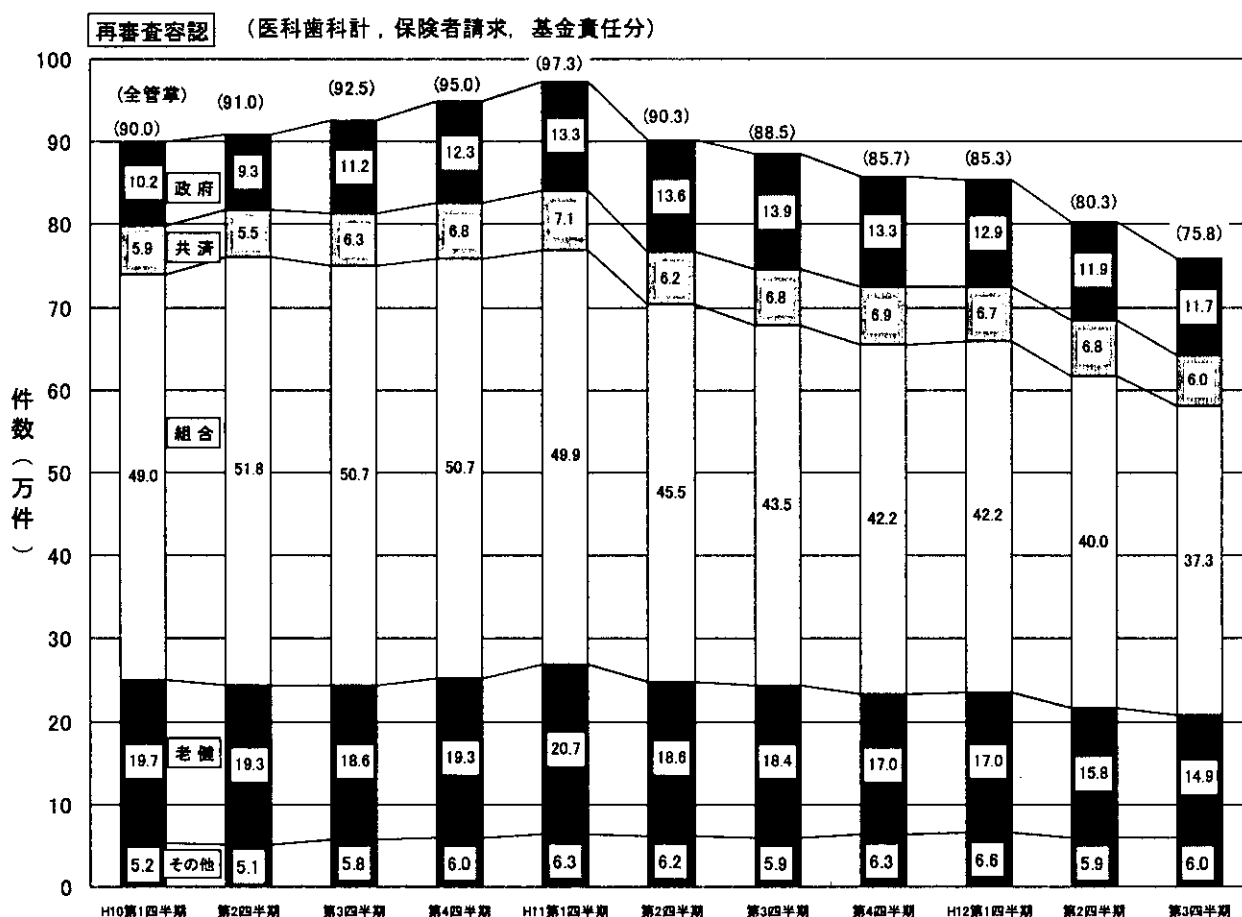


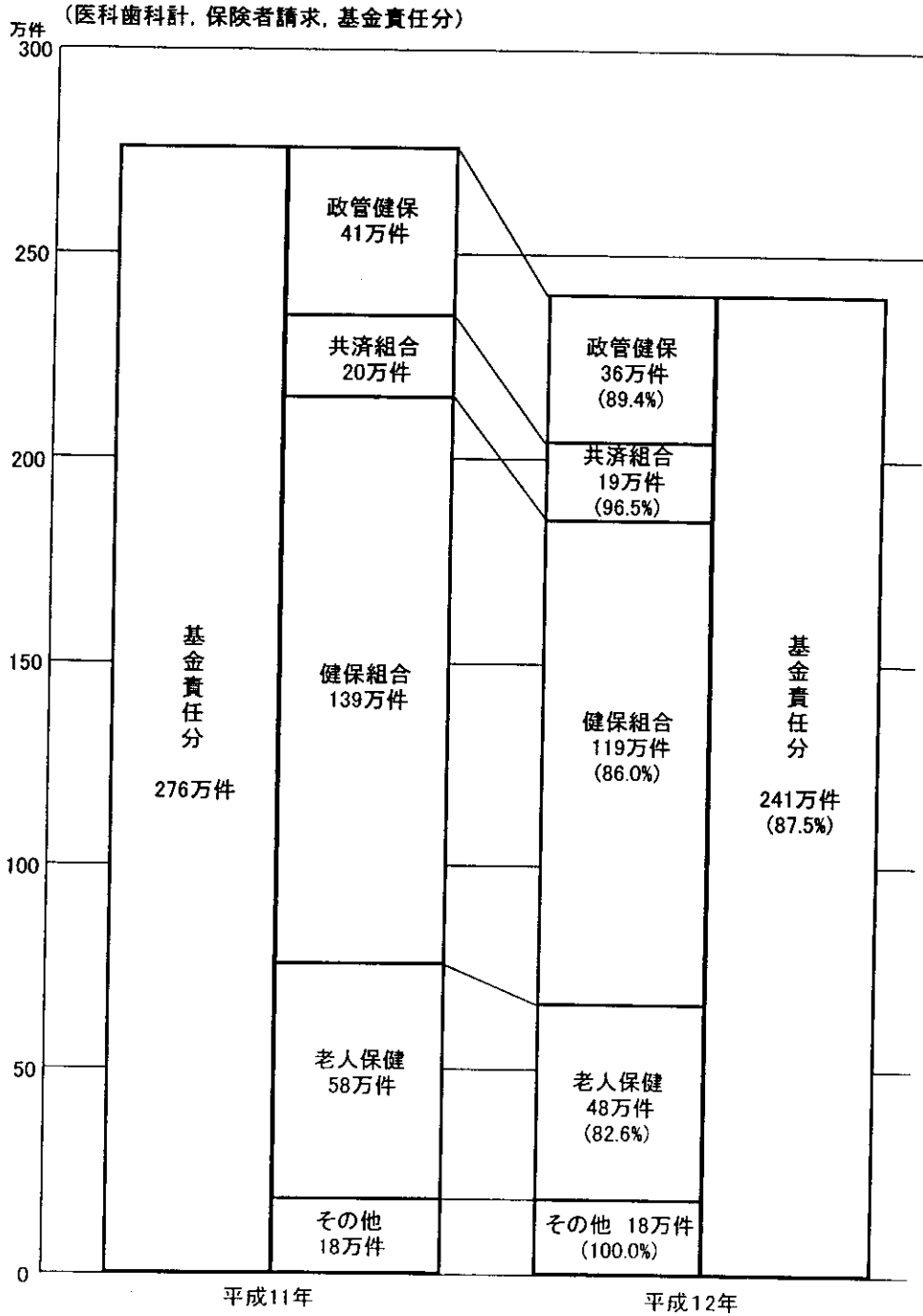
③再審査容認（基金責任分）の件数を、四半期ごとの推移で見ると、下図2のとおり、11年第1四半期をピークに全管掌とも着実に減少しており、その傾向は老人保健、健保組合で著しい。

図2 管掌別再審査容認件数の四半期推移



また、容認件数（基金責任分）を管掌別に対前年比較して見ると、下図3のとおり、直近の12年（1月～9月診療分）では、全管掌で12.5%の減、そのうち老人保健が17.4%の減少、健保組合が14.0%の減少となっており、四半期ごとの推移と同じ傾向で「再審査容認件数の半減目標」に向かって着実に推移している。

図3 管掌別容認件数の年次比較



注1 各年とも、1月～9月診療分の実績である。

注2 平成12年の()内数値は、対前年同期比(率)である。

なお、原審どおりについては、再審査請求に対する割合をみると、全管掌では、前述のとおり約42～3%であり、そのうち政管が約15%に対し、健保組合は約57%と高い割合になっている⁶⁾。

6. 業務の効率化

(1) 職員定数の据置き等

近年取扱件数の増や医療の高度化等によって、審査業務が複雑化、困難化しているが、そのような中においても特別会計分を除き、職員定数の据置きを図り、業務処理の効率化等を積極的に進めている⁷⁾。

①基金における業務量の要因であるレセプトの取扱件数は、昭和40年度を100とすると平成11年度では294であるが、職員は平成6年度以降増員を行わず、150にとどまっている。

②また、職員の増員を可能な限り抑制し、迅速適正な請求・支払業務を行うとともに、社会的な要請である審査の充実に寄与するため、審査業務に労働力を振り向けてきた。

③11年7月から、審査業務に重点を置いた組織体制の整備を図り、専ら審査業務に従事する審査専従課を設置し、OCR処理システムの導入による要員効果として職員523名を配置して、審査の充実に寄与させている。

なお、基金の診療報酬の審査支払に係る事務費用は、すべて保険者からの手数料によって賄われている。

近時、基金を始めとする特殊法人に対して、その事業活動の国民への説明責務を果たすべきことやその透明性を高めるべきとの指摘がなされている。

このような状況を踏まえ基金は、政府の特殊法人情報公開法の制定に先駆けて、進んで国民への説明責務を果たし、透明性を高める取組みを行うことが重要であると考え、平成12年度決算から監査法人による監査を実施することを検討している。

(2) 業務の機械化の経緯

①基金における計算業務の機械処理は、昭和42年10月から委託計算センターと比較的近距离に位置する19支部を対象に、順次、導入した「OCR方式」にはじまり、その後、昭和51年11月からの請求事務の一本化を契機に、委託計算センターと遠距離に位置する28支部について、通信回線を利用した「KTD方式」による機械処理を導入した。

②以降、機械処理対象業務の拡大を順次行うとともに、システムの老朽化、データ量の増加への対応、情報処理技術の発展に伴い、「OCR方式」は「FD方式」に、「KTD方式」は「FDP方式」にシステム変更を行い、効率的な業務処理に努めてきた。

③しかしながら、レセプトの保険者別振分けは手作業処理であり、計算業務の機械化のみでは効率化に限界があることから、平成6年から11年までに、全支部へレセプトOCR処理システムを導入し、レセプトの保険者別振分け業務についても、機械化による合理化・効率化を図ってきた。

④現在は、平成10年の国の補助による医療事務電算処理推進事業を活用し、「クライアント・サーバ方式」のシステムを導入し、このシステムの下で、レセプト電算処理システムを含めた業務全般にわたる電算処理化を進めている。

(3) レセプト電算処理システムの普及・拡大について

①普及拡大

IT時代への基金の対応にとって、レセプト電算処理システムの推進は、その基盤となる取組みと位置付けられており、前述の(2)~④のとおり、国の補助を受けて平成11年度より、全国の支払基金支部においてどの医療機関から磁気レセプトが提出されても、この処理を可能とする受入体制を整備した。

今後は、調剤、歯科レセプトに係る電算処理化を進めるとともに、画面による審査及び保険者への磁気レセプトによる請求を可能とすることにより、磁気媒体による医療機関等から保険者までの一貫したシステムの実現を目指すこととしている。

レセプト電算処理システムの普及については、平成13年度末までには、新たな支部として、北海道・青森県の他20支部で参加が見込まれ、医療機関としては、社会保険病院をはじめ52医療機関が参加予定であるとの情報を得ており、累計では支部として34、医療機関として317となる見込みである⁸⁾。

この間のソフト面の対応として、医療機関から提出される磁気媒体に、大容量のデータの記録が可能なMO（光磁気ディスク）を追加するとともに、記録の方法を効率的にし、多くのデータが記録できるCSV方式を採用するなど、比較的規模の大きな医療機関等が参加しやすくなるよう、環境面を整えてきた。

これまでの状況を見ると、機器の更新時期に参加される医療機関が多いと考えられるが、ITの普及とともに、関心が高まりつつあると思われ、今が、普及促進を図る重要な時期にさしかかっていると考えている。

②画面審査による審査事務共助

パソコン画面による審査事務共助については、平成12年11月審査分から審査事務共助のための参考情報の活用機能も付加し実施されているが、次の段階の取組みとしては、審査事務共助の参考情報として、医科診療報酬Q&Aの平成12年度版や算定ルールに係る審査事務共助事例集の拡充を図ることを考えている。

また、今後審査委員が行うパソコン画面による審査については、審査委員会等の意見を十分聴取の上、14年度中の実施に向けてプログラム開発等の検討を進めることとしている。

③システムの拡充

昨年6月、厚生省主催の「レセプト電算処理システム推進検討会」において、調剤システムの実施スケジュール、また、歯科システムと保険者への磁気媒体による請求システムの開発の方向が示された。

まず、調剤システムは、平成13年7月から東京都の一部保険薬局が先行稼働することが決定され、また、歯科システムについては、調剤システムの稼働後、システム開発に向けて検討に入り、平成15年度の実施を目指すとされた。

さらに、保険者への磁気媒体での請求については、厚生労働省保険課、社会保険庁等の間で協議が行われ、技術的・法的問題点の整理がされてきたが、医科に続いて調剤システムの実施の目途が立ったことから、保険者側システムの整備等、その実施に向けて関係者による調整を要する問題を検討する段階に入っている。

今後の検討に当たっては、IT化による電子請求の実施も視野において、進めることとしている。

④レセプト電算処理システムの構築等による効率化

当面のレセプト電算処理システム導入による効率化は、次のとおりである⁹⁾。

(ア) 自動チェックによる事務点検の効率化

磁気データで受付けたレセプトに対して、点数及び計算誤りなどの自動チェック

(イ) パソコンの画面上による審査事務共助の効率化

あらかじめ設定した点検条件に基づくチェック及び医薬品情報等の審査参考情報を活用した疑義付せん貼付等

(ウ) 計数整理と請求支払事務

審査委員会終了後、パソコン入力による画面上での自動計算による計数整理の効率化と保険者への診療報酬請求事務と保険医療機関への診療報酬支払事務の効率化

(エ) 請求先の保険者別レセプト分類作業の軽減

これらの業務の効率化は、当面は、業務処理が輻輳することとなるが、今後、レセプト電算処理システムの段階に応じて拡大していくものである。

なお、現在、レセプト電算処理システムについては、医療機関と審査支払機関の間でのシステムにとどまっているが、今後、本システムの目的である医療機関、審査支払機関及び保険者を通じた磁気媒体による一貫したシステムを構築されれば、業務の軽減、事務処理の効率化、迅速化がなお一層図られ、事務経費のコストダウンにもつながるものと考えている¹⁰⁾。

⑤ ITの活用による業務効率化等について

今日、各種経済社会システムの効率化やペーパーレス化等を加速的に推進させる手法として、いわゆるITの活用が注目されている。

支払基金は、これまでも、情報技術を活用し、レセプト電算処理システムの導入や各種業務処理のコンピュータシステムの開発等を行ってきたが、今後の情報技術の飛躍的な進歩によって、一層の支払基金の業務処理の効率化が可能となるものとする。

また、今日、ITの普及活用は、従来の単なる業務処理の効率化に止まらず、審査の在り方、組織の在り方、さらには診療報酬の請求支払業務をも変え得る可能性を秘めている。

IT革命といわれる環境の変化の中、今後の情報技術の進歩が、支払基金の審査支払業務の効率化にどのように活用できるか、その可能性や業務の今後の在り方等について、引き続き研究を深めている。

⑥ イン트라ネットの推進について

(a) 支払基金イン트라ネットについては、IT時代にふさわしい業務処理を目的に、医療事務電算システムの有効活用の一環として、本・支部間のネットワーク化を図り、ペーパーレス化・情報の共有化・伝達の迅速化を目指し、平成12年7月から段階的に実施している。

現在、第2段階として平成13年1月から、支部クライアントの増設及び機能の拡充を図るとともに、事業状況報告書に係るワークフローを試行的に実施している。

(b) 第3段階については、平成13年6月以降、さらにクライアントの増設を行うとともに、発信文書の電子化、稟議決裁等ワークフロー対象業務の拡大を図り、本格的なペーパーレス化に向けシステムの拡充を図る予定である。

7. 情報開示について

保険者等からの情報開示の要望に対し、次のとおり対応している。

(1) 基金業務に係るコスト等の情報開示に関しては、基金法に基づき、その財務諸表等を官報に公示するとともに、本部及び支部において閲覧に供している。

今後は、第三者たる監査法人による監査の実施を検討している。

(2) 審査内容等の開示については、四半期ごとの審査状況を原審査・再審査ごとに取りまとめ、各管掌別及び支部別等詳細にわたって公開しており、具体的には、理事会に報告するとともに、広報誌、年報のほか、ホームページにおいても公開している。

(3) また、再審査の結果についても、「再審査等情報・事例活用システム」で得られたデータを基に、各事例ごとに各保険者に提供している。

(4) さらに、基金においてOCR処理により読み取ったレセプト情報についても、各保険者等の要請に応え、データ提供を行っている¹¹⁾。

(5) 本年8月には、増減点連絡書作成・活用システムが稼動することから、同システムから得られる原審査のデータについても、取りまとめの上提供することについて検討している。

(6) なお、重点審査対象医療機関に係る個別のリスト等の情報については、個人又は法人のプライバシーの保護との関係、業務運営上の問題等があり、関係者の意見を踏まえ、慎重に検討する必要がある。

8. 新規事業の展望について

(1) 今後の支払基金を取り巻く状況の変化としては、平成14年度における医療保険制度の抜本改革、診療報酬体系の見直し（包括化やDRGの検討等）、また審査、請求支払等業務へのITの活用、被保険者証のIC等カード化、更に保険者機能の強化、特殊法人の情報公開、特殊法人の経営形態の見直しを含めた改革等、制度改革、技術進歩等に係る動きが予想されるところである。

(2) 支払基金としては、こうした諸状況の変化に対応し、特に IT 革命の進行を見据え、今後、業務処理全般を通じ、思い切った見直しを行い、一層の機械化、効率化、省力化を進めることとしている。

また、一方でこれらの状況の変化により、保険者、医療機関等において新たなニーズが発生し、これらに応じて基金として、新たな業務実施を積極的に検討すべきものとする。

(3) 支払基金は、これまで我が国の医療保険制度において、診療報酬の審査支払に係る高い専門知識・技能とともに、医療情報統計処理のシステムを整備してきたところであり、今後とも、それらを有効に活用し、医療保険における情報提供機能を備えた審査専門家集団として、保険者機能の充実ひいては我が国の医療保険制度の発展に貢献していくべきであると考えている。

(4) 今後における新たな業務展開としては、例えば、

① 審査支払に係る専門性の活用

- ・ 保険者からの業務の受託（縦覧点検、資格確認等）
- ・ 市町村国保からの業務受託

② 医療情報の活用

- ・ 診療報酬の審査支払等に係る情報を活用した情報提供事業（レセプト OCR データ、レセプト情報の分析・提供等）
- ・ 診療報酬の審査支払等を含めた医療保険制度に係る調査研究事業
- ・ 上記に係る出版、講演会、シンポジウムの開催等に係る事業

③ 包括化、DRG等に係る診療報酬の改革に伴う新たなニーズへの対応

- ・ 医療の質の評価のための事業

等が考えられ、いずれも保険者機能の充実に資するものであり、医療制度改革、特殊法人改革の動向を踏まえながら、業務への IT の活用のあり方の研究を進め、これらの業務等の拡大について検討を進めている。

補論1：社会保険診療報酬支払基金の組織等

1 組織等

(1) 本部（東京都）

理事会	17人	保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表	各4人
		公益代表	5人
監事	4人	保険者代表等	各1人
特別審査委員会	45人	診療担当者代表、保険者代表、学識経験者	各15人

(2) 支部（都道府県所在地）

幹事会	8人	保険者代表等	各2人
審査委員会	39人～312人	診療担当者代表、保険者代表、 学識経験者	各々同数で構成

(3) 職員数

役職員数	約6,500人
審査委員数	約4,500人

2 業務内容

(1) 医療保険及び公費負担医療等の審査支払業務（健康保険法等）

- ・ 保険医療機関等から提出のあった診療報酬請求書等の審査及び支払

(2) 老人保健関係業務（老人保健法）

- ・ 保険者からの医療費拠出金の徴収及び市町村への交付金の交付等

(3) 退職者医療関係業務（国民健康保険法）

- ・ 保険者からの療養給付費拠出金の徴収及び市町村への交付金の交付

(4) 介護保険関係業務（介護保険法）

- ・ 医療保険者からの介護給付費納付金の徴収及び市町村への交付金の交付

3 事業規模（平成11年度）

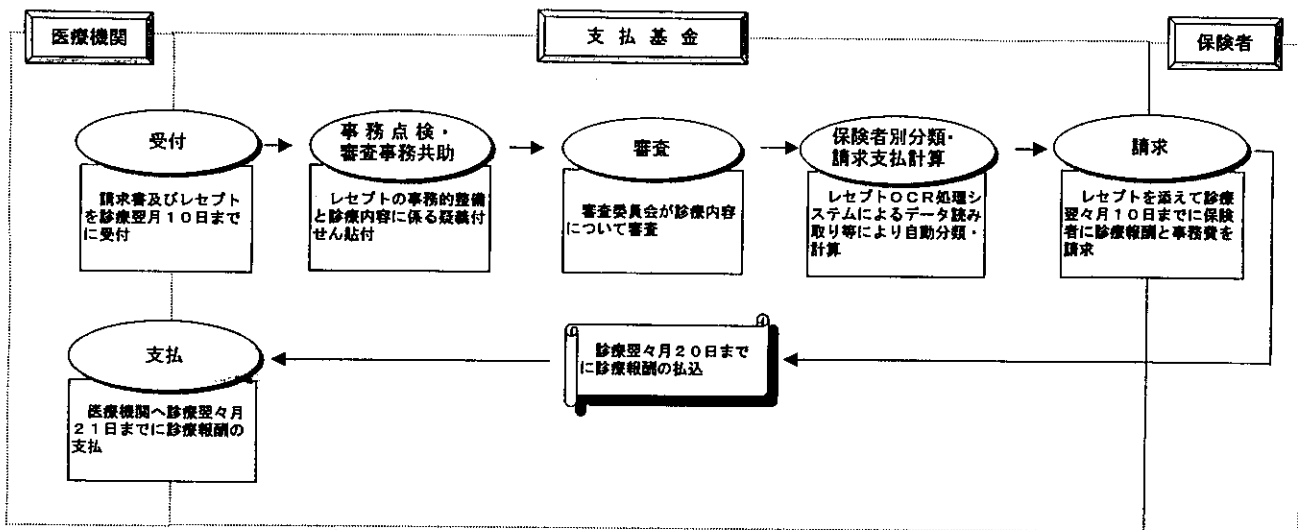
（1）診療報酬関係

- ① 取扱医療機関等数 200,776
- ② 保険者数（取扱窓口数） 12,495
- ③ 取扱件数 7億5,052万件
- ④ 支払金額 11兆1,574億円

（2）拠出金関係

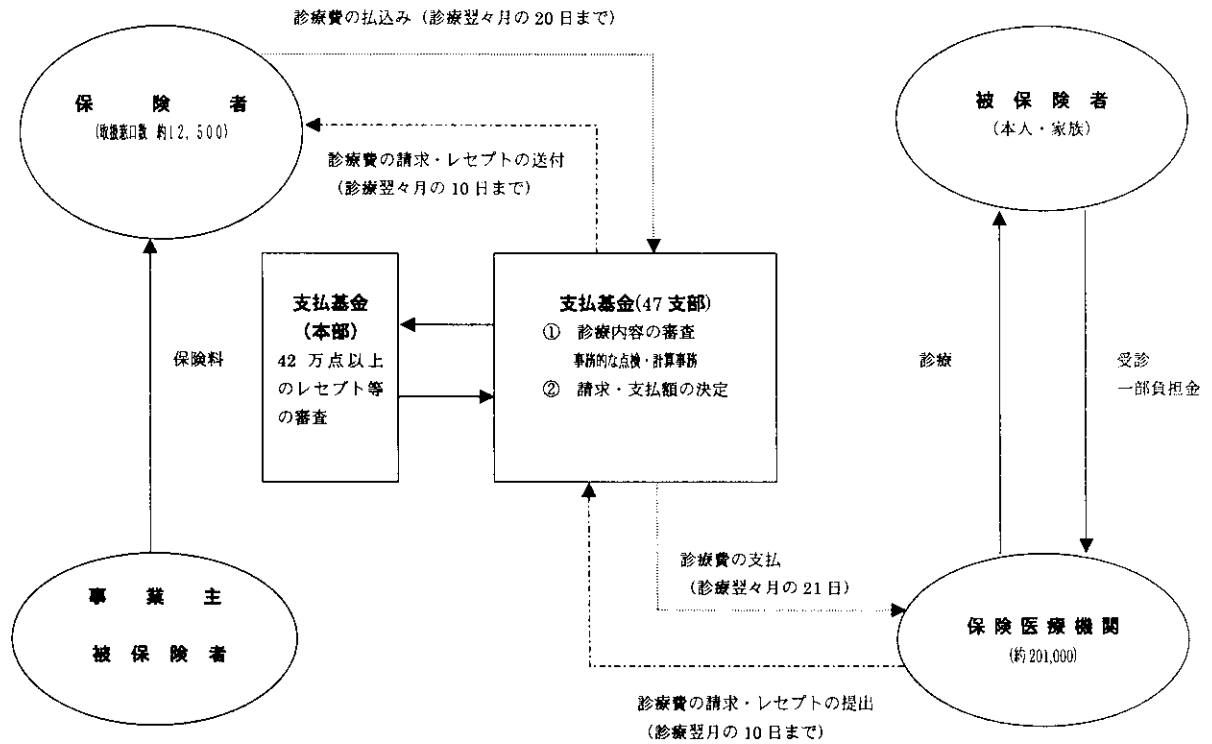
8兆6,945億円（老人保健分7兆6,242億円 退職者医療分1兆703億円）

補論2：支払基金の審査・支払業務の流れ

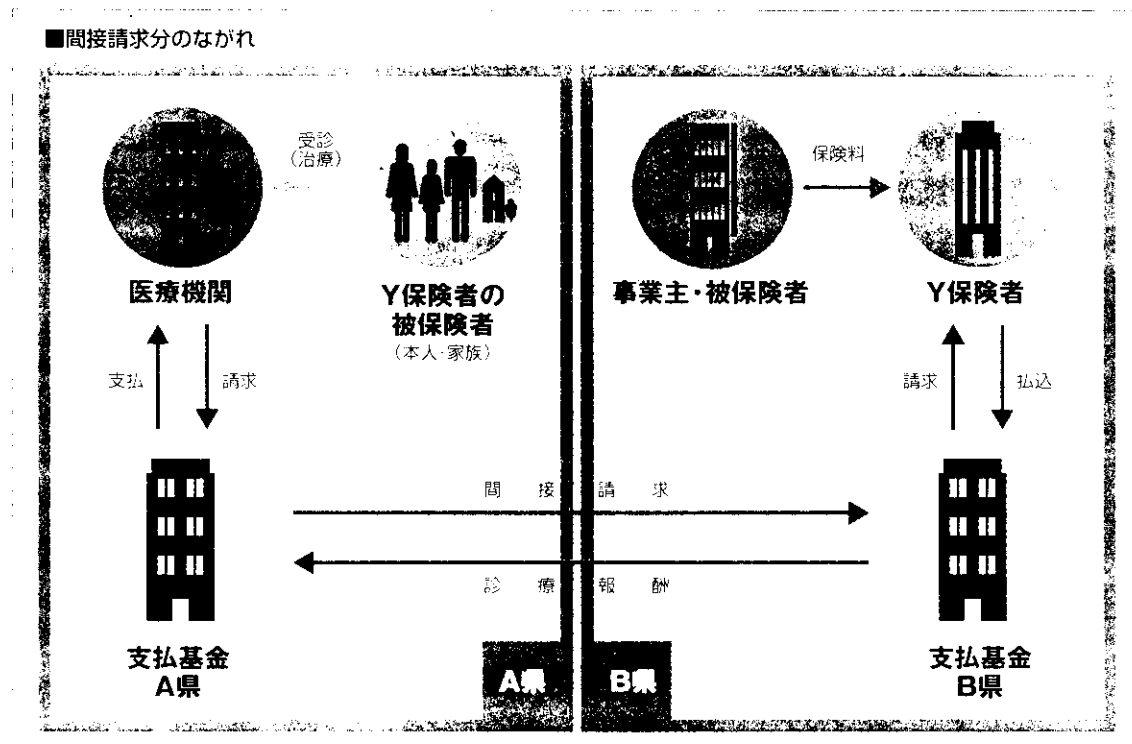


補論 3 : 保険診療の仕組みと診療費・レセプトの流れ

保険診療の仕組みと診療費・レセプトの流れ



間接請求分の流れ (被保険者が保険者が所在する県以外の県で受診)



A	12年7月診療分における取扱件数	約 6,400 万件	(参考)	東京支部	A約 680 万件	大阪支部	A約 440 万件
B	うち、依頼分として処理する件数	約 2,000 万件 (31%)			B約 1,110 万件		B約 280 万件

補論 4：ドイツでの保険者と医療機関の間での直接（審査）支払に伴う協議について

- 1 ドイツにおいては、保険者の審査に対する不服に関しては、病院側を代表する委員と保険者側が協議して処理することとされている。
- 2 ドイツ全体の状況については詳しく承知していないが、例えば、ハノーバー医科大学病院の場合では、昨年8月時点で、再審査案件は数千件となるが、これまでの累積として26例が係争中であるとのことである。
- 3 また、ハノーバーブルト小児病院の場合、再審査1,200件中10件程度係争中と聞いている。

補論 5：資格関係誤りレセプト発生防止対策

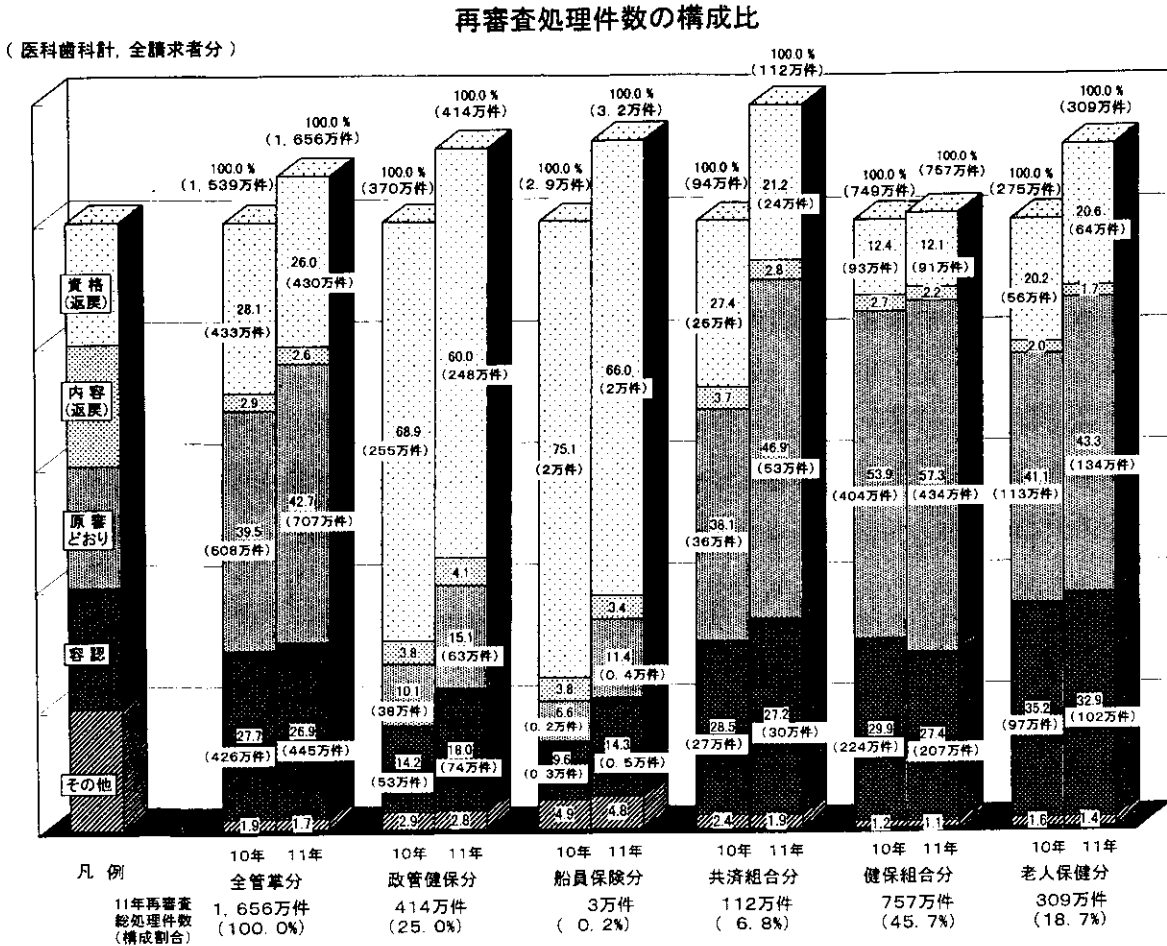
- 1 資格関係誤りレセプトの発生件数は依然増加。
11年度は、565万枚（請求レセプト1,000枚につき7枚強）
996億円（保険者と医療機関の間を往来）
- 2 支払基金の対応だけでは限界、行政機関、診療担当者団体、保険者団体の関係者全体の協力が不可欠。
- 3 12年8月「資格関係誤りレセプト発生防止対策要綱」を策定。
 - 将来に向けた取組み
健康保険証のカード化等システムの的に防止できる仕組みを提案し、その実現への働きかけ
 - 当面の取組み
理事会、幹事会に定期的に発生状況を報告し、関係者と防止対策の実施に関する協議を継続的に行う。

○ 広報活動

毎年11月のキャンペーン活動のほか、毎年2月、8月を全国一斉の「発生防止月間」として、資格関係誤りの多い医療機関との面接懇談、資格喪失後の被保険者証の早期回収や被保険者等への受診教育について保険者へ依頼。

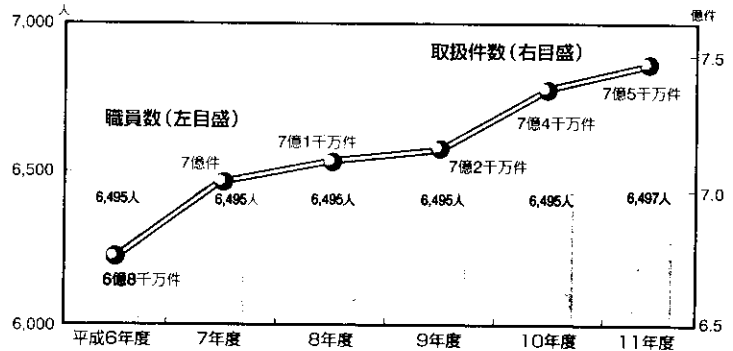
○ 各支部において削減目標を掲げ、3か年計画で取り組む。

補論6：再審査処理件数の構成比



補論 7 : 職員定数の動向

取扱件数は、平成 6 年度の 6 億 8,000 万件から平成 11 年度の 7 億 5,000 万件と 10.3% 増えたが、職員数の増は、特別会計の 2 名増のみである。



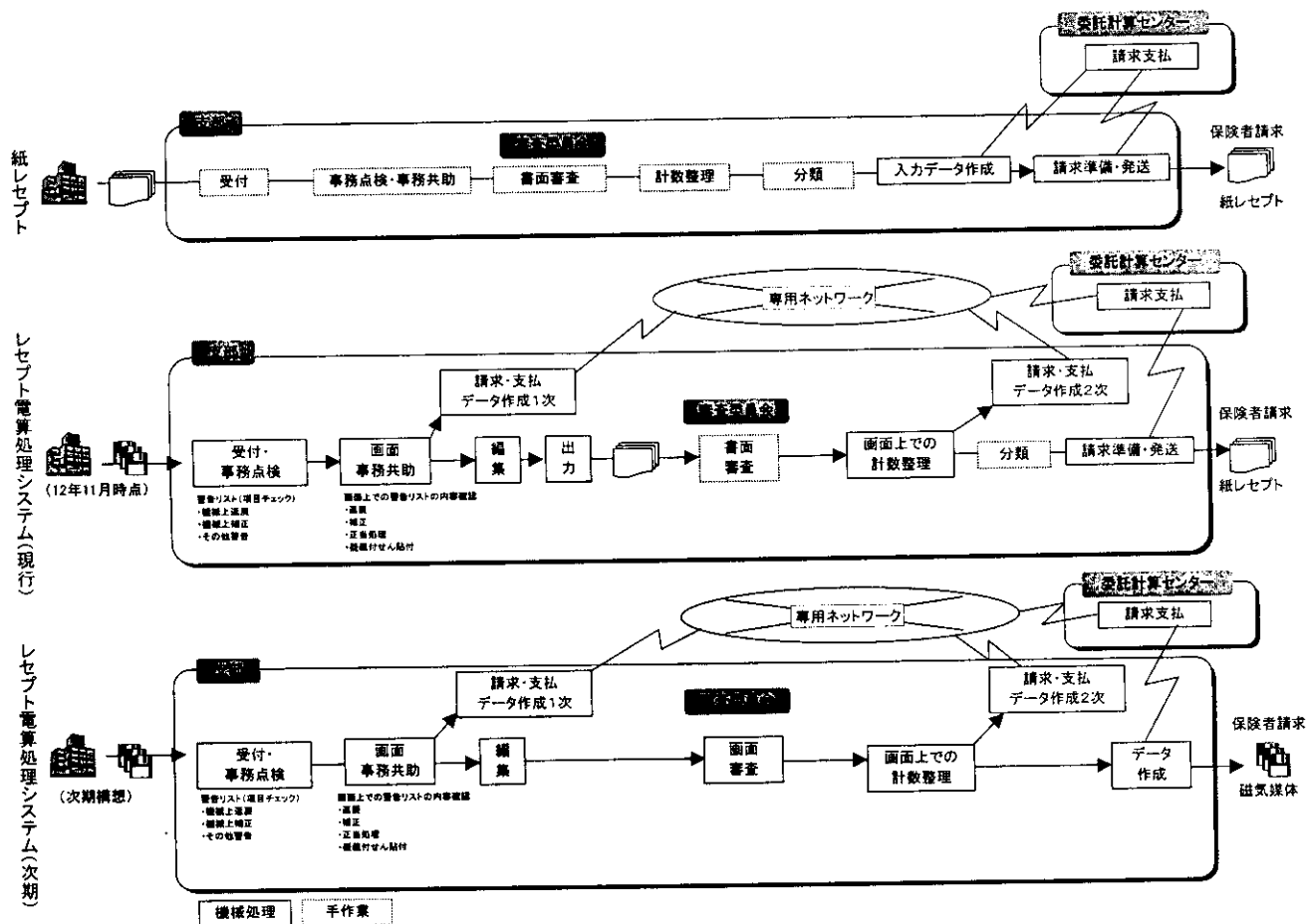
補論 8 : レセプト電算処理医科システムへの参加状況

請求月 支部名	11年4月		13年1月		13年度末見込	
	医数	件数	医数	件数	医数	件数
千葉県	28	11,279	(1) 31	(10,068) 20,850	(1) 32	(10,100) 21,000
東京都	(1) 4	(3,858) 4,895	(2) 8	(13,548) 18,411	(3) 12	(15,000) 20,000
神奈川県	/	/	12	8,680	(3) 17	(11,200) 22,000
新潟県	/	/	1	466	3	3,600
福井県	/	/	(1) 1	(4,013) 4,013	(1) 1	(4,013) 4,013
岐阜県	/	/	1	471	1	471
愛知県	/	/	2	980	4	2,500
兵庫県	(11) 171	(10,404) 96,343	(12) 195	(10,192) 99,195	(12) 195	(10,192) 99,195
岡山県	/	/	6	3,996	6	3,996
広島県	2	1,242	2	1,315	(2) 4	(7,000) 8,500
北海道他 23支部	/	/	/	/	(28) 42	(104,495) 125,725
合計	(12) 205	(14,262) 113,759	(16) 259	(37,821) 158,377	(50) 317	(162,000) 311,000

(注) 1 () 内の数値は、病院分の再掲。
 2 北海道他 23 支部の内訳は、青森県、宮城県、秋田県、栃木県、群馬県、埼玉県、富山県、山梨県、静岡県、三重県、大阪府、奈良県、鳥取県、島根県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県及び大分県。

参考 ・ 千葉県の病院は、社会保険船橋中央病院 (平成 11 年 5 月より参加)
 ・ 東京都の病院は、国立大蔵病院 (平成 10 年 9 月より参加)
 東京厚生年金病院 (平成 12 年 11 月より参加)
 ・ 福井県の病院は、福井社会保険病院 (平成 12 年 2 月より参加)
 上記は、いずれも旧総合病院である。

補論9：レセプト電算処理システムによる事務の流れ



補論10：レセプトOCR処理データの磁気媒体提供

保険者事務の軽減策として、11年4月から保険者団体の要望に沿って、支払基金がレセプトOCR処理システムで読み取ったOCRデータ（医療機関コード、受給者番号、請求点数、薬剤一部負担金、診療実日数等）を、保険者が資格確認、保健事業等に活用できるように、磁気媒体（FD、MT、CD-ROM）で提供。

- 提供時期 診療翌々月の10日又は12日
- 提供保険者数等 35県 109保険者 97万2,000件

-
- 1) 補論 1 参照
 - 2) 補論 2 参照
 - 3) 補論 3 参照
 - 4) 補論 4 参照
 - 5) 補論 5 参照
 - 6) 補論 6 参照
 - 7) 補論 7 参照
 - 8) 補論 8 参照
 - 9) 補論 9 参照
 - 10) ドイツでは、国内で最も電子化が進んでいる保険者のKKH（商人代替疾病金庫）において約 2,500 の契約病院のうち、約 100 の病院とオンラインでやりとりしている。
また、ニーダーザクセン州の保険医協会では、約 80% が磁気媒体（フロッピー）で請求されている。
 - 11) 補論 10 参照

第10章 健康保険組合の視点からの保険者機能強化論

新日本製鐵健康保険組合 理事長代理
対馬 忠明

〔はじめに〕

ここ数年来、保険者機能をめぐる環境は大きな変化を遂げようとしている¹⁾。とりわけ1997年8月29日付け与党医療保険制度改革協議会「二十一世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針」（以下「与党協案」という。）において「保険者機能の強化」が改革の主要項目の一つとして掲げられたことを転機として、政府関係審議会、各種団体、多くの有識者等において論ぜられるようになった。

「保険者機能論」は、論者の事実認識、問題意識、政策的意図等によって、多様な視点・切り口が考えられるが、ここでは、健康保険組合（以下「健保組合」という。）の運営に日々携わっている立場からの視点・切り口で捉えてみたい。保険者機能との関わりにおいて、足元から見つめ直し、何ができ、何ができないのか、何が変わり、何が変わらないのか。できない、変わらないのは何故か、できる、変わるための条件は何か。

将来の姿は遠景に置きつつも、まずは現時点の等身大の姿をしっかりと見据え、そこから出発する、かような視点で考えてみたい。

1. 今、何故「保険者機能論」なのか

医療保険の当事者をなす、患者（被保険者）、医療提供側、保険者の三者のうち、患者（被保険者）と医療提供側については、従来から多数の著書、論文があるが、第三番目の保険者に焦点をあて、保険者自身もしくは保険者と医療提供側、患者（被保険者）との関わりにおける「機能」を論ぜられることは数年前までは殆ど皆無であったといつてよい。保険者は、法令に基づき保険料の徴収と医療給付を主体とした事業を適正に行うことが責務であり、それ以上でも以下でもない。なすべき範囲が定まっており、あえて「保険者機能」というほどのこともない、こういったところではなかったかと思われる。

ところが、ここ数年、保険者を取り巻く状況は大きく変わってきた。その転機となり、象徴的な意味あいを持ったのが、先に述べた「与党協案」であった。「与党協案」は、「保険者機能の強化」に一項を割き、次のとおり述べている。「保険者は、被保険者の立場に立ってその機能を強化し、制度運営の安定化のため、レセプト審査などの充実を図る。また、

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を目指す」。百家争鳴の観がある現時点の「保険者機能論」から見れば、記述されている内容自体は、レセプト審査の充実など限定されたものであり、いささか素朴にすぎるくらいがあるが、当時の政権与党が公的な立場で「保険者機能の強化」を明言したことこそが重要なのである。

それでは、「今、何故」「保険者機能」が脚光を浴びてきたのであろうか。その理由や背景として、四点ほど挙げられると思う。

一点目は、よく言われる医療の世界における「情報の非対称性」の問題である。

医師と患者の関係において、情報の質と量は医師の側に圧倒的に多く、患者はとても太刀打ちできるものではない。かつては、それでも特に問題が生じなかった。総じて「おまかせ医療」「パターンリズム」の時代であった。

これだけ医療情報、健康情報が溢れる現代となっても、「治療する側」と「治療される側」という互換性のない、絶対的な位置関係は変わらない。「消費者主権」という時代の潮流を背景に、患者は、良き医師を、良質な医療を、できるだけお金をかけずに、と求めることは当然のことであろう。しかし、医療機関からの情報提供がそもそも少ない我が国において、患者個々人がその情報を取捨選択し、目的に沿った解を得ることは至難の技である。かと言って、諦めて放擲するには、昨今の医療事故の多発を例にとるまでもなく、あまりに危険が大きく不安が残る。

ここにおいて、患者の立場に立ち、患者の代理人（エージェント）としての保険者が期待されてくる。

二点目は、規制緩和の流れにおいて、保険者の位置づけ・機能が改めて見直されたことである。

戦後の復興から始まる半世紀にも亘る長期間、官による指導と民による官頼みの二人三脚は、「よらしむべし、知らしむべからず方式」、「護送船団方式」と揶揄されながらも、経済成長などの成果をあげ、比較的うまく機能してきた。

近年バブル経済とその崩壊に象徴されるように、官主導システムは制度疲労・金属疲労に陥っている。医療保険においても、「適法性、社会的公正の確保」を錦の御旗に、「箸の上げ下ろしまで」といわれた細部に亘る一律的規制が行われてきた。

政府の行政改革委員会、規制緩和委員会等の提言等を契機に、行政の指導もここ数年変わってきた。保険者の自主性に委ねられる範囲のものは、委ねるべきとの姿勢・方針をとりつつある。

制度の大きな枠組みが変わらない中では、自ずから一定の限界はあるものの、自主的管理運営が可能な健保組合（組合方式）に期待される役割は重い。このあたりは、後に、もう少し詳細に眺めたい。

三点目は、健保財政の窮乏化である。

かつて1960年代から70年代にかけて、国鉄、米、健保の頭文字をとって、財政赤字の3Kと言われたが、そこでの赤字は国家財政の赤字であり「健保」の赤字も政府管掌健康保険組合（以下「政管健保」という。）が主体であった。

既に十年近くにも及ぶ現在の健保財政の赤字は、政管健保、健保組合、国民健康保険（以下「国保」という。）を問わず、全ての保険者に係わるものであり、経済の急成長という「打出の小槌」もない。低迷する社会経済情勢は保険料を上げる環境にはなく、さりとて給付を下げる（患者負担を上げる）のもまた難しい。

医療費を抑える手立てはないか、無駄な医療費があるのではないか、という文脈での保険者への関心・期待である。裏返しの議論として、5千有余に分立していて、権限も殆どなく、窮乏した財政に四苦八苦している、このような保険者に本当に医療費抑制などの機能発揮が期待できるのかという見方・意見も当然ある。こうした論点についても後ほど多少しく触れて見たい。

四点目は、社会保障、医療制度改革が国家的課題・論点となる中で、欧米等諸外国の医療制度・事情が関係者の努力によって、次第に詳らかになってきたことである。

イギリス・北欧における社会保障方式、ドイツ・フランス等における社会保険方式、アメリカにおける私的保険方式（一部メデイケア等の社会保険方式）等、各国によって医療制度は異なるものの、医療の質の確保と医療の効率化、なにかんづく財政の安定化を如何に両立させていくかということに関しては、いずれの国においても大変な苦勞、懸命な努力を重ねている。その色合いは異にするものの、制度改革という面からすれば、改革一色に染めあげられていると言っても過言ではないほどである。

その中で、わが国の医療制度に比較的近い、ドイツ・フランス等の保険者やアメリカのメデイケアにおける保険者は、どのような位置づけとなっているのだろうか。総じて言えば、サービス提供側の医師・医療機関に対し、「お金の支払者」として対峙し、評価し、交渉し、選択と契約まで行っているのではないか。そのことにより、良質の医療と効率性を追求していく。どう見てもわが国の保険者とは隔絶した力を持っている。

もとより、各国の医療制度は、各々の歴史、風土、法制度の中で多面的・重層的に培われ、成り立っている。個別制度・機能を取り出して議論するには、注意すべきことは論をまたない。その点を踏まえたとしても、各国の「智恵と工夫」をつぶさにながめ、何らかの形でトランスファーなりインプリケーションできないか、という主張が強くなされることとなったのは、わが国の医療制度のおかれている厳しい状況を顧みれば、けだし当然のことと思われる。

2. 保険者として何ができ、何ができないのか、

保険者機能を論ずるには、まず、今、保険者として何ができ、何ができないのか、できない原因は何か、足元で変化はないのか、などの事実認識がベースになる。いくつかの項目に分けて、改めて整理してみたい。

1) 医療保険制度と保険者の位置づけ・枠組み・機能

① 保険者の分立と輻輳

わが国の公的医療保険制度においては、国民皆保険の中で、政管、健保組合、共済組合、国保（市町村、国保組合）等、様々の保険に分かれており、各々、保険者、被保険者集団、保険料の徴収、給付、公費負担等を異にしている²⁾。

これらは、歴史的経緯の中で形づくられてきたものであるが、それだけに、現時点から見れば、被保険者集団の同質性ひとつとっても、整合性に欠けるところが少なくない。例えば、何故に、大手土木建築企業（ゼネコン）の従業員（被用者）が国保組合に所属し、国保の名の下に3千億円規模の巨額の公費（給付費の5割弱）が投入されるのか、何故に、市町村職員が、ある市では健保組合に所属し（都市健保）、他の市では共済組合に所属しているのか。また、長いこと勤め被用者保険に所属していた人が、職業生活引退とともに国保に加入する一方、長年に亘り自営業を営み国保に所属していた人が、年金が少ないなどで被用者保険の被扶養者となる（「たすきがけ」現象）。保険の一貫性とリわけ生活習慣病時代における医療・保健の一貫性、本人の意識、集団の同質性等から大きな疑問が残るところである。

更に問題を複雑にしているのが、あたかも本籍と現住所に照応するように、国保に所属（本籍）しつつも、給付においては、老人保健制度（以下「老健制度」という。）の枠組み（現住所）のもと、老人保健拠出金（以下「老健拠出金」という。）や公費に支えられ手厚いものとなっていたり、退職者医療制度の枠組み（現住所）のもと、被用者保険同様の給付を、被用者保険の負担（退職者給付拠出金；以下「退職者拠出金」という。）で賄われていることである。

また、国民皆保険となった時点で、既に役割を終えたはずの任意継続制度や継続給付（療養）制度が、盲腸の如く未だに残存して複雑に絡んでくる。

縦系、横系、斜め系が複雑に絡みあって織りなされ、あたかも高級な織物や精巧なモザイクを思わせる、制度の建て方であるが、極めて錯綜しており、とても整合性ある体系とは思われない。

保険者機能が十分に発揮できない要因として、ややもすると、保険者数が5千有余と多すぎることが強調されがちであるが、数の問題のみならず、かような、複雑かつ錯綜した