

が管理競争と表現されている。

## 2. 管理競争の目的

1.に記述したとおり、管理競争の目的は市場の失敗を防ぎ、下記を達成することである。

- 1)価格弾力性を作り出すこと
- 2)各地域の医療提供者を競争のある経済的ユニットに分割すること（医師や医療機関を競争させる）
- 3)市場の力を用いて、医療提供者が効率的な供給システムを発展させる動機を高めること

## 3. 管理競争に関与する者（保険者・保険加入者・医療提供主体・スポンサー）の役割

- 1)保険加入者：健康保険を自由に選択することで、保険者の競争を促進する。そのためには保険加入者のコスト意識を高めるような制度にする（最低基準の保険については雇用主や税金等から補助するが、それ以上の保険の部分は自己負担とするなど。）ことが必要である。
- 2)医療機関及び医師：患者の獲得＝健康保険との契約について他の供給ユニットと競争し、質の良い効率的なケアを提供する。
- 3)各健康保険：他の保険者との競争の中で、供給者と交渉してより効率的なケアの提供を促進する。
- 4)スポンサー（雇用主やメディケア、labor/management health and welfare trust など）

スポンサーの役割については次項。

## 4. スポンサーの役割

スポンサーは市場が健全に機能するために、以下のサポートを行う。

- 1)平等原則の確立（補償範囲や保証の継続性）
- 2)健康保険の候補の選択
- 3)健康保険加入窓口となる

4)健康保険や医療の質に関する調査・情報公開（加入者が選択を行うための援助）

5)リスク構造調整プレミアムによる保険者間でのリスク調整（リスク選択の動機をなくすため）

## 5. 公正な経済競争の原則

管理競争が公正に行われるためには下記の原則が守られている必要がある。

- 1)複数の選択肢があること：年に1回、全ての消費者（個人/家族）は次の年の健康保険に加入する機会を与えられる。全ての健康保険は共通の基準をクリアしている。
- 2)補助金が定額であること：どのような健康保険を選択しても、その購買にあたって個人が得られる補助金額は固定されている。（収入や年齢、家族構成などで差を付けることはあるが、健康保険の選択とは独立であり、高い健康保険を選択した者は自分でその分を負担する。そうすれば消費者が高いプランがそれに値するかどうか、より賢く検討するようになる。）
- 3)加入手続き・保険料設定・カバーされる最低の範囲について、全ての競争者に対して同一のルールが適用されること：その目的は、全ての健康保険の競争を「質の良い包括的ケアの合理的な価格による供給」に絞ること（リスク選択や不正な補償範囲でなく）。
- 4)医師が競争する経済ユニットに含まれること：医師も他の供給者と競争するべきである。

## 6. 健康保険における管理競争の特徴

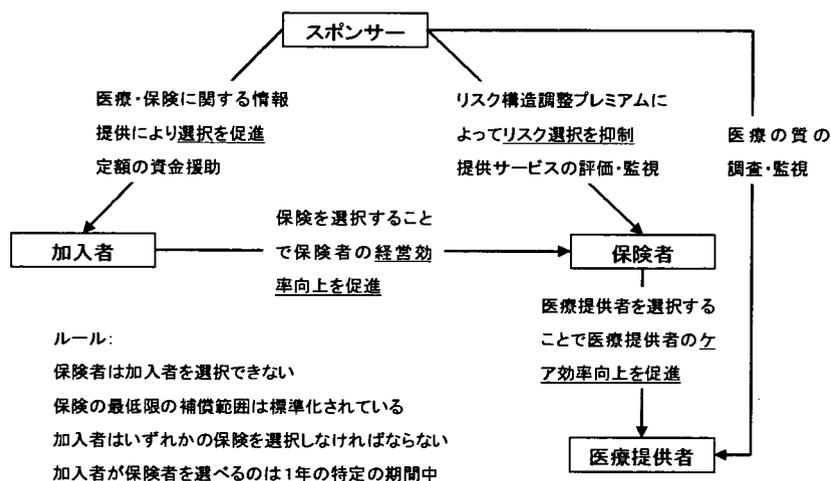
- 1)スポンサーを通して被用者が健康保険を選択する。
- 2)健康保険は全ての希望者を加入させなければならない（open enrollment）。また、その人が元々もっている条件によって補償範囲に制限を加えてはいけない。
- 3)補償範囲が標準化されている必要がある。理

由：補償範囲が標準化されていれば価格による比較が容易になる。またリスク選択や市場細分化を防ぐことができる。

4)各保険者間で加入者のリスクが異なるため、

リスク調整保険料を支払うことでそれを調整する。(放置すればリスクを選択する誘因が働く)これを図にしたものが図1である。

図 1 管理競争における関与者の役割及び原則

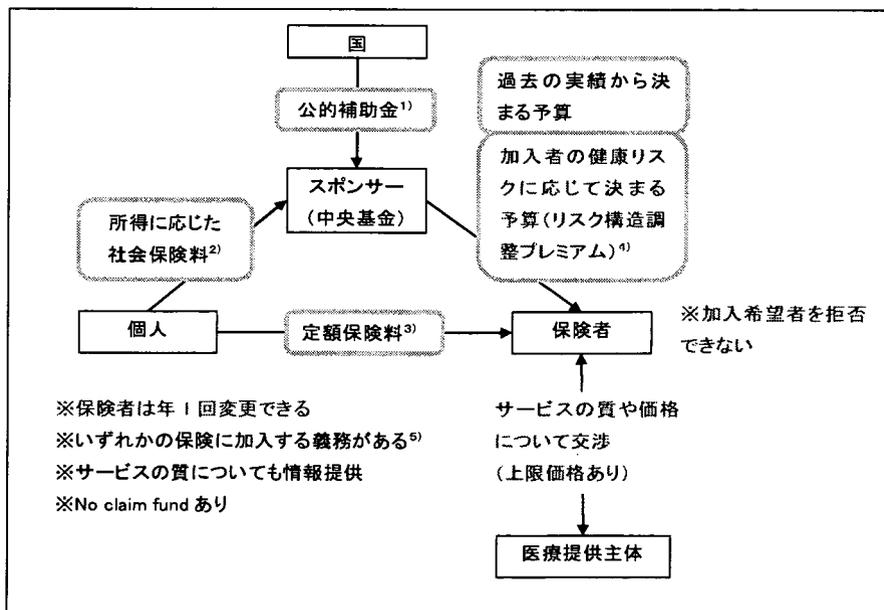


導入例：オランダ

オランダにおける医療・介護保険制度は介護や長期療養サービスをカバーする Compartment 1、急性疾患や1年以内の入院をカバーする Compartment 2、自由診療部分をカバーする

Compartment 3 からなる。うち Compartment 2 において管理競争が導入されている。オランダの Compartment 2 における管理競争の仕組みを図2に示した<sup>3,4)</sup>。

図 2 オランダの Compartment 2 における管理競争の仕組み



注：

- 1) 18歳未満の被保険者の保険料の補填・保険者が財政危機になった場合の補助金
- 2) 所得の再分配機能・給与天引き・2006時点で6.5%・実質雇用主が負担
- 3) 中央基金から支払われる予算より費用が上回ると保険者が考える場合徴収・保険者の経営効率性の違いを反映・年齢／性別／身体状況等によって差別化することはできない
- 4) 管理競争が有効に機能するためにはリスク選択を取り除くことが重要。

補足1:ドイツでは社会保険料も保険者に支払われるので、リスク構造調整には所得格差も変数として含まれている。

補足2:補足保険との組み合わせ等によってリスク選択を行う余地はある。

補足3:現在の費用がリスク構造調整に織り込まれることを見越せば、コスト削減の誘因は減少する。

- 5) 逆選択をなくす。

#### D. 考察および E. 結論

医療保険における管理競争の原則及び導入例より、日本において導入する際には①スポンサーの役割を果たすのはどこか、②被保険者は保険者の何を検討して選択するのか・保険者は他の保険者との差別化をどのように行うことが可能か、③補償範囲の標準化：現在認められている全ての診療行為を標準の補償範囲とするのか一定の範囲に限るのか、④保険者と医療機関の個別交渉が日本でも成り立つか（専門性、地域性などを考慮して）、⑤リスク構造調整に何を因子として含めるのか、⑥被保険者に対する情報提供はどのように行うか、といった点を検討する必要があると考えられた。

オランダにおける管理競争導入直後の検討によれば、保険者を変更するかどうかは被保険者の年齢や教育レベル、また主観的健康度によって異なることが示された。また、保険者を選択するとき重視する点は保険料と補償の内容であり、提供されるケアの質はそれほど重要視されていないことが明らかになった<sup>5)</sup>。理由としては実際にケアの質が保険会社によって異なることの現れである可能性、また実際にケアを受けるまで質についてはわからないことの影響である可能性いずれも考えられる。また、保険者を変更する割合は制度導入後減少し、管理競争導入前と同レベルに落ち

着いていることが明らかになっている<sup>6)</sup>。これは保険者変更に伴う事務的負担をしてまで被保険者が保険者を変更する強い動機が発生しにくいことを示していると考えられる。

管理競争が被保険者の流動性と、それに対応した保険会社・医療提供者のよりよい価格とよりよい質に関する競争による医療の効率化を前提としている以上、被保険者の流動性が実際にどの程度のものになるのかについて予測しておくことが必要と考えられる。また、競争を行うにあたっては保険者間の差別化は必須であり、それは不平等を産むこととなる。その不平等を許容可能な範囲に留めることが管理競争の役割であるが、今後は我が国において具体的に何についてどこまでの差別化が許容されるのかについての検討が必要と考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

論文発表

なし

1. 学会発表

なし

#### 参考文献

1. Enthoven, A. C. (1980). HEALTH PLAN: The Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care. Washington, D.C., Addison-Wesley Publishing Co.
2. Enthoven, A. C. (1993). "The history and principles of managed competition." Health Aff (Millwood) 12 Suppl: 24-48.
3. 大森正博 (2006) . "オランダにおける医療療養病床と介護療養病床の機能分担と連携", 海外社会保障研究, 156 : 75-90
4. 佐藤主光(2007). "医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ", 会計検査研究, 36 : 41-60
5. de Jong, J. D., A. van den Brink-Muinen, et al. (2008). "The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled." BMC Health Serv Res 8: 58.
6. de Jong JD, Groenewegen PP: Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug. Collectivisering zet door Utrecht, NIVEL; 2007.

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)  
医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究  
分担研究報告書

医療における管理的競争のあり方に関する検討 ②諸外国の制度設計に関する調査

分担研究者 今野 広紀 国際医療福祉大学医療福祉学部 専任講師

**研究要旨** 本研究は諸外国の制度設計から、管理競争の活用原理を検討し、そのメリット、デメリットを整理することを目的として行った。調査対象は1) 南欧(ギリシャ・ポルトガル・イタリア・スペイン)、2) ニュージーランド、3) イスラエル、4) オランダ、5) イギリスであった。各国における管理競争の導入やその成果に関する資料を収集して検討した。わが国に先んじて導入されている欧州の保健・医療分野への管理的競争が成功するためには、共通して示唆される重要な点は、2つ挙げられる。1つは、保険者の被保険者に対して最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させる本来の機能を働かせるためには、被保険者において加入保険選択権を与えることであり、2つには、政府は被保険者の健康リスクを反映する部分についてはリスク構造調整を行うことである。国民皆保険制度を維持しつつ管理的競争を行うためには、政府は中央集権的立場から逆選択の問題を回避するセイフティネットを構築する必要があると考えられた。

#### A. 研究目的

わが国では、2005年10月に公表された医療制度改革において、都道府県単位の保険者の再編・統合が示され、保険者の広域化、財政基盤の安定化、運営裁量権の拡大が期待される場所である。欧州諸国では、主に医療費の抑制と医療サービスの効率化・質の向上を目的として、1980年代後半から保健・医療分野への市場原理の導入が行われてきた。しかし、その成果は必ずしも十分なものではなく、欧州諸国のその後の取り組みの右往左往ぶりが、この問題の難しさを浮き彫りにしているといえる。

Enthoven(1988)が掲げた「管理的競争」の概念は、佐藤(2006)で指摘されるように元来、中央集権的な政府の競争排除的規制を「変更」したものであると捕らえられるべきである。しかし、現実には、複雑に設計された保健・医療分野の制度に対して、中央政府が変更の程度を図ることは、

各国の政治情勢等も絡み、極めて難しい。政府は、保険者が保険適用範囲で提供する医療サービスを決定し、被保険者が最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させることが大きな役割であり、わが国で今後、求められる保険者の再編・統合においてもそれは変わらない。保険者もまた、「被保険者に対して最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させる」本来の機能は、わが国の非選択的状況にあっては、誘因となり得ないことは問題であろう。

我が国の医療制度における管理競争の導入可能性を検討する際の基礎資料として、本研究ではまず諸外国の状況に関する情報収集とまとめを行った。

#### B. 研究方法

本研究では、既に保険者間における管理的競争

を導入し制度改革を進めている諸外国における状況に関する論文を収集し概要をまとめた。対象国は1) 南欧(ギリシャ・ポルトガル・イタリア・スペイン)、2) ニュージーランド、3) イスラエル、4) オランダ、5) イギリスであった。

#### (倫理面への配慮)

本年度は既存の公表された文献の情報をもとに行っており、倫理面での問題はない。

### C. 研究結果

以下に各論文の要旨を示す。

#### 1) 南欧

##### 参考文献：

Cabiedes, L. and A. Guillen (2001). "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe." *Soc Sci Med* 52(8): 1205-17.

##### 要旨：

1990年代初頭から欧州諸国においては保険者間での Managed Competition (管理的競争) が多様な形態において取り入れ始めた。連合王国(イギリス)では、医療サービスの提供機能と保険料徴収・運営機能を分離させる方法を取り入れた。ギリシャ、ポルトガル、イタリア、スペインの南欧を中心とする諸国は、導入方法やそのスピードは異なるものの、いずれも保険者間での管理的競争を促進させている。

例えば、イタリアでは、1978年にNHS(国民皆保険制度：人口の95%をカバー)が施行され、地域保険者に基づく医療サービス提供が行われる仕組みが構築された。地域保険者は政府の地方分権の方針の下に予算管理・運営と地域居住者に対するヘルスサービスの提供に責任を負うが、予算はその70%が地方税、残りは国税によって賄われる。しかし、地域保険者の一部には非効率な医療や医療費の増大が著しいものがあり、1980年代から政

府は改革に乗り出した。政府は、医療費の自己負担額(所得比例)を引き上げる場当たりの政策変更によって財政負担をしのいできたが、1990年代に入り、被保険者が保険者を選択できる方式とする市場原理の導入によって、医療の効率化を図ろうと試行した。しかし、実際には管理的競争が推進する速度は極めて遅く、現在、そうした動向がみられるのはわずかに2~3の保険者に過ぎないのが現状である。

#### 2) ニュージーランド

##### 参考文献：

Fougere, G. (2001). "Transforming health sectors: new logics of organizing in the New Zealand health system." *Soc Sci Med* 52(8): 1233-42.

##### 要旨：

1991年、ニュージーランドではヘルス(保険・医療)部門の大規模な制度改革を行った。国民のフリーアクセスを保障した the Social Security Act (社会保障法：1938年施行)が制度疲労を起こし、増大する財政赤字に制度そのものが耐えられなくなったためである。政府は、英国同様に、急性期医療とプライマリケアを分離させ、国内を4つの地域保険者に割り当て、地域居住者が競争的契約の元に医療サービスを購入する地域保険者を選択し、医療機関へは政府による直接的な補助金の給付は行わないこととした。しかし、競争原理が加速するにつれて、米国市場主義的競争に対する国民の評価は国内選挙の度に二分され、政策決定は揺さぶられる状況にある。

#### 3) イスラエル

##### 参考文献：

Gross, R. and M. Harrison (2001). "Implementing managed competition in Israel." *Soc Sci Med* 52(8): 1219-31.

#### 要旨：

1995年、イスラエルでは、National Health Insurance Law（国民健康保険法：NHI法）によって、既存の4つの民間、および非営利の疾病金庫（保険者）間の管理的競争制度の導入を定めた。これは、イギリスやオランダが先駆けて導入を決めた影響を受けたものであったが、NHI法改革の真の目的は、政府支出を削減するために疾病金庫への支出に対する政府の管理・監督権限を高めることであった。結果として、疾病金庫間の競争は促進され、可視的なサービスの質は向上したものの、実質的な医療サービスの質は向上しないばかりか、保険外診療の誘発を企図した違法な診療や保険者間の結託といった予想外の事態を招くこととなった。イスラエルの管理的競争政策は、被保険者が保険者と契約の形態を取ること、保険者は被保険者のリスク調整を行うこと、被保険者は保険者の保険適用範囲やサービスの質などを比較検討した上で契約できることなど、理論的には Enthoven (1993)の「管理的競争理論」と体系は酷似しているが、法律上、保険者間の価格競争を排除していることは大きな違いである。しかし、違法な診療や保険者間の結託によって、現在のイスラエルでは、疾病金庫に対する政府の管理を強めることとなった。

#### 4) オランダ①

##### 参考文献：

Lieverdink, H. (2001). "The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands." *Soc Sci Med* 52(8): 1183-94.

#### 要旨：

1980年代後半、オランダ政府はヘルスケアシステム改革において、管理的競争制度の導入を行った。改革の目的は、効率的かつ柔軟性のある医療の推進や、費用の抑制であった。1992年以降、政府は疾病金庫の競争の自由度を増大させ、被保険

者が保険者と契約の形態を取ること、被保険者の要望に応じて追加的保険料を徴収できるようにするなど、次々に競争原理の導入を図った。この結果、患者の選択権は拡大したが、情報の非対称性は解消せず、一部では蔓延する情報が被保険者の間で分散し、効率的な医療の促進や保険医療費の抑制には繋がらなかった。オランダでは、ヘルスケアシステムのける公正・公平な規範設計に対する国民的理解が十分に得られず、そのため、急速な競争政策の導入は国民に馴染みにくいものと受け止められた。その結果、管理的競争制度がさらなる規制を生むという政策的揺り戻し現象が発生することとなった。

#### 4) オランダ②

##### 参考文献：

Rutten, F. (2004). "The impact of healthcare reform in the Netherlands." *Pharmacoeconomics* 22(2 Suppl 2): 65-71

#### 要旨：

1987年、オランダでは Dekker 委員会において管理的競争原理の導入が提唱された。具体的には、疾病金庫（保険者）による被保険者のリスク調整や、被保険者が保険者と契約の形態を取ること、参照価格制度の見直しが含まれるものであった。しかし、少なくとも市場原理に基づく薬価の自由化政策に関しては、政府が意図した費用抑制の効果は見られなかった。現在の医療費増大の趨勢にあつて、被保険者に選択権を可能な限り与えるか、それとも従来のように医療費を公定価格のままに留めるか、政策的な舵取りは非常に難しい局面を迎えている。

#### 5) イギリス

##### 参考文献：

Light, D. W. (2001). "Managed competition, governmentality and institutional response in the

要旨：

連合王国（イギリス）における管理的競争原理は、M.サッチャー政権で特に推進された。これは、サッチャー自身が市場原理を働かせることによって、国民に提供するサービスの質を引き上げ、政府が干渉できずに発生していた資源の非効率性を大きく解消できると考えたからである。国民は健康状態を改善することに相応の対価を支払うと考えられるので、競争原理のヘルスケア部門への導入は、当該部門を大きく改革させることになるかと判断したのである。サッチャー政権は、1987年11月のプライマリー・ヘルスケアの改革に関する白書の公表、1989年1月のNHS改革白書「Working for Patients」の公表を経て、同年11月に「NHSサービス及びコミュニティケア法案」を議会に提出した。同法案は1990年6月に成立し、1991年4月より実施されている。1991年に入ると一般医サービスについては、薬剤処方に関する標準的予算制度の導入やGPの処方する薬剤の費用への予算制の導入（ただし、これはGPの処方に関する目標額を定めたもので、この目標額を上回ってもペナルティーが課される等の拘束力をもつ制度ではない。）が導入された。また、GP Fund Holder（予算管理一般医）が創設され、GPの中に、病院ならびに専門医サービス、処方薬剤の費用も含めた予算を自ら管理し、病院と個別交渉のうえ直接契約を結び、登録住民を当該病院に紹介することができるものであった。GP Fund Holderになるためには、保健省の許可を受ける必要があるが、許可を受けるためには、5,000人の登録住民を有する等の一定の要件を満たす必要がある。また、定額交付予算と実績との差額について、予算科目間の流用、次年度への繰り越し、設備拡張のための使用等が認められるため、疾病の予防や薬剤の適正処方に努めるとともに、効率的な病院を選択するようなインセンティブが働くこととなった。そして、GP

Fund Holder は、ブレア政権による労働党改革によって、PCG、そしてPCTsへ移行することとなった。

病院・専門医サービスにおいては、まず購入主体と提供主体の分離が行われた。従来は District Health Authority (DHA：地区保健当局) が NHS 病院を直営し、自らの責任でサービスの提供を行う主体であったが、このような直営方式を契約方式に切り替え、DHA は保健省から配分された予算を基に、病院を選択して契約を結ぶ、サービスの「購入主体」へとその位置づけを変更された (DHA は NHS 病院だけでなく、民間の病院と契約をしてもよい)。これは、契約の獲得を目指した病院間の競争を促進することを目的としたものである。また、NHS Trust が創設され、NHS 病院のうち一定の要件を満たすものは保健大臣の承認を得て、DHA から組織的に独立し、公営企業体 (NHS Trust) として独立することが認められた。Trust 病院においては、一定の条件付きであるが、病院の運営は理事会で決めることができ、独立採算性が認められた。これにより、GP Fund Holder や HA へのサービスの販売を通して収入を確保する必要に迫られるようになった。また、職員の採用、給与、借入金、不動産の処分等についても一定の自由裁量が認められた。「購入主体と提供主体の分離」は、この NHS 改革の柱をなす理念である。GP Fund Holder 制度も、GP が病院ならびに専門医サービスを購入するというスキームであり、供給者同士あるいは購入者同士の競争を促進し、内部市場 (Internal Market) を形成することで効率化を図ろうとしたのである。さらには、管理機構の統合が行われた。管理機構の簡素化、効率化を目的とする保健当局法が 1995 年 6 月に制定され、これによりイングランドでは 1996 年 4 月より Regional Health Authority (RHA：地方保健当局) が廃止され、保健省 NHS 管理運営部の地域事務所が創立された。また DHA と家庭保健サービス当局が統合され、両分野を統合する HA が誕生し

た。これにより、地方レベルのNHSの供給サイドおよび購入サイドの監督は、保健省がNHS管理運営部(NHS Executive)とその8つの地域事務所を通して行うこととなった。

1998年になると、労働党ブレア政権によるNHS改革の中で、1991年の保守党改革路線から大きく転換し、1998年で50年目の節目を迎えるNHSが21世紀に向けて実現すべきリストラクチャリングが打ち出された。この改革の軸足となるのは、2つの「パートナーシップ」である。第1の「パートナーシップ」は、1991年改革の目玉であった内部市場によるNHS内部(病院間やGP間等)での「競争」システムから「パートナーシップ」によるNHS内部の連携システムへの転換である。第2の「パートナーシップ」は、保健サービス(Health Service)と社会サービス(Social Service)の各プロバイダー間での「パートナーシップ」である。これまで両サービスは、ほとんど連携がなされておらず、サービス提供側にも無駄が存在し、受ける側にも不便な面があった。これを初めて協業させ、地域毎に3年単位の健康改善計画を作成し、両サービスを統合した地域ケアの提供を担うこととなった。このほかに根拠に基づいた医療の質の評価、管理コストの削減と医療現場への重点資源投入などによって、患者本位の良質なサービス提供を図ることも示された。1998年に行われた管理的競争に関する改革内容としては、保健医療サービスと社会サービスのパートナーシップによる共同事業化を図ること、保健医療サービスと社会サービスの予算共同管理を行うこと、保健サービスの担当者は社会サービスの予算を、社会サービスの担当者は保健サービスの予算によって管理できるようにし、一貫したケアを提供しやすくすることなどが挙げられる。

労働党はGP Fund Holderがサービス格差を生み、適切な医療サービスの供給を妨げたとして、GP Fund Holderを1999年4月までに廃止し、代わってGPとコミュニティ看護師で構成されるPCGを

創設した。PCGは担当人口数に応じて配分される単一の予算を管理し、将来的にはその枠内で薬剤費を含めたほとんどの病院診療、およびコミュニティ・ケアサービスを購入する。予算総額には上限が設けられるが、個々の予算には上限が設定されず、自由な判断で使用できる(ただし管理コストには上限あり)。最終的にPCGはNHS総予算額の90%にあたる350億ポンドを管理することになる。標準的PCGは、約50人のGPが約10万人の地域住民のプライマリーケアを担当し、PCGは4タイプが設立され、高いレベル(レベル3と4)のPCGでは、グループがPCTsとして独立団体となり、HAから委任された担当地域における保健サービスおよびコミュニティサービスの全般についての責任を負う。政府はすべてのPCGがこのレベルに到達することを期待している。いずれの場合もNHSとの契約主体としてのGPの地位には影響を及ぼさない。PCGはHAが監督する健康増進プログラムに沿った一貫した保健サービスを提供し、社会サービスとも連携を密にして地域ケアの中核となる。PCGは、2002年4月までにすべて、PCTsに移行した。

NHS Trustでは、管理的競争に関する改革として、診療行為に対する参照コスト制の導入が図られた。「参照コスト指標」(The National Reference Cost Index)によって、標準コスト=100と示し、標準に対してどのくらいコストが高い(低い)か、をHRGごとに指数化するものである。

Health Authority(HA:保健当局)では、管理機能の強化を図った。HAは数を削減し、従来よりも広い地域のNHSサービスについて監督し、公平な基準に基づいたPCGへの予算配分権限が付与されこととなった。HAはPCGに報告義務を課されるが、PCGとNHS Trustが医療の質並びにコスト面のパフォーマンスが基準以下の場合、彼らの自主性を奪う権限が与えられる。HA自身もパフォーマンス向上のインセンティブが与えられ、成績のよいHAには追加予算を得る資格が与えられ、

逆に、一定の成績が出せない場合は罰則が設けられた（PCG と NHS Trust の場合はこれまでのように、予算が余った場合はプールできる）。HA は 2002 年 10 月までに 28 か所に統合整理され、名称も StHA と改め、地域別の NHS 本部として、基盤整備や目標達成状況の監視や改善指導などを担うこととなった。

#### D. 考察および E. 結論

本研究では 7 本の論文について、サーベイを行った。今回のサーベイから、わが国に先んじて導入されている欧州の保健・医療分野への管理的競争が成功するために、共通して示唆される重要な点は、2 つ挙げられる。1 つは、保険者の被保険者に対して最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させる本来の機能を働かせるためには、被保険者において加入保険選択権を与えること、2 つめには、政府は被保険者の健康リスクを反映する部分についてはリスク構造調整を行うことであろう。例えば、ドイツでは被保険者による疾病金庫の選択性が保障されており、オランダについても専門医については選択的な契約を結ぶことが認められている。これによって、保険者には本来の機能を果たす誘因が生じるであろう。また、リスク構造調整については、保険者が認識する被保険者のリスクと、個人の健康リスクの情報が対称的であれば、リスク選択の可能性が生ずる。ただしこの時、個人の Health State (健康状態) について、適正な指標を用いること、そして、政府は Adverse Selection の発生に留意することが重要になる。後者については、保険者による被保険者選択、すなわち、Adverse Selection を発生させることになれば、国民皆保険制度の成立はない。政府は中央集権的立場からこの問題を回避するセイフティネットを構築する必要がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

論文発表

なし

#### 2. 学会発表

なし

### Ⅲ. 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
なし							

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

医療費の構造分析と適正化に向けた  
政策的課題に関する研究  
総括・分担報告書

平成 20 年 3 月

発行: 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11

第 11 東洋海事ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 07103