

一日総額 10 億 7000 万で最上位の区分となり、次いで脳梗塞・76 歳以上・入院 6 ヶ月未満ならびに以上の層が 10 万人、一日合計で約 14.2 億円に及んでいた。これにその他心疾患・虚血性心疾患などが続くが、いずれも 35-65 歳層で手術を含まないものが多く、高齢者層・外科手術例の区分は上位に現れなかった。

これに対して、一日推計患者数を平均在院日数で割り、発生率該当の値に転換した後、これを一日推計点数と掛け合わせたもの (Intensity index とここでは呼ぶ) でランキングすると、最上位は良性腫瘍・35-65 歳手術ありが登場し、以下白内障・虚血性心疾患の手術あり・在院日数 6 ヶ月未満が続いていた。

3) 区分推計値のリスク化可能性について  
リスク計算を行う上で、上記推計がどの程度ばらつきを持ったものなのかを知る必要がある。診断群分類などで国際的によく用いられる指標として CV<1.0 をクライテリアとして分布を見た。なお入院診療では在院日数 6 ヶ月未満のもので症例数が 20 件以上のもの (741 分類)、入院外診療は症例数が 50 件以上の区分 (993 分類) だけを対象とした。

入院診療では在院日数の CV は 1 を超える区分が半数を超えていたが、一日あたり医療費で見ると、95% の特性区分が CV<1.0 に収まった。入院外診療では初診では一日あたり医療費のばらつきは 90% の区分が CV<1.0 に収まったのに対して、再診では 70% 程度にとどまった。

4) 区分別推計値を用いた年齢層別保険料の推計。

最後に年齢層・入院外来別の年間推計総額

を、国勢調査公表データ (年齢別人口) を母数として年齢層別国民一人当たりの年間医療費 (保険料の概算あつかい) に割り込んだ。

入院外診療では 1 歳未満が年間 4184 円、2-15 歳が 3633 円、16-35 歳で 3131 円、35-65 歳で 9208 円、66-75 歳で 29637 円、76 歳以上で 40376 円となった。

入院診療では、1 歳未満が年間 4708 円、2-15 歳が 1546 円、16-35 歳で 2474 円、35-65 歳で 7360 円、66-75 歳で 22199 円、76 歳以上で 48391 円となった。

#### D. 考察

患者調査と社会医療診療行為別報告の個票データを基に、特性区分別医療費の推計を行ったところ、公表国民医療費一般診療費をほぼ正確に推計できた。入院外診療では高血圧再診だけで一日当たり合計 50 億円以上が消費されていた。一方入院医療費では、統合障害や脳梗塞などの長期入院例で総額としては多く消費されており、医療費の intensity が高い区分 (在院日数 6 ヶ月未満の外科手術あり) と必ずしも一致していなかった。こうした疾病分類・年齢層・初診再診別のマッピングを行うことは、医療資金の有効配分を考え、取り組みの優先順位などを決定するための一つの基礎資料となりうる。突出した額が投入されている区分では、その内容を吟味してみる必要があるだろう。また逆に比較的低額の領域では under-investment の可能性も検討する余地がある。医療費削減の対象となる高齢者医療についても、高齢者と一まとめにしないで区分別に見た場合、脳梗塞などを除いてはむしろ薄く広く医療費がかかっていることが見て取れる。一方高額医療として

先入観をもたれる高度入院医療よりも、外来再診に大量の医療資金が用いられていることから、資金コントロールの優先順位はむしろ外来再診にある可能性が高い。

以上のように、現存する厚生統計を使って、ポートフォリオ管理に必要な医療資金のリスク計算が一定程度行えることが明らかになったが、一方で限界も明らかにされた。ばらつきを見ると入院診療ではほとんどの区分でCV<1.0に収まったのに対して、入院外診療ではばらつきの大きな区分が多かった。入院症例に比べて外来症例・特に状態が安定しているはずの再診の区分ではばらつきがむしろ大きかったのは当初の予想に反した。その原因として、病名と診療行為の関連性の問題が考えられる。入院診療では比較的保険病名と診療内容との対応が明確であるのに対して、外来では保険病名と治療行為が必ずしも対応していないためにより大きなばらつきが生じた可能性が高い。第2に、患者調査は客体数が120万であるので、これを基に推計した一日あたり患者数は比較的安定した推計を得られたと思われるが、社会診療行為別報告は客体数が単年度で25万程度であるため、特性区分別まで細分した場合区分内の観察数が少なすぎて一日あたり診療費の推計が不安定になっていることも原因と考えられる。さらに第3の原因として、患者調査はICD10で病名が登録されているのに対して、社会医療診療行為別報告では中分類レベルの情報しかえられないことも問題である。そのため必ずしも診療内容としては均一性を欠く疾患を同じ特性区分にまとめざるを得なかった。衣料資源の投入がより均一なグルーピングとして、診断群分類があり、日本版

診断群分類 (Diagnosis Procedure Combination; DPC) も存在する。しかしDPC始めとする診断群に割り振るにはICDレベルでの病名コードが必要であった。ちなみに患者調査についてはDPCアルファ版分類に割りふったところ95%が割り振れた(残りはDPCに含まれない正常分娩と、ICDが5桁コードで登録されている整形外科疾患・骨折外傷)。社会医療診療行為別報告の客対数の増加と病名コードのICDによる標準化が進めば、資金リスク管理に必要な計算がかなり高い精度で行えると思われた。その上で、レセプトの電子請求化・標準病名コードの利用・診療行為と病名のひもつけなど、レセプト改革の一環として議論されている問題の克服が必要である。

最後に年間保険料として計算した額は、上記限界によって妥当性についての検証は困難ではあるが、全体の傾向としてはいくつかの示唆を含んでいると思われた。75歳以上の独立型高齢者医療制度が議論されているが、現状でbest availableな保険料率計算として考えれば、年間一人当たり9万円(しかも事務処理などの諸経費分を除いており、under-estimationであると思われる)に及ぶものを保険として成立させるのか、資金管理をどの特性区分についてより注目して行うか、などの議論が必要であることが示唆される。また今回は見送ったが、同様の分析を医療施設調査情報とあわせることで、病院の機能別に資源リスクを計算することも可能性として開かれた。今後病院機能別の支払形態などリスク管理を行う上で重要な情報を与えると期待される。

## 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金を設定管理するという制度経営管理の視点からポートフォリオ管理モデルを提唱し、リスク管理計算を現存する厚生統計を用いて行った。レセプト改革の議論とも並行して、リスク管理のための情報インフラの整備を行うことで、より精度の高いリスクマッピングが可能となることが示された。またこうしたマッピングが資金コントロールの **segmentation**、**priority** を明らかにする上で有用であると思われた。

#### F. 研究発表

平成 15 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の研究**

平成13-14年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学推進研究事業

主任研究者 西田在賢

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

分担研究

国民皆保険制度のポートフォリオ管理

分担研究者  
橋本英樹 帝京大学衛生学公衆衛生学  
岡山大学医歯学総合研究科医療経済学

研究協力者  
福田 敬 東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学  
泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所  
住吉 英樹 富士総合研究所社会保険情報センター

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

研究1

医療保険制度のポートフォリオ管理モデル

研究2

既存統計を用いた保険ポートフォリオの実証分析

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

研究1

医療保険制度のポートフォリオ管理モデル

報告 橋本英樹  
研究協力・指定討論 泉田信行

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

問題提起

- ・ 少子高齢化・医療技術の高度化
- ・ 医療保険制度の維持可能性(Sustainability)
- ・ 比較による議論の限界性(歴史性・文化性)
- ・ 市場原理モデルの限界性
  - 功利主義(行動心理などの見落とし)
  - 需要と供給の2極構造の前提

本研究の目的

- ・ 組織の安定維持という組織目的性(ミッション)
- ・ 経営管理的視点  
に基く保険制度運営のモデルづくり。

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

制度運営のミッション(保険者)

- ・ 資金管理
  - 支出の予測・管理
  - 見合った収入(保険料)の設定

支出予測を左右する「リスク」

- ・ 疫学的=疾病の発生率
- ・ 行動心理的=受療行動の発生過程
- ・ 臨床実践的=医療判断と行為のばらつき

保険制度運営の本質とは  
保険者・被保険者・サービスプロバイダーの  
3者間リスクシェアリング。

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

**「リスク」の定義**

リスク=確率的記述ができるもの。  
不確実性=確率的に記述できないもの。

確実                  リスク                  不確実

情報により「リスク化」できる。

リスク化しやすいもの(e.g.合併症なし白内障手術)。  
リスク化しにくいもの(e.g.多発外傷)。

Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー

臨床的「不確実性」→保険管理的「リスク」へ

**臨床従事者の視点**

- 「患者の個別性」と予測不可能性。  
出来高ばらいを医師が好む理由。

**保険者の視点**

- 「個」の患者と「集団」としての患者。
- 特定患者に対する特定医師の行為の評価とサービスライン・診療科・病院としての評価。

Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー

**リスクの種類と3者間リスクシェアリング**

保険者

- 保険料収入
- 保険支出のバランス

被保険者

- 疾病の発生
- 受療行動の発生

プロバイダー

- 診療行為のばらつき (患者ミックス調整後)

Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー

**リスクの種類と管理形態**

	構造的管理 固定ベース・利用制限	確率的管理 データベース・保険計算
保険者 対 プロバイダー (臨床実践的リスク)	診療パターンの管理 診療ガイドライン 業務管理・薬品審査 病院機能制約	支払方式 (人頭・モックスマ定額・ 点数請求、自由価格)
保険者 対 被保険者 (歳令・行動的リスク)	アクセス制限 利用審査 Tiering ゲートキーピング	保険料率 加入選択 保険料なし・給付の制限 自己負担
保険者 対 保険者 (会計的リスク)		リスクプールの確保 組合・業務提携 再保険

Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー

**確率的管理の前提条件・問題**

前提 ; 確率計算のための情報の存在。

問題1;標準的データシステムの構築

- 標準病名
- 患者分類・層化システム → DPC分類と電子レセプト請求
- 電子媒体

問題2;システムの管理費用

- 設計・構築
- メンテナンス → 公的機関によるインフラ整備。
- 規模効率性
- 複数保険者間の調整 → 保険者統合・業務提携管理委託

Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー

**構造的管理の前提と問題**

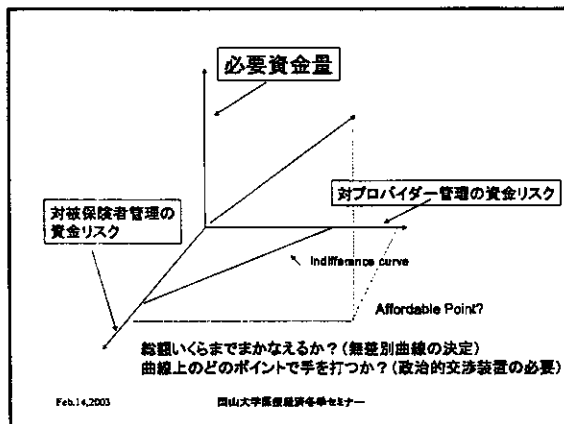
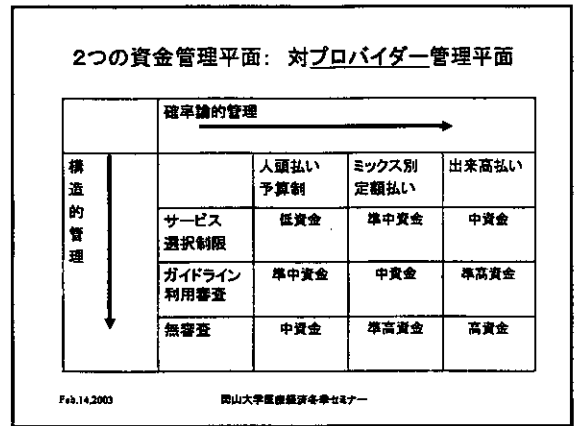
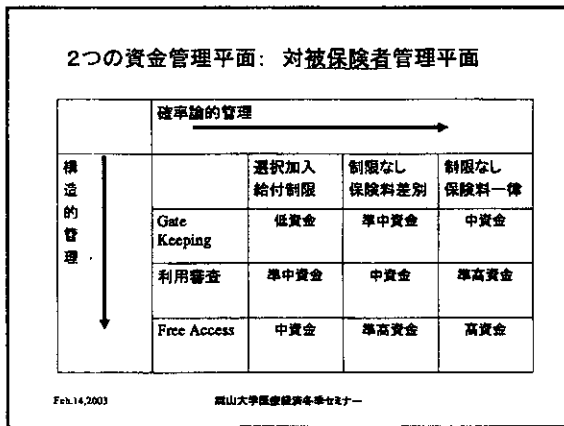
前提;確率的管理の精度が保証されている。

各保険者は固定費用を確率情報システムに出資、あとは各自の資金の範囲で可能な確率的管理と構造的管理手法の組み合わせを選択。

→ 資金管理平面の概念を提唱。

問題;適切な組み合わせの選択ルール。  
特にプロバイダー・被保険者のバランス。

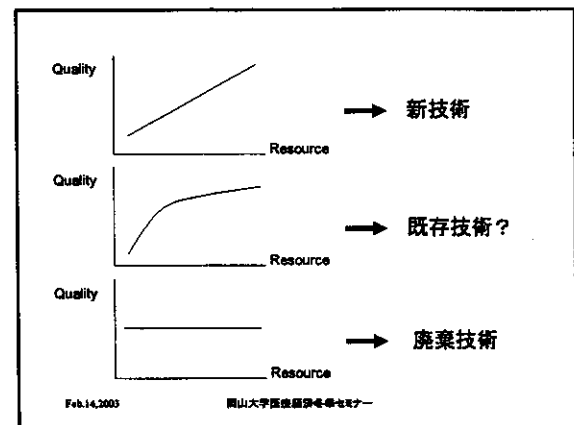
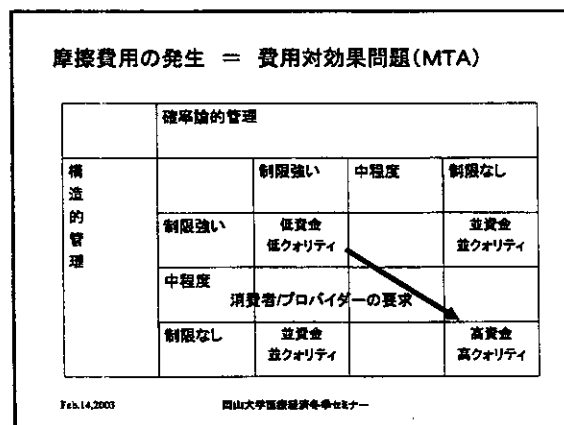
Feb.14,2003                  岡山大学医療経済学専攻セミナー



まとめると

- ・ 総額資金(目標)量の決定。
- ・ 被保険者・プロバイダー間の資金リスクの割り振り。
- ・ それぞれの資金管理面上での管理組み合わせの選択。
- ・ 確率的情報の精度や量により構造的な管理手法の選択幅が限られてくる。

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー



	確率的管理			
構造的 管理		制限強い	中程度	制限なし
	制限強い	低資金 低クオリティ		
	中程度		並資金 並クオリティ	並資金 並クオリティ
	制限なし		並資金 並クオリティ	高資金 並クオリティ

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**研究2**

既存統計を用いた保険ポートフォリオの実証分析

報告 橋本英樹  
研究協力・指定討論 福田 敬・住吉英樹

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**問題提起**

- ・ ポートフォリオ管理モデル。
- ・ 確率的管理のためのリスク情報。
- ・ 米国HMOの先行例。
- ・ 本邦の現状(保険料率の「根拠」の欠如)

**本研究の目的**

- ・ 既存データを用いた検討を通じて、  
保険計算に必要なリスク情報の必要条件を検討。

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**方法**

- 平成8年・11年患者調査
- ・ 病院表・一般診療所票個票(各120万件)  
有病率を計算。
- ・ 退院票個票(各60-70万件)  
平均在院日数の計算。

平成7-10年社会医療診療行為別報告個票  
(各25万件)  
一日あたりの診療点数を計算。  
平成7-8年、9-10年を各8年・11年患者調査と結合。

有病率 × 一日診療点数 = セグメントごとの一日総点数

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**方法(つづき)**

年齢別(1歳未満、1-15、16-34、35-65、66-75、76以上)  
疾病別(中分類)

- ・ 入院外診療ではさらに初診・再診別。
- ・ 入院診療では外科的手術行為の有無、  
在院日数6ヶ月未満・以上で分けた。
- ・ 入院診療では在院日数で有病率を割って、  
発生率該当値を算出し、これと一日額をかけて  
Intensity(治療強度)もあわせて算出した。

なお病院票・一般診療所票には手術・在院日数情報がないので  
社会医療診療行為別報告から上記セグメントごとに比率を計算し  
それをあてはめた。

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**結果その1 推計総額(入院外診療)**

平成8年	一般診療	入院外診療費(公表)	12兆4815億円
推計値	1153分類	一日平均診療報酬	35,207,610円
		365日 × 6/7 (週6日外来として)かけて	
		推計総額	12兆7002億円。
平成11年について	は公表	推計	12兆6142億円 12兆0007億円。

Feb.14,2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

**結果その2 推計総額(入院診療)**

平成8年 一般診療 入院外診療費(公表)  
10兆4975億円

推計値 1401分類  
一日平均診療報酬 20,530,660円  
365日かけて  
推計総額  
10兆4987億円。

平成11年については公表 11兆3990億円  
推計 11兆3428億円。

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

**結果その3 高額入院外診療セグメント(H8)**

順位	疾病中分類	年齢層	初診再診	1日患者数	1日平均点数	1日総診療費用(億円)
1.	901(高血圧)	35-65	再診	261626.1	670.9	17.6
2.	901	65-75	再診	229610.1	728.8	16.7
3.	901	>=76	再診	202399.6	791.4	16.0
4.	1402(腎不全)	65-75	再診	33387.2	3659.4	12.2
5.	402(糖尿病)	35-65	再診	88305.6	1050.0	9.3
6.	906(脳梗塞)	>=76	再診	62121.7	1072.4	6.7
7.	402(糖尿病)	65-75	再診	61469.8	1055.7	6.5
8.	1104(胃潰瘍)	35-65	再診	62737.9	799.6	5.0
9.	403(代謝疾患)	35-65	再診	54756.5	811.6	4.4
10.	906(脳梗塞)	65-75	再診	38978.0	1089.4	4.3

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

**結果その4 高額入院診療セグメント(H8)**

順位	疾病中分類	年齢層	手術LOS >6m	件数	1日点数	1日総診療費用(億円)
1.	503(統合障害)	35-65	なし ○	139185.1	766.8	10.7
2.	906(脳梗塞)	>=76	なし ×	54983.7	1683.7	9.2
3.	906	>=76	なし ○	45766.0	1095.5	5.0
4.	906	65-75	なし ×	21391.3	2003.8	4.3
5.	211(良性腫瘍)	35-65	あり ×	8669.1	4844.7	4.2
6.	903(その他心疾患)>=76	なし ×		15643.0	2023.9	3.2
7.	902(虚血性心疾患)35-65	なし ×		8284.9	4751.6	2.9
8.	906(脳梗塞)	35-65	なし ×	12967.2	2218.2	2.8
9.	210(その他悪性新生物)35-65	なし ×		11036.4	2539.1	2.8
10.	402(糖尿病)	35-65	なし ×	13477.5	1966.8	2.6

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

**結果その5 高intensity入院診療セグメント**

順位	疾病中分類	年齢層	手術LOS >6m	件数	1日点数	1日総診療費用(億円)
1.	211(良性腫瘍)	35-65	あり ×	8669.1	4844.8	4.20
2.	702(白内障)	>=76	あり ×	3702.5	6150.9	2.28
3.	902(虚血性心疾患)35-65	なし ×		6284.9	4751.7	2.99
4.	702(白内障)	65-75	あり ×	3059.3	6357.0	1.94
5.	906(脳梗塞)	>=76	なし ×	54983.8	1683.7	9.26
6.	1800(異常検査)	35-65	なし ×	5902.9	3480.0	2.04
7.	1504(産褥)	15-35	あり ×	6278.1	2968.5	1.86
8.	902(虚血性心疾患)65-75	なし ×		8561.0	3711.9	2.44
9.	211(良性腫瘍)	35-65	なし ×	7805.0	2246.1	1.75
10.	211(良性腫瘍)	65-75	あり ×	2930.1	5356.9	1.57

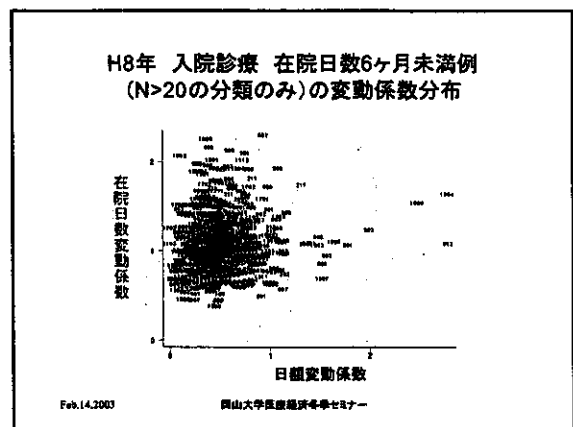
Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター

**リスク別の資金量推定**

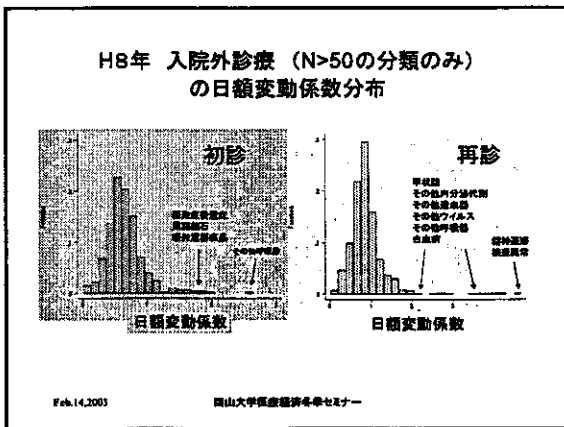
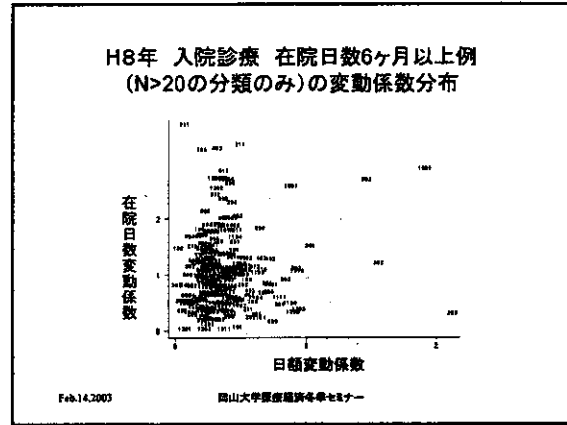
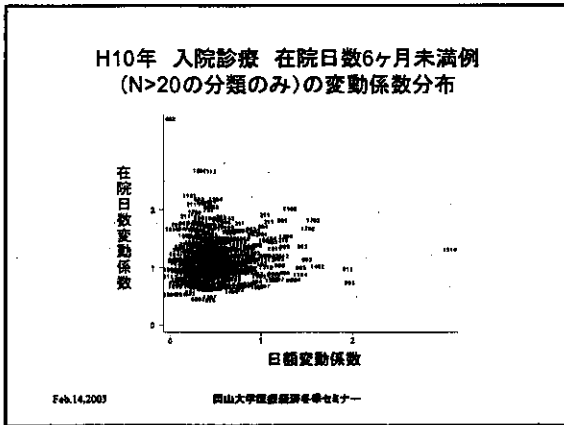
- たとえばリスク化しにくいものとして  
在院日数・日額の変動係数>1(Rコードを除く)  
後期高齢者(76歳以上)  
先天奇形(1701、1702)ないし1歳未満  
重度外傷(1902)、熱傷(1903)
- 定型化しやすいものとして  
入院外再診?

変動係数で検討を試みると.....

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻センター







考察

- 既存統計を用いた医療資金量内訳の推計は公表医療費との比較では妥当なものが得られた。
- 問題
  - 情報精度
    - 疾病名(診療行為別は中分類で粗い・DPCと連結不可能)。
    - サンプル量(診療行為別は25万で少ない)。
    - 標準病名・診断群による電子媒体情報化に期待。
  - あくまで診療報酬点数(原価情報との対比)
  - 保険外負担分の情報欠如(有病率は手に入るが)
    - 国民医療費の範囲(国民保健計算などの考え方)
    - 健康増進等への資金投資量

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

保険料率計算にむけて

- 情報精度の向上(特にレセプト情報の病名)
- 構造的な管理との整合性
  - 対プロバイダー 病院機能との関係
  - 対被保険者 アクセス・カバーの範囲
- 保険者間調整の構造的な問題。

Feb.14.2003 岡山大学医療経済学専攻セミナー

「国民皆保険制度の戦略的運営」  
－改革の段階との関連について－

2003 年 3 月 31 日

国立社会保障・人口問題研究所

研究員 泉田信行

1.はじめに

医療制度改革が総論の段階から各論の検討の段階に入っている。様々な改革案が提出されているが、「国民皆保険制度を維持する」という点ではこれまでのところ異論は無いようである。国民皆保険制度は社会保険制度を採用する国の中でも日本の特徴ともいえる点である。しかしながらこの特徴を維持することは、民間保険制度を維持するよりも難しい課題を抱える可能性が高い。保険制度の関係者に対して適切なインセンティブを与え・維持することが難しいためである。

国民皆保険制度を維持するためには当然のことながら保険財政が少なくとも収支均衡とならねばならない。そのためには皆保険制度が戦略的に運営されねばならない。現行の制度はこの点でひとつの問題点を抱える。つまり、個別の保険者及び保険制度全体の管理者、それぞれが戦略的に組織体を運営する誘因を持っていないということである。

個別の保険者については、健康保険組合であれば理事長・常務理事、市町村国民健康保険であれば町長ないしは国保主管担当者、政府管掌健康保険であれば社会保険庁長官が運営の主体となる。運営の主体がどのような権限をもち、責任を負うか、を適切に設計することが保険者が適正に事業運営する誘因を確保するために必要である。しかし、現状においてははなはだ心もとない状態にあるといえる。他方、医療保険制度全体についても厚生労働大臣が運営を行っている。

このような実態に対して西田・橋本（2001）は医療保険制度の戦略的運営、特に給付管理の側面について、が必要であることを説いている。彼らの論文に対する経済学的な側面からの批判的展望は泉田（2002）で述べた。彼らの論文に関するもうひとつの側面についてここではコメントしたい。それは現実の医療保険制度の改革プロセスと彼らの議論の関係を明確にしなければならないという点である。

医療制度改革は現行制度の発足当初から持続的に行われてきた感があるが、ここ数年の改革は 1996 年の医療保険審議会の答申からである。そこでは、診療報酬制度の改革、薬価制度の改革、医療提供体制の改革、医療保険制度の改革が議論されていた。これらの内容

はそれまでの制度改革とは異なり、「抜本的な」制度改革を目指すべきものであると理解されていた。

その後の経緯は広く知られるところであるが、薬価制度改革の挫折を経て現在その他の項目の改革が個別の論点として実施に移されている段階である。それらは特定機能病院における定額支払制度の実施、医療法改正による地域医療支援病院制度の実施、等が行われてきた。保険者についても医療機関との直接契約・直接審査支払の解禁、市町村国民健康保険について、都道府県単位への広域化の推進などが行われてきた。これらこれまで行われてきた制度改革と医療保険制度の戦略的運営との関係については西田・橋本論文は解答を与えていない。また、今後行われるべき改革の順序だてについても解答を与えていない。

もっとも、彼らの論文は医療保険者の機能のうち、給付方法に関する側面についての戦略的運営方法を抽出して議論していたため、このような指摘は批判としては的外れに近いかもしれない。しかしながら、彼らのフレームワークを活かして拡張的に議論することは有意義であると考えられる。そこで、本稿においては彼らの議論とこれまで行われてきた医療保険制度改革の関連、今後行われるべき医療保険制度改革との関係を検討し、今後の医療保険制度改革が戦略的運営の観点を取り込んだものとなるにはどのようにすべきかを検討する。

## 2.医療給付管理制度にかかる戦略的運営

医療給付の管理においては、不確実性・リスク情報管理と構造的な側面の管理を分離して考えることが必要である。不確実性・リスク情報管理とは医療保険が確率事象の生起に対して給付を行うという性質上、不確実性やリスクに直面する。経済学的には不確実性はある事象の生起する確率分布すらわからない状態を指し、リスクとは確率分布の情報を利用可能な場合をいう。それゆえ、保険を事業として成立させるためには不確実性をリスクに転換し、リスクについても情報を精密にしていかなければならない。

この場合考えなくてはいけない点は不確実性・リスク情報管理のコストと効果である。医療機関との契約では不確実性・リスクの評価に基づいて契約を結ぶことになる。例えば、現行の制度においてはフリーアクセス・出来高払い制度で被保険者・医療機関と保険者が契約しているので保険者が全ての不確実性・リスクを負っていることとなる。西田・橋本論文におけるセグメンテーションの概念は、傷病ごとに適正な対加入者・対医療機関との契約が存在する可能性を指摘している。これは不確実性・リスク計算を行った上で保険者が不確実性・リスクに応じた契約を医療機関と行うことを意味している。

保険者と医療機関の契約は一旦確立してしまえば、追加的な費用がかからずに更新していくことは可能である。また、ひとつの保険者が計算したリスク情報は他の保険者でも容易に転用が可能である。ただし、これは医学的な治療方法が定型化されているという前提の下である。この場合、西田・橋本論文におけるセグメンテーション別の契約は傷病ご

とのリスク計算、契約形態の確立が一旦行われれば、後の管理費用は少なく済むと考えられる。ただし、当初に行われるべきリスク計算の費用は大規模なものになると考えられる。よって、外部波及効果（他の保険者も利用可能な情報）を持つ費用のかかる情報を作成するための投資を行なう必要があるものの、外部波及効果があるが故に保険者は投資する誘因が小さいと考えられる。他の保険者が投資した成果を安く入手すればよいからである。

ここにおいて、医療保険制度の戦略的運営の概念が「制度管理者による戦略的運営」と「保険者による戦略的運営」の二つの概念に峻別して議論しなければならないことが理解される。保険者は与えられた医療保険制度の下で、上手く与えれば、戦略的に行動する誘因を持ちえる。しかしながら、制度を戦略的に運営する誘因及び権限を保険者は持たないのである。

すると、「制度管理者による戦略的運営」と「保険者による戦略的運営」のどちらを改革の道筋において重視すべきか、という選択が発生する。これは換言すれば、保険者がその機能を発揮出来るように権限を与えるべきか、それとも、保険者に権限を与える前に制度的な条件を整えるべきか、という選択の問題である。いずれにせよ一長一短がある。

保険者に権限を与えれば、後は自動的にしかも急速に改革が進むと考えられる。これは保険者が自己の権限によってその機能を発揮するからである。もちろん改革が進まない可能性もある。保険者が与えられた権限ではその機能を発揮できない可能性もあるからである。その意味で、この方法は医療保険制度の戦略的運営という観点からは保険者の行動のコントロールができず、目的とした方向へ医療保険制度改革を進めることが難しくなると思われる。

後者を選択すると、改革の進捗が遅くなることは明らかである。他方、保険者の行動は改革の最終段階までコントロールが効き、目的とした改革を達成する可能性が高くなると考えられる。

この議論を不確実性・リスク情報管理の文脈で考えると、保険者に個別に不確実性・リスク情報管理を行わせるよりも、政府がまず不確実性・リスク情報管理を行い、傷病ごとのリスク計算を行う。その情報に基づいて医療機関との契約のプロトタイプを作成し、保険者に対して提示するという方法が考えられる。この方法は極めて統制的・官僚的な方法と思われるかもしれない。しかし、リスク情報の作成という点では極めて有効であると考えられる。いったん作成されたリスク情報は他の保険者にすぐにコピーされる。これは保険者全体から見れば効率的である。他方、すぐにコピーされるのであれば情報を作成しようとする保険者は存在しないであろう。逆に他の保険者への情報のコピーを許さない場合には重複してリスク情報作成投資が行われ、無駄な投資となる。それゆえ、各保険者にリスク情報作成を個別にさせるのではなく、政府が一元的に行うことが効率的であると考えられる。この意味では昨今導入された DPC の作成時の方法は評価されるべき方法である。

さて、リスク情報が作成された後に個別の医療機関と保険者の間の契約に入ることにな

る。西田・橋本論文におけるセグメンテーションの議論においては、一定のまとまりはあるとは思われるものの、傷病ごとに契約方法が異なるため、医療機関がある一定の契約（例えば、出来高もしくは包括支払のいずれか）を結べばそれにより治療の対象となる傷病が異なり、医療機関の機能分化が発生すると考えられる。もしこの時点で医療機関の機能分化を要求しないのであれば、ひとつの医療機関と保険者が複数の異なる契約を同時に行うこととなる。これは保険者にとっても医療機関にとっても現実的な選択肢であるとは考えられない。

個別の保険者と個別の医療機関がそれぞれ診療契約を結ぶべきか否かも論点のひとつとなりえる。個別診療契約は、個別の傷病に関するリスクの差異等を踏まえた上では、医療機関が提供するサービスの質の評価を行うという側面がある。その意味では個別診療契約は推進されるべきである。他方、本来の医療の質とは異なる、アメニティ部分での質の改善が急速に進む可能性も有る。その場合、公費負担がある公的医療保険の枠組みでどこまで許容できるかは検討されねばならない問題であろう。

### 3. 加入者管理制度にかかる戦略的運営

この点は西田・橋本論文では全く考慮されていない点である。給付管理の面と独立して考えられる部分もあるが、密接に関連する可能性のある面もある。例えば、傷病別にリスクが計算可能となると、傷病別の保険契約を加入者と保険者の間で締結することも可能となる。もちろん、性・年齢等によって全ての傷病のリスクを合算した保険料を合算して徴収することにより、合算した保険料を支払いつつも全ての傷病に関する契約を個別に行うことも可能である。

合算した保険料は世帯ベースで賦課される現行制度よりも個人に対して賦課される方がより個別のリスクを勘案していると考えられるため、望ましい。このため、現在行なわれ始めている保険証のカード化はより推進されるべきであるし、それをきっかけに保険料の個人単位の賦課の方向へ進むべきであろう。

個人単位で保険料を計算し、賦課することは事務作業を煩雑化させる可能性があることを指摘する人もいるかもしれない。これは前段で述べたリスク情報管理が行われており、かつ、加入者管理が適切に行われているのであれば、作業をコンピューター処理することにより大きなコストをかける必要は無いものと考えられる。もちろん、個人単位で計算された保険料を世帯単位で集計して請求することも特に難しい作業ではない。さらには個人単位で保険料を計算し賦課することは個人のリスク（喫煙・飲酒の有無等）を反映した保険料設定を行う場合にも効率的である。

加入者管理の側面においても「制度管理者による戦略的運営」と「保険者による戦略的運営」の峻別、改革の順序立てが重要となってくる。そしてこの場合も「制度管理者による戦略的運営」による改革が先行して行われるべきであると考えられる。例えば、個別のリスク

を計算して保険料を賦課する権限を保険者に与えるとする、難病に罹患している患者に禁止的な保険料を設定することも考えられる。このような問題を回避するためには、制度管理者がリスク情報から上限保険料を計算し、上限保険料を超える保険料を賦課すること、もしくはその他のリスクに応じた保険契約を禁止することがまず必要である。その上でリスクが相対的に低い個人に対して優遇保険料を個別の保険者が計算して賦課することだけを許可する、など「制度管理者による戦略的運営」が必要となるであろう。その上で「保険者による戦略的運営」を活かすような制度改革が行われるべきである。なお、「保険者による戦略的運営」を担保するためには加入者による保険者運営への参加、及び保険者の選択が必須である。

#### 4.終わりに

国民皆保険制度を維持しつつ医療保険を維持可能なものとしていくためには国民皆保険制度を戦略的に運営していく必要がある。このとき、重要な役割を果たすのが制度管理者である。保険者も当然重要な役割を果たすが、保険者が自律的に行動する場合には制度改革が意図した方向に進まないリスクも当然発生する。これを回避するためには保険者に対する誘因の与え方を工夫するとともに、制度自体が最低限守るべき内容を事前に設定しておく必要がある。これらは「制度管理者による戦略的運営」であり、「保険者による戦略的運営」の役割ではない。

「制度管理者による戦略的運営」が対象とする範囲は大別して「医療給付管理制度」と「加入者管理制度」に分割できる。「医療給付管理制度」の側面においては西田・橋本（2001）論文及び泉田（2002）が指摘したように不確実性・リスク情報管理が必要であり、それによって個別の医療機関や加入者との契約が必要となる。リスク情報の作成には大規模な投資が必要であり、かつ、その情報は複製が容易である。また、複製を行うことが制度全体から見れば効率的である。その結果、個別の保険者には投資意欲が発生しない。この点については政府が役割を果たし保険者に提供すべきであろう。

個別の保険者はリスク情報によって医療機関と契約を行うことが可能となるが、個別診療契約の是非については皆保険制度を維持するという観点とは異なる観点から評価されなければならない。個別診療契約は、医療機関評価を通じて、医療の質を向上させる効果を持つと考えられる。もちろん、そのためには別途の費用が発生する。

しかしながら、別の理由で個別診療契約を許容すべきであると考えられる。それは個別の診療契約を許容することにより、現在とは異なる診療スタイル、治療技術、診療契約のスタイル、が誘発される可能性があるためである。現状維持を至上命題とするのでなく、医療制度、医療内容を改善していくことも戦略的運営の目標とするのであれば個別診療契約を許容するだけでなくその多様性を許容することも必要であると考えられる。

保険者が医療機関とのリスクに基づいた契約によって制度が維持可能な水準に保険料が

設定されるようになった場合、その果実が加入者にも当然還元されるべきである。このため、個人別にリスクに基づいた加入契約を行うべきである。倫理的な問題を回避するために、政府が上限保険料を設定し、リスク軽減的な活動をしている加入者に対して保険者が優遇保険料を設定する形態が望ましいと思われる。これらは「制度管理者による戦略的運営」の内容である。

加入者に対するサービスを向上していくためには保険者と加入者間の保険契約の多様性が保障されねばならない。そのためには「保険者による戦略的運営」を担保する加入者による保険者運営への参加、及び保険者の選択が必須であると考えられる。

このように検討してみると、医療保険制度改革は①西田・橋本論文によって提起されたセグメンテーションごとのリスク情報作成、②リスク情報に基づいた契約（事例）の作成、③リスク情報に基づいた保険者と医療機関の契約、④保険者と医療機関の個別診療契約から派生する医療機関の質の評価、⑤リスク情報に基づいた保険者と加入者の契約、⑥加入者による保険者の選択、運営に対する意見表明制度の導入、という時系列のステップを取ることが自然であろう。西田・橋本論文はこの時系列の流れの①及び②の内容について述べている。この意味で彼らの指摘は本質的に医療制度改革を進めていく場合の最初の、しかしながら決して逃れられない、重要なステップについての議論といえる。

#### 参考文献

泉田信行：(2002)、「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—」、『厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 国民皆保険制度の戦略的運営の研究』報告書所収。

西田在賢・橋本英樹：(2001)、「国民皆保険制度の戦略的運営 ポートフォリオマネジメントの視点から見た医療保険改革の在り方を考える」、『社会保険旬報』、NO2084、pp.137-145.

## 「破綻健保の研究」

2003年3月31日

国立社会保障・人口問題研究所

研究員 泉田信行

### 1.はじめに

医療費の増嵩と不況の長期化により健康保険組合の破綻が発生している。破綻した健康保険組合の加入者は政府管掌健康保険へ移行する。このため、健康保険組合の破綻は社会保障制度の一端を企業が担って体制の崩壊を意味する。このことの是非はともかくとし、健康保険組合が破綻するに至った経緯を検討することは他の公的医療保険制度における保険者の運営に対しても資するところが大きであろう。

健康保険組合の収支を管理する方法の詳細は組合ごとに異なると考えられるが、収支が黒字の場合には次年度以降の支出のために内部留保として積み立て、赤字の場合には積立金の取り崩し等で対応すると考えられる。収支が一定期間改善しないと考えられる場合には保険料率の引き上げが行われる。これは一般の企業が利益準備金を取り崩したり、積み立てたり、生産物価格をひきあげる行為と本質的には何ら変わりがない。しかしながら両者の差異は経営の悪化した企業は経営責任を追及されるが保険者に対しては運営の責任を追及されることはない。

現行の医療保険制度下では保険者が果たすべき役割はそれほど無いという意見やほとんど役割を果たしえないという意見がある。この現状に対する問題意識が保険者機能の強化という議論の方向性を生んだ。これまで保険者機能の強化の議論は様々なされてきたが、想定されている保険者機能を現行の保険者が果たしえるのか、そして現状において保険者はその機能をどの程度果たしているのか、という点は検討されねばならない課題である。本稿では健康保険組合の破綻という究極的な事例を取り上げ、保険者機能について検討する。

健康保険組合が破綻する場合には恐らく二通りある。ひとつは母体となる企業が合併の実施ないしは会社更生法の適用、破産、和議等の申請を行い、存在しなくなる場合である。この場合の健保組合の破綻は健保自体の問題ではない。他方、健保自体が解散する場合もある。この場合母体企業は存続している。



健康保険組合連合会による『健康保険組合の現勢』を平成9年版から平成13年版まで調査したところ、合併消滅及び解散となった健康保険組合は71であった。そのうち解散であった組合は41であった。年次別の解散数を見ると、平成9年3組合、平成10年及び平成11年9組合、平成12年15組合、平成13年(3月時点まで)5組合、と増加傾向にあることがわかる。このなかには健保組合は解散しても母体企業が存続しているケースを含んでいる。

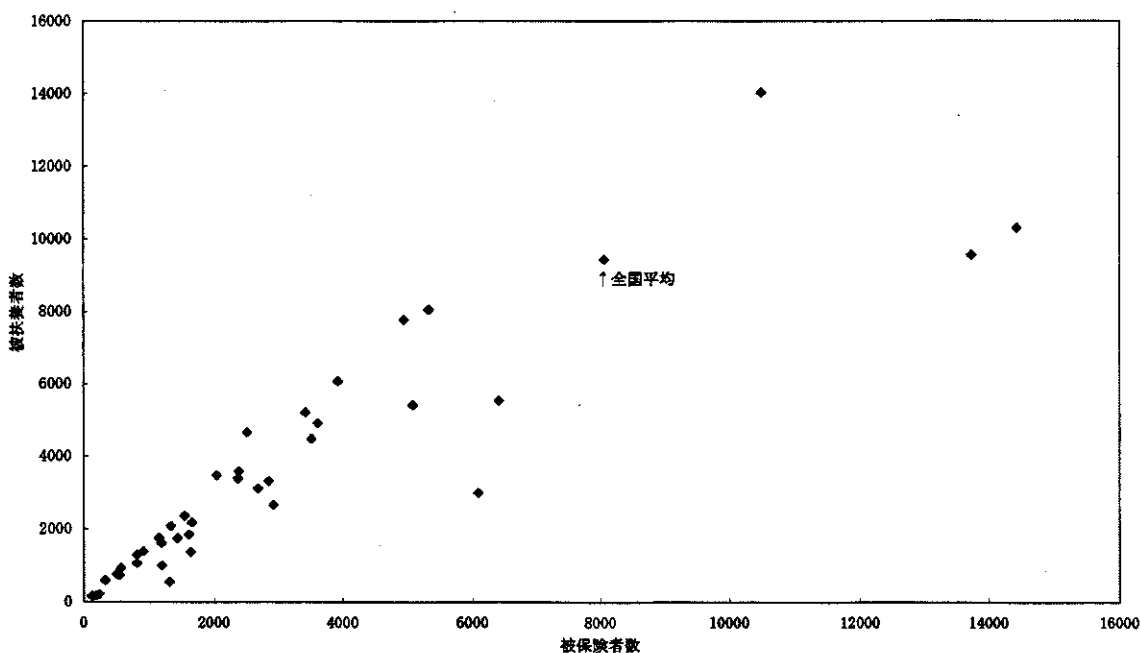
このような健保組合の破綻が何に起因するのか、そして避けられるものであるのか、を検討することは国民皆保険制度を戦略的に運営するために重要な情報を提供してくれるものと考えられる。

以下においては、いまだ健康保険組合の財政状況が良好であった平成2年時点で上述の破綻組合の財政状況が如何なるものであったかを確認する。その上で平成2年時点と破綻時点を比較して破綻健保組合の財政状況の変化とその要因を検討する。最後に老人保健拠出金制度との関連、及び西田・橋本論文、西田・橋本(2001)との関連について述べる。

## 2.破綻健保の平成2年時点の概況

今回分析の対象としている健康保険組合は平成9年以降に解散しているものである。解散した健康保険組合がどのような属性であるかは興味深い点である。破綻する時点の情報も重要であるが、実際に破綻する以前にどのような属性を持っていた組合であるかも検討すべきである。

図1 被保険者数・被扶養者数



そこでひとつの基準点として分析対象となる健康保険組合の運営指標と健康保険組合全体の運営指標の全国平均値を平成2年時点についてまず比較する。平成2年は最新のデータから10年さかのぼった年である。ひとつの基準点としての選択であり、他の年を基準とすることも可能である。その意味ではベースラインとしての適格性は検討される必要があるかもしれない。

図1は被保険者数と被扶養者数を散布図に表現したものである。1健保あたりの全国平均値はそれぞれ8061人と9446人である。この図から明らかに分かるとおり、解散している健保組合は全国平均値よりも小さい組合が多い。

図2 扶養率と老人加入率

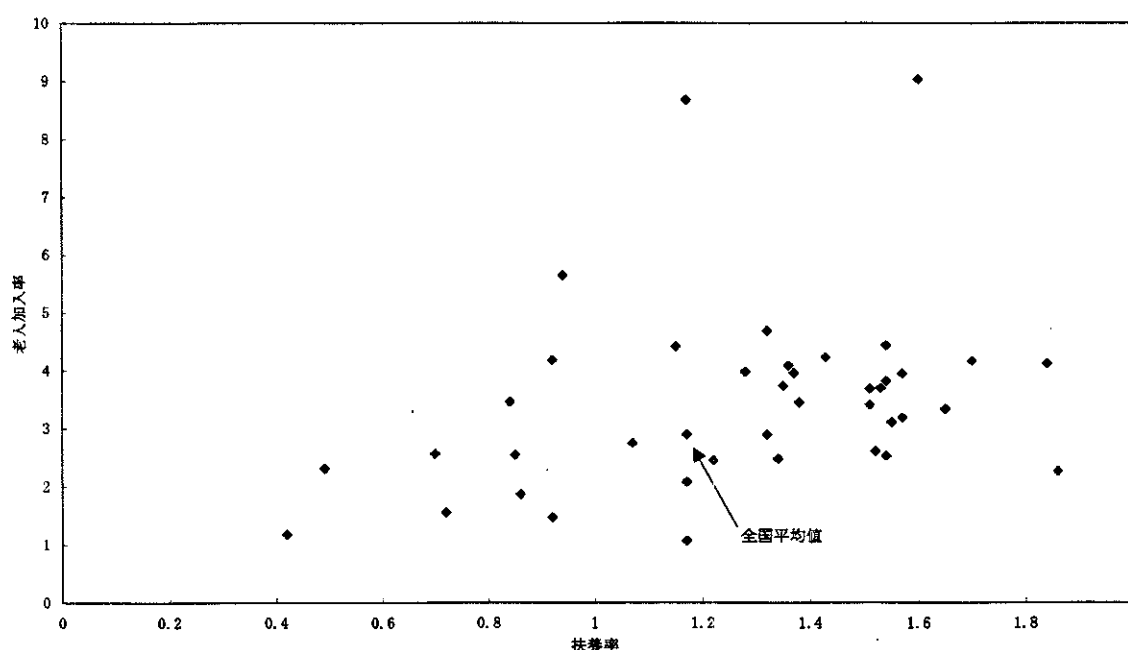


図2は扶養率(被扶養者の数を被保険者の数で除したもの)と老人加入率(加入者に占める老人の割合)を各組合ごとに示したものである。これらの数値の全国平均値はちょうど分布の中心付近に存在し、扶養率の高い組合も低い組合も、老人加入率の高い組合も低い組合も破綻する可能性があることを含意している。

図3は保険料率と平均標準報酬額である。これも扶養率・老人加入率のケースと同様に全国平均値は分布の中心に存在する。このため、破綻する組合の保険料率が非常に高い、平均標準報酬額が非常に低い、という先見的に抱きがちな事態は発生していないことが分かる。

収入の指標としての保険料率だけでなく、支出の指標として法定給付費等所要保険料率と老健拠出所要保険料率についても検討した。すると、破綻した健保の多くは平成2年時点において既に全国平均を上回っている状態にあることが分かる。(図4参照。)

図3 保険料率と平均標準報酬額

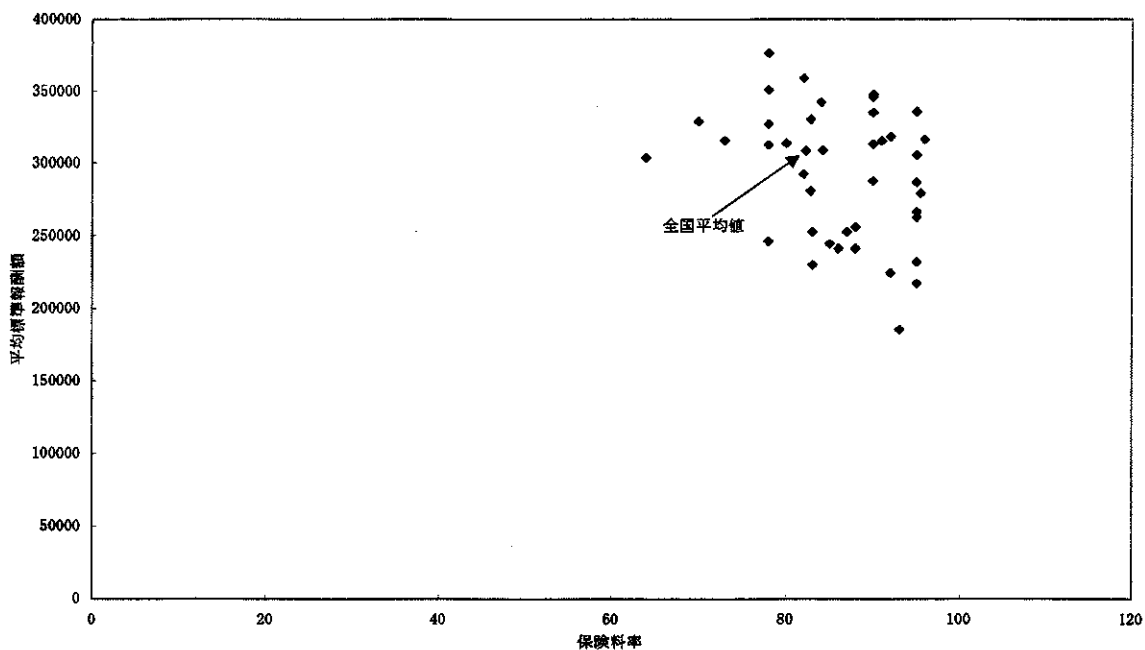
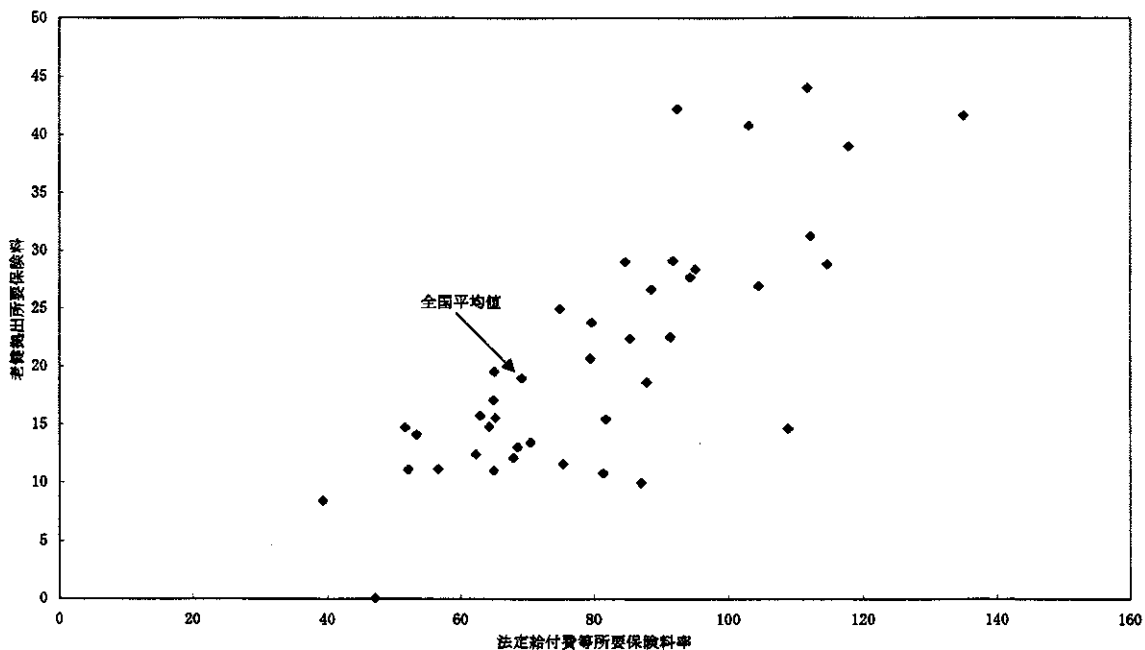


図4 法定給付費等所要保険料率と老健拠出所要保険料



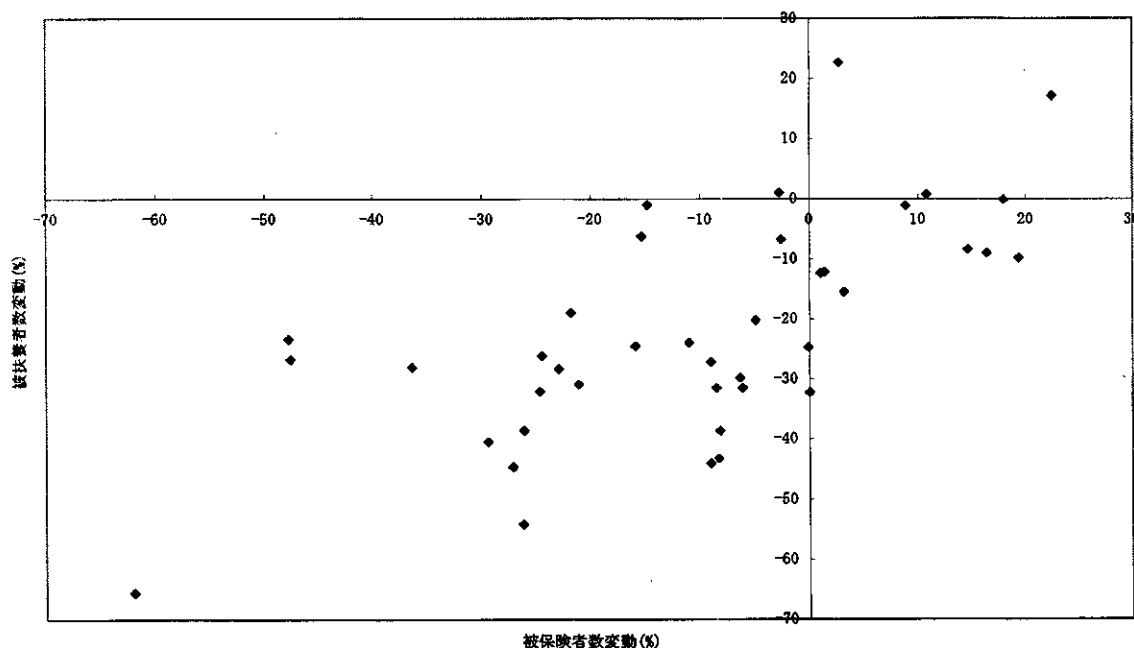
以上のことから、平成9年から平成13年初めまでに破綻した健保組合の平成2年時点の財務状況を見ると、標準報酬月額については全国平均よりも高い組合もあれば低い組合もある。つまり、収入の面ではばらつきがあるものの、支出の面では法定給付費等所要保険

料率と老健拠出所要保険料率が全国平均よりも高い組合が多いことがわかった。標準報酬の多寡については健保組合が影響をもたらすことはできない。それゆえ、健保組合が破綻を免れるためには支出を抑制するしか方法が無い。収入の範囲内に支出が抑えられるかが健保組合の存続の鍵となる。次節においては、いまだ景気の良かった平成 2 年時点と破綻時点の比較を行うことにより健保が破綻に向かうまでの運営の変化を追跡することとする。

### 3.平成 2 年時点と破綻時点の運営内容比較

基準とする平成 2 年と破綻年もしくはその前年のデータと比較する。破綻年に比較対照のデータが記載されていないケースにその前年のデータを利用した。

図5 加入者数変動



まず加入者数の変化が図 5 に与えられている。多くの組合で加入者数が、被保険者・被扶養者ともに減少している。図 6 に見られるように被扶養率については減少している組合が、老人加入率については増加している組合が多い。加入者数が減少する一方、老人加入率が高まるため、老人医療費が増大することが予見される。

老健拠出、法定給付費それぞれの所要保険料率は平成 2 年から破綻までに急速に伸びていることが図 7 から明らかである。特に老健拠出所要保険料率は 4.5 倍にまで膨張している組合もあった。また、法定給付についても 1.6 倍まで増大している組合がある。このため、収支を均衡させるためには収入の増加を図らなければならないが、破綻する組合は特に標準報酬が高い組合ではないことは先に見た。また、被保険者数も減少していることを図 5 で確認した。それゆえ、収入を増加させるためには標準報酬の水準が高まるか、保険料水