

については、保険料、サービスの料金などに政府が介入しないことを宣言している。医療上の必要性、緊急性、危険性等に鑑み、所得分配上も問題にならないサービスについては、公的な保険でカバーしないという政策選択は、理論上は根拠があるように思われ、医療・介護サービスにおける公私の役割分担の在り方についての一つの政策判断として興味深い。その一方で、どのサービスをこのカテゴリーに分類するべきか、については、成人歯科のケースが示すように必ずしも客観的ではないので、運用上の問題は残されているといえよう。

一方、公的な保険でカバーするサービスについては、“Compartment 2”と“Compartment 3”に分類し、前者については「規制された競争」を導入し、後者については、基本的には従来の特別医療費保険の枠組みの中で取り扱われることになった。この政策的措置は、理論的には、“Compartment 2”のカテゴリーには、「規制された競争」がうまく機能するサービスを分類し、“Compartment 1”については、それがなじまないものを配置している、と解釈できる。治療、療養に長期間を要する医療・介護サービスについては、消費者の属性を用いても、十分に費用を推定できない可能性があること、及びこの種のサービスは、消費者が保険者の保険サービスの質を見て選択するインセンティブが十分持てない可能性があること、等の理由で「規制された競争」の導入に適さないと判断されたと解釈することができる。

医療・介護費の抑制にあたって、オランダが採った一つの方向は、「規制された競争」と名うたれた、競争原理の導入であった。医療・介護サービスにおいては、サービスの需要者と供給者の間に情報の非対称性があることから、供給者誘発需要等の非効率なサービスの供給が生じる余地がある。こういう状況のところでは、消費者がサービス供給者を選択することを通じて、効率的なサービス供給を期待することはできない。そこで、消費者よりも医療・介護サービスの内容について理解することができる保険会社を消費者の代理人にすることによって、この問題を解決しようとしている。消費者は、質の良いサービスを提供するサービス供給者と契約していて、またより合理的な保険料をつける保険会社を選ぶ。そして、保険会社は、消費者に契約をしてもらうためにサービス供給者に、より質の良いサービスを提供してもらえよう働きかけ、かつ保険料を低くするためにサービス供給者に低い費用でサービス供給を行うように交渉し、自社の経営の合理化を図ろうとする。デッカー、シモンズ両方のプランは、頓挫したが、「規制された競争」の考え方は、「基礎治療ケア」の部分について適用されることになった。しかし、「規制された競争」が実現するためには、先に指摘したように、医療サービス提供者間、保険会社間の競争に影響を与える制度にまで目を配り、制度を整える必要があることも明らかになった。

一方、「規制された競争」を導入しない“Compartment 3”の部分についても、別の方法で効率性を実現しようとしていることが注目される。現金給付の導入、ホームケアの予算の一部を競争入札制にすることなど、興味深い点がある。

一方、こうした医療・介護制度は、公平性ないし所得分配の観点からは、どの様に見る

ことができるのだろうか。”Compartment 2”、”Compartment 1”の両者に共通しているのは、医療・介護サービスの需要の少ない若い世代から、比較的それの多い年齢の高い世代への所得分配が生じている可能性がある。あるいは、中・高所得層から低所得層に所得分配が生じている。どちらの制度でも、保険料は主に所得に比例した部分から成っており、より多くサービスを利用する傾向があるのは高齢者だからである。

また、「規制された競争」が導入されている”Compartment 2”のカテゴリーについては、クリームスキミングが公平性に影響を与えることがありうる。事前的な費用償還が、保険に加入した消費者のリスク属性を十分に反映して、正確に行われないと、保険会社はリスクの小さい、つまり医療・介護費用のかからない消費者を加入させる誘因を持つ。この場合、病気がちなリスクの高い人々と健常者の間に、保険を購入できるかどうかという意味における公平性の問題が生じる。

ところで、デッカープラン、シモンズプランを作成する過程で課題になっていた医療と介護の連携はこの新しい制度の中でどの様に位置づけられるのだろうか。介護サービスは、主に”Compartment 1”のカテゴリーに入っており、従来の特別医療費保険でカバーされている一方で、医療サービスは、主に”Compartment 2”のカテゴリーに入っている。一方、保険の事務代行者は、前者については”Care Office”であり、後者については個々の疾病保険会社、私的保険会社である。”Compartment 2”については事前的費用償還方式が採用されているので、保険会社は、利潤動機があれば、医療と介護の境界にあるサービスを需要する消費者については、特別医療費保険の方に移行させようとするであろう。これは医療サービスから介護サービスへの代替の促進と見ることもできるが、本来、医療サービスを受けるべき消費者が、介護サービスを需要させられているとしたら経済厚生が増加しているとはいえない。

#### 4. オランダと日本の「保険者機能」の比較考察 ……

オランダの医療・介護制度改革の経験が日本の医療制度改革に与える示唆

本節では、前節までの議論を踏まえながら、オランダの医療・介護制度改革の経験が、日本の医療・介護制度改革に対して与える示唆について、「保険者機能」を中心に考えてみたい。

以下では、「保険者機能」について重要であると考えられる論点について両国の比較を行う。

##### (1) リスク分散としての保険

両国共に疾病リスク、介護リスクに対して、社会保険で対処している。ただし、共通点と相違点が混在しているので列挙しておきたい。

## 共通点

- 1 オランダも日本も、医療・介護をカバーする形で「社会保険」方式を採用している。  
オランダにおいては、特別医療費保険が強制加入であり、短期医療保険においても、疾病基金保険は、強制加入である。日本では、介護保険は40歳以上の国民すべてが強制加入であり、医療保険も強制加入である。
- 2 医療サービス、介護サービスを別個の保険制度でカバーしている。
- 3 被用者保険が、重要な役割を果たしている。  
オランダにおいては、短期医療保険において、被用者保険である疾病基金保険、公務員保険が大きなシェアを持っており、日本においても、健康保険など職域保険が大きなシェアを持っている。

## 相違点

- 1 日本もオランダも「社会保険」方式ではあるが、オランダが「居住者」を対象としているのに対して、日本は主として「国民」を対象にしている。
- 2 オランダと日本では、医療保険、介護保険（特別医療費保険）のカバーするサービスが異なる。  
例えば、オランダでは、1年以上の入院が特別医療費保険（介護保険）でカバーされているのに対して、日本では主として医療保険でカバーされている。また、精神保健はオランダの特別医療費保険でカバーされているのに対して、日本では、医療保険でカバーされている。これらは一例に過ぎないが、医療保険、介護保険と一言と言ってもそのカバーするサービスが同じではないことに留意する必要がある。

(2) 消費者のエージェントとして、サービス購入契約を行う。

## 共通点

- 1 医療保険、介護保険共にサービス購入のエージェントが存在している。
- 2 医療保険、介護保険共に、非営利組織がエージェントになっている。
- 3 保険者の財源は、保険料が中心である。  
特別医療費保険の財源は、約9割が保険料、約1割が自己負担となっている。(ZORGNOTA

P. 159) また、疾病基金保険（短期医療保険の一つ）の場合は、財源が、約四分の三が保険料、約四分の一が国庫補助になっている。

4 消費者の保険者の選択が、全く自由でないわけではない。

#### 相違点

1 医療保険、介護保険におけるサービス購入のエージェントの役割が異なる。オランダのエージェントは、短期医療保険、特別医療費保険の両者について、上限価格規制はあっても、医療サービス供給者と価格交渉を行う事ができる。また、ウェイティングリストの取り扱いなど、医療の質に関わる項目についても契約交渉をする裁量権を持っている。また、保険者にも医療サービス供給者にも契約をうち切る自由が存在している。

日本の保険者は、こうした契約上の裁量権をほとんど与えられていない。

2 オランダにおいては、営利組織が、一定の役割を担っている。短期医療保険において、私的保険会社が保険サービスを供給しているし、特別医療費保険で、私的保険会社は、Care Office を落札することができる。

3 保険者に対する財源の与え方が異なる。

既に前に述べてあるが、保険者に対する財源の与え方について、いくつかポイントを指摘してみたい。

オランダの保険者には、疾病基金保険において、事前的风险調整型人頭払いの部分が存在している。全財源の 35%が事前的部分であり、65%が事後的償還払いの部分になっている。(F. T. Schut et al. (1999)) 事前的部分が多いほど、保険者が赤字を出すリスクが高まり、もし、赤字を出せば、定額保険料の形で化保険加入者に請求しなければならないので、経営に対する意識を高めざるを得なくなる。

日本の場合は、事後的費用償還方式である。

4 消費者の保険者の選択の裁量権の大きさに著しく差がある。

オランダの場合、消費者の保険者選択の裁量権は大きい。所得レベルによって、疾病基金保険、私的保険のどちらかの制度に分別され、身分（民間か公務員か）によって、公務員保険かそれ以外（疾病基金保険、私的保険）に選択を制約される以外は、疾病基金保険、私的保険制度の中では、保険者の選択の自由がある。また、特別医療費保険については、自分の住んでいる地域に唯一の“Care Office”を選択せざるを得ないという意味で選択の自由はない。

日本の場合、身分を変えることによってのみ、保険者を変更することができる。ただし、介護保険については保険者の選択の余地はない。

### (3) 保健サービス

#### 共通点

- 1 日本にもオランダにも保健サービスが存在している。

#### 相違点

- 1 保健サービスの内容が異なる。

オランダにおいて、保険制度の中での保健サービスは、限定的である。

短期医療保険において、「血栓症予防サービス (Thrombosis service)」がカバーされ、特別医療費保険において、「栄養指導 (Dietary advice)」、「妊婦のB型肝炎の検査」、「先天性代謝疾患の検査」(フェニルケトン尿症 (PKU)、先天性甲状腺機能低下 (CHT)、甲状腺の機能の先天性異常など) (生後2ヶ月未満の乳児が受診)、「予防接種」(ジフテリア、百日咳、破傷風、小児麻痺、おたふく風邪、風疹、B型インフルエンザ、はしか)がカバーされている。(Health Insurance in the Netherlands(2000))

健康診断、健康相談等の広い範囲の保健サービスが、保険制度の中では行われていないところが、日本とは異なる。

「保険者機能」に関連するポイントについて、多少あらっぼく、両国を比較してみた。決定的に異なるのが、保険者が消費者のエージェントとして、その能力を発揮する前提条件の存在である。

- 1 保険者がサービス供給者の選別も含めて、契約交渉を行う余地があるか。
- 2 保険者が、消費者に選ばれる立場にあるか。
- 3 保険者が、会計上、収支を気にする必要があるかどうか。

この三点が、オランダと日本の決定的に異なる点である。もちろん、これは、前提条件に過ぎず、理論的に想定されるような保険者が消費者のために機能することを保証するわけではない。保険者が、そのためのインセンティブを持つメカニズムが内包されていなければならないわけで、オランダもこの点で十分とはいえず、これからの検討課題といえるであろう。

## 5. 結論

本稿では、オランダの医療・介護制度改革の考え方について概観し、その制度設計の経済学的意味づけについて考察し、さらに「保険者機能」に着目して、日本とオランダの比較を行った。効率的な資源配分を実現し、衡平な医療を提供するために、オランダは、1980年代後半以降、デッカー、シモンズ・プランに始まる「規制された競争」の考え方に基づく、保険者の機能に注目した形の医療・介護制度改革を押し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正し、今日に至っている。そこで、もっとも興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ、全般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料などについて公的に介入を行わない自由診療の部分（"Compartment 3"）と公的に介入を行う部分に分けた。後者については、「規制された競争」を導入した"Compartment 2"と、"Compartment 3"に分類した。

これは、理論的には、以下のような解釈をすることも可能である。医療・介護上の危険、緊急性及び所得分配、公平性等の観点から、自由診療に任せてよいサービスとそうでないサービスを分類した。そして、後者については、「規制された競争」の考え方がなじむサービスを"Compartment 2"に、競争原理がなじまないものについては、"Compartment 1"に分類した。そして、重要なことは、制度改革のキー・パーソンになるのが、保険者であるということである。オランダのようなタイプの制度改革が実現するためには、保険者が先述したような消費者のエージェントとして意味ある役割を果たすことができるかが重要なポイントである。

日本においても「保険者機能」に着目した制度改革の構想が見られるが、「保険者機能」が発揮される前提条件は、オランダの医療・介護制度においては、日本のそれよりも整備されているように思われる。

しかし、anecdotal なレベルの議論ではあるが、オランダの医療・介護制度が、現実にはまだ、想定したような動きをしてはいない様子もうかがえる。消費者による保険者の選択が十分に行われていない節があること、特別医療費保険における効率性のメカニズムが機能しているかどうか疑問があること、保険者によるサービス供給者との契約において、サービス供給者との契約打ち切りを含めた選別が十分に行われていない可能性があること、契約によるサービス価格が上限に張り付いている可能性があることなどを挙げることができる。まだまだ未知ではあるが、オランダの経験は保険者の機能に着目した医療・介護制度改革の実証的な知見を与えてくれると考えられる。今後もオランダの医療・介護制度改革に引き続いて、注目していく必要があるように思われる。

謝辞：本研究は、「保険者機能のプロジェクト」における「オランダ訪問調査」と同時並行的に行われた。したがって、本稿は、「オランダ訪問調査」（本報告書所収）と相互補完的であるので、オランダの医療・介護制度の詳細については、大森、湯澤「オランダ

訪問調査」を参照されたい。

本研究を行うにあたって、山崎泰彦主査を初めとする「保険者機能プロジェクト」の参加者の多大な協力を得た。特に、9月最初のオランダ訪問調査においては、斎藤健一郎氏（山之内製薬株式会社）、Mrs. Francis Hoogenboom (Yamanouchi Europe) に大変お世話になった。記して、感謝の意を表したい。

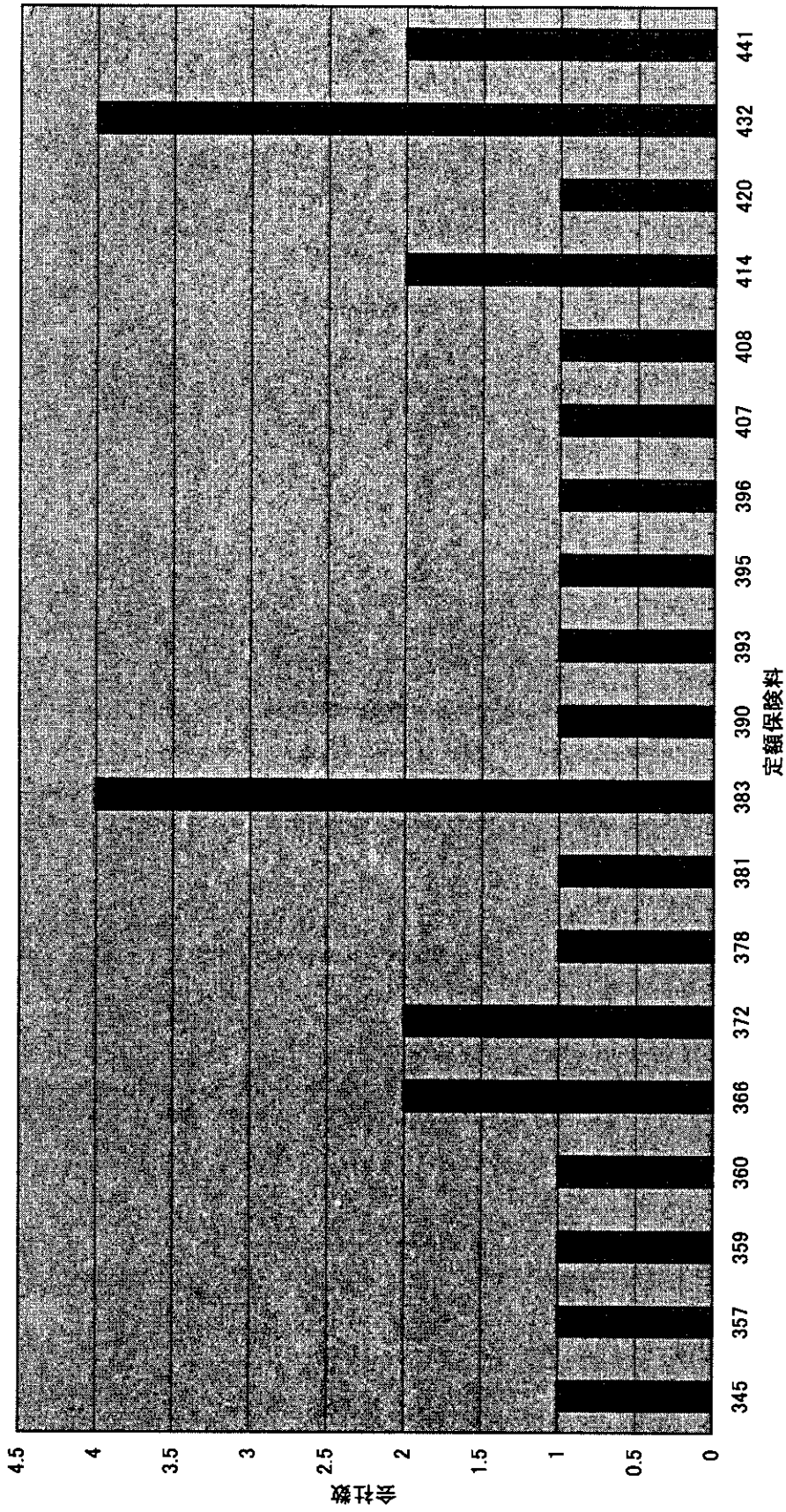
(図1) 疾病基金保険の費用償還方式

| 年度               | 1992 | 1993 - 1995 | 1996                      | 1997                      | 1998                      | 1999                           | 2000                           |
|------------------|------|-------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 事後的費用償還方式 (%)    | 100  | 97          | 85                        | 73                        | 71                        | 65                             | n.a.                           |
| リスク調整型費用償還方式 (%) | 0    | 3           | 15                        | 27                        | 29                        | 35                             | n.a.                           |
| リスク調整指標          | なし   | 年齢<br>性別    | 年齢<br>性別<br>居住地域<br>障害の状態 | 年齢<br>性別<br>居住地域<br>障害の状態 | 年齢<br>性別<br>居住地域<br>障害の状態 | 年齢<br>性別<br>居住地域<br>雇用・社会保険の状況 | 年齢<br>性別<br>居住地域<br>雇用・社会保険の状況 |

F.T.Schut et al.(1999), Ministry of Health,Welfare and Sport(2000)より作成



(図2) ZFWの定額保険料の分布(1999年度)(CVZの資料による)



- 
- 1) van de Ven, W. P. M. M and Schut, F. T(1994), Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs(1993b)を参照。
  - 2) van de Ven, W. P. M. M and Schut, F. T(1994)を参照。
  - 3) F. T. Schut et al. (1999) P52。
  - 4) F. T. Schut et al. (1999) P62。
  - 5) F. T. Schut et al. (1999) P53。
  - 6) F. T. Schut and H. E. G. M. Hermans, (1997)を参照。また、Regionは、医療政策上の区画であり、27ある。
  - 7) F. T. Schut et al. (1999) P. 53。
  - 8) Schut, F. T(1996)の議論を参考にした。
  - 9) Miltenburg, T and Ramakers C. L. eds. (1996)を参照。
  - 10) F. T. Schut and H. E. R. G Hermans(1997)を参照。
  - 11) F. T. Schut et al. (1999) P54。
  - 12) Ministry of Health, Welfare and Sport(1999)。
  - 13) F. T. Schut et al. (1999) P55。
  - 14) F. T. Schut et al. (1999) P57。
  - 15) F. T. Schut et al. (1999) P57。
  - 16) 大森(1998(b)) P. 120 及び、F. T. Schut et al. (1999) P65.、CVZ(2000)を参照。
  - 17) F. T. Schut et al. (1999) P65。
  - 18) Government Committee on Choices in Health Care( 1992)を参照。
  - 19) Ministry of Health, Welfare and Sport(1999)。

---

## 参考文献

### 論文

1. Leida M. Lamers. 1998 "Risk-adjusted capitation payments: Developing a diagnostic cost groups classification for the Dutch situation," Health Policy Vol.45 P15 - 32.
2. Maarse, J. A. M. 1989 "Hospital Budgeting in Holland: aspects, trends and effects", Health policy Vol.11.
3. Maarse, J. A. M. 1997 "The Health Care System of Netherlands", in Raffel, M. W, eds. Health Care and Reforms in Industrialized Countries Penn State Press.
4. Schut, F. T. 1996 "Health Care Systems in Transition: the Netherlands," Journal of Public Health Medicine Vol.18.
5. F. T. Schut, E. K. A. van Doorslaer. 1999 "Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands," Health Policy Vol.48 P47 - 67.
6. Schut, F. T and Hermans, H. E. G. M. 1997 "Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada," mimeo.
7. van de Ven W. P. M. M and Schut, F. T. 1994 "Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?," Social Science and Medicine Vol.39 No.10
8. van de Ven, W. P. M. M, van Vliet, R. C. J. A, van Barneveld, E. M, and Lamers, L. M. 1994 "Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands," Health Affairs Winter.
9. 大森正博 1996 「オランダの医療制度改革」 (財)長寿社会開発センター 『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書Ⅲ』
10. 大森正博、北村彰 1997 「イギリスとオランダの介護制度」 佐藤進、河野正輝編 『介護保険法』 法律文化社
11. 大森正博 1998(a) 「オランダの医療制度改革と「規制された競争」」 『医療と社会』 Vol.7 No.4 P99 - 129
12. 大森正博 1998(b) 「オランダの医療・介護制度改革」 『海外社会保障情報』 第124号 P28 - 44
13. 大森正博、福田素生、湯澤-Grace-敦子 2000 「オランダ訪問調査」 本報告書所収
14. 堀勝洋 1997 「オランダの介護保険」 堀勝洋 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 ミネルヴァ書房
15. J. Bultman 「オランダにおける医療・保険・福祉制度と課題」 ("Reform of Health Care and Health Insurance in the Netherlands," mimeo)

---

書籍・資料

1. CVZ 2000 Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) (Hand-out)
2. McGuire. A, Henderson. J and Mooney. G. 1988 The Economics of Health Care Routledge.
3. Miltenburg. T and Ramakers. C. L eds. 1996 Evaluation of the 1995 Subsidy Arrangements for Personal Home Care Budgets (in Dutch) ITS.
4. Government Committee on Choices in Health Care. 1992 "Choices in health care."
5. Ministry of Health, Welfare and Sport. 1999 Jaaroverzicht zorg.
6. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. 1994 "Care in the Netherlands."
7. National Hospital Association of the Netherlands. 1989 "Dutch Health Care System."
8. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. 1993a "Health care in the Netherlands."
9. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. 1993b "Health care reform in the Netherlands."
10. Ministry of Health, Welfare and Sport. 1995 "Health Insurance in the Netherlands."
11. Ministry of Health, Welfare and Sport. 1998 "Health Insurance in the Netherlands."
12. Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000 "Health Insurance in the Netherlands."
13. Ministry of Health, Welfare and Sport. 1995 Financieel Overzicht Zorg 1995 .
14. Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000 Zorgnota 2000.

## 第5章 「動学的な保険者機能」の充実に関する試論

国立社会保障・人口問題研究所

尾形裕也

### 1 問題の所在

わが国の医療の現状については、さまざまな評価がありうるが、供給面の問題点としては、国際的に見た場合の病床数の相対的な多さとそれに伴う諸問題（在院日数の長さ、相対的に手薄なマンパワーの配置等）、さらには貧弱な療養環境といった問題が指摘されている（注1）。これらの問題については、近年の種々の制度改正を通じて改善が図られてきているが、いまだに十分な成果を上げているとは言いがたい状況にある（注2）。

現在の診療報酬制度の下においては、医療機関の運営に要する経費は、経常的経費及び投資的経費のすべてがカバーされているという建前になっている（注3）。しかしながら、現実には、その評価内容が不明確であることなどから、投資的経費等の評価が必ずしも十分ではなく、これが原因で低水準の療養環境にとどまらざるをえなくなっているとの指摘がある。

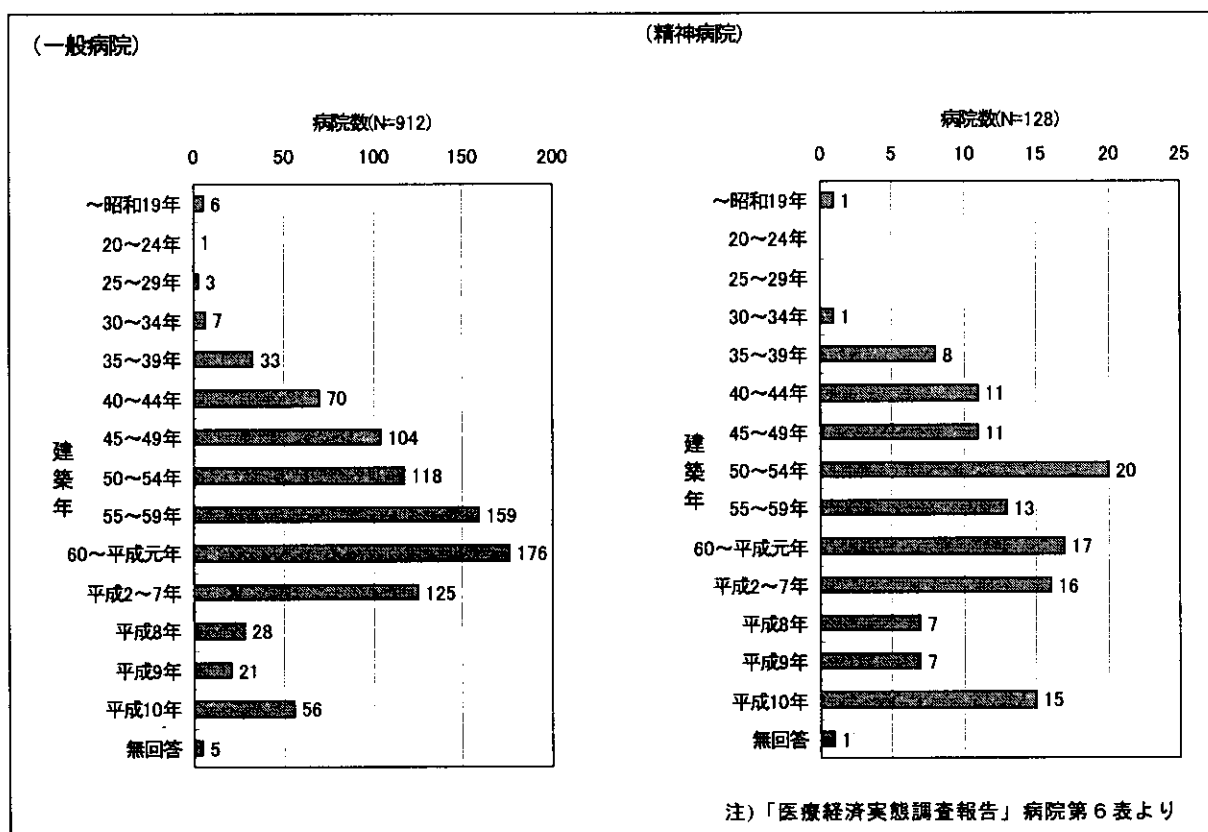
一方、医療機関の一般的な低利益率の下では、売上高（総医療費）をふくらませないと、投資的経費までカバーすることはできないというのが多くの医療機関の現実でもある（注4）。こうした問題への対処は、まずは医療機関の経営効率化を図ることが第一であるといえる。厚生省〔1998〕も指摘しているように、わが国においては、医療機関は自由開業制で設備投資等も自己の判断で自由にできることを踏まえれば、個々の医療機関の経営効率化努力によって投資的経費を捻出するということが本来の姿であろう（注5）。しかしながら、上記のような医療供給面における問題点の多くがつとに指摘されていながら、その改善が遅々として進まないように見える現状を勘案すれば、こうした効率化努力を待つのみでは、十分とはいえない。

図1には、わが国の一般病院及び精神病院の建築年別病院数の分布を示した。病院の法定耐用年数は39年であるが、実際には30年も経てば、建物は耐久性が劣化し、技術進歩や療養環境の改善等の動きに追いつけなくなり、陳腐化するといわれている。図1で見ると、建築年数29年以上（昭和44年以前築）の病院が一般病院で13.2%、精神病院で16.5%を占めている。また、その後も引き続き大きな建て替え需要予備軍が控えていることがわかる。

現在のような病院の低い利益率を前提とすれば、今後こうした建て替え需要に応ずるためには、医療費全体を増大させる方向への圧力がかかることが危惧される。この問題につ

いては、診療報酬（保険財源）全体で適切に対処する必要があるといえよう。

<図1> 建築年別病院数の分布



## 2 基本的考え方

医療機関の投資的経費の問題について経済学的に考察してみよう。医療機関の経常的経費と投資的経費の問題は、静学的な分析と動学的な分析の問題としてとらえることができる(注6)。静学的分析ないしは短期の分析というのは、宇沢〔2000〕によれば、「医療施設、さまざまな医療機器、検査のための施設、そして医師、看護婦などのコーメディカル・スタッフなどの人的資源が所与のとき、どのような診療行為をおこなったらよいか、そのための費用はどのようにして負担したらよいか」という問題を考慮するものである」という。一方、動学的ないしは長期的分析というのは、「さまざまな医療施設をどのようにして建設したらよいか、さまざまな医療機器をどのように配置したらよいか。さらに医師、看護婦など医療専門家をどのようにして養成したらよいか、またさまざまな医学的知見、技術をどのようにして蓄積したらよいか」ということを問題とする。簡単にいえば、医療資本の蓄積をどのような基準にしたがって、どのようにおこなえばよいかとい

う問題である」という（下線は引用者）。

このような動学的な視点から医療問題を考えようとする場合には「たんなる医学的な基準だけでなく、広く社会的、経済的要因を考慮に入れなければならない」という。なぜならば、こうした「動学的次元の問題は必然的に、医療以外の社会的、個人的蓄積のために用いられるはずであった希少資源を医療のために用いることになる。このとき、医療のために投下されたさまざまな希少資源が、どのような社会的、個人的価値を生み出すかということにかんする広い社会的コンセンサスが形成されていることに留意する必要」があるからである（宇沢〔2000〕P180。下線は引用者）。

こうした幅広い「社会的コンセンサス」を形成するための仕組みの構成要素として、保険者の役割ということが重要になってくる。従来の「保険者機能」論は、どちらかといえば、こうした「医療資本の蓄積」を所与のものとした、静学的な議論が中心であったといえる。（たとえば、保険者の審査支払機能の強化論、診療報酬契約等における主体性回復論といった議論を想起されたい）しかしながら、保険者の基本的な役割というものを考えると、こうした静学的な議論に加えて（もちろんそれも重要ではあるが）「動学的な保険者機能」というものを考えていく必要がある。また、現実の問題としても、「医療資本の蓄積」を所与のものとしたうえでの保険者機能の発揮といっても限界がある（注7）。やはり、地域の「医療資本の蓄積」ないしは医療供給のあり方そのものに保険者が一方の当事者として関与していくような仕組みを考えることが必要である。

わが国のような国民皆保険制度の下で、ほとんどすべての医療機関が保険医療機関の指定を受けている中では、いずれにせよ、医療機関の運営に要する費用は、経常的経費のみならず投資的経費についても、その大部分が、少なくとも事後的には診療報酬財源から支払われることになる。（当面、建て替えの費用が不足し、銀行等から借り入れを行ったとしても、長期的には、その返済は、結局のところ将来の診療報酬財源から充当されることになる。）

ここでの提案は、こうした投資的経費に係る資金配分の流れを、「事後的」なものから「事前的」なものへと転換しようというものである。すなわち、診療報酬を経常的経費に対応した静学的配分部分と、投資的経費に対応した動学的配分部分に区分し、前者については、基本的に従来通りの事後的配分を行い（注8）、後者については保険者が一定の医療機関に関する評価の下に、事前的な配分を行おうというアイデアである。この場合、医療機関に関する評価及びそれに基づく資金の配分ということが「動学的な保険者機能の発揮」につながることになる。

以上のような基本的発想に基づき、以下では、もう少し具体的な改革提案を述べることにする。その際、当面、現行制度からの移行が比較的容易であると思われる改革案と、中長期的に、実質的な保険者機能の強化・充実等をまっぴら本格的に実施することが考えられる改革案とを分けて論ずることとする。

### 3 当面考えられる施策

当面考えられる施策としては、現行の一般会計による「医療施設近代化施設整備費補助金」（「近代化補助金」）を発展的に改組することが考えられる。現在は、「診療報酬とは別に、地域医療計画に則した適切な療養環境の整備等の良質な投資と判断されるものについて公費を投入する仕組み」（注9）がとられている。同補助金は、療養環境の改善という政策意図を明示した注目すべき補助金であるが、一般会計予算であることから、額の制約（おおむね200～300億円レベル）という問題があり、医療機関の建て替え需要に十分対応しているとはいいがたい面がある。

一方、療養環境の改善等の医療施設の改善や病床数の削減による医療費適正化等の効用の受益者は、究極的には患者、被保険者であると考えられる。こうしたことを踏まえ、この「近代化補助金」に保険財源を加え、規模の拡大を図るとともに、その配分の意思決定に保険者が参加することを提案したい。

具体的には、現在の「近代化補助金」交付要綱の要件（病床過剰地域では病床数削減等）を踏まえつつ、医療機関の機能評価的な要素（在院日数、紹介率、情報開示の程度等）を加味して、資金の傾斜的、政策的配分を図ることとする。資金規模としては、マクロベースの医療費における公費の構成割合（国民医療費ベースで1/3弱）を勘案して、その2倍程度の保険財源（800～1,200億円レベル）を投入することが考えられる。

保険者は、こうした資金拠出の程度に応じ、具体的な資金配分の決定にあたって一定の重要な役割を担うこととなる。現在のような保険者の分立状況を前提とすれば、たとえば、都道府県単位で、都道府県及び保険者の代表から構成する資金配分を実施するための委員会を構成し、個別の申請案件について審査のうえ、具体的な資金配分を決定することが考えられよう（当面、たとえば、都道府県社会保険事務局が実質的な取りまとめ役を果たすことが考えられる）。

このような保険財源を投入することについては、少なくとも次のような提案理由があるものと考えられる（注10）。

第1に、こうした資金の投入によって、病室面積等療養環境が改善された新しい病院が確実に建設され、患者、被保険者等の便益が増大すると考えられること

第2に、病床数の削減による直接的効果、さらには投資的経費が確保されることにより、出来高払い制の下での「攻撃的な」医療機関経営が控えられるという意味での間接的効果の双方の効果によって、医療費の増嵩にブレーキがかかり、中長期的には保険財政上大きなプラス効果が見込めると考えられること（ただし、実際には、病床数削減による入院医療費の減少と、それを一部相殺するであろう外来、在宅医療費の増大とをあわせて考慮する必要がある）



第3に、単なる総量規制ではない、地域の医療需給のアンバランスの調整を図ることができ、ひいては保険者間の格差是正にも資すると考えられること

第4に、こうした資金配分に参加する中で、保険者が地域の医療供給のあり方に対してより個別具体的かつ積極的に関わっていくことを通じ、保険者の意識と組織の変革、さらには「保険者機能」の実質的な強化につながることを期待されること

以上であるが、特に第4点目に記したように、こうした政策手段をもつことによって保険者が単なる「支払い側」から脱皮し、地域の医療の需給に対して責任ある「当事者」として関与していくことにつながるとすれば、その効果は単なる金銭上の効果以上に大きなものがあると考えられる。

#### 4 中長期的施策

以上は、当面、現行制度からの移行が比較的容易と思われる範囲での改革提案であったが、中長期的には、一定の保険者機能の強化、充実等をまわって、本格的な経常的費用と投資的費用との区分を実施する方向での改革が考えられる。

この場合、(現行の補助金制度の拡充ではなく)むしろ保険財源を中心にすえて、保険者が病院の建て替え費用に対する補助を本格的に行う制度を新たに創設することが考えられる。たとえば、国民医療費は年額で30兆円に達しようとしているが、仮にその1%相当額を投入するとすれば、総額3,000億円規模ということになり、従来の公費による補助制度の10倍以上のレベルになる。仮に3,000億円を毎年の病院の建て替え需要に充当するとすれば、(7,600の私的病院が平均30年で建て替えるとすれば、機械的計算では毎年平均250病院程度の建て替えということになるから)全病院を建て替えるとしても、1病院平均12億円規模の補助金ということになる(注11)。

こうした巨額の資金を投入するにあたっては、資金配分の基準となる医療機関の機能等についての評価を保険者サイドがきちんに行える必要がある。そうでなければ、事前的に資金を配分することの意味は薄れてしまうし、医療供給サイドの納得もえられないだろう。そういった意味で、こうした本格的な投資的費用の分離にあたっては、保険者の医療機関に関する情報の収集、分析、評価という基本的な「保険者機能」の充実、強化が前提となるといえる。実際には、3のような現行補助制度の拡充から着手し、中長期的に本格的な「動学的な保険者機能の発揮」へと発展させていくということが、現実的な方策として考えられよう(注12)。

一方で、投資的経費については、「現在、公私間で格差があり、今後とも拡大することが懸念される。民間病院に対する格差是正のため、診療報酬上の配慮が必要である」(注13)という意見もある。この案は、基本的に、医療施設を地域における一種の「準公共施設」ないしは「社会的共通資本」的なものとみなして、皆保険制度下における公共的な財源で

ある保険財源を意識的に投入しようというものである（注14）。国立病院や公立病院等については、その投資的経費が保険財源とは別途の財源から補填されていることが一般的であるが、公私を問わず、医療施設が地域の医療供給において果たすべき役割に着目し、一定の条件の下に投資的経費を保険財源から配分することは、公平性（イコール・フッティング）の観点からも適切であると考えられる。

こうした診療報酬とは別に、保険財源を投資的経費に配分するという政策については、実は過去にすでに実例がある。1994年の老人保健法の改正によって、医療保険各保険者からの拠出金を財源とした老人保健施設整備等の事業が実施された。これは、いわゆる（新）ゴールドプランの推進のための一時的な緊急対策的なものであったが、財源的に見れば、保険財源に基づく老人保健拠出金を施設整備に直接充当したものであり、ここでいう動学的な政策ないしは投資的経費への保険財源の配分に相当するといえる。このことは、ここでの提案が（その見かけほどには）突飛なものではなく、現実的な提案であるということのひとつの例証であるといえよう（注15）。

## 5 留意点

以上、現在のわが国の基本的な診療報酬等の仕組みを前提とした改革提案について検討してきた。2に記したように、理論的には、これらは「医療資本の蓄積」そのものに関わっていかうとする「動学的な保険者機能の発揮」として位置づけることができる。

3及び4においては、「医療資本」のうち、もっぱら医療施設の建設（建て替え）問題に焦点を当ててきた。しかしながら、「医療資本」としては、この他にも医療機器や人的資本としての医療専門スタッフ等がある（注16）。

このうち、医療機器については、基本的に3及び4の延長線上での対応が可能であると考えられる。しかしながら、厚生省〔1998〕も指摘しているように、「医療法等によって医療機関が有すべき医療機器の標準化がなされていないため、高額医療機器の過剰な投資を招いている」面があり、病床規制と同様の医療機器についての一定の規制の導入が、医療機器に関する投資的経費の配分にあたっての前提となろう。

また、人的資本に関しては、そもそも医師や看護婦、薬剤師等の医療専門スタッフの養成は、基本的に大学、養成所をはじめとする教育養成施設に委ねられており、医療専門スタッフの全国的、長期的な需要と供給のマッチングという形での関与を除いては、医療需要サイドが直接これに関与するということにはなかったといえる。たとえば、医師や歯科医師については、医師・歯科医師の長期需給推計が策定され、それに基づいて医学部（歯学部）入学定員の削減目標が定められている。また、看護職員についても、5年～10年程度の長期需給見通しが策定されている。

一方、第4次医療法改正（2000年）において、医師及び歯科医師の臨床研修の必修

化（医師は2年以上、歯科医師は1年以上）措置が導入されたが、その費用（臨床研修担当医療機関の負担する経費等）をどのような形で負担すべきかという問題がある。さらに、保険医として保険者と個別に契約を結ぶような関係を将来的に考えるとすると、その契約締結の前提条件として、一定の研修を義務づけることも考えられる。そうした場合には、その研修費用の負担をどう考えるかという問題が生じてこよう。いずれにせよ、これらは、理念的には、医療施設の場合と同様に「動学的保険者機能」の一環として考えることができるが、「人的資本」養成の特殊性、保険医と保険者との関係のあり方等を踏まえ、今後さらにつめた検討が必要であり、これらの点については、今後の課題としたい。

<注>

- (1) わが国の医療の現状評価に関する筆者の意見については、尾形〔2000①〕〔2000②〕を参照。  
また、供給面の問題点については、濃沼〔1999〕、尾形、泉田〔1999〕等を参照。
- (2) たとえば、第2次医療法改正（1985年）による地域医療計画の導入は、病床数の総量規制として機能しているが、導入前のいわゆる「駆け込み増床」の影響、さらには医療計画は病床過剰地域における増床を抑制することはできるが、積極的に病床を削減する権能は有していないことなどから、現在までのところ、わが国の全体の病床数は緩やかな減少を示すにとどまっている。また、第4次医療法改正（2000年）においては、看護職員配置基準の引き上げ（最低4対1を3対1に引き上げ）、新築等の場合の一般病床の最低必要病床面積の引き上げ（4.3㎡を6.4㎡に引き上げ）等の措置がとられている。
- (3) たとえば、厚生省〔1998〕によれば「現行診療報酬体系は、投資的経費、維持管理経費の評価については、個々の診療行為に係る各点数の中で薄く広く評価するという仕組みである」とされている（下線は引用者）。
- (4) 中央社会保険医療協議会〔1999〕によれば、医療法人立一般病院1施設あたりの総収支差額の医業収入に対する比率は3.5%、個人立の場合でも5.0%にとどまっている。
- (5) こうした経営効率化の観点からは、中長期的には営利企業の一部参入ということも当然視野に入ってくることになる。
- (6) このような分析枠組みを提示しているものとして、たとえば宇沢〔2000〕がある。同書で示唆されている医療に関する具体的政策的インプリケーションについては首肯しがたいものが多いが、医療を「社会的共通資本」としてとらえ、「静学的分析」及び「動学的分析」を区分した考察を展開している点は、ここでの議論の参考になるものと思われる。
- (7) このことは、たとえば市町村国民健康保険で、いわゆる「高医療費市町村」に指定され、「安定化計画」を策定し、医療費適正化に努力しているが、それにもかかわらず指定市町村の「常連組」から脱却できないでいる保険者の多くが、病床過剰地域にあるということにも示されている。
- (8) 厳密にいえば、現在のような「出来高払い」を中心とした支払い方式を維持するとすれば、事後的な資金配分ということになるが、「総額予算制」的な要素を取り入れていくとすれば、経常的経費についても事前的な資金配分の要素が入ってくることになる。
- (9) 厚生省〔1998〕P17
- (10) 尾形〔2000①〕P229～P231
- (11) 具体的なイメージを得るために、病院の建て替え経費についての粗い試算をしてみよう。いま仮に現在100床の病床を有する病院を想定し、これを20床削減し、80床で建て替えるものとする（病床数の2割カットのケース）。建て替え後の面積は病床1床あたり60㎡とする（国立病院基幹施設についての基準を採用）。仮に㎡あたりの建築単価を40万円とすると、全体の建て替えに要する経費は、 $40 \times 60 \times 80 = 19億2,000万円$ となる。本文のように仮に平均12億円程度の補助とすれば、補助率はこの場合、62.5%となる。