

**国民皆保険制度の戦略的運営の研究**

平成13年度  
総括・分担研究報告書

主任研究者 西田 在賢（川崎医療福祉大学大学院教授）

平成14（2002）年3月

## 目 次

### I. 総括研究報告書

国民皆保険制度の戦略的運営の研究 .....	5
[主任研究者 西田 在賢]	

### II. 分担研究報告書

1. 医療保険改革と急性期型病院経営；経営行動仮説の検証 .....	11
[分担研究者 尾形 裕也]	
2. 医療市場のポートフォリオ分析 その1：セグメンテーション .....	13
[分担研究者 橋本 英樹]	

「国民皆保険制度の戦略的運営」について －経済学の立場から見た批判的評価と展望－ .....	17
[研究協力者 泉田 信行]	

医療市場のポートフォリオ分析における既存データの活用可能性 .....	23
[研究協力者 住吉 英樹]	

医療市場におけるポートフォリオ分析の枠組みを用いた政策分析の可能性 －医療機能分化政策による医療機関の位置付け－ ...	25
[研究協力者 福田 敬]	

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....

31

### IV. 研究成果の刊行物 .....

35

### 参考資料

# I 総括研究報告書

平成 13 年度 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
総括研究報告書

研究課題：国民皆保険制度の戦略的運営の研究

主任研究者：西田在賢（川崎医療福祉大学大学院教授、岡山大学大学院医歯学総合研究科客員教授）

研究要旨； この 20 年間、高齢化進展による老人医療費の突出、技術的革新による技術料の漸増など、医療費増の構造が変わらない。他方で、目立った少子化と近年続く経済不況により保険収入の低下が加わり、わが国のいずれの医療保険制度も深刻な財政困難に直面している。そのため何らかの抜本的改革の必要に迫られている。ところが、まず発表された自己負担増による受診抑制や診療・薬価点数操作による医療資源利用抑制では効果に限界が見えており、このため新たな財源を巡って目的税方式か社会保険方式かといった議論が進められている。

しかしこれまでの医療保険制度改革の議論では、資源利用やその資金調達の方法を国民加入者・保険者・医療提供者の 3 者が相互に議論し、合意形成していくための共通基盤づくりが欠けているものと考えられる。具体的には、現在までのところ包括支払いや規制改革などの議論が進み、包括予算化などの提案も出されてきているが、その基盤となる制度経営管理の全貌をモデル化して明らかにする作業が抜け落ちていることが指摘できる。このような共通認識の基盤作りが欠如したまま主に保険者と医療提供者の 2 者間の利害対立が先に立って、互いの議論がかみ合わないまま国民皆保険制度の運営に関する原理原則が見通し難しくなってしまうものと指摘できるのである。

そこで、申請者らは健康保険制度を一種の経営組織と見做し、これを持続経営していくために国民医療費資金のポートフォリオ管理モデルを提唱している。つまりは医療消費者・保険者・医療提供者の 3 者の需要行動を考慮し、利害対立関係でなく、関係者一同が納得いく解決方法を探索するためのモデルを検討している。そして、このモデルをひとつの作業仮説として、健康保険制度運営に必要な資源量を人口構造の将来予想や医師数動向などを踏まえた推計を行ない、皆保険制度を安定維持・運営するという原則のもとで、どういったサービスをカバーするのに、どの程度の保険料あるいは国民医療費資金が必要になるかを明らかにしたいと考えている。

分担研究者

尾形裕也 九州大学医学研究院教授  
橋本英樹 帝京大学医学部講師、  
岡山大学大学院  
医歯学総合研究科客員助教授

A. 研究目的

これまで国内・国外を通じて、医療保険制度に関する研究は主に各国制度の比較研究であった。しかし、各国制度はそれぞれの歴史を背景として成立しているため、一概に比較しうるものではなく、国民性・歴史性の違いから社会保険制度によって守られるべき公益・価値の内容もおのずから異なっていると考えられる。

また一方で、これまでの研究には、計量経済学的なモデルを用いて需要動向や可塑性などを検討したものが見られるが、その前提とする消費者・サービス提供者の行動原理は功利主義的なものであり、制度運営の維持といった組織

的目的性（ミッション）やライフステージなどにより異なる受療行動心理を反映したものとはいえない。

このように一国の医療保険制度の研究が整わない中、現在のわが国医療保険制度改革では医療と保険の論議が個々別々に進められており、両者を統合して評価する議論がない。

そこで、本研究では、医療における国民皆保険安定維持運営というミッションを軸として、国民医療費資金のポートフォリオの枠組みを採用したモデルを使って、経営管理学的視点からの分析を行い、政策立案を支援するための基礎資料を提出することを目的としている。

B. 研究方法

研究アプローチの概要は次の通りである。すなわち、まず申請者らが開発してきた米国マネジドケアシステムをたたき台とする医療の

社会保険制度の経営管理的モデルの有用性を患者調査、社会医療診療行為別調査報告の個票データを用いて実証的に検証する。具体的には被保険者をライフステージや疾病リスク・ニーズなどによってセグメントに分け、既存統計値を基に各セグメントにかかる必要医療費を概算することで、現行医療保険制度を安定運営するために必要な全国平均保険料率を算出する。そしてセグメント毎の特徴を踏まえた戦略的ポートフォリオ管理の可能性を検討する。

また、各種医療制度管理の改革を行った場合の想定シナリオごとに、同様の計算を繰り返し、改革シナリオが保険制度運営に与える経済的影響を鳥瞰できるようなデータを提示する。

さらに、人口動態予測を踏まえ、システムダイナミクス手法を利用した国民健康保険制度の将来的維持可能性をシミュレーションする。このシミュレーションモデルの開発過程では実際に病院経営に携わっている責任者たちと討議して、想定される改革シナリオがどのようなインパクトを病院経営に与えるか（つまり医療機関の経営行動仮説）をモデルに取り込む。そして、国民・医療関係者・保険者政府機関の合意形成と意思決定の情動的基盤の在り方を検討するといった手順を考えている。

そして、本研究は2カ年計画であるので、この間を通じて、上の手順に基づいて次のような整理と理論的及び実証的な分析を行う。

#### ① 社会保険方式による医療保険の経営管理モデルの調査研究

米国マネジドケアシステムを参考にした医療保険の関係者（加入者、保険者、医療提供者）間の経済リスク分担の在り方が、社会保険方式の場合の財政運営管理に適合するかどうかについて整理、検討する。なお、ここでは、米国社会におけるマネジドケア保険の試みと医療施設経営への影響について継続的にモニターしておくことが必要である。

#### ② 医療保険の経済リスクのセグメント分析

ライフステージや疾病別に分けた被保険者集団を、適切と考えられる保険給付条件として医療資源のニーズとアクセスによるセグメントされた平面上にポジショニングし、次に既存統計値などを基にして各セグメントで必要となる医療費資金を予想することで、医療保険の経済リスクを試算する。

#### ③ 医療費資金のポートフォリオ管理の有用性検討

保険者にとっての経済リスクといった視点からセグメント分けされた被保険者集団群について、投資リスク管理分野で発達したポートフォリオ手法が適用できるかどうかについて検証する。具体的には、先の医療保険の経済リスクセグメント分析を通じて、現行の医療保険制度を運営するために必要な資金総額を概算し、これをわが国が国民の健康維持のために投資しなければならない資金と考えて、セグメント別に各種医療制度管理の改革を行った場合の想定シナリオ毎に同様の計算を繰り返して、改革シナリオが保険制度運営に与える経済的影響を鳥瞰できるようなデータを提示する。また、全国平均保険料率なるものを概算することで、今後の人口動態予測にもとづき、システムダイナミクス手法を利用した国民皆健康保険制度の将来的維持可能性をシミュレーションする。

#### ④ 保険医療機関における経営行動仮説の検証

医療機関にとって保険からの支払い方法が変わったり、包括払いや人頭払いの割合が増えたりしたときに、現行の医療制度下で経営が成立するか否か。また、成立するとしても、その収支差額の見込みから、経営を継続するインセンティブがどの程度のものであるかについて検証する。そのために全国の医療機関経営者の協力を得て、幾つの試算を行う必要がある。そこでとりあえずは、医療機関を急性期病院に限り、経営的インパクトやその範囲について聞き取り調査を行う。

#### 倫理面への配慮

本研究では既に公表された公的統計を主に用いて研究を行い、個票などの個人情報には取り扱わない。また、アンケート調査や意見聴取においては、得られた情報を当該研究目的外に流用されないことがないよう、入手情報の匿名性に注意を払うとともに、厳密なデータ保管管理を行う。

### C. 研究結果

#### ① 社会保険方式による医療保険の経営管理モデルの調査研究

添付の文献『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, 2001年）に取りまとめたとおりである。

## ② 医療保険の経済リスクのセグメント分析

必要な統計データとして選り出した「患者調査」および「社会医療診療行為別調査」につき平成 13 年夏から関係部署に使用申請手続きを行なっている。そしてこのほど平成 14 年 2 月末において、ようやく使用許可を得られた。これより急ぎ分析作業に入る次第である。

## ③ 医療費資金のポートフォリオ管理の有用性検討

平成 13 年夏までに 3 名の研究協力者を得て、「ポートフォリオ経済リスク算定」の研究班を発足させた。そして、平成 13 年 9 月末には研究作業の支援を委託する矢野経済研究所の主催により、有識者を招いた研究討論会を持った。現在はこのときの成果をもとに研究協力者各自から中間報告を得るに至っている。

## ④ 保険医療機関における経営行動仮説の検証

40～50 歳代の医師自らが経営に当る、病床規模が比較的揃った全国 10 数個所の急性期病院を選び、研究協力依頼を仰いだところ、まずは 8 箇所が賛同してくれたので、この方たちを有識者として招く、「病院経営行動仮説」の研究班を発足させ、平成 13 年 12 月末に第 1 回の会合を持った。そして、このときの討論をもとに引き続き検討を進めるとともに、研究協力を仰ぐ病院数を暫時増やしていく予定である。

## D. 考察

添付の文献『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, 2001 年）に取りまとめたとおり、米国のマネジドケアによる医療保険管理システム自体は、関係者間（加入者、保険者、医療提供者の三者間）の経済リスク分担の原理原則を教えるものであって、社会保険方式に則る米国高齢者医療保険制度メディケアでも、民間マネジドケア保険会社の利用する方策を既に取り入れている。それゆえ、社会保険方式の医療保険財政管理手法として適合する余地が十分にあるものと考えられる。

ところで、米国マネジドケアの考察を経て得た医療保険の経営管理的モデルを検討したところ、投資リスク管理分野で発達したポートフォリオ管理に相似した財政管理手法の援用が可能かも知れないため、現在も研究協力者の間で議論を続けているところである。

このコンセプトの適用可能性を具体的に検

討するためにも、医療保険者から見た経済リスクによりセグメント分けされた被保険者集団群についての医療費資金管理がどのようになるかを概算する予定である。なお、これについては先にも触れた通り、必要な統計の入手が平成 14 年 2 月末になってようやく目処が立った次第であるので、現在、引き続きこの作業を進めている。

## E. 結論

国民皆保険制度の実質的な保険者である政府厚生労働省は、医療保険制度改革について国民への説明責任を果たさねばならない。今検討する医療保険財政の経営管理モデルの検証が進めば、包括的な制度・政策の説明を支援するのに役立つ可能性が十分にあるものと考えており、引き続き二つの研究班をもって検討に務める所存である。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

平成 14 年 2 月現在未発表

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

## Ⅱ 分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
分担研究報告書

医療保険改革と急性期型病院経営；経営行動仮説の検証

分担研究者 尾形裕也 九州大学大学院医学研究院教授

研究要旨

医療機関にとって保険からの支払方法が変わった場合の経営行動と経営成立可能性について、現実の病院経営者からのアンケートやヒアリング等を中心に経営行動仮説を構成し、皆保険制度全体のフィージビリティについて検討する。

A. 研究目的

近年の診療報酬改定等によって、医療機関の収益構造は大きく変化しつつあり、伝統的な経営戦略の変更も要請されるようになってきている。本研究は、こうした環境変化に対して、現実の病院経営者がどのように認識し、対応しようとしているのか、さらには今後の支払方式の基本的な改変に対してどのような行動をとる可能性があるのかについて一定の経営行動仮説を構成することを研究目的とする。

B. 研究方法

全国の民間病院で先進的な経営戦略を展開している経営者に対してアンケート及びヒアリングを実施し、病院種別や類型に応じた経営のgood practiceを抽出するとともに、今後の支払方式自体の変更に對する対応について一定の経営行動仮説を構成する。

（倫理面への配慮）

患者の個人情報等については、プライバシーの保護等について十全の配慮を行う。

C. 研究結果

（1）わが国の病院を急性期対応型及び慢性期対応型に二分し、本年度は前者について、全国から10病院程度を選び、ネ

ットワークを形成した。

- （2）急性期型病院については、現行の診療報酬制度における急性期特定入院加算制度等についての評価等を中心にアンケート項目を構成することとする。
- （3）特に、病院経営にとって戦略的な経営指標をどのように考えているかについては、ヒアリングを実施することとする。

D. 考察

上記急性期型病院については、外来や薬価差益に依存した伝統的経営からの脱却が急速に進展しており、診療報酬政策には依然として一定の有効性が認められる。今後の課題としては、病院の種別や類型に応じて、その機能を適切に評価しうる指標を開発することにあると考えられる。

E. 結論

来年度における本格的な調査の実施に基づき、病院の経営行動仮説を構成する。

F. 健康危険情報

特段の関連性を有しない。



G. 研究発表

なし

(2001年5月発行予定『医療と社会』誌

に、「医療制度改革と病院経営」に関する論文を掲載予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 医療市場のポートフォリオ分析 その 1：セグメンテーション

### 報告者（分担研究者）

橋本英樹 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室

### 研究協力者

泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所 応用分析研究部

住吉英樹 富士総合研究所社会保険情報センター 情報企画室

福田 敬 東京大学大学院薬学系研究科 医薬経済学講座

### 研究要旨

医療制度改革の方向を探る議論に際し有用な基盤を提供することを目的として、ポートフォリオ分析の応用可能性について検討した。今年度はまず医療市場のセグメンテーションを図るべく必要な軸を理論的に抽出するため、有識者との意見交換を重点的に行い既存研究を発展させることを試みた。次年度においては、その市場規模を既存統計で推定し、より実証的な検討を行う必要がある。

### A. 目的

医療制度改革の方向性をめぐる議論が進む中で、総枠予算や老人医療制度の独立化など各種の提案が出されている。膨らむばかりの医療費をどう抑制するかに力点がおかれている点で、これらの議論は共通した視点を有している。一方で、現在行われている医療サービスを国民が享受するのにどれほどの医療資金がそもそも必要とされるのか、については医療費の伸び率から推計したおおまかな検討しかなされていない。どれほどの規模の資金がどういったサービスセグメントで必要なかがおよそでも明らかにされれば、より戦略的な制度運営を行うことが可能となり、また国民に負担とサービスの至適均衡点を選択してもらう上でも有効な情報となるであろう。そこで本研

究では、医療市場をいくつかのセグメントにわけ、それぞれのセグメントについて市場規模(資金・需要数)を予測管理することで、より詳細に医療資金必要額を推計するモデルを模索することを目的とした。

### B. 方法

1) 市場セグメンテーションの理論的考察。手始めに米国マネジドケアに関する先行研究（主任研究者西田ならびに分担研究者橋本による）で提示した 3 次元モデルをたたき台として、有識者によるパネルディスカッションを繰り返した。また並行して進む医療改革案や各国制度改革のシナリオを用いてモデルの適合不適合につき検証を行った。

2) 市場規模推定の実証研究  
セグメンテーションを切ったところで、各

ポートフォリオの市場規模（患者数・医療費）の概略を把握するため、既存の厚生統計を用いることとした。具体的には患者調査平成8年、11年個票ならびに平成7, 8, 9, 10年社会医療診療行為別報告病院票・診療所票・退院票の個票目的外使用申請を行い、3月11日現在総務省において審査中である。

### C. 結果

当初のモデルでは1) 保険者—被保険者間取引の軸（アクセス権）と2) 保険者—サービス提供者間取引の軸（支払い方式）で作成されていた。しかし議論を通じてこの軸の定義を再考する余地のあることが明らかとなった。すなわち当初モデルの分類軸は、米国マネジドケアの様々なタイプを包括的に説明しポジショニングするために抽出された軸であり、これは主に制度比較を行う上で有効な方法であった。米国においては複数の制度が並存し、かつそれらが経済市場において競合選択されていることから、「消費者・提供者・保険者の三者間リスク分散」のための経済的行動原理で統一的に説明できる。一方、欧州諸国ならびに本邦などの皆保険制度のもとでは、国家間比較分析にはそのまま応用可能であるが、一国家—制度内部での市場分析を行うにはいくつかの前提を明確にしておくことが必要となることが明らかになった。

まず第一は分析の基本的視座である。総枠管理的な視点で用いるのか、それとも経済市場による至適均衡点を探る視点のもとで用いるのかにより、軸概念に付加するものが異なる。前者においてはフランスの現行制度に近い予算配分を想定したモデルとなり、診断群分類などのケースミックス指

標と病院の機能分化を組み合わせたポートフォリオの下でコスト管理を行うこととなる。一方後者においては、民間保険の一部導入や保険制度の多層化なども含めた議論となり、米国の場合と同様アクセス契約の範囲と支払い方式の組み合わせによって保険商品・制度を複数用意するイメージに近くなる。これらの中間として、たとえばシンガポールの MediSave のように貯蓄性の強い制度と MediShield のような本来の保険的性格を持つものの組み合わせなども考えられよう。この場合の軸は疾病発生リスクのレベル（シンガポールでは年齢によって保険料が変わる）と支払い方式によるセグメンテーションとなるだろう。

第二に、どのような医療提供体系を想定するのかも軸の設定に影響する。従来1次—2次—3次医療というピラミッド構造を前提として、いわゆるプライマリーケアを開業医に、高度医療を特定機能病院などにわけてきたが、果たしてプライマリーケアを開業医のレベルにおくことが医療資源の初期利用として効率性が高いかどうかについてはフランスの例などでも疑問が出てきている。外来機能と病院機能の分離が明確でない本邦において、初期の **Triage** をどの部分がカバーすべきなのかについては議論が残る。

最後に、経済的リスクと疫学的臨床的リスクとの間にどのような整合性を持たせるかが最大の問題となる。当初のポートフォリオモデルでは保険者-提供者間取引ではケースミックスと病院機能分類により支払いリスクの許容範囲が決定でき、保険者-被保険者取引においては年齢・ライフステージなどにより疾病発生リスクと経済的リス

クの均衡点がほぼ一意に決定できるという前提を暗黙のうちに置いていた。しかしこの前提には見直す余地がまだ残されている。まず保険者—サービス提供者間取引では、提供者側は未知の患者ミックスに対して必要とされる資源必要量が予測困難なものであることと、同じミックスに対して個々の医師・医師団が判断投下する資源量が標準化されていないという二つの「不確実性」を抱えている。個々の患者単位に収支を合わせようとするなら、詳細な患者ミックス調整を行わない限り包括支払いはほとんど困難となる。一方、施設ごとの患者ミックスの割合で全体として収支を合わせようとするなら、診断群分類などによるミックス調整を行った定額支払い方式にも実現性が出てくる。保険者—被保険者取引においては、保険料のレベルと契約上の診療制限や選択幅の制限を取引しているだけでなく、自分の抱える疾病発生リスクと経済的負担の両者をかながみた上でアクセスやサービスの量・質を最適化するための判断が必要となるが、現実にはそうした判断材料となる情報は乏しい。アクセスというと単純だが、想定される疾病発生リスクと要求サービスの期待内容によって物理的にアクセスできるかどうか、選択肢が十分あるかどうか、そもそも手に入るかが問題となる。そもそも病院産業は地場産業的性格を持つことから、権利上フリーアクセスといっても物理的な距離や時間などの機会費用との関連でおのずからアクセスできる地理的範囲は定まってくる。その範囲に必要なレベルのサービスを提供できる機関があるのかどうか。あるとしてその情報をどう入手し、どうアクセスできるか、なども本来考慮さ

れなくてはならない。その場合、想定されるサービスや施設機能などによってアクセスの内容が異なってくる可能性が高い。

このように前提される視座や機能体系などによりアクセスといていたものにも選択限定か契約限定か、切り直しをすることが必要となる。また「支払い方式」で切り分けしていた部分にも機能分化や認証制度、保険者機能や保険の公民ミックスにいたるまでの問題を整理した上で再考する余地が認められた。

なお、申請統計が未入手であるため実証的分析は次年度研究事業において実施予定である。

#### D. 考察

モデル自体の検討をさらに積み重ねる必要が出てきた。特に急速に具体的な改革案が浮上してきたことから、これに対応した考察が急遽追加されなくてはならない。まず機能ごとに入院（急性期・療養型）、急性期加算の影響、外来でも200床以上と以下での機能分類が必要。また改革シナリオとしては、特定機能病院の診断群分類による包括支払い、自己負担3割への増加、特定療養費の拡大運用、長期入院負担の逦増、高齢者医療制度と個別にあたり、軸の定義ならびにモデル整合性についてより詳細な議論をつみ、その上で実証的なデータを併せて投資資金規模を概算することを次年度の課題とする。

#### E. 結論

医療改革論議を部分的・医療費抑制的な取り組みに留めず、医療サービスの安定供給体制に必要な医療資源を設定管理するという制度経営管理の視点から対案を提案すべくポートフォリオ分析の枠組みの理論的検討を行った。

次年度研究においては引き続き理論構築を進めるとともに、既存統計による推計作業と併せ、改革シナリオの評価やポートフォリオモデルそのものの実証的検討を進める必要が残されている。

**F.研究発表**

平成14年3月現在未発表。

**G.知的所有権の取得状況**

該当なし

「国民皆保険制度の戦略的運営」について  
—経済学の立場から見た批判的評価と展望—

報告者（研究協力者）

泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所研究員

研究要旨

医療市場のポートフォリオモデル（西田・橋本 2001）について経済学的視点から批判的検討を行った。保険財政において受療リスクと会計的リスクをうまく組み合わせることにより収支均等条件を満たす方法があり得ることを模式的に示した点では一定の貢献がある。しかし、一定の医療費資金の下で特定のアクセス・医療資源利用ミックスを社会全体として個人が選択すること、医療給付平面上のいずれの点を選んでも医療の成果は一定あることなどを暗黙の前提としている点は今後再考する余地を残している。今後モデルをさらに改良・発展させるための展望を示した。

A. 目的

医療(保険)制度改革の必要性は長く論じられてきたが、その成果は殆どない。これまでの医療制度改革の議論は、医療制度を維持するための費用を誰がどのように負担するかという財源論に終始してきたといっても過言ではない。これは高度成長時代の余韻が医療制度の運営当事者に残存していて、当面の財源を確保すれば一旦は負担が増えなくてもその後の経済成長により負担感を減殺することが可能であると考えられてきた事によるのかもしれない。しかしながら低成長時代に突入した現在においては改革の先送りはもはや可能ではなく、本質的な医療制度改革が要請されている。

財源論ではない医療制度改革についての議論として保険者機能強化の議論が盛んになされている。保険者機能に関しては山崎

編著(2000)、泉田(2001)などが詳しいが、その内容は医療保険制度上重要な役割を与えられるべき医療保険者に実際には法令上の制約が課せられていてその機能を十分に果たしていないという点を指摘し、その改革案を提示しようとするものである。結局、保険者機能の強化は保険者のマネジメント能力の強化を図ろうとする議論である。

他方、一国全体としての医療保険制度の問題としては、どの程度保険者にその機能を発揮させるか、を含めて医療保険制度全体をどのように運営していくかという点について検討する必要がある。しかしながらこの点については現在まで殆ど議論されていない。唯一の例外が西田・橋本(2001)（『社会保険旬報』、No2084、pp.16-24.）である。彼らは、医療保険制度が究極的には医療費発生リスクのシェアリングシステムである

ことに焦点を当てて分析を行っている。医療費発生リスクを受療行動リスクと会計的リスクに分解し、それぞれのリスクに関する最適なマネジメントの方法について検討を行っている。このような論点はこれまで述べられてこなかった。この制度のマネジメントに関する方法論の確立は非常に重要な論点である。

しかしながら、彼らの議論はいまだ完全でないと思われる点も存在する。本稿は西田・橋本(2001)を批判的に検証し、その上で医療保険制度の戦略的マネジメントについてより掘り下げた議論をするための論点を整理することを目的とするものである。以下、第2節では彼らの議論のエッセンスを紹介し、第3節ではその議論の立脚する前提について吟味する。その上で第4節では日本の医療保険制度の実態を踏まえた医療保険制度の戦略的マネジメントの論点のいくつかに対してコメントする。

## B. 方法

以下、まず西田・橋本(2001)の議論のエッセンスを紹介し、ついでその議論の立脚する前提について吟味する。その上で最終的に日本の医療保険制度の実態を踏まえた医療保険制度の戦略的マネジメントの論点のいくつかに対してコメントする。

## C. 結果

### 1) 皆保険制度の戦略的マネジメント：要約

彼らの議論は医療保険制度が負うべき医療費リスクは受療行動リスクと会計的リスクの相互関係に依存していることを前提としている。受療行動リスクとは、加入者が医療機関を受診するリスクである。それゆえ、患者の性別・年齢などの基本的な属性

及び医療機関へのアクセス便宜などに依存すると考えられる。患者の基本的な属性は医療保険制度によって変化させることは不可能であるが、医療機関へのアクセス便宜は一定程度変更することが可能である。医療機関へのアクセス便宜を変更すれば、患者の受診行動に影響を与えることが可能となり、その結果、医療費発生リスクそのものを一定程度コントロールすることが可能となる。それゆえ、医療機関へのアクセス便宜は加入者と保険者の間のリスク分担を決定づけると言える。

会計的リスクは、患者の受診動態を所与とした際の医療機関からの請求金額にかかるリスクである。これは患者の性・年齢などの他に傷病の重症度や医療機関の属性にも依存する。会計的リスクは患者の性・年齢などは医療保険制度によって変化させることは不可能であるが、医療機関への支払方法を変化させることによって影響を与えることは可能である。このため、医療機関への支払方法は医療機関と医療保険者との間の会計的リスクの分担のための装置であると言える。

リスク分担装置としての医療機関へのアクセス便宜及び医療機関への支払方法をコントロールすることによって医療費発生リスクをコントロールするという背景には現状のフリーアクセス・出来高払い制度は費用が高すぎるシステムであるという認識がある。これは正しい認識であると言えよう。なぜなら、日本以外の各国においてこのようなシステムを採用している国は存在しないからである。

フリーアクセス・出来高払い制度が高費用なシステムとなる要因として、情報の非

対称性に起因する非効率性がある。この非効率性には2種類あり、患者によるモラルハザードと医療提供者によるモラルハザードである。

患者のモラルハザードは過剰な受診として捉えられている。これに対しては、経済的なインセンティブによってそれをコントロールしようとする考え方がある。つまり患者の医療機関受診時の自己負担を高めることによって医療機関受診の経済的費用を高め、モラルハザードを抑制する方法である。彼らはこの方法については批判的である。筆者もこの方法については経済学的な観点から批判的である。彼らの提案ではアクセスの自由度を **Gatekeeping** から **Free Access** までの範囲でコントロールすることにより受療リスクをコントロールすることとされている。疾病によって必要とされる医療サービスへのアクセスの度合いをコントロールすることは可能であろう。

医療機関によるモラルハザードは濃密な診療内容に反映される。出来高払制の下では必要以上の診療を行なう誘因が医療機関に発生する。これをコントロールするために包括化が現実の制度においても取り入れられてきた。しかしながら、傷病によっては出来高払いの方が適切な診療が実施できる場合もあるかも知れない。それゆえ、出来高払いと包括払いをうまくミックスすることにより会計的リスクをコントロールすることが可能となる。現実の保険者の財政運営を考えれば、保険料等の収入については一定の水準を確保した上で、医療費発生リスクをコントロールすることになる。すると、医療費資金が多ければ多いほどより受療行動リスク及び会計的リスクを保険

者が負う形の保険給付内容が提供できることとなる。西田・橋本(2001)はこの医療費資金をz軸で測定し、医療費資金が小さい場合には財政収支をバランスするためには、保険者が提供する保険給付内容の受療行動リスク及び会計的リスクが相対的に小さいものにならざるを得ない場合を明示的に考慮している。つまり、余りにも医療費資金が小さい場合には保険者が負う受療行動リスクが最も大きくなるフリーアクセスと会計的リスクが最も大きくなる出来高払い制度をミックスした保険給付が保険者の予算制約の範囲の外にある場合をも想定しているのである。

すると、保険者は自己の医療費資金の予算制約の範囲で受療行動リスク及び会計的リスクを組み合わせた保険給付内容を設定することになる。ではその内容をどのように構築するかが次の問題となる。西田・橋本論文は一定の医療費資金を保険者が持っている場合に与えられる医療給付機会集合を定義し、それを医療資源利用度とアクセスの自由度の二つの軸を用いて幾つかの категорияに分解している。それぞれのcategoryにおいて提供されることが最も適切である現実の医療給付内容の例を挙げている。そして、categoryごとに必要な医療給付を行うことによって効率的な保険財政運営が達成されることとしている。

彼らの論文の貢献は、保険財政について収支均等条件が課されている場合には、保険者が負えるリスクには限界があること、受療リスクと会計的リスクをうまく組み合わせることによって収支均等条件を満たす方法があり得ること、等を極めて明快に図示した点にある。しかしながら、彼らの議



論にも依って立つ前提がある。ゆえにその前提について吟味しなければならない。それが次節の内容である。

## 2) 西田・橋本(2001)の議論の前提：批判的検討

彼らの議論の重要な前提として、次の2点があげられよう。

- (A)個人が一定の医療費資金の下であるアクセス便宜とある医療資源の利用度の唯一の組み合わせを(社会全体として)選択する。
- (B)医療給付平面上のいずれの点を選んでも医療の成果は一定(ないしは成果については捨象されている)

これらの仮定について順に検討しよう。

(A)個人が一定の医療費資金の下であるアクセス便宜とある医療資源の利用度の唯一の組み合わせを(社会全体として)選択するという仮定は個人の選択に関わる費用を捨象している前提である。いま、ある一定の医療費資金の下で、出来高払いかつフリーアクセスをセットにした給付が個人にとって選択可能であるとしよう。この場合、誰が人头払いかつゲートキーピングの給付パッケージを選択するのであろうか？出来高払いから人头払いへ契約を変更すること、ないしは、フリーアクセスからゲートキーピングへ契約内容を変更することは医療提供者及び加入者との間に摩擦を引き起こす。それゆえ、概念から実際のマネジメント段階へ移行する場合にはそこに摩擦的な費用が発生することを考慮に入れねばならない。

(B)医療給付平面上のいずれの点を選んでも医療の成果は一定(ないしは成果については捨象されている)という仮定もやはり重要な前提となっている。効率性は何らかの目標水準を達成する際の費用等が少な

いということの意味する。それゆえ、成果に関する情報を利用しないことは効率性についての議論が行えないこととなる。

議論の単純化のために医療の成果は一定であると仮定する場合には、効率性の議論について暗黙のうちに制限を与えていることに注意しなければならない。例えば、出来高払いかつフリーアクセスという給付内容は他の給付内容(例えば、人头払いかつゲートキーピングのケース)よりも成果水準は高いかも知れない。しかしながら、どのような保険給付パッケージであっても成果水準が一定であると仮定する場合には出来高払いかつフリーアクセスという給付内容は最も効率性が低い給付パッケージとなるかも知れない。それゆえ、医療の成果指標について捨象することは彼らの議論を単純化する効果以上に、議論の本質を変化させる効果を持ち得るのである。

これらの基礎的なコメントを踏まえると彼ら自身が図を用いて議論している点についていくつかの前提条件があることに気付く。つまり、図2は図1から導き出される。図3は図2から導き出される。しかしながら、図3(における考え方)は図1から導き出されない。という点である。

西田・橋本(2001)のうち、図1は医療保険制度が負うべき医療費リスクは受療行動リスクと会計的リスクの相互関係に依存し、医療費リスクがそれぞれに分解可能であることを意味している。この場合、期待医療費が決まれば、期待患者数と期待医療費単価の組み合わせ、言い換えればアクセス便宜と医療資源利用度の組み合わせ、が決まると言える。

他方、図2は図1における一定の期待医

療費の下でのアクセス自由度と医療資源の利用度の組み合わせを示している。図2は図1のz軸において医療費資金額を一定水準に固定してxy平面と並行な面で予算制約曲面を切断したものと見なせる。この意味で図2と図1の間に論理的な矛盾点は存在しない。しかし前述の通り、一定の期待医療費の下でより大きなアクセス自由度と医療資源の利用度の組み合わせから構成される保険給付パッケージが存在するために、内側のセグメンテーションは選択されないはずである。もしくは、内側のセグメンテーションが選択されるためには、摩擦的な費用が発生することとなる。

図3の背景にある基本的な考え方は、図2においてセグメンテーションごとに医療費単価が異なることが前提とされているとすれば、適切に被保険者を各セグメンテーションに配置すれば医療費の効率的な配分が達成されるとするものである。この結果として、セグメンテーションごとに被保険者の配置を変えて医療費の効率的な配分が可能とすることができることとなる。しかしながら、このように考える場合には患者属性に対応した適切な医療サービス供給方法があるという図1や図2では考えてこなかった前提を暗黙のうちに仮定することになる。すると、もともとの期待医療費一定の仮定(図2を図1から作成するときの仮定)は成立しなくなる。それゆえ、上述のとおり、図2は図1から導き出され、図3は図2から導き出されるが、図3(における考え方)は図1から導き出されないことになる。ただし、このことは図3自体が無意味ということを必ずしも意味しない。図3のように、加入者に適切な保険給付パッケ

ージを与えると考える場合には、より制約的な保険給付パッケージに変更すると保険者に財政的な余剰が発生することを考慮に入ればよい。この点については今後さらに改良の余地があると思われる。

#### D. 考察

本稿は西田・橋本(2001)の内容について検討を行ってきた。彼らの貢献はこれまで全く顧みられることの無かった国民皆保険制度の戦略的マネジメントについて検討を加えたという点で非常に重要な貢献を行っている。しかしながら、議論の前提とされているものについてやや問題があると考えられた。本稿ではそれらの点について検討を行ってきたが、本節において西田・橋本(2001)が取り扱っている内容をやや超えた拡張的なコメントを幾つか行いたい。

まず第一に管理者の誘因に関する検討の必要性である。私的保険では(リスクが保険会社に知られていない限り)自分の望む費用とカバレッジの組み合わせを持つ医療保険を加入者自身が選択する。しかしながら、公的保険の場合には政府等が適切に国民を誘導する役割を果たさねばならない。これは無保険者が発生したりする恐れがあるために、公的保険の選択の自由を国民に与えることは不可能であるからである。すると、公的医療保険の管理者が積極的に適切に国民を誘導する役割を果たすインセンティブを確保することが必要となってくる。これは現状の医療保険制度においてもまた顕在化していない問題点であると言えよう。

また、彼らは明示的に分立する保険者についての検討を行っていない。実際の公的医療保険制度では、国民健康保険者が3200程度、組合健康保険者が1800程度と

非常に多数存在する。しかしながら、彼らの議論では代表的な保険者をひとつに取り出してきて検討している形となっている。しかしそのような検討に限定してしまえば、保険制度の統合の問題や保険者規模の拡大などの今日議論されている保険者間の関係について示唆を与えることが出来なくなる。この点はさらに検討されるべき課題であるかも知れない

#### **E. 結論**

医療市場のポートフォリオモデル（西田・橋本 2001）について経済学的視点から批判的検討を行った。保険財政の戦略的経営という新しい視点を展開したことはユニークであるが、内包されている前提については再考する余地を多に残した未完成モデルである。今後モデルをさらに改良・発展させることが望まれる。

#### **F. 研究発表**

泉田信行、「講座 保険者機能と医療保険制度改革」、『週刊社会保障』、2001年。ほか

#### **G. 知的所有権の取得状況**

該当なし

## 医療市場のポートフォリオ分析における既存データの活用可能性

報告者（研究協力者）

住吉英樹 富士総合研究所社会保険情報センター 情報企画室

### 研究要旨

医療市場のポートフォリオ分析に関する実証研究を行う準備段階として、市場規模の推定に使用する既存統計の活用可能性についての検討を行った。既存統計として患者調査および社会医療診療行為別調査の個票データを使用する予定であるが、補足的に過去の研究成果の公表データを使用する必要がある。

### A. 目的

医療保険制度一本化等の制度改革の議論が急速に展開していく中で、医療市場のポートフォリオ分析は国民に対して極めて貴重な情報を提供していく重要な研究と言える。その中で理論的な研究については先行研究（主任研究者西田ならびに分担研究者橋本）で発表された「リスク分散の 3 次元モデル」を基本として様々な角度から有識者の間で議論しているところである。さらに、この理論的研究による仮説を検証する上で実証実験を行うことが重要であり、現在その準備を進めている。そこで本研究では、その実証実験に必要な既存データの活用可能性に関して調査を行うことを目的とした。

### B. 方法

- 1) 実証研究に使用する既存統計の検討  
まず、厚生労働省の公表ベースで利用可

能な既存統計が存在するかに関して調査を行った。

また、公表ベースのデータのみならず個票データが必要なものについても目的外申請の可否を含めて検討を行った。

- 2) 先行研究における結果データの活用可能性の検討

推計を行う上で有用なデータがあるかどうかについて先行研究の文献サーベイを行った。

### C. 結果

3次元モデルの X 軸（アクセス便宜）、Y 軸（医療資源の利用度）、Z 軸（税、保険料、自己負担等）に関する情報をどこまで細かく入手し医療費を推計できるかについて検討を行い、実証研究で使用する既存統計は患者調査と社会医療診療行為別調査を使用することとした。前者は 3次元モデルのセグメントの人数規模を推計するためのデー