

健康保険組合における保険者機能論の考察

板 崎 康 二

キーワード：保険者、保険者機能論、公的医療保険制度、健康保険組合、
米国マネジドケア、ドイツ疾病金庫

1. はじめに

平成 23 年度の健康保険組合全体の経常収支は、経常収入 6 兆 5,492 億円、経常支出 7 兆 1,581 億円で 6,089 億円の大幅赤字となる見込みである。経常収入は前年度に比べ 3,763 億円、6.10%増加し、経常支出は 3,231 億円、4.73%増加した。22 年度予算に比べ赤字額は 532 億円下回ったが、これは保険料率引き上げによる保険料収入の増加が、法定給付費や前期・後期の高齢者医療制度への拠出金の増加を上回ったことによるものであり、実態は、約 9 割の組合が赤字に陥り、健康保険組合の財政は極めて厳しく存続自体が危ぶまれている。どのように優れた制度・体制であっても、その事業の存続、持続的成長が担保されなければ意味を成さない。健康保険組合による、生き残りをかけた「保険者機能」の発揮、財政再建・医療費適正化の取組みは、ここに必然性があり強く求められている。わが国において「保険者機能」に焦点をあて、論ぜられることは、健康保険組合の幹部や一部の学識経験者以外ではごく稀であった。しかしながら、ここ数年、保険者を取り巻く環境は大きく変化しており、国民医療費が急増する中、医療の供給側のみならず、医療の需要側（支払い側）の雄である健康保険組合の保険者機能（保険者の医療費適正化・健康づくり活動等）が脚光を浴びることになってきた。そこで健康保険組合の保険者機能論について分析を進め、保険者機能とはどういう行為で、何を表わすのか、欧米の先進的な保険者機能との比較により、時代が求める新たな保険者機能の取組みについて私見を述べてみたい。

2. 健康保険組合の保険者機能

2-1 「保険者機能論」が求められる理由

保険者機能が求められる理由¹として、第 1 に医療分野における「情報の非対称性」

¹ 対馬(2003)197 頁を参考に作成。

の存在がある。医師と患者の関係において、医療についての情報の質と量は医師の側に圧倒的に多く患者側に少ないという、医療・健康に関する情報が溢れる現代になってもこの基本的な構造は変わっていない。また、他のサービス産業においては「消費者主権」が声高らかに叫ばれる中、医療分野においても患者の代理人（エージェント）としての保険者の役割・機能の発揮が求められてきた。第2として「規制緩和の流れ」である。官主導の政治・経済のシステムによる高度経済成長に支えられ比較的的良好に機能してきたが、近年、さまざまな分野で制度疲労が目立ち、医療保険分野においても規制緩和の声が強くなりつつある。そこで、患者に一番近い保険者に権限を与え、医療の質と医療費の適正化の課題解決に取り組みせよという動きが現れてきている。第3には「健保組合の財政の窮乏化」がある。冒頭、健保組合の財政が危機的状況に陥っていることについて触れたが、このことは公的医療保険制度に留まらず、わが国の財政・社会保障制度全体が破綻の危機にあることを示している。その中において、保険者による医療費適正化・効率化の活動に対して、政府、事業主、加入者の関心・期待が高まっているのである。第4に「欧米諸国の保険者機能強化の動き」がある。英国・北欧諸国の社会保障方式、ドイツ・フランスの社会保険方式、アメリカの私的保険方式等、その制度こそ異なるが、総じて保険者（支払い）サイドはかなりの裁量を有し、大胆に保険者機能を発揮し、サービス提供側（医療機関）に対し、支払い者としての存在感を高め、評価・交渉し、その選択・契約まで行っている。これらの活動を何らかの形で、わが国に導入が出来ないかという問題意識である。

2-2 わが国の公的医療保険制度

公的医療保険制度とは、行政や健康保険組合、共済組合等の公的機関が関与するもので、加入者（被保険者）がそれぞれの負担能力に応じて保険料を拠出する保険制度であり、わが国は、国民の全てが強制的になんらかの公的医療保険に加入する「国民皆保険体制」を取っている。そして加入する公的医療保険は、職種によって大きく2つに分けられる。1つは会社員や公務員などが加入する「被用者保険」、もう1つは自営業者や退職者などが加入する「国民健康保険（以下「国保」）」である。さらに被用者保険は主に大企業の会社員が加入する「組合管掌健康保険（健康保険組合）以下「健保組合」、主に中小企業の従業員が加入する「政府管掌健康保険（以下「協会けんぽ）」、公務員が加入する「共済組合」に分かれる（表1）。サラリーマンの場合、組合健保か協会けんぽのいずれかに加入するが、一般的に、従業員が多く、資金に余裕がある大手企業は自前の健保組合を持っている。一方、協会けんぽは、長い間、国が運営し、

自力で健康保険組合を運営するのが難しい中小企業の多くが加入している。どちらの保険料も従業員の収入に一定の率（保険料率）を掛けて決められ、これを企業と従業員が折半して負担する仕組みとなっている。多くの場合、協会けんぽに比べ、組合健保の方が企業と従業員の保険料率が低く抑えられており、また、加入者への疾病予防活動、健康づくり活動に積極的に取り組み「1人当たり医療費」「特定健診受診率」等において成果を上げてきた（表1）。しかしながら、財源の一部を国が負担する協会けんぽとは異なり、組合健保は保険料のみを財源とする独立採算のため、本年度のように赤字になると、保険料率の引き上げの検討とともに、疾病予防活動、健康づくり活動等の保険者機能の財源をも縮減しなければならない。

表1 わが国の公的医療保険制度の比較²

項目・保険者	健保組合	協会けんぽ	共済組合	市町村国保
保険者数	1,473	1	83	1,723
加入者数	2,995万人	3,483万人	912万人	3,566万人
加入者平均年齢	33.9歳	36.2歳	33.4歳	49.5歳
65歳～74歳割合	2.6%	4.8%	1.6%	31.2%
加入者1人医療費	13.3万円	15.2万円	13.5万円	29.0万円
加入者平均所得	195万円	139万円	236万円	91万円
世帯あたり	370万円	245万円	476万円	158万円
平均保険料	16.9万円	15.2万円	22.4万円	14.7万円
事業主込み	37.6万円	30.3万円	44.8万円	なし
保険料負担率	4.6%	6.2%	4.7%	9.1%
本人＋事業主	7.67%	9.34%	—	—
公費負担率	財窮組合	16.4%	?	50%
公費負担額	18億円	11822億円	?	34459億円
高齢者医療拠出金	2.7兆円	—	—	—
特定健診実施率	67.5%	34.5%	70.9%	32.0%

※保険者数他上記数値は平成21年度末ベース、公費負担率・額は平成23年度予算ベース

※医療費適正化の指標：加入者1人医療費、特定健診実施率

² 鈴木(2012)2頁の図表1を参考に作成。

2-3 健康保険組合の保険者機能

わが国の国民医療費の財源は、健保組合を中心とする保険者による保険料と患者負担で6割以上を占め、残りの3割弱が公費（税金）で賄われている。ただし、国保の医療給付の50%、協会けんぽのその16.5%は、公費（税金）の支援があり、実質的に、公的医療保険の財源は健康保険組合を中心に支えられている。また、公的医療保険は医療費の財源確保（ファイナンス）の仕組みと捉えられ、その中で、「保険者」は、「医療費保証の相互扶助組織として自律的な保険運営を行う加入者（・事業主）の集合体」と位置付けられている。

表2 保険者機能の具体的な内容³

<p>●<u>事務的保険者機能</u></p> <ul style="list-style-type: none">(1) 被保険者・被扶養者の加入手続きと管理<ul style="list-style-type: none">・被保険者・被扶養者の加入資格の確認、加入者管理(2) 給付額に見合った保険料の設定と徴収<ul style="list-style-type: none">・加入者の医療ニーズに対応した給付内容の設定（付加給付等）必要な給付を見積り、必要な保険料率を設定・徴収(3) 医療費・療養費の給付<ul style="list-style-type: none">・加入者の医療費・療養費の点検・審査・支払い <p>●<u>付加的保険者機能</u></p> <ul style="list-style-type: none">(4) 保健事業・保養事業の実施<ul style="list-style-type: none">・健診・人間ドック等の疾病予防・健康管理・加入者ニーズに対応した保養事業、健康づくり活動(5) 広報活動による医療・保険情報の提供<ul style="list-style-type: none">・加入者への医療知識・疾病予防・健康づくりの提供・適切な医療機関情報の提供 <p>●<u>戦略的保険者機能</u></p> <ul style="list-style-type: none">(6) 適切な医療サービスの提供の確保<ul style="list-style-type: none">・医療機関の開設、適切な医療機関との契約、適切な医療サービスの提供、適切な診療報酬の設定等(7) 医療費の適正化・効率化による保険料負担の抑制<ul style="list-style-type: none">・加入者の医療費・療養費の分析・健診情報とレセプト情報の突合、医療費適正化の取組み
--

³ 健康保険組合連合会(2010)85頁の図表30を参考に作成。

本稿のテーマである「保険者機能」とは「相互扶助の医療保険制度の運営に係る保険者が自律的に果たす役割」と定義され、具体的には、上記の7つの活動を表わす(表2)。つまり、保険者機能とは、加入者の資格審査、保険料の徴収、医療給付等の「事務的保険者機能」と保険加入者の健康管理や、医療機関と診療内容や報酬を交渉し、それを通じて医療機関を選定するなどの「付加的保険者機能」「戦略的保険者機能」に分けられる。しかしながら、わが国においては、(1)～(3)の「事務的保険者機能」が中心で、特に(6)～(7)の戦略的保険者機能については極めて稀と言える。その理由は、わが国において、社会保障は国が行うべきといった考え方が主流となり、自治的組織が十分に成熟していない時期に公的健康保険制度が創設されたことから、医療保険制度の保険者は「政府」と「健康保険組合」の2者とされてきた。健康保険組合を代行機関(=代行論)と解釈し、健康保険組合の持つ公益性を代行説に求めたのである。保険行政にとって、各保険者が裁量的に診療報酬を交渉し、医療機関の選定などを行えば、その中央集権的な権限の低下をもたらすことになる。また、医療機関側においても、そのような保険者機能を備えた保険者を相手にするよりも、医療制度全体を管理監督する行政を相手にするほうが結論を早く出し易く実効性もあると考えていた。このことが、現在に至るまで、我が国の健康保険組合の保険者機能が「付加的機能」「戦略的保険者機能」へ加速しなかった理由のひとつと考えられる。

2-4 わが国の保険者の特性

保険者機能を論ずるには、これまで、我が国の保険者がどういう機能を果たしてきたかについて実態を知り、医療保険制度と保険者の位置付け・枠組み・機能について理解しておく必要がある。わが国の公的健康保険制度は、健保組合、協会けんぽ、共済組合、国保(市町村、国保組合)等に分かれ、保険者、被保険者、保険料の徴収・給付、公費負担等において異なる。保険者機能が十分に発揮できない要因として、保険者の多さが強調されるが、それ以上に、複雑な制度体系こそが阻害要因となっている。自助を中心とする健保組合の議論の中に、公費(税金)を原資として活動する市町村国保・協会けんぽの存在は、保険者間の財政調整等の実施を難しくしている。次に、健保組合(組合方式)の役割・機能・特色、並びに規制緩和の動きについてみると、公的健康保険制度の中で、特に健保組合(組合方式)に期待される役割・機能・特色は、次の4点に集約される。第1に保険料率の設定、付加給付の実施等、自主性を持ち責任ある事業運営を実施していること、第2に同質職域集団として、加入者が顔の見える関係にあり、「共助」が自然体で行なうことができること、第3に職域実態

に即したきめ細やかな運営や、事業主、労働組合との連携により三位一体で相乗効果が期待できること、第4に保険者間で交付金交付制度（リスク調整）事業や、保健事業等共同事業が可能となること、つまり「自主自律性」「自己責任」を基本とし、保険者の牽引役としての役割が期待されてきたのである。具体的に説明をすると、保険料率・付加給付と保険者の役割・機能については、自主性・自律性の根幹をなす保険料率の設定については、組合会議決と行政認可を得て自らの責任において決定できる。しかしながら、現状において次の2つの面から活動が揺らぎ始めている。第1に財政面からの料率設定に係る自由度の制約である。第2に協会けんぽ、国保との財政（リスク）調整の動きである。「取り易い所から取る」といった行政の安易な行為が、健保組合の自主性・自律性を表わす保険料率の自主決定や付加給付の実施を困難にしている。次に、行政・厚生労働省による保険者機能の権限委譲の問題については、法令、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」、健康保険組合同規約例等を含む）、さらには許認可等、一律的な規制が長い間続いてきたが、小泉政権の発足以来、規制改革の大きなうねりが起こり、より保険者の自主性に委ねるべきとの権限委譲の議論が高まってきた。1998年度以降について具体的にみていくと、第1は保険者が業務運営上多様な選択ができるための法制面での配慮がなされたことである。2001年1月の法改正（付則8条）で、法定上限での介護保険料徴収不足分につき、2001年度一括徴収か2年分の分割徴収かが選択可能となった。保険者選択に配慮した個別法・条文は初めてのことで、これは同保険が「選択・契約・競争」を理念の一つとして掲げているためである。第2は「運営基準」等の改正による規制緩和である。職員配置基準（1000人ごとに1人等）、鍵のかかる方法での預貯金の保管、従事務所（支部）の設置目安（300人）、予算時の医療給付算定ルール、予算計上（3%）、費目の使途制限、互選議員の無投票当選の選挙録等多くの項目も廃止となり、また規約変更についても、組合会での3/4以上の賛成があれば改正可能となり、さらに軽微な内容については過半数で改正可となった。第3は重要度の比較的低い内容の取り扱いが、許認可から届出へと変更となったことである。予算、事業所の名称等軽微な規約変更、調整保険料の変更等が対象となった。

以上のように、規制緩和や事務簡素化の声に押されて、ようやく健保組合の自主性、選択を尊重する動きが具体化しつつある。しかしながら、現行法では、保険医療機関、患者への調査権は、厚生労働大臣、都道府県知事が保有しており、保険者には、療養費の償還払い、傷病手当等の現金給付に係る患者調査権のみしか認められていない等課題を残している。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) 記載内容の書面審査(記載病名に対する記載(投与)薬剤の適否等)に留まり、診療内容自体の真偽・適否までの実質審査はほとんど行われていないのが実態である。「レセプト審査の充実」は、保険者がなすべき機能の筆頭に上げられる項目であるが、現行法においては、未だ制限が残され、架空・水増し・請求の背景・原因となっている。また、医療機関調査権等のない保険者には、これまで医療機関の選別や直接契約についても認められなかった(図1)。

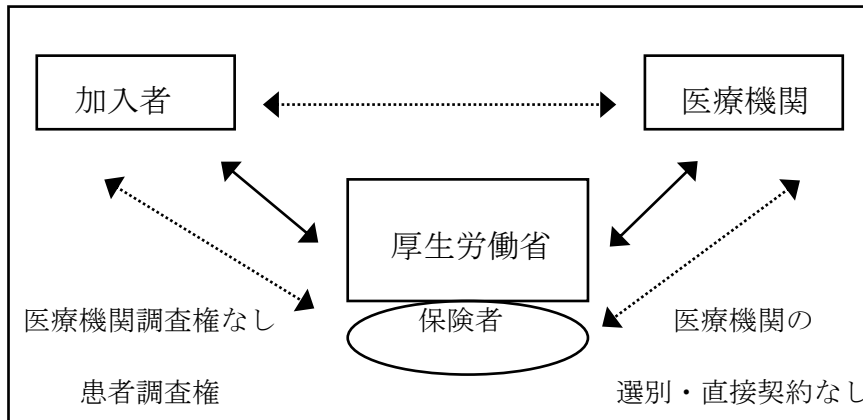


図1 今日現在の保険者の姿⁴

2-5 保険者機能と保険者の役割・機能

保険者機能論でよく最初に上げられる項目が「保険者規模論」である。適正な規模がなければ、組織リソース・財政面においてリスク分散にも支障があり、保険者機能を果たすことは困難という意見である。今日的意味での「規模論」は単なるリスク分散論や数ありきの問題ではなく、保険者としての自主性・自律性・効率性、いわゆる被保険者のエージェントの役割が発揮できるかという保険者機能論の基本を見ていかなければならない。健保組合の設立認可基準は、被保険者数の規模として常時700人以上(同種・同業の総合健保の場合:3000人以上)としている。協会けんぽ(国費16.5%投入)への流入を避けた意向もあり、数年前までは、健保組合の「自主解散」(事業主合併・解散等の事由以外の解散)は稀で、その結果、1000人に満たない組合が1割を超えるに至った。ここ2年~3年、財政の窮乏化と行政の姿勢変化により、自主解散組合が毎年2桁となり、その結果、2001年3月には、3年前の1813組合が1756組合と57組合もの減少となった。また、2001年1月の法改正で、健保組合指定

⁴ 山崎(2003)第1章9頁を参考に作成。厚生労働省が実質的な保険者として保険者機能を行っている。

制度が創設され、赤字が続く小規模組合などを所管大臣が指定し、「指定組合」は財政健全化計画の策定が義務付けられ、必要により解散命令も出され、その数は80数組合まで拡大した。保険者機能の視点からは、保険者の存続意欲や実践努力といった数値化しにくい要素を、行政が如何に見極め、柔軟な運用を取るかということが実効ある制度か否かのポイントとなる。いずれにしても、国保等を含め5千を超える保険者の数は余りにも多く、効率化とともに、集約化は待ったなしの状況となっている。

以上のように、保険者の役割・機能を論ずる場合、土台をなす事業・財政基盤の安定が必要不可欠となる。しかしながら、本稿の冒頭にもあるように、保険者の財務実態は危機的状況にあり、医療保険制度は崩壊の危機を迎えている。その要因は、保険料の基礎となる標準報酬月額低迷等もあるが、前期・後期の高齢者医療制度の拠出金の影響が最も大きい。本年度の拠出金は保険料収入の5割にまで拡大し、健保組合の財政基盤を破綻させる主要因となっている。健保組合の健康づくり、予防活動等の「付加的保険者機能」の財源が枯渇し、やりたくてもやれないというのが実態である。健康保険組合連合会（以下「健保連」）の調査によれば、2割が解散を視野においており、わが国の公的医療保険制度自体の存続が危ぶまれるといってもよい。

2-6 医療・医療機関情報と保険者の役割・機能

保険者機能を論ずる場合、その最も重要なポイントは「情報」となる。被保険者・患者が欲する情報は、どの医師や病院が医療技術的に優れ、安心して診てもらえるかという医療機関の情報である。しかしながら、現状、制度の壁、情報提供側（医療機関）の壁、専門性・知識の壁等が存在し、保険者はその機能を果たせていない。患者の代理人としての保険者は、目前の患者の代弁者としての役割に加え、長期安定的な保険運営という視点からも医療・医療機関情報に関する知見が必要となる。医療機関評価などの情報開示も徐々に進みつつあるが、未だ、個別対応的色彩が強い。具体的には、医療機関から患者等への情報公開の内容として、医療機関の広告宣伝、医療機関によるカルテ、レセプト等の開示、インフォームドコンセント等があるが、医療機関では、公共性を理由に限られた項目（病院・診療所名、所在地、医師名、診療科、診療時間、入院可否等）等の限定された表示についてしか認められていなかった（医療法第69条第1項）。しかしながら、前述の規制緩和の流れもあり、また、支払い側の強い要望も起こり、近年、その内容も範囲が徐々に拡大されつつある。1997年には療養型病床群の有無、照会可能性病院等の内容、1998年には医師、看護師等の員数、病室等施設内容、そして、2001年には診療録情報提供の有無、医療機能評価結果、医

師略歴等の内容の追加等の内容が加速されつつある。何よりも患者・加入者は、医療機関を判断するに足る様々な情報を求めており、広告規制については一気に緩和すべきである。また、医療機関によるカルテ、レセプト等開示、インフォームドコンセントについての規制緩和も拡大する必要がある。

2-7 保健事業・健康づくり活動の実践

健保組合の中には、保健事業「付加的保険者機能」を強化し、健診センター、病院、老健施設を自ら保有し、加入者の疾病予防・健康づくりを実施している。一方、法律で規定された、定期健診のみを実施している健保組合もあり、二極化の方向にある。さらに、前述の財政悪化で保健事業・予防活動に使える原資がない健保組合も多い。その状況を踏まえ、ついに、厚生労働省も1996年度以降、保険料収入の5%以上を保険事業（予防・健康づくり）にあてるという基準を撤廃した（表3）。

表3 保健事業費の保険料収入に占める割合⁵

項目・年度	1996年	1997年	1998年	2000年
保健事業比率	6.6%	6.3%	6.0%	5.8%

また、加入者・家族の心身の健康づくりの施設として設立された保養所等の運営や福利厚生的な事業を中心に、健保組合が所有する施設・建物・土地等の見直しが大胆に行われてきた。この赤字事業撲滅に向けた見直しは今日も続いており、加入者のニーズを考慮し、「医療費適正化」と「疾病予防・健康づくり」に直接的に結びつく活動へとシフトしていった（表4）。このことは、財政再建の達成なくして新たな保険者の活動はできないという健保組合の強い意志を表わしているといつてよい。

表4 健保組合の施設保有状況⁶

項目・年度	1996年	2001年	増減率
組合数	1819	1756	96.5%
病院数	19	17	89.5%
診療所数	311	292	93.9%
保養所数	1839	1423	77.4%

⁵ 対馬(2003)210頁の表を引用。

⁶ 同上書210頁の図を引用。保養所施設を中心に施設の見直しが行われている。

3. 保険者機能：欧米先進国の取り組み

3-1 米国マネジドケアに学ぶ

アメリカは、先進国中唯一、全国民を対象にした公的医療保険制度のない国である。公的医療保険としては、65歳以上の高齢者や身体障害者等を対象にしたメディケアと貧困者を対象にしたメディケイドがあり、この両方で医療費の3分の1が支出されている。メディケイドの運営は、州政府・地方政府に任されており、州ごとの財政状況により格差が大きい。また、アメリカには6000の病院があり、そのうち約5000がコミュニティ病院と呼ばれる短期総合病院で、平均病床数は170程度である。また、長期ケアは、在宅ケアと施設ケアに分かれ、施設ケアはナーシングホームが担ってきた。医師の4分の1は病院に所属しており、病院の4分の1は政府の所有である。メディケアの病院に対する支払いは出来高払いであったが、1983年以降、包括払い制度が導入され、医療機関は入院毎に診断群に基づいた定額の支払いを受けるようになった。さらに、診療所への支払いも出来高払いから包括払い制度に変更され、従来、割高だった専門医への支払いが適正化された。マネジドケアはアメリカが生み出したユニークな保険・医療の運営システムで医療費の増加を管理・抑制することを目的とした。その功罪については光の部分と影の部分があるが、本稿においては、新たな保険者機能のアイデアを得るという観点から、主に、その光の部分に着目したい（表5）。

表5 米国マネジドケア医療費抑制方法⁷

【マネジドケア医療費抑制方法】
1. 診療報酬支払い方式の定額化
2. 診療内容のモニタリング（医師・病院の選別 医療サービスへのアクセス制限）
3. 健康増進・予防医療の重視
4. 診療報酬支払い方式の定額化
5. 診療内容のモニタリング
6. 医療サービスへのアクセス制限
7. 健康増進・予防医療の重視
8. 薬剤費の抑制

マネジドケアの保険者機能の骨格は、①医療機関ネットワークの情報提供、②医療

⁷ 西田(2001)5頁を参考に作成。付加的・戦略的保険者機能の内容が具体的に盛り込まれている。

費の適正化、③医療の質の維持・向上の3点から成り立っており、わが国の保険者機能に必要な内容を含んでいる。この内容を、そのまま当てはめることは、法律面においても、保険者の体制・組織面においても困難な点もあるが、マネジドケアが生み出した「医療経営技術」「医療費適正化の取組み」については、医療保険制度を超えて運用できるものもある（図2）。

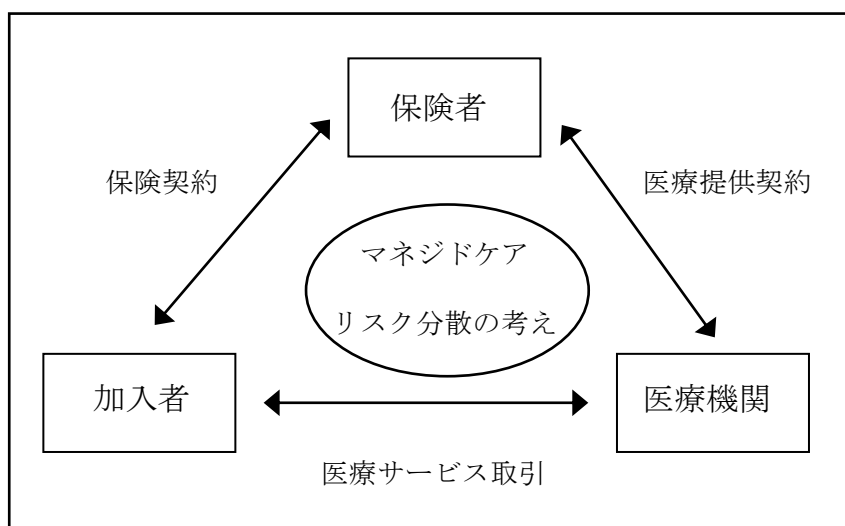


図2 米国マネジドケアのリスク分散の考え⁸

3-2 ドイツの保険者機能に学ぶ

ドイツでは、1883年に宰相ビスマルクの主導により疾病保険制度が創設されたが、その前提として、中世以来の同業者相互扶助組織の歴史的な存在や、19世紀半ば以降の企業内金庫、共済金庫制度など疾病保険に連なる制度的な基盤があった。疾病保険制度は、当時のシステムと妥協しながらも適用対象者の保険加入義務を「金庫強制制度」という形で制度化した。疾病保険制度では、診療委託契約が必要になったが、医療供給契約主体の選択や報酬払いの方法など、基本的には民事法上の契約自由の原則に基づき個々の金庫に委ねられていた。当時の医師団体は小規模で、政策決定に大きな影響力はなく、各金庫は最も有利な条件（コスト・品質）を求めて活動した。その後、1892年の疾病保険法改正により被保険者範囲の拡大や給付機関の拡大等により、加入者の保健医療の利用を増加させ、過剰診療を起し、金庫財政は圧迫された。その対策

⁸ 西田(2001)7頁の図を参考に作成。

として、1996年以降、被保険者が疾病金庫を選択できるように制度変更し、保険者間の競争が促進された結果、疾病金庫の数は1993年の1221から2000年には420に減少し、規模の拡大とともに、疾病金庫（保険者）の財政健全化を果たすことに成功した。ドイツの公的医療保険制度は、原則、労使折半の保険料収入だけで運営されており、公費は一切投入されておらず、行政の介入は受けない自主的・自律的運営を徹底している。ちなみに、国民医療費の財源構成は、公的医療保険68%、中央・地方政府支出10%、民間保険7%、患者負担11%となっている。

表6 ドイツ疾病金庫による保険者機能⁹

- 医師の選択：医師の選択は権利として認められ、常勤の医師を直接雇う金庫もあれば、地域の開業医と個別に契約する金庫もあった。
- 医師への報酬の支払い：被保険者1人あたりの頭割り（定額）か、出来高で支払われたが、契約交渉の結果、地域によっては公定推奨料金よりも値下げした価格を適用するケースもあった。
- 薬剤供給：薬は同一仕様で最安値の価格を提示した業者から購入された。なお、疾病金庫の中には直営の薬局を持つところもあった。
- 病院の利用：契約により、最も有利な価格を提示した病院が選定された。また、直営の病院を持つ金庫もあった。
- サービス供給のモニタ：個々の医師ごとに、処方率や入院率等の医療費について詳細にデータを用いてチェックされた。

保険者は州ごとに医療提供者の代表と医療提供の契約を結び、患者は開業医（一般医40%、専門医60%）を自由に選択可能で、病院への報酬の支払いは1日あたりの定額制が中心となっている。1989年の薬剤参照価格制度の導入、1993年の疾病金庫の選択性や薬剤の予算制度の導入等、ドイツの医療サービスは大胆に改革されてきた（表6）。

3-3 先進各国の保険者機能の比較

表7は、日本を含む欧米6カ国における保険者機能の代表的な5項目を選んで、スコア化（0点～5点 評価）したものである。また、図3は、保険者の自律性の度合いを横軸に、保険者機能の点数を縦軸にして、表7のスコアを国ごとにプロットしたものである。残念ながら、「保険者機能」のレベルと「保険者の自律度」において、わが国の保険者機能は、6か国中、最低の評価となっている。

⁹ 松橋(2001)54頁を参考に作成。付加的・戦略的保険者機能の内容が具体的に盛り込まれている。

表 7 日米欧 6 カ国 保険者機能スコア表¹⁰

保険者機能／国	米国	独国	仏国	カナダ	英国	日本
データ疾病管理	1	1	0.5	0	1	0.5
医療機関選択	1	1	0	0.5	0	0
審査による支払い	1	1	0.5	0.5	1	0.5
番号制度・カード	1	0.5	1	0	0	0
保険者選択	1	1	0	0.5	0	0
スコア合計	5	4.5	2	1.5	2	1

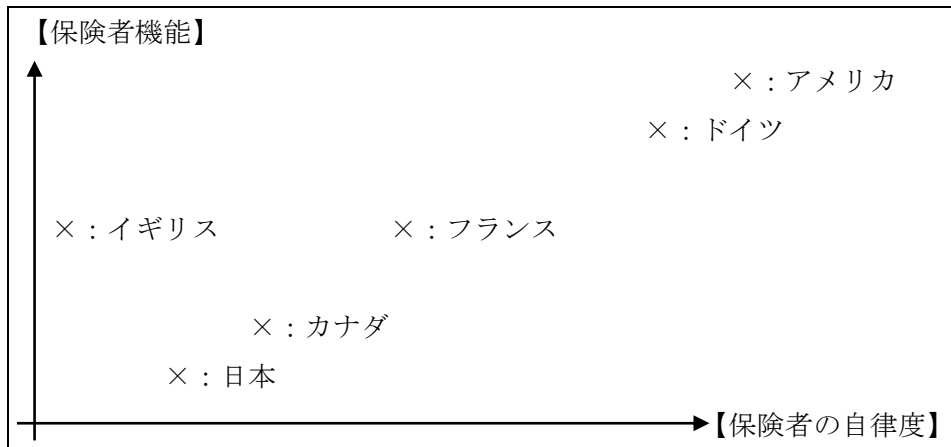


図 3 日欧米 6 カ国 保険者機能比較¹¹

欧米において、科学的根拠に基づく診療の標準化や被保険者の疾病管理は、保険者機能として一般的なものであり、審査に基づく支払いも保険者が本来持つべき機能と考えられている。また、入院サービスに対する包括方式の診療報酬支払いは、リスクが保険者と医療機関の双方によって分担されている点に特徴があり、ドイツやフランスなどの社会保険方式を採用している国にも普及している。診療サービスの内容についての保険者の介入は、受診前の医療機関選択の制限、受療中の医療サービス選択の制限、事後の提供された医療サービスに対する審査に分けられる。そのための手段として、根拠に基づいた医療（EBM:evidence-based medicine）と呼ばれる客観的なデータによる患者個人別のミクロの疾病・医療費分析が当然のごとく行われている。

¹⁰ 府川(2003)268頁の表14-2を参考に作成。

¹¹ 同上書(2003)269頁の図14-1を参考に作成。

3-4 日本の医療保険と保険者機能

(1) 日本の医療制度と保険者機能の現状

日本の医療システムは、国民皆保険、フリーアクセス、現物支給という3つの方針を掲げアクセスの公平性に関しては優れている。一方、負担の公平性に関しては、被用者と自営業者の間の負担格差や高齢者と現役勤務者との負担の問題が指摘されている。一般的にわが国の医療の質は、マクロの指標においては高いといえるが、ミクロの指標において評価は高くない。特に、老人の長期入院の問題や医療費の地域差の医療サービスの適切さ等の問題があげられる。また、医療サービスの統合については、病診連携が悪く、その結果として重複受診が多い等の理由もあり、日本の医療システムの評価は厳しい。医療費の適正化・効率化の面では、医療費の対GDP比率は低く、マクロの効率性は優れているように見えるが、患者・加入者、個人別の医療費に関するミクロの効率性は、在院日数の長さや薬の消費量の多さからみて日本の医療システムの評価は高いとはいえない。さらに、わが国の医療保険の問題点としては、過剰な病床(長期入院の原因)、医療費の地域差(年齢や疾病構造の違いでは説明しきれない)、医療の質の放置(患者の立場が弱いことの帰結)、病院・診療所の機能の未分化、診療報酬点数表主体の誤ったインセンティブの供与、患者の側のモラルハザードの存在、医療機関の側の非価格競争による悪循環等があげられる。医療システム、医療制度のプレーヤーとして、患者・被保険者、医療提供者(医療機関)、保険者の3者が存在する中、政府・行政は、ルールを定め、ルールの遵守を監視するアンパイヤとしての役割が本来期待されるが、協会けんぽ、国保においては、政府自らが保険者となっているのが実態である。健保組合においても、政府と健保組合の両方が保険者の役割を担っており、政府・行政の役割が欧米先進国と比較して際立って大きく、その結果として、患者・加入者や保険者は公的医療保険制度の主体的プレーヤーとして行動することを期待されていなかった。特に、保険者に関しては、契約の当事者として本来発揮すべき機能が規制により働いていない。このことが、わが国の医療システム・医療保険制度の改革が進まない主要因と考えられる。(図4)。

(2) 保険者機能の発揮

それでは、どのような保険者機能が発揮されるべきであろうか。わが国の医療の根本的な問題点は、第1に根拠に基づいた医療サービスの提供という考え方が定着していないということがあげられる。また、保険者の活動についても、ITの活用が不十分

で、加入者・被保険者個人のデータの分析についても弱く、裏付けを持った予防活動、健康づくりの活動が十分に行えていない。第2に医療機関各層の意見が医療制度・保険制度等の意思決定に正しく反映されていないこと、第3に患者（保険者）の立場が相対的に弱いという点があげられる。医療の質向上において、科学的根拠に基づく診療の標準化や被保険者の疾病管理は、保険者機能として欧米先進国では一般的なものであり、わが国でも保険者がこの分野に関与することは必要不可欠と思われる。

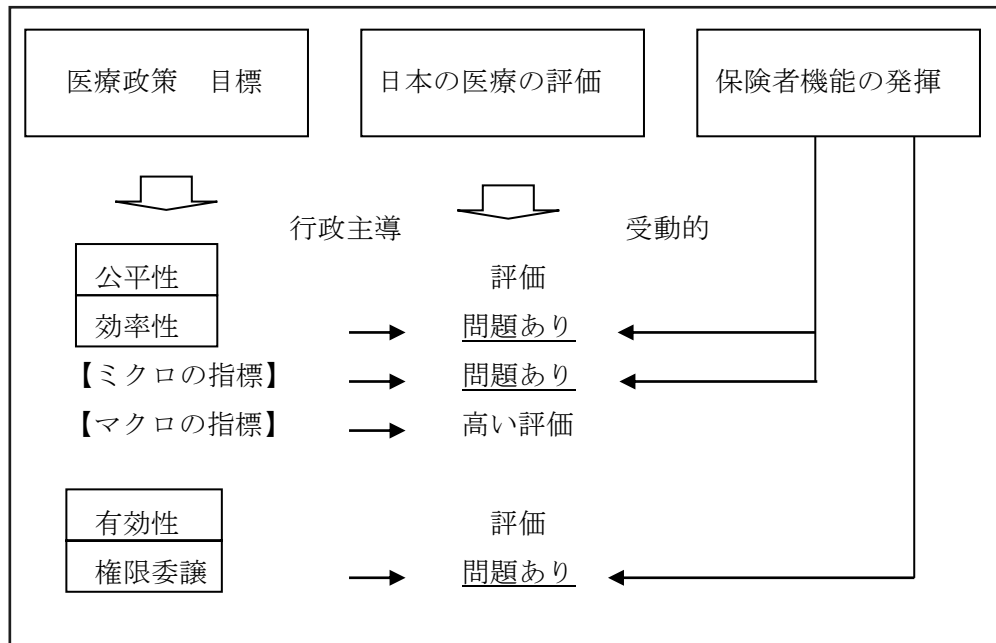


図4 わが国の医療政策と保険者機能の課題¹²

審査に基づく支払いも、保険者が、本人や医療機関に対して確認・調査を行う機能は必要不可欠と考えられる。つまり、保険者が、被保険者のエージェントとしての機能を高めることは、医療サービスの本来の目的に沿うものであり、医療の質の向上においても貢献することになる。保険者が一歩前に出て、契約及び医療機関との連携強化に踏み出すことが重要である。

(3) 保険者機能比較

先進国との保険者機能について、疾病管理、被保険者の保険者選択、医療機関の選択、審査に基づく支払い、番号制度・被保険者カード等の項目で、それぞれスコア化

¹² 尾形(2010)107頁の図2を参考に作成。わが国の保険者は受動的で、ミクロの指標、権限委譲に課題あり。

した結果、日本は6か国中最も低いスコアとなった（図3）。1番高いはアメリカで、マネジドケアの発達したアメリカと、国民皆保険・出来高払いの比率が残る日本のシステムでは活動の内容が自ずと異なる。皆保険の実現を果たし、財源においても社会保険中心のドイツの保険者機能は、制度的にもわが国に近く、参考にすべき点が多い。

以上、医療保険制度に参画している各プレイヤーが本来の機能を果たしていないことが、日本の医療制度改革を拒む要因の1つになっている。保険者がどこまで独立性を保ち、自律的であるかという点はそれぞれの国により異なるが、被保険者の疾病管理や情報化・IT化による事務の効率化、被保険者・加入者サービスについては参考にすべきである。先ほどの評価の中で日本の保険者の評価が一番低いということを理解し、保険者が本来の機能を果たすことによって、これらの課題を整理し、医療機関、患者、保険者の三者で解決することが求められてくる。特に、保険者の機能の発揮、役割の拡大が重要で、診療報酬、薬価・薬剤費、供給体制、高齢者医療、患者の立場重視等の課題が山積みとなっている。

4. 期待される保険者像 保険者機能強化・発揮を目指して

保険者機能と関わる領域につき足元の状況を見てきたが、大きな転換期にあることは間違いない。保険者機能の強化・発揮のため何が必要か、以下では制度面と情報面を中心に考えていきたい。

4-1 保険者自治の拡大・強化

（1）保険者機能論の原点：「患者主体」の確立

保険者機能の理論的根拠については色々と論じられており、今日的意味における保険者機能論は、単に、患者・被保険者（以下「患者・加入者」）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。「患者主体」に光をあてれば、社会的公正の確保と自主的事業運営に責任を持ち、患者の思いを受け止めそのニーズを実現する保険者、健保組合（組合方式）が最も相応しい姿として浮かびあがる。そのためには財政の安定が何よりも必要となる。

（2）保険者の統合再編と基盤強化

保険者機能を最大限発揮するためには、ある程度の規模が必要であることは既に述べた。一方、最も注目すべきは「高齢者医療制度の創設」である。保険者機能論から

すれば、保険者の機能が十二分に発揮され、医療費適正化と質の高い医療の提供に繋がる制度が必要となる。国の財源不足の肩代わりの手段としての拠出金という保険者間の財政調整を無作為に拡大するのみでは、持続可能な公的医療保険制度は維持できない。将来的な保険者の枠組みのイメージとしては、ドイツの改革のように、職域保健（健保組合、協会けんぽ、共済健保）と地域保険（国保）が切磋琢磨し、規模の拡大も視野に、医療機関選択・連携等の新たな機能を身につけていくべきである。また財政上の改革で注目すべきは、2002年からの老人医療・高齢者医療に関する改革であった。現役による高齢者への支援はやむをえないが、その歯止め、透明性がなければ加入者や事業主等の理解と協力は得られない。既に前期・後期の高齢者医療制度への拠出金は保険料収入の5割を占める状況となり、保険者の財政破綻の最大の要因となっている。超高齢社会における医療費増により、財政面の厳しさは常態化することを認識し、構造改革と自助努力を両輪に経営努力の積み重ねが必要となる。しかしながら、収入の5割の拠出金は、加入者の保険料の半分は自らの健康づくりの原資として使えないことを意味しており、度を越えており、行政としての改革は必須である。

4-2 保険者権限の強化

「患者主体」の医療制度を実現するには、さらなる規制緩和、保険者への権限委譲が必要となる、まず、規制緩和、規制改革であるが、国は原則としてルール・環境づくりと制度運営の監視としての機能に特化し、健保組合等保険者は、財政面の自律的運営と保険者機能の発揮が望ましい役割分担であろう。保険者による患者調査権の必要性は既述したが、「患者主体」論の裏打ちとなる「医療機関への調査権」も、少なくとも医療費の審査という点においては認められるべきである。保険者による医療機関の選択・契約については、まず、情報の蓄積・分析・評価等の体制・しくみづくりができた後、Win-WINの関係の推奨医療機関に対しては、付加給付上の優遇措置等の適用による患者誘導についても検討すべきである。

4-3 「患者主体」の情報システムの構築

わが国の医療分野における、情報化が遅れた背景には、患者主体、患者のための情報、情報の主人公は患者であるという認識が希薄であったのではないかと考える。医療機関のため、医療費支払いのための情報化であって、患者本位の情報化・IT化とはいえなかった。患者主体に立脚した医療情報についてのトータルネットワークシステムが強く求められている。「患者主体」の視点に立つ医療情報システムの構築とは、患

者が自らの診療履歴に関わる情報を、いつでもどこでもアクセスできることを基本概念とし、自宅や、医療機関、健保組合に設置された端末から、ICカードと個人認証IDにより、データセンターや医療機関、健保組合にアクセス可能となり、必要な情報を取り出すことができるシステムの構築である。医療情報は患者のものという発想のもと、病院にかかる前の検査の重複等を防ぎ、患者が診察前に過去の診療・検査データをダウンロードして、新たな診察の際にデータを持って行くという患者本位の情報インフラを整備していく必要がある。このシステム構築については、現在、政府を挙げて「番号制度の導入」「どこでも My 病院」という名称で検討されており、健保組合は、この患者主体・加入者主体の医療情報アクセスシステムの構築に際して、医療情報の非対称性の解消に結びつけることが出来る絶好の好機と考え積極的に参画していくべきと考える。

4-4 新たな保険者機能：保険者に求められる機能

保険者の役割に関しては、1997年の厚生省医療保険審議会の建議「今後の医療保険制度のあり方」の中で、「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」が議論されていることに注視したい。この議論は、①医療の質の向上、②少子高齢化社会における国民皆保険体制、③医療の効率化等を基本とした新しい保険医療システムの確立をテーマとしており、特に、「保険者の機能強化」について次のようなビジョンを示している。このことは、つまり医療制度の改革には、医療保険制度の改革が必要であり、医療保険制度を見直すには、保険者機能の見直しが必要不可欠ということを示唆している。この「保険者機能」をしっかりと定義し、タイムフレームを描き、着実に実行しなければ我が国の医療制度、医療保険制度の改革は望めないということを表わしている。従来、医療制度においては、医療機関（医療の供給・提供側）のアプローチが中心であったが、今回は医療の支払い側・需要側のアプローチが強く求められてきたことを表わしており、「質の高い医療の提供」と「医療費の適正化」を同時に実現するためには、保険者機能の強化が必要不可欠であることを示唆している。

4-5 保険者機能の将来ビジョン

保険者機能の将来ビジョンの視点として、まず第1に医療保険制度における加入者の選択と責任の比重を高めるという方向での改革であること、第2として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等行うほか、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により保険者の自律性を高めること、第3と

して保険者規模を適正なものにするなど健保組合の組織・体制のあり方を見直し、保険者の事業および事務の効率化・合理化の推進があげられる。具体的には、保険者は加入者に対し医療機関に関する情報の積極的な提供等を行うこと、次に保険者の自律性を高めその機能を強化していく観点から、病床過剰地域における保険医療機関の指定等について保険者が積極的に関与できる仕組みを設けること、最後に、保険者の規模を適正なものとするため、健保組合の統合を進めるなど保険集団のあり方を見直すほか保険者の事業および事務の効率化・合理化並びに給付の適正化を進めることである。つまり図5に示すように、権限委譲された保険者は行政の前に出て、加入者に対する情報提供、医療機関の質の評価、保険医療機関の指定、健保組合の統合を含む保険者の「自律性」の強化を図ることが求められる。

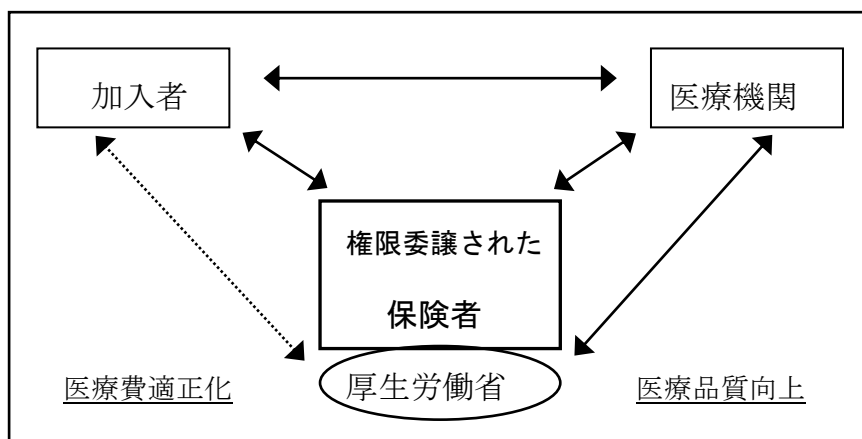


図5 権限委譲された保険者の姿¹³

5. おわりに：新たな保険者機能の発揮を目指して

20世紀の保健医療の拡大、成長期において、わが国の保険者は、医療サービスの費用を賄う資金・財源確保の役割を担い、行政・厚生労働省の指導により決められたルールの中で保険料率の改定から給付率の加減までの事務的機能を忠実に果たしてきた。このことは、わが国の公的医療制度が「保険」の仕組みをとりながら、その中核的な推進役である「保険者」が余り機能してこなかったことを意味している。結果として、医療の効率化についても「患者自己負担の引き上げ」と「診療報酬の改定」に頼らざるをえず、コストの抑制についてはある程度の成功を納めたものの、医療の質向上については、近年、医療崩壊が懸念される状況となっている。その中で、経済が長期に

¹³ 山崎(2003)9頁を参考に作成。権限委譲され、自律的に行動する保険者が表現されている。

低迷し、国家、社会福祉制度、医療保険制度、公的医療保険制度等の財政が逼迫してきた、今日、欧米先進国が断行したような大胆な改革が求められている。つまり、「米国マネジドケア」「ドイツ疾病金庫」のように、自主自律の気概を持ち、自己責任で、自ら考え行動し、医療機関と積極的に連携し「医療費の適正化」と「良質な医療の提供」について、結果の出せる保険者の登場が待ち望まれている。

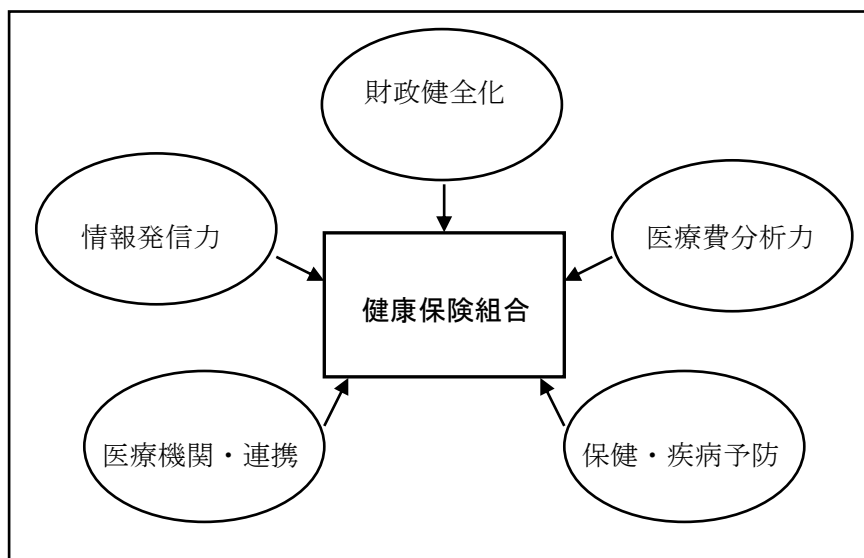


図6 時代が求める新たな保険者機能のイメージ¹⁴

21世紀を迎え、わが国では、毎年のように社会保障改革、医療保障改革、公的医療制度改革が叫ばれる中、今こそ、「付加的保険者機能」「戦略的保険者機能」を実践できる「強力な保険者」が求められている。具体的には、公的健康保険制度を取り巻く環境を直視し、財政健全化を実現し、ステークホルダーに対し価値ある医療情報を発信し、加入者個人のミクロの疾病別医療費分析を実行し、保健・疾病予防の活動に重点を置き医療費の適正化を図り、さらに、医療機関との積極的な連携・契約により、医療の質を担保することができる保険者が必要とされている（図6）。社会保障制度、公的医療制度、行政・健康保険の財政悪化という厳しい環境の中で、これまで、行政の影に隠れ、限られた機能しか発揮してこなかった健康保険組合が、いよいよ、本格的に保険者機能を発揮する必然性がここにあると結論できる。

¹⁴ 田極(2010)23頁の図を参考に作成。強化すべき新たな保険者機能の視点が示されている。

参考文献（引用文献を含む）

- [1]健康保険組合連合会(2010)『健康保険組合論の構築に関する調査研究』。
- [2]鈴木 準(2012)「医療保険制度の持続可能性を高めるために」『大和総研 Economic Report』。
- [3]対馬忠明(2003)「健康保険組合と保険者機能の強化」(山崎泰彦・尾形裕也(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、第11章所載)。
- [4]山崎泰彦(2003)「保険者機能と医療制度改革」(山崎泰彦・尾形裕也(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、第1章所載)。
- [5]府川哲夫(2003)「保険者機能と医療保険改革」(山崎泰彦・尾形裕也(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、第14章所載)。
- [6]尾形裕也(2003)「保険者機能に関する考察」『社会保障研究』Vol. 36。
- [7]西田在賢(2001)「米国マネジドケアの試みから医療保険における保険者機能を考える」『海外社会保障研究』No. 136。
- [8]船橋光俊(2001)「ドイツ医療保険制度と保険者機能」『海外社会保障研究』NO. 136。
- [9]飛田英子(2012)「ドイツの三位一体での取り組みから学ぶ」『Business & Economic Review』。
- [10]田極春美(2010)「医療保険制度下における健保組合の位置付けと役割」『健康保険』No. 64 巻7号。

