医療提供体制と保険者機能

松原由美*

医療の質の問題、医療費適正化など、医療制度の課題は多様であるが、その多くは医療提供体制の課題に収斂すると言えよう。この意味で、医療提供体制の問題は医療制度の根幹を左右し、極めて重要である。そこで本稿では、医療制度改革の一つの手段として挙げられている保険者機能の強化と、医療提供体制の課題との関係について考察した。

そもそも本来の保険者機能とは、財政収支を均衡させ、ゴーイングコンサーンとして被保険者に保険を安定的かつ継続的に提供する機能であるが、公的保険にあっては、その社会的使命の度合いによって、これら本来的機能が必ずしも個々の保険者に当然には付与されない。そこで「誰に」「どのような機能」を付与するのか、その時代に合った最も合理的な組合せを論ずる必要がある。それを論ずるのが保険者機能論と言えよう。

本稿では医療提供体制の課題のうち、(i) 医療費適正化、(ii) 医療の質の向上、(iii) 情報公開について、その具体策として提案されているレセプト一次審査、医療の標準化、医療機関の評価との関連について考察し、一部にはその効果が期待できるものがあるものの、抜本改革につながるような効果は難しいと考えられることを示した。

ただし保険者機能は、医療提供体制も含めた医療保険制度改革にあたり、重要なテーマであるので、これを意義あるものにするためには、保険者機能についての実証的研究が急務であると考えられる。

キーワード 保険者機能、医療提供体制、情報公開、医療費適正化、医療の質の向上

1. はじめに

医療制度改革の必要性が説かれ、その中で当然のことながら医療提供体制についても様々な課題が挙げられている。

そもそも現在わが国の医療が抱える問題は、医療費の増加、医療の質の問題、医療経営における非効率性、医療資源配分の非効率性、情報開示の遅れなど枚挙にいとまがないが、これらは、医療費適正化に寄与する提供体制、医療の質向上に資

する提供体制、効率性の高い提供体制、情報の非対称性を改善しうる提供体制と、その多くは医療提供体制の課題に収斂すると言えよう。この意味で、医療提供体制の問題は医療制度の根幹を左右し、極めて重要と言える。

医療制度改革については、様々な角度から提言・検討されているが、1990年代後半より保険者機能に関する議論が活発化し、保険者機能の強化によってその解決を図ろうとする論議が盛んに行われている¹⁾。

そこで本稿では、保険者機能論とは何か、そしてそもそも保険者機能とは何か、そのような議論が出てきた背景を明らかにし、次にわが国医療制

* 明治生命フィナンシャルランス研究所

度の根幹である医療提供体制の課題に対し、「保険者機能強化」が役立つのか否かを考察する。

2. 保険者機能論とその背景

保険者機能論を論ずるにあたっては、まず本来の保険者機能とは何かを明らかにしたい。本来の保険者機能とは、財政収支を均衡させ、ゴーイングコンサーンとして被保険者に保険を安定的かつ継続的に提供する機能であり、具体的には保険商品の設計、保険料設定、加入者管理、保険料・保険金の収支管理などを指す。そして保険制度が採用されている限り、こうした本来の保険者機能はその実施主体が個々の保険者（以下、保険者とす）、その連合体、第三者機関、国のどれが行うかは別として、必ず発揮されているはずである。

私的保険にあつては、これら本来の機能は原則すべて保険者に付与され、そのもとで発揮されることとなる。何故なら市場原理下に身をおく私的保険者にこうした本来の機能を付与・発揮せしめなければ、保険者の責任が果たせず、私的保険としての意味をなさないからである。

一方、公的保険にあつては、その時々における社会的使命の度合いによって、これら本来の機能が必ずしも保険者に当然には付与されない。つまり、どの機能を誰にどの程度付与するか、機能と

発揮者の関係が固定されていないので、機能と発揮者の合理的な関係を検討する必要がある。

以上から明らかなどおり、保険者機能論とは結局のところ、公的保険制度下における保険者機能の内容と、その機能を誰にどの程度付与するか、その合理的な組み合わせを論ずるものと言えよう。

このように捉えると、発揮すべき保険者機能の内容、範囲および発揮者が予め固定している私的保険にあつては、保険者機能論はほとんど存在しないこととなる。医療保険では私的保険が中心の米国において、また、日本でも私的保険で提供されている生命保険、損害保険業界で保険者機能論が話題にならないのはこのためであろう。

ところで米国で、保険者機能が特に強く発揮されている保険としてマネジドケアがあるが、これはもともと私的保険ということで保険者機能が十分に発揮されているので、保険者が市場ニーズを見極めながら、その要請に合致するよう開発した商品と捉えられる。このように私的保険においては、先に述べたような保険者機能論は原則存在しないわけだが、仮に保険者機能について論ずる面があるとすれば、それはむしろ保険者の責任や、保険者機能の発揮過多に対する抑制についてである。ちなみに米国では、保険者機能を発揮する民間保険者、特にHMOに対し、保険者および保険商品の質の評価・認定を行う機関（NCQA：National Committee for Quality Assurance）が存在するが、その質の評価・認定に、保険者によるその機能発揮の行き過ぎをチェックする項目がある程である（表1参照）（明治生命FS研究所、2000）。

これに対しわが国では、公的保険制度を採っているため、保険者機能が保険者に当然には付与されていない。むしろ保険者は「国の代行機関」と言われる程度しか機能を発揮していない。言い換えれば、わが国では保険料も給付内容も診療報酬も国が決め、国が保険者機能を発揮していると言える。

¹⁾ 医療保険審議会「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」平成8年11月、日経連「当面の医療制度改革についての提言」平成8年11月、経団連「国民の信頼が得られる医療保障制度の再構築」平成8年11月、財政構造改革会議最終報告平成9年年6月、与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療」平成9年8月、行政改革推進本部規制緩和委員会「規制緩和についての見解」平成12年12月、経済同友会「社会保障制度改革の提言」平成12年10月、政策構想フォーラム「医療改革への道筋」平成12年10月、経済団体連合会「新たな規制改革推進3ヶ年計画の策定に望む」平成13年2月、健康保険組合連合会「今後の制度改革に向けての考え方」平成13年4月など。

表1 NCQAにおける保険者機能抑制に関する認定・評価項目

・マネジドケア組織指定以外の治療方法提示の保障を含めた、医師・患者間の医療選択に関する自由な意見交換が契約書で保障されているか
・医師へのアクセスを保障しているか
・診療ガイドライン、診療内容管理、予防ガイドライン、薬剤フォーミュラリーは合理的な医学的根拠に基づき、適切に見直されているか
・診療否認となった事例を、医師が再審査しているか
・過少・過剰医療を発見・是正するメカニズムを持っているか
・マネジドケア組織は、診療内容審査を作成した医師が、診療否認を多く設けたからといって、特別報酬を支払ったり、診療内容の決定者に対し、診療否認を促進するような金銭上のインセンティブを設けていないか

出所：Accreditation of Managed Care Organization NCQA より作成

さて、わが国の医療の現状に目を向けると、医療財政は厳しい経済状況下、加入者数の減少、標準報酬の低下、これらに伴う保険料収入の減少といった問題と、そして何よりも保険者自身としてはその支出に対しコントロール不可能な老人保健拠出金の負担増より、2000年度の健保組合では2/3が赤字、2001年度は約9割が赤字、1997年から2000年の3年間で56組合が解散しているといった厳しい状況にあり、この財政問題が、保険者機能論の背景の第一に挙げられよう。

第二に、医療供給が量的に充足され質に目が向けられる一方、相次ぐ医療過誤の発生から医療の安全性への関心も高まっているが、これら医療の質に対して保険者が主体的に関与できていない。

第三は質に目が向けられたこととあわせて、医療ニーズの多様化、消費者主権や規制緩和の流れの中で、正しい判断をするには適確な情報が必要であるが、それら情報が充分ではない。

このような医療を巡る環境変化を鑑みて、従来のような国が主要な保険者機能を担当している状況に問題があるのではないかと考えが生じ、個々の保険者の機能を強化する議論が台頭してきた。

具体的には保険者によるレセプトの一次審査や、医療の標準化、医療機関の評価などが提言されている。

保険者機能を考えるにあたっては、まずはわが国における医療制度の基本目標が何かを明らかにする必要がある。目標には大きくは2つのレベルが考えられる。一つは普遍的目標であり、例えばOECDでは公平性、効率性、有効性、患者権限の拡大を目標として挙げている。これらは普遍的目標の一つとして参考となると思われる。もう一つはこの普遍的目標をベースとし、わが国の状況から生じる当面の（中期的な）政策課題である。

この政策課題を達成するために、どのような制度が適しているのか、公私の役割分担をどうするか、保険か税かミックスかなどを検討した上で、公的保険制度を採るとなると、次はこの保険制度が有効に作用するために、コスト、効率、技術面などから誰にどのような機能・権限をどの範囲まで付与するのが、最も適しているのかの議論となる。この段階で初めて保険者機能論が登場することになる。

ここで注意すべきことは、制度設計の過程ないし制度の効果的運営方法の検討過程で、課題解決のために諸手段が比較検討され、その結果として、保険者機能強化が選定され、しかるのちに誰にどのような保険者機能を付与すべきかが決められるのであって、保険者機能が単独で評価決定されるのではないということである。言い換えれば、そのような制度との兼合いや合理性に関する検討も

なく、保険者に機能が付与されていないことだけ
を取出して問題視しても意味がないと言える。

以下、この理解にたち医療提供体制に対する保
険者機能を考察する。

3. 医療提供体制と保険者機能

医療提供体制の課題は医療提供体制の効率化、
医療の安全性、情報化、小児救急などの救急医療
の確保、医療機関間や介護分野との連携など多様
であるが、本稿では主要課題として (i) 医療費
適正化、(ii) 医療の質の向上、(iii) 情報公開を
取り上げ、それぞれの保険者機能強化による具体
策として、レセプト一次審査、医療の標準化、医
療機関の評価について考察する。

検討にあたっては、実現可能性を重視して現状
の医療保険制度を前提とし、保険者が保険者機能
を発揮する場合の合理性に関する考察に限定する。

(1) レセプト一次審査 (医療費適正化)

医療費適正化策には、出来高払い制の是正、医
療行為への介入、アクセス制限などが指摘されて
いるが、これらは保険者が取組む機能としては、
現状では実施可能性は極めて低い。

これに対してレセプト審査は、保険金支払の査
定であり、これは保険者として責任を果たす上
での基本的かつ義務的業務との考えが基底にある
ものと思われ、それだけに保険者が実施しうる最
も身近な医療費適正化策と言えよう。ただし、現
実には以下のような問題があり、慎重な検討が必
要である。

レセプト審査は言うまでもなく間接的には医療
の質の向上、情報収集などの効用もあるが、こ
こでは申請ミスや、保険給付として正当な医療行
為か否かのチェックの視点から検討する。

現在レセプトの一次審査を行っている社会保険
診療報酬支払基金 (以下支払基金) は、そもそも
保険者ごとの審査支払により診療報酬の支払遅延・

診療担当者の事務の煩雑性が生じていたことから
創設されたものである。この一元的審査を、全国
に散在する医療機関と保険者との相対審査に切り
替えれば、そのコスト増は明白である。

一方、申請ミスの点検程度ならば、医療機関・
保険者双方が容易に合意できるが、正当な医療行
為であったか否かに関して、保険者側が審査する
には課題が多い。

第一に日進月歩の医療において、保険給付にお
ける正当な医療行為とは何かを決める困難性であ
る。現在保険審査においては、保険給付における
正当な医療行為を保険医療機関及び保険医療療養
担当規則に則り、「医科点数表の解釈」に記載さ
れている範囲、「日本医薬品集」に記載されている
効能・効果及び用法・用量から外れない医療行
為としているが、記載が明確でなく解釈が審査員
によって異なるなどの問題を内包している。

第二に、何が正当な医療行為かという困難な問
題については、その判定が難しいだけに、医療機
関の収入や体面も絡むことより、保険者が審査を
した場合、合意が得られにくく、その交渉には医
療機関・保険者双方に多大な負荷が生じると思わ
れる。

第三に、支払基金のような仲介機関を通さずに、
保険者自らが審査することは、医療機関との関係
先鋭化の可能性を多分に含む。

医療費適正化策としてレセプト一次審査を導入
するにあたっては、それを実施することによるコ
スト増や審査結果に対する合意の難航、医療機関
との関係悪化などと、保険者がレセプト一次審査
を行う効果を十二分に検討する必要がある。

現実的な策としては、従来の支払基金の機能は
そのまま、一次審査を希望する保険者はレセプ
ト点検のみを行い (レセプト審査は行わない)、
審査は支払基金が実施するという案が考えられる。
この場合、医療機関は従来通り支払基金へ直接請
求するので、従来は審査後に支払基金が保険者毎
にレセプトを仕分けして郵送していたところを、

希望する保険者分のみ審査前に送ることになる。医療機関への支払も従来通り支払基金が実施する。この場合、申請ミスなどのレセプト点検を支払基金が実施するよりも、保険者（アウトソーシング含む）が行う方が効率的となる限りにおいて、医療費適正化となる。

(2) 医療の標準化（医療の質の向上）

医療の質は最も重要なテーマといえ、保険者の積極的な関与が期待される部分であろう。医療における質の向上策の一つとして、医療の標準化が挙げられ、具体的に診療ガイドラインやクリティカルパスなどが注目を集めている。

ただし、医療の標準化は、EBMに基づいた良質なものであれば、医療の質の向上が期待でき、その利用は促進されるべきである。しかし一方で、その使用方法を誤れば、良質な医療を阻害するケースも生じる。

現に米国では医療の質とコストの管理策として診療ガイドラインが広く普及しているが（マネジドケアの約6割、HMOでは約7割以上が使用（Gold *et al.*, 1995））、保険者が医療機関に対してガイドラインの遵守を厳しく要求し、例えばガイドラインで示した期間以上の入院を認めないなど医療内容へ過剰に介入して、医療の質を落としているケースがあると批判されている。

また、保険者がコストを重視する結果、そこで使用されているガイドライン自体も、医療の質の面で適正なのか疑問があるケースが生じている。例えばマネジドケアではコンサルタント会社のミリマン社が作成したガイドラインが多用されているが、1999年にこのミリマン社が出した小児科ガイドラインに対し、テキサス大学医学部ヒューストン校の教授が、同意なしに共著者にされたことに対して訴訟を起こし、かつこのガイドラインの示す疾病別の入院日数が短すぎるなど、そのままガイドラインを実行すれば子供達の命にかかわると、その医学的危険性を警告した²⁾。

以上より保険者がガイドラインを開発する、利用を条件に医療機関と契約を結ぶなど、診療ガイドラインの利用に直接関わることは慎重を要すると思われる。

(3) 医療機関の評価（情報公開）

現在、被保険者が医療機関を選択する際に情報不足であるとの認識から、保険者が医療機関を評価すべきという意見が言われている。

しかし、保険者自身が医療機関の評価を行い、それを公開することには以下の問題がある。

第一に、既述のように医療機関を質で評価することの困難性である。患者が欲する医療機関や医師に関する情報として、医療技術の良し悪しがあると想像されるが、そのような質を誰もが納得する方法で測るのは、技術的に困難である。

第二に、医療の質に限らずとも、マスコミや消費者による評価ならいざ知らず、ある程度公的な立場にあると言える保険者が、医療機関に対し評価をすることは、オフィシャルな評価を下したことになるかねず、結果的に患者を誘導するようであれば問題が生じるとと思われる。

第三に、同一の医療機関に対し、保険者によって評価が異なることへの消費者間の混乱の可能性が挙げられる。レストランなどに対する評価が評価者によって異なることは、元々、嗜好の問題である他、消費者側にもある程度の情報があるが、こと医療については情報の非対称性が大きく、また場合によっては命に関わる、または後遺症の程度に関わるため、保険者によって医療機関への評価が異なることは問題であろう。

第四に、医療機関を評価するにはコストもかかる。特に質の評価をすとなれば、専門家が必要であり、それだけのコストをかけて上述の問題を抱えながら実施するメリット・デメリットは、充

²⁾ “Hospital-stay guidelines : Just plain weird,” *Medical Economics*. Aug6, 2000 : 91-98.

分に検討する必要がある。

例えば前述のNCQAでは、その保険の評価指標としてHEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) を開発したが、HEDISにおいて医療の質の評価指標として挙げているのは、予防接種を受けた児童の割合などといった予防の実施割合や、心臓発作入院患者のうち、退院後アスピリン投与を指示された者の数、慢性心細動患者でワルファリン投与を受けた者の割合など、特定疾病に対する特定処置の実施有無程度である(表2参照)。

市場原理を重視した米国の民間医療保険会社でも、多くの場合、医療提供者に関する被保険者への情報は、その専門や住所、名前、利用病院を公開する程度である。医師の医療過誤歴なども含む医師に関する情報は全国医師データベースにあり、これには保険者のみしかアクセスできない仕組みになっている。マネジドケアにおいて医師をネットワークに入れるか、または医師への報酬など経営管理面で、保険者が医師や医療機関を評価しても、その情報を被保険者には公開していない。ただし保険者によっては、患者満足度調査結果を被保険者に公開するところもあるが、それは患者による評価結果の公開であり、保険者による評価結果の公開ではない点は留意すべきであろう。

一方、被保険者サービスの一つとして、患者が医療機関を選択するのに役立つ判断材料の提供は、被保険者にとっても利便性が高いと思われる。例えば平均在院日数や術式別の手術件数などに関する情報提供が考えられよう。

しかし、これらの医療機関情報を各保険者が収集することは非効率であり、医療機関自らが公開するほか、国、健保連、第三者機関などが医療機関の情報を収集し、それら情報へ保険者が自由にアクセスして、独自に被保険者に必要な情報を提供の方が効率的であろう。

保険者が情報収集することによる、患者への情報提供としては、上述の米国における例のように、

保険者が主催する患者満足度調査が考えられる。患者満足度は患者の期待水準如何で変わり、評価方法も確立してないものの、医師や医療機関を評価する上での重要な指標であり、被保険者間で医療機関選択の一つの参考となると思われる。また、刑事事件を起こしたなど客観的事実が明白な情報提供程度の質に関する情報提供も可能と思われる。

4. おわりに

以上、医療提供体制の課題と、それに対して具体的に提言されている保険者機能強化策について考察したが、被保険者サービスの向上など改善が期待される策も一部にはあるものの、今回取り上げた項目に関しては、医療提供体制の課題解決に大きく寄与するとは必ずしもいえないと考えられる。

保険者が保険者機能を発揮していない現状には、各団体が指摘するようにいろいろと問題があり、この意味で保険者機能を強化しようという考えは、誰もが理解するところと思われる。

しかしながら、保険者機能を発揮するためのインフラ未整備(例えば議論の基となるデータの未蓄積)、保険者の当事者能力、保険者が保険者機能を発揮した場合のコスト対効果比較、またどのような主体が発揮するのが最も効果的か等に関する実証的研究の乏しさ、さらに機能・権限を付与されれば当然に責任も問われるわけだが、その責任能力等々の現状を考えると、直ちに保険者に保険者機能・権限を付与することには疑問なしとしない。

もっともだからといって、保険者の現状を是認するわけではない。いうまでもなく、医療をめぐる環境は大きく変化しており、医療制度の抜本改革が差し迫っている。こうした状況下で、被保険者・患者の利益を守るのは、やはり保険者であろう。

このように考えると、保険者が今行うことは、

表2 HEDISにおける医療の効果に関する評価項目

2歳誕生日までに適切な予防接種を受けている者の割合
13歳誕生日までに適切な予防接種を受けている者の割合
12-21歳の者で、薬物乱用についてカウンセリングを受けた者の割合
成人喫煙者の割合
成人禁煙者、またはヘルスケア専門家から禁煙の勧告を受けて、禁煙した者の割合
過去1年間に禁煙した成人の1年前の喫煙者に対する割合
インフルエンザを起因とする合併症になりやすい健康問題を抱えた成人で、過去1年間にインフルエンザワクチンを受けた者の割合
前年のインフルエンザ期に、インフルエンザワクチンを受けた65歳以上高齢者の割合
過去2年間で1回以上、乳房X線像をとった52-69歳の女性の割合
過去3年間に1回以上、パップ検査を受けた21-64歳の女性の割合
クラミジア検診を受けた15-25歳の女性の割合
結腸・直腸ガン検査を受けた55歳以上者の割合
妊娠後最初の13週間の間に出産前ケアを始めた妊婦の割合
標準以下体重（未熟児、ないしは超未熟児）の乳幼児の割合
出産後21-56日に検診を受けた女性の割合
急性中耳炎の小児が処置を受けた回数
心臓発作後、βブロッカーの投与を受け、退院した者の数
心臓発作入院患者のうち、退院後アスピリン投与を指示された者の数
パップ検査が異常であった女性のうち、タイムリーなフォローアップ検診を受けた者の割合
異常な乳房X線像をもつ女性のうち、適切なフォローアップケアを60日以内に受けた者の割合
副腎皮質ホルモン・クロモリナトリウムの処方を経た過去1年間に1回以上受けた喘息登録患者の割合
過去1年間に、眼科検診を受けた糖尿病患者の割合
過去1年間に、グリコヘモグロビンのレベル確認のための血液検査を2回以上受けた糖尿病登録患者の割合
慢性心房細動患者でワルファリン投与を受けた者の割合
心不全患者で、退院後、90日以内にACE抑制剤を処方された者の割合
冠状動脈入院患者で、入院後12ヶ月にそのLDL-Cの値が100mg/dL以下である者の割合
高血圧と診断された成人で、その血圧管理が適当である者の割合
乳ガン患者の治療後の生活の質をチェックするために作成された自己管理調査票記載の28項目。28項目には、患者の肉体的・精神的・身体機能的状況、本人を取り巻く地域社会や家族の状況、および医師との関係に関する質問事項が含まれる
高齢者の身体機能の推移を示す指標
T細胞が200以下のHIV感染患者が、適切な抗生物質を処方されている者の割合
特定の精神障害のために入院し、退院後30日以内に精神科医療サービス提供者による外来診察を受けた6歳以上の者の割合
過去1年間、医師がアルコールや麻薬の乱用について尋ねているかどうかをチェックすることにより、薬物依存症患者を発見し、かつ受療を薦めているか否か
重症のうつ病患者で、抗うつ剤を少なくとも4ヶ月継続して処方されている者の割合
薬物療法管理または精神療法のために、過去1年間に少なくとも4回、精神科医の訪問を受けた成人精神分裂症患者の数
正しい診断に基づき精神治療薬が処方されている精神病患者の割合
精神病治療を受けている12歳以下の小児に対する家族の年間訪問回数
精神病治療の3つの側面（受療全般に対する側面、治療の有効性、受療の適宜性）に対する成人精神病患者の満足度指標

出所：HEDIS

機能・権限の取得ではなく、被保険者・患者を中心とした医療制度構築に向けて、関係諸団体へ積極的に発言していくことである。それが保険者の存在感を高め、被保険者の医療や保険への関心と理解を惹きつけ、来るべき保険者機能発揮のときに備えた当事者能力の涵養にもつながるものと思われる。議論の土台となるデータの蓄積促進やその環境整備、EBMに基づくガイドラインの開発、情報の公開、医師の教育制度改革等、発言すべき事項は多い。

更に、保険者が自ら行動する策として、予防医療の整備促進と患者教育が挙げられよう。保険者は被保険者の健康状態を把握しやすく、長期的健康管理が行いやすい立場にあるため、効率的な予防医療対策が打て、かつ効果的な患者教育の実践が可能と考えられる。

本稿では保険者機能論や、保険者機能論の背景を整理し、医療提供体制の課題と保険者機能強化策に関する一考察を行ったが、保険者機能は医療改革において重要であるだけに、今後は、どのような保険者機能を、誰がどの程度発揮することが最も合理的・効率的なのか、その実証的研究が急務と考えられる。

謝辞

ご助言を頂いた慶應義塾大学大学院経営管理研究科田中 滋教授に感謝申し上げます。ただし本稿の内容や主張はすべて筆者の責任に属するものである。

参考文献

- Gold MR, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R (1995) "A National Survey of the Arrangements Managed-Care Plans Make with Physicians," *New England Journal of Medicine*. 333 : 1678-1683.
- Kongstedt PR (2000) *The Managed Health Care Hand Book Fourth Edition*. Aspen.
- Mayer GL and Tanaka S (1997) "Managed Care Development and Innovations in the US, and their Policy Implications for Japan," *Journal of Health Care and Society*. 7 (1): 109-127.
- NCQA (2000) *Accreditation of Managed Care Organization*. NCQA.
- NCQA (2000) *HEDIS*. NCQA.
- 池田俊也 (1999) 「医療の質の評価」 『季刊社会保障研究』 35 (2) : 162-169
- 遠藤久夫 (1999) 「マネジドケアの基本特性とその功罪」 『医療と社会』 8 (4) : 7-19
- 尾形裕也 (2000) 「保険者機能に関する考察」 『季刊社会保障研究』 36 (1) : 102-112
- 滝口 進 (1998) 「医療制度改革と保険者機能強化に関する一考察」 『第2 ビジョン研究会報告書 わが国の医療分野への提言』 生命保険協会
- 田村 誠 (1999) 『マネジドケアで医療はどう変わるのか』 医学書院
- 二木 立 (2001) 『21世紀初頭の医療と介護』 勁草書房
- 広井良典, 江口成美, 池田俊也他 (1999) 『医療改革とマネジドケア』 東洋経済新報社
- 明治生命FS研究所 (2000) 「日米比較研究を通じた保険者機能の評価と強化に関する調査研究報告書」 健康保険組合連合会 平成12年
- 山崎泰彦, 西田在賢, 府川哲夫他 (2000) 「保険者機能に関する研究プロジェクト」 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業
- 李 啓充 (2000) 『アメリカ医療の光と影』 医学書院

Health Care Service Supply System and Payer's Function

Yumi Matsubara, M. B. A.*

Abstract

The current health care system in Japan has various problems that need to be tackled, such as improving the quality of medical services and controlling rapidly increasing health care expenditures. However, most of these problems are attributable to the issues related to the service supply system. Indeed reforming the health care service supply system is essential for future Japanese health care policy. In this paper, enhancing payer's function, which has been discussed as a practical measure for health care reform, is examined from the viewpoint of the health care service supply system.

The primary definition of the payer's function is providing insurance coverage for its enrollees in a continuous and stable way while balancing financial results. However, this primary function will not necessarily be granted to individual payers under the public health insurance scheme due to the degree of social mission. Thus the important points of the debate regarding payer's function in Japan are i) the payer's role under the public health insurance scheme, and ii) the rationality and appropriateness of the payer's organization.

In this paper, several practical proposals, which include a) evaluating the quality of hospitals and clinics, b) directly assessing the medical bills claimed by health care institutions, and c) offering better service to the insurance enrollees, were examined from the aspect of i) reinforcing the transparency with respect to clinical information, ii) controlling health care expenditures, and iii) improving the quality of medical services. Although some of them seem to induce positive effects, I concluded that the impact would not be enough to lead to the drastic reform of our system.

As the debate regarding payer's function is one of the key factors in the health care reform discussion in Japan, further empirical studies are required to make this argument meaningful.

Keywords : Payer's function, Health care service supply system, Controlling health care expenditures, Clinical information, Quality of medical services

*Meiji Seimei Fininsurance Institute Inc.