

- (12) こうした考え方は、厚生省〔1998〕における少数意見と共通した発想に基づくものであるといえる。同報告書（P18）においては、「投資的経費については、診療報酬点数とは別に、保険財源の中から各医療機関の機能や地域差を評価した上で配分することが適当。その際、地域医療計画に基づき、公私を問わず、医療機関の社会的妥当性に着目して配分することにより効率的な資源配分が可能ではないか」という意見があったことが示されている。
- (13) 厚生省〔1998〕P17
- (14) 「社会的共通資本」については、宇沢〔2000〕は、自然環境の他、「道路、上下水道、公共的な交通機関、電力、通信施設などの社会的インフラストラクチャー、教育、医療、金融、司法、行政などのいわゆる制度資本をも含む」ものとして、かなり広範囲のものを想定している。宇沢によれば、「社会的共通資本は、それぞれの分野における職業的専門家によって、専門的知見にもとづき、職業的規律にしたがって管理、運営されるものである」という。なぜならば、「社会的共通資本の管理、運営は、フィデシアリー（受託・信託）の原則にもとづいて信託されている」と考えられるからであるという。こうした考え方は、医療施設についても十分適用可能なものであると考えられる。ただし、宇沢は、こうした管理、運営にあたる「職業的専門家」としては、医師を中心とした医療供給サイドのみを想定しているようだが、私見によれば、医療供給サイドのみならず、医療需要サイドを代表する保険者もまさにこうした「職業的専門家」として、一方の当事者の立場に立つべきである。したがって、本稿は、こうした「社会的共通資本」である医療施設の管理、運営に、一方の「職業的専門家」集団である（べき）保険者が関わっていくひとつのあり方を探った試論であるという位置づけをすることもできよう。
- (15) 海外における類似した例として、ドイツの2000年改革における「二重予算制」の廃止提案をあげることができる。ドイツにおいては、従来、医療機関の経常的経費は疾病金庫を通ずる診療報酬体系によるのに対し、投資的経費は州政府の一般租税財源によるという、いわゆる「二重予算制」がとられてきた。このうち、州政府予算である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改革案が提案されたが、連邦参議院において反対にあい、最終的にはこの部分は削除されたという。わが国の場合は、そもそもこうした「二重予算」ではなく、(近代化補助金等を除けば)基本的に診療報酬に一元化されていると考えられるので、少なくとも形式的にはドイツの場合よりも制度的な変更は小さいといえる（基本的に法律改正は要せず、大臣告示である診療報酬の改定で対応可能と考えられる）。ドイツの財源区分の現状及び2000年改革については医療経済研究機構〔2000〕等を参照。
- (16) 厚生省〔1998〕は、投資的経費として、医療施設のみならず、医療機器も視野に入れているように見えるが、人的資本については、これを明示的に「投資的経費」としてとらえることはせずに、「質の高い医療従事者の確保」という視点からとらえている。

<参考文献>

- 医療経済研究機構〔2000〕『欧州主要各国のDRG導入実態に関する調査研究Ⅱ報告書』
- 宇沢弘文〔2000〕『社会的共通資本』岩波書店
- 尾形裕也、泉田信行〔1999〕「わが国の医療供給の現状と展望」『季刊社会保障研究』Vol.35, No2 所収
- 尾形裕也〔2000①〕『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
- 〔2000②〕「「保険者機能」に関する考察」『季刊社会保障研究』Vol.36, No1 所収
- 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 所収
- 厚生省〔1998〕『診療報酬体系見直し作業委員会報告書』
- 中央社会保険医療協議会〔1999〕『平成11年6月医療経済実態調査報告：医療機関等調査』

第6章 医療保険制度における保険者類型と保険者機能

新潟大学 法学部
加藤 智章

1. 医療保険制度における保険者の類型

医療保険制度における保険者は、法律に基づき範囲を画される人々を被保険者とし、これらの者から保険料（保険税も含む）を徴収し、保険給付を支給する主体である。

わが国の医療保険制度は、被保険者資格をどのように付与するかにより、職域保険と地域保険とに大別することができる。前者の代表的制度が健康保険制度であり、地域保険に該当するのは国民健康保険制度のうち市町村国保である。そして、各制度にはそれぞれ二種類の保険者が存在する。健保には政府管掌健康保険と健康保険組合とがあり、国保には市町村国保と国保組合とが存在する¹⁾。このように、健保と国保に限定しても、性格の大きく異なる四つの保険者が存在する。ここでは、これら健康保険法と国民健康保険法に基づく四類型の保険者について、各保険者の性格を検討してゆきたい。なお、以下の検討に関連して別表を付した。

第1表 健康保険および国民健康保険における保険者

	健保組合	政管健保	市町村国保	国保組合
保険者数	1,794	1	3,249	166
加入者数	32,578	37,575		
本人	15,650	19,685	41,021	4,433
被扶養者	16,928	17,890		
老健	13,929（被用者保険：3,514、国保10,416）			

（保険者数を除き単位：千人、平成12年厚生白書、11年3月末現在）

医療保険において、医療の質を確保する一方で、適切妥当な給付を実現するため、保険者は権限と責任を一体のものとして保持する必要がある。診療報酬を支弁する責任ばかりでなく、適切妥当な給付を実現するための権限を伴わなければ、被保険者の利益を擁護することにならないからである。したがって、ここでは、保険者としての自律性、言葉を換えれば、権限と責任の一体化がどこまで図られているかという観点から、以下の3点、加

入強制力、利益代表性および財政的自律性という視点から検討を試みる。権限と責任の一体性を検討の視点に据えるのは、医療保険制度が、基本的には傷病という危険を分散するため、保険技術を援用することによって、保険料の拠出能力と給付水準の設定に着目して組織されたシステムだからである。すなわち、権限と責任とを分離することなく、その両方を保有することによってのみ、保険者は被保険者の利益のために行動する基礎を与えられる。老人保健制度は各保険者の共同事業であると位置づけられているが、これは結局のところ、無責任体制以外のなにものでもない。老健制度を運営する市町村は、財源の”入り”を心配することなく、報酬支弁者の地位に安住し得るからである。権限と責任が一体化されていない典型的な事例といえることができる。また、本稿では財政的自律性に関連して、医療保険の場合には、保険料総額と給付総額とが等しいという収支相当の原則は維持されなければならないとの立場をとる²⁾。

(1)加入強制力

第一の加入強制力という視点は、保険者の自律性を判断する前提となる要素である。社会保険である以上、制度への強制加入が前提となるけれども、健康保険と比較する場合、市町村国保の加入強制力は低いといわざるを得ない。

市町村国保の場合、区域内に居住することにより、本人の意思にかかわらず、被保険者資格を取得するものとされている。しかし、住所に関する届出について、住民となる者に転入転居等の届出義務を課している³⁾ものの、基本的には任意の履行すなわち届出を前提としている。そのうえ、健保の場合には被保険者の負担分についてはその報酬から源泉徴収され、さらに事業主に保険料の納付義務が課されるのに対して、市町村国保の場合には、督促手続および延滞金の徴収規定が存在するものの、世帯主の自主的な納付を前提としている。したがって、被保険者となりうる者が被保険者証が交付されないという不利益を甘受しうる場合には、転入等の事実を届け出ることなく、保険料の納付を免れることが可能である。保険料未納者に対する取扱いの問題ということもできるが、基本的には被保険者資格の付与に関する制度システムの問題といえることができる。政管健保においても、保険料の納付を免れる可能性を否定できない。適用事業所であるにもかかわらず、保険者がそれを把握していない場合があり得るからである。しかし、被保険者は被保険者証が交付されることを通じて、被保険者資格の付与手続の完了を知ることができる。逆にいえば、被保険者証が交付されないことにより、被保険者資格が認定されていないことを知りうる立場にある。けれども、経営危機を理由に労使合意のもとで政管健保を離脱する事例も存在するとの新聞報道もあり、同じく健保組合を解散して政管健保に移行する事例もみられる。

被保険者となりうる者が自らの意思で加入手続を回避できる点で、市町村国保の空洞化現象すなわち加入強制力の脆弱性は、深刻な問題を提起する。

(2)利益代表性

次に、利益代表性とは、被保険者の利益をどの程度、その属する制度の運営に反映することができるかに関する視点であり、意思決定機関のあり方と経営努力のインセンティブとに密接に関連する。

健保組合の場合には、形骸化しているという批判はあるものの、組合に関係する当事者のみから組織される組合会および理事会という機関によって、組合の意思、具体的には保険料率や保険給付の水準を決定することができる。保険料率については、上限下限が法律により定められているものの、その範囲内で組合独自の料率を設定することができる。また保険給付については、法定給付のほかに附加給付の支給が認められている。つまり、保険料拠出能力に応じて、保険集団の内部で意思決定をするシステムとなっており、このような事情は国保組合にも妥当する。

政管健保はこの対極にある。政管健保の場合には、そもそも保険料率や給付水準が法律によって定められるため、被保険者の利害を反映させる機能に乏しいといわざるを得ない。国会を意思決定機関とすることから、被保険者の利益が間接的な形でしか反映されないシステムを採用しているためである。したがって、コスト削減や運営合理化のインセンティブが機能しない。静観健保という言葉は、この一面を的確に表現している。

また、政管健保の保険者としての業務は、厚生労働省の外局たる社会保険庁が行う。この意味で、たしかに政策立案主体あるいは医療保険制度全体を統括監理する厚生労働省本体と政管健保を運営する社会保険庁との間で、職務が分担されている。しかし、医療政策全体の方向性に責任を有する政府が、個別制度の管理運営主体を兼ねることによって、政管健保は、医療政策全体を方向付けるための制度的財政的バックボーンとして機能してきたといえる。言葉を換えれば、政管健保は、その被保険者を人質として、その保険料収入を政策誘導の財政的根拠として、医療政策全体について、一定の方向性を目指すための足がかり、先導役として機能してきた。ここで強調したいことは、医療政策全体についての一定の方向性に関する政策の適否、善悪ではなく、その時々政策決定が、政管健保に所属する被保険者の利害を十分に代弁するものであったのかということである。もし、政管健保という制度が存在せず、健康保険制度が組合健保のみで組織されていたと仮定した場合、過去に存在した多くの重要法案に関する政治的妥協の形態は、大きく異なっていたであろう。その場合、被保険者側と医療提供側との利害対立がどのように調整されたかを想像するとき、政管健保の存在が、利害対立の先鋭化を回避し、一定の妥協に導く政治的背景として機能したことは明らかではないだろうか。このように政管健保が果たしてきた役割は大きなものがあると考えられる。しかし、今後もこのような機能を担うべきか、再検討する時期に来ていると思われる。

市町村国保の場合も、これとはやや次元を異にするものの、市町村議会によって具体的な制度運営の内容が決定されており、そこでは、保険料あるいは保険税の引き上げには強

い抵抗姿勢が見られるとの指摘がなされている。このことは、選挙民たる地域住民に負担を強いるよりも、むしろ地方政府の上位に位置する中央政府としての国家に対して、国庫負担などの財政援助を要請する圧力として機能したのではないだろうか。こうして、政管健保と市町村国保については、その意思決定機関である議会を通じて、被保険者以外の利益との共存すなわち政治的な判断との妥協が図られてきたといえることができる。

このような意思決定システムとも関連して、保険集団としての行動原理ともいえるべき経営努力のインセンティブがどのように機能するかも重要である。具体的には、まず組織運営にあたる人材の確保や専門性についての相違が見られる。政管健保や市町村国保の場合には公務員として管理運營業務に従事するのに対して、健保組合および国保組合の場合には、当該組合の組合員ないしは組合に雇用されている者として、自ら所属する組合のための業務に従事することとなる。特に市町村国保の場合には、その規模に応じて必ずしも事情は同じではないが、職務の転換によって業務に対する専門性の確保が困難であるといわれる。また、保険給付以外の予防活動の展開や健康診断といった保健福祉事業への取り組みについても、各保険者類型の間に大きな違いがみられる。健康保険の分野では、いわゆる産業保健との連携をどのように実現するかは課題が残される一方、市町村国保の場合には地域保健としての老人保健制度との連携が、ややもすれば縦割り行政の弊害により、十分に機能していないとの指摘がなされている。さらには介護保険制度と、どのような関係を構築するかも問われることとなろう。

(3) 財政的自律性

財政的自律性については、健保組合が、給付費に対する国庫補助を受けているとはいえ、保険者の四つの類型の中では、最も財政的自律性が高いといえることができる。これは、保険料の拠出能力について被保険者間に大きな格差がないことのほか、加入強制力が高いことにも起因していると思われる。かくして、健保組合については、保険料率の自主決定権と附加給付を実現できる基礎が存在しているといえることができる。料率については、健康保険法71条の4第6項に基づき1000分の66から91の範囲で、また附加給付については法69条の3などに基づき、各組合の規約に基づき料率や給付水準などを決定できる。しかしここで注目されるのは、老人保健制度や退職者医療制度に対する拠出金の負担を求められることによって、健保組合の多くが財政状況を悪化させていることである。健保組合の関係者は、口をそろえるように、老健拠出金の負担を財政悪化の元凶という。しかし、これらの拠出金が財政悪化をもたらすのは、職域保険制度と地域保険制度との併存が認められてきたことに起因する。ありていにいえば、健保組合は、老人保健拠出金が導入される以前には、受療率が高くなる年齢でOBやOGを切り捨てることができたのであり、そのことが財政基盤の安定化に大きく貢献していたといえることができる。この意味では、組合健保の財政的自律は護送船団方式を前提とする自律との評価も可能である。そして、健保組合の

多くがこのような制度上の枠組みに安住していることは、厳しい経済状況にあることを考慮したとしても、特定健保組合の増加が微々たるものであることが雄弁に物語っている。

料率の自主決定権などについては国保組合にも認められており、国民健康保険法81条および同法施行令29条の6に基づき、規約によって保険料額や保険料の算定方法を定めることができる。しかし、国保組合の場合、保険給付の費用につき約3割の国庫負担が導入されている。これは、国保組合が5人未満の事業所に働く労働者や一人親方などをも組合員としていることに起因する措置と説明することも可能である。しかし、組合員の構成如何に関わらず、一律の負担金を割り当てられている点では財政的に自律しているとは言い難い。

財政的自律性の観点から、健保組合の対極に位置するのが市町村国保であり、これについては、国庫負担金の割合が高いことからそもそも社会保険といえるのかという指摘すらある⁴⁾。先に言及した収支相当の原則を徹底させると、このような指摘もあながち不当なものではない。しかしここで留意すべきは、事業主負担分が存在しないことの評価である。もし、市町村国保における事業主負担分の欠如を補うものとして、国庫負担金を導入することが正当化されるのであれば、各保険者間の財政的自律に関する違いはそう大きくないということも可能である。けれども、国庫負担金の存在は、財政運営の硬直性を招くほか、組織運営に関する経営努力を阻害する要因ともなり、国庫負担金に対する依存度を高めることは、当該保険者の権限をその分だけ縮小するものとして機能する。

以上、4つの類型に分かれる保険者の性格を概観した。これを誤解を恐れずに要約するならば、健保組合と国保組合は自律志向が高いのに対して、政管健保および市町村国保は平等志向に根ざした保険者類型ということができる。

健康保険法の制定過程からいえば、健康保険組合が健康保険法の運営主体としての原型と位置づけられていたのであり、保険料率の自主決定権に基づき、活発な附加給付事業や保健福祉事業を展開してきた。他方、国保組合は、職域保険の一種であるが、歴史的経緯から、既得権保護の観点に基づき大幅な国庫負担の導入が認められている一方で、市町村国保の運営を阻害しないため、新規設立が事実上、禁止されている⁵⁾。加入者割合などから、その比重は決して大きくないものの、負担の公平という側面から見ると、多くの矛盾を抱えている。第一に、給付費に対する32%もの国庫負担が導入されているにもかかわらず、かつまた財政状況や被保険者の構成割合の状況如何にかかわらず、料率自主決定権が認められている。これもまた、護送船団のもとでの自主決定権であり、既得権保護としても座視できない問題を含んでいると思われる。第二に、市町村国保の存立基盤を脅かさないという配慮から、市町村国保優先原則が採用されている結果、建設業などに顕著であるが、設立時期や加入時期の前後により、同業者であっても国保組合への加入が認められない不平等が生じている。

政管健保は、政府が保険者となり、適用事業所という網をかぶせることによって、被保険者資格を付与するという特徴を有する。そして利益代表性で言及したように、保険料の

負担水準における形式的公平を実現している。他方、市町村国保の最大の特徴は、被保険者資格を地域住民であることに求めた点であり、市町村条例に基づく制度運営がなされる。このため、地域の事情に対応した事業運営が行われる反面、保険者規模および保険料負担という側面からいえば、保険者間の格差が著しいという問題を抱えている。

第2表 保険者類型の概要

	健保組合	政管健保	市町村国保	国保組合
設立	任意／強制	法定	法定	任意： 公営優先原則
性格	公法人（社団）	政府	市町村	公法人（社団）
意思決定 機関	理事会 組合会	国会	市町村議会	組合会
加入強制	適用事業所 使用される者		住所を有する者	任意加入 規約記載事項
保険料	自主決定（規約）	一律（労使折半）	条例	自主決定（規約）
保険料徴収	源泉徴収		自主納付	自主納付
納付義務	事業主		世帯主	組合員
国庫負担	給付費補助	給付費	給付費 調整交付金（普通＋特別） 事務費負担金・保険基盤安定負担金	給付費
保険給付	法定給付 ＋附加給付	法定給付	法定給付 法定任意給付	法定給付＋ 任意給付
不服申立	社会保険審査官・審査会		国民健康保険審査会	
連合会	健保連	なし	国保連合会	社団法人 全国国民健康保険 組合連合会ほか

（筆者作成）

2. 医療保険制度における保険者機能

ここでは、医療費を抑制する一環として打ち出されている保険者に関する議論を、保険者規模と保険者機能とに分けて検討したい。

(1) 保険者機能に関する議論

1995年の社会保障制度審議会の勧告、そして介護保険制度の導入を契機として、社会保

障制度の改革論議が活発となっている。この改革論議の中で、やや等閑に付されているものの極めて注目されるのは、96年11月に明らかにされた医療保険審議会（現在は、医療保険福祉審議会）の「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」と題する建議書である。制度枠組に関するハードではなく、制度運用に関するソフト分野について、審議会レベルで戦後初めて、保険者のあり方を論じた点で重要である。

この建議書は、基本的な考え方として、少子高齢社会における国民皆保険体制の堅持、医療の質の向上および医療の効率化の促進をかね、薬価基準や診療報酬体系の見直しなど多くの項目にわたって提言を行っている。そして、保険者のあり方についても、保険者機能の強化と保険者規模の適正化に言及している。具体的には、以下の3項目である。第一に、医療保険制度における当事者の選択と責任の比重を高めるという観点から、保険者の機能を強化していく必要がある。第二に、保険者は被保険者に対して医療機関に関する積極的な情報提供などを行うほか、保険者が医療機関の質について評価する方法を導入することなどにより、保険者の自律性を高める。また、自律性を高めるため、保険者規模を適正なものとするなど保険集団のあり方を見直す。第三に、保険者の事業および事務の効率化・合理化を進める。

この建議書が示されて以来、保険者機能の強化については、厚生労働大臣（平成12年3月までは都道府県知事）が行ってきた保険医療機関の指定を個別の保険者に委ねるとか、指定取消権への関与を求める提案などがなされている。また、いくつかの政党や関係団体により、市町村国保の広域化、小規模健保組合の再編成および政管健保の分割などが提言されている。さらに、保険者規模の適正化に関連して、医療保険制度の一元化案や高齢者のための医療保険制度の創設を意図する厚生省（現厚生労働省）案（「21世紀の医療保険制度」）が存在する⁶⁾。その後、医療保険福祉審議会制度企画部会は、平成12年12月、「保険者のあり方」について意見交換を行ったが、議論の整理を行わないまま同部会を終了した。ここで積み残された保険者機能の議論は、新設された社会保障制度審議会に引き継がれる予定である⁷⁾。

このように、医療保険審議会の建議書が皆保険体制を堅持するとともに、保険者の自律性を強調したことは、質よりも量の確保を重点に置いてきたこれまでの医療政策全体が大きな転換を迫られていることを示している。したがって、やや唐突に、保険者機能の強化を打ち出したことは、市町村国保の条例準則や健保組合の規約例までをも用意してきた”護送船団”方式という”梯子”をはずすことにも等しいという点で批判される余地がある。けれども後に検討するように、医療に関する情報は、費用負担という側面ばかりでなく、医療の質の確保という側面からもますます重要になる。この意味で、診療報酬の審査支払を行う保険者が、被保険者と医療機関の双方に関する情報を収集し、蓄積しうる機能を有することに着目した点は高く評価すべきである。また、医療機関に関する情報提供機能の強化を通じて、医療を提供する側に競争の促進を促している点も重要な変化といえる。

しかし、改革論議全体を通じて、少なくとも以下の四つの視点が欠落しているように思われる。第一は、医療を受ける被保険者の権利あるいは利益をどのように確立・擁護するかという問題意識の欠如である。これは、近年の改革論議が財政健全化を主たる目的としていることから説明できるが、最終的な財源の担い手が国民である以上、被保険者の権利擁護のために、新たな政策展開を実現するという視座に立たなければ、改革の実現可能性あるいは現実妥当性は低いものとならざるを得ない。第二は、国民健康保険制度に関する対応である。確かに、国民健康保険制度については、保険者規模などで言及されている。しかし、都市部への人口の一極集中による二極分解、すなわち都市部と過疎地域とでは、同じ市町村国保の運営といっても全く異なる問題を抱えている。その意味で、保険者規模に関する議論は、単なる規模拡大の必要性に触れているに止まる。介護保険制度では複数の市町村が広域的に制度運営を行うという手法が導入された。最近の市町村合併の促進とも関連して、今後の方向性を検討すべき時期にきているといえよう。第三に、従来からの懸案事項である5人未満事業所の労働者に対する取扱いについても、具体的な提言は全くなされていない。第四に、既得権の巢窟ともいべき国保組合についても、改革論議の対象とはされていない。少子高齢社会への移行とともに雇用慣行の変容に応じて、社会保障制度を改革するというのであれば、制度理念の検討・検証を踏まえたうえで、長期的な視点からの議論が不可欠と思われる。その意味では、労働者であれば就労先の事業規模に関わらず、職域保険たる健康保険制度への加入を義務づけるべきかという古くて新しい問題についても議論の対象とすべきである⁸⁾。

(2) 保険者規模

保険者規模については、市町村国保の広域化、小規模健保組合の再編成および政管健保の分割が提言されている。基本的には保険者規模の拡大の方向性が打ち出されており、その財政力を担保するために政管健保の分割が付け加えられているといえよう。しかし医療保険の場合、保険集団としての規模は、相対的に小さくても成立しうる。医療保険は年金保険とは異なり”規模の利益”による恩恵を受ける度合いが少ないといいかえることも可能である。

その理由は大きく二つに大別できる。ひとつは、財政運営に関するものであり、いまひとつは医療保険そのものの性格に基づくものである。

第一に、年金保険の場合には完全賦課方式を採用しない限り、利子運用の問題が存在するため、規模の利益を享受する余地があるのに対して、医療保険の場合には、基本的に利子運用の問題が生じない。医療保険の場合には、当該年度に予想される給付総額を賄うに足りる財源を確保すれば足りる。極端に言えば、当月分の保険料収入をもって当月分の保険給付総額を支出することができれば、基本的な財政運営は可能である。したがって、保険者規模を拡大することが、医療保険財政の問題を解決することには直結しない。市町村

国保を例にとれば、高齢化あるいは過疎化が進行し財政力の低い市町村国保を統合しても、受療率の改善などが実現しない限り、財政問題の解決にはならないからである。

第二は、医療保険の性格に由来する。保険事故の発生頻度という側面から見た場合、年金保険の保険事故が、人口統計などによりある程度予測可能であり、季節変動や月次変化の影響を受けないのに対して、医療保険の場合には、保険事故の発生件数は膨大なものとなる。しかも、療養給付請求権は基本的には患者の意思を媒介にして発生するため⁹⁾、保険給付の発生要件に該当するか否かが事後的に判断されるとともに、診療報酬の審査業務が大量観察になじまないという特徴を有している。さらに、保健分野との連携を重視し、保健福祉事業の展開を志向すればするほど、地域や職域に根ざした事業運営が求められることになる。したがって、医療保険の場合には、個別的な管理運営主体の規模が年金保険の保険者と比較して、小規模なものとなる余地が多分に残されている。しかし、ここで留意しておくべきことは、保険者規模はあくまでも、財政的自律すなわち収支相当の原則が成立しうる規模でなければならないことである。さらに、規模があまりにも小さくなると、病弱者や重症患者に対する”排除の論理”が働く余地もあり得ることである¹⁰⁾。

これらを前提に保険者の規模を考える場合、短期的には、市町村国保の広域化や小規模健保組合の再編成が問題となる。大都市への人口集中と過疎化の進行により市町村国保が、規模の面で二極分解していることは周知の事実であり、健保組合においても繊維産業部門などで被保険者数が100名を切る組合がいくつか存在する。これら小規模保険者の問題については早晚、一定の地域単位での統合化や総合組合化が図られるものと思われる。しかし、先にも述べたように、保険者規模を大きくすることによって、財政基盤を安定させても、官僚的運営により、被保険者の利益が省みられないのでは意味がない。

また、保険者規模の拡大に関連して欠落している視点と思われるのは、規模拡大の方向性についてである。厚生省は、「21世紀の医療保険制度」において関する改革案として、《1》制度一本化による地域医療保険制度案と《2》現行制度のうえに高齢者のための制度を別立てにする案とを提示している。

制度一本化案は、労働者と自営業者とを同じ保険制度に統合することを意味しており、二つの問題が隠されている。第一は、少なくとも政管健保を地域単位に解体することである。第二に、市町村国保の整理統合である。地域医療保険制度という以上、そこで想定される地域とは、市町村、都道府県ないしそれよりも範囲の広いいわゆる道州制を単位とすることとなろう。政管健保はこれまで被保険者の利害を直接的な形で反映させる場に乏しかったといえることができる。この意味で、政管健保の解体には異論はない。端的に言えば、医療保険における制度改革の焦点は市町村国保と老人保健の問題であり、政管健保を解体するとしても市町村を単位とすることは考えられない。また、道州制を単位とすること理論的には可能としても、現行の政治体制との乖離を考えると、実現可能性という点で否定的にならざるを得ない。したがって、現時点では都道府県を単位とすることが実現可能

性の高い案ということになる。

しかしこの場合、保険料の算定基礎をどのように設定するかが問題である。ここには、二つの問題がある。保険料の徴収単位と負担のあり方である。まず、健保は世帯単位で保険料が徴収されているのに対して、国保は個人単位で保険料を徴収している。これを個人単位に統一するとして、健保サイドの保険料がどのくらい高くなるのかにより、労働者側の反発が予想される。また、保険料のあり方とは、応能・応益負担の問題である。健保の保険料は報酬比例であるから応能負担といえるのに対し、市町村国保は応能応益混合方式を採用している。徴収単位の問題とも関連して、いわゆる不公平税制の問題を抜きにして制度統合化は困難であろう。かくして、地域医療保険制度として職域保険と地域保険とを一元化する案は総論としては世論の支持を受けるかも知れないが、各論に移行した段階で直ちに労働者と自営業者との利害対立が鮮明となる。財政調整などの方法で職域保険と地域保険を最終的に都道府県単位で統合させることも主張されている¹¹⁾が、財政調整のあり方こそが問題である。また、組合健保は、たとえ護送船団方式のもとでの形骸化した自律性しかないとしても、その存続が可能な限り解体する必要はないと考える。

けれども、《2》の別立て案にも問題がある。別立てにした場合の保険者は誰かという問題である。しかもこの場合、保健福祉事業との連携をどのように具体化するかが重要である。市町村国保の行政単位は、そのまま老人保健法および介護保険法の行政単位と重複しており、保健・福祉との連携が今後一層求められるとすれば、医療保険制度だけの制度変更では意味がない。ここから、医療保険、老人保健および介護保険をセットした保険者規模の拡大が志向される。この意味では、都道府県単位で保険集団を形成する一元化案に近づくことになる。しかし、定率負担とはいえ一部負担金の月額上限（200床以上の病院の場合）を最高5千円でとどめているのでは改革の名に値しない。高額療養費も存在する以上、現役世代も納得する制度の構築を示さなければ、医療保険改革は成功しない。

(3) 保険者機能の強化

次に、保険者機能の強化についてもいくつかの提言がなされている。それらは、二つの類型に分類できる。ひとつは、保険者の権限を強化する観点から、診療報酬に関する交渉や医療機関の選別を個別的な保険者に委ねるというものである。いまひとつは、情報蓄積機能の活用という類型の提言である。これらの提言に共通していえることは、サービス提供主体との関係で、保険者の積極的な働きかけが期待されていることである。医療の質を確保するため、診療報酬を支弁する者として供給サイドに対するコントロールを強化することについては、基本的に賛成したい。後に述べるように、保険者の情報蓄積機能に着目し、情報の収集分析を通じた医療機関に対する指導監査システムへの関与を広げる方策などが考慮されるべきである。しかし、先に述べた責任と権限の一体化とやや矛盾するけれども、診療報酬の交渉や医療機関に対する選別を、個別的な保険者に担わせることには大

きな疑問が残る。医療をめぐる市場メカニズムの特殊性から保険者の力量を過大評価すべきではなく、現行制度のメリットを無視できないと考えるからである。

①保険者権限の強化

まず、診療報酬に関する交渉を個別の保険者に委ねる、あるいは一定の地域単位で医師会などと交渉するという提言については反対である。薬価基準および診療報酬点数表そのものが、多くの問題を抱えていることに異論はない。しかし同時に、交渉能力という点について、保険者と医療機関とでは後者が圧倒的に有利であることについても異論のないところと思われる。たしかに、公定料金たる診療報酬の体系が、不必要な診療を許容・助長している側面も見逃せない。けれども、それは報酬体系のあり方の問題であり、むしろ個別的な交渉を回避することによって、報酬体系の継続性・安定性を確保してきたことを無視すべきではない。

次に、これと密接に関連して医療機関の選別について、保険者がそれぞれ個別に、医療機関や医師と契約するという提言がなされている。しかし、この提言は以下のような四つの問題を含んでいる。第一に、すべての保険者が個別の医療機関や医師と契約を締結することは、締結のための事務コストを考えただけでも莫大なものとなる。第二に、価格交渉力や医療機関の地域偏在性という点から、病床過剰地域とそうでない地域との間で医療アクセスに関する保険者間での格差、および大規模保険者にあつては居住地域による被保険者間の格差を発生させることにつながる。これと密接に関連して第三に、診療実績などから医療機関と個別的な契約をすることになれば、特定の医療機関だけが契約相手方となることが予想されるため、被保険者の医療に対するアクセスをかえって阻害することになる。第四は、第二、第三の指摘と裏腹の関係にあるが、被保険者は保険者を選択することができないため、所属する保険者によって診療内容および費用に関する不公平が発生する。時代の趨勢が量から質へ移行しているとはいえ、受診機会の保障は確保されるべきである。このため、法定給付としての療養給付を行う医療機関との関係は、従来通り、保険者および医療機関とは立場を異にする厚生労働大臣ないし都道府県知事すなわち価値中立的な立場に立つ者が指定を行う方が、無用な紛争を回避することができる¹²⁾。

しかし、保険者の機能を強化することにより、医療供給側の競争を促進することを模索するならば、保険者の財政力に応じて、一部負担金や高額療養費など上乘せ給付が可能な領域において、現行の保険医療機関の指定に加えて、特定の医療機関との契約に基づき、当該医療機関における診療行為につき附加給付の給付率を保険者独自に定めることを認めるという方策もありうる。厚生労働大臣の行う保険医療機関の指定のうえに、保険者独自の契約を認めることとなるから、二段階の指定制度ともいえる。この施策は、保険者独自の契約締結権限を付与するだけで済み、保険者と医療機関との直接契約制よりも実現可能性は高いと思われる。そしてこの際、保険者が契約を締結する際の判断材料として、所属

する被保険者に関する診療報酬に関するデータを活用することが考えられる。

②情報蓄積機能の活用¹³⁾

ここで重要なことは、保険者は診療報酬の支弁者として、被保険者および医療機関双方の情報を収集し得るとともに、被保険者を通じて、当該情報の内容を検証できることである。医療を取り巻く環境の変化に伴い、医療における情報の非対称性はますます増大している。特に注目すべきことは、この非対称性の問題が、診療行為など医学上の問題にとどまらず、医療保険制度そのものについても妥当するようになってきていることである。したがって、保険者が被保険者に対して、積極的に様々な情報を提供することが求められる。

例えば、出来高払制に代わり、慢性疾患を中心に導入されはじめ、その範囲が拡大されようとしている定額払い制は、情報に関連して二つの問題を提起する。第一に、一定の費用のなかで、充実した診療を提供できる医療機関はどこかという問題である。費用対効果の問題と言い換えることもできる。これは、むしろ出来高払制のもとでこそ、保険者が働きかけるべき問題ともいえるが、医療の質について、保険者もまた被保険者に対して責任を持つとすれば、保険者の持っている医療機関に関する情報を被保険者に積極的に公開することが求められる。第二は、制度内容に関するもので、定額制で認められる診療行為や検査などの範囲とそれ以外の取扱いの問題である。定額制の導入は保険給付の範囲を限定するものに他ならないから、入念な検査を希望する場合などは自由診療扱いとなり、これまで禁止されてきた混合診療を認めることとなる。したがって、保険給付の範囲を明確に周知・徹底することが求められ、情報提供の主体となるべき者は保険者以外に考えられない。これらの問題は、被保険者に対する保険者のサービスという問題ではなく、制度財政の運用主体ないし診療報酬を支弁する保険者としても無関心ではいられない問題である。

このように定額制だけに問題を限定しても、保険者の情報蓄積機能を活用すべき要請は非常に高いといえることができる。診療行為の内容などに関する情報については、従来からもレセプトを通じて十分収集可能であった。何故、それがうまく機能しなかったのか。二つの理由が考えられる。ひとつは、個別の保険者では当該保険集団内部での情報しか収集・蓄積できないためにその分析・活用には自ずと限界があったからである。けれども、レセプト処理の電算化も進められている今日、医療機関の診療行為を、保険者横断的に大量に分析しうる体制、具体的には支払基金と国保連の垣根を取り外して情報を収集分析できる体制をとるだけでも、今まで以上の情報を収集・分析することが可能である。いまひとつの理由は、先の評価とやや矛盾するものの、医療機関に関する指導・監査権限が厚生大臣および都道府県知事に限定されていることに起因する。医療機関に対する指導・監査権限と保険者の有する情報とがリンクされていないために、保険者は、漫然と診療報酬の請求に対する支弁者としての地位に甘んじてきた。このこと自体、保険者の怠慢以外のなにものでもないが、制度上の欠陥でもある。したがって、むしろ報酬支弁者としての保険者

の役割を積極的に評価して、指導権限発動のための申立権や、保険医療機関に対する立ち入り調査などに関する申立権を付与することを考えるべきである。こうすることによって、医療供給サイドへの保険者のコントロールを強化する途も開かれると考える。

このようなレセプトを中心とする情報蓄積機能がいわば事後的な情報収集といえるのに対して、最近の動きとして注目すべきは、事前の情報提供に対する関心が高まっていることである。具体的には、「日本医療機能評価機構」が設立されたり、急性期入院医療についての新しい支払方式であるDRG (Diagnosis Related Group) の検討が進められている¹⁴⁾。DRGを導入することの可否は今後の課題であるとしても、これを導入するためには、各医療行為ごとの費用分析やデータベース化が必要となる。もし、レセプトの情報を大量かつ客観的に収集・分析し活用することができるならば、そして、それらを被保険者に還元提供する機能を果たすことができるならば、保険者の機能は大きく変化するということができる。この意味では、審査支払機能を保険者ごとに外部委託することは、保険者機能の自殺行為ともいえる。それはレセプトの情報が基本的に、個人情報であり、慎重な取扱いが求められるからである。保険者は被保険者に対して、病名の告知をすることまでも期待されていない。また不必要に、医師と患者の信頼関係を損ねることも望ましいことではなく、その意味での自制が必要となるからである。さらに、医療費を抑制する目的のもと、患者の医療へのアクセスを制限するために医療情報が利用されることは、保険者の権限の踰越濫用と評価される可能性をはらむものである。したがって、情報蓄積機能の重視は、保険者側のインセンティブが働きさえすれば、現行制度の枠内でも直ちに着手することが可能であるが、その情報処理には内容や手続を含めて慎重な対応が望まれる。

私見としては、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会とを統合することも視野に入れた方がいいと考える。分権の時代に逆行するとの批判が予想されるが、分権化すべきことと集権化すべきこととは相対立・矛盾するものでない。保険者機能に関する大きな誤解のひとつは、保険者には審査機能がないということである。これはある意味で真実についており、診療報酬の支弁者に安住していた保険者の怠慢以外の何者でもない。被保険者の診療報酬をめぐる情報はいまでも保険者のもとに集積されており、職域保険、地域保険を問わず、保険者が一丸となって支払基金等の情報を縦横に駆使することに取り組めば、大きな改革への第一歩となることは明らかである。

3. むすびにかえて

保険者機能の強化という視点は、医療費削減の切実な要請を背景としている。混迷を深める経済状況のなか、保険料率の引き上げは望むべくもなく、ましてや給付割合の見直しは困難である。平成9年に、健康保険における被保険者本人の一部負担割合は2割に引き上げられた。また、平成12年7月からは老人保健制度における一部負担金の見直しなどが行われたが、抜本的改革とはほど遠いものである。このため、厚生労働省は、診療報酬の体

系や薬価基準の見直しなど抜本的改革を意図している。

しかし、保険者は診療報酬の支弁者たる地位に安住しすぎたのではないだろうか。マルチ通制度¹⁵⁾の存在を知らずながら通知業務を停止している健保組合の話聞いたとき、憤りというよりも絶望した。個を見て全体を語る愚は避けなければならない。しかし、明らかに相互扶助の精神に立脚しているはずの健保組合をして、この有様である。保険者は、被保険者を管理する立場に立つものではない。むしろ、被保険者の利益を実現することに協力する立場に立つべきものはずである。しかし、個人の利益が全体の利益につながるとは限らない。このような場合の利害調整こそ、保険者の本来的な使命ではないだろうか。この意味で、保険者は、被保険者にとって協力者にもなるし、利害対立により敵対することもあり得ると考える。被保険者に一部負担金の過払いが認められるときは、共同して、当該医療機関を相手方に訴訟を提起することが認められるべきである反面、他方では、被保険者全体の利益を擁護するために、個別の被保険者と対立する可能性を否定できないからである。

繰り返す。医療は質が問われる時代に移行しようとしている。医療の提供の仕方が問題となる時代である。それは、一方では量を確保しつつ、他方で質の充実を求めるという状況を生み出す。したがって、医療費の削減策も二正面作戦にならざるを得ない。冗費の削減と良質の医療とは何かという基準の設定である。後者は難問である。いずれにせよ、ここで求められるのは、透明性の確保、情報の開示である。医療の量を確保しなければならない時代、医療を提供する側が優越的地位に立っていた。しかし、一定の量が確保された今日、患者の生殺与奪の権を握るとはいえ、医療提供者は、医療保険における診療報酬に経済的に依存している。医療の提供を受ける側が、医療提供者に対して交渉能力を有しはじめたと言え換えることもできる。ここに保険者の有する情報蓄積機能が着目され、保険者機能の強化が要請される背景を見いだすことができる。情報蓄積機能は、個別保険者のレベルに止まるとはいえ、現在でも十分に機能している。したがって、より客観性を付与するために保険者横断的に収集分析する体制を実現することが求められる。このように収集された情報は、医療に関する情報のすべてを網羅するとはいえなくても、冗費の発見やあるべき医療の質を検討する際の貴重なデータを提供することは確かである。” 寄らしむべし知らしむべからず” の時代とは訣別すべきである。この意味で、医療保険制度の枠組みのなかでも、” 黒子” に徹している審査支払機関の垣根を取り払い、保険者相互に情報交換を可能とすることが、医療費削減のためのひとつの出発点になるものと考えられる。

- 1) このほか職域保険に分類されるのは、船員保険制度、国家公務員、地方公務員および私学教職員のための共済組合制度がある。国保組合もまた、職域保険に分類される。
- 2) 社会保険における給付と反対給付（保険料）との関係について、従来、保険原理対扶助原理、社会原理ないし福祉原理という対立構造をどのように理解するかが論じられてきた。この点につき、西原道雄「社会保険における拠出」（『契約法体系V』（松坂佐一ほか還暦記念、有斐閣、1962）は、保険料と保険給付との等価関係を保険原理とし、公的扶助のような拠出とは関係なく一方的に給付をなす方法を扶助原理とよぶならば、社会保険には両原理が互いに対抗しあいながら混在し、後者が前者を次第に圧倒してきたものとする。これに対し、近藤文二『社会保険』（岩波書店 1963）は、給付反対給付均等の原則は貫徹されないが、社会保険であっても、収支相当の原則は確守されるとし、その意味において社会保険もまた保険技術を前提としているとする（76頁）。ここでいう給付反対給付均等の原則とは、保険加入者個人のレベルにおける保険料と、事故発生の場合に受け取るであろう保険給付が等しいことを意味する。これに対して、収支相当の原則とは保険集団内における保険料収入が給付支払総額に等しいことを意味する。最近の論考のなかでは、堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』（ミネルヴァ書房、1997）が、特にその第5章で詳細な検討を行っている。このなかで、教授は、社会保険と社会扶助に関する財源面からの比較のなかで「社会保険方式の方が収支の相当という財政の自律性の観点からコスト意識が高まる」（87頁）としつつ、「保険原理だけで制度を構築するのは適当ではなく、何らかの形で扶助原理を導入することが必要不可欠である」（97頁）とされる。
- 3) 住民基本台帳法45条は、正当な理由なく届出をしない者に対して、5千円以下の過料に処す旨を定めている。
- 4) 事実、健康保険組合に対しては、給付の補助という形で1996（平成8）年度予算の場合128億円が支給されているのに対して、政管健保に対しては、給付費として、保険給付に要する費用の1000分の164から200の範囲で、実際には13%の国庫補助金（老健拠出金分16.4%）が支出されている（健康保険法70条の3第1項2項）。また、市町村国保および国保組合には、給付費や調整交付金、事務費負担金が支給され、前者で約50%、後者で32%から52%の負担金等が支給されている（国保法70条以下）。さらに、市町村国保には、これら各種の負担金に加えて、保険基盤安定負担金が支給される場合がある。
- 5) 国保組合を設立するには、都道府県知事の認可を受けなければならない。知事は、認可の申請があったときには、関係市町村長の意見を聞き、市町村の国保事業の運営に支障がないと認めるときでなければ認可をしてはならない（国保法17条3項）とされている。このため、国保組合の新規設立は抑制する方針が取られている。これを明言するものに、厚生省保険局国民健康保険課編『国民健康保険基礎講座』平成4年版（ぎょうせい1995）133頁がある。また、国保組合の最近の動向を理解する手がかりとして、戸澤政方・有岡二郎「全国国民健康保険組合協会の仕事と役割」総合社会保障1997/11がある。
- 6) 医療保険審議会の建議書が示された以降の関係団体による医療保険制度に関する提言については、医療経済研究機構『医療保険制度改革の方向－関係団体による政策提言の比較』平成9年9月において簡

深にまとめられている。関係団体のなかで注目されるのは、平成9年8月27日に新進党が示した「新進党医療保険制度構造改革案」において、「保険医の指定取消申立権を保険者に与える」との提言である。

- 7) この制度企画部会の最終会議については、週刊社会保障2120/6以下参照。また平成12年までの保険者機能に関する議論状況を概観したものに、週刊社会保障2100号、2101号に掲載された焦点レポートがある。
- 8) これについては、95年勧告が、いわゆる不公平税制に何ら言及することなく、21世紀の社会保障制度像を示したために、制度改革の議論が矮小化されたと考える。
- 9) このような特徴が、一方では大規模病院への患者の集中という事態を招く原因ともなっている。
- 10) 世帯数が100を下回り、被保険者総数も300人を切るような市町村国保にあっては、例えば人工透析を必要とするような患者（概ね月額50ないし60万円年額600万円ほどの支出増加になるといわれる）が一人でも現れると、財政的に危機的状況になるといわれる。もしその患者が、高齢単身者であれば、子供に引き取ら25せるなど住民票の移転によって、当該国保からの離脱が勧奨される可能性は否定できない。
- 11) 池上直己「医療改革の青写真－地方分権の時代に対応して－」社会保険旬報2045/10。
- 12) 池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書は、極めて示唆に富む分析を行っている。その中で、特に診療報酬体系が政策誘導効果を持つこと、個別交渉を排除して交渉コストの削減に成功していること、中医協を中心とした交渉当事者の継続性および安定性を確保していることを積極的に評価している。これらの点について、筆者も見解を同じくするものである。
- 13) 広く情報という視点に立脚する最近の論考として、西田和弘「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」日本社会保障法学会編『社会保障法』13号(1998)183頁以下、石田道彦「第三者評価による医療の質の確保」佐賀大学経済論集30巻6号79頁以下がある。
- 14) 例えば、池上直己・池田俊也「DRG/PPS導入の条件」社会保険旬報1979号10頁以下参照。
- 15) マル通制度とは、「診療報酬の審査に関連する措置について（昭和60・5・2保文発292号）」に基づき、基金の通達である基調発58号により具体化されたものである。これは患者の負担する一部負担金の過払い額が1万円を超える場合に、過払いの発生した月と過払い額を被保険者に通知するものである。この名称は、診療報酬明細書にマル印に通の字を入れた付箋を添付することに由来する。

参考文献

1. 西原道雄 1962 「社会保険における拠出」『契約法体系V』松坂佐一ほか還暦記念、有斐閣
2. 近藤文二 1963 『社会保険』岩波書店
3. 堀勝洋 1997 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
4. 厚生省保険局国民健康保険課編 1995 『国民健康保険基礎講座』平成4年版ぎょうせい
5. 戸澤政方・有岡二郎 1997 「全国国民健康保険組合協会の仕事と役割」総合社会保障1997/11
6. 医療経済研究機構 1997 『医療保険制度改革の方向－関係団体による政策提言の比較』平成9年9月
7. 池上直己「医療改革の青写真－地方分権の時代に対応して－」社会保険旬報2045/10
8. 西田和弘 1998 「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」日本社会保障法学会編『社会保障法』13号(1998)183頁以下
9. 石田道彦 1998 「第三者評価による医療の質の確保」佐賀大学経済論集30巻6号79頁以下
10. 池上直己・池田俊也「DRG/PPS導入の条件」社会保険旬報1979号10頁以下
11. 池上直己・J.C.キャンベル 1996 『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書

第7章 保険者とそのありかたに関する基礎的考察

東京女子医科大学

滝口進

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っ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る。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