

## シリーズ - 医療経営学概説 -

### ② 医療の制度経営論／持続可能性の観点から診る医療保険制度改革

西 田 在 賢

武蔵野大学大学院

キーワード；医療保険，国民医療費，総保健医療支出，経営持続性，疾病別医療資金管理

#### はじめに

これまで医療経営といったときには、病院経営などの事業経営論だけに目が向けられていたものと思われる。しかし、医療のように社会の重要なインフラを構成するものでは、それを支える仕組みを考える制度経営論が不可欠となる。支える仕組みというのは、具体的には資金管理の問題であり、医療の場合には保険制度の研究が制度経営論の大きなテーマとなる。

#### 医療保険出現の経済的意義

経済的見地からすれば、「医療サービス」も取引 (trade) である。そして、長らくの間、人間社会においては、医療は医療サービス消費者である患者と医療サービス提供者である医者との間の2者間取引 (bilateral trade) であった。しかし、患者は治るまでいくらかかるかが分からず、また、病気の間は生計の維持が困難となる。詰まるところ医療を受けられるのは裕福な人に限られた。

近代になってようやく地域や職場の組織などが仲介者となり、住民や従業員を加入者にして、たとえば月々いくらかといったように定期的に金を集めて蓄えておき、もし加入者が病気になったときには仲介者が蓄えおいた資金から、会員患者に代わって医者が施した

医療の費用を支払う仕組みが生まれた。いわゆる現物給付型の医療保険である。このように患者・仲介者 (= 保険者)・医者といった3者間取引 (trilateral trade) の仕組みによって医療を受けられる人が一気に広がった。

またこのように社会に安定した医療資金を管理する仕組みが生まれると、多くの人が医療を受けられるという利点だけでなく、医療費の支払いも確かになることから医療提供者の経営が安定し、医療の施設や従事者が増えるという相乗効果を産んで、社会の医療供給体制を充実させることにつながった。※

※ここでは「経済的見地」と断って医療サービスの取引構造の変遷を説明したが、歴史的には職場労働者の疾病治療のための社会保険 (傷病手当金と医療現物給付) の制度が先行して現れ、地域コミュニティにおける医療保険の出現はその後のことである。

わが国の場合も、1961年に国民皆保険制度を達成した以降は国民ならば必ず何らかの医療保険制度に加入していることから、国民は疾病時の費用について余り心配せずに医療機関にかかるようになり、また病院や診療所では患者の治療代金の回収に難儀することがそれ以前と較べて格段に減り、結果、医療機関の事業経営が安定して今日に至っている。ちなみに、事業倒産という点では、わが国の医療業は他の産業と較べて極端に少ないのも特徴である。このように、医療の保険制度は、医療の事業経営に密接に関係している<sup>1)</sup>。

論文請求先：〒202-8585 東京都西東京市新町1-1-20  
電話：0424-68-3950 FAX：0424-68-3337  
E-mail：zaiken@musashino-u.ac.jp

### 国民皆保険制度と国民医療費統計

わが国でいう国民医療費とは、国民皆保険制度下の医療保険の給付範囲内で支払われた費用にほぼ相当している。そのため、国民医療費の数字には、たとえば8,000億円規模と推定される街の薬局の店頭薬販売額は含まれておらず、また、正常分娩の妊婦は患者ではないためにその分娩費用は入れないし、歯科自由診療の費用は除外され、差額ベッドなどの医療保険対象外項目の療養環境費も除外されている。勿論、医療機関の運営や施設整備のための費用も入っていない。ちなみに、米国が発表する国民医療費（National Health Expenditure）には、日本の国民医療費が除外する項目のほかに、病院等医療施設建設費や病院付属のナースィングホーム、そして医学研究費などの幅広い項目の費用を含んでいる<sup>3)</sup>。

要するに、わが国の国民医療費とは、あくまでも医療の国民皆保険制度の中で使われた費用相当を集計するものであり、医療皆保険制度を管理するための統計であって、他国との比較を目的としたものではない。

その動向を見ると、1974～5年を境に急に伸び始めている。その頃というのは象徴的な時期である。1975年には最初のサミットがパリで開かれ、アジアからは日本だけが招かれた。つまり、この頃から日本は名実ともに先進国トップの仲間入りを果たして、医療費はその頃の勢いのまま伸びていった。その勢いというのは、毎年1兆円の規模で増えていくというものである。しかし、一般産業界では1979年の第二次オイルショックを境に成長が頭打ちとなった。それにも関わらず、医療については高度経済成長期の勢いで伸びを続けたため、いずれ無理がくることが危惧されていた。それゆえ、政府政策側は1980年代初め頃から大掛かりな医療制度改革に着手したのである。

国民医療費の動向を示すグラフをよく見ると、最近のところで奇妙な状況が起こっていることに気付く（図1）。まず、1999年度には国民医療費は30兆円を超えたにも関わらず、2000年度にはそれが29兆円台に減った。その理由は、2000年度から介護保険制度が始まり、それまで高齢者医療費とされていたものの一部が介護保険側の支払いとなったからである。そのため、国民医療費統計は2000年度から連続性を失っている。つまり、この後は国民医療費だけではなく、介護保険

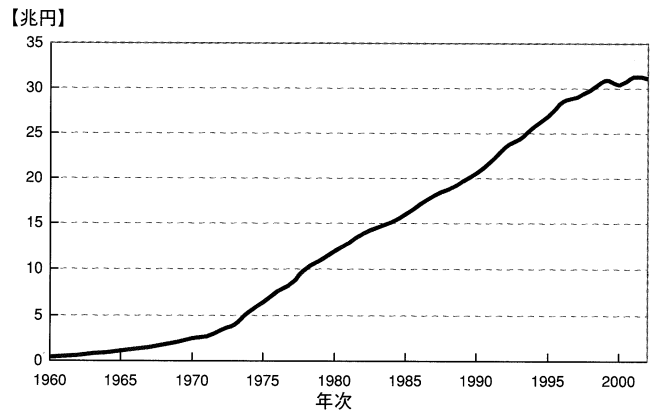


図1 国民医療費の動向

※2003年度は速報値をもとに推計した

制度に転嫁された高齢者医療費分も合わせた医療費支出の動向を見ていかなくてはならない。

そこで、2000年度以降最近年までの国民医療費に介護保険側に転嫁された高齢者医療費分を上乗せしてみると、図2のように従来になかった国民医療費管理の動きが見える。すなわち、介護保険転嫁分を併せた「調整国民医療費」では、2000年度以降も毎年1兆円近く増えるという増嵩傾向が止まらずにいたのが、2002年度に急ブレーキがかかっている。

ちなみに、今の制度では総ての支出を精算して国民医療費が公表されるまでに1年4ヶ月近くもかかっているため、2002年度の数値が公表されたのは2004年8月初旬のことである。もっとも、速報値は4ヶ月余りで発表されるため、同月中旬には2003年度の国民医療費の概算額が分かる。この速報値、すなわち概算医療

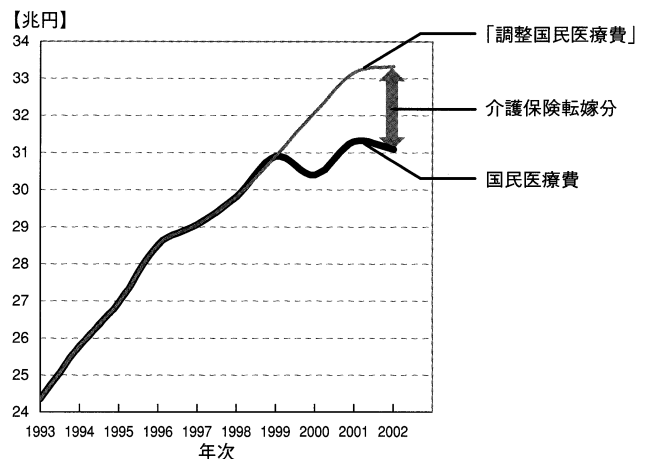


図2 2002年度の「調整国民医療費」の動向

費というのは、労災保険からの支出分や健康保険の未清算分が入っていない。しかし、概算医療費は国民医療費の97%相当という目安があるので、それに基づいて2003年度分の国民医療費を推測することができる。他方、介護保険からの支出は、保険請求項目が医療よりもシンプルであることや、制度開始当初から電子請求を促進していたこともあり、4ヶ月ほどで前年度の総介護費用支出が発表され、また、高齢者医療費の転嫁分は制度開始以降の3年間の実績を見ると総介護費用支出の40%程度という目安がある。そこで、2003年度の「調整国民医療費」を算出すると、図3のようになり、いわば「一旦踏んだ急ブレーキから慌てて足を離した」かのように伸びを戻していることが分かる。

じつのところ、2002年度にはこれまでにない医療保険財政対策が行われている。皆保険を達成した1961年以降、40年を経たこの年になって初めて政府保険者は診療報酬の実質マイナス改定を行ったのである。加えて、この年10月には高齢者自己負担の完全定率化も実施に至ったので、高齢者受診も抑制されたものとみられる。これらの影響で介護保険転嫁分を併せた「調整国民医療費」の2002年度分は前年度並、つまり伸びが止まった状況となった。

このように国民医療費の動向を目安にした医療制度の経済的運営管理が、わが国の医療制度経営の特徴である。

### 医療保険制度の収支動向と医療制度改革

わが国医療の国民皆保険制度では、国民健康保険の市町村国保、政府管掌健康保険（政管健保）、組合管掌健康保険（組合健保）のいずれかに加入する国民が全体の9割を占める。図4のように、これらの医療保険制度の単年度収支を見ると、一昔前でも市町村国保と政管健保は赤字だった。そして、長らくの間、収支が好調だった組合健保も1994年には赤字に転じた。そのため、1997年に健康保険法（健保法）の改正を行って、政管健保や組合健保等の社会保険（社保）本人の2割負担を実施した結果、これらの収支が改善し、1998年度は黒字に転じたが、その後、また揃って赤字となった。2002年度の診療報酬実質マイナス改定では

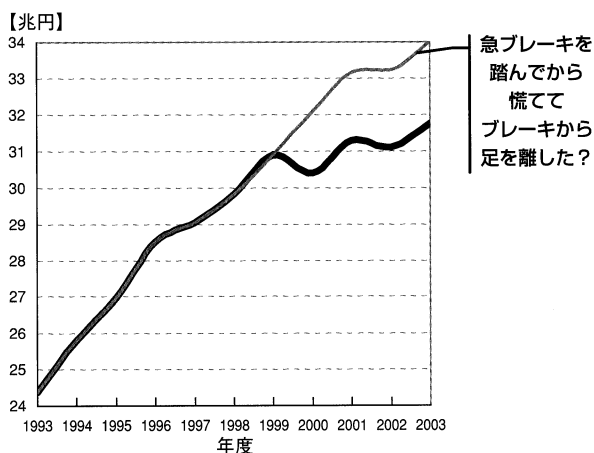


図3 2003年度の「調整国民医療費」の動向

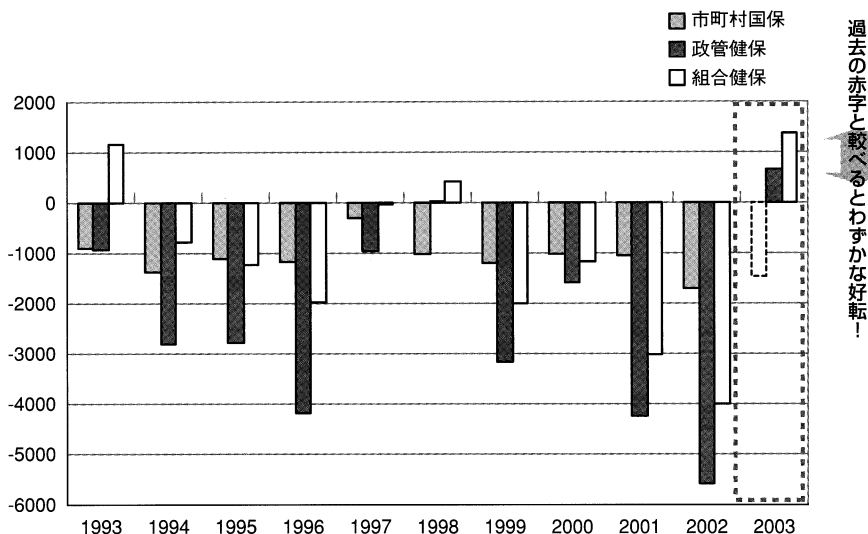


図4 主な医療保険制度の単年度収支の動向

これらの収支改善に余り効果はなかったが、2003年度の社保本人3割自己負担による給付費減と総報酬制による保険料増とで収支が好転している。しかし、その好転もそれまでの単年度赤字額と較べるとさほど大きくはない。つまり、医療保険制度改革を続けたいことには、また揃って赤字に陥りそうな状況にある。

なお、なぜ単年度収支が赤字なのにこれまで保険者側の支払いが可能だったのかということ、かつて個人、法人とも所得が伸び続けたことから保険料収入も伸びて保険財政収支が黒字だった時に蓄えておいた内部留保金があったからである。赤字の年にはこれを取り崩している。もしも、2002年度の診療報酬実質マイナス改訂や2003年度の健保法改正による保険者収支の改善がなかったら、まず政管健保が支払不能に陥ったといわれる。つまり、民間の保険会社であったなら「倒産」ということである。

このことは、昨日今日に分かったわけではなく、以前から厚生労働省は予測していた。そこで、20年余り前から大掛かりな医療制度改革が始まる。1948年の戦後の医療法成立以降、1985年の第一次医療法改正までの37年間、大きな法改正はほとんどなかった。というのも、この間、国の経済は高度成長し、個人も法人も所得を大きく伸ばしたため、それら所得に比例して集められた医療保険財源は確保され、医療保険制度からの給付条件は改善こそすれ、後退はまずありえず、大きな変革も必要なかった。ところが、1979年の第2次オイルショックを境に日本も本格的な低成長時代へと突入し、年次において医療制度改革の時代に入った。1985年の第一次医療法改正で地域医療計画を導入して病床規制という入院医療供給に制限を設けた7年後の1992年の第二次医療法改正では、病院の機能について特定機能病院、療養型病床群という分類が出された。その5年後の1997年には第三次医療法改正が行われ、地域医療支援病院の導入も注目された。併せて、健保法改正により社保本人の2割負担を実施した。そして、2003年度からは社保本人の3割負担が実施されたため、社保は国保と同じ自己負担割合になり、これによって歴史的な成立経緯からばらばらになっている保険者・保険制度を一本化する構想も現実味を帯びてきている（図5）。2001年の第四次医療法改正では、一般病床と療養病床に区分けして管理することが発表され、総ての病院を対象に入院機能の分別を求めた。結

果は、急性期入院のための一般病床が過剰気味であるにもかかわらず、一般病床を選択する病院が多かったが、これは近い将来に需要との兼ね合いによって何割かが整理されるものと予想される。

このように医療制度改革の実施がどんどんと加速されてきており、もはや毎年改革が行なわれる時代になりつつある。改革の嵐が収まるのは、医療保険制度の持続性についての目処が立ったときでしかない。なお、この一連の経緯を見ても分かるように、医療制度改革の動機は医療保険制度の維持にあり、その意味では医療保険制度改革と呼ぶのがより正確といえよう。

### 医療保険制度の持続可能性と国民への説明責任

厚生労働省では、皆保険達成後初めての診療報酬実質マイナス改定を2002年度に行なうにあたり、『医療制度改革について』という小冊子を作成して関係各所に配布している。このように政策側が関係者にわかりやすく説明しようとする姿勢がさらに進むと、国民に向けた「説明責任を果たす」ことへとつながる。

著者は1995年頃から積極的に医療政策と医療経営の両方に関心を置いた論文や論説を発表するようになったが、その頃から医療保険財源の先行きの不安がかなり見えてきたこともあって、持続可能な制度という視点の重要性を説明してきた。最近でこそ、新聞のみならず政治家までがこの言葉を使うようになったので、世間一般にも聞き慣れた言葉になったが、このことを言い始めた当時は、周りのほとんどは意味がよく分からないようであった。

「持続可能な」というのは、英語でいうとサステイナブル (sustainable) ということになる。つまり、支え得るという意味合いであって、単純な連続性を考えるものではない。経済学では、経済成長の持続可能性 (growth sustainability) という用語があり、それを制度の運営の場合に、あるいは病院など医療機関の経営の場合に、持続可能であるためにはどのような条件整備が必要かという視座からの検討が必要だと、著者は当時から説明している。そして、政策側に向けては、医療保険財政の行き詰まりが現実のものに近づいているなかで国民負担増を繰り返していると、国民の方でもその負担に堪えられなくなって大きな反発が起きるであろうから、それを回避するためにも国民への説明責任を果たすことにもっと努力すべきであり、そのた

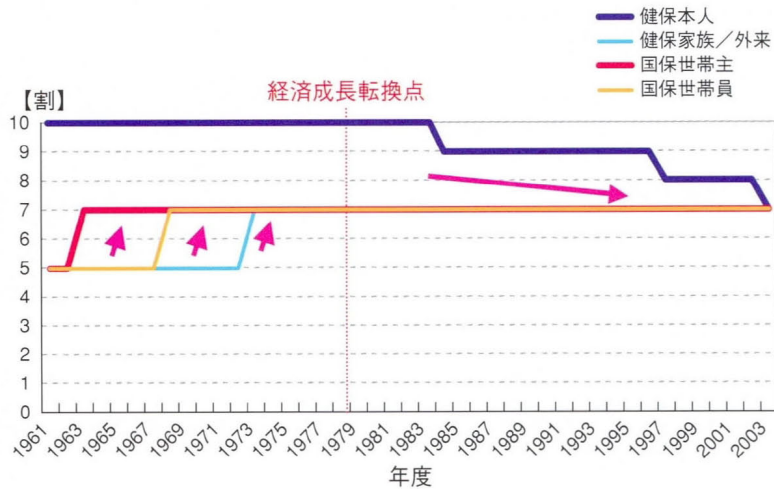


図5 制度別保険給付率の年次推移

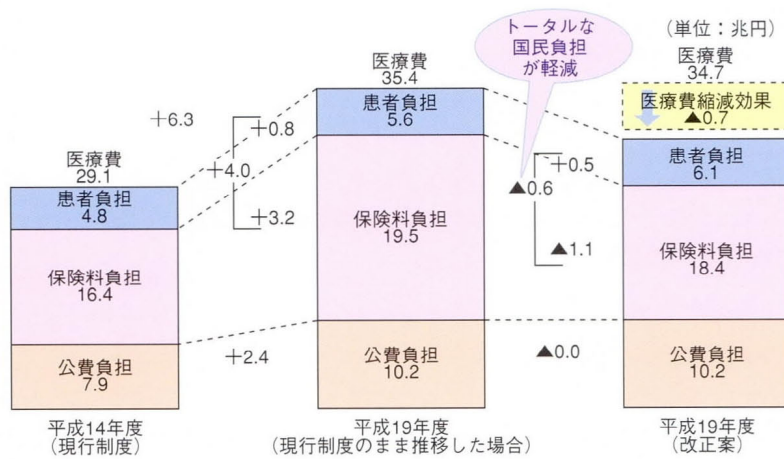


図6 平成14年(2002年)度に診療報酬実質マイナス改定を行なうにあたっての厚生労働省の説明

出典：厚生労働省保険局総務課「医療制度改革について」

めには医療保険制度の分かり易い説明が不可欠、且つまた、そのような説明の機会を数多く設けるべきだということを主張してきた。

そのような経緯もあって、診療報酬実質マイナス改定を進めるにあたって小冊子を作って一般に説明がなされるようになったことは望ましいと考えている。もっとも、政策側の説明努力にはまだまだ改善の余地が残されている。

たとえば、この小冊子の説明図(図6)によると、2002年4月のマイナス改定がなかったとすれば5年後の2007年において35.4兆円と見込まれる国民医療費が、この改定を行うことによって国民医療費を7,000億円縮減することができるとの見込みが書かれている<sup>3)</sup>。し

かし、その中身を見ると、19.5兆円の保険料負担になると予想されることを改定によって1.1兆円減らした18.4兆円になると見込む一方で、患者窓口負担については4.8兆円から5.6兆円になるところを改革によって実に5,000億円増やして6.1兆円を見込むとのことである。そして重要なことは、このマイナス改定を実施したとしても、5年後にはやはり絶対額自体は29.1兆円から34.7兆円に増えると予想していることである。つまり、国民医療費の絶対額は今後とも増え続けるということも、この小冊子では示している。このときには説明が分かり難かったのか、国民からの反発や反論を招くことなく事が進んだ。しかし国民は、2003年度の年金改革論議で、先行きの見通しがきかない中で負担

増が続くとの印象を強く持ったものとみられる。そのため、続く介護保険、医療保険の制度改革では、政府の制度経営努力の説明がより一層求められることとなる。

### 国民の医療保険資金を考える

先に説明したようにわが国で国民医療費と呼んでいるものは、要するに国民皆保険制度を管理するための統計のことである。そして、現状では公費負担、つまり税金からの注入が3割近くもある。分かり易く言うと、保険料と患者自己負担だけでは現在消費している保険医療サービスの7割程度しか賄えず、残りの3割が不足しているために税金で埋めている、それがわが国医療の国民皆保険の財政事情である。もっとも、最初からこれほど多くの割合を税金で補填していたわけではなく、高度成長期で国の歳入が潤っていたときに政治的判断が繰り返された結果としてここに至ったわけである（図7）。

オイルショック以降の経済成長の鈍化もたいへんな試練であったが、1990年末のバブル経済の破綻以降、現在に至るまで日本の経済はさらなる深刻な低迷を繰り返している。そして不況となると、企業などの法人そして個人の所得は伸びない。このことは何を意味するのだろうか。

わが国の医療費財源の出処は、加入者保険料と患者自己負担分および公費負担分である。いわゆる「保険」の仕組みであれば、保険料はリスクに応じて算定され、徴収される。ところが、米国を除くほとんどの先進国

の医療保険制度では社会保険方式を採用している。これは強制保険であるため、加入者の支払い能力を考慮した保険料を徴収している。そして、わが国では所得に比例した保険料を国民から徴収しており、そのため先にも述べたとおり、長引く不況の下で個人の所得が伸びなくなると、当然保険料徴収額も伸びないことになる。

また、患者の自己負担は可処分所得に関係する。可処分所得とは、給料から税金や社会保障料あるいは家のローンなどといった決まって出る金銭を払って手元に残る金、つまり自由に使える金のことだが、この可処分所得も経済の停滞で個人の所得が伸びなくなれば、当然これも伸びない。そして、公費負担部分、つまり税収で補填される分であるが、税も原則、法人や個人の所得に対して比例するような形で集められているので、経済の停滞や不況が続くと、やはりこれも頭打ちになる。

そのようなわけで、現在のわが国国民医療費の資金そのものが頭打ち状態だといえる。しかし、頭打ち状態とはいえ、途方もない金額である。

### 医療費支出の国家間比較

対 GDP の比率で見ればわが国の医療費はたいへん低いという見方がある。たとえば、1997年のデータで見ると、図8のように OECD 加盟29ヶ国中、日本の対 GDP 比は20番目である。ただし、同じデータを実額で見ると2番目、国民1人当りで見ると7番目となる。海外にも足を運んだ事のある人たちにとっては、はた

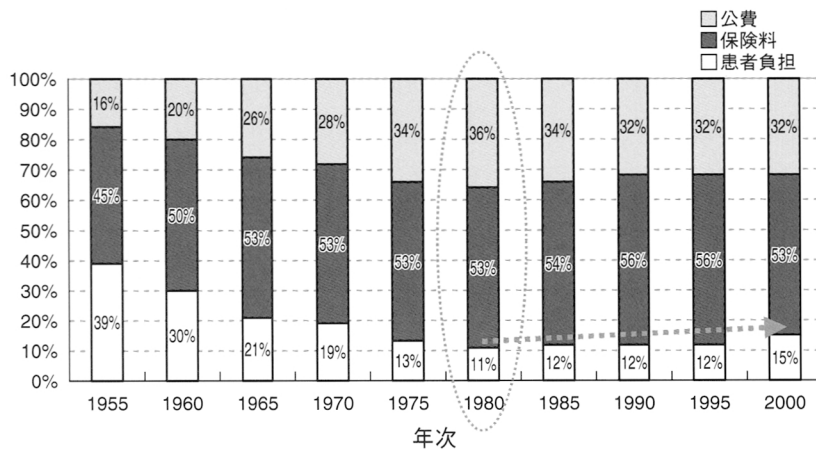


図7 財源別国民医療費割合の年次推移

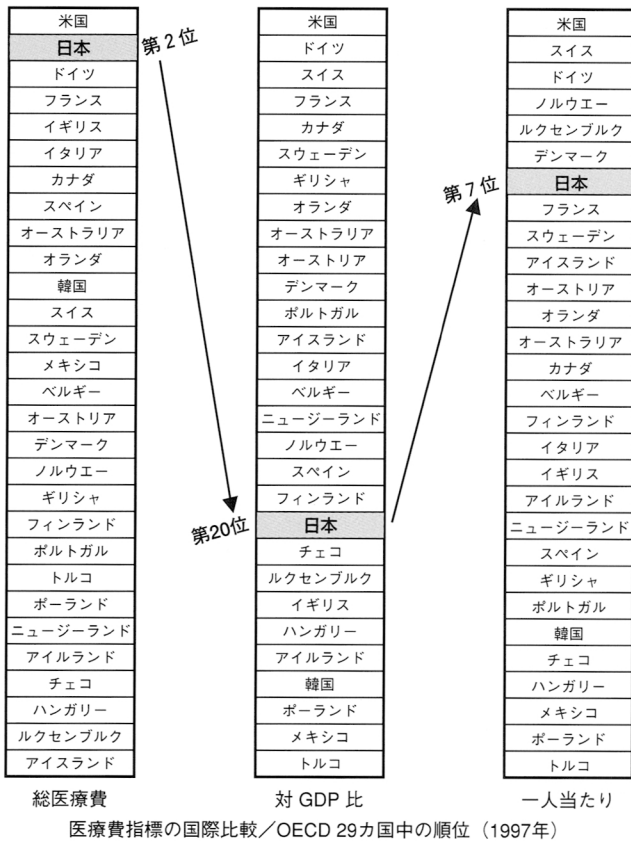


図8 医療費支出の国際比較

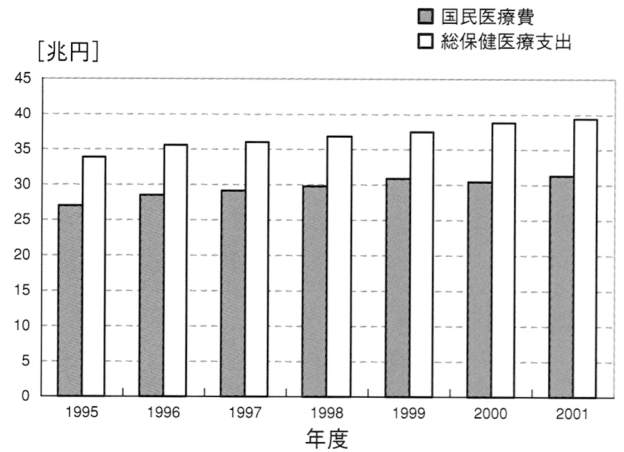


図9 OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計値と国民医療費の比較

(2004年, 医療経済研究機構)

29ヶ国の総保健医療支出データがまだ揃わないため、現在のところ比較できないが、米国については従来から提出しているデータの集計項目はほぼこれに近い。しかし、米国の国民医療費はSHAで集計する項目のほかに「医学研究費」も含まれている。その額は2001年度で328億ドル（約3.5兆円）にも上る。

わが国の場合にはSHA手法に基づく2001年度の総保健医療支出は約39.5兆円となっており、国民の医療サービス消費という観点では、個別的保健医療支出である36.2兆円が金額規模の目安となろう。この額は、わが国基幹産業である自動車産業（部品業を含む）の規模が45～6兆円程度と推計されることと比較しても、かなりの巨額であることがわかる。

### 医療改革なるもの

近年、世界の国々で医療改革（health reform）が重要な課題となっている。その中身を一言でいえば、いずれの国でも増え続ける医療保障のための財政をいかに管理するかの議論である。もっとも、税金であれ、保険料であれ、それらをプールした国民の医療資金をどのように管理するかが問題であり、本質は現物給付方式の医療保険事業の経営論議でもある。

じつのところ、現物給付方式の医療保険なるものの事業管理はいろいろな点で複雑であり、わが国に限らず、世界的にも研究が遅れている。そのようなこともあって、わが国の医療皆保険制度でも運営にあたって海外の状況を盛んに観察し続けているが、解は見つかっていない。そのような中、医療内容については医療

していずれのランキングがわが国国民の医療費支出の実感に近いものであろうか。

じつはOECD加盟各国が提出してくる国民の総医療費支出については、集計項目が統一されていないことが以前から問題になっていた。そこで、各国の医療費支出なるものの集計項目を揃えるための研究が行なわれ、2000年になってようやくOECDは国民保健計算（NHA/National Health Accounts）の国際基準としてSHA（A System of Health Accounts）を発表し、加盟各国にこれに準拠したデータの提出を呼びかけている<sup>4)</sup>。

2004年夏現在、まだSHAに基づく各国の総保健医療支出（Total Expenditure on Health）のデータが揃ったとは聞かない。しかし、わが国の場合には2000年度から医療経済研究機構において過去に遡ったわが国総保健医療支出の算定に着手し、その結果を発表している。それによると、図9のように、従来の国民医療費よりも25%近く大きくなる。なお、参考までにSHAという総保健医療支出の算定構造に従って、医療経済研究機構が行ったわが国の推計値を図10に転載する<sup>5)</sup>。

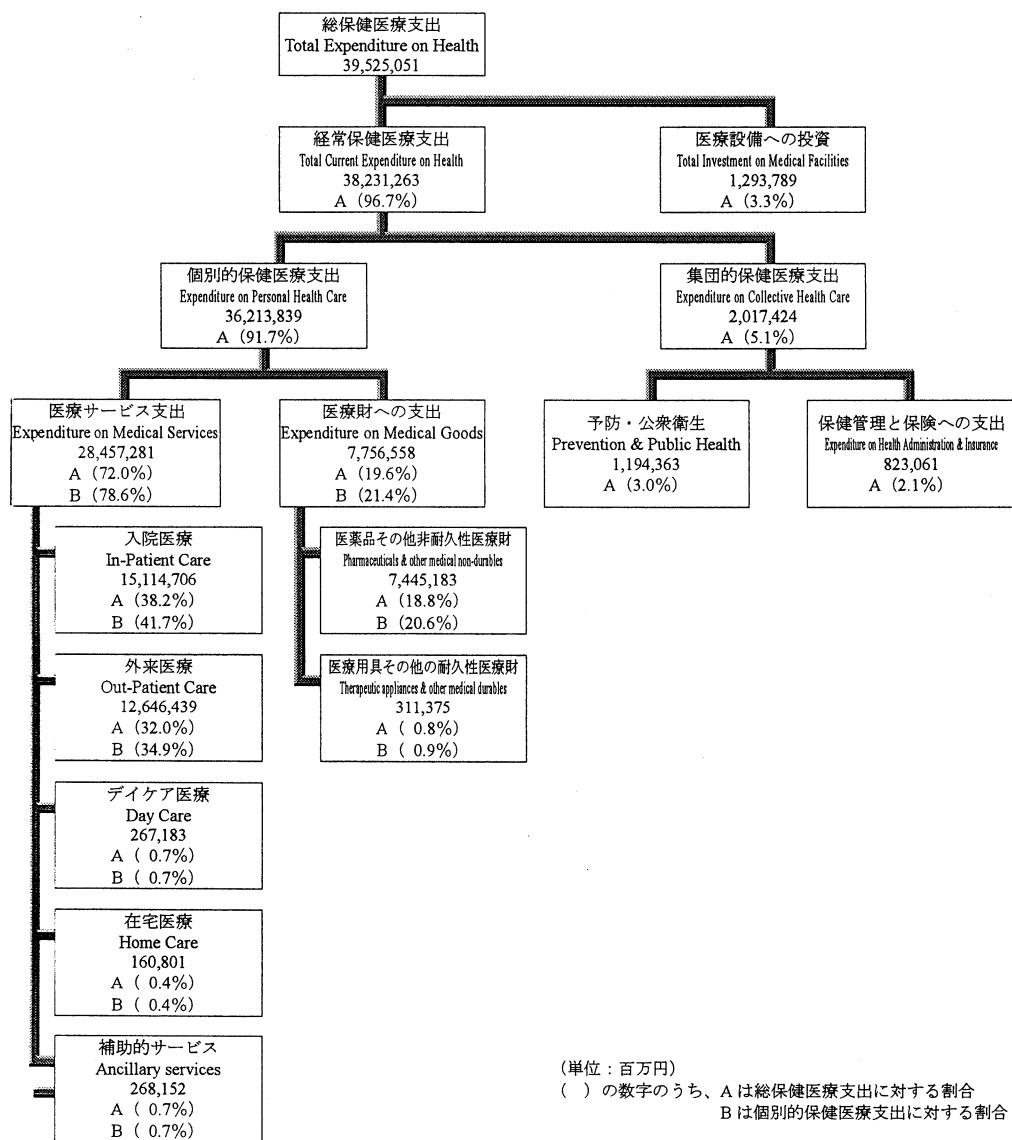


図10 保健医療支出の構造と推計値 (2001年度)

出典：宮澤健一ほか「OECD に SHA 手法に基づく保健医療支出推計」医療経済研究機構 (2004)

専門家によるピアレビュー，つまり相互監査の重要性が取り上げられるようになったが，これは「医療」の管理については有効だと考えられるものの，「医療保険」の管理については不十分だと思われる。すなわち，保険＝金融（ファイナンス）の専門家によるピアレビューが欠けているからである。

経済学では，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，サービスを管理しようとする。近年では，社会的共通資本なるものについても管理しよ

うと考えるようになっている。社会的共通資本というのは，具体的には土地，大気，海岸，河川，森，水，土壌といった自然環境や，社会的インフラストラクチャーである公共交通機関，上下水道，電気，ガス，水道，道路，通信施設など，そしてさらには，教育や医療といった制度資本も範疇に入れる。

米国で長らく研究した経済学者の宇沢弘文は，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，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主張する。



宇沢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得たものと思われる。他方で、古い国である日本などアジア・ヨーロッパ諸国では、指摘のような制度資本の管理の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しまって、ピアレビューを経済的な視点から語られることが少ないのではないかと思う。

### 医療と資金のバランス管理の研究へ

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、あるいは社会保険といった強制保険方式を採るならば管理を一任される政府は国民に説明責任を果たさねばならないといった議論がある。そのような問題意識を念頭において、著者らはこの3年間に渡り「国民皆保険制度の戦略的運営の研究」を進めてきた<sup>6)</sup>。

これまでに説明したわが国医療保険財政の状況を考えると、強制的な保険料徴収に加えて、税を通じても拠出させられる国民の医療保険資金にやがて限界が来るのは自明の理である。このような場合にはむしろ(けっして小さくはない)国民の医療保険資金の集め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その考えをその中で取りまとめた。

この考えに至る経緯では、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捉え、そこにおける医療給付のための保険資金管理の在り方を考察し、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、最後にその概念を念頭に置いた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管理体制の在り方を考えるという3つのステップに分けて論考を進めた。こうして得たわが国医療保険制度改革のキーワードは「疾病別医療資金管理」というものである。ここでは紙面の都合で概略だけを紹介する。

医療とそのための資金のバランス管理では、単に疾病別給付条件管理に留まらず、さらに検討すべき課題を含んでいる。たとえば給付条件の検討軸と考えられる保険加入者患者のアクセス条件や保険医療機関への支払い条件に関して、じつは二種類の異なる性質の管理があることが指摘できる。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2つがあり、それぞれでマネジメントの方法が違う。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になる。これらの検討から、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ことが指摘できる。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急がれることが指摘できる。このように「医療とそのための資金のバランス管理」の研究課題は多岐に渡り、それらを整理する一つの試案として「疾病別医療資金管理」が浮かび上がった次第である<sup>7)</sup>。

### ポートフォリオモデルに基づく医療保険資金管理

「医療とそのための資金のバランス管理」の研究では、医療の保険事業はどのように管理されるべきなのか、国民の医療資金はどう管理されるべきなのか、医療資金と医療提供のバランスをどう扱うべきなのかといった医療資金管理の概念研究に始まり、具体的にわが国国民皆保険制度の場合について医療資金管理の考えを整理した。

ちなみに、収支の変動をリスクと捉えて、これを適切に数量化して資金投入の効率性を考えた資金の分散管理を行なうことで、一定の収支を保証しながらリスクの最小化を図ろうとするのがポートフォリオの理論である。

この発想に倣うと、収支均衡を目指す社会保険方式の医療保険制度の要諦は、歳入・歳出の変動要因を検討して医療費支出変化額、すなわち医療費資金の変動を管理することにあり、この変動をリスクと捉え、医療費資金の投入効率性を考えた管理ができないかというのが著者ら研究班の着眼点であった。ここでは、医療保険制度を保険者・被保険者・プロバイダ(わが国の

場合は政府・国民・医療機関)の3者間の経済リスク分担システムと規定し、このリスク管理の中核となるのがリスク計算とそのレベル管理であると考えた。ただし、拠出金など世代間再分配といった「保険事業」の外側の問題については、保険者の破綻を防ぐ術である「再保険」を国が引き受けることで、社会保険の責任体制は果たせるものと考えて、医療資金管理の問題についてのみ集中して論考を進めた。そして、医療資金管理では「ポートフォリオ的な管理の発想が有効」と考えて、次の3つの課題を示した。

- ・確率的管理と構造的管理の最適な組み合わせの検討
- ・確率的管理を可能とする情報処理インフラの検討
- ・加入者および保険医療機関との政治的交渉装置の在り方の検討

このうち確率的管理と構造的管理の組み合わせというのは前節に触れたとおりだが、それらの最適な組み合わせの検討はまだこれからの課題である。また、加入者および保険医療機関との政治的交渉装置については医療政治学(Health Politics)のアプローチが必要となるが、このたびの研究班では検討する時間がなく、これも次の課題として残っている。

#### 確率的管理を可能とする情報処理インフラの検討

医療保険事業のための確率的管理を可能とする情報処理インフラの構築については、従来から取り組まれていたが、別々に収集されたそれら統計も有機的には結びつけられることはなく、30兆円を超える巨額の支出を伴う医療保険事業の管理には不十分であった。著者らの研究班では、とりあえず入手可能な既存統計を用いたリスク計算を試みることで、リスク管理情報インフラの在り方を例示した。すなわち、経済リスク管理を行なうのに現行の統計調査では粗いが、たとえば患者調査で行なう調査項目と社会医療診療行為別報告で行なう調査項目とを統合するような調査が行なわれれば、疾病別に医療費支出の実態がもっと仔細に推計できることを示した。

このたびの推計では、外来診療で35歳以上の高血圧の再診患者の医療費が年間で約1.4兆円、つまり国民医療費の約5%を占めていることが判明した。別途に患者の行動調査が必要であろうが、これら患者についてはアクセス条件を変更して、原則、かかりつけ医制

度による給付方策が検討されてよいと考えられた。

また、入院診療では35~64歳の手術ナシで6ヶ月以上入院の統合性障害の患者が4,000億円強、そして75歳以上の脳梗塞の手術ナシ入院が5,000億円かかっていることも推計された<sup>8)</sup>。しかし、前者は福祉医療の範疇かもしれないし、後者は昨今議論される高齢者医療制度の範疇となろうか。いずれにしても、経済リスクの内容情報なしに、財政事情だけで制度改革を議論しては空回りする恐れがあるので、政府保険者は限られた国民医療資金の配分の優先順位を説明するためにも、リスク管理のための情報インフラの構築が不可欠であり、そのための体制作りも喫緊の課題であることを指摘したのが、このたびの研究であった。ちなみに、このような研究は医療制度の経済的運営、すなわち医療の制度経営の範疇である。

#### 医療制度経営論紹介の終わりに

著者が米国のマネジドケアを考察して得た最大の知見は、(大袈裟ではなく)人類にとって医療保険の事業経営の研究が全く遅れていることを思い知ったことである。そしてそれゆえに、巷で言われる「医療保険の公私二階建て論議」には懐疑的である。つまり、いくら払うと約束する現金給付の年金保険とは違い、原則治療するまでを約束する現物給付の医療保険の場合にはどこまでが「基礎部分」で、どこからが「上乗せ部分」かという線引きの根拠が示し難いからである。そのため、実験社会である米国で一昔前のマネジドケア保険会社HMOの中には自分達に都合良く解釈して給付の線引きをし、「基礎部分」を恣意的に小さくした。それが理由で被害を受けた患者達から訴えられ、HMOは医療保険の約定、つまり線引きの根拠作りにも真剣取り組むようになっていく。その一つが、経済リスク管理のための多大な情報システム投資である。

#### 文 献

- 1) 西田在賢:医療・福祉の経営学,薬事日報社,東京(2001) pp114-116.
- 2) 医療経済研究機構,財団法人医療経済・社会保険福祉協会:アメリカ医療関連データ集(2003年版),平成15年度社会保険診療報酬支払基金による委託事業(2004),pp40-45.
- 3) 厚生労働省保険局総務課:医療制度改革について(2001) pp4.
- 4) 医療経済研究機構,財団法人医療経済・社会保険福祉協

- 会：2001年度/ OECD の SHA 手法に基づく保健医療支出推計 (National Health Accounts), 平成15年度医療経済研究機構調査研究事業 (2004).
- 5) 医療経済研究機構, 財団法人医療経済・社会保険福祉協会: OECD の SHA 手法に基づく医療費推計及び国際比較に関する研究報告書, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金統計情報高度利用総合研究事業 (2003).
- 6) 西田在賢, 他: 国民皆保険制度の戦略的運営の研究報告書, 平成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 (2003) pp5-8, 95-180.
- 7) 西田在賢: 第8章 国民皆保険制度持続のための新たな管理体制. 新時代に生きる医療保険制度…持続への改革論, 薬事日報社, 東京 (2004).
- 8) 橋本英樹: 第5章 既存統計による保険ポートフォリオの作成. 新時代に生きる医療保険制度…持続への改革論, 薬事日報社, 東京 (2004).