

日本の医療保険制度改革

—国保改革の重要性—

泉田 信行

■ 要約

医療費増加の現象は先進諸国が共通に直面する政治的課題となっている。しかしながら、政治的圧力により非効率と考えられる部分への資源投入を抑制することは難しい。本稿では日本の医療制度改革について保険者の役割の側面から検討するが、日本の医療保険制度改革の課題はほぼ国民健康保険制度の課題であると考えられるため、国民健康保険制度の改革について中心的に述べる。

国民健康保険についてはさまざまな課題が指摘できるが、次の点に絞って議論を展開する。(1) 保険者のマネジメント能力問題、(2) 加入者構造と国保財政、(3) 保険者規模の問題、である。

保険者のマネジメント問題能力が問われている課題として、a) 医療費の地域差、b) 受診行動の適正化、c) 国民健康保険料収納率の低下、をあげた。これらの問題は国保保険者がその役割を十分に果たせないことから発現している可能性がある。そこで、国保保険者がその役割を果たすための条件について議論した。

加入者構造と国保財政に関しては、a) 市町村国民保険加入者の変化、b) 拠出金制度、c) ライフサイクルと国保保険者のかかわり、について議論した。これらの課題は国保保険者や他の保険者が傷病リスクの引受以外の責務を与えられていることによりもたらされるものである。それ故、保険者がどこまでをその責務とするべきか議論されるべきであろう。

保険者の規模の問題についてはa) 保険者規模に関する議論、b) 保険者間の連携について、c) 保険者選択について、議論された。これらの論点は保険者が患者の良き代理人であるための前提条件となる。

これらの点から現行制度現在・今後の社会経済・疾病構造の実態にそぐわない可能性がある。過去の制度を維持する視点ではなく、今後の社会経済・疾病構造を見通した改革論議が行われるべきであると考えられる。

■ キーワード

保険者のマネジメント問題能力、社会経済構造の変化、保険者の責務

I はじめに

医療費増加の現象は先進諸国が共通に直面する政治的課題となっている。医療費の増嵩は一般的に政府の財政負担を増加させると考えられているため、医療費のコントロール手法を確立することが必要であるもののその手法は確立されたものではない。医療費のコントロール手法には無駄が発生しているのであればそれを削減し、必要な部分があればそこに資源を投入するというバランスが

必要である。しかしながら、政治的圧力により非効率と考えられる部分への資源投入を抑制することは難しい。それ故、日本よりも医療費の対GDP比が高い他の先進各国では医療費をコントロールする制度改革が何度も企画され、何度も失敗してきたと言えよう。これら先進諸国の医療制度改革については本号の他論文にあたって戴くこととして、本稿では日本の医療制度改革について保険者の役割の側面から検討する。

日本の医療保険制度改革の課題はほぼ国民健

康保険制度の課題であると考えて良い。国民健康保険制度は他国には類例を見ない強制加入制度となっている。この制度は国民に対して広く医療保険制度に加入する機会を与えてきたが、その一方で制度維持のために大きな財政投入を必要としてきた。

国民健康保険制度はさまざまな財政的困難を、他の医療保険制度と分かち合うことなく、引き受けてきた。被用者でない者を加入者とするため、制度が本来対象としているところの個人自営業者・農漁業従事者以外にも、所得がない無職の者、相対的に高い医療ニーズを持つ高齢者、を加入者として抱え込んでいる。

他方、職域保険である政府管掌健康保険、組合健康保険等の加入者は被用者とその家族とされているため、少なくとも所得が無い者は加入していない。また、定年制があるために医療ニーズが高まる高齢者は(家族として加入する以外に)職域保険に加入することはない。従って基本的に職域保険の財政は安定的である¹⁾。このため、医療保険制度の財政問題を考えるためには、国民健康保険制度に注目することが必須であり、逆に国民健康保険制度の課題の解決なしには医療保険制度問題は解決し得ないとも言える。そこで、本稿においては国民健康保険制度の改革について中心的に述べる。

日本の医療保険制度は戦前に健康保険法、国民健康保険法(旧法)の制定・施行を見、現行制度の基礎が作られたことは広く知られている。その後、終戦を経て、さまざまな制度改正を経ている。戦前から最近までの医療保険制度の改正点を国民健康保険に関連する点を中心にしてまとめたものが表1である。

この表から国民健康保険は給付対象者の拡大、給付内容の改善、財政の適正化、を行ってきていることがわかる。しかしながら、現在国民健康保険制度が直面している問題は、本質的には制度創

表1 国保制度関連年表

年度	事項
1938	国民健康保険法(旧法)施行 普通国民健康保険組合の設立開始
1942	当該地域で3分の2の住民が加入し、地方長官が指定した場合強制設立となる
1946	事務費及び保険施設費に対する国庫補助制度の創設
1948	市町村公営原則の確立
1951	国民健康保険税の創設
1958	国民健康保険法(新法)の施行
1960	岩手県沢内村で無料化実施
1961	国民皆保険達成 国保は5割給付
1963	老人福祉法施行 国保の世帯主は7割給付となる
1968	横浜市が80歳以上の国保被保険者を9割給付に 国保の世帯員も7割給付となる
1969	秋田県が80歳以上を無料化 東京都が70歳以上を無料化
1973	老人医療無料化実施 東京都65歳以上を無料化 寝たきり状態は65歳以上を無料化する
1975	高額療養費支給制度実施
1983	老人保健制度創設
1984	退職者医療制度創設 療養給付費負担率を保険給付費の50%へ
1987	老健拠出金加入者按分率80%に
1990	老健拠出金加入者按分率100%に
2000	介護保険制度創設

設時から存在するものであり、高度経済成長が持続していたことによって、表だって現れてこなかっただけである。さまざまな課題が指摘できようが、本稿では紙幅の都合もあり、次の点に絞って議論を展開する。(1) 保険者のマネジメント能力問題、(2) 加入者構造と国保財政、(3) 保険者規模の問題、である。

医療保険制度のプレイヤーとしての保険者機能・能力に関わる問題が保険者のマネジメント能力問題である。この側面については、医療費の地

域差、医療機関受診の適正化、保険料徴収のインセンティブ、の3点について述べる。この3点が端的な問題であると考えられるからである。

加入者構造と国保財政は国保保険者に固有の問題となる。国保保険者の問題であるが、国民皆保険制度を維持するための費用を国保保険者のみが負っているという側面もある。

保険者規模の問題は、保険者機能を発揮するための前提条件とも言える。保険数理的な安定と効率的な保険管理体制に関わるからである。保険者のマネジメント能力問題と保険者規模の問題は国保保険者のみならず他の保険者にも共通する課題である。

本論文はこれら3点それぞれについて問題の現状を検討することにより、今後の医療制度改革の方向性に関する示唆を得ようとするものである。本論文は以下において次のように構成される。次節においては保険者のマネジメント問題能力について検討する。第3節においては加入者構造と国保財政について検討する。第4節においては保険者の規模の問題について検討する。第5節においては結語が与えられる。

II 保険者のマネジメント問題能力

日本の医療保険の問題を考える場合に重要な論点は行政官庁と保険者の関係である。規制等の施策を行う行政官庁とは別に保険者が保険給付の管理を行うと位置づけられている一方、保険者が自己の権限によって行えることはほとんどなかった²⁾。情報の非対称性により個別の患者が医療提供者と対等に向き合うことができないため、患者(加入者)の代理人としての保険者の役割は非常に重要である。しかしながら保険者にはその役割を果たすために必要な手段が与えられていなかったのである。本節では保険者が他の医療保険制度のプレイヤー、医療提供者・患者・加入者

と対等に対峙することができなかったことによる帰結を3点に絞って検討する。

1 医療費の地域差

人は性別や年齢階級が同じであれば、居住する地域によって使用する医療費が異なることはないと考えerことは自然である。これが成立しない状況を地域差があると呼ぶ。地域差については Wennberg and Gittelsohn (1973)の研究以来、膨大な研究が蓄積されてきた³⁾。その結果、(1)性別・年齢階級・人種などの人口構造、(2)居住者の所得などの社会経済的構造、(3)医療供給構造、の影響を除去しても医療費に地域的な差異が発生することが明らかにされた。これらの影響が除去された後に残る差異は(4)医師の診療行動の差異によるものと見なされ得る。

保険者の立場からすれば、(1)、(2)の結果として発生する地域差については許容されるかもしれないが、(3)、(4)については明確な合理付けが無い限り受け入れられない。医療経済学では地域差の存在は経済厚生を低下させる要因として認識し、その額が少なくないことを示している⁴⁾。

日本でも医療費の地域差については古くから検討されてきた。特に病床数は入院医療供給の指標としてわかりやすいため、それと入院医療費との関係が活発に検討されてきた。その結果、入院医療費は病床数と非常に高い正の相関があることが明らかにされた。現実の政策としても、昭和63年には病床数をコントロールすることを目的として地域医療計画による病床規制が実施されることとなった⁵⁾。

現在でも地域間で病床数の差異は残存し、かつ入院医療費との高い正の相関が観察され得る。図1は2000年度都道府県別国民健康保険医療費と地域の一般病床数の関係を見たものである。両者の間には正の相関関係があることがみてとれる。

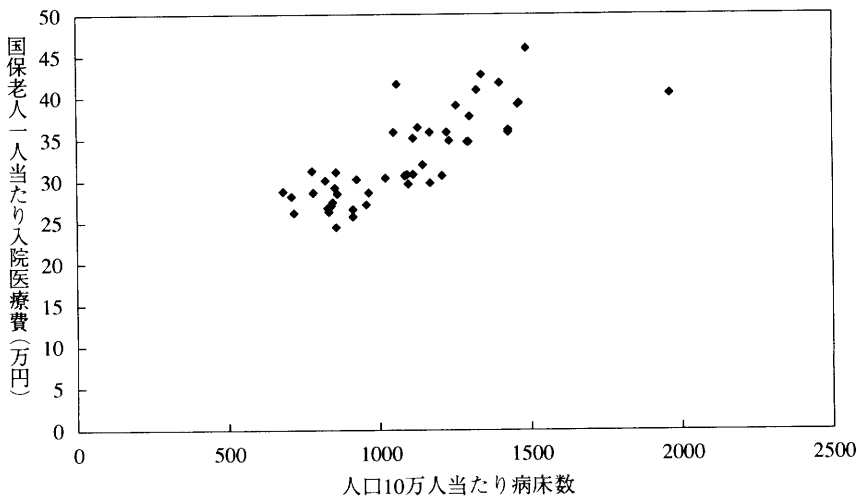


図1 国保老人入院医療費と病床数の相関

供給体制の偏りによる地域差、説明できない地域差の存在は保険者が果たすべき役割を果たしていない可能性を示唆する。市場メカニズムによって需給が決定されていないため、供給が過剰である場合には保険者が患者・加入者の立場に立って供給量をコントロールする必要がある⁶⁾⁷⁾。また、説明されない地域差が存在する場合にはそれが何に起因するかを明らかにし、説明する義務を保険者は保険料を納付している加入者に対して負う必要がある。しかしながら現状ではそのような状況にはない。

地域的にまとまりのある加入者を持つ国民健康保険者は患者の受診動向を把握し、患者の利便性を確保するように地域の医療供給体制を構築することが可能である。そのためには地域の医療機関と協調して必要な施設、設備・機械、人的資源を確保し、非効率な部分があればこれを是正する能力を保険者が持つ必要がある。しかしながら自由開業制の原則により保険者が非効率を是正する能力が事実上削がれている状態であると言える。

2 受診行動の適正化

地域差の解消が保険者と医療機関の関係性の

問題であるとすれば、受診行動の適正化は保険者と患者の関係性の問題である。特に高齢者の受診率の高さについては常々議論がなされている。ただし、受診率が高いこと自体が即問題であるとは言えない。これは高齢者が若人より健康水準が低く、医療機関に受診しがちであると説明されている。

図2は都道府県別のデータを用いて、国保加入者の2000年度一年間における入院受療率、外来受療率を高齢者・若人別に見たものである⁸⁾。この図から明らかに、外来・入院共に高齢者の受療率が高いことがわかる。外来受療率は若人が564、高齢者が1537であるから、平均して高齢者は若人の2.37倍外来受診を行うと言える。同様にして入院受療率は若人が23.7、高齢者が81であるから平均して高齢者は若人の3.41倍入院受診を行うと言える。

高齢者の高い受診率については解明されるべき点が残されている。1) 高い受診率が老人の健康・維持回復に貢献しているのか否かを確認する必要がある。低い受診率であっても老人の健康・維持回復に貢献できるのではないか。2) 高い受診率はどのように発生するのかを確認する必要がある。

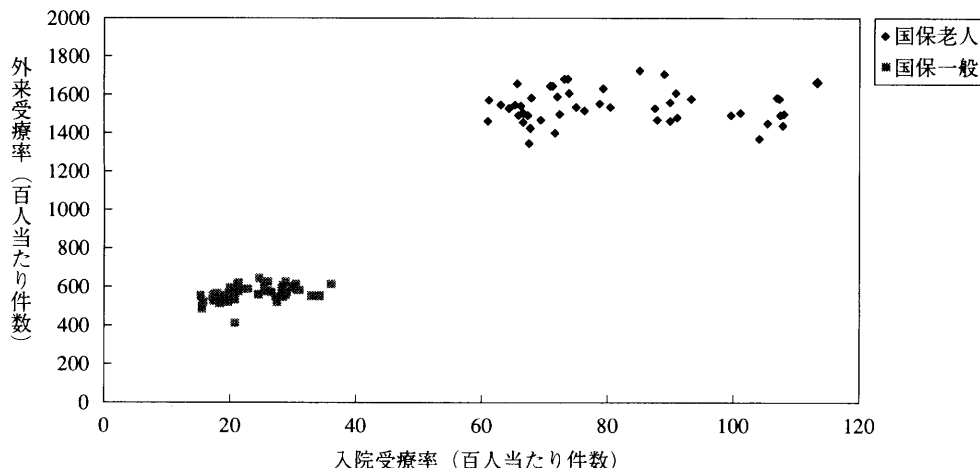


図2 入院受療率と外来受療率

る。高齢者は一律に高い受診率になるのか、それとも高齢者のあるグループが高い受診率となっているのか。3) 受診率は適正化できるのか。不要・不急な受診をしている加入者、受診が必要なのにしていない加入者に対して適正な受診を促すことが可能であるのか。

これらの点を検討するのは保険者の重要な役割のひとつであると考えられる。保険者は患者の受診行動等に関する情報を収集し、医療機関受診の費用対効果をより高めるための分析を行う必要がある。効率的な受診行動を患者に促す際に問題となるのはフリーアクセスである。健康保険法によって患者は自己の選択する医療機関に自由に受診できる。保険者による受診の適正化はフリーアクセスと抵触する可能性もある。

医療費の地域差問題が保険者と医療提供者の間の問題であれば、受診行動の適正化は保険者と患者の間の問題である。受診率が高いこと自体が即問題ではなく、必要性が低い受診、必要なのに未受診である状態があればそれは是正されるべきである。このために必要なことはふたつである。加入者が実際にどのような受診行動をとっているのか、という情報と適正な受診行動とは何か、

という情報である。後者に即して前者を評価し、過剰な医療資源使用は削減し、不足している医療資源使用を増加させねばならない。このように患者の受診行動に保険者が積極的に関与する場合にはフリーアクセスと相反する可能性がある。しかしながら情報のない状態でのフリーアクセスよりも患者の便益を増加させる可能性もある。

3 国民健康保険料収納率の低下

保険料を加入者の自主的な納付に依存する国民健康保険は常に保険料徴収の問題が発生する。徴収すべき保険料に対して何%を徴収できたかを収納率と呼ぶが、この収納率の低下が問題とされている。泉田(2002)ではこの点について若干検討しているが、そこでは収納率に関するふたつの問題点が指摘されている。

ひとつは継続的に収納率の低下が発生している点である。昭和60年から平成2年にかけて収納率は一般分が93.11%から93.48%、退職分が98.36%から98.93%へそれぞれ向上しているが、その後は一転して低下し、平成12年には一般分90.21%、退職分98.08%となっている。これは長引く不況の影響を受けている可能性がある。

もうひとつの問題は地域格差が存在することである。平成12年のデータによれば最も収納率が高いのは鳥根県で96.13%である。他方、収納率が低いのは北海道・埼玉県、東京都、大阪府であり、いずれも88%程度かそれ未満の水準となっている。

収納率の低下は加入者の所得水準の低下と同様に国民健康保険財政に対して大きな影響を与える。泉田(2002)によれば、平成12年について一般分被保険者世帯分が2780億円、退職世帯分が70億円となると指摘されている。

低い収納率はふたつの問題点が存在することを意味する。ひとつは保険料が支払えない低所得世帯が存在することにより収納率が低下する可能性である。これは保険料の免除・減免により解決できる問題である。しかしながら、国保財政の悪化や補助金投入額の増大を意味する。もうひとつの問題は払えるのに保険料を払わない世帯の存在である。このような世帯に対する保険料の徴収の問題は国民健康保険に特徴的に存在する問題であり、かつ国民皆保険を維持するための費用となっている。本質的には加入する便益が無いと認識している個人を国民皆保険制度の中に取り込むための費用と見なされる。国民皆保険制度を形式的に維持するためには、強制的な費用徴収をより厳格に行う必要がある。

他方、皆保険を「実質的に」維持することに専念するのであれば、加入を望む国民に対して常に保険加入の門戸を開いていれば良い。つまり保険料を納付し加入することを希望する国民は常に加入を認める制度であれば良い。それゆえ、強制的な保険料徴収は行わず、保険料を納付しない個人に対しては保険給付を行わないことを厳格に守ることとなる。

もちろんこのような方法が意味を持つのは逆選択の問題(健康である個人が保険から離脱する問題)がどの程度大きいにも依存する。逆選択は健康な高所得層に見られると考えられるので、逆

選択の発生の規模はそのような層が国民健康保険の加入者のうちどの程度の割合を占めるかに依存すると考えられる。費用徴収に対して費用をかけず、より魅力的な保険給付を行うことにより加入者の便益を拡大する「実質的な皆保険」を検討する余地はある。

III 加入者構造と国保財政

1 市町村国民保険加入者の変化

市町村国民健康保険はその本質として財政問題を抱える構造となっている。市町村国民健康保険は国民皆保険制度の根幹として全ての国民を潜在的な加入対象者としている。その強制加入を免除されるのは被用者として政府管掌健康保険等の健康保険に加入しているか生活保護を受給している場合である。このため、市町村国民健康保険は被用者以外のさまざまな形態の職業の国民を包摂することとなる。自営業者・農漁業者を主たる加入者として出発した制度発足当初と現在を比較すると、日本経済の構造の変化を反映して、加入者構造は大幅に変化している。(図3参照。)

制度発足当初1000分の400を超える加入世帯比率であった農林水産業従事世帯は1000分の50を割り込むところまで落ち込んでいる。自営業世帯も1000分の229.2から157.97程度まで多少落ち込んでいる。他方、無職世帯は1000分の88.8の水準から1000分の421.86まで増大している。このため、農林水産業者及び自営業者のための国民健康保険制度が無職世帯のための健康保険制度に変質していると言えよう。

世帯構造の変化が賦課される保険料に対してどのような影響を与えるのかは非常に重要な点である。図4は平成2年と平成12年の無職世帯における世帯主の年齢分布を示したものである。これを見ると、60～69歳階級においても増加しているものの、70歳以上階級において4760人(世帯)から

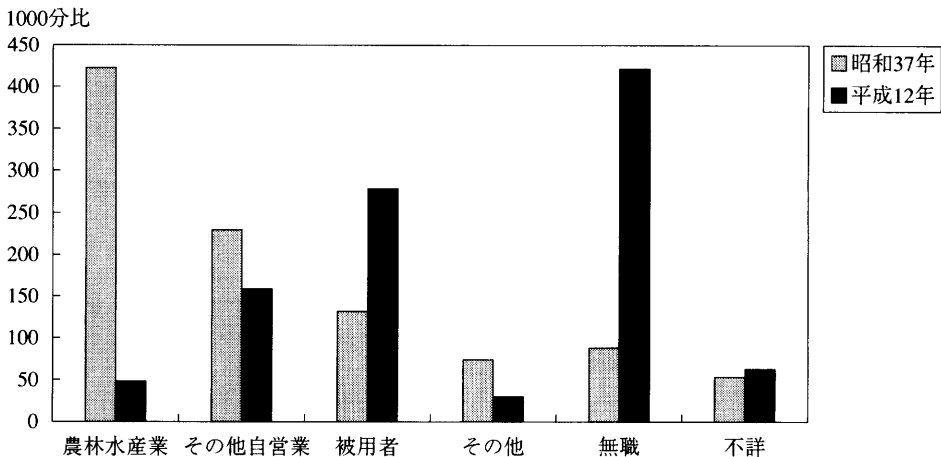


図3 職業別国民健康保険加入世帯比率

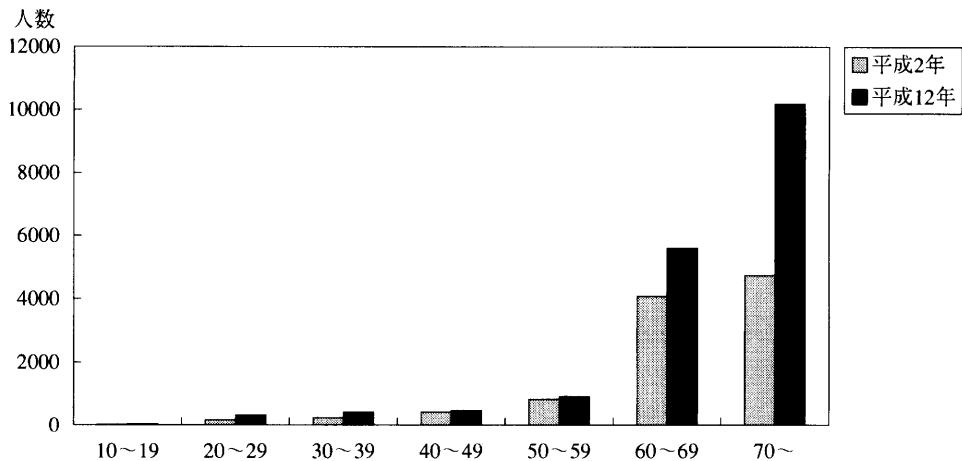


図4 無職世帯の世帯主の年齢構造

10,195人(世帯)と2.5倍になり、平成12年時点では無職世帯の45.2%を占めるに至っている。このため、無職世帯の動向は高齢者が世帯主である世帯の動向と歩調を合わせるものと考えられる。高齢者世帯の場合には無職であっても年金により所得を得ている可能性もある。また、資産を保有している可能性もある。このため、所得のばらつきが大きく、平均所得だけでなく所得・資産の分布を考慮する必要がある。

図5は全世帯、無職世帯、70歳以上世帯それぞれ

れについて所得階級別の世帯数構成比率を示したものである。この図から全世帯と比較して、1)所得が30万円未満の世帯が多い、2)無職世帯・70歳以上世帯は所得が100万円～180万円の階級にある者の比率が高い。ただし、70歳以上世帯はこの階級の比率は無職世帯よりやや小さい。3)70歳以上世帯については450万円以上の所得を得ている者は無職世帯よりも高い比率で存在する。この結果、高齢化の進展は国保加入の無職世帯を増加させ、無職世帯の増加が低所得世帯の増加をもたらす⁹⁾。

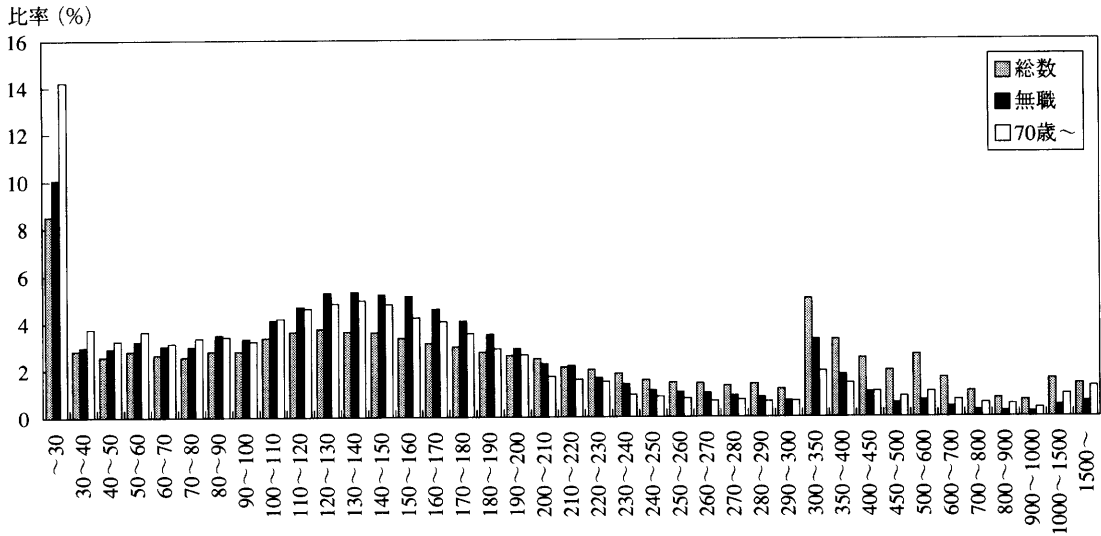


図5 所得階級別世帯数 (総数・無職・70歳以上)

これらの事実は高所得である高齢無職世帯の存在を否定はしないが、国保保険者の経営努力に関わりなく国保財政を悪化させる要因となる。これは被用者とその扶養家族から構成される職域医療保険者の財政構造と際だった違いである。

加入者の経済状態に対応した保険料賦課を行うことは社会保険制度の根幹であると言えるかも知れないが、その結果として財政収支がバランスせず、医療供給に影響を与えることは本末転倒かも知れない。「保険」という機能を保険者が担うためには、加入者の経済力の問題から保険者を解放する必要がある。

2 拠出金制度

前節において高齢者の増加による無職世帯の増加により国保の加入者構造が変化していることが示された。高齢加入者の増加は保険料収入の水準だけでなく医療給付の水準にも影響を与える。個人ごとに差異はあるものの、年齢階層が上位である個人は下位である個人よりも疾病罹患リスクが高いと考えられるため、国民健康保険は医

療費支払リスクが構造的に高い。

その部分的な解決策が昭和58年実施の老人保健制度、昭和59年実施の退職者医療給付制度の創設である。老人保健制度は市町村が70歳以上の老人の医療費を管理する事業主体となり、老人が元々加入する医療保険者及び国・都道府県・市町村が拠出金という形で費用を分担するシステムである。国民健康保険は制度全体として2兆5273億円の老人保健医療拠出金を支出している一方、政府管掌健康保険・健康保険組合は合計して1兆7059億円を拠出している。

各医療保険者が負担する拠出金の額はそれぞれの保険者における老人加入者数の加入者総数に対する割合(老人加入率)によって、全保険者の老人加入率の平均値を除いた数値及び各医療保険者それぞれに加入する老人1人当たり老人医療費によって決定される。それぞれの値が高くなると拠出金の額が増える。

各保険者の拠出金を決定する要因のうち加入老人1人当たり老人医療費は保健事業によってコントロールされ得るとみなされ、さまざまな医療費対策

の保健事業が実施されている。しかしながら医療費効率化の効果が存在したとしても老人数の伸びによる医療費増大によってうち消されている。

老人の医療費対策についてはふたつの論点が検討されるべきであろう¹⁰⁾。ひとつは、老人だけを別立ての制度とし、特別に扱うことが是認されるのかということである。年金制度の成熟によって高齢者の所得水準が、ばらつきを持ちつつも向上してきている。そのため、高齢者の医療費負担の抑制を、自己負担率を若年層よりも一律に低い水準に抑制する根拠は薄弱になってきていると思われる¹¹⁾。

いまひとつの点は、高齢者増加は医療保険者が負担すべきリスクであるのか、という点である。現行の医療保険制度では医療費支払リスクを規定する人口要因(高齢者数)と収入要因(賃金率の伸び)の間に全くリンクがない。このリンクを如何に作り上げるかが拠出金問題の本質的な課題であろう。この点を解決するために保険者間の協調、世代間

の助け合いの手段としての老人保健拠出金制度が存在し、一定の成果をあげていると考えられる。しかしながら保険者は加入者の傷病リスクに備えるための存在であり、人口構造の変動リスク・経済変動のリスクに対応する存在ではない。この点を考慮に入れると、人口構造の変動リスク・経済変動のリスクの全てを保険者に負わせることは難しいと思われる。

3 ライフサイクルと国保保険者の関わり

国民健康保険の加入者構造の変化は高齢者の増加、無職者の増加をもたらすことをみた。これは財政的な観点から重要である。しかしながら加入構造の変化は異なった課題をも国民健康保険に対して投げかける可能性もある。

表は平成12年における年齢階級別の国保脱退者の脱退理由である。これを見るとわかるように、脱退の多くは組合・政管などの社会保険への加入

表2 国保加入者の脱退理由(平成12年)

	脱退者計(人)	社保加入	生保開始	死亡	その他
合計	3198	69.26	4.75	12.63	13.35
0～4	264	81.06	7.2	0	11.74
5～9	128	72.66	10.94	1.56	14.84
10～14	107	79.44	3.74	1.87	14.95
15～19	182	86.81	2.2	0.55	10.44
20～24	436	87.84	0.69	0	11.47
25～29	394	82.49	1.52	1.27	14.72
30～34	239	79.92	4.6	0.84	14.64
35～39	156	72.44	4.49	1.28	21.79
40～44	133	76.69	2.26	1.5	19.55
45～49	197	74.62	7.61	3.05	14.72
50～54	160	73.75	5	7.5	13.75
55～59	139	61.15	10.79	6.47	21.58
60～64	142	56.34	8.45	23.94	11.27
65～69	136	33.09	13.97	38.97	13.97
70～74	82	32.93	8.54	52.44	6.1
75～79	88	34.09	3.41	53.41	9.09
80～84	97	16.49	2.06	77.32	4.12
85～	118	2.54	0	92.37	5.08

である。しかしながら年齢階級が60～64歳を超える階級より上では死亡による脱退者が増え、85歳以上階級では92%を超える程となる。15～29歳の階級において就職によるものと見られる社保加入が80%を超え、生保開始による脱退が55～69の階級で10%程度あるが、高齢層では死亡による脱退は非常に大きな割合を占めている。

高齢層の死亡による脱退は今後も増えると考えられる。企業の退職者が国保に加入して来るという現行制度の特徴が変更されない限り、高齢者のほとんどは国保に加入することになる。この結果、高齢死亡者の多くは国保加入者である。

この事実はふたつの意味を持つ。ひとつは死亡者数が増大することは死亡前医療費の負担が増大することを意味する。より以上に重要であることは死亡者の増大に対して医療供給が確保できるのかという問題である。国立社会保障・人口問題研究所による将来人口推計によれば、2035年頃には年間死亡者数は180万人となり、2000年現在の死亡者数96万人から倍増することとなる。このことは医療費の問題よりも、少なくとも現在の水準から質が低下しない死亡者に対する医療を国民健康保険者が確保できるのかという問題を孕んでいる。高齢者を今後ともより多く加入者として抱える国民健康保険者は医療提供者と連携して質の高い終末期の医療サービスをこれまで以上に確保していく必要があるが、現状の保険者の役割を果たすだけでは解決可能な課題でないかも知れない。

IV 規模の問題について

1 保険者規模に関する議論

前節までで見てきたように、保険者のマネジメント能力は現在高いと言えない。しかしながら医療費の効率的な使用を図るためには保険者のマネジメント能力を高める必要がある。そのための前提条件のひとつは保険者の財政的基盤強化である。そのひ

とつ方法は保険者規模の拡大である。

保険者規模の拡大は保険数理の観点からの効果をもたらす。例えば、財政的な安定性を確保するために保険者給付費が平均値から10%乖離する危険率を10%に抑えたいとしよう。この場合、必要な加入者数は、高額医療費に関する再保険が無い場合には7737人、再保険が存在する場合には4968人となる¹²⁾。

また、医療保険の運営・管理費用を効率化する効果ももたらす。国民健康保険の世帯当たり平均保険運営費を最小化するという基準で最適な国民健康保険保険者数を推計すると、最適な保険者数は47となる。この時、国民健康保険加入一世帯当たり4792円の事務費用が節約されることも示されている¹³⁾。

このように、保険者規模の拡大は保険者が保険数理的に安定した財務基盤を持ち、保険管理業務を低コストで行う可能性を与える。これらにもまして重要な点は、一定規模の加入者を持ち、供給者(グループ)と直接交渉できる程の潜在能力を持った保険者が誕生する可能性があるということである。多数の保険者が存在する状況においては、より望ましい医療提供体制を築くためにデータを蓄積し、分析するほどの財政的な余力があるとは考えにくい。しかしながら少数の大規模な保険者が存在する状況へ移行することにより、被保険者当たりの運営費用をそれほど拡大させることなく、医療提供者と対等に建設的な議論ができる保険者が現れるかも知れない。

2 保険者間の連携について

保険者規模にかかる政策議論を概括すると、(1)国民健康保険については都道府県規模に保険者を集約する、(2)政府管掌健康保険についても都道府県単位の業務運営を行う、という方向性が打ち出されている。この時、国保・政管以外の保険についてはどのように考えるべきであろうか。国保・政管以外の保険加入者は、各都道府県で幅があるも

の、1/3の人口規模となる。これらの保険加入者は組合健康保険、各種共済組合等の加入者である。これらの相対的に小規模な保険の加入者はそのままでは保険の大規模化のメリットを享受できない。

大規模化の便益を受けるため直接的な方法が2種類と間接的な方法があり得る。直接的な方法の第一はこれらの加入者が連合して(都道府県単位で)ひとつの保険者を構成することである。第二の方法は都道府県単位化された国保・政管に異動することである。しかしながらこれらの方法は現行法制下では不可能な方法である。

間接的な方法は保険者間の連携を必要とする。公的保険者間で加入者の年齢・所得構造の違いや高額医療費の発生による医療費の偏りを補正する再保険を行うことや、医療機関情報を保険者間で共有することである。これらは加入者の異動を伴わないので現実的な方法であるように思われるが、保険者間で協力する明確な誘因は存在しない。

3 保険者選択について

保険者の大規模化の究極は全国でひとつの保険者という形であろう。しかしながらこの選択肢はとるべきではなく、複数の保険者が存在するべきである。単独の保険者しか存在しない場合にはサービス水準の低下や保険運営費用の高騰が予想されるからである。ただし、現状のように複数の保険者が存在してもサービス水準の向上や管理費用の低下が自動的にもたらされるわけではない。保険者間で競争が必要となろう。保険者間の競争を担保するために加入者による保険者選択が必要となる。

加入者による保険者選択は概念的には簡単である。加入者は一定のサービスであれば費用の安い保険を、費用が一定であればサービスの質の高い保険を選択する。この結果、加入者の公的医療保険者の選択を許容すれば保険者間の加入者獲得競争が発生し、その結果としてサービス水準の向上や保険運営費用の削減が図られるとするもの

である。

日本では国民が加入する公的医療保険者や医療保険制度が「与えられた」形になっており加入者の意向が反映されるチャンネルが存在しない。もしこのようなチャンネルが存在すれば日本の医療保険制度は加入者の意向を反映して異なった形になるかも知れない。保険者選択はこのようなチャンネルを明示的に導入することを意味する。保険者選択制度は日本では未知のものであるが、ドイツでは既に行われているものである。ドイツでの結果を踏まえてその導入の是非を考えるべきであろう¹⁴⁾。

V 結語

上で検討してきた課題は日本の医療保険制度の根本原則と密接に関係している。フリーアクセスの保障は適正な受診確保の課題を、国民皆保険制度が国民健康保険に対して未納者の問題、加入者の経済力の問題、高齢加入者の偏在、を突き付けている。地域差の問題は自由開業制により保険者の需給調整能力が制約されていることによっている。

制度発足当初の社会経済状態、疾病構造に良く適合した結果、日本の医療制度は高いパフォーマンスを誇ってきた。しかしながら、社会経済状態、疾病構造ともに変化した場合には同様のパフォーマンスを達成するかどうかは確定的ではない。現在の医療保険制度改革の議論は「日本の医療保険制度の良い点を守る」という論調が支配的であるが、上で見てきたとおり現在・今後の社会経済・疾病構造の実態にそぐわない可能性がある。過去の制度を維持する視点ではなく、今後の社会経済・疾病構造を見通した改革論議が行われるべきである。

注

- 1) 近年、政府管掌健康保険、組合健康保険等の赤字が度々問題視されるがこれは後述する老人保健拠出金によるものである。この「拠出金」の影響を除去す

- れば基本的にこれらの保険の財政収支は好転する。
- 2) この点に関しては尾形・山崎編(2002)が詳しい。また、よりラディカルな立場からの議論は泉田(2001b)を参照のこと。
 - 3) 先行研究については泉田(2001a)やFolland, Goodman and Stano(2001)を参照のこと。
 - 4) この点を初めて指摘したのがPhelps and Parente(1990)である。彼らは社会経済的な要因、供給側の要因、疾病構造をコントロールしたという意味で同質な消費者の医療サービスの需要量が異なることは、何らかのコントロールされていない要因によって医療サービスの需要関数がシフトしている結果であると考へた。ニューヨーク州のデータを用いて推定した結果、彼らは米国において地域差が最も大きな厚生損失をもたらしている診療行為は冠状動脈バイパス術であって、その額は(それを全州に拡張した際に)62億ドルにも達するとしている。
- 日本での地域差による厚生損失の推計は泉田(2001a)が行っている。その研究では平成7年度の国民健康保険の22万605件あまりのレセプトデータを用いて入院医療費の地域差による厚生損失と過剰に支払われている国庫負担金の削減額を推計している。推計結果によれば、医療費の地域差は国保制度全体で2823億円ほどの超過負担を国保保険者にもたらしているとのことである。
- 5) その実施にあたって、駆け込み増床と呼ばれる現象が起こった。この結果として病床規制以前に人口10万人当たりの病床数がさらに増大した。この点については福田・長谷川(1999)を参照のこと。
 - 6) 2002年の健康保険法改正により病床過剰地域においては新規開設の病床に対して保険適用を行わなくて良いこととなった。しかしながらこの権限は都道府県知事に対して付与されているものであって、保険者に対して与えられたものではない。
 - 7) 病床規制は既存医療機関の権利を保護し、新規参入を妨げることによって医療機関の新陳代謝を妨げているとの指摘がある。この点は理論的にはもつともであるが、実証的な確認が行われていないことも事実である。例えば、病床過剰でない地域では新規参入が活発に行われることにより医療機関の新陳代謝が行われているという事実を示す必要があろう。
 - 8) 受療率はそれぞれ100人当たりのレセプト件数で定義される。
 - 9) ただし、上記の分析は若年層と同居している高齢層の状況について明らかにしていないという欠点がある。そこで、世帯主が70歳以上の世帯、高齢者を含む世帯、高齢者のみの世帯について所得分布を確認する。
 - 10) この点に関しては泉田(2003b)を参照のこと。

- 11) 事実老人保健受給者の一部負担率は健康保険法の近年の改正によって引き上げられた。
- 12) 健康保険組合(1998)を参照のこと。この研究は分析対象が健康保険組合であったが、分析手法・結果は他の公的医療保険にも適用可能である。
- 13) この点に関しては泉田(2003a)、山田(1997)が詳しい。また、岸田(2002)も参照のこと。
- 14) なお、保険者選択の導入が保険者によるリスク選択(リスクの高い者の加入を受け入れない)をもたらす可能性が危惧されるかも知れない。これを避けるためにはリスク選択の法的禁止とリスク構造調整などの保険者間財政調整が必要であろう。

参考文献

- 泉田信行 2001a「地域差による損失」地域差研究会編『医療費の地域差』第8章 東洋経済新報社
- 泉田信行 2001b「講座 保険者機能と医療制度改革1～20」『週間社会保障』Vol.55, No.2141, pp.59, 法研
- 泉田信行 2003a「国保制度における保険者の規模」山崎泰彦・尾形裕也編『医療制度改革と保険者機能』第7章 東洋経済新報社
- 泉田信行 2003b「国民皆保険制度の戦略的運営の研究⑥・⑦」『社会保険旬報』No2177, 2179
- 尾形裕也・山崎泰彦編著 2003『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
- 岸田研作 2002「国民健康保険の事務費と規模の経済—近畿7府県の国保のパネルデータによる分析—」『日本経済研究』第45巻 pp.246-261
- 健康保険組合連合会 1998『健康保険組合の適正規模に関する調査研究事業報告書』平成9年度特別保健福祉事業
- 国民健康保険中央会編『国民健康保険の実態』各年版
- 福田吉治・長谷川敏彦 1999「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』第36巻2号 pp.31-35
- 山田武 1998「国民健康保険の総務費と規模の経済の検討」『国民健康保険と地方財政に関する研究』(財)財政経済協会
- Folland, S., Goodman, A. C. and M. Stan. 2001. The Economics of Health and Health Care 3rd ed. Prentice Hall
- Phelps, C. E. and S. T. Parente. 1990. "Priority Setting in Medical Technology and Medical Practice Assessment," Medical Care, 28(8), pp. 703-723.
- Wennberg, J. E. and A. Gittelsohn. 1973. "Small area variations in health care delivery," Science No182, pp.1102-1108.
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部主任研究官)