命保険協会 1998. 6『市場原理の導入による医療の質の向上を目指して』
7. 広井良典 1996「医療制度改革の構想」日本経済新聞社
8. 西田在賢 1999「マネジドケア医療革命」日本経済新聞社
9. 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
10. 尾形裕也 2000「21世紀の医療改革と病院経営」日本医療企画

-
- 1) OECD "A Caring World: The New Social Policy Agenda" 1999
 - 2) 例えば efficiency には effectiveness や empowerment による評価が加味されているとも考えられる。
 - 3) 諸外国の医療制度の状況については、本報告書第3部を参照。
 - 4) 補論1参照。
 - 5) これは、他の財・サービスと異なり医療に情報の非対称性が存在するだけでなく、他の保険制度とは異なり現物給付となっているからであり、公的医療保険で保険者機能が問題とされる理由でもある。
 - 6) 補論2参照。
 - 7) 都道府県にある国民健康保険団体連合会には、国民健康保険被保険者のレセプト情報を保険者に提供し、活用している事例がある。
 - 8) 本報告書第2部第8章（滝口論文）参照。
 - 9) 既に健康保険組合連合会では、有識者の助言を得ながら、レセプト・フォーマットの改訂に関する検討を進めている。
 - 10) 米国医療保険のマーケットリーダーである Blue Cross Blue Shield Association では、医療技術の質に関する評価研究機関（Technology Evaluation Center）を創設している事例もある。またドイツでは、地区疾病金庫（AOK）が設立したシンクタンク（WIDO）が広範な調査研究活動を展開している。詳細については、本報告書第3部を参照。
 - 11) わが国においては、行政が保険者（政管健保・市町村国保）としての役割をあわせもっている面があり、これまでは行政によって保険者機能が代表的に担われてきていると見ることもできる。
 - 12) 現行法上も審査支払権限が保険者に属することは明記されている。（健康保険法第43条19第4項等）
 - 13) 国民健康保険の審査支払は、保険者の団体である国民健康保険団体連合会が現に行っている。詳細は、本報告書第2部第15章参照。
 - 14) 昭和19年改正法による改正前の健康保険法第43条
 - 15) ドイツにおいては、MDKが病院の入院の適正性に関するチェックを行っている。詳細については本報告書第3部第3章（ドイツ報告書）を参照。
 - 16) 詳しくは本報告書第2部第5章（尾形論文）参照。
 - 17) 現在でも国保連合会では苦情相談対応を実施している。詳細は、本報告書第2部第15章（船橋論文）参照。
 - 18) 詳しくは本報告書第3部第1章（米国調査報告書）参照。
 - 19) p. 4図を参照
 - 20) 本報告書第2部第2章（泉田論文）、第8章（滝口論文）で検討している。

第 2 部

第1章 保険者による医療の質評価の可能性

-レセプト情報に基づく診療内容審査(utilization review)

の導入に向けて-

慶應義塾大学 医学部
池田俊也

保険者機能の強化の必要性については、これまでさまざまな立場から議論が行われてきた。しかし、保険者機能として重要な要素の一つとして、加入者の受診情報を収集・分析し、加入者に対して安価で良質な医療提供を保障するための具体的手法については、必ずしも十分に検討されてきていない。

保険者による医療の質向上および効率化を目的とした受診情報の分析は、一般に、診療内容審査 (utilization review) と呼ばれる。診療開始前に行う「診療内容事前審査」は、当該患者について個別的に医療技術を適用するか否かに関わる判断となり、保険者や PRO により実施される場合には事前承認(preauthorization)とほぼ同義である。また、重複処方や服用禁忌など薬学的内容に関する薬剤師の処方監査を意味する場合がある¹⁾。一方、診療実施後に行う診療内容事後審査の場合には、償還可否の判断や、「プロファイリング」(後述) に用いられる。

本稿では、診療内容審査に注目し、諸外国における導入効果や、加入者の受診情報をもとにした質指標 (quality indicator) の開発動向について概観し、わが国への示唆について検討する。なお、いわゆる「レセプト審査」については別稿に譲り、本稿では扱わないこととする。

1、診療内容事前審査

(1) 診療内容事前審査の方法と審査手順

アメリカにおける審査実施機関を対象とした最近の調査結果によると、診療内容事前審査により当初否認される率は平均 9.9%であり、また医師が説明文書を提出するように要求される率は平均 60.1%にも上っている²⁾。

事前承認の審査基準や具体的手順が公開されている場合は多くない³⁾。その例外的な事例として、RAND の「適切性評価(appropriateness study)」の手法⁴⁾にしたがって開発された鼓膜チューブ留置術の評価基準を診療内容事前審査に用いている例が報告されている⁵⁾。鼓膜チューブ留置術の適切性評価基準は、次の手順で作成された⁶⁾。まず、研究スタッフは、鼓膜チューブ留置術の便益とリスクに関する文献レビューを行い、5名の小児科医と4名の耳鼻咽喉科医に郵送した。また、鼓膜留置術の適応となりうる病態として 80 の