

## 【研究成果の刊行に関する一覧表】

### 書 籍

| 著者氏名  | 論文タイトル名                 | 書籍全体の編集者名            | 書籍名              | 出版社名        | 出版地 | 出版年  | ページ     |
|-------|-------------------------|----------------------|------------------|-------------|-----|------|---------|
| 西田 在賢 | 医療保険における<br>保険者の機能と経営   | 山崎 泰彦/<br>尾形 裕也      | 医療制度改革と<br>保険者機能 | 東洋経済<br>新報社 | 東京  | 2003 | 155-172 |
| 西田 在賢 | 海外における病医院経営と<br>わが国への影響 | 西村 周三                | 2002年版<br>医療経営白書 | 日本医療<br>企画  | 東京  | 2002 | 375-382 |
| 西田 在賢 | 株式会社による病院経営の<br>議論を考える  | (監修)<br>医療経済<br>研究機構 | 医療白書 2002年度版     | 日本医療<br>企画  | 東京  | 2002 | 87-96   |

### 雑 誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名           | 発表誌名                        | 巻名                | 出版年  | ページ     |
|-------|-------------------|-----------------------------|-------------------|------|---------|
| 西田 在賢 | 米国のマネジドケアからなにを学ぶか | 臨床栄養<br>2002年5月号(臨時増刊号)     | Vol. 100<br>No. 6 | 2002 | 670-674 |
| 西田 在賢 | 特別講演 医療改革と病院経営    | 岡山医学同窓会報<br>2002年10月1日発行・別刷 | 第93号              | 2002 | 1-13    |

20020043

以降は雑誌/図書に掲載された論文となりますので、  
P.91の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

# 参 考 資 料

—2003年2月14日岡山大学医学部図書館講堂で開催した

本研究ポートフォリオ管理研究班公開セミナーでの講演記録から—

# 国民皆保険制度の戦略的運営の研究

…わが国医療改革の余地を探る

西 田 在 賢

# 国民皆保険制度の戦略的運営の研究

## …わが国医療改革の余地を探る

西 田 在 賢

### 【概説】

経済学には、人間の生活、生存に重要な関わりを持ち、また社会を円滑に機能するために重要な役割を果たす資源、モノ、サービスあるいは「制度」を共通の財産として社会的に管理しようという考え方がある。具体的には土地、大気、海岸、河川、森、水、土壌といったような自然資源のほか、社会的インフラストラクチャー、つまり日本で「社会資本」と呼ぶ公共交通機関、上下水道、電気、ガス、水道、道路、通信施設なども入る。そしてさらに、教育や医療といった制度資本も社会資本であると説明する。

米国で長らく研究された経済学者の宇沢弘文先生は、こうした教育や医療といった制度資本の管理では、官僚が管理するのではなくて、社会的な基準で行われるべきで、それぞれの分野の職業的専門家が専門知識に基づき職業的規律に従って管理運営されるべきだという。宇沢先生の考え方は、おそらく米国という歴史が新しいがゆえにしがらみの少ない国において発達した本格的なピアレビューの仕組みとその経済的特性を目にしたところから出たものと想像する。他方、古い国である日本などアジア・ヨーロッパ諸国では、指摘のような必要性に気付きつつも、従来からのしがらみや価値観に拘泥して、ピアレビューは経済的視点から語られることが少ない。

しかし、発達する経済社会の中で、医学や医療がどのような役割を果たすのかについての研究が必要とされており、具体的には社会の予算制約の考え方や、効率的な医療資源の利用についての考え方、医療へのアクセス管理の考え方、あるいは社会保険方式のような強制保険方式を採るならば管理を一任された政府は国民に説明責任を果たさねばならないといった事々も考えなければならない。

このような問題意識を念頭において、この2年間にわたり「国民皆保険制度の戦略的運営の研究」を進めてきた。ちなみに、第一次医療法改正が行われたのが1985年だから、かれこれ18年経っているが、それだけの年月を経ても、じつのところ医療保険制度財政は深刻の度を増すばかりで、具体的な抜本的改革の見通しは立たずにいる。そこで、本研究の目的は副題のとおり、様々な試案をもって語られるわが国医療改革についての改革余地を探ることにある。

このことを考えるにあたり、これまでのわが国における医療保険制度の管理について振り返ってみたところ、それは一言で言えば医療費用に注目したの管理方式であることに気付いた。これだと費用はいくらかかったと後から説明を繰り返すばかりで財政上の限界

は説明されず、また、国民皆保険制度の下、その資金を強制的に徴収される国民に対して説明責任を十分に果たしているとはいえないのではないかとの疑念が残った。他方で、世界でもかなり高い水準にまで経済が成長した日本は現在のところ長期の不況に遭い、法人、個人とも所得が頭打ちである。そのため、徴収・拠出させられる国民の医療保険資金に限度が到来するのは自明の理である。このような場合にはむしろ（けっして小さくない）国民の医療保険資金の集めうる限度額を予想して、その資金を効率的に管理していくような、いわば医療資金に注目した管理方式へとパラダイムの転換を図る必要があるのではないかと考えるに至った次第である。

このような考えに至る経緯について、以下に3つの段階に分けて説明し、わが国医療改革の余地について言及したい。ちなみに3段階の検討とは、まず米国で進む大規模社会実験とも云うべきマネジドケア保険を医療保険事業のひとつのビジネスモデルとしてみたときに、そこにおける医療給付のための保険資金管理の在り方の考察である。次に、その考察結果を基にして一般化した医療保険の資金管理の概念をまとめる。最後に、一般化した概念を念頭に置いて、わが国国民皆保険制度を持続するための新たな医療保険資金の管理体制の在り方を実証的に提案する。もっとも、最後に言う「実証」はまだ雑駁な目安を示すに過ぎない。しかし、このことは現行の国民皆保険制度の資金管理に必要なデータ整備が不完全であること、そして、その対策としてどのような情報基盤の整備が求められるかについての検討につながるものである。

（以下は、本研究のポートフォリオ管理研究班が2003年2月14日に岡山大学医学部図書館講堂で開催した公開セミナーでの講演テープ記録をもとに修正、加筆したものである。）

### 【その1. 米国マネジドケア保険のビジネスモデルに観る医療保険資金の管理】

ビジネスモデルというのは昨今人口に膾炙するようになりましたが、要は「商売のやり方」といった意味です。それゆえ、必ずしも学術的ではありません。だからマネジドケア保険のビジネスモデルといったときには、医療保険業という商売を実際どのように成立させているか、という説明になります。

さて、90年代に一世を風靡した米国のマネジドケア保険業、HMOのビジネスを検討する前に、ひとつ整理しておきたいことがあります。それは、「マネジドケア(managed care)」そのものは概念であって実体ではないということ、そして実体として米国の社会に現れた代表格は医療保険会社HMOであるということです。

90年台末になってHMOビジネスの失敗が目立つようになりますが、失敗した大きな理由は、露骨な利益追求に終始するHMOが、利用者から見放されるようになったに過ぎないと考えます。また、そのような米国流儀の医療保険ビジネスであるHMOの成否については、やはり米国という国の価値観を反映した社会実験であると捉えたほうが、的に外れがないものと思います。

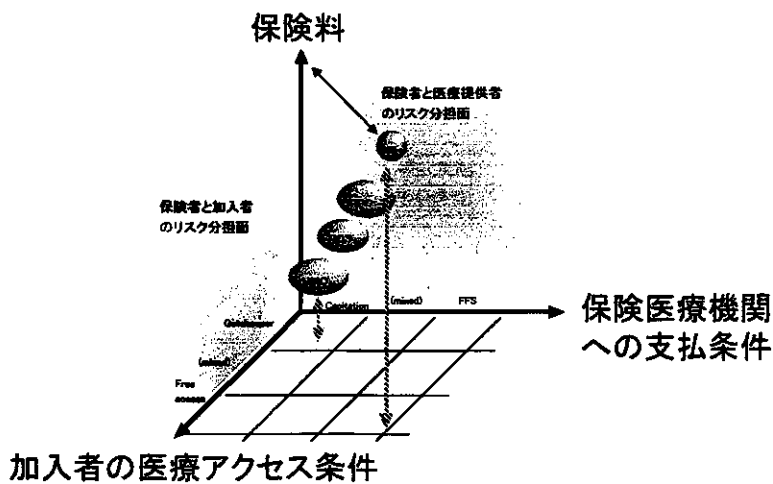
ところで、マネジドケアは概念であると申しましたが、それは医療の提供とそのファイナンス（資金繰り）のバランスを説明する概念だと考えられます。勿論、まだ完成した概念だとは思いません。だからこそ、そこには広大な研究の余地があるものと思う次第です。

米国のマネジドケア保険ビジネスを調べたところ、彼らは暗黙裡に図①のようなビジネス構造を描いていたように思われます。つまり、マネジドケア保険のやり方は、ひとつには加入者のアクセスに条件を設け、もうひとつには保険契約する医療機関への支払いに条件を設けるものです。すると、この条件付けの組み合わせでもって、保険料の違う保険商品を提供できるというわけです。もっと具体的に申しますと、加入者へのアクセスと言いますのはゲートキーパーを設けるとかフリーアクセスにするとか、あるいはその中間として、初めに診てもらふ診療所医師の選択は自由で、その紹介状を得て専門医や病院にかかれるとか、色々組み合わせが考えられます。要は加入者が医療にかろうとするとゲートキーパー制から、制限は一切ないというフリーアクセス制までの幅ができます。一方医療機関への支払方法ですが、これは極端には人頭払い制（キャピテーション）ということで、加入者 1 人につき年間いくら払うからそれで引き受けてくれと医療機関に交渉するものから、治療にかかった費用は全て支払うという出来高払い制まで幅があります。その中間には様々なレベルでの包括払い制というものが考えられます。

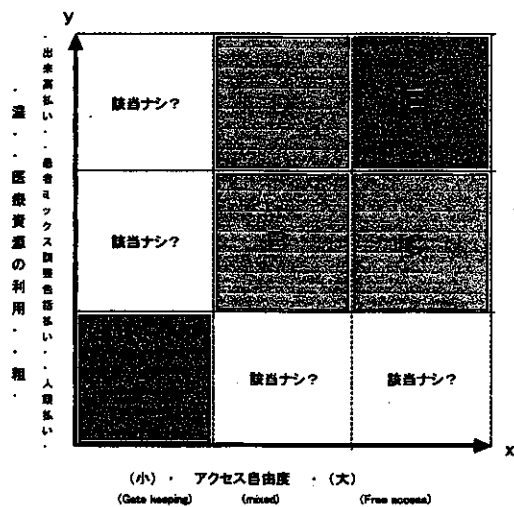
結果、例えばゲートキーパー制でしかも人頭払い制を多く取り入れているような医療保険ですと、保険加入者にとっては大変融通のきかない保険ですが、その代わり保険料は安くなります。一方でどこの医療機関にもかかれます、そして医療機関には出来高払いで支払いますというようにすれば、当然、このときの保険料は大変高いものになります。その中間には、包括払いを組み合わせるとか、一部にゲートキーパーの要素を入れるとかすることで、保険料は変わってきます。このような図式が念頭にあって、米国のマネジドケア保険が実施されたように思われます。

その背景を考えますと、1980 年代後半から 90 年代初めにかけて、米国は長い不況にあったことが思い当たります。不況だったから、もちろん職を失う人もある、収入が少なくなる人たちも多く出てくる、そんなときでも医療保険は生活に欠かせないわけですから、保険料の安い医療保険が米国民に歓迎されたことは言うまでもありません。それが 80 年代終わりから 90 年代半ば頃のマネジドケア保険 HMO の大流行です。このとき保険料が安いことからたくさんの加入者を集めることができました。ですが、HMO の中には利益を多く得ようとして給付費用を抑えるところが出てきました。たとえば、若くて健康な人たちをたくさん集めれば保険からの医療費出費は減りますので、そういう加入者を集めようとする HMO も現れました。しかし加入者の数は限られますから、HMO 間の競争が進むとやがて多少リスクがあっても加入者に加えていくということになりました。また、景気が良くなるに従って人々の懐具合も良くなり、もっと融通の利く医療保険を望む人たちが出てきます。そういう人たちは PPO だったり、POS だったりするような保険商品を購入するようになりました。こうした市場のニードに従うのがマネジドケア保険の保険商品提供の仕方

図① 米国マネジドケア保険事業者たちは図のようなビジネスモデルを暗黙裡に認めていたものと考えられる...



図② 医療給付条件のマトリックス





だったと考えられます。

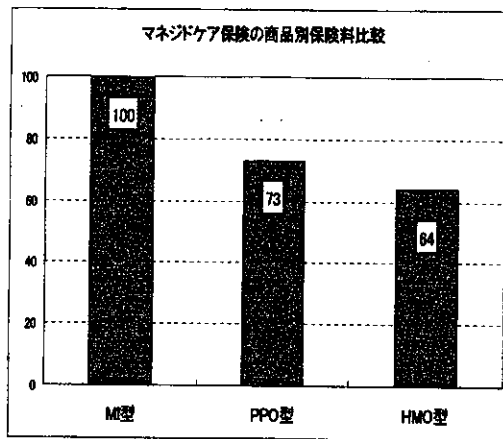
こうして見ていくと、マネジドケア保険のビジネスモデルから医療保険給付の条件表が浮かび上がることに気付きます。この条件表をわかりやすくすると、図②のようなマトリックスになります。すなわち、先ほど説明したように、給付条件にはアクセス条件、典型的にはゲートキーパーを置くことからフリーアクセスまで、あるいは保険契約する医療機関には人頭払いから包括払いあるいは出来高払いまでというふうなセグメントに分けることができるというわけです。マネジドケア保険では、一番保険料が安くなるセグメント A の給付条件の保険商品を 80 年代後半から 90 年代初めに出してきます。この医療保険商品を企画・販売するのが当時の HMO なのですが、HMO は大流行したこの種の保険商品の代名詞となりました。

米国ではマネジドケア保険会社 HMO は営利、非営利の両方の形態での営業が許されていますが、営利の HMO は利益を上げようとして保険料を安くする一方でいろいろな条件を付けて、費用の高い医療、例えば病院や最新医療技術に加入者がかかることを足止めしました。そのために手遅れになった加入者・患者が死亡する例が幾つも現れ、大いに社会の反発を買うことになりました。やがてそういった理由による死亡例が裁判沙汰になります。この種の事件は 90 年代前半に集中し、90 年代後半はその裁判結果が現れる時期となります。結果はほとんどが患者側の勝利ということになりました。するとマネジドケア保険会社のほうでもあまりゲートキーピングを厳しくすると結局訴訟につながり、後で大変な弁済をさせられるというので、それならばアクセス制限をもう少し緩やかにしようとする。けれども、併せて保険料も上げます。ですが、90 年代末頃の米国はかつてとは違って景気が良くなっています。景気が戻っていますから皆が職につける、保険料が支払えるというわけで、HMO 型の医療保険は急速に人気を落とし、もっと融通の利く PPO、POS といった医療保険に人気が移っていきます。結果は米国の医療費支出が再び勢いを増すことになりました。また一方で非営利の HMO では本来利益を追求しなくてもよいはずなのですが、営利 HMO が仕掛ける加入者獲得競争に巻き込まれ、結果として資金繰りが危うくなって倒産するということも現れました。これが米国におけるこの 10 年から 15 年の間のマネジドケア保険 HMO のビジネスの姿だったわけです。

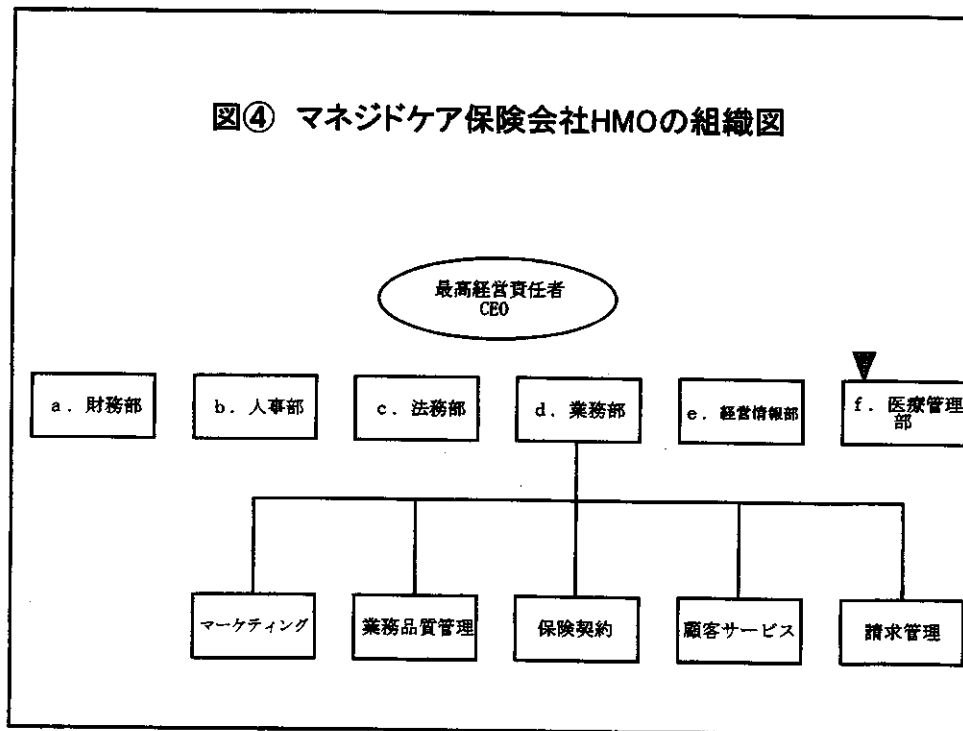
さて、米国マネジドケア保険のビジネスモデルは、給付条件をマトリックス中のフリーアクセス・出来高払いという E のセグメントに設定すると、保険医療費資金が最も多くかかるので保険料が最も高くなることを教えます。ちなみに、米国のあるマネジドケア保険会社 HMO の場合、1999 年秋時点で商品別の月間保険料は、従来型の医療保険 MI 型だと約 5.5 万円、PPO 型と約 4.0 万円、HMO 型だと約 3.5 万円となっています。(図③参照)

加入者に不満なく対応しようとする、給付条件は E の設定がもっとも良いわけで、現に日本の国民皆保険制度が発展する過程では、このことを踏まえていたものと思われます。しかしこのビジネスモデルが示唆するように、医療が発達を続けると、保険給付の対象も増え、それをカバーしようとする必要資金は天井知らずということになります。です

図③ 米国のあるマネジドケア保険会社HMOの月間保険料をMI型を100として他のタイプと比較(1999年秋のデータ)



図④ マネジドケア保険会社HMOの組織図



から、何らかの合理的な医療保険資金の管理体制が必要になります。

そこでHMOの組織も見ておきます。HMOというのは医療サービスを提供するとはいえ、保険会社でもあります。保険業というのは、銀行や証券会社と同じく金融業のひとつです。その保険業のなかでも医療保険に関して言えば長らくの試行錯誤の上で、ようやくHMOがひとつ答えを出してくれました。つまり、図④のように一般保険業にはない「医療管理部」という部門を持たねばならず、また、医療管理部の管理職というのは原則医療の専門家、特に医師たちで構成されるということです。これはまさにピアレビューの仕組みです。

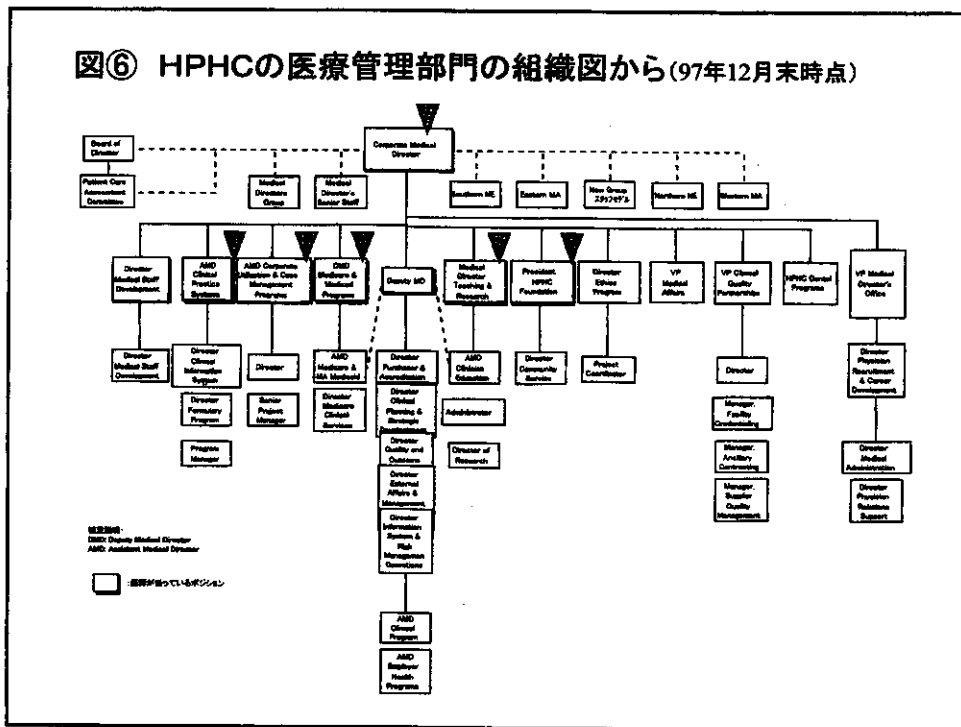
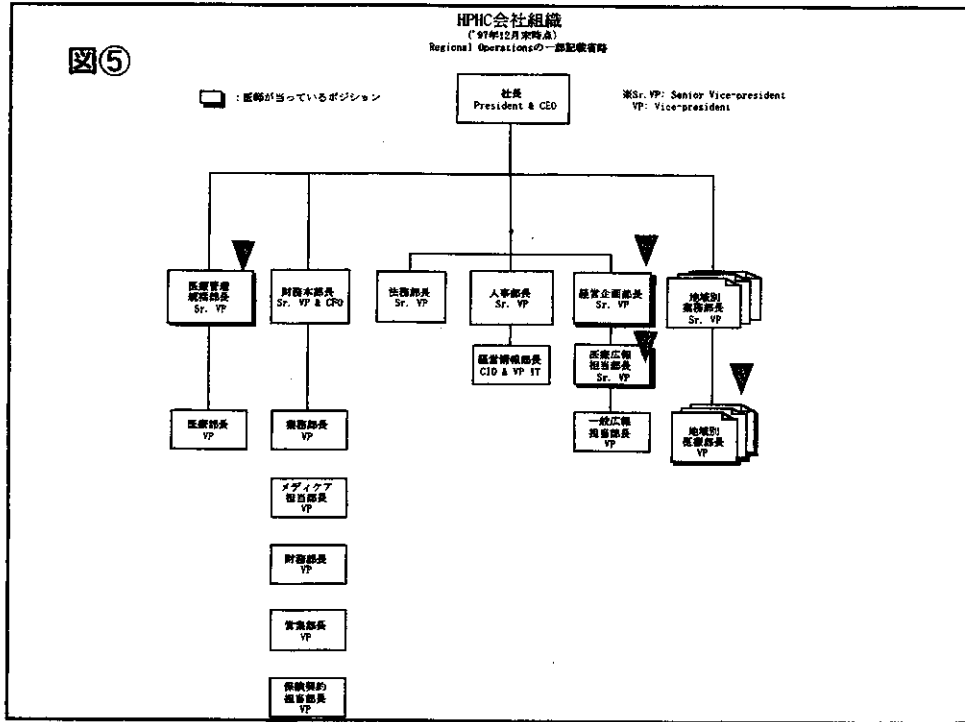
例えばボストンにハーバードピルグリムヘルスケアという大変優秀なHMOがありました。ニューイングランド4州を対象として、ピーク時には加入者数が160万人もいました。そのハーバードピルグリムヘルスケアの組織図(図⑤)を見ますと、社長の下に重役が並んでいますが、その中で印しをつけたところが医師ライセンスを持つ人たちです。すなわち医師たちが医療管理部長や経営企画部長というかなり上位の管理職に就いているということです。また経営企画部長の下にいる広報担当の部長も医師です。このHMOは4州に渡って営業展開していますから、各州に支社があり、その支社には地域別の医療管理部長がいて、すべてが医師です。医療管理部門だけについて見ますと、図⑥のように医療管理総括部長の下には部下がずらっと並びますが、その中でやはり印しをつけたポジションには医師が就いています。

このように米国のマネジドケア保険会社の仕組みを見ますと、彼らのビジネスモデルや事業管理には多くの特徴があることが分かります。

ちなみにハーバードピルグリムヘルスケアというHMOは、全米のHMOランキングで毎年トップレベルの評価を得ていました。しかし2000年のことですが、資金繰りがおかしくなると一旦倒産しました。そこでマサチューセッツ州が資金援助をし、早々に復活しました。なおハーバードピルグリムヘルスケアは非営利のHMOです。

余談ですが、営利のHMOの中には株式市場から資金を集めて、中小のHMOを片端から買収してどんどん大きくするところが現れました。このとき買収にたくさんのお金を使って事業規模を拡大したものの、まだ成果が明らかにならないときから、当の営利HMOの経営トップが100億円ともいわれる非常に莫大な年収を取ったとして、社会から糾弾されたこともありました。一方で、非営利HMOのハーバードピルグリムヘルスケアは大方の評判が良かったのです。しかし営利HMOなどとの患者獲得競争に巻き込まれて、資金繰りがおかしくなったわけです。ということで、医療保険業の場合に資金繰りの管理もかなりの専門性を要求されるわけです。翻って日本はと言いますと、事実上、厚生労働省保険局が年間約30兆円もかかる国民医療費の管理をするわけですが、果たしてそこに資金管理の専門家がいるのかと言いますと、それは疑問です。

さて、米国マネジドケア保険のビジネスモデルを考察して抽出される仮説です。彼らの資金・給付管理のマトリックスをみると、疾患属性別に適切な医療保険の現物給付体系があ



りそうに思われました。そこで、本研究では保険給付条件を全ての疾病に一律というのではなくて、疾病別に変えてもいいのではないかと考えました。つまり疾病によっては E のセグメント以外に置くことも可能かもしれないと考えるわけです。そのメリットは言うまでもなく、医療保険資金の合理的管理につながると見られるからです。ただし、マネジドケア保険の失敗、あるいは宇沢弘文先生の言に学ぶわけですが、疾病別の給付条件の変更を決めるのは医療提供側、保険者側に関わらず、医療の専門家であるべきだということを念頭に置くべきだと考えます。

### 【その2. 一般化された医療保険資金管理の概念】

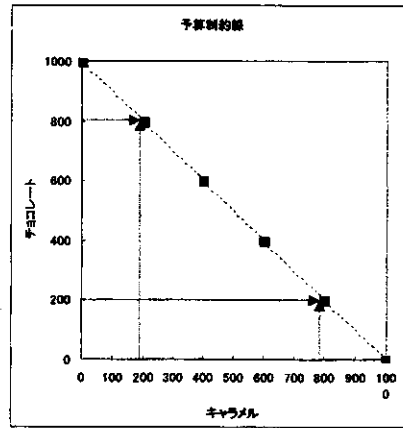
今度は米国マネジドケア保険業のビジネスモデルをもっと一般化して考えられないかというわけです。経済学で話ですが、「生産可能性」という考え方があります。そんなに難しいことはありません。個人に限らず社会全体であっても、懐具合、すなわち資源には限りがあるため、採り得る機会 (opportunity) あるいは機会の集合には制約がある、言い換えれば、機会選択には制約があることを説明します。社会についてですと、土地とか労働とか他の投入が固定的であるときには、社会が生産できる財の量に限度があり、そのことを投入資源に対する生産可能性 (productive possibility) と言います。個人の懐具合の限度については分かり易いでしょうが、経済学ではこのように一般化した話へと導きます。私たちの今の研究からすれば、医療というサービス財についても社会が生産できる可能性、言い換えれば限度があるはずという認識につながるわけです。

生産可能性は、言葉を変えれば「予算制約」でもあるわけです。例えば今手元に千円あります。これで1個200円のチョコレート、あるいは1個100円のキャラメルを買おうとすれば、色々な組み合わせがあります。つまり購買機会が幾通りもあります。例えばキャラメル2個で200円使い、残った800円で4個のチョコレートを買うとか、あるいはチョコレートは1個でキャラメルは8個買うということも可能なわけで、こういう選択の限度をたどっていきますと図⑦のような直線が現れます。この直線が予算制約線であり、この内側は予算内で買える組み合わせを教えます。

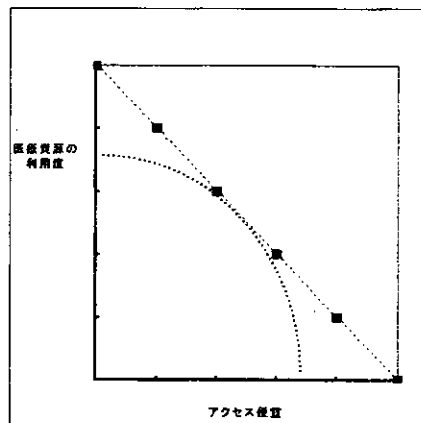
これが一般社会においてプールした資金で医療サービスを社会の構成員に給付するという問題だったらどうなるのかを考えますと、やはり予算内での医療サービスの給付選択肢がどうなるかを考えることになります。そこで給付条件ですが、米国マネジドケア保険のビジネスモデルが参考になります。つまり、アクセスの便宜と医療資源の利用便宜で条件設定ができそうです。そして、予算内で選択しうる給付には条件の制約があると予想されますが、このとき個人の予算制約の直線とは違って、社会全体の話ということで、収穫逦減則により図⑧のような、予算制約直線よりも内側にある凸の曲線になることが経済学で説明されます。ですから社会全体を考えたときにはこういう制約曲線を念頭に置きます。

図の x 軸、 y 軸、そして予算制約曲線で囲まれたところについての医療給付条件につい

図⑦ 予算制約線の例



図⑧ 限られた医療費資金で国民が医療サービスを買うとき...



※個人の機会集合と生産可能性曲線に示された社会の機会集合を比較するとき大きな違いとなるのは、個人の予算制約線が直線であるのに対して、生産可能性曲線は外向きに凸な曲線である。このことは、個人では一般的に固定的なトレードオフとなるが、社会が直面するトレードオフは固定的ではないことに原因する。

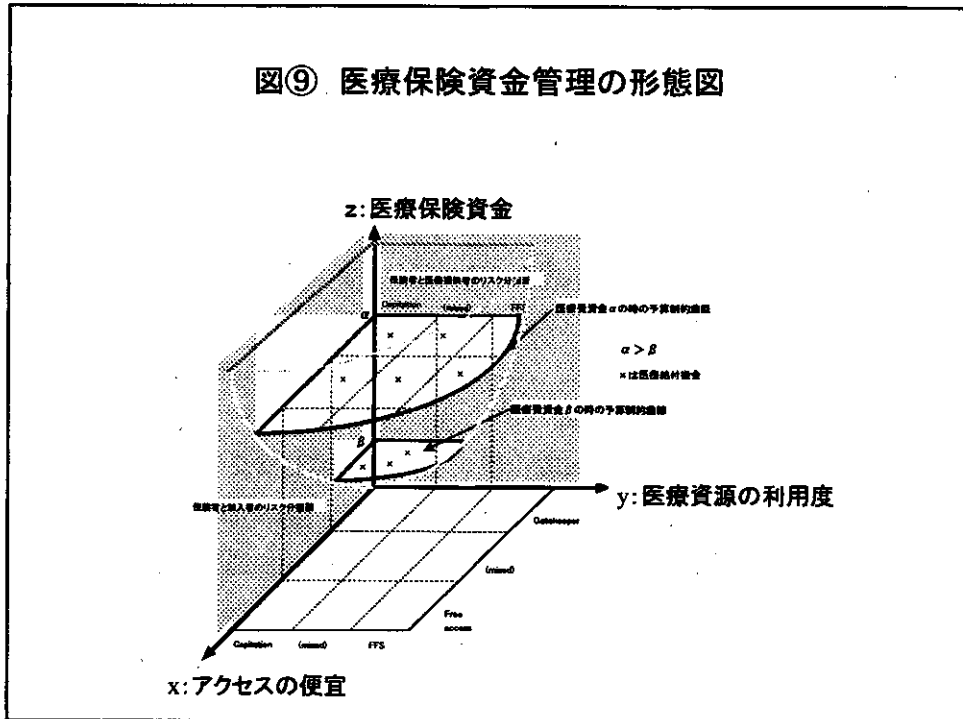
て考えます。x 軸はアクセス条件、y 軸は医療サービスの資源の利用度ですが、これらで測ったとき、予算次第で選べる給付条件の幅が違います。予算が少ないと選べる条件は小さい範囲でしかあません。予算が多いと選べる範囲が広がります。ということから、直感的ではありますが、今申します x、y、そして予算曲線で囲まれた中には色々な給付の選択肢があつて、その面積が予算の資金に比例するはずだという予想がつきます。つまり医療保険資金： $z = (\text{給付機会集合の面積})$  ということです。

なお、マネジドケア保険の考察から得た三次元図では、垂直軸は保険料、つまり一人当りの医療費資金とでも言うべきものでしたから、今言う  $z$ ：医療保険資金と同じではありません。しかし、 $z$  が保険料次第で大きくなることは容易に予想されます。ただし、 $z$  は加入者数にも比例します。ですが、単純な比例関係かどうかについては、まだ分かりません。とくに、わが国のように保険料を加入者の疾病リスクに応じて決めるのではなく、収入によって決めている仕組みでは、医療保険資金： $z = f(\text{保険料, 加入者数})$  としか言えませんが、とりあえずのところ、マネジドケア保険の考察をベースにして、今いうような給付条件マトリックスと予算制約による給付条件の選択肢に制限があることを了解して頂こうと言うわけです。ちなみに、保険と加入者数規模の関係は、医療保険の大きな研究課題となっています。

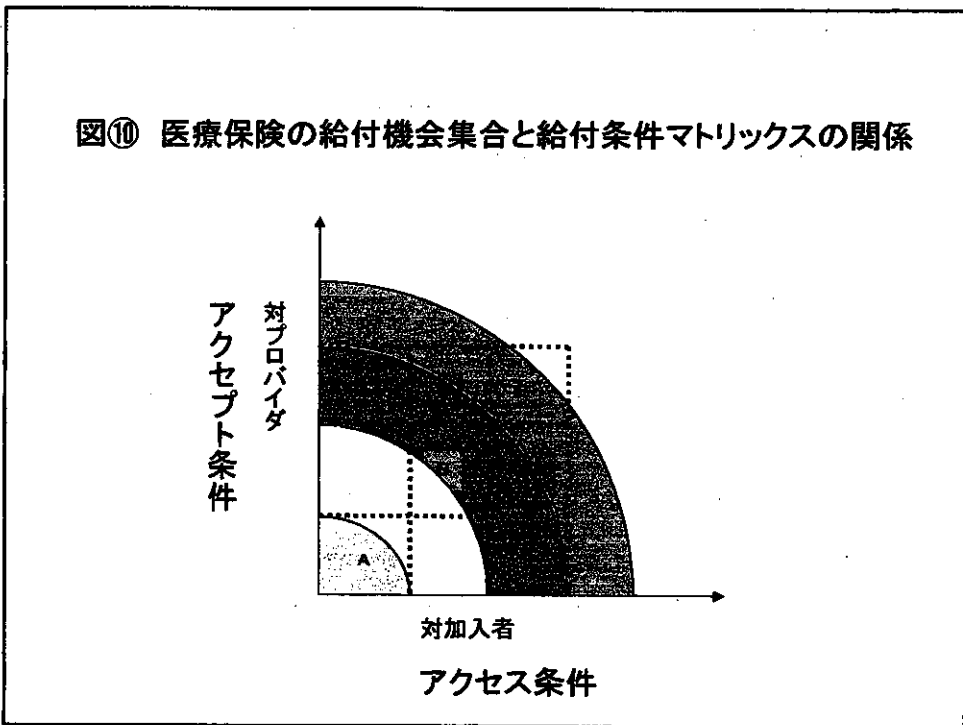
ところで参考までに申しますと、給付平面上の曲線が真円なのか、楕円なのか、ということについては、同じ面積ならばどちらであってもいいはずだと考えられます。楕円と真円というのは式で表せばパラメータの違いだけです。ですからいつでも楕円は円に変換できることを考えますと、分かり易く説明するためには、予算制約曲線は円弧を描くことにします。また、資金がゼロのとき医療給付ができないことを考えますと、原点から始まる曲線であることがわかります。以上のことから、 $z = x^2 + y^2$  と表せ、また  $xz$  平面や  $yz$  平面での切り口は二次曲線になるということで、おおよそ図⑨のような形態図で医療保険の資金が管理される姿が浮かんできます。

ここまでは一般化された給付平面と医療保険資金の関係を説くものです。様々な予算制約曲線の円弧を描きながら給付条件の組み合わせを考えましたが、この後はもっと見通し良く議論するためにマネジドケアのビジネスモデルから得たセグメント分けされた給付条件マトリックスを使って議論を進めたいと思います。また議論は、原則として保険者の立場から進めます。そのため、x 軸でいう加入者のアクセス条件という表現はそのままですが、y 軸は言わば保険適用機関の契約をする医療機関にとっての受け入れ条件ということで、アクセプト条件としました。つまり、ふたつの給付条件は、保険者側の資金管理の都合でのアクセス条件とアクセプト条件とし、保険業の顧客である保険加入者の医療給付条件を測る  $xy$  平面を単純化したマトリックスで検討します。眼目は「患者属性を勘案すれば、大きな資金準備が必要なフリーアクセス・出来高払いの給付条件で一律としなくとも、患者特性によっては柔軟な医療給付条件が存在するかかどうか」を検証することにあります。というのも、わが国現状を鑑みると、国民皆保険制度下の加入者は原則、給付条件を全て

図⑨ 医療保険資金管理の形態図



図⑩ 医療保険の給付機会集合と給付条件マトリックスの関係





セグメントEの設定にしていました。しかし今後とも続くであろう医療の進歩とそのため  
の資金調達限界を考えると、もっと効率的な国民医療費の資金管理をしなければなら  
ないはずで、柔軟な給付条件管理の可能性を検証できれば、これすなわち国民皆保  
険制度持続のための改革余地が指摘できるものと考えます。

そのため次に医療保険資金の給付機会集合平面と、米国マネジドケア保険のビ  
ジネスモデルで説明した医療保険給付の条件マトリックスとの関係について考  
えてみます。

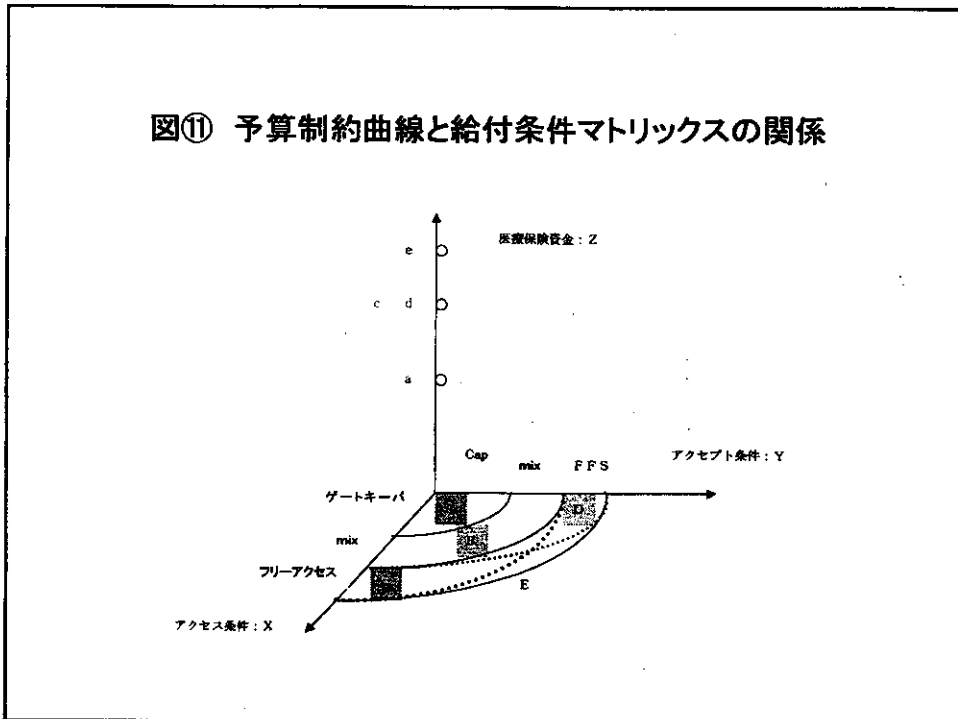
予算制約曲線の円弧の内側にある給付機会は、当の予算資金で選択できます。要  
はz軸で測る資金量次第で予算制約曲線が囲む範囲が変化するわけで、その範囲  
内の給付条件の組み合わせはどれでも取れるわけです。しかし、加入者個人は、  
保険料を既に払ってしまった後であることを考えると、もはやわざわざ条件の悪  
い給付を選ぶはずがないということで、予算が決まれば加入者は予算制約曲  
線の内側ではなく、曲線上で選択肢を探さるうと予想されます。ですから図⑩の  
ように、加入者はマトリックスの枠で区切られた予算制約曲線の各円弧の内  
側の組み合わせを選ぶことが可能とはいえ、そうはせずに、いちばん良い給  
付条件になるはずの円弧上での組み合わせ条件を選ぶだろうと考えます。

そこで予算制約曲線と給付条件マトリックスの各セグメントとの関係です。予  
算制約曲線で囲む面積が大きくなれば、そのためにかかる費用は大きい、つま  
り大きな資金が必要となるということで、図⑪のようにいちばん外側のEとい  
う円弧に対応する資金がいちばん上のところにある予算e、いちばん内側のA  
という円弧に対応するのがいちばん下のところにあります予算aに対応します。  
このことはマネジドケア保険業のビジネスモデルから示唆されたように、医  
療保険給付条件を示すxy平面上に対応するマトリックスの各セグメントを見  
たときに原点から遠いところにあるセグメントEでは医療費資金が多くかか  
り、近いところにあるセグメントAは資金が少なくて済むという説明に符合  
するわけです。そして、予算eによって大きな予算制約曲線で囲めたときに、  
その中のEのセグメントを横切る円弧上にある選択肢群が、セグメントEの  
給付条件を代表するというように考えます。他のセグメントについても同様  
です。

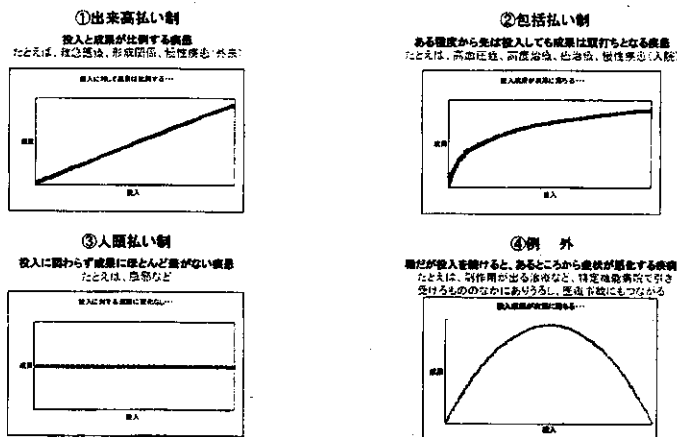
社会保険旬報2001年1月1日号の誌上で本研究試案を概説するにあたり、  
この医療給付条件のマトリックスを掲げ、どのような疾病治療がどのセグメン  
テーションで対応できるかについて、本研究の分担研究者であります橋本英  
樹先生に一度書き出させていただきました。これはあくまでも試案の中での試  
作に過ぎませんでしたが、あれから掘り下げた検討が進んでいます。たと  
えば、ここで想定されるのが「効率関数」で、治療成果というものが資  
源投入とどんな関係にあるかということも検討する必要があります。

まず、投入した資源と成果が比例するような疾患について考えてみますと、  
例えば救急医療とか形成、慢性疾患の外来などが該当すると考えられます。  
一方、ある程度から先はいくら資源を投入しても成果は頭打ちになる疾  
患、例えば高血圧症、がん治療、慢性期疾患の入院治療といったものが  
考えられます。また、投入量にかかわらずほとんど成果に差

図⑪ 予算制約曲線と給付条件マトリックスの関係



図⑫ 効率関数: 医療成果 = f(資金投入)の想定  
x軸: 投入資金、y軸: 医療成果としたときに...



の出ないような疾患、例えば風邪などの場合です。あるいはまた、ちょっと極端な場合ですけれど、稀に投入を続けるとあるところから突然症状が悪化する場合があります。これは副作用が出る治療の類いで特定機能病院が引き受けるような疾病治療で起こりうると思われませんが、このときの効率曲線は山を描きます。このように効率という点で投入資金と医療成果を見たときに、例えば4通りのパターンが想定され、これは給付条件のマトリックスの中で、どういう疾患にはどのような給付条件を設定せねばならないかの検討使えるものと思われまゝ。(図⑫参照)

Aのセグメントのような給付条件による資金管理、つまりゲートキーパーを設ける、しかも人頭払いにするという給付条件というのは、先に申しましたような投入に関わらずあまり成果に変化のない、風邪などの治療の場合に妥当ではないかと考えられます。つまり、加入者にとっては疾病リスクが少なく、かつ、保険医療機関にとっては経済リスクが小さい場合と言えます。

他方、アクセスはできるだけ自由にしておいて、その代わり支払い方法は包括払いというB、Cのセグメントは、高血圧症や慢性期疾患の入院治療といった投入成果が頭打ちになるタイプの疾患に対応できる給付条件だと思われまゝ。このとき保険医療機関は包括払い制と言うことで適切に退院を促すでしょうし、加入者患者も在宅治療をしつつも、心配なときにはアクセスの自由が約束されています。

また、アクセスについて多少とも条件付けするが、原則出来高払いで対応するB、Dセグメントは、形成、慢性疾患の外来のように、成果が直線的に上がっていくタイプの疾患に対応できると考えられます。つまり、加入者患者は専門性の高い医療機関へ出向くことで治癒成果を約束され、保険医療機関は出来高払い制ということで技術を惜しみなく注込んで治癒成果を上げるでしょう。

なお、例外的ケースについては、アクセス条件もアクセプト条件も共に柔軟に対応しなければいけないので、これはセグメントEに残されるべきと考えられます。

結局のところ、こうした医療と資金のバランス管理の検討こそが、わが国医療保険制度改革の中でまだ手が付けられていないところだと考えるわけだ。

ちなみに、医療と資金のバランス管理の検討では、単に疾病別給付条件管理に留まらず、まだまだ検討すべき課題を含んでいます。先に給付条件の軸としたアクセスの条件であったり、アクセプトの条件であったりしたところでは、じつは二種類の異なる性質の管理があることも、このたびの研究班で指摘しています。つまり、必ず起こる事象に対する構造的管理 (Structure issue management) と不確実な事象に対する確率的管理 (Uncertainty issue management) のふたつがあり、それぞれでマネジメントの方法が違ってくるはずだとの指摘です。前者については、取り決めによって管理できるはずであり、後者についてはリスク情報管理が必要だということになります。ここで大事なものは、保険事業の資金管理ではリスク情報管理が必要であるにも関わらず、現在のわが国医療の国民皆保険制度下で政府保険者がそのためのデータを十分に集めていないのではないかとの疑問です。つま

り、国民皆保険制度の運営管理に必要なデータ整備体制の見直しが必要ではないかとの指摘です。

本節の最後に、一般化した医療保険の資金管理の説明における仮説を整理してみます。

(1) 医療給付機会集合平面の予算制約曲線上ではいずれの点を選んでも医療の成果は一定と考えます。勿論、この仮説についてはまだまだ検討が必要です。

(2) 一般化された給付機会集合平面に対応するマトリクスの各セグメントは、そこを横切る任意の(医療費資金で描かれる医療給付の)予算制約曲線上の医療成果を代表すると考えます。

(3) 同一の給付機会集合平面上では原点に近づくほど医療保険資金は小さくなるゆえにセグメントEからD、C、B、そしてAに至る順番で原点に近づくほど医療保険資金は小さくなると考えます。つまり、セグメントごとに医療保険資金は異なり、原点に近いセグメントでは医療保険資金は最も小さくなるわけです。

(4) 患者の属性に対応した適切な医療給付条件セグメントが存在すると考えます。

以上の仮説について、研究班の分担研究者および研究協力者の方々がご自分の意見をまとめて報告されています。とくに分担研究者の橋本英樹先生が(4)の仮説を検証するために、泉田先生や住吉先生の協力を得て膨大な量のデータを分析しておられます。

### 【その3. 国民皆保険制度持続のための新たな医療保険資金の管理体制の模索】

わが国医療保険制度では、現在のところ財政限度額が不明な医療費用の管理方式をとっています。しかも、わが国の医療保険制度では、社会保険方式の採用により国民は強制加入させられ、保険料は国民の収入に応じて徴収されます。つまり、保険リスクに比例した徴収の方法ではありませんし、先に説明しました最も資金のかかるセグメントE、フリーアクセス・出来高払い制による給付体制を原則としています。

当然のことですが、このような方法をとっていると保険財源が不足する恐れが大きくなります。ですから皆保険達成当時から財源の不足分を公費で補うことを前提としました。ですがその公費投入も皆保険達成の1961年当時は国民医療費の16%を占めるに過ぎなかったのです。また、国保の給付率も5割に過ぎませんでした。それが順次経済成長するなかで、給付率が改善され、給付内容も増えましたから、国民医療費は膨らむ一方で、保険料や自己負担で追いつかない収支不足分に対しては、国家財政の豊かさを背景とした政治的判断による公費補填が繰り返されることで、公費投入割合はどんどん膨らみました。結果、今では当初の倍の32%になっています。じつは、これもピーク時の1980年には36%もあったのですから「保険制度」と言いながら、保険料と自己負担だけでの維持は遠の昔から無理だったわけです。