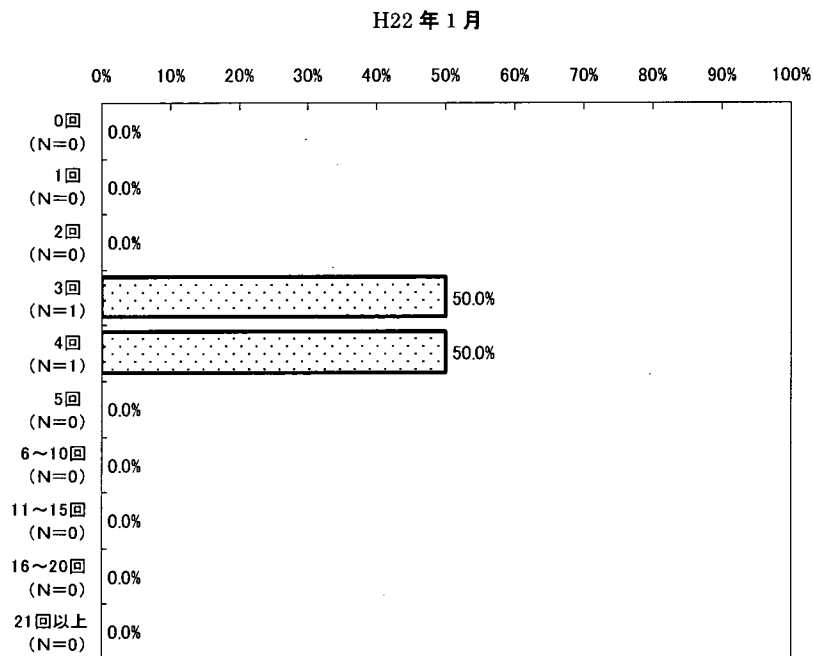
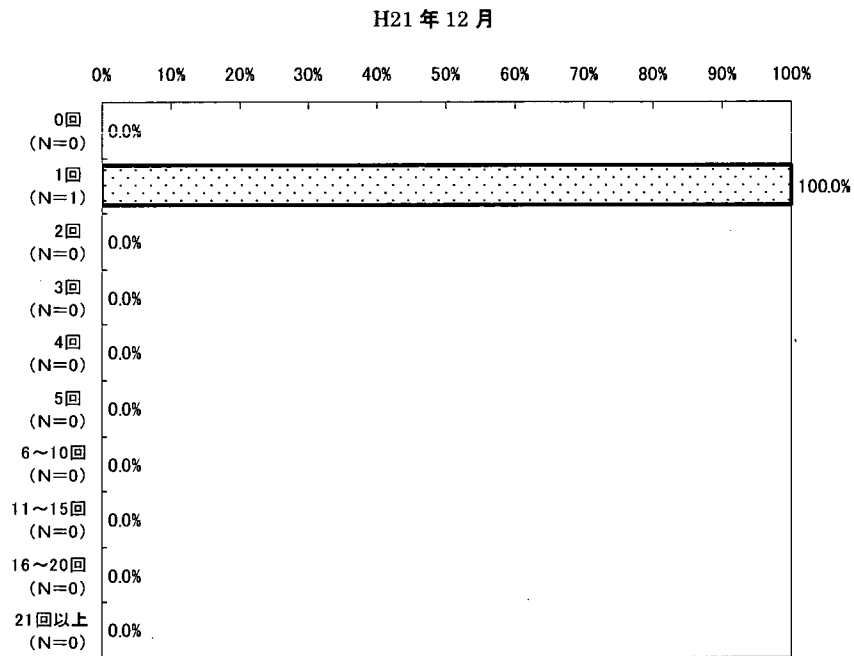
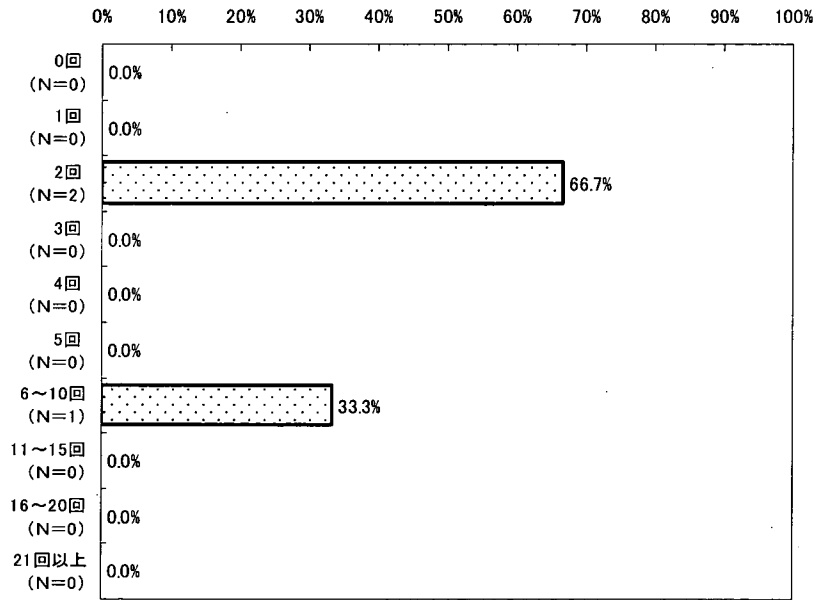


■柔道整復院を受診した回数

参考 - 2 - 23 柔道整復院を受診した回数



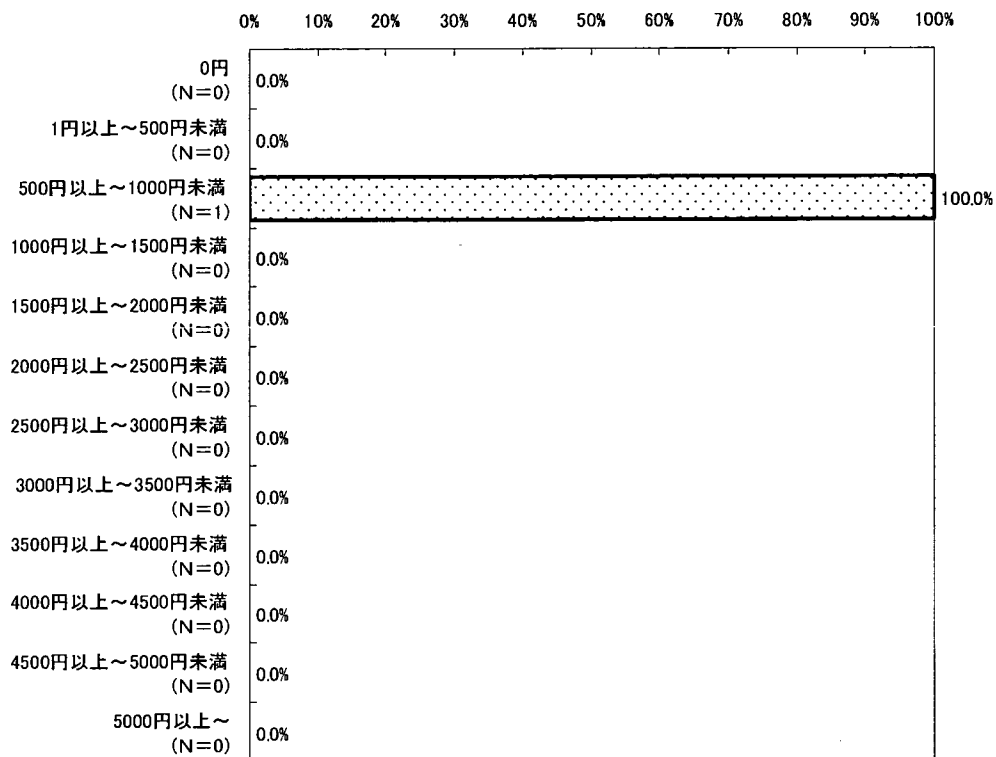
H22年2月



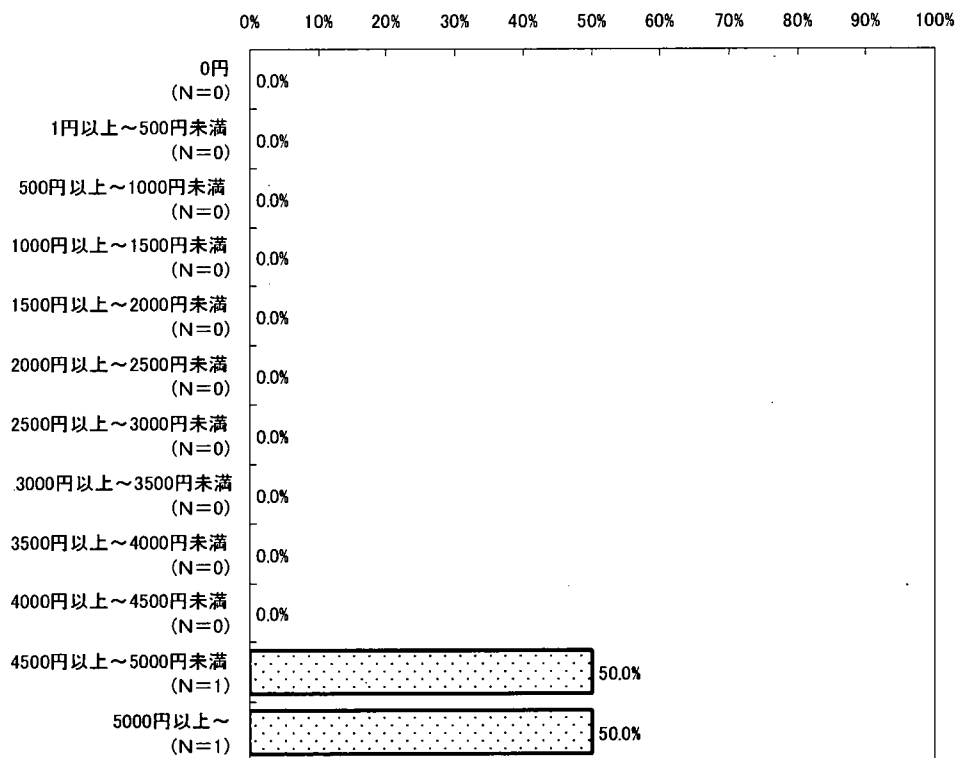
■柔道整復院で支払った自己負担額の合計

参考 - 2 - 24 柔道整復院で支払った自己負担額の合計

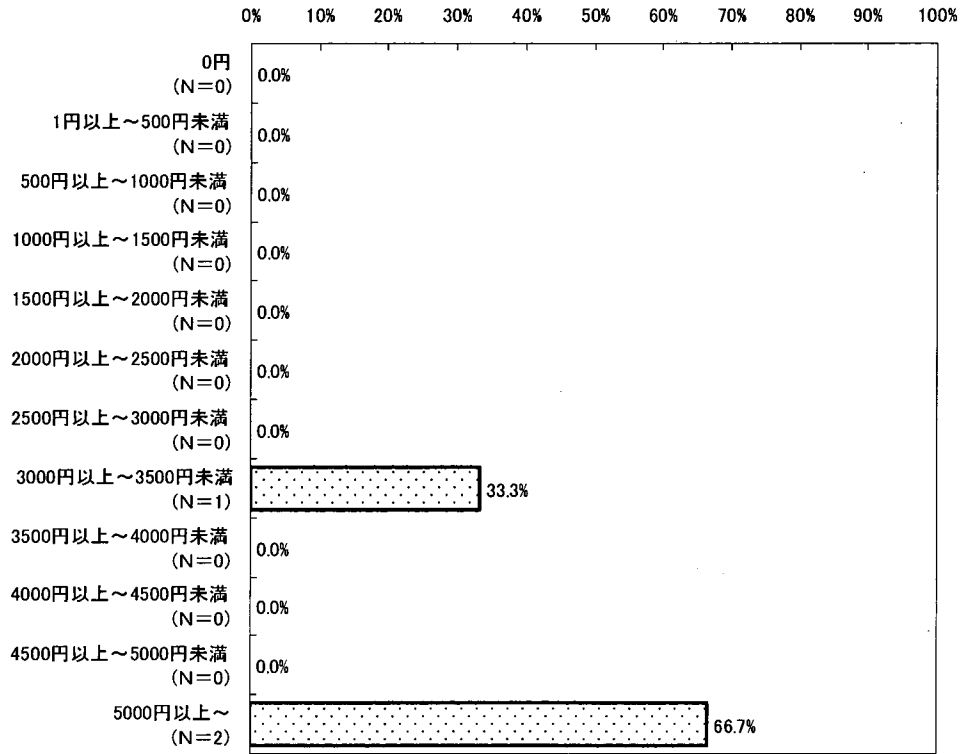
H21年12月



H22年1月

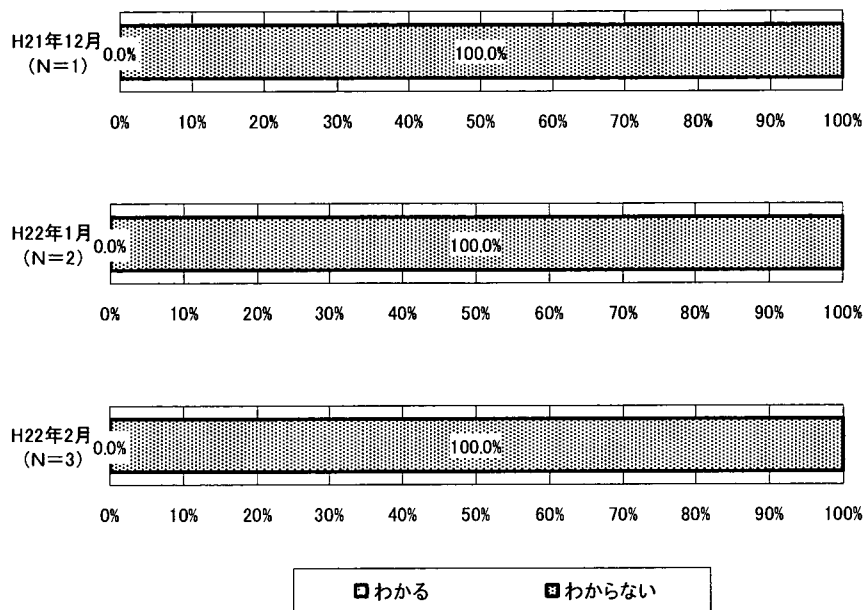


H22年2月



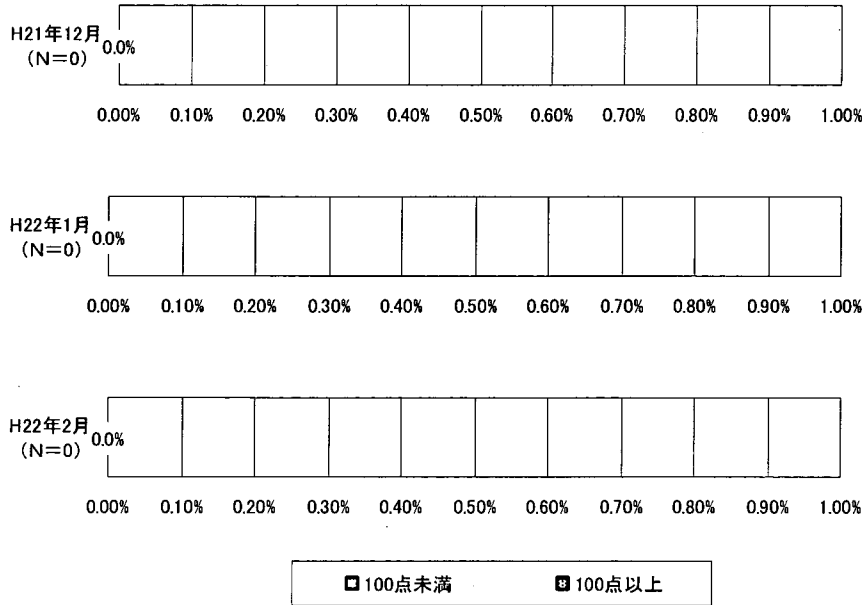
■公費を含む柔道整復院の保険合計点数の理解

参考 - 2 - 25 公費を含む柔道整復院の保険合計点数の理解



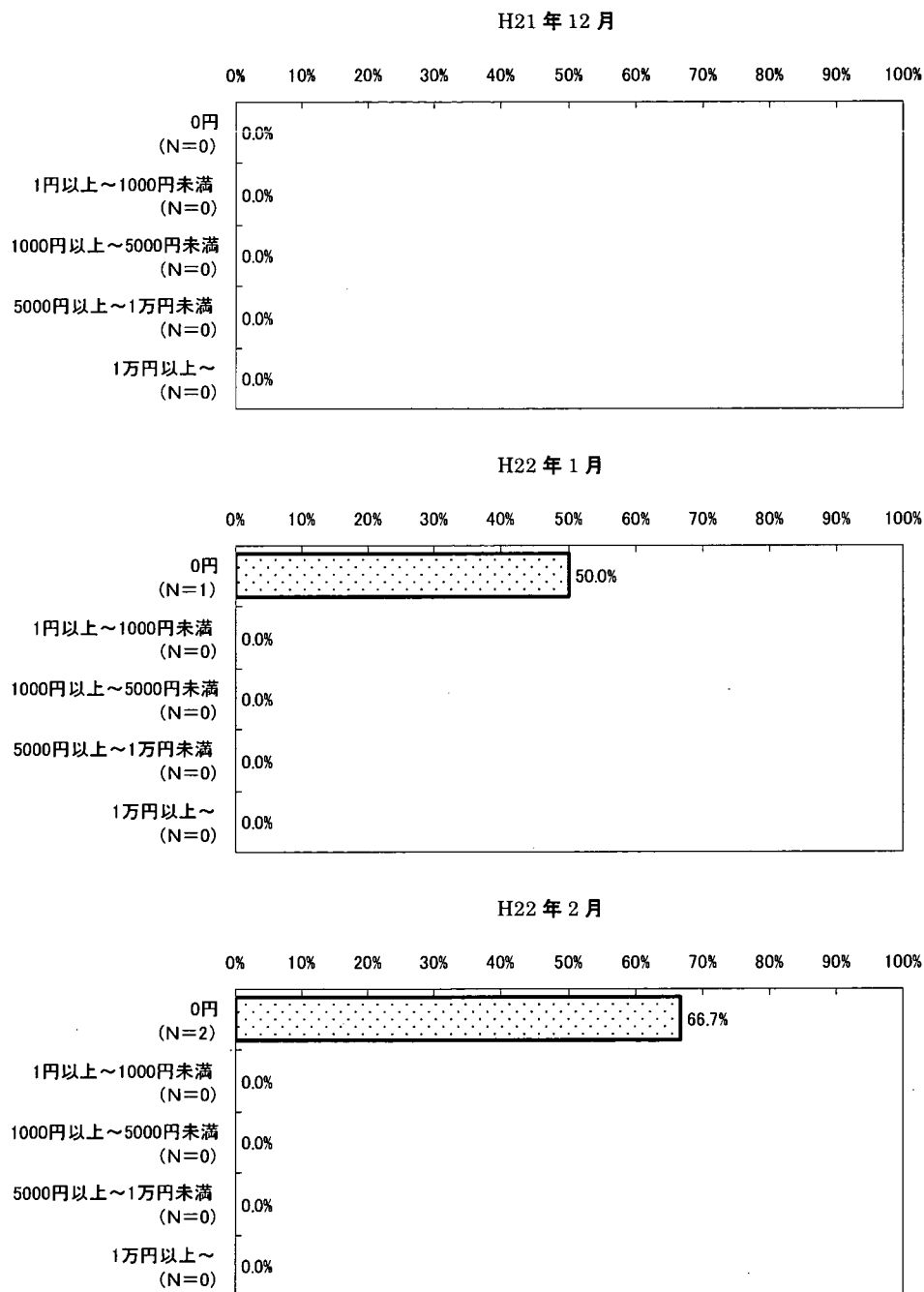
■公費を含む柔道整復院の保険合計点数

参考 - 2 - 38 公費を含む柔道整復院の保険合計点数



■柔道整復院を受診した際の交通費の合計

参考 - 2 - 39 柔道整復院を受診した際の交通費の合計



平成 21 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

医療における管理競争のあり方に関する検討

主任研究者 福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 特別主席研究員
分担研究者 満武 巨裕 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究副部長

研究要旨

医療における管理競争の役割を検討するためにオランダの医療保険制度およびリスク構造調整のしくみを検討した。管理競争のしくみを忠実に実践したオランダでは、医療費の半分に相当する額を所得依存の保険料として中央基金に集め、リスク構造調整を通じて各保険者に配分している。被保険者は保険者の選択が可能であり、被保険者の特性によらず保険プランごとに定額の保険料を払うしくみとなっており、ここで保険者間の競争が生じる。保険者間の競争により効率化が図れることが示されているが、国民皆保険制度を実質的に維持するためには保険非加入者への対応が必要とされた。我が国でも医療保険の効率的な運営のために、管理競争の導入とリスク構造調整は参考となるが、実質的に皆保険を維持するしくみを検討することが必須であると考えられた。

A. 研究目的

諸外国においては管理競争 (Managed Competition) の考え方をを用いて効率的な医療提供に向けた仕組みを整備している。なかでも保険者間の競争の促進は、我が国の公的医療保険制度の方向性を検討する上でも参考になると思われる。昨年度は、日本と類似の保険制度の成り立ちを持つドイツにおける被保険者による保険者の選択やリスク構造調整を取り上げ、その仕組みや影響について検討した。

今年度は、管理競争のしくみを提案した Alain C. Enthoven 博士の発想に近い仕組みを実際に導入しているオランダについて、保険制度や保険者間の競争、リスク構造調整およびその課題について調査し、我が国への応用の可能性について検討した。

B. 研究方法

オランダの医療保険制度に関する最近の資料および現地でのヒアリング調査から、管理競争の応用とその課題について検討した。ヒアリング先としては、政府 (Ministry of Health, Welfare and Sport) の担当者、Netherlands Institute for Health Services Research(Nivel)、Maastricht 大学の Maarse 教授 (Department of Health Organization, Policy and Economics) とした。

調査内容は、管理競争やリスク構造調整のしくみや導入の歴史、さらに管理競争による影響や課題とした。

(倫理面への配慮)

本研究は公表された資料および専門家へのヒアリングから情報を得ており、倫理面での問題はな
いと考えられる。

C. 研究結果

1) オランダの医療保険制度

オランダの医療保険制度は3階層構造になっている。一番目の階層は「特別医療費保険」で、高齢者や障害者の長期ケアの部分を保証する制度である。年間約230億ユーロの費用がかかっている。二番目の階層は「短期医療保険」で病院や診療所、薬局等の費用を賄う。年間で約330億ユーロである。三番目の階層は「私的医療保険」で、これは短期医療保険ではカバーされないサービスに関する保険である。年間約50億ユーロとなっている。本稿ではわが国の公的医療保険に近い性格を持つ「短期医療保険」とこれを補足する「私的医療保険」取り上げる。

短期医療保険は病院や診療所での診察や検査、薬局での薬剤給付等をカバーする保険である。国民全体をカバーするしくみであるが、わが国の公的医療保険制度とは異なる点はいくつかある。その一つは、加入者による保険者の選択が可能となっている点である。選択は年に1回可能となっている。他の国でも加入者が保険者を選択可能できる場合があり、スイスでは半年に1回、ドイツでは8週間前に解約の予告をすれば変更が可能となっている。ただし、保険者による給付される内容は基本給付 (Basic Package) として規定され、どの保険でも同じである。基本給付には、総合医や専門医による診察の他、処方薬、入院医療、出産関連、小児の歯科等のサービスが含まれている。ではなぜ選択する必要があるか
というと、一つには保険者により保険料が異なることが挙げられる。また多くの場合、3番目の階層である私的医療保険の部分とセットで販売されており、この部分では給付内容が異なる。わが国と違う二つ目の点は、主に民間の保険者が保険の運営を行って

いる点である。公的な制度のもとでの保険ではあるが、運営は民間保険が中心となっている。これにより保険者間の競争を促し、効率的な保険運営を行おうと考えている。

2) 管理競争

オランダの医療保険のしくみの根底にあるのは管理競争 (Managed Competition) の考え方である。これは Enthoven によって提唱されたものであるが、「医療費を最適化するために競争を導入する際、市場の失敗を防ぐために必要な工夫を加えたもの」と説明されている。実際に医療保険を全て市場に任せて運営すると、保険者が健康上のリスクの高い人を排除しようとするクリームスキミングや、保険に健康状態の悪い人ばかり集まる逆選択の問題などが指摘されている。このようなことが起こると慢性疾患を有する者などリスクの高い人は保険に加入できない、あるいは高額な保険料を払う必要が生じるため、保険のしくみを市場に任せるのではなく、何らかの工夫をすることによって、全ての人がカバーされ、かつ効率的な運営のインセンティブが働くしくみが求められる。

管理競争においてはいくつかのプレイヤーが存在する。保険者、加入者、そして医療提供者がプレイヤーであることはわが国でも同様である。管理競争のしくみにおいては、さらにスポンサーが存在する。スポンサーは加入者に対して保険加入の補助をしたり、逆に一定の保険料を収集し、それを保険者に分配する役割を担っている。オランダのしくみはこの関係を忠実に採用した構成となっている。スポンサーとしては国に中央基金を設置している。中央基金は加入者 (住民) から所得に応じた社会保険料を徴収している。従って、各個人は所得比例の保険料を、自分が加入する保険ではなく、中央基金に納めることになる。これは収入の6.5%である。中央基金にはこれ以外に国からの補助金もある。中央基金ではこうして集めた資金を保険者に配分するが、その際には各保険に加入する者の健康上のリスクに応じて配

分類を決めるリスク構造調整のしくみをとっている。リスク構造調整の具体的な方法は後述する。そして、住民は保険者を選択して加入する。この際に保険者ごとに定額の保険料を支払う必要がある。重要なのは、所得に応じて支払う保険料は医療費全体の50%相当分のみという点である。残りの50%相当分は加入者が保険者に直接支払う定額保険料によって賄われる。この保険料は保険者によって異なるが、加入者ごとに差をつけてはいけないようになっており、ここで加入者の選別が起きないように配慮されている。また、保険者には保険加入希望者を受け入れる義務（Open Enrollment）がある。また多くの保険者はグループ契約のしくみを提供している。これは職域等のグループのみでなく、任意のグループでも可能になっており、グループ契約に対しては最大で10%の保険料割引ができるようになっている。インタビューにおいては、2006年時点で、保険加入者の約44%がグループ契約で保険に加入しており、平均6.6%の保険料割引を受けているとのことであった。また、加入者に対して免責（deductible）の設定を義務化しており、年150ユーロとなっている。さらに保険者によって追加的な免責を設定することも可能となっている。

オランダでは2006年の医療保険制度改革によりこのような制度が確立されてきているが、実際の保険加入者の動向をみると、2006年には被保険者の約20%が保険者を変更しているが、2007年には4.4%、2008年には3.5%と異動が少なくなっている。また保険者数は2002年には71あったものが、2006年には33、2009年には21に減少している。特に大手4保険者のシェアが90%となっており、ほぼこの大手保険者によりカバーされていることになる。保険運営の効率化により保険者の統合がすすみ、集約されていると考えられるが、これ以上集約が進むと寡占的な立場を利用した価格設定等が懸念され、そのようなことがないように、各社のマーケットシェアを監視しているとのことであった。定額保険料については、2006年に平均1100ユーロだったものが

2008年には平均1040ユーロとむしろ下がっており、保険者間の競争と効率化の努力によるものと考えられる。

3) リスク構造調整

次に中央基金から各保険者へ資金配分を行う際のリスク構造調整について述べる。リスク構造調整は、各保険加入者の健康上のリスクを調整した上で資金の配分を行うために欠かせないしくみである。これがないとリスクの高い人が集まった場合には保険者は資金的に苦しくなる。一般の保険であれば加入者のリスクに応じて保険料設定をしたり、リスクの高い人を保険から排除する活動を行うが、オランダのしくみではこの両者とも禁止されていることから、リスク構造調整は必須であると考えられる。一方、医療費の全額をリスク構造調整による配分とすると、どのような対象者であってもリスク調整した上で資金配分されることになるため、加入者に対する保険料設定等での競争がなくなり、保険者間で競争原理の働く余地が少なくなると考えられる。そこでリスク構造調整による配分は医療費の50%としているところがオランダのしくみのユニークな点である。

加入者の状況に応じた資金調整は事前的なものと事後的なものがある。事前的なものを特にリスク構造調整と呼ぶことが多い。オランダでは、1993年からリスク構造調整のしくみが取り入れられており、当初は性別と年齢のみの調整であったが、1995年からは居住地と身体障害の有無、2002年からは薬剤費用グループ（Pharmacy Cost Groups: PCGs）、2004年からは疾病別費用グループ（Diagnostic Cost Groups: DCGs）を加えるという形で、リスク構造調整に用いられる変数が増やされている。PCGsはATC（Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index）分類に基づく20分類（高脂血症、糖尿病、腎不全等）についてその薬剤の給付状況に応じて調整するしくみである。DCGsは入院医療において高費用となる13分類を取り上げて調整するしくみとなっている。

事後的な調整は、事前的なリスク構造調整では対応できなかったリスクに関する調整のしくみである。

1人あたりの給付金額が平均よりも17.5ユーロ以上差がある場合や、給付金額が12,500ユーロを超える加入者がいる場合などに事後的に調整されるしくみとなっている。

また、リスク構造調整により配分される金額は医療サービスの提供費用であり、病院施設の設備費等は含まれていない。

4) 保険者間の競争

前述の通り、保険者は、リスク構造調整で配分される資金以外に、加入者に対して定額の保険料を設定する。これは保険の運営の効率性によって保険料設定が異なる結果となり、競争の要因となっている。近年ではさらにこの要因が強まっている。入院医療に対する支払いはDBC(Diagnose Behandeling Combinatie)という日本のDPC分類のようなしくみに基づく病院予算制となっている。各DBC分類の償還額は一律となっていたが、2005年にDBC分類(1246分類)のうち、白内障や鼠径ヘルニア、大腿骨骨頭置換等の24分類について、各保険者と病院が価格交渉により設定できるようになった。これは2006年の医療費ベースで7.3%程度に相当する。この傾向は拡大しており、2007年には約20%、2009年には約37%と増加している。これにより保険者ごとに償還額が変わることになり、当然、保険料に反映されるものと考えられる。

保険者が設定する定額保険料は加入者によって差をつけてはいけないうきみになっていることは前に述べたが、実質的には差がついている。これは多くの場合、基本給付に加えて補足型保険をセットで販売していることによる。2006年には93%が補足型保険にも加入している。補足型保険は基本給付ではカバーされないサービスを提供するものであるが、内容は保険者やプランによって異なる。補足型保険は完全に民間保険であるため、加入者のリスクに応じて保険料設定をすることが可能である。

5) 課題

以上のように、オランダの医療保険制度は、国民皆保険のしくみを維持しながら、加入者による保険者の選択や、保険者間の競争による効率化を目指すユニークなしくみである。ただし課題も指摘されている。まず住民が保険者の選択を行うに際して十分な情報提供のしくみが必要となる。また国民皆保険にはなっているものの人口の1.5%の保険非加入者が存在する。日本の制度と異なり、どの保険に加入するかが自動的に決まらないために起こる問題であると考えられる。また保険に加入していても保険料を支払っていない人も同様に1.5%程度いるとされている。国からは低所得者に対して保険加入の補助金を交付しているが、現金で交付されているため、必ずしも保険料の支出にあてられていないこともあるようである。さらに国としては事後的な調整のしくみをなるべく縮小していくことや医療サービスの質を可視化していく方針であるとのことであった。

D. 考察

オランダの保険制度および管理競争にはいくつかの特徴がある。まず民間保険をベースにしているところが日本と根本的に異なる。ドイツは地域および職域を基盤とした疾病金庫による保険運営がなされているが、オランダは民間保険による運営になっている。これはもともとの保険の成り立ちによるもので、ヒアリングにおいて民間保険により運営されている理由を尋ねたが、昔からそのような仕組みなので特段に考えたことがなく、また問題があるとも思っていないということであった。民間保険による運営の方が競争原理は働きやすく、管理競争がうまく機能する要因かもしれない。また、管理競争の結果として保険者の集約が起こっていることはドイツと共通であった。従って、民間保険による運営が公的な組織による運営かに関わらず、管理競争によって保険者の集約がすすむものと考えられる。日本では様々

な保険者が存在するが、市町村国保等のように規模的に小さいところも多く、保険の効率的な運営のためにはいずれにせよ集約が必要であると考えられる。管理競争に委ねて効率的な集約をすすめることも一つの方策であると思われる。

管理競争のしくみとしては、中央基金（スポンサー）を設置し、被保険者による保険者の選択とリスク構造調整による資金配分という Enthoven 博士が提唱した管理競争のモデルを忠実に実践しているスタイルである。特徴として、中央基金に集めている保険料は収入に対して定率になっており、加入する保険によらず公平性が保たれていることと、中央基金を通じてリスク構造調整の末に配分される資金は医療費の半分に相当するところに限定されていることが挙げられる。方式としては、ドイツのようにもっと高い割合の資金をリスク構造調整を通じて配分する方法も考えられる。しかし、資金を全てリスク構造調整により配分すると、保険者間の競争原理は働きにくくなると考えられる。それは、加入者のリスクプロファイルに応じた資金配分がされれば、リスクの高い人の管理に注力しなくても良くなるためである。ただし加入者のリスクプロファイルの全てを考慮して資金配分することは難しいので、ドイツのようなしくみでも保険者間の競争が働くと考えられる。オランダのしくみではさらにこれを明確にし、資金の半分のみを配分することになっており、残りの半分は各保険者が設定する定額保険料で賄うしくみである。定額保険料は加入者のリスクに応じて変えることはできないものの保険プランによって定額であるため、ここで価格面での競争も起こることになる。また、Open Enrollment の規定により、保険者によるクリームスキミングを防止している。ただし、補足的な保険と組み合わせて販売していることにより、これらを通じてリスクセレクションを行っている可能性も否定できない。

オランダのしくみは、皆保険を維持しながら、被保険者による保険者選択による保険者間の競争を促し、効率的な運営を行う方法として注目される。一

方で、制度上は皆保険を維持しているものの、実態として保険非加入者が生じていることは大きな課題である。現行の日本の制度であれば、加入する医療保険は基本的に職業（被扶養者の場合は扶養者の職業）により自動的に決まる。そのため、仮に保険に非加入の者がいたとしても、本来どの保険でカバーされるべき者かは決めることができ、その保険における保険料未払いの問題として扱われる。しかし、オランダのようなしくみでは、被保険者が保険者を選択して加入するため、保険に非加入の者がいたとしても、どの保険でカバーされるべき者かを決めることはできない。その対象者に誰がアプローチすべきかという問題が生じる。これに対して基本的には行政が対応し、住民の保険加入状況を把握し、加入を促すことになる。低所得者には補助金が出されているが、現金での給付のため、必ず保険加入に使われるという保証はない。さらにその者を強制的にどれかの保険でカバーすることはできないため、保険非加入者の問題は大きなものであると考えられる。

E. 結論

医療における管理競争の役割を検討するためにオランダの医療保険制度およびリスク構造調整のしくみを検討した。管理競争のしくみを忠実に実践したオランダでは、保険者間の競争により効率化が図れることが示されているが、国民皆保険制度を実質的に維持するためには保険非加入者への対応が必要とされた。我が国でも医療保険の効率的な運営のために、管理競争の導入とリスク構造調整は参考となるが、実質的に皆保険を維持するしくみを検討することが必須であると考えられた。

オランダ医療保障制度に関する研究会編. オランダ医療関連データ集 2007 年版. 医療経済研究機構 2008.

佐藤主光. 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 2007; 36: 41-60.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

なし

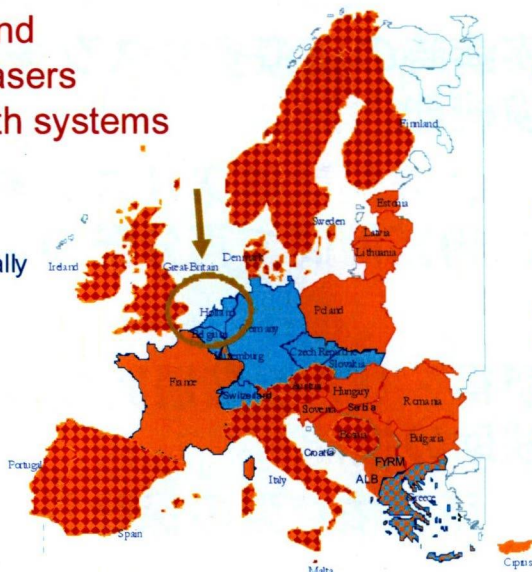
学会発表

なし

オランダの位置づけ

Single, multiple and competing purchasers in European health systems

- Single purchaser
- Regional, but functionally single purchaser
- Non-competing multiple purchaser
- Competing purchaser



16 million inhabitants
 100 hospitals
 16000 medical specialists
 8000 GP's
 21 insurance companies
 € 60 billion spent on health care = 10% GDP

Ministry of Health, Welfare and Sports の資料より

3 階層の医療保険

1. 特別医療費保険

Exceptional Medical Expenses Act
 高齢者、障害者の長期ケア
 年間約230億ユーロ

2. 短期医療保険

Health Insurance Act
 病院、診療所、薬剤、検査等
 年間約330億ユーロ

3. 私的医療保険

Supplemental Private Health Insurance
 短期医療保険でカバーされないサービス
 年間約50億ユーロ

公的医療保険の機能

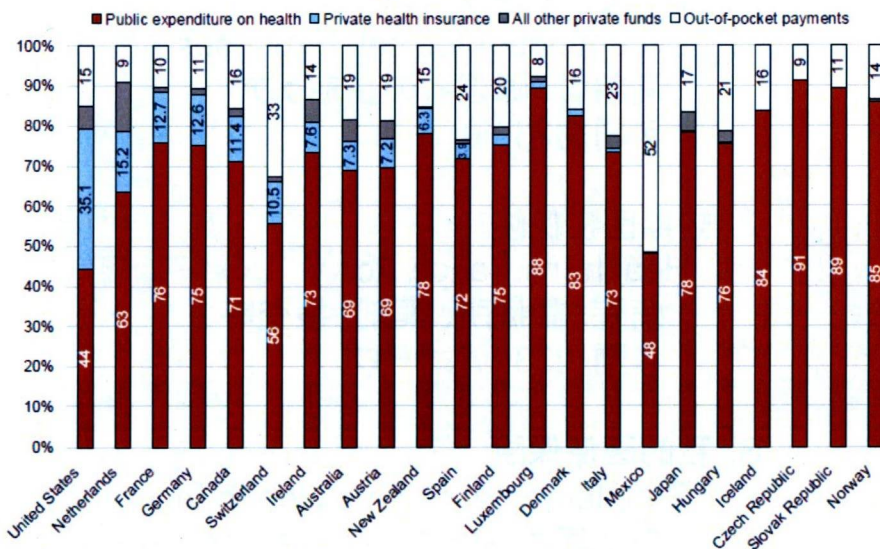
- 疾病時の医療費リスクをヘッジする保険機能

保険料は健康リスクを反映するか所得階層間で再分配のない定額保険料

- 所得・リスク階層間の社会連帯・相互扶助の機能

所得依存型の保険料、あるいは税金

Health expenditure by source of health financing, 2000



Source: OECD Health Data 2003, 2nd edition.
Note: Countries are ranked by decreasing size of PHI

公的医療保険制度の成り立ち

- 医療保険の公的提供により国民皆保険を実現したタイプ
日本、韓国、ノルウェー、カナダ、オーストラリアなど
- 被用者・中低所得者等の特定の人口層に対してのみ公的な基礎保険を提供し、その他の人口層には民間医療保険か無保険の選択肢を与えるタイプ
ドイツ、アメリカなど
- 全国民に民間医療保険から基礎保険の購入を強制することにより皆保険を確保するタイプ
スイス、オランダなど

5

民間保険の役割

- 代替型 (duplicate)
公的医療保険に加入義務のない被保険者に基礎保険相当を提供する
- 補完型 (complementary)
公的医療の中で患者の自己負担分をカバーする
- 補足型 (supplementary)
基礎保険外の医療サービスを対象とする

6

保険者間の競争

- 被保険者が基礎保険を提供する保険者の中からいずれかを選択できるしくみ
- 選択できる頻度
 - オランダ 年1回
 - スイス 半年に1回
 - ドイツ 8週間前の解約予告
- 保険者は基礎保険への加入を希望する全ての個人を受け入れる義務(open enrollment)がある

7

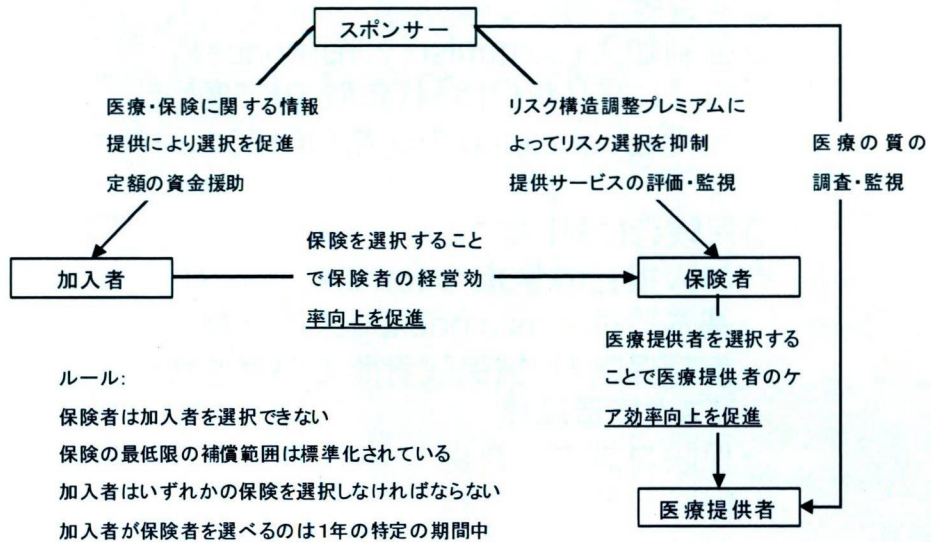
管理競争 (Managed Competition)

Alain C. Enthoven

- 医療費を最適化するために競争を導入する際、市場の失敗を防ぐために必要な工夫を加えたもの
- 管理競争が望ましい理由
 - ・ 出来高払い方式は、医療機関・医師にも保険加入者にもコストを減らす誘因が働かない。
 - ・ 総枠予算制では、コストを減らす誘因は生まれず、枠の取り合いや、予算を最大限使おうとする誘因になるだけである。また、費用に関する問題が見えにくくなる。
 - ・ 自由競争だと健康保険はリスク選択や市場細分化によって加入者を選別しようとする。また加入者についてはfree riderや逆選択の問題が生じる。それらを統制(管理)することが必要である。

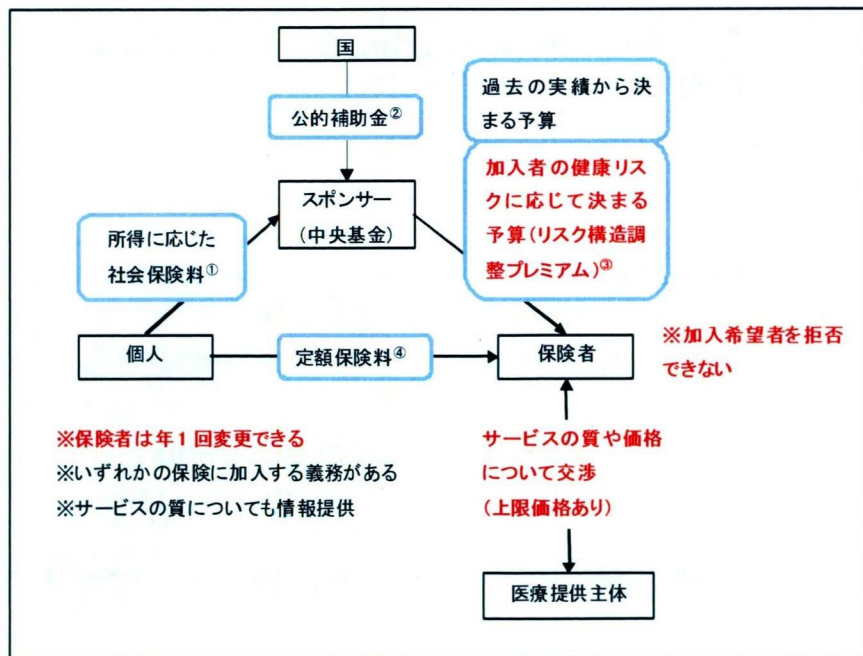
8

管理競争における関与者の役割



9

管理競争の応用例（オランダ）



10

2006年医療保険制度改革のポイント

○消費者に対して

- ・強制加入 (compulsory insurance)
- ・所得に応じた保険料 (年収の6.5%)
- ・免責 (deductible) の義務 (年150ユーロ)

○保険者に対して

- ・加入拒否の禁止 (open enrolment)
- ・基本給付 (basic package) の義務
- ・定額保険料 (被保険者間での差を禁止)
- ・リスク構造調整
- ・保険料設定の自由
- ・保険契約内容の自由
- ・追加的な免責徴収の自由
- ・グループ契約の自由

11

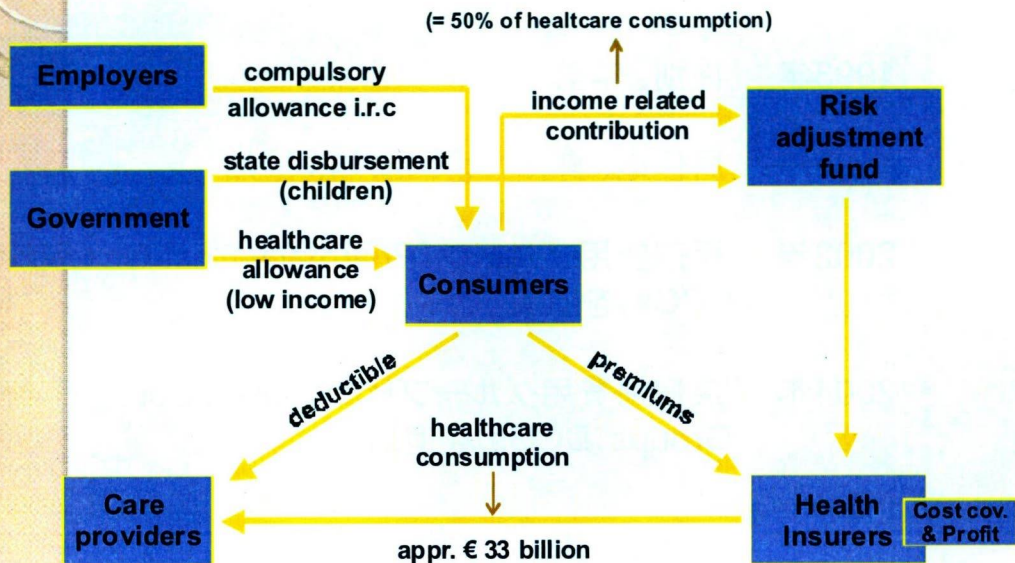
基本給付 (Basic Package) の内容

- 総合医 (General practitioner) による診療
- 専門医 (Specialist) による診療
- 処方薬
- 入院
- 出産関連
- 小児の歯科
- コメディカルのサービス (一部)
- 医療器具 (一部)
- 患者搬送
- 業務上の傷害 (industrial accidents)
- 職務上の疾患 (occupational diseases)

保険者がこれらのサービスの提供者を限定することは可能

12

資金の流れ



Ministry of Health, Welfare and Sports の資料より

13

リスク構造調整

1. 事前的なリスク構造調整

加入者のリスク構造から事前に必要資金を予想し、保険者に配分するしくみ

2. 事後的な調整

事前的なリスク構造調整では対応できなかったリスクに関する調整のしくみ

リスク構造調整により配分する金額は病院、GP、薬剤等のサービス提供費用であり、病院施設の設備費等は含まれない。

14