

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にしたい。

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のが、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。

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①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、②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、③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、④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だったかもしれない。

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、これが理論上成り立たない。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はいるが、本質的解決にはなっていない。

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つては大きくならない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。従つ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「税を混合した社会保険」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、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、組管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、組管掌健康保険及び共済組合保険を意識し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、本来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、それ故に我が国の医療保険制度は財は「公」で、供給は「私」であるといわれる。ところが、実際にはその運営に関して、法律や制令、多数の通知・通達のため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る。そして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考慮されている。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。

ただ、あまりに公平、平等の供給を心がけてきた結果、供給体制やサービスの基準が予め一定のレベルで細かに規定され、本当に必要な人的、設備資源が必要に応じて十分に供給される仕組みになっていない¹¹⁾。

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¹²⁾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ナリズムが強く、「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、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¹³⁾、その後の制度においても、診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¹⁴⁾、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きた。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¹⁵⁾。

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こそ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¹⁶⁾。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」という現物を給付する医療保険の場合は、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¹⁷⁾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¹⁸⁾。

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「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¹⁹⁾。

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²⁰⁾。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²¹⁾、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「保険給付ニ併せて」給付すると規定され²²⁾、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²³⁾。

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²⁴⁾、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²⁵⁾、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²⁶⁾。

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²⁷⁾。

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²⁸⁾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²⁹⁾。

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大きな意義があるが、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、科学的とはいいいかねるものも多く³⁰⁾、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³¹⁾、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しておらず、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³²⁾。

そうしてみると、現在の我が国の保険者が、建て前のうえでは「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、それでも良くして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³³⁾、医療費の増加をくい止めるための方策を模索中である³⁴⁾。

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³⁵⁾。

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。

①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³⁶⁾。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³⁷⁾。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55.91万円かかってしまう³⁸⁾。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。

②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。

③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、この研究開発は欧米の企業が中心となって、「事業」の観点から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ろう。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³⁹⁾、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、医療費の増加に少なからず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⁴⁰⁾」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「誰それは何々先生のお陰で一命をとりとめた」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⁴¹⁾、「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”のかはあまりさだかでない）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改革の必要性と政府の方針

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①患者本位の良質な医療の提供、②医療資源の効率的活用、③安定した医療保険制度の確立、があり、そのうえで①薬価基準制度の見直し⁴²⁾、②診療報酬体系の見直し、③高齢化医療制度の見直し、④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

この政府の方針は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100兆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、負担増はどうか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、

社会保障としての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」することこそが肝要である。

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医療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

3で述べた如く、我が国の医療制度改革の目的は、①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、②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いる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⁴³⁾、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」ということになろうか。

プリン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、①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、②医療の質の評価ができず、結果として、③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る。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、おそらく、多くの場合は医師と協力して被保険者の利益のために努力することが求められる。一方、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上げることで被保険者に経済的負担を強い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して位置づけることについては、いくつかの問題がある⁴⁴⁾。ひとつには保険者が必ず被保険者（ことに「患者」）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⁴⁵⁾、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⁴⁶⁾。

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⁴⁷⁾、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肢もあるが、我が国の「和」による関係者のバランスを大切に国民性のもとでは、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。

そうすると、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、①診療内容への直接介入はしない、②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、③被保険者の健康管理に積極的に関わる、④保険運用上の効率化や合理化を推進する。⑤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。と言って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も併せて必要であろう。

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も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」なのではない。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。エージェンシー理論では、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⁴⁸⁾。

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必然的に求められよう。

（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」は広辞苑によれば、「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。すなわち「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」と称して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、①審査権付与も含めたレセプト審査強化、②医療機関、患者への調査権、③医療機関の指定、個別契約、診療報酬の個別交渉、④医療及び医療機関の情報提供、⑤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かがはっきりせず、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、とりあえずは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

最終的には「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、①給付を速やかに公正におこなう、②運営が合理的で効率が良い、③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、④疾病予防（リスク回避）が有効に機能する、⑤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。①と②は、保険者の本来業務の効率性であり、③と④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のにあたり、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も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さほどの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。

(3) 保険者とその財源のありかた

保険者機能そのものではないが、保険者機能の検討にあたってはその財源のありかたも重要なテーマのひとつである。

そこで最後に保険者の財源に関して若干の考察を加えておきたい。

本稿のはじめに、我が国の医療制度は社会保険方式を採用しており、その理由として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、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、各組織に即した保健事業がおこなえることなどを挙げた。

さらに社会保険も保険である以上、保険原理は原則として適用されるが、給付・反対給付均等の原則は社会保険の性格上成り立ちにくいこと、収支均等の原則は本来は成り立つはずであるが、実際には成り立っておらず、税を大規模に投入して収支を合わせていることを指摘した。

この税の投入は社会保険における負担のレベルと格差をある程度までにとどめ、財政調整を税の部分でおこなうことで、所得移転をみかけ上ゆるやかにしている。(もし社会保険料のみで医療費をまかおうとすると、現在約 10 兆円に上る税部分を改めて保険料として上乘せすることになるうえ、負担の格差もきわだって大きくなる。ただ国全体で考えればその分税が減るわけだから、負担の絶対額になんら変わりがあるわけではない。)

しかし社会保険における収支不均等が、このように税によって安易に調整されるために、これが保険者、被保険者双方に当事者意識の欠如をまねき、結果として保険者機能を真剣

に考えることの大きな障害になっている可能性を否定できない。

であるなら思い切って現在の、税を混同する社会保険のありかたを根底から見直し、純粋に保険料のみで成立する社会保険を想定してみてもどうであろうか。

そうすることで国民は、拠出する保険料が純粋に医療の相互扶助にのみ使われ、等しくその義務を負担しているという意識が高まり、結果としてその財の用途や財をまかされる「保険者」に対する関心と関わりが著しく増大することが期待できよう。

①財源をすべて社会保険料でまかなう

国民健康保険、政府管掌健康保険、健康保険組合、共済組合、船員保険のみならず、老人保健制度や生活保護をはじめとする公費負担医療においても保険料のみによる運営とする。言い換えれば全ての国民は年齢、立場に関わりなく純粋な社会保険である各々の保険のいずれかに加入する。

保険料は全ての国民が所得及び資産に応じて負担する。保険料をどうしても払えない者に対しては、「社会保険基金」なる組織を設けて、無担保、無利息で政府が貸付を行う。基金は借入人が国民皆保険から脱退、すなわち死亡したときは債権者として残余財産から分配を受け、一部あるいは全額を回収する。また、所得が増加し支払が可能と判断されるに至った時は一部あるいは全額について返済を求める。

つまり、従来、公費負担で行われてきた高齢者あるいは低所得者に対する補助を、貸付という形で資金援助し、最終的な負担能力を限度として返済を求める仕組みである。

医療費を公費負担とされている者の中には、別途所得を有していたり、資産を持っていたりして、本来公費で支援すべきでない者も多く含まれており、負担の公平の観点から問題とされているが、保険料を貸付けることで真に支援が必要なケースのみに公費をふりむけることが可能となる。

被用者保険における雇用主負担分はこれまでの水準を基本として基金に拠出する。財に関する国の関与は管理責任に限定し、保険者の自主的工夫や努力を最大限活用する。基金における財政運営上、貸付と返済は当然にバランスしないが、この部分を国庫補助にて賄うことになる。

これにより国が責任を持つべき本来の社会保障の総額が明確となり、セーフティネットとしての国の役割もきちんと示される。

保険者間に、基本的な財政構造の差がなくなり、保険財政が被保険者から払い込まれる保険料によってのみ運営されるようになれば、被保険者は必ずしも、特定の保険者への加入を強制される必要はなく、(皆保険の強制はあるにしても)保険料と給付内容によって保険者を選別し、加入することも可能となろう。

②本試案の問題点と課題

まず、全ての国民に第一義的には保険料を課すという仕組みでは、例えば全体の医療費

支出予定額を決定し、人頭割で保険料基本金額を算出、その後適正な累進率によって支払能力に配慮しながら、応能負担と応益負担のバランスをとって保険料を決定する必要がある。この過程は既存の制度になかっただけに、累進率や応益負担のレベルなどにおいて、様々な議論が生じることは想像に難くない。

現在の負担金額を一応の水準としておいた場合、被用者保険は雇用主負担分を被用者に配分すれば従来通りの保険料が徴収可能だが、国保は公費負担部分を直接給付しなおすことはできないため、負担額が倍も異なってしまうと到底容認されない。従って保険料の設定は現行の水準を基本にはできず、場合によっては5割近い増額を余儀なくされる。(単純に計算して、現在医療費の約3分の1が公費であるから、その部分を改めて保険料に上乘せるとすれば全体として負担は5割増となる)

その際これまでの雇用主負担は「法人保険料」として保険全体の共通財源に組み入れるのが適当であろうか。そうすると国全体の医療費が増えるわけではないので、保険料負担が増えた分税は減り、結果的に全体の収支には変わりがない、と理屈では理解したとしても、国民は具体的に示される保険料の増加に、大きな抵抗を示すことは間違いない。

社会保険への純化により、被用者保険において職域の保険者を選択しないことを認めた場合、従来天引きで安定確保されていた保険料の徴収方法が問題となる。もともと国保においてはこの徴収の問題が重要な課題となっており、この際抜本的な徴収方法の構築が求められる。

たとえば、社会保険非課税口座の創設や税徴収と同様の徴収専門組織の組成、場合によっては国税徴収機関を拡張・充実したうえで徴収業務を委託するなどが考えられよう。

社会保険基金による貸付は、不動産などの資産を担保にした信託制度や民間保険の多様な活用等、その回収のための手段をきちんと構成することはもちろんであるが、そもそもこの貸付金が基本的には返済不能であり、大方は社会保障費として、国費に計上されるべき性格のものであることの是非も議論されるべきである。

社会保障財源を税にするのか保険にするのかは、本来もっと別の次元の議論であるのかもしれない。それでも本稿であえて取り上げたのは、「医療は社会保険を財源とする」ことを極端に純化することで、その担い手の保険者の機能も明確になると考えたからであり、安易な「社会保障は税で充分である」との考えに、保険者機能の観点から問題を提起したいからに他ならない。

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、上に述べた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密接に関わる問題

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はなかろうか。