

日本の医療保険改革と「管理された競争」

田 近 栄 治
菊 池 潤

I はじめに

人口の高齢化と低迷する経済のなかでわが国の医療保険財政の厳しさは増している。そうしたなかで、2002年には健康保険法が改正され、70歳以上の高齢者の1割負担、被用者本人の自己負担率の2割から3割への引上げ、および政府管掌健康保険（以下、政管健保）の保険料率の引上げなど一連の負担増が図られた。また、医療機関側では平均1.3%の診療報酬の引下げが行われた。そして、先送りされ続けてきた医療保険改革も動き出そうとしている。

これまで、日本医師会、健康保険組合（以下、組合健保）、（旧厚生省に置かれた）医療保険福祉審議会および全国町村会などから医療保険の改革案が提出され、厚生労働省はそうした改革案を四つにわけて、各案の論点整理と財政効果の検討を行っている（厚生労働省、2001）。その論点整理によれば、日本医師会は高齢者を独立した集団として、その財政を主として公費でまかなう「独立保険方式」、組合健保は、その被保険者を退職後も被用者保険全体で支える「突き抜け方式」、医療保険福祉審議会は、改革の一案として、現行の保険制度を前提として、保険者間の「年齢リスク構造調整方式」を行うこと、全国市町村会は、すべての医療保険の「一本化方式」を主張している。

このようにさまざまな改革案が出されているが、ここでの争点は、今後増大する高齢者医療費をこれまでの老人保健制度への拠出金に代わって、どのようにして負担しあうかである。しかし、わが

国の医療保険がかかえている本質的問題とは何かを正面から論じないまま、保険者や政府の間で負担調整を行っても、問題の解決にはならない。この論文の目的は、こうした改革提案に代わって、日本の医療保険の本質的な問題とは何かを示し、その解決を個人の自由な保険者選択と保険者機能の強化による「管理された競争」を通じて目指すことである。

日本の医療保険の何が問題か。この点に関するわれわれの考えは、以下のものである。第1に診療報酬の支払いの面では、老人慢性疾患の検査・投薬などを除いてほとんどの診療報酬費が出来高（事後）払いとなっており、その結果社会的入院など医師誘発需要が生じ、医療費の増大を招いている¹⁾。その一方で負担軽減のために膨大な公費が投入されている。第2に、個人が自由に保険者を選択できず、消費者による保険者の選別がなされていない。第3に、保険者も診療報酬明細書（レセプト）を直接審査できず、また医療機関と直接契約を結べないなど、被保険者の代理人としての機能が大きく制約されている。第4に、株式会社の病院経営が認められていないなど、医療市場への参入規制が厳しく、開業医、社会福祉法人や医療法人などこれまでの医療サービス供給者が手厚く保護されている²⁾。

以上の認識のもとにわれわれは、日本の医療保険改革の根幹は、個人が医療プランなどを手がかかりに自由に保険者を選択できること、および、各保険者のリスク（加入者の疾病にともなうコスト）を調整した上で、国民皆保険を前提として、保険者間の競争を促すことであると考えよう。

した考え方は、Enthoven (1991)、Van De Ven (1990) や Van De Ven and Ellis (2000) らの主張している「管理された競争」に負っているが、それを日本にどのように適用したらよいか考えたい。

論文の構成は次の通りである。IIでは、公費負担に注目して、政管健保、組合健保、共済、国民健康保険（以下、国保）、老人保健の財政を明らかにする。IIIでは、「管理された競争」の考え方を示す。IVでは、現在ある保険者を前提として、日本における「管理された競争」の導入について検討する。「管理された競争」では、個人の保険者選択を通じて、保険者の淘汰が進むことが改革のポイントの一つであるが、ここでは既存の保険者を前提に、改革の会計的な側面にしぼった説明を行う。Vは、本稿の要約と結論であり、あわせて「管理された競争」の適用にあたって今後考慮すべき諸点について述べる。

II 公費負担を含めた保険者財政

1 収入源の一つとしての公費

交通事故であれ、病気、死亡あるいは長生きし所得が枯渇するリスクであれ、保険は予想される費用を被保険者が全員で負担しあう仕組みである。日本では、年金であれ、医療保険であれ、その大きな部分は公的保険として運用されてきた。しかし、給付と負担の間のバランスは図られることなく、保険数的にみれば、多くの給付を少ない負担で支払ってきた。

それを可能にしてきたのは、さまざまな制度の間の財政調整と国や地方団体からの補助金、すなわち公費であった。医療保険も例外ではない。ここでは、老人医療への拠出金と、老人医療だけではなく国保や政管健保の医療給付に対するさまざまな公費負担によって制度が支えられてきた。このうち、拠出金は、出し手である被用者保険の財政を逼迫させ、政管健保の赤字、積立金の取り崩しが生じ、組合健保では、組合の解散が続いている。もはや、これ以上の拠出金負担は、被用者保険の存続を危うくしている。また、拠出金は、保険者の自らの収入からの支払いなので、その負担

感は、その会計を通じて直接伝わってくる。

これに対して、公費負担のほとんどは国からの補助金であるため、保険者にとっても負担感が直接には感じられない。実際は、将来世代までを含めれば、税を通じて何らかの形でその負担は避けることはできないとしても、保険者財政の破綻に直接つながる拠出金と比べれば、負担感は少ない。また、医療保険の担当官庁である厚生労働省としても、公費は外からくる「収入」であり、公費が大きくなれば、その分患者をはじめ他の負担を抑えることができる。

そうしたなかで、財政が厳しくなれば公費負担が増える。この論文の冒頭に述べた2002年の医療保険改正でも公費負担が重要な論点となり、社会保障審議会・医療保険部会において厚生労働省の担当者から次のような発言がなされている。「私どもとしては、例えば（老人医療の対象）年齢を引き上げ、公費負担も2分の1にするという案を出し、かなり大幅な制度の改正ではないかと思っています。その結果、……将来の姿としては、公費負担も現在の公費負担の姿よりもかなり大きくなりますし、患者負担の方は、今の患者負担の比率にとどまりますし、何よりも政府管掌保険の保険料にしても2025年で、総報酬にして10%を切る9.8%という数字を御紹介したことがあると思いますが、そういったことで、2025年まで政管を例に取っても、負担の面でもサステナブルな改革ではないかということで提案をさせていただいているところでございます。」（第4回議事録、2001年10月31日、引用中の括弧内筆者挿入³⁾）

このように、医療保険の政府の担当者にとっても、公費は患者の自己負担や保険料と並んだ収入の一つで、それをだれが、いつ払うかという視点は欠如している。しかし、高齢化が進展し、医療費が増大するなかで、公費負担を無視し続けることはできない。今後、どのような医療保険制度によって負担をまかなうにせよ、われわれが第一に明らかにすべきことは、各保険者の公費負担を明確にした上で、これまでの医療保険の給付と負担の関係を示すことである。

2 現行制度下の保険者財政

田近・菊池(2001)において、保険者財政の現状とその将来推計について論じた。この論文では、年齢階級別医療費をもとに、1998年を開始年として高齢化にともなう国保、政管健保、組合健保、共済および老人保健制度(以下、老健)の財政を推計した。推計に当たって用いた資料・統計については、この論文に譲り、ここでは上に述べた、これまで公費負担によって不透明になっていた各保険者財政の実態を明らかにする。以下では、上記論文の基準年となった1998年度を対象として検討を進める。

保険者財政を考える場合、老健をどのように扱うかという問題がある。老健自身は高齢者医療を管理する会計で、それ自身は国保(市町村)の中に入っており、保険料を徴収したり、そこから支払いを行うといった保険者ではない。しかし、その実態は国保に属する70歳以上の高齢者の医療保険であるので、ここでは老健に属する人々の保険料や医療費を国保とは別立てて推計し、独立し

た一つの保険者として扱った。

なお、被用者本人の退職にともなって、本人およびその家族は国保加入者となり、退職者医療制度の適用を受けることになる。しかし、退職者とその家族の医療給付費は、退職者が属していた保険からの拠出金によってまかなわれているので、ここでは、退職者およびその家族は、退職者が所属していた保険に帰属させた。具体的には、50歳から54歳の被用者保険の加入者比率を用いて、退職者医療適用者を各保険に配分した。

結果は表1に示した。政管健保の財政から始める。1998年度において、保険料と(患者)自己負担によって7.29兆円の収入があった。それに対して、政管健保自身の医療費は5.72兆円であったので、収支は1.58兆円の余剰であった。しかし、そこから老健への拠出金が1.89兆円なされる一方、給付費に対して公費から0.5兆円の補助があったので、拠出金と公費を合わせた純移転額である1.38兆円を控除すると、収支は1,940億円の余剰であった。これが、保険者として政管健

表1 現行制度下の保険者別財政(1)―1998年度―
(老健を保険者として考えたケース)

(単位:10億円)

		政管	組合	共済	国保	老健	合計
収入	保険料	6,116	6,014	1,729	2,418	751	17,028
	自己負担	1,178	920	306	978	804	4,186
収入合計(A)		7,294	6,934	2,035	3,396	1,555	21,214
支出(B)	医療費	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
保険収支(収入-支出)(C=A-B)		1,576	2,572	607	-2,060	-9,618	-6,923
保険者間移転	老健純拠出金	-1,888	-1,962	-633	-1,203	5,686	0
国からの受取額	公費補助(給付費)	506	—	—	2,239	3,111	5,856
	公費補助(拠出金)	—	—	—	—	1,573	1,573
移転額合計(D)		-1,382	-1,962	-633	1,037	10,369	7,429
保険者による公費負担を考慮しない場合の総合収支(C+D)		194	610	-26	-1,023	751	506
公費負担(人数割)(E)		-2,228	-1,990	-620	-1,789	-802	-7,429
保険者による公費負担を考えた場合の総合収支1(C+D+E)		-2,035	-1,380	-645	-2,812	-51	-6,923
公費負担(所得割)(E')		-2,587	-2,612	-751	-1,136	-342	-7,429
保険者による公費負担を考えた場合の総合収支2(C+D+E')		-2,393	-2,002	-777	-2,159	409	-6,923

出所) 筆者計算。

保の管理する会計である。政管健保にとって老健拠出金がいかに大きいかかわかる。

ここまでの公費の負担を考えず、公費は外から入ってくる収入とした場合の収支である。政管健保と同様にして、その他の保険者についてここまでの収支をみる。組合健保では、6.93兆円の収入に対して、4.36兆円の医療費がかかり、2.57兆円の余剰であったが、老健拠出金が1.96兆円に達していたため、総合収支は6,100億円の余剰となった。共済の場合には、それ自身の収支は6,070億円の余剰であったが、老健拠出金によって260億円の赤字となっている。

被用者保険に対して、国保では単独の収支が2.06兆円もの赤字となっているが、老健拠出金を上回る公費の給付があったために、総合収支では赤字は縮小して、1.02兆円となった。老健は、単独ではほとんど使うだけの保険であり、9.62兆円の赤字であったが、他の保険者からの拠出金と公費の給付によって、総合収支は7,510億円の余剰であった。

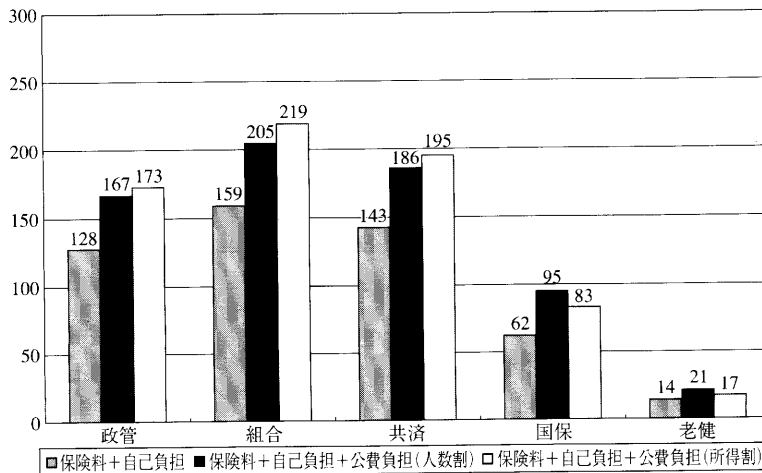
以上が、老健を保険者として考え、公費を収入とした場合の各保険者の収支である。全体をみると、保険料と自己負担で21.21兆円の収入があり、それに対して28.14兆円の医療費がかかったため、

赤字は6.92兆円にも及んだ。しかし、それを上回る7.43兆円の公費が投入されたために、全体の収支は5,060億円の黒字となった。この7兆円を超す公費が、各保険者の会計では、収入となっていることを考えると、日本の医療保険の給付(医療費)と負担の関係がいかに歪んでとらえられているかがわかる。

そこで、公費負担を各保険者に帰属させ、給付と負担の関係を明らかにした。各保険者の公費負担として、ここでは保険者の人数(本人と家族)と所得による二つの按分を考えた。人数割の場合、政管健保は2.23兆円の負担を行うので、収支はさらに悪化して、2.04兆円の赤字となる。かりに、公費負担が消費税のように保険加入者数にしたがってなされるとすると、政管健保は、7.29兆円の負担の上に、さらに2.23兆円の負担を行っていることになる。

同様に、組合健保と共済でもそれぞれ、さらに1.99兆円および6,200億円の負担が必要となる。人数割りの場合、国保や老健の公費負担も大きく、国保では1.79兆円となる。結果的には、老健を含むすべての保険で赤字となる。

公費負担を所得で按分した場合の結果は、表1の最下段に示した。この場合は、被用者保険の負



注) 医療費を100としたときの、保険料、自己負担および公費負担の割合。

図1 保険者別にみた医療費に対する負担の割合 (老健を保険者と考えたケース)

担はさらに大きくなり、その分国保と老健の負担は下がる。とくに所得の高い組合健保の負担が大きく増加することがわかる。

このように、消費税にせよ、所得税にせよ何らかの形で支払わなければならない公費負担を各保険者に帰属させると、医療費と負担の関係が明確となる。図1は、この点をさらに明らかにするために、医療費を100として、各保険者が負担した保険料、自己負担および公費負担を示したものである。公費として、人数割と所得割を用いた。組合健保の医療費の2倍を超える負担から、老健の10%から20%程度の負担まで、同じ保険であっても、給付と負担には大きな格差があることがわかる。

しかし、保険者間の給付と負担の格差だけが重要なのではない。国民皆保険を前提とした公的医療保険である以上、所得レベルの違いによって給付と負担の比率にある程度の格差が生じるのは当然である。しかし、大切なことは、公費を収入だとして給付と負担の関係をとらえていたのでは、医療保険の実態を大きく見誤るということである。組合健保であれば、公費を収入として考えた場合、給付に対する負担の比率は1.59であるが、公費の負担を考えに入れると、この比率は2倍を超える。このように、公費で不透明になった負担感を改め、実際の負担に基づいて改革を探ることが重要なのである。

Ⅲ 「管理された競争」のねらいと仕組み

1 「管理された競争」は何を目指しているのか

日本の医療保険の特徴は、診療報酬のほとんどが出来高払いとなっていること、およびその負担にあたって膨大な公費が投入されていて、負担と給付の関係が被保険者にも、保険者にも正しく伝わっていないことを指摘した。そして、公費負担の実態を検討した。この節では、日本の医療保険の抜本的な改革の視点として、「管理された競争」のねらいについて述べ、それを実際の制度として実施するための仕組みを示す。次節Ⅳでは、Ⅱで検討した保険者財政をもとに、日本における「管

理された競争」の導入を考える。

医療保険における「管理された競争」のもっとも基礎となる考え方は、価格やサービス供給量の規制によって医療費をコントロールするのではなく、個人の自由な保険者選択によって保険者の競争を促し、効率的なサービス供給を達成することである。「管理された競争」の提唱者の一人である Enthoven (1991) は、こうした改革を「消費者選択による医療保険 (Consumer Choice Health Plan)」とよんでいる。また、「管理された競争」による改革のより現実的な検討は、Van De Ven (1990) が1987年にオランダで提案された改革案 (Dekker Plan) に基づいて行っている。Van De Ven and Ellis (2000) は、「管理された競争」のその後の展開について詳細な検討を行っている。

このようにすぐれた先行研究があるので、ここでは「管理された競争」の考え方については論点を絞り、そこで示されたアイデアを制度化するための具体的な方法の検討に力点をおく。まず、「管理された競争」では、皆保険 (open enrollment) の原則、すなわち、保険への加入を求め人々は拒まれることはないという原則が適用される。第2に、出来高による、保険者から医療機関への事後的な支払いに代わって、保険者にはその加入者のリスクを反映した包括的な医療費が事前的に保証される。保険者財政にとって、このもっとも基本となる医療費を「リスク調整医療費 (Risk-Adjusted Payment, 以下RAP)」とよぶ。第3に、個人は保険者を自由に選択できる。第4に、保険者は被保険者の要望に応えつつ、もっとも効率的なサービスを提供するために、個別医療機関や医師と直接的な契約を結ぶことができる。

以上が「管理された競争」の骨格であるが、その本質は診療報酬の事後的・出来高払いをやめ、RAPに基づく事前的・包括的な支払いを行うことである。RAPを超えた医療費は、被保険者の負担となること、一方個人は自由に保険者を選択するので、保険者はRAPの予算の範囲でできる限り効率的なサービスを提供しようとする。これが「管理された競争」のねらいであるが、その成

功の鍵は、さまざまなリスクがあるなかで RAP をどれほど適切に推計することができるかである。もし、保険者にとって危険度の高い人々に対する RAP が過小であれば、保険者はそうした人々の加入を認めたがらないであろう。皆保険が原則であっても、待ち時間を長くされたり、サービスの質を意図的に下げられたりすることによって、実質的にこのような人々は望んだ保険から排除される可能性がある。すなわち、リスク・セレクション（保険者による被保険者の選別）が起きる可能性がある。

実際、RAP をどのように推計するかが、オランダやドイツなど「管理された競争」に基づく改革を始めた国々で大きな問題となっている。個人の年齢、性別以外に、居住地や所得などを RAP の説明変数としているが、これらでは説明のつかない医療コストがあり、リスク・セレクションが生じている。これは、RAP の推計を改良することによって解決できる問題なのか、RAP に基づく包括払いと並行して、保険者負担を軽減する何らかの追加的な対策が必要となるかなど、今後の課題は残されている⁵⁾。この問題と関係するが、ドイツでは保険者の選択が進み、地域型保険者から企業型保険者への移動が生じている（健康保険組合連合会、2001 および GreB et al., 2001）。

2 「管理された競争」を制度化する二つの会計方法

このように「管理された競争」には重大な課題も残されているが、以下では RAP が適切に推計され、保険者に示されていることを前提として、「管理された競争」の制度化について検討する。以下では表 2 にしたがって説明を行う。ここでは、1 国内に二つの保険者 A と B が存在するとして、保険者 A の加入者数、総所得、実際にかかった医療費および RAP（リスク調整医療費）をそれぞれ、 P_A 、 I_A 、 C_A および R_A とする。同様に保険者 B の加入者数などは、表に示された通りであるとする。

この二つの保険者を対象にして、「管理された競争」の会計的な仕組みを考える。各保険者に保

表 2 保険者の基礎データ

	保険者 A	保険者 B
加入者数	P_A	P_B
所得	I_A	I_B
医療費	C_A	C_B
RAP（リスク調整医療費）	R_A	R_B

証する RAP をまかなう保険料を国が一元的に徴収するのか、各保険者が徴収するのかによって、二つの方式が考えられる。すなわち、垂直的調整と、水平的調整である。実際、オランダは垂直的、ドイツは水平的な調整によって、保険者への RAP の支払いを行っている。以下では、垂直的調整と水平的調整それぞれについて検討する。（オランダについては、大森、1998、OECD、2000 および Ministry of Health, Welfare and Sport of the Netherlands, 2001、ドイツについては、European Observatory on Health Care System, 2000、および健康保険組合連合会・社会保障研究室、2001などを参考とした。）

まず、垂直的調整による会計を考える。国は RAP を保険者に支払うために必要な保険料を徴収する。保険料を所得比例であるとする、保険料率は、 $s = (R_A + R_B) / (I_A + I_B)$ となる。これによって、国は保険者 A と B に支払う RAP を確保する（実質的には、所得税への上乗せとなる）。保険者 A は、国からその RAP である R_A を受取る。その後、保険者は上に述べたように、その被保険者を満足させつつ、効率的なサービスを提供するように努力するが、結果的にかかる費用は、国から事前に交付を受けた RAP と等しくなるとは限らない。この費用を C_A とすると、保険者 A は、実際にかかった費用と国からの受取った RAP の差額分、すなわち、 $C_A - R_A$ を被保険者から独自に徴収する⁶⁾。以上から、保険者 A に加入する人々が負担する医療費総額は、 $C_A + sI_A - R_A$ となる。

この垂直的調整方式では、人々が払う保険料は加入している保険者を通らず、直接国に支払われる。したがって、上に示したように、保険者 A に加入する人々の実質的な負担額は、 $C_A + sI_A -$

R_A であっても、保険者の会計的な責任は、実際にかかった医療費 C_A とRAPの差額の調達だけである。もし、医療費を十分小さくすれば、理論的には保険者Aは、RAPを受取って、余剰を生み出すこともできる。なお、以上はヨーロッパ諸国のいわゆる連帯を前提にして、保険料を個人のリスクから独立させ、所得比例としているが、保険料の一部に均等割り(= $(R_A+R_B)/(P_A+P_B)$)を導入したり、被保険者に自己負担(co-payment)を課すことも考えられる。

次に、RAPの水平的調整を考える。この場合は、保険料はRAPの部分を含めて、すべて各保険者が徴収する。そして、ドイツの制度で用いられている言葉を使えば、国全体で必要となるRAPは、保険者の財政力に従って徴収される。

具体的には、国全体のRAPである R_A+R_B を徴収するにあたって、まず保険者Aの財政力を求める。財政力は、RAP総額を保険者の所得で按分したもので、保険者Aの財政力は、

$$\frac{R_A+R_B}{I_A+I_B} I_A$$

となる。垂直的調整の場合の記号を使えば、これは sI_A であり、保険者Aの加入者が国に直接払う保険料と等しい。

次に、保険者AのRAPと財政力が比較され、もし財政力が小さく、RAPをまかなえないのであれば、その不足分は他の保険者から移転される。すなわち、もし、 R_A-sI_A がプラスであれば、保険者Aは交付金を受け、マイナスであれば、他の保険者に所得移転を行う。一方、実際にかかった医療費は C_A なので、保険者Aは、上記の交付金受取額(あるいは移転額)を合わせた合計額、 $C_A+sI_A-R_A$ をその加入者から徴収する。

このように垂直的調整にせよ、水平的調整にせよ、各保険者の負担は同一である。しかし、会計的に同一であっても、二面においてこの二つの調整方式には差異が生じる。第1に水平的調整では、保険料は保険者段階における1回限りの徴収であり、保険者が課す保険料率は、実際にかかった費用がRAPより大きい場合には、垂直的調整の場合よりも高くなる。垂直的調整の場合、RAP分

の負担は所得税の上乗せであったことと比較すると、水平的調整の場合の負担は、保険加入者にはより直接的に響く。この分、水平的調整の方が、保険者も個人も保険料率に敏感に反応すると思われる。

第2に、垂直的調整であれば、保険者は実際にかかった医療費とRAPを直接比較して保険料率を決めるのに対して、水平的調整では、実際にかかった医療費にプラスであれ、マイナスであれ、他の保険者との間の所得移転額を加えて保険料率を決める。「管理された競争」が目指すのは、RAPをつねに参照しつつ実際にかかった費用をコントロールすることであることを考えると、この場合には垂直的調整の場合の方が、保険者行動をより合理的にさせると思われる。

このように「管理された競争」を実際の制度として運用する上で、垂直的調整と水平的調整の二つの会計方法があり、これらは会計的には同一であっても、個人や保険者の行動には異なった効果を持つと思われる。両者の差異は、IIで論じた公費負担と似ていて、垂直的調整の場合に国に支払う保険料が、所得税と合体されるため、医療保険の負担としての認識が希薄になることから生じる。もし、これに加えて、RAPと実際の医療費の間に大きな格差が生じない場合には、垂直的調整方式における個人の保険者選択の誘因は減少する。しかし、現実には、保険者の努力によって実際の医療費は大きく異なるかもしれず、また、実際にかかった費用であれ、RAPであれ、医療費の一部を個人負担とすることによって、保険者のよりよいサービスに向けた努力も個人の保険者選択も誘発されるであろう。したがって、二つの会計方式に優劣をつけることは一般的には困難であり、各国それぞれの制度上の慣行や制約の上でいずれかを選択するべきである。

IV 日本における「管理された競争」の導入

以上、「管理された競争」を制度化する観点から、その会計的な仕組みに重点をおいて検討を行った。「管理された競争」による医療保険改革の

重要な目的の一つは、保険者選択の自由化とそれを契機とした保険者競争であるが、日本では、政管健保は国を保険者とし、3,800万人の加入者からなる巨大な組織であり、一方、国保は3,000以上の市町村を保険者とする加入者人口1,000人以下から100万人以上にも及ぶさまざまな規模の団体からなっている。

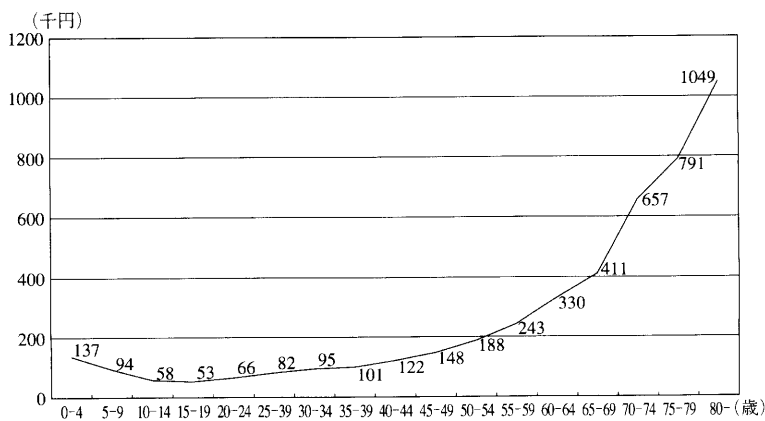
したがって、現行の保険者を前提として、保険者選択を通じてさまざまな個人の求める医療サービスの供給を実現していくことは不可能である。そこで、日本における医療保険改革の第1歩は、地域型であれ、職域型であれ、人々の選択が可能になる保険者体制を整えることから始めなくてはならない。国保であれば、加入者規模が少なくとも数十万人規模以上になるような保険者の再編が必要であり、政管健保では、国鉄のJRへの民営化時のように、全国をいくつかのブロックにわけなくてはならないであろう。いずれにおいても、都道府県への対応にこだわることなく、保険者として効率的な地域や規模の観点から再編を図るべきである。

次に、診療報酬の面でも、これまでの出来高払い制度から包括払い制度に向けた改革を推進し、それと並行してⅢで述べたRAP(リスク調整医

療費)の導入を図っていくことが必要となる。さらに改革を推進するのであれば、民間営利保険の参入を認め、個人が地域型であれ、職域型であれ非営利保険から民間営利保険に移る自由を与えることも考えられる。実際、1980年代の前半においてオランダでは、非営利団体である疾病金庫と民間営利保険者を同等に扱うことが検討された。

こうした準備を前提として、日本における「管理された競争」が開始される。以下では、RAPの決定要因として年齢だけを取り、かつ実際にかかった一人当たり年齢階級別平均医療費をそれぞれの年齢階級に属する人々のRAPとする。しかし、実際にかかった医療費は、すでに出来高払いによる影響を受けており、本来であれば、診断群別に推計された医療費などをもとに年齢階級別のRAPを推計すべきであることは言うまでもない。また、上で述べたように現在の保険者のままで改革を行うことはできないが、ここでは、日本における「管理された競争」の会計と財政に主眼を置いて、現在の保険者を出発点として「管理された競争」に基づく改革がどのように動き出すのかを示す⁷⁾。

図2は、Ⅱで検討した1998年度の保険者別医療費をもとに、以下RAPとして用いる5歳刻み



注) 各保険者の年齢階級別医療費、年齢階級別加入者数をもとに筆者計算。ここで用いたデータの出所および推計の手順は、田近・菊池(2001)参照。

図2 年齢階級別一人当たり医療費(5歳階級)
(1998年度)

の年齢階級別一人当たり医療費を示したものである。70歳未満は、さまざまな保険者に属する人々の医療費の平均となっているが、70歳以上は老健の加入者の平均と等しくなっている。改めて指摘するまでもなく、60歳以上になると一人当たり医療費は大きく増加する。40歳前後の人の医療費と比べて、80歳以上では一人当たり医療費はじつに10倍となっている。

以上、日本における「管理された競争」の導入を図るためにRAPと保険者に関しておいた仮定について述べた。財政調整方式については、Ⅲにおいて垂直的調整と水平的調整の二つの方式があることを指摘したが、ここでは、実際にかかった費用とRAPとの比較を通じて保険者に効率的な行動を促すと思われる垂直的調整に基づいた保険財政のシミュレーションを行った。また、医療財政の透明性を高めるために、改革にあたって公費負担を行わないこととした。導入後の各保険者の財政の推計結果は、表3から表5に示した。

表3は、Ⅱの表1と同様に、老健を独立した保険者として考えた場合の結果である。表3(A)は、この場合の保険者の基本データである。「管理された競争」による新しい保険は、1億2,600万人からなる皆保険である。所得比例保険料の原資となる所得は216.1兆円、実際にかかった総医療費は28.1兆円である。RAPの総額は上で述べた仮定から実際にかかった総医療費と等しくなる。しかし、各保険者の実際にかかった医療費とRAPを比較すると、政管健保と国保では、実際にかかった医療費は(年齢調整を行った)RAPより大きく、それに対して、組合健保と共済の医療費はRAPよりも小さい。RAPの総額と医療費総額は等しいので、これは、各保険者の医療費の平均からの乖離を意味するものであり、政管健保と国保は平均を超えた医療費がかかり、組合健保と共済は平均以下の費用であったことを意味している。

表3(B)は、RAPの全額が保険者に保証される時の「管理された競争」下の各保険者の財政を示したものである。この場合の所得比例保険料率は13.0%で、ここでは単純化のために所得額に

下限、上限を設けず、すべての所得から等しい率で保険料を徴収すると仮定している。上段の表から、政管健保、組合健保および共済は、他の保険者に膨大な移転を行っていることがわかる。その額は、政管健保では4.1兆円、組合健保では5.3兆円、共済では1.3兆円である。それに対して、国保と老健は、保険者のリスク調整によって交付金(所得移転)を受取ることになり、その額は、国保では8,340億円、老健ではじつに9.9兆円にも達する。

国保が交付金を受けるのは、RAPに対して保険料が少ないためで、これは国保加入者の所得が相対に低いことによる。ここでの推計によれば、国保加入者の平均所得は政管健保、組合健保および共済のほぼ半分程度であり、これが、国保が交付金を受け入れる主要な理由となっている⁸⁾。老健は、11.2兆円のRAPに対して保険料は1.3兆円に過ぎず、その差額である10兆円に近い交付金を受取っている。「管理された競争」においてもまさに、高齢者医療費が問題の核心となっている。

表3(B)の下段の表では、保険者の収入と支出合計が比較されている。その差額は、RAPと実際の医療費の差と等しく、不足額は保険者がその加入者から附加保険料として直接徴収しなくてはならない。すでに述べたように、RAPは年齢階級別平均医療費としたので、ここでは平均医療費以上に医療費がかかった保険者は、その差額の埋め合わせを求められる。そうした追加的な保険料を徴収しなくてはならないのは、政管健保と国保であり、その額はそれぞれ240億円および3,190億円である。一方、組合健保と共済ではRAPが全額保証される結果、実際にかかった費用との差額は余剰となる。

このように、(ここではきわめて限定的ではあるが)これまでの出来高払いの場合と違って、RAPと比べて過大な医療費のかかった保険者は独自の保険料の徴収を求められる。これと並行して、人々は保険者選択を行うので、より効率的なサービスの供給に向けて保険者のより一層の努力が誘発されることになる。

表3 「管理された競争」のもとの保険者財政—所得比例保険料—
(老健を保険者として考えたケース)

(A) 保険者の基本データ

	政管	組合	共済	国保	老健	計
加入者数(千人)	37,945	33,879	10,552	30,460	13,651	126,488
総所得(10億円)	75,274	75,994	21,846	33,051	9,947	216,112
医療費(10億円)	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
RAP(リスク調整医療費)(10億円)	5,694	4,624	1,508	5,137	11,174	28,137

(B) RAPの全額が保険者に保証されるケース(自己負担率=0%)

保険料率=13.0%

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	老健	計
RAP	5,694	4,624	1,508	5,137	11,174	28,137
保険料	9,800	9,894	2,844	4,303	1,295	28,137
制度間移転	-4,107	-5,270	-1,336	834	9,879	0
RAP	5,694	4,624	1,508	5,137	11,174	28,137
自己負担	0	0	0	0	0	0
収入計	5,694	4,624	1,508	5,137	11,174	28,137
医療費	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
支出計	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
附加保険料	24	-263	-80	319	0	0

(C) RAPの70%が保険者に保証されるケース(自己負担率=30%)

保険料率=9.1%

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	老健	計
RAP	3,986	3,237	1,056	3,596	7,822	19,696
保険料	6,860	6,926	1,991	3,012	907	19,696
制度間移転	-2,875	-3,689	-935	584	6,915	0
RAP	3,986	3,237	1,056	3,596	7,822	19,696
自己負担	1,708	1,387	452	1,541	3,352	8,441
収入計	5,694	4,624	1,508	5,137	11,174	28,137
医療費	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
支出計	5,718	4,362	1,428	5,456	11,174	28,137
附加保険料	24	-263	-80	319	0	0

出所) 筆者計算。

表3(C)は、RAPの70%が保険者に保証されるケースである。この場合、保険料率は9.1%となり、RAPの30%は保険加入者が自己負担することになる。その結果、保険者間の移転額は大きく減少する。5.3兆円であった組合健保の移転額は、3.7兆円となる一方、老健への交付額は9.9兆円から6.9兆円へと減少する。

保険加入者がRAPの30%の自己負担を払えば、

保険者の収入には変化はない。したがって、会計的には、この場合の各保険者の附加保険料額や、余剰額にも変化は生じない。しかし、余剰を生み出した保険者は、それによって自らの保険加入者の自己負担を少なくすることも可能で、節約したコストを目に見える形で被保険者に還元することができる。

以上、老健を独立した保険者としてみなした場

合の「管理された競争」を検討した。すでに見てきたように、この場合には、保険者として老健が成立するかという問題がある。10兆円を超える医療費に対して、わずかにその10%程度しか保険料の集まらない保険者を独立させて、「管理された競争」を通じて保険者のコスト節約を喚起しても、保険者財政の基本的な構造は変化しないであろう。また他の保険者は、拠出金に代わる新しい負担の肩代わりを求められているに過ぎないと考え、「管理された競争」に理解を示さないかもしれない。

一方、保険の加入者の立場にたてば、年齢によって保険者を変えなくてはならないという不都合が生じる。これまでの老健の機能は、保険者として保険料を徴収したり、診療報酬明細書を審査することではなく、高齢者の医療費支払いの会計に過ぎなかった。しかし、「管理された競争」において老健が独立した保険者となるのであれば、積極的に人々の選択に応えなくてはならない。そうしたなかで、生涯を通じた医療プランを求める人々が増えれば、高齢者だけを対象にした保険に特別の意義を見出す必要性はなくなるであろう。したがって、老健を廃止して、その他の保険者が高齢者もかかえ、生涯設計に根ざしたさまざまなサービスを競い合う方がより適切であると思われる⁹⁾。

表4と表5は老健を廃止して、高齢者を老健加入以前の保険者に帰属させ、「管理された競争」を行った場合の保険者財政である。この場合、高齢者は政管健保、組合健保、共済および国保のいずれかに属することになる¹⁰⁾。表4では、保険料は所得比例とし、表5では均等割り(加入者一律負担)としている。

表4(A)は、老健を廃止した場合の各保険者の基本データを示している。表3(A)と比較すると、1,360万人の老健加入者は、政管健保、組合健保、共済および国保にそれぞれ、440万人、390万人、120万人および410万人移動する。医療費とRAPについては、老健に属する70歳以上の人々の一人当たり医療費をRAPとしているので、この人たちが他の保険者に移動する時には、

医療費と同額のRAPが増額されることになる。

表4(B)は、RAPの全額が各保険者に保証されるケースであり、保険料率は表3(B)と同様に13.0%である。老健を独立した保険者としていた場合と比べると、保険者間の移転額が大きく減少することがわかる。政管健保では、4.1兆円あった移転額は、9,290億円に縮小する。同様に、健保組合は、5.3兆円から2.4兆円、共済は1.3兆円から3,920億円へと大きく移転額が減少する。これは、老健加入者がそれぞれの保険に加わることによって、RAPが大きく増加することによる。

しかし、国保の場合は事情が異なる。上で見たように国保が新たに迎える高齢加入者は、410万人とほぼ政管健保や組合健保並みの数である。しかし、国保の所得は少ないため、RAPと保険料の差額は3.7兆円にも及ぶ。この部分が、国保への交付金となり、これはその他の保険者が負担する。

このように、老健を廃止することによって、一つの保険者が突出して10兆円に近い交付金を受取るという、他の保険者にとっては拠出金時代を思い起こさせる事態は改められる。上に述べたように、RAPに関するわれわれの仮定から、老健の加入者がその他の保険者に移動しても、医療費と同額のRAPが増えるので、各保険者のRAPと実際にかかった医療費との差額自身には変化は生じない。すなわち、表3の場合と同様に、政管健保と国保はRAPを超えた医療費分に等しい附加保険料の徴収を迫られることになり、組合健保と共済には余剰が発生する。

表4(C)は、RAPの70%が各保険者に保証されるケースである。この場合の保険料率は、対応する表3(C)の場合と同様に、9.1%である。RAPが100%保証される場合と比べると、保険者間の移転額がさらに縮小される。国保への交付額は、3.7兆円から2.6兆円へとほぼ1兆円減少し、それにとまって組合健保の移転額は、2.4兆円から1.7兆円へと減少し、政管健保、共済でも、それぞれ9,290億円から6,510億円、3,920億円から2,740億円へと減少する。このように老健を廃止し、老健に入っている高齢者をその他の

表4 「管理された競争」のもとの保険者財政—所得比例保険料—

(A) 保険者の基本データ

(老健の高齢者を各保険に帰属させたケース)

	政管	組合	共済	国保	計
加入者数(千人)	42,353	37,789	11,787	34,558	126,488
総所得(10億円)	78,634	78,718	22,407	36,353	216,112
医療費(10億円)	9,332	7,580	2,445	8,779	28,137
RAP(リスク調整医療費)(10億円)	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137

(B) RAPの全額が保険者に保証されるケース(自己負担率=0%)

保険料率=13.0%

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137
保険料	10,238	10,249	2,917	4,733	28,137
制度間移転	-929	-2,406	-392	3,727	0

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137
自己負担	0	0	0	0	0
収入計	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137
医療費	9,332	7,580	2,445	8,779	28,137
支出計	9,332	7,580	2,445	8,779	28,137
附加保険料	24	-263	-80	319	0

(C) RAPの70%が保険者に保証されるケース(自己負担率=30%)

保険料率=9.1%

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	6,516	5,490	1,768	5,922	19,696
保険料	7,166	7,174	2,042	3,313	19,696
制度間移転	-651	-1,684	-274	2,609	0

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	6,516	5,490	1,768	5,922	19,696
自己負担	2,792	2,353	758	2,538	8,441
収入計	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137
医療費	9,332	7,580	2,445	8,779	28,137
支出計	9,332	7,580	2,445	8,779	28,137
附加保険料	24	-263	-80	319	0

出所) 筆者計算。

保険者に帰属させ、さらに医療費の一定程度の割合を自己負担として課すことによって、制度間の移転は大きく縮小する。これは、保険者にとって「管理された競争」による改革をより説得的なものとし、適切に管理された環境のなかで保険者がサービスを競い合う環境を作っていくために有用であると思われる。

表5はさらに、RAPをまかなうための保険料を均等割りとした場合の結果である。言うまでも

なく、個人の稼得能力や資産額の違いを考慮せず、医療費の負担を国民に均等に求めるべきではないが、完全な所得比例負担の対極として一律負担の結果を比較することは重要であると思われる。すでに国保の一人当たり所得が低いいため、老健を独立した保険者にした場合も、また老健を廃止した場合も、国保は国から交付金を受けることになることを指摘したが、一律負担の保険料となったときそうした事態がどれだけ変わるかをみるのが、

表5 「管理された競争」のもとの保険者財政—保険料均等割り—
(老健の高齢者を各保険に帰属させたケース)

(A) RAPの全額が保険者に保証されるケース(自己負担率=0%)

一人当たり保険料=219,780円

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	9,308	7,843	2,525	8,460	28,137
保険料	9,421	8,406	2,622	7,687	28,137
制度間移転	-113	-563	-97	773	0

(B) RAPの70%が保険者に保証されるケース(自己負担率=30%)

一人当たり保険料=153,846円

(単位:10億円)

	政管	組合	共済	国保	計
RAP	6,516	5,490	1,768	5,922	19,696
保険料	6,595	5,884	1,835	5,381	19,696
制度間移転	-79	-394	-68	541	0

出所) 筆者計算。

ここでの目的である。

各保険者の一人当たり所得は、表4(A)から求めることができる。得られた結果を比較すると、国保の105万円に対して、政管健保185万円、組合健保208万円、共済190万円であり、国保と被用者保険の間には、ほぼ2倍の格差がある。それに対して、もし一律に保険料を徴収すると、RAPの全額を各保険者に保証する場合には、表5(A)に示されているように、保険料はほぼ22万円になる。この時、保険者間の移転額は激減して、国保への交付額である7,730億円を、政管健保、組合健保および共済が、それぞれ1,130億円、5,630億円および970億円ずつ負担する。

さらに、表5(B)に示されているように、自己負担率が30%となり、RAPの70%が保証されるケースでは、国保への交付金は、5,410億円にまで縮小する。そして、その最大の負担者である組合健保からの移転額も3,940億円へと減少する。このように、国保の保険料はその他の保険者財政にきわめて大きな影響を与える。しかし、実際には保険料は所得比例に近い形で徴収されるであろうことを考えると、すべての保険者が負担に関して納得のいくように、所得の捕捉を徹底させることが非常に重要である。これは、今後「管理された競争」を始めとして、公費負担で不透明になっている日本の医療保険の改革を進めていく上で鍵

となる。なお、RAPと実際にかかった医療費の差額から附加保険料が決まるが、各保険者にとってこの額は保険料が所得比例でも、均等割りであっても変わらないので、表5では省略した。

V おわりに

日本の医療保険は、多くの問題をかかえている。そのなかでわれわれは2点に着目した。第1点は、診療報酬のほとんどが出来高払いになっていて、しかも、負担を軽減するためにさまざまな形で公費が投入されていることである。その結果、給付(医療費)と負担の関係が不透明になり、膨大な公費はむしろ収入とみなされて、保険者や政策当事者の関心は老健拠出金に釘付けにされたまま、医療保険全体を見据えた議論がなされていない。

第2の問題は、保険者機能が発揮されていないことである。これには二つの側面がある。第1に、個人に保険者選択の自由が認められていない。第2に、診療報酬明細書の審査や医療機関との契約など多くの面で、厳しい規制があり、保険者が個人の代理人として医療機関との交渉にあたることができず、その結果、保険者選択の目にさらされないまま、保険者は出来高で請求されてきた医療費の支払い機関となってきた。

こうした問題の改善を図るために、われわれは

「管理された競争」による医療保険改革を検討した。「管理された競争」は、個人の保険者選択と保険者にリスク・セクションを起こさないための適切なリスク評価を両輪としたものである。実際には、「管理された競争」を導入している諸国においても、まだリスク調整医療費(RAP)の推計は不完全であり、今後この点の改善が改革の成否を決定する重要な要因の一つとなる。

この論文は以上を準備として、日本における「管理された競争」の導入を試みた。RAPの推定方法、現在の保険者を出発点とすることなどを考えれば、ここでの検討は不十分であり、現実の改革とよべるものではない。しかし、そうした制約のなかで改革の会計的な手順を明確にし、いくつかの結果を得た。なお、改革のシミュレーションでは公費を完全に排除して、各保険者の負担と給付の実態を明らかにすることに努めた。

三つの結果について述べる。まず、老人保健制度(老健)を独立した保険者として扱う限り、「管理された競争」においても他の保険者から老健への移転額は膨大な額に達し、改革は玄関先でつまずいてしまうであろう。しかし、老健を廃止し、老健に入っている高齢者をその他の保険に移し、さらに一定程度の自己負担を課すことによって、制度間の移転は大きく縮小する。これは、今後の改革を考える上で前提の一つとなると思われる。

この論文では、RAPとして実際にかかった年齢階級別一人当たり医療費を用いた。第2の結果は、この仮定のもとで「管理された競争」が導入されると、国保と政管健保ではRAPを超える医療費がかかり、附加保険料の徴収を迫られるということである。限定的な結果であるが、効率化に向けた保険者の努力がどのようにして誘発されるか示された。

第3の結果は、保険料のもとになる所得捕捉の重要性である。老健を廃止し、高齢者をその他の保険者に帰属させた場合でも、国保への交付額は非常に大きいことがわかった。その理由の一端が、国保加入者の所得捕捉が徹底していないことによるのであれば、他の保険者に「管理された競争」による改革への参加を求めることは困難となる。

この問題を解決するには、医療保険料を税金といっしょに徴収し、所得の過少申告に厳しく対処するなど、社会保険制度と税制をまたがる抜本的な改革が必要である。

以上、「管理された競争」による日本の医療保険の改革について述べた。改革にあたって、公費を完全に排除したが、個人の負担能力への配慮は必要である。これまで公費は医療給付に対してなされてきたが、それを廃止し、真に救済を必要とする人の保険料軽減に使途を限定して投入するべきであろう。これは、公費による保険料の減免によって保険者の負担を軽減し、その財政を健全化する面からも重要である。

最後に、この論文では検討しなかったが、個人の生涯の観点から病気になったり、要介護状態となるリスクを考えることも重要である。高齢者になった時のそうしたリスクは、それまでの期間に相当予見できるものであることを考えると、医療保険はすべて「管理された競争」にまかせればよいというわけではない。保険者機能の強化とならんで、単年度ではなく、個人の生涯を対象とした保険も医療保険の重要な課題である。

平成14年10月投稿受理

平成15年5月採用決定

謝辞

本論文の執筆にあたり、本誌の二人の匿名のレフェリー、西村周三氏(京都大学)および澤野孝一朗氏(琉球大学)から貴重なコメントを得た。また、文部科学省科学研究費特定領域研究(B)603「世代間利害調整研究プロジェクト」および、「一橋大学複合領域研究助成金」からの研究支援を得た。記して謝意を表したい。

注

- 1) 医師誘発需要については、西村(1987)、泉田・中西・漆(1998)や山田(2002)などの研究があり、日本の医療制度の非効率性が指摘されている。
- 2) 保険者機能の強化に関しては、総合規制改革会議(2001)や「規制改革推進3ヵ年計画(改定)」(2002年3月29日閣議決定)においても以

下のような具体的な指摘が行われている。すなわち、保険者によるレセプトの審査・支払いを可能にすることで、サービスや診療報酬に関する保険者と医療機関との間の個別契約の解禁、および民間企業経営方式などを含めた医療機関経営の在り方の検討などが、それぞれ期限をつけて明記されている。

- 3) 社会保障審議会「医療保険部会」の第4回議事録は、厚生労働省の下記のホームページに掲載されている。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0110/txt/s1031-5.txt>
- 4) 政管健保では、老健拠出金の16.4%、国保(市町村)では同50%は公費負担とされている。ここでは、政管健保と国保の老健拠出金は、公費負担を除いたネットの額とした。
- 5) RAPの推計方法とリスク・セレクションについては、Van De Ven and Randall P. Ellis (2000)で論じられている。この問題に関する最近のドイツの状況については、健康保険組合連合会(2001)の第2章「各国報告」のなかで興味深い解説がなされている。また、この二つの文献では、リスク・セレクションへの対策として、RAPの推計の改善方法や、政府と保険者の間で必要となるであろうリスク・シェアについても論じられている。
- 6) オランダでは、「管理された競争」の考え方を取り入れた短期保険において、実際の医療費とRAPの差額は、保険者が定額の保険料を課すことで埋め合わせている。
- 7) 日本の医療保険改革の一つとして「年齢リスク構造調整方式」があるが、この改革と「管理された競争」による改革の相違は保険者の機能にあることはこれまで指摘してきた通りである。また、診療報酬としてのRAPは事前・包括払いであることも、「年齢リスク構造調整方式」が出来高払いを前提とした負担調整方式であることと本質的に異なっている。
- 8) 自営業者や退職者からなる国保加入者の所得捕捉が困難なことはよく知られているが、ここでは、『国民健康保険実態調査報告』(厚生労働省保険局)の第7表の2「被保険者の年齢階級別、被保険者数及び世帯の所得状況(5歳階級)——一般世帯——」から、「加入者一人当たり所得=(所得総額)/(所得のある被保険者数+所得のない被保険者数)」として、国保の加入者一人当たり所得を推計した。
- 9) もちろん、ここでの指摘も一つの考え方で、保険者の競争を通じて高齢者だけを対象とした保険が成立することもありえるかもしれない。ここで重要なことは、競争の結果生まれてくるそうした特色ある保険をも排除すべきだということではなく、高齢者となったら老健しか選択肢がないという事態は改めるべきであるというこ

とである。

- 10) 老健加入者の老健加入前の保険者への帰属は、退職者医療制度の加入者の退職前保険者への帰属と同一の方法によった。具体的な手順は、田近・菊池(2001)による。

参考文献

- European Observatory on Health Care System (2000) Health care systems in transition: Germany.
- Enthoven, Alain C. (1988) *Theory and practice of managed competition in health care finance*, North-Holland.
- GreB Stefan, Bernard Braun, Peter Groenewegen and Jan Kerssens (2001) Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands, mimeo.
- Ministry of Health, Welfare and Sport of the Netherlands (2001) *Health care, health policies and health reforms in the Netherlands*, International Publication Series No. 7.
- OECD (1997) "Reforming the health sector: efficiency through incentive", *Economic Surveys: Germany*, Chapter III.
- OECD (2000) "The health care system", *Economic Surveys: Netherlands*, Chapter IV.
- Van De Ven (1990) "From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system", *European Economic Review*, 34, pp. 632-645.
- Van De Ven and Randall P. Ellis (2000) "Risk adjustment in competitive health plan markets", *Handbook of Health Economics* (Chapter 14), eds., Culyer A. J. and J. P. Newhouse, Elsevier Science.
- 泉田信行・中西悟志・漆博雄(1998)「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」『季刊社会保障研究』第33巻第4号, pp. 374-381.
- 大森正博(1998)「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』124巻, pp. 28-44.
- 厚生労働省(2001)「医療制度改革の課題と視点」。
- 健康保険組合連合会(2001)『医療保険制度に関する国際比較研究』報告書 第3章, 「各国報告」。
- 健康保険組合連合会・社会保障研究室(2001)「欧州三カ国の公的医療保険制度と高齢者(上)(下)」『健康保健』3月号, 4月号。
- 週刊社会保障(2002)「年齢リスク構造調整で被用者保険負担は減少—厚生省が高齢者医療3案の財政試算—」No. 2202, pp. 40-45。
- 総合規制改革会議(2001)『規制改革の推進に関する第1次答申』(2001年12月11日)。
- 田近栄治・菊池潤(2001)「日本の医療保険—保険

者財政と医療債務の将来推計—』『一橋論叢』第
126 卷第 6 号, pp. 637-655。
西村周三 (1987) 「『医師誘発需要理論』をめぐっ
て」『医療の経済分析』, 東洋経済新報社。
山田武 (2002) 「国民健康保険支払業務データを利

用した医師誘発需要の検討」『季刊社会保障研
究』第 38 卷第 1 号, pp. 39-51。
(たぢか・えいじ 一橋大学教授)
(きくち・じゅん 一橋大学大学院博士後期課程
・(財)医療科学研究所研究員)