

体系こそが、その阻害要因の筆頭ともいうべきものではないか。最大の弊害は、国民にとって最も身近な存在であるはずの医療保険制度が、複雑で分かり難いことの故に、国民的議論の展開を困難にし、限られた医療関係者による「専門的」「閉鎖的」議論になりがちなことである。更にその議論も、複雑な制度であるだけに、細部に目配りせざるを得ず、徒に精緻過ぎたり、拡散したりと、あるべき理論や将来の姿を見据えた骨太の立論がなし難い。弊害の二は、保険者は、保険者としての同質性や保険集団としての同質性、更に利害の共通性があればこそ、そこをエネルギーの源や基盤として、全保険者一体となって行動し、必要あれば医療提供側や行政なども毅然と対峙するだけの気構えと力量を有するのであるが、分立と輻輳は、そのような保険者の任務と行動を著しく困難なものとする。とりわけ、あたかもプレーヤーに混じってレフリーがプレーするように、民営の健保組合（公法人）と同じ立場（保険者）で、公共団体である市町村（国保）がプレーに参加し、更には国（政管）までもプレーに参加しているのであるからなおさら難しいことになる<sup>3)</sup>。

## ② 健保組合（「組合方式」）の役割・機能

これまで公的医療保険における保険者の位置づけ・枠組みを見てきたが、その中で特に「健保組合」（「組合方式」）に期待される役割・機能は一体何であろうか。現実はどういった機能を果たしているのだろうか。

まず最初に、健保組合の持つ特色（独自性）を、政管健保、国保など他の保険者との対比において、改めて確認して見たい。

第一に、保険料率の設定、附加給付の実施など、事業・財政に自主性を持ち、責任ある運営が可能なことである。第二に、同質な職域保険集団として顔・名前の見える関係にあり、「共助」が単に理念的にではなく、自然体で素直に実感されることである。第三に、職域の実態に即した木目細かな運営や、事業主、従業員組織（労組等）との連携・協力により、保健事業などにおいて相乗効果が期待できることである。また、保険者間において、交付金交付（財政調整）事業や保健共同事業など共同事業が可能であることも見逃すことのできない特色である。

「自主性・自己責任」を核とするこれらの特色は、本来あるべき望ましい姿として、行政等関係者に支持され、拡大・発展が期待されてきたのだろうか。

健康保険法（以下「健保法」という。）において、健保組合は、公法人として国の健康保険事業を代行すべきものと位置づけられている<sup>4)</sup>。公的医療保険の大きな枠組みの中では「全国一律的運用」が最優先される。冷徹に見れば、健保組合の自主運営は、健康保険制度の牽引車・駆動力としての役割を与えられたというよりは、歴史的「事実・実態」として結果的に、行政によって「追認」されてきたに過ぎないものと認識する方が、失望が少

なくてすむのではないか。自主運営は、「一律的・画一的運用」の原則を崩さない範囲において、いわば枝葉的な部分だけに認められてきたのではなかったか。独自性の発揮は、行政からは「ほどほどに」としてあまり期待されていなかったように思えるし、肝心の被保険者、事業主からも、健保組合のPR不足もあり、関心を持たれ、目に見える形での支持・期待というところまで至っていなかったというのがこれまでの状況であったと思われる。

以下、項目・事例に即して具体的に眺めて見たい。

#### (a) 保険料率・附加給付と保険者の役割・機能

まず、健保組合の自主性・自立性の根幹をなす、保険料率であるが、一定幅の範囲内で、組合会の議決と行政の認可を得て、自らの責任において決定できる。このことについては、制度発足以来変わりはないが、近時、二つの面から足元で揺らぎを見せ始めている。

一つには、財政面から料率設定の自由度が大幅に制約されてきたことである。健保組合の平均料率は、政管料率 85/1000 を超える状態にあり（2001 年度で予算で 85.3）、法定上限の 95 に張りついている組合が 3 割にも及ぶ。95 に到らない健保組合においても、経済の低迷を背景に、とても自由に決定できる状況にはない。この辺りについては、介護保険制度発足に伴い、4 割の組合が法定上限を超過したことから、2001 年 1 月の法改正により、介護保険料を別建て徴収せざるを得なかったことを想起すれば充分であろう。

二つには、政管・国保との関係で財政構造調整（リスク構造調整）議論が生じていることである。その意図が奈辺にあるか不分明であるが、これまでの手法の「取り易いところから取る」（とてもそういう状況ではないが）とか、将来の制度一本化を睨んだ考え方であれば、「組合方式」を否定するものであり、到底容認できるものではない。

次に、組合会の議決と行政の認可を得て、法定給付に附加することのできる附加給付についてであるが、料率設定と双璧をなし、健保組合（被保険者）メリットの最大のもと言われるこの附加給付に対しても逆風は厳しい。財政難を背景に、既に附加給付を全廃した健保組合が 1 割あり、附加給付中最重要と見なされている患者負担限度額制度（いわゆる「足切り」と言われるもので、2 万円までとしている健保組合が多い）を持たない組合が 3 割にも及んでいる<sup>5)</sup>。

健保組合の自主性・自立性を象徴する保険料率の自主決定や附加給付の実施が困難になってきたことは、「組合方式」の将来へ暗雲を投げかける。

なお、健保組合等被用者保険は、法定給付において本人 2 割負担であり、国保 3 割負担に対し優遇され公平性を欠いている、とする議論もあるが、国保の所得捕捉問題や公費投入問題を抜きにして、患者負担率だけを取り出して議論するのはいかがなものかとの論点に加え、ここでは、実効患者負担率の面では、負担上限制度等により減殺・平準化され、いずれの制度も 20% こそそこで殆ど差がないことを指摘しておきたい。

#### (b) 通達等による「箸の上げ下ろしまで」の行政指導

法律、政令、省令に加え、通達（健康保険組合事業運営基準（以下「運営基準」という。）、健康保険組合同規約例、等を含む。）、更には、許認可事項を含め、これまで細部に亘る一律的規制が行われてきた。

「運営基準」には、職員は、まず3人、千人毎に1人増員といった配置基準（目安）や、預貯金は「鍵のかかる」容器に保管といったことまで記載されていたし、健康保険組合連合会（以下「健保連」という。）による共同事業（交付金交付事業）で一定の算式に基づき自から数値が定まる調整保険料率（1.2/1000相当分）についてまで個別健保組合の認可事項とされていた。つい2～3年前までのことである。これらは、さすがに改められたが、個別健保組合の実態に頓着しないもの（例えば配置基準でいえば、事業所数、地域集中か否か、徴収の難易度、システム機器の有無等で職員数は大きく異なる）や、微に入り細を窺うものや、認可のための認可まで、まさに「箸の上げ下ろしまで」と言われるに相応しい。こうした「がんじがらめ」の法制度や行政指導の土壌の中で萎縮・逼塞することなく、自主性・独自性を標榜しつつ、主体的に行動し、具現化していくのは、そうたやすいことではない。

#### （c）保険者権限の不備—患者調査権問題—

現行法制の下では、保険医療機関、患者への調査権は、厚生労働大臣（以下「所管大臣」という。）、都道府県知事（以下「知事」という。）にのみ認められており（知事には保険医療機関指定権限もあり）、保険者にはわずかに療養費の償還払い、傷病手当等の現金給付について、しかも患者についてのみ調査権が認められているに過ぎない<sup>9)</sup>。

そうした枠組みのもと、保険者は、患者調査等が可能な柔道整復師等による施術（償還払い）等については、患者照会等治療内容に踏み込んだ厳しい審査・支払いを行っている。一方、保険給付の大宗を占める一般の医療給付（現物給付）については、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）に記載されている診療内容を前提にした書面審査（記載病名に対して記載（投与）薬剤が適正なのかなど）にとどまっている。保険者が本来なすべき診療内容そのものの真偽・適否（患者受診・診療行為の有無、同行為の適合性・妥当性など）に踏み込んだ実質審査は殆ど行われていないのが実態である。（個人別の複数月継続点検（縦覧点検）により、例えば、同一人に結石破碎術が複数回行われている場合など、診療と請求の齟齬が判明するケースもある。）

与党協案にもあるとおり、医療給付における「レセプト審査の充実」は保険者機能を論ずる時の「いの一番」に挙げられるが、このように、現行法制下における医療費不正・不当チェックシステムには自ずと限界があり、架空請求、水増請求がなくなる背景・原因となっている。

保険者（支払者）が、請求の中身・内容をしっかり確認して支払うべきことは、基本中の基本であり、そのためには、一般医療費（現物給付）についても、医療機関、患者への調査権を付与すべきであるとする。

少なくとも、レセプトから見て明らかに不審に思われるケース（前記例等）については、当然認められるべきであり、また、保険者が疾病別に患者（被保険者とその家族）にモニターになってもらい、患者記録とレセプトをつけ合わせてチェックするといったことも医療側に気兼ねし、「及び腰に」ではなく、保険者の当然の権利として行えるようにすべきであろう。

保険者が調査権を持ち、行使することは、個別の不正・不当請求に対する過誤請求の形での個別具体的な効果に止まらず、医療機関側の自制による一般抑止効果も期待でき、無駄な医療費を節減する大きな武器を持ちえることになる。また、医療機関と被保険者との間に立ってコーディネート機能（苦情・相談対応等）を果たしていくための基盤ともなるものである。

なお、付言すれば、患者調査権すらない保険者には、医療機関調査権もなく、まして選択したり、個別契約を行う権限などは、あり得べくもない<sup>7)</sup>。

#### (d) 規制緩和と健保組合の役割・機能

先に触れたとおり、規制緩和の流れの中で、保険者の自主性に委ねられるべきものは委ねるべきとの議論は、ここ数年高まっており、行政の指導もその方向にあるとあって良い。規制緩和が明確な形となって現れた1998年度以降分について、具体的にいくつか眺めて見たい。

まず、最初に挙げられるべきものは、保険者が業務運営において多様な選択ができるように、法制面で配慮するようになったことである。2001年1月の法改正では、介護保険料の徴収に当たって、先に述べた法定上限との関係で徴収不足となった保険料を、2001年度に全て上乗せ徴収するか、2001年度、2002年度の両年度で均等に上乗せ徴収して平準化するか、選択できるようになったし、介護保険料の徴収方式そのものについても、標準報酬比例方式に代え、定額方式の選択も可能となった<sup>8)</sup>。1961年の国民皆保険以来、医療保険者の選択に配慮した個別法律は、初めてのことと思われるが、これは介護保険そのものが、「選択・契約・競争」を一つの理念として構築されていることと無関係ではないと思われる。

第二としては、「運営基準」の改正により規制が緩和されたことである。職員の配置人員基準、預貯金の保管、従事務所（支部）の設置目安（300人）、予算における医療給付費の算定ルール、予備費の計上（3%）、費目の費途制限、互選議員の無投票当選の場合の選挙録、など多くの項目が廃止されるとともに、規約変更についても、全て組合会で3/4以上の賛成が必要であったものが、軽微な事項は過半数で可となった。

第三に、重要度の低いものについて、許認可事項から届出事項に変更されたことである。予算、軽微な規約変更（事業所の名称変更等）、調整保険料率の変更など、がこれである。

このように、健保組合の自主性、選択権を尊重する動きが、具体的に現れだしているが、辛口で言えば、介護保険制度であったればこそ、しかも枝葉的事項だったからこそ実現可

能であったり、これまで当然行われてしかるべきであった「箸の上げ下ろし」的行政指導事項が、規制緩和や事務簡素化の声に押されて、後追的に漸く撤廃されたもの、と言えなくもない。

いずれにしても、新たな時代的背景のもと、健保組合（「組合方式」）に期待し、推進しようとの明確なメッセージの下で、改革・改善を図っているとは到底思えない。医療保険の基本法としての位置づけにある健康保険法が、今だに旧態依然とした「カタカナ書き」の法律であることが、その象徴にも思える。

## 2) 保険者規模と保険者の役割・機能

保険者機能を論ずる場合、よく冒頭にあげられる項目が保険者規模の問題である。一定規模未満であれば、リスク分散にも支障があり、保険者機能など発揮すべくもない。その限りにおいては、「冒頭にあげられる」意味もないわけではないが、これは「保険一般」の問題であって、わざわざ「保険者機能」を持ち出すまでのことはない。せいぜい、保険者機能を議論する場合の「前提」といった意味しか持ちえない<sup>9)</sup>。

保険者機能との関わりにおける今日的な意味での規模論は、単なるリスク分散論や「まず数ありき」議論ではなく、保険者としての自主性・自立性を確保できるのか、被保険者のエイジェンシーとして期待される役割を果たし得るのか、効率性はどうか、といった「保険者機能論」のフィルターを通した見方が必要である。

まず、現状であるが、「運営基準」では、設立認可基準として常時 700 人以上（同種・同業の場合 3,000 人以上）という定めはあったが、改廃基準的なものはなく、また行政としては、できるだけ健保組合から政管健保へ流れ込むのを防ぎたいとの思いもあり（政管の場合国費投入が給付費の 13%、老健拠出金の 16.4%）、数年前までは、健保組合のいわゆる「自主解散」（事業主の合併、解散等の事由によらない解散）は殆どなかった。

その結果、全 1,794 組合（24 人～27 万人、平均 8,700 人）中、500 人未満の健保組合が 52 組合（2.9%）、500～1000 人が 160 組合（8.9%）（いずれも 1999 年 3 月現在）と、1000 人に満たない組合が 212 組合、比率的には 1 割を超えるに至った。

ここ 2～3 年、組合財政の逼迫化と行政の姿勢変化（やむを得ない場合政管編入を認める）により、健保組合を維持できずに「自主解散」せざるを得ない組合が、毎年 2 ケタに上る状況にある。1998 年に 1,813 を数えた健保組合は、足元の 2001 年 3 月には、1,756 と僅か 3 年間に 57 組合もの減少をみている。

2001 年 1 月の法改正で、健保組合指定制度が創設された。

これは、赤字が続く小規模組合や財政窮迫組合を所管大臣が指定、指定健保組合に財政健全化 3 カ年計画を作成させ、計画に従わない場合等には解散命令等が発せられるとい

うもので、約 100 組合が対象とされる。

法・制度の文言からは、かつての「官主導」の再来を見るようで、赤字が続くのは個別組合の怠慢によるのだろうか、老健拠出金の増嵩によるのではないのか、官は財政改善の良い智恵でもあるのかなどと、いささか釈然としない。行政の説明では、個別組合の意向を良く聞き、杓子定規の運用は行わないとのことである。

保険者機能という視点に立って指定制度を見た場合、制度運用如何によってその評価は変わってくる。保険者、事業主、従業員が当該健保組合の存続に強い意欲を持ち、所与の条件の中で懸命な努力を積み重ねている場合にも、制度がそうだからということで引導を渡されるのでは、まさに時代逆行も甚だしい。その逆の場合には、徒に問題先送りするのではなく、速やかに政管移管を認めるべきであろう。

行政の透明性、客観性という観点からすると一見相矛盾するが、ことが解散問題であるだけに、保険者の意欲、実行力という数値化に馴染みにくい要素を如何に見極め、評価し、柔軟な対応をとり得るかが、有用で実効ある制度たらしめる最大のポイントと思われる。

いずれにせよ、健保組合で約 1,800、国保等を含めれば、5千有余の健保組合はあまりに過大の感があることは否めない。強い個々の保険者があって、その有機的つながりによって集合体としての保険者トータルの機能強化が図られていく、という観点からしても、保険者の集約・効率化は避けて通れない。その場合、保険者の意欲を削ぐことなく、むしろ、保険者のモラルやインセンティブを鼓舞する環境を整備し、意欲が行動に、行動が成果に、といった「良き循環」を生む土俵づくりを行うことが重要であろう。

### 3) 保険者の財政基盤と保険者の役割・機能

保険者の役割・機能を論ずる場合、その土台をなす事業基盤・財政基盤の安定が必要であることは、論をまたない。土台そのものが揺らでいる中で上物の構造云々しても、体力の落ちた重病患者に、運動の重要性を説くようなもので、あまり意味を持たないし、説得力もない。健保組合など保険者は、現在、まさにそのような状況に直面している。

まず、健保組合等各保険者の財政状況推移を下表に掲げる。

<図表 1 ; 健保組合等各保険者の財政状況推移表>

出所 ; 当健保組合、健保連、厚生労働省 (以下「厚労省」という。)  
(経常収支 ; 億円、保険料率 ; 千分率、赤字組合 ; 百分率)

		1996年度	1997〃〃	1998〃〃	1999〃〃	2000〃予	2001〃予
当 健 保	経常収支	▼ 18	▼ 6	▼ 2	▼ 3	▼ 7	▼ 18
	保険料率	85	90+特保	〃 〃	〃 〃	〃 〃	〃 〃
健 保 組 合 計	経常収支	▼ 1,980	▼ 17	○ 405	▼ 2,033	▼ 3,300	▼ 4,900
	赤字組合	71	55	54	70	83	90
	保険料率	83.9	84.6	84.9	85.1	85.1	85.3
政 管	経常収支	▼ 4,190	▼ 950	○ 34	▼ 3,163	▼ 2,704	▼ 6,044
	保険料率	82+特保	85+ 〃	〃 〃	〃 〃	〃 〃	〃 〃
国保経常収支		▼ 1,140	▼ 292	▼ 1,020	▼ 1,190	—	—

※ 「特保」は、賞与（一時金）から徴収される特別保険料で、当健保、政管いずれも 10/1000。

※※国保の場合、約 2,000 億円規模の一般会計からの補填がされているので実質赤字はこの 2,000 億円相当を加算する必要がある。

この表を前にすれば、多弁を要しない。数字が全て物語っているとおり、長期且つ累増する赤字により、医療保険制度は崩壊の危機にある。

医療保険制度における赤字構造の原因は、低迷する経済の下、保険料の基となる標準報酬月額が上がらないこと等もさることながら、主因は下表のとおり老健拠出金や退職者拠出金の重圧と激増にある。

<図表2；健保組合の老健拠出金、退職者拠出金推移表> (出所；健保連)  
単位；億円、上段( )は保険料収入に占める割合；%

	1996年度	1997〃〃	1998〃〃	1999〃〃	2000〃予	2001〃予
老健拠出金	( 27.8) 15,065	( 27.3) 15,678	( 29.6) 17,106	( 32.9) 18,802	( 30.6) 17,087	( 32.6) 18,498
退職者拠出金	( 6.4) 3,464	( 6.4) 3,693	( 6.6) 3,822	( 7.4) 4,205	( 8.3) 4,661	( 9.6) 5,465
合計	( 34.2) 18,529	( 33.7) 19,371	( 36.2) 20,928	( 40.3) 23,007	( 38.9) 21,741	( 42.2) 23,966

老健拠出金や退職者拠出金は、医療保険制度の仕組みをわかり難いものにしていくだけでなく、保険者のコントロールの効かない（総持ち合い方式）拠出金支出が保険料収入の4割に及び、残りの6割で運営せざるを得ない状況に追い込み、更には、その重圧と激増により財政基盤を崩壊させつつある。拠出金制度は、二重、三重の意味において、保険者機能を食い荒らし消耗させているのである。

拠出金制度の不合理性については、論ずべき点が多々あるが、本稿の主題ではないので、割愛する。ここでは、拠出金制度が保険者機能を論ずる場合の最大の癌の一つであることを指摘するに止めよう。

健保組合は、かように拠出金を主因とする財政赤字の重圧に呻吟し、健保連のアンケート（2000年秋）結果では、その2割にも及ぶ340組合が解散を視野に入れざるを得ないと答えている。あるべき保険者機能論の重要性は認識しつつも、足元から崩れつつある土台を何とかして支え、明日につなげていくに手一杯というところが、多くの組合の平均像であろう。

#### 4) 医療・医療機関情報と保険者の役割・機能

保険者機能論としての最も重要な領域、または、キーワードといっても良いが、それは「情報」であろう。被保険者（患者）が最も欲しい情報は、どの医師やどの病院が腕が良く、安心して診てもらえるのか、自分が受けている治療に誤りがないのかどうか、コストの問題や、待ち時間の問題もあろうが、煎じ詰めれば、そういうことで、自分で確認でき



ればそれにこしたことはない<sup>10)</sup>。しかし、ことはそう簡単なことではなく、制度の壁、情報提供側の壁、専門性の壁、など壁は幾重にも張り巡らされており、個々人としてはなかなか打ち破り難い。患者の代理人としての保険者に期待される所以である。

保険者としては、目先にある患者の代弁者としての視点だけではなく、保険運営を長期安定的に確保していくという視点からも医療・医療機関情報（以下「医療情報等」という。）に必然的に関心を持たざるを得ない立場にある。

それでは、医療機関と患者と保険者の間で必要な情報が共有されているだろうか。数年前までは、答えは間違いなく「否」であったろう。ここ数年、インフォームド・コンセント（医師による十分な説明と患者の理解・同意）を始め、カルテ・レセプトの開示など、情報開示面では急速に進み出し、医療機関評価なども緒についてきた。

潮目は変わりつつある。

幾つかの項目に分けて、具体的に眺めて見たい。

#### ① 医療機関から患者等への情報公開

まず最初に、専門的かつ重要な情報を豊富に保有している医療機関側から、患者等へ、どういった情報がどの程度公開されているのか、検証していきたい。ここでの主役は、情報公開当事者である医療機関と、直接情報を得ることができる患者・国民である。保険者は、健保連等団体としての政策主張・推進の役割と、患者を裏方として支える黒子的な役割ないしは補完的な役割に止まる。

具体的事例として、インフォームド・コンセント、医療機関広告、カルテ、レセプト開示、領収書発行問題等を眺めることとする。これらの情報公開は、足元で急速に進みつつあるが、規制緩和論や国民世論などの「外圧」に押された個別対応的色彩が強く、確固とした方針に基づき、総合的に整合性を保ちつつ推進されているとは思えない。

##### (a) インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントは、1997年の第3次医療法改正により、患者への説明を、医療側の努力義務として明確にしたものである。「努力義務」ではあるものの、「医師によるパターナリズム」に転換を求めた意義は大きい。また、その後の患者調査結果（アンケート）等においても、総じて医師の説明努力が評価されている<sup>11)</sup>。

##### (b) 医療機関の広告規制

消費者が物品を購入する際や企業が拡販を図ろうとする場合、商品PRが重要な位置を占めることは論をまたない。商品PRが、その良し悪しを判断したり、他の商品との差別化をするための重要な材料となるからである。患者が医療機関で診療を受ける（選択する場合）や医療機関が新規に開業する場合も、ことは全く同様のはずである。ところが、医療

機関の広告は、公共性の名の下に、限定された項目（病院・診療所の名称、所在地、医師の名称、診療科目名、診療時間、入院の可否等）しか認められていなかった。（医療法第69条第1項）

さすがに規制緩和の標的とされたことや、健保連をはじめ支払い側の強い主張もあり、近年医療法改正により、広告事項の対象範囲が次々に拡大されることとなった。1997年には、療養型病床群の有無、紹介可能病院等が追加され、1998年には、医師、看護婦等の員数、病室、談話室等の施設内容、更に直近の2001年には、診療録情報提供の有無、医療機能評価機構による評価結果、医師の略歴等が認められることとなり、広告可能項目の拡大のテンポは速い。

しかし、本来のあり方としては、広告可能項目を限定的に列挙するのではなく、広告は原則自由とし、虚偽広告、誇大広告などの禁止事項を列挙または例示するのが望ましい。実際、医療機関のインターネット等による情報開示が急速に進んできた中で、法による広告事項限定列挙方式は形骸化しつつあり、また何よりも消費者、患者は、誤った広告に惑わされるばかりの「弱き患者」ではない。

#### (c) 医療機関による診療情報（カルテ、レセプト等）開示

カルテは、治療する側である医師（医療機関）と治療される側である患者の共同診療録ともいえる最も重要な資料である。かつては、医師の専有物であり、患者側からの開示請求など考えられもしなかったが、ここ数年、規制緩和の動き（1999年度から診療録等の電子保存、いわゆる「電子カルテ」も認められた。）、患者の権利意識の高まりなどから、法制化による開示の是非論が議論され、最終的には、日本医師会（以下「医師会」という。）の強い法制化反対論などをうけて、医療機関による「自主開示」が2000年1月から実施されることとなった。当面、「自主開示」の結果を見守る必要があるが、医師と患者の現実の力関係から見ると、どこまで目的が達成できるか疑問の残るところである。特に医療過誤に絡むケースでは「自主開示」は期待すること自体無理であり、いずれ法制化は避けられないのではないかと。また、カルテ以外の看護録や入院録などの情報も開示されるべきものと思う。

レセプトは、診療情報そのものというよりは、医療機関から、支払い側である保険者に対する請求書という性格を持つデータであるが、カルテ開示に一步先んじて、1997年7月厚生省（当時）通達で開示すべき旨が定められた。レセプト自体の請求書としての限界や、医療機関の同意という制約もあり、被保険者にとっては、カルテ開示ほどの重要性は持ちえないものの、健保組合との関わりという意味ではレセプト保管元であるだけに、より直接的である。当健保組合においても、1997年10月「診療報酬請求明細書開示規程」を制定・施行した。被保険者からの当健保組合への開示請求の件数は、年1件程度と少ないが、件数そのものより、いざとなれば医療機関に請求ができる「道」が広がったこと自体が重要な事であると認識している。

#### (d) 医療機関による領収書の発行

医療機関に受診し、代金を支払った場合、明細付の領収書を受け取れることは、一般の商取引では常識であろう。医療機関においては、これまで、この常識が通用しなかった。

2000年の中医協の場において、健保連等支払い側の強い主張を受けて、「領収書発行」につき、関係者間で合意がなされ、厚生省からの通知がされた（2000年3月31日保発67号）。内容的には二点ある。一点目は、医療機関は患者からの要求があれば、領収書を発行すること、二点目は、内容の分かる領収書は、体制を整え、その発行に努めること、である。

日本労働組合総連合会（以下「連合」という。）は、患者が個人の立場で医療機関に明細付領収書を請求することは難しいことを配慮し、「お医者さんにかかったら領収書をもらおうキャンペーン」を展開し、800万人分のカードを配付した。鉄鋼労連、新日鐵労連などの協力要請を受け、当健保組合を含めた鉄鋼5社健保組合は、足並を揃えて、非労組員（管理職等）への協力要請やカード配付を行ったところである。明細付領収書は、治療行為毎の医療費が明示されるので、後述の健保組合からの医療費通知と付け合わせることで、内容の正否・確認がなされ、コスト意識を高め、不正請求のチェックにも繋がる。また、何よりも、このキャンペーンは、医療情報開示を求め不正請求を許さないとの関係者の強い意思が運動という形に表れたものとして高く評価したい。

#### (e) 医療事故等の公表

かつては、院内で起きた事故を自ら公表する医療機関は殆どなかった。最近の医療事故の多発と国民の目が厳しくなる中で、公表の意向ありとする医療機関が増えてきた。朝日新聞のアンケート結果によると、病院の9割が公表を決め、そのうち98年以前に決めていた病院が24%、99年が15%、2000年には49%にも及んでいる（2001年2月6日付）。

本来あってはならない事故ではあるが、情報と言う面で捉えれば、こういう局面においても、情報開示の大きな流れが出来てきたと言えよう。

#### ② 医療情報等の保険者による収集等

これまで見てきたように、医療機関・医師から患者への情報開示は、やや「及び腰」的印象はあるものの、急速に進みつつあるが、患者の立場から言えば、情報提供そのものも不十分だし、使い勝手も悪いし、とても満足できるものではないということになる。患者の代理人（エージェント）として、医療機関から幅広く情報を収集したり、収集した情報を分析・評価することによって、下ごしらえし、より分かり易い形で、患者に提供できないか。これこそまさに、保険者に期待される本来の役割ではないか。

現状には厳しいものがある。

ここでは、保険者等による医療情報等の収集と提供がどういう現状にあるか、実態面を中心に、医療費請求・審査・支払いプロセスと医療機関評価の二点について触れたい。

#### (a) 医療費の請求・審査・支払いプロセス

医療費の請求～審査～支払いは、レセプトを媒介として行われる。レセプトは請求書としての性格故に、診療内容が全て分かるわけではないという側面と、逆に、専門性の高い診療行為がサービスとして金目に翻訳・換算されるので分かりやすいという側面を持つ。いずれにせよ、大量のレセプトは、医療・医療機関を分析・評価する場合の「宝の山」でそれをいかに料理するかは、保険者の腕一つにかかっている、といたいところであるが、話はそう簡単には済まない。

ハードルは大小いくつもある。乗り越え、料理に持ち込むまでには強靱な体力と膨大なエネルギーが必要である。

#### (ア) 第一のハードル——レセプト記載データ——

わが国においては、医療・診療そのものの標準化が遅れており、表裏の関係にある用語・コードも統一されていない。従って、レセプトに記載されるキー項目である「病名」一つとっても、単純にインプットして集計しても殆ど何の意味も持ち得なかった。標準化されていない病名や、数多くの病名（30 数病名もつく患者もいる）や、保険適用ルールとの関係であえて記載されている「レセプト病名」といったものを、データベースとして意味あるものとするためには、医療関係者による「読み込み」を行い、データを再インプットする必要があった。

また、レセプトは、同一医療機関毎に、一ヶ月単位で記載され、受診日と傷病名、診療行為が対応していないことも、傷病名毎に分析することを困難にする。健保連としても、レセプト改革案を調査研究事業としてを検討中である。更に、レセプトが紙ベースであることも、データベース化することを一層困難にしている。

近年、多くの医療機関においては、電算化が進み、医事会計システム（医事コン）による統一コード（傷病名、診療行為コード等）が組み込まれるようになってきた。レセプトも医事コンからのプリントアウト（OCR処理済；光学読み取り可能）が病院の場合で9割以上、診療所で8割となり、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）の光学読み取り機で自動処理される。また、規制緩和により支払基金への磁気レセプトによる請求も出始め、データベース化のための基盤整備が、ごく一部とはいえ進みつつある。

#### (イ) 第二のハードル——支払基金情報——

被用者保険の場合、レセプトの一次審査は、厚生省の行政指導（1948年）により、支払基金が一元的に行うことになっている（国保の場合、国保連合会にて審査）。その結果、支

払基金は、医療機関と保険者をつなぐ「要」ともいうべき重要な位置を占め、年間約 7.5 億件（金額的には 11 兆円強；1999 年度）にも及ぶレセプト（情報）を取扱い、審査・支払いに結び付けている。

それでは、支払基金は、レセプト審査やレセプト情報の提供、情報の共有化等の面で、期待されている役割を果たしているのだろうか。健保組合からの不満の声は強い。

組織としての「姿勢」の問題が基本にあると思われる。医療機関と保険者との間に立つことや審査機関という性格上、中立性を標榜することは分かる。とはいえ、中立性という装いの下で顔があまりにも医療機関側に向きすぎていないか。審査・支払いの費用は全て保険者が負担し、医療機関は何ら負担していない。支払基金は、費用と審査・支払いを保険者から受託しているのであるから、作業受託先・作業請負先である。にもかかわらず、情報の秘匿性・守秘義務を理由に、「委託者に！」開示できないという。業務委託者に受託者が開示できない情報がある、そのような理屈がまかりとおることは、甚だ理解に苦しむ。個人の疾病情報等について、保険者が一定の守秘義務を負うのは当然であるが、それは別の話で、受託者が拒む理由にはなり得ない。例えば、医療機関毎の組合員受診率や支払い金額などを、支払い者に提示するのはごく当たり前のことではないか（健保組合から強い要望があった医療機関コード（全国で 20 万程度）と医療機関名称の紐つけソフトの提供はつい 2 年前によくやられた。）。

この姿勢あればこそ、一事が万事といった観もある。

健保組合が財政赤字のもと、レセプトチェックを強化している中で、「水をさす」が如く、「再審査容認件数の半減」を目標に掲げること（「一次審査の充実」を目標に掲げるのであればまだ分かる）や、各都道府県毎に審査のバラツキが著しく、秋田県、愛知県などは常に再審査容認率が低いこと（当該県は立派な医師・医療機関が多く、ミスも元々少ないとでもいうのであろうか）や、業務効率化・コスト意識が低いことなど、枚挙にいとまがない。

審査状況結果の四半期毎の公表（1998 年から）や OCR 処理データの磁気媒体での提供（1999 年から）や審査体制の充実等の地道な努力は多とするものの、情報共有レベルへの歩みは遅い<sup>12)</sup>。

ここでは、支払基金から有益な医療情報等が提供され、共有できれば、保険者としての情報レベルは格段に底上げされ、被保険者への情報提供も大きく前進することを再度強調しておきたい。

例えば、審査の手法として、一定基準のもと特定の医療機関を重点審査対象とすることも行っているようであるが、これなどは、まさに保険者が欲しい情報であるし、むしろ、受・委託者が情報を共有し共同対処することが、本来の目的に合致するのではないか。

#### （ウ）第三のハードル——行政からの情報——

行政（厚労省、都道府県、特殊法人等）が、許・認可や指導や相談の過程で、医療・医

療機関に関する質量共に多様な情報を保有していることは、言うまでもない。これまで、行政からの発信は、極めて乏しいと言わざるを得ない。例えば、保険医療機関・保険医の指定取消で悪質なケースの場合においてさえ、保険者は、被保険者（マスコミ報道）より僅かに早く、社会保険医療協議会（中央・地方）の場等で知りうる程度にとどまり、レセプトチェックなどには殆ど生かされる余地がない。

変化の胎動はある。

1997年から、厚労省もホームページを開設し、国民としてその情報にアクセスできるようになり、また年々拡充されつつある。ただ、残念ながら、ここでのテーマである医療機関選択等に「使える」情報は数少なく、むしろ殆どないといった方が実態に近い。また、都道府県レベルでは、つい最近、医療機関からの届け出ベースではあるが、基礎的なデータ（病床数、差額ベッドの有無等）について要望があれば開示し始めた。

医療の質やコストや効率性などの問題が、国民のトップクラスの関心事となった今日、行政としても国民と共に考え、共に歩む姿勢が問われている。

とりわけ行政は、先にも述べたとおり、医療機関へ調査権を有し、情報も独占的に掌握している以上、例えば、「領収書をもらおうキャンペーン」によって、保険者や被保険者から、不正請求等の疑いの申し出があれば、速やかに対応し、対処結果について公表するといったことが求められよう。

#### (b) 医療の標準化・医療機関評価

わが国の医療の問題点として良く挙げられるのが、診療ガイドライン、EBM（根拠に基づく治療）、クリティカルパス（最適手順）、セカンドオピニオン、ピアレビュー（同僚審査）等、欧米で用いられている多様な概念、手法に基づく医療の質の確保、標準化努力が遅れているのではないかと、ということである。被保険者の関心も健康・医療知識の普及や様々の個人的体験、マスコミ報道等で最近高くなっており、保険者機能論のカバー範囲としても重要な側面を持つ。診療行為そのものについては、高度の専門性が必要な「ソフト」領域となるので、専門家にまず委ねるとして、ここではハードも絡み、比較的取りつきやすく、患者・被保険者ニーズの高い「医療機関の評価」について述べたい。

医療機関評価についても、欧米（とりわけアメリカ）では、幾つかの機関が競いあって医療機関評価を行っている。

わが国においては、医療機関の第三者評価を行う「(財)日本医療機能評価機構」(以下「評価機構」という。)が、漸く1995年に設立され、2001年2月現在で、441機関について認定証を交付している。医療機関広告としても評価機構認定を広告できることとなったことから、今後、評価・認定を望む医療機関が増加するのではないかと想定される。

評価機構については、厳しい指摘も多い。曰く、「年100機関程度の認定では9,300病院に百年かかり、まさに百年河清を待つ類ではないか」、「米国の認定基準に比べ甘い

ではないか」、「構造 (structure) 評価に偏りすぎていて、過程 (process) 評価や成果 (outcome) 評価が弱い、昨今の医療事故に殆ど無力なのはその結果ではないのか」等々である。最もな指摘ではあると思われるが、わが国のほぼ唯一の認定評価機関としての今後の改善への意欲と努力に期待したい。当健保組合においても、「けんぽニュース」等により、同機構とその認定病院のPRを行っているところである。

もとより、評価・認定にも、競争的環境は必要であり、また、医療機関の目的・施設特性に応じた、多様性ある手法といった観点からも「ISO9000s」など、別途の評価・認定手法も注目に値する。

健保連も「保険者における医療機関の評価方法に関する研究」(同報告書 2000 年)なども始めているが、まだ手探り、試行のレベルにある。

### ③ 保険者と被保険者間の情報コミュニケート

次に、健保組合など保険者と被保険者間の情報コミュニケートの面に目を向けてみよう。

具体的に議論するための題材として、ここでは、医療費通知、被保険者証のカード化問題、ホームページの開設を取り上げる。

#### (a) 医療費通知

本人への医療費通知は、被保険者へのコスト意識の醸成と、医療費の不正・不当請求の防止を目的に、健保組合が、1978 年度の健保連全国大会において決議、医療提供側と多少摩擦があったものの先駆的に実施したもので、後追いで 1980 年に政管健保、国保などにも推進すべく行政から通知がなされたものである。

20 年以上前のことではあるが、組合方式の成果という意味で、医療費通知は、記念碑的位置づけを占めるものである。

当時は、医療機関名称が記載されないなど全体に不備な点が多かったが、現時点においては、当健保組合を含め、医療機関名称を記載する組合も多く、充実されたものとなっている。また、今日的意味においても、「領収書をもらおうキャンペーン」の一環として組み入れられるなど重要な役割を担っている。なお、医療費通知の充実により、税務署によっては医療費控除用データとして認めるなどの思わぬ副次的効果も生じている。

#### (b) 被保険者証のカード化問題

被保険者証は、一所帯一枚の「紙」ベースとなっている。かねて、所帯単位から個人単位へという社会・社会保障の流れの中でどうか、不便さを解消できないか、ICカード化等により情報蓄積できないか、等の問題意識があり、厚労省は 1995 年から、八代市で個人 ICカード化による試行を行ってきた。ところが、同省は、今般、2001 年度から個人カード化を認めることとし、カードの材質(紙、プラスチック、磁気、IC、光)等は、各保

険者の任意とする旨の決定（通達）を行った。2～3年前までは、八代市の知見を踏まえ、政管健保の被保険者証更新時期である 2001 年度からカードの材質を含めて方向性を出すのではないかとの観測が多かっただけに、保険者としては、「寝耳に水」の決定であり、また、内容的にも得心のいかないものであった。

最大の問題は、欧米に比して遅れていた健康、医療情報に関するシステムを、被保険者（患者、カード所持者）主権の下に構築できる壮大な実験機会を先送りしたことである。個人カードに被保険者属性、健康、医療といった貴重な情報（データ）を入れることは、投入費用も大きく、統一カード、統一システムの下で運用してはじめて、費用以上の大きな効果が期待できる。カード材質を保険者選択に委ねるということは、統一システム、トータルシステムを放棄することであり、「被保険者の利便性」イコール、カードの枚数増、という問題に矮小化させることになる。

八代市などで何年も試行を重ねたことをどう評価し、どう総括したのだろうか。同市の知見等を踏まえ、幾つかの案を提示し、保険者や有識者の意見を聞く、必要によっては、国民的議論を行う。少なくとも一片の通達ですまされることではないと思われる。

#### (c) ホームページの開設等 I T (Information Technology) の活用

健保組合においても、近時の I T (パソコン等) の普及、レベルアップを背景に、被保険者とのより実りのあるコミュニケーションや事務効率化（申請書のペーパーレス化、問い合わせ対応など）を目的に、ホームページの開設等 I T の活用が目ざましい。目まぐるしい法令改正や制度改正等に対応する度に、冊子等を改定配布するのでは、コスト面も嵩むし、活字離れ層対策としてもどうかという問題もある。今後 I T を活用し、被保険者との対話の一助とすることは、必要不可欠になると思われる。その場合、情報内容は、健保組合ニーズによる一方的情報ではなく、被保険者にとって有益かつ興味ある情報であること、被保険者からのアクセス可能範囲を限定せず、また「書き込み」可能とするなど情報の共有化を図ること、常にアプドデイトの情報にしておくこと、等に留意する必要がある。

#### ④ 健保組合相互間（健保連含む）の情報コミュニケーション

健保組合が被保険者へ医療情報等の提供を行おうとする場合、個別組合毎の対応ではおのずと限度があり、健保連の支援や健保組合相互間の情報交換・共有が欠かせない。

ここでも、インターネットの活躍は目ざましい。健保連は、1998 年から会員（健保組合）にイントラネットでの情報提供（メーリングサービスを含む）を始めた。現在、1,100 組合(63%)の組合が利用している。

健保連大阪連合会においては、既に 1994 年から会員（健保組合）に近畿圏の医療機関情報を提供しており（「ホスピック」）、現在、近畿圏の 1,372 病院に加え、健保連の介護情報（施設、サービス等）（「サラ」）と連動させることにより、全国の老人病院、老人保健



施設の情報提供も可能にした。この「ホスピック」は、病院の看護体制や施設基準や診療報酬点数が組み込まれているのでレセプトチェックに活用できるほか、検索システムに特徴があり、ニーズ例に応じて検索が可能（多少自己負担があっても高度な先進医療を受けたい→高度先進医療病院紹介）となっている。

また、地域の健保組合が協力して、レセプト情報（過誤を含む）や患者アンケート調査などの医療情報等を手掛かりに、医療機関評価を模索する動きも出てきつつある。

## 5) 保健事業

保健事業は、組合健保の自主性、独自性を体現する重要な事業であるが、病院、老健施設など多種多様なハード設備を保有し、事業展開を図っている健保組合から、健診程度に止まっている健保組合まで組合間のバラツキが大きい分野である<sup>13)</sup>。

保健事業分野においても足元の変化は激しい。

まず第一は、財政状況の厳しさから、保健事業の重要性を理解しつつも「背に腹は代えられず」で、次の数値の推移のとおり、自らのコントロール下にある保健事業・事業費の抑制（漸減）が図られていることである。

(全健保組合ベース；健保連資料)				
保健事業費の保険料 収入に占める割合	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度
	6.6%	6.3%	6.2%	6.0%

厚労省もかつては、各健保組合に予算編成上の基準として、保険料収入の5%以上の投入を求めていたが、1996年度から財政状況に鑑み、数値基準を撤廃せざるを得なくなった。

第二は、保健事業の内容が、保養所運営を中心にレジャー・レクやリフレッシュまで幅広く社員の福利厚生といった分野まで広がっていたものが、老人家庭訪問健康指導など、医療費節減に直接的・間接的に結びつくような、健保組合らしい事業にシフトしつつあることがあげられる。

第三は、健保組合単独での事業は限界があることから、都道府県連合会としての共同事業や、複数の健保組合による共同事業が従来以上に行われるようになった事である。

これらの動きは、財政危機を契機に、自己防衛的に行いだした部分はあるものの、健保組合の原点に立ち帰り、本来の役割を模索しつつあることは注目に値する。

## 3. 期待される保険者像——保険者機能強化・発揮を目指して——

これまで、保険者機能と関わりを持つ領域・項目について、その現状と足元の変化を述

べてきたが、各項目により幾分跛行性はあるものの、さまざまな動きが、せめぎあいうねりあって、全体として大きな転換点にさしかかっていることは間違いない。保険者機能をより強化し発揮させるためには、何が必要なのか、制度的側面と情報の側面を中心に考えてみたい。

## 1) 保険者自治（組合方式）の拡大強化

### ① 保険者機能論の原点——「患者主体」の確立——

まず、最初に改めて確認しておきたい。誰のため、何のための保険者機能強化なのか、保険者機能論の原点は何だろうか。保険者機能論が、患者・被保険者を抜きにして、保険者であること自体を根拠・淵源として主張されるものではないことは、何人も異論のないところであろう。

先に概観したように、医療制度においても、官主導と医師のパターナリズムの混在型のシステムは制度疲労を起こしており、パラダイムの転換が必要な時期にきている。新しいニーズ、新しい理念は、何をもとに構築すべきなのだろうか。身近なところにヒントはある。介護保険制度がそれである。介護保険制度は、従来の福祉における「措置」の概念に代え、要介護者を主人公にした「選択・契約・競争」等の概念を導入した。医療保険制度においては、「患者」が主人公である。「患者」を中心に据え、あらゆる制度・仕組みの見直しを図っていく。

「患者主体」の立場から見れば、医療における情報の非対称性等の問題は、看過することはできない。現実の患者・被保険者一人ひとりが主体的に動くのが難しいのであれば、患者等の意を体して、患者等に代わって、最も身近な立場にある保険者が、数の力で、専門性の力で、患者等の健康を安定的に確保していくことが当然の帰結として要請されてこよう。

今日的意味における保険者機能論は、単にひ弱な患者等の守り手や代弁者ではなく、「患者主体」を具現化するための強力なエージェントとしての機能論でなければならない。

ここで二つの問題が生ずる。一つは、「患者主体」の中で、保険者が患者等と利害が対立する局面がないかどうかであり、二つは、「患者主体」の中で、どのような保険者が望ましいかである。

まず、一つ目の問題であるが、医師・医療機関との関係においては、比較的問題は少ない。レセプト、カルテ開示等の場合を想起すれば明らかなように足並が乱れることはまずない。あえて言えば、柔道整復師との関係で、患者調査を行った場合に、患者が健保組合と同整復師との間に挟まれ困惑する場面等があるが、事実をありのままに述べてもらえば

良いことである。保険者と患者等との関係では、アメリカ等においてはクリームスキミング（保険者が健康な人を選んで（病気勝ちの人を排除して）加入者とする）や医療機関へのアクセス制限など深刻な局面がありうるが、我が国においては制度が異なりその種の問題はありえない。保険料率引上げの場合等は一見利害が対立するかに見えるが、保険者が真摯な経営努力を積み重ねている限りにおいては、被保険者に理解してもらえることが多いし、仮にすぐには理解してもらえない場合にも、中長期的視野で見るか、短期的視野で見るかの違いで、敢えて「利害対立」というほどのことはない。また、健保組合内の被保険者同士で、保険料率を上げるのか、それとも患者負担を上げるのか、という形で、健康な人と病気がちの人との利害が相反するケースがあるが、保険者が中心となって話し合いを深める中で克服可能なものである。

結論としていえば、「患者主体」の中で、保険者が患者等と利害が対立することは基本的にはない。保険者が、強力なエージェントとして機能を発揮することこそが、患者等の利益につながるのである。

二つ目の問題である。「患者主体」のために望ましい保険者は、患者等の「想い」を汲みとり自らの問題として受け止め、実現のために動き、成果を勝ち取る保険者である。この保険者像に合致するのは、公法人としての社会的公正の確保と民間のコスト意識・効率性の双方を兼ね備え、自主性を持ち、責任ある事業運営を行う健保組合（組合方式）である。

先に、健保組合の自主運営方式が理念として支持されたというよりは、歴史的事実として追認されてきたのではないかと述べたが、現在、改めて「患者主体」という新しい視点で光をあてた場合、まさに健保組合（組合方式）こそが、理念的にも現実の活動からも、最も相応しい姿として浮かびあがってくるのではないか。

もとより、座して、果実を求めることはできない。肝心の患者・被保険者からさえ、ややもすれば、水や空気の如く思われがちな健保組合であるが、「患者主体」の一点に焦点を絞り、その確立を目指して地道な施策から制度改革まで多様な施策を展開し行動していく。その努力こそが、患者等の強力なエージェントとして存在感を高め信頼を勝ち取ることに繋がっていく。患者等からの理解と信頼を武器にしてはじめて、事業主、医療提供側、行政、ひいては国民全体の理解、支援を得られることになる。雑駁な言い方をすれば、保険者機能強化論は患者主体強化論と表裏一体の関係にあるといえよう。

## ② 保険者の統合再編と基盤強化

「患者主体」のために望ましい保険者は、健保組合（組合方式）であるとしても、現在の健保組合がその任務を全面的に委託されるに相応しい保険者であろうか。保険者機能が十分発揮できる環境にあるだろうか。

先に、見たとおり、複雑な保険制度、細かい行政指導（保険者権限の不足）、規模間格差、

財政の窮迫等、問題は山積しており、従来の枠組みのままでは、荷が重過ぎる。ここでは、保険者機能強化の視点から三点に絞って述べたい。

#### (a) 保険者の統合再編

5千有余の保険者が分立し輻輳していることがわが国の医療保険制度を複雑にし、保険者機能の発揮を阻害していること、それ故、統合再編が必要なことは、あまり異論のないところであろう。問題は具体論であり、手法、手順、将来の姿となると、論者により、千差万別である。

ここでは、現実を踏まえ、ステップを踏んで考えたい。

まず、足元であるが、最も注目すべきは、2002年を目標に検討されているいわゆる「抜本改革」の中核をなす「高齢者医療保険制度の創設」であろう。各案が並立して、どういう姿形となるか、現時点では定かではない。保険者機能論の視点からすれば、退職者医療制度を含めて、少なくとも保険者が明確にされ、その機能が発揮され、医療費抑制等に資する制度でなければならない。また、若年者の制度においても拠出金という曖昧かつ膨大な貢納は廃止されなければならない。任意継続制度や継続療養制度といった皆保険体制の盲腸的な存在も廃止されるべきである。高齢者医療保険制度案を論ずるのが目的ではないので、これ以上触れないが、2002年の制度改革により、一步も二歩も前進するものと期待したい。

勿論、制度改革にのみ期待するのではなく、健保組合自身の共同事業の推進や、企業の事業・経営展開を見定めた機敏な統合再編の推進や、万やむを得ざる場合の前記「指定制度」の活用など、現行制度の中でもできる努力を行うことは当然である。

また、国保の問題ではあるが、介護保険制度の中で、広域化の動きが拮がりつつあり十数%に達するという。地方自治体の財政問題からも、合併特例法の期限が切れる2004年度末までに、約2割の市町村が合併を検討中で、統合再編が進むと見られ、医療保険制度にも当然波及してくる。

政管健保においては、社会保険庁は昨年「実施庁」として位置づけが明確化されたのであるから、実施部隊（プレーヤー）として、必要により、医療提供側や厚労省企画部隊（レフリー）と毅然と対峙する姿勢が求められる。

将来的（2010年前後イメージ。以下同じ。）には、先に「保険者の分立と輻輳」の項で述べたように、ゼネコンの問題や都市健保の問題なども、もつれた糸を解きほぐすように、移行措置をビルトインしながら、整合ある体系につくりかえる必要がある。また、2002年改革で解決のつかなかつた問題があれば、この段階で整理していく。

保険者の位置づけ・枠組みのイメージとしては、患者主体を最も具現できると考えられ